

VITA NOSTRA REVUE

ANTONÍN KRČ: CELÝ JEHO ŽIVOT JE SPJAT S NEKONEČNOU ŘADOU FOTOGRAFIÍ – ŠUMAVSKÝ DOKTOR
– LETNÍ ŠKOLA OFTALMOLOGIE – SPYRIDON GKALPAKIOTIS: JE TŘEBA SE DOSTAT DO KŮŽE PACIENTA –
PÉČE O DUŠEVNÍ ZDRAVÍ MEDIKŮ NA 3. LF – HEROES-CZ PO DVOU LETECH – BARBORA EAST: NĚKDY MÁM
POCIT, ŽE SVŮJ VLASTNÍ ŽIVOT NESTÍHÁM ŽÍT – ÚRYVEK Z NOVÉ KNIHY O PROF. MICHALU ANDĚLOVI

EDITORIAL2
----------------------------	----

FACULTAS NOSTRA

Celý jeho život je spat s nekonečnou řadou fotografií (Jolana Boháčková) . . . . .	.4
Šumavský doktor: venkovským lékařem na dva týdny (Seifert Martin, Baloun Rudolf, Lucie Pallagiová) . . . . .	.15
Summer School od Practical Ophthalmology (Martin Horák, Vasil Kostin) . . . . .	.22
Je třeba dostat se do kůže pacienta (Jolana Boháčková) . . . . .	.25
Stanford University - Postdoktorické zkušenosti v Kalifornii I (Pavla Tichá) . . . . .	.32
Vzpomínka na pana Daněčka (Jozef Rosina) . . . . .	.35
Na vztahu lékařů s bezdomovci se musí zapracovat. Začneme už na školách, radí medicí (Michaela Prešinská) . . . . .	.36
Moje rozloučení s Afrikou a Itibem (Lukáš Malý) . . . . .	.40

MEDICÍNA

Péče o duševní zdraví na 3. LF UK (Adam Žaludek, Jan Michálek, Radek Pěkný, Ludmila Filipová, Monika Arenbergerová) . . . . .	.43
Hovory o antidepressivech (Jolana Boháčková) . . . . .	.49
Národní monitoring duševního zdraví dětí: 40 % vykazuje známky střední až těžké deprese, 30 % úzkosti. Odborníci připravují preventivní opatření (Jan Červenka) . . . . .	.57
HEROES-CZ po dvou letech – psychika zdravotníků ve zpětném zrcátku pandemie (Jana Šeblová, Dominika Šeblová, Miroslava Janoušková) . . . . .	.59
Někdy mám pocit, že svůj vlastní život nestíhám žít (Monika Arenbergerová) . . . . .	.63
Truchlení a smrt blízkého: Kdy vyhledat odbornou pomoc? (Jolana Boháčková) . . . . .	.67

Neurolog Robert Rusina: Afázie? Jako byste se probudili v cizí zemi a nikomu nerozuměli (Kristýna Skalníková)70
--	-----

TEXT

Hledání a nalézání (Rozhovor s Michalem Andělem)76
--	-----

RES PUBLICA

Fialova vláda klopýtá, ale odepsaná není (Petr Honzejek) . . . . .	.87
Bez omezení práva veta nebude rozšíření Evropské unie (Jiří Pehe) . . . . .	.88
Doba marketingová (Jaroslav Veis) . . . . .	.90

POST SCRIPTUM

Běsi a horizont událostí (Tomáš Kozák)92
--	-----

Vážené kolegyně a kolegové, studentky a studenti, vážené čtenářky a vážení čtenáři našeho časopisu,

již poněkoliťatě si myslím, že už budu psát radostný úvodník o tom, že skončila zcela nesmyslná válka o Ukrajinu a nejen o ni, ale o další osud celé Evropy. Ale naopak přišla další válka v Izraeli, kde hnutí Hamás zaútočilo a zavraždilo mnoho nevinných lidí. Kromě zmíněných dvou válek, které se přímo týkají Evropy, se bojuje i v dalších oblastech světa. Ale v případě Ukrajinců nebo Izraelců se rozhoduje o budoucnosti celého vyspělého světa západního typu.

V našich předchozích číslech jsme na tyto situace reagovali a mnozí členové akademické obce, ale i další občané se k různým aspektům našeho života vyjadřovali. Důležité je, že se vyjadřovali svobodně a z vlastního přesvědčení. Svobodné vyjadřování je základním principem jakékoliv publikační činnosti.

Zažíváme ale také události příjemné. Naše fakulta slaví 70. výročí, ke kterému se připojuje i Vita Nostra Revue – hned v úvodu představujeme fotografa Antonína Krče, který dění na fakultě a v nemocnici dokumentuje už 53 let. S jeho laskavým svolením můžeme nahlédnout do jeho fotografického archivu.

Velkou radost mně osobně udělal můj syn, přednosta Kardiologické kliniky a vedoucí Kardiocentra na Lékařské fakultě v Plzni a ve Fakultní nemocnici v Plzni, který mě pozval na přednáškovou akci, kde vystoupil jako host významný kardiolog z Japonska prof. *Saito z Shonan Kamakura General Hospital* v oblasti Tokia

s velice zajímavou přednáškou. Skvělou a skutečně výjimečnou přednášku pronesl také druhý host prof. *Widimský* – informoval auditorium o využití kardiologických poznatků při léčení mozkové mrtvice. Jsem moc rád, že jsem se mohl zúčastnit.

Prof. *Rosina* napsal článek o panu *Daněčkovi*, legendě Lékařské fakulty hygienické a později 3. lékařské fakulty – vyjádřil přesně, jak se pan *Daněček* nesmazatelně zapsal do dějin naší fakulty. *Jolana Boháčková* nás seznamuje s knihou rozhovorů s lidmi, kteří užívají antidepresiva – popisují své zážitky s braním antidepresiv, své důvody a vnímání světa. Je to skutečně zajímavé, protože většinou účinnost léků posuzují lékaři nebo sestry, a tady vidíme problém z úplně jiného úhlu. Docent *Rusina*, přednosta Kliniky neurologie, která patří Thomayerově nemocnici, ale je také součástí naší 3. lékařské fakulty (byl mým postgraduálním studentem), nám přibližuje velmi zajímavý film *Němá tajemství* o pacientovi s afázií.

Záslužný článek vzešel z Kabinetu praktického lékařství, který na naší fakultě vede doktor *Martin Seifert*. Celá myšlenka projektu Šumavského doktora, v jehož rámci naši studenti navštěvují praktické lékaře v podmínkách skutečné praxe na periferii, v šumavské oblasti (i z bavorské strany), se mi velmi líbí. Studenti mají možnost konfrontovat znalosti získané na fakultě a všichni tuto praxi hodnotili velice dobře. Já osobně jsem těsně po promoci začal pracovat dva dny v týdnu jako železniční okrskový lékař, posléze jsem



omezil svou praxi jen na jeden měsíc o prázdninách. Největší úspěch jsem měl při vyplachování uší, což mě naučil můj tchán, vynikající praktický lékař. Drážní zaměstnanci měli povinné vyšetření sluchu a zraku a řada z nich slyšela špatně hlavně proto, že asi 80 až 90 procent z nich mělo ucpaný zevní zvukovod. Můj tchán mě naučil čistit zevní zvukovod výplachem s velkou jehlou a stříkačkou. Pacienti byli úplně nadšení, protože nemuseli stát obrovskou frontu na ušním, a já jsem měl takovou obyčejnou radost z úspěšného léčení obyčejných chorob. Ve vědě nastoupí pocit uspokojení, když se něco skutečně podaří, tak dvakrát za rok. Mám na svém kontě také několik primárních nálezů,

ale není to na Nobelovku. A pacient má takovou radost, když ho něco přestane bolet, že by vám snad koupil automobil.

Samozřejmě za přečtení stojí i další příspěvky a rozhovory. Upozorňuji zejména na úryvek z knihy redaktora Jaroslava Veise o Michalu Andělovi.

Všem přeji spokojenější život, a aby se vaše sny a naděje co nejrychleji uskutečňovaly a naplňovaly.

Richard Rokyta
předseda redakční rady VNR



Celý jeho život je spjat s nekonečnou řadou fotografií

Jolana Boháčková

Jméno a obličej možná někteří akademici a studenti neznají, jeho fotografie ale určitě někdy viděl každý. Když nesedí ve své komůrce na Klinice popáleninové medicíny, kde fotí pacienty, nenápadně postává na nějaké fakultní nebo nemocniční akci s fotoaparátem v ruce. Antonín Krč, dvorní fakultní i nemocniční fotograf už dokumentuje dění v obou institucích dlouhých 53 let. Fakulta si v těchto dnech připomíná výročí 70 let od svého založení. Čím jiným by tedy mělo začínat podzimní vydání Vita Nostra Revue, než střípky z archivu Antonína Krče. Ve vinohradském areálu není mnoho lidí, kteří by zde nepřetržitě působili déle. Jestli vůbec někdo další.

„Moje angažmá na popáleninách začalo tak, že mě můj kamarád Vlastislav Housa spojil s docentem Vrabcem, který tenkrát potřeboval, aby někdo občas vyfotil něco na popáleninách,“ vzpomíná Antonín Krč, jak začal chodit někdy kolem roku 1970 tehdy ještě do Legerovy ulice.

Do vinohradského areálu se přestěhovali až v roce 1983 a přitom se panu Krčovi povedlo zachránit fotoarchiv svého předchůdce. Negativy postupně zdigitalizoval, takže můžeme nahlédnout do života pracoviště ještě v čele s prof. Burianem. Mezi starými poklady se skrýval

také archiv operací prof. Buriana na velkých skleněných negativech. „Zabíraly půlku skříně a já jsem je několikrát přesouval, protože jsem se v rámci kliniky asi pětkrát stěhoval. Nakonec jsem je nechal odvést do muzea medicíny,“ popisuje pan Krč doslova záchrannou akci, protože tehdejší přednosta kliniky chtěl nechat vyhodit skleněné tabulky do tříděného odpadu. Pracovníci muzea si prý odvezli dodávkou několik beden vážících 30 až 40 kilogramů. „Do muzea jsem dal také krásnou historickou váhu po prof. Burianovi,“ dodává.

Na své počátky v nemocnici vzpomíná s nostalgií: „Dnes jsou lidé takoví odtažitější, tolik spolu nekomunikují. Je vidět i na starých snímcích, jak se lidé potkávali na mnoha neformálních oslavách, družně se mezi sebou bavili lékaři, sestry i další pracovníci, vypadali vesele. Zkrátka tu bylo takové přátelské prostředí, přednosta se zastavil a popovídal si třeba i s vrátným.“ Nutno dodat, že jak popáleniny, tak plastika za ta léta notně narostly.

Antonín Krč nefotil jen pacienty plastiky a popálenin, ale i různá setkání, kongresy či koncerty. „Někdy jsem vyfotil na sále, co bylo potřeba, ale pak jsem si fotil ještě jen sám pro sebe na citlivý film záběry ze sálu. Rád jsem fotil také ze střechy, ještě v Legerově ulici jsme rádi dělali na střeše skupinové fotky třeba při různých oslavách,“ dodává.

Postupně se pověst pana Krče rozšířila i za hranice dvou zmíněných klinik. „Kdo měl něco společného s fakultou a chtěl přednášet, potřeboval diapozitivy. Ty ale musel někdo vytvořit z namalovaných obrázků. A to jsem uměl jakožto fotograf udělat já,“ vzpomíná pan Krč a podotýká, že nejvíc diapozitivů vyrobil pro prof. Radanu Königovou, která nejen hodně přednášela studentům, ale i na mnoha kongresech a hodně publikovala. Nicméně než přišly digitální fotografie, žádali ho o po-

moc přednášející lékaři snad ze všech klinik a ústavů, takže postupně dostal malý pracovní úvazek přímo na fakultě.

Ve svém fotoarchivu má mnoho pracoven, kanceláří a budov, které už dnes neexistují nebo zcela změnily vzhled. Ale i několik kuriozit. „Fakulta tenkrát měla také svého tajemníka, což byl komunista, který všechno vlastně řídil. No a ten mi jednoho dne zavolaal a prosil mě, abych mu budovu a prostor před ní nafotil z výšky očí. Tak jsem to udělal a až potom jsem zjistil, že se na tom prostranství před tehdejším děkanátem tajemník s někým popral kvůli jakési ženě a potřeboval vědět, zda to mohl vidět nějaký svědek.“

Kromě všeho, co kolem sebe vidí, fotí pan Krč jednu takovou „specialitu“ – medaile. „Můj kamarád Vratislav Housa byl sochař a medailér – a tak jsem se vlastně dostal k focení medailí i jiných sochařů, což bylo tehdy poměrně náročné, protože to je plochá věc a je třeba na fotce zachytit ten prostorový reliéf. Takže bylo třeba medaili speciálně nasvítit a to mě velmi bavilo,“ říká pan Krč a ukazuje na medaili prof. Syllaby vytvořenou přítelem Housou, kterou má u sebe v pracovně.

Antonín Krč pochází z Moravy, kde studoval střední elektrikářskou průmyslovku a právě tam trávil mnoho času ve vybavené fotokomoře a začala se rýsovat jeho budoucí profese. Dnes už samozřejmě také fotí na digitální fotoaparát (nemocnice jej po dlouhých tahanicích pořídila), různé akce fakulty i nemocnice, které je třeba zdokumentovat, fotí svým profesionálním přístrojem nebo telefonem. Přestože původně začal studovat v Praze ekonomii, celá jeho kariéra a život jsou spojeny s nekonečnou řadou fotografií.

Popáleniny ještě v Legerově ulici



Srpen 1969 ... než mě zmlátí milicionáři



Zaměstnanci fakulty a nemocnice v listopadu 1989





Původní děkanát, 1970



„Nová“ budova popálenin a plastiky



Přestavba budovy 3. LF



Slavnostní otevření rekonstruované fakulty



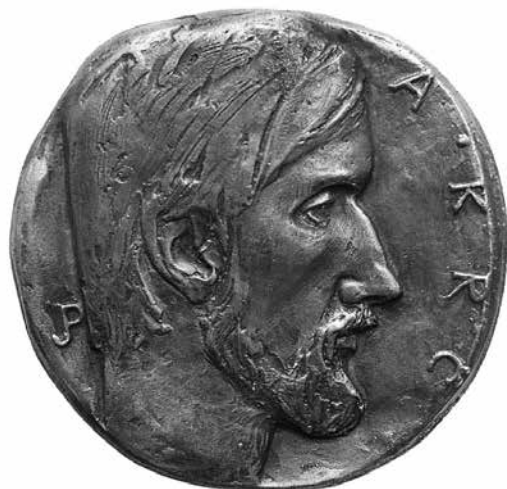
Hillary Clintonová při své návštěvě Prahy strávila den s dětmi na popáleninách



Poklady z archivu: prof. Burian se svým popáleninovým týmem



S největším mužem v ČR





Šumavský doktor: venkovským lékařem na dva týdny

Martin Seifert, Rudolf Baloun, Lucie Pallagyová

Výuka všeobecného praktického lékařství seznamuje studenty medicíny s celostním pohledem na zdraví člověka a komplexní dlouhodobou péčí o něj, která charakterizuje práci praktického lékaře. *Pro mě osobně byla praxe velmi užitečná. Pochopila jsem, že lékař může působit a pomáhat lidem i mimo velké fakulní nemocnice.¹ Medici by se měli mimo jiné seznámit s komplexní péčí o starší a polymorbidní pacienty v jejich přirozeném prostředí a jejími specifiky. Nejdůležitější, co jsem si z praxe odnesla: jak je klinický obraz mnohem podstatnější než laboratorní hodnoty, přiučila jsem se praktickým*

věcem a také jsem se posunula v rozlišování banálního od závažného. Osvojují si tak principy „péče zaměřené na osobu“ (person-centered care).

Důležité aspekty praktického lékařství a péče zaměřené na pacienta (nověji „na osobu“) se lze naučit jen observací, stínováním a zrcadlením zkušeného praktika a následným společným rozebíráním konkrétních pacientů a v praxi vzniklých situací. Studenti i začínající lékaři nejlépe fixují informace, které získali při vlastní zkušenosti. Musejí být emocionálně vtaženi do situace, komunikace a řešení problému. Zásad-

1 Části textu zvýrazněné kurzívou jsou citace studentů čtvrtého až šestého ročníku 3. LF UK z jejich deníku a z písemných reflexí stáží v ordinacích praktických lékařů v rámci projektu Šumavský doktor z února 2022 a 2023. Z těchto reflexí a z písemných i slovních reflexí povinné výuky praktického lékařství vycházejí autoři článku.

ní jsou tedy stále v ordinacích zkušených praktických lékařů. Tito lékaři-školitelé mohou studentům utkvět v paměti jako profesní i morálně-etické vzory po zbytek jejich života.

Studenti na praxích oceňují **především** možnost sáhnout si na pacienta, trénovat fyzikální vyšetření, samostatně provádět některé úkony (EKG, sonografie, odběry krve, aplikace injekce, vyhodnocování laboratoře a podobně), možnost vyzkoušet si komunikaci s pacientem, diskuse nad pacientem se školitelem, domácí návštěvy (v rámci studia medicíny jedinečný zážitek), dobrou domluvu, vstřícný přístup školitelů, kteří vše vysvětlují a ukazují, či široké spektrum pacientů se zajímavými diagnózami. Přínosný pro ně je náhled do rozmanitosti oboru – široké spektrum poskytované medicínské, ale i sociální a podpůrné péče; přístup k pacientovi – pacient jako klient, člověk, se kterým je třeba budovat dlouhodobý vztah, dostatečný čas, snaha jít pod povrch prvního dojmu, zkoumání podstaty potíží v širším kontextu; či orientace ve fungování zdravotního systému z pohledu pacienta a jeho praktického lékaře.

Dokument Světové zdravotnické organizace z roku 2010 podrobně analyzuje problém nedostatku lékařů ve venkovských oblastech a strategie k jeho překonání a předkládá doporučení na různých úrovních, jak lékaře na venkov dostat. Začíná právě tipy zaměřenými na vzdělávání a vyzdvihuje ranou zkušenost s venkovským zdravotnictvím a kontakt s venkovskými komunitami. Výslovně doporučuje klinické stáže ve venkovských ordinacích primární péče. Pro získání nových lékařů na venkov a jejich udržení je důležitá raná expozice studentů medicíny venkovskému lékařství. Toto platí především pro praktické a rodinné lékařství, ale i pro jiné obory.

Šumavský doktor: skupinová stáž v česko-německém pohraničí

V únoru 2022 se zúčastnilo osm studentů pátého ročníku 3. LF UK dvoutýdenního pilotního projektu Šumavský doktor – skupinové stáže v ordinacích českých a bavorských praktických lékařů. Pro všeobecný úspěch byla akce zopakována v únoru 2023 s osmi studenty. Studenti byli opět nadšeni. Ve dnech 28. ledna až 10. února 2024 proběhne třetí ročník Šumavského doktora.

Inspirací byl projekt „Landarztmacher“ bavorského praktického lékaře s akademickou působností Dr. Wolfganga Blanka. Tento projekt pro výuku praktického lékařství na bavorském venkově je svým konceptem a rozsahem zcela ojedinělý. Spolupracující ambulance jsou předem pečlivě vybírány organizátorem s bohatými zkušenostmi s výukou oboru VPL. Od roku 2015 se jej v zimním a letním semestru, typicky v období mimo výuku, zúčastnilo již nejméně 400 studentů medicíny z Německa, Rakouska i Nizozemí, účastníci jsou vybíráni na základě motivačních dopisů. Projekt je finančně podporován německou zdravotní pojišťovnou a místními podnikateli. Studenti jsou ubytováni společně a vyjíždějí do předem vybraných spolupracujících ordinací, nejednou i do destinací vzdálených 40 km od místa ubytování. Po náročném denním programu, kde jsou studenti co nejvíce zapojeni do chodu ordinace, následuje „teaching“ (ekvivalent intenzivních interaktivních seminářů) nebo společenský program, ten nejčastěji o víkendech. V rámci stáží se studenti aktivně účastní online seminářů v síti lékařů, kde se interdisciplinárně probírají složitější případy („Fallvorstellung“).

Český projekt Šumavský doktor designovali a nadále organizují Rudolf Baloun, který působí jako všeobecný

internista a praktický lékař ve své ordinaci v bavorském Neureichenau a dále jako konsiliární lékař Interního oddělení v nemocnici Passau-Vilshofen na německé straně Šumavy, a Martin Seifert, vedoucí Kabinetu praktického lékařství 3. LF UK a praktický lékař v Praze s několikaletou zkušeností práce venkovského lékaře v německém Bavorsku. Na dosavadních dvou ročnících spolupracovalo celkem **10 ordinací VPL, pět na české a pět na německé straně Šumavy.**

Studenti byli rozmístěni do ordinací zejména podle znalostí německého jazyka a osobních motivací. Jako plně dostačující se ukázala znalost na úrovni B2, případné jazykové problémy bylo možno překonat bez problémů i angličtinou. Studenti byli ubytováni v penzionu v šumavském Srní, odkud vyjžděli velmi časně ráno ve skupinkách vlastními auty do cílových ordinací. Pohonné hmoty, společné večere a ubytování byly součástí sponzoringu akce místními lékaři a podnikateli. Po práci následovala vždy společná večere od místního sponzora (blízké restaurace), následně probíhaly večerní semináře (často online), kdy studenti kazuisticky představovali zajímavé případy z proběhlého pracovního dne. Následovala diskuse za moderace a přispění přítomných či vzdáleně připojených lékařů. Otrlejší studenti se vydávali ještě pozdě večer na běžkové či sněžnicové výpravy.

Jeden praktický seminář byl věnován základům sonografie, se kterou se studenti setkávali zejména v německých, ale druhý ročník už i v českých ordinacích. O víkendu si vyslechli praktickou přednášku o založení a vedení praxe VPL v ČR. Online se připojil i filozof, psycholog, disident a překladatel, přítel Václava a Ivana Havlových Dr. Tomáš Vrba, který vedl vynikající seminář na téma „Umění naslouchat – emoční i intelektuální pochopení druhého. Svobodný život v nesvo-

bodné společnosti – ohlédnutí za léty 1970-1989“. Pro zájemce o společnou bohoslužbu osobně přijel a přímo v penzionu odsloužil pro studenty bohoslužbu farář dr. Josef Prokeš z Vodňan. Vedl také se studenty živou diskuzi na téma smrt a umírání v křesťanské tradici. Zazněly i další semináře: Entezopatie – dr. Moravec, Uniklinikum Halle; Neurologické syndromy v 1. linii – dr. Fiala, FTN Praha; Praktikum prakticky – dr. Kahoun, PL Rudolfovo; CAP - dr. Baloun; Principy antiinfekční léčby – dr. Baloun; Základy sonografie – dr. Baloun.

Jedním z hlavních cílů tohoto projektu bylo získání mediků pro obor VPL jako ve všech směrech zajímavého odvětví medicíny. Akcentace zážitků z vlastní diferenciální diagnostické činnosti byla bezesporu umožněna sdílením ve skupině, významnou roli též hrála kouzelná zimní atmosféra Šumavy. Důraz byl kladen na samostatnou práci studentů, avšak za dohledu a vedení zkušeného lékaře. Zejména při seminářích byl kladen důraz na rozpoznání varovných příznaků (red flags) u typických souborů symptomů a rychlou diferenciální diagnózu.

Pro případy mezer mezi objednanými pacienty se ukázalo efektivním mít připraveno krátké praktické téma k diskusi se studentem, aby byl zcela vyplněn vzácný čas stáží (srdeční selhání, lékové interakce, křehký pacient, bolest zad, bolesti na hrudi...). Osvědčil se též seznam pacientů, kteří mají zajímavé nálezy či jsou výborně sonograficky vyšetřitelní – při správném naplánování stáží je pak možno připravit několik kontrol takových pacientů.

V rámci dobré organizace praxe je téměř vždy možno postupovat tak, aby nedošlo k větším časovým ztrátám, a studenti si odnesli maximum (například se lékař věnuje pacientovi v jiné ordinaci, zatímco student odebírá anamnézu a provádí fyzikální nebo sonografické

vyšetření či natáčí EKG, aby následně referoval lékaři). Důležitá byla i motivace středního zdravotnického personálu pro spolupráci se stážisty.

Malé potíže činilo najít na české straně motivované kolegy, kteří by se chtěli projektu zúčastnit. Kolegové na německé straně jsou zvyklí přijímat studenty medicíny a atmosféra bývá velmi kolegiální, i když objem práce je náročný a nároky na znalosti studentů jsou nemalé. Zapojení ambulancí do projektu nebylo honorováno.

Tématická analýza reflexí účastníků Šumavského doktora

Účastníci obou ročníků Šumavského doktora napsali po skončení stáže reflexe projektu. Kromě obecných pocitů odpovídali volnou formou na čtyři otázky:

- Co považujete za nejdůležitější z toho, co jste se účastí na projektu naučili?
- Jak se účastí na projektu změnilo vaše vnímání práce praktického lékaře?
- Jak se účastí na projektu změnilo vaše vnímání práce na venkově?

- Jak se účastí na projektu změnilo vaše vnímání vztahu lékař-pacient nebo jak se změnil váš přístup k pacientům?

Účastníci druhého ročníku psali také během projektu deník (30 stran poctivého textu a fotografií!), který je opravdu plný dobrodružných zážitků, zajímavých zkušeností a důkazů o skupinovém propojení při radostech i strastech na zimní zasněžené Šumavě. Nechybí ani dvoustránkový seznam viděných diagnóz či syndromů.

Všechna tato písemná data byla zpracována během jara 2023 pečlivou reflexivní tematickou analýzou dle Braun a Clark, kterou provedli Rudolf Baloun, Lucie Pallagyová a Martin Seifert. Výzkumná otázka, kterou si položili, zněla: **Jak reflektují studenti medicíny význam své zkušenosti z účasti na projektu skupinové venkovské praxe v ordinacích praktických lékařů?**

Rozvoj medicínských znalostí i dovedností	
Praktické dovednosti	Co se praktických dovedností týče, byla to obrovská škola – odběry krve, očkování, fyzikální vyšetření, hodnocení EKG, POCT metody, odběr anamnézy, ABI, diagnostické rozvahy, výběr a nastavení terapie, předpisy léčebných pomůcek, ... (<i>Hanka Komárková</i>) Zlepšila jsem se ve fyzikálním vyšetření pacientů a viděla, slyšela a nahmatala si skutečné nálezy a patologie, což si na zdravých spolužácích nevyzkouším. Také jsem se naučila sono vyšetření břicha a echo srdce, na které ve škole nebylo zdaleka tolik prostoru. (<i>Julie Strachoňová</i>)
Teoretické znalosti	Všechny semináře, které jsme po večerech absolvovali, byly také obohacující, od tématu antibiotik přes entezopatie po lékařskou etiku. (<i>Adriana Chromá</i>)
Propojení teorie a praxe	...velmi mi to pomohlo v tom si urovnat a propojit s praxí teoretické znalosti a klinické dovednosti jako vyšetření a odběr anamnézy. (<i>Jiří Sýkora</i>)

Poznání a docenění praktického lékařství	
Rozsah činnosti	Nejvíce mě překvapilo to, s jak širokým spektrem pacientů a jejich problémů se praktik potýká. (<i>Adriana Chromá</i>)
	Viděla jsem, že praktik nemusí jen rozesílat pacienty po specialistech, ale může sám udělat některá potřebná vyšetření a rovnou intervenovat. (<i>Eliška Kaňková</i>)
Porovnání více ordinací	Myslím, že bylo velmi dobře nastavené být po celou dobu u jednoho doktora s tím, že jsme jeden den rotovali a mohli tak vidět i práci někoho jiného a mít tak cenné srovnání. (<i>Tereza Bublová</i>)
Nahlédnutí do myšlení PL	Nejdůležitější, co si odnáším z projektu, je nahlédnutí do myšlení a diferenciálně diagnostické rozvahy přemýšlení praktického doktora, který nemá za zády celou škálu možných laboratorních a zobrazovacích vyšetření, která jsou běžná v nemocnicích. (<i>Radka Zavřelová</i>)
Docenění práce PL	Pomohlo mi to uvědomit si, jak je tato práce důležitá a cenit si lidí, kteří jí vykonávají. (<i>Vojtěch Kratochvíl</i>)
	Ačkoli jsem i před stáží neměl pochyb o důležitosti praktického lékaře, po stáži jsem přesvědčen o ještě mnohem větším významu tohoto oboru. (<i>Ondřej Burle</i>)

Navázání vztahů s kolegy	
Hlubší seznámení	Z druhého pohledu byl pro mě tento pobyt i časem, který jsem mohla strávit se svými spolužáky, mohli jsme se vzájemně poznat tak, jak bychom se ve školních lavicích nikdy nepoznali. (<i>Sára Kopecká</i>)
Inspirace zajímavými lidmi	Měl jsem tak možnost potkat mnoho skvělých a inspirativních lidí jak mezi lékaři, tak mezi ostatními studenty. (<i>Jiří Sýkora</i>)
Společné trávení volného času Týmová spolupráce	Když jsme měli volno, společně s ostatními účastníky jsme vyrazili na několik výletů, vařili jsme, koukali na filmy, hráli společenské hry... (<i>Hanka Komárková</i>)

Význam komunikace a vztahu lékař-pacient	
Charakter vztahu	Tento „rodinný“ vztah s lékařem je důležitým styčným bodem pro upřímnost a sdílnost ze strany pacienta. (<i>Ondřej Burle</i>)
	Když jsem viděla, jak blízký vztah má paní doktorka ke svým pacientům, začala jsem si přát, aby se ze mě také jednou stala tak pečlivá lékařka. (<i>Adriana Chromá</i>)
Význam pro adekvátní péči	Čím lépe pak lékař své pacienty zná, tím lépe může nastavit jejich léčbu. (<i>Ondřej Burle</i>)
	Naučila jsem se, že vztah lékař-pacient, je právě ve vesnickém praktickém lékařství tím nejdůležitějším předpokladem správné léčby. (<i>Veronika Novotná</i>)
Důležitost komunikace	Naučil jsem se s pacienty jednat lidsky a empaticky, ukázat jim, že rozumím jejich situaci, ale zároveň si udržet osobní odstup od jejich problémů. (<i>Ondřej Burle</i>)

Vliv na volbu oboru a profesní plány

Posílení motivace stát se praktickým lékařem

Velmi zásadně mi pomohlo v rozhodování o mé vlastní budoucnosti a ujištění se, že v budoucnu je venkovské praktické lékařství moje cesta, kterou se chci vydat. *(Radka Zavřelová)*

Převzetí poznatku do budoucí praxe

Poznala jsem, jak funguje klinika praktických lékařů v Německu a určitě bych si některé věci ráda odnesla a zavedla je ve své budoucí praxi. *(Julie Strachonová)*

Seznámení se s prací na venkově

Náplň práce venkovského lékaře

Na stáži jsem zjistila, že výhodou práce na venkově je, že lékař se o svých pacientech dozví úplně všechno, i když třeba někdy snad ani všechno vědět nechce, a může jim tak třeba i více pomoci. Musí se naučit vyřešit věci, se kterými by praktik ve městě pacienty bez mrknutí oka posílal ke specialistovi. *(Veronika Novotná)*

Specifika práce na venkově

Anamnéza, fyzikální vyšetření a znalost pacientovi zdravotní historie se ve venkovském prostředí stává naprosto kruciólní a vrací nás ke kořenům medicíny v dobrém slova smyslu. *(Radka Zavřelová)*

Na práci na venkově musím ještě zmínit kouzlo přírody, klidnější způsob života, luxus toho, že všude je to blízko. *(Adriana Chromá)*

Stáže v ordinacích praktických lékařů mají zásadní význam pro všechny studenty medicíny. Často může být zkušenost ze stáže a inspirativní příklad školitele formujícím zážitkem pro zbytek profesní-

ho života. Raná zkušenost z venkovské praxe má velký potenciál přitáhnout budoucí lékaře na venkov. Skupinová stáž se společným ubytováním studentů a sdílením zkušeností z praxe včetně prezentace kazuistik může násobit pozitivní dopady stáže – příjemný zážitek spojený s pozitivními emocemi, vztah k oboru a vztah k regionu.

Stážující medicíci mohou být velmi obohacujícím zážitkem i pro lékaře školitele. Zkušený praktik je nucen formulovat své hypotézy a odůvodňovat své postupy. Medicíci v ordinaci ho také často donutí vyhledávat odborné zdroje, o které opírá své názory. Když je lékař dostatečně otevřený, mohou mu stážisté poskytnout užitečnou reflexi jeho komunikace s pacienty i s ordinčním týmem a celkově fungování ordinace. Studenti mohou zkrátka přinést do praxe inovativní náhled a někdy také aktuální vědecké poznatky. Nemluvě o tom, že



setkání s mladými lidmi s životem před sebou, kteří se přicházejí něco od vás naučit, může být příjemný a lidsky obohacující zážitek. A takové zážitky pomáhají nevyhořet a vykonávat naši krásnou a užitečnou práci celý život.

Z výsledků naší analýzy reflexí šumavského doktora vyplývá, že účast na takovémto relativně krátkém sebezkušenostním projektu může být pro studenty medicíny formujícím zážitkem. Z vyjádření studentů se zdá, že po mnohých stránkách může být přínosnější než měsíce strávené klasickou výukou na fakultě. Naučí se mnoho praktických věcí, může se změnit jejich vnímání některých aspektů zdravotní péče a přístupu k lidem. Jedinečný význam tohoto projektu spatřují autoři především v jeho potenciálu zasáhnout účastníky jak kognitivně, tak emocionálně. Společenský aspekt projektu hraje také velkou roli při efektivitě procesu učení a samozřejmě v navázání dlouhodobých vazeb mezi lidmi i k regionu.

V neposlední řadě může takto fakulta rozšířit své pole působnosti a podporovat formování budoucích lékařů, kteří se rozhodnou věnovat medicíně v nejpotřebnějších oborech v nejpotřebnějších regionech.

Závěrem lze snad konstatovat, že si šumavskou skupinovou stáž studenti užili a něco se při ní naučili, a to i sami o sobě. I nám přinesla mnoho podnětů na optimalizaci výuky a podobných projektů a také dobrý pocit, že naše práce dává smysl a naději, že náš obor bude do budoucna dobře personálně zajištěn. Věříme, že projekt bude fakulta i nadále (a třeba aktivněji) podporovat, že se snad časem rozšíří i na jiné regiony, a že se jím inspirují i další lékařské fakulty.

Velké díky patří všem účastníkům, kteří jedinečnou atmosféru dvou zasněžených týdnů vytvořili. Děkujeme



studentce šestého ročníku 3. LF UK Lucii Pallagovové, která se podílela na analýze dat. Díky za velké osobní nasazení při rozvoji výuky praktického lékařství na 3. lékařské fakultě UK patří také sekretářce Kabinetu praktického lékařství Pavle Haflantové, všem lektorům a především nadšeným studentům a školitelům, kteří se neúnavně věnují medikům ve svých ordinacích v běžném provozu. Za podporu v naší snaze děkujeme panu proděkanovi Marxovi a panu děkanovi Widimskému.

Summer School od Practical Ophthalmology

Martin Horák, Vasil Kostin

Mezi 28. a 30. srpnem se na půdě oční kliniky FNKV a 3. LF UK uskutečnil pilotní ročník projektu *Summer School of Practical Ophthalmology*. Letní škola nabídla účastníkům, lektorům a přednášejícím inovativní koncepci nastavbového vzdělání v očním lékařství, tréninku praktických dovedností a možnosti nahlédnout nejžhavější témata současného vědeckého bádání oboru. Událost je svým programem a svou koncepcí v Evropě naprosto jedinečná. Program probíhal v anglickém jazyce na půdě Lionského mezinárodního vzdělávacího očního centra.

Letní škola byla primárně určena studentům posledních dvou ročníků magisterského oboru všeobecného lékařství z evropských univerzit. Do výběrového řízení se přihlásilo přes 50 uchazečů, z nichž bylo vyselektováno 12 nejvhodnějších kandidátů. Konečné rozložení domovských univerzit účastníků bylo následující – tři

účastníci z *University of Copenhagen*, čtyři ze *Sorbonne University*, jedna z *University of Geneva* a čtyři z Karlovy univerzity. Mimo uvedené studenty teoretický program absolvoval dalších pět studentů a na přednášky dorazili i zájemci z řad širší lékařské veřejnosti. Celkově se programu účastnilo 25 až 35 osob.

Program byl rozdělen na teoretické, praktické a vědecké bloky. Primárním cílem bylo představit účastníkům určité téma v dopoledních hodinách skrze klinické semináře blíže, než je tomu u kurzů očního lékařství na jejich domovských univerzitách, a následně jim umožnit nácvik praktických dovedností v dané oblasti v odpoledních hodinách na workshopech vedených zkušenými lektory.

Studenti tak byli teoreticky uvedeni například do problematiky onemocnění předního segmentu oka, od cizího tělesa, přes šedý zákal až po akutní natrže-





ní rohovky. Následně měli možnost naučit se na prasečím modelu vyšetřovací techniky na šterbinové lampě, odstranění cizího tělesa, mikrochirurgickou suturu rohovky a operaci katarakty, včetně ultrazvukového odstranění čočky.

Akademická část programu byla zajištěna ve spolupráci s předními vědci z relevantních evropských pracovišť. Účastníkům, ostatním studentům i veřejnosti byly k dispozici přednášky z oblasti genetiky, AI v očním lékařství, *value-based healthcare*, dětské oftalmologie, buněčné terapie a okuloplastiky. Zpestřením programu byly také komentované chirurgické výkony přenášeny účastníkům z operačních sálů pod vedením přednosta oční kliniky.

Mimo samotný teoreticko-praktický program letní školy byla událost koncipována i jako kulturní výměna studentů, kteří se mohli seznámit jak s českými studenty a Prahou, tak se svými budoucími kolegy z ostatních evropských institucí. K tomu přispěl bohatý odpolední a večerní kulturní program, který studentům představil historické centrum Prahy, českou kulturu a historii středoevropského prostoru jako takového. Dále jim umožnil navázat bližší profesní vztahy nutné pro kvalitní klinickou a vědeckou práci.

Cena pro nejlepšího absolventa

Na konci oficiálního programu byl pro účastníky připraven test zhodnocující jejich obecné znalosti v očním lékařství. Pro nejlepšího byla připravena cena v podobě *Kanki's Clinical Ophthalmology*, oficiální učební materiál pro britskou *Royal College of Ophthalmologists*. Tento materiál byl podepsán autorem, který výherci popřál mnoho zdaru v rámci budoucí kariéry očního lékaře. Další cenou byla kniha *Keratokonius* přednosta oční kliniky FNKV a 3. LF UK Karlovy doc. Pavla Studeného. Všichni absolventi kurzu získali po skončení akce certifikát o účasti.

Studenti letní školu hodnotili velmi kladně. Nejhodnotnější pro ně bylo zasazení klinických a praktických dovedností do struktury programu, kdy si mohli dané procedury vyzkoušet sami pod dozorem lékaře. Dále byla velice kladně hodnocena integrace nabytých teoretických dovedností s následným praktickým tréninkem, což celý proces zefektivnilo.

Plány do budoucích let

Zájem studentů, lektorů a akademiků, skvělé ohlasy účastníků a jedinečnost celé události společně s nesmírným potenciálem výuky a vědecké mobility v této oblasti medicíny nás v rámci organizačního týmu *Summer School of Practical Ophthalmology* motivují ke kontinuálnímu zlepšování koncepce programu. Ve spolupráci s oční klinikou FNKV a 3. LF UK plánujeme pořádat akci i v příštích letech a navázat tak na úspěch pilotního ročníku.

Letní škola byla podpořena grantem aliance 4EU+, sponzorským darem firem Alcon and Roche a organizačně 3. LF UK. Získala také záštitu Ministerstva zdravotnictví České Republiky.



Je třeba dostat se do kůže pacienta

Jolana Boháčková

V září roku 1997 přiletěl sedmnáctiletý Spyridon Gkalpakiotis do Prahy, aby začal studovat na 3. lékařské fakultě... a zůstal tu dodnes. Jeho profesní dráha je nerozlučně spjata s fakultní nemocnicí i s fakultou samotnou – jako medik byl členem akademického senátu 3. LF, nyní se stal jeho pedagogickým místopředsedou. Prof. MUDr. Spyridon Gkalpakiotis, PhD., MBA, je primářem Dermatovenerologické kliniky, vyhledávaným odborníkem na psoriázu a atopickou dermatitidu a přednáší po celém Česku i v zahraničí.

Jak jste se dostal v sedmnácti letech do Prahy na 3. lékařskou fakultu?

Pocházím z lékařské rodiny – táta byl dětský chirurg, strýc je gynekolog, pak máme v rodině zubaře a pediatry. Maminka sice není lékařka, ale veterinářka, což má nicméně k medicíně také blízko. Jak jsem vyrůstal v lékařské rodině, vlastně jsem ani nepřemýšlel nad tím, že bych studoval něco jiného než medicínu. Táta studoval ve Štýrském Hradci a atestace dělal v Německu, kde následně také nějaký čas pracoval. Střední Evropu si zamiloval a snil o tom, že s bratrem také vyrazíme do střední Evropy.

Když se pak můj starší bratr rozhodoval, kam po střední škole, dostaly se nám do rukou noviny s velkým inzerátem Univerzity Karlovy, který lákal na studium v České republice. Naším se nápad hned líbil. Inzerovalo se ještě Rumunsko, které ale nemělo nejlepší pověst, a pak Maďarsko. Udělali jsme si tedy rešerši a Karlova Univerzita vypadala zajímavě. Bratr (dnes dětský kardiolog v Cáchách v Německu) nakonec v roce 1993 začal studovat medicínu na hradecké fakultě. Hodně jsme za ním jezdili, takže jsem Českou republiku znal a na konci střední školy zvažoval, zda jít také studovat do Česka.

Navíc přijímačky na vysoké školy byly v Řecku z mého pohledu dost nespravedlivé – v posledním ročníku střední školy se konají přijímačky po celém Řecku a na všechny obory, píšou se testy ze čtyř předmětů a každý student si vybere tři školy, kam by se chtěl dostat v pořadí dle preferencí, například: 1) lékařská fakulta Atény, 2) veterina Soluň, 3) vyšší zdravotní škola. A podle toho, kolik bodů student získá, může být přijat na jednu ze škol. Zkouší se z fyziky, chemie, genetiky a řeckého jazyka (student dostane esej a následně má o tématu napsat šest až sedm stránek textu – nehodnotí se názor, ale schopnost porozumění, schopnost pracovat s jazykem a podobně). Pokud někdo uspěl ve dvou předmětech, ale ve dvou získal málo bodů, může si příští rok zkoušku z těch nepovedených předmětů zopakovat. Takže vždycky před vámi je někdo, kdo má spoustu bodů v určitých předmětech, protože se celý rok učil jenom ty dva předměty. Většina lidí se proto na medicínu nedostává na první pokus. To jsme s rodiči považovali za relativně nespravedlivé.

Když jsem tedy v 17 letech končil školu (v Řecku nastupují děti do školy už v pěti letech, pokud je někdo narozen například v březnu jako já, šesté

narozeniny slaví až v průběhu školního roku), u přijímacích zkoušek jsem ve dvou předmětech nedopadl moc dobře. Rodiče mi tedy položili otázku, zda to chci zkusit ještě příští rok nebo vyrazit za bratrem do ČR. Rozhodl jsem se jít do světa, ale toužil jsem po Praze, kterou jsem si při cestách do Čech zamiloval. Bratr se ke mně připojil a navrhl, že by se na poslední dva roky studia také rád přesunul do Prahy. Zkusil jsem tedy přijímačky v Aténách a klaplo to.

3. lékařská pořádala přijímačky v Aténách. Tehdy na fakultě ještě studovalo víc řeckých studentů?

Ano, byl jsem ale z těch posledních ročníků, možná ještě v roce 1998 nastoupilo víc řeckých studentů, ale pak začali přicházet studenti ze Skandinávie. Já tedy nejsem z Atén, ale pamatuji se, jak jsme do Atén letěli a jak jsem byl nervózní. Nicméně povedlo se a byl jsem přijat na 3. lékařskou fakultu. Bratr se tedy přesunul do Prahy, kam jsem za ním v září 1997 přiletěl.

Přiznám se, že jsem zas tolik netoužil odcházet, byl jsem spokojený s přáteli v Řecku, nevdalo by mi zkusit přijímačky ještě jednou. Otec mě přesvědčil, protože se mu líbilo, že studium v ČR má vysokou úroveň. On sám pracoval šest let v Hannoveru a poté se vrátil do Řecka (z rodinných důvodů), ale litoval toho, nebyl nikdy úplně spokojený, jeho srdce a duše patřily do střední Evropy. Nějaký čas tam s ním dokonce žila i moje maminka, se kterou se seznámil ještě při studiích v Soluni. Když se pak vrátili zpátky do Řecka, otec měl problém na systém v řeckém zdravotnictví uvyknout – v Německu bylo všechno čisté a transparentní, když pak začal pracovat v řecké nemocnici, ačkoli byl v regionu jediný dětský chirurg, všichni ho bojkotovali, děti operovali přednostně zdejší chirurgové bez atestace z dětské chirurgie.

Od roku 1997 jste vlastně 3. lékařskou fakultu a fakultní nemocnici na Vinohradech neopustil.

Nastoupil jsem 1. října 1997 (jeden rok jsem přerušil kvůli rodinným záležitostem a nechtěl jsem, aby rodiče zbytečně platili školné) a skončil jsem v roce 2005. Ještě jako zahraniční student jsem byl zvolen na tři roky do akademického senátu (2000 až 2003). Naučil jsem se česky relativně rychle, na konci druhého ročníku jsem byl schopen dorozumět se bez problémů česky, sice se spoustou gramatických chyb a asi nikdy nebude moje čeština dokonalá, nicméně už tehdy jsem v akademickém senátu všemu rozuměl a mohl jsem i překládat kolegovi z Mauricia.

V roce 2005 jsem nastoupil na dermatologii ve FNKV, kde pracuji dodnes, což je trochu nestandardní, protože většina lidí s touto specializací odchází po atestaci do soukromých ambulancí. Já jsem na fakultě pokračoval jako postgraduální student a v roce 2010 jsem absolvoval PhD. Studium, povedlo se mi to po pěti letech, což je považováno za úspěch, udělal jsem si atestaci a následně jsem přijal místo odborného asistenta, protože se uvolnilo místo po kolegyni, která zrovna končila. Poté jsem se v roce 2018 stal docentem a na konci roku 2022 jsem získal titul profesora.

Úspěšná akademická kariéra...

Velmi mě potěšilo, že přestože jsem začal opravdu od nuly, bez jakýchkoli známostí, mohl jsem kariéře růst. Prostředí a pravidla nastavená na 3. lékařské fakultě jsou totiž velmi transparentní, nikdo mě nikdy nijak neblokoval, naopak jsem na fakultě vždy cítil podporu. Je velmi motivující vidět, že svět není zas tak špatný, jak si mnoho lidí tady v České republice myslí. Když děláte svou práci dobře, posunujete se dál.

Někteří lidé chtějí věci posunovat někam dál

Po vás (od roku 2004 až do roku 2007) byl v akademickém senátu fakulty za studenty Jan Gojda, dnes doцент Gojda, předseda senátu.

Myslím, že některé věci máte zkrátka v genech. Kdo je aktivní v brzkém věku, neopustí ho to a je aktivní vždy. Naopak, kdo nebyl aktivní v mládí, obvykle nezačne být činný ani později. Někteří lidé žijí na zemi, aby udělali svou práci, a tím to pro ně končí, pak jsou ale lidé, kteří chtějí věci posunovat někam dál, chtějí něco udělat pro příští generace, nechtějí, aby jejich děti žily v něčem, co nefunguje. Někdy samozřejmě mohou narazit, ale spoustu věcí dokážou posunout dál.

Když zmiňujete děti... vy jste se s manželkou seznámili přímo v nemocnici a máte dceru.

Spousta lidí si myslí, že právě manželství bylo primárním důvodem, proč jsem zůstal v České republice, ale tak to není. Seznámili jsme se až v roce 2010, to už jsem byl natolik zvyklý žít v Praze, že jsem nepřemýšlel o stěhování do Řecka, pokud by se tedy neobjevily nějaké vážné rodinné důvody. Manželku jsem poznal tady na klinice, ostatně spousta lékařů poznává své partnery v práci, protože nemají čas na jiné aktivity a tedy ani příležitost k seznámení.

Máme spolu šestiletou dceru. Krev dceři zatím nevádí, naopak, když vidí, že něco krvácí, chce se na to podívat zblízka, takže možná má nějaké geny po rodičích. Snažím se na ni mluvit řecky, ale je to čím dál těžší, rozumí i mluví řecky, ale základním jazykem ve škole je pro ni čeština.

Přemýšlel jste tedy někdy, že byste se s rodinou přestěhovali do Řecka?

Samozřejmě. Každý, kdo žije v cizině, někdy přemýšlí o návratu domů, pokud nemá nějaké špatné vzpomínky, a já mám jenom ty nejlepší – prožil jsem krásné dětství a příjemná léta na střední škole. Pocházím z krásného města Ioannina v severozápadní části Řecka, asi 40 km od albánské hranice, je to historické město s velkým jezerem, uprostřed něhož je obydljený ostrůvek, jedno z posledních měst osvobozených po 400 letech od Turků. Dokonce tam je lékařská fakulta, kam jsem se také snažil dostat (ačkoli jsem usiloval raději o jinou fakultu, abych mohl prožít ta pravá studentská léta, ne vedle rodičů). Ioannina leží v horách, hodinu cesty od lyžařského střediska nacházejícího se 2 500 metrů nad mořem (mnoho lidí překvapí, že se v Řecku lyžuje). Zároveň z Ioanniny za hodinu dojedete k moři a můžete se rozhodnout, zda na Lefkádu nebo na Korfu.

Já už ale žiju více než polovinu svého života tady a snažím se neuvažovat o tom, jestli je to lepší v Česku nebo Řecku. Samozřejmě, že mi něco z Řecka chybí, ale když jsem tam v létě delší dobu na dovolené, začíná mi chybět to, na co jsem zvyklý v České republice – třeba i takové drobnosti jako, že v Řecku vám nikdo nezastaví na přechodu, do zdejší kultury tyhle zvyklosti ještě nepronikly. Možná bych o stěhování do Řecka uvažoval, kdybych dostal nějakou velmi zajímavou pracovní nabídku. Snažím se udržovat si pracovní kontakty s řeckými dermatology, loni jsem přednášel na kongresu a pozvali mě na další, kam se chystám na podzim.

Do budoucna uvidíme, co mí rodiče, kteří přece jen stárnou. Snažil jsem se je několikrát přesvědčit, aby se za mnou přestěhovali. Máma je úspěšná ve své профе-

si, má obchod, kde prodává léky pro velká zvířata, je jí 72 let a ještě loni byla ve velmi dobrém zdravotním stavu, takže se jí nechce všechno opouštět. Bratr také nežije v Řecku, zůstal v Německu, kam odjel v roce 1998 po promoci za lepšími finančními podmínkami, udělal si atestaci z pediatrie, pak neonatologie a nakonec skončil u dětské kardiologie, vystřídal asi tři města a teď provozuje svou ordinaci v Cáchách. Oba jsme tedy pryč a jednou bude složité řešit, kdo se postará o rodiče.

Vnímali jste někdy jako problém, že vám bylo teprve 17 let, když jste nastoupil na fakultu?

Nebyl jsem plnoletý, takže jsem nemohl ani vybrat peníze z banky, proto jsem byl rád, že je se mnou v České republice také bratr a rodiče mi nemusejí nechávat hotovost, než znovu přiletí. A samozřejmě jsem se setkával s tím, že se lidé divili, jak je možné, že v tom věku můžu vůbec studovat vysokou školu.

Hezký a elegantní obor

Proč jste si vybral dermatologii?

Na tom má také velký podíl můj otec, i když byl dětský chirurg. I já jsem si představoval, že budu dělat chirurgii nebo nějaký „velký“ obor, ale otec tvrdil, že kdyby si on sám mohl vybrat znovu, volil by dermatologii. Mně se to moc nezdálo, stále jsme ještě neměli účinné léky na spoustu chorob. Představoval jsem si, že bych předepisoval mastičky a pudry a ostatní kolegové by si ze mě dělali srandu. Nechtěl jsem volit obor, kde se zkouší jedna mastička a pak druhá mastička. Ale otec říkal, že kožních chorob je obrovské množství a obor jde velmi rychle kupředu, navíc se mu dermatologie jevila jako takový elegantní a hezký obor. Dlouho jsme o tom diskutovali a já jsem se rozhodl, že ho poslechnu.

Ukázalo se, že měl pravdu: když jsem nastupoval, měl jsem opravdu štěstí, protože dermatologie zažívala obrovský pokrok, objevila se biologická léčba na psoriázu a najednou existovalo něco úplně jiného než jen mastičky, krémy a pudry. A já jsem byl úplně v tom zrození moderní léčby v dermatologii.

Viděl jsem, jak se lidé trápí, jak jim kožní nemoci dokážou ničit život, ačkoli nejsou život ohrožující. Jedna věc je akutní bolest, je samozřejmě extrémně důležité vyřešit akutní problém, ale druhá věc je dlouhodobý dopad nemoci na kvalitu života. Mám rád lidi, rád si s nimi povídám, takže pro mě je obor, v rámci něhož se s pacientem vídám dlouhodobě, ideální. V dermatologie je důležité doslova „dostat se do kůže pacienta“ – zjistit, co ho trápí a jak se cítí. Lékař musí pochopit, jaké trápení pacient prožívá, nemůže bagatelizovat jeho problémy. A my už dnes známe léčbu, která může pacientům opravdu pomoci, dnes už velmi detailně víme, co se děje v imunitním systému člověka u spousty kožních chorob a přicházejí nové a nové léky.

Jak byste popsal rozdíl před a po příchodu biologické léčby?

Je to opravdu obrovský rozdíl. Když jsem v roce 2005 nastoupil, přišel ke mně pacient s těžkou lupénkou nebo těžkým atopickým ekzémem a celý rozhovor s ním byl skoro depresivní, protože jsem mu mohl nabídnout jedině léčbu, která bude chorobu udržovat v nějakém relativně dobrém stavu, ale že bychom mu doporučili něco účinného a bezpečného? To opravdu ne. Zatímco dnes přijde pacient s těžkou lupénkou, my mu pícheme jednu injekci a on za dva týdny na kůži lupénku téměř nemá – nastupuje tak rychlý účinek a navíc je léčba velmi bezpečná. Mám pacienty, které sleduji od roku 2008,

a léčba je natolik bezpečná a účinná, že jim téměř nic není. Se spoustou z nich mám přátelský vztah, chodí si se mnou popovídat, protože na kůži nemají vůbec žádnou lupénku. Vidím, jak se jejich život úplně změnil, jsou najednou úspěšní v práci a založili rodiny.

V mém oboru mají pacienti nemoc často na celý život a kontakt s nimi je tedy dlouhodobý. Snadno zjistíte, jestli je s vámi pacient spokojený, protože kdyby nebyl, tak si za těch 15 let najde jiného lékaře. Vtipné je, že stejně jako já sleduji, jak se změnil život mým pacientům, oni zase sledují mě, občas mi říkají: „Znám vás od doby, co jste přišel rok po škole a dneska jste profesorem, viděl jsem, jak se vyvíjela celá vaše profesní dráha.“

Nicméně stále ještě máme rezervy a je co zkoumat. Dokážeme lidem pomoci odstranit kožní projevy nemoci, a to na dlouho, ale nedokážeme nemoc úplně odstranit. Pacient se musí léčit kontinuálně, pokud léčbu vysadí, za tři až šest měsíců nastává například u lupénky recidiva, pacienti zkrátka musejí docházet jednou za tři měsíce na léčbu.

Mluvíte hlavně o lupénce...

Mám k ní specifický vztah, už dlouho se jí věnuji také vědecky. Když jsem začínal, biologická léčba byla nová, takže bylo co zkoumat a stále je.

O kožních chorobách se ve veřejném prostoru mluví mnohem více než dřív. Přicházejí pacienti s kožními projevy nemocí k dermatologovi dřív než v minulosti?

Ano, o kožních chorobách obecně se mluví víc než dřív. U rakoviny kůže je obzvláště důležité, aby pacient přišel včas, dokud je kožní nádor v brzkém stádiu a lze ho snadno vyléčit. Ale i u dalších kožních chorob už dnes víme, že čím delší je doba, kdy je projev nemoci

na kůži vidět (i u psoriázy), tím větší škodu může způsobit.

Dřív se nepřipouštělo, že existuje souvislost mezi kožními projevy a nějakými vnitřními chorobami. Tato atmosféra panovala ještě v roce 2005, když jsem nastoupil na kliniku. Časem se zjistilo, že zánět, který vidíme na kůži (na největším orgánu těla) například ve formě lupénky, se projevuje i jinde. Pacienti s lupénkou mají například vysoký krevní tlak či vysoký cholesterol a pacienti s neléčenou lupénkou mají dokonce kratší život. Neléčená lupénka může v průměru zkrátit život až o čtyři roky, protože u pacientů s lupénkou se vyskytuje vyšší riziko infarktu a cévní mozkové příhody. Zánět na kůži totiž zatěžuje cévy a existuje riziko takzvané aterosklerózy – jeden z mých výzkumů se zabýval právě tím, jaký má dopad biologická léčba na systémový zánět. Tuto problematiku stále zkoumáme a s paní prof. Moťovskou a Kardiologickou klinikou 3. LF UK a FNKV pracujeme na společných projektech.

Pacienti s atopickým ekzémem zase mívají třeba astma nebo různé oční problémy, mnohdy trpí stejně jako pacienti s lupénkou depresemi a úzkostmi a bohužel ve vyšším procentu mají i sebevražedné myšlenky. Když přijde pacient s problémem na kůži, dnes už víme, že je třeba udělat základní screening. Může ho bolet koleno, ale on to vůbec neřeší, protože ho daleko víc trápí lupénka na kůži, přitom trpí kloubní formou psoriázy. Nebo má vysoký krevní nebo oční tlak, ale neřeší to, protože ho trápí hlavně lupénka.

Je tedy zapotřebí ke kožním chorobám přistupovat multioborově. Pokud přijde pacient s těžkým atopickým ekzémem a řekne mi, že ho občas pálí oči nebo se mu hůř dýchá, nemůžu mu odpovědět, že jsem dermatolog a mě se to netýká.

Není to trend ve všech oblastech medicíny?

Multioborovost se našťestí vrací zpátky, jednu dobu vznikla velká propast mezi jednotlivými medicínskými obory, přicházely moderní léčby, všichni jsme se specializovali a na chvíli jsme ztratili kontakt mezi sebou. Dnes se ale vracíme zpátky – když organizuji nějaký seminář, zvu kolegy z dalších oborů (popálenin, revmatologie, interny či kardiologie).

A důležitá je zmíněná osvěta, šíření informací mezi veřejností, protože podle epidemiologických dat stále zůstává velké množství pacientů s kožními chorobami neléčených. My nevíme, jestli žijí někde, kde se k nim informace nedostane, nebo je k nám neposílá praktický lékař, nebo po předchozích zkušenostech už k dermatologům nechodí – třeba nevědí, že dnešní moderní léčba funguje daleko lépe než v minulosti.

Snažíme se rovněž šířit osvětu o atopické dermatitidě – před čtyřmi lety se začala také využívat biologická léčba, což je obrovský pokrok, protože jsme dlouho nebyli schopni pacientům nabídnout účinnou a bezpečnou léčbu.

Dostane se k biologické léčbě pacient i v běžné ordinaci dermatologa nebo je to zatím otázka vyšších pracovišť?

Pracoviště musí mít smlouvu se zdravotní pojišťovnou, nelze biologickou léčbu předepsat na klasický recept. V minulosti biologickou léčbu poskytovala jen pracoviště vyššího typu – fakultní pracoviště či krajské nemocnice, ale postupně se zjistilo, že je léčba opravdu bezpečná a je třeba, aby byla dostupná. Začala se tedy objevovat první soukromá pracoviště, dnes máme asi 44 center, která v ČR mohou poskytnout biologickou léčbu, takže je opravdu velmi dostupná.

Stres bývá spouštěčem lupénky

V jakém věku se lupénka obvykle projeví a co ji spouští?

Epidemiologická data ukazují, že lupénkou trpí dvě až čtyři procenta střeoevropské populace, odhadujeme tedy, že v ČR může okolo 250 tisíc pacientů s lupénkou, u dětí se jedná jen o desítky, možná stovky pacientů. Nejčastěji lupénka vzniká ve dvou obdobích – lupénka brzkého typu (objeví se mezi 18. až 35. rokem života), pak je relativní klid a objevuje se až mezi 50. až 65. rokem života – lupénka pozdního typu. Nejvíce máme ale případů brzkého typu – v tu dobu lidé začínají pociťovat největší stres, začnou studovat vysokou školu nebo začnou pracovat, a jedním ze spouštěcích faktorů je právě stres. Dalším spouštěčem jsou různé infekce způsobené například streptokokem a genetika.

Je psoriáza dědičná, když mluvíte o genetice?

Genetická informace se nemusí projevit nebo se může projevit třeba až po třech generacích. Pokud má jeden z rodičů lupénku, existuje riziko 10 až 30 procent, že i jeho dítě bude mít lupénku, pokud mají psoriázu oba – což je časté, protože pacienti s lupénkou se často seznamují například v lázních – riziko je 50 až 70 procent, nicméně není to stoprocentní jako u některých chorob, které se dědí automaticky.

To by byl hezký titulek: Pacienti s lupénkou se seznamují nejčastěji v lázních.

Takových pacientů máme spoustu. Pokud má člověk kožní nemoc, má často nižší sebevědomí, neodváží se s nikým navázat kontakt. Když ví, že stejnou nemocí trpí i ten druhý, navázání kontaktu to usnadní. Žádnou takovou statistiku ale nemáme, nicméně mohlo by být

zajímavé udělat sociodemografickou studii – zjistit, v kolika letech se pacienti oženili, kde poznali partnera, jestli měli na sobě v tu dobu lupénku, ... Taková data zatím nemáme.

Jak je to s biologickou léčbou u atopické dermatitidy, jak jste zmiňoval?

Je k dispozici už čtyři roky – jedná se o preparát ve formě injekce, který je tvořen z živého materiálu, bílkoviny. Nicméně máme také cílenou, moderní a účinnou léčbu ve formě tablet. Léčba se nadále vyvíjí, zkoumá se obrovské množství nových molekul. Zatím nemůžeme vyprávět krásnou historku jako u psoriázy, kde stačí jednou píchnout injekci a lupénka mizí před očima, ale i tak je pokrok opravdu znatelný. U většiny pacientů nastává po nasazení léčby opravdu velké zlepšení, ale zřídka kdy projevy na kůži zmizí úplně. Obvykle jsou však šťastní, protože atopický ekzém je nepříjemný hlavně kvůli extrémně nepříjemnému a neustálému svědění a právě to se po nasazení moderní terapie výrazně zlepší. Nyní probíhají klinické testy u další léčby, která by mohla být účinná pro další pacienty.

Mám ve svém okolí několik lidí s atopickým ekzémem, kteří po čase přestali navštěvovat dermatologa a „naučili se žít se svěděním“, protože měli pocit, že žádná léčba stejně nepomáhá.

To byla ještě nedávno pravda, používala se antihistaminika, která ale neulevovala svědění. Bohužel než přišla biologická léčba, nebyli jsme schopni jim nabídnout něco účinného právě proti svědění. Při dnešní léčbě, zejména po moderní terapii ve formě tablet tzv. malé molekuly, nastává pocit úlevy do 24 hodin, pacienti cítí druhý den jen minimální nebo dokonce žádné svědění.

To pro ně představuje obrovskou úlevu, popisují nám, co všechno zase mohou dělat, jak mohou plnohodnotně žít.

Budu to ve svém okolí šířit.

Ano, osvěta je opravdu velmi důležitá. V 21. století by každý pacient s těžší formou kožní nemoci měl být účinně léčen a náš cíl by měl být, aby pacient na sobě neměl téměř žádné projevy.

Podpora pro vědce po rodičovské

Každý akademický či vědecký pracovník, který je aktivním postgraduálním studentem nebo má titul Ph.D. a vrací se do pracovního procesu po mateřské či rodičovské dovolené částkou, může být podpořen částkou 500 tisíc korun na iniciaci výzkumného projektu. O grant je možné žádat kdykoliv v průběhu roku a to do tří měsíců po návratu do práce. Čerpání je nutné zahájit do dvou měsíců po schválení grantu a žádosti lze podávat k rukám proděkana pro podporu a evaluaci výzkumu doc. MUDr. Františka Dušky, Ph.D.



Stanford University

Postdoktorské zkušenosti v Kalifornii I

Pavla Tichá

Má cesta do výzkumu v USA byla trochu netypická. Mým původním zájmem byla plastická chirurgie, a tak jsem během studia medicíny absolvovala několik stáží na klinikách plastické chirurgie v Německu, Švýcarsku a v USA. Tam jsem se často setkávala s tím, že chirurgové kombinovali svou klinickou práci s preklinickým výzkumem. Tehdy mě začala lákat možnost také si vyzkoušet práci v laboratoři. Po promoci jsem nastoupila jako *assistentzärztin* na chirurgii na univerzitní kliniku

v Drážďanech, ale souběžně jsem pracovala na své cestě do výzkumu. Oslovila jsem profesorku Jill Helms, která vede laboratoř na *Division of Plastic and Reconstructive Surgery* na Stanfordu. Tu zaujalo, že jsem kromě medicíny vystudovala ještě hru na klavír na Akademii múzických umění, a přijala mě do své laboratoře.

Stanford sídlí v Palo Alto, v srdci Silicon Valley, které se táhne po západním pobřeží Kalifornie od San Franciska na severu po San Jose na jihu. O regionu jsem toho

mnoho nevěděla, kromě toho, že je *high-tech* centrem. Můj přílet do San Francisca na jaře 2018 tak byl trochu improvizace. Kromě formalit spojených s prací v laboratoři jsem měla jen chvíli předem sjednané ubytování, jinak jsem se snažila zorientovat až na místě. Jako vždy vše nakonec nějak dopadlo.

Můj první den v laboratoři byl pátek. V pátky dopoledne typicky probíhají *lab meetingy*, přišla jsem tedy přímo na něj. Členové laboratoře byli z USA, Číny, Francie, Německa, Itálie, Turecka, nebo Japonska. Profesorka Helms dorazila se svými dvěma psíky, které s sebou brala pravidelně do práce, a představila se mi jako Jill. V laboratoři byla přátelská atmosféra, se všemi jsme se od prvního dne oslovovali křestním jménem.

Další týden jsem měla svůj první meeting s Jill. Setkání probíhala pravidelně v její kanceláři a obvykle se jich účastnili i psi. Počáteční meetingy byly v podstatě brainstorming – Jill s každým po nějakou dobu diskutovala témata výzkumu, než mu přidělila projekt, na kterém bude pracovat. I když témata byla z velké míry daná – na základě grantů nebo zaměření biotechnologických společností, se kterými jsme spolupracovali – svým způsobem tak každého přiměla k tomu, aby k finální podobě tématu došel sám. V době před přidělením mého projektu jsem pracovala s Xue; Xue je buňková biologka, v té době již zkušená vědkyně, která se připravovala na svou samostatnou vědeckou dráhu. Pomáhala jsem jí se vším, co zrovna dělala, od histologie až po psaní jejího manuskriptu. Mohla jsem si tak osvojit základní laboratorní techniky a seznámit se se způsobem práce a komunikace v laboratorním týmu.

Atmosféru a způsob chodu laboratoře z velké části definovala Jill, renesanční osobnost s neobyčejně širokým záběrem a velkou dávkou kreativity a nadšení.

Intenzivně se snažila členy laboratoře propojovat, a nejen proto jsme v rámci laboratoře na svých projektech vzájemně hodně spolupracovali. Myslím si dokonce, že se záměrně snažila mezi sebou propojit ty neodlišnější typy lidí s rozdílným zaměřením, potažmo nejodlišnější kultury. Znamenalo to zvyknout si a snažit se pochopit odlišné mentality – nejen americkou, ale i asijskou. Cílem bylo vystoupit ze své komfortní zóny a vytěžit ze spolupráce maximum. Ve výsledku to někdy hodně škřípalo. Zpětně musím říct, že to pro mě byla velká škola, kterou jsem pochopila a ocenila až s odstupem.

Pracovní doba v laboratoři byla flexibilní. Jsem noční sova a ráno si ráda přispím, takže jsem do laboratoře přicházela kolem desáté, klidně i později, a zůstávala jsem déle do večera nebo do noci. Což nevadilo, šlo o kvalitu a množství dat, která člověk vyprodukoval. Laboratoř byla čerstvě přestěhovaná do nové budovy vedle kampusu v *Stanford Research Parku*, kde sídlí řada dalších laboratoří a firem věnujících se technologiím. Prostor laboratoře byl velkorysý, světlý, rozdělený skleněnou stěnou na *dry* a *wet lab*. V *dry lab* měl každý svůj stůl, *wet lab* byla řešena jako velký *open space*, ve kterém jsme sdíleli stoly, vybavení, i chemikálie, nebo třeba *cold room*. Přes další prosklenou stěnu byl výhled na přilehlé patio s posezením. V suterénu byly kromě zvířecích ubikací i přednáškové místnosti nebo tělocvična.

Ve své práci jsem se soustředila na reparativní osteogenezi v kranio-maxilofaciální oblasti na modelu miniprasátek. Kromě vlastní práce jsem pak s kolegy spolupracovala na projektu *Interspecies*, jehož cílem bylo srovnat biologii kosti myši, krysy, prasete a člověka, a definovat tak vhodný model pro výzkum. Přitom jsme vyvinuli a publikovali novou histopatologickou metodu – *kryosekci nedekalcifikované kostní tkáně*.

Ta umožňuje využití analýz, které by jinak byly dekalifikací znemožněné – např. měření *mineral apposition rate* po obarvení kostí vitálními barvivou, která se vážou právě na vápník.

Zhruba jednou za čtvrt roku každý prezentoval své výsledky na *lab meetingu*. Důraz byl kladen na srozumitelnost prezentace a příběh – doslova „story“. Prezentace musela především zaujmout, ideálně obsahovat výhradně obrázky nebo animace a minimum textu. Typicky pak následovala aktivní diskuze. Stejná strategie se pak uplatňovala i při samotném psaní manuskriptu – cílem bylo vytáhnout nejdůležitější a nejzajímavější data a zasadit je do příběhu.

V rámci laboratoře se pořádala řada společných akcí. Kromě vánoční party nebo rozlučkové party pro každého člena, který v laboratoři končil, se pořádaly i společné obědy nebo lekce jógy. Další zajímavou zkušeností byl *Stanford STaRS Internship Program* – letní biomedicínská stáž pro talentované studenty, kterým jsme dělali mentory. Studenti byli zvyklí aktivně interagovat a ptát se – během provázení studentů tak člověk kolikrát zjistil, že se sám učí od nich. Jedny z nejkrásnějších zážitků pak byly vyjížděky s Jill na jejích islandských koních po kopcích v okolí Palo Alta, na kterých jsme potkávaly divoké kojoty nebo jeleny. Na jedné z vyjížděk mi utkvělo v paměti, když mi řekla, že nejlepší nápady nedostává v laboratoři, ale v sedle. Občas, když Jill létala na kongresy, jsem hlídala její dům a zvířata, jezdila na koních, což byla paráda, a skoro mi bylo líto chodit ty dny do laboratoře.

Práce v preklinickém výzkumu mě tak nadchla, že jsem se rozhodla prohloubit své zkušenosti a dovednosti více směrem k základnímu výzkumu a pokračovat v laboratoři na *University of California*, San Francisco.

Můj původní plán zůstat v USA po dobu jednoho roku se tak prodloužil několikanásobně. (O UCSF napíšu v dalším textu v jednom z příštích vydání VNR). Celkově pro mě byl čas strávený v Kalifornii obrovskou zkušeností, dal mi velké příležitosti k profesnímu růstu, spoustu zážitků, několik skvělých přátel a možnost podívat se na věci z nadhledu. Odlišná pracovní kultura, jiná kultura žití, nádherná příroda, oceán... každému bych výjezd doporučila.

Autorka textu MUDr. MGA. Pavla Tichá, Ph.D., pracuje na Klinice plastické chirurgie FNKV a 3. LF UK.



Vzpomínka na pana Daněčka

Jozef Rosina

Dne 19. září tiše odešel od své rodiny, své práce, svých zálib a také od kolegů z 3. LF UK pan Václav Daněček v nedožitých 98 letech – neobyčejný člověk, který se navždy zapsal mezi osobnosti fakulty.

Pan Václav Daněček strávil v areálu Vinohradské nemocnice a 3. lékařské fakulty Univerzity Karlovy více než 50 posledních let. Na Katedru lékařské fyziky a Oddělení nukleární medicíny Fakultní nemocnice Královské Vinohrady nastoupil 1. dubna 1970. Bylo mu tehdy 45 let a již tehdy měl za sebou spoustu práce a úspěchů.

Pan Daněček od mládí věděl, že jeho místo je v oborech spojených s fyzikou, elektrotechnikou a elektronikou. V roce 1951 se stala významnou etapou jeho života a oborem prášková metalurgie. V této etapě, která trvala třináct let, se pan Daněček stal spoluautorem mnoha významných průmyslových patentů. V roce 1965 Václav Daněček přechází do Fyzikálního ústavu ČSAV, kde pět let spolupracoval na výzkumu fyziky pevných látek, zejména na tématech souvisejících s problematikou magnetismu a na přípravě zařízení pro výzkum monokrystalů.

Nakonec v roce 1970 dostal nabídku stát se řemeslníkem specialistou a elektronikem na Katedře lékařské fyziky a nukleární medicíny Lékařské fakulty hygienické. A tak se před Václavem Daněčkem otevřela poslední a velmi dlouhá etapa života, s novou profesní výzvou – ze světa „neživé“ fyziky a elektroniky přestoupil do světa „živého“ výzkumu a sofistikované medicíny. A vedle

péče o elektroniku a přístroje na katedře i na Klinice nukleární medicíny ve Vinohradské nemocnici se začal podílet i na výuce fyziky.

Navždy si budeme připomínat pana Daněčka a jeho zlaté ruce, jeho geniální inženýrskou hlavu, budeme vzpomínat kolik přístrojů, rádií, telefonů, mikroskopů, patientských monitorů a všeho možného dal dohromady. Nic neměl raději než věci, které přestaly fungovat, a to nejen ty elektronické, ale i všechny ostatní. Čím větší závada, tím větší výzva. A když řekl, že nějakou věc opravit nedokáže, pak jsme ji mohli s klidem vyhodit. Věděli jsme totiž, že když ji neopraví Václav Daněček, pak už nikdo.

Kromě výjimečných odborných kvalit a šikovných rukou měl pan Daněček další skvělé vlastnosti, jako pozornost vůči ostatním, neustále dobrá nálada, vlídnost a ochota pomáhat, galantnost, silná vůle a věčný optimismus.

Odešla legenda a my budeme na Vás, pane Daněčku, často vzpomínat. Za sebe i za fakultu – velký dík.



Na vztahu lékařů s bezdomovci se musí zapracovat. Začněme už na školách, radí medicí

Michaela Prešinská

Ošetření proleženin a vředů, ale hlavně lidský přístup. Dobrovolníci ze spolku Medici na ulici pomáhají bezdomovcům už od roku 2015. Původně šlo o iniciativu čtyř studentů z Prahy, o pět let později se stala plnohodnotným partnerem sociálních služeb. Za své úsilí získali vysokoškoláci cenu Gratias Tibi, kterou Člověk v tísni uděluje mladým lidem usilujícím o změny ve společnosti.

Pěťadvacetiletý student Vojtěch Král se k Medikům na ulici přidal před dvěma lety. „Nejprve jsem viděl šanci vykročit z komfortní zóny. Poskytovat lidem bez domova zdravotní pomoc přímo na ulici zní až dobrodružně. Opravdové hodnoty, které v naší pomoci jsou, jsem našel až po určité době,“ říká.

Jeho spolužačka, třiadvacetiletá Alžběta Slámová, viděla zase šanci upozornit na problém. „Zdravotnictví má děravá místa a my chceme zachytávat lidi, kteří jimi

mohou propadnout. Důležitý je i sociální přesah naší práce, na fakultách mnohdy opomíjený,“ říká.

Ročně zvládnou medicí ošetřit zhruba čtyři tisíce osob. Nejčastěji řeší bércové vředy, rány a záněty, které lidé bez domova zanedbávají. Z lékařů mívají strach a domnívají se, že bez dokladů či pojištění nemají nárok na péči.

Dá se studentům při práci na ulici zajistit bezpečí?

Vojtěch Král: Základ je dodržovat hygienické podmínky s maximálním důrazem na zdraví ošetřujících. Co se týče sociální stránky, nevybavuji si, že bychom řešili nějaký problém s chováním klientů. Přesto, že se často setkáváme s lidmi, kteří jsou pod vlivem návykových látek.

Na rizika myslíme už při vytváření dobrovolnických týmů. Když se dostane náš medik do nekomfortní situ-

ace, vždy má v zádech zkušenějšího kolegu, který mu zvládne pomoci. S klienty se navíc setkáváme na veřejně přístupných místech, odkud mohou dobrovolníci kdykoli odejít.

Je ale pravda, že lidé bez domova jsou stíháni větším neklidem, nejspíš proto, že si nikdy nemohou odpočinout. Když potřebuje ošetření větší množství lidí, někteří začnou být netrpěliví až agresivní. V těchto případech jsme situaci vždy vyřešili sami nebo se nás zastal někdo z ostatních klientů.

Je těžké udržet v takových případech empatický přístup?

Alžběta Slámová: Je to náročné, ale s praxí čím dál snazší. Medici na ulici neznamenaají jen pomoc pro osoby bez domova. Jde také o důležitou lekci pro samotné studenty. Učíme se, jak porozumět lidem, kteří jsou v úplně jiné situaci než my. Nebojují jen s životem na ulici, překážkou je pro ně i složitý zdravotnický systém.

V čem konkrétně?

VK: V Česku je mnoho bezdomovců z ciziny. Nemají doklady a přístup do zdravotnického systému je pro ně složitý, mnozí z nich se také domnívají, že nemají na ošetření právo.

Docházení do nemocnice je pro ně komplikované také tím, že musí přijít v daný čas. Lékařům navíc často nedůvěřují.

Existuje způsob, jak to změnit?

AS: Věřím, že ano, ale bude to náročná cesta. Mělo by se začít u toho, že se o bezdomovectví bude více učit už na fakultách. Je důležité, aby zdravotník věděl, jak má přistupovat k bezdomovci, který mu přijde do or-

dinace. Člověk bez domova má jako pacient dost specifické potřeby, ať už jde o komunikaci, nebo plánování péče. A je potřeba jít mu naproti.

VK: V důvěře mezi lidmi bez domova a zdravotníky je na čem pracovat. Řešení ale musí začít u toho, aby se lidé na ulici vůbec nedostávali. To však přesahuje naše kompetence.

Co uděláte, když se v terénu setkáte s problémem, který nemůžete na místě vyřešit?

VK: To se stává často. Jsme studenti a nemáme kompetence lékařů, ale spolupracujeme s celou řadou institucí, jako je třeba Ordinace pro lidi bez domova v Armádě spásy nebo spolek Naděje, na které jsme schopni klienty odkázat. Spolupracujeme i s organizacemi, které se na sociální práci podílí a pomáhají lidem se z ulice dostat.

V počátku získávali studenti ošetřovatelský materiál ze starých autolékárniček či charitativních darů. Dnes máte několik sponzorů a partnerských organizací. Dostáváte i peníze za práci?

AS: Ne, pořád pracujeme zdarma. Naprostá většina darů, které dostáváme, putuje na materiál a provoz ošetřoven. Medikům kupujeme maximálně ošetřovatelské batohy nebo ledvinky, které potřebují k práci, a jednou za rok na úvodní poradě občerstvení.

Kolik máte v týmu mediků?

AS: V celém projektu je aktivně zapojeno 250 lidí. Jednotlivé pobočky, které jsou ve všech univerzitních městech s lékařskými fakultami, vždy vede skupina zkušenějších studentů zhruba o pěti až deseti členech.

Stalo se vám někdy, že práci na ulici student psychicky neustál?

VK: Nic mě nenapadá, ale věřím, že se to může stát. Zvláště u nováčků. Člověk se občas diví, co za zdravotní defekty lidé mají. Napadá mě případ, kdy jsem šel na noční směnu do Libně. Narazili jsme na muže, který měl kolem hlavy špinavou šálu a požádal nás o pomoc. Látkou se snažil zakrýt obrovský absces, z něž se vy-lilo velké množství hnisu. Přesně taková situace může mladého medika překvapit a šokovat. I proto věnujeme prostor zpětné vazbě a mluvíme o věcech, kterým musí studenti při praxi na ulici čelit.

Máte mezi sebou i vysokoškoláky z jiných fakult?

VK: Zatím ne. Spolupracujeme ale s organizacemi, které zajišťují pomoc v sociálním sektoru. Procento lidí s psychiatrickými poruchami je na ulici mnohonásobně vyšší než v běžné populaci.

Setkali jste se kvůli své iniciativě s předsudky ze strany veřejnosti?

AS: Argument, proč pomáháme lidem, kteří si to nezaslouží, slyšíme. Neděláme to proto, že by si to zasloužili. Jde o jejich potřeby a reagování na ně. I kvůli takovým tvrzením, jako že si bezdomovci nezaslouží ošetření, vznikl projekt **Bořiči mýtů**. Na sociálních sítích se snažíme vyvrátit mylné představy o bezdomovcích a poukázat, čemu by se měla věnovat pozornost. Například domněnce, že si lidé bez střechy nad hlavou za svou situaci mohou sami.

Text vyšel 27. září na *Aktuálně.cz*.

Gratulujeme jubilantům narozeným v září, říjnu, listopadu a prosinci!

Prof. MUDr. Petr Arenberger, DrSc., MBA

přednosta Dermatovenerologické kliniky 3. LF UK a FNKV

MUDr. Klára Bernášková, CSc.

působí na Ústavu patofyziologie 3. LF UK

Prof. MUDr. Jan Bultas, CSc.

profesor Ústavu farmakologie 3. LF UK

Prof. MUDr. Milena Černá, DrSc.

profesorka Ústavu hygieny 3. LF UK

MUDr. Tomáš Hladý

působí na Stomatologické klinice 3. LF UK

Doc. MUDr. Václav Janík

emeritní přednosta Radiodiagnostické kliniky 3. LF UK a FNKV

MUDr. Tereza Knoppová

působí na Klinice rehabilitačního lékařství 3. LF UK a FNKV

Doc. MUDr. Martina Kubecová, Ph.D.

emeritní přednostka a docentka Onkologické kliniky 3. LF UK a FNKV

MUDr. Libor Luňáček

působí na Ortopedicko-traumatologické klinice 3. LF UK a FNKV

MUDr. Renata Píchová

působí na Klinice nukleární medicíny 3. LF UK a FNKV

Doc. MUDr. Hana Provazníková, CSc.

dříve docentka Ústavu hygieny 3. LF UK, proděkanka pro výuku a pro studijní záležitosti v letech 1990 až 1997, dlouholetá členka Akademického senátu 3. LF



Zlatá medaile pro prof. Milenu Černou

Vědecká rada UK na svém pravidelném zasedání ve čtvrtek 21. září udělila zlaté pamětní medaile pěti významným osobnostem, jež jsou profesně spojeny s Univerzitou Karlovou. Mezi nimi je i prof. MUDr. Milena Černá, DrSc. z 3.LF UK, která obdržela zlatou medaili za významné celoživotní dílo v oboru hygieny a epidemiologie, vědeckou a pedagogickou činnost na UK.

Prof. MUDr. Milena Černá svůj profesní život spojila především se Státním zdravotním ústavem a 3. lékařskou fakultou UK, kde velmi aktivně stále působí. Z hlediska odborného zaměření se celoživotně orientovala zejména na toxické a genotoxické účinky faktorů prostředí, monitorování expozice populace toxickým a genotoxickým látkám a endokrinním disruptorům, a dále na sledování saturace látkami s benefičními účinky. Zásadní měrou přispěla k zavedení a rozvoji biomonitoringu na národní úrovni jako nástroje hodnocení expozice populace chemickým látkám z prostředí, sledování časových trendů a hodnocení zdravotních rizik, účastnila se přitom i mezinárodních projektů v této oblasti.

Na fakultě se podílela na reformě výuky hygieny a preventivního lékařství, dodnes hojně vyučuje v rámci magisterského studia i studií bakalářských a patří mezi oblíbené učitele. Své znalosti a zkušenosti předává studentům rovněž v rámci postgraduálního vzdělávání.



Strážci galaxie třetí v Orlických horách

V říjnovém poháru YETI RESCUE v kategorii RYCHLÁ ZDRAVOTNICKÁ POMOC v Deštném v Orlických horách obsadila posádka studentů 3. lékařské fakulty krásné třetí místo. Tým Strážci galaxie ve složení Petra Stolaříková, Klára Petrásková a Ondřej Raudenský vybojovali třetí příčku v konkurenci 30 týmů.



Moje rozloučení s Afrikou a Itibem

„There and Back Again (An Unexpected Journey)“

The Hobbit, J. R. R. Tolkien

Lukáš Malý, Ústav etiky a humanitních studií

Bilbo Baggins touto větou začíná psát knihu svých pamětí ve filmovém zpracování Tolkienova díla. Nastal ten pravý čas, aby odešel a věnoval se něčemu jinému. Bude se mu stýskat po tom, co společně s přáteli prožili, co udělali, za co bojovali. Neuvěřitelné příběhy. Chtěl by se tam ještě jednou podívat, vrátit se. To už ale nelze, ani by to nebyl, zdá se, dobrý nápad. Neloučí se mu lehce. V dílech Tolkiena jde nakonec vždycky o přátelství, o význam soucitu, o neustálý boj dobra se zlem a o obyčejné, malé, zdánlivě bezvýznamné jedince, kteří ale zároveň byli schopni malými krůčky dělat svět lepším. Mám Tolkiena velmi rád, skrz příběhy mě neustále inspiruje.

Před dvanácti lety jsem se také vydal na velmi neočekávanou cestu, kterou jsem neplánoval. Cestu do Afriky. Nebyla sice plná nadpřirozených bytostí a tolika zdánlivě neřešitelných překážek, ale jednoduchá také nebyla. Kolikrát jsem se chtěl vrátit zpátky, vzdát to. Byli to vždycky přátelé, kteří mi pomohli a se kterými jsme společně šli dál. Tenkrát to bylo jen pár měsíců, které se pak opakovaly každý rok, až do teď. Jsem rád, že jsem se touto cestou vydal. Neskutečných dvanáct let, které lze těžko popsat slovy. Dlouhá cesta. Teď se ale přiznám, že se poslední rok či dva, v rámci působení v Keni, cítím tak, jak to vyjádřil právě Bilbo: „*I feel thin,*

sort of stretched, like butter scraped over too much bread.“ Všechno má svůj čas, svůj pravý čas, který po nějaké době nastane a dozraje. Myslím, že i můj čas, který jsem věnoval práci v Africe, se dovršil.

Nejprve jsem jezdil pár let, vždy na několik měsíců v roce, do Ugandy, kde jsem spolupracoval na projektu paliativní péče a stavbě kliniky. Z mnoha zkušeností, které jsem tehdy získal, čerpám i dnes na oddělení paliativní péče. Poté jsem jezdil další roky s našimi mediky do Keni. Tam jsem se pravidelně střídal s manažerem projektu Alešem Bártou v nemocnici Itibo, která je spolufinancována organizací ADRA ČR a kam jezdí studenti medicíny také z jiných lékařských fakult. Itibo se tak stalo vždy na několik měsíců v roce mým druhým domovem. Když si zpětně čtu eseje našich studentů po návratu z Keni, mám v mysli mnoho vzpomínek, veselé i smutné, společné prožitky a dobrý pocit z vykonaného. Mělo to význam nejen pro naše pacienty, ale také pro studenty. Když se pak někteří do Itiba vraceli, už jako lékaři, tak mě to opravdu velmi těšilo. Kolikrát jsem si říkal, že bych byl rád, kdyby se mohli vidět mýma očima: Jak za tu dobu vyrostli lidsky i odborně. Byl to vždy krásný pohled.

Všechno má svůj pravý čas, ale odcházení nebývá jednoduché. Uplynulé roky byly úžasné, ale také pro mě

osobně velmi náročné. Pracoval jsem současně jako lékař na interně, dialýze a jednotce intenzivní péče v Opavě, přednášel etiku na 3. lékařské fakultě v Praze a do toho organizoval a realizoval každoroční několikaměsíční cesty do Keni. Cestování mezi Opavou, Prahou a Keňou začínalo být čím dál náročnější. Můj život se odehrával ve vlaku, který jel čím dál rychleji, a měl jsem pocit, že už nestíhám sledovat krajinu okolo. Velmi málo času jsem věnoval svým nejbližším, rodině a také sobě a svému zdraví. Letos v létě jsem se ocitl v nemocnici. Tentokrát už nikoliv jako lékař ve službě, ale jako pacient a mnohé mi to pomohlo si uvědomit.

Loučím se s Afrikou a s Itibem s určitou lítostí a nostalgií. Spadl mi však kámen ze srdce, který byl poslední dobou už velmi těžký. Je ten správný čas. Myslím, že bych to už déle nebyl schopen dělat dobře a to bych nechtěl. Vrátil jsem tedy „účetnictví i klíče“ zase zpátky Aleši Bártovi. Navzájem jsme si je různě, rok co rok, předávali, někdy v rychlosti v kavárně, jindy v Nairobi na letišti. Naposledy jsem mu je předal s pokorou a s díky za možnost, kterou jsem díky němu v Keni měl. Byla to neuvěřitelná doba, neuvěřitelná zkušenost i neuvěřitelná škola. Příběhy našich pacientů budu mít stále na paměti i v srdci. Stejně jako naše mediky. Často si ze mě dělali legraci, že určitě říkám všem skupinám, že mi budou chybět a že na ně budu vzpo-

mínat. Je to ale pravda. Vždycky zůstalo s každou další partou mediků kousek „mě“.

Doufám, že se najde někdo další, kdo bude s Alešem pokračovat v takovéto spolupráci a malými krůčky dělat svět o něco lepším místem. Odcházím z Afriky a z Itiba s klidným svědomím, s pocitem dobře odvedené práce, ale také s velkou úlevou. Nyní se chci naplno věnovat výuce studentů, pacientům, ale hlavně svým nejbližším a sobě samému. Neumím dostatečně poděkovat všem, se kterými jsem v rámci práce kolem Afriky poslední roky na naší fakultě spolupracoval a které jsem měl možnost poznat. Myslím, že je v životě štěstí mít dobré přátele a jsem za ně vděčný. Moje upřímné poděkování patří tedy vám všem .





MEDICINA

Péče o duševní zdraví na 3. LF UK

Adam Žaludek, Jan Michálek, Radek Pěkný,

Ludmila Filipová, Monika Arenbergerová

3. lékařská fakulta je vnímána jako místo, kde se na potřeby studentů bere ohled a kde jsou potřeby studentů brány vážně. Vznik kontaktního místa je tak dalším logickým krokem. Prevalence duševních poruch v populaci se mírně zvýšila, přišly nové výzvy a potíže v souvislosti s pandemií covid-19. Téma duševního zdraví a péče o něj se stalo méně stigmatizovaným, zejména mladí lidé jsou o něm ochotnější mluvit a vyhledat pomoc. Kontaktní místo vnímáme jako nízkoprahové – mělo by existovat co nejméně praktických nebo formálních překážek k vyhledání osobní konzultace.

S čím se na kontaktní místo mohou studenti obrátit?

Studenti se do kontaktního centra mohou obrátit s jakýmkoliv duševními obtížemi, které je trápí delší dobu a se kterými si již svépomocí neumí poradit. Nejčastěji jde o poruchy soustředění, poruchy spánku, úzkostné prožitky či depresivní stavy. Zdaleka nemusí jít „jen“ o problémy v přímé souvislosti se studiem a se studijními nároky. Případné studijní neúspěchy, odkládání povinností a strach ze zkoušek mnohdy bývají jen pomyslnou špičkou ledovce. Často se na těchto konkrétních tématech objeví hlubší souvislosti – déletrvající potíže, neuspokojivé vztahy v rodině či partnerství, odloučení od rodiny a podobně.

Jak sezení vypadá?

Každý z konzultantů má vypracovaný a odzkoušený mírně odlišný způsob vedení hovoru, v zásadě však vždy jde o zmapování situace studenta a identifikaci hlavních potíží. Věnujeme se edukaci, tedy předání informací o příznacích, možných příčinách a o neuro-

biologických souvislostech daných obtížemi, a dále konkrétním metodám, jak si ulevit (psychologická první pomoc). Identifikujeme, jakým způsobem spolu souvisí myšlenky, emoce a tělesné prožívání. Hledáme možnosti, jaké kroky mohou být pro daného studenta přínosné.

Jak už bylo naznačeno výše, někdy se dotkneme i hlubších témat, která patří primárně do *psychoterapeutického settingu*. V rámci jednorázového pohovoru tato témata příliš nerozvíjíme, spíše vedou k doporučení vyhledat systematickou psychoterapeutickou péči. V případě, že se během pohovoru ukáže, že daný student potřebuje další návaznou odbornou péči, snažíme se jej vybavit dalšími kontakty.

Co když student potřebuje návaznou péči?

- V případě, že se domluvíme, že je vhodná další odborná péče, existují následující možnosti:
- Má-li student důvěru ke svému praktickému lékaři a je pro něj geograficky dostupný, může ho kontaktovat a domluvit se s ním na základní farmakologické léčbě.

- Spolupracujeme také s ambulancí v rámci Národního ústavu duševního zdraví, kam můžeme studenty odkázat. V případě, že mají volnou kapacitu sami konzultanti (psychiatři) – mohou v určitých případech studenta převzít do své ambulantní péče.
- Také můžeme předat relevantní kontakty na psychoterapeutické služby. Bohužel kapacita psychoterapeutů v Praze je téměř zcela naplněná zejména u těch, kteří poskytují své služby tzv. na pojišťovnu.

V jakých případech poradnu nelze využít?

S kolegy jsme se shodli na tom, že jsme se nesetkali s tím, že by někdo poradnu využil „nevhodným způsobem“. Všechny konzultace byly zcela namístě a adekvátní. Často přišli studenti i s takovými problémy, které vyžadovaly další odbornou pomoc. Pro potřeby tohoto textu a pro přehlednost nicméně zmíníme situace či potíže, pro které poradna není určena:

- nemůžeme suplovat zavedenou péči ambulantního psychiatra – např. předpis stabilně užívané medikace
- neřešíme tělesné zdravotní obtíže
- nenabízíme dlouhodobou, systematickou a pravidelnou péči

- nejsme schopni ošetřit akutní a krizové obtíže – v těchto situacích důrazně doporučujeme využít osobní návštěvu některého z krizových center (RIAPS Praha 3, Centrum krizové intervence v PN Bohnice) nebo zavolat na některou z telefonických krizových linek (Linka Bezpečí 116 111, Telefonická linka PN Bohnice 284 016 666)

Práci v kontaktním místě pro duševní zdraví studentů 3. LF UK vnímáme jako velmi smysluplnou a funkční. Za dobu existence centra jím prošly desítky studentů, kteří zde našli bezpečný prostor pro sdělení svých obav, obtíží nebo problémů. Dostali zde možnost sdílet svá témata a nabýt naději pro to, aby se jejich stav zlepšil. Do budoucna bychom rádi rozšířili možnosti, kam studenty odkazovat pro dlouhodobější a systematictější spolupráci, například bychom uvítali existenci fakultního psychoterapeuta či podpůrné edukační skupiny. Pro lepší a plastičtější představu přikládáme dvě kazuistická sdělení přímo z praxe. Jména jsou smyšlená, příznaky jsou integrované od několika typů klientů.

Aneta, studentka 1. ročníku všeobecného lékařství, 19 let

Přišla do poradny po několikátýdenním váhání a na doporučení spolužačky, která už konzultaci využila a kamarádku podpořila svou pozitivní zkušeností. Aneta sdělila své potíže – zhoršený spánek, rozvoj nadměrných úzkostí, obtíže s učením a ztížené soustředění. Postupně jí začalo činit potíže docházet do školy na přednášky, ve větších kolektivech ji přepadaly záchvaty úzkosti, paniky, někdy pocity na omdlení, bušení srdce. Během hovoru se ukázalo, že špatně snáší adaptaci na první ročník studia, necítí se dobře ve velkém městě (pocházela z menšího města vzdáleného asi tři hodiny cesty od Prahy), nemá zde žádné přátele, rodinu ani kamarády. Zároveň vyšlo najevo, že aktuální stav souvisí i se složitou situací v rodině. Rodiče se rozvedli, dlou-

hodobě mezi sebou vedli spory o majetek a o vyživovací povinnost. Aneta špatně vycházela se starší sestrou, která jí dávala rozvod rodičů za vinu. Do toho trpěla pocity méněcennosti, protože dosud nezažila partnerský vztah a v nové zátěžové situaci nabyla dojmu, že už nikdy partnerský vztah nenajde.

Během sezení se jí částečně ulevilo díky tomu, že své starosti nahlas a uceleně sdělila, zároveň sama objevila pár důležitých souvislostí, které si dosud neuvědomila. Podařilo se nám Anetu předat do psychoterapeutické péče. Přibližně po půl roce jsme dostali od Anety e-mail se zpětnou vazbou, že v psychoterapii pokračuje, profituje z ní a mnoho z dřívějších potíží odeznělo, s těmi zbývajícími se naučila efektivně zacházet.

Bruno, student 6. ročníku všeobecného lékařství, 26 let

Bruno přišel s velkými obavami, zda „nezneužívá“ služeb kontaktního místa. Referoval asi půl roku trvající pocity nadměrného přemáhání se ráno vstát a dojít do nemocnice na praxi. Přestaly ho bavit koníčky, které mu kdysi pomáhaly dobít energii. Změny v chování a prožívání si všimla i jeho přítelkyně, vztah začal chladnout. Bruna zarazilo, že mu to ani příliš nevadí. Během hovoru vyplynuly další důležité poznatky, například příležitostné a obecné úvahy o smyslu života. Zároveň se ukázalo, že v přímé příbuzenské linii se několik jedin-

ců psychiatricky léčilo s depresivní poruchou.

Význam konzultace spočíval zejména v edukaci a poskytnutí náhledu. Brunovi byla doporučena ambulantní léčba pro středně těžké depresivní prožívání a následně zahájena farmakologická léčba. Jeho stav se výrazně zlepšil, takže byl schopen dokončit studia v řádném termínu.

Martin, student 3. ročníku všeobecného lékařství, 22 let

Martin přišel zkonzultovat úzkostné prožívání, zhoršení spánku a nadměrnou nervozitu, která negativně ovlivňuje nejen jeho studium, ale i osobní život – nesoustředí se na hovor s přáteli, na čtení či sledování filmu, neustále mu „utíkají myšlenky“.

Martin měl vždy velmi dobré studijní výsledky, na gymnáziu patřil mezi premianty, u přijímacích zkoušek se umístil mezi dvaceti nejlepšími uchazeči. První dva ročníky pro něj byly náročné, ale zvládl je bez větších obtíží. Ve třetím ročníku poprvé v životě zažil „studijní neúspěch“ – dvakrát po sobě neuspěl u zkoušky z patologie a musel jít na třetí pokus v letním semestru.

Během hovoru jsme se zaměřili na dvě důležité věci – zaprvé jsme identifikovali, že se Martinovi často spouští *obavné myšlenky* nebo *katastrofické scénáře* týkající se školy. Například vzpomínka na fakt nebo událost související s patologií spustila řetězec negativních myšlenek – patologie je příliš těžká, nedá se to naučit, neuspěje ani na třetí pokus, vyučující ho nemají rádi, je nevhodný k budoucí práci lékaře, nevystuduje žádnou vysokou školu, stane se z něj sociálně vyloučený jedinec, zavrhne ho rodina... Těchto negativních myšlenek jsme si všimli a určili jasnou souvislost s negativními pocity úzkosti a nervozity. Velkou úlevu Martinovi přinesl nápad, že tyto obavné nápady nepopisují realitu, skutečný stav, jde pouze o myšlenky, fantazie. A toto uvědomění pomohlo odpojit následně vzniklou úzkost. Jde o dílčí metodu všímavosti – *mindfulness*. Martin dostal tipy na kurzy, knihy a videa o *mindfulness*, aby v případě zájmu tuto praxi prohloubil.

Druhou důležitou věcí byla organizace studia. Martin si nikdy nevytvořil návyky na plánování a strukturování studia, organizaci poznámek a podobně. Těžil se své velké inteligence a přirozeně vysoké kapacity a veškeré studijní nároky zvládal „intuitivně“ – stačilo mu, že byl na přednášce, něco si občas někam něco zapsal, skripta si přečetl, když měl čas... U tak velké a obsáhlé zkoušky, jako je patologie ale tento přístup narazil na limit. Martin dostal jednoduché tipy na vedení diáře a poznámek ke studiu (z přednášek, ze samostudia) metodou *bullet journal* (www.bulletjournal.com), plánování volného času a odpočinku.

Na konci letního semestru Martin napsal e-mail, že úzkosti se mu občas objevují stále, ale přestaly mít tak negativní dopad na jeho běžný život. Díky novým dovednostem – lepší organizaci studia a *mindfulness* technikám dostal své chování a prožívání více pod vědomou kontrolu a obávanou zkoušku z patologie bez problémů splnil.

Na textu spolupracovali čtyři konzultanti kontaktního místa – MUDr. Adam Žaludek, MUDr. Jan Michálek, PhDr. Radek Pěkný a Mgr. Ludmila Filipová.

Dvě otázky pro každého

MUDr. Adam Žaludek

Po stávajících zkušenostech s kontaktním místem byste byl pro zřízení těchto poraden na všech vysokých školách?

Rozhodně ano, celkově by bylo výhodné, aby se zřídila univerzitní zdravotní centra zaměřená šířeji. S ohledem na to, že studující často mají například své praktické lékaře přes celé území republiky, byl by takový krok uživatelsky přívětivý. Zaměřím-li se úžeji na psychické zdraví, pak podobná konzultační centra, jako to naše, nemůže nahradit nedostatečnou dostupnost psychiatrických a psychologických služeb, která je pro Českou republiku již dlouhodobou zátěží, avšak může pomoci k prevenci rozvoje či zhoršení duševních obtíží, případně cíleně nasměrovat k adekvátnímu řešení. Každá fakulta by, věřím, takové centrum využila a naplnila. To platí obecně i pro základní a střední školy. Prevalence duševních obtíží se všeobecně zvyšuje, o stále trvajících dopadech pandemie nemluvě.

PhDr. Radek Pěkný

Co si lze představit pod pojmem „úspěšnost konzultace“?

Čas od času mi někdo ze studentů napíše, že se mu podařilo zvládnout zkoušku, které se bál a kvůli které se byl poradit v rámci kontaktního místa. To beru jako úspěch. „Úspěšná konzultace“ může mít mnoho podob – někdy je pro studenta úspěch už to, že po dlouhém váhání sebral odvahu někam přijít a sdílet svůj příběh či trápení.

Výuka představuje také určitou psychickou zátěž. Plánujete rozšíření konzultací například i na postgraduální studenty či učitele?

Postgraduální studenti mohou kontaktní centrum využít již nyní, takoví se již dokonce dostavili. Co se týká vyučujících, záleží to na rozhodnutí vedení fakulty, zda chtějí tuto možnost nabídnout, nebo službu limitovat pro studující. V obecné rovině je duševní zdraví důležitou rovinou hygieny práce, mnohé firmy péči o tuto oblast spojují s organizační kulturou a nabízejí možnosti odborných konzultací jako určité benefity. Rozhodnutí o formě by tedy náleželo managementu fakulty, avšak z pohledu poskytujícího bych se nebránil tomu, kdyby se dostavili i vyučující – ba právě naopak.

Jak často poskytujete poradenství?

Poradenské hodiny vypisují podle toho, jaké jsou é časové možnosti a jaká je poptávka. Obvykle to je čtyři až šest konzultačních hodin v měsíci. Když však vidím, že se vypsané termíny rychle zaplní a jsou naplněné i termíny kolegů, tak se snažím ve svém pracovním harmonogramu najít nějaký další čas, kdy bych mohl vypsát volný termín do poradny. Ne vždy se to však povede.

Mgr. Ludmila Filipová

Jak vznikl nápad na otevření kontaktního místa pro duševní zdraví studentů 3. LF UK?

Kontaktní místo duševního zdraví vzniklo na základě poptávky po psychologických intervencích u studentů 3. LF. Studenti se během svého studia občas dostali do situací, jejichž řešení je stálo velké psychické úsilí a nemohli se soustředit na zvládnání svých studijních povinností. Objevovala se nová nebo stará již zapomenutá traumata, která se aktivovala právě v zátěžových situacích zkouškového období. Někteří studenti se potřebovali zorientovat v prvním roce studia. Pan proděkan Marx je v takových případech posílal ke mně do ordinace a postupem času nás při diskuzích napadalo, že by možná krátkou intervenční pomoc potřebovalo více studentů a mnozí z nich se obávají nebo stydí o takovou

pomoc požádat. Začali jsme tudíž na počátku studia 1. ročníku 3. LF oslovovat studenty na krátké přednášce a seznamovat je s tím, že lépe je řešit nesnáze hned v počátcích, než se u člověka objeví somatické nebo jiné poruchy středového původu z pokračování a popírání úzkosti. Díky této edukaci se začali studenti sami hlásit o pomoc.

Jak dlouho již s fakultou spolupracujete?

S panem doktorem Marxem a s fakultou spolupracuji už řadu let, medicí ke mně docházejí do psychoterapie už více než 15 let. K fakultě mám bližší vztah už od doby, kdy jsem tři roky pracovala na Klinice děti a dorostu FNKV.

MUDr. Jan Michálek

Kolik studentů kontaktní místo již navštívilo?

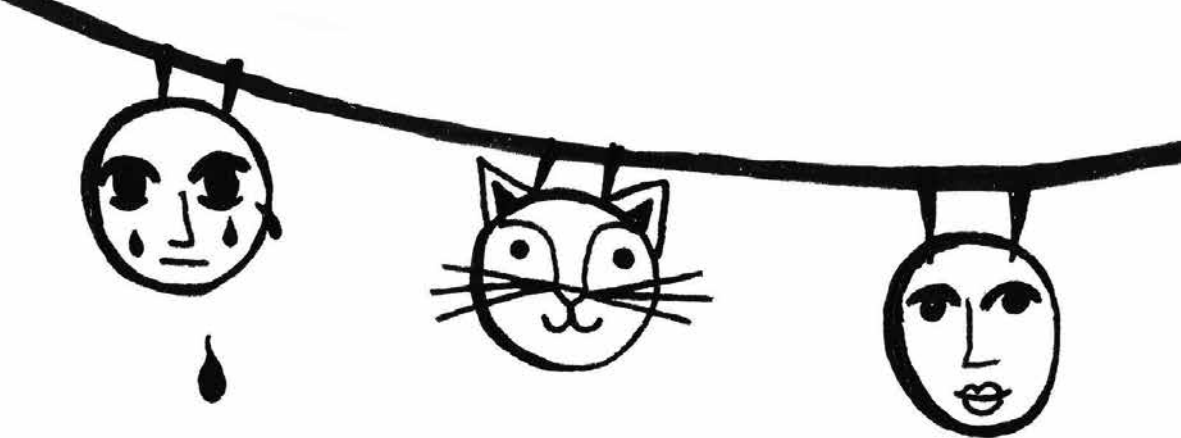
Nemám k dispozici přesná čísla od kolegů, nicméně dle mých poznámek jsem měl od začátku fungování centra 55 individuálních konzultací. Takže orientačně u čtyř kolegů to může být celkem přes dvě stě konzultací.

Liší se nějak psychické problémy v nižších a vyšších ročnících?

Psychické problémy jako takové jsou více méně stejně, dominují úzkostné a depresivní prožitky. Liší se témata na povrchu. Mladší studenti řeší adaptaci na

vysokou školu, život v novém městě, neznámé prostředí, nedostatek sociálních kontaktů a podobně. Starší studenti často řeší neúspěch u nějaké těžké zkoušky, typicky patologie nebo později státnice. A zcela bez rozdílu věku či aktuálně studovaného ročníku jsou společná „hlubší témata“ – neuspokojivé rodinné či partnerské vztahy, pocity vlastní nedostatečnosti, srovnání se s ostatními, strach z budoucnosti. V těchto případech je doporučena systematická psychoterapeutická práce.

Ptala se prof. MUDr. Monika Arenbergerová, Ph.D.



Hovory o antidepresivech

Jolana Boháčková

Depresivní potíže jako ztráta zájmů, energie, chuti k jídlu, nespavost, pocity beznaděje či viny začínáme vnímat jako jedno z civilizačních onemocnění. Lidi, kteří jimi trpí, můžeme potkávat pravidelně a nemusíme ani tušit, s čím každodenně bojují. Novinářka Kateřina Kudláčková užívá antidepresiva již dlouhá léta, a jak sama uvádí, vždy přemýšlela, kde se nachází pomyslná hranice mezi ní samotnou a osobou formovanou léky, jaká by byla, kdyby antidepresiva neužívala. Když začala o tématu mluvit ve svém okolí, ozývali se jí přátelé a známí, kteří se chtěli podělit o svou zkušenost.

Důležitým impulsem bylo, když ji kontaktovala paní a hovořila o svém synovi. „Můj syn bere antidepresiva a já tomu vůbec nerozumím. Já jsem úplně jiná a nechápu, proč to potřebuje. Mě by vlastně strašně zajímalo si o tom něco přečíst. Chtěla bych trochu nahlédnout do

hlavy lidem, kteří to berou.“ Téma by tedy mohlo zajímat nejen ty, které napadají podobné otázky jako Kateřinu Kudláčkovou, ale i blízké lidí, kteří antidepresiva užívají – protože není snadné pochopit, co se duševně nemocnému člověku v hlavě odehrává. Nakonec autorka vybrala jedenáct osob, které v rozhvorech sdílejí své osobní zkušenosti a životní příběhy. Záměrně volila okruh lidí, kteří dobře vládnu slovem, aby dokázali skutečně vyjádřit své niterné pocity.

Knihu „Na antidepresivech o antidepresivech“ vydává Fokus Praha, z.ú, a jak v předmluvě podotýká jeho ředitel Jan Sobotka, není to „odborný text, ale literárně publicistické dílo, cenné svým neotřelým pozváním do světa lidí ochotných mluvit o tom, jak antidepresiva vstupují do jejich životů“.

Přinášíme první z jedenácti rozhovorů.

„Vždycky je lepší být v aspoň trošku ‚vystabilizované‘ podobě sebe sama.“

Jaký máš vztah ke svým antidepressivům?

Češi obecně, hlavně v té starší generaci, mají podle mě problém mluvit o psychických potížích. Vnímají to jako stigma. Ale upřímně – můj život bez antidepressiv byl mnohem horší, než je s nimi. S nimi funguju mnohem líp.

Já je beru tak strašně dlouho, že už skoro ani nevím, kolik let to je – jak dlouho je bereš ty?

Už byl na světě můj syn, když jsem je začala brát. Takže to bude třeba takových – osm let?

Aha, tak je nebereš zase tak dlouho jako já. Můžeš tudíž ještě dobře srovnat, jak ti bylo bez nich a jak je ti s nimi?

Dobře si pamatuju, jak mi bylo bez nich. Moje úzkost byla mnohem větší. Pocit, že jsem něco udělala špatně, byl mnohem hlubší. Hraničilo to s obsedantně-kompulzivní poruchou. Nebyla jsem si jistá, jestli jsem něco vypla, i když jsem se podívala stopadesátkrát, pořád jsem měla utkvělou představu, že jsem určitě něco zapomněla. Že se něco hrozného stane. Tohle všechno se mi teď zvládá mnohem líp, můžu normálně odejít z bytu místo toho, abych se třikrát vracela zkontrolovat, jestli jsem zamkla.

Takže asi nemáš chuť antidepressiva někdy přestat brát?

V ideálním případě bych samozřejmě chtěla být velmi silný člověk, který funguje bez antidepressiv. Jenže bez nich jsem například dost trpěla nespavostí, což

mám sice doteď, když je stres, ale určitě v menší míře než bez. Všechny emoce, které mám asi obecně tendenci prožívat moc silně, až tak, že mi to škodí, nejsou teď tak silné. Tím pádem můžu normálně fungovat. Když tě nějaká emoce ochromuje (ať smutek nebo úzkost), nemůžeš normálně fungovat. Nedovedu si představit, jak by vlastně můj život musel vypadat, abych mohla fungovat bez antidepressiv. Předpokládám, že bych nesměla mít žádné problémy. Všechno by muselo jít hladce, musela bych mít dost peněz, žádný stres, žádné starosti. To je ale takový ideální život, který možná někteří lidé mají, ale většina spíš ne.

A nemáš pocit, že pak míň prožíváš i pozitivní emoce, když máš takhle obroušené hrany těch emocí negativních?

Mně se s antidepressivy asi tak ulevilo, že tohle nepovažuju za problém. Měla jsem s emocemi vždycky spíš negativní potíže. Tohle mě nikdy nenapadlo. Důvod, proč bych ty léky chtěla přestat brát, je ten, že bych chtěla být silná a odolná. Chtěla bych být člověk, který všechno zvládne sám. Možná se považuju za slabší kus kvůli tomu, že ty léky potřebuju. Říkám si, že normální lidi antidepressiva nepotřebují, můj manžel antidepressiva nepotřebuje. Ale vidím na něm, jak je úplně jiný než já. Některé věci v životě vůbec nevidí. Soustředí se na něco jiného: vydělávám dost / nevydělávám dost, uvařila / neuvařila, je tohle dobré jídlo / není to dobré jídlo, budu to jíst / nebudu to jíst. Jeden čas pro mě mělo

strašně silný smysl v životě zachraňování psů, jenže pro mého muže to byla obrovská zátěž. Zatěžující bylo, že máme zase dalšího psa, kterého musíme venčit, o kterého se musíme starat. Možná měl pocit, že se kvůli psům nevěnuji dostatečně domácnosti a dítěti, nebo že se nevěnuji jemu. Ale mě to prostě tehdy naplňovalo. Bylo to něco, co dávalo mému životu nějaký smysl. Bylo mi jasné, že nemůžu zachránit všechny psy světa, ale uklidňovalo mě, že aspoň nějak přispívám k vybalancování.

Řekneš mi, prosím, jak ses pokoušela antidepresiva vysadit?

Vždycky se stalo něco s mojí mámou. Ani jsem se je nepokoušela úplně vysadit, jenom jsem si zmenšila dávku – a moje máma další den třeba spadla a skončila v nemocnici. Tak jsem si znovu vzala celý prášek a říkala si, že už to nezvládnou jinak. Ta situace s mou mámou je prostě náročná, systematicky se zhoršuje. Nespolupracuje, abychom hledali řešení. Nechce jít do domova, ale nechce ani nikoho na pomoc doma. Fyzicky je na tom hodně špatně.

Takže teď to máš tak pověřivě navázané na to, že se bojíš, že kdyby sis tu dávku snížila, tak se mámě něco stane?

Jo, protože dvakrát se mi to tak už stalo. Takže jsem to odložila na neurčito. S tím, že máma se pořád horší a já nemůžu vědět, co se jí kdy stane, a radši se budu udržovat ve funkční podobě, než abych experimentovala a nějak se emočně propadala. Potom bych to nezvládala, kdyby se stalo něco akutního, něco, co bych s ní musela řešit. Nechci být celá ubřečená někde v nemocnici a ptát se doktora, jak je moje máma na tom. Vždycky je lepší být v aspoň trošku vystabilizované podobě sebe sama.

Mně se teď stalo více věcí po sobě. Psychoanalýza mi začala nazrávat k tomu, že jsem si začala snižovat dávku svých léků, potom jsem dělala rozhovory s lidmi, které mě vedly k tomu, že jsem si uvědomovala, jak mě ta antidepresiva drží, abych se, jak to říct, nevrhala do života naplno. Že se kvůli nim pořád držím zpátky: neučím se zacházet sama se sebou, se svými skutečnými, nikoli uměle tlumenými emocemi. Najednou mi připadalo, že vlastně pořádně ani nevím, kdo jsem. A pak jsem potkala jednu holku, která by byla objektivně asi snadno zralá na antidepresiva, ale funguje bez nich. Hrozně mě inspirovala, protože všechna ta vychýlení od normality jsou tématem jejích kreseb a filmů. A ty kresby a filmy jsou skvělé. Kdyby si vzala antidepresiva, tak by asi tak skvělé věci nekreslila.

Prostě teď máš pocit, že antidepresiva brzdí tvoji kreativitu?

Jo. Asi. A co ti antidepresiva symbolizují?

To nevím, co symbolizují tobě?

Řekla bych, že pro mě asi nějak znamenají poslední krok k přijetí dospělosti. Jako bych pořád plně nepřijala celou zodpovědnost sama za sebe, když je beru. Asi proto se je snažím přestat brát. Chci si dokázat, že už jsem fakt v těch sedmatřiceti velká (smutný smích).

A pro mě je naopak známkou dospělosti, když je člověk schopný zorientovat se sám v sobě a říct si, že má asi depresi a je třeba to řešit. Protože spousta lidí se v tom plácá celý život a nikdy si neuvědomí, v čem je problém. Podle mě je to známka nejvyšší zralosti, když kvůli tomu, abys mohla fungovat jako dospělá, jdeš, necháš si to předepsat a soustavně to bereš.

To je boží, jak úplně opačný pohled na to máš.

Mám pocit, že naše rodina stojí na mně, protože jsem měla vždycky pocit, že můj muž byl absentující otec, když byl náš syn malý. A antidepressiva jsem začala brát, protože jsem měla pocit, že naše rodina nefunguje. Bylo toho na mě už moc. Tehdy jsem já byla ten zralý člověk, který šel a převzal to celé na sebe. Nevím, měla jsem pocit, že jednám dospěle, když kvůli tomu, abych mohla fungovat a starat se o svoje dítě, půjdu a nechám si to předeepsat. A můj muž se utápí v depresi docela často; Ukrajinci i Rusové k tomu mají asi docela sklony. Ten by si prostě žádná antidepressiva nikdy nevezl. Když si vezme léky, třeba jen Paralen, tak to hned je... už si ho tedy jednou vzal, když byl nemocný. Protože jsem to už nevydržela. Snažím se ho nekritizovat před naším synem, ale tohle jsem nevydržela, protože byl nemocný, bylo mu strašně špatně, ležel tam a odmítal si vzít prášek. Ale já si ho automaticky беру vždycky, protože vím, že musím fungovat. Nemůžu si dovolit ležet dva, tři dny, úplně nepoužitelná. Takže jsem mu řekla, aby si prostě vzal jako normální dospělý člověk lék – jeden Paralen – a nehrotil to. Protože to už bylo takové to naštvání, že tady milostpán si leží a mě se nikdo na nic neptá. Tak nakonec šel a ten jeden Paralen si vzal.

A mohla bys mi, prosím, říct, jak jsi začala ta antidepressiva tedy brát ty? Kdo ti je napsal a na co?

Paradoxně jsem je dlouho nechtěla vůbec brát, měla jsem pocit, že se s tím vyrovnám sama. Že je nepotřebuju. Asi jsem z toho měla strach jako z něčeho neznámého. U psychiatricky jsem byla poprvé, když jsem vážila 49 kilo. Když jsem přišla na univerzitu, tak jsem moc nezapadla. Bydlela jsem u rodičů, ne na koleji. Na svůj obor jsem se těšila, že budu konečně

dělat, co mě baví, takže to jsem si užívala. Tehdy jsem se vnitřně rozhodla, že se zbavím svého tlustého těla. Na gymplu jsem byla zaškatulkována jako ta, která je tlustá. Nechtěla jsem kvůli tomu do tanečních, necítila jsem se hezká. Vždycky jsem radši šla někam do čajovny, abych se tomu vyhnula. Ale moje máma chtěla, abych si to užila, abych to měla hezké, pořád mi nechávala šít nové šaty. Snad na každé taneční jsem měla nové šaty, i když jsem o to vůbec nestála. Stála o to ona, protože si tím kompenzovala, že nikdy moc neměla co si obléct. Na vysoké jsem se rozhodla, že konečně zhubnu. Postupně jsem vysazovala jednotlivá jídla. Nejdříve jsem jedla jenom bílkoviny, potom už třeba jenom jablka. Pak už třeba vůbec nic. Takže jsem se ze sedmdesáti kil dostala na těch čtyřicet devět. Moje máma z toho samozřejmě byla hrozně nešťastná a přesvědčila mě, abych šla za psychiatrickou, která se na to specializuje. Ta mi řekla, že mám mentální anorexii a že jsem na hraniční váze. Kdybych vážila ještě míň, už by mě hospitalizovali. Za psychiatrickou jsem potom docházela pravidelně a vedly jsme spolu takové terapeutické rozhovory. Vždycky se mě ptala, jak se mám a jak jím. Na to jsem jí samozřejmě většinou odpovídala lží, s přehledem jsem si cokoli vymyslela. K téhle psychiatrice jsem se dlouho chodila vypovídat.

To je dobré, že ses mohla u psychiatricky vypovídat. Já mám s psychiatrií dlouholeté zkušenosti takové, že si většinou moc povídat nechtějí.

Tahle měla „office“, kde byla i pohovka a křeslo, dělala si poznámky, ptala se mě. Byla asi jediná, s kým jsem mluvila o tom, jak jsme to měli doma zvláště uspořádané, jak je ta domácnost divná, celá rodina div-

ná. Potom jsem se k ní později vracela. Byla jsem s ní od výšky v kontaktu, můj život byl totiž pořád ve zmatku. Měla jsem pocit, že můj muž si žije svůj vlastní život, že je někde jinde. Když jsem byla těhotná, tři měsíce jsem jenom ležela. Bylo mi hrozně špatně. Tehdy jsme žili v Brně a já už jsem byla na nemocenské, protože gynekoložka mi řekla, že v takovém stavu do práce nemůžu. Můj muž byl tehdy celý den v práci a já jsem nebyla schopná ani dojít si koupit housku. A on mě tam nechal takhle bezprizornou. Tehdy jsem si řekla, že to nemám zapotřebí, a odstěhovala jsem se zpět ke své mámě. Takže jsem bydlela zase u mámy a můj muž za mnou jenom dojížděl. Jenže moje matka mi brzy také lezla na nervy, protože to samozřejmě nebylo normální uspořádání rodiny, takže jsem potom utekla i od ní. Pronajala jsem si byt, kde jsem byla sama, ale to také nebylo dobré. Došlo mi, že pořád utíkám. Trpěla jsem kompulzemi. Pořád jsem se bála, že se v tom bytě něco stane. Pořád jsem se vracela zkontrolovat, jestli jsem vypnula sporák. Tehdy jsem si říkala, že už to fakt není normální.

Takže jsi za svou psychiatrickou příšlu s tím, že by sis léky chtěla nechat předepsat?

Ano, přesně tak. A ona řekla, že je to dobrý nápad. Už předtím mi je nabízela. Úplně si nepamatuju, jestli jsem to předtím malinko nezkoušela, ale nikdy jsem je nezačala brát pravidelně. Pamatuju si ale, jak jsem potom šla za ní, abych jí dala zpětnou vazbu, a říkala jsem jí, že jsem úplně blbá, že jsem si ty léky nevzala už dávno. Protože mně po nich například taky přešlo nutkání se večer přejídat. A jsem s tím spokojená doteď. Nechápu, jak jsi mi teď říkala, že si je vysazuješ, zrovna teď, když je válka. Jak to děláš?

Myslím si, že každý člověk má dispozici ke strachu z něčeho jiného. Kdyby bylo velké sucho, tak jsem úplně mimo. Přírodní katastrofy nezvládám. Trpím obrovským klima žalem, ale spoustu lidí to naopak vůbec netrápí. Naopak válku si nějak dokážu odfiltrovat, držet si emočně odstup tak, že mě to úplně „nesundá“. Přestože vím, že možná zrovna začíná třetí světová, můžu pracovat na vysazování antidepressiv. Když byl covid a k tomu delší dobu nepršelo, pořád jsem chodila sledovat, jak nám schnou stromy v ulici, a byla jsem z toho úplně mimo. Fakt mi bylo úplně hrozně, když jsem viděla, že je jaro, rostliny potřebují vláhu, aby měly z čeho růst, a voda nikde. Děsila jsem se léta, které mělo přijít. Nakonec zase přišlo.

Vidíš, sucho jsem zase vůbec neregistrovala já. Jsem šťastná, když neprší, protože moje čivavy jdou ven. Takže si vůbec nepamatuju, že nastala kombinace covidu a sucha. Tohle mám na háku, voda je přece v plastových lahvích v supermarketu, když by na to přišlo, ne? Polovinu života jsem strávila podvyživená, ale nevnímala jsem to. A udivuje mě, že jsem třeba nikdy nikde neomdlela. Občas se mi udělalo špatně, když jsem vůbec nic nejedla. Občas jsem měla temno před očima, ale už jsem věděla, že si musím sednout na lavičku, a za chvíli to přešlo a mohla jsem vesele pokračovat dál. Nechápu, jak jsem se dokázala učit. Na druhou stranu jsem ale ani nedělala nic jiného. Všechno mi trvalo dlouho, měla jsem úzkost ze všech zkoušek, všechno jsem dělala na jedničku, přitom jsem neustále trpěla pocitem, že na tu školu nepatřím, že nejsem dost chytrá. Dodneška mě tam všichni mají zaškatulkovanou jako největší šprtku, která jen seděla v knihovně. V knihovně jsem ale seděla i proto, abych nemusela být doma, kde by mi dávali najíst. Ta angličtina mě strašně bavila, andragogika asi

tolik ne, ale zase tam bylo hodně sociologie a psychologie. Pořád jsem se učila, pořád jsem měla dobré známky, červený diplom, ale pořád jsem měla pocit, že všichni jsou chytřejší než já. Teď už chápu, že i kdyby byli, je to jedno. Že na tom vlastně v životě vůbec nezáleží. U nás doma se ale vždycky kladl důraz na intelektuální výkon. Byla jsem vychovaná v tom, že když se budu dobře učit, mít dobré známky, pak bude všechno v životě dobré. To byla jedna z mých velkých deziluzí – když jsem zjistila, že to tak není, že nás tlačili do něčeho, co nebyla pravda.

Koho vás? Myslela jsem, že jsi jedináček?

Naši generaci. Mluvila jsem o tom s jednou spolužačkou z vysoké a cítila jsem z ní úplně stejný vztek na ten tlak. Jenže ona potom byla s tím diplomem asi osm let nezaměstnaná, protože se rozhodla zůstat na malém městě, kde pro ni žádná práce v oboru nebyla.

A když jsi ty léky začala brát, co pro tebe byla nejpodstatnější změna?

Musím říct, že jsem byla pořád vysmátá, pořád jsem se hihňala. Všechno mi připadalo srandovní. Vždycky jsem měla potíže se spánkem, ty mám pořád, ale už míň. V momentě, kdy se něco stane, ať už smutného nebo veselého, ale výrazného, jakmile se mi ty emoce nějak vystupňují, nejsem schopná usnout. Jedna spisovatelka, která se jmenuje Marianne Keyes, má podobné potíže. Její terapeutka jí zakázala dvě hodiny před spaním cokoli dělat.

Aby se zklidnila?

Aby se její mozek zklidnil, aby mohla usnout. Pro mě je prostě lehké nemoct usnout. A spánek se mi po

těch lécích zlepšil. Přestala jsem se přejídat, začala jsem líp spát, přestaly mi kompulze a obsese. Už se nebojím, že nám vybuchne byt, než se vrátím z obchodu. Takže samé benefity.

A na terapii teď nechodíš?

Na terapii jsem chodila k psychologce, která byla dobrá. U ní jsem byla asi jen na pěti sezeních. Potom jsme měla pocit, že jsem došla do bodu, kdy to už asi nepotřebuju, a už jsem tam dál nechodila. Ale přínosné to tehdy určitě bylo. To bylo, když byl můj syn malý, a můj muž s námi nebyl, protože bydlel v jiném městě a hodně pracoval. Terapeutka mi tehdy říkala – prosím vás, dnes jste tady potřetí a my pořád mluvíme jen o vašem muži, proč ho pořád tolik řešíte? Tak jsem si uvědomila, že to tak je, že můj život se vlastně jenom točí jako nějaký ocásek za ním. On si něco dělá a vy tam jako ocásek za ním vlajete.

A pomohlo to?

Jo.

A teď nechodíš na žádnou terapii?

Ne, v Praze jsem byla na terapii, ale ta psychologka mi přišla nemožná. Dělal takovou „hmm“ terapii.

Jakože dělala „hmm“?

Jo, přesně, dělala jenom „hmm“, „hmm“. Tomu se fakt tak říkalo. To jsem po několika sezeních zabalila. Ta první byla více od rány a dávala mi vhled, nebyla neutrální. Psycholog asi nemá říkat svůj názor na situace. Ale tahle se toho nebála.

Mě tedy u tebe vlastně zajímá ten stav, kdy člověk bere antidepressiva, ale nechodí na terapii. Protože jsem to tak měla opravdu hodně let také.

Beru nejmenší možnou dávku těch léků. A jsem ráda, že jsem si nějak nastavila život tak, že funguje. Víím, že moje rovnováha je hodně křehká. Jsou věci, které mě spolehlivě vykolejí, hodí do deprese. A něco z toho můžu ovlivnit a něco zase ne. Jsou věci, které se dějí s mou matkou, která je v takovém stavu, že by měla být v pečovatelském domě, ale nechce tam jít, což je patová situace. Neumím to řešit a těžko se mi od toho distancuje. Když tam jedu, všechno na mě padne. Pak se to snažím vykompenzovat něčím jiným. Mám jen omezený čas, který tomu věnuju. Ale stojí mě to hodně úsilí. A pak máš věci, které neovlivníš – jako třeba válka. Závídím lidem, kterým je to jedno.

Mně to není jedno, ale nesšírá mě to tolik jako přírodní katastrofy, klimatická krize. Něco tě prostě emočně úplně vcucne, sežere celou tvoji duši, a něco tolik ne...

Dlouho jsem neměla takovou depresi, že bych ráno měla problém vstát z postele, jako v prvních dnech po té ruské invazi na Ukrajinu. Myslela jsem na to, že vůbec nevíme, co se stane, a nemáme nad tím žádnou kontrolu. Proč jít mýt nádobí, když stejně za pár dní třeba všichni vybuchneme? Potom se s tím můj organismus zase nějak vyrovnal. Sledovala jsem na mapě, kam už Rusové došli, a říkala jsem si, že jim to nejde zase tak rychle. První dny jsem měla pocit, že budou za chvíli tady. To je asi z toho, jak nám vyprávěli o roce 1968, na to mi to asi nějak navázalo.

To je zajímavé, to jsem udělala, když začínal covid. A nechala jsem si napsat dvojnásobnou dávku, začala jsem

ji brát, ale najednou mi došlo, že to tak nechci, a začala jsem místo toho brát jen půlku té původní dávky. Pro mě byl teď v poslední době hodně podstatný moment, kdy jsem ty prášky už delší dobu nebrala vůbec a bylo mi čím dál hůř. A pořád jsem se to snažila vydržet, ale bylo mi zle. Emoce útočily jak divá zvíř, pořád jsem měla slzy na krajíčku. Když jsem se rozhodla, že se přestanu trápit, že ty léky zase začnu brát, v tu ránu mi bylo dobře a ten prášek už jsem si snad ani brát nemusela. Došlo mi, že je to spíš ten pocit, že ty léky беру než ta chemie SSRI (poznámka redakce – anglická zkratka SSRI je používána pro selektivní inhibitory zpětného vychytávání serotoninu). Nebo mi to tak alespoň v tu chvíli připadalo. Došlo mi, že to, že ty léky беру, je moje velká jistota. Možná jediná skutečná jistota v mém životě (haha). Toho jsem se vlastně vždycky hrozně moc bála, že můj prášek přestanou dovážet, že ho přestanou vyrábět.

Viš, že je nahraditelný? Že ta stejná látka je obsažená ve více lécích a vyrábí to více firem? To sis neuvědomila?

Nevím, to jsem asi neřešila úplně vědomě, to byla nějaká taková zadní myšlenka, zadní strach.

Taky si dávám pozor, abych jich měla zásobu, nechtěla bych být třeba týden bez nich.

Já si myslím, že kdybys chodila na terapii, kam chodím já, že bys to taky přestala brát. Ale otázka je, jestli jsem se namísto toho nestala závislou na té terapii. Jestli jsem tu závislost jenom nepřestěhovala někam jinam.

Já se třeba bojím, abych se po té terapii například nerozvedla. Jedna terapeutka se mě jednou zeptala: Prosím vás a na co toho manžela máte? Tak jsem se zarazila.

Jaký postoj má k těm antidepresivům tvůj muž?

Můj muž by byl určitě radší, kdybych je nepotřebovala. Prošel trošku vývojem, je už teď ovlivněný západnější kulturou. Na začátku na něm bylo znát, že terapii nevěří. Podle mě to mají v ruském myšlení tak, že kdo bere antidepresiva, je slaboch nebo jednoduše blázen. Teď chápe, že ty léky potřebuju, vtipkujeme o tom, že jsou to anti-madness pills. Že je beru, abych nebyla „mad“ v tom britském slova smyslu. Ale celkově bych řekla, že mě považuje za zranitelnou, nestabilní, téměř dětskou osobu. Než jsem začala brát antidepresiva, často jsem brečela a on vůbec nevěděl, co s tím. Končilo to tak, že jsem brečela dvě hodiny v kuse a on jen seděl a dělal si už svoje věci. Mně přijde, že jsem psychicky míň odolná právě až od té anorexie. Do takových 18 let jsem docela držela pohromadě.

A myslíš si, že by tvůj muž chtěl, abys byla vnitřně silná? Nebo mu vyhovuje tvoje slabost, protože se pak může o to více cítit silný? To je zase moje utkvělá představa, které se snažím zbavit.

Taky si to myslím a někdy toho dokonce využívám. Řeknu mu třeba, ať něco udělá, protože v tom je lepší. Podle mě mu to tak vyhovuje. Ale občas by si zároveň přál, abychom měli dva platy.

Vnímáš se teď, když ty léky bereš, stále jako člověk s depresí?

Jo, cítím, že to tam pořád někde je. To není něco, co můžeš vyléčit. Myslím si, že jsou události, a i mi to říkala ta moje psychiatrička – hele, teď si vezmi tuhle dávku, ona mi tyká, protože jsem k ní začala chodit, když mi bylo okolo dvaceti. Takže ti nemůžu říct, jestli je budeš

brát celý život. Nemůžeme vědět, co se stane. Možná jednou začneš potřebovat vyšší dávku.

Toho jsem se vždycky hrozně bála, že bych musela zvyšovat dávku. Nebo že by mi najednou přestaly zabírat, protože znám ze svého okolí lidi, kterým ty léky prostě přestaly zabírat.

Já o sobě vím, že na mě obecně léky zabírají výborně.

Kateřina Kudláčová, Na antidepresivech o antidepresivech 10 + 1 rozhovorů, vydal Fokus Praha, z.ú. v edici Marco Cavallo, 2023, Praha. Ilustrovala Anna Valoušková.



Národní monitoring duševního zdraví dětí: 40 % vykazuje známky střední až těžké deprese, 30 % úzkosti. Odborníci připravují preventivní opatření

Jan Červenka

V Česku dosud chyběla studie, která by poskytovala ucelenější obraz o duševním zdraví dětí. Odborníci z Národního ústavu duševního zdraví ve spolupráci s Českou školní inspekcí proto nyní provedli unikátní pilotní **Národní monitoring duševního zdraví žáků na základních školách v České republice**. Výsledky projektu, který nemá ve střední a východní Evropě obdoby, jsou přitom alarmující a vyžadují řadu opatření zejména na úrovni prevence.

„Z průzkumu vyplývá, že víc jak 50 procent žáků devátých tříd v ČR projevuje známky zhoršeného well-beingu. Ten je zásadní, neboť odráží kvalitu života, kterou v současné chvíli subjektivně prožíváme, a do určité míry nám pomáhá zvládat zátěžové situace, které život přináší. Náhlé náročné situace, stres, potíže v práci, škole, partnerském vztahu nebo ztráta blízké osoby mohou narušovat naše duševní zdraví,“ vysvětluje koordinátor a analytik monitoringu Matěj Kučera z Národního ústavu duševního zdraví.

Odborná pomoc by prospěla téměř každému třetímu žákovi

„30 procent dotazovaných navíc projevilo znaky, které ukazují na středně těžké až těžké úzkosti. Téměř každému třetímu deváťákovi by tak z těchto důvodů prospělo vyhledání odborné pomoci. Čtyři z 10 oslo-

vených žáků navíc reportují známky středně těžké až těžké deprese. Převedeme-li to na průměrnou třídu o dvaceti žácích, průměrně šest jich vykazuje příznaky úzkosti a osm příznaky středně těžké až těžké deprese, dalších pět vykazuje příznaky deprese mírné,“ popisuje Matěj Kučera. Platí přitom, že ve všech oblastech duševního zdraví jsou více zasaženy dívky: oproti chlapcům jich depresivními i úzkostnými příznaky trpí více než dvojnásobek.

„Většina duševních onemocnění vzniká v dětství a adolescenci, které tak představují nejen období zvýšeného rizika, ale především období, které je enormně důležité pro systematickou, cílenou a na evidenci založenou prevenci a včasnou intervenci. Při chronickém nedostatku dětských psychologů a psychiatrů, který není možné ani při nejlepší vůli a vysokých investicích vyřešit v horizontu několika let, se musíme zaměřit právě na preventivní složku systému péče o duševní zdraví. To je strategie, kterou se nám mimo jiné podařilo promítnout také do relevantních národních akčních plánů, v jejichž naplňování hraje jako NUDZ významnou roli,“ vysvětluje dr. Petr Winkler, ředitel Národního ústavu duševního zdraví.

Význam podpory duševního zdraví u dětí a mladých lidí si uvědomuje také Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy. „Již ve Strategii 2030+ i dalších strate-

gických dokumentech resortu jsme položili základy intenzivní podpory duševního zdraví formou různých aktivit a intervencí, jako je rozvoj školních poradenských pracovišť, akcent na preventivní aktivity ve školách a podporu nespecifické primární prevence nebo celkově holistický přístup k podpoře bezpečného, zdravého a vstřícného prostředí ve školách a školských zařízeních,” říká státní tajemník na Ministerstvu školství, mládeže a tělovýchovy Ondřej Andrys a dodává, že součástí podpory duševního zdraví je také důraz na rozvoj pravidelných pohybových aktivit dětí, žáků a studentů, které jsou pro celkovou fyzickou i duševní odolnost mladých lidí naprosto zásadní. Ministerstvo pak na oblast podpory duševního zdraví pamatuje také různými finančními nástroji, ať už jde o národní dotační programy, nebo o možnosti nabízené Operačním programem Jan Amos Komenský, a intenzivní pozornost problematice duševního zdraví věnuje také Česká školní inspekce, která se na národním monitoringu duševního zdraví realizovanému ze strany NUDZ významně podílela.

NUDZ plánuje celostátní kampaň, hledá partnery

Monitoring realizovala Pracovní skupina pro výzkum duševního zdraví dětí a adolescentů NUDZ. Sběr dat proběhl v květnu a červnu roku 2023 ve všech krajích u více jak šest tisíc žáků devátých tříd napříč republikou, monitoring byl z praktických důvodů připojen ke každoročnímu testování žáků v předmětech povinné výuky a omezen na devátý ročník, aby bylo možné otestovat funkčnost celého procesu. Zahrnuti byli pouze žáci škol, kde se vyučuje v českém jazyce. Výsledky průzkumu budou nyní prezentovány klíčovými aktérům,

plánuje se také vznik *Platformy pro monitoring duševního zdraví*, která bude sdružovat zástupce projektů, které sbírají a analyzují data o duševním zdraví.

„Náš tým také připravuje vědecké publikace, aby byla oslovena široká akademická obec v tuzemsku i zahraničí. Společně se stakeholdery chceme také realizovat sérii jednání, kde jim představíme možnosti reakcí na danou situaci. Mezi ně patří další monitoring situace nebo podpora prevence duševních onemocnění žáků – v této oblasti ostatně NUDZ realizuje již několik projektů: například vytvořil program *Všech pět pohromadě* zaměřený na zvýšení duševní gramotnosti žáků, vyvíjí program pro rodiče dětí, které se potýkají s úzkostmi, či spolupracuje na dalších projektech s fondem *UNICEF* a *Světovou zdravotnickou organizací* (WHO). Chceme také najít partnera pro mediální kampaň pro širokou veřejnost, zaměřenou na tuto problematiku. Data ze zahraničí ukazují, že tato opatření se dlouhodobě ukazují jako velice prospěšná a nákladově efektivní. 50 procent duševních onemocnění se totiž projeví do 14 let věku,“ uzavírá Matěj Kučera.

HEROES-CZ po dvou letech – psychika zdravotníků ve zpětném zrcátku pandemie

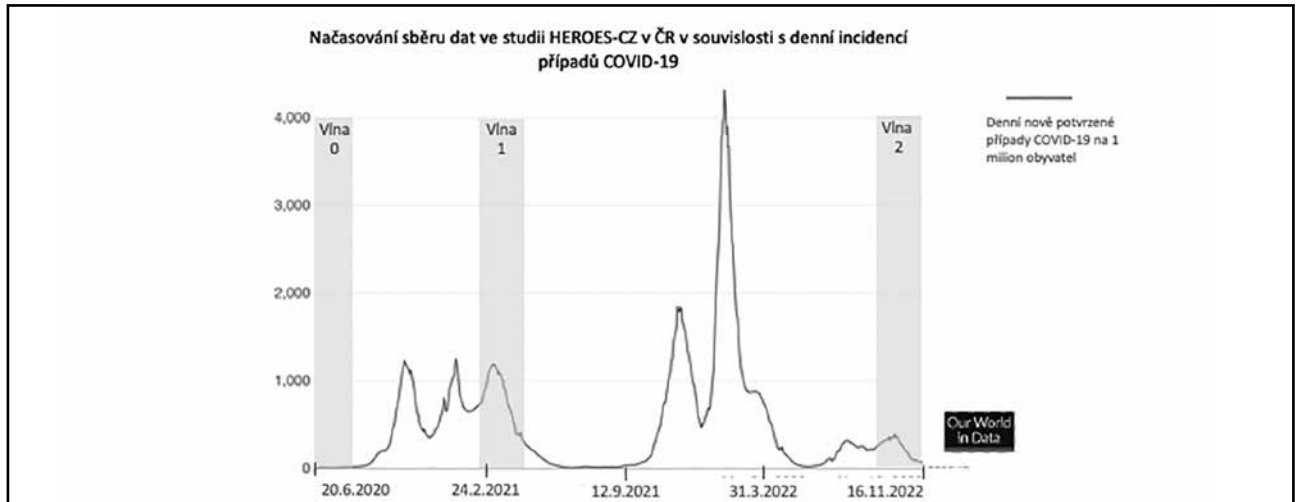
Jana Šeblová, Dominika Šeblová, Miroslava Janoušková

Ohlížet se za pandemií? To nemá společnost jiné problémy – válku na Ukrajině, výsledky voleb na Slovensku a nejnověji teď napadení Izraele a probíhající válku v pásmu Gazy?

Přesto si myslím, že má smysl se ohlédnout zpět, abychom mohli lépe čelit budoucím katastrofám, které určitě přijdou. Budou jiné, než jaké jsme zažili, protože určitá míra nepředvídatelnosti je v genech všech mimořádných událostí. Pokud jsme však schopni reflektovat svoje dobré i špatné zkušenosti, máme šanci budoucí výzvy zvládnout lépe.

HEROES-CZ a data

Průběžné výsledky české větve mezinárodní studie zaměřené na dopady pandemie na psychiku zdravotníků jsme publikovali ve Vita Nostra Revue v číslech 3-4/2020 („We could be HEROES – just for one day ...aneb pandemie a zdravotníci“) a o rok později v čísle 3-4/2021 („Pandemie a hrdinové, díl druhý“). Od té doby proběhl ještě jeden sběr dat, takže je zmapován celý průběh pandemie, od počátku až do doby, kdy se SARS-CoV-2 zařadil mezi jeden z respiračních virů a přestal dominovat (viz obr. 1).



Obr. 1: Načasování sběru dat ve studii HEROES-CZ v ČR v souvislosti s denní incidencí případů covid-19

Některá data z prvních dvou vln jsme již v publikovali ve výše zmíněných článcích, tak zde shrneme jen nejdůležitější výsledky. Celkově se zúčastnilo více než 30 tisíc respondentů ze 30 zemí, v ČR nám odpovědělo 5 069 pracovníků ve zdravotnictví či sociálních službách. 322 českých respondentů odpovědělo ve všech třech vlnách, v první a druhé 623, ve druhé a třetí 519 a v první a třetí 625. Je tedy možné sledovat i longitudinální vývoj, nejen analyzovat průřezové kohorty. Dosavadní analýzy byly zaměřeny na identifikaci faktorů, které mají nejvyšší riziko psychických dopadů a na určení prediktorů zhoršeného duševního zdraví.

Depresivní příznaky (měřeno škálou PHQ-9, validizovanou na českou populaci) mělo 11 procent v první, 22 procent ve druhé a 14 procent respondentů ve třetí vlně sběru dat. Prediktory výskytu příznaků deprese byla práce na covidových jednotkách, kontakt s pacienty s covid-19 a jejich úmrtí, přidělení nových úkolů a přesun na jiné pracoviště, nutnost rozhodovat o triáži pacientů, chronické zdravotní problémy a zejména potřeba pomoci. Mohlo jít o pomoc ekonomickou, s péčí o rodinné příslušníky nebo o psychologickou podporu. Pokud něco z toho respondent potřeboval, zvyšovalo se riziko depresivních příznaků dva až čtyřikrát, avšak pokud pomoc obdržel, naopak se významně snižovalo. Příznaky stresu (měřené jednou otázkou v rámci škály GHQ-15) se také mezi první druhou vlnou zdvojnásobily z 22 procent na 47 procent; v roce 2022 je pak vykazovalo 26 procent osob, což je jen o něco více, než při prvním sběru dat.

Jedním z nezávažnějších faktorů, které významně ovlivňovaly duševní zdraví respondentů, byly stigmatizace, diskriminace a násilí – převážně verbální. Zážitek stigmatizace či diskriminace v roce 2020 za-

žilo 28 procent zdravotníků, o rok později čtvrtina, a ještě i v roce 2022 to bylo 22 procent. Projevovalo se tím, že se zdravotníkům vyhýbali sousedé, kolegové nebo další lidé, v kroužcích a dalších volnočasových aktivitách nechtěli přijímat jejich děti. Zážitek diskriminace měl většinou různé důvody (práce na covidové jednotce, postoje k očkování a podobně) a většinou se týkal pracovního prostředí. Zkušenost s agresí ze strany pacientů nebo příbuzných měla dokonce stoupající tendenci – od pěti procent v prvních dvou letech pandemie na desetinu v roce 2022. Tyto tři faktory byly nezávislým prediktorem výskytu depresivních příznaků.

Dalšími dopady na psychiku je možný rozvoj syndromu vyhoření, příznaky posttraumatické stresové poruchy, zhoršení či nový výskyt tělesných obtíží, poruchy spánku či příznaky morálního traumatu. Podle odpovědí z roku 2022 až jedna třetina respondentů uvažuje nebo uvažovala o odchodu ze zdravotnictví.

Potřeby zdravotníků

Jakkoliv jsou data zajímavá, není účelné zahltit čtenáře VNR pouhými čísly. V dotaznících byla na závěr i otevřená otázka (*Je něco, na co jsme se nezeptali a co byste chtěl/a ještě dodat, abychom mohli lépe pochopit zkušenosti pracovníků, jako jste Vy, v době této pandemie?*) a v posledním dotazníku byly ještě doplněny dotazy na vliv pandemie na duševní pohodu v jakékoli oblasti života a na to, co by mohlo v práci zlepšit duševní zdraví a pohodu. Tyto odpovědi jsme pak kategorizovali podle jednotlivých témat, a hlavně jsme se zaměřovali na potřeby zdravotníků, a tímto směrem jsou zaměřeny i právě probíhající pilotní intervence v českých nemocnicích.

Potřeby zdravotníků, tak jak je sami vyjadřují, spadaly do několika kategorií. Některé z nich zahrnovaly i možné příklady pro zlepšení:

- **Vertikální osa – potřeby směrem k managementu:** komunikace, předávání informací, podpora a motivace zaměstnanců, odborné vedení, pochvala, respekt k profesionalitě, individuální přístup k podřízeným, systém plánování směn a podobně.
- **Horizontální vztahy na pracovišti – v rámci pracovního týmu:** otevřená komunikace, spolupráce, teambuildingové aktivity a setkávání mimo práci, řešení konfliktů, důvěra, spolehlivost, shovívavost, dobrá nálada.
- **Pracovní podmínky:** pracovní prostředí – technické vybavení, místo na odpočinek, strava, hřiště, dostatečné volno a dovolená, možnost snížení pracovního úvazku, řešení nedostatku pracovníků, snížení přetížení, umožnění výměny směn dle potřeb, možnost psychologické podpory, relaxační metody, supervize, prevence syndromu vyhoření a podobně.
- **Vztahy mezi zdravotníky na jedné straně a pacienti a příbuznými na straně druhé:** snížení slovní agresivity a omezení konfliktů.
- **Systémové faktory:** spolupráce mezi různými odděleními, předávání pacientů, nadměrně dlouhý pobyt pacientů, snížení administrativní zátěže, podpora zvyšování kvalifikace, finanční ohodnocení.

Některé z výše uvedených bodů jsou (nebo by měly být) naprosto samozřejmé, ale zdravotníci je na pracovištích postrádají – poděkování, respekt a důvěra,

vstřícné reagování na potřeby kolegů nebo svých podřízených. Právě tyto nehmotné a nefinanční věci nestojí nic a dokáží zázraky, nebo alespoň dokáží zlepšit náladu a zpříjemnit atmosféru ve službě. Ve zdravotnictví však bohužel přetrvává orientace na výkon a na ekonomiku, nikoliv na potřeby personálu, i když přibývá ostrůvků dobré praxe.

Další požadavky by vyžadovaly se zamyslet nad organizačními změnami, od konkrétních pracovišť až po celý systém zdravotnictví. Na pracovištích to částečně můžeme ovlivnit komunikací s vedením, i když ne vždy a ne všude je zaručen úspěch. Dříve nebo později bude nutná i reforma celého zdravotnického systému, ostatně se o ní mluví více než 30 let. Zdravotnictví zjevně dosahuje hranice ne/udržitelnosti právě v oblasti personálních zdrojů. Tento příspěvek píše v době, kdy se téma přesčasové práce zdravotníků prostřednictvím mladých lékařů dostává do veřejného prostoru. Veřejnost udiveně zjišťuje, kolik hodin odpracovaných v kuse stojí za tím, že v noci se mohou dostavit do nemocnice s čímkoliv, a někoho, kdo je ošetří, tam najdou. Pokus (dosti nešťastný) o legalizaci nelegální praxe zajištění provozu zdravotnických zařízení ze strany zákonodárců nepostrádá prvky absurdního divadla, ale vychází z jejich přesvědčení, že zdravotníci to zase *nějak zvládnou*. Zdravotníci si však, možná prvně za dlouhá desetiletí, začínají uvědomovat, že jejich čas a jejich zdraví jsou hodnoty, na které mají nárok. I z našich zjištění vyplývá, že finanční ohodnocení je jen jednou a ne zcela prioritní položkou toho, co zaměstnanci chtějí.

Pilotní intervence vedoucí ke zvýšení psychosociální odolnosti

V rámci studie HEROES-CZ začínáme i s pilotními intervencemi na podporu psychologické odolnosti zaměstnanců zdravotnických zařízení. Nemocnicím, které se účastnily sběru dat, byla nabídnuta účast v pilotním programu zaměřeném buď na individuální zdravotníky, nebo na střední management (primáři, vrchní a staniční sestry). Účast zdravotnických zařízení byla zcela dobrovolná, stejně jako výběr varianty programu. Program zatím běží, takže máme jen první praktické zkušenosti, ale překvapil nás zájem zdravotnických zařízení. I diskuze s účastníky během seminářů dokládají, že zdravotníci začínají o své práci přemýšlet v kontextu celého svého života a snaží se o vyvážení potřeb svých a své rodiny na jedné straně a nároků profese na straně druhé. Osobně považuji za dobré znamení, že se v mnohých z nás nakonec probudil pud sebezáchovy. Druhou stránkou mince však je, že řešení beze změn

v organizaci systému zdravotnictví není možné a bude náročné. Pacienti však mohou jen získat – hlavně bezpečnost poskytované péče, a jako bonus i profesionální komunikaci ze strany spokojených zdravotníků.

Studie HEROES-CZ je podporována grantem MZ ČR NU22J-09-00064, etické souhlasy: EK MZ ČR (MZDR-23393/2020-1/MIN/KAN) a EK 2. LF UK (EK-753.3.6121)

Řešitelský tým: Dominika James Šeblová, BA, M.Sc. Ph.D. (hlavní řešitelka grantu), doc. MUDr. Pavla Čermáková Ph.D., MUDr. Jana Šeblová Ph.D. (národní koordinátorka studie), Mgr. et Mgr. Miroslava Janoušková Ph.D., MUDr. Matěj Kučera, RNDr. Marie Kuklová, MUDr. Barbora Fryčová, Mgr. David Novák, Mgr. Jaroslav Pekara Ph.D., RNDr. Eva Kočovská Ph.D.

Iveta Čermáková kontaktní osobou pro ombudsmanku

Kontaktní osobou pro ombudsmanku Univerzity Karlovy v záležitostech z oblasti práv studentů, účastníků programu celoživotního vzdělávání, akademických pracovníků nebo jiných pracovníků 3. lékařské fakulty UK byla jmenována Mgr. Iveta Čermáková, zástupkyně přednosty Ústavu jazyků a lékařské terminologie 3. LF UK.



Někdy mám pocit, že svůj vlastní život nestíhám žít

Monika Arenbergerová

MUDr. Barbora East, Ph.D., FEBS AWS, vystudovala 2. lékařskou fakultu UK a nyní pracuje na 3. chirurgické klinice 1. LF UK a FN Motol. Specializuje se na rekonstrukci břišní stěny a za své publikace získala několik prestižních cen. Zastává funkci tajemnice pro kvalitu v Evropské kýlní společnosti a podílí se na tvorbě evropských guidelines a výukových programů v oboru rekonstrukce břišní stěny. Je aktivní členkou sekce Ženy v chirurgii při České chirurgické společnosti, kterou pomáhala zakládat.

Nežije ale jen prací. Kdysi bývala profesionální kajakářkou, dokonce získala medaili na Světovém poháru a po mnoho let držela titul mistryně České republiky. Ve volných chvílích se snaží věnovat také rodině. Se manželem mají dvě děti a „volno“ během první půlroční mateřské využila nejen k péči o miminko, ale i k napsání své doktorské práce. Během druhé „dovolené“ dokončila evropskou atestaci a absolvovala roční *fellowship* ve skotském Edinburghu. Svoji vědecko-výzkumnou činnost v obou případech tedy ve skutečnosti přerušila sotva na pár dní.

Na březnové konferenci *Ženy, které inspirují* na 3. LF UK zaujala svou otevřeností k genderové otázce v akademickém prostředí. Díky jejímu přičinění se 3. LF UK stane součástí projektu *Kultimed*, který je financován ze soutěže TAČR-Sigma. Jeho cílem je provést sondu mezi studenty a studentkami lékařských oborů a mezi mladými lékaři a lékařkami v oblasti jejich životních a pracovních priorit a vytvořit pro všechny mentorinový program spojující různé generace lékařů, lékařek a studujících tak, aby si v budoucnu pomáhali, rozuměli a uměli vyjít vstříc.

Kdy jste se rozhodla pro obor chirurgie?

Dávno před tím, než jsem nastoupila na LF a možná do školy vůbec. Nikdy jsem nechtěla být internistkou, intenzivistkou, neuroložkou nebo jinou specialistkou. Nechtěla jsem nikoho spravovat léky, chtěla jsem se naučit člověka opravit – byť to může znít trochu mechanisticky, omlouvám se. Chirurgie mi byla blízká povahou práce a uchvátila mě svým optimismem, my ty nejsmutnější lidské příběhy vidáme spíše zřídka. Nejsem žádný tvrdák, a proto mi je velmi blízká rekonstrukční práce, kterou dělám. Vracím lidi zpátky do života. Někdo opravuje staré budovy, restauruje fresky, já stavím nová břicha. Je to sice děsná piplačka, ale je to kreativní, pozitivní práce.

Pocházíte z lékařské rodiny?

Vůbec ne. Z učitelské, byť oba mí rodiče byli původně strojaři. Máma i táta nakonec skončili jako učitelé a následně ředitelé škol. Tak jsem taková černá ovce.

Bylo obtížné získat místo sekundářky na chirurgické klinice?

Po škole jsem nastupovala na kliniku fakulty, na které jsem studovala, a získat místo těžké nebylo. My-



slím, že o místa úplně nouze není, důležité je, za jakých podmínek nastupujete. Pro mě měli místo v Ph.D. programu. Bylo to sice finančně děsně nevýhodné a časově nelidsky náročné, ale zase jsem měla možnost naučit se něco navíc a za to budu do smrti vděčná. Můj muž měl dobrou práci, mohli jsme si to dovolit. Díky svému výzkumu jsem se dostala do společnosti dalších lidí s podobnými zájmy po celém světě a moje možnosti se tak staly prakticky nekonečné. Je důležité si předem rozmyslet nějaký plán a kolik času a úsilí je do toho člověk ochotný vložit. A tento plán být připravený změnit.

Jaký je dnes poměr žen operaterek a mužů chirurgů na vaší klinice?

Jsme takový ostrov pozitivní deviace. Těch je po republice čím dál tím víc a tento trend bude pokračovat, pokud se na lékařské fakulty nezačne hlásit více chlapců. V současné době nás je devět plus dvě intenzivistky a jedna internistka. Myslím, že počet žen je jedna věc, druhá je počet těch, co mají částečné úvazky, protože mají nějakou další důležitou životní povinnost, která nepočká. A v tom má ta naše klinika opravdu velmi lidskou tvář.

Břišní kýla, váš oblíbený chirurgický výkon. Co vás na něm přitahuje?

Začalo to jako téma doktorské práce, pak to chvíli byla taková z nouze ctnost a teď prakticky veškerý můj pracovní život, u kterého mě drží i komunita, která tento obor tvoří. Máme nespočet mezinárodních projektů a možností se uplatit

je nekonečno. Je to kreativní práce, pozitivní kreativní práce, kterou můžete dělat robotem, laparoskopicky nebo otevřeně. Je to trochu plastika, trochu všeobecná chirurgie, trochu taková věda o materiálech, rehabilitace, psychologie. Ze všeho ten lepší kousek. A vzhledem k tomu, že je to operativa s převážně elektivním charakterem, dá se dělat i v té fázi života, kdy vám okolnosti nedovolí být v nemocnici ve dne v noci nepřetržitě. A ani tak vám nic edukativního neuteče. A jako bonus je to diagnóza, která je extrémně častá.

Chirurgie je obor tvořený hlavně muži pro jiné muže

Pomáhala jste zakládat spolek „Ženy v chirurgii“, co vás k tomu vedlo a jaké aktivity tento spolek vykonává?

Životní zkušenost. Chirurgie je obor tvořený hlavně muži pro jiné muže. Máme nějaké společenské předsudky a normy, pro ženy nevýhodné podmínky spojené s rodičovstvím, které je mnohdy diskvalifikují z medicíny na nějakou dobu úplně. Navíc je kultura v rámci chirurgie občas taková silácká a kompetitivní. Já jsem si své odzavodila ve sportu a tuto potřebu nikdy necítila. S příchodem dětí se velmi omezily moje časové možnosti, navíc jsem se s vervou pustila do několika výzkumných projektů, které jsou také časově velmi náročné, a tak jsem si začala více všímat, jak pracovní podmínky, které ten obor nabízí, mnohdy nereflktují reálné možnosti jeho jednotlivých aktérů, což se zdaleka netýká jen žen. A nemyslím si, že to je úplně správně. Homofilní týmy nikdy nejsou ty nejlepší a „Ženy v chirurgii“ se snaží otevřít na toto téma dialog, zda přeci jen diverzita neznamena nějakou výhodu pro všechny. Snažíme se dělat jakési promo pro hodnoty,

jakými jsou respekt, solidarita a porozumění. Navzájem se vzděláváme a část našich aktivit by se dala označit jako mentoringové.

Je třeba medičky více podporovat, aby nepodléhaly stereotypům a realizovaly se i v převážně „mužských oborech“?

Je třeba je v první řadě přestat odrazovat. To, že v nějakém oboru v ČR pracují tradičně muži, neznamená, že jsou pro ně vhodnější. Většinou se to týká pracovních podmínek, ne oboru samotného. Jsem moc ráda, že se již zamýšlíme nad tím i jako komunita, že pracovní podmínky, které máme, nejsou ideální. A že v nich nelze dlouhodobě vydržet a ještě z toho mít nějaký dobrý pocit. Mladší generace si váží sama sebe, někdo to možná vnímá jako lenost. Z vlastní zkušenosti ženy matky můžu říct, že v určitých fázích života nejde o to mít čas pro sebe, ale vůbec kombinaci práce a rodiny přežít. To jde jen tehdy, pokud systém na nějakou dobu uhne a přizpůsobí se on vám. Nepamatuji si, kdy jsem naposledy byla třeba běhat, nebo se sprchovala déle než dvě minuty a to mám na klinice zkrácený úvazek. Ty překážky nemusí být jen děti samotné. Jde to všude na světě a u nás to také jde. Jen musíte najít pracoviště, kde i tohle bere vedení v úvahu. Homofilní týmy to neuvídí nikdy, diverzita je naše naděje pro budoucnost.

Jaké hlavní překážky jste pocítila při skloubení mateřství a kariéry?

Čas. Všechno ostatní jde. Jen toho času je zoufale málo. Děti ho potřebují, malé i větší. A mě krom klinické práce hrozně baví i věda a nechci se jí vzdát, a to je také jedna velká černá díra, ale částečně se dá dělat s nimi společně. Obě děti se mnou jezdily na pokusy, obě byly

na řadě kongresů. Nemám sice čas na nic jiného, ale ještě chvíli to vydržím. Pak zdraví – poslední čtyři roky mám časté migrény, jsou dny, které jako by vůbec nebyly, některé měsíce jich je více než těch normálních. To je pak spíš jen takové přežívání, ale čas běží i tehdy a deadliny se nedají uprosit. Někdy mám pocit, že svůj vlastní život nestíhám žít.

Komunikace je základ

Jak moc je důležité učit mediky komunikaci lékaře s pacientem a jaké informace se snažíte studentům v této oblasti předat?

Nejsem žádný komunikační expert a měli by to učit lidé, co se tím zabývají. Za sebe si myslím, že komunikace je základ. Vždyť se tím lišíme od zvířat. A že bychom možná mohli malinko více naslouchat, i když někdy to je těžké.

Gratuluji vám k získání grantu Kultimed, do kterého se zapojí většina lékařských fakult UK. Povězte nám o něm něco.

Děkuji! TAČR nás velice překvapil, když jsme grant získali. Ten projekt je velmi ambiciózní a klade si mnoho cílů, které bude velmi pracné splnit. Ale podařilo se nám strhnout doslova lavinu nadšení a možná i díky tomu jsme nakonec uspěli.

Kultimed je zaměřený na tři cílové skupiny – studující lékařské fakulty, mladé lékaře a lékařky a všechny, co se účastní na vzdělávání pre i postgraduálním. Všechny skupiny bude v první fázi zkoumat pomocí dotazníků a hloubkových rozhovorů. Na základě tohoto kvalitativního i kvantitativního výzkumu vytvoříme moduly, které pomohou naučit ty starší skupiny porozumět těm mladším a hlavně je respektovat a podporovat.

Jedním z cílů je, aby se studující lékařských fakult cítili podporováni, aby neměli strach se dělit o své názory, aby žádný student nemusel brát antidepressiva a ze školy vycházeli lidé, kteří budou mít chuť a motivaci v systému setrvat a dále ho rozvíjet. Podobný výzkum proběhne i mezi těmi dalšími skupinami, byť bude malinko upraven specifikům každé skupiny. Na konci by měla být vytvořena zpráva, která nabídne podrobnou analýzu toho, jak si stojíme, jaké problémy vnímáme jako kritické, co je potřeba změnit a jak, abychom měli zdravotnický systém, ve kterém lidé pracují rádi a nemají potřebu z něj odcházet.

Projekt není zaměřený jen na negativní jevy jako je například šikana, ale hlavně na způsoby jejich řešení či prevence, a na vyložení pozitivní prvky studia, jako je *empowerment* a *mentoring*. Každý, kdo se výzkumu zúčastní, pomůže zlepšit podmínky pro všechny ostatní.



Truchlení a smrt blízkého: Kdy vyhledat odbornou pomoc?

Jolana Boháčková

Smrt blízkého člověka znamená obrovský zásah do života pozůstalých. Kladou si mnoho otázek, na které nenacházejí odpovědi. Topí se ve svém zoufalství a rodina a jejich blízcí jim mnohdy nedokáží pomoci, protože sami mohou být zasaženi zármutkem a potřebují utěšit. Přátelé zase nevědí, jak se k pozůstalým chovat a co dělat. Nabízí se možnost vyhledat podporu odborníka. Nicméně, jak říká **Marta Linková**, psychoterapeutka Domácího hospice Nablízku, který doprovází umírající ve východní části Středočeského kraje, pozůstalí nespádají mezi klienty běžných psychoterapeutických služeb, ne každý terapeut umí, dokáže nebo je připravený pracovat s pozůstalými a truchlícími.

Těsně po smrti někoho blízkého je zcela normální truchlit a cítit hluboký žal, kdy už to ale přestává být normální a je třeba vyhledat pomoc?

Pozůstalý by měl prožít celý rok bez člověka, který mu zemřel. Měl by prožít všechny narozeniny a svátky, i když to bude poprvé bolestné, a zažít s tím spojený pocit ztráty a bolesti. Když je ale i po roce pozůstalý velmi smutný a stále pláče, není schopen začít plnohodnotně žít a žal ho omezuje v každodenním životě, stále ho napadají myšlenky spojené se zemřelým člověkem, chybí mu radost ze života a běžný, aktivní život jde stranou, měl by vyhledat pomoc.

Mohou se pozůstalí obrátit na jakéhokoli psychologa?

Pozůstalí nespádají mezi klienty běžných psychoterapeutických služeb, ne každý terapeut pracuje s pozůstalými a truchlícími. Pozůstalí potřebují doprovod v bolesti a smutku ze ztráty, a zároveň povzbudit k tomu, aby se mohli znovu radovat ze života.

Proto jsme loni v listopadu v našem domácím hospici otevřeli také Poradnu pro pozůstalé. Téma tak nějak přirozeně spadá pod hospicová témata. Pokud se jedná o naše klienty, tedy příbuzné někoho, koho jsme doprovázeli na sklonku života, samozřejmě s nimi po smrti jejich blízkého ihned neukončíme spolupráci – je-li to potřeba, pomáháme dále. Ale obraceli se na nás pozůstalí, kteří před tím nevyužili služeb hospice a kteří si dlouhodobě neuměli poradit se svou situací.

Kdo konkrétně se na vás obrací, jaký typ klientů?

Často vdovy, kterým zemřel dlouholetý partner. Potřebují najít nový smysl a způsob života, naději do dalších let a zařídit si to tak, aby ještě plnohodnotně žily. Snažíme se je povzbudit k tomu, aby chtěly žít a chtěly být třeba i prospěšné pro lidi a svět kolem. Někdy neprožily se svým partnerem šťastné manželství a mají potřebu s někým probrat, v čem byl manžel ubližující, zraňující, mají potřebu oplakat smrt v kontextu toho, že už není šance na nápravu. Potřebují si rovněž uvědomit, že o hodně přišly, když ve strádajícím manželství žily tolik

let, aniž by zažily lásku a blízkost. Dochází jim, že už to nelze napravit. Zajímavé je, že se na nás tolik neobracejí muži vdovci – možná proto, že si myslí, že by si správný muž měl poradit sám, nebo zkrátka nevědí, že taková možnost existuje.



Mgr. Marta Linková

- narozená 29. srpna 1974 ve Varšavě, psychoterapeutka individuální, párová a dětská, psychoanalyticky zaměřená.

Domácí hospic Nablízku sídlí v Lysé nad Labem a provozuje také Poradnu pro pozůstalé, zcela bezplatně především díky finanční podpoře Nadace EP Corporate Group.

Foto: Michaela Nohejlová

Pak se často setkávám se dospělými dětmi, které neměly dobrý vztah se zemřelým rodičem, zůstalo něco nedopovězeného, v dospělém dítěti uvázl nějaký těžký prožitek, se kterým se neumí vypořádat. Zároveň může mít ten pozůstalý potomek pocitu viny, že cítí zlost k mrtvé matce či otci. Snaží se ji potlačit, protože má pocit, že by se neměl zlobit na někoho, kdo už zemřel. Je potřeba to nějak rozkrýt, pomoci mu uvědomit si, že je v pořádku, že se zlobí na tátu, když nebyl tak dobrý táta.

Někdy přijde pozůstalý rodič s nezletilými dětmi, jejichž druhý rodič zemřel. Neví, jak má děti v jejich smutku a truchlení ošetřit, jestli o tom s dětmi mluvit, nebo ne. My už dnes víme, že abychom zmírnili následky traumatu, děti potřebují mít možnost o smrti a svém prožívání mluvit. Dřív byla tendence spíš mlčet, aby děti nebyly smutné. Když však nenecháme emoce projít přirozeně, může to způsobit trauma.

Zvláštní skupinou jsou lidé, kterým někdo tragicky zemřel. Náhlá tragická úmrtí jsou nepřírozená a pozůstalí, také v případech sebevražd, trpí pocitem viny, že tomu nedokázali zabránit. Rovněž mohou cítit, že jim blízký svou sebevraždou řekl, že o ně vůbec nestojí, že dělali něco špatně, nebo naopak neudělali něco, co by ho motivovalo, aby chtěl žít. Za svou sebevraždu ale každý zodpovídá sám, sám je zodpovědný za své rozhodnutí. I když blízcí mohli udělat víc, za to finální rozhodnutí je zodpovědný sebevrah a to je potřeba jim říci.

Proč se ze smrti stalo takové tabu?

Společnost úplně vytěsnila smrt, lidé začali klást důraz na „užívání si života“, přestalo se chodit na pohřby blízkých lidí, ustoupilo se od pohřebních rituá-

lů, sousedi zkrátka mizí. Dnes je člověk v momentě, kdy přichází do kontaktu se smrtí, postaven do zcela hraniční situace, se kterou si není mnohdy schopen sám nebo za pomoci svých blízkých poradit. Nicméně je nutné říct, že dnešní mladí lidé už mají povědomí o tom, že je možné a zcela běžné vyhledat si psychologickou pomoc.

Pohřeb je psychologicky důležitý moment

Zmínila jste, že se přestalo chodit na pohřby. Proč jsou pohřby důležité?

Pohřební rituál je psychologicky důležitý moment. Často v poradně povzbuzujeme pozůstalé, aby uspořádali pohřeb pro všechny příbuzné i přátele. Je to vlastně takový rituál loučení, jehož účelem není jenom oplakat ztrátu, ale uvědomit si, co zemřelý po sobě nechal – děti, vnoučata, vzpomínky, geny, žije dál v nás a v našich dětech. Může být traumatické a zraňující, když se pohřeb nekoná, protože pozůstalým pak chybí nějaké symbolické zakončení, po kterém přichází úleva.

Je pro pozůstalé důležité i to, jak se o smrti blízkého člověka dozví?

Ano, pokud člověk nemůže být nablízku svému nejbližšímu v okamžiku smrti, je důležité, jakou formou se o jeho úmrtí dozví. V poradně nám klienti často vyprávějí, jak byl například lékař v nemocnici odměřený a nepříjemný, vše jim oznámil jen tak na chodbě, protože na ně neměl čas. Jindy zase popisují, jak byl lékař milý, usmál se, položil jim ruku na rameno, nechal je třeba ještě nějaký čas se zesnulým a pro ně to bylo velmi důležité.

Lékař nemusí věnovat pozůstalým mnoho času, ale měl by se chovat empaticky – stačí trochu vřelejší tón,

vzít pozůstalé někam stranou, aby se mohli na chvíli posadit. Když někdo není empatický sám o sobě, myslím, že se nějaké základní postupy, jak sdělovat, že někdo zemřel, může naučit. A na fakultách se to dnes již studenti medicíny učí.

Pro mnoho pozůstalých je traumatizující také představa, že jejich blízký člověk před smrtí fyzicky trpěl. Přemýšlí nad tím, jak dlouho trpěl, zda měl bolesti. Proto je třeba od zdravotníků slyšet, jak jejich blízký prožil své poslední chvíle – stačí základní informace, o tom, jestli zemřel ve spánku v noci a poklidně, nebo dostal kvůli bolestem morfium a ulevilo se mu. Pozůstalé v danou chvíli nenapadne se zeptat, protože jsou obvykle zaskočeni, přesto je třeba jim to říci. Dřív nebo později jim tato otázka vyvstane na mysl a může je trápit i ve snech. Citlivý a empatický přístup zdravotníků, kteří pečují o umírajícího člověka, může velmi pozitivně ovlivnit i následné truchlení pozůstalých.





Neurolog Robert Rusina: Afázie? Jako byste se probudili v cizí zemi a nikomu nerozuměli

Kristýna Skalníková

Hlavní hrdina českého filmu *Němá tajemství* (Marián Mitaš) ochrne po těžkém úrazu hlavy na půl těla, nemůže mluvit, psát ani nerozumí okolí. O získané řečové poruše jsme hovořili s docentem Robertem Rusinou, přednostou Neurologické kliniky Fakultní Thomayerovy nemocnice a 3. lékařské fakulty Univerzity Karlovy, který se ve snímku zhostil role neurologa.

Afázii nejčastěji způsobuje cévní mozková příhoda nebo těžký úraz hlavy. Existují i jiné příčiny?

Afázie není nemoc, ale klinický příznak, kdy dojde k postižení řečových oblastí v mozku. Příčinou může být i mozkový nádor nebo záněty, především encefalitida. Pokud poškození mozku přesáhne řečové centrum, ale postihuje další oblasti, projeví se

také například ochrnutím části těla. Objevuje se ale i v rámci neurodegenerativních onemocnění, pak se jí říká progresivní afázie a je k ní přidružen i rozvoj demence.

To je případ amerického herce Bruce Willise. Podle posledního vyjádření jeho rodiny trpí frontotemporální demencí, na kterou zatím neexistuje lék. Jak se u něho vyvinula a je naděje na zlepšení jeho stavu?

Primární progresivní afázie se zpočátku, většinou jeden až dva roky, vyznačuje izolovanou afázií, která pozvolna přechází do obrazu demence. Příčinou je nejčastěji některá z forem zmíněných frontotemporálních demencí nebo atypická forma Alzheimerovy nemoci. Zatím není přesně známo, co u dosud zdravých lidí způsobí rozvoj těchto onemocnění.

Velmi přínosná je logopedická péče, která pomáhá pacientům udržovat komunikační řečové schopnosti co nejdéle a dokáže naučit jejich příbuzné komunikovat s pacienty i mimoslovně. Nonverbální techniky umožňují „obcházet“ postupně narůstající řečové výpadky. Zpomalovat postup onemocnění v čase pomáhá vedle návštěv logopeda také léčba příznaků demence a podpora rodinných příslušníků, v příznivých případech i po řadu let.

U pacientů vzniká porucha porozumění a tvorby řeči, k nápravě řeči ale prý dochází pomaleji. Jak to?

V mozku máme dvě centra řeči. Jedno z nich je Brocovo, které se nachází v čelním laloku a je důležité pro slovní projev slyšitelný navenek. Druhé je Wernickeho centrum v temenní oblasti v zadní části mozku, které je klíčové pro porozumění. Centra jsou mezi sebou propojena, moderní neurověda proto dnes mluví spíše o moz-

kové síti. Pokud dojde k poškození v oblasti Brocova centra, pacienti relativně dobře rozumí, ale mají velké obtíže slovy vyjádřit své myšlenky.

Mají-li postiženo Wernickeho centrum, mluví vcelku plynule a snadno, ale obsah řeči je hůře srozumitelný pro okolí a oni sami špatně rozumí světu kolem. Pro další osud pacienta je důležitá příčina afázie. Jestliže jde o cévní mozkovou příhodu, po její akutní fázi mozek využívá schopnost plasticity čili zlepšování komunikace mezi buňkami v neurální síti. Pokud je příčinou nádor nebo neurodegenerativní onemocnění, stav se nemůže změnit sám od sebe, ale až vlivem operace nebo léčby, pokud existuje.

Jedním ze základních typů je Brocova afázie, která se mimo jiné projevuje nahrazováním sloves jmennými výrazy. Afatický pacient například místo „pes štěká“ řekne „pes štěkání“. Proč je pro něj obtížné používat slovesa?

Čeština je velmi náročný jazyk z hlediska tvarosloví, to znamená skloňování a časování. Třeba angličtina se trošku liší v tom, že je jednodušeji uspořádaná do systému frází a slovních celků. Jeden z faktorů, které určují tíži afázie, je slovní plynulost, tedy kolik slov je nemocný schopný za časový úsek vyprodukovat. V češtině má i zdravý člověk menší počet slov za jednotku času než v angličtině, právě proto, že pro mozek je těžké skloňovat a časovat. Důležitý je i slovosled. Pokud ho v češtině změníte, můžete tím změnit i význam věty.

Je tedy pro okolí anglicky mluvících pacientů komunikace jednodušší než pro blízké česky hovořících?

Jednoznačně tomu tak není, angličtina má totiž několik úrovní komplexnosti. Vedle jednoduché konver-

začnící angličtiny, kterou zvládne každý turista, je daleko obtížnější mluvit kultivovaným jazykem.

Oblast mozku poškozená při Brocově afázii (vlevo), Wernickově afázii (uprostřed) a při globální afázii s úplnou ztrátou schopnosti mluvit i rozumět (vpravo). Obrázek převzat z časopisu *Neurologie pro praxi* se souhlasem společnosti Solen

Typickým projevem Wernickeho afázie, druhého nejčastějšího druhu, je používání absolutně neznámých výrazů, takzvaných pseudoslov. Jak tento „slovní salát“ vzniká?

Když mluvíme, máme určitou slovní zásobu, kterou si vytváříme celý život. A to nejen v mateřštině, ale i v cizích jazycích, pokud se jim učíme. Ve Wernickeho zóně a přilehlých oblastech si můžeme s určitým zjednodušením představit jakousi základní knihovnu slov, která máme k dispozici a používáme je. Jestliže hledáme vhodné slovo, z knihovny si ho „vzvedneme“.

U Wernickeho afázie nastává narušení integrity této knihovny. Občas najdete slovo, které potřebujete, ale jindy třeba jenom trosku slova. Když mluvíme, vycházíme ze slabik, které se propojují do slov. Některé slabiky fungují jako samostatné slovo, jiné výrazy jsou víceslabičné. Afatictí pacienti někdy slabiky doplňují nesprávně, třeba dají dobře první a poslední slabiku, prostřední ale vloží omylem jinou a vznikne z toho nerosozumitelný výraz.

Neboli spojují neslučitelná slova...

Ano. Může jít i o záměnu slova za slovo, takže místo „pes“ řeknou „vlk“. Pokud záměna slabik vytváří rozsuzitelná slova, která ale neodpovídají kýženému významu, není to tak úplně nápadné. Třeba místo „kočka“

řekne pacient „kočár“. Může jít i o spojování nahodilých slabik, ze kterých vzejdou neexistující slova. Namísto „lampion“ řekne pacient třeba „lampipák“ a vy jen z kontextu odhadnete, co má na mysli, například když doplní, že je zavěšený na zahradě a dává se do něj svíčka. Když řeknu „žamšolák“, jde o nahodilé sdružení slabik, které jsem si zrovna teď vymyslel. To je příklad neologismu typického pro Wernickeho afázii.

„Ve vteřině vám všechno přestane dávat smysl,“ shrne pocity afatického pacienta herečka Jana Plodková ve filmu. Je to výstižná definice?

Afázie, která postihla hlavní postavu, se velmi podobá těžkému stupni Brocovy afázie s neplynulou řečí, ale také s poruchou porozumění. Takový pacient je schopný produkovat krátká slova, avšak je obtížné mu porozumět, co se nám snaží říct, protože je komolí nebo vypouští koncovky. Zároveň má velký problém pochopit, co mu sdělujeme, zejména v případech delších vět a souvětí.

Pokud k afázii dojde vlivem úrazu nebo cévní mozkové příhody, její vznik je náhlý. To odpovídá replice Jany Plodkové, že najednou došlo k poškození řeči bez předchozího varování. Afázie v důsledku neurodegenerativního onemocnění se naopak rozvíjí pozvolna a příznaky dále narůstají, jak o tom svědčí osud Bruce Williase. Podobně je tomu u afázie vyvolané nádorem mozku.

Film naznačuje i to, jak pacient vnímá své okolí. Zdá se, jako by byl pod vodou a jeho blízcí nad hladinou. Případá vám to trefné?

Naprosto. Podobnou zkušenost nám sdělují sami pacienti, kteří prošli těžkou afází, a pak se jim podařilo se s hendikepem vyrovnat. Je to, jako byste se najednou probudili v úplně cizí zemi na jiném kontinentu, kde na

vás všichni budou mluvit tamním jazykem, který nemá vůbec nic společného s češtinou. Z mimiky těla a gestikulace se snažíte odhadnout, co vám okolí sděluje, ale slovům nerozumíte. Když odpovídáte, ostatní zase nerozumí tomu, co říkáte vy.

„Ke zlepšení může dojít i skokově, ale velmi důležitou roli hraje psychika,“ říkáte ve filmu...

Klíčové je, jak se k nepříjemné situaci postavíte, ať už jde o nemoc, nebo jinou zlomovou životní událost. Čím více se jí poddáte, tím horší výstup bude. S větší motivací a snahou máte logicky lepší výsledky. Jakmile začnete pochybovat o své šanci se z těžkého stavu dostat, bude to pro vás obtížnější. Je dobré mít blízké, kteří vás aktivně podporují.

Je u afázie nevyhnutelný depresivní stav?

Pacienti s Brocovou afázií mají výrazně vyšší četnost depresivních stavů. Je důležité pátrat po projevech deprese. Nejde jen o sklíčenost, smutek a pláč, ale i odmítání, negativismus, uzavírání se do sebe a neochotu komunikovat. V současnosti máme naštěstí k dispozici spoustu dobře snášených, účinných a dostupných antidepresiv.

Končí případy pacientů vzhledem k dopadům poruchy na jejich psychiku i tragicky – sebevraždou?

Ve své praxi jsem toho zůstal ušetřen. Troufám si tvrdit, že zvýšením povědomí o příznacích a díky včasnému a účinnému léčení deprese se situace značně zlepšuje.

Jakým způsobem by měli s afatickým pacientem zacházet jeho nejbližší?

V tomto směru bych rád zdůraznil roli logopedů. Jejich úloha je zcela nezastupitelná, pacientům se mno-

hem lépe daří, pokud jsou logopedická diagnóza a komplexní léčba zahájeny co nejdříve. Jedním z efektivních postupů při léčbě afázie je právě přizvání a zapojení rodinného příslušníka do léčebného procesu.

Je možné využívat různých říkanek, často pomáhá opakování slov. Velmi důležité je, aby se rodina soustředila na obsah, tedy to, co chce osoba s afázií říci, a dokázala přecházet chyby v řeči. Nemusí je vždy opravovat. Pacienti totiž dokážou komunikovat mnohem lépe, než jak na první pohled jejich mluvení vypadá.

Filmová manželka pacienta používá jako léčebnou metodu společnou výraznou artikulaci před zrcadlem.

Tuto techniku, ač není jediná, bych taky doporučil. Optimální je, pokud se pacient učí nejprve taková slova, která bude nejvíce potřebovat pro každodenní komunikaci. S opakováním slov je to podobné, jako když se učíte básničku v cizí řeči. Čím víc ji opakujete, tím snáz si ji pamatujete. Ne nadarmo se říká, že opakování je matka moudrosti.

Při terapii se také používá například kresba coby komunikační prostředek. V čem může pomoci?

Když jsme si v dětství četli, sahalí jsme spíš po obrázkových knížkách. Později se naše řečové funkce staly natolik automatizovanými, že už jsme je tak moc nepotřebovali. Je-li narušena slovní a abstraktní schopnost, nápověda obrazovým materiálem je užitečná a mozku dost usnadní práci. Kombinace slovního a obrazového přístupu vede k mnohem většímu efektu.

Účinná je prý většinou pouze intenzivní a dlouhodobá terapie. Dá se říci, jak dlouho průměrně trvá?

Afázie může v některých případech vymizet během

několika týdnů, u jiných pacientů je to úkol na dlouhé měsíce, někdo má i trvalé následky. Velmi záleží na příčině. Mám-li onemocnění, které se může spontánně zlepšovat, jakým je úraz hlavy nebo cévní mozková příhoda, a pokud poškození mozku není příliš rozsáhlé, může docházet k napravení řeči a porozumění poměrně rychle. Zásadní je pravidelnost. Ukazuje se, že je daleko prospěšnější podporovat řečové funkce každý den po malých částech než třeba jen dvakrát týdně ve velkém množství. Dobré je kombinovat jemnější postup s rodným příslušníkem a intenzivnější odborný logopedický trénink.

Popisy afázie se podle odborných pramenů objevují už v antické literatuře. Víme o nich něco bližšího?

V minulosti byly poruchy řeči velmi dlouho stigmatizující. Vnímaly se jako trest za špatné chování, kvůli němuž se dotyční nemohli vyjádřit. Nehledala se porucha řeči, ale její příčina ve vztahu k morálnímu pochybení. První výraznější snahy o porozumění a analýzu řeči vznikaly v době osvícenství souběžně s rozvojem vzdělávání. K nemocným s afázií se nicméně přistupovalo jako k dětem s opožděnou poruchou řeči.

Teprve v 19. století byly poprvé odborně popsány případy pacientů. Jak se liší oproti dnešní charakteristice onemocnění?

Tehdy se prokázalo, ve které části mozku poškození vzniká. Broca popsal oblast, která se dnes po něm jmenuje. Stejně tak později Wernicke. Od této doby se ví o přímé souvislosti mezi řečí a mozkiem a o dvou centrech řeči. Byl to první krok k větší analýze řečových poruch.

Broca a Wernicke se tedy už tehdy nemýlili?

Ne, současné studie vycházejí z jejich prací velmi významně. Dnes existuje vícero typů afázií, které se dají dobře rozlišovat na základě různých druhů poškození mozku. Afázie je teď zajímavým výzkumným tématem i pro nemedicínské experty, například lingvisty nebo filozofy.

Ve filmu máte hereckých výstupů sice poskrovnu, ale stejně. Jak jste se před kamerou coby absolutní neherec cítil?

Byl to pro mě zajímavý, vzrušující zážitek. Vidět, jak vzniká film, mi připadalo, jako bych byl na večeři v luxusní restauraci a měl možnost nahlédnout do kuchyně. Hrozně inspirativní bylo sledovat přetransformování myšlenky scénáře do něčeho autentického a přesvědčivého. Předtím jsem si navíc nedovedl představit, že je možné stejný záběr opakovat několikrát a s dalšími pokusy ho lépe zahrát. Myslel jsem si, že napodruhé půjde z mé strany spíš o slabý odvar.

Měl jste vedle herecké i funkci odborného poradce snímku?

Ne, hlavním poradcem byl profesor Zsolt Cséfalvay z Bratislavy, jeden z nejvýznamnějších klinických logopedů ve střední Evropě. Díky tomu, že dokázal ústředního herce naučit, jak má pacient s Brocovou afázií mluvit, vznikl film, který je z odborného hlediska zcela věrohodný.

Rozhovor jsme přebrali z Novinky.cz, kde byl publikován 28. září.

TEXT



Hledání a nalézání

Rozhovor s Michalem Andělem

Univerzitní nakladatelství Karolinum nedávno vydalo rozsáhlý knižní rozhovor s emeritním děkanem 3. lékařské fakulty prof. MUDr. Michalem Andělem, CSc., který zároveň stál čtvrt století v čele 2. interní kliniky 3. LF UK a FNKV. Z rozhovoru, který s ním vedl jeho mnohaletý přítel novinář Jaroslav Veis (proto si oba v rozhovoru tykají) přinášíme ukázkou věnovanou příchodu profesora Anděla na kliniku i na fakultu vzápětí po listopadu 1989.

Kapitola XII – Vinohrady

Starý režim skončil podle jedněch vyčerpáním, podle většiny národa sametovou revolucí a masakrem na Národní třídě. Pak byl 29. prosince zvolen prezidentem Václav Havel, který na Nový rok 1990 pronesl projev, známý podle jedné zásadní věty: „Naše země nevzkvétá.“ Ale zazněly tam i jiné. Například: „Dospělí lidé u nás umírají dřív než ve většině evropských zemí.“ Nebo: „Žádné lepší potraviny či nemocnice už nesmí být výsadou mocných, ale musí být nabídnuty těm, kteří je nejvíc potřebují.“ Cítil jsi z toho projevu výzvu i pro medicínu, pro svou budoucnost, a to nejen pro nadcházející rok 1990?

To jistě, ale nijak detailně. Byl jsem stejně jako mí přátelé i obrovská většina národa taky plný naděje. A že jí ve vzduchu bylo hodně. Byl jsem tehdy už druhým rokem zástupcem přednosta kliniky v IKEM, s Radkíнем Honzákem a pár dalšími kolegy jsme zvažovali, jak s oborem metabolismus a výživa dál, a někteří dokonce mysleli na znovuvytvoření Ústavu výživy, což se mi

zpočátku taky docela zamlouvalo. Jenže medicína se na naší klinice v průběhu osmdesátých let významně posunula. Už to nebyl klidný obor, pěstovaný v Ústavu pro výzkum výživy lidu, ale velmi intenzivní metabolická péče, diabetologie a transplantace pankreatu a také gastroenterologie včetně velmi intenzivní hepatologie. V mnoha těchto oblastech jsme byli naprosto úzce propojeni s dalšími pracovišti IKEM a resuscitace původního ústavu by neměla moc velkou logiku. A ti mladší pro ni rozhodně nijak zapálení nebyli.

Můj starý přítel Martin Bojar se koncem června stal ministrem zdravotnictví. Na začátku prázdnin se mě ptal, kdo by podle mého názoru měl IKEM vést, a z podtónu té otázky jsem cítil, že sonduje, zda bych o něčem takovém neuvažoval. Já ale myslel na něco jiného než na manažerskou kariéru. Ze všeho nejraději bych tehdy odjel s manželkou Kátou i dcerami Míšou a Kristinou třeba v rámci Fulbrightova stipendia na dvouroční pobyt do Spojených států, kde bych pracoval v nějakém

dobrém vědeckém týmu na svých tématech a měl k dispozici ty nejmodernější poznatky i technologické podmínky. Dokonce jsem se už někdy v dubnu začal po nějakém takovém pobytu ohlížet.

V tomto naději obtěžkaném rozpoložení jsme odjeli v létě s Kátou a děvčaty na čtyři týdny prázdnin za tátou do Solothurnu. Poprvé celá rodina na Západě bez nervů, bez výjezdní doložky a bez nutného obstarávání švýcarského a tranzitního víza. Vzal jsem si s sebou tenkrát knížku milých a rozkošných vzpomínek slavného fyzika a nobelisty Richarda Feynmana *To snad nemyslíte vážně!*, která pár měsíců předtím vyšla česky. Vtipnou, moudrou, nabitou příběhy z univerzitního světa, právě takového, o jakém jsem snil, že bych v něm chtěl strávit příští čas, když už mi starý režim upřel, abych v něm trávil celý profesní život.

A uprostřed toho krásného léta mi nejprve telefonoval Richard Rokyta, aby mě informoval o konkurzu na místo přednosta 2. interní kliniky na Vinohradech. Když jsem mu řekl, že o tom budu možná uvažovat, přišel krátce na to i fax z 3. lékařské fakulty, která se tak před pár měsíci přejmenovala z dosavadní Lékařské fakulty hygienické. Stálo v něm, že mě zvou, abych se přihlásil do výběrového řízení na místo přednosta 2. interní kliniky fakulty a vnohradské nemocnice.

Možná že kdybych byl právě v Praze, a ne ve Švýcarsku, zněla by promptní a jednoznačná odpověď ne. Měl jsem přece v IKEM svou metabolickou jednotku, lidi, se kterými se mi dobře spolupracovalo, a hlavně své vlastní plány. Ale v Solothurnu jsem si o tom promluvil s Kátou a s tátou a pak si řekl, proč ne, musím si zkusit, co jsem dřív nesměl. A taky v tom hrál roli ten Richard Feynman. Přihlásil jsem se, za pár dní sedl do auta a za osm

hodin jsem byl v Praze. Říkal jsem si, že můj prvotní cíl je jen v konkurzu obstát, ukázat, co ve mně je.

V tom Havlově novoročním projevu je taky věta, dokonce vypíchnutá jako odstavec: „Sebevědomí není pýcha.“

Vidíš, a mě, když jsem tenkrát z konkurzu odcházel, napadlo, že jsem možná mohl působit až moc sebevědomě, skoro arogantně. Když se mě členové komise ptali na koncepci, měl jsem jasno v tom, že obory na klinice by se měly rozvíjet paralelně, a když mi dali najevo, že by se měla vrátit skoro zlikvidovaná diabetologie, byl jsem pochopitelně rozhodně pro. Nějaký student se mě zeptal, jak bych řešil nedostatek studijních pomůcek, a já mu odpověděl, že přece hlavní pro studium medicíny je pacient, na jehož příznacích a projevech nemocí se učí. Stejně tak jsem měl jasno v tom, jak bych řešil ještě vyšší administrativní zátěž lékařů, která se očekávala. Hned den nato jsem odjel zpátky za rodinou do Solothurnu s vědomím, že někoho takhle oprsklého vzít nemůžou. Jenže vzápětí mi už nevím kdo zatelefonoval, že jsem uspěl a berou mě.

A já propadl naprosté chandře. Co moje krčská jednotka metabolické péče, kterou jsem vybudoval a vypipal organizačně i stavebně, mí spolupracovníci, mladší kolegové, sestřičky, které mě mají rády... Vždyť vlastně jediný důvod, proč bych mohl chtít odejít, bylo to univerzitní prostředí a studenti! A když jsem se po návratu do Prahy dozvěděl, že jeden z účastníků konkurzu, docent Červenka, proti výsledku protestoval s tím, že mi chybí druhá atestace z vnitřního lékařství, což nebyla pravda, vadila mi jen ta lež a říkal jsem, ať to klidně dají někomu jinému.

Někdy okolo dvacátého srpna jsem se na zahradě u Ládví u Schindlerů potkal s Martinem Bojarem, kterému jsem o všem vyprávěl. Řekl mi, že odstoupit nemám, protože „It's the challenge!“ Ale výzva nevýzva, já přesto chtěl rezignovat.

Objednal jsem se k ředitelce nemocnice Zuzaně Roithové, jenže ta někam odjela. Na ředitelství byl jen proděkan a také zástupce ředitelky Bohuslav Svoboda, který se mě zeptal: „A to si vás teď studenti, kteří už vás mají zapsaného v indexu, mají škrtnout?“ To byl sice pádný argument, přednosta kliniky byl funkčně členem fakulty a přednášející, ale mě pořád nepřesvědčil.

Přímo od něj jsem se vydal za děkanem fakulty Cyrilem Höschlem, připravený jen pozdravit a oznámit, že odstupuju. Jel jsem rovnou z vizity na metabolické jednotce přes ředitelství vinohradské nemocnice do bohnického Psychiatrického centra, kde měl tehdy ještě docent Höschl pracovnu, tam jsem se mu představil – nebyl členem výběrové komise – a on na to: „Ale Michale, vždyť já tě znám, byl jsi na fakultě o rok výš! My jsme tebe i Martina Bojara obdivovali, jak jste odvážní, když jste vedli v osmašedesátém stávku.“ Přirozeně že tím dobře zabrnkal na citlivou strunu každého muže, totiž odvalu. Když mu pak sekretářka paní Novotná nesla oběd, zeptal se, jestli jsem obědval, a když jsem řekl, že ne, řekl paní sekretářce: „Přineste ještě jeden talíř,“ a polovinu svého oběda mi na něj naložil.

Spontánní reakce, nebo mistrovský trik vynikajícího psychiatra?

Nemyslím, že trik, ale co já vím, Cyril je taky vynikající psycholog. A já začal tát, prostředí, do té doby vlastně cizí i lidsky trochu nezvyklé, se proměnilo v přátelské. Samozřejmě že to podstatné, co mě překlopilo, byla

naše dlouhá, hodně otevřená i detailní debata o fakultě. Zkrátka, když jsem odpoledne z Bohnic odjížděl, věděl jsem, že to, sice s bolestí v srdci, vezmu.

A tak jsem v pondělí 3. září 1990 nastoupil. I když i potom přišel ještě jeden krizový moment.

Znovu zaváhání? Proč?

Zaváhání ne, spíš deziluze, překvapení. Stalo se to, když jsem poprvé začátkem října šel na vizitu spolu s mediky ze šestého ročníku, kteří byli na závěrečné praxi před státnicí, a já zjistil, že jsou, pokud šlo o vědomosti, dost dutí. Byl jsem zklamaný a najednou jsem si dokázal představit, že si zase sbalím ty knihy, které jsem si už přestěhoval do své nové pracovny, a odvezu je zpátky do Krče. Vzápětí mi však došlo, že IKEM byl ve srovnání s fakultou a vinohradskou nemocnicí naprosto salónní prostředí, že Martin měl pravdu, když říkal „It's the challenge!“, a že musím i chci zůstat. Udělat všechno, co umím, aby se daly Vinohrady s Krčí srovnávat.

Jak dobře jsi vinohradskou nemocnici, 3. lékařskou fakultu i 2. interní kliniku tenkrát znal?

Časově vzato nemocnici hodně dlouho. Jako klukovi mi tu zachránili prst, když mě tam máma z Bohdalce přivezla poté, co jsem si ho skoro uřízl. Operoval mě plastický chirurg pan doktor Farkaš, který později emigroval a nikdo v nemocnici už si ho nepamatuje. Ptal se mě přitom, jestli bych nechtěl být taky doktor. Jenže mně se, když jsem viděl, jak mi musí rozříznout kůži, jak hledá šlachy a jak se rána leskne, zamotala hlava a udělalo se mi špatně. Řekl jsem způsobně, že ne, a navíc jsem si pomyslel, kdybyste, pane doktore, věděl, že můžu jít studovat tak leda na dřevorubce, neptal byste se.

Ale samozřejmě že už za studií medicíny jsem věděl o dobrých vinohradských klinikách, skvělé plástice profesora Buriana, o tom, že tu na zdejší neurologii působili profesor Zdeněk Macek a docent Karel Lewit, s jehož dcerou jsem se kdysi seznámil na plese, skvělý gynekolog profesor Jaroslav Padovec, významná zakladatelská postava hrudní chirurgie a chirurgie štítné žlázy a pověstně zručný chirurg profesor Emerich Polák, a pochopitelně jsem již dávno trochu znal profesora Jiřího Syllabu. Než emigroval do Německa, působil tu výborný dermatolog profesor Tibor Bielic-ký, otec mého kolegy z kroužku na fakultě a dobrého kamaráda Petra. Dlouhé roky tu už pracoval další můj přítel Jirka Horák, kterého tenkrát vzali do IKEM na aspirantské místo na hepatologii, na které jsem se původně hlásil.

A co sis tehdy myslel o fakultě?

Fakulta, ještě jako hygienická, špičkovou pověst ovšem neměla, mám tedy na mysli zejména pověst politickou či mravní. Osobně jsem moc jejích studentů ani absolventů neznal, zato v povědomí jsem měl, že se tu vyřádili normalizátoři, kteří větší část medicínských osobností z fakulty i z nemocnice a mnohdy i ze země vypudili. A že tu těch normalizátorů bylo dost: z téhle fakulty pocházel první husákovský rektor Bedřich Švestka, další univerzitní normalizátor prorektor Vilibald Bílek, dlouholetý ministr zdravotnictví a naprostý cynik bez stopy morálky Jaroslav Prokopec. Bizarní figurka tajemníka fakulty Kašpara byla zase pověstná zlobou uplatňovanou vůči učitelům i studentům. Příběh dnes vynikající urgentní lékařky Jany Šeblové, kterou nechal po jejím výslechu na StB děkan za ironický lístek poslaný na přednášče jinému studentovi vyhodit

začátkem osmdesátých let v šestém ročníku studia, aniž by se jí kdokoli z fakultních funkcionářů zastal, jako by z oka vypadl Kunderovu Žertu, jen se odehrál ne v padesátých letech, ale o třicet let později.

Nový tým v čele fakulty, která se 3. lékařskou fakultou stala ještě v dubnu 1990, zejména děkan Cyril Höschl se svými proděkany Jiřím Horákem, Hanou Provazníkovou, Richardem Rokyťou a Bohuslavem Svobodou, byl proto rozhodnutý, že nejde pouze o to, změnit název, ale celý obsah fakulty a proměnit ji v moderní medicínskou školu. Pomáhala jim v tom celá řada dalších, od profesorů po studenty, všichni nadšení z měnící se podoby školy i nemocnice, v jejímž čele stála Zuzana Roithová. Ostatně, byla to právě vůle fakulty i nemocnici proměnit, co vedlo k vypsání výběrových řízení na místa přednostů. A právě na jedno z nich mě také pozvali.

Hrálo při tvém rozhodování roli i to, že je to Syllabova klinika?

Samozřejmě že ano. Nehledě na to, že jsme o tom od počátku s vedením fakulty i nemocnice mluvili. Tedy přesněji o další struktuře a směřování kliniky. Když byl Syllaba na počátku normalizace vypuzen a vedení se ujal profesor Víšek, původně nefrolog, který se později specializoval na preventivní kardiologii, proměnilo se s tím i její zaměření.

Diabetologie ustoupila do pozadí, zůstala jen v nejnutnější, nezbytné a rutinní podobě. Za vedení profesora Syllaby čítala diabetologická skupina na klinice pět kvalifikovaných diabetologů a několik aspirantů. S nimi spolupracovali další kolegové z ostatních klinik. Byla to tehdy určitě největší diabetologická skupina v zemi. Zůstaly za ní publikace, včetně první české

knihy o diabetologické nefropatii vydané i anglicky. Pak Syllabu vypudili a z původního týmu v roce 1989 nežůstal nikdo. Postupně odešli Marie Dryáková, vinohradský Vladimír Bartoš, zemřel docent Jiří Rořtlapil. V roce 1989 se diabetologickým konziliím na klinice i v celém areálu nemocnice věnovala jediná ordinářka, doktorka Ludmila Treřšlová.

Na počátku sedmdesátých let do sebe klinika vsála i do té doby samostatné kardiologické oddělení. To bylo snad vůbec první takové v celé zemi, založené už ve třicátých letech, po roce 1970 umístěné do nového pavilonu S. Na klinice se pak rozvíjela především kardiologie, v druhém plánu pak gastroenterologie. Je však zajímavé, že právě tady z pověření profesora Vířka založila nefroložka doktorka Středová v roce 1972 první jednotku intenzivní metabolické péče u nás, tedy dříve než tyto jednotky vznikly v Hradci Králové a v IKEM. Věnovali se tu především akutním stavům v nefrologii a otravám.

Překvapilo tě hned na počátku něco dalšího než ony slabší vědomosti mediků?

Koncepce vinohradských interních klinik byla na prasto jiná než dnes. Byly dvě, avšak obě hodně univerzální, pokud možno od každé specializace něco a někdo. V ústavech v Krči už se od téhle univerzality začalo v souladu s moderními trendy pouštět v padesátých a šedesátých letech. Také Všeobecná fakultní nemocnice na Karlově náměstí, klinická základna tehdejší Fakulty všeobecného lékařství, nyníjší 1. lékařské fakulty, měla už více specializované kliniky, přinejmenším ty v kardiologii a endokrinologii.

Když mě onoho 3. září 1990 ředitelka nemocnice Zuzana Roithová představovala lékařům kliniky,

visela ve vzduchu atmosféra očekávání změny, daná nejen politickým kontextem. Mluvila o mé kvalifikaci, o tom, že jsem v IKEM zastupoval přednostu a jaké oddělení jsem vedl (i když nevěděla, že jsem jednotku metabolické péče i založil), ale taky o tom, že jsem byl 17. listopadu na Národní a že můj táta byl za komunistů zavřený. Ale myslím, že zrovna tyhle dvě věci kolegové za nejpodstatnější nepovažovali, že stáli víc o to, vědět, co bude dál. Což byla obnova diabetologie a můj úmysl rozvíjet intenzivní metabolickou péči a klinickou výživu a endokrinologii a zároveň rovnocenný, avšak paralelní rozvoj oborů, které tehdy na klinice dominovaly, tedy především kardiologie a gastroenterologie. To jsem také nastínil a uzavřel s nadějným očekáváním, že se práce všech skupin bude vzájemně podporovat a doplňovat. Přítomným to nejspíš znělo poněkud idealisticky.

Po krátkých prosloveh mě můj předchůdce profesor Vířek provedl jednotlivými odděleními a představil staničním sestřám. Já se tři dny trochu rozkoukával a čtvrtý den jsem šel na svou první velkou vizitu.

Přinesla ta vizita – a vlastně i následné dny – nějak nečekaná překvapení?

Především jsem nebyl z Krče vůbec zvyklý na tak velké množství starých lidí, tedy mezi pacienty. Medicína v IKEM byla v sedmdesátých a osmdesátých letech dost exkluzivní, postupem času se tamní ústavy a kliniky posunuly od výzkumu víc ke špičkové klinické péči. Pacienti byli převážně středního věku a starých lidí tam bylo relativně málo – třeba i proto, že se tehdy transplantovalo výhradně do šedesáti let věku a diabetici se do roku 1983 netransplantovali vůbec. Prakticky jsme tam měli nesrovnatelně méně akutních příjmů,

a pokud ano, šlo o selhání ledvin, jater nebo o diabetická kómata či o těžké katabolické stavy. Na Vinohradech jsem se náhle octl v úplně jiné, každodenní medicíně. Šok to nebyl, ale překvapení určitě.

Přístup k medicíně tu zkrátka v tom prostředí obrovského obratu nemocných byl úplně jiný než ten, který vládl v IKEM: zcela praktický, bez ohledu na potenciální vědecký přínos. Přitom však chci jednoznačně zdůraznit, že každodenní medicína byla na klinice velmi kvalitní. O třech či čtyřech jménech jsem trochu slyšel již v Krči – hranice vinohradského areálu významně překračovali tehdy tři kardiologové – Václav Červenka, Petr Widimský a Pavel Gregor a dále gastroenterolog Milan Kment. Právě rozdílnost v koncepci kliniky proti koncepci krčských ústavů pro mě byla impulzem, abych ji vzal jako podstatu oné „challenge“. Myslím, že postupně se všechny obory kliniky dostaly do situace, kdy byly nejen odborně, ale i vědecky srovnatelné s tím, co jsem znal z Krče. Nejdříve v případech diabetologie a kardiologie, postupně také gastroenterologie.

Druhé, avšak neobyčejně pozitivní překvapení byly sestřičky. O ty starší a staré pacienty se neobyčejně hezky staral milý a hodný sesterský tým. Co víc, tenhle úžasně lidský vztah k pacientům trval na klinice od první chvíle, kdy jsem tam přišel, do chvíle poslední. Intuitivně si myslím, že se tak projevuje tamní génus loci, snad související s tím, že v areálu nemocnice je i střední zdravotnická škola, na které hodně z těch sester maturovalo a pak strávilo na klinice od svých osmnácti let celý život. Takže k ní i k celé nemocnici měly zvláštní, vlastně lokálně patriotický vztah. K pacientům, často už s kognitivními poruchami, tedy srozumitelněji s demencí, se vždycky chovaly neobyčejně laskavě, trpělivě, vlastně oddaně a zároveň z nich vyzařovala i hrdost na svou

práci, na kliniku, na špitál. Od samého počátku svého působení na klinice jsem právě v nich cítil velkou oporu. Zejména intenzivně jsem si jejich neobyčejnou oddanost pacientům uvědomoval vždycky, když za kvalitu jejich péče děkovali nejen ti uzdravení, ale taky příbuzní těch, kterým už jsme pomoci nedokázali a kteří zemřeli.

Znal jsi někoho z lékařů z jiných vinohradských klinik?

Už jsem zmiňoval Jiřího Horáka, od září 1990 přednostu 1. interní kliniky. Rád jsem se s ním přátelsky stýkal, ale pro jeho dost uzavřenou povahu jsme se nikdy úplně nesblížili. Jeho korektního a klidného přístupu i jeho charakteru jsem si vždycky velmi vážil.

Vynikajícího chirurga Františka Vyhnanáka a skvělého anesteziologa Honzu Šturmu jsem znal z odborných setkání věnovaných intenzivní metabolické péči. Myslím, že jsme poměrně brzy našli podobné medicínské naladění a podobná stanoviska k etickým problémům, které tehdy začínaly hýbat medicínou. Postupně jsme si také projevovali vzájemný respekt a začaly nás poutat přátelské vztahy.

Na Františka Vyhnanáka jsem se obracel poměrně často, když jsem potřeboval odoperovat některého našeho pacienta s gastroenterologickým problémem, Honzu Šturmu jsem často požádal o anestezii. A někdy i o radu. Krom toho odborného potkávání jsem je brzy začal mít rád i jako přátelské lidi, nejen pro jejich neformální chování, v případě Honzy i pro jeho humor.

Jak jsi vycházel s profesorem Víškem, který z kliniky po tvém nástupu neodešel?

Korektně. Řekl mi, že by rád na klinice zůstal do svých pětadesáti, pak že se chce věnovat redigování

zdravotnických titulů, což se také v nově vzniklém nakladatelství Grada stalo, a myslím, že mu to i sedlo. Asi tak jednou za měsíc jsem ho zval na kávu, a občas jsem se od něj dozvídal, jakými peripetemi si například s oním zmíněným tajemníkem fakulty Kašparem procházel. O poměrech na fakultě v komunistických časech mluvil dost otevřeně, leckoho charakterizoval; lidi, které měl osobně rád, pozitivně, jiné naopak, a vždycky zdůrazňoval, že se snažil všechny politické nátlaky vyvažovat. Určitě ne vždy důsledně, za jeho největší hříchy považuju Syllabovo vypuzení a to, jak se choval v případě Jany Šeblové. Věděl jsem, že například lidé v čele Fakulty všeobecného lékařství dokázali v té době tlakům StB na vyhození nepohodlných studentů odolat. Vlastně se v těch našich rozhovorech ze všeho nejvíc projevovalo to, že byl celoživotní pragmatik.

Pro mě paradoxně o Syllabovi přitom vždycky mluvil s úctou a pochvalně. Byl jsem moc rád, když na oslavu mých padesátin v červnu 1996 přišli oba, podali si ruce a chvíli se přátelsky bavili. Ostatně už předtím přišel profesor Víšek, snad už někdy v roce 1991, na klinice na přednášku profesora Syllaby, na kterou jsem ho pozval.

Nesmím ale zapomenout, že po profesoru Víškovi zůstala na klinice její sekretářka, absolutní profesionálka, ale také dáma a ctitelka klasické etikety paní Amblerová. Hodně mi na počátku pomohla svými radami i přístupem, se kterým mne přivítala. Z mnoha jejích následovnic vzpomínám zejména na paní Evu Hýblovou a paní Pavlu Ježkovou.

Jak jsi se ale s novým prostředím sžíval celkově? Přezval jsi vedení hladce, nebo to zpočátku spíše drhlo?

Vlastně to bylo od začátku docela příjemné. Měl jsem dojem, že mě kolegové přijali pozitivně a že čekají,

jak budu kliniku formovat dál. I když ... asi po měsíci jsem dostal anonymní dopis, který upozorňoval u většiny lékařů na něco negativního z jejich působení na klinice, včetně výpisu politických funkcí jejich rodičů i postavení dalších příbuzných a také s kým z mocných měl ten který bližší vztahy. Dopis mě spíš pobavil, než k čemukoli inspiroval.

Každopádně na tuhle otázku jednoduchá odpověď není. Rozhodně šlo o zcela jiné prostředí než v IKEM, v němž se už díky jeho zadání pohybovalo na výzkumných základnách v jednotlivých oborech mnohem víc odborných i vědeckých osobností.

Pár lidí také kliniky postupně opustilo. Z kardiologie po necelých dvou letech odešel na místo přednosta kliniky do ÚVN docent Červenka, který protestoval proti mému vítězství v konkurzu.

A naopak, s některými kolegy jsem si rychle porozuměl: třeba s jedním ze zakladatelů naší gastroenterologické endoskopie Milanem Kmentem, kterého jsem po měsíci jmenoval prvním zástupcem přednosta. Tomu jsem byl vždycky vděčný za klidný a otevřený vztah, který jsme spolu měli. Cenil jsem si ho nejen jako gastroenterologa, ale i jako široce vzdělaného internisty. A také jako člověka s obrovským intelektuálním přesahem, ale především s velkým charakterem.

V době, kdy jsem nastoupil, byl můj dnešní nástupce ve funkci děkana Petr Widimský na dlouhodobé stáži v Holandsku. Poznal jsem ho tedy nejprve z jeho podrobných dopisů, které mi odtamtud psal. Když se vrátil, rozpoznal jsem v něm vůdčí osobnost a po odchodu Václava Červinky do ÚVN jsem ho jmenoval vedoucím kardiologie na klinice.

Důležité bylo obsazení funkce vrchní sestry. Nejprve jí byla čtyři roky Eva Jaklová, která v roce 1994

přešla do stejné funkce na LDN, po ní rok a půl Milica Sklenčková, která později zakládala a rozvíjela domácí péči, a od konce roku 1995 na čtyřicet let Jana Dušková. Všechny, každá ale trochu jinak, se podílely na tom, že sesterská péče na klinice vždy byla jednou z jejích výkladních skříní.

To jsme probrali lidí, jejich funkce a odpovědnosti. Do jakých dalších změn ses postupně pouštěl?

Především jsem zavedl povizitní pohovory. Po vizitě přednosta nebo jeho zástupce jsme s lékaři dané stanice probírali stav těžkých pacientů nebo stav pacientů, jejichž diagnóza zůstávala nejasná. Stejně jako jsme to dělali v IKEM. To myslím byla první zásadnější změna.

Taky jsem brzy po nástupu na kliniku rozhodl, že celé druhé patro, tedy asi šedesát lůžek kliniky, bude orientováno kardiologicky. A stejně tak že jedna ze stanic ve třetím patře bude orientována gastroenterologicky a další v prvním patře bude diabetologická a endokrinologická. Dvě zbývající stanice kliniky byly orientovány pro složitěji zařaditelné případy a pro takzvané všeobecné vnitřní lékařství, tedy pro nemocné trpící větším množstvím různých onemocnění a pro staré pacienty. Ti posledně jmenovaní ale leželi také na všech oborově orientovaných odděleních. Tyto změny jsem považoval za zásadní.

Odklonil jsem se také od dosavadního dělení na ženské a mužské části stanic, což samozřejmě znamenalo spoustu úprav v koupelnách a záchodech. A i když ti to možná připadne legrační, hned v prvním roce jsem taky nechal vyměnit bakelitové kliky dveří za kovové. Ty příšerné bakelitové pro mě byly symbolem předchozího režimu.

Ke štědrodenní vizitě, na kterou jsme se s kolegy poprvé sešli už v devadesátém roce, mě inspirovala tradice 3. interní kliniky nemocnice na Karlově náměstí. Smysl té vizity je několikerý – přednosta provázený lékaři kliniky obchází pacienty a popřeje jim hezké Vánoce, přestože je musí strávit v nemocnici. Po vizitě si sednou okolo stolu, připijí si, ochutnají vánoční cukroví od jiných a nabídnou to své z domova. Program se časem zejména díky Milanovi Kmentovi rozrostl. Začali jsme před vizitou zpívat koledy a ti, kteří právě nešli do pokojů k nemocným, zpívali koledy na chodbě. A když nastoupila na místo technické asistentky v metabolické skupině Jana Potočková, připravila pro každého nemocného přání, které jsem mu při štědrodenní vizitě předával. V posledních letech se naše štědrodenní komunita rozrůstala ještě o děti, které s sebou přivedly některé kolegyně. Tahle tradice začala o Vánocích před třiatřiceti roky...

Přišel jsi kliniku především měnit, ale přesto: chtěl jsi na to hodnotné v její historii také navazovat?

Ta historie byla docela dlouhá a bohatá. Existuje přímá linie mezi interním oddělením založeným již v roce 1902 při vzniku nemocnice, přes 2. interní oddělení – to když v roce 1928 přibyl nový pavilon, ve kterém vzniklo 1. interní oddělení a v jehož cele byl tehdejší ředitel vinohradské nemocnice doc. Tománek. Za války 2. interní oddělení vedl profesor Prusík a pracoval tu tehdejší farmakolog a psychiatr doc. Vondráček. V roce 1954 se oddělení stalo 2. interní klinikou, fungující vedle 1. interní kliniky, která vznikla o rok dříve. Jeden čas nesla klinika název Propedeutická. Podstatné však nebyly názvy, ale to, že její lidský i odborný charakter určoval Jiří Syllaba, který stál v jejím čele od jara 1945.

Ale o tom už jsme mluvili, stejně jako o změně zaměření po nástupu profesora Víška.

S odstupem času vyniká ještě jedno specifikum: klinika byla přes veškeré peripetie českého prostředí po celá léta neobyčejně stabilní. Za sedm desetiletí se v jejím čele vystřídali jen tři přednostové. Pětadvacet let ji vedl nejprve jako primář oddělení a po vzniku kliniky jako přednosta Jiří Syllaba, dvacet let Vlastimil Víšek, poté skoro sedmadvacet let já. Turbulence přišly až poté.

Přesunul ses v jednom okamžiku nejen na novou kliniku, ale taky na fakultu, tedy do prostředí, o které jsi stál od samého počátku své medicínské dráhy. Jaké to bylo, začít konečně učit studenty? A vůbec odstartovat ve středním věku univerzitní kariéru?

Do té doby jsem vlastně učil a přednášel jen příležitostně a nesoustavně na nejrůznějších odborných fórech, pravidelněji pak v diabetologických předatestačních kurzech profesora Rybky nebo na interní katedře Ústavu pro doškolení lékařů. Problém s výukou jsem však nikdy neměl, učit mě bavilo a věděl jsem, že to dobře hodnotí i moji posluchači.

K té univerzitní kariéře: Ještě na jaře 1990, tedy před mým nástupem na kliniku, jsem dostal dopis od Richarda Rokyty, který byl tenkrát proděkanem pro vědu, s dotazem, zda bych se nechtěl habilitovat. Rád jsem souhlasil. V lednu 1991 jsem pak obhájil habilitační práci „Nutriční intervence jako prostředek k ovlivnění lokálního i globálního metabolismu u nemocných v těžkých stavech“ a následujícího roku jsem byl jmenován profesorem. Má inaugurační přednáška nesla název „Intenzifikovaná terapie inzulinem u diabetes mellitus 1. typu“. Komisím pro habilitační i jmenovací profesorské řízení předsedaly nezpochybnitel-

né osobnosti české medicíny profesor Páv a profesor Syllaba.

Na fakultě v té době panovalo rušné, inspirativní prostředí. Byl jsem děkanem Höschlem jmenován do vědecké rady, což tehdy byl zároveň sympatický a pozitivně naladěný debatní klub asi patnácti lidí. Nová fakultní budova nebyla ještě dokončena, takže jsme sedávali kolem jednoho velkého stolu v budově ředitelství Státního zdravotního ústavu. Já měl místo vedle Jiřího Schindlera. Sedět při jednání okolo jednoho stolu je zážitek sám o sobě, a také inspirace i závazek.

Cyril Höschl, dominantní postava této éry, zároveň založil zvyk každotýdenního setkávání docentů a profesorů. To už byl opravdový klub, nesl název CM (Classical Medicine) a scházel se ve smíchovské usedlosti Portheimka. Poslouchala se tam klasická muzika, koncerty někdy přenášelo Radio Classic, které v Portheimce sídlilo, a potom se při večeri a při víně diskutovalo o nejrůznějších záležitostech týkajících se fakulty i nemocnice.

V těch debatách se postupně rodily obrysy nového fungování fakulty. Docela živě si vzpomínám na jednu debatu inspirovanou kritickými názory mediků na výuku, myslím, že to byly výsledky nějaké ankety. Poté rozhovor s Cyrilem, ve kterém jsme si oba říkali, že si vlastně stěžují skoro na totéž jako my o pětadvacet let dřív a že by se s tím mělo něco udělat, počínaje zkvalitněním výběru studentů přes problém stáží, dlouhých prostožů mezi přednáškami i malého propojení teorie a klinické praxe.

Jaký byl první zásadní krok proměny fakulty?

Cyril tehdy zorganizoval delší, nejen víkendové výjezdní zasedání a vzápětí jsme zavedli dvoukolové příjí-

mací řízení. V prvním kole písemný test mnohočetného výběru, písemné odpovědi na vybrané možnosti, druhé kolo už zaměřené na schopnosti interpretace neznámého textu, zhruba na úrovni textu z časopisu *Vesmír*, poté rozhovor o motivaci a všeobecném rozhledu. Fakulta již předtím, tuším, že od školního roku 1991/92, začala vyučovat v angličtině, myslím, že jako první z českých lékařských fakult. A pomalu se začínaly rýsovat i obrysy nového kurikula.

Vůbec ona výjezdní zasedání vedení a předních členů fakulty a zástupců studentů, která založil Cyril Höschl, byla skvělou příležitostí dopodrobna probrat spoustu věcí týkajících se jak vědecké práce, tak výuky. A samozřejmě se na nich hledaly nové cesty zvláště v koncepci výuky i v koncepci vědecké práce. Tradice těch výjezdních zasedání se na fakultě zachovala až do dnešních dnů.

Jakou roli v proměně Vinohrad, teď mám na mysli vazbu fakulty s nemocnicí, hrála její nová ředitelka Zuzana Roithová? Proč se vlastně právě ona stala šéfkou nemocnice?

Přírozeně že roli sehrálo její okamžité odhodlání prosazovat změny už od prvních dnů po listopadu 1989. Přímo to z ní vyzařovalo. Od počátku bylo jasné, že je osobností patřící do veřejného prostoru, do politiky – a vedení velké nemocnice, jako je vinohradská, politickou osobnost s velkými plány a vizemi vyžaduje. To všechno Zuzana Roithová má.

Okamžitě začala napravovat důsledky stavební zanedbanosti nemocnice a omítla oprýskané pavilony. Později zajistila navrácení Hagiboru Židovské obci, za což nemocnice získala třísetmilionovou finanční refundaci. Zavedla kontrolu kvality péče a podporovala zásadní

změnu k pojetí nemocného jako samostatného subjektu s vlastní vůlí a vlastními právy. Na chodbě každé nemocniční stanice nechala vyvěsit deklaraci práv pacienta. Do vedení klinik a oddělení získávala nejlepší lidi, celá nemocnice pod jejím vedením prokoukla, začaly se nakupovat nové přístroje, třeba i na leasing. Myslím, že ze všech ředitelů, které jsem tu zažil, ji spolupráce s fakultou zajímala nejvíc. A dovedla dobře tolerovat, když s ní někdo, třeba i zásadně, v nějakém problému nesouhlasil. A nemyslím si to rozhodně jen proto, že Jiřího Horáka a mě jmenovala do svého poradního sboru.

Vidíš, funkce, ty bychom neměli opomenout. Víš ale, že i když počátek devadesátých let pro tebe znamenal i otevřený prostor k veřejnému působení, do politiky ses nikdy vstoupit nechystal.

Přímo do politiky ne, i když v té době kolem mě prolétlo, že se přece osobně dobře znám a tykám si s premiérem i s pár členy vlády, a kdybych vstoupil do nejsilnější vládní strany, tak bych mohl být ministrem zdravotnictví... No, nevstoupil, protože jsem nikdy o vstupu do žádné strany neuvažoval, natož proto, abych získal ministerské křeslo.

RES PUBLICA



Fialova vláda klopýtá, ale odepsaná není

Petr Honzejek

Dva roky od voleb to podle průzkumů popularity i většiny komentářů vypadá, že vláda Petra Fialy je na odpis. V domácích agendách se jí nedaří, je zatížená několika skandály, mezi koaličními stranami se objevují třenice. Zdá se, že demokratické strany jsou odsouzeny předat za dva roky moc zpět Andreji Babišovi. Jenže je to tak jednoznačné? Dovolím si nabídnout trochu jiný pohled.

Je pravda, že vláda Petra Fialy nepředvádí oslnivý výkon. Zatímco v zahraniční oblasti je to na jedničku, jsme jedním z lídrů pomoci Ukrajině a Česko zvládlo velmi solidně příliv statisíců uprchlíků, v domácí oblasti je to horší. V energetické krizi jsme měli jedny z nejvyšších cen energií v EU, podobné to bylo s inflací. Většinou lidé šly dolů reálné příjmy. Omezil se růst důchodů. A i když za to samozřejmě nemůže jen tento kabinet, nízká- a středněpříjmové skupiny jsou pochopitelně rozladěny.

Z druhé strany k nutné konsolidaci financí, kterou si vepsala do programového prohlášení jako prioritu, vláda přistupuje váhavě. Její polovičaté kroky kritizují nejen ekonomičtí experti, ale i prezident, podle kterého by úspory měly být tvrdší, aby nemusely trvat tak dlouho a lidé viděli příslovečné světlo na konci tunelu. Tím vláda zklamává vlastní, lépe situované voliče, kteří chápou důležitost boje se zadlužováním státu a vyšší úspory by nejen snesli, ale zřejmě i přivítali.

Výsledkem je, že kabinet Petra Fialy je v polovině volebního období extrémně nepopulární. Podle CVVM mu nyní věří jen 25 procent Čechů. To je zhruba stejně,

kolik věřilo Babišově vládě za covidu. Sám Petr Fiala pak patří mezi nejméně oblíbené premiéry v Evropě. Podle agentury Morning Consult ho podporuje jen 18 procent lidí. Koalice SPOLU pak ztratila od voleb zhruba pět procent voličů. Naproti tomu obliba opozičního hnutí ANO setrvale roste. Babišova formace si oproti výsledku v říjnu 2021 o pět procent polepšila, nahrávají jí i početné protivládní demonstrace organizované marginálními stranami a oligarcha se už vidí zpět ve Strakově akademii.

Vypadá to pro vládní strany opravdu nevesele. Přesto z toho nevyplývá, že je pro ně vše ztraceno. Zaprvé je propad oblíbenosti vlády v polovině volebního období běžným jevem. Například v Německu, kde se volby konaly o měsíc dříve než v Česku, nyní věří vládě kancléře Scholze jen devatenáct procent lidí. V druhé polovině volebního období se situace zpravidla zlepšuje, protože vláda už nedělá nepopulární opatření, a podpora vládních stran většinou roste.

Zadruhé se situace v Česku bude v dalších letech objektivně zlepšovat. Především odeznívá inflace. V příštím roce se má podle prognózy České národní banky dostat na standardní dvě procenta, což je ve srovnání s letošními jedenácti procenty zanedbatelné. Energetická krize je, zdá se, pryč. A i když vláda krajně nemoudře přesunula poplatky za obnovitelné zdroje na občany, aby se mohla tvářit, že se omezily státní dotace, porostou ceny elektřiny napřesrok maximálně o deset procent. Což není takový šok jako letos. Především se ale

má vzpamatovat ekonomika. Z letošní nuly se růst HDP dostane podle ČNB na 2,3 procenta. Platy mohou začít opět reálně růst. A protože spokojenost s životními podmínkami a spokojenost s vládou jsou spojené nádoby, může popularita kabinetu jít už příští rok nahoru.

Za třetí – směrem k výsledku voleb. Když se podíváme detailně na aktuální preference, zjistíme, že na tom vládní strany zase tak mizerně nejsou. V součtu mají ODS, KDU-ČSL, TOP 09, Piráti a STAN podle různých průzkumů kolem 40 procent, opozice, tedy ANO a SPD, má jen o dva až tři procentní body více. Důvod, proč se preference vlády jako takové navzdory její nepopularitě paradoxně drží na slušné úrovni, je prostý: Totální polarizace společnosti. Vládní voliči mají v naprosté většině hrůzu z možného návratu Andreje Babiše, který se kamarádí s Viktorom Orbánem a Robertem Ficem, při-

stupuje obojakým způsobem k válce na Ukrajině a k veřejným financím přistupuje stylem „pojdme hodovat, vždyť si na to můžeme půjčit“. Ve většině tak zavřou obě oči a řeknou si: Tato vládní sestava je pořád lepší než alternativní vláda populistů a extremistů. S nadsázkou by se dalo říci, že tak je Andrej Babiš nejlepším piáristou Petra Fialy a spol.

Celkově? Přes vnější zdání, že vláda nutně musí za dva roky drtivě prohrát, je, za předpokladu, že strany jako ČSSD, KSČM, Trikolora zůstanou pod pěti procenty, výsledek dalších sněmovních voleb v roce 2025 naprosto otevřený.

Autor je vedoucím komentátorem deníku Hospodářské noviny, v nichž byl tento komentář 9. října 2023 publikován.

Bez omezení práva veta nebude rozšíření Evropské unie

Jiří Pehe

Když prezident Petr Pavel ve svém projevu na College of Europe v Bruggách zmínil, že bychom měli začít diskutovat o tom, zda se vzdát v Evropské unii při rozhodování o některých otázkách v zahraniční a bezpečnostní politice práva veta, následovala řada odmítavých reakcí na domácí politické scéně. Někteří politici dokonce mluvili o zradě českých národních zájmů.

Prezident přitom jen reagoval na již probíhající debatu v rámci Evropské unie o tom, že k již existujícímu okruhu záležitostí, o nichž se od přijetí Lisabonské smlouvy rozhoduje kvalifikovanou většinou, by měly přibýt další. Unii by to umožnilo reagovat rychleji a pružněji na velké mezinárodní krize, než je tomu nyní, kdy některá zásadní rozhodnutí může zablokovat

svým vetem jediný členský stát. Anebo takový stát, jak to činí kupříkladu Maďarsko v otázkách unijní pomoci Ukrajině či protiruských sankcí, může s pomocí hrozeb, že to či ono rozhodnutí zablokuje, vydírat zbytek Unie.

Odmítání už jen pouhé debaty na téma rozšíření počtu záležitostí, o nichž by se v Evropské unii rozhodovalo kvalifikovanou většinou, se přitom v případě České republiky dostává do ostrého protikladu s opakovanými sliby české zahraniční politiky státům západního Balkánu nebo Moldavsku, že naše země bude prosazovat brzké rozšíření Evropské unie, jehož by byly součástí.

Odpor k rozšíření rozhodování kvalifikovanou většinou také relativizuje sliby těch politiků, kteří by chtěli usilovat o co nejrychlejší členství Ukrajiny v Evropské unii.

Změny ve smlouvách

Dvě největší země Evropské unie – Německo a Francie – zastávají v této věci jednotné stanovisko. Podle nich je třeba rozhodovací proces v Unii učinit flexibilnějším, pokud máme mluvit o jejím dalším rozšíření. Evropská unie je už v současné podobě, se svými 27 členy, příliš těžkopádná, přitom zejména v krizových situacích, jako je nyní válka na Ukrajině anebo před tím pandemie covidu-19, potřebuje postupovat rychle.

Německý kancléř Olaf Scholz naznačil dilema, kterému Evropská unie čelí už ve svém projevu na Karlově univerzitě v létě 2022. Podmínil tehdy fakticky rozšíření Unie o další státy reformou rozhodovacích mechanismů v Evropské unii. Nemluvil přitom jen za Německo. Stejně postoje hájí i francouzský prezident Emmanuel Macron, a obě země svůj postup koordinují.

Obě země reformu rozhodování prosazují už pro-

to, že mají negativní zkušenosti s jednáním některých členských zemí. Řeč je zejména o počínání Visegrádské čtyřky během migrační krize a – ještě konkrétněji – o chování Maďarska od ruského útoku na Ukrajinu. Jinými slovy: za fasádou diplomatických vyjádření západoevropských politiků se skrývá obava, že rozšířením o několik dalších zemí, jejichž politická kultura se podobá té, kterou předvádějí země Visegrádu, by se Unie mohla dostat do stavu rozhodovací paralýzy v důležitých zahraničně-politických a bezpečnostních otázkách.

I proto mnozí západoevropští politici podmiňují další rozšíření Unie reformou jejích rozhodovacích mechanismů – především v podobě snížení počtu záležitostí, o nichž se rozhoduje jednomyslně. K tomu je ovšem zapotřebí změn v evropských smlouvách, které by musely schválit všechny členské země.

Poněkud hysterické reakce části české politické scény už jen na pouhé zmínky o tom, že bychom měli o omezení práva veta debatovat, přitom naznačují, že prosadit něco takového nebude snadné. Jelikož evropský západ ovšem téměř jistě bez reformy rozhodovacích mechanismů nepodpoří další rozšíření Evropské unie, bylo by od politiků v našem regionu, včetně těch českých, čestné přinejmenším přestat slibovat zemím západního Balkánu, že se zasadíme o to, aby se co nejdříve staly členy Evropské unie i ony.

Autor působí na New York University Prague. Text byl vysílán Českým rozhlasem Plus.



Doba marketingová

Jaroslav Veis

S historickým časem je to tak, že každý jeho úsek, éra, údobí i epocha si nakonec vyslouží své označení, nejčastěji je to adjektivum, jemuž se, je-li pochvalné, dokonce říká *epiteton ornans* čili přívlastek básnický a zdobný. Platí to jak o časech předletoopočetových (doba *ledová* či *kamenná*), tak o těch zcela nedávných, na které nostalgicky (někteří i ostalgicky) sami vzpomínáme (*staré zlaté časy*). Dokonce i období, jež charakterizovala ze všeho nejvíc prázdnota ducha, jakým bylo například údobí nazývané normalizace dostalo charakterizující přízvisko: *bezčasí*. (Jeho autorem

není nikdo jiný než v oné době zatraceně činorodý, ale spon pokud šlo o odpor proti komunistickému diktátu, Václav Havel.)

Někdy bývají tato adjektiva i vtípná. Vzpomínám, jak mi na sklonku onoho bezčasu vyprávěla kolegyně, která dostala za úkol napsat nekrolog na jednoho zenuššího významného vědce, že jí v tehdejší Československé akademii věd zapůjčili desky s výstřižky o dotyčném, do nichž se ovšem jakýmsi nedopatřením zatoulalo vyjádření občanského výboru z ulice, v níž bydlel, k udělení státní ceny. Fakticky vzato to ovšem

bylo udání od domovnice, členky uličního výboru komunistické strany. Stálo v něm, že onen akademik si cenu nezaslouží, neboť „o vítězství pracujícího lidu v únoru 1948 se vyjádřil, že nastala *doba dřevěná*, jaká tady ani za husitů nebyla“. (Tím prostořekým akademikem byl fyziolog profesor Vilém Laufberger, jeden ze zakladatelů moderní české endokrinologie.)

Leč posuňme se z doby dřevěné do současnosti. Ta je charakterizována celou plejádou adjektiv, z nichž samozřejmě zkouškou časem projdou jen některá. Mým momentálním kandidátem je *doba marketingová*. V záplavě informací, jimiž jsme ne den co den, ale minutu co minutu bombardováni, je totiž stále důležitější marketing, způsob jak se uplatnit na trhu. Víc a víc se za tím účelem zaměřujeme místo na jádro věci na její obal, na „image“ či vizuální styl. Logo, ne logos je to, oč běží.

Platí to v akademickém světě. Takže zrovna nedávno představila svůj nový vizuální styl a nové logo i Univerzita Karlova. Žasl jsem, co všechno se k tomu dá „s ohledem na potřebu moderní, efektivní a sjednocující primárně vnější komunikaci“ napsat a napovídat, odkazovat se na svatováclavskou korunku i na gotickou tradici písma. Velký dojem na mě udělala informace o barevném odstínu komunikace: vedle známé kardinálské červené se v ní uplatní i univerzitní modř. Marně jsem hledal ve vzornících barev: berlínskou i pařížskou modř jsem objevil, též námořnickou a také svinibrodskou zeleň, ale modř univerzitní na zápis patrně ještě čeká.

Sud' Bůh proč jsem si při tom představil tenistu, kterému se právě podařilo probojovat se z páté do třetí stovky světového žebříčku, jak ze samé radosti o tom vydává tiskovou zprávu a vzápětí sděluje světu, že v zá-

jmu zlepšení image a vůbec všeho si právě pořizuje tričko a trenýrky s novým logem, vše v originální barvě antukového nachu.

Nejen univerzita však spoléhá v těžkých dobách na marketing. V možná nejdůležitějším ze zápasů dneška, totiž v boji o pozornost, jak jej nazval slovinský filozof Aleš Debeljak, nehodlá zůstat stranou i česká vláda a éru ozdravných balíčků se rozhodla oživit marketingovou a komunikační kampaní Restart Česka s (na) dutě znějícím sloganem „Děláme, co je třeba“. Tváří kampaně je premiér Fiala, převládající barvou jeho webové prezentace je – ano, vládní fialová. Nelze si nevpomenout na jinou kampaň, jejíž tváří byl v roce 1996 jiný premiér. Jmenoval se Václav Klaus, její slogan byl stejně (na) dutý – „Dokázali jsme, že to dokážeme“ – a převládající barvou byla – ano, ódésová modř.

Organizátoři současné kampaně nás varují, že poběží celý rok a bude nás provázet všude, na monitorech, na silnicích i ve vlacích. Dalších (na) dutých sloganů se však snad bát nemusíme. Jak si všiml komentátor Jindřich Šídlo na serveru Seznam zprávy, „vzhledem k projevované akceschopnosti pětikoalice hrozí, že nemalá část plakátovacích ploch ponese po většinu času sdělení ‚Zde vás budeme později informovat, o čem vás budeme informovat‘. Nebo motivační citáty: ‚I cesta může být cíl‘, ‚Lepší na kolejích stát než ležet‘ nebo empatické ‚Myslíte, že vás nikdo nemá rád? Nás taky ne.‘“

Zkrátka, jak trefně napsal další komentátor Lukáš Jelínek v Právu, „kde docházejí argumenty, zaskakuje marketing.“

Běsi a horizont událostí

Tomáš Kozák

Tak a už tam jsem, na druhé straně barikády. Druhý den po operaci kyčelního kloubu. Všechno jde dobře, ale stejně, když vám uříznou, byť šetrně, kus největší kosti v těle, do kosti vedle vydlabou velký důlek a všechno spojí novým kloubem z materiálu, který byl nejspíš vymyšlen díky letům na Měsíc, pořád se cítíte, jako když vás kopne kůň. Ten mě nikdy nekopl, ale tak nějak to musí vypadat, jsem si jistý.

Co s tím? Musíte se samozřejmě obrnit trpělivostí, hojení trvá, i když tahle metoda by měla umožnit velmi rychlou rekonvalescenci – taky mě dnes postavili a ušel jsem několik kroků. Bezva, ale opíát na noc, na ten se těším. Tak znovu, co s tím? Co teď, když jsou v posteli zrovna bolesti snesitelné?

Mám rozečtené Dostojevského Běsy, přes ten název jde o zábavné čtení, vždy mě bavila temná atmosféra ruských gubernií devatenáctého století, kterou jako meteority prosvětovaly nové myšlenky, aby za chvíli někde na sibiřském nebi zhasly. V době, kdy Dostojevský knihu Běsi psal, už patřil k těm, kteří meteority zhasínali. To mě taky baví. Dialogy, což v Dostojevského pojetí často znamená monolog na půl stránky vystřídaný dalším stejně dlouhým mo-

nologem, nejsou pomalé, Dostojevský v nich jen tesá charaktery postav jemně jako Michelangelo. Mladému Stavroginovi jeho sok v souboji sestřelil klobouk, zato Lizaveta Nikolajevna dostala záchvat cholery. Termín *cholera* je napsán proloženě, to se mi líbí, zdůrazňuje to ještě více polohu, v níž hrdinka ve svém hysterickém záchvatu skončila.

V té chvíli mě odvezli na sál, cestou jsem si ještě představoval situace, v nichž cholery budu požívat. Třeba až budu zase někomu líčit reakci zdravotní pojišťovny na žádost o úhradu léku na jede typ leukémie. Pak už nic nevím. No a teď sahám po Běsích opět. Ale nějak se mi nedaří se do té atmosféry dostat. Tak raději odkládám. Odbornou hematologickou literaturu jsem si s sebou nevezl, dám si týden dva oddych.

Ale mám s sebou ještě, taky rozečtenou, Božskou rovnici. Michio Kaku, geniální fyzik, se v ní snaží lidskou formou vysvětlit nejen Einsteinovu teorii gravitace a důsledky jejího spojení s kvantovou teorií, jejíž byl vlastně odpůrcem. Nejsem žádný renesanční vševěd, knihu jsem si pořídil částečně kvůli tomu, že mám k fyzice blízko, nakonec maturoval jsem z matematiky i fyziky. Druhý důvod koupě této knihy bylo

jisté snobství, to přiznávám. Kdysi jsem slyšel rozhovor s Jiřím Suchým, zakladatelem divadla Semafor. V rozhovoru popisuje svůj vztah k výtvarnému umění, hlavně jeho začátek. Pan Suchý se přiznal, že začal chodit na výstavy obrazů a soch z čistého snobství – chodila řada jeho známých a kamarádů a on si říkal, že na těch dílech něco musí být. Pochopil jsem, že je nechal na sebe působit a nakonec jim začal rozumět, studoval je a později je začal i sbírat. Třeba ten rozhovor někde vyšel a jmenuje se Chvála snobství, nevím. Já knihy Stephena Hawkinga a Michio Kaku taky zatím na sebe nechávám působit, čtu je a čekám, kdy jim začnu plně rozumět. V každém případě, Božskou rovnici jsem dočetl až tam, kde se probírá průběh tzv. horizont událostí černé díry. Donedávna se mělo za to, že všechno co ji překročí, zmizí v nenávratnu, i světlo, kvantová mechanika tam neplatí. Ukázalo se ale, že problém je složitější a že i černá díra vysílá nějaké malé množství záření. Chopím se opět knihy, listuji k místu, kde jsem přestal a chci se dovědět, jak to bude dál. Nejde mi to, taky se nemůžu soustředit, rána o sobě dává vědět.

Přemýšlím, co teď, spát se mi nechce. Ze své lékařské praxe vím, že motivovaný pozitivně naladěný pacient snáší choroby lépe a lépe se hojí. No jo, náladu moc dobrou nemám, tak přemýšlím, jak ji vylepšit a přispět ke svému hojení. Chtělo by to něco pozitivního, ideálně něco hodně veselého. Mám krásný jednolůžkový pokoj s velkou televizí. Vzpomenu si na horizont událostí černé díry a televizi nezapínám. Mám taky notebook, tak si napolohuju postel a věrného aplíka si položím na břicho, hned je z něho bellytop - tommytop. Dobře, zkusíme tento oblíbený

server, když se budu blížit horizontu událostí, prostě obrazovku sklopím. Víím, že se budu muset nejdříve prokličkovat podprsenkami buďto v podobě reklamy nebo přímo navlečenými na ňadra nějaké superstar. Přiznám se, že mi to nevadí. Zpravodajství na tomto serveru považuji za docela vyvážené, tak copak je nového? Aha, válka v Gaze, tak to opravdu není nic dobrého pro mé hojení, na celém světě zase začne debata o tom, co bylo dřív, jestli vejce nebo slepice, a na druhé, možná třetí místo se propadne myšlenka, že vraždit a zabíjet se nemá. Na mé oblíbené stanici Vltava v podvečer bude další díl čtení z knihy o tom, jak v padesátých letech utíkali bratři Mašínové do Západního Berlína. To v této souvislosti promyslím až později, v každém případě Gazu neotvírám.

V Poslanecké sněmovně pokračuje dlouhá debata v rámci opět předem prohraného pokusu odvolat vládu. Demokracie je nákladná věc, to je známo, my nejsme chudý stát, můžeme si dovolit za naše peníze nechat povídat zákonodárce až do dvou do rána. Když jenom mluví s nulovým výsledkem, to zas tolik nevádí. Aby bylo poslancům teplo a viděli na sebe, není tak drahé. Na rozdíl od některých rozhodnutí. No, mohlo by se ušetřit na elektřině pro mikrofony, měl by říct řádný hospodář. Je tady sice určitý potenciál k obveselení, ale rozhodnu se tento odkaz také neotvírat, protože mé oko zavádí o řádek níže, kde je fotografie prezidenta, který přišel podpořit dalšího svého kandidáta na ústavního soudce do Senátu.

Protože senátoři některé své námítky vůči panu Simonovi zveřejnili již dříve, tady cítím naopak velkou šanci na zvednutí nálady. Tak otvírám a nevěřím svým očím, oni to opravdu mysleli vážně. Přestávám

cítit svou čerstvou ránu, opakovaně si pročítám text a mé tělo začíná o překot regenerovat. Chce se mi skákat na posteli a hurónsky se smát, jak to dělal Šťastný Jim. Ne, tohle ještě nemůžu, tak prosím Jaroslave Hašku, duchu, odhrň poklop své hrobky a raduj se za mě, dej ale pozor, ať z toho zase není vichřice s polomy, ti milí obyvatelé Vysočiny by si to nezasloužili. Tak především, jedna z rozhodujících námitek je, že soudce Simon je ve svém volném čase lektorem jógy, kterou učí spolu se svou manželkou, ve společné firmě. Tato podivná činnost a její podezřelá propagace se přeci nehodí do obrazu seriózního soudce Ústavního soudu! Okamžitě přede mnou ožívají postavy z jedné ruské gubernie, ano, pan soudce je otlý proplešatělý muž, který si stále otírá věčně upocený zátylek bělavým kapesníčkem, na němž je zlatě vyšitý imperiální monogram. A paní soudcová dostává pravidelně záchvaty choleríny, třeba když se na jí pořádaný večírek dostaví milovaná neteř, ovšem v doprovodu dosud neznámého muže, s nímž se nechala tajně zasnoubit.

Moje nálada ale stoupá až do závratných výšin, když zjišťuji, čím dalším se v očích senátorů provínil ubohý soudce Simon. Dovolil si totiž nenapsat na propagační materiál jógové firmy, zřejmě na webové stránky, svůj plný titul JUDr. nýbrž jen Dr. A to je matoucí a zavádějící. To kandidát na soudce Ústavního soudu nesmí dělat, mást, a ještě takovým podlým způsobem. Co kdyby si třeba někdo myslel, že je lékař, tedy MUDr.? Mohl by se tak prý cítit být do kurzu jógy za pár set korun vlákán s představou nějakých přídatných lékařských služeb. Senátoři prostě usoudili, že mezi podnikajícími lékaři mohou být takoví blbci, kteří by svůj plný titul do propagace cvičení

s léčivými účinky nenapsali a zkrátili by ho jen na Dr. Opájím se představou možná několikahodinové diskuse na toto téma v Senátu PČR, možná nebudu na noc vyžadovat ani ten opiát.

Ale pozor, náhle jsem se začal cítit také zaváděný, možná cíleně matený. No jistě, čeho byl vlastně doktor druhý československý prezident Dr. Edvard Beneš? Vlastně mě to dávno zajímalo, ale nikdy jsem se na to pořádně nepodíval, byly jiné starosti, ale teď se začínám cítit nejistý. Narozdíl od T. G. Masaryka na svém titulu lpěl a rád ho všude uváděl. Nejspíš k němu dospěl ještě za rakousko-uherského mocnářství a to umělo krásné tituly, tak ho musel zkrátit, většinu těch titulů máme totiž dodnes. Kolegové například ve Velké Británii a USA na to vždy hledí s úžasem a úctou, něco jako když vidíte nádherně zrekonstruovaný veterán z počátku 20. století, ale jezdit jím každý den do práce byste nechtěli. Obliba titulování v naší českoněmecké kotlince je ale jiná kapitola, tak jak je to s tím Benešem?

V mnoha našich městech jsou náměstí, ulice, nábreží Dr. Edvarda Beneše a já nevím, čeho byl doktor. Moje znejistění a zavedení na scesti je na svém vrcholu. Tipuju právníka, dávalo by to smysl, vzhledem k tomu, jakou roli sehrál v dějinách naší země. Stačí samozřejmě dvě kliknutí a mám všechny informace. A vida, tak jsem se netrefil, on to byl doktor filozofie, tedy PhDr., stejně jako TGM, i profesor byl jako on. Cítím, že jsem byl asi opravdu maten, protože pro dvě fatální rozhodnutí filozofa v roce 1938 a 1948 mám teď tak nějak více pochopení. Tedy, pro to druhé méně. TGM byl také filozof, ale na své tituly si nepotrpěl. Možná od doby, kdy se plazil pod střelbou

moskevskými ulicemi za bolševické revoluce, aby se dostal ke svým legiím a vyvedl je směr Sibiř a tím je zachránil. Ne, není filozof jako filozof. Jenomže při hlubším pátrání ve zdrojích zjišťuju ještě další podezřelou okolnost. Vlastním jménem byl Beneš původně Eduard a změnil si je na Edvard až mnohem později. Nemám nakonec upozornit Senát na tuto podezřelou diskrepanci? Co kdyby na to přišel šikovný německý nebo jiný právník nebo za chvíli umělá inteligence a snažili by se zneplatnit třeba Benešovy dekrety? Kdo je vlastně podepsal, Eduard nebo Edvard? A byl to opravdu on? Moje nejistota mě ale nijak netrápí, nechávám se v ní houpat jako v loďce, cítím, jak díky tomu postupně odchází bolest v jizvě po operaci, horizont událostí se vzdaluje. Mám dobrou náladu a vracím se k milým Běsům. Stavrogin tedy souboj přežil, ale jakou skopičinu hodlá mladý Verchovenskij provést gubernátorovi?

Prof. Tomáš Kozák je dlouholetý přednosta Hematologické kliniky 3. LF UK a rovněž spisovatel a básník.

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 3, listopad 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>

