

VITA NOSTRA REVUE

STUDENTSKÁ VĚDECKÁ KONFERENCE – ROZHOVOR S MUDR. KLÁROU BERNÁŠKOVOU – ROZHOVOR
S DOC. LUDMILOU BRUNEROVOU – ROK HYBRIDNĚ STUDENTEM NA HARVARD MEDICAL SCHOOL –
DOBŘÁ PALIATIVNÍ PÉČE MŮŽE BÝT ODPOVĚDÍ NA OTÁZKY EUTANAZIE – JAK NÁM INFORMOVANÝ
SOUHLAS ZMUTOVAL – MEDICÍNSKÉ ZLOČINY V DOBĚ NACIONÁLNÍHO SOCIALISMU – NADĚJÍ
PRO UKRAJINSKÉ VÁLEČNÉ UPRCHLÍKY JE PSYCHEDELIKY ASISTOVANÁ TERAPIE

EDITORIAL 2

FACULTAS NOSTRA

Studentská vědecká konference 2024 – tradice i novinky
(Romana Šlamberová) 4

„Aha, tak to teda je!“ zní lépe než aplaus v divadle
(Jolana Boháčková) 11

Mezinárodní workshop věnovaný neurorehabilitaci
(Kamila Řasová) 15

Interna mě stále baví v celém svém rozsahu
(Monika Arenbergerová) 22

Rok hybridně postgraduálním studentem na Harvard Medical
School (David Lauer) 26

Ceny Bolzanova a Weignerova pro vynikající studenty putovaly
na 3. lékařskou fakultu 30

Cena Josefa Hlávky MUDr. Martině Horákové 32

Pochod Z Trojky na Petřín k oslavě Mezinárodního dne sester
(Samuel Fuchsík) 33

Requiescat in pace Milan – Vzpomínka na Milana Kmenta
(Petr Widimský) 35

Docent Milan Kment byl tmelem kliniky i celé fakulty
(Michal Anděl) 37

Vzpomínka na doktorku Hanu Janečkovou (Hana Svobodová) . . 40

Vzpomínka na docentku Valerii Bríd O’Leary (Marie Černá) . . . 41

MEDICÍNA

Dobrá paliativní péče může být odpovědí na otázky eutanazie
(Jolana Boháčková) 45

Jak nám informovaný souhlas zmučoval (Jana Šeblová) 52

Rodina na kolotoči – o přenosu domácího násilí z generace na
generaci (Jolana Boháčková) 55

Medicínské zločiny v době nacionálního socialismu
(Jana Fixová) 58

Nadějí pro ukrajinské válečné veterány je psychedeliky asistovaná
terapie. Česko je na špici oboru (Tomáš Kolder, Jolana
Boháčková) 60

Slaďování profesní dráhy s rodičovstvím ovlivňuje u lékařů a
lékařek volbu specializace (Barbora Decker) 64

První výsledky průzkumu CZECHSEX: frekvence sexuálních aktivit
Čechů klesá, seznamování se více přesouvá na internet
(Jan Červenka) 66

U neheterosexuálních lidí se v Česku výrazně častěji vyskytují
duševní poruchy a sebevražedné myšlenky (Jan Červenka) . . 70

„Přírodně léčivý horor“ nobelistky Olgy Tokarczukové se vrací
do předválečných let, kdy horská sanatoria obývali nemocní
tuberkulózou (Jolana Boháčková) 72

Osud lotyšského národa ilustruje příběh tří generací žen
(Jolana Boháčková) 73

TEXT

Když za nás Bůh netahá kaštiny z ohně
(Marek Orko Vácha, Renata Kalenská) 75

ORBIS PICTUS

Oslava života 2027-1959. Žádný pocit netrvá věčně.
No feeling is final. (Kristýna Mikulková) 85

POST SCRIPTUM

Po i předvolební přemítání (Jaroslav Veis) 94

Vážené paní kolegyně, páni kolegové, studentky a studenti, vážení příznivci a čtenáři našeho časopisu,

již několikrát jsem se snažil zahájit úvodník tím, že oznámím, že se bestiální a zlá válka chýlí ke konci. Neděje se tak. Stav je velmi špatný a kromě problému Ukrajiny se rozhořel také problém Palestiny a Izraele a aktivizují se další nejrůznější extremistická hnutí po celém světě. Starověcí Římané měli heslo: Ex oriente lux, ex oriente pax. (Z východu přichází světlo a mír.) To je nyní hluboká nepravda a nám nezbývá, než se v tomto rozhádaném světě nějak pohybovat, abychom si zachovali čisté svědomí a společnostem, ve kterých žijeme, přinesli něco dobrého.

S tím souvisí i péče o vlastní zdraví. Máme nejlepší kardiologickou péči na světě, enormně se snížila úmrtnost na infarkt, ale naše kardiologické ambulance a pracoviště se stále plní novými a novými pacienty s problémy, které si častokrát zapříčiníme sami svým životním stylem. Kouříme, pijeme alkohol, málo se pohybujeme a špatně se stravujeme. Významným lékem na mnoho chorob, které moderní civilizace postihují, je pohyb. Psychiatrické výzkumné práce ukázaly, že má významnou úlohu i při léčení závažných duševních chorob. Vzpomínám na doby, kdy v Central Parku v New Yorku všichni běhali, ale ohromně stouplo onemocnění dolních končetin a kloubů. Nemusí tedy všichni nutně běhat, i přirozená chůze je žádoucí. Každopádně s pohybem bychom měli začít už v dětství a pokračovat až do pozdního stáří. Měl by být součástí našich denních programů.

Vždy mě těší jakákoli pohybová aktivita našich studentů, kteří o tom píší ve všech vydáních Vita Nostra Revue. Jsem rovněž velmi rád za všechny jejich studijní, vědecké i mimoškolní úspěchy a ocenění. Za stěžejní považuji sbírání zkušeností v zahraničí, obzvláště na prestižních školách, proto mě velmi potěšil článek našeho studenta Davida Lauera, který měl možnost studovat na Harvard Medical School v Bostonu, jedné z nejlepších lékařských škol v USA. Tuto školu jsem kdysi navštívil jako předseda České lékařské akademie spolu se známým plastickým chirurgem Bohdanem Pomahačem. Byl to neobyčejně přínosný pracovní i osobní zážitek.

V tomto vydání Vita Nostra Revue mě potěšilo i několik literárních poznámek a velice tuto iniciativu vítám. Do budoucna bychom rádi přinášeli tipy a komentáře k beletristickým knihám, které se dotýkají tématu medicíny. Nutno dodat, že lékařky a lékaři historicky patřili k aktivním a mnohdy špičkovým umělcům – muzikantům, spisovatelům, básníkům, sochařům či malířům.

Dotýkáme se také tématu eutanázie, která je v některých státech povolena. Slyšel jsem mnoho divokých rozhovorů a diskuzí o eutanázii mezi právníky a lékaři. Kdo by měl být vlastně zodpovědný za takovýto konec člověka? Jedna osoba, kolektiv zdravotníků v nemocnici, kolektiv lékařů a právníků?

Potěšilo mě, že se v rozhovoru vedeném prof. Arenbergerovou podělila o své životní zkušenosti lékařka a vědkyně docentka Brunerová. Vzpomínám si, jak ješ-



tě jako studentka u komplexních zkoušek v novém kurikulu 3. lékařské fakulty předvedla výkon, který patří dodnes k tomu nejlepšímu, co jsem za svou učitelskou kariéru zkoušel.

Kromě celoživotního pohybu by se člověk měl také celoživotně vzdělávat, všimnout si svého okolí, dělat poku-

sy a naučit se výborně anglicky (a libovolný počet jazyků k tomu). Přeji krásný podzim plný pohybu a poznání!

prof. MUDr. Richard Rokyta, DrSc.
předseda redakční rady Vita Nostra Revue



Studentská vědecká konference 2024 – tradice i novinky

Romana Šlamberová

Již 16. ročník Studentské vědecké konference ve své reformované podobě se konal 21. května na půdě 3. lékařské fakulty. Po úvodním slovu děkana prof. Petra Widimského zazpívaly fakultní sbory *A Patella* a *Clavicula*. Úvodní čestnou přednášku měla **prof. Zuzana Mořovská** z Kardiologické kliniky 3. LF UK a FNKV, držitelka nejprestižnějšího českého vědeckého ocenění Česká hlava (někdy také česká nobelovka), kterou získala jako první žena v historii. Její přednáška

s názvem *Co bych Vám chtěla předat? Inspiraci*, ve které zavzpomínala na své vědecké začátky, měla velký úspěch. Jako druhého přednášejícího si každoročně zveme čerstvě jmenovaného docenta, nebo profesora naší fakulty – letos jím byl **prof. Robert Rusina**, přednosta Neurologické kliniky 3. LF UK a FTN. I jeho přednáška s názvem *Řeč a její poruchy* vyvolala velký zájem a jeho poutavý přednes sklidil velký potlesk.

Novinkou letošní SVK byl doprovodný workshop zaměřený na popularizaci studentské vědy, o čemž vypovídá i jeho název *Jak dělat vědu?* Postgraduální studenti MUDr. David Lauer a MUDr. Tomáš Sychra účastníky informovali o možnostech, jak dělat vědu na naší fakultě. Online hosty workshopu byli naši absolventi – MUDr. Karel Kieslich, který je v současné době na University College London, a MUDr. Vasil Kostin z Harvardu a Oxfordu. Promluvili o svých zahraničních zkušenostech. Workshop byl rozdělen na tři části. První byla určena pregraduálním studentům českého kurikula, druhá studentům anglického kurikula a třetí pro zájemce o postgraduální studium a doktorandy. Workshop, který běžel paralelně s přednáškami a postery v Jelínkově posluchárně, měl vysokou návštěvnost a nechyběla živá diskuse. Studenti rovněž ocenili a plně využili i již tradiční doprovodný program konference – praktický nácvik chirurgického klasického i laparoskopického šití.

Stejně jako v předchozích letech měli všichni účastníci konference možnost vznášet dotazy k jednotlivým prezentovaným příspěvkům nejen prezenčně na místě, ale také online pomocí elektronické aplikace. V aplikaci bylo možno též hlasovat v anketě Cena diváka.

Jako každoročně měla konference svou přednáškovou a posterovou část a byla rozdělena do čtyř sekcí: teoretické, klinické, nelékařské a postgraduální. Celkový počet prezentací byl letos 61.

Prezentující studenti byli hodnoceni tříčlennými komisemi podle předem definovaných kritérií body od jednoho do deseti, přičemž číselná hodnota 1 znamenala nejhorší a 10 nejlepší ohodnocení. Maximální počet bodů od jednoho hodnotitele činil 30. Na základě sečtení bodů všech členů komise bylo stanoveno pořadí pro každou sekci zvlášť.

Vzhledem k nižšímu počtu prezentací v některých sekcích jsme snížili počet oceněných v daných sekcích jen na dvě místa. První místo bylo spojeno s oceněním 10 tisíc korun, druhé místo 5 tisíc korun a třetí místo 2 tisíce korun. Navíc cenu v hodnotě 10 tisíc korun udělil také pan děkan. Kromě finančního ocenění obdrželi vítězové také věcné dary: odborné knihy laskavě poskytnuté společností Grada, propagační materiály evropské univerzitní aliance 4EU+ i naší fakulty a další. Méně formální ocenění představuje tradičně Cena diváka, o níž letos rozhodovalo hlasování v prostředí webové aplikace svk.trimed.cz.

Finanční ocenění i zajištění celé konference bylo podpořeno z projektu Specifického výzkumu 260649/SVV/2024. Těto podpory si velmi vážíme, neboť i ona napomáhá zajištění dlouhodobě vysokého standardu konference.

Výsledky

Výherci obdrželi svá ocenění z rukou pana děkana ve Vinohradském pivovaru za hojně účasti všech soutěžících. Po celý večer nám hrála cimbálová kapela Mužička, jejímž zástupcem je náš absolvent MUDr. Martin Pavelka.

Závěrem mi dovoluje poblahopřát nejen všem vítězům, ale i všem soutěžícím za jejich velmi kvalitní vědeckou práci. Rovněž bych chtěla poděkovat všem členům komisí za jejich čas strávený hodnocením příspěvků i za jejich objektivitu, ale hlavně všem školitelům za jejich celoroční úsilí při vedení studentských vědeckých témat. A v neposlední řadě děkuji celému organizačnímu týmu studentů v čele v Janem Kropáčkem.

Umístění na předních místech

Teoretická sekce

Přednášky

- 1. Mathias Lerner, Edvin Konikov, et al.**
Changes in behavior after chronic constriction injury in rats and treatment with clonidine
(školitel: doc. MVDr. Šimon Vaculín, Ph.D.)
- 2. Tomáš Pelikán**
Renální tubuloidy: reprezentativní model nebo začátek dlouhé cesty?
(školitel: doc. RNDr. Petr Heneberg, Ph.D., prof. MUDr. Roman Zachoval, Ph.D., MUDr. Viktória Filipková)

Nelékařská sekce

Přednášky

- 1. Ela Škorňová**
Vliv histaminové intolerance na kvalitu života
(školitelka: Mgr. Dana Hrnčřová, Ph.D.)
- 2. Tereza Štanclová**
Orální zdraví u pacientů s psoriasis vulgaris
(školitelka: MUDr. Wanda Urbanová, Ph.D.)

Postery

- 1. Lucie Rousová**
Srovnání vlivu pravidelné fyzioterapeutické intervence dle metody Ludmily Mojžíšové a individuálního domácího cvičení dle metody Roswithy Brunkow na aktivitu svalů pánevního dna u žen po prvním porodu: randomizovaná experimentální studie
(školitelka: Mgr. Nikol Budská)
- 2. Sára Kučíková**
Druhy nápojů podle oblíbenosti v náhodně vybraných mateřských školách
(školitelka: MUDr. Tomáš Hlaďo)

Klinická sekce

Přednášky

- 1. Šimon Benjamin Špányi, Marek Neuberg, et al.**
Clinical characteristics and in-hospital mortality of patients with myocardial infarction and multivessel disease with chronic total occlusion: a single-center registry propensity score matching analysis
(školitel: prof. MUDr. Petr Toušek Ph.D., MUDr. Dávid Bauer)
- 2. Amálie Dostalíková**
Možné deficity paměti a prokrvení na SPECT mozku již ve středním věku u potomků od pacientů s demencí
(školitel: prof. MUDr. Aleš Bartoš, Ph.D.)
- 3. Adéla Haňurová**
Porovnání efektu pasivního visu a komprese posilovacích kroužků na sílu stisku, posturální funkce a rozsahy pohybů u zdravé aktivní populace: randomizovaná experimentální studie
(školitel: Mgr. František Čejka)

Postery

- 1. Polyna Themistocleous et al.**
Current status of sentinel lymph node mapping in the management of cervical cancer
(školitel: prof. MUDr. Michael Halaška, Ph.D.)
- 2. Andrej Jasovský, Richard Wagner, Alba Mireya de Haan Sánchez**
Aberrant left hepatic arteries in gastric surgery - prevalence and management
(školitel: MUDr. Adam Whitley)
- 3. Lucie Peterková**
NGS data analysis in patients with haematological malignancies
(školitelka: doc. RNDr. Markéta Kalinová, Ph.D.)

Postgraduální sekce

Přednášky

1. MUDr. Dushan Michael Kolesár

Sex-linked differences in cardiac atrophy after mechanical unloading induced by heterotopic heart transplantation

(školitel: prof. MUDr. Ivan Netuka, Ph.D.)

2. Mgr. Miloslav Zloh

Visual stimulation supports retrograde transport of BDNF from the brain to the retina in healthy and uveitic mice

(školitelka: PharmDr. Andrea Štofková, Ph.D.)

Postery

1. Mgr. Karolína Zuzánková, et al.

Cognitive flexibility training in virtual environment for patients with obsessive compulsive disorder

(školitelky: MUDr. Pavla Stopková, Ph.D., Mgr. et Mgr. Iveta Hocko Fajnerová, Ph.D.)

2. Mark Dobrovolskii, M.Sc.

Understanding the structural consequences of NMDA receptor mutations using single-molecule FRET

(školitel: prof. MUDr. Ladislav Vyklický, DrSc.)



Cena děkana

Šimon Jeřábek, Ondřej Burle

Porovnání výskytu avaskulární nekrózy hlavice femuru v době před a v průběhu pandemie COVID-19

(školitelé: prof. MUDr. Valér Džupa, CSc., MUDr. Martin Salášek Ph.D.)

Cena diváka

Lucie Peterková

NGS data analysis in patients with haematological malignancies

(školitelka: doc. RNDr. Markéta Kalinová, Ph.D.)







Členové odborných komisí

Teoretická sekce přednášky

doc. MUDr. Miroslav Franěk, Ph.D.

RNDr. Jana Faulknerová Matejčková, Ph.D.

prof. RNDr. Ing. Petr Tůma, Ph.D.

Klinická sekce přednášky

prof. RNDr. Ilona Hromadníková, Ph.D.

prof. MUDr. Tomáš Kozák, Ph.D.

prof. MUDr. Ivana Štětkařová, Ph.D.

Klinická sekce posterů

doc. MUDr. Ludmila Brunerová, Ph.D.

prof. MUDr. Jiří Horáček, Ph.D.

MUDr. Jan Hrudka, Ph.D.

Postgraduální sekce přednášky

prof. MUDr. Pavel Kraml, Ph.D.

prof. MUDr. Radoslav Matěj, Ph.D.

prof. MUDr. Zuzana Mořovská, Ph.D.

Postgraduální sekce posterů

doc. RNDr. Petr Heneberg, Ph.D.

doc. MUDr. Jan Polák, Ph.D.

doc. MUDr. Jan Trnka, Ph.D.

Nelékařská sekce přednášky

PhDr. Hana Svobodová, Ph.D.

Mgr. et Mgr. Marek Vácha, Ph.D.

doc. RNDr. Anna Yamamotoová, CSc.

Nelékařská sekce posterů

MUDr. Klára Bernášková, CSc.

MUDr. Bc. Jana Mrzílková, Ph.D.

prof. MUDr. Kamila Řasová, Ph.D.

Zastoupení prezentací v sekcích

Přednášky

Pregraduální teoretická sekce – 5

Pregraduální klinická sekce – 10

Postgraduální sekce – 8

Nelékařská sekce – 6

Postery

Pregraduální klinická sekce – 19

Postgraduální sekce – 5

Nelékařská sekce – 8

Rozřazovací komise

MUDr. Josef Fontana, Ph.D.

RNDr. Jana Faulknerová Matejčková, Ph.D.

MUDr. David Lauer

Členové organizačního týmu

Tereza Entlerová, Miroslav Folber, MUDr. Josef Fontana, Ph.D., Ondřej Holčák, Vadim Kablukov, Kamila Kočí, Jan Kropáček, Markéta Lundová, Simona Malaková, Jáchym Okleštěk, Martina Opavová, Zuzana Slavičková, prof. MUDr. Romana Šlamberová, Ph.D., Natálie Vránová, Damián Zverec



„Aha, tak to teda je!“ zní lépe než aplaus v divadle

Jolana Boháčková

MUDr. Klára Bernášková, CSc., působí na 3. lékařské fakultě (se čtyřletou přestávkou na Akademii věd) po celou svou profesní dráhu. Loni k příležitosti kulatých narozenin dostala medaili Za zásluhy v pedagogické a vědecké činnosti v oblasti patofyziologie. Oblíbená je i mezi studenty, kteří velmi kladně hodnotí nejen její způsob výuky, ale i skripta a učebnice. Na výuce má ráda kontakt se studenty a jejich bezprostřední reakce. Povzdech „Aha, tak to teda je!“ je podle dr. Bernáškové lepší než aplaus v divadle.

Proč jste se rozhodla pro studium medicíny? Pochází ze z lékařské rodiny?

Z lékařské rodiny nepocházím. Maminka byla učitelka na základní škole a tatínek profesor na ČVUT. Jsem z rodiny učitelů, a když mi říkala třídní profesorka na gymnáziu, že bych měla jít na pedagogickou fakultu, tak jsem jí sdělila, že v žádném případě. Učitelů je u nás v rodině dost. Příprava na výuku rodičům zabírala spoustu času, který jsme mohli trávit spolu.

Navíc jsem vždycky chtěla studovat medicínu, už když jsem byla malá. Ani nevím, proč. Později jsem četla knížku Michaela Crichtona *Kmen Andromeda* a ta mě v mém přesvědčení utvrdila. Medicína a nic jiného. A pokud možno obor praktický (tenkrát obvodní) lékař. Ale doma jsem si to musela opravdu vybrečet.

Kudy vedla vaše cesta na 3. LF UK a konkrétně na Ústav patofyziologie, respektive dříve na Ústav fyziologie a patologické fyziologie?

Studovala jsem na Fakultě všeobecného lékařství, dnes 1. lékařská fakulta UK. Když jsem skončila, chtěla jsem se věnovat neurologii, protože jsem od druhého ročníku pracovala jako „pomvěd“ (pomocná vědecká síla) u pana profesora Pavla Mareše, který se zabýval experimentální epilepsií v nezralém mozku. Měla jsem ale nemocné rodiče, takže jsem musela zůstat v Praze, a v Praze místo na neurologii nebylo. Pan prof. Mareš mi proto domluvil, že bych mohla rok pracovat na Ústavu fyziologie tehdejší Lékařské fakulty hygienické, jejímž vedoucím byl profesor Richard Rokyta.

A tím to všechno začalo. Musela jsem učit a zjistila jsem, že mě to opravdu baví. A tak jsem zůstala. Později jsem odešla do Akademie věd, abych se víc věnovala vědě, ale touha po učení mě po čtyřech letech přivedla

zpátky, tentokrát na oddělení patologické fyziologie. Kromě zmíněných čtyř let nevěry s Akademií vlastně pracuji na 3. lékařské fakultě celý život, a to jsem i po ta čtyři léta měla na fakultě malý úvazek.

Ve výběru vaší specializace tedy hrála roli tak trochu shoda okolností?

Pro specializaci jsem se nerozhodovala, rozhodla ze mě náhoda. Také potřeba zůstat v Praze kvůli rodičům a chápající manžel, kterému nevadil můj mizivý finanční příspěvek do domácího rozpočtu.

Získala jste několikrát Syllabovu křidu pro oblíbené učitele. Máte nejraději výuku?

To není úplně pravda, i když to tak možná vypadá, ale mnohokrát jsem litovala, že nemám druhé já, které by se věnovalo jen vědě. Nebo že neexistuje možnost dva roky jen učit a dva roky se věnovat jen vědě. Obojí dohromady dělat opravdu dobře nejde. Navíc, výuka se v určitém rozsahu dá dělat individuálně, ale věda je na současné úrovni kolektivní týmová práce.

Vzpomínám na svého otce profesora ČVUT, který učil jeden úzký obor a v něm vykonával výzkumnou, odbornou a posudkovou činnost. Připravené přednášky a semináře se mu během let vzhledem k jasně definovanému úzkému oboru a pomalému nárůstu nových informací příliš neměnily, ale i tak byla jeho příprava na výuku časově značně náročná. Oba rodiče a mnozí starší kolegové mne naučili, že výuka a příprava na ni dají opravdu hodně práce. Člověk musí načíst spoustu informací, udělat si na věci svůj názor, porozumět jim a naučit se je předávat. A to není zvláště u tak komplexního oboru, jako je patologická fyziologie, jednoduché. Pokrývá obecnou patofyziologii i patofyziologii systémů.

mů a orgánů a všechno je to velmi úzce provázané. A výuky bylo vždycky hodně: v nejnáročnějších obdobích jsem učila mnohokrát týdně několik různých témat pro mediky i bakaláře, česky i anglicky. Na vědu mi vlastně nezbyl čas.

Nicméně na výuce se mi líbí, že pokud se povede, je reakce studentů okamžitá – hned aktivně reagují na dotazy nebo se sami ptají. Povzdech „Aha, tak to teda je!“ je lepší než aplaus v divadle. V duchu staré zásady *Docendo discimus* také vždycky ráda se studenty konzultuji, protože od nich získávám jiný pohled na problém, lépe porozumím jejich myšlení a při jejich úspěchu mám vždycky velkou radost z výsledku.

Stále se dívím, jak mne výuka a věda vtáhly Zatoužila jste někdy po práci na klinice?

Po práci na klinice toužím dodnes, určitě by mě to hrozně bavilo a možná by mi to pomohlo i při výuce. Občas se stydím, když něco vysvětluji a přitom mám všechno jen vyčtené z knih a odborných článků. Pokud ale jde o výuku a práci na klinice, tak je určitě nesmírně obtížné skloubit velké množství práce klinika s potřebou času ke zvládnutí výuky a zvláště patofyziologie. Bylo by hezké doplňovat výuku kazuistikami z vlastní praxe a případně ji oživit nějakými historkami. Velkým přínosem je pro mne společné zkoušení s patologií a bylo i společné zkoušení s kliniky (modul 2C), kdy jsem se alespoň zběžně seznámila s aktuální problematikou dalších oborů.

Stále se dívím, jak mne výuka a věda vtáhly a zapoměla jsem, že jsem původně chtěla být praktická lékařka, mít kontakt s lidmi a pomáhat jim. Nakonec, učit teoretický předmět je také pomoc lidem.

Vzpomínáte na nějaké starší kolegy a pedagogy?

Setkala jsem se s celou řadou skvělých lidí a spoustu skvělých lidí jsem učila. Kdybych měla vybrat jen nepatrný zlomek, zmínila bych například naši vyučující fyziologie na Fakultě všeobecného lékařství paní docentku Danu Marešovou. Velmi svérázně nám studentům vysvětlila, že je zbytečné učit se z paměti, když si můžu spoustu věcí odvodit. A to je věc, která mě tenkrát nadchla a používám ji celý život. Také mi nedá nevzpomenout na mého dlouholetého šéfa pana docenta Jana Mareše, který nás podřízené nenásilně vedl k samostatnosti a zodpovědnosti, zvláště v době bouřlivých let přestavby kurikula.

V čem to bylo bouřlivé?

Bouřlivá léta byla léta změn. Patofyziologie je preklinický, ale přesto ještě teoretický obor, který se během přestavby kurikula několikrát měnil. Když jsem na patofyziologii nastoupila, učili jsme obecnou i speciální patofyziologii a také se tak zkoušela. Později se předmět spojil s patologií, dokonce byly společné přednášky a také se jako celek společně zkoušel. Poté přišlo období modulu 2C, kdy se zkoušela patofyziologie s patologií společně s mnoha klinickými obory na kazuistikách. Změna kurikula vedla k výuce obecné patofyziologie s tím, že se speciální patofyziologie učila ve čtvrtém ročníku jako jednotlivé vstupy do klinických oborů podle problémových okruhů (kurz Bolesti na hrudi, Otoky a podobně). Poté nastoupily současné kurzy jako NURG (nefrologie, urologie, revmatologie a geriatrie), DEGHAS (diabetologie, endokrinologie, gastroenterologie a břišní chirurgie) a další. Pro patofyziologii to neznamenal jen změnu zkoušení, ale změnu celé koncepce výuky. Výuku jsme pokaždé změnili a ještě, než si nový systém stačil sednout, přišla další změna.

Jste také členkou akademického senátu. Co je podle vás jeho hlavním úkolem?

Akademický senát je důležitý schvalovací a kontrolní orgán. Členové senátu by měli zastupovat akademickou obec, proto by měli naslouchat názorům kolem sebe a podle nich hlasovat pro nebo proti navrhovaným rozhodnutím. V tom mám trochu nevýhodu, protože jsem z detašovaného pracoviště. Nicméně kontroverzní témata, pokud nějaká jsou, bývají na jednání dobře připravena a diskutována předem, takže často stačí jen poslouchat a hlasovat.

Jak vnímáte paritní zastoupení akademiků a studentů?

Paritní zastoupení studentů je v pořádku. Jen si myslím, že byli zvoleni jako silné osobnosti mezi studenty a každý by měl dokázat obhájit svůj názor. Nemělo by se proto stát, že se na něčem domluví a hlasují jako jeden muž. Každý má svůj hlas a je za něj zodpovědný.

Při psaní učebnic je třeba lépe formulovat, třídit a řadit myšlenky

Jste autorkou a spolu s prof. Rokytou editorkou učebnice *Fyziologie a patologická fyziologie*, která vyšla v Gradě. Kniha dokonce získala cenu Jaroslava Jirsy. Také jste autorkou a editorkou opět s prof. Rokytou knihy *Fyziologie (Galén)*. Baví vás psát učebnice?

Mým prvním „literárním“ počinem byla sbírka handoutů, pomocí kterých jsem se původně připravovala na výuku patofyziologie, později je rozdávala při výuce studentům, a kterou pak dali studenti na internet jako „Skripta s medvědem“. Byla studenty ceněná a hodně používaná. Kdykoli jsem se setkala s odkazem studentů na „Skripta s medvědem“, měla jsem pocit dobře vyko-

nané práce. Později jsem byla vyzvána panem profesorem Rokytou ke spolupráci na učebnici *Fyziologie* a pak i *Fyziologie a patologická fyziologie*. Pro potřeby studentů jsem vytvořila internetový text *Homeostáza*, který je k dispozici na serveru Výuka pro učení na zkoušku z našeho předmětu. Rozsáhlejší text i se speciální patofyziologií, jehož součástí je i *Homeostáza*, je k dispozici bakalářům. Původně bylo mým snem napsat učebnici patofyziologie s patologií, tak jak to ve třetím ročníku zkusíme. To už ale asi zůstane jen snem.

Psát učebnice mě baví, je to ale úplně něco jiného než výuka. Je potřeba lépe formulovat, třídit a řadit myšlenky, protože není zpětná kontrola vnímavými studenty, kteří by zvedli ruku a zeptali se – Jak jste to vlastně myslela?

Pracujete aktuálně na nějaké knize?

V současné době pracuji opět s panem profesorem Rokytou jako překladatel a koeditor na překladu 26. vydání Ganongovy učebnice *Review of Medical Physiology*.

Co ráda děláte, když nepracujete?

Když nepracuji, věnuju se svým koníčkům. Nesmírně ráda čtu a v podstatě cokoli – od odborných článků a učebnic přes klasickou literaturu, psychologické a náboženské texty až po sci-fi, detektivky a fantasy. Mým druhým velkým koníčkem je vaření a hlavně pečení. Nejraději peču při nejružnějších příležitostech dorty. Nesmím zapomenout také na cvičení tai-či, ke kterému jsem se dostala úplnou náhodou, a už ho s manželem cvičíme skoro 15 let. A nejnovějším koníčkem jsou vnučata. Zahrát si fotbal se tříletým klukem mě zbaví starostí a stresu, prostě to nemá chybu.



Mezinárodní workshop věnovaný neurorehabilitaci

Kamila Řasová

V polovině května se na 3. lékařské fakultě konal *Blended International Program* věnovaný neurorehabilitaci. Akci organizovala prof. PhDr. Kamila Řasová, Ph.D., z Kliniky rehabilitačního lékařství 3. LF UK a FNKV a zúčastnilo se jí 36 studentů a akademiků z 3. LF UK, Univerzity Kuopio (Finsko), Univerzity Thessaly (Řecko) a Izmir Bakircay University (Turecko).

Akce byla slavnostně zahájena v hotelu Baroko a moderování se ujali Matyáš Mrkous a Adéla Haňurová, studenti třetího ročníku fyzioterapie 3. LF UK. Účastníci se měli možnost seznámit navzájem i s přednášejícími. Studenti rovněž pokřtili svá skriptu *Vyšetření pohybového aparátu*. Večerem provázela úžasná kapela NUDZ.



Odborný program se zaměřoval na problematiku fyzioterapie neurologicky nemocných z různých pohledů. Účastníci měli možnost seznámit se s metodami fyzioterapie využívanými v léčbě neurologicky nemocných, se specifiky léčby různých onemocnění a navštívit specializovaná klinická pracoviště.

V pondělí byl workshop slavnostně zahájen prezentacemi účastníků, ve kterých představili své fakulty, univerzity a země. Následovaly tři odborné přednášky.

Mgr. Markéta Pavlíková, MSc., představila Mezinárodní klasifikaci funkčních schopností, disability a zdraví (ICF), která vychází z biopsychosociálního modelu zdraví a nemoci. Vnímá onemocnění jako situaci, která omezuje funkčnost člověka, a pomáhá identifikovat překážky bránící člověku ve zvládnutí aktivit a interakci s vnějším světem. ICF organizuje zdravotní situaci do základních struktur: funkční schopnost a disability, která zahrnuje tělesné funkce a struktury, aktivity a participace a spolupůsobící faktory (faktory prostředí a osobní).

Mgr. Renáta Tejnská účastníky seznámila s holistickou metodou prováděnou v teplé vodě Watsu®. Terapie

přináší odpočinek, hluboké uvolnění, zklidnění, pocity blaženosti, odevzdání a vděčnosti. Lidé si více uvědomují vlastní tělo, cítí jeho pružnost a svobodu v pohybu, opouští je bolest a napětí. Pocity sounáležitosti a bezpečí připomínají mateřskou lásku. Díky vhodné teplotě vody dochází k regeneraci tělesných tkání, zklidnění a vyčištění mysli.

Dr. Thomas Besios seznámil účastníky s přístupem ve fyzioterapii u dětí s dětskou mozkovou obrnou.

Odpoledne účastníci navštívili Centrum Paraple, které se zaměřuje na pomoc lidem se spinálním postižením. Měli možnost prohlédnout si celé centrum a poznat komplexně propracovaný systém péče, podpory a terapeutického působení profesionálního multidisciplinárního týmu v rámci pobytové sociální rehabilitace.

Léčebné účinky lázní

Úterý účastníci strávili v Karlových Varech. **RNDr. Tomáš Vylita, Ph.D.**, provedl studenty kolonádou a seznámil je s léčebnými účinky termálních pramenů – těch je v Karlových Varech celkem 79 a 13 z nich je využíváno k pitným kúram. Léčí zažívací onemocnění, obezitu, dnu, diabetes mellitus, metabolický syndrom a podobně. Obecně mají pozitivní vliv na metabolismus a imunitu, čímž udržují nebo zlepšují celkový zdravotní stav. Nejznámějším pramenem je Vřídlo, které je také nejteplejší s teplotou okolo 73 °C. Navštívili jsme i jeho podzemí.

Prim. MUDr. Milada Sárová účastníky provedla zdravotnickou částí Luxury Spa & Wellness Hotelu Prezident a seznámila je s principy balneologie a procedurami, které nabízejí (pneumopunktura, suchá uhlíčitá koupel, ultrazvuk, elektroterapie, magnetoterapie, vodoléčba, biostimulační lampa, oxygenoterapie, inhalace a podobně). Všichni byli nadšeni také z krás města,

počasí a sociálního programu v Návštěvnickém centru Becherovka, jehož součástí byla ochutnávka čtyř druhů Becherovky.

Fakultní Thomayerova nemocnice

Ve středu účastníci workshopu nejprve navštívili Kliniku revmatologie a rehabilitace FTN, kterou je provedla vedoucí fyzioterapeutka **Mgr. Jana Hlinovská** – představila jim koncepci unikátního projektu „Komplexní intenzivní rehabilitační program v rámci následné péče lidí po cévní mozkové příhodě“. Ten na klinice funguje již od roku 2016 a postupně je inovován o nové poznatky. V současné době probíhá na klinice randomizovaná kontrolovaná studie, jejímž cílem je ověřit efektivitu různých způsobů komplexního intenzivního rehabilitačního programu, definovat indikátory efektivní rehabilitace, a posunout tak úroveň poznání v možnostech rekonvalescence lidí po cévní mozkové příhodě.

MUDr. Barbora Blahutová a Bc. Anna Herynková účastníky prakticky seznámily se speciálně naprogramovaným virtuálním prostředím pro zlepšení funkce horních končetin u neurologicky nemocných. Virtuální realita je inovativní technologický koncept, který využívá herních mechanismů (systém výzvy a odměny), což umožňuje vyšší koncentraci a motivaci rehabilitovaného k plnění úkolů (cílených na zlepšení poškozené funkce). Díky multifaktoriální stimulaci smyslů a dopaminových center v mozku a díky aktivaci zrcadlových neuronů může virtuální realita efekt fyzioterapie zvyšovat. Ve spolupráci s Katedrou informatiky a výpočetní techniky Fakulty aplikovaných věd v Plzni jsme vyvinuli nový terapeutický přístup, který využívá virtuální prostředí spontánně motivující rehabilitovaného k realizaci pohybu. Zároveň ho navádí, jak má pohyb provést. Jeho kvalitní provedení zajišťuje terapeut fyzioterapeutickými metodami (proprioceptivní neuro-



muskulární stabilizace a motorické programy aktivující terapie), které spadají do kategorie neuroproprioceptivní „facilitace a inhibice“.

Mgr. Aletia Štouračová a Marie Šandová na Gynekologicko-porodnickém oddělení FTN účastníkům ukázaly praktické využití Vojtovy diagnostiky a terapie dle Vojtovy reflexní lokomoce u dětí s centrální koordinační poruchou.

Rehabilitační nemocnice Beroun

V rámci návštěvy Rehabilitační nemocnice Beroun měli účastníci kurzu možnost navštívit Rehabilitační centrum MUDr. Jana Calty a Centrum duševní péče.

Rehabilitačním centrem MUDr. Jana Calty účastníky provedl **Radek Kaša** – mohli vidět ambulantní část, ale i moderně vybavenou tělocvičnu. Na oddělení ergo-

terapie **PhDr. Kristýna Hoidekrová, Ph.D.**, vysvětlila principy robotických systémů využívaných v léčbě neurologicky nemocných a prakticky ukázala, jak se s nimi pracuje.

Systém **HandTutor** využívá rukavice s pozičními a rychlostními senzory, které citlivě zaznamenávají pozici a pohyb jednotlivých prstů a zápěstí. Umožňují tak zpětnou vazbu o nacvičovaném úkolu (rozsahu pohybu, rychlost a přesnost provedení). To zvyšuje motivaci k rehabilitaci a zefektivňuje cvičení jednotlivých kloubů a skupin kloubů ruky a zápěstí.

Gloreha je roboticky asistovaná rukavice, která využívá repetitivních pohybů a prvků observační terapie s cílem obnovy hybnosti, zlepšení čítí, redukci edému a snížení svalového napětí v oblasti ruky. Hlavním cílem aplikace Glorehy je obnovení optimálního dlaňové-



ho a digitálního úchopu – funkce ruky. Klinické výsledky jsou známy především u lidí po získaném poškození mozku. Možné je však i využití u periferních paréz, lidí po spinálním poškození, roztroušené sklerózy, revmatických onemocnění, poruchách prokrvení ruky a podobně.

MYRO® využívá virtuálního herního prostředí se zaměřením na specifické terapeutické cíle. Dotyková plocha reaguje nejen na přímý kontakt horní končetiny, ale je možné použití předmětů z různých materiálů a různých tvarů. Terapii je možné zaměřit na hrubou i jemnou motoriku, koordinaci pohybů, funkční vazbu hlava (oko) ruka, ale i na poruchy kognitivních funkcí, koncentrace, či selektivní pozornosti.

Centrem duševní rehabilitace provedl **MUDr. Pavel Doubek, Ph.D.** Účastníci tak mohli vidět moderně vybavenou kuchyň, místnost vybavenou pro muzikoterapii, bazén či saunu. Upozornil na terapeutické využití světla v celé budově, jehož intenzita se mění dle cirkadiálního rytmu. Velký ohlas měla návštěva speciální místnosti pro fototerapii.

Poté byla zahájena mezinárodní konference s názvem *Možnosti rehabilitace u neurologicky nemocných*, která přinesla příklady a náhledy z praxe, jak lze s pomocí fyzioterapie zlepšit zdravotní stav lidí s chronickými či akutními poruchami nervové soustavy. Řečníci všechny prezentace přednesli v anglickém jazyce s použitím techniky pro simultánní překlad v multifunkčním sále Centra duševní rehabilitace. Konferenci zahájila paní primářka **MUDr. Milena Kolářová**.

Prof. PhDr. Kamila Řasová, Ph.D., se v přednášce věnovala aktuálním trendům v neurorehabilitaci lidí s roztroušenou sklerózou, které byly ověřeny v její vědecké práci. Ukázala, že pravidelný, správně indikova-



ný a kontrolovaný aerobní trénink má pozitivní vliv na spiroergometrické parametry, únavu, depresi, kvalitu spánku a kvalitu života. Díky tomu se změnil přístup k lidem s RS – subjektivní příznak únava již není považován za limit zátěže jak v rámci rehabilitace, tak běžných denních aktivit. Dlouhodobě se také zabývá využitím neurofyzilogických poznatků ve fyzioterapii – možností nastartování plastických a adaptačních procesů centrálního nervového systému a ovlivnění psycho-neuro-endokrino-imunitní regulace.

Jako druhá v pořadí vystoupila gerontoložka **Marja Äijö, Ph.D.**, která působí jako hlavní lektorka a garantka studijního programu fyzioterapie na *Savonia University of Applied Sciences* ve finském městě Kuopio. Marja Äijö má za sebou dlouholetý výzkum v oblastech fyzické aktivity u seniorů, kardiovaskulárních onemocnění, prevence pádů či způsobu využívání zdravotnických



služeb. Ve své přednášce předložila cenné poznatky s příklady týkající se potřeby fyzioterapie u lidí, u kterých se vlivem stárnutí projevují různá neurologická onemocnění, jež vedou ke zkvalitnění života.

Bc. Janis Lukáš, Cert. MDT, ve své přednášce představil poznatky ze své odborné praxe fyzioterapeuta. V rehabilitační nemocnici Beroun vyvinul program pro lidi s Parkinsonovou chorobou.

Dále vystoupila **Eija Partanen-Kivinen, MSc.**, která posledních 14 let působí jako odborná asistentka na *Savonia University of Applied Sciences* a vyučuje především ve studijních programech fyzioterapie. Pro posluchače si připravila přednášku o tom, jak je důležitá fyzická aktivita i u neurologicky nemocných.

Dvě poslední přednášky přednesli kolegové z Fakulty zdravotnických věd na řecké *University of Thessaly*. První se představil **doc. Dr. Zacharias Dimitriadis** z katedry fyzioterapie, jenž má za sebou rovněž bohatou vědeckou kariéru. V ní se zejména věnuje bolestem zad a posturálním poruchám. Dále se zabývá manuální terapií, řízením motoriky a vývojem a ověřováním hodnotících nástrojů pro muskuloskeletální a neurologické pacienty. V přednášce se zabýval tím,

jak lze využít odporová cvičení ke zmírnění spasticity u neurologicky nemocných.

Cévní mozkové příhody (CMP) postihují stále mladší ročníky. O rehabilitačních technikách ke zlepšení funkčního stavu u lidí po CMP, promluvil Dr. Thomas Besios. Jeho hlavním oborem je neurologická fyzioterapie u dětí a dospělých. V rámci svého výzkumu se Thomas Besios rovněž věnuje rehabilitaci a léčbě neurologických poruch. Publikoval v řadě vědeckých časopisů a často zasedá ve vědeckých a organizačních výborech a konferencích.

Poslední den zahájen dvěma přednáškami

Prof. MUDr. Marcela Grünerová Lippertová, Ph.D., přednostka Kliniky rehabilitačního lékařství 3. LF UK a FNKV upozornila na to, že většina neurologických onemocnění zanechává dlouhodobé nebo trvalé následky různého rozsahu. Stále stoupá počet lidí s těžkým, dříve smrtelným poškozením mozku, kteří přežijí, ale se závažným funkčním postižením. Z etických a zdravotně politických důvodů je základním požadavkem, aby tito lidé dosáhli po ukončení akutní lékařské péče co nejlepší kvality života a soběstačnosti, a aby znovu našli své mís-

to ve společnosti. Kvalita života pacientů závisí zejména na rychlém zahájení neurorehabilitace, která se provádí kontinuálně: od fáze akutní hospitalizace přes lůžkovou a ambulantní rehabilitaci až k sociálnímu, rodinnému a pracovnímu zařazení. Neurologických deficitů vzniklých následkem mozkového poškození je velké množství a různá je i jejich závažnost – proto vyžadují vysoce individuální a komplexní odborný přístup. Včasná neurorehabilitace by měla začínat již na neurologickém nebo neurochirurgickém oddělení intenzivní péče (ARO, JIP) a být integrovanou součástí terapie. **Mgr. Šárka Špaňhelová** představila metodiku Vojtovy reflexní lokomoce. Tento princip byl vyvinut českým neurologem prof. Václavem Vojtou.

Na závěr studenti prezentovali výsledky své skupinové práce – věnovali se rozdílům mezi zúčastněnými zeměmi z různých pohledů. Program modelovala **Mgr. Michaela Schramlová**, která se věnuje rozdílům ve vzdělávání a klinické práci ve fyzioterapii v Evropě, a představila výsledky mezinárodního dotazníkového šetření. Upozornila na to, že pouze 75 % studentů fyzioterapie hodnotí svou kvalitu života pozitivně, 47 % je spokojeno se svým mentálním zdravím, 65 % ukazuje vyšší míru stresové zátěže a 70,5 % popisuje zhoršenou kvalitu spánku. Minimální pohybovou aktivitu 150 min/týden realizuje pouze 78,9 % studentů, a posilování dvakrát týdně se věnuje 67 %. Studenti dosahujících horších výsledků stresové zátěže/psychického zdraví vykazovali i horší kvalitu spánku a nižší množství pohybové aktivity, signifikantně hůře na tom byly ženy. Nejlépe jsou na tom z pohledu psychického zdraví, pohybové aktivity a kvality spánku studenti z Finska a Kosova, nejhůře naopak studenti z Itálie, Řecka a Portugalska. Bližší informace je možné

najít v její publikaci *Quality of life and quality of education among physiotherapy students in Europe*.

V průběhu týdne nechyběly také různé společenské akce. Čeští studenti pod vedením **Marka Malicha** zorganizovali návštěvu Prahy nebo pitevny na Ústavu anatomie 3. LF UK.



Barrandovo stipendium poprvé pro studentku 3. lékařské fakulty

MUDr. Kateřina Koudelková jako první postgraduální studentka 3. LF UK získala Barrandovo stipendium, díky němuž může odcestovat na výzkumný pobyt do Francie. Barrandův stipendijní program je výměnný program mobility doktorandů mezi Českou republikou a Francií. Jeho cílem je posílit mezinárodní výměnu v oblasti vzdělávání a podpořit vědeckou spolupráci mezi francouzskými a českými výzkumnými týmy.

Gratulujeme!



Interna mě stále baví v celém svém rozsahu

Monika Arenbergerová

Je internistkou se širokým záběrem. Přijala nabídku tehdejšího přednosty II. interní kliniky FNKV, nastoupila, a tedy nepřekvapuje, že se stala diabetoložkou. Dnes se na Vinohradech klade mezi *cukrovka* a *Brunerová* rovnítko. To jí ale nestačilo. V rychlém sledu kromě první atestace a specializované způsobilosti z vnitřního lékařství absolvovala atestaci z diabetologie, endokrinologie a osteologie a nezanevřela tím ani na sportovní medicínu. Ráda učí i publikuje a sbírá za to patřičná ocenění. Začalo to Hlávkou a Syllabovou křídou a pokračovalo cenami České endokrinologické společnosti a České diabetologické společnosti za nejlepší publikaci a monografii roku. Čtěte dál a seznamte se s paní docentkou MUDr. Ludmilou Brunerovou, Ph.D.

Jste absolventkou 3. LF, kde jste promovala v roce 2002 s pochvalou. Byla pro Vás práce ve FNKV jasnou volbou?

V zásadě ano. Během studia jsem upevnila své přesvědčení, že interna, respektive její podobory diabetologie a endokrinologie budou dobrou volbou. Krátce jsem uvažovala i o psychiatrii u prof. Höschla, ale nabídka prof. Anděla na tehdejší II. interní klinice FNKV zvítězila. Ačkoli jsem psychiatrii nakonec nezvolila, musím přiznat, že jsem v oblasti úzkostných a depresivních poruch „nadšeným amatérem“ (tyto poruchy jsou velmi častou komorbiditou u našich pacientů) a účinná pomoc v této oblasti může zásadně ovlivnit i jejich „somatické“ výsledky.

Každý lékař nemá tolik atestací jako vy. Je to dáno tím, že se tyto obory navzájem propojují?

Považuji se za poměrně široce založeného internistu, interna mě stále velmi baví v celém svém rozsahu a aspoň orientačně se snažím držet krok s trendy, i když je to stále těžší. Internou jsem logicky začínala, pak přišla diabetologie a následně endokrinologie (tehdy se jednalo ještě o dva samostatné obory) a na závěr klinická osteologie. Například právě klinická osteologie může být řešena v rámci endokrinologie, byť atestace umožňuje specifickou preskripci (nad rámec specializace endokrinologické) a podobně.

Učíte na 3. LF UK a úspěšně jste zabodovala v soutěži Syllabova křída. Píše se vám s ní dobře a chcete být úspěšnou pedagožkou i v budoucnu?

Úspěchu v Syllabově křídě (byť už téměř spadá do prehistorie) si velmi vážím. Výuku považuji za nedílnou a velmi důležitou součást práce klinika v univerzitním

zařízení. Učím ráda a snažím se učit dobře a smysluplně (doufám, že to podobně vnímají i studenti). Moc mě těší, pokud se mi podaří studenty při výuce zaujmout a zaktivovat. Výuka je pro mne velkou výzvou, interakce se studenty mě „drží ve střehu“ a nutí k neustálým aktualizacím a novým pohledům (které by už třeba klinik rutinér ani nevnímal).

Jak vlastně souvisí inzulinová rezistence s kostmi?

Zrovna otázka vztahu inzulinové rezistence a kostí není úplně jasně dořešena. Je zjevné, že diabetes představuje rizikový faktor fraktur. Zatímco u diabetu 1. typu je patogeneze poměrně zřejmá – absolutní deficit inzulinu jako růstového faktoru, který hraje významnou roli v kostní formaci, u diabetiků 2. typu, u nichž se právě inzulinová rezistence uplatňuje jako klíčový patogenetický mechanismus, jsou však výsledky studií konfliktní.

Je cukrovka stále výzvou nebo už máte účinná řešení pro všechny?

Diabetologii se věnuji lehce přes 20 let a troufám si tvrdit, že diabetologie za tu dobu prošla skutečnou revolucí. V oblasti diabetu 2. typu máme v současné době k dispozici velmi účinné armamentárium „nových“ velmi účinných antidiabetik a hlavně díky prokázané kardio a nefroprotektivě některých z nich jsme skutečně schopni ovlivnit prognózu našich pacientů (pacienti s diabetem 2. typu stále nejčastěji umírají na kardiovaskulární příhody, byť nádory jsou v těsném závěsu). Vzhledem k epidemii obezity (nejen v obecné populaci, ale samozřejmě i mezi diabetiky zvláště 2. typu) roste význam léků s antiobezitickým působením (analoga GLP-1 receptorů, duální receptoroví agonisté). Při je-



jich nasazení časné po záchytu diabetu 2. typu jsme při dosažení významného poklesu hmotnosti schopni docílit i remise diabetu. Roste také význam bariatrické chirurgie.

U diabetiků 1. typu došlo v poslední dekádě k technologické revoluci. Bez systémů kontinuální monitorace glykémie, poskytujících nepřetržitý monitoring glykémie včetně možnosti nastavení alarmů (na nízkou a/ nebo vysokou glykémii) si dnes téměř nedokážeme péči o diabetiky 1. typu představit. Zásadní vývoj prodělaly i inzulinové pumpy – v kombinaci se senzory vytváří hybridní smyčky, schopné (zjednodušeně řečeno) regulovat výdej inzulinu na základě informací o glykémii a citlivosti na inzulin. Pacient do těchto systémů vstupuje zadáváním konzumovaných sacharidů, na něž systém opět na základě informací o sacharidovém poměru (tj. množství sacharidů, které pokryje 1 jednotka inzulinu) doporučí aplikaci bolusu.

I přes zásadní pokroky na poli farmakoterapie a technologií, se nám stále však nedaří u všech pacientů dosáhnout terapeutických cílů, takže prostor pro další výzkum a vývoj v této oblasti je značný.

Kolika pacientům poskytuje vaše centrum zdravotní péči?

V rámci Diabetologického centra se staráme přibližně o 600 pacientů s diabetem 1. typu, diabetiků 2. typu pak významně více. Řešíme také pacienty se specifickými typy diabetu, včetně pacientek s gestačním diabetem. Rozvíjíme také ambulanci po poruchy spánku, které jsou velmi častou komorbiditou pacientů s obezitou i diabetem 2. typu. Významně jsme rozšířili obezitologickou péči v rámci obezitologického centra. Další oblastí, kterou se nám daří rozvíjet, je klinická osteologie. Zahájili jsme provoz denzitometru ve FNKV, poskytujeme péči pacientům dominantně se sekundární osteoporózou a ve spolupráci s Ortopedicko-traumatologickou klinikou a Neurologickou klinikou funguje *Fracture Liaison Service*, tedy program sekundární prevence osteoporotických zlomenin, zaměřený na časnou identifikaci a zahájení léčby osteoporózy u pacientů recentně po nízkotraumatické zlomenině, kteří jsou v následujícím období jednoho až dvou let v tři až pětikrát vyšším riziku další zlomeniny.

Vaše monografie „Diabetes u endokrinopatií – endokrinopatie u diabetu“ byla oceněna cenou České endokrinologické společnosti. Jsou nějaké novinky ve výzkumu diabetu?

Je pro nás velkou ctí, že naše monografie (autoři Brunerová, Urbanová, Brož) získala nejen cenu České endokrinologické společnosti, ale také České diabetologické společnosti za nejlepší monografii. Kniha komplexním způsobem popisuje víceúrovňové vztahy mezi diabetem, který je sice také endokrinopatií, ale historicky v našem zdravotním systému byl řešen izolovaně, a poruchami ostatních žláz s vnitřní sekrecí. Novinek

je jistě celá řada, z těch s praktickým výstupem je určitě vhodné zmínit výzkum na poli gastrointestinálních hormonů, jejichž analoga (stále častěji se bude jednat o double, případně i triple analoga) se ukazují jako velmi účinné v léčbě obezity i diabetu 2. typu. U diabetu 1. typu považují za zásadní rozvoj strategií, kterými by bylo možné rozvoji diabetu 1. typu zabránit (například humanizovaná protilátka anti-CD3 teplizumab).

Pracujete jako lékařka, učíte mediky a zároveň publikujete. Co volný čas?

Značnou část své pracovní doby skutečně věnuji klinické práci a dále práci organizační (vedu Divizi diabetologie a endokrinologie, Diabetologické centrum a aktuálně věnuji značné úsilí zřízení Osteologického centra včetně denzitometrie), dále výuce jak pregraduální, tak postgraduální, vedu postgraduální studenty. Čas strávený s rodinou (mám dvě, stále ještě spíš malé děti) je pro mne prioritou, takže na publikace bohužel zbývají pozdní večery a noci. Ačkoli mě práce velmi baví a mám sklony k workoholismu, dobře se uvědomuji, že je třeba také relaxovat. Sportuji (celoročně běh, sezónně kolo, lyže), ocením dobrou beletrii a pravidelně docházím na koncerty PKF – komorní cyklus. Je-li prostor, velmi ráda cestuji.

Zastáváte významnou pozici v diabetologickém centru. Máte pocit, že moderní medicína nabízí stejné příležitosti mužům i ženám?

Určitě nejsem genderová aktivistka a osobně nemám pocit, že bych neměla rovné příležitosti jako mí mužští kolegové, objektivně (vzhledem k dalším rolím, hlavně v rodině, které žena tradičně zastává, a také možná vzhledem k postojům a prioritám žen) nutno říci, že, ač

jsou ženy schopny dělat stejně dobrou medicínu a vědu jako muži, je pro ženu těžší prosadit se ve vědě či ve vedoucích pozicích. Velmi zajímavý bude další vývoj v této oblasti mimo jiné z důvodu jasné feminizace medicíny.

Vedete jako diabetoložka sladký život?

O tom, jaký člověk vede život, si naštěstí u nás, rozhoduje každý sám. Takže ano, snažím se vést život, jaký mě baví a ve kterém vidím smysl, i když je vždy prostor ke zlepšení.





Rok hybridně postgraduálním studentem na Harvard Medical School

David Lauer

Celkem živě si na to pamatuji. Bylo to někdy uprostřed března loňského roku a vraceli jsme se s manželkou z prodlouženého víkendu z Rakouska. Tehdy jsem něco hledal na webových stránkách fakulty a vykoukla na mě aktualita Referátu pro zahraniční a vnější vztahy – „Harvard Medical School ve spolupráci se Semmelweis University otevírá nové postgraduální distančně-přeznání studium nazývajícím se *Clinical Science Scholars Program* zaměřené na klinickou vědu a UK má v pro-

gramu rezervované jedno místo“. Byla to tehdy souhra mnoha náhod a další měly následovat...

Ještě zhruba půl roku předtím, v průběhu podzimu 2022, jsem absolvoval tříměsíční stáž v *National Institute of Mental Health, Neurology and Neurosurgery (NI-MHNN)* na *Semmelweis University*. Zároveň jsem chtěl vždycky zkusit studium na nějaké americké lékařské fakultě. Navíc jsem tehdy cítil, že v oblasti klinické vědy mám nedostatky, na kterých je potřeba pracovat, ale

do zahraničí jsem dlouhodobě odejít nechtěl. Podobné hybridní studium mi tedy připadalo jako bezvadná kombinace.

Přihlásil jsem se do výběrového řízení na UK, sehnal různé doporučující dopisy a prošel do univerzitního kola. Bohužel mě ale nevybrali. Z UK se mi však nakonec ozvali, že kdybych chtěl, mohu ještě zkusit podat přihlášku do programu standardní cestou (tedy ne na ono rezervované místo pro jednoho nominanta za UK). Rozhodl jsem se tedy, že to zkusím, nebylo moc co ztratit. Myslím, že velkým štěstím nakonec bylo, že den před podáním přihlášky mi dorazil ještě další doporučující dopis od prof. Szikory, významného intervenčního neuroradiologa, který byl jedním z mých mentorů v průběhu mé stáže na NIMHNN. Do programu mě nakonec vybrali a překvapivě jsem navíc obdržel i stipendium od Semmelweis University na uhrazení poloviny školného. No a pak už začala zábava...

Studium bylo zahájeno prezenčním workshopem v Budapešti v průběhu července. Byla to pro mě trochu nostalgie – necelý rok po stáži na NIMHNN jsem cítil, že nějak navazuji na cestu, kterou jsem tu před rokem započal. Netušil jsem tehdy, že cesta nakonec povede až do Bostonu na *Harvard Medical School* (HMS). Na prvním workshopu jsme se seznámili s ostatními studenty a začali jsme teoretickou výukou biostatistiky, epidemiologie, metodologie klinické vědy, ale také týmovými úkoly a lekcemi týmové spolupráce. Dobře si pamatuji, jak jsem poprvé slyšel ostatní studenty živě debatovat s vyučujícími v průběhu prvních přednášek workshopu a říkal jsem si „co tu sakra dělám?“. Mnoho kolegů v programu bylo o hodně zkušenějších než já, nejen že část z nich měla již hotové Ph.D., ale někteří z nich byli i docenty či profesory ve svých oborech. Avšak, jak

to tak bývá, vše má svoje výhody i nevýhody. Postupně jsem zjistil, že jsem měl opravdové štěstí a dostal se do extrémně stimulujícího prostředí a mezi bezvadné lidi, od kterých jsem se toho mohl hodně naučit. Zároveň velkou výhodou programu bylo, že každý si z něj mohl odnést tolik, kolik potřeboval.

Po týdenním workshopu v Budapešti jsme se rozprchlí zpět do svých pracovišť po Evropě a začala dost vydatná distanční část prvního semestru. Kontinuálně jsme museli sledovat přednášky a každý druhý týden složit test k ověření nabytých znalostí. Zároveň probíhaly live webináře, museli jsme pracovat na týmových projektech a scházet se pravidelně v našich týmech. Poté se k tomu pomalu přidala i příprava na pololetní zkoušku a do toho jsme museli prezentovat naše týmové projekty komisím vyučujících. Vlastně celá výuka byla zajištěna pedagogy z Harvardu, Semmelweis Univer-



sity se podílela na programu jako partner především organizačně. Výuka byla opravdu komplexní, týkala se všech aspektů klinické vědy a co oceňuji nejvíce, byla nesmírně praktická. Veškeré teoretické znalosti jsme byli nuceni prakticky aplikovat. V průběhu programu jsme využívali statistický software Stata, který možná není v Evropě tak známý a tolik se s ním nepracuje, ale na Harvardu na něj nedají dopustit. A také jsem brzo pochopil proč – je uživatelsky velmi přívětivý.

Čas letěl a čekal nás druhý workshop. Týkal se trochu více metodologie samotné klinické vědy a i přesto, že byl distanční, byl nesmírně interaktivní. To byla vlastně jedna z věcí, kterou ve mně program celkově zanechal – byl jsem překvapený, jak prakticky a interaktivně se dá zorganizovat program, který je převážně distanční. HMS má organizační stránku výuky velmi dobře zajištěnou. Následně jsme složili pololetní zkoušku a dále se rozdělili na druhý semestr do nových týmů



dle preference svého zájmu, měli jsme na výběr ze tří podoblastí: *Secondary Analysis of Clinical Trials* (kterou jsem si zvolil já), *Genetic epidemiology* a *Cost-effectiveness and health decision making*. Ihned po druhém workshopu začaly přípravy závěrečné práce nazývané jako *Capstone project proposal* – každý z nás musel individuálně navrhnout klinickou studii a vytvořit její kompletní design od samotného nápadu až po detailní plán realizace. Tento úkol byl vlastně tou nejdůležitější součástí celého programu, v rámci které jsme všichni museli opět aplikovat předchozí nabyté teoretické znalosti.

Myslím, že nejen při samotném výběrovém řízení před zahájením programu, ale především i v průběhu studia a speciálně při přípravě mého *capstone projektu* mě provázelo hodně štěstí. Na podzim loňského roku (tehdy ještě v průběhu prvního semestru studia na HMS) jsem byl vyzván k přednášce na menší české jednodenní konferenci týkající se výhradně endovaskulární léčby ischemických cévních mozkových příhod – *Stroke Workshopu*. Byla to pro mě jako pro nováčka v oboru velká pocta a tehdy jsem si připravil problematiku periprocedurálních vazospasmů. Relativně zajímavá debata po mé přednášce ve mně zanechala několik úvah, které jsem poté rozpracoval ve svém *capstone projektu*, přičemž navrhovanou randomizovanou multicentrickou studii jsem nazval *PRONVETIS trial – Prophylactic Nimodipine in preventing Vasospasms during Endovascular Therapy for Ischemic Stroke*. Týkala se srovnání profylaktického a ad-hoc bolusového podávání blokátoru kalciového kanálu nimodipinu při endovaskulární léčbě ischemických cévních mozkových příhod.

Můj projekt byl následně vybrán mezi *top 8* a dále po prvním odprezentování před komisí i mezi *top 3*. Nemo-

hl jsem tomu uvěřit. Pořád jsem si myslel, že je to nějaký omyl. Začínal jsem v lavici v Budapešti mezi profesory a s pocitem, jestli tu nejsem špatně, a teď jsem jim měl prezentovat svoji práci. Navíc my tři vybraní jsme potom měli tu čest a mohli naše projekty prezentovat před všemi přímo na půdě *Harvard Medical School* v rámci posledního workshopu. Trochu se mi to vlastně všechno slévá, byla to taková kontinuální několikadenní euforie a zpětně si občas říkám, jestli to všechno nebyl jenom sen. V té euforii jsem to nějak odpřednášel a povedlo se mi asi i dobře zareagovat na otázky zvědavých profesorů z komise. Nakonec mou práci vybrali jako nejlepší. Tehdy jsem si vzpomněl na svůj oblíbený citát, který vlastně asi celou moji roční cestu programem charakterizoval – je to citát Nelsona Mandely: „It always seems impossible, until it's done.“

Uteklo to jako voda a po necelých dvou týdnech v Bostonu na Harvardu jsme se rozloučili a vrátili se

zpět do svých nemocnic za naší každodenní práci. Až zpětně si uvědomuji, jak velké štěstí jsem měl a jsem nesmírně vděčný panu děkanovi prof. Widimskému a paní prof. Malíkové, kteří mi zajistili (nejen) finanční podporu pro uhrazení zbytku školného. Zároveň děkuji mé Ph.D. školitelce paní prof. Štětkářové za cenné rady. V neposlední řadě jsem vděčný blízkým a hlavně manželce, která to se mnou v průběhu toho roku neměla moc jednoduché a přesto mě pořád podporovala.

Když se přesunu zpět do června 2014, kdy jsem se děl na pohovoru v rámci přijímacího řízení na obor všeobecné lékařství na naší fakultě, nikdy bych netušil, kam až mě to zavede. Jedno je ale jasné, 3. LF mi za těch 10 let stihla splnit tolik snů, že jsem si jistý, že nastoupit na ni bylo jedno z nejlepších rozhodnutí v mém životě. Děkuji Ti moje fakulto!





Ceny Bolzanova a Weignerova pro vynikající studenty putovaly na 3. lékařskou fakultu

Každoročně rektorka UK uděluje ceny pro vynikající absolventy, kteří dosáhli mimořádných výsledků ve vědecké, výzkumné, sportovní nebo kulturní činnosti. Tři z nich se odnesly absolventky 3. lékařské fakulty.

Cenu **prof. MUDr. Karla Weignera** pro nejlepší z lékařských programů obdržela z rukou rektorky **MUDr. Veronika Viktoria Matraszek**, absolventka magisterského studijního programu Všeobecné lékařství. Po celou dobu studia se angažovala v řadě mimoškolních aktivit. Stala se například součástí Koordinačního týmu dobrovolníků 3. LF, který se v době koronavirové pandemie věnoval propojení pomoci ze strany nemocnic a nabídky stran studentů – působila i jako sanitářka a ošetřovatelka na centrálním příjmu interních klinik

FNKV. V roce 2022 se vydala na humanitární misi do Keni, v rámci rozvojového projektu Itibo. Se svou vědeckou prací *Význam protilátek proti kardiolipinu (ACLA)* v těhotenství získala 2. místo v klinické sekci na Studentské konferenci 3. LF. Aktuálně pokračuje v doktorském studijním programu Preventivní medicína a epidemiologie.

Oceněná byla rovněž **Bc. Valentýna Solařová**, absolventka bakalářského studijního programu Specializace ve zdravotnictví, obor Fyzioterapie. Byla vynikající

studentkou a mimoškolními aktivitami reprezentovala UK. Jejími nejceněnějšími sportovními úspěchy jsou titul juniorské mistryně světa 2016 a 4. místo na seniorském mistrovství světa do 23 let v roce 2021 ve veslování. V roce 2022 zvítězila na Akademickém mistrovství Evropy a v roce 2023 reprezentovala ČR na Univerziádě v Číně. Potřetí za sebou také vyhrála pražské Primátor-ky jak za Univerzitu Karlovu v závodě akademických osmiveslic, tak i v hlavním závodě. Kromě studijních a sportovních povinností věnuje svůj čas i juniorským sportovcům nebo lidem s tělesným hendikepem. Nyní studuje navazující magisterský studijní program Aplikovaná fyzioterapie na FTVS.

Bolzanovu cenu v kategorii biomedicínské získala **MUDr. MgA. Pavla Tichá, Ph.D.**, za dizertační práci *Objektivní a subjektivní faktory v hodnocení výsledků rekonstrukce prsu po mastektomii*. Pro pacientky po mastektomii představuje rekonstrukce prsu naději návratu do jejich osobního a společenského života. V posledním desetiletí u nás zaznamenáváme vzestupný trend v počtu úspěšně provedených rekonstrukcí prsu. Rekonstrukce lze dosáhnout celou řadou metod, které se navzájem různí jak indikačními kritérii tak výsledky. Nedílnou součástí hodnocení těchto výsledků by mělo být kromě objektivního zhodnocení klinických dat také subjektivní hodnocení spokojenosti pacientek s výsledkem operace a kvality jejich života formou sebeposuzovacích dotazníků. Cílem práce bylo porovnat časné pooperační a dlouhodobé klinické výsledky a spokojenost a kvalitu života u pacientek s rekonstrukcí implantátem, autologní rekonstrukcí břišním lalokem či kombinovanou rekonstrukcí. (red)



Ceny vlády nadanému studentovi – Vasilu Kostinovi

Členové Rady pro výzkum, vývoj a inovace na svém dubnovém zasedání tajným hlasováním vybrali laureátky a laureáty Ceny vlády nadanému studentovi – letos poprvé ve třech kategoriích.

Podle radních se v letošním roce se sešel vysoký počet kvalitních nominací. Ocenili, že řada mladých lidí má zájem o vědu a někteří se již v době studia věnují výzkumu. Z celkem 47 doručených nominací navrhl členové Rady vládě jmenovat laureáty ceny Terezu Šustrovou, studentku Gymnázia Brno v kategorii student střední a vyšší odborné školy, Vasila Kostina, absolventa 3. lékařské fakulty Univerzity Karlovy v kategorii student v bakalářském nebo magisterském studijním programu, a Markétu Kocmanovou, doktorandku Fakulty sociálních věd Univerzity Karlovy v kategorii student v doktorském studijním programu.

Cena Josefa Hlávky MUDr. Martině Horákové

Cenu Josefa Hlávky převzalo 16. listopadu na zámku v Přesticích dohromady 54 nejlepších studentů, kteří jsou doma na pražských vysokých škol, brněnské technice, nebo patří mezi mladé talentované vědecké pracovníky Akademie věd ČR. K 15 oceněným z Univerzity Karlovy patřila také zástupkyně 3. lékařské fakulty – MUDr. Martina Horáková.

Po celou dobu svého studia je nejen vynikající studentkou (celkový průměr za celou dobu studia 1,27), ale rovněž vyčnívá svou aktivitou a iniciativou ve smyslu schopnosti aplikovat v klinické praxi znalosti získané studiem teoretických a preklinických oborů.



Kromě studia se Martina Horáková úspěšně a pravidelně zapojovala také do studentských aktivit na úrovni naší fakulty i univerzity. Po tři roky se podílela na pořádání Studentské vědecké konference 3. LF UK v pozici hlavní studentské organizátorky. V rámci studentského spolku TRIMED působila Martina Horáková dva roky na pozici místopředsedkyně pro externí vztahy, několik let se také podílela na organizaci Reprezenačního plesu 3. LF UK či úvodního soustředění pro studenty prvních ročníků v Dobronicích.

Na fakultě byla Martina Horáková aktivní členkou Komise pro evaluaci výuky a podílela se také na zpracování podkladů k definici výsledků výuky jednotlivých předmětů jako podkladů k Profilu absolventa. Velmi zásadním způsobem přispěla Martina k aktivitám studentů při koordinaci studentské dobrovolnické pomoci ve zdravotnických zařízeních a zařízeních sociálních služeb v rámci pandemie onemocnění covid-19 – sama pak pracovala od října 2020 do února 2021 jako sanitářka na Klinice anesteziologie a resuscitace 3. LF UK a FNKV.

Po vypuknutí války na Ukrajině pracovala v ošetrovně Zdravotnické záchranné služby hl. m. Prahy na pražském Hlavním nádraží, kde zajišťovala péči pro uprchlíky z Ukrajiny. Společně se svými spolužáky se také v únoru 2022 zasloužila o organizaci sbírky na nákup zdravotnického materiálu, ve které se za pouhých 34 hodin nasbíralo přes 1 milion korun, jenž byl obratem přeměněn v potřebný materiál a odeslán na Ukrajinu. (red)

Pochod Z Trojky na Petřín k oslavě Mezinárodního dne sester

Samuel Fuchsík, student 1. ročníku všeobecného ošetřovatelství

Do Rektorského dne Univerzity Karlovy se zapojila tradičně i 3. lékařská fakulta a jeho součástí byl již třetím rokem také pochod *Z Trojky na Petřín* – startovalo se od 3. lékařské fakulty a cíl byl v zahradách Nemocnice Milosrdných sester sv. Karla Boromejského.

Pochod vznikl u příležitosti Mezinárodního dne sester a je tedy určen zejména pro studenty a studentky oboru všeobecné ošetřovatelství a intenzivní péče. Letos se připojili i studenti z jiných fakult – Pedagogické fakulty, 1. lékařské fakulty, Matematicko-fyzikální fakulty, Fakulty sociálních věd, Fakulty humanitních studií i Filozofické fakulty UK a spolu s nimi i zaměstnanci studijního oddělení a IT oddělení 3. LF a Centra pro přenos poznatků a technologií UK. Pochod dokončili všichni – celkem 86 osob.

Trasa měřila přibližně 12 kilometrů. Prošli jsme 10 parků, o jejichž existenci jsem jako přistěhovalec neměl ani tušení. Počasí nám přálo – celé tři hodiny pochodu jsme si užívali slunečného počasí a nádherných výhledů na Prahu. Na konci cesty nás čekalo občerstvení v podobě výborných špekáčků s chlebem. Po občerstvení a fotodokumenta-

ci nám v aule Nemocnice Milosrdných sester sv. Karla Boromejského hlavní sestra S. M. Norberta Mgr. Dobromila Sukupová krátce představila nemocnici. Všichni zúčastnění byli obdarováni sladkou medailí a hlavně krásným pocitem, že pro sebe něco udělali, poznali jiné části Prahy i kolegy a kolegyně z jiných ročníků a fakult.

Moc děkujeme sestrám Boromejkám za jejich laskavé přijetí a pohostinnost a budeme se těšit na opětovné shledání snad ještě v hojnějším počtu a za stejně příznivého počasí i příští rok.





Učená společnost udělila medaili Cyrilu Höschlovi

Učená společnost České republiky na svém XXX. valném shromáždění 20. května udělila medaile za zásluhy o rozvoj vědy a ceny významným vědcům, intelektuálům, pedagogům a talentovaným SŠ a VŠ studentům. Medaili za zásluhy o rozvoj vědy obdržel profesor Cyril Höschl spolu s matematikem profesorem Jaroslavem Nešetřilem a právníkem, historikem, politologem, publicistou a politikem docentem Petrem Pithartem.

Prof. Cyrila Höschla není třeba dlouze představovat. Kromě toho, že je psychiatr a vysokoškolský pedagog, je také velký popularizátor psychiatrie a vědy a intelektuál ovlivňující veřejnou debatu o řadě důležitých témat. Je zakladatelem a prvním ředitelem (do roku 2021) Národního ústavu duševního zdraví, prvním demokraticky zvoleným děkanem 3. lékařské fakulty a také zakládajícím členem Učené společnosti.



Pamětní medaile od Vědecké rady fakulty

V březnu byly na zasedání Vědecké rady 3. lékařské fakulty uděleny dvě pamětní medaile. Jednu medaili z rukou děkana prof. Widimského a proděkana prof. Džupy převzal prof. Andrej Sukop, přednosta Kliniky plastické chirurgie 3. LF UK a FNKV, za zásluhy při pedagogické a vědecké činnosti pro 3. lékařskou fakultu v oblasti plastické chirurgie. Další medaili obdržela vedoucí studijního oddělení Daniela Lvová za mimořádný přínos k rozvoji 3. lékařské fakulty.

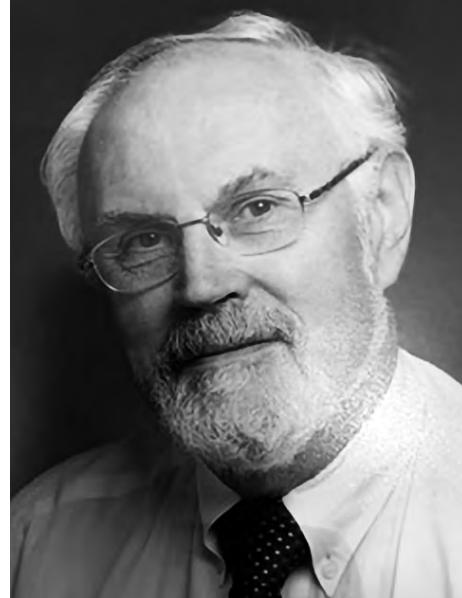
Gratulujeme!

Requiescat in pace Milan

(Vzpomínka na Milana Kmenta)

Dne 12. června překročil práh věčnosti docent Milan Kment, člověk, kterého jsem znal 45 let a nesmírně si ho vážil. Když jsem jako mladý lékař nastoupil na II. interní kliniku Lékařské fakulty hygienické a Fakultní nemocnice Královské Vinohrady, byl mladý asistent (a brzy poté docent) Milan Kment vedoucím gastroenterologického oddělení kliniky. Již v poměrně mladém věku byl velmi respektovaným a vyhledávaným odborníkem ve svém oboru. V době, kdy se to „nenosilo“ (ba naopak), se netajil tím, že je hluboce věřícím člověkem. Měl jsem velké štěstí, že mne přednosta kliniky umístil na lékařský pokoj, na kterém v té době pobýval právě Milan Kment (společně s MUDr. Jiřím Novotným a MUDr. Pavlem Gregorem). Milan (ač o 14 let starší) mi ihned nabídl tykání a „náš lékařský pokoj“ se ve volných chvílích stal místem setkávání řady dalších kolegů. Milan byl motorem nejen odborných diskuzí, ale i mimopracovních debat nebo zábavy. Nikdy nezkazil žádnou legraci, naopak často si různé žertíky nebo i humorné scénky na kolegy vymýšlel. Z celkového pohledu odborného i lidského byl bezesporu duší celé kliniky.

Ohromný respekt si získal v celé nemocnici i na fakultě. To se projevilo v pohnutých měsících koncem roku 1989 a na počátku roku 1990, kdy probíhaly volby do nově vytvořeného Akademického senátu fakulty. Milan dostal nejvíc hlasů a spolu (i s dalšími, zejména doc. Vlastou Rychterovou) jsme se pak podíleli na počátcích práce tohoto prvního akademického samosprávného orgánu.



V dalších letech jsme zůstali kolegy na II. interní klinice a Milan dělal dlouhé roky zástupce přednosta profesora Anděla, s nímž ho rovněž pojily velmi přátelské vztahy. Po celou tu dobu jsme se potkávali při různých příležitostech na fakultě, na klinice i mimo fakultu – například při krásných vánočních koncertech, které Milan pro fakultu organizoval. Vždy jsem si jeho názorů nesmírně vážil, a pokud jsem potřeboval radu či pomoc v oboru gastroenterologie, věděl jsem, že právě Milan mi pomůže či poradí nejlépe. Bezesporu Milan patřil k těm osobnostem vinohradského zdravotnického areálu, které mne nejvíce ovlivnily.

Milane, dovol, abych se s Tebou rozloučil slovy nádherné písně Boba Dylana:

*It's gettin' dark, too dark to see,
I feel like I'm knockin' on heaven's door.
There's a long black cloud comin' on down,
I feel like I'm knockin' on heaven's door.*

prof. MUDr. Petr Widimský, DrSc.



Docent Milan Kment byl tmelem kliniky i celé fakulty

V pátek 21. června v komunitním centru svatého Prokopa v Nových Butovicích při zádušní mši za doc. MUDr. Milana Kmenta, CSc., mnoho z nás děkovalo za to, že jsme mohli s ním být, a taky jemu, že s námi byl. Pak bylo jeho tělo odvezeno na Olšanské hřbitovy a během tradičního pohřbu jsme měli možnost jít za rakví, na Milana myslet a vzpomínat. Na oba pohřební obřady i na setkání po nich přišly zástupy pracovníků bývalé 2. interní kliniky i vi노hradské nemocnice a naší fakulty včetně mnoha z těch, kteří již dlouho na klinice nepracují, ať již proto, že pracují jinde, či jsou již dlouho v důchodu. Byla to také příležitost pro spoustu vzpomínek, vesměs hezkých, milých a vlídných, přesně takových, jaké jsou s Milanem spojeny.

Milan Kment promoval na Fakultě všeobecného lékařství počátkem 60. let, pak šest let pracoval v nemocnicích v Tanvaldu a Měšicích. V Tanvaldu se seznámil se svou ženou a jejich manželství trvalo skoro 60 let. Jejich dvě děti se uplatňují v medicíně a v sociální práci. Nebyl členem komunistické strany a o práci na klinice by se mu mohlo leda zdát. V roce 1968 a 1969 na krátkou dobu téměř odpadlo kádrování, ale nejen to, pro emigraci spousty lékařů bylo i volné místo na klinikách fakultních nemocnic.

Milan Kment nastoupil v devětašedesátém ve stejný den s dr. Janou Málkovou, pozdější docentkou, a s ní zřejmě patřil mezi dva nejstarší akademické lékaře v našem areálu. Na kliniku je přijímal ještě profesor Syllaba, nestor i morální pilíř českého interního lékařství. Milan na něj rád vzpomínal a při jeho návštěvách na klinice po roce 1990 byl vidět jejich hezký vztah. Prof. Syllaba byl z místa

přednosta vypuzen v roce 1970, z kliniky pak v roce 1972 a s ním se pak tenčil počet nestraníků.

Jedním z těch, kteří na klinice zůstali, byl právě Milan Kment. Myslím, že k tomu přispěla i jeho otevřená povaha a schopnost dobře komunikovat, především však jeho dobré znalosti všeobecného interního lékařství a také to, že byl již zkušeným internistou a stával se stále více kvalifikovaným gastroenterologem. Zpočátku se věnoval některým endokrinologickým aspektům gastroenterologie, především těm, které jsou spojeny s gastrinem. Současně však již od počátku 70. let začal rozvíjet endoskopické metody a patří do první generace jejich zakladatelů v naší zemi. Když jsem na kliniku v září 1990 nastoupil, překvapilo mne, s jakou rutinou se na klinice prováděla jak vyšetření esofagogastroduodenoskopická, tak kompletní kolonoskopická. Z krčského areálu jsem byl zvyklý na to, že většina kolonoskopií končila vyšetřením transversa. Na 2. interní klinice to bylo standartní vyšetření do céka či do terminálního ilea.

Docenta Milana Kmenta jsem po svém jmenování přednostou kliniky ještě v září 1990 jmenoval svým prvním zástupcem a tím zůstal po celou dobu mého působení na klinice, tedy do dubna 2016, téměř plných 26 let. Pro mne bylo velké štěstí, že jsem ho na klinice potkal. Také díky němu celý proces předávání funkce přednosta kliniky proběhl nejen klidně, ale také naprosto důstojně. Postupně mne zasvěcoval do řady podrobností života na klinice v komunistické době. A velmi brzy jsem si uvědomil, že jde o neobyčejně cenného člověka, zralého gastro-

enterologa i internistu, který se stal jednou ze skutečných opor 2. interní kliniky. Ale nejen to, díky Milanovi jsem se blíže seznámil i s anesteziologem primářem Janem Šturmou a chirurgem docentem Františkem Vyhnánkem, podobnými pilíři chirurgické a anesteziologicko-resuscitační kliniky, které jsem do té doby znal jen z kongresů.

S ohledem na respekt, který měl Milan Kment nejen jako gastroenterolog, ale i jako zásadový člověk, který má hluboký vztah k etice našeho povolání, byl již v roce 1990 jmenován členem nově vzniklé Centrální etické komise při Ministerstvu zdravotnictví. Několik let působil i jako její předseda. Také díky němu vznikl etický kodex péče o nemocné, se kterým byli a jsou podrobně seznamováni lékaři i nemocní. Od té doby visel tento kodex na každé chodbě naší kliniky. Vznikaly informované souhlasy pacientů s léčením a začal být kladen důraz na chování zdravotníků, které podporuje důstojnost pacientů. Milan Kment se také významně zasadil o přijetí Mezinárodních etických směrnic pro biomedicínský výzkum zahrnující lidské účastníky. Díky tomu máme u nás již téměř 30 let jasně definované podmínky, za kterých může probíhat výzkum na lékařských pracovištích. Přesah Milanových aktivit na poli lékařské etiky je vedle jeho zakladatelských činností endoskopických jeho druhým základním přínosem pro celou českou medicínu.

Díky oblibě i respektu u ostatních akademiků i studentů byl opakovaně zvolen členem Akademického senátu 3. lékařské fakulty, nějaký čas i jeho předsedou.

Jeho záliby kulturní i duchovní vedly často směrem k východním křesťanským církvím. Dostal se až do izolovaných klášterů na řeckých ostrovech a spolu s Markem Váchou podnikli dlouhou cestu do kostelů a klášterů v severní Etiopii. Velmi ho zajímalo i rosenkruciánské hnutí a pojetí víry a byl v téhle oblasti hodně zasvěcený. Pro jeho

hluboké zájmy teologické a současně pro jeho otevřenou osobnost byl vítán ve vysokých církevních kruzích pražské diecéze.

Pro kliniku byl samozřejmě základním pilířem medicinským. Ale nejen to, jsme mu vděční za mnoho dalšího. Já osobně za to, že od Vánoc 1990 jsme mohli slavit Štědrý den vánoční vizitou, kterou Milan spoluorganizoval. Brzy jsme pod jeho vedením začali před vizitou zpívat koledy a pak jsme šli přát nemocným, kteří museli na klinice trávit Vánoce. Poté, co na kliniku přišli Pavel Kraml a Jana Potočková, jsme k tomu měli krásně vytištěné texty koled i jejich notový zápis a také pro každého nemocného tištěné přání k Vánocům. Chodbami kliniky zněly koledy a nemocníci se současně šířilo něco, co se nedalo zachytit, co jde špatně pojmenovat – jakési radostné očekávání přicházejících Vánoc. Po vizitě jsme si sedli a ochutnávali cukroví, které jsme přinesli z domova, a vyprávěli veselé vánoční historky z našich rodin. Postupně se k nám přidávala spousta lidí, nejen našich lékařů a mediků, ale i další, pro které byla tahle vánoční vizita krokem ke Štědrému večeru. Nakonec s mladšími lékařkami začínali přicházet i jejich děti a atmosféru tvrdil pes Jany Potočkové Jack. Jeho pohled i jeho akrobatické umění vyloudily spoustu kousků cukroví. A aby to nebylo málo – k hudební produkci občas přispěl i Milanův zeť David Eben, který párkrát s těmi, kteří na klinice dovedou zpívat, secvičil i Gregoriánský chorál. Milan ho dokonce vydal na cédéčku.

Se stejným zanícením organizoval Milan i vánoční koncert pro celou fakultu. Tam již byla organizace mnohem složitější, šlo o hledání velkého sboru, řečníka, často z kruhů křesťanských intelektuálů, a samozřejmě i o hudební program. Koncert vždycky naplnil zvolený pražský kostel nejen akademiky, ale i studenty a lékaři fakultní nemocnice. Nikdy to nebyla rutina, vždycky to byl duchov-

ní zážitek plný emocí. Občas vystupovala i Scholla Gregoriana Pragensis pod vedením jeho zetě, již zmíněného Davida Ebena. S postupujícím Milanovým věkem přicházeli i jeho vnuci, které absolutně, a jak už to u dědečků bývá, bezvýhradně miloval. Jeho loutková divadelní představení pro vnuky a jeho historky z těchto představení byly předmětem veselí i na klinice.

Ostatně okolo Milana bylo vždycky hodně legrace a žádnou nikdy nezkazil. Byl rovněž jedním ze zakladatelů i obnovitelů populární jarní automobilové rallye, na kterou její účastníci vzpomínají jako na úžasné výlety. Nezapomenutelné jsou i výlety po stopách Růžového pantea. Na různých večírcích i setkáních kliniky rád předváděl kouzla. Často se mu povedla. Ale i ta nepovedená vyvolávala veselí a dobrou náladu.

Milan ze sebe dovedl dávat hodně. A také hodně dostával – především úctu a také, nestydím se to říci, i lásku spolupracovníků. Čísela z něj empatie, dobrá nálada a pozitivní vztah k životu. A ještě něco, co je v nemocnici i na lékařské fakultě kromě přesné a hluboce odborné práce také potřeba – čísel z něj člověčina. Ta se promítala do jeho každodenní medicínské praxe. V tom nejlepším slova smyslu představoval lékaře klasické „staré školy“, měl samozřejmý etický přístup plný empatie a ochoty kdykoliv a komukoliv pomoci. Přitom byl jedním z těch, kteří zavedli nové endoskopické metody do denní české lékařské praxe. Jeho rozvážný diagnostický i terapeutický přístup vycházel z velmi širokého medicínského rozhledu i schopnosti do svých

rozvah přidat i poslední vědecké poznatky. Z té staré školy mu zůstala záliba v klasických rozepsaných formách léků, takzvaných magistralitách. Ty rád předpisoval ještě nedávno.

Milan Kment byl nejen pravým doyenem, tedy nestarším členem akademického sboru, ale také tmelem celé kliniky a také fakulty. Lidí jako on je jako šafránu, o to víc jsou zapotřebí. Přes všechn pokrok v technologiích diagnostiky i léčby medicína není jen vědecká či technická disciplína, má vždy v sobě zahrnuto setkání s nemocným. A tam, kromě mistrovství v ovládání technologií, je potřeba také empatie a nadání k tomu, jak ji správně dávat najevo. To vše se u Milana Kmenta úžasně propojovalo a také díky němu k 2. interní klinice vázalo mnoho zaměstnanců i pacientů velmi těsné pouto. Bylo to vidět ve chvíli, kdy jsme Milana na jeho poslední pozemské cestě doprovázeli. Klinika i nemocnice budou dlouho čekat na někoho, kdo by byl schopen Milana Kmenta nahradit.

prof. MUDr. Michal Anděl, CSc.



Vzpomínka na doktorku Hanu Janečkovou

Ve věku 74 let odešla po krátké těžké nemoci v pátek 19. dubna PhDr. Hana Janečková, Ph.D. Více než 25 let působila na 3. lékařské fakultě na Ústavu lékařské etiky a ošetrovatelství a po rozdělení ústavů na Ústavu ošetrovatelství. Věnovala se výuce veřejného zdravotnictví, sociologie a komunitní péče, studentům zprostředkovávala koncept komplexní péče o seniory a reminiscenční terapie. Je zakladatelkou neziskové organizace Reminiscenční centrum, z. s., kde vedla řadu inovativních projektů s cílem zapojit lidi s demencí do života společnosti a podpořit kreativní aktivity a smysluplné uplatnění těchto lidí ve společnosti. Sociální práci a přístupům zaměřeným na člověka, zvláště k lidem s demencí a lidem vyššího věku, se věnovala s nasazením a opravdovostí jí vlastní do posledních chvil, než jí v tom vážná nemoc zabránila.

Studentům se věnovala vždy se zájmem a poctivě, dokázala poradit s výzkumnými projekty při tvorbě bakalářských prací a nadchnout je pro věc. Studenti pro ni byli jako živá voda. Nápomocná byla i nám, kolegyním a kolegům. Všechny vedla k citlivému přístupu k lidem, zvláště ke křehkým seniorům, a to s důrazem na jejich důstojnost, autonomii a přístupy zaměřené na člověka. Její jméno je spojováno s mnoha dalšími institucemi, kde působila – Evangelická teologická fakulta UK, IPVZ, Diakonie Českobratrské církve evangelické, Česká alzheimerovská společnost, kterou spoluzakládala.



Také je spoluzakladatelkou spolku CESMEZ – Centra pro sociologii medicíny a zdravotnictví. Přednášela nejen na českých univerzitách, ale i v zahraničí a své poznatky převáděla do výuky a mnoha odborných publikací.

Hanka Janečková byla velmi vzdělaná, naslouchající, vstřícná, usměvavá a milá kolegyně.

Hanko, budeš nám chybět!

PhDr. Hana Svobodová, Ph.D.
přednostka Ústavu ošetrovatelství
3. LF UK

Vzpomínka na docentku Valerii Bríd O'Leary

27. března 2024 v ranních hodinách nás zastihla smutná zpráva, že po těžké nemoci zemřela paní docentka Valerie Bríd O'Leary, Ph.D. Valerie pocházela z významného irského rodu O'Leary, vyrostla a vystudovala v Dublinu, pracovala v Irsku, Velké Británii, Spojených Státech Amerických a Německu. Zde všude sbírala cenné vědecké zkušenosti. Do Prahy přišla společně se svým manželem, prof. Saakem Victorem Ovsepiem, jako velmi zkušený vedoucí vědecký pracovník.

Od začátku se nesmírně intenzivně zapojila do vědeckého bádání i výuky na Ústavu lékařské genetiky 3. LF UK. Během své pětileté kariéry na Univerzitě Karlově publikovala 25 vědeckých článků v prestižních časopisech a podala řadu mezinárodních grantů. Studenti v anglickém kurikulu, i díky její perfektní angličtině, si oblíbili její přednášky a vyhledávali s ní konzultace.

Doc. Valerie Bríd O'Leary, Ph.D. byla velice pracovitá a nadšený vědec. Měla spousty nápadů a návrhů na výzkumné projekty, připravovali jsme spolu její jmenovací řízení. Škoda, že svoje výzkumy nemohla dokončit.

Na Univerzitě Karlově byla velice spokojena. Vážila si toho, že má zde možnost plně se osobnostně realizovat. Cenila si přátelské tvůrčí atmosféry na Ústavu lékařské genetiky. Prahu si zamilovala. Dokonce říkala, že je krásnější než Dublin. Stala se jejím druhým domovem. Bohužel osud rozhodl jinak.

Valerie byla skromným milým člověkem. Byla příjemnou kolegyní a skvělým vědeckým tutorem mladším spolupracovníkům. Bude nám všem chybět.

prof. MUDr. Marie Černá, DrSc.



Doc. Šprindrich oslavil významné životní jubileum

Doc. MUDr. Jan Šprindrich, CSc., v dubnu oslavil významné životní jubileum. K příležitosti 90. narozenin obdržel na zasedání Vědecké rady 3. LF UK slavnostní kytici. Docent Šprindrich je významnou osobností české radiologie. S Univerzitou Karlovou ho pojí posledních 30 let profesního života. Vystudoval LF MU v Brně, následně pracoval v Brně, Ostravě i v zahraničí (Alžírsko), poté působil 12 let na Radiodiagnostické klinice ILF a FN Na Bulovce. V roce 1991 se stal přednostou Radiodiagnostické kliniky 3. LF UK a FNKV. Vedle aktivního působení v Radiologické společnosti ČLS JEP je členem European Society of Radiology a 12 let byl národním delegátem radiologické sekce European Union of Medical Specialists v Bruselu.

Gratulujeme!



Propofolové princezny opět vyhrály Rallye Rejvíz

Tým Propofolové princezny složený ze studentek 6. ročníku naší fakulty Petry Stolaříkové, Kateřiny Klemencové, Kláry Petráskové a zdravotnického záchranáře Ondřeje Raudenského přivezl o posledním květnovém víkendu první místo z uznávané mezinárodní soutěže v urgentní medicíně Rallye Rejvíz. Naše studentky tímto vítězstvím navíc získaly zlatý double – loni zvítězily v kategorii mediků, letos dokonce už v lékařské kategorii RLP-FS.

Gratulujeme!



Přednosta Oftalmologické kliniky 3. LF UK a FNKV prof. MUDr. Pavel Studený, Ph.D., ve čtvrtek 13. června převzal v Karolinu z rukou prezidenta Petra Pavla a ministra školství, mládeže a tělovýchovy doc. Mikuláše Beka jmenovací dekret profesora pro chirurgické obory.

Gratulujeme!



Významná univerzitní ocenění pro prof. Kalvacha a doc. Svobodu

Vědecká rada Univerzity Karlovy ocenila ve čtvrtek 30. května dvě významné vědecké osobnosti 3. lékařské fakulty.

Prof. MUDr. Pavel Kalvach, CSc., získal stříbrnou medaili za významné celoživotní dílo v oboru neurologie a dlouholetou vědeckou a pedagogickou činnost na univerzitě.

Doc. MUDr. Bohuslav Svoboda, CSc., získal historickou medaili zásluhy o rozvoj 3. LF UK a celoživotní dílo v oboru gynekologie a porodnictví a vědeckou a pedagogickou činnost na UK.

Oběma oceněným akademikům gratulujeme!

Gratulujeme jubilantům narozeným v dubnu, květnu, červnu, červenci a srpnu!

MUDr. Kateřina Bodianová

Klinika plastické chirurgie 3. LF UK a FNKV

MUDr. Pavel Čech

vedoucí Kabinetu dějin lékařství 3. LF UK

Prof. MUDr. Marcela Grünerová Lippertová, Ph.D.

přednostka Kliniky rehabilitačního lékařství 3. LF UK a FNKV

PhDr. Magda Hubner

Ústav ošetřovatelství 3. LF UK

Prof. MUDr. Pavel Kalvach, CSc.

emeritní přednosta Neurologické kliniky 3. LF UK a FNKV

MUDr. Richard Kubok

Klinika popáleninové medicíny 3. LF UK a FNKV

MUDr. Eva Leamerová

Klinika plastické chirurgie 3. LF UK a FNKV

Prof. MUDr. Ladislav Machala, Ph.D.

profesor Kliniky infekčních nemocí 3. LF UK a FNB

MUDr. Jana Malinová, Ph.D., MBA

přednosta Kliniky pracovního a cestovního lékařství 3. LF UK a FNKV

MUDr. Libuše Mardešicová

Dermatovenerologická klinika 3. LF UK a FNKV

Prof. MUDr. Jan Pachtl, CSc.

bývalý přednosta a profesor Kliniky anesteziologie a resuscitace 3. LF UK a FNKV

MUDr. Lubomír Pekař

Neurochirurgická klinika 3. LF UK a FNKV

Doc. MUDr. Tomáš Pešl, Ph.D.

přednosta Kliniky dětské chirurgie a traumatologie 3. LF UK a FTN

Mgr. Ing. Ivana Pražanová

Ústav hygieny 3. LF UK

Doc. MUDr. Jolana Rambousková, CSc.

docentka Ústavu hygieny 3. LF UK

Prof. MUDr. Zbyněk Straňák, CSc., MBA

profesor Ústavu pro péči o matku a dítě

MUDr. Ing. Tomáš Svoboda

Neurochirurgická klinika 3. LF UK a FNKV



Velký úspěch týmů 3. LF UK v soutěži Medik roku

V soutěži Medik roku pořádané v Nemocnici Prachatice se v tvrdé konkurenci umístily na medailových pozicích dva týmy 3. lékařské fakulty. Stříbrná medaile patří týmu Martin Bokůvka (kapitán), Tereza Hmurová, Adéla Černá, Martin Batelka a Šárka Knížková, bronzovou medaili vybojoval tým ve složení Jáchym Drašar (kapitán), Vít Hudec, Gabriel Baláž, Jaroslava Binderová a Ivona Kostinová. Vítězi byli medici Fakulty vojenského zdravotnictví Univerzity obrany v Hradci Králové.

V osmém ročníku soutěže se utkalo 15 týmů studentů čtvrtých až šestých ročníků lékařských fakult z univerzit v Brně, Hradci Králové, Plzni, Praze a Olomouci. Celkem 13 disciplín prověřilo jejich teoretické znalosti, praktické dovednosti, schopnost spolupráce a často i odolnost ve stresových situacích.





MEDICINA

Dobrá paliativní péče může být odpovědí na otázky eutanazie

Rozhovor o důstojném umírání

Jolana Boháčková

Nedávno se poslanci hnutí Ano pokusili legalizovat eutanazii v rámci návrhu zákona o paliativní péči. Tato snaha mnoho zdravotníků a lékařů specializovaných na paliativní medicínu velmi rozhořčila a vnímají ji jako naprosté nepochopení smyslu paliativy. Mezi ně patří i ředitelka Domácího hospice Nablízku Bohumila Urbanová a dlouholetá sestra téhož mobilního hospice Markéta Vaněčková. Podle nich je nezbytné říci, že hospice odmítají jakkoli se podílet na praktikování eutanazie a odmítají vůbec připustit, že by se do podobných snah zapojily.

Setkaly jste se někdy v domácím hospici s klientem, který by požadoval eutanázii?

Markéta Vaněčková (MV) Ano, vícekrát. Hospic kontaktují lidé, protože se octli v závěru života, a samozřejmě se ptají, jestli jejich smrt bude důstojná. V návaznosti na to někdy položí otázku, zda bude možné utrpení nějak zkrátit. My s nimi jejich situaci podrobně rozebereme, vysvětlíme jim, že takovou službu neposkytujeme, ale současně jedním dechem dodáváme, že uděláme všechno pro to, aby čas, který jim zbývá, prožili v maximálním možném komfortu – aby netrpěli bolestmi a jinými příznaky, aby byla zachována jejich důstojnost, a přitom mohli zůstat v kruhu svých blízkých. To obvykle člověk potřebuje slyšet nejvíc. Nicméně někdy i po tomto rozhovoru cítím, že klient vnitřně polemizuje s tím, jestli by nemohl mít možnost svůj život zkrátit. Postupem času, když zakouší, že na svou situaci není sám a že může cítit úlevu, požadavek na eutanázii obvykle nezaznívá.

Bohumila Urbanová (BU) Vybavím si několik rodin, kde hned na začátku zazněl požadavek na eutanázii i od pečujících, kteří toužili ulevit svému blízkému. Následně jsme ale s rodinou na to téma hodně mluvili a v průběhu péče se jejich náhled proměňoval tak, jak postupně odcházel strach a obava z toho, co je čeká.

MV Jsou situace, kdy ten požadavek na začátku zcela explicitně nezazní, ale rozklíčujeme, že nemocný nebo jeho příbuzní na téma narážejí a uvažují o něm. Snažíme se s nimi o tom mluvit a hned dodat, co jim můžeme nabídnout. Když se pak nemocnému uleví, cítí se komfortně, má zaléčenou bolest, je zachovaná jeho důstojnost, protože se s ním zachází s veškerou úctou, láskou, pochopením a empatií, o eutanázii již nemluví. Lidé vděčně vnímají to, že mohou být spolu, že mohou strávit ještě nějaký společný čas... Téma eutanazie se objeví vždy na začátku, když nemocní ještě nevědí, co je čeká. Obávají se budoucnosti.

Dá se říct, z čeho mají největší obavu?

MV Největší obavu mají z bolesti a ze ztráty soběstačnosti. Naši klienti mají někoho, kdo se o ně chce starat, takže se tolik nebojí samoty a opuštěnosti.

Lze bolest vyřešit medikamenty vždycky nebo jste se někdy setkali s tím, že se to nedaří?

MV Většinou jde bolest zaléčit velmi dobře. Je to jeden z příznaků, který je poměrně dobře řešitelný. Nicméně setkala jsem se s tím, že to nešlo hned – museli jsme hledat ten správný lék a správnou dávku.

BU Přinejmenším pokud byl nemocný člověk v klidu. Někdy se stane, že při pohybu bolest cítí, ale když odpočívá, bolesti necítí, ani mu bolest nebrání ve spánku.

MV Existuje možnost, pro případ, že by bolest byla opravdu velmi těžko zvládnutelná, podat účinné léky i na úkor kvality vědomí. Na začátku právě i o tom s klienty často mluvíme, vědí, že existuje možnost ty nejtěžší okamžiky zkrátka prospat.

Co se ještě dá vyřešit pomocí medikace?

MV Jeden z častých příznaků je nevolnost, což je hodně obtěžující příznak, dále dušnost a neklid. Co ale neumíme v posledních dnech či týdnech života odstranit, je slabost, únava a narůstající nesoběstačnost. Laskavou a empatickou péčí to ale můžeme nemocnému pomoci zvládnout a pokojně přijmout.

BU Kromě ošetrovatelských zkušeností máme k dispozici také řadu kompenzačních pomůcek. S jejich pomocí a díky psychologické podpoře nemocného člověka se i tyto potíže dají zvládnout tak, aby byla zachována jeho důstojnost.

V průzkumech často vychází, že by si většina obyvatel Česka přála mít možnost eutanázie nebo asistované sebevraždy. Není to jen tím, že povětšinou odpovídají zdraví lidé, kterých se problematika smrti vlastně vůbec netýká?

MV Osobní zkušenost mění tyto postoje a často velmi radikálně. Běžná populace má o smrti a umírání velice vágní představy. Smrt je úplně vyloučená do nějakého nevědomí, vůbec se s ní nepočítá a vůbec se o ní nemluví. Když někdo odchází, tak zpravidla mimo zraky veřejnosti. Zdrojem informací jsou mnoha lidem různé filmy, kde se sice umírá jak na běžícím pásu, ale často násilnou smrtí nebo v nějakých zcela neobvyklých podmínkách. Filmy z nemocničního prostředí obvykle absolutně neodpovídají realitě. Takže pokud ti tázaní nemají žádnou osobní zkušenost z rodiny a okolí, mohou mít o umírání zkreslenou představu živenou vlastním strachem. Další smutnou skutečností je, že při absenci dobré paliativní péče se mohou v realitě setkat s umíráním v nemocnici za plentou, v osamění a v bolestech. V takovém případě chápu, že by volili raději eutanázii.

Je nějaká diagnóza, při které pacienti častěji hovoří o eutanázii než u jiných chorob?

BU Možná lidé trpící amyotrofickou laterální sklerózou (ALS), což je progresivní nervosvalové onemocnění, které postihuje motorické nervové buňky v mozku a míše. Mozek nedokáže ovládat svaly a jejich pohyby a svaly postupně slábnou a atrofují. Pacient ví, co ho čeká, ví, že jako poslední přestanou fungovat svaly dýchací soustavy a udusí se, z čehož má pochopitelně velký strach, protože po celou dobu normálně myslí, mentálně je zcela v pořádku.

Je to poměrně vzácné onemocnění, ale lidé, kteří mají tuto diagnózu, mluví o ukončení života rozhodně častěji. Psychicky je to velmi zatěžující a s těmito lidmi zpravidla pracuje lékař i psycholog.

MV Společně s pacientem hledají nějaký přijatelný plán péče pro situaci, kdy bude hůř. Nemoc začíná oslabováním končetin a končí dechovými potížemi, navíc je zhoršování stavu spojeno s omezením komunikačních možností, takže je potřeba s pacientem předem rozebrat, jakou má představu o závěru svého života, jestli chce být udržován při životě pomocí přístrojů. Jedna věc jsou technické možnosti medicíny a druhá kvalita života, jakou umožňují v takových mezních situacích.

Takže se tedy udusí?

MV Prioritou paliativní péče je, aby nemocný netrpěl. Proto mu mohou být v takové situaci podány léky, které pomůžou kritickou situaci prospat a zbavit se bolesti a pocitu dušnosti. To závěr života usnadní a zpříjemní, ale zároveň nijak neurychlí ani neprodlouží. Také blízcí nemocného pak nejsou vystaveni tak velkému pocitu bezmoci z nemožnosti dopřát mu úlevu.

Je důležité myslet dopředu

Narazili jsme na téma důstojnosti. Umírající mají na začátku největší strach právě z její ztráty. Bojí se nesoběstačnosti. Jak vy to vnímáte mezi vašimi klienty? Když už se do té situace dostanou, cítí se nedůstojně? Nebo se tato obava objevuje jen na začátku?

MV Tato obava se objevuje převážně na začátku. Když se pak nemocný setká s empatickou, laskavou a trpělivou péčí, je s ním zacházeno s úctou a respektem, strach ze ztráty soběstačnosti postupně ustupuje do pozadí. Pomalu si zvyká na to, že potřebuje pomoci

s hygienou, chůzí či jídlem. Jak již bylo řečeno, existují dnes různé kompenzační pomůcky, které vše usnadňují.

BU Velmi důležité však je předvídat dopředu, být připraven na určitou situaci, i když ještě nenastala. Zdravotníci zkušení v paliativní péči vždycky musí myslet na další krok, musí mít dopředu připravené další řešení.

MV Nemocný člověk si určitou situaci nedokáže ani představit, je pro něj nesnesitelná například představa, že bude muset použít toaletní křeslo vedle postele nebo dokonce inkontinenční pomůcky. Jak ale slabost progreduje, je vlastně rád, že taková možnost je a přijme ji. Protože se s ním zachází s maximálním respektem a úctou, necítí se nedůstojně, nebo tento pocit brzy zmizí.

Vy jste profesionálové, ale co pečující z rodiny? Nemusí vědět, jak na to.

MV My pracujeme v domácím hospici, kde jsou pečující odhodlaní svému blízkému pomáhat a chtějí to zvládnout. My jim s tím ale samozřejmě pomáháme, učíme je, jak na to. Hodně o tom s nimi mluvíme. Pracovníci domácího hospice nepomáhají jen umírajícím klientům, ale i jejich blízkým, které proškolí a podporují a jsou jim prostě nablízku.

BU Snažíme se jim pomoci i v té komunikaci s nemocným blízkým člověkem. Někdo je v tom přirozeně šikovnější, někdo potřebuje trochu navést a poradit, jak například se svým odcházejícím rodičem otevřeně, ale citlivě komunikovat.

MV Někdy bývají našimi klientkami takové hodně starostlivé ženy, maminky, které se celý život o někoho obětavě staraly, a mají problém smířit se s představou, že nyní potřebují péči druhých ony samy. Posbírají tedy

poslední síly na to, aby nemusely využít dopomoci od svých blízkých. Pro někoho jiného je snazší nechat si pomoci profesionály než někým z rodiny, ale funguje to i obráceně. Je zkrátka potřeba s lidmi otevřeně mluvit a přijít na to, co je pro koho nejlepší.

Vadí vašim klientům, že by měli být někomu na obtíž?

MV Ano, často. Pomocí je opět vlídná a empatická komunikace. V rodinách, které se na náš hospic obracejí, lze ale vždycky stavět na velkém odhodlání pečujících k pomoci, takže je spíše potřeba přesvědčit nemocného, že na obtíž nikomu není. Vzájemná láska, vynalézavost, pochopení a někdy i pokora jsou klíčem k překonání těchto obav.

Je trochu tajemství, co se děje umírajícím v srdci a v hlavě

Člověk na sklonku života neřeší jen fyzické bolesti, ale i nějaké otázky duchovní. Nad čím lidé obvykle přemýšlejí?

MV My víme jen o tom, co ventilují na povrch. Ne každý o svých myšlenkách mluví. Ale dalo by se říci, že v oblasti duchovních potřeb je rozdíl mezi lidmi, kteří žijí v nějakém náboženském systému nebo zkrátka v jejich životě víra hraje roli, a lidmi nevěřícími. Věřící člověk má výhodu, že většinou umí pracovat se svými duchovními potřebami, ví, jak je řešit, kam se vztahovat. Případně má nějakou síť přátel. Několikrát jsme zažili, že umírajícího člověka navštěvovali přátelé z jeho církve a byli mu velkou oporou.

Většina lidí v našem regionu aktivně náboženství nepraktikuje. Nicméně často se klienti rozpomínají na to, co v souvislosti s vírou zažili v dětství. Jindy zase jejich duchovní potřeby vystupují tak, že si Pána Boha

posadí na lavici obžalovaných a chtějí od něj skládat účty – jak je možné, že právě je něco takového potkalo? Je to vlastně hledání smyslu života tváří v tvář utrpení a konečnosti života.

BU Někdo zase potřebuje pomoci přijmout svůj uplynulý život takový, jaký byl. Lidé se často rozpomínají na různé neúspěchy, polámané vztahy, dluhy, nepovedené situace. Velkým tématem je i odpuštění. Někdo ho potřebuje dát, jiný zase přijmout.

MV Někteří lidé mají potřebu o těch věcech mluvit, u některých zase vycítíme, že potřebují něco vyřešit, ale nechťejí se o tom bavit. Všichni členové našeho týmu jsou přístupni k rozhovoru o duchovních věcech jak s nemocným, tak jeho blízkými. Nevyhnou se tomu, ani neutečou, vždy je vyslechnou, případně sdílejí svoji vlastní zkušenost, pokud si to dotyčný přeje. Samozřejmě na požádání rádi zprostředkujeme i duchovní péči kněze, pastora a podobně.

Vzpomenete si na někoho konkrétního, kdo vám utkvěl v paměti?

Starali jsme se například o paní, která trpěla velkými bolestmi. Byl to jeden z případů, kdy bolest vůbec nebyla snadno řešitelná, paní dostávala opravdu vysoké dávky analgetik a léků proti úzkosti, nežnou ošetrovatelskou péči, přijeli všichni, které chtěla vidět, ale nelepšilo se to. Vždy, když se probrala z bezvědomí, měla v očích slzy svědčící o výrazném diskomfortu, který vypadal jako bolest, ale léky proti bolesti nezabíraly. Tento stav, v němž se paní pohybovala na hraně života a smrti, trval řadu dní. Už jsme byli všichni velmi frustrovaní, nevěděli jsme, co bychom ještě mohli udělat. Pak jedna z příbuzných přišla s myšlenkou, že třeba potřebuje nějakou duchovní péči, že se třeba

bojí, co přijde po smrti. Ačkoli do té doby nás všichni ujišťovali, že je paní celoživotní ateistka. Dodala jsem si proto odvahu, a když jsme na chvíli osaměly, vzala jsem ji za ruku a řekla jsem jí, že jestli Bůh je, a já v to pevně věřím, čeká na ni s otevřenou náručí a nemusí se ho bát. S jejím svolením jsem se u jejího lůžka krátce nahlas pomodlila. Paní zavřela oči a od té doby nepotřebovala jediný lék proti bolesti. Druhý den pokojně zemřela. Všichni jsme z toho byli naprosto konsternovaní. Naplnit duchovní potřeby může být u někoho opravdu zcela stěžejní - když nejsou uspokojeny, mohou člověku bránit odejít.

Dalo by se říci, že většina nevěřících začne také přemýšlet nad tím, co bude po smrti?

MV Někdo ano, ale mnozí o tom nemluví. Navíc naši pacienti bývají často již slabí, mají před sebou poslední dny nebo týdny života a nemají kapacitu na dlouhé přemýšlení a rozhovory. Je trochu tajemství, co se jim děje v srdci a v hlavě – tam nemáme přístup.

BU Je třeba zmínit, že duchovní potřeby mají i ti, kteří nemocného doprovázejí. Ptají se, co čeká jejich blízké po smrti. Zpravidla se krátce poté, co jejich příbuzný zemře, a tělo, ve kterém před deseti minutami byl ještě život, je najednou křehkou skořápkou, ptají: Kde



je tedy ten člověk? To napadá všechny citlivější a vnímavější pozůstalé.

Trochu jsme odbočili od tématu eutanázie. Napadá mě, že by mě mrzelo, kdyby si někdo z mých blízkých chtěl nechat dobrovolně zkrátit život. Měla bych pocit, že se mnou už nechce být, že mu za to nestojím. Co znamená pro rodiny, s nimiž pracujete, že se mohou postarat v posledních dnech života o své blízké doma? Je to pro ně v životě důležitá věc?

MV Velmi důležitá věc. Už proto, že se rozhodli udělat tolik náročných kroků, aby splnili někomu blízkému jeho poslední přání. Lidé v situaci, kdy umírají, nakonec chtějí být opravdu spolu do posledního dechu, blízcí nechtějí umírajícího člověka ponechat v anonymitě nemocničního prostředí. Kdy jindy by měla být rodina pospolu než v takové těžké situaci? Čas společného doprovázení hodně mění pohled na věci. Smrt už se



nejeví jako selhání medicínské péče, jako absolutní zmar, ale svým způsobem jako vyvrcholení společné cesty. V doprovázejících se mísí pocit bolesti s pocitem úlevy – dokázali naplnit, co si předsevzali, co nemocnému slíbili. I truchlení je pak v určitém smyslu snazší. Samozřejmě se na okamžik smrti nedá úplně stoprocentně připravit, ale když pečující sledují, jak je člověk stále křehčí a opouštějí ho síly, v jistém smyslu mu přejí, aby už mohl pokojně odejít.

Většina pečujících se na začátku bojí toho, co je čeká, nevěří si, že to dokážou. Když se jim pak podaří pokojně dovést svého blízkého až na konec cesty, je to pro ně velké zadostiučinění, osobnostně vyrostou, i když je to spojeno s bolestí a smutkem. Smrt rozhodně nevnímají jako nějakou prohru, ale jako součást života. Potvrzují to například situace, kdy krátce po úmrtí pacienta spolu s rodinou čekáme na příjezd koronera a místo hysterického pláče a bědování pozůstalí vzpomínají na různé (často humorné) historky z jeho života, smějí se i pláčou, ukazují mi fotografie...Je v tom cítit uvolnění, pocit splněného úkolu, vděčnost za to, že to takto spolu zvládli.

Pokud někdo umře v nemocnici bez přítomnosti rodiny, kladou si pak pozůstalí otázky, jaký ten jeho konec byl, byl osamělý, trpěl bolestmi? Trápí je ta nevědomost?

MV To slyšíme často v rodinách, kde už nějakou zkušenost se smrtí mají, ale z nějakého důvodu si příbuzného nenechali nebo nemohli nechat doma, nevěděli o domácí hospicové péči nebo ta situace byla nečekaná. Pak si kladli otázky, jaké byly poslední okamžiky toho člověka, jestli je nevolal, jestli tam byl sám, jestli neměl bolesti a podobně. Pozůstalým, obzvlášť těm citlivým,

pak často zůstává na srdci jizva a těžko se s tím smiřují. Přemýšlejí nad tím, co mohli udělat jinak a lépe.

BU A když pak někoho dochovávají doma, poznávají ten rozdíl. Byli u toho a tak vědí, že nemocný skutečně dostal tu nejlepší péči, že odešel klidně, že vše proběhlo důstojně a že mohli být spolu do posledních chvil. To je jim velkou útěchou a posilou v dalším životě.

Dříve vyslovené přání

Na začátku jste zmínily, že člověk se může předem rozhodnout, že v určitý okamžik už nechce prodlužovat život. To mě navádí k dalšímu argumentu zastánců legalizace eutanázie - nechci být zbytečně „na přístrojích”. Možnost předem odmítnout resuscitaci a další život prodlužující zákroky ale může každý, ne?

BU Už nějaký čas existuje institut dříve vysloveného přání – člověk může vyslovit a sepsat své přání, kde je uvedeno, jak by měla zdravotní péče probíhat. Zda chce být resuscitován nebo ne, jestli chce být v případě potřeby zaintubován a podobně. Je to závazný právní dokument a zdravotníci a záchranáři jej musí respektovat. Sepisuje se spolu s praktickým nebo ošetřujícím lékařem a jeho součástí je ověřený podpis nemocného.

Nicméně setkáváme se s tím, že zdravotníci o tomto institutu stále ještě nevědí, takže by rozhodně byla potřeba na to téma další osvěta.

MV Ale jde to i bez dříve vysloveného přání. Jakmile člověk přichází do paliativní ambulance, protože čelí nějakému život limitujícímu onemocnění, otvírá se otázka prognózy a jeho přání ohledně způsobu péče v samotném závěru života. Lidé obvykle bývají rádi, když se toto téma nějakým způsobem otevře a ujasní si, co by jim ještě dávalo v léčbě smysl a co už ne – jestli chtějí případně hospitalizovat, k čemu by byli z těch

technických život prodlužujících možností ochotni přistoupit. To je pak specifikováno a popsáno v lékařské zprávě a tím se péče řídí. S tím, že se samozřejmě člověk může v průběhu péče rozhodnout jinak. Není to trvalé rozhodnutí, může ho změnit podle toho, jak mu to jeho fyzický stav nebo duševní rozpoložení dovolí.

Není odpovědí medicíny na otázku eutanazie dobrá paliativní péče?

MV Kvalitní paliativní péče úplně dramatickým způsobem u konkrétních nevyléčitelně nemocných lidí snižuje potřebu a vůbec požadavek na eutanazii.

Mnohokrát jsem zažila, že když je člověk slabý, křehký a trápí ho různé těžkosti, rezignuje, ale jakmile se mu pomocí dobré péče uleví, najednou rozkvetе a začne řešit, s kým se třeba ještě chtěl vidět, co by mohl zažít a podobně. Pokud se zeptám onkologicky nemocného pacienta trpícího průlomovou bolestí, jestli tady chce ještě s námi týden pobýt, řekne: v žádném případě. Ale jakmile se mu uleví, získá prostor, rozšíří se mu obzory a může řešit úplně jiné věci.

Je absurdní spojovat eutanazii s paliativní péčí, protože paliativní péče dělá všechno pro to, aby eutanazie vůbec nikomu nemusela ani přijít na mysl.

BU A myšlenka, že by snad nějakou asistovanou sebevraždu měli poskytovat paliatři, je nepřijatelná. To je výsměch paliativní medicíně, jejímž smyslem je respektovat přirozený průběh života člověka.

Bohumila Urbanová je ředitelkou Domácího hospice Nablízku, kde již dlouhá léta působí jako zdravotní sestra také Markéta Vaněčková, donedávna v pozici vrchní sestry. DH Nablízku sídlí v Lysé na Labem a stará se o klienty zhruba v okruhu 40 kilometrů.

Jak nám informovaný souhlas zmutoval

Jana Šeblová

„Komplikace mohou zahrnovat krvácení, tvorbu hematomů (podlitin), v pooperačním průběhu může dojít se krevním sraženinám a v některých případech i k embolii, která může končit úmrtím. Může dojít k přenosu infekce a jejímu rozšíření do celého organismu, které si může vyžádat hospitalizaci na JIP. Zákrok bude v celkové anestezii, která může mít různé komplikace. Zákrok nemusí mít požadovaný efekt, může to vyžadovat další operační řešení...”

Citace samozřejmě není přesná, obsahově ale něco podobného stálo v mnohastránkovém formuláři, který jsem obdržela před rutinní plánovanou operací. V dokumentu samotném bylo i mnoho užitečných informací, třeba o pooperačním režimu a rekonvalescenci. Jako lékařka vím, že veškerá výše parafrázovaná sdělení jsou pravdivá, ale ta nejzávažnější jsou extrémně nepravděpodobná. Sama sebe bych se podle rizika zařadila do ASA I (neléčím se s žádnou civilizační chorobou, chronickou medikací nemám žádnou, BMI mám v normě a svoji fyzickou kondici považuji za dobrou), maximálně ASA II (dvacet mi už bylo hodně dávno). Pokud se svěřuji lékařům, věřím v jejich profesionalitu a zejména se spoléhám na to, že u běžných výkonů, které dělají denně, prostě odvedou standardní práci. A navíc nemám ve zvyku se příliš stresovat.

Na pracovišti, kde jsem byla operována, jsem navíc před operací měla dlouhý pohovor s operátorem, všechno mi podrobně vysvětlil, včetně obrazové dokumentace jednotlivých typů zákroku (z toho jsem pochopila, že v tomto zdravotnickém zařízení jde o standardní přístup, že nemám „bonus“ coby kolegyně). Jen jsem si odnesla domů ty papíry s tím, abych si je pročetla a podepsané přinesla k příjmu. V zásadě

to byl ideální a správný postup. Pokud bych se však podívala na dokument očima úzkostného laika, pak by mi pravděpodobně v hlavě utkvěly ony nepravděpodobné katastrofy a to, že se to celé nemusí povést. Častokrát mi známí volali, vyděšení formulářem informovaného souhlasu a povídání končilo slovy: *Radši mi to ani neměli dávat číst.*

Jiné situace informovaného souhlasu bývají ještě daleko chaotičtější – například na urgentním příjmu dáváme často v naléhavých situacích pacientům podepsat souhlas s vyšetřením s kontrastní látkou. Snažím se jim alespoň zhruba popsat, proč vyšetření indikuji, ale čím je stav závažnější, tím je spěch větší a ležící pacient se snaží podepsat papír nad svojí hlavou.

Pro koho vlastně informovaný souhlas v nabobtnalé papírové podobě je? Pro pacienty, pro lékaře nebo pro právníky?

Medicína a sémantika

Co sousloví „informovaný souhlas“ znamená? Název obsahuje především informovanost pacienta a na jejím základě souhlas se zamýšleným postupem, který lékař navrhuje, nebo odmítnutí této péče. V dnešní době je řazen i nad možnou záchranou zdraví a života, pokud je toto rozhodnutí učiněno svobodně a vědomě.

Jde o vyjádření autonomie pacienta, tedy práva na sebeurčení každé lidské bytosti. Současně jde o zrovnoprávnění vztahu mezi lékařem a pacientem, tedy o jasně pozitivní trend. Jako lékařům nám přináší snížení tíhy rozhodování za někoho jiného, aniž bychom znali jeho postoje a hodnoty. Právě ty pacient prostřednictvím informovaného souhlasu může do interakce přinést a právě ty by lékaře měly zajímat. Sami pro sebe v roli pacientů bychom si jistě přáli, aby lékař chápal naše důvody, proč nějakou léčbu přijímáme bez výhrad nebo ji naopak nechceme absolvovat, nebo ne právě teď. Doby direktivního přístupu k pacientům jsou naštěstí v propadlišti dějin.

Takto nahlíženo je informovaný souhlas součástí vztahu s pacientem, je založen na důvěře, že to s námi lékař myslí dobře a chce nám pomoci. Současná podoba informovaného souhlasu (jak verze *Tady to podepiš!*, tak verze *Odneste si to domů a v klidu si to přečtěte*) spíše zasévají nedůvěru a vztah opět vychylují z rovnováhy. První varianta – pacient něco podepisuje, neví co, proč a k čemu, situaci nerozumí, jen tuší, že se to asi tak dělá, že ten podpis je potřeba, může se cítit manipulován. Druhá verze – doma v klidu hloubá nad informacemi, které jsou matoucí a třeba i hrozné, a jediný, kdo může poradit, je strýček Google. A ten ne vždy dokáže pacienta uklidnit. To by měl být úkol lékaře, který vysvětlí, zasadí rizika do kontextu, přiblíží pacientovi srozumitelně jejich pravděpodobnost. Přitom musí být komunikace upřímná a pravdivá – pokud například jde o extrémně rizikový výkon z vitální indikace v urgentní situaci, je potřeba to pacientovi sdělit. Vnímá-li, pak je to on, kdo se rozhodne, zda jít cestou vysokého rizika s operací nebo jistoty úmrtí v režimu soucitné paliativní péče.

Proces informovaného souhlasu

Dle legislativy je informovaný souhlas nutný vždy, když navrhovaný léčebný zákrok může mít pravděpodobná nebo závažná rizika. Lékař musí pacienta informovat a pacient musí mít možnost klást otázky. Je tedy jasně stanoveno, že nejde o jednostranný akt, natož o jeden nečitelný podpis, ale o komunikaci. Forma souhlasu není přesně vymezena, může být písemný, ústní i konkludentní, avšak jednoznačný.

Podmínkou souhlasu je, že pacient pochopil sdělení a na základě tohoto porozumění se svobodně rozhodl. Nezbytným předpokladem celého konceptu je tedy taková mentální kapacita, která umožňuje projevení svobodné vůle a schopnost uvědomovat si následky svého rozhodnutí. Je to tedy velmi komplexní proces.

Rozhodovací kapacita zahrnuje jak kognitivní, tak afektivní funkce, a skládá se z:

- schopnosti přijímat informace,
- schopnosti informace zpracovat a porozumět jejich obsahu,
- schopnosti uvažovat,
- schopnosti provést a formulovat volbu.

U dětí a dospívajících je podle dikce zákona potřeba přihlížet k jejich rozumové vyspělosti a vzít v úvahu jejich postoje. V ČR není určen věk, kdy rozhodovací právo o své léčbě přechází zcela na dospívajícího (některé státy mívají hranici 16 let). U nás musíme posuzovat každé dítě individuálně, některé děti jsou velmi dobře schopné pochopit, co léčba bude znamenat, a formulovat svůj pohled a to často i dříve, než v 16 letech. Obtížné posouzení rozhodovacích schopností je u osob s mentálním handicapem nebo s kognitivní poruchou. Mnoho pacientů s demencí, zejména v počátečních sta-

diích, je zcela jasně schopno vyjádřit svoje preference a jejich přání bychom měli umět respektovat. Pokud má pacient omezenou způsobilost k právním úkonům, rozhodovací právo má opatrovník (stejně jako u nezletilých rodiče).

Máme tu ale ještě jednu skupinu pacientů. Jsou dospělí, svéprávní, bez handicapu, ale trápí je nějaké závažné onemocnění nebo prodělali úraz, mají velkou bolest, zvrací, dusí se... dosadte si, co chcete. Nebo jim lékař právě sdělil nějakou závažnou informaci a oni přestali vnímat vše, co se děje kolem. Každý velký fyzický i psychický dyskomfort je stresem a stres při velké intenzitě může vyvolat akutní stresovou reakci. Jedním z jejích projevů je i snížená schopnost racionálně myslet a jednat, schopnost zvládat efektivně ohrožující situaci. Informace, které přicházejí, mizí někde mezi vysílačem (lékařem) a přijímačem (pacientem). Některé stavy – zdaleka nejen duševní porucha nebo intoxikace – ovlivňují mozek pacienta přímo. Hypoxie, hypoglykémie, encefalopatie různé etiologie, mozková komoce, stav po křečovém paroxysmu, sepsy, šokové stavy, cévní příhody a mnoho dalších stavů mohou zcela zásadně ovlivnit rozhodovací schopnost pacientů, ačkoliv ti s námi více nebo méně přičetně komunikují. I kdyby nám podepsali cokoli, jejich podpis nebude platný, pokud se budou probírat okolnosti, za kterých k němu došlo. Právníci nás na seminářích varují, že ani podepsaný souhlas, jakkoliv detailní, nám nepomůže, pokud pacient doloží, že se nemohl doptat nebo že jeho stav byl tak závažný, že nevnímal, co podepisuje.

Proč tedy máme stále více a více formulářů, které se někde vrší a archivují, ale když by přišlo na lámání chleba, nejsou moc platné?

Odpověď neznám a asi není jen jedna. Jednou z příčin jsou pravděpodobně obavy ze stížností nebo trestních oznámení. Obavy však vedou k extrémní formalizaci procesu informovaného souhlasu se snahou úplně přesně formulovat vše, co se může stát, byť by to bylo nepravděpodobné. A byrokratizace postupu jen prohlubuje příkop mezi zdravotníky a pacienty. Dalším důvodem je potřeba přesné dokumentace všeho, co se od prvního kontaktu s pacientem odehrává – po medicínské i právní stránce. Jenže stohy papírů vedou k odlidštění, ztrácí se v nich to, co je nejcennější – vztah mezi lékařem a pacientem. Zapomínáme na to, že souhlas může mít i jinou formu než encyklopedický výčet katastrof, že stačí ústní nebo gesto pokývnutí, je-li jednoznačné. A že tím gestem nám pacient dává svoji důvěru a věří, že mu pomůžeme, že navrhujeme to nejlepší, co pro něj v danu chvíli můžeme udělat.

Rodina na kolotoči – o přenosu domácího násilí z generace na generaci

Jolana Boháčková

„Počátky diskusí a následných studií na téma přenosu traumatu vyvolaly především přímé oběti holocaustu a přenos traumat spojený s holocaustem na jejich potomky. Dnes je téma transgeneračního traumatu přenášeno do širších kontextů, tedy na psychotraumatizaci způsobenou různými nepříznivými vlivy, včetně traumatizace domácím násilím. Velký průlom ve studiu transgeneračního přenosu psychotraumat pak přinesly studie a teorie z oblasti epigenetiky. Tato věda studuje změny aktivace některých genů předávaných do dalších buněk, přičemž neovlivňují DNA v genotypu. Zaměřuje se na vlastnosti buněk, které se týkají fenotypu,“ píše v úvodu knihy *Rodina na kolotoči* forenzní psycholožka docentka Ludmila Čírtková.

Upozorňuje na výsledky slavného experimentu na myších B. G. Diase a K. Resslera. První generace myši byla vystavena dříve neutrální vůni, po které následoval elektrošok. Po nějakém čase začaly mít myši strach z typické vůně, což samo o sobě není překvapením. Překvapivé však je, že potomci těchto myší projevovali obavu, jakmile byli vystaveni této vůni, aniž by kdy sami prožili negativní zkušenost s tímto pachem. Předávání traumat souvisejících s domácím násilím tedy nemusí být zapříčiněno pouze sociálními podmínkami a sociálním učením (nápodoba a identifikace), ale může být spojeno také s genetikou a epigenetikou, tedy s genetickými dispozicemi a epigeneticky podmíněnými změnami.

Ludmila Čírtková si všímá také výzkumů vývojové neuropsychologie, které dokládají závažné dopady traumatizace těhotných žen na jejich nenarozené potomky. Produkce stresových hormonů v těle matky, která může být způsobená tím, že byla vystavena domácímu násilí, vyvolává labilitu u nenarozeného dítěte v děloze. „U opakovaně a silně vystresované matky se tělíčkem plodu prohání nejen matčiny stresové hormony, které procházejí přes placentu do plodu,“ uvádí doc. Čírtková a podotýká, že podobný efekt má i sekvenční násilí na malém dítěti, které navozuje změny v aktivitě některých genů a jejich přepisu. To se projevuje narušením schopnosti regulovat emoce, a tedy se promítá i do chování jedince. Nepřiměřenou reakci pak vyvolá i malý stres.

Zajímavé je také vysvětlení transgeneračního přenosu domácího násilí skrze teorii vazby. Dítě se rodí s přirozenou potřebou navázat s matkou těsnou vazbu, která vzniká na základě interakcí s pečující osobou. Experimenty ukázaly, že jakmile intenzivní příjemný kontakt maminky s mimínkem vystřídá dvouminutové ustrnutí těla i obličeje matky, kojenec začne projevovat neklid a rozplácí se. Prostředí, kde se odehrává domácí násilí, tedy musí nutně ovlivnit i šanci dítěte vytvořit si vazbu vůči druhé osobě. Člověk bez „bezpečné citové vazby“ může pak v dospělosti vnímat partnerský vztah jako zdroj stresu nebo není schopen vůbec vztah navá-

zat. Nabízí se rovněž otázka, nakolik si dospělá žena bez schopnosti navázat přirozenou vazbu vlivem situace v raném dětství, dokáže vytvořit vřelý vztah se svým vlastním dítětem.

Profesor Cyril Höschl v různých rozhovorech mnohokrát zmínil pokus, který prováděl na potkaních kanadský psychiatr Michael Meaney. Sledoval mateřské chování potkaních samic, které ihned po vrhnutí začnou svá mláďata opečovávat a olizovat. Vyčlenil ty, které olizují málo, a také ty, které olizují hodně. „Ukázalo se, že málo opečovávaní potomci potkanů mají vysokou expresi genu, který spouští celou kaskádu činností stresových hormonů. Když jste dlouho ve stresu a nejste vůči němu dostatečně odolní, vyplavuje se ve větší míře kortizol a začne v organismu působit škody,“ píše profesor Höschl ve své knize *Tak o co jde*, dodává, že „málo olizování“ potkani jsou méně odolní vůči stresu, méně jim to myslí a nejsou tak zvědaví. Důležitým poznatkem je také to, že se tento vzorec chování přenáší na další generaci – málo opečovávaní potkani olizují málo své potomstvo a to je pak ustrašenější a méně odolné vůči stresu.

Když se pak spojí omezená odolnost člověka vůči stresu, který výchova dětí nepochybně vyvolává, s tím, že jedinec po rodičích přejímá určitý způsob chování a rozdělení rolí v rodině a partnerství, může vzniknout podhoubí pro propuknutí domácího násilí. I když jedinec byl jako dítě „pouze“ svědkem domácího násilí, může se sám ve svém partnerském vztahu stát násilníkem nebo naopak obětí. Dle kvalifikovaného odhadu zhruba čtvrtina až třetina rodičů, kteří byli svědky či oběťmi násilí v rodině, předá stejnou zkušenost svým dětem. Jak podotýká psychoterapeutka a vedoucí intervenčního centra organizace Respondeo PhDr. Denisa Zelinka Sachomská, role obětí a násilníků se v průbě-

hu života navíc mohou měnit. „Žena, která byla dlouhodobě obětí partnerského násilí, začne po rozvodu bít svého syna, protože má problém zvládnout své emoce a stres a zároveň má naučené určité způsoby chování – neumí konfliktní situaci vyřešit nějak jinak,“ říká.

Publikace *Rodina na kolotoči* věnující se transgeneračnímu přenosu domácího násilí se opírá o velké množství kazuistik pořízených intervenčními centry napříč celou ČR, která pracují s oběťmi a svědky domácího násilí. Kazuistiky jsou dopodrobna rozebírány z pohledu jednotlivých aktérů situace, z pohledu pracovníků intervenčních center, ale i policie či soudu. Autorky knihy se snaží rozklíčovat, v kolika generacích se v dané rodině objevuje domácí násilí, jak souvisí s genderovými stereotypy a rodinnými příběhy. Věnují se podrobně dynamice a rozvoji vztahů mezi jednotlivými aktéry situace.

Knihla rovněž využívá dat rozsáhlého průzkumu společnosti SocioFactor prováděného v rámci projektu *Děti bez násilí* pro Asociaci pracovníků intervenčních center ČR, který měl za cíl získat co největší množství informací týkajících se mezigeneračního přenosu domácího násilí a jeho příčin. Výsledky mimo jiné naznačují, že si transgenerační přenos lidé velmi často uvědomí až při podrobnějších a dlouhodobějších rozhovorech, například při terapii. „Je velmi důležité s tímto aspektem pracovat, aby se každý, kdo v násilném vztahu žije, z kolotoče násilí dokázal vymanit, ať je rodičem nebo dítětem,“ uzavírá Mgr. Martina Vojtíšková, předsedkyně Asociace pracovníků intervenčních center ČR, editorka a spoluautorka knihy *Rodina na kolotoči*.

Ludmila Čírtková, Martina Vojtíšková a spol.: *Rodina na kolotoči. Transgenerační přenos domácího násilí. Asociace pracovníků intervenčních center ČR. Ústí nad Labem. 2024*



Medicínské zločiny v době nacionálního socialismu

Jana Fixová, studentka všeobecného lékařství

V rámci svého zahraničního pobytu v Německu jsem navštívila Muzeum historie medicíny v Hamburku, jehož stálá expozice zahrnuje i část věnovanou medicínským zločinům z doby nacionálního socialismu. Cílem expozice je připomenutí neetického jednání a zdůraznění odpovědnosti lékařů, právníků, ošetřovatelů a dalších osob, které na těchto skutečích měly svůj podíl. Stejně tak je záměrem výstavy připomenout jména obětí *NS-euthanasie* (nacistického programu eutanázie) původem z Hamburku, které byly v letech 1939 až 1945 zavražděny, přičemž jsou zde kromě samotných jmen k nalezení také některé příběhy obětí a jejich rodin.

Zločiny v době nacionálního socialismu zahrnují eutanázii, v rámci které byly systematicky vyvražďovány osoby s mentálním či jiným postižením. V roce 1939 se ustavila povinnost lékařů a porodních asistentek nahlašovat děti narozené s postižením. Tyto děti byly následně umisťovány do ústavů, kde s nimi pracovníci jednali velmi nevhodným způsobem a nakonec v mnohých případech docházelo ke smrti dětí předávkováním. Lékaři přesvědčovali rodiče, že jejich děti v ústavu podstoupí vysoce rizikovou léčbu, s čímž nakonec pravděpodobně pod nátlakem souhlasili.

Dalším zmíněným zločinem byla nucená sterilizace, která probíhala v návaznosti na prosazení zákona o prevenci vrozených onemocnění. K diagnózám, které odsoudily oběti k nucené sterilizaci, patřily například maniodepresivní choroba, epilepsie, alkoholismus, rozštěp patra a rtu nebo schizofrenie. V operační knize vy-

stavené v muzeu pak v kolonce „onemocnění“ – tedy odůvodnění operačního výkonu, stálo pouze slovo zákon.

Tématizovány byly také pokusy na ženách v Osvětimi, při kterých byl například použit prototyp prvního kolposkopu vynalezený Hansem Hinselmannem. Ten byl využíván v rámci výzkumu časné diagnózy rakoviny děložního čípku, který probíhal v koncentračním táboře v Osvětimi. Ačkoli Hinselmannova výzkumná činnost a vynález kolposkopu přinesla poznatky a metody, které jsou využívány dodnes, vyvstávají při tomto znepokojivém zjištění týkajícím se právě vynálezu kolposkopu otázky, zda je správné využívat přístroj, kvůli jehož testování utrpělo nelidským zacházením mnoho žen. Na jednu stranu lze uvažovat o tom, že zmíněné utrpení testovaných osob již nelze vzít zpět a využití výsledků těchto výzkumů pro pozitivní účely je tedy minimálně něčím, co může být použito ve snaze zmírnit nebo zcela předejít utrpení lidí v současnosti. Na druhou stranu by mě zajímal pohled testovaných osob, jelikož si myslím, že v jejich očích by i přes přínos výzkumů mnohdy převládala tíha jejich utrpení nad benefitem pro společnost, který z objevů pramení. Přinejmenším bych považovala za správné okolnosti vzniku současně používaných metod, jejichž výzkum souvisí s neetickým zacházením s testovanými osobami, nadále připomínat a zdůrazňovat nepřijatelnost tehdejších událostí.

Z naší dnešní perspektivy se události ze zmíněné doby zdají neuvěřitelné, pro mě osobně jsou především osudy dětí s postižením a jejich rodin zasahující.

Součástí výstavy byla biografie a obraz Irmý Sperling (1930 až 1944), která se narodila s mentálním postižením. V roce 1943 byla odebrána rodičům a převezena do ústavu ve Vídni, kde započala její „léčba“. Děti se zde však místo s podporou a potřebnou terapií setkaly s nedostatečnou výživou a hrubým zacházením. Během pobytu v tomto ústavu rozvinula Irma agresivní chování, které bylo řešeno pomocí svěrací kazajky. Irma byla jedním z dětí, jejichž život byl ukončen předávkováním barbiturátem – Luminalem, který byl v té době nejčastěji užívaný jako prostředek k realizaci eutanázie dětí. Jako příčinu úmrtí pak lékaři uváděli pneumonii nebo chřipku společně s vrozeným postižením daného dítěte. Až o mnoho let později se jedné z Irminých sester podařilo při pátrání po svědcích sestřina úmrtí dohledat, že vzorky mozkové tkáně Irmý byly využity při výzkumu v jedné z psychiatrických klinik ve Vídni.

V kontextu nacistického programu eutanázie byly používány pojmy jako „nutzloser Esser“ nebo „leere Menschenhülsen“ a „Ballastexistenzen“. Tato slova jen podtrhují absolutně nepochopitelné uvažování tehdejších zastánců programu. V knize věnované obětem *NS-euthanasie* v Hamburku, která byla dostupná k prolistování v rámci výstavy, byly zmíněny myšlenky filozofa Adolfa Josta týkající se hodnoty života jednotlivců. Hodnota života konkrétního člověka je zde získána rozdílem radosti a utrpení, které jedinec prožívá, a rozdílem přínosu společnosti a zátěže, kterou jedinec pro své okolí představuje. Nejprve bych chtěla zdůraznit, že rozhodovat podle tohoto či podobného vzorce o životě či smrti jiných lidí je nepřijatelné. Myslím, že je v mnoha případech z vnější perspektivy těžce zhodnotitelné, zda člověk prožívá radost či nikoli. Například můžeme nabýt dojmu, že děti s postižením trpí a při pohledu na

ně nemusíme mít pocit, že jejich život je pro ně samotné hodnotný, ale opak může mnohdy být pravdou. Proto myslím, že nepřísluší nikomu jinému než onomu člověku samotnému soudit, zda jeho život má či nemá hodnotu. Toto prožívání je dle mého názoru čistě subjektivní a různí lidé mohou mít ve stejných situacích odlišný náhled na svůj osud. Spíše tedy než hodnotit význam konkrétního lidského bytí, bychom se měli snažit o zkvalitnění života pacientů s postižením a zajištění toho, aby jejich život pro ně samotné byl co nejnaplněnější. Samozřejmě nelze opomenout druhou polovinu této myšlenky, tedy význam konkrétního jedince pro okolí. Jisté nelze říci, že situace rodin s postiženým dítětem by byla snadná, avšak přesto pochybuji, že rodičovská láska je limitovaná pouze na zdravé děti. Samozřejmě bohužel existují případy, kdy se rodiče kvůli postižení svého dítěte péče o něj zřeknou, avšak obecně říci, že život dětí s postižením je méně hodnotný, neboť představují větší zátěž, není správné.

Závěrem bych chtěla vyjádřit znepokojení pramenící z faktu, že tyto činy byli schopni provádět právě lékaři a další zdravotníci, kteří se pravděpodobně původně rozhodli medicíně věnovat za účelem zlepšování kvality lidských životů a jejich záchrany. Následně stačilo relativně málo k tomu, aby se jejich vnitřní nastavení zcela zvrátilo a došli svými činy daleko za hranu etického chování. Samozřejmě nelze opomenout fakt, že k této činnosti byli mnozí lékaři nuceni tehdejší politickou situací, avšak někteří lékaři v té době dostali šanci ke kariéernímu postupu, kterou na úkor zmíněných obětí využili. Ani v jednom případě není jejich jednání omluvitelné, avšak myslím, že mnoho lékařů v té době bylo postaveno do velmi nelehké situace.



Nadějí pro ukrajinské válečné veterány je psychedeliky asistovaná terapie. Česko je na špici oboru

Tomáš Kolder, Jolana Boháčková

Evropská unie čelí vážné krizi v oblasti duševního zdraví. V roce 2023 mělo 46 procent Evropanů zkušenost s emočními nebo psychosociálními problémy. Tento fakt navíc výrazně zatěžuje zdravotní systémy jednotlivých zemí. Na duševní zdraví lidí má stále vliv covidová pandemie, ale i aktuální válka na Ukrajině. Konflikt na Ukrajině má přímo devastující účinky na psychické zdraví tamních vojáků i civilistů. Nadějí v léčbě posttraumatické stresové poruchy může přinést

psychedeliky asistovaná terapie. Zapojení takovýchto inovativních terapií do zdravotnického systému může být obecně slibnou cestou k pomoci nemocným, ale i pro psychiatrii jako vědu a také veřejné rozpočty. A právě v tomto oboru má Česká republika velký potenciál stát se evropským lídrem.

Koncem června se konala v Lichtenštejnském paláci v Praze mezinárodní konference s názvem *Inovativní postupy v oblasti duševního zdraví a udržitelnost systémů*

zdravotní péče: Česko jako lídr EU? Propojila uznávané odborníky s regulačními autoritami a tvůrci politik z členských států EU, se zástupci Evropské komise, členy Evropského parlamentu a zástupci Ukrajiny. Konference se ve čtyřech hlavních blocích věnovala tématům, jako jsou regulace psychoaktivních látek, potenciál psychedeliky asistované terapie v rámci léčby posttraumatické stresové poruchy, inovativní terapie z perspektivy nákladové efektivity a udržitelnosti zdravotnického systému a investicím a filantropii v oblasti duševního zdraví. Kromě českých odborníků a politiků na konferenci vystoupili i mezinárodní odborníci Alexis Goosdeel, ředitel Evropského monitorovacího centra pro drogy a drogovou závislost, Eric Vermetten, psychiatr a profesor zabývající se lékařsko-biologickými a psychiatrickými aspekty psychotraumatu, Elliot Marseille, ředitel spolupráce pro ekonomiku psychedelik na univerzitě v Berkeley, a také poslanci z ukrajinského parlamentu Mykhailo Radutskyi, Rostislav Tistyk a Dmytro Gurin.

Česká republika v čele evropských iniciativ v oblasti duševního zdraví

Česká republika během svého předsednictví v Radě EU vrátila duševní zdraví zpět na vrchol agendy unie. „Se zvyšujícím se tlakem na systémy zdravotní péče a za účelem řešení narůstajících problémů v oblasti duševního zdraví učinila Evropská komise důležitý krok ke koordinovanému postupu a v červnu 2023 představila komplexní přístup EU k duševnímu zdraví. Stejně jako zdravotnictví samotné se také duševní zdraví dlouhodobě nacházelo na okraji zájmu EU. Tento stav se pomalu mění a očekává se, že trend bude po volbách do Evropského parlamentu pokračovat v podobě legislativních iniciativ či finanční podpory vědy a výzkumu,“ říká Vik-

tor Chvátal, zakladatel organizace PsychedelicsEUROPE platformy zabývající se evropskou regulací psychedelik.

Prof. Jiří Horáček, přednosta Kliniky psychiatrie a klinické psychologie 3. LF UK a NUDZ, ve svém vystoupení představil „český model“, který kombinuje kvalitní výzkum zdravotnického využití psychedelických látek s progresivní politikou v oblasti závislostí, a slouží jako inspirace nejen pro další členské státy, ale i pro evropské instituce. Dr. Tomáš Páleníček (3. LF UK a NUDZ) pak ve svém příspěvku přiblížil současný výzkum léčebného využití psychedelik, který probíhá v NUDZ.

„Psychedelika jsou jednou ze skupin psychoaktivních látek, které si zasluhují změnu v regulaci a politice. Jejich návykovost je minimální a jejich užívání je spojeno s minimálními zdravotními a společenskými negativními dopady,“ říká Viktor Mravčík, vedoucí vědeckého oddělení Think Tanku Racionální politiky závislostí. Většinu psychedelických látek ale můžeme doposud používat pouze v rámci výzkumu. „Důvodem je, že zatím nejsou schváleny jako léčiva. Zdůrazňuji, že zatím, protože běží schvalovací procesy, a to jak ve Spojených státech, tak na úrovni EU. Psychedelika představují zásadní naděje pro řadu doposud obtížně léčitelných potíží včetně posttraumatické stresové poruchy (PTSD),“ řekl profesor Jiří Horáček.

Ukrajina a příklad potenciálu psychedeliky asistované terapie

Probíhající válka na Ukrajině má devastující účinek na psychický stav nejen vojáků, ale také civilního obyvatelstva. Duševní zdraví a léčba PTSD se tak stávají bezpečnostním tématem. Terapie pomocí psychedelik, jako jsou MDMA nebo ketamin, vykazují rapidní efektivitu, a právě potenciálu

psychedeliky asistované terapie v rámci válečného konfliktu na Ukrajině se věnoval jeden z panelů konference. Dle studie Multidisciplinární asociace pro psychedelická studia se ukazuje, že 67 % účastníků, kteří podstoupili tři sezení s MDMA-asistovanou terapií, již nesplňovalo diagnostická kritéria pro PTSD, a 88 % znamenalo významné zlepšení symptomů. Ukrajinské instituce proto mají zvýšený zájem o spolupráci s renomovanými vědci a státy aktivními v této oblasti, jako jsou Česká republika a Nizozemsko.

Kvůli válce na Ukrajině přibývá složitých případů PTSD, které nereagují na konvenční léčbu, a psychedeliky asistovaná terapie může urychlit proces léčení těchto pacientů. Dle odhadů Ministerstva zdravotnictví Ukrajiny trpí PTSD mezi 3 až 4 miliony Ukrajinců, ale tento počet by mohl výrazně vzrůst, pokud válka bude pokračovat. Navíc až 57 % populace je ohroženo rozvojem chronických duševních poruch. „Aktuálně má na Ukrajině asi 3,5 milionů lidí, nejen vojáků a veteránů, problém s duševním zdravím kvůli válce, přes milion válečných veteránů bude potřebovat pomoc skrze psychoterapii a v tuto chvíli asi polovina veteránů trpí PTSD. Duševní zdraví musí být téma a musí být součástí obnovy Ukrajiny. Vítězství ve válce je jedna věc, ale my musíme vyhrát i válku s duševním zdravím. Jedna z možností, jak vyhrát tuhle válku, je psychedeliky asistovaná terapie a náš parlament a ministerstvo zdravotnictví bude podporovat klinické studie,“ řekl ukrajinský poslanec a člen parlamentního Výboru pro zdraví národa, zdravotní péče a zdravotního pojištění Dmytro Gurin. Ukrajina by se tak mohla stát výzkumným centrem pro terapii pomocí psychedelik. V případě finanční podpory by na Ukrajině také chtěli připravit celostátní klinickou studii, která by testovala terapii s pomocí MDMA jako první léčbu traumatu.

Léčebný psilocybin a psychomodulační zákon jako příklad moderní regulace

Jedním z hlavních kroků integrace psychedeliky asistované terapie do zdravotních systémů jednotlivých zemí je vytvoření regulačního rámce, který zajistí bezpečné a účinné použití psychedelik. Evropské státy jako Česká republika a Nizozemsko jsou v čele těchto snah, přičemž se zaměřují na posílení komunikace mezi výzkumnými centry, regulátory a politiky. Trendy v Evropě, stejně jako v USA a Austrálii, naznačují, že integrace této terapie není otázkou „jestli“, ale „kdy“, což zdůrazňuje potřebu praktických kroků pro její implementaci.

Příkladem dobré regulace může být nedávno schválený „psychomodulační zákon“, který prošel českým parlamentem a který reaguje na potřebu zodpovědného přístupu k novým psychoaktivním látkám. Tento zákon zavádí nové kategorie látek a definuje přísné podmínky pro jejich prodej a kontrolu, aniž by spadaly do prohibičního režimu. Zákon umožňuje uvádění látek jako HHC nebo kratom na trh pouze ve specializovaných prodejnách s přísnou kontrolou obsahu účinných látek. Prodej nezletilým je zakázán a prodej na dálku vyžaduje ověření věku kupujícího.

Tento zákon také otevírá cestu pro širší diskusi o legalizaci psychedelických látek jako psilocybin či MDMA pro využití v léčbě duševních onemocnění, neurodegenerativních onemocnění či závislostí. Vzorem mohou být již existující regulace těchto látek v USA, Spojeném království či Austrálii.

Soukromé investice a filantropie v oblasti duševního zdraví

Česká republika disponuje v oblasti psychedeliky asistované terapie v regionálním porovnání kvalitním

ekosystémem. Kromě špičkových vědců a progresivní regulace existuje v Česku etablovaná skupina investorů a filantropů, kteří dlouhodobě strategicky podporují výzkum a klinické studie. Mezi nimi jsou Václav Štrupl, Václav Dejmár a Ondřej Fryc. Na globální úrovni se investičním aktivitám v této oblasti věnuje také americko-izraelská investiční společnost Negev Capital. Čeští i globální investoři vidí v psychedeliky asistované terapii nejen filantropii, ale také slibně se rozvíjející sub-sektor inovativního farmaceutického průmyslu. Vzhledem k absenci regulačního rámce je nezbytné posílit komunikaci mezi investorskou komunitou a státní správou, aby se maximálně využil potenciál této terapie.

Konferenci organizoval Nadační fond na výzkum psychedelik PSYRES, Think Tank Racionální politiky závislosti a platforma zabývající se evropskou regulací PsychedelicsEUROPE. Jedním z organizátorů byl také prof. Jiří Horáček, přednosta kliniky psychiatrie a lékařské psychologie 3. LF UK, vedoucí Centra pokročilých studií NUDZ a spoluzakladatel PSYRES. Akce se konala pod záštitou předsedy vlády ČR, Úřadu vlády ČR, předsedy Výboru pro zdravotnictví Poslanecké sněmovny Parlamentu ČR, předsedy Výboru pro zdravotnictví Senátu Parlamentu ČR a první dámy České republiky paní Evy Pavlové.





Sladování profesní dráhy s rodičovstvím ovlivňuje u lékařů a lékařek volbu specializace

Barbora Decker, Veronika Vlachová, Spolek Mladí lékaři

V současné době se otázka sladování práce ve zdravotnictví s rodičovstvím stává čím dál více diskutovaným tématem. Průzkum *Rodičovství v medicíně* Spolku Mladí lékaři s účastí 3 401 lékařek a lékařů zjišťoval jejich potřeby a preference v povolání související s péčí o malé děti. Výsledky popisují klíčové výzvy spojené se slado-

váním péče o rodinu s profesí. Zároveň upozorňují na dosud podceňovanou roli a skrytý potenciál podpory rodičů na pracovišti v personální stabilizaci zdravotnictví.

Výsledky průzkumu naznačují, že sladování profesní dráhy a rodičovství nejvíce ovlivňuje profesní

volby toho rodiče z páru, který zajišťuje většinu úkonů a rozhodnutí spojených s péčí o děti v domácnosti, tzv. primárního pečovatele. V našich sociokulturních podmínkách asi není překvapivé, že podle analýzy průzkumu byla až na výjimky primárním pečovatelem žena (ženy byly mezi respondenty zastoupeny ve větší míře než v populaci českých lékařů dle oficiálních statistik). V postupující feminizaci medicíny dostávají každopádně nasbíraná data nový rozměr.

Téměř polovina všech respondentů například uvedla, že případné rodičovství brali v potaz při výběru své lékařské specializace. Rodiče v roli primárních pečovatelů přitom jako svou pracovní náplň nejčastěji označují práci v ambulanci, zatímco ostatní rodiče a bezdětní pracují převážně na lůžkových odděleních a častěji například zmiňují také operačních sály. Co do typu smlouvy se zaměstnavatelem průzkum ukazuje jasný posun k částečným úvazkům s nástupem na rodičovskou dovolenou. Částečné úvazky se ale jeví jako optimální volba pro rodiče intenzivně pečující o děti i dlouho po skončení rodičovské dovolené. A konečně, v současné době tolik aktuální pohotovostní služby považuje většina respondentů za obtížně slučitelné, až neslučitelné s rodinným životem. Ženy preferují spíše dvousměnný provoz, zatímco muži dosavadní osmihodinovou pracovní dobu s délkou pohotovostní služby 24 hodin.

Průzkum dále zjišťoval, jaké zaměstnanecké benefity (nebo lépe řečeno prarodinná opatření na pracovišti) považují lékařky a lékaři za přínosné pro sladování svého povolání s rodičovstvím. Nejčastější odpovědí byl zkrácený pracovní úvazek (77 %), zařízení péče pro děti do 3 let věku v areálu nebo jeho blízkosti (67 %) a flexibilní pracovní doba (66 %). Podle dat průzkumu necelá polovina respondentů zvažuje změnu zaměst-

navatele v souvislosti s rodičovstvím. Z dat je zároveň zřejmé, že lékaři a lékařky, kteří plánují změnu, mají benefitů dostupných méně než ti, kteří změnu neplánují. Za zmínku jistě stojí také umožnění a podpora plnění odborně, časově, finančně a organizačně náročných podmínek specializačního vzdělávání (a snaha o jejich racionalizaci). Tento aspekt se v žebříčku priorit všech respondentů umístil v těsném závěsu za výše uvedenými a jeho naléhavost vyplývá také z komentářů respondentů k dotazníku.

Výsledky průzkumu apelují na nutnost změn v organizačních strukturách a pracovní kultuře, které usnadní sladování profesního a rodinného života, a mohou tak přispět k efektivitě a stabilitě zdravotnického personálu. Zároveň je ale vhodné vnímat je jako příležitost k inovacím v náborové strategii. Zdravotnická zařízení, která upraví pracovní podmínky pro lékařky a lékaře s cílem usnadnit jim skloubení profesního a rodinného života, mohou sehrát klíčovou roli v nastartování pozitivních změn. Důležitý impuls pro změnu poskytnou i lékařky a lékaři tím, že budou ke sladování přistupovat aktivně: otevřeně se zajímat o prarodinnou politiku zdravotnických pracovišť a cíleně vybírat taková, která nabízí flexibilní a moderní přístupy k práci.

Celkem 15 % českých lékařek a lékařů uvažuje, že v souvislosti s rodičovstvím opustí povolání lékaře. Současně 27 % z toho samého důvodu uvažuje o změně specializace. Je tedy potřeba věnovat se tématu sladování rodičovství s kariérou v medicíně? Data získaná průzkumem *Rodičovství v medicíně* mluví jasně – pokud chceme přistupovat zodpovědně a komplexně k personální stabilizaci zdravotnictví, odpověď je ano.

První výsledky průzkumu CZECHSEX: frekvence sexuálních aktivit Čechů klesá, seznamování se více přesouvá na internet

Jan Červenka

Za poslední dekádu nebyla k dispozici žádná data o sexualitě obyvatelstva ČR. V Česku přitom mezi lety 1993 až 2013 probíhaly unikátní průzkumy tohoto typu, realizované Sexuologickým ústavem 1. LF a VFN. Proto byla ve spolupráci s agenturou MindBridge koncem března úspěšně dosbírána data k reprezentativnímu průzkumu CZECHSEX, který jako první v ČR respektuje také mezinárodní doporučení metodiky provedení reprezentativních výzkumů sexuality a genderu. První předběžné výsledky byly prezentovány na závěrečné tiskové konferenci v Charvátově sále III. interní kliniky VFN a 1. LF UK.

Podařilo se tak shromáždit reprezentativní data mapující řadu témat týkajících se sexuálního zdraví a well-beingu v české populaci. Mezi tato témata patří například seznamování, vztahy, sexuální well-being, potíže v sexuálním fungování, parafilní preference, sexuální milníky, masturbace a frekvence sexuálních aktivit, sexuální násilí, chemsex, pohlavně přenosné nemoci, LGBTQ+ témata, konzumace pornografie a sexuální aktivity online nebo postoje ve společnosti k těmto tématům.

Sexuální milníky a sexuální well-being

„Průměrný věk prvního sexu u žen je 17,46, u mužů je to průměrně v 18,33 letech. Průměrný věk prvního

sexu se od posledního výzkumu v roce 2013 příliš neliší. V tomto roce uváděly ženy průměrný věk prvního sexu 17,73 let, muži uváděli průměrný věk 17,79. Průměrný věk prvního sexu je nižší v mladších věkových kohortách. V nejmladší věkové kategorii ženy (18–25 let) uvádí průměrný věk prvního sexu 16,63, muži ve věku 18–25 let pak věk prvního sexu 17,21 let,“ popisuje dr. Kateřina Klapilová vedoucí Centra pro sexuální zdraví a intervence NUDZ a hlavní metodik průzkumu CZECHSEX.

„Z našich dat také vyplývá, že ženy průměrně začínají masturbovat v 16,61 letech. U mužů je to o něco dříve, průměrně ve 14,24 letech. I tento údaj zůstává ve shodě se sběrem z roku 2013, kde muži uváděli věk první masturbace průměrně ve 14,04 letech, u žen to bylo v 16,17 letech. Trend směrem k dřívějšímu nástupu masturbace je patrný zejména u žen, kde se v nejmladší věkové kohortě snižuje na 13,38 let. Oproti tomu ženy v nejstarší věkové kohortě (66–75 let) začínaly masturbovat průměrně ve 20,33 letech. Stejně tak se napříč věkovými kohortami snižuje i věk prvního sledování pornografie. V nejmladší věkové kohortě (18–25 let) je to mezi ženami průměrně ve 14,52 letech, u mužů ve 14,18, zatímco v nejstarší věkové kohortě (65–75) začínaly ženy sledovat pornografii průměrně ve 31,75 letech a muži v 28,41 letech,“ říká doktorka Klapilová.

Většina lidí napříč věkovými kategoriemi je za posledních 12 měsíců spíše spokojena se svým sexuálním životem. Naprostá většina lidí preferuje spíše partnerské sexuální aktivity před masturbací.

Frekvence sexuálních aktivit

Ukazuje se, že 5,93 % žen a 8,43 % mužů nikdy nemělo sex. Z toho ve věkové kohortě 18–25 let jde u mužů o 54,4 %. U žen je to 30 % ze stejné věkové kohorty. I mezi nejstarší generací se najdou lidé, kteří nikdy neměli sex. Jedná se o 4 % žen a 2,4 % mužů ve věkové kohortě 65–75 let.

„Frekvence sexuálních aktivit se snižuje s věkem. I mezi současnými mladými lidmi, ale zůstává překvapivě nízká. Z dat vyplývá, že průměrně měly ženy za poslední měsíc sex s druhou osobou 0,71krát a muži 0,99krát, průměrná frekvence sexu je tedy v české populaci méně než jednou za poslední měsíc (v období sběru dat). Ve věkové kategorii 18–25 let to bylo u žen průměrně 1,7krát za poslední měsíc a u mužů 1,3krát. To je v souladu s údajem o průměrné měsíční frekvenci v posledním roce. V posledním roce uvádějí ženy i muži frekvenci sexu obvykle jednou či několikrát za měsíc. U lidí, kteří měli v době sběru dlouhodobý partnerský vztah, byla frekvence sexu s partnerem za měsíc průměrně 5,72krát u mužů a 5,63krát u žen,“ popisuje prof. Petr Weiss, garant výzkumu.

Frekvence masturbace se velmi liší v jednotlivých věkových kohortách. V nejmladší věkové kohortě od 18 do 25 let masturbují ženy průměrně 4,06krát za měsíc a muži průměrně 8,80krát za měsíc. S věkem pak frekvence výrazně klesá. Nikdy v životě nemasturbovalo 21,3 % žen a 5,2 % mužů. Ženy masturbovaly v průměru 1,96krát za poslední měsíc, muži 5,39krát. Za po-

slední rok nejčastěji uvádějí ženy průměrnou četnost masturbace jednou či několikrát za rok a muži jednou či několikrát za měsíc.

„Na první pohled se zdá, že od posledního celonárodního průzkumu sexuálního chování došlo ve frekvenci sexuálních aktivit k poklesu. V roce 2013 uváděly ženy měsíční frekvenci masturbace 5,56krát a muži 9,13krát. V partnerství uváděly ženy průměrnou frekvenci pohlavních styků 8,37krát a muži 9,57krát za měsíc. Vyšší celkové údaje jsou však zapříčiněny rozdílem v metodice obou výzkumů,“ doplňuje profesor Weiss.

Sexuální potíže (dysfunkce)

Z dat vyplývá, že nějaká ze sexuálních potíží se v průběhu života po dobu alespoň několika měsíců objevila u 61,19 % žen a 55,01 % mužů. Ne všem ale způsobovala stres. Přítomnost dysfunkce spolu s klinicky významným stresem (tzn. diagnostikovatelná porucha podle nové klasifikace MKN 11) se objevila u 21,41 % žen a 16,06 % mužů.

„Sexuální potíže nejsou výjimečnou záležitostí ani u žen, ani u mužů – nejčastěji se u žen někdy v životě objevila snížená sexuální touha 44,8 % nebo potíže s dosažením orgasmu u 44,6 % žen. Potíže se sexuálním vzrušením se objevily někdy v životě u 42,7 % žen, bolest při pohlavním styku u 19,6 % žen a sexuální kompulzivita (tj. problémy se zvládáním sexuálních nutkání, např. nadměrná konzumace pornografie) u 16,5 % žen. U mužů se nejčastěji objevují potíže s erekcí, ty se vyskytly někdy v životě u 26,1 %, které se častěji objevují s vyšším věkem, zatímco mezi lidmi ve věku 18–25 se tato potíže vyskytovala pouze u 6,6 %, ve věkové kohortě 66–75 let už se vyskytovala u 26,3 % osob. Snížená

sexuální touha se vyskytla někdy v životě po dobu alespoň několika měsíců u 24,4 % mužů, předčasná ejakulace u 24,6 %, opožděná ejakulace u 23 % a sexuální kompulzivita u 23,8 %. I přesto odbornou péči kvůli sexuálním potížím vyhledalo pouze 4,6 % mužů a 5 % žen, u kterých se nějaká z potíží vyskytla,“ popisuje MUDr. Libor Zámečník, přednosta Sexuologického ústavu 1. LF UK a VFN.

Potíže dosáhnout orgasmu se v posledním roce objevily u 21,3 % žen. To je srovnatelné s německým celonárodním průzkumem GeSiD z roku 2019, ve kterém tuto potíž za poslední rok uvedlo 23,6 % žen. Velmi srovnatelná čísla se objevují také u prevalence erektilní dysfunkce u mužů v posledním roce. Z našich dat vyplývá, že v posledním roce mělo potíže dosáhnout nebo udržet erekci 14 % mužů, v průzkumu GeSiD se jednalo o 13,6 %.

„U žen jsme mapovali také způsoby dosahování orgasmu. Z dat vyplývá, že při masturbaci dosahují ženy orgasmu nejčastěji klitoridálním drážděním (ve 43,9 % případů), zatímco při partnerských sexuálních aktivitách nejčastěji kombinovaným drážděním (ve 48,6 % případů). Některé ženy také uvedly, že během masturbace nebo během partnerských aktivit orgasmu nedosahují. U masturbace se jednalo o 4,4 % žen a u partnerského sexu o 4,2 % žen,“ doplňuje dr. Lucie Krejčová z Národního ústavu duševního zdraví.

Sexuální násilí

Hrozbami nebo násilím bylo k sexuálním aktivitám někdy v životě donuceno 16,8 % žen a 4,9 % mužů. To je 896 720 žen a 254 141 mužů v přepočtu na počet obyvatel. Kromě toho má minimálně 29,9 % žen a 16,9 % mužů zkušenost s nevyžádaným kontaktem se sexuál-

ním záměrem (např. osaháváním), to je v přepočtu 1 595 948 žen a 876 526 mužů.

„Z našich dat také vyplývá, že u žen, které zažily sexuální násilí, se to u 19 % z nich poprvé stalo ve věku mladším než 15 let. U mužů je to u 7,5 %. K nejvíce alarmujícím výsledkům patří to, že oběti v drtivé většině případů sexuální obtěžování a znásilnění nenahlašují na policii. V našem vzorku uvedlo 93,1 % žen a 98 % mužů, že situaci nenahlásilo. Mezi nejčastější důvody, proč oběti situaci nehlásily na policii, patří nevyhodnocení situace jako znásilnění (u 42,4 % žen a 58,4 % mužů) a na druhém místě stud (29,3 % žen a 14,7 % mužů),“ popisuje doktorka Klapilová.

Vztahy a seznamování

V době průzkumu bylo v dlouhodobém partnerském vztahu 73,7 % respondentů. Z nich 26,7 % uvedlo, že mají kromě dlouhodobého partnerského vztahu také vztah pouze sexuální.

„Lidé se nejčastěji seznamují přes přátele (29,6 %), v práci nebo ve škole (20 %) či v rámci společenských aktivit (17,5 %). Data ze zahraničí také ukazují přesun seznamování na internet. I v České republice se přibližně 13,4 % párů seznámí online, to je více, než vyšlo v roce 2019 v německém celonárodním průzkumu GeSiD, kde se online seznámilo 9 % párů. Nejčastěji se online seznamují mladí lidé (20,7 % v nejmladší kohortě 18–25 let), s věkem využívání online prostoru pro seznámení klesá (4,9 % v nejstarší kohortě 66–75 let),“ popisuje dr. Markéta Šetinová, zakladatelka institutu Moderní láska.

Co se týče počtu sexuálních partnerů, z dat vyplývá, že ženy mají průměrně 8,6 sexuálních partnerů za život, zatímco muži 11,6. „Tento rozdíl v počtu partnerů mezi pohlavími, kdy ženy mají průměrně méně sexuálních

partnerů než muži, sledujeme dlouhodobě. Může být dán jednak společenským stigmatem a jednak nevhodně zvolenou metodologií analýzy dat. Podíváme-li se na střední hodnotu našich dat, nejčastěji mají muži i ženy 5 sexuálních partnerů, počet je tedy napříč pohlavími vyrovnaný. Zejména ženy v našem průzkumu udávají více sexuálních partnerů než v minulých průzkumech, což může být dáno zvýšením tolerance společnosti k tématu ženské sexuality,“ doplňuje Markéta Šetinová.

LGBTQ+ populace

V rámci průzkumu CZECHSEX bylo zjištěno, že 7 % lidí v populaci má jinou než heterosexuální orientaci. To znamená 736 230 lidí. Tato zjištění jsou v souladu se zahraničními daty, která uvádí prevalenci 5–10 %. Nejčastější neheterosexuální orientace je bisexualita/pansexualita, která se v populaci týká 3,2 % obyvatel, tedy 341 440 lidí. Druhou nejpočetnější skupinou jsou gayové, kterých jsou 2 %, tedy 213 400 lidí, leseb je pak 0,6 %, to znamená 64 020 lidí. Nebinárních a genderově rozmanitých osob je v populaci 0,4 %. V přepočtu na populaci se jedná přibližně o 42 680 lidí.

„Pro 33,5 % obyvatel ČR je zcela přijatelné, aby homosexuální páry měly stejná práva jako páry heterosexuální. Pro 14,3 % populace je to však stále naprosto nepřijatelné. Pro 22,7 % populace je také naprosto nepřijatelné, aby trans lidé nemuseli podstupovat sterilizaci při úřední změně pohlaví. Naprosto přijatelné je to pro 20,3 % lidí,“ říká Mgr. Andrea Stašek z Institutu pro psychologický výzkum FSS MUNI.

Online sexuální aktivity

V průběhu života mělo zkušenost se sledováním pornografie 78,5 % lidí. Naopak nikdy pornografii nesle-

dovalo 21,5 %. Více zkušenosti jsou v tomto ohledu muži, 89,5 % někdy pornografii sledovalo, u žen je to pouze 67,6 %. Největší podíl lidí, kteří pornografii nikdy nesledovali, je mezi staršími generacemi. Mezi lidmi ve věku 55–75 let se jedná o 27,7 %. Největší zkušenost se sledováním mají lidé ve středním věku. Zde pornografii nikdy nesledovalo pouze 16,4 %.

„4 % mužů a 1 % žen konzumují pornografii každý den nebo několikrát denně. Závislostí na pornografii (respektive kompulzivní poruchou sexuálního chování týkající se sledování pornografie) jsou nejvíce ohroženi lidé ve věku 18–34 let. V této věkové kategorii je ohroženo 5,4 % lidí. Častěji se toto ohrožení týká mužů (4,3 %), zatímco u žen je to 1,6 %,“ popisuje doc. Anna Ševčíková z Institutu pro psychologický výzkum FSS MUNI.

Lidé také získávají zkušenosti s novými online sexuálními aktivitami. Například s „live sexem“ (tj. živý video-přenos pornografie na internetu) má zkušenost 12 % mužů a 4 % žen. 17 % mužů a 5 % žen zatím live sex nezkusilo, ale chtělo by. Se sextingem (zasíláním nahých fotografií alespoň jednou v životě) má zkušenost 30 % mužů i žen.

Sběr dat pro průzkum CZECHSEX proběhl dvěma způsoby: online formou a osobním dotazováním. Respondenti byli vybíráni na základě kvót (pohlaví, věk, vzdělání, místa a velikosti bydliště). Celkem bylo sesbíráno 4 660 odpovědí online a 2 009 odpovědí osobním dotazováním. Data prezentována v této tiskové zprávě je třeba vnímat jako předběžná, neměla by se však již měnit zásadním způsobem. „Dále bude probíhat detailnější analýza jednotlivých oblastí a postupné zveřejňování odborných článků a reportů z nich,“ uzavírá doktorka Klapilová.



U neheterosexuálních lidí se v Česku výrazně častěji vyskytují duševní poruchy a sebevražedné myšlenky

Jan Červenka

Nová studie *Mental health and help-seeking in Czech sexual minorities: a nationally representative cross-sectional study*, publikovaná v prestižním časopise *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, ukázala, že se až u 52 % gayů a leseb vyskytuje alespoň jedna duševní porucha. Až čtvrtina pak reportuje suicidální myšlenky nebo chování, což je pětinasobek ve srovnání s heterosexuální populací. Předchozí výzkumy doložily, že tyto rozdíly v duševním zdraví nejsou zapříčiněny sexuální orientací, ale jsou z velké části způsobeny společenskou stig-

matizací, diskriminací a nedostatečným přijetím, které neheterosexuální lidé zažívají.

První komplexní český populačně reprezentativní výzkum, který zahrnoval otázky na sexuální identitu a duševní zdraví, umožnil na celonárodní úrovni porovnat duševní zdraví a intenzitu vyhledávání příslušné pomoci mezi heterosexuálními a neheterosexuálními lidmi. Studie se zúčastnilo celkem 3 063 respondentů, z nichž 2917 (95,2 %) se přihlásilo k heterosexuální orientaci, 44 (1,44 %) se identifikovalo jako gayové nebo

lesby, 48 (1,57 %) jako bisexuální lidé a 54 (1,76 %) se zařadilo do skupiny „jiné“. Sběr dat probíhal v domácnostech v listopadu a prosinci 2022.

Častější a závažnější duševní obtíže

„Na základě publikovaných výsledků jsme prokázali, že prevalence alespoň jedné současné duševní poruchy činila 18,85 % u heterosexuálních osob, 52,27 % u gayů nebo leseb, 33,33 % u bisexuálních osob a 25,93 % u sexuálně rozmanitějších osob. Sebevražedné myšlenky a chování se vyskytovaly u 5,73 % heterosexuálních osob, 25 % gayů nebo leseb, 22,92 % bisexuálních osob a 11,11 % sexuálně rozmanitějších osob. Zaznamenaný téměř pětinasobně vyšší výskyt sebevražednosti u gayů a leseb bohužel není výsledkem, který by se významně odlišoval od zjištění podobných studií v zahraničí. U nás je ale tato problematika stále z velké části ignorována a je zřejmé, že je zapotřebí jí věnovat náležitou pozornost,“ popisuje hlavní autor studie z Národního ústavu duševního zdraví, vedoucí pracovní skupiny *Duševní a veřejné zdraví sexuálně a genderově rozmanitých lidí* dr. Michal Pitoňák.

Studie také ukázala významné rozdíly v závažnosti symptomů duševních onemocnění. „Průměrná závažnost depresivních symptomů byla 2,96 u heterosexuálních osob a 4,68 u gayů a leseb, 7,12 u bisexuálních osob a 5,17 u sexuálně rozmanitějších osob. Průměrná závažnost úzkostných symptomů byla 1,97 u heterosexuálů a 3,5 u gayů a leseb, 4,63 u bisexuálů a 3,7 u sexuálně rozmanitějších osob. V rámci těchto výsledků vyšší hodnoty indikují vyšší závažnost. Hodnoty pro deprese byly v rozsahu 0 až 27 a hodnoty pro úzkosti od 0 do 21 bodů. V obou měřítkách skóre vyšší nebo rovné 5 a vyšší nebo rovné 10 ukazuje na mírnou a středně

těžkou symptomatologii,“ vysvětluje Mgr. Libor Potočár, výzkumný pracovník z pracovní skupiny Psychiatrické epidemiologie a doktorand Univerzity v Oslu. Výsledky studie také naznačují, že rozdíly v míře vyhledání pomoci jsou v Česku obecně značně široké: lidé, nehlédě na jejich sexuální orientaci, v naprosté většině (8 z 10) případů, ve kterých by byla péče indikovatelná, péči nevyhledají. „Tato propast mezi potřebou péče a jejím vyhledáním je tedy u obou skupin srovnatelná, byť je pravděpodobné, že se u obou skupin budou lišit hlavní příčiny nevyhledání pomoci, jako nedostupnost, cena, či v případě neheterosexuálních osob i možné další překážky související se stigmatizací. Jejich podrobnější zkoumání ale již nebylo součástí této studie,“ dodává dr. Pitoňák.

Pomoci mohou systémové změny

„Naše studie přináší spolehlivé důkazy o tom, že neheterosexuální lidé žijící v Česku mají ve srovnání s heterosexuálními lidmi výrazně horší duševní zdraví, přičemž dle výsledků dalších studií je zřejmé, že značnou část z nich pravděpodobně způsobují strukturální faktory, jako je diskriminace, stigmatizace a menšinový stres,“ dodává Mgr. Tomáš Formánek z pracovní skupiny Psychiatrické epidemiologie a doktorand Univerzity v Cambridge. „Na základě výsledků výzkumu zdůrazňujeme zejména nutnost zavádění systémových změn, které by nejen vedly k poskytování lepší a citlivější péče pro neheterosexuální osoby, ale také odstranily strukturální stigmatizaci, která k těmto zdravotním rozdílům přispívá. Jedním z takových řešení, které bylo identifikováno v oblasti výzkumu suicidality LGBT+ osob, je například zpřístupnění manželství pro LGBT+ páry,“ uzavírá dr. Pitoňák.

„Přírodně léčivý horor“ nobelistky Olgy Tokarczukové se vrací do předválečných let, kdy horská sanatoria obývali nemocní tuberkulózou

Jolana Boháčková

Jedna z nejznámějších polských spisovatelek, nobelistka z roku 2018 Olga Tokarczuková přichází s novým „přírodně léčivým hororem“ *Empusion*. Mladý student Mieczysław Wojnicz přijíždí z rodného Lvova do magickou atmosférou nabitého slezského Görbersdorfu (dnešní Sokołowsko), aby léčil své tuberkulózou rozkládající se plíce. Wojnicz se v „hotelu pro pány“ seznamuje s pacienty pocházejícími z celé někdejší střední Evropy – v malém horském městečku se mísí různé jazyky, náboženské a kulturní odlišnosti a také vnímání aktuálního politického uspořádání Evropy. Své vidění světa přednáší vídeňsko-rumunský socialista, katolík z tehdejšího Königsbergu, teozof z Breslau či berlínský student *beaux-arts*. Pánové relaxují, intenzivně se věnují jídlu a zdejšímu podivně chutnajícímu a velmi návykovému likéru, ale především mluví a mluví. Během řeči přicházejí na to, že svorně sdílejí misogynní představu, že muž je oproti ženě vyšší vývojový stupeň, rozumný a tahoun pokroku. Zatímco žena je osobnostně mdlá a neustále oslabovaná projevy svých emocí a pudových tužeb, kterými strhává muže do hlubin pekla. „Wojnicz si už všiml, že každá diskuse, ať šlo o demokracii, nebo pátou dimenzi, roli náboženství, socialismus, Evropu, nebo i moderní umění, nakonec vždy vedla k ženám.“ V replikách hovořících mužů nacházíme učení Charlese Darwina, dobově populárního Sigmunda Freuda a dalších uznávaných autorů.

Mezitím všim ale zdánlivě poklidnou horskou ves obchází jakýsi podivný magický děs.

Jako první klid naruší podezřelá smrt týrané manželky majitele penzionu a fakt, že každý rok v listopadu v městečku zahyne jeden mladý muž. Tichá hrůza roste z krajiny – *empusion*, autorčin neologismus, který má označovat místo obydlené čarodějnicemi, vychází z názvu démonické postavy *Empúys* z Aristofanových *Žab*.

Hlavní hrdina Wojnicz postupně ve svých myšlenkách a různých situacích rozplétá i svou vlastní záhadu – vyznačuje se ženskou krásou a pomalu před čtenářem rozkrývá svou intersexualitu. Vyjevují se mu také podivné staré zážitky a obrazy – ropuchy na hromadě brambor, podříznuté kačeny, upjatý, přísný otec, předčasně zemřelá matka či milující a vřelá chůva. Najednou jsou ty obrazy všude. Jako by se na aktéry příběhu ode všad někdo díval a zaplétal je do své hry.

Autorka v tajemném a podmanivém románu líčí rovněž krásy přírody a krajiny. Nešetří důkladným vykreslováním společníků mladého Wojnicze – jejich bot, hlasů, vůní, jídla a dokonce i typů kašle.

Ženy v příběhu zůstávají mocnými a fluidními bytostmi mimo náš dosah, postrádají člověčenství, ale v samotném závěru příběhu hrají zásadní, nadlidskou roli.

Olga Tokarczuková: Empusion, Host, 2023

Osud lotyšského národa ilustruje příběh tří generací žen

Jolana Boháčková

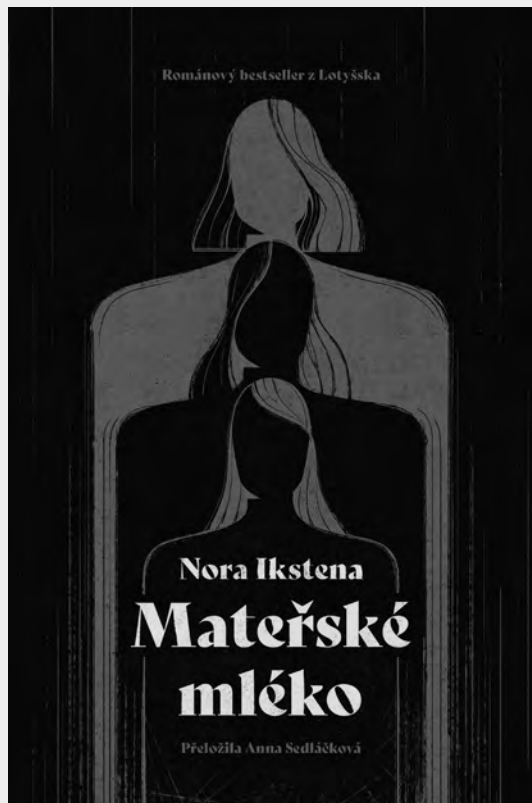
Poprvé v češtině vychází román lotyšské autory Nory Iksteny *Mateřské mléko*. Hlavní hrdinka – gynekoložka – vykonává své povolání v kontextu doby (před rokem 1989), tedy bez šance nabýt úspěchu na základě vlastních schopností, bez možnosti řídit se svými ambicemi. Vláčená politickou realitou končí ve venkovské ordinaci kdesi na „konci světa“, kde u ní navíc propuká

duševní onemocnění. Také další hrdinky – její matku a dceru – ovlivňuje historický osud lotyšského národa. Román se zamýšlí nad hodnotou svobody, překonáváním historických nástrah, předáváním životních zkušeností a nad mateřskou rolí obecně.

Rámcovým tématem knihy je historie země ve 20. století, konkrétně sovětská okupace, jejíž etapy představují tři generace žen – babička symbolizuje lidsky a zároveň státotvorně ukotvující prvek, depresivní matka je zmítaná zmarem totality a dcera, jež od útlého věku přebírá zodpovědnost za sebe i matku a se sveřepou vytrvalostí prototypu lotyšské ženy zajišťuje chod domácnosti, se snad díky babiččině lásce dokáže vyrovnat s těžkostmi způsobenými nefungující matkou a nástrahami totalitního režimu.

Mnohý český čtenář se jistě dokáže částečně ztožnit s některými historií podmíněnými událostmi, zároveň ale román nabízí hlubší pohled do reality východního bloku s exotikou pobaltského geografického a kulturního prostoru.

Nora Ikstena: *Mateřské mléko*, Paseka, 2023



BELETRIE A MEDICÍNA

TEXT



Když za nás Bůh netahá kaštiny z ohně

Marek Orko Vácha, Renata Kalenská

Z několikadenního dialogu novinářky Deníku N Renaty Kalenské a přednosta Ústavu etiky 3. LF UK, biologa a katolického kněze Marka Váchy v krajině kolem řeky Dyje a na zahradě lechovické fary, kde Marek Vácha jako farář působí, vznikla zajímavá, hluboká a místy dojemná kniha. Hovoří o lásce k přírodě, lidem a světu, strachu a odvaze, o tom, jaká je role člověka v životě a proč je třeba si vychutnávat a plně prožívat každý den. S laskavým svolením autorů a nakladatelství Mladá fronta přinášíme úryvek z kapitoly věnující se zdraví a etickým dilematům medicíny.

Úryvek z kapitoly Zdraví a etika

(...)

V této kapitole bych chtěla mluvit i o samotné lékařské etice, která je obrovskou součástí lékařské vědy, a tedy i zdraví. Co je cílem lékařské etiky?

Aristotelská etika je jednoduchá. Patří do ní třeba otázka: Co dělat, abych prožil zdařilý život? V tom smyslu, říká Aristoteles, že všichni chceme žít dobrý život. A etika je umění žít, etika to naučí. Bioetika, což je podmnožina a v ní je ještě další podmnožina, které říkáme lékařská etika, klade otázku, zda smíme a co můžeme. Tedy zda existuje rozdíl mezi technickou nemožností a morální nemožností. Když něco umíme udělat technicky, tak zda to smíme udělat i morálně. A pokud nemáme, tak kdo mi v tom může zabránit? Bohové, prezident, moje svědomí, veřejné mínění, kdo vlastně?

Zkus mi říct příklad.

Reprodukční klonování člověka. Ne že bychom to uměli technicky, naklonovat primáty je extrémně těž-

ké. Ale kdybychom to uměli, etická otázka zní, zda to smíme udělat morálně. Morální nemožnost nemusí být vůle bohů, může to být třeba veřejné mínění. Například používat v běžných konfliktech atomové zbraně. Technicky to umíme, veřejné mínění světa je extrémně proti.

Jiný příklad, asi dosažitelnější. Editace DNA lidských embryí. Dneska o tom vážně uvažujeme. Otázka jest, zda to dělat nejen pro korekci závažných mutací, nýbrž i jako takzvaný *improvements*, vylepšení. Ano, dokážeme cíleně měnit DNA, takže když přijdu za pár let do centra asistované reprodukce, zaťukám na dveře a řeknu, že to moje dítě...

Musí mít modré oči.

A nejenom modré oči. Taky světlé vlasy. George Church neboli Jiří Církev, což je velmi těžká váha v oboru, říká: „Když budeme chtít modré oči a patnáct IQ bodů navíc, tak se svět nezboží.“ Říká, je to nové, nejsme na to zvyklí, ale...

Mě to děsí.

... ale počkejte dvacet let. Svět se nezboří, absolutně není problém. V březnu 2019 udělal rozhovor pro *The Telegraph* a zmínil tam argument, který mi nepříjde validní: „Tahle debata už tady byla v sedmdesátých letech, kdy jsme přemýšleli o asistovaných reprodukcích.“ A tam to opravdu bylo. Učím to a mám to, myslím, docela nastudované. Jsem schopen ti k tomu dát i citace.

Tak dej.

„Mohly by se stát neopravitelné chyby a vzhledem k tomu, že se jedná o lidské bytosti, neměli bychom to zkoušet.“ Tohle neříká žádný konzervativní nábožensky založený etik, nýbrž James Watson, objevitel struktury DNA, jinak veliký liberál, který občas rychleji mluví než myslí.

Na začátku sedmdesátých let se dělala asistovaná reprodukce na králicích a všichni věděli, že to přijde na lidech. A všichni říkali: „To nesmíte v žádném případě udělat na člověku.“ Používali velmi silné argumenty.

Jaké konkrétně?

Že embryo je pár buněk a teď bude na Petriho misce a my nevíme, co se stane s jeho psychikou. Pak embryo zamrazíš, bude v mrazáku pár měsíců nebo let, absolutně není možné, že by se to nepropsalo do psychiky dítěte. Do nějakých jeho nemocí. Když kovodělník pracuje s kusem kovu a udělá zmetek, tak ho hodí do koše. Ale my tady pracujeme s lidskými embryi. A co potom, až se to děcko narodí? Pak přišla thalidomidová aféra.

Thalidomid byl lék, který výborně fungoval na raní nevolnosti při těhotenství a který se dával těhotným ženám na uklidnění. A pak se začaly rodit postižené děti, bez rukou, bez nohou, mentálně postižené... Když

se přišlo na to, že postižení způsobuje tento lék, jeho podávání se samozřejmě ihned zastavilo, ale už bylo pozdě. Narodilo se přes deset tisíc postižených dětí, polovina zemřela, polovina stále žije.

Kdy to bylo?

Thalidomid se prodával v letech 1957–1961, zakázán byl v roce 1962. Takže tento narativ se opakuje. Potom přišlo: „To nemůžeš udělat, zamrazit embrya na minus 195,8 stupně, což je teplota varu dusíku. Není možné, že mu to neublíží.“ Říkali to všichni konzervativní etici, protestanti, katolíci... Jak bys čekala. Ale co stojí za zmínku – říkali to i největší liberálové. Právě James Watson třeba. Varoval před rizikem, že děti budou psychicky nebo fyzicky poznamenány. Pak se 25. července 1978 narodila Louise Brownová, první takzvané dítě ze zkumavky. Dneska těch dětí máme po světě asi deset milionů a jsou, zdá se, zdravé. Funguje to.

A George Church říká: „Vidíte, dneska nám úplně stejně vstávají vlasy hrůzou kvůli editování DNA. Absolutně vyloučeno, že by si někdo objednal dítě s modrýma očima a blondatými vlasy. To nesmíte dělat. Ale počkejte dvacet let. Pak se to bude dělat úplně normálně.“

Souhlasíš s ním?

Myslím si, že ten argument je kazový. Kdyby tomu tak bylo, tak by nemělo smysl psát o lékařské etice. Já si tak pro sebe představuju a říkám to studentům, že když byl vynalezen pěstní klín, tak se velmi pravděpodobně taky sešla etická komise a poukazovalo se na jeho možné zneužití. Což se potom určitě stalo. Ale ne všechno, co je technicky možné, je vždycky možné i morálně.

V tobě se u takového argumentu pere duchovní s vědcem?

Úplně ne. Občas ta otázka padne, jak může katolický kněz učit lékařskou etiku na sekulární škole. Veselá historka: když jsem začínal na lékařské fakultě v Brně, tak si mě zavolal tehdejší děkan, ve své době člen KSČ a dnes veliký etik, a měl ke mně hodinový monolog, abych mu studenty ideologicky nerozvracel. Na to já mám po těch letech velmi jednoduchou odpověď, a to jsou evaluace našich studentů. Já jim nekážu katolickou morálku. Sama jsi to viděla. Už na prvních přednáškách jim vysvětluji, že postupujeme tak, že si řekneme: je tu nějaký etický problém, což může být komunikace mezi lékařem a sestrou, anebo sledujeme dvojici, která by chtěla mít dítě, ale nejde jí to. Anebo to jde, ale mají v rodině nějakou genetickou chorobu. Anebo ta dívka chce jít na *social freezing* a navštíví centrum asistované reprodukce. Pak vůbec nemluvíme o etice a nejprve krok za krokem sledujeme všechny procesy. Co musí být vyjednáno, co musí být podepsáno, co se stane technicky, naučíme se technické termíny, co je to místnost pro odběr spermií, u toho sledujeme, jak ta místnost vypadá...

Jaké časopisy tam leží.

Jaké časopisy tam leží. Ale mám tam začerněnou tu dámu, co má prostředníček v ústech a pod ní je nápis „Chceš mě?“. Když to vidíš, řekneš si spontánně, že prosím spíše ne. Ty časopisy, co jsem viděl, jsou tedy hodně přísné. Poznámka pod čarou. Katolický argument, trochu novinářsky pojatý, je, že musí být spojeno *love-making* s *baby-making* do jednoho aktu. Zákaz chemické i mechanické antikoncepce, protože pak je to *love-making* bez *baby-making* a zákaz asistované reprodukce, to je zase *baby-making* bez *love-making*.

Jenže pak tam stojíš v té místnosti na odběr spermií a pochopíš, že jestli tam muž vstoupí a nějaké spermie ze sebe dostane, uff, tak to je vyjádření obrovské lásky! Ale pojďme dál. Vlastní názory si schováme do kapsy a končíme ve chvíli, kdy si šťastná žena odnáší dítě z porodnice. Případně kdy jsou embrya zamražena. Dobrá etika začíná s dobrými fakty. Technicky projedeme, co se dělá.

A katolický kněz v tobě v tu chvíli mlčí?

Ano. Všichni – a předpokládám, že jsou i etici, kteří jsou úplné gummy – na to máme nějaký názor. Ale tento názor já si schovávám do kapsy a nemluví o něm.

A vytáhneš ho teď z té kapsy?

Počkej. O můj názor nejde. Potom se na to podíváme eticky. Někdo tomu říká deskriptivní etika. Rozkrytí problému. Máme tady biologickou podstatu a zkusíme si definovat, kde je problém. Musíme si v druhém kroku říct všechny myslitelné argumenty pro a všechny myslitelné argumenty proti. Editace DNA lidských embryí je dobrá, protože, protože a protože. Asistovaná reprodukce je dobrá z těchto a těchto důvodů. Například proto, a proč to neříct, že každý orgán v těle má nějaký svůj účel, srdce má oběh, plíce okysličení, žaludek zpracování potravy. A když ten orgán nefunguje, tak řekneme, že to je nemoc, a léčíme to. Mám v sobě taky reprodukční orgány, a pokud ty orgány nefungují, tak jsem velmi za to, abychom řekli: „Je to nemoc.“ Někteří lidé by řekli: „Ne, neplodnost není nemoc. Vždyť ti lidé jsou zdraví.“ Občas zaznívá i: „Takhle to má být. Ti lidé nemohou mít děti, tak ať se starají o církev, ať se starají o svět, ať mají neziskovku, případně můžou adoptovat.“

Pro tebe je tedy neplodnost nemoc?

Pro mě je neplodnost rozhodně nemoc. A zdá se mi to krystalicky čisté.

Já se s tebou shoduju.

Ale často padají argumenty, že si člověk hraje na Pána Boha, že tady vyrábíme děti, to je hrozné, vždyť tohle se týká nejposvátnějšího tajemství lidského života, a jestli Bůh nechce, abys měla děti, tak je potřeba to přijmout, a ne se snažit si pyšně a sobecky ty děti vyvzdorovat. A já bouchám do stolu a říkám: „Přemýšlejte trochu, když bude mít tvoje dítě nějakou infekci, okamžitě mu dáš antibiotika! Nebudeš říkat, že Bůh chtěl, aby se tvoje dítě nakazilo a umřelo. Okamžitě s ním půjdeš do nemocnice. Když ty ses tady včera opářila vařícím olejem, taky jsme se neptali po Boží vůli, neřekli jsme si, že to tak asi mělo být a bylo to dopředu zapsáno ve velkém plánu vesmíru, ale okamžitě jsem vyhodil z mrazáku led a jeli jsme na pohotovost. Děláme všechno proto, abychom to dali do pořádku. A proč bych tedy neměl, když nemůžeme mít s manželkou děti, udělat všechno pro to, aby se nám to miminko narodilo?

Šestiletému dítěti taky dají inzulin, když se zjistí, že má diabetes.

Pochopitelně. Potom existuje argument „tak si adoptujte“. Je to citlivé, ale říkám to na přednáškách: „Steve Jobs byl adoptovaný a dopadl docela dobře. A všichni věříme, že adoptované dítě bude mít stejnou lásku, stejné dárky, stejnou spravedlnost, stejnou výchovu jako všechny ostatní děti.“ A když to je rodina, která má biologické děti a adoptované děti, takové rodiny známe asi oba, tak všechny děti dostanou stejnou lásku, stejnou spravedlnost, stejné možnosti. A rodiče je nebudou mít

rádi ani míň, ani víc. Ale ten vztah bude jiný. Neplatí, že je zcela lhostejné, zda rodina bude vychovávat svoje biologické děti nebo děti z ústavu. Je to jiný typ vztahu, ne horší nebo lepší, jiný.

Jak to můžeš vědět?

Empirie.

Mluvil jsi o tom s rodiči, kteří mají děti vlastní i adoptované?

Ano. Kamarádi, dobře tu rodinu znám, mají šest svých výborných dětí a tři si k tomu adoptovali. Do těch dětí hodně zainvestovali, navyšovali se na nich – a třeba to úplně nedopadlo, ačkoli jim dali možná i víc než svým vlastním. Ale ten vztah je jiný.

K tomu se asi přiznává málokterý rodič.

Ono to ale není menší nebo větší. Tím nechceme říct, že adoptované dítě je na tom hůř nebo líp než dítě biologické. Ale nemůžeš říct šmahem všem neplodným párům: „Nechoďte na asistovanou reprodukci, adoptujte si dítě, vždyť je to jedno.“

K té neplodnosti jako nemoci: mám kamarády, kteří jsou úplně zdraví. Byli na deseti umělých oplodněních a jedenácti inseminacích. A nic. Lékaři jim řekli, že neznají důvod. Oni si nakonec adoptovali holčičku. Jsou zdraví a plodní. Co to je? Je to ono „není vám dáno shůry“?

Ne. Ne. To záleží na tom, co čteš za literaturu. Ale ta čísla nejsou zas tak důležitá. Důležité je, že tam ta poslední skupina je. Dřív se hledaly důvody na straně ženy. Dnes je to muž a žena a ty problémy jsou u žen a u mužů padesát na padesát. Je to tak, že příčina

20–30 % případů neplodnosti z fyziologických důvodů je u mužů, 20–35 % u žen, 25–40 % u obou partnerů a pozor, u 10–20 % není nalezena žádná příčina. Oba jsou naprosto v pořádku, všechna vyšetření vycházejí dobře, ale neotěhotní.

Proč ne?

To se právě neví.

Ale není to nemoc. Protože oba jsou po reprodukční stránce v pořádku.

Možná jsme něco přehlédli, možná to je psychika, která tu taky hraje roli. Lékaři vědí, že když jsi těhotná, musíš mít vyřešený imunitní systém, který, jak velmi dobře víš, reaguje na transplantovanou ledvinu, protože je z cizího člověka. Jako těhotná máš najednou v sobě embryo a potom plod, jehož padesát procent genetických informací je z cizího chlapa. Takže tam se musí velmi inteligentním způsobem přemluvit imunitní systém, aby nereagoval na dítě stejně jako na tu ledvinu. Někdy se říká, že spontánní potraty mohou být způsobeny tím, že imunitní systém to takto nešťastně zahraje.

Ale pojďme se vrátit k tématu. Vezměme si všechny argumenty, proč bychom měli dělat asistovanou reprodukci. Proč je to dobrá a správná věc. Pak všechny argumenty, proč bychom to dělat neměli. Je to komercializace, embryo můžeš koupit, prodat, reklamovat. Pak je tu surrogátní mateřství. Existuje klinika, kdy si navolíš, jaké chceš dítě, pak ti ho tady někdo odnese, v Praze porodí a ty si dítě pak odvezeš do Španělska, kde ho vychovááš se svým přítelem. Tady je vlastně všechno špatně a jdou do toho i ty peníze.

A jsou tam i další problémy. Studentům říkám: „V levé ruce mám embryo, které má Edwardsův syn-

drom, tedy trisomie chromozomu 18, nebo embryo, které má Patauův syndrom, trisomie chromozomu 13, v pravé ruce mám zdravé embryo. Které z nich byste implantovali?“ Všichni křičí: „Hurá, to zdravé!“ Bylo jasné, jak si studenti vyberou.

Ale jsou asi i složitější situace.

Ano, stavím jim i jiné situace. „Dobře, tady mám v levé ruce zdravé embryo. A v pravé ruce mám embryo XX, bude to holčička a má mutaci v genu BRCA1 nebo BRCA2, to jsou tumorsupresorové geny, taková pojistka proti rakovině prsu. Takže tam může být dramaticky větší pravděpodobnost, že bude mít rakovinu prsu. Ale je to jenom pravděpodobnost! Tak co, které?“ Řeknou to zdravé. A já zase: „Tak OK. Tady mám XY a tady mám XX. A rodič říká, že moc chce děvčátko. Tato selekce na pohlaví je v Evropě zakázaná, proto se říká, že pohlaví není nemoc, s výjimkou chorob vázaných na pohlavní chromozomy.“ A pak říkám: „A teď už došlo na genetické testy a profily. Tady mám zdravé a tady mám zdravé. Ale tady je tedy větší šance, že to bude sprinter.“ A rodič říká: „My už máme s manželkou v Braníku domluvenou atletiku.“

No a pak cituju konkrétní případy. To se stalo v roce 1997, kdy se narodilo první dítě, a v roce 2000 druhé dítě. Americkému lesbickému páru. Byly to dvě ženy, obě hluchoněmé, a hlásaly, že jsou *capital D deaf*, přeložili bychom to jako „hluché s velkým H“ – a ony říkaly: „Jsme hluchoněmé, ale to není nemoc. To je kulturní odlišnost. Mluvíme americkou znakovou řečí, vy mluvíte anglicky. Když přijede Gorbačov na státní návštěvu, taky bude mít tlumočníka. To ale přece neznamená, že je to člověk druhé kategorie. Ani my ne. V jazyku ASL skládáme básně, píšeme divadelní hry a v naší

hluchoněmé komunitě jsme naprosto v pořádku. Ano, máme menší šanci na trhu práce, ale to mají černoši taky. Žádný černoch si nechce nechat předělat kůži na bílou. A vy chcete, aby se vám vaše děti podobaly – a my taky.“ Takže ony si sehnaly chlapíka, který měl v rodokmenu pět generací hluchoněmosti. Vzaly jeho spermie a jedné z těch lesbických žen se narodilo jedno dítě, té druhé pak druhé dítě. Mají děvče Johannu a chlapce Gauvina. A obě děti jsou hluchoněmé. Cynik by řekl: „Proč to dělat tak složitě, ať se vám narodí zdravé děti, a my jim pak propíchujeme bubínky. To je stejné, ne?“ To bychom ale neudělali! A teď je otázka, zda smíš selektovat pro dobrou vlastnost, jako je sprint, inteligence, ale jestli smíš selektovat pro špatnou vlastnost, třeba pro nemoc, protože si to rodič přeje.

Za mě určitě ne. Případá mi to, jako kdybych já řekla: „Mám diabetes a neznamená to, že jsem člověk druhé kategorie. A chci dítě, které bude jako já. Tak mi vložte embryo, které má predispozici k diabetu.“

Za mě to taky určitě nesmí být.

Toho embrya se nikdo neptá.

Zatím jsme v deskriptivní etice. U preimplantační diagnostiky je otázka, jestli do rozhodování máš pusť i rodiče. Evropská unie zakazuje volbu pohlaví a my si řekneme, že to je možná hloupost. Proč by si rodiče nemohli rozhodnout o pohlaví? A podobně. A říkáme všichni možné argumenty na obou stranách.

Za mě ne.

Ale když říkáš „za mě ne“, je to tvoje intuice? Máš to nějak argumentačně zajištěné?

Já bych aspoň něco na té přírodě nechala. Nebo spíše na osudu. Jak vnímáš, když se žena nechá oplodnit anonymním dárcem spermatu?

Můžeš mít anonymní sperma i anonymní vajíčko. To všechno existuje. Je to jedna z možností, když chce rodina mít aspoň trochu geneticky svoje dítě. Takže buď „vajíčko je moje a sperma беру z banky“, nebo „vajíčko je darované a sperma je od nás“.

Eticky je to pro tebe v pořádku?

Tohle je na knížku. Základní otázka je, zda máš právo znát své biologické rodiče. Máš? Existují velmi silné argumenty, proč ano, ale taky jsou určité argumenty, proč ne. A jak za mnou chodí ty páry, což se skutečně jednou za dva až tři týdny děje, iniciují to vždycky ženy. Málodky mě osloví muž. Ženy se ke mně chodí svěřit „ve velice diskrétní záležitosti“, jak říkají. A to už přesně vím, co nastane. Řeknou, že by chtěly jít na asistovanou reprodukci. A buď na mě mají nějaké etické otázky, anebo jsou z náboženského kontextu různých křesťanských církví. Každá ta rodina je jiná, každý ten pár je jiný, problémy jsou jiné. Jejich nastavení je jiné, jejich výchova je jiná. S každým párem řešíme, co by se mohlo dělat, jak to vlastně je.

Jsou páry – je jich málo, ale jsou –, které řeknou: „Děkujeme za to, co jste nám k tomu pověděl, my jsme si k tomu ještě něco nastudovali a pro nás je tam těch etických problémů tolik, že půjdeme cestou adopce. Nebo se budeme věnovat vědě. Nebo církvi. Nebo společnosti. Ale do tohoto nepůjdeme.“ Já řeknu: „OK.“ A všem radím: „Teď ještě můžete. Teď se rozhodněte, rozhodnutí musí být vaše. Teď ještě ten věk máte. Je vám třicet, pět, atřicet. Udělejte to prosím tak, abyste s tím byli vyrovnaní, až se za dvacet let otočíte a bude vám pětapadesát.“

Teď děláte rozhodnutí pro zbytek života.“ A to říkám i těm, kteří do asistované reprodukce jdou.

Dějí se i veselé příhody. Třeba přijde bodrá paní ze Slovácka a nářečím se mě ptá, co my s tím máme, vždyť hen sousedi mají dítě ze zkumavky, a jak šikula pěkně ministruje, tak to přece nemůže být špatné!

Zpátky k tématu. Pak přichází čas pro deskriptivní etiku, tedy zvážení všech argumentů pro a proti. Někdy na seminářích se to dělá i tak, že studenti jsou rozděleni do dvou skupin a mají udělat i maličkou prezentaci, proč ano a proč ne. Je zajímavé, když třeba studenti, kteří jsou proti, mají v rámci úlohy zastávat názor pro. Je užitečné podívat se na problém očima svého budoucího oponenta. To je zdravé.

Ano, zpochybňuj svůj nárok na držení pravdy, ale nezpochybňuj pravdu samotnou, míněno minimalisticky tak, že jsou lepší řešení a horší řešení. Včera jsme ve svém desateru zmínili: „Nejsi majitel konečné pravdy.“ Ale nerelativizuj pravdu samotnou, dodávám. Máme být služebníci pravdy, hledat pravdu a tak dál. A potom ten vyučující ustupuje do pozadí a říká: „Tak teď máte definovaný problém, spolu jsme se pokusili pojmenovat všechny argumenty pro a proti, možná se nám to úplně nepodařilo a v budoucnu budou ty argumenty jiné. Někdy může být zajímavé poslechnout si, co k tomu říkají náboženské systémy. Buď proto, abyste se jimi inspirovali, nebo proto, abyste se vůči nim vymezili.“

A co tedy říkáš na dotazy týkající se anonymního vajíčka nebo anonymního spermatu?

Novinářům říkám: „Podívejte se, to jenom vy novináři to chcete rychle a chcete to černobíle, chcete ano, nebo ne. Ale každá dvojice, co za mnou přijde, je jiná, každá má jiný příběh, každá má jinak nastavené otáz-

ky, takže s každou dvojicí musíme pracovat individuálně.“ Dodávám, že nejsem žádná poradenská firma, jsme malý Ústav etiky a humanitních studií a nejsme moc zařízení na to, že lidé budou přicházet na poradu.

Ale – a řeknu to rád do tvé knihy – jsou dvojice, kterým doporučím třeba nějaké známé gynekology nebo odborníky, kteří se v tomto oboru orientují. Z lékařského hlediska toho vědí mnohem víc než já, znají třeba ta jednotlivá centra, ale zároveň jsou to konzervativní katolíci. Velmi konzervativní katolíci, kteří pracují v tomto oboru. Jsou si vědomi všech problémů, které to nese. Velmi závažné etické problémy zde jsou! Asistovaná reprodukce opravdu není v pořádku, není to snadná prosluněná cesta, které jen ta konzervativní církve z tmářských důvodů brání. Musíš vidět problémy, a pokud k tomu papežové něco říkají, tak nejsou padlí na hlavu, aby říkali věci, které nemají promyšlené.

Pamatuju si příklad, u kterého jsem se posléze rozbrečel. Ta paní mi na jakémsi místě, kde jsme si dali sraz, vyprávěla svůj příběh. Svěřovala se, že když jde kolem pískoviště, tak má oči zalité slzami a nemůže se na to dívat, a když je v supermarketu a tlačí před sebou nákupní vozíček, tak má rovněž oči zalité slzami. A že jim to s manželem zkrátka nejde a že jsou katolíci. Tak jsme si řekli, co jsme si řekli, a po nějaké době jsem si v práci otevřel počítač, měl jsem tam nějaký mail od nějaké paní, jejíž jméno jsem vůbec neznal. A najednou na mě vykoukla v příloze fotka jejího dítěte. Pak mi přišla ještě jedna fotka po roce. Druhé dítě pak už počali spontánně, protože se to nějak prolomilo. Nakonec mi celý ten příběh vyprávěla. S manželem si nechali udělat čtyři embrya a řekli si: „Tak OK, je možné, že budeme mít čtyři děti.“ Nechala si transferovat dvě, narodilo se jedno.

Mluvím o tom, že se s tebou najednou zatočí zem a dojde ti: „Kdybychom si řekli něco jiného, než co jsme si řekli, tak ta fotka mailem nepřišla.“ Jen proto, že jsem řekl, co jsem řekl... Ty jo...

**Proto jsem se ptala i na tvůj pohled kněze. Lidé tě tak berou. Nějak předpokládám, že každý lékařský etik odpovídá jako lékařský etik, ale zároveň je v něm ve-
psaný příběh, který si odžil a žije.**

Renato, jen dítě nebo velmi nezralý člověk chce, abych řekl, jak to je. Úplně všem, a zejména našim katolíkům říkám: „Jste dospělí, konečné rozhodnutí uděláte vy. Nečekejte, že to někdo rozhodne za vás. Za tím rozhodnutím si stůjte.“

A zase starý dobrý Jung: být dítětem je svůdně jednoduché. Všichni voláme po svobodě. Všichni. Zejména ti, kteří jsou děti, po ní volají. Politické strany to mají v programu. Všichni zvoníme klíči, všichni chceme svobodu. A Jung to říká krásně: že dějiny svobody jsou v podstatě dějiny deponování svobody do rukou někoho jiného. Frankl ve svém bonmotu zase velmi hezky říká, že by bylo hezké, kdyby na západním pobřeží USA byla postavena socha Odpovědnosti, aby to bylo symetrické. Protože se svobodou se pojí zodpovědnost. Svoboda zkrátka není jen jiskřivý vesmír možností.

Na přednáškách říkám, jak je to fascinující – že dneska večer máme deset tisíc možností, co budeme dělat. To je neuvěřitelné! Je to opojné! Dneska večer můžu dělat cokoli, jsem svobodný. Žízeň, hlad, teplo, bezpečí, všechno... Ale ta svoboda! I když to je banální. Můžeme se jen podívat na film. Nebo si povídat. Upéct spolu bábovku. Upéct kuře. Zavzpomínat. Prohlížet si fotky z dovolené. Nebo můžeme jít do posilovny nebo cokoli jiného. Ale zároveň odpovědnost je strašná propast,

kteřá se pod námi v tuto chvíli rozevře. Mohu jednat špatně.

Když Adolf Hitler říká: „Přebírám veškerou odpovědnost...“ je to vlastně geniální. Věříš svému vůdci. Svět je vyřešen. Proto máme sekty a proto máme extremistické politické strany.

Přebírám veškerou odpovědnost... To jsem naposledy slyšela od Andreje Babiše v době covidu, když byl ještě premiérem.

Ano. Věříš vůdci – a ten svět je najednou černobílý. Miroslav Sládek, který bydlí kousek odsud, říkal: „Cikáni jsou špatní, protože se narodili.“ A osm procent lidí ho v době tohoto citátu volilo. Romská otázka je těžká, snažíme se integrovat, nejde nám to... Neumíme ten problém uchopit. Ale snažíme se to řešit. A do toho přijde člověk jako on a řekne: „Tohle je černá, tohle je bílá, tohle dělej.“ A svět je vyřešený. Tohle je svět sekt. Přesně tak to funguje u Svědků Jehovových.

Vnímat svět černobíle je pohodlnější.

No samozřejmě. Peter Berger, americký sociolog, na to má jeden výborný vtip. Potkají se dva a ten jeden říká: Jak se ti daří? A druhý odpoví: Daří se mi špatně. A copak? Víš, práce. Špatně placená? Výborně placená, nikdy jsem neměl takhle dobře placenou práci. A co děláš? No sedím na pomerančové plantáži a lidé mi nosí v košíku pomeranče. A já ty velké dávám do pravého koše a malé do levého koše. A ty mezi dávám do koše uprostřed. To je celý? Jo, celý. Máš za to velké peníze, sedíš u toho a vlastně se nenadřeš, tak kde je problém? On říká: To rozhodování. A to přesně vystihuje podstatu věci. Odpovědnost bolí. Odpovědnost strašně bolí.

Poslouchat je tak prosté. A když si k tomu ještě řekneš: „Takhle to po mně Bůh chce,“ je to dokonalé. Hlavně že za mě někdo převezme veškerou zodpovědnost.

Pamatuj, na konci budu stát před Bohem sám a budu se zodpovídat za trajektorii svého života. Výmluvy, že mi tak kázali jiní, nepomohou.

Marek Orko Vácha, Renata Kalenská: Když za nás Bůh netahá kaštiny z ohně, Mladá fronta, 2024



LUDICK

ORBIS PICTUS

IAO

Veřejný
středisko,
programy
pro školy

o národní a z
etnické public
roku 1942

ulice

PANENSKÉ BRATRY

Oslava života 2027-1959 Žádný pocit netrvá věčně. No feeling is final.

Kristýna Mikulková

„Solidarita je o nás...Solidarita je vzájemná charita...Solidarita nás spojuje.“

Dr Ben Ansell. BBC Reith Lecture

Pokaždé, když se vydávám do Lidic, mám zvláštní pocit. Jsem nervózní, pociťuji k tomuto místu úctu a zároveň se tam těším. Se závanem děsivé minulosti přichází strach a bolest. Nejsilnější je strach z lidství, jací ve skutečnosti jsme? Jak je to možné a jsme schopni takové činy opakovat? Dovádí mě to k pochybnostem o nás samých.

Bytostně věřím v umění. S lidickou sbírkou umění se tato má víra konkretizuje a zhmotňuje, dokládá sílu umění všemu navzdory. Lidická galerie hrdinně stojí nad památníkem a osvětluje strašlivé dílo minulosti, aby dala vyniknout dobré lidské síle a „síle umění, jako univerzálního lidského jazyka“ (Toni Mau, 1917-1981).

Tentokrát se jedná o dvojí výstavu. Část, do které vstupují jako první, je v přízemí a jmenuje se *Oslava života 2027-1959* a představuje výběr děl z lidické sbírky, která celkem obsahuje přes 500 uměleckých děl, a další

přibývají. Lidická sbírka vznikla jako symbol protihitlerovského boje a poválečné obnovy obce. Ve Velké Británii založil lékař a politik sir Barnett Stross hnutí *Lidice Shall Live* (Lidice budou žít). Také inicioval založení sbírky ke 25. výročí lidické tragédie, kde umělci celého světa darovali díla a tím položili základ lidické sbírky jako symbol solidarity. „Sbírka vděčí za mnohé berlínskému galeristovi René Blockovi. V roce 1967 v reakci na Strossovu výzvu zorganizoval *Hommage à Lidice*, výstavu 21 umělců, aby připomenul zničení české vesnice nacisty v roce 1942. O tři desetiletí později přivezl další soubor, 31 uměleckých děl, tentokrát pocházejících již ze sjednoceného Německa. Nazval jej *Pro Lidice*. V roce 2017 byly tyto dva soubory prezentovány společně s novou donací *Remember Lidice*, tentokrát 44 děl světových umělců – opět shromážděných a darovaných René Bloc- kem,“ najdeme na webu lidického památníku. Součástí

sbírky a výstavy *Oslava života* jsou slavná díla jako například *Strýc Rudi* od Gerhardta Richtera nebo *Pro Lidice* Josepha Beuyse, *Zrození* Evy Kmentové, díla Jitky a Květy Válových, Karla Malicha, Vojtěcha Tittelbacha a dalších skvělých umělců.

Další část výstavy je pojmenována *Žádný pocit netrvá věčně. No feeling is final*. Díla na papíře ze solidárních sbírek Skopje a Lidice. Sbírka ve Skopji vznikla po ničivém zemětřesení, které zemi postihlo v roce 1963. V rámci obnovy města, na níž se podíleli i českoslovenští architekti a stavaři, bylo rozhodnuto o zřízení muzea umění a díky otevřené výzvě umělci a umělkyně z celého světa darovali svá díla do její nové sbírky umění. Tyto souvislosti představuje kurátor Miloslav Vorlíček, který o výstavách také píše: „Sbírky mohly vzniknout díky štědrosti umělců a umělkyně, kteří solidaritu buď sami zažili, nebo po ní toužili.“ Rovněž uvádí silný příběh jihoafrického umělce Petera Clarka (1929-2014), který byl na základě zákona *Group Areas Act* (umožňoval jihoafrické bílé vládě určit oblasti k používání výhradně jednou rasou) nuceně přestěhován do *Ocean View*, městečka pro „barevné“ lidi. V Clarkově díle se odráží tento segregacionistický a rasistický přístup vlády apartheidu. „Před svou první výstavou jsem byl jen dalším barevným mužem. Naši lidé považovali za samozřejmé, že takové věci mohou dělat jen běloši. Nyní si začínají uvědomovat, že i my tyto věci dokážeme, že jsme lidské bytosti,“ řekl sám Clarke.

To mě na závěr vede k zamýšlení se nad tím, co nás definuje jako jednotlivce, co utvoří naši osobnost takovou, že je schopna kráčet „osudu“ navzdory? Ať už žijeme v útlaku, bídě a nesvobodě nedemokratických zřízení, či v jiných podmínkách dobrých či zlých, jsou to naše

činy, které utvoří danou situaci snesitelnější či naopak již dále nesnesitelnou. Čiňme tedy dobro sobě i druhým způsobem, který je nám vlastní. Bádejme a přemýšlejme a tvořme svět lepší, každý svým svébytným způsobem.



NO FEELING IS FINAL

22 3—29 9 2

Díla na papíře ze solidárních sbírek Skopje a Lidice

René Bértholo, Lars Bo, Angelica Caporaso, Peter Clarke,
Jef Diederer, Juraj Dobrovič, Henrik Finne, Derrick Greaves,
Dževad Hozo, Andrej Jemec, Toni Mau, Ileana Micodin,
Barbara Narębska-Dębska-Kozłowska, Nemes Endre,
Ankica Oprešnik, Fayga Perla Ostrower, Roland Pichet,
Ioanna Veropoulou-Spiteri a Karel Vaca

Tato výstava vzniká ve spolupráci:

NG
P

M

kunsthalle wien

Lidice art collection







Oslava života 2027—1959

vyhlazení Lidic a následná reakce na tento hrůzný čin ve světové i významné události, k nimž velkou měrou přispěla angažovanost siru Barnetta Strossa (1899–1967), britského lékaře a politiky, který stal v době Stokim-on-Trent v roce 1942 z vězňů hruš „Lidice Show Live“. Toto společenství mužů horkou, inspirované solidaritou s Lidicemi přispělo k výstavbě nových Lidic a k uchování písního místa činu válečného symbolu nevinných obět.

Umělecká díla začala přicházet ze všech koutů světa i z dočasných, tak od začínajících umělců, kteří se měsíčně a i díky aktivitě doslovněho ministerstva zahraničí, které se stalo o všem výzvy měla sbírat velmi brzy přes 3000. Podobně se o výzve doslechl i německý začínající galerista René Block (1942), který v své berlínské galerii reagoval organizací první výstavy v Západním Německu zabývající se jeho národně socialistickou minulostí.

S veľkými obľúbami se 3. července 1968, uprostřed doby ptné ideálů a nadějí, povedla výstavu ve Spátnové galerii českému kurátorovi a kritikovi Jiřímu Chalupeckému otevřít pod názvem *Západodobeřnická a západodobeřnická avantgarda pro Lidice*. O několik dnů později byla, jak naděje, tak výstava poltačena sovětskými okupačními vojsky a Chalupecký musel dila schovat na zámku Nalahozevce před hrozícím autoritačtím zničením z důvodů jejich údajné „západodobeřnické propagandy“.

Díky Blockové iniciativě se do naší sbírky dostal v prvních padesáti letech její existence celkový 96 uměleckých děl od světových umělců/kyň. Až v roce 2004 našla Lidická sbírka vytvářeno umění svůj domov v prostorech, v nichž se právě nacházíte. Tato dlouhodobá expozice se stejně jako naše sbírka vrací k jejímu původnímu záměru a podobně jako ona bude tvořena postupnou přestavbou naší předchozí stálé expozice.

Zelená barva, která vystavuje "Ostava života 2027-1959" pokrývá, odkazuje nejenom k její symbolice života, míru a zdraví, ale i k hornickému odkazu původní obce Lidice. Femusse, jez úděl starých Lidic navždy propojil s životem našeho dnešního síla Barnett Strosse. Solidarita nás spojuje s odkazem toho, co nám díky této sbírce odkázal.





Po i předvolební přemítání

Jaroslav Veis

Amerického sociologa Johna Glenna znám přes třicet let. Když jsme se v Praze poznali, měl ještě za jménem římskou číslovku III, a já si naivně myslel, že patrně proto, že jeho dědečkem je astronaut John Glenn, první Američan, který v roce 1962 obletěl v kosmické lodi Friendship 7 třikrát zeměkouli.

Astronaut John Glenn byl nejen prvním Američanem ve vesmíru. Předtím byl pilotem stíhačky ve dvou válkách – druhé světové a korejské. A nakonec se stal v roce 1998 i nejstarším člověkem, který kdy do vesmíru letěl. To už mu bylo 77 let a jen pár dnů předtím ukončil svou skoro čtvrt století trvající misi v americkém Senátu, do kterého byl zvolen za stát Ohio v roce 1974! Umíte si představit lepší zosobnění „amerického snu“? Byl jsem fakt zvědavý, zda je to dědeček Johna Glenna III.

Zvlášť, když i on sám byl zajímavý chlapík. Zaujal mě nejen tím, jak se jako postgraduální student zajímal o všechno, co se odehrává v bývalé sféře sovětského vlivu a jak se tu daří obnovované demokracii. Svým nadšením pro změny, které u nás tehdy probíhaly, přímo zosobňoval naději, že studená válka je definitivně za námi a že středo- a východoevropský sen o demokracii se začíná naplňovat.

Jednou jsem to pak nevydržel a na dědečka se ho zeptal. Ukázalo se, že ten jeho není astronautem a on si tu římskou trojku dává za jméno jen proto, aby si ho poštáci a další doručovatelé nepletli s ním či s jeho tatínkem Johnem Glennem II. Tohle Američané dělávají se stejnou samozřejmostí jako to v Evropě dělávali panovníci.

Dnes už si John číslovku III za jméno nepíše, demokracie je však pro něj nejdůležitějším tématem pořád. Dokonce je z jedním z ředitelů celosvětově vlivné americké nadace *National Endowment for Democracy* a publikuje zajímavé texty i knihy na témata, které se týkají nejen Spojených států. Nejnovější, vydaný v červnovém čísle časopisu *Journal of Democracy* hned v titulku klade poněkud pochmurnou otázku: Přežije demokracie „rok voleb“?

K té pochmurnosti Johna Glenna vedou především tři důvody. Prvním z nich je připomenutí, že zlomovými momenty dějin nemusí nutně být jen velké války, revoluce včetně sametových, rozpady impérií a další katastrofy. Zlom může zapříčinit i kumulace významných voleb ve významných částech světa. Letopočet 2024 k takovým rokům patří: v nějakých volbách letos hlasovala či bude teprve hlasovat víc než polovina Pozemš-

tanů, od nejlidnatější země světa Indie, přes víc než půlmiliardovou Evropskou unii, dále Jižní Afriku, Velkou Británii, Francii, Tchaj-wan, Jižní Koreu, Írán, až ke Spojeným státům, zemi na této planetě nejmocnější. Právě z výsledku amerických prezidentských voleb na podzim vzejde příští nejvlivnější člověk světa.

(Stranou výčtu nemůžeme nechat ani letošní, ehm, volby v Rusku. Glenn je ve svém textu charakterizuje citátem ruské analytičky Zavadské jako „třídenní pantomimu, jejímž smyslem bylo, aby se po páté prezidentského úřadu ujal Vladimír Putin“. Bohužel tato pantomima může mít, vzhledem k jadernému arzenálu Ruska a Putinově naturelu na osud světa osudový vliv.)

Druhým důležitým bodem textu je pozorování, že autoritářské režimy a jejich vůdcové se stále víc osmělují. Nejen v osekávání demokracie ve svých vlastních režimech, ale také v pokusech ovlivňovat volební soutěž v jiných zemích, k čemuž velice obratně využívají virtuální svět sociálních sítí.

S tím souvisí třetí, potenciálně možná nejriskantnější moment letošního „roku voleb“, totiž role, jakou v už tak složité situaci začíná hrát generativní umělá inteligence (AI). Svým způsobem je AI v politice mnohem víc než jen velká neznámá. S její pomocí přestává být složité vytvářet falešné informace i obrazy v nebývalé kvalitě. Dokáže to leckdo a nemusí to být jen autoritářské Rusko se svými trollími farmami. V éře čím dál častějších těsných volebních výsledků tak může falešný svět „deep fake“ vytvořených AI ovlivnit i reálný svět, osud demokracie a jejich institucí.

V Česku máme po volbách do Evropského parlamentu, avšak taky před volbami do krajů i do Senátu a viděno z Prahy, demokracie „rok voleb“ nepochybně přežije,

byť s modřinami. V Bratislavě však jsou její zranění už teď závažnější. A ve Washingtonu, (avšak i v Paříži!) dokonce panují obavy, že s podzimem mohou přijít zranění opravdu těžká. Doufejme, že nikoli fatální.

VITA NOSTRA REVUE: Časopis 3. lékařské fakulty Univerzity Karlovy.
Vychází 3× 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 34, číslo 2, červenec 2024

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: vnrlf3.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>