

VITA NOSTRA REVUE

CENA NEURON PRO PROF. HÖSCHLA – ROZHOVOR O KARDIOLOGII S PROF. MOŤOVSKOU –
S DĚKANEM PROF. WIDIMSKÝM O NEDOSTATKU LÉKAŘŮ UČITELŮ – BEZ OBAV: RODIČE MOHOU DĚTEM
POMOCI PŘEKONAT ÚZKOSTI - JAK SE RODÍ PAPUÁNCI - ROZHOVOR S PROF. STRAŇÁKEM O NEDONOŠENÝCH
DĚTECH A FETÁLNÍ MEDICÍNĚ – JANA ŠEBLOVÁ: PODPORA ZDRAVOTNÍKŮ – ÚRYVEK Z KNIHY TRANSGENDER

EDITORIAL2**FACULTAS NOSTRA**

Cyril Höschl získává Cenu Neuron za celoživotní přínos vědě (Tereza Kopelentová). . . . .	.4
Nejdůležitější na lékaři je hlava, ať dělá jakýkoliv obor (Jaroslav Veis). . . . .	.7
Lékařů – učitelů je nedostatek je nedostatek. Některé předměty tak musí vyučovat nelékaři (Nela Slivková). . . . .	.16
Jak se rodí Papuánci (Anežka Jungová) . . . . .	.20
Laboratorní a zobrazovací metody jsou velmi omezené. Personál se musí spoléhat sám na sebe a na své zkušenosti (Jolana Boháčková). . . . .	.32
Rodiče mohou dětem pomoci překonat úzkosti díky programu Bez obav (Jolana Boháčková) . . . . .	.42

MEDICÍNA

Nejmenší holčička nebyla větší než panenka Barbie (Jolana Boháčková). . . . .	.47
Domácí porody a názor lékaře záchranné služby (Jiří Knor) . . . .	.51
Návrh zákona o náhradním/surogátním mateřství (Barbora Řebíková) . . . . .	.54
Duševní potíže zaměstnanců stojí ekonomiku EU 170 miliard eur ročně. Pracovníci cítí stres a přetíženost, systematické řešení chybí (Jan Červenka) . . . . .	.55
Podpora zdravotníků – nebo to prostě „musí vydržet“? (Jana Šeblová, Dominika Šeblová, Miroslava Janoušková) . . . .	.57
Ganongův přehled lékařské fyziologie – čtvrté české vydání (Richard Rokyta) . . . . .	.61
Ti, kteří se dobrovolně rozhodli nežít (Jolana Boháčková) . . . .	.62

TEXT

TRANSGENDER (Alena Vernerová, Adam Suchý)65
--	-----

ORBIS PICTUS

17. listopad jako memento nevyhry (Jiří Pehe) . . . . .	.79
Demokracie jako box. Jak volby ukazují jednotu v rozmanitosti (Tomáš Sedláček) . . . . .	.83

POST SCRIPTUM

MAHA aneb americký experiment (Jaroslav Veis)85
---	-----

Vážené čtenářky, vážení čtenáři, studentky a studenti, kolegyně a kolegové a všichni příznivci našeho fakultního zpravodaje,

situace politicko-ekonomická – světová i místní, která je samozřejmě vázána na to, co se děje ve světě, je stále velmi nepříznivá. A možná trochu nepříznivě vyznívá i rozhovor s předsedou Asociace děkanů lékařských fakult České republiky, profesorem Petrem Widimským, děkanem naší fakulty. Profesor Widimský velmi přehledně a fundovaně shrnuje problémy, které současná výuka lékařů přináší, zejména to, že je lékařů – učitelů nedostatek, a proto některé předměty musí vyučovat nelékaři. Pracoval jsem v tomto oboru téměř 50 let a musím říct, že se závěry pana děkana souhlasím. Není to jenom otázka financování, i když ta je samozřejmě velmi důležitá a základní, ale je to otázka přístupu k výuce medicíny vůbec. Základní lékařské obory, někdy se říká také teoretické, by měli učit lékaři, protože v sobě mají něco, co můžeme nazvat duchem lékařství, bez něhož se při výuce medicíny neobejdeme. Za článek moc děkuji a věřím, že se panu děkanovi spolu s kolektivem dalších děkanů podaří najít dobrá řešení.

Velmi mě zaujala také zpráva o ugandské nemocnici, ve které nějaký čas působili studenti pátého ročníku naší fakulty Adéla Černá a Martin Bokůvka. Jsem nadšen, jaké schopné studenty máme, oceňuji, že se pustili do africké medicíny, která je v mnohem zásadně odlišná od medicíny, na jakou jsme zvyklí doma. Líbí se mi je-

jich postřehy a musím uznat, že se opravdu hodně naučili. Jsem hrdý na to, že máme takové studenty.

Stejně tak musím zmínit krásný článek další studentky Anežky Jungové „Jak se rodí Papuánci“. Ve velmi zasvěceném článku o tom, jak se žije v oblasti Oceánie, konkrétně na Papui Nové Guinei, kolegyně srovnává vyspělou medicínu, kterou se učí na naší fakultě, s použitím velmi omezených léčebných metod. Zmiňuje rovněž metody šamanské. Zabývá se především situací v gynekologii a porodnictví – k těmto tématům mám z rodinných důvodů osobně velmi blízko, a proto mě velmi zajímají.

Tématu porodnictví se věnuje také komentář doc. Jiřího Knora „Domácí porody a názor lékaře záchranné služby“, v němž se zabývá často diskutovaným problémem jak z hlediska medicínského, tak i etického. S jeho závěry souhlasím, spolu s dvěma porodníky a gynekology naší rodiny. Hájíme vždy životy matek a jejich dětí.

Naše porodnické téma krásně doplňuje významný přehled neonatologie v rozhovoru s jejím představitelem profesorem Zbyňkem Straňákem, primářem v Ústavu pro péči o matku a dítě a učitelem naší fakulty. Mám jen drobnou poznámku k závěru rozhovoru: Profesor Straňák, známý sportovec uvádí, že bude muset vzhledem k věku ubírat ze své sportovní aktivity a přejít z tenisu na triatlon. Nejsem si tak jistý, že triatlon je méně náročný než tenis. Ale přesto držím profesoru Straňákovi palce!

Rád bych zmínil také cenu Neuron pro prof. Cyrila Höschla, který oslavil 12. září své 75. narozeniny.

Pracoval jsem s profesorem Höschlem dlouhá léta jako proděkan 3. LF a společně s dalšími kolegy jsme přetvářeli Lékařskou fakultu hygienickou na fakultu všeobecného lékařství. Měli jsme několik společných grantů a společných výzkumů. Cyril byl a je také spoluvůrcem časopisu Vita Nostra Revue. Kromě odborných a profesionálních vynikajících vlastností má profesor Höschl také vynikající vlastnosti osobní – každému nezištně pomáhá, nejenom svým nemocným přátelům a jejich známým a příbuzným, ale všem pacientům, kteří se k němu dostanou. Nesmrtelně se zapsal do srdcí a myslí lidí, kteří se s ním setkali, i těch, kteří ho znali nepochybně stejně dobře jako já.

Člen naší redakční rady Jaroslav Veis vedl velmi krásný rozhovor s paní profesorkou Zuzanou Moťovskou o udělení ceny Česká hlava. Text ukazuje na rozsah práce i životních zkušeností profesorky jako lékařky i matky. Prof. Moťovská je vynikající reprezentantkou naší fakulty a za celou redakční radu jí moc gratulujeme k získání významného vědeckého titulu. Milá paní profesorko, vždycky jsem Vás obdivoval, oceňoval Vaše vědecké úspěchy a ať Vám tato aktivita ještě dlouho vydrží.

Dále upozorňuji na výběrnou knihu Neurorehabilitace vycházející pod vedením profesorky Kamily Řasové z naší Neurologické kliniky. Kniha vychází z dlouholeté činnosti docenta Františka Velého, který bohužel zemřel, ale některé první kapitoly ještě sám zpracoval.

Na závěr bych ještě zmínil projekt „Bez obav, aneb jak vyzrát na strachy u dětí“, který představuje Jolana Boháčková v rozhovoru s autorkou psycholožkou Marií Poláškovou. Nesmírně důležitý a zajímavý projekt.

Na úplný závěr bych chtěl jenom podotknout: přestože se nám někdy zdá, že je všechno beznadějně a ztracené, není to pravda. Musíme se řídit heslem fotbalového



klubu SK Slavia Praha: Naděje umírá poslední. Naděje nám vždycky musí zůstat a to je základem medicíny. A protože psychoterapie je významnou součástí všech léčebných metod, tak tuto naději musíme našim pacientům, ale i kolegům neustále vštěpovat a povzbuzovat je.

Šťastný nový rok 2025 přeje

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



Cyril Höschl získává Cenu Neuron za celoživotní přínos vědě

Tereza Kopelentová, Nadace Neuron

Spojit „duchařinu“ a „práškařinu“ a vybudovat instituci, která ve střední a východní Evropě nemá obdoby. I to se v průběhu kariéry podařilo profesoru Cyrilu Höschlovi. Za jeho celoživotní přínos v oblasti psychiatrie a duševního zdraví se mu Rada Nadace Neuron rozhodla udělit v mimořádném termínu u příležitosti Světového dne duševního zdraví prestižní Cenu Neuron. Ta se pojí s finanční odměnou 1,5 milionu korun. Cenu převzal profesor Höschl, který svůj život zasvětil popularizaci psychiatrie a destigmatizaci psychiatrických pacientů s nadšením, pokorou, ale i humorem jemu vlastním.

„Cenu Cyrilu Höschlovi jsme se rozhodli udělit u příležitosti Světového dne duševního zdraví, který je dnem vzdělávání a osvěty v této oblasti a také dnem boje proti sociálnímu stigma psychických onemocnění. Profesor Cyril Höschl je ztělesněním této činnosti nejen v České republice, ale i ve světě. Přišlo nám příznacné tento den oslavit právě Cenou Neuron,“ vysvětluje spoluzakladatelka a ředitelka Nadace Neuron Monika Vondráková.

Profesní dráha Cyrila Höschla je ještě pozoruhodnější tím, že na něj psychiatrie nejdříve tak trochu zbyla – po promoci nemohl najít uplatnění a své místo našel až ve Výzkumném ústavu psychiatrickém v Bohnicích. V oboru už zůstal a objevil v sobě zápal, který formoval celou jeho kariéru.

Otevření se světu

Po pádu komunismu v Československu se stal prvním prezidentem Evropské psychiatrické asociace ze středo- a východoevropských zemí. „Dal jsem si za cíl otevřít dveře všem zemím, na které se koukalo, že tam včera slezli ze stromů. Ano, na západě měli mnohem víc možností, robustnější výzkum a byli metodologicky daleko před námi, ale tady se zase mnohem víc četlo, v mnohém jsme byli vzdělanější,“ vzpomíná prof. Höschl.

Cyrlu Höschlovi se také podařilo reformovat 3. lékařskou fakultu Univerzity Karlovy a vybudovat z ní respektovanou instituci. Jeho životním dílem je pak vybudování Národního ústavu duševního zdraví v Klecanech. „V roce 2013 tam byla louka a na podzim 2014 už stála budova. Vzniklo to v neuvěřitelném tempu. Zážrak,“ vzpomíná prof. Höschl. Tato instituce v sobě spojuje výzkum, vzdělávání a léčbu, využívá nejmodernější technologie – a ve střední a východní Evropě se jedná o naprostý unikát.

Věda i popularizace

„Profesora Höschla nenominujeme za vynález nového antidepresiva, ale za jeho systematickou celoživotní práci na tom, aby psychiatrická onemocnění ztratila stigma, aby se lidé nebáli vyhledat pomoc odborníků, pokud pociťují psychické problémy. Současně za jeho velké

zásluhy o změnu systému péče o psychiatrické pacienty a výuku nových lékařů. Cyril Höschl tak zlepšil život nám všem,“ zdůvodňuje předseda Vědecké rady Nadace Neuron Jan Konvalinka její výběr pro rok 2024. Přesto nelze opomenout ani jeho vědeckou práci a úspěchy.

Ve svých výzkumných aktivitách se profesor Höschl věnoval biologické psychiatrii, psychofarmakologii, neuroendokrinologii a neurovědám. Jako mladý vědec s kolegy vypracovával metodu, jak využívat endokrinnologických procesů k diagnostice. Je také autorem zásadní české učebnice pro pre- a postgraduální studenty psychiatrie a dalších stěžejních odborných publikací. Je zakladatelem časopisu Psychiatrie a členem redakčních rad prestižních světových oborových časopisů.

Jeho zásadním přínosem ovšem zůstává osvěta v podobě přednášek, populárně-naučných textů v main-

streamových laických médiích či další akce vysvětlující psychiatrii a její koncepty veřejnosti. „Snažil jsem se lidem říct, že psychiatřiční pacienti – až na výjimky – nekoušou a nevráždí. Do určité míry se to snad povedlo, ale pořád do toho musíte foukat,“ popisuje profesor Höschl své životní poslání.

„Profesor Cyril Höschl celý život neúnavně pracuje na zlepšení úrovně české i světové psychiatrie. Dařilo se mu nadchnout studenty pro studium tohoto oboru, a zároveň dokázal oslovit i veřejnost. Pomohl nám pochopit důležitost psychiatrie a zasadil se o to, že se na psychiatrické pacienty společnost už nedívá tolik skrz prsty. Máme obrovskou radost, že jeho ‚dílo‘ můžeme ocenit právě Cenou Neuron,“ doplňuje Monika Vondráková.



Cena Jana Opletala pro Janu Krejčovou

Laureátkou letošní ceny Jana Opletala se stala studentka 6. ročníku Anna Krejčová. V pondělí 11. listopadu si v Divadle X10 převzala cenu za své aktivity bezprostředně po napadení Ukrajiny Ruskem. Hned v prvních dnech si všimla, že ukrajinští občané, kteří prchají před válkou, zůstávají v Praze na Hlavním nádraží často bezprizorní a mnozí potřebují zdravotnickou pomoc. Okamžitě zburcovala kolegy a vznikl projekt Medici – Hlavní nádraží. Od 3. března 2022 tu studenti 3. LF a dalších lékařských fakult ošetřili více než tisíc mužů a žen z Ukrajiny, kteří potřebovali různou péči – od válečných zranění, přes infarkty, náhlé příhody břišní, akutní infekce, až po zajištění psychologické a psychiatrické péče či onkologické léčby. Gratulujeme!

(red)



Nejdůležitější na lékaři je hlava, ať dělá jakýkoliv obor

Jaroslav Veis

Paní profesorko, 26. listopadu 2023 jste stála na pódiu auly Fakulty humanitních studií Univerzity Karlovy se soškou České hlavy a diplomem Národní ceny za celoživotní přínos na mezinárodní úrovni v oblasti kardiologie a sálem zněl potlesk. Česká hlava je v oblasti vědy naše nejvýznamnější ocenění a zaslouženě neformálně se jí říká „česká nobelovka“. Vaše práce je oceňována celosvětově, například váš zásadní přínos

k problematice optimální léčby pacientů s kardiogenním šokem komplikujících akutní infarkt myokardu, do jehož řešení se zapojilo pět evropských zemí i Spojené státy. Vědecky spolupracujete s nejprestižnějšími výzkumnými institucemi, jako jsou Harvard Medical School, pařížská Sorbonna nebo univerzita v Heidelbergu. Ještě na pódiu jste připomněla, že si ji zasloužíte nejen vy sama, ale celý tým vašich

spolupracovníků a připomněla jste i pacienta. Na co ještě jste myslela, když potlesk dozněl?

Bylo toho víc. Ale určitě jsem myslela na to, že Česká hlava hodně vypovídá o zemi, v níž žijeme a jejíž jsem velký patriot. Myslela jsem i na to, jak moc si vážím možnosti žít v této výjimečné společnosti, která dokáže oceňovat přínos vědců, důležitost jejich práce a takovéto ceny uděluje. A taky na to, jak moc motivuje tahle cena zejména mladé lidi, aby se vědě věnovali. A napadalo mě, jak zavazující je, že jsem byla oceněna jako žena.

Je to tak. V době, kdy rektorkou Univerzity Karlovy je žena, předsedkyní České akademie věd je žena, ministryní pro vědu a výzkum byla v čase udělování ceny žena, jste mezi dosavadními dvaadvaceti držiteli České hlavy první žena.

Máte na mysli, co že to vypovídá o postavení žen ve vědě, možná i diskriminaci? Víte, já jsem ten pocit, že mi někdo nedává prostor, vnímá mě tak či onak, celý život odmítala. Vždycky jsem se snažila dokázat, že když člověka něco zajímá, chce něco prosadit, tak se za svým cílem vydá. Bylo to tak, už když jsem začínala a je tomu tak i dnes. Chci prostě dělat věci co nejlépe a soustředit se na jejich řešení. Je smutné, že vůbec zmiňujeme v otázce, že v nějaké funkci je žena. Mě jako ženu by to vůbec nenapadlo tak, jak mě nenapadá, v jaké funkci jsou muži.

Ne, že bych si to uvědomovala jen u nás doma. Není to tak dávno, co se do diskuzí o oceněních zapojovali ve výboru Evropské kardiologické společnosti zejména muži a navrhovali své kolegy většinou ze západní části Evropy a Spojených států. Pak jsem se do diskuze zapojila já s návrhem excelentního indického epidemiologa, který publikuje hodně v časopisech jako Lancet – tedy těch nejvýznamnějších. Zvedli ke mně udiveně oči, že

se ozvala žena, navíc z postkomunistické země (což je stále limitací jak pro ženy, tak, soudím, i pro muže) a ještě s tak překvapivým, ale skvělým návrhem, který nakonec celý výbor ocenil a přijal. Mě prostě předsudky nezajímají. A navíc, diskriminováni bývají i muži. Jenže aby mohl být člověk diskriminován, musí sám tu diskriminaci také přijmout. Nebo odmítnout – což dělám a v tom cítím závazek a chci být příkladem.

Vraťme se z vrcholu vaší profesní dráhy na její počátky. Tedy na Slovensko, kde jste se narodila, vyrůstala, studovala, vdala se, narodily se tam i vaše děti a vy jste dosáhla prvních úspěchů jako kardioložka. Proč vůbec jste se rozhodla pro medicínu?

Ani se mi to nechce říkat, protože to působí jako klišé. Ale já chtěla být lékařkou už od malička, vůbec nikdy mě nenapadlo, že bych si chtěla vybrat jiné povolání. Neměla jsem přitom kolem sebe žádný vzor, vyrostla jsem v rodině, kde široko daleko nikdo lékařem nebyl! Měli jsme však doma úžasné prostředí a nikdo mě do ničeho netlačil, ani neříkal, že musím mít jen dobré známky. To nejpodstatnější, co po mně rodiče vyžadovali, bylo, abych se k ostatním lidem chovala slušně, ve všem ostatním jsem měla volnost. Což zároveň znamenalo, že jsem pro svou volbu lékařského povolání neměla ani žádnou podporu. Naopak naši si mysleli, že je těžké, rozhodně ne pro ženu optimální, a ještě na gymnáziu mě trochu varovali: Zuzka, rozmysli si to. Ale já na to neslyšela.

Byla jste tehdy spíše tvrdohlavá nebo ctižádnostivá?

Ctižádnostivá snad ano. Taky jsem uměla dát najevo, že mě něco nebaví nebo není zajímavé, dokonce jsem za to přinesla i dvojku z chování. Maminka, která byla učí-

telka, si jen povzdechla: těžko holce něco vyčítat, když ten učitel jen zaskakuje a o tom, co učí, toho moc neví. Ale myslím, že nejdůležitější bylo, že jsem byla zvědavá.

Zvědavost je zatraceně dobrý dar do života.

Jsem taky moc ráda, že mi můj entuziasmus, nadšení pro zajímavé věci celý život vydržel. Řekla bych, že lékař, který chce dělat svou práci dobře, se bez téhle zvědavosti, dychtivosti poznávat, neobejde. Zrovna nedávno, když mě pozvali k přednášce na studentské vědecké konferenci, jsem medikům citovala jednoho z nejlepších světových kardiologů profesora Eugena Braunwalda z Harvardovy univerzity: „Je tak vzrušující objevovat informace, které by potenciálně mohly pomoci stovkám tisíců lidí!“

Začínala jste ve známé bratislavské nemocnici Na Kramároch na geriatrii. To je ovšem, viděno laickýmá očima, obor značně odlišný od akutní kardiologie, ve které jste se prosadila.

Geriatricie byla součástí interní kliniky, kam nás pár čerstvých absolventů poslali a já jsem dnes vděčná, že jsem měla možnost tam začít. Právě mi končily poslední studentské prázdniny a pan primář mě přivítal slovy: paní kolegyně, tohle patro je celé vaše. Patro bylo plné hodně nemocných pacientů, práce od rána do noci. Moc jsem se tam naučila, včetně umění spolehnout se sama na sebe, když je to nezbytné. Ale taky jsem tam dostávala první praktické rady od vynikajících asistentů, z nichž jsou dnes významné lékařské osobnosti.

K tomu vašemu laickému pohledu: nesmíte geriatrii vnímat jen jako místo, kam se odkládají dlouhodobě nemocní a myslet si, že člověk, kterému je víc než šedesát, je už starý. Tady na kardiologii máme řadu pacientů,

kterým je nad devadesát, a jsou v dobré kondici. Geriatricie je špičková medicína, která se specializuje na některá onemocnění a její specifika spočívají jednak v tom, že většina civilizačních a kardiovaskulárních onemocnění má nárůst ve strašim věku, a jednak v tom, že se často setkáváte s komorbiditami, tedy více onemocněními najednou. Nelituju toho, že jsem tam začínala. Ale pak jsem byla čtyři roky na mateřské dovolené, a když jsem se vrátila, poslali mě na obecnou internu.

Čtyři roky je spousta času. Přemýšlela jste tenkrát, zda má ve vašem životě mít přednost rodina nebo profese? Měla jste obavy, že jste za tu dobu o něco odborně přišla?

Já úvahu děti nebo kariéra považuju za scestnou. Samozřejmě jsem se ty roky věnovala dětem, rodině, bydlení, ale taky jsem se učila jazyky a sledovala medicínu, protože mě zajímá a jak říkám, jsem zvědavá. Internet nebyl, tak jsem četla, rozhodně jsem se však den co den neprobírala separátkami s odbornými texty. Deset let na mateřské bych asi nevydržela, ale obavy, že mi něco utíká, jsem v žádném případě neměla. Taky proto říkám mladým kolegyním, aby se tím dilematem nestresovaly. Týden po návratu do nemocnice jsem měla pocit, že jsem svou práci vůbec nepřerušila.

Ale taky to nebyly snadné roky. Manžel je lékař, anesteziolog, a aby nás tehdy uživil, musel brát třeba deset služeb na třech klinikách. I tak jsem někdy před výplatou měla v peněžence sotva 20 korun.

Jste doktorská rodina – nevydalo se některé z dětí vašich stopách?

Víte, obě děti od časného dětství věděly, co tahle práce obnáší. Já jako maminka jsem někdy přicházela

vyčerpaná z práce, měla jsem za sebou šestatřicet hodin v nemocnici (sloužilo se donedávna způsobem, že po pracovním dnu jste v 16 hodin pokračovali službou do 7 hodin ráno následujícího dne a bezprostředně, bez oddechu, se pokračovalo do dalšího pracovního dne, který končil v 16 hodin. Celkem 36 hodin kontinuálního pracovního vytížení), a často jsem byla po takto náročných dnech pak na děti a domácnost sama, protože ve službě byl manžel. Takže dcera vystudovala v holandském Leidenu mezinárodní vtahy a specializuje se na subsaharskou Afriku, zrovna se vrátila z Kamerunu. A syn vždy byl sportovec a dnes se věnuje trenérství. S medicínou nemá žádné z mých dětí nic společného.

Mrzí vás to?

Nemrzí, každý má svoji cestu životem. Netrpím pomyšlením, že jim nemůžu předat to nejlepší ze sebe stran profese, nebo že nemám pokračovatele. Takto nepřemýšlím a nevnímám své povolání jako tu nejlepší volbu obecně, byla to nejlepší volba pro mě.

A jak pokračovala vaše cesta k akutní kardiologii?

Přes jednotku intenzivní péče. Jipka Na Kramároch měla metabolickou a kardiologickou část, když z ní jeden kolega odcházel, vybralo mě vedení kliniky jako jeho nástupce (neptali se mě, vypsali mě na JIP a hoto-vo). Jen mě v tu chvíli vůbec nenapadlo, že to bude natrvalo. Byla to velice náročná práce, protože vyžadovala velmi široké znalosti. Setkávala jsem se tam s celým spektrem akutních stavů kardiovaskulárních nemocí, nemocí plic, jater, ledvin, intoxikacemi, bezvědomími, akutními endokrinologickými selháními... Protože onemocnění srdce a plic jsou v naší populaci nejčastější, nejvíce pacientů nám přiváželi s infarktem, embo-

liemi, srdečním selháním, arytmiemi. Tenkrát, když se k nám dostal padesátník s infarktem, dali jsme mu do žíly trombolýzu, a když léčba nezabrala, dalších možností moc nezbývalo. Pacient se buď stabilizoval, nebo zemřel. Žádnou mechanickou reperfúzi, která by obnovila průtok krve, a která je dnes naprosto zásadní léčebnou metodou, a navíc je k dispozici čtyřicet hodin denně, jsme neměli.

Narazila jsem tenkrát na články profesora Petra Widimského o tom, že nejúčinnější je, když se pacienta podaří v krátké době dopravit právě do kardiologického centra s možnostmi mechanické léčby, a tam je mu zaveden do uzavřené cévy srdce, která je příčinou infarktu, katetr s balonkem, kterým ji zprůchodní. Sehnala jsem si na pana profesora kontakt, a napsala mu, že bych se ráda přijela podívat na to, jak to dělají. Odeslal, že je to možné, a tak jsem si v březnu roku 2002 vzala volno, financovala jsem si cestu ze svého, přijela, měsíc pozorovala a usilovně vymýšlela, jak bych mohla přispět, aby byla tato léčba dostupná pro pacienty na mém tehdejší pracovišti. Měla jsem vizi, že by v Slovenském ústavu srdcových a cievnych chorob, který je jen kilometr daleko od nemocnice Na Kramároch, a kde se intervenční kardiologie dělala, mohla být k dispozici primární angioplastika (název procedury vedoucí k zprůchodnění uzavřené tepny) čtyřicet hodin denně.

V té době už jsem byla šéfkou jipky, měla za sebou první i druhou atestaci z interny a připravovala se na atestaci z kardiologie. S profesorem Widimským jsem se potkávala na konferencích, diskutovali jsme o jeho studiích i o pokrocích v kardiologii obecně, poslouchala jsem ho a uvědomovala jsem si, jak je výjimečný, měl sílu proměnit vize v realitu a posouvat obor ve prospěch

pacientů. A pak, zničehonic, od něho přišla sms zpráva s pozváním přijít pracovat k němu na kliniku.

Takhle lakonické pozvání to bylo, jen esemeskou?

Ta esemeska mi přišla ve chvíli, když jsem vystupovala v Turecku z letadla cestou na odbornou konferenci. Ukázala jsem ji jako vtip kolegovi, který cestoval se mnou. Ten ji na rozdíl ode mne vzal vážně: to musíš vzít! Následovalo několik mailů, po nich dohoda, že přijedu do Prahy a probereme to osobně. Přišla jsem, kromě Petra Widimského mě čekalo celé vedení kliniky, tenkrát primář Martin Herold a profesor Pavel Gregor. Náš rozhovor si pamatují i s detaily dodnes.

Bylo to těžké rozhodování?

Těžké a složité. Rodina se dvěma dětmi, které chodí do školy, manžel měl v Bratislavě svou práci i postavení... Těžké i složité však bylo nejen rozhodování, ale také překonávání překážek. Byla jsem v té době na pracovišti dost důležitou postavou, vedla jednotku intenzivní péče, což je pro kvalitu péče klíčové pracoviště, učila na institutu pro doškolování lékařů, přednášela v předatestačních kurzech, zkoušela atestace, takže vedení mi přestup do Prahy rozhodně neholdalo ulehčit. Dokonce když došlo na onu atestaci z kardiologie, nedostala jsem volno na přípravu ani na samotný čas zkoušky a musela si pomoci pracovní neschopenkou. Můj šéf z kliniky a tehdy i rektor Slovenské zdravotnické univerzity pak zavolal atestační komisi, aby mě nezkoušeli, že jsem v pracovní neschopnosti. Profesoři Rienčanský, Šimková a Hatala, kteří věděli, jak moc mám kardiologii ráda, proto den před atestací zavolali zase mně a řekli, abych si nechala napsat vycházku, aby nikdo nemohl zkoušku z formálních důvodů napadnout...

A ten nový začátek v Praze – byl také těžký?

Samozřejmě, že nebyl úplně nejhladší. Přicházet na nové místo na pozvání silného, přísného a respektovaného šéfa není záviděníhodná pozice. Kolegové spíše vyčkávají, udržují si odstup, chtějí vás nejdříve poznat. Nacházíte si své místo, někdo zkouší, co vydržíte, vy se musíte naučit říkat, co ještě ano a co už ne. Trvalo to možná celý první rok. Adaptace mě stála hodně sil a slz. Byly chvíle, kdy jsem svého rozhodnutí litovala, kdybychom tu už tolik neinvestovali do bydlení a nestyděla se před rodinou, úvahy o návratu by se možná proměnily v realitu.

Nastal pak nějaký zlom?

Na žádný si nevzpomínávám, prostě jsem musela první rok vydržet a vydržela.

Začala jste tu rovnou s akutní kardiologií?

Já jsem nepřicházela s očekáváním, že budu dělat právě akutní kardiologii. Stála jsem především o to být s pacienty, to jsem potřebovala, a nechtěla jsem, aby se na mě hned začalo nabalovat to, co jsem s vedením jipky a jako součást vedení kliniky zažila už v Bratislavě a co mě odvádělo od pacienta. Potřebovala jsem se plně soustředit a vrátit k tomu, co mě bavilo a nabíjelo, k pacientovi – péči, která mě motivovala k vzdělávání, studiu, výzkumu. Naplňovala mě uspokojením a dávala mi smysl. Musela jsem se seznámit s novým pracovištěm, postupy, poznat telefonní čísla. Takže jsme se domluvili, že si udělám kolečko po jednotlivých odděleních kliniky. Teprve poté mi vedení kardiocentra navrholo, abych se stala součástí týmu koronární jednotky, protože jeden z kolegů už nechtěl dělat akutní péči.

S výukou mediků jste také chtěla počkat?

Ne, učit jsem začala jako odborná asistentka hned.

Mimochodem, musí být akutní kardiolog manuálně zručný?

Vrozená šikovnost je rozhodně dobrý předpoklad. Jako ve všem, podstatný je trénink, důslednost, zkušenost. Nejdůležitější na lékaři je hlava, ať dělá jakýkoliv obor.

Nacvičit si dokonale rutinní postupy prostě nestačí...

Rutina přece není totéž co manuální zručnost. Rutina v našem povolání znamená prvoplánové a zavedené zhodnocení stavu. Rutina je pohodlná, slyšíte, co chcete slyšet, pokud vám informace od pacienta nebo z dalších vyšetření úplně nezapadají k dané diagnóze, přehlídí se. Celý svůj dosavadní profesní život si dávám velký pozor, abych zvažovala objektivně každou informaci, výsledek vyšetření a pokud mi nesedí do diagnózy, která se zdála na začátku pravděpodobná, prostě pátrat, vyšetřovat, hledat, nespokojit se, odvést zodpovědnou práci.

Jakou roli v tom hraje lékařova intuice?

Obrovskou.

Jak byste ji definovala? Je to něco jako komprimovaná znalost a zkušenost plus kreativita?

To všechno se v ní musí snoubit. Máte-li to v sobě, pak třeba procházíte na počátku služby mezi pacienty, mluvíte s nimi, a najednou vám něco v podvědomí secvakne a říká, pozor, k tomuhle člověku vás v noci zavolají. I když v tu chvíli nemůžete říct, co konkrétně to bude. Vnímáte podprahově signály, že vás ve vývoji stavu pacienta, výsledku léčby něco znepokojuje, nezapa-

dá do toho, co očekáváte. Vnímáte to dříve, než se v plné míře projeví. Je to vzácný dar, kterým lze opravdu hodně pomoci.

Zmínila jste důležitost pokory, v přístupu k pacientovi a v diagnóze. Nemůže ale pokora být tak trochu překážkou ve schopnosti rychlého rozhodování, bez něhož se přece v akutní kardiologii neobejdete? Jak si spolu pokora a rozhodnost rozumějí?

Víte, akutní kardiologie zdaleka nespočívá jen v rychlosti, s níž stanovíte diagnózu. Ano, rozhodnost je nezbytná, avšak víc než s rychlostí souvisí se sebedůvěrou vybudovanou na tom, co víte, že umíte. Teď nemám na mysli okázalé sebevědomí, ale víru ve své znalosti, schopnosti, umění porozumět pacientovi. A někdy je docela dobře, když vás pokora stáhne na zem, dá vám najevo, že se pořád musíte učit, že jste něco neviděl, nevěděl. Nepokorní lidé jsou směšní, zvlášť když si někdy myslí, že jsou málem něco jako pánbůh.

Čemu se právě věnujete? Co chystáte, jaký nový projekt?

Když se na nějakou problematiku zaměřujete, třeba na léčbu akutního infarktu myokardu, pak se s každým předchozím výsledkem otevírá nová cesta pro bádání. Nové spolupráce, i mezinárodní, přinášejí nabídky pro její rozšíření. Vaše práce není začátek a konec, ale síť. Takže pracujeme na řadě zajímavých projektů: vlastních, kde zvou ke spolupráci jiná centra, a dalších, na kterých je spolupráce nabídnuta nám. Vyžaduje to vždy selekci. I z vlastních projektů musíte vybrat ten s největším potenciálem přínosu, protože nikdo nemáme neomezeně sil. Tím favorizovaným je aktuálně připravovaný projekt, ve kterém chci vyjít z nemocnič-

ního prostředí do předhospitalizační péče. Týká se to kardiogenního šoku komplikujícího akutní infarkt myokardu, kdy je dramaticky omezena funkce velké části srdečního svalu a víc než 50 procent pacientů umírá. Hledáme cesty, jak tu situaci změnit, jak zahájit léčbu ještě před příjezdem do kardiocentra a to vyžaduje spolupráci se záchrannou službou. Kolegové, kteří přicházejí do kontaktu s takto nestabilními pacienty jako první, mají tu nejtěžší roli. Stanovit diagnózu, stabilizovat pacienta, jeho transport. Je to extrémně namáhavá práce po všech stránkách. Kolegů z předhospitalizační péče si nesmírně vážím, pro přežití našich nemocných mají naprosto zásadní význam. Vnímám jako jedno z největších ocenění, že projevíli ochotu se do připravovaného výzkumného projektu se zapojit. Je to výraz důvěry v jeho opodstatněnost, protože to, co chceme řešit, od nich vyžaduje vynaložení spousty práce. Pro mě je to velký závazek, nic v přípravné fázi nepodcenit, vše dotáhnout, aby jejich námaha nevyšla vniveč. Strašně důležitý aspekt, na který v našem rozhovoru zatím nepřišla řeč, je totiž právě ochota k medicínské spolupráci. Přes veškeré stesky a stíznosti na stav našeho zdravotnictví vždycky musím ocenit, jak nezištně, vysoko nad rámec svých povinností, kolegové spolupracují na projektech, které medicínu mají šanci posunout. V tom je naše společnost mimořádná. Lékaři, sestry, lidé, kteří se pohybují ve zdravotnictví, mají neuvěřitelně vysokou morálku, jsou otevření a především, chtějí pacientům pomáhat. A pokud Česká hlava přispívá k tomu, že se o tom dozví veřejnost, že si to uvědomí, pak už to samo je pro mě naprostá satisfakce a vidím v tom skrytý smysl, proč si mě ta cena našla.

Realizace velkého projektu, do kterého jsou zařazováni pacienti, vyžaduje kromě odborné erudice i projít

náročnými schvalovacími řízeními nejenom etických komisí, ale i regulačních autorit – té naší a v případech mezinárodních projektů i ve spolupracujících zemích. Připravit podklady pro takové schvalování by například u mého posledního projektu bez ochoty doc. Demlové a jejího týmu z CZECRIN (infrastruktura podporující realizaci klinického výzkumu) lékař sám nezvládl. A opět jsem se setkala se vstřícností, pomocí, a to bez toho, že bych mohla za tuto pomoc zaplatit, protože projekt nabyl rozměrů, které jsem při žádosti o grant nedohlédla a nepředpokládala. Zmiňuji to proto, aby bylo zřejmé, jak doslova obrovský tým ochotných a erudovaných řešitelů stojí za výsledkem, který pak můžeme označit jako excelentní. Na tom posledním, který ukončujeme, jsou jich tisíce. Během let, která s projektem strávíte, se hodně dovíte nejenom o řešeném tématu, ale i o sobě. Vnímám to, co mi život v profesi umožnil, a to bez patosu či nadsázky, jako dar. Snažím se s ním zacházet s nejhlubším respektem a odpovědností.

Hodně se teď mluví o tom, že vstupujeme do zlomové doby, v níž umělá inteligence nejen ovlivní, ale zcela promění nejrůznější odvětví lidské činnosti. Jak asi vstoupí do medicíny?

Především, bude třeba ji mít pevně pod kontrolou. Může hodně pomoci, ale také může být nebezpečná. Já zatím opravdu nevím. Třeba už generace mých dětí k ní přistupuje mnohem otevřeněji než já, bez obav ji využívá, ale já bych ji v kreativní práci využívat zatím nechtěla, raději se chci spoléhat na vlastní mozek. Ale zastavme se tady, nerada filozofuju o věcech, pokud nemám dostatečnou šíři znalostí.

Mluvili jsme pořád o práci, takže nakonec: řekněte mi, co ráda děláte, když nejste na klinice?

Vlastně nemám žádné koníčky v tom smyslu, že bych něco sbírala nebo pěstovala. Ale mám moc ráda divadlo, kulturu obecně. Takže i když nemám čas vidět všechno, co bych chtěla, nikdy si nezapomenu na internetu zkontrolovat, jestli náhodou někdo nevrátil rezervaci na zajímavé představení zrovna ve chvíli, kdy mám volný čas.

A jak si nejlépe odpočínáte?

Stačí mít volno, kdy opadnou veškeré tlaky a rozvěře se mi prostor pro domácí pohodu. Když vím, že

moji blízcí jsou v pořádku. Mám moc ráda sobotu ráno, když si dáme s manželem kávu, povídáme si a pak jdeme s našimi dvěma psy na procházku. Miluju ten čas, kdy se můžu nad věcmi zamyslet, udělat si pořádek v hlavě a nemusím pod tlakem rozhodovat o deseti věcech najednou. Tohle si užívám.

*Rozhovor vznikl pro publikaci **Mistři medicíny**, kterou vydává Česká televize jako doplněk k cyklu televizních portrétů českých lékařů.*

Prof. MUDr. Zuzana Moťovská, Ph.D.

Nejvýznamnější česká kardioložka vystudovala medicínu na Komenského univerzitě v Bratislavě, kde promovala v roce 1989. Lékařskou dráhu zahájila v bratislavské fakultní nemocnici Na Kramárech na geriatrickém oddělení interní kliniky, později stála v čele Jednotky intenzivní péče, kde už se zaměřila na kardiologii. Od roku 2005 působí na Kardiologické klinice (v době jejího nástupu ještě 3. interní kardiologické klinice) 3. lékařské fakulty UK a FNKV., kde se zaměřuje na kardiovaskulární onemocnění, ischemickou chorobu srdeční a aterosklerotickou terapii. Na klinice vede divizi akutní kardiologie a je zástupkyní přednosty pro výzkum. V roce 2016 byla jmenována profesorkou pro obor vnitřního lékařství. Několik let působila ve výboru Evropské kardiologické společnosti a spolupracuje na více mezinárodních vědeckých projektech.

Významným tématem, jemuž se profesorka Moťovská věnuje, je Female Health, zejména vliv ženského pohlaví na prezentaci, diagnostiku, léčbu a prognózu kardiovaskulárních nemocí. Je vědeckým sekretářem České kardiologické společnosti a byla zvolena do

vedení Akademického senátu Univerzity Karlovy. Za celoživotní přínos v mezinárodní úrovni v oboru kardiologie byla v roce 2023 jako první žena oceněna Národní cenou Česká hlava.

Profesorka Moťovská je vdaná a má dvě děti. Její manžel je lékař anesteziolog, dcera se odborně věnuje subsaharské Africe a syn je sportovním trenérem.



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

MUDr. Kateřina Bodianová

Klinika plastické chirurgie 3. LF UK a FNKV

MUDr. Vladimír Frič, CSc.

Ortopedicko-traumatologická klinika 3. LF UK a FNKV

prof. MUDr. Cyril Höschl, DrSc.

emeritní přednosta Kliniky psychiatrie a lékařské psychologie 3. LF UK a NÚDZ, první demokraticky zvolený děkan 3. LF UK

MUDr. Alena Hronová

Stomatologická klinika 3. LF UK a FNKV

doc. MUDr. Valja Kellerová, DrSc.

docentka Neurologické kliniky 3. LF UK a FNKV

MUDr. Jitka Kolombová, MBA

Klinika rehabilitačního lékařství 3. LF UK a FNKV

MUDr. Roman Košťál

Ortopedicko-traumatologická klinika 3. LF UK a FNKV

MUDr. Heidi Móciková, Ph.D.

Hematologická klinika 3. LF UK a FNKV

prof. MUDr. Zuzana Mořovská, Ph.D.

profesorka Kardiologické kliniky 3. LF UK a FNKV

MUDr. Michal Navara, Ph.D.

Klinika otorinolaryngologie a maxilofaciální chirurgie 3. LF UK a ÚVN

MUDr. Vladimír Pacovský, Ph.D.

Ortopedicko-traumatologická klinika 3. LF UK a FNKV

MUDr. Petr Ridzoň

Neurologická klinika 3. LF UK a FTN

MUDr. Eva Vaníčková, CSc.

do nedávna působila na Ústavu hygieny 3. LF UK

MUDr. Jan Votava

ředitel FNKV, Kardiochirurgická klinika 3. LF UK a FNKV

MUDr. Jiří Žabka, CSc.

Interní klinika 3. LF UK a FNKV



Studenti 3. lékařské fakulty uspěli na MedGames

Jáchym Drašar, Gabriel Baláž a Vít Hudec, studenti 6. ročníku 3. LF UK koncem října získali ve slovenském Martině 2. místo v soutěži mediků a ošetřovatelů MedGames.

Dvoudenní soutěže se zúčastnilo 20 týmů mediků z Česka a Slovenska a soutěžili v mnoha pestrých úkolech simulací medicíny, od hromadného neštěstí, urgentních příjmů, napříč interními obory, až například po komunikaci s agresivním pacientem. Rovněž měli možnost vyzkoušet si robotický systém da Vinci, či endoskopii na dobytčích orgánech.

Gratulujeme!

(red)



Lékařů – učitelů je nedostatek. Některé předměty tak musí vyučovat nelékaři

Nela Slivková

Lékařské fakulty se potýkají s vážným nedostatkem mladých lékařů na pozicích akademických pracovníků, zejména ve výuce teoretických a preklinických oborů, které pokrývají první tři roky studia. Na vině jsou především nízké platy. V reakci na tento problém jsou fakulty stále častěji nuceny nahrazovat lékaře jinými odborníky, jako jsou například biologové, chemici či inženýři. Zatímco jejich zapojení v menší míře může být přínosné, v některých předmětech již začínají převažovat nad lékaři, což zásadně mění charakter výuky. V rozhovoru pro Zdravotnický deník na to upozornil nový předseda Asociace děkanů lékařských fakult ČR (ADLF) profesor Petr Widimský.

V červnu jste byl zvolen do čela představenství ADLF. Na co se chcete zaměřit?

Navážu na výbornou práci svých předchůdců profesora Šeda, profesora Komárka a profesora Repka a opřu se o skvělou spolupráci se všemi ostatními děkany lékařských fakult v České republice. Bez

přehánění, současná sestava osmi děkanů tvoří kompaktní tým, který spolu velmi dobře vychází profesně i lidsky. Je mi velkou ctí být zvolen do čela asociace, byť je to jen na relativně krátkou dobu, protože můj děkanský mandát, a tím i členství v ADLF, vyprší 31. ledna 2026.

Jedním z hlavních cílů je více upozorňovat na problémy lékařských fakult v médiích i na sociálních sítích. Lidé vcelku dobře znají problémy zdravotnictví, o kterých se píše a mluví velmi často. Málokdo si však uvědomuje, že problémy ve zdravotnickém školství jsou ještě mnohem větší a v horizontu cca 10 let ohrožují budoucnost českého zdravotnictví. V tomto velmi přivítáme pomoc novinářů.

Systém spolupráce lékařských fakult s fakultními nemocnicemi tak, jak je v Česku dlouhodobě nastaven, je vynikajícím formálním základem vzdělávání lékařů i dalších zdravotnických profesí. Světově špičkové české zdravotnictví je výsledkem právě tohoto uspořádání a této stoleté tradice. Systém je však potřeba kultivovat a zejména je potřeba začít zavírat dosud se široce rozvírající „mzdové nůžky“ mezi platy ve zdravotnictví a ve zdravotnickém školství.

Budete usilovat o vyšší platy akademických pracovníků?

Samozřejmě, toto je stěžejní úkol. Současná situace je velmi neutěšená. Ukážu to na příkladu pro blízkou budoucnost nejdůležitější věkové kategorie lékařů – tedy kolegů mezi 30 až 40 lety. Ve věku kolem 30 až 35 let lékař v klinických oborech zpravidla složí atestační zkoušku a stane se samostatně pracujícím specialistou v nemocnici nebo v ambulanci. Pokud pracuje ve zdravotnictví, jeho mzda je již dnes na velmi slušné úrovni, a protože lékařů je mírný nedostatek, tak když není se mzdou spokojen, obvykle snadno si najde jiného zaměstnavatele. Pokud však tentýž lékař pracuje jako akademický pracovník na lékařské fakultě, jeho mzda je přibližně na úrovni 35 procent toho, co by měl ve zdravotnictví. To je samozřejmě katastrofální nepoměr a vede již dnes

k tomu, že fakulty jen s velkými potížemi získávají mladé lékaře na pozici akademických pracovníků. Zejména se to týká teoretických a preklinických oborů, tedy zhruba výuky v prvních třech letech studia medicíny. Zde se v čím dál větší míře ukazuje absolutní nedostatek lékařů mezi pedagogy. Fakulty to nahrazují tím, že některé předměty vyučují nelékaři (biologové, chemici, fyzici, inženýři, absolventi humanitních oborů apod.). Pokud se tito odborníci podílejí na výuce medicíny malým poměrem, je to zcela v pořádku a může to být i přínosné. V současné situaci však začínají v některých předmětech již převažovat tito učitelé nad vyučujícími lékaři, a to je samozřejmě z podstaty věci zcela špatně. Toto je nutno narovnat tak, aby i v prvních třech letech studia budoucí lékaře učili z větší části absolventi lékařských fakult.

Jak se budete snažit tyto mzdové rozdíly řešit?

Naším prvním krokem v uplynulých týdnech bylo vytvoření fundovaného odhadu, kolik by bylo potřeba pro lékařské fakulty finančních prostředků k tomu, aby se zcela vyrovnaly výše uvedené mzdové rozdíly. Tedy aby lékař vyučující budoucí lékaře mohl mít na lékařské fakultě stejnou mzdu, jakou mu nabídne kterákoli nemocnice. Došli jsme k částce 2,9 miliardy korun ročně. Když jsme tuto částku přednesli panu ministrovi školství Bekovi při společném jednání 3. září, pochopitelně vyloudila na jeho tváři úsměv. Přesto pan ministr situaci porozuměl a slíbil do budoucna s děkany lékařských fakult spolupracovat na jejím postupném řešení – samozřejmě i ve spolupráci s ministrem zdravotnictví.

Co pro vás znamená novela zákoníku práce?

Zástupci ADLF se těchto jednání účastní od počátku roku 2024 (v minulosti jsme k nim zváni nebyli).

Děkani lékařských fakult jsou v této situaci ve složité pozici. Na jedné straně službami v nemocnicích přetížení mladí lékaři, požadující více volného času, jsou našimi nedávnými studenty a my jejich postoj chápeme. Na druhé straně jako manažeři v oblasti zdravotnictví dobře víme, že razantní omezení přesčasové práce ve zdravotnictví by nutně vedlo k poklesu jak dostupnosti, tak i kvality péče. Bohužel je to situace, která nemá žádné dobré řešení. Buď se nakloní ve prospěch lékařů nebo zůstane posunutá ve prospěch pacientů.

Můžete to specifikovat?

Mohu to ukázat na příkladu ze svého vlastního oboru. V letech 1996 až 2002 v České republice v souvislosti s realizací akademických výzkumných projektů nazvaných „PRAGUE“ došlo k ohromnému rozvoji intervenční kardiologie a k dramatickému zlepšení péče o nemocné se srdečním infarktem. Česká republika byla první zemí na světě, která moderní léčbu infarktu koronární angioplastikou nabídla skutečně všem občanům. Za jakou to bylo cenu? Za cenu obrovského obětování stovek zdravotníků, kteří na přesčasy nehleděli. Když jsme tuto léčbu zaváděli v naší nemocnici, první tři měsíce jsem sloužil příslužby každý den sám na telefonu, než se to naučil další kolega. Jezdil jsem do nemocnice léčit infarkty i o víkendech v noci. Další tři roky jsme se v tom střídali s jedním kolegou ve dvou, služby jsme tak měli po dobu tří let ob den. Podobné to bylo i v dalších kardiocentrech, která tehdy vznikala. Kdyby na nás tehdy přišel úřad práce a zakázal nám to, tak dodnes se v Česku infarkty léčí postaru a více lidí na infarkt umírá.

Když jsme poté v dalších letech v rámci projektu „Stent for Life“ tuto léčbu pomáhali zavádět v dalších evropských zemích, často jsme se setkávali s necho-

tu tamních lékařů vzdát se části svého soukromého volného času ve prospěch tohoto projektu, tedy postoj těchto lékařů se velmi podobal postoji mnoha dnešních českých mladých lékařů. A velmi dobře rozumím tomu, že zdaleka ne všichni lékaři jsou ochotní k podobným časovým obětím svého soukromí. Hledání rovnováhy mezi časovým objemem práce a volným časem pro rodinu a koníčky je tedy skutečně jedním z klíčových problémů současné medicíny a zdaleka nejen v Česku. Proto postoj ADLF k otázkám přesčasové práce ve zdravotnictví není zatím jednoznačný a snažíme se přispět k hledání kompromisu.

Pracujete s vládou na komplexním přístupu k financování medicínského vzdělávání? Jaké budou vaše další kroky?

Jak už jsem zmínil, 3. září jsme jednali s ministrem školství. Podobné jednání plánujeme i s ministrem zdravotnictví. Jednáme samozřejmě i s rektory čtyř univerzit, které mají v Česku lékařské fakulty. Řešení problému nebude jednoduché ani rychlé, ale musíme začít. Bude to cesta na mnoho let. První krok byl ale již učiněn před 5 lety, kdy vláda ČR rozhodla o specifické podpoře lékařských fakult. To by přesně měla být ta cesta. Jen je potřeba objem této podpory několikanásobně zvýšit. Stát by měl na univerzitách podporovat přesně ty studijní obory, které jsou z pohledu státu nejvíce potřeba pro jeho obyvatele. O tom, že medicína je takovou oblastí, jistě nikdo nepochybuje. V opačném případě do 10 let hrozí nedostatek lékařů, a ještě kritičtější nedostatek zdravotních sester.

Rozhovor, který původně vyšel 16. září 2024 ve Zdravotnickém deníku, publikujeme s laskavým svolením šéfredaktora Tomáše Cíkrta.

Ocenění 3. LF za mimořádný přínos fakultě



prof. MUDr. Jiří Beneš, CSc.
za zásluhy při pedagogické a vědecké činnosti pro 3. LF UK v oblasti infekčních nemocí



doc. MUDr. Jolana Rambousková, CSc.
za zásluhy při pedagogické a vědecké činnosti pro 3. LF UK v oblasti hygieny, výživy, epidemiologie a preventivního lékařství



prof. MUDr. Ladislav Machala, Ph.D.
za zásluhy při pedagogické a vědecké činnosti pro 3. LF UK v oblasti infekčních nemocí



prof. MUDr. Zbyněk Straňák, CSc.
za zásluhy při pedagogické a vědecké činnosti pro 3. LF UK v oblasti neonatologie



Marta Zezuláková
za padesátiletou obětavou práci pro 3. LF UK



prof. MUDr. Zuzana Moťovská, Ph.D.
za zásluhy při pedagogické a vědecké činnosti pro 3. LF UK v oblasti kardiologie



MUDr. Eva Vaníčková, CSc.
za celoživotní přínos k ochraně zdraví dětí a obětavou práci pro 3. LF UK

Všem oceněným gratulujeme!



Jak se rodí Papuánci

Anežka Jungová

„Co bys chtěla jednou dělat za obor?“

„Už dlouho mě láká gynekologie a porodnictví...“

„V tom případě pro tebe mám tu nejlepší stáž!“

Takto začal jeden z rozhovorů uprostřed sychravého ledna v malé hospůdce v centru Prahy, který odstartoval jedno z největších dobrodružství mého života – výpravu na Papuu Novou Guineu, kde jsem strávila léto v Provinční nemocnici Kavieng.

Kamarádka, která podobnou stáž absolvovala před rokem, mi předala základní rady a informace a poté následovalo šest měsíců příprav – shánění letenek, víz, ubytování a také postupné odškrtávání očkovacího kalendáře. Během příprav jsem zorganizovala humanitární sbírku, díky níž jsem s pomocí rodiny a přátel nakoupila různorodé vybavení, kterého mají papuánští lékaři velký nedostatek. Velkou oporou mi byla i Hlávková nadace, která se rozhodla podpořit právě můj projekt.

Samotná cesta začala na pražském letišti a trvala 36,7 hodiny. Po dvou dnech jsem přistála na malém letišti největšího města provincie New Ireland, v Kaviengu, a seznamovala se s podnebím rovníkové Oceánie. Po několikadenní adaptaci na časový posun jsem se konečně dostala do nemocnice, kde jsem měla celé léto pracovat. Několik baráčků s plechovou střechou sousedících s mořem, venkovní systém umyvadel a místní bufet, kde postarší ženy palmovými listy odhání mouchy z čerstvě připravených ryb, dokonale splňoval mou představu o nemocnici na konci světa a nemohla jsem se dočkat, jaké výzvy tu na mě čekají. Oddělení, pracovní dobu a náplň práce jsem si vybrala sama a zaměřila se na péči zahrnující pediatrii, neonatologii, porodnictví a gynekologii. Z pohledu evropského zdravotnictví by se nejspíš jednalo o časově nesplnitelnou náplň praxe, ale *Kavieng Provincial Hospital* má pro pediatrii a gynekologicko-porodnické oddělení vyhrazeno deset místností, v nichž se snaží

poskytovat veškerou péči, na kterou mají znalosti a vybavení.

Pediatrie se zde dělí na tři stanoviště: „nursery“ pro novorozence, kteří potřebují intenzivnější péči (např. předčasně narozené děti s VLBW i LBW, děti s asfyxií či děti s novorozeneckou sepsí a dalšími infekty), **dětský příjem (outpatients)** pro pacienty od konce šestinedělí do 16 let, které blízcce spolupracuje s **dětským oddělením**, kam posílá závažné případy vyžadující hospitalizaci. S pediatrickým týmem jsem strávila čtyři týdny a zažila výzvy a překvapení u každého stanoviště.



Přes 130 tisíc lidí na jednoho lékaře

První týden jsem se s týmem vydala na druhou stranu provincie, do města Namatanai, kde se nachází druhá nemocnice v New Irelandu. Cílem výjezdu bylo doručit léky a zdravotnický materiál, vzdělávat zdravotnický personál v nových lékařských postupech a provést kardiologický screening dětských pacientů, kteří budou následně vybráni k operaci vrozených srdečních vad. V nemocnici Namatanai jsem pochopila, proč je kaviengská nemocnice považována s jedním doktorem na oddělení za špičkové zařízení – celou nemocnici zde obsluhuje jediný lékař a pět zdravotních sester se sani-



táři. Nemocnice bojuje s nedostatkem lůžek, na nichž dokonce chyběly matrace, a má problémy s oddělením infekčních a neinfekčních pacientů.

Nemocnice Namatanai je spádovou oblastí pro 134 830 lidí, kteří spadají do péče jediného doktora. Když se přepočítá počet obyvatel Papui Nové Guinei na počet lékařů, kteří tu zajišťují zdravotnickou péči, dostaneme se na údaj 22 tisíc pacientů na jednoho lékaře, což je zhruba jedenáctkrát víc než v České Republice.

Náš tým přijel navázat bližší spolupráci, optimalizovat postupy a vyškolit sestry v poskytování základní péče o novorozence, aby se snížil poměrně vysoký počet úmrtí způsobených pozdním či nesprávným poskytnutím první pomoci. Zbýlý čas byl věnován pacientům s nejzávažnějšími srdečními vadami, kteří měli být operováni kardiologem přislíbeným pro příležitostný zásah v Kaviengu. Tento program probíhal i v menších zdravotních centrech, která se zaměřují hlavně na porody a základní stabilizaci pacientů.

Při závažných stavech vyžadujících operaci musí pacienti cestovat do Kaviengu. Cesta po jediné nebezpečné silnici trvá přibližně čtyři hodiny a ostrov nedisponuje žádnou transportní službou (RZS zde neexistuje), druhou možností je stejně problematická cesta po moři. Těžké podmínky pro přepravu jsem posléze zažila na vlastní kůži, když mi na porodní sál vběhl otec s krvácející ženou a novorozenečným chlapcem, který po překotném porodu na pláži neměl ani podvázanou pupeční šňůru. Navzdory okolnostem a neodbornému ošetření matka i dítě přežili, což pro mě bylo téměř neuvěřitelné.

Péče o nejmenší

Po návratu do Kaviengu jsem začala pracovat s nejmenšími pacienty na „nursery“, což je nové oddělení,

kteře nahradilo nepřilíř vřuvávaný sklad. Na oddělení disponují jednou fototerapeutickou lampou, kterou před lety darovala německá nemocnice a – v současnosti rozbitým – novorozeneckým vyhříváním lůžkem. Moje práce spočívala v dokrmování a podávání léků předčasně narozeným novorozencům, pomáhání s péčí metodou „kangaroo-mother-care“ (klokánkovaní) a poskytování rad matkám ohledně kojení a následné péče. Největší výzvou pro mě bylo zavádění kanyl novorozencům, protože zde sestřř používají místo dětských kanyl nejmenší kanyly určené pro dospělé a vzhledem k chybějícímu osvětlení si vypomáhají čelovkami.

Nejvíč času jsem strávila s dvojčátkem (chlapečkem), kterému se říkalo „Dvojka“ (jméno děti dostávají až při propuštění z nemocnice), který vážil pouhých 1,02 kg. Oproti bráškovu byl opravdu drobný a vyžadoval nepřetržitou péči, proto jsem s dojetím sledovala jeho postupnou stabilizaci a těřila se z každého přírůstku na váze.

Práce na příjmu a 800 jazyků

Necelé tři dny jsem strávila na příjmu, kde bych ráda zůstala déle, ale bohužel jsem narazila na problémy s jazykovou bariérou při odběru anamnéz. Na Papui Nové Guineji se díky geografickým specifikám uchovalo více než 800 jazyků, přičemž větřina z nich neexistuje v písemné formě. S postupnou centralizací ostrova a tím narůstající potřebou domluvit se vznikl úplně nový jazyk – Tok Pisin, který kombinuje angličtinu, němčinu a neomelaněštinu. Základní fráze jsem po čase zvládala, ale pro odběr anamnézy to nestačilo. Mnoho maminek malých pacientů neuměly číst ani psát a naivně předpokládaly, že já jako lékař jejich mateřský jazyk ovládám.



Ačkoliv jsem na příjmu nestrávila příliš času, potkala jsem se tu s rozmanitým spektrem nemocí nejčastěji: s malárií, tuberkulózou či salmonelózou a také s různorodými úrazy. Na dětském příjmu člověk zažije opravdovou vděčnost místních, kteří vás za bazální pomoc jejich andílkům zahrnou dary, ale i odvrácenou stránkou Papui, kdy se musíte vypořádat s případy stále běžného domácího násilí.

S omezenými zdroji nelze dětem plnohodnotně pomoci

Paní doktorka Kariko, která je hlavní lékařkou (ze dvou dostupných lékařek) pediatrického oddělení mě na jeden den vzala i na dětské oddělení, kde mi před-

stavila nejtěžší případy, které toto oddělení přijímá. Jde o jedinou místnost s dvanácti postelemi, kde leží všechny děti – od kojenců po šestnáctileté dospívající. Vzhledem k omezeným zdrojům se zde hospitalizují pouze děti se skutečně závažnými zdravotními problémy. Zdravotníci, kteří zde pracují, se často ocitají v situaci, kdy i přes znalost správného léčebného postupu nedokážou z omezených zdrojů dítěti plně pomoci. Každá minuta péče se tak stává bojem a naděje se vkládá do schopnosti dětského těla zotavit se vlastními silami.

Hospitalizované děti představovaly věkově nesourodou skupinu různých diagnóz, ale při bližším



prozkoumání krásně reflektují obtíže, kterými jsou tu děti v různém věku ohroženy. První tři postele současně využívali nejčastěji přijímaní pacienti – batolata s těžkými meningitidami a meningoencefalitidami. Čtvrtá postýlka patřila tříleté holčičce vážící pouhé 3 kg (chronickou malnutricí trpí na Papui zhruba 50 % dětí. Ze statistiky vyplývá, že 33 % dětí do 5 let zemře kvůli těžké podvýživě a u 76 % dětských úmrtí je střední až těžká podvýživa přidruženým faktorem).

Z ambulantně docházejících pacientů jsem se seznámila s Joramem, báječným desetiletým chlapcem s těžkou formou thalasemie, který sem pravidelně dochází na krevní transfuze, a nejstarší pacientkou, kterou byla šestnáctiletá dívka (35 kg, 161 cm). Trpěla úplnou slepotou (způsobenou diabetickou kataraktou) a selháváním ledvin kvůli nediagnostikovanému diabetu I. typu.

Pacientem, který ukázkově popisuje nedokonalost zdravotnictví v Oceánii, byl sedmiletý chlapec na posteli sedm, který vykazoval všechny příznaky akutní apendicitidy. V nemocnici se nachází dvě zobrazovací metody: starý rentgen a ultrazvuk, protože ale doktor, který má klíče od místnosti, kde jsou přístroje schovány, odjel za rodinou na ostrov, nemohl být chlapci snímek či ultrazvuk udělán. Chirurgický tým se tak na základě nedostatečné diagnostiky šikovně zbavil malého pacienta a poslal ho pediatrům na pozorování. Na dětském oddělení nemohl být chlapci změřen krevní tlak, protože se čekalo na sestru, která zamkla skříňku s tonometrem a odjela po službě domů, aniž by někomu řekla, kam uložila klíč. Uprostřed tohoto zmatku byl na lůžku upoután naříkající malý pacient, který se svíjel v bolestech. Na jedné ruce monitor, na druhé kanylu a hlavu fixovanou k posteli, aby si z nosu nevytrhl nasogastrickou sondu. Během shánění základních přístrojů

se malý pacient začal urputně dožadovat možnosti odejít na toaletu (a dost možná i úplně pryč co nejdál od nemocnice) takže jsem byla vyslána pro močový katetr. Na celém oddělení se však nenacházel jediný katetr velikostně vhodný pro sedmiletého chlapce, takže došlo na improvizaci, kdy se použil nazální katetr, který jsem izolepou spojila s urinárním sběrným sáčkem. Improvizace je v Kaviengu denním chlebem, na českého medika však může působit jako šoková terapie.

Zlí duchové a ezoterika

Poslední skupinou dětských pacientů jsou děti, jejichž příběhy a diagnózy pravděpodobně v Evropě nepotkáte. V mé službě jsem takové děti potkala dvě a jejich příběhy mě hluboce zasáhly.

První pacient byl čtyřletý chlapec, který je v nemocnici pravidelně sledován kvůli těžké epilepsii. Jeho matka je o jeho stavu dostatečně a opakovaně informována, přesto se rozhodla vzít léčbu do vlastních rukou. Protože doktoři chlapce „nevyлéčili“, usoudila, že jej posedli zlí duchové a začala záchvaty léčit namáčením chlapcových ručiček do horké vody. Během posledního záchvatu neměla vodu k dispozici, takže přiložila na chlapcova chodidla rozpálené uhlíky, což vedlo k popáleninám třetího stupně a nutné hospitalizaci. Úroveň veřejného povědomí o zdravotní péči je zde velmi nízká – středoškolské vzdělání je v těchto oblastech prestižní záležitostí dostupné pouze 15 % dětí. Dalšími faktory je důvěra. Mnoho obyvatel provincie stále nevěří lékařům a moderní vědě a vkládá důvěru do kmenových šamanů. S touto problematickou souvisí i druhý případ, ve kterém se ukázkově mísí nevzdělanost s ezoterikou.

Devítiletá holčička byla přivezena z ostrova, kde tři dny ležela u ohniště a trpěla silnými halucinacemi, kte-



ré nejspíš způsobil těžký průběh malárie. Kromě halucinací byla těžce dehydratovaná, vyčerpaná a trpěla vysokými horečkami. Společně s lékařkou jsme se shodly, že vzhledem k přítomnosti tetanických křečí a faktu, že holčička nebyla očkována, musíme do diagnózy zapsat i tetanus. Rodiče holčičky odmítli jakékoliv léky. Věřili, že halucinace, které se projevily tak, že holčička zpívala písně ve kmenovém jazyce, jsou způsob, jakým se s nimi snaží spojit předci a ti by si mohli lékařskou intervencí vyložit jako neúctu a začít se mstít. Dochází tu tak k bizarním situacím, kdy lékaři bojují nejen proti nemoci, ale i proti nadpřirozeným bytostem. O to víc bych chtěla vyzdvihnout odhodlání a vynalézavost pediatrického týmu, který tu bojuje o každého dětského pacienta.



Největší oddělení v nemocnici

Druhou polovinu stáže jsem strávila na gynekologicko-porodnickém oddělení, které disponuje dokonce pěti místnostmi. První je vyšetřovna, kde jsou vyšetřovány ženy se všemi patologiemi týkající se ženského ústrojí; probíhá zde diagnostika onkogynekologických pacientek, prenatální screening a antikoncepční poradna včetně rychlých lekcí plánovaného rodičovství. Hned vedle stojí porodní sál disponující vyšetřovacím lůžkem a dvěma postelemi, který je propojený s operačním sálem – ten je v současnosti jediným funkčním sálem pro celou nemocnici, takže na gynekologické operace připadly úterky a čtvrtky od 8 do 3 hodin od-

poledne a jinak je využíván chirurgy. Se třemi pokoji po deseti postelích je toto oddělení největším lůžkovým celkem v nemocnici. První pokoj je pro matky s novorozenci, druhý pro riziková těhotenství a třetí pro převážně onkogynekologické pacientky.

Každý pacient, který přijde do nemocnice, s sebou má osobu zvanou „gardien“, nejčastěji rodinného příslušníka, který se stará o všechny jeho potřeby, hygienu, stravování a praní prádla. Jelikož se do kaviengské nemocnice sjíždějí pacienti i z několik hodin vzdálených vesnic, spí „gardiens“ většinou na podlaze pod postelí. Nejčastěji se jedná o matky, sestry a tety, které zůstávají s rodičkou během porodu a po něm. Muži mají kvůli nedostatku soukromí na porodní sál omezený přístup, což v kombinaci s jejich nechutí účastnit se samotného porodu, vede k zařazení porodu do škatulky „ženská záležitost“. Místní doktorky mají vyzorováno, že čím méně se muž o manželčin porod zajímá, tím víc dětí žena má. Jedna z teorií je, že nevzdělávání mužů v rizicích a náročnosti porodního procesu vede k tomu, že muž po ženě vyžaduje víc dětí a méně dbá na ochranu. K potvrzení této hypotézy bohužel chybí konkluzivní data.

Průměrně se v kaviengské nemocnici narodí 80 až 100 dětí měsíčně. Zhruba 60 až 80 porodů eviduje nemocnice Namatanai a po přičtení porodů, které proběhnou ve zdravotních centrech a bez lékařské intervence ve vesnicích, se dostaneme na hrubé číslo 480 porodů měsíčně (zhruba 5 800 porodů ročně). Celá provincie při posledním sčítání lidu eviduje 232 351 obyvatel, přičemž průměrný počet dětí na jednu ženu je 4,9. Když jsem poprvé u pětadvacetileté maminky zapisovala, že přišla porodit páté dítě, připadala jsem si na rozdíl od sestry dost vyvedená z míry, ale tady se jedná o běžný jev.

U čísel ještě chvíli zůstaneme, protože na gynekologicko-porodnickém oddělení pracuje 16 zdravotních sester (ty pracují systémem směn) a 4 HEO, což je pozice, na které se spojuje práce sestry, lékaře a zdravotního záchranáře. Oddělení disponuje pouze dvěma lékařkami. Pro porovnání ve Fakultní nemocnici Královské Vinohrady se práce, kterou zde vykonává jedna lékařka, dělí mezi 40 lékařů a několik oddělení. Lékařky na rozdíl od sester nemají pracovní dobu. Musí být na telefonu 24 hodin 7 dní v týdnu 365 dní v roce. Normální den lékařky vypadá tak, že zkontroluje pacientky na vizi, zařídí rozpis medikací, popřípadě plánované operace (které, když je volný sál, často i provede) a potom jde na jednu z klinik či poraden, většina lékařů vede tři až čtyři, kde vyšetřuje a vypisuje žádanky či hospitalizace, dokud jsou v čekárně pacientky. Během večera a noci je volaná k naléhavým případům a konzultacím.

24 novorozenců a malá Anežka

Kvůli alarmujícímu nedostatku personálu mají sestry a HEO mnohonásobně větší pravomoci a provádějí široké spektrum výkonů, které v Evropě striktně spadají do lékařské kompetence. Díky tomuto posunu se uvolní prostor nekomplikovaných procedur a drobných zákroků, které běžně provádí medici a další studenti zdravotnických profesí. Za tuto možnost jsem obzvláště vděčná. Možnost praktických zkušeností byl jedním z hlavních důvodů, proč jsem se rozhodla trmácet na druhou polokouli a nelitovala jsem ani minuty. S porodnickým týmem jsem strávila necelých pět týdnů, během kterých jsem pod dohledem (a někdy i bez něho) sama porodila 24 dětí a zkusila si celý proces péče o matku a dítě.

Jak celý proces vypadal? Přicházející rodičku jsem přijala do nemocnice a založila požadovanou dokumentaci, vyšetřila per vaginam, popsala cervix a zjistila, nakolik porod postoupil. Následně jsem prováděla kontroly až do porodu dítěte a vedla samotný fyziologický porod. Po porodu následoval základní postup péče o novorozence včetně kompletního vyšetření a zároveň péče o matku zahrnující porod placenty, zašití případných porodních zranění, podání medikace a vedení čtvrté doby porodní. Se sestrou jsem ve většině případů potvrzovala medikaci a žádala o konzultaci, když se mi něco nezdálo.



Co se porodu týče, zasáhla sestra pouze v případě, kdy se mi nedařilo dítě vybavit, anebo se vyskytly náhlé komplikace. Kromě fyziologických porodů jsem asistovala u dvou vakuových extrakcí, dvou císařských řezů a aplikovala podkožní antikoncepční implantáty.

Jak bylo naznačeno, tým, který se stará o matku a dítě, se vždy skládá ze dvou lidí a pracuje se tu podle principu „jednou vidíš, podruhé děláš“. První dva dny jsem byla s lékařkou na klinice, kde jsem vyšetřovala ženy s podezřením na karcinom děložního čípku, a odpoledne prováděla prenatálně diagnostiku těhotných v různých stádiích těhotenství. Velmi brzy – třetí den – jsem začala být považována za platného člena týmu a začala sloužit služby na porodnici.

Jeden z nejsilnějších zážitků byl samozřejmě první porod holčičky Anežky, kterou po mě, podle nepsané místní tradice, pojmenovali. I když to byl teprve druhý porod, který jsem viděla, a první, který jsem vedla, sestra, která na mě dohlížela, brala mé návrhy a dotazy velmi vážně. Líbilo se mi, že mě maximálně podporovala, abych vše dobře zvládla a zároveň se nic nestalo mamince ani miminku. Ne každý porod postupuje podle učebnice a prožila jsem i pár opravdu krušných momentů, ale všech čtyřiaadvacet maminek porod zvládlo a po pár dnech si odnesly miminka domů.

Každá maminka a miminko mají svůj jedinečný příběh, ale protože tohle není kniha, nýbrž pouze článek, vybrala jsem pro vás dva střípky. Porod, který se stal nejtěžším okamžikem celé mé praxe, a zajímavou kazuistikou.

Dovolím si použít jedno z porodnických pořekadel: porodník buď leží, nebo běží. Po tom, co jsme dva dny „leželi“ a marně vyhlíželi nějakou rodičku, přišlo v úterý ráno šest maminek v aktivní fázi porodu, a pro-



tože oddělení disponuje pouze dvěma postelemi, chodila jsem je vyšetřovat na venkovní lavičku. Pět dětí se narodilo v rychlém sledu, naštěstí jsem je správně seřadila a všechny děti se narodily řádně na posteli, a ne na lavičce před sálem. Zbývala jediná patnáctiletá vyděšená maminka, která si ke mně během dne vytvořila důvěrnější pouto, takže jsem se rozhodla, že na její miminko počkám. Připojila jsem se k sestřičce, která přebrala odpolední směnu a pokračovala v péči. Uběhlo pár hodin a porod pořád nepostupoval. Zavolala jsem sestru a chtěla s ní zkonzultovat postup, ale naneštěstí jsem do směny dostala nekompetentní sestru, na kterou bylo mnoho stížností a nechala veškeré rozhodování na mě. Ani podání medikace porodu nepomohlo, takže mi sestra řekla, ať udělám vakuoextrakci,

což jsem vzhledem k nezkušenosti odmítla. Tehdy mě nechala samotnou a vydala se hledat někoho, kdo by výkon provedl. Pár minut potom, co sestra odešla, začal plod vykazovat postupně se zhoršující bradykardii a já věděla, že děťátko musí ven. Donutila jsem vyčerpanou maminku změnit polohu, což pomohlo a porod se konečně rozběhl, ale hlavička miminka se nemohla dostat ven. Nůžky na episiotomii byly na stolku dva metry ode mě a nikde nikdo, kdo by mi je podal. Takovou frustraci jsem snad nikdy nezažila. Když skončila kontrakce, vrhla jsem se pro nůžky, ale v ten moment maminka zatlačila, a i když jsem anus ochránit stihla, utrpěla nepěkné natržení perinea. Od lékařky jsem dostala pochvalu, že jsem tuhle situaci, ve které jsem neměla být, zvládla, ale já se cítila vůči prvorodičce hodně provinile. Na tomhle příkladu jsem si na vlastní kůži zakusila, jak důležité je mít spolehlivý tým.

Pro kazuistiku jsem vybrala nejzajímavější porodní zkušenost, reflektující různé stránky porodu na Papui Nové Guinei. Na porodní sál přijíždí po druhé těhotná dvaadvacetiletá rodička (první dítě u porodu zemřelo) ve 44. týdnu těhotenství s výrazným množstvím smolky v plodové vodě a krutými porodními bolestmi bez odpovídajících kontrakcí. Nejdříve jsme dali mamince šanci porodit spontánně, ale kontrakce se nerozvíjely a bolesti sílily, takže maminka dostala oxytocin a poté i myorelaxancia. Zdravotnický personál tu s každým výkonem a aplikací léků vyčkává až do tabulkově nejzazšího momentu a někdy i déle, protože každý zákrok mnohonásobně zvyšuje riziko komplikací, na jejichž řešení tu nemají vybavení. Na porodní sál byla zavolána HEO, která po další hodině rozhodla o zahájení vakuoextrakce. Vzhledem k starému extraktoru, u kterého se musí ručně pumpovat podtlak a kvůli nenasedající

hadici, kterou bylo nutné dvakrát zkrátit nůžkami, byl celý proces opravdu náročný. Nakonec se podařilo dítě porodit, ale chlapec nedýchal (APGAR skóre v první minutě 1/10). HEO dítě okamžitě oddělila od placenty a zahájila resuscitaci novorozence. Dýchání s maskou trvalo 15 minut, a i po podání farmak se stav neupravoval, teprve stará sestra, která měla zkušenost s podobným případem, odsála litr hnědo-černé tekutiny z plic a trávicího traktu a chlapec začal slabě dýchat. Mladá rodička, která novorozence přenášela, dala na radu své maminky a svou důvěru vložila, místo do zdravotnického zařízení, do kmenového šamana. Ten pro ni připravil Kapkap (bylinný odvar z listů stromu),



který měl pomoci zahájit porod, ale vedl pouze ke krutým porodním bolestem bez kontrakcí a přes pupoční šňůru se dostal do celého systému do té doby zdravého novorozence. Chlapce se povedlo udržet při životě, ale bohužel vykazuje většinu známek těžkého poškození mozku na základě závažné asfyxie. Sestra za to velmi nevybíravě obviňovala maminku, což mi vzhledem k věku vyděšené prvorodičky nepřišlo spravedlivé, ale názorně to ukazuje specifické problémy, se kterými se místní odborníci potýkají.

Těžko se v závěru shrnuje nejkrásnější životní zkušenost, protože žádná slova úplně správně nepopíší, jak moc každá minuta člověka změní. Tato cesta byla nabitá všemi silnými emocemi, které můžete zažít, a proto mi nezbyvá než poděkovat všem, kteří se podíleli ať už na

přípravě cesty nebo na cestě a mém tréninku v nemocnici jako takovém. Ve volných chvílích, které jsem nestrávila v nemocnici, jsem měla možnost i cestovat a poznat tamní kulturu a rozdílnosti smýšlení, což je nedocenitelný bonus, za který jsem nesmírně vděčná.

Má spolupráce s Provinční nemocnicí Kavieng nekončí. S místním personálem jsem v kontaktu a sdílím s nimi nové poznatky z oboru. Zároveň se pokusím vybavit zásilku nástrojů, kterou bych ráda poslala, a vřele vítám každého, kdo by se na počínu chtěl podílet. Do třetice všeho dobrého: nabízím předání komplexních informací dalšímu studentovi, který by chtěl pokračovat v počínající tradici papuánsko-české letní stáže a posunout sebe i Kavieng o další krok vpřed.





Ocenění za projekt *Dynamika mozkových mechanismů převzetí perspektivy u lidí*

U příležitosti výročí 17. listopadu rektorka UK prof. Milena Králíčková vyznamenala řadu osobností. Čestné uznání za projekt *Dynamika mozkových mechanismů převzetí perspektivy u lidí* získala **Anna Gunia** z 3. lékařské fakulty UK.

Anna Gunia zkoumala, jak funguje mozek při vnímání situací z pohledu druhých osob. V rámci projektu vyvinula nové experimentální paradigma pro studium této schopnosti. Identifikovala specifickou mozkovou aktivitu související s přepínáním perspektivy a vytvořila nový přístup k výzkumu propojení mezi vnímáním prostoru a teorií mysli. Výzkum může přispět k lepšímu porozumění mozkových procesů zapojených do empatie, což by mohlo vést k novým terapeutickým postupům. Gratulujeme!

(red)

Nové kliniky a noví přednostové na Bulovce

Ve čtvrtek 7. listopadu se ve FN Bulovka uskutečnilo slavnostní jmenování nových přednostů hned dvou významných klinik. Přednostou nově vzniklé Kliniky anesteziologie, intenzivní a urgentní medicíny FNB a 3. LF UK se stal **MUDr. Josef Škola, Ph.D., EDIC**. Nového přednostu má také Interní klinika FNB a 3. LF UK, je jím **MUDr. Oliver Kuchař, Ph.D.** Oba byli do svých funkcí uvedeni děkanem 3. LF UK prof. MUDr. Petrem Widimským, DrSc., za účasti náměstkyně pro léčebně-preventivní péči FN Bulovka MUDr. Hany Roháčové, Ph.D., a kolegů z obou klinik.

Obě kliniky se zapojily do výuky studentů 3. LF UK od začátku akademického roku 2024–2025 a jistě přispějí k dalšímu zkvalitnění výuky na fakultě. Jednou z klíčových podmínek pro kvalitní výuku je dostatečný počet výukových lůžek, aby počet studentů na pacienta i na učitele byl co nejmenší – to je dlouhodobá strategie současného vedení fakulty. Za posledních 7 let se tak 3. LF UK rozšířila celkem o 9 nových klinických pracovišť a více než 400 výukových lůžek.

(red)





Laboratorní a zobrazovací metody jsou velmi omezené. Personál se musí spoléhat sám na sebe a na své zkušenosti

Jolana Boháčková

Celkem pět týdnů strávili v ugandské dětské nemocnici a porodnici *Whisper's Magical Children's Hospital and Maternity* studenti 5. ročníku Adéla Černá a Martin Bokůvka. Seznámili se s tropickou medicínou, nemocemi jako malárie či srpkovitá anémie, které jsou typické pro rovníkovou Afriku, ale i zcela novým kulturním prostředím a nemocničními podmínkami, než na jaké jsme zvyklí v Evropě. Shodují se, že celý pobyt pro ně byl nezapomenutelným zážitkem, školou empatie a laskavosti a velkou medicínskou i životní zkušeností.

Proč jste se rozhodli pro Whisper's Magical Children's Hospital?

Adéla: Už v nižších ročnících medicíny jsem snila o výjezdu do Afriky, a jelikož postupně začalo přibývat studentů, kteří se do Whisperu jako dobrovolníci vydali a byli tam spokojeni, tak i mě lákalo tuto nemocnici navštívit. Zpočátku mi bylo vlastně jedno, do které africké země nebo nemocnice se vydám, ale Whisper pro mě postupně začal být jasná volba právě po předchozích pozitivních zkušenostech starších studentů.

Chtěla jsem se především seznámit s tamní medicínou, poznat místní kulturu a vyzkoušet si věci, které v našich podmínkách třeba nejsou ani možné. Také jsem měla pocit, že vyjet pomáhat do nemocnice v rozvojové zemi je věc, která má opravdu smysl. Zároveň mě velmi lákalo právě zaměření Whisperu, jelikož se jedná o pediatrii, gynekologii a porodnici a já bych se právě poslednímu zmíněnému oboru v budoucnu velmi ráda věnovala.

Martin: I já už jsem znal pár lidí, kteří do této nemocnice jeli, takže jsem necítil, že jedu úplně naslepo. Nevadilo by mi jet na stáž do jakékoliv africké nemocnice, ale tato nemocnice má své výhody. V první řadě to jsou další studenti, kteří ji už navštívili a mohli nám dát určité informace a rady, jak říká Adéla. A stejně jako ona, jednou bych chtěl pracovat v gynekologii, takže jsem věděl, že se dozvím informace z oboru, který mě zajímá. A v neposlední řadě zaměření nemocnice odpovídalo požadavkům na prázdninové praxe po čtvrtém ročníku, takže jsem nemusel po návratu strávit další týdny v našich nemocnicích.

Většina studentů jezdí do moderních západních nemocnic a vy jste se rozhodli pro rozvojovou zemi...

Martin: Já osobně nejsem úplným zastáncem výjezdů do moderních nemocnic s lepším vybavením, jinými pracovními postupy a legislativou. Mám pocit, že jako studenti medicíny pořádně nechápeme ten náš systém a nejsme schopni ho využít naplno. Proto jsem zvolil Afriku. Zdravotní péče z hlediska financování je tam opravdu tristní, kdežto péče z hlediska porozumění pacientovi, respektu a empatie je nadstandartní a mnohé evropské země by se mohly učit.





Některé momenty byly velmi emotivní

S jakými případy jste se ve Whisper setkali? Utkvěli vám v paměti konkrétní pacienti?

Martin: Průměrný ugandský pediatrický pacient se diametrálně liší od toho našeho. Uganda je v centru geografického pásu malárie, tudíž jsme se tam s ní setkávali na denní bázi. Malárie taky úzce koreluje s výskytem srpkovité anémie. Na tu má nemocnice Whisper specializované centrum, které pacienty sdružuje. A musím říct, že právě problematika srpkovité anémie mi v hlavě utkvěla nejvíce. Děti, které jsou postižené srpkovitou anémií, mají po-

škozenou produkci dospělého hemoglobinu. To znamená, že dokud mají hemoglobin fetální, tedy do nějakého sedmého měsíce života, je jejich vývoj a prospívání úplně normální. Rodina si s dítětem udělá pevný vztah a všechno vypadá, že bude v pořádku. Jenže po sedmém měsíci života se hemoglobinopatie začne projevovat. Klinická prezentace je vlastně dvojitá. Na jedné straně je hemolytická anémie v důsledku neustálé změny tvaru erytrocytů. Tyto srpkovité erytrocyty mají tendenci se shlukovat a to vede k té druhé straně, což jsou vazookluzivní krize následované ischemickými příhodami kdekoli v těle – často v končetinách, což se prezentuje ohromnou bolestí. Ale můžou to být i ikty, infarkty myokardu nebo plíce. No a v nemocnici to vypadá tak, že přijde šestileté dítě v konstantní bolesti, leží nehybně v posteli a po několika denní léčbě si začne vesele hrát s ostatními dětmi na dvorku nemocnice. Vy si samozřejmě hrajete s nimi, protože to jsou přeci děti a hrát si chtějí. Následně je propuštěno z nemocnice, jenže za dva týdny opět přijde v těžkých bolestech, protože například v noci prochladlo, což vyvolalo další vazookluzivní krizi. Děti s touto nemocí se v Ugandě dožívají průměrně asi šesti let. Na preparát Hydroxyurea, který zvyšuje expresi fetálního hemoglobinu, na transplantace kostní dřeně a genové terapie bohužel nejsou peníze. Léčba spočívá v antibiotecké profylaxi a hydrataci.

Adéla: Kromě zmíněné malárie a srpkovité anémie se ještě objevovala podvýživa, gastrointestinální infekce či popáleniny. Na urgentním oddělení jsme pak často potkávali pacienty s bronchopneumonií, meningitidou nebo blíže nespecifikovanými těžkými infekcemi. Občas se však vyskytly i velmi zajímavé diagnózy – například tetanus, spalničky, tuberkulóza nebo různé vývojové vady srdce a jiných orgánů.

V hlavě mi utkvěli hned tři pacienti a jejich diagnózy. Prvním byl tříletý Yusuf, který byl v nemocnici hospitalizován v den našeho příjezdu a propuštěn pár dní před tím, než jsme odjížděli. Měl popáleniny 2. a 3. stupně na více než 50 % těla a trpěl opravdu velkými bolestmi. Bylo však velmi hezké vidět, jak se jeho stav postupně zlepšuje a jak začíná mít opět chuť do života.

Dalším pacientkou byla sedmiletá Allison se srpkovitou anémií – genetickým onemocněním, které je pro Afriku velmi běžné, v České republice se však vůbec nevyskytuje, a proto bylo velmi zajímavé se s touto diagnózou setkat. Allison byla již známá pacientka,

kteřá pravidelně docházela do Whisperu na kontroly do ambulance srpkovité anémie, ale byla také opakovaně hospitalizovaná pro vazookluzivní krize, což je právě komplikace této nemoci, jak již zmínil Martin. Její stav se opakovaně zlepšoval a následně zase zhoršoval, což bylo velmi smutné.

Poslední pacientkou byla čtrnáctiletá Florence, jejíž příběh se pro všechny stal velmi osobním. Florence se narodila jako dítě s absolutní hluchotou, tudíž její jedinou komunikací s okolním světem byla znaková řeč, avšak tímto typem znakové řeči dokázali komunikovat pouze její příbuzní. Ve Whisperu byla ale





hospitalizovaná z úplně jiného důvodu, jelikož se potýkala hned s několika závažnými diagnózami – těžká malárie a tetanus. Člověk by si řekl, že je toho na čtrnáctiletou dívku až moc, ale Florence se bohužel stala i obětí sexuálního násilí. Její stav byl velmi vážný a místní personál jí moc šancí nedával. Navzdory velmi nepříznivému osudu se však její stav výrazně zlepšil a Florence se po necelém měsíci hospitalizace mohla dokonce vrátit domů. Moment, kdy se mohla poprvé projít venku, posadit se na lavičku či komunikovat s okolím, pro nás byl velmi emotivní.

V centru dění by měl být pacient

Jsou vaše nabyté zkušenosti přenositelné do českého nemocničního prostředí?

Martin: Naši primární náplní byla sesterská práce na odděleních – měření vitálních funkcí, odebírání krve, příprava a podávání léků, příprava speciální výživy a kontrola pacientů. Nemyslím si, že tyto činnosti jako takové vyloženě budu aplikovat v českém zdravotnictví. Co jsem se ale naučil a co rozhodně aplikovatelné je, tak uvědomění si, že problémy ve zdravotnictví mají primárně pacienti. Oni jsou ti, kteří za námi přišli žádat o pomoc, a proto bychom jim měli věnovat plnou pozornost, nezatěžovat se zbytečnými vymyšlenými problémy, udržovat pozitivně naladěné pracovní prostředí a vnímat pacienta jako sobě rovného člověka. V Ugandě jsou zdravotníci bráni jako lidé, kteří jsou tu od toho, aby pomohli. Proto jim pacienti věří a spolupracují s nimi. A kvůli této důvěře můžou všichni svoji práci vykonávat pořádně a důsledně.

Adéla: Myslím si, že by se naši zdravotníci od těch místních mohli mnohým věcem přiučit. V první řadě je to především empatický a individuální přístup ke každému pacientovi. Zároveň bychom si měli uvědomit, jak důležité je i v dnešní době základní fyzikální vyšetření. Jelikož jsou v Africe laboratorní, diagnostické a zobrazovací metody velmi omezené nebo si je pacienti jednoduše nemohou dovolit, musí se místní personál spoléhat hlavně sám na sebe, na své zkušenosti a dovednosti. Je až obdivuhodné, jak bez jakékoliv pomoci dokážou zhodnotit celkový stav a diagnózu pacienta.

Jak jste se sžili s pracovníky nemocnice?

Adéla: Myslím si, že velmi rychle a dobře. Všichni byli moc milí a přátelští. Vždy nám se vším pomohli, po-

radili a nebáli se s námi diskutovat nejen o rozdílech ve zdravotnictví, ale i o rozdílech kulturních či náboženských. S některými jsme si vytvořili skutečné přátelské vztahy, a právě i proto se nám odtamtud velmi těžko odjíždělo.

Martin: Zdravotnický personál byl neskutečně milý a vřelý. Hned první den nám bylo řečeno, že se máme cítit jako doma, že všichni tu jsou od toho, aby nám pomohli, a nemáme se bát na cokoli zeptat. Přesně tak jsem se také celých pět týdnů cítil. Někteří samozřejmě nebyli tak povídaví, ale nikdy nebyli nepřijemní. Někteří byli ochotní si povídat i o rozdílech mezi našimi státy, o náboženství, politice, lásce. Tato témata jsem ocenil,

jelikož mi přiblížily pravou povahu tamních obyvatel.

Bylo něco, co vás opravdu překvapilo – mile nebo nemile?

Martin: Mile mě překvapila úroveň angličtiny, kterou mluví většina populace. Čekal jsem, že buď anglicky mluvit nebudou vůbec, nebo tomu přes dialekt nebude rozumět. Angličtina je ale úředním jazykem a úroveň je rozhodně lepší, než tady u nás v Čechách.

Adéla: Mě osobně velmi mile překvapilo, jak vřelí jsou místní obyvatelé. Ačkoliv jsme před odjezdem ze všech stran slyšali názory, jak je to v Africe nebezpečné, tak musím říct, že jsme se nikdy nebezpečně necítili.



Děti jsou úžasné a čisté bytosti

Bavila vás práce s dětmi? Neláká vás teď víc pediatrie?

Martin: Práce s dětmi je náročná i úžasná. V žádném jiném oboru asi nenajdete takovou míru radosti, kterou ucítíte, když se váš pediatrický pacient zlepší. Děti jsou úžasné, čisté bytosti. Každé úplně jiné a zajímavé svým vlastním způsobem. O pediatrickém směru od návratu uvažují určitě víc, než předtím.

Adéla: Práce s dětmi zajímavá určitě je, nicméně je opravdu velký rozdíl mezi prací s dětmi u nás a v Africe. V Ugandě místní obyvatelé zdravotníkům bezmezně důvěřují, děti jsou poslušné a jejich rodiče při veškerém

vyšetření a terapii velmi nápomocní. Bohužel ne každý případ má dobrý konec, ale i přesto jsou lidé veškerému personálu vděční za jejich pomoc a věří, že pro záchranu jejich příbuzného udělali maximum. To je oproti péči u nás velký rozdíl. Co se týče výběru mé budoucí specializace, tak se nic nezměnilo. Po dokončení studia bych se ráda věnovala gynekologii a porodnictví, a jelikož i toto oddělení se ve Whisperu nachází, tak jsem měla možnost vidět pár zajímavých věcí. Největším zážitkem pro mě byl císařský řez čtyřčat, kterému jsme měli možnost přihlížet.

Jaké pro vás bylo fungovat v jiném kulturním prostředí?

Adéla: Zpočátku to pro nás všechny byl trochu kulturní šok, ale myslím si, že jsme se velmi rychle adaptovali. Velmi rychle jsme zjistili, jak dobře se u nás máme, a že například pití kohoutkové vody, teplá sprcha nebo elektrika nejsou samozřejmost. Když jsme se první dny procházeli po městě, tak jsme byli lehce zaskočení, jak nám místní děti mávaly a křičely na nás „Mzungu!“, což v překladu znamená běloch nebo cizinec. Postupem času jsme si ale zvykli a měli jsme toto oslovení vlastně rádi.

Martin: Aklimatizovat se na chybějící vymoženosti moderní civilizace bylo prvních pár dní těžké. Ještě k tomu nám do Ugandy nepřiletěly dva ze tří kufrů. To jsme ještě nevěděli, že ke štěstí nepotřebujeme deset outfitů a čtyři druhy šampónů. Elektřina fungovala spíše sporadicky, pitnou vodu jsme museli kupovat v barelech v obchodě. Jídlo bylo ale vynikající a levné. Minimálně to tamní. Nečekal jsem, že to řeknu, ale víc mi doma chybí tamní jídlo, než mi chyběla domácí kuchyně tam.



Měli jste možnost poznat Ugandu i mimo nemocnici?

Adéla: Ačkoliv byly služby v nemocnici náročné, i tak jsme se snažili alespoň trochu Ugandu poznat. Do nemocnice jsme chodili každý všední den a víkendy jsme měli volné. Whisper je v městečku Jinja, které leží víceméně skoro na rovníku a přímo v něm se nachází část Viktoriina jezera a pramen řeky Nil. Přesně tam jsme zavítali na náš první výlet a zaplatili si loďku i průvodce. Dalším skvělým výletem byl teambuildingový výjezd z nemocnice na nedaleké vodopády *Busowoko Falls*. Jeli jsme starým polorozpadlým školním autobusem, který by u nás technickou rozhodně nedostal, ale i tak byla atmosféra nezapomenutelná. Zpívalo se, hrály se místní hry, koupali jsme se přímo pod vodopády a dokonce jsme si i s ostatními dobrovolníky zaplatili jízdu na raftu. Největším a nejkrásnějším výletem pro mě však bylo třídní safari v největším národním parku Ugandy *Murchison Falls*. Celý park je opravdu nádherným kusem přírody a vidět žirafy, slony, antilopy, lvy, hyeny, různé opice, krokodýly nebo hrochy v divoké přírodě byl opravdu velký zážitek.

Martin: Směny v nemocnici byly dlouhé, od sedmi do sedmi pětkrát týdně. Měli jsme dovoleno odcházet v šest, ale chodili jsme domů před pátou. Jelikož je Jinja přímo na rovníku, slunce vychází a zapadá během dvaceti minut. Každý den před sedmou ráno vyjde a každý den před sedmou odpoledne zapadne. Tyto skutečnosti nám lehce zneprůjemnily možnosti prozkoumávat Ugandu po pracovní době. Po směně jsme většinou jen zašli nakoupit potraviny na trh, doplnit pitnou vodu a pak jsme spíš odpočívali. Jeden den jsem si naordinoval volno, protože jsem se po celém pracovním týdnu cítil hodně unavený a víkend jsem spíš prospal. Ráno jsem jel na východ slunce s výhledem na Viktoriino jezero



a cestou zpátky jsem se procházel skrz vesnice. A samozřejmě těch několik společných výletů, které zmínila Adéla, bylo opravdu nezapomenutelných.

Chystáte se vrátit?

Martin: Už jsem se dozvěděl, že existuje společnost, se kterou se dá do Ugandy znovu vyjet – léčit malárii do rurálních oblastí. Takže ano, pokud to peněženka dovolí, rád se vrátím!

Adéla: Určitě bych se ráda vrátila. Uganda je opravdu nádherná země, která má hodně co nabídnout. Lákají

mě však i jiné africké státy – další nemocniční poznání i prozkoumávání přírody a kultury. Také naše fakulta pořádá každý rok výjezdy do keňské nemocnice, o což mám velký zájem.

Jak stáž hodnotíte zpětně? Naplnila vaše očekávání?

Adéla: Hodnotím ji velmi kladně, byl to pro mě opravdu zážitek na celý život. Uvědomila jsem si spoustu věcí, které si odnáším nejen do své budoucí praxe, ale i do osobního života.

Martin: Stáž v rozvojové zemi bych opravdu doporučil každému člověku, který chce pracovat ve zdravotnictví. Je to skvělý způsob, jak najít opravdové hodnoty, kterých se při péči o pacienta držet. Samozřejmě jsem

se zdokonalil v sesterské a ošetrovatelské péči, dozvěděl jsem se nové informace ze světa tropické medicíny a naučil se spoléhat se na fyzikální vyšetření, když žádné novodobé zobrazovací metody nejsou k dispozici.

Co byste doporučili kolegům, kteří zvažují vyjet pomáhat do nějaké rozvojové země?

Martin: Doporučil bych se toho nebát, těšit se na dobrodružství, která je čekají!

Adéla: Ať zahodí veškeré obavy za hlavu a rozhodně vyjedou! I já jsem se zpočátku bála a s plánováním otáležela. Nakonec to však byl skvělý zážitek, na který budu ráda vzpomínat.





Vasil Kostin oceněn vládou jako nadaný student

Ministr pro vědu, výzkum a inovace Marek Ženíšek předal v pondělí 16. září v prostorách Strakovy akademie Cenu vlády nadanému studentovi za rok 2023. Mladý lékař a absolvent 3. LF UK MUDr. Vasil Kostin patřil k těm, kteří projevili mimořádný talent a zájem o výzkumnou a vědeckou práci, a cenu si právem zasloužil. Během studia vyjel na 11 zahraničních stáží do 8 různých zemí, včetně humanitární mise v Itibu v Keni. Nyní studuje na University of Oxford a ukončuje svoji pozici postdoka na Harvard Medical School a vyučování na MIT – Massachusetts Institute of Technology.

Od roku 2019 se aktivně věnuje práci v oblasti MedTech / HealthTech a vytváří inovativní zařízení v různých lékařských oborech, za něž získal národní i mezinárodní ocenění. Během pandemie covid-19 v rámci týmu Okoronaviru pomáhal poskytovat vědecky ověřené informace společně s experty z Akademie věd ČR, byl dobrovolníkem ve Fakult-

ní nemocnici Královské Vinohrady, kde také přišel s týmem na aplikaci, která pomáhala s triázováním pacientů. Vyvíjel inzulinová pera s inovačním centrem Lékařů bez hranic v Ženevě. Během studia byl Vasil hlavním řešitelem GAMA2-TA ČR a díky svému výzkumu byl zařazen do prestižního žebříčku Forbes 30 pod 30. V rámci projektu GAMA2 se zaměřoval na prevenci syndromu karpálního tunelu pomocí chytré podložky pod myš.

Ve výzkumu na University of Oxford se Vasil se spolužákem Martinem Horákem zaměřil na 12měsíční výsledky různých protokolů léčby makulárního edému při okluzi sítnicové žíly RVO s cílem zlepšit péči o pacienty a snížit četnost injekcí anti-VEGF. Kromě toho spolupracuje na průřezové studii zkoumající pacienty s Usherovým syndromem s mutací MYO7A s cílem zlepšit naše chápání degenerace sítnice a vyvinout end-points pro nové genetické terapie v klinických studiích.

(red)

Rodiče mohou dětem pomoci překonat úzkosti díky programu Bez obav

Jolana Boháčková

Na nedostatek odborné péče v oblasti duševního zdraví dětí reaguje projekt „Bez obav – jak vyžrát nad strachy dětí“ Národního ústavu duševního zdraví. Vzdělávací program „Bez obav“ je určený pro rodiče, jejichž děti trpí úzkostmi. „Rodič se zapojí do skupiny a stává se průvodcem i pomocníkem dítěte na cestě při překonávání obav a nadměrných strachů. Dává smysl, aby byli rodiče zapojení do pomoci svému dítěti,“ popisují autoři projektu, který vznikl na Oxfordské univerzitě a ve skupinovém formátu probíhá nyní i na Islandu.

Projekt „Bez obav“ cílí na rodiče úzkostných dětí ve věku 7 až 12 let. Právě v této věkové kategorii se totiž objevují úzkosti poměrně často. „Rodiče, se kterými pracujeme, si často stěžují na to, že dítě začíná odmítat chodit do školy, před odchodem do školy ho bolí břicho, hodně pláče, je pro něj extrémně náročné být bez maminky, například nedokáže jít na oslavu kamaráda, nebo nedokáže spát samo v posteli bez rodiče. Tento stav přetrvává nějaký čas a rodinu to začíná omezovat v každodenním životě,“ popisuje psychologka z Národního ústavu duševního zdraví a autorka projektu Marie Polášková, jak se úzkostné stavy u dětí mohou projevat.

Pilotní část projektu se odehrála už v lednu a únoru v Karlovarském kraji se skupinou dvanácti rodičů. Program má původ v Oxfordu, kde terapeuti pracují s rodiči individuálně, na Islandu pak stejný program začali šířit ve skupinovém formátu a právě to se zalíbilo také

českým výzkumníkům. „Víme, že odborníků na dětské duševní zdraví je nedostatek, a tak rodiče často musí na odbornou pomoc pro své dítě čekat velmi dlouho. Přišlo nám tedy smysluplnější poskytnout podporu více rodičům najednou. Zároveň jsme vycházeli z mnoha rozhořorů s rodiči a ukázalo se, že oni sami by ocenili skupinovou formu, protože se často v situaci se svým dítětem cítí osamoceni a izolovaní, takže touží sdílet své pocity s rodiči v podobné situaci,“ říká Marie Polášková. Karlovarský kraj byl vybrán mimo jiné i proto, že dostupná péče o duševní zdraví je tam opravdu malá a zájem o ni je obrovský.

„Na šestitýdenním kurzu se rodiče učí porozumět úzkostem svého dítěte, získají nástroje, jak poskytovat svému dítěti podporu při překonávání úzkostných myšlenek a strachů a společně s ostatními rodiči si jednotlivé techniky na skupinovém setkání procvičují,“ uvádí Polášková. Skupinu vedou dva školitelé a rodiče vzájemně sdílejí svoje postřehy. Program je založený na technikách kognitivně behaviorální terapie. Rodič je veden k tomu, že si s dítětem popíše příznaky a udržovací mechanismy úzkosti skrze tzv. bludný kruh, jednu z technik kognitivně behaviorální terapie. Učí se, jak se dítěte doptávat a to si trénuje ve skupině s dalšími rodiči, vžívá se do svého dítěte a představuje si, jak dítě vnímá situace, kterých se obává. Osvědčenou technikou je také psaní obav a úzkostí na papírky. Děti je pak

odkládají na speciální místo, do krabičky nebo do obálky, a v libovolný čas může následovat čtení a konverzace s rodičem. Děti se tak učí, že na úzkostné myšlenky nemusí reagovat ihned, mohou je odložit do krabičky „na později“. Do té doby se ale obava může zmírnit.

„Rodič se stává takovým laickým terapeutem pro svoje dítě, zatímco je veden školiteli. Po měsíci od skončení kurzu je ještě školitel v kontaktu s rodičem – zjišťuje, jestli nastal nějaký pokrok, případně rodiče dál motivuje a pomáhá jim nastavit další kroky spolupráce s dítětem,“ vysvětluje Marie Polášková.

V tuto chvíli mají výzkumníci data z pilotní fáze (pracovali s 12 rodiči), aby však mohli v rámci výzkumu říct, že je kurz opravdu efektivní (že se úzkostné symptomy u dítěte zmírnily natolik, že rodič už nemusí hledat další odbornou pomoc pro své dítě), je potřeba otestovat program na větším počtu osob. „Aktuálně testujeme efektivitu programu na více než 200 rodičích napříč Českou republikou. Náš výzkumný záměr spočívá v tom, že máme intervenční větev rodičů a kontrolní větev rodičů. Laicky řečeno máme dva běhy rodičů a rodič se buď zúčastní kurzu v prvním běhu anebo o tři měsíce později, tedy tři měsíce potom, co proběhl první běh. A my srovnáváme osoby, které si prošly kurzem v prvním běhu (tedy ihned), a osoby, které tři měsíce na kurz čekaly (tedy žádnou intervencí v těchto třech měsících neprošly). Na základě toho srovnání se snažíme zjistit, jaký efekt kurz měl, jestli se úzkosti u dětí, jejichž rodiče kurzem prošli, výrazně zmírnily v porovnání se skupinou, která na intervenci čekala tři měsíce,“ vysvětluje Marie Polášková a podotýká, že v zahraničí, kde se inspirovali, se ukazuje, že až tři čtvrtiny účastníků pomoc pak už nepotřebují – úzkost se sníží natolik, že dítě nepotřebuje pomoc dalšího odborníka. „Co se týče naší

pilotní skupiny, u většiny dětí se úzkost výrazně snížila a rodiče z kurzu odcházeli nadšení.“

Adaptovat intervenční program pro rodiče na české kulturní prostředí trvalo celý rok 2023. Proběhlo mnoho konzultací s odborníky na duševní zdraví, s rodiči a nakonec se ještě na základě pilotní verze prováděly další úpravy. Každý rodič dostává na kurzu brožuru (vždy před setkáním si má rodič načíst konkrétní kapitulu, aby již věděl, jak bude lekce probíhat), kterou bylo třeba dobře zpracovat. Ne vše se pouze překládalo, ale bylo třeba nalézt vhodné české ekvivalenty v různých situacích (například v Česku běžně nesnídáme tousty se slaninou, ale spíš rohlík s máslem a marmeládou, a podobně). „Přidali jsme kapitulu o tom, co je duševní zdraví s cílem zvýšit duševní gramotnost rodičů, a kdo je kdo v oblasti duševního zdraví – jaký je rozdíl mezi psychologem, klinickým psychologem, psychiatrem či psychoterapeutem. Přidali jsme také kapitulu o sebeděči pro samotného rodiče a zařadili jsme kapitulu o tom, co dělat v krizové situaci s dítětem – například při panické atace,“ popisuje psycholožka.

„Spolupracujeme s mnoha organizacemi, různými neziskovkami, rodinnými poradnami a podobně. Skrze ně bychom v budoucnu mohli program nabízet a realizovat, abychom odbavili co nejvíce klientů. Zároveň spolupracujeme s individuálními psychoterapeuty, kteří by v budoucnu mohli nabízet skupinové terapie rodičům s příspěvkem od pojišťovny,“ přála by si Marie Polášková. Cílem je, aby program byl zasazen do systému péče o duševní zdraví. „Rodiče, kteří teď musí čekat i více než půl roku na sezení u dětského psychologa, by dostali nástroje, jak svému dítěti pomoci tady a teď, aniž by se jeho problémy rozvinuly v něco závažnějšího,“ dodává. Na zmíněném Islandu podobný program

funguje ve skupinovém formátu v rámci sociálních služeb.

Podle nejnovějších dat Národního ústavu duševního zdraví dětí s duševními obtížemi přibývá a studie ukazují, že násobně narostly v průběhu covidových omezení. „Může to znamenat, že děti a dospívající žijí v nejisté době a je pro ně těžké se zorientovat. Proto potřebují podporu rodičů, ale ne ve smyslu, aby je rodiče přehnaně ochraňovali a vše za ně řešili,“ popisuje Polášková.

Jak mohou rodiče předejít tomu, aby strachy jejich dětí vyrostly v úzkosti?

- Děti mají často pocit, že jejich rodiče žádné obtíže nemají a představují pro ně hrdiny, kteří zvládnou všechno. Odnáší si z toho, že samy jsou špatné, protože se něčeho bojí a že jsou jediní. Rodič ale dítěti může ukázat, že i on má z něčeho strach a obavu, ale ji zkusí nějak překonat.
- Někdo má zase tendenci strachy dítěte bagatelizovat. Je ale třeba uznat, že dítě má strach oprávněně, být vůči němu chápající a pomoci mu ho zvládnout.
- Ale nesnažit se vyřešit vše za něj, dítě si potřebuje zažít pocit, že svůj strach zvládlo překonat.
- Obecně je dobré děti podporovat v samostatnosti v rámci každodenních činností adekvátních věku a nezapomenout je za to ocenit a připomenout i později, jak se jim co v minulosti povedlo a jak to dokázaly, přestože z toho měly z počátku obavy.
- Pokud si rodič uvědomí, že sám trpí úzkostí, měl by se pokusit se strachy na dítě nepřenášet, protože dítě jako houba nasává chování a reakce rodičů – když vidí, že rodič má z něčeho strach, tak automaticky může mít z dané věci obavy také.

Jak rodiče poznají, že už se jedná o úzkost a ne o normální dětský strach?

Zpravidla si rodič všimne nějaké větší změny v chování dítěte. Například dítě několik let normálně chodilo do školy, občas mělo strach z nějakého testu, ale vždycky do školy došlo. Najednou si v novém školním roce stěžuje na velké bolesti břicha, pláče cestou do školy, zkrátka se objeví větší změna, která začíná narušovat rodinný život. Dalším příkladem může být situace, kdy maminka nemůže odejít na večerní akci, protože dítě by bez ní neusnulo, ačkoli minulý rok normálně usínalo.

Rodiče své děti znají nejlíp, na rozdíl od psychologa, kterému může trvat několik setkání, než se dítě otevře. Proto je nejlepší cestou zapojit do péče o duševní zdraví dětí jejich vlastní rodiče. Rodiče ale často popisují, že si s danou situací neví rady, proto si techniky mohou osvojit na skupinových setkáních, kde v nich jsou proškoleni. „Ve skupinových kurzech navíc funguje skvěle skupinová dynamika – rodiče se navzájem podporují, doporučují si různé postupy, které jim pomohly v minulosti. Necítí se tak sami a získají odvahu k tomu, aby dokázali nově naučené techniky aplikovat v domácím prostředí,“ uzavírá Marie Polášková.



Neurorehabilitace

Nakladatelství Karolinum vydalo knihu Neurorehabilitace. První tři kapitoly s hlubokým filosofickým náhledem sepsal významný český neurolog a kineziolog doc. František Véle. Tyto kapitoly jsou věnovány porozumění pohybu, komunikaci s pacientem a předpokladům pro úspěšný neurorehabilitační proces.

V další části se kolektiv autorů pod vedením prof. Kamily Řasové zaměřuje na aktuální trendy v rehabilitaci, shrnuje současná doporučení Světové zdravotnické organizace a popisuje Mezinárodní klasifikaci funkčních schopností, disabili-

ty a zdraví. Spolu s fenomenoložkou prof. Annou Hogenovou se věnují filosofickým aspektům, které jsou důležité v terapeutickém přístupu. V rozsáhlé kapitole jsou představeny základní kategorie fyzioterapeutických intervencí s podrobným popisem principů a klíčových terapeutických prvků.

Následuje popis neurofyzilogických mechanismů fyzioterapie, včetně možností neuroplasticity a neuromodulace. Dr. Pavla Honců se zabývá významem dýchání a doc. Dobroslava Jandová otázkami bolesti. Poslední kapitola, sepsaná Dr. Tomem Philippem a Mgr. Janou Hlinovskou, se věnuje organizaci, zdravotnické legislativě a úhradám zdravotních služeb. Knížku využijí především studenti fyzioterapie, ale i odborníci v neurorehabilitaci.

Druhý ročník letní školy očního lékařství

Na půdě Oftalmologické kliniky 3. LF UK a FNKV proběhl již druhý ročník inovativní letní školy očního lékařství zaměřené na studenty medicíny z celé Evropy. Třídenní program zahrnoval především praktickou výuku, ale nabídl také několik přednášek světových výzkumníků a bohatý kulturní program.

Organizační tým pod vedením Martina Horáka a Vasilu Kostina, dvou absolventů 3. LF UK, událost oproti loňsku rozšířil a to jak počtem studentů, tak kvalitou a rozmanitostí programu. O 20 míst se ucházelo 135 studentů ze 45 univerzit a 22 zemí. Akce se nakonec účastnili studenti z Německa, Rakouska, Dánska, Itálie, Belgie, Francie, Litvy, Ukrajiny, Řecka a České republiky.

Na účastníky čekalo celkem 28 hodin praktických workshopů a přednášek. Workshopy zahrnovaly šití rohovky, operaci katarakty a laserování pouzdra čočky na prasečím modelu, práci se šterbinovou lampou, interpretaci výsledků zobrazovacích metod, měření nitroočního tlaku a také operaci ve virtuální realitě. O průběh praktických workshopů se starali místní lektori společně s pozvanými kliniky ze Spojeného Království a Portugalska. Přednáškový program

byl také velmi rozmanitý. Nejvíce prostoru bylo věnováno AI v očním lékařství a dopadům na lékaře a pacienty.

Hlavním cílem do budoucna je dle organizátorů vytvořit platformu pro mladé oftalmology napříč Evropou, skrze kterou by se mladí lékaři a nadšení studenti mohli efektivně vzdělávat, sledovat nabídku praktických a výzkumných stáží a navazovat profesní kontakt.

(red)



MEDICINA



Nejmenší holčička nebyla větší než panenka Barbie

Jolana Boháčková

Na červnovém zasedání Vědecké rady 3. LF UK byla předána medaile za pedagogické a vědecké zásluhy prof. MUDr. Zbyňku Straňákovi, Ph.D., MBA, primáři neonatologického oddělení Ústavu pro péči o matku a dítě (ÚPMD). Celých 35 let pečuje o předčasně narozené novorozence vyžadující speciální diagnostické a léčebné postupy. Nejmenší z nich vážili mezi 300 a 400 gramy. Součástí špičkového pracoviště na evropské úrovni je i Centrum fetální medicíny, které má za sebou stovky operací miminek ještě v děloze matky.

Neonatologie se mi jeví jako jedna z těch „hezkých“ medicínských specializací. Určitě se potkáváte s obrovským vděkem rodičů a musíte cítit velkou satisfakci. Proto jste si vybral zrovna tenhle obor?

Mám pocit, že osudově si ten obor spíš vybral mě. Po absolvování lékařské fakulty v roce 1989, těsně před revolucí, jsem musel nastoupit do Mostu. Tamější nemocnice byla na velmi vysoké úrovni, jakožto medicínské pracoviště ve vysoce rizikovém regionu. Jako absolvent jsem tedy nastoupil na skvělé místo, kde jsem dostal velice rychle příležitost dělat medicínu relativně samostatně. Dnes mladý lékař může pracovat samostatně za dva roky, já mohl za dva týdny.

Nicméně moje rodina se nechtěla stěhovat do Mostu, takže jsem hledal jakékoliv pediatrické místo v Praze. (Oba moji rodiče byli pediatri, takže jiná varianta nepřipadala v úvahu.) Jediné volné místo bylo na neonatologii u Apolináře. Zpětně to vnímám jako osudový okamžik.

V oboru jste tedy 35 let. Co se za tu dobu změnilo?

Změnila se hranice viability (životaschopnosti) – dříve jsme se starali o děti od 28. týdne, dnes začínáme

už ve 24. týdnu. Nicméně ta hranice samozřejmě není ostrá, někdy začínáme péči na přání rodičů, když jsou parametry příznivé, i dřív. Ale komplikace a vrozené vývojové vady jako takové se principiálně nezměnily – děti zůstávají pořád stejné.

Velké změny samozřejmě nastaly se vstupem fetální medicíny. Takže co se týče péče o děti s vývojovými vadami, dělíme ji na část prenatální a potom postnatální. Tedy něco se snažíme vyřešit už v děloze a zároveň se snažíme zlepšit a přizpůsobit podmínky pro život po narození.

Dále máme okamžitý přístup k nejnovějším informacím online, což dříve nebylo možné. Pamatuji si, že v roce 1989 do nemocnice v Mostě chodil americký časopis *Pediatrics*, ale nejdřív ho měl pět měsíců pan primář, pak ho dal k dispozici zástupci a ke mně se dostal za rok. Možnost získávat informace a vzdělávat se se zásadně změnila.

Zlepšily se technologie – kvalitativně i kvantitativně. Zatímco před třiceti lety bylo zcela běžné, že jsme měli dvojčata na jednom monitoru a tak nějak se střídala, protože jsme zkrátka měli omezené zdroje, tak dnes jsme z hlediska využití a pokrytí nejmodernějšími

technologiami v Evropské unii na špičce. Stejně tak máme přístup k nejmodernějším lékům.

Také se změnil systém vzdělávání lékařů a sester – proces specializace je dnes delší a náročnější. Stát se tím „nejerudovanějším“ neonatologem trvá poměrně dlouhou dobu.

Úplně nejzásadnější je však role rodičů v celém diagnosticko-terapeutickém procesu. Dříve jsme ten proces jako lékaři řídili, dnes s rodiči maximálně spolupracujeme, vycházíme jim vstříc a o všem s nimi komunikujeme. Minimálně do situace, dokud je to pro pacienta bezpečné.

Zmínil jste fetální medicínu. Jaké zákroky u vás provádíte?

Nejběžnější jsou zákroky u monochoriálních dvojčat, která sdílejí jednu placentu. Někdy se musí přerušit cévní spojky, protože vedou k nevyrovnané distribuci krve mezi plody. Někdy je potřeba kvůli komplikacím převést dvojčetné těhotenství na jednočetné. Velmi časté jsou i minimálně invazivní výkony – např. shuntové operace pro odvod přebytečné tekutiny z různých tělních dutin plodu do amniové tekutiny.

Pak z těch náročnějších výkonů operujeme například rozštěp páteře, brániční kýly, sakrokokcygeální teratomy, což jsou benigní nádory, ale bývají tak rozsáhlé, že můžou vést až k selhání oběhu plodu. Také operujeme takzvané amniové pruhy – odtržené plodové obaly, které se mohou namotat třeba na končetinu a amputovat ji.

Péče o nedonošená miminka a řešení komplikovaných těhotenství je na vašem pracovišti na špičkové úrovni, a to i v rámci celé Evropy. Jak moc je taková

péče dostupná pro všechny, vědí o ní ve všech regionech v Česku?

Ano, myslím, že to je jedna z největších výhod České republiky. Máme velmi dobře zorganizovanou péči. Gynekologové vědí, kam rodičky odesílat, vědí, která centra se specializují na určité komplikace, například extrémní nebo střední nedonošenost.

Chybí systém dlouhodobého sledování a včasné intervence

Kam se obor ubírá nyní? Jaké jsou cíle ve vývoji, vědě?

Potenciál pro snížení mortality téměř není, protože jsme dosáhli maximálních výsledků a vždycky budou existovat komplikace vznikající v průběhu porodu, kterým nelze zabránit, protože jsou nepredikovatelné. Některým komplikacím u nedonošených dětí zabránit ani nelze.

V kategorii dětí, která je bohužel vždycky zatížená nějakou úmrtností a dlouhodobou nemocností, se soustředujeme na hledání mixu terapeuticko-diagnostických postupů, které by vedly ke zlepšení té dlouhodobé morbidity. V perinatální péči se snažíme vybrat kohortu dětí, pro které může být benefitem třeba plánovaný císařský řez, a zároveň řešíme, jakým způsobem vést management pak na novorozeneckém oddělení. Poté se snažíme najít způsob a systém, jak snížit dlouhodobou nemocnost u dětí. Potřebujeme zavést systém dlouhodobého sledování a včasné intervence, což zatím v Čechách chybí. Tady je ten největší potenciál růstu.

Čím to je, že jinde, například ve Skandinávii, jsou v tomto ohledu dál?

V některých zemích, například také v sousedním Německu, mají velmi dobře propracovaný systém

dlouhodobého sledování dětí s vysokým rizikem. V Čechách je problém s financováním těchto služeb. Snažíme se hodně spolupracovat s rodičovskými organizacemi, protože vliv rodičů na vývoj dítěte poté, co je propuštěno z naší péče, je zásadní.

Jste tedy po propuštění dál v kontaktu se svými dětskými pacienty a jejich rodiči?

Všechna perinatologická centra mají ambulance dlouhodobého sledování. Navzájem se známe a sdílíme zkušenosti. Součástí center jsou ambulance, které se starají o pediatriickou stránku. Praktický lékař pro děti a dorost má ve svém obvodu dvě až tři extrémně nedonošené děti, takže nemůže mít dostatek zkušeností, proto ty děti docházejí také k nám. Sledujeme u nich pediatriké problémy související s nedonošeností, jako jsou poruchy metabolismu a krvetvorby, ale i prospívání jako takové. Tyto děti ale mohou mít také různá neuro-senzorická postižení, potíže v psychomotorickém a mentálním vývoji.

80 procent extrémně nedonošených dětí je zdravých

Většina extrémně nedonošených dětí má nějaké poruchy?

Ne, naopak výrazná menšina. Extrémně nedonošených dětí v Podolí přežije lehce přes 90 procent, z nichž 80 procent nemá vůbec žádné problémy anebo minimální. Bavíme se tedy zhruba o skupině necelých 20 procent dětí.

Jak moc souvisí vývojové vady s vyšším věkem rodiček? Existuje i nějaká souvislost mezi vývojovými vadami a asistovanou reprodukcí?

Obecně platí, že problém asistované reprodukce závisí na technologii. Například u intracytoplazmatické injekce spermie je riziko vrozených vad o něco vyšší, ale ne tak výrazně.

Věk matky už dnes není hlavním faktorem pro invazivní prenatální diagnostiku, jako tomu bývalo. Posledních pět let už se ženám nad pětatřicet nedělá automaticky odběr plodové vody. Medicína pokročila a posuzuje se víc parametrů.

Obligátní otázka, na kterou se vás určitě ptají všichni: Jaké nejmenší dítě jste zachránil?

A já vždy odpovídám, že já jsem nikoho sám nezachránil. Pracujeme v týmu. Takže nejmenší holčička, o kterou jsme pečovali a která je nyní pětiletá, vážila 322 gramů. Máme také chlapečka s hmotností 330 gramů. Když se narodili, byli menší než panenka Barbie.

Jsou zdraví?

Ano, žijí normální život bez závažných omezení.

Je pravda, že holčičky přežívají častěji než chlapečci?

Ano, platí to do 26. týdne těhotenství. Ukazuje se, že pohlaví má u extrémních nezralců zásadní vliv kvůli tvorbě hormonu, díky kterému jsou u děvčátek ty nejdůležitější funkce zralejší. Poté už pohlaví není tak významným faktorem. Pak už pracují další faktory – kde se narodí (specializované centrum), zda jej stihneme připravit na předčasný porod, zda se jedná o vícečetné nebo jednočetné těhotenství a podobně.

Co je hlavním limitem, kvůli kterému dítě nepřežije?

Hlavním limitem je nezralost plic. Kolem 24. týdne se začínají tvořit první plicní sklípky, což umožňuje vý-

měnu plynů. Proto je hranice viability stanovena právě na 24. týden.

Pomohla by dětem s nevyvinutými plicními sklípky umělá děloha?

Ano, na přechodné období tří až čtyř týdnů by umělá děloha mohla pomoci těmto dětem přežít. Bohužel výzkum v této oblasti zpomalila pandemie covidu – alokovala prostředky jinam. Nicméně v zahraničí výzkum opět pokračuje, umělá děloha se testuje na zvířatech – ukázalo se, že vhodné jsou jehněčí modely.

Rodiče se od začátku podílí na péči

Jak důležitý je kontakt mezi matkou a dítětem v průběhu léčby? Mohou časem maminky svoje nedonošené děti začít kojít?

Dnes se snažíme, aby rodiče byli od začátku partnery v péči, aby se na ní podíleli. Snažíme se o takzvané klokánkování, protože kontakt *skin-to-skin* reálně zlepšuje váhové přírůstky u nedonošených dětí, stabilizuje jejich vitální funkce, snižuje dobu hospitalizace a výskyt nozokomiálních infekcí. Díky hybridním inkubátorům, které udržují teplotu a vlhkost, mohou maminky novorozence obejmout, i když je v kritickém stavu. Snažíme se, aby maminka mohla mít miminko na umělé plicní ventilaci položené na hrudníku po maximální možnou dobu.

Důležité je také zachovat kojení, pokud je to možné. Mateřské mléko považujeme z imunologického hlediska za nenahraditelné. Takže cílem je, aby si maminka opravdu udržela laktaci. Jezdí k nám pacienti z celého Česka, takže jsme založili nadační fond pro rodiče, aby měli peníze na ubytování v Praze a byli v kontaktu s dítětem v maximální míře. 10 let jsem byl jeho předsedou.

Jak ten nápad vznikl?

Je spousta nadačních fondů, které se starají jenom o miminka, tak jsem si řekl, pojďme udělat také něco pro rodiče.

Jak relaxujete, když si potřebujete odpočinout od práce?

Dříve jsem hrál squash a tenis, ale cítím, že bych měl sporty uzpůsobit věku. Po dvou hodinách tenisu totiž skoro nemůžu chodit. Takže se snažím přeorientovat na triatlon – kolo a plavání není tak náročné.

Ale co ten běh?

Běhat bych tolik neměl. Tělo vysílá signály, že bych měl ubrat. Ale sport a pohyb je pro mě zásadní.

Noví přednostové

prof. MUDr. Jiří Skála-Rosenbaum, Ph.D.

byl s účinností od 1. října jmenován přednostou Ortopedicko-traumatologické kliniky 3. LF UK a FNKV

prof. MUDr. Jan Mareš, Ph.D.

byl s účinností od 1. října jmenován přednostou Neurologické kliniky 3. LF UK a FTN

Domácí porody a názor lékaře záchranné služby

Jiří Knor

Postavení lékaře záchranné služby v dnešní společnosti je plně paradoxů a protikladů. Zatímco medicína obecně jde cestou superspecializace, spektrum pacientů lékaře záchranné služby jde napříč všemi klinickými obory. Zatímco se s nadsázkou říká, že už máme chirurgy specialisty na pravou a levou ruku, záchranné služby jdou zcela opačným, komplexním směrem.

Kvalitní kardiologii s řešením srdečních zástav či akutních koronárních syndromů si dnes bez spolupráce se záchrankou nelze představit. Podobně pro ošetření těžkého traumatu jsou často zcela klíčové první minuty na místě nehody. Např. stav po tonutí, závažná intoxikace, ruptura mozkového aneurysmatu či jiná cévní mozková příhoda, všechny tyto stavy by mohly být součástí předlouhého výčtu situací, kdy je bezprostředně ohrožen život a je každodenně aktivována záchranná služba. To vše v širokém věkovém spektru od narození po seniorský věk, přes terminální stavy a umírání. Společenská poptávka po záchrance jde však mnohem dál, máme stále více pacientů v mimonemocniční péči na umělé plicní ventilaci (včetně dětí), v režimu paliativní péče a třeba také pacienty se srdeční pumpou.

Na záchranné službě se setkáváme se život ohrožujícími stavy a situacemi, které nelze anticipovat (např. dopravní nehody), a kterým nelze ani při sebevětším úsilí předcházet. Jiné urgentní stavy plynou z ignorování preventivních opatření či nezdravého životního stylu (např. akutní infarkty myokardu), kdy dlouho a potichu doutnající choroba náhle vzplane do bezprostředního

ohrožení života. Některé rizikové situace s ohrožením života si však vytváříme ve společnosti vědomě a sami.

V reakci na nedávné rozhodnutí ústavního soudu o tom, že porodní asistentky mohou vést domácí porody, avšak to nelze z hlediska právní úpravy považovat za poskytování zdravotní péče, se chci zmínit právě o domácích porodech. Ty patří z pohledu lékaře záchranky jednoznačně k těm nejvypjatějším případům. Tedy ty, u kterých nastanou komplikace. V těchto případech je první alternativou pro přítomné vytočení linky 155. Pro zdravotníky záchranky a zejména lékaře nastává vysoce stresující výjezd, který je náročný po odborné stránce a v konečném bilancování může mít forenzní, mediální a obecně lidsky hluboce negativní dopad nejen pro novorozence a matku.

Fakt, že porod proběhl fyziologicky a bez problémů, můžeme konstatovat pouze zpětně, a to i u před porodem zdravé, dobře sledované a připravené rodičky. Závažné komplikace nelze nikdy předem jednoznačně vyloučit.

Po odborné stránce byly paradoxy a rizika plánovaného domácího porodu opakovaně odborně popsány, proto následuje pouze stručný výčet:

1. Přestože lékař záchranky s porody doma hluboce nesouhlasí a důrazně je odmítá, je nucen výjezd realizovat a snažit se situaci vyřešit ku prospěchu dítěte i matky.
2. Porod se uskutečňuje v domácnosti, venkovním prostředí nebo v sanitním voze, ani v jednom případě

- se nejedná o ideální prostředí pro zvládnutí porodních komplikací.
3. Přístrojové vybavení sanitky neodpovídá a nikdy nemůže odpovídat přístrojovému vybavení porodního sálu (kardiotokograf, sterilní prostředí a podobně).
 4. V terénu není k dispozici tým úzce specializovaných zaměstnanců, kteří jsou v nemocnici v případě komplikací schopni **ihned** zasáhnout (porodník, pediatr, anesteziolog, všichni s nelékařskými kolegy zdravotníky).
 5. Zastavení porodu v chodu má jediné řešení, a sice rychlý transport, jehož čas provedení je v kontrastu s požadovanou dobou do zahájení císařského řezu při hypoxii plodu.
 6. Transport sanitkou je vždy sám o sobě rizikovější, než péče o novorozence a matku přímo na porodním sále.
 7. Resuscitace novorozence je vždy problematictější v terénu (např. zajištění tepelného komfortu, absence inkubátoru a podobně).
 8. Možnosti zastavení krvácení z lůžka po porodu jsou omezené, stejně jako léčba hemoragického šoku.
 9. Embolii plodovou vodou podobně jako jiné perakutní komplikace nejsme schopni v terénu řešit vůbec.
 10. Navzdory výše uvedenému je po aktivaci záchranky u komplikace domácího porodu po zdravotnických vyžadována medicína na úrovni 21. století. V tu chvíli se zapomíná na argument zastánců domácích porodů, že naši předci přece také rodili doma.

Tyto argumenty můžete opakovat dokola, stále je některé nastávající maminky nebudou chtít slyšet. Je to jako házení pověstného hrachu na zeď. Otázku, proč tomu tak je, by bylo vhodné směřovat spíše na sociology,

ale subjektivně se domnívám, že spoluzodpovědné faktory jsou fenomén krize autorit, život v blahobytu bez existenciálních stresorů a digitální ohlupování.

Ať už jsou však důvody touhy absolvovat porod v domácím prostředí bez zázemi kvalitní péče jakékoliv, nemá smysl je rozebírat. Vždy proti nim totiž stojí zvýšení rizika těžkého poškození zdraví a smrti. A na umírání opravdu není nic romantického či krásného, obzvláště u dětí.

I když se některá média snaží udržet své „peoplemetry“ sledovanosti co nejvýše a mluvit o dvou nesmiřitelných rovnoprávných názorech, není tomu tak. Zdravotníci záchranek, porodníci, pediatři a anesteziologové v nemocnicích totiž k životu a ke své práci aktivistky horující pro domácí porody nepotřebují, z pohledu obhájců domácích porodů je tomu přesně naopak.

Zdravotníci záchranek, přestože opakovaně a kontinuálně upozorňují na výše uvedená rizika, jsou vždy připraveni vyjet pomoci v případě, že jsou voláni na pomoc táborem svých „odpůrců“. O rovnoprávném názoru pak nelze mluvit ani z pohledu celkového počtu porodů. Ročně se v ČR narodí cca 100 tisíc dětí, domácích porodů vychází zhruba na 400. Z tohoto počtu však nelze jednoznačně vyvodit, v kolika případech jde o překotný porod či chtěný plánovaný domácí porod.

Vzhledem k tomu, že racionálními argumenty nelze zastánce plánovaných domácích porodů od jejich aktivit odradit, domnívám se, že cesta porodních domů se zázemím a dostupností odborné péče je přijatelnou variantou. Je to de facto varianta porodnice.

Je tu však ještě jeden, z mého pohledu neuchopitelný a nepochopitelný paradox. A sice možný forenzní dopad pro zdravotníky záchranných služeb, kteří se snaží pomoci druhému v krizi a nouzi. Jeho příkladem budiž

„brněnská kauza“ z roku 2010, kdy lékař transportoval ohroženého novorozence s matkou do nemocnice proti její vůli. Je zbytečné rozebírat podrobnosti tohoto případu, názor lékařské veřejnosti lapidárně charakterizuje článek docenta Miroslava Kaly z časopisu České lékařské komory Tempus medicorum (duben 2016, str. 28).

V době, kdy případ po právní stránce eskaloval, jsem lékaře své záchranky jako odborný garant nabádal, aby v analogických situacích volili nejlepší možné řešení pro přežití novorozence, a to i s rizikem právního postihu. Jednal bych totiž stejně jako souzený lékař. Prá-

vo na život bezbranného novorozence dle mého jasného názoru stojí výše než jakékoliv právní úvahy a výklady.

Dostali jsme se od medicíny opravdu daleko, nicméně dovoluji mi na závěr řečnickou otázku: Kam směřuje a jaké má právo na budoucnost společnost, která nechrání, ale perzekvuje příslušníky pomáhající profese?

Autor komentáře doc. MUDr. Jiří Knor, Ph.D., působí na Klinice anestezie a resuscitace 3. LF UK a FNKV a ZZS Pardubického kraje.

Pokračování případu žaloby na zdravotnickou záchrannou službu

Dvoustrana v březnovém čísle časopisu Tempus medicorum věnovaná případu žaloby na zdravotnickou záchrannou službu, jejíž lékař nařídil převoz novorozence do nemocnice po zcela nestandardním průběhu domácího porodu, mě vyvedla nejen z pocitu jarní únavy, ale takřka přímo z míry.

Pokud si kdokoli zvolí za svou cestu alternativní životní styl, nelze nic namítat v případě, že neomezuje většinovou populaci a umožňuje jí žít a pracovat podle platné legislativy. Pokud svým alternativním myšlením ohrožuje zdraví či životy, měl by být odkázán do patřičných mezí. Pokládám si otázku, zda ve sledovaném případě jsme či nejsme svědky alternativního výkladu práva.

Plně se ztotožňuji s právním výkladem ředitele právní kanceláře ČLK JUDr. J. Machem, který byl uveřejněn na výše uvedené dvoustraně časopisu Tempus medicorum. Ano, lékař záchranné služby postupoval plně

v rámci zákona a nemohl jednat jinak. Je až neuvěřitelné, že tento fakt může být vůbec zpochybňován.

Průběh celého případu je pro všechny lékaře důležitým a alarmujícím svědectvím o způsobu fungování našeho soudnictví. Budou-li naše platné zákonné normy vykládány alternativním způsobem, pak zcela jistě může hrozit i to, že v následujících letech mohou být lékaři za své léčebné postupy vedené lege artis žalováni různými léčiteli a šarlatány odvolávajícími se na nejrůznější občanská práva bez ohledu na hazard se zdravím či životem svých klientů. Do léčebných procesů o to více zasáhnou nevědecké informace a podivné názory získané nemocnými nebo jejich blízkými z pochybných internetových zdrojů. Právní ochrana lékařů postupujících v duchu složeného lékařského slibu a v souladu se zákony bude, jak se nyní ukazuje, žádná.

Absurdní žaloba s ještě absurdnějším výrokem soudce si zaslouhuje reakci ze strany ČLK ve formě jednoznačně formulované-

ho vzkazu směrem ke zdravotnické i laické veřejnosti. Nelze připustit, aby lékař, který nad veškerou pochybnost plní své povinnosti v souladu s platnými zákony, se stal obětí právního diletantismu, navíc vydatně živeného neseriózním přístupem médií. Jeho smrt se stala tragickým vyvrcholením absurdní žaloby, která měla být v samotném počátku smetena jako zcela bezpředmětná a navíc, promiňte mi ten výraz – zcela hloupá.

Na průběh události nelze nereagovat. Proto navrhuji, aby ČLK zvážila možnosti důstojného ocenění zesnulého kolegy, lékaře, které by bylo uděleno in memoriam a které bude ráznou, hlasitou a výsostně morální odpovědí ČLK na tento politováníhodný soudní proces. Toto ocenění navrhuji udělit v každém případě, a to zcela bez ohledu na případně odsuzující výrok soudu.

Doc. MUDr. Miroslav Kala, CSc.,

Fakulta humanitních studií Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně

Hospicna Svatém Kopečku

Poznámka redakce:

Zemřelý lékař MUDr. Zodl obdržel na návrh Společnosti pro urgentní medicínu Zlatý záchrannářský kříž in memoriam od bývalého prezidenta Václava Klause.

Návrh zákona o náhradním/surogátním mateřství

Barbora Řebíková, přednostka Ústavu etiky 3. LF UK

V České republice zatím chybí zákon, který by upravoval tzv. náhradní, či surrogátní mateřství. Jedná se o reprodukční model, kdy plodná žena nosí a porodí dítě pro někoho jiného, komu po porodu dítě předá. Etických témat spojených s náhradním mateřstvím je celá řada a pojí se především s požadavky na 1) právní a etickou ochranu dítěte, 2) zamýšlené rodiče a 3) ženu, která se může stát náhradní matkou.

Absence zákona znamená, že celý proces se děje v šedé zóně, kde může docházet takřka k čemukoli, např. ke komodifikaci dítěte, k rozvoji reprodukčního byznysu a reprodukční turistiky či k obchodování s dětmi. Domnívám se, že náležitá právní úprava je nezbytná nejen proto, aby byla zajištěna právní jistota všech dotčených osob a chráněna práva a nejlepší zájmy dítěte, ale i proto, aby se zamezilo eticky nepřijatelným modelům náhradního mateřství.

V srpnu 2024 ministr spravedlnosti Pavel Blažek předložil vládě „Analýzu institutu náhradního mateřství“, která plně nahrazuje návrh zákona a nabízí komplexní právní úpravu náhradního mateřství. (Analýza má 86 stran a je dostupná na stránkách ministerstva.) Jeho záměrem bylo vytvořit jasný a právně bezpečný rámec, ve kterém by náhradní mateřství probíhalo.

Tento rámec je vytyčen jasnými principy:

1. altruistický přístup – nekomerční základ, žádná finanční odměna pro náhradní matku, s výjimkou úhrady nákladů spojených s těhotenstvím a porodem

2. zdravotní indikace – použitelné jen v případě vážné zdravotní překážky na straně zamýšlené matky

3. požadavky na náhradní matku – splnění přísných kritérií a zdravotních, psychologických a věkových podmínek

4. biologičtí rodiče – náhradní matka nesmí poskytnout svůj oocyt a musí být použita gameta alespoň jednoho ze zamýšlených rodičů

5. soudní povolení – náhradní mateřství jen za předchozího schválení soudem

6. právní rodičovství – rodiči dítěte v právním smyslu budou vždy zamýšlení rodiče, aby se omezilo riziko nepřevzetí dítěte.

Vláda návrh projednala a pokud ho přijme, bude mít i Česká republika zákon o náhradním mateřství a jasné mantinely, ve kterých se celý proces bude odehrávat. Domnívám se, že návrh zákona je promyšlen a zpracován víceméně dobře a věřím, že přijat bude. Nicméně ani sebelepší zákon nezaručí, že v tomto reprodukčním modelu, kdy žena po porodu musí narozené dítě předat někomu jinému, nebude docházet k eticky problematickým situacím.



Duševní potíže zaměstnanců stojí ekonomiku EU 170 miliard eur ročně. Pracovníci cítí stres a přetíženost, systematické řešení chybí

Jan Červenka

Duševní onemocnění mají výrazný dopad nejen na životy lidí, ale také na ekonomiku jednotlivých států. Ekonomika EU kvůli nim přijde ročně o 170 miliard eur. Důležitým faktorem je stres na pracovišti, který přispívá asi k polovině všech zameškaných dnů v práci. Z výzkumů vyplývá, že firmy duševní zdraví neřeší dostatečně, a je proto důležité zaměřit se na prevenci a podporu. Duševní zdraví na pracovišti byl tématem letošního Světového dne duševního zdraví, který připadl na 10. října.

„Podle dostupných dat odpovědných evropských institucí 60 % světové populace pracuje a až 15 % dospělých v produktivním věku má nějaké duševní onemocnění. Pracovní stres je přitom jedním z klíčových

rizikových faktorů pro duševní zdraví. V roce 2022 trpělo v Evropské unii stresem, depresí a úzkostí 27 % pracovníků. Má to vliv i na ekonomiku – jen úzkostné poruchy a deprese samy o sobě stojí ekonomiku EU asi 170 miliard eur ročně,” popisuje dr. Tomáš Jelínek, klinický psycholog a metodik ve výzkumném programu Veřejného duševního zdraví Národního ústavu duševního zdraví (NUDZ). Důsledkem zhoršeného duševního zdraví je nižší produktivita a absence v zaměstnání.

Určitá míra stresu v práci je nevyhnutelná, důležité jsou však schopnosti jej zvládat. Zásadní je v tomto ohledu podpora zaměstnavatele. Pokud je míra stresu dlouhodobě příliš vysoká a schopnost jej zvládat nedostatečná, může to vést to ke snížení spokojenosti

s prací, konfliktům, vyhoření, absencím i fluktuaci zaměstnanců na pracovišti. Stres navíc přispívá asi k polovině všech zameškaných dnů v práci.

Systematické řešení často chybí

„Příklady dobré praxe i politiky v této oblasti existují, stejně jako poměrně spolehlivá evidence o efektivitě a ekonomických přínosech programů na podporu duševního zdraví v zaměstnání. Zaměstnavatelé v ČR i v Evropě však takové programy zpravidla nemají, a když už si problémy uvědomují, např. kvůli sebevraždě na pracovišti, nízké produktivitě práce nebo velké míře vyhoření v top managementu, začnou sahat ke zkratkovitým řešením, která nepomáhají. To se často děje pod vlivem „wellbeing průmyslu“, který nabízí, až vnucuje jednoduchá, ale drahá a nefunkční řešení. Pomohla by národní nebo mezinárodní certifikace zaměstnavatelů podporujících duševní zdraví, která by jasně odlišila kvalitní programy,“ říká dr. Petr Winkler, ředitel Národního ústavu duševního zdraví.

Duševnímu zdraví se věnuje například web opatruj.se, provozovaný právě Národním ústavem duševního zdraví. Na tomto webu si návštěvníci, kteří mají podezření na duševní obtíže, mohou vyzkoušet hned několik screeningových testů. Zároveň zde najdou řadu užitečných tipů, jak pracovní stres eliminovat. Tyto nástroje již začínají doporučovat a využívat i někteří velcí zaměstnavatelé v ČR. „Důležité přitom je dělat takovou práci, která je pro člověka smysluplná a naplňující. Taková práce člověka více baví a je motivován k lepším výsledkům. Zásadní je také pracovní atmosféra: kolegové, mezi něž takříkajíc zapadnete, inspirativní vedení a soulad vašich hodnot s těmi, jež propaguje společnost, pro níž pracujete,“ popisuje doktor Jelínek.

Vzdělávání i využití AI

Národní ústav duševního zdraví v této oblasti také realizuje několik výzkumných projektů. „Letos bude spuštěn projekt HARMONY (*Healthy And Resilient Mindset with Organized, Nurturing digital tools for Your mental health*), na němž se podílí konsorcium institucí z osmi evropských států. Projekt chce zlepšit znalosti a dovednosti v oblasti prevence a podpory duševního zdraví na pracovištích. Tomu má pomoci spolupráce mezi vysokými školami, poskytovateli odborného vzdělávání a kvalifikací, výzkumnými institucemi, odborníky na bezpečnost a ochranu zdraví při práci, poskytovateli služeb a dalšími aktéry na trhu práce,“ vysvětluje doktor Jelínek. Projekt se zaměřuje na podporu malých a středních podniků a v jeho rámci má vzniknout také nástroj využívající umělou inteligenci, který má pomoci s prevencí vypuknutí duševních problémů nebo s jejich zhoršením.

Od loňského roku také v NUDZ probíhá Projekt Prevence a podpora duševního zdraví dospělé populace v ČR. „Cílem projektu je poskytnout organizacím návod, jak mapovat situaci v oblasti duševního zdraví, well-beingu a spokojenosti svých zaměstnanců a nabídnout jim možná řešení v prevenci stresu, vyhoření a při poskytování první pomoci při projevech nejběžnějších duševních potíží, jako jsou deprese, úzkosti, ale i nadužívání alkoholu. Nedílnou součástí takových programů je i vzdělávání vedoucích pracovníků pro zlepšení jejich postojů v oblasti otevřené komunikace a destigmatizace tématu duševního zdraví na pracovišti,“ uzavírá Slavo-míra Pukanová, koordinátorka odborných aktivit z Národního ústavu duševního zdraví.



Podpora zdravotníků – nebo to prostě „musí vydržet“?

Jana Šeblová, Dominika Šeblová, Miroslava Janoušková

Když jsme se s několika kolegy a kolegyněmi začali asi tak před dvaceti lety zmiňovat o psychologických aspektech profese a o podpoře a psychosociální pomoci pro zaměstnance záchranných služeb, byly reakce většinou odmítavé. Na postoji „*Když na to nemají, tak ať to nedělají*“ nebo „*Když jdeš na záchranku, musíš s tím počítat*“ se shodovali nadřízení spolu s lékaři, sestrami i záchranáři v terénu. Přesto se během let začaly názory pozvolna měnit – profesionálně v této náročné profesi

vysoce odolní jsou, ale přesto se setkávají se situacemi, které se vymykají běžným zásahům. Může jít o zranění nebo dokonce úmrtí kolegy, o ošetřování někoho, koho znám, o neúspěšnou resuscitaci malého dítěte. Nebo o ten paradox, že když se snaží někomu pomoci, skončí to napadením nebo zraněním posádky.

Zdravotnictví patří k pomáhajícím profesím a v mnoha situacích a okamžicích jde o zdraví, kvalitu života nebo dokonce opravdu o život. To s sebou nese

tlak na výkon, schopnost reagování, rozhodování, zodpovědnost, pečlivost a další požadavky, někdy i protichůdné. Je však přítomen i hluboce zakořeněný pocit, že zdravotník je ten/ta, kdo pomáhá, a nikoliv ten/ta, komu je pomáháno. Myslíme si, že na naše pocity není pacient (ani nikdo jiný) zvědavý, jsme tu přece od toho, abychom léčili a ošetřovali. Mnoho z nás si neumí říct o pomoc a to ani tehdy, když víme, že by to bylo na místě. Rozum je jedna věc, pocit věčné odpovědnosti za druhé věc druhá. Neříkáme to nahlas, ale žádost o pomoc vnímáme jako své osobní nebo profesní selhání.

WHO definovala zdravotníky jako jednu z ohrožených skupin z pohledu duševního zdraví. Uplynulé roky s kumulací celosvětových katastrof (a s dalšími krizemi za dveřmi) zcela jasně ukázaly, že zdravotnické systémy jsou klíčovým prvkem krizové připravenosti a jejich limitem jsou personální kapacity. Zatímco respirátory, přístroje, ochranné pomůcky a materiální položky nakonec nějak seženeme nebo vyrobíme, lidi nikoliv. Při nedostatku personálu se dostává celé zdravotnictví do bludného kruhu: přetížený personál je vyčerpaný, vede ke snížené kvalitě péče, zvyšuje se riziko chyb a hrozí syndrom vyhoření až odchody – ze zdravotnictví, nebo alespoň na pozici, kde nebude taková zátěž. Tím se zvyšují nároky na zbývající zaměstnance a kolečko vyhoření a odchodů se zrychluje. Odchody kvalifikovaných zaměstnanců ohrožují poskytování péče v určitých segmentech a jsou i nemalou ekonomickou ztrátou. Udržet kvalifikované zdravotníky v jejich profesi je tedy v zájmu celé společnosti.

Ve studii HEROES-CZ jsme v poslední vlně sběru dat položili respondentům otázku, zda uvažovali o odchodu ze zdravotnictví v reakci na zátěž, kterou zažili během pandemie. 37 % respondentů (432 osob) odpovědělo

kladně. Z těch, co uvažovalo o odchodu často, skutečně odešlo téměř 21 %, a těch, co odpovědělo „někdy“, 4,5 %. Celkový počet odchodů mezi našimi respondenty byl 8 %. Jestli je to moc nebo málo, musí analyzovat ti, co se zabývají celým zdravotnickým systémem.

Historie psychosociální podpory

Před dvaceti lety měli své podpůrné kolegiální nebo profesionální týmy hasiči, policisté, vojáci, jen zdravotnictví bylo pole neorané. Postupně se podařilo vybudovat Systém intervenční služby ve zdravotnictví (SPIS), zprvu pro segment zdravotnických záchraných služeb, dokonce se podařilo nabídku psychosociální pomoci zakotvit do Zákona 374/2011 Sb. o ZZS pod pracovištěm krizové připravenosti. Později začaly vznikat týmy podpůrného systému i v nemocnicích. SPIS je založen na peerech, tedy profesních kolezích a kolegyňích, co umí poskytnou tzv. psychickou první pomoc. Mluvit s kolegou, který si umí představit podobné situace a můžeme se mu svěřit s pocity i pochybnostmi, je pro zdravotníka jistě menší bariérou než jít za psychologem nebo psychiatrem. Ti navíc (pokud nejsou specializovaní na krizovou intervenci zdravotnických profesionálů) často neznají specifické rysy jednotlivých profesí a pro zdravotníka tak mohou být méně uvěřitelní než kolega.

V nemocnicích je SPIS zatím využíván na dobrovolné bázi a závisí to na osvědčení managementu zdravotnického zařízení. Bez podpory „shora“ se nabídka pomoci realizovat nedá, i kdyby iniciativa vznikla „zdola“. SPIS využívá asi třetina nemocnic, většinou fakultních nebo velké krajských. V době pandemie vznikla i telefonická Kolegiální linka podpory, kam se kdokoli ze zdravotníků mohl obrátit kdykoliv, a to i anonymně.

MZ ČR rozhodlo, že linku ponechá v provozu i po skončení pandemie.

V rámci studie HEROES, o které jsme na stránkách tohoto časopisu pravidelně informovali, měl vzniknout i pilotní program podpory pro zdravotníky. Zástupci našeho týmu se podíleli na práci ve skupině pro intervence na institucionální úrovni v mezinárodní skupině a Česká republika je zatím jedinou zemí ze všech 26 účastnících se studie HEROES, která pokročila až k realizaci této fáze.

Individuální a týmové intervence

Připravili jsme dva typy intervencí: individuální a týmovou. Nabídku jsme poslali do nemocnic, které se zúčastnily sběru dat, výběr typu intervence jsme ponechali na nich. Nakonec se zúčastnilo 5 nemocnic, dvě fakultní, dvě krajské a jedna nemocnice následné péče. Jednou nebo druhou větví programu prošlo dosud 188 zdravotníků.

Individuální intervence vycházela z preventivních přednášek a workshopů systému SPIS, přidali jsme zkušenosti z pandemie. Ta s sebou přinesla některé do té doby neznámé stresory: významné riziko vlastní nákazy či obavu z nakažení členů rodiny, nutnost skloubit pracovní zátěž, která eskalovala, rodinné povinnosti při zavřených školách a družinách, vlastní omezení během lockdownů s nemožností volnočasových aktivit a relaxace po práci, extrémní přesuny směn kvůli karanténám, stigmatizaci ze strany veřejnosti i na pracovišti, později nutnost prioritizace pacientů v takové míře, jakou dosud nikdo nezažil. V náplni jednorázového 90minutového semináře jsme se snažili tyto aspekty reflektovat a upozornit i na dosud v praxi nepřilíš zmiňované pojmy morálního traumatu nebo únavy ze

soucitu. Diskutovali jsme s účastníky o potřebách zdravotníků, které vyplynuly z kvalitativní analýzy dat, stejně jako na způsobech, jako posilovat vlastní odolnost a o jejich zkušenostech, jak se vypořádávat se zátěží z práce. Co může každý z nás udělat sám pro sebe? A co pro kolegy? Jak reagovat na konflikty s pacienty nebo příbuznými, co lze požadovat od vedení a co přímo na pracovišti?

Týmová intervence byla pro obě strany – pro náš tým i pro účastníci se oddělení – velkým dobrodružstvím a zpětně velice oceňujeme odvahu všech, kteří se do neznámých vod vydali. Program byl zaměřen na ovlivnění pohody ve svěřeném týmu prostřednictvím středního managementu, tedy primářů, vrchních a staničních sester. Ti jsou ve stejném postavení, jako střední „sendvičová“ generace v rodinách: musí se starat o své podřízené a snažit se skloubit nejrůznější požadavky, rozpisem směn nebo služeb počínaje a zajišťováním jejich odborného růstu konče, a současně musí naplňovat příkazy a pokyny ze strany nejvyššího managementu.

Intervence začínala zhruba tříhodinovým workshopem o „emočně-inteligentním“ vedení týmů. Jak to dělají úspěšné firmy, proč se vyplatí mít spokojené zaměstnance, jaké styly vedení jsou efektivní strategie, jaké benefity se nabízejí (a peníze to opravdu být nemusí). Pak měla následovat dvě sezení nadřízených s jejich podřízenými, první s podporou či moderováním někoho z našeho týmu a závěrečné setkání se zpětnou vazbou na celý program. Plánovaný časový rámec dvou měsíců se ukázal jako nerealizovatelný, do plánu vstoupily typické provozní důvody – dovolené, nemoci, školení, kongresy. Zjistili jsme, že je nutná flexibilita i z hlediska času, aby si každé oddělení vybralo svoji optimální variantu.

Před zahájením skupinových setkání se zaměstnanci vyplnili všichni z dané nemocnice a oddělení krátký zcela anonymní dotazník s otázkami, co vnímají na pracovišti jako problém, co by potřebovali od kolegů, od nadřízených a případně v jiné oblasti. Odpovědi byly shrnuty do obecnějších formulací a každá vrchní sestra nebo primář pak dostali anonymizovaný seznam názorů svých podřízených. Objevovaly se i pochvaly: „*máme dobrý tým*“, „*vrchní vyjde vstříc s požadavky*“, „*jsem tady spokojený/á*“... I tyto vzkazy jsme – s potěšením – předali. Týmová setkání pak probíhala s diskuzí nad nějakým konkrétním tématem, které bylo zmiňováno nejčastěji, nebo si ho účastníci setkání sami vybrali. Jedním z nejčastěji uváděných požadavků bylo ocenění, poděkování podřízeným, uznání profesionality, často se objevovalo téma jasné a přímé komunikace, spravedlivého přístupu. Nejen zaměstnanci, ale i nadřízení zmiňovali zajištění dobrých pracovních podmínek a pracovního prostředí – možnost koupit si něco k jídlu, mít se kde převléct a vysprchovat.

Zpětná vazba ze stran nadřízených i podřízených byla většinou pozitivní. V závěrečném dotazníku zaměstnanci hodnotili zlepšení schopnosti sdělovat svoje potřeby nadřízeným, a to podstatně více v týmové větvi programu. Nadřízení v obou větvích uváděli, že výrazně lépe vnímají potřeby svých podřízených, změnu cítili ve zlepšení komunikace, v náhledu na vztahy v týmu a schopnost podporovat duševní pohodu v týmu. Poslední tři položky se více zlepšily u týmové intervence.

„*Uvědomil/a jsem si, že si můžeme poděkovat, pochválit se... odnesl/a jsem si, že se můžeme chválit navzájem více...*“

„*Rád/a bych zavedl/a nějaké pravidelné debriefingy s týmy – abychom probrali, co se nejen nepovedlo, ale také co jsme udělali dobře.*“

Některé možnosti zlepšení *wellbeing* zdravotníků mohou být ekonomicky náročnější (zajištění kvalitního zázemí pro pracovníky, stavební úpravy, přístrojové vybavení pracovišť a podobně), jiné dlouhodobější (podpora vzdělávání a rozšiřování kvalifikace), některé ani nezávisí na managementu nemocnic (snížení byrokratické zátěže cestou digitalizace zdravotnictví). Jiné narážejí na nedostatek personálu v některých specializacích a profesích a z toho plynoucí obtížné snižování přesčasové práce, náročné sladění rozpisu směn všech zaměstnanců nebo požadavky na zkrácené úvazky. Na druhé straně však existují možnosti, které nestojí nic – jen nepatrnou změnu přístupu ke kolegům, podřízeným nebo naopak nadřízeným. Kouzelná slůvka opravdu fungují, jak nám v dětství tvrdili dospělí. A jednou třeba dojde i na ty prostorné šatny a možnost koupit si jídlo i během noční služby.

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

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

Ganongův přehled lékařské fyziologie – čtvrté české vydání

Richard Rokyta

V nakladatelství GALÉN nedávno vyšla kniha „Ganongův přehled lékařské fyziologie“. Jde o 26. vydání této celosvětově nejznámější učebnice fyziologie a čtvrté vydání českého překladu.

Profesor Wiliam Francis Ganong (narozen v roce 1924) byl především dlouholetým vedoucím Katedry fyziologie na Lékařské fakultě *University of California* v San Franciscu v USA. Byl autorem prvních 22. vydání knihy *Review of Medical Physiology* a spoluautorem pěti vydání knihy *Pathophysiology of Disease: Introduction to Clinical Medicine*. Šlo tedy nejen o fyziologa, ale i patofyziologa s výrazným klinickým zaměřením. Jeho specializací byla neuroendokrinní fyziologie.

V roce 1991 se prof. Ganong zúčastnil Světového kongresu IUPS (*International Union of Physiological Sciences*), který jsem organizoval jako tehdejší místopředseda Československé fyziologické společnosti. Prof. Ganong na kongresu přednášel v sekci o výuce fyziologických disciplín na lékařských fakultách. Všechny uchvátil svými hlubokými znalostmi a zkušenostmi a nesmírně přátelským vystupováním.

Na své nejznámější knize pracoval nepřetržitě i po svém odchodu do důchodu, kdy byl jmenován emeritním profesorem *University of California*. Prof. Ganong zemřel v roce 2007 a všechna další vydání knihy jsou renovována a doplněna o nejnovější poznatky kolektivem čtyř autorů z různých disciplín. Toto poslední

vydání doplnily a redigovaly tři profesorky fyziologie z USA (z *University of California*, *Michigan State University* a *University of Arizona*) a jeden odborný asistent a student čínské university (Su-Čou) – v současné době je profesorem fyziologie a farmakologie na *University of California*.

Na českém překladu pracovalo 20 překladatelů z České republiky. Vedoucími editory byli prof. MUDr. Richard Rokyta, DrSc., FCMA, z Ústavu fyziologie 3. LF UK a MUDr. Klára Bernášková, CSc., z Ústavu patofyziologie 3. LF UK.

Kniha byla kromě češtiny přeložena do bulharštiny, francouzštiny (4 vydání), němčiny (6 vydání), indonézštiny (3 vydání), italštiny (7 vydání), japonštiny (15 vydání), korejštiny, malajštiny, polštiny (2 vydání), portugalsštiny (7 vydání), řečtiny (2 vydání), srbochorvatštiny, španělštiny (18 vydání) a turečtiny (2 vydání).

Knihu by měli vlastnit všichni učitelé fyziologických oborů na lékařských a přírodovědeckých fakultách v České i Slovenské republice a postgraduální studenti fyziologie a patofyziologie. Co se týče studentů při přípravě na zkoušku z fyziologie a patofyziologie, měli by si vybrat ty kapitoly a jejich části, které se týkají jejich zkoušky.

Ti, kteří se dobrovolně rozhodli nežít

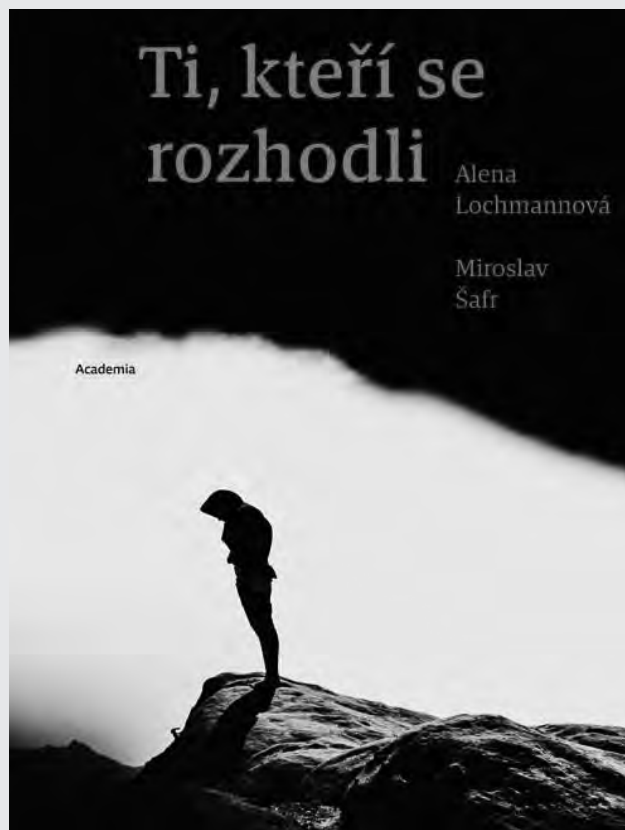
Jolana Boháčková

Sebevražda – rozhodnutí, které v dlouhých dějinách vzbuzuje mnoho reakcí a emocí – nepochopení, opovržení, smutek, bolest, ale také obdiv druhých či dokonce inspiraci. Nehledě na dynamické proměny světa přetrvává a stále zůstává toto rozhodnutí mystériem a tajemstvím. Všechno tohle zpracovává nová rozsáhlá kniha etnoložky Aleny Lochmanové a soudního lékaře Miroslava Šafra „Ti, kteří se rozhodli“.

Snaží se odpovědět na základní otázku, jak je možné, že strach ze života je silnější než strach ze smrti a pud sebezáchovy ustoupí touze po sebezničení. O problematice pojednává velmi komplexně, vědecky a čtivě zároveň. Miroslav Šafra z Ústavu soudního lékařství v Hradci Králové se sebevraždy prostřednictvím své práce dotýká téměř každodenně. S využitím mnoha disciplín odpovídá na otázky: Kde? Kdy? Jak? a částečně Proč? Etnoložka Alena Lochmannová z Fakulty zdravotnických studií Západočeské univerzity v Plzni zase sebevraždu popisuje jako kulturní fenomén v různých historicko-společenských kontextech a obdobích a na sebevraždu se snaží dívat z pozice samotných sebevrahů a jejich blízkých. Nicméně kniha samozřejmě jednoznačně nezodpovídá veškeré otázky spojené s takto složitým tématem, ale pokouší se co nejsrozumitelněji a nejstrukturovaněji fenomén popsat a vysvětlit.

Publikace v předmluvě nastiňuje, že se dají rozlišit čtyři základní přístupy různých kultur k sebevra-

hům a jejich posmrtným osudům. Jeden vnímá sebevraždu jako normální čin, další sebevraždu na onom světě dokonce i odměňuje (třeba v případě bojovníků), třetí ji zcela zavrhuje (protože duše se nemůže přidat k ostatním a bloudí v mezisvětí) a čtvrtý sebevrahy



trestá (například peklem). Kniha zmiňuje i sebevraždu coby námět umělců či akt, který může inspirovat napodobitele.

První a nejrozsáhlejší část knihy „Umění zemřít vlastní rukou“ posuzuje sebevraždu pohledem mnoha oborů. Začíná historickými a kulturními kořeny sebevražedného jednání, dotýká se náboženských postojů k sebevraždě, rozlišuje sebevraždy podle typů, motivů i způsobů provedení. Vše doplňuje syrová obrazová příloha fotografií z místa činu.

V poměrně čtivé části „Umění pochopit“ nacházíme postřehy z praxe koronerů, policistů a soudních lékařů.

„Místo chlastu jsem si koupila fridex.“ – „Když už Tě tak moc seru, tak si najdi někoho jinýho. Já už na to nemám nervy.“ – „Nebyl jsem asi nikdy chlap, abych se popral se svými problémy. Svoje poslední přání jsem ti včera večer řekl. Ty jsi mi nevyhověla. A přitom stačilo tak málo.“ Toto jsou úryvky z třetí část knihy „Umění rozloučit se“ – ta obsahuje především dopisy na rozloučenou, které mají pro komplexní chápání konečného rozhodnutí nedocenitelnou hodnotu. Dopisy jsou opatřeny komentáři týkajícími se výpovědní hodnoty, metodologie zpracování i způsobu, jak se dostaly k adresátům.

Velká část dopisů, z nichž autoři vycházeli, měla pozitivní ladění, tedy šlo o jakési rozloučení a poděkování (44 % případů). Naopak u 13 % dopisů převládaly negativní emoce. Ostatní dopisy, tedy zbývajících 43 %, lze označit jako neutrální či praktické – například návody na to, co mají pozůstalí všechno zařídit. Každý z nich však poodkrývá smutné životní nebo rodinné drama, které bohužel skončilo smrtí pisatele. Nejčastějším důvodem sebevražd byly zdravotní problémy,

duševní nemoci, rodinné konflikty či jiné osobní problémy. Nezřídka z dopisů číší osamělost pisatele, ztráta smyslu života poté, co dotyčný přišel například o zaměstnání, či vědomí toho, že daný člověk zničil život sobě i ostatním alkoholismem nebo jinou závislostí.

Rozsáhlá kniha většího formátu o více než 600 stranách předpokládá určitou čtenářovu připravenost pustit se do tak těžkého tématu. Odměnou těm, co se odváží, je skvělý výběr z pestré palety badatelsky podložených a empiricky ověřených poznatků, které však rozhodně nenabízejí snadné odpovědi. Nicméně jistě vede k lepšímu pochopení těch, kteří se rozhodli.

Alena Lochmanová, Miroslav Šafr: Ti, kteří se rozhodli. Academia Praha, 2024, 646 stránek.

ALENA
VERNEROVÁ

ADAM
SUCHÝ

TEXT



TRANS GENDER

TRANSGENDER

Otevřený rozhovor psychologa a matky trans dítěte

Alena Vernerová, Adam Suchý

Osobní, otevřený a důvěrný rozhovor Aleny Vernerové, matky transgender syna, a Adama Suchého, klinického psychologa a psychoterapeuta, který téměř 20 let pracuje s transgender lidmi procházejícími medicínskou přeměnou pohlaví, vydalo na podzim Nakladatelství Jota. Trans se stalo za poslední dobu jedním z nejvíce diskutovaných témat. Vyvolává emoce, polarizuje, je plné mýtů, ideologií, neznalostí a předsudků. Je součástí změn, které jsou společenské, legislativní, diagnostické a rozhodně celosvětové. Kniha formou čtivého dialogu předkládá nejnovější poznatky, fakta, výzkumy, osobní zkušenosti a příběhy. Nenabízí odpovědi na všechno, ale mnoho otázek naopak pokládá. S laskavým svolením autorů a nakladatele přinášíme úryvek z knihy.

3. PŘESNĚ TOHLE JSEM CHTĚL V ZRCADLE VŽDYCKY VIDĚT

*„Kdyby ta naše holka byla normální lesba, já bych byla tak šťastná!“
Matka transgender dítěte*

Alena: Ty jsi klinický psycholog a psychoterapeut, který se zabývá transgender tématy. Máš svoji soukromou praxi, kam za tebou chodí lidé, kteří mají se svým genderem nějaký problém. Posílá je tam jejich sexuolog nebo přijdou sami. Říkám to správně?

Adam: Ano, většinou je to takhle. Nebo je posílá i jiný lékař, anebo je přivedou rodiče, anebo přijdou sami, ať tedy máme výčet možností úplný.

Alena: Máš nějakou osvědčenou, zavedenou frázi, kterou zahajuješ váš rozhovor? Něco jako: „Co vás ke mně přivádí?“

Adam: To se někdy ptám na začátku terapie, ale tady je většinou jasné, co je přivádí. Ví, že jdou na psychologické vyšetření, které bude zaměřené mj. na rodový nesoulad. Ví to, protože se na něj sami objednali, případně je objednali rodiče. U nás v ambulanci děláme v této oblasti především psychodiagnostiku. A pokud jde o psychoterapii, realizujeme ji většinou s lidmi, kteří u nás už toto vyšetření absolvovali, takže taky víme, proč proti sobě sedíme v křesílkách a o čem bude řeč.

Alena: Mají lidé tendenci vyprávět ti své příběhy? Svěřovat se? Nebo to z nich musíš páčit?

Adam: Teď nevím, jaké lidi myslíš. Do ordinace kvůli tomu přicházejí, takže primárně se chtějí svěřit. To ale neznamená, že jde všechno neustále splavně. Všichni máme témata, o kterých bychom na jednu stranu potřebovali mluvit, ale zároveň se bojíme a naše psychické obrany nás k nim moc nepouštějí, protože někde uvnitř velmi dobře víme, že to může bolet. Taky to může být riziko – co když se ta změna, o které tajně sním, skutečně stane? Co to udělá se mnou a s mým okolím? Je jiné omílat si svůj příběh v duchu, anebo ho říkat nahlas někomu dalšímu. A některé příběhy si netroufáme vyprávět ani v duchu. No, a občas mají tendenci mi říkat své příběhy i lidé v mém volném čase a tam na to nejsem vždycky vyladěný, protože si potřebuju odpočinout a někdy bych i já potřeboval někomu vyprávět svůj vlastní příběh.

Alena: A je pro tebe a pro terapii důležité ten příběh znát? Potřebuješ znát historii toho člověka? Je nějak důležité vědět, jestli se chlapeček už v pěti převlékal do maminciných šatů, nebo si pro terapii vystačíš s fakty současnosti?

Adam: Jasně, to je důležité jak pro psychoterapii, tak pro psychodiagnostiku. Samozřejmě potřebuju znát historii, jak příběh začal, jak pokračoval, jak mu ten člověk sám rozuměl. Při vyšetření jsou fakta genderového vývoje důležitá, u mladších klientů mluvíme i s rodiči a chceme slyšet ten příběh i z jejich pohledu. A co se týče psychoterapie obecně, naše současné prožívání a chování je často odrazem minulých zkušeností a vztahů, vzorce zaryté v procedurální paměti nás mnohdy nepouštějí z vyjetých kolejí. Bez toho, že bychom nahlédli, jak nás tvarovala minulost, se moc nepohneme v přítomnosti. Takže příběhy ano. Ale já jsem toho už napovídal víc než dost a tebe

skoro nepustil ke slovu. Přitom mě enormně zajímá právě tvůj příběh! Takže se pohodlně usad', teď se budu zvědavě ptát já. Co jsi o trans tématech věděla ty předtím, než jsi je začala řešit se svým potomkem?

Alena: V podstatě nic... Nebo skoro nic. Vůbec se mě to netýkalo, ani mě, ani nikoho z mé rodiny. Věděla jsem, že trans lidé existují, ale bylo jich málo, člověk je běžně nepotkával. Takže transsexualita pro mě byla jakási vzdálená diagnóza, která existuje, ale někde mimo můj vesmír. Pokud jsem trans téma někde nějak zahlédla – třeba jako ve filmu Hra na pláč, který byl na počátku devadesátek velmi slavný – pak jsem tak nějak cítila, že je to něco, co je velmi komplikované, nepřírozené a pokud to někoho potká, pak je to velice těžká situace – asi jako vážná nemoc. S předponou „trans“ se mi v tomto ohledu pojili spíše transvestité, které jsem znala z filmů jako takové zábavné úchyláčky, kteří jsou neškodní, je s nimi legrace, no ale v rodině to mít nechceš.

Adam: Měla jsi podobný pohled třeba i na homosexualitu?

Alena: Ne, naopak! K homosexualitě jsem měla zcela nekomplikovaný postoj, a to už od dětství a navzdory tomu, že v osmdesátých letech minulého století byla i homosexualita brána jako problém a něco eklhaft. Ale ne u nás doma, protože v okruhu blízkých přátel mých rodičů jeden homosexuál byl, a co si vzpomínám, patřil k naší rodině tak nějak odjakživa. Minimálně tedy od mého „odjakživa“. Byl to zcela normální chlapík, který žil skoro třicet let s jiným pánem a skutečně si nepamatuji, kdy a jak jsem se dozvěděla, že ti dva jsou něco víc než kamarádi. Prostě jsem to v nějakém věku pochopila nebo mi

to někdo z rodiny naznačil... Ve vzpomínkách to mám ve stejném šuplíku jako Ježíška: taky si nepamatuji, kdy, kdo a jak mi prozradil, že neexistuje, ale v jednu chvíli jsem prostě věřila na Ježíška a pak už ne. A stejně tak to bylo i s naším rodinným známým: někdy a nějak jsem ho dokázala přiřadit ke slovu „teplouš“ – protože přesně tohle slovo se tenkrát používalo, slovo „gay“ jsme neznali.

Díky tomu, že součástí širší rodiny byl tenhle člověk a moji rodiče se k němu i k jeho partnerovi chovali naprosto normálně, tak je i můj vztah k homosexuálním lidem po celý život víc než bezkonfliktní. Homosexualita pro mě není téma a homosexuálové jsou prostě běžnými, normálními lidmi. Možná, že kdybych takhle od dětství znala nějakého transsexuála, bylo by pak také všechno jinačí.

Adam: Takže chápu správně, že tvoje přijetí celé situace nebylo nejlehčí...

Alena: Řekněme, že naprosto souzním s citátem, který uvozuje tuto kapitolu. Nějakou dobu předtím, než se moje dítě projevilo jako trans, jsem měla pocit, že bude možná homosexuální. Pamatuju si, jak jsme si jednou společně vybíraly parfémy a moje tehdy ještě dcera sahala vždy neomylně po těch pánských. Což samozřejmě nemusí nic znamenat, nicméně mně to tenkrát utkvělo v paměti a když jsem si dala dohromady i nějaké další detaily, zdálo se mi, že je to jasné. A přísahám, trvalo mi přesně pět vteřin, než jsem tuhle skutečnost přijala.

Adam: V jejím dětství jsi žádné jiné nápadnosti nepozorovala? Něco, co by tě navedlo na myšlenku, že může být i trans?

Alena: Ani v nejmenším. A myslím na to vždy, když mi nějaká kamarádka o svém tříletém dítěti řekne: „Jé, nó, víš, trans nám nehrozí, naše Anička je taková typická holčička, chce chodit jenom v růžové a tuhle si vybrečela nové šatičky...“

Adam: A jsme zpátky u toho, co je to „typická holčička“...

Alena: Protože moje dcera naprosto „typická holčička“, když už teda tuhle hru chceme hrát, byla. Neměli jsme absolutně žádné pochybnosti, nedostali jsme žádné varovné signály. Žádný pláč na Štědrý večer, protože pod stromečkem nebyl penis – což je jeden z mnoha příběhů, které jsem o trans dětech, projevujících se už od mimina, četla. Nic takového.

Adam: Ano, setkávám se s tím, že trans kluci vzpomínají, že si jako malí mysleli, že se jednoho rána probudí s penisem. A trans holky zase bez něj. Nebo si to přáli/y před usnutím. Někteří si mysleli/y, že z toho svého pohlaví prostě vyrostou. Ale ne vždycky se s tím rodičům svěřili/y.

Alena: U nás se prostě nic takového nedělo. Někde mám schovanou fotku dcery ze školy v přírodě. Je jí tam sedm, má dlouhé vlasy, na hlavě věneček z kopretin a vypadá jak víla. Nenechala jsem jí, když se narodila, udělat dírky do uší, ve čtvrté třídě prosila, že by je chtěla. Vyhověla jsem jí a pak jsme se roky bavily nakupováním náušnic, z každých prázdnin, z každého výletu jsme si nějaké dovezly... Zároveň byla i naprosto zdravé dítě, dětská lékařka, ke které jsme chodili, říkala, že tak nemocí prosté dítě je dnes výjimka – žádné alergie, žádné úrazy, dyslexie, prostě – nic. Nic zvláštního, žádné divnosti.

Adam: Kdy ta idylka skončila a divnosti se začaly dít?

Alena: Přišla puberta a s ní i typické pubertální chování. No ale zase – puberta. Prošli jsme tím všichni. Se mnou se, kupříkladu, moje matka styděla chodit po městě, protože jsem nosila otcovo sako, Martensky a podvazky. Dcera si zase půjčovala můj starý a ošuntělý dlouhý kabát, který já jsem nosila už jen na zahradu. Ona si k němu nasadila baret, uvázala šálu a vždy, když takto vymóděná opouštěla dům, vytanul mi v mysli Vladimír Iljič Lenin, mladý a krásný, jak jsem ho znala z propagandistických obrázků, které za totáče visely na školních chodbách. A do toho to příšerné chování, které zná asi každý rodič, jehož děti pubertou prošly. Opět – nic zvláštního a já si byla jistá, že to přejde.

Adam: No jasně, já jsem měl tričko s krátkým rukávem přes tričko s dlouhým rukávem, dlouhé vlasy a v nich od indiánů zapletený cop z barevných nití, tátův kožený kabát a na rukách rukavice s ustříženými prsty a mnoho prstenů jako Ringo Starr. A pak to přešlo, tlak sociální konformity byl silnější. Škoda. Jak to bylo u tvé dcery?

Alena: Jednoho dne jsem jela do práce a v tramvaji jsem sáhla rukou do kabátu a tam byl vzkaz. Od dcery. „Ahoj mami, já jsem kluk. A nevím, jak ti to mám říct.“ A pár dalších věcí včetně prosby, abychom se o tom ne bavily z očí do očí. Navrhovala si dopisovat, buď po esemeskách, nebo prostě vzkazy na papíře. Myslela jsem, že umřu, během jedné vteřiny mi hlavou proběhlo tisíc myšlenek: strach, hrůza, bolest, popření, tohle přece ne, tohle není možné... Dodnes si vybavuju, jak jsem tam stála, držela se té tyče a svět se se mnou točil. Vím přesně, na jaké zastávce jsem ten papír našla – Životského. Zvládla jsem dceři napsat esemesku, že si o tom doma promluvíme, protože

jsem přesvědčena, že jsme schopné i o takových věcech mluvit přímo. Večer pak proběhl náš první dialog, jeden z řady těch strašných a těžkých, které na mě čekaly. Tím začal tříletý boj o identitu naší dcery.

Adam: Proč boj?

Alena: Protože my opravdu bojovali. Když říkám my, myslím tím já a její otec. A my oba jsme minimálně ze začátku nechtěli připustit, že by byla dcera opravdu trans. Dlouho jsme byli přesvědčeni, že ji „přetáhneme“ na tu správnou stranu. Mysleli jsme si, že je to jen nějaké období, které přejde. Víš, jak je člověk v pubertě zmatený, hledá se. Někdo spí s každým, někdo brutálně paří, někdo je anarchista... Nějakou formou zmatení jsme v pubertě prošli všichni. A naše holka si holt myslí, že není holka. To přejde a jednou se tomu budeme smát. Takže jsme bojovali jako lvi, protože jsme si nedovedli představit, že by naše dcera byla takhle moc nemocná. Což mě mimochodem přivádí k otázce, jestli je vůbec transsexualita nemoc.

Adam: Dobrá otázka. Kdyby byla nemoc, dala by se léčit. Ale ona nejde, tedy v tom smyslu, že ji máš a po léčbě už nemáš. Zkoušeli to, stejně jako dříve homosexualitu, za pomoci tzv. konverzní terapie, např. prostřednictvím elektrošoků, chemických látek atd. Kromě poškození člověka ale k ničemu dobrému nedocházelo, takže se od těchto drastických postupů většina civilizovaného světa distancovala (Řecko tedy teprve koncem roku 2022, zdá se však, že např. v Číně, Indii, Libanonu atd. se tyto praktiky stále používají). Jak už jsem říkal, v desáté revizi Mezinárodní klasifikace nemocí se slovo transsexualismus ještě vyskytovalo mezi poruchami (poruchy pohlavní

identity), a nemocí tím pádem bylo. V roce 2022 ale začala platit jedenáctá revize, kde se místo transsexualismu objevil nesoulad rodu a pohlaví, a tento již není řazen k poruchám, ale ke Stavům souvisejícím se sexuálními zdravím. Dalo by se tedy říct, že na jednu stranu není nemocí či poruchou, ale na druhou zároveň zůstává psychiatrickou diagnózou, protože má v manuálu nemocí stále svůj kód a své místo. Česká republika (a nejen ona) se přitom aktuálně nachází v pětiletém přechodovém období, aby se odborníci mohli přeorientovat na novou klasifikaci¹. I tahle změna je součástí stávajícího chaosu, někteří odborníci se řídí ještě starým manuálem, jiní už novým. Nutno dodat, že část klientů se v těchto změnách velmi dobře orientuje.

Alena: Ok, já si dám chvilku pauzu a pojďme tohle ještě upřesnit, ať se v tom vyznám. Objasni mi prosím víc princip Mezinárodní klasifikace nemocí.

Adam: Ve zkratce řečeno je to manuál, ve kterém najdeš seznam všech známých onemocnění. Každé onemocnění v něm má samostatný kód, který se skládá z kombinace písmen a čísel. U každé nemoci najdeš seznam a popis příznaků a kritérií, která musejí být splněna, abychom mohli určitou diagnózu stanovit. A (nejen) v případě rodového nesouladu je tam také časové kritérium, tedy jak dlouho musí určité projevy přetrvávat. Tenhle manuál vydává a pravidelně aktualizuje Světová zdravotnická organizace (WHO). A jak už jsem říkal, podle toho, jak se mění vědecké a lékařské poznání, mění se i seznam nemocí a způsob jejich klasifikace. Takže už například víme, že masturbace nevede k duševním onemocněním a nevysychá při ní

mícha. A že homosexualita není nemoc, za jakou byla oficiálně tímto manuálem považována ještě před třiceti lety. Mimochodem, slavný Sigmund Freud onanii i homosexualitu zuřivě léčil. Pochopitelně neúspěšně.

Alena: A tenhle manuál, tahle Mezinárodní klasifikace nemocí platí univerzálně po celém světě?

Adam: Řídí se jím asi 75 % světa včetně České republiky. Vedle něj existuje ještě Diagnostický a statistický manuál, který vydává Americká psychiatrická asociace a používá se především v USA (používají ale i ten od WHO). Taky mají novou revizi. V mnoha ohledech jsou oba podobné, ačkoli naše téma se v tom americkém manuálu jmenuje genderová dysforie. To je termín, který se běžně objevuje a používá i u nás. Znamená to, že to prožívání vlastní identity je spojeno s nepohodou, stresem, poruchami nálady. Skleslá nálada se může vázat na sociální situace, kdy nejsou lidé vnímáni tak, jak se cítí, nebo na vlastní tělo, které například růstem prsou, menstruací atd. prozrazuje, že není takové, jaké by si duše přála a zasloužila. Americké pojetí je trochu přísnější, ale to už jsou naše odborné nuance a libůstky, kterými tě nebudu zatěžovat. Jo, a potom existuje ještě Čínská klasifikace duševních poruch, ale tou se nebudeme zatěžovat vůbec.

Alena: Znamená to tedy, že z hlediska duševních nemocí kráčí rodový nesoulad, dříve označovaný jako transsexualita, stejnou cestou jako homosexualita?

Adam: V podstatě ano, jenže tady je to složitější. Homosexualita je variantou normy a nevyžaduje žádné medi-

¹ Zde i na dalších místech mluvíme o diagnostických manuálech, které zná odborná veřejnost pod zkratkami MKN (aktuální MKN-11, vydává WHO) a DSM (aktuální DSM-5, vydává Americká psychiatrická asociace).

cínské zákroky. V případě té části trans populace, která potřebuje medicínskou tranzici (tedy hormonální či chirurgickou přeměnu pohlaví a související zákroky), je zdravotní péče potřeba. A zdravotní péče se poskytuje komu? Ano, tomu, kdo má nějakou diagnózu. Takže je to malinko kontraproduktivní směr – pokud by náhodou v další revizi diagnostických manuálů nebyly rodový nesoulad nebo dysforie zastoupeny vůbec, přišli by tito lidé o nárok na hrazenou lékařskou a psychologickou péči. A to by byl problém, náklady jsou totiž nemalé.

Alena: Počkej, počkej, říkáš mi tu, že pokud vyřadíme transsexualitu / rodový nesoulad ze seznamu diagnóz, tak trans lidi přijdou o možnost placení tranzice. Což ale není možné, že ano, protože by tak mnoho lidí ztratilo šanci žít dobrý život. Nebyli by si schopni tranzici zaplatit. Takže – jaká podle tebe bude z tohoto problému cesta ven?

Adam: Já myslím, že jsme tu cestu už našli a možná na ní i dlouhou dobu zůstaneme. Trans organizace po celém světě slavily právě jako zásadní úspěch vyřazení transsexuality z oddílu duševních poruch, přejmenování na genderovou inkongruenci a posun celé problematiky do oddílu sexuálního zdraví. Tím oficiálně přestala být duševním onemocněním (což ale zřejmě z povahy vzniku nebyla nikdy), ale v diagnostickém manuálu zůstala, a to mj. právě proto, aby mohla být nadále dostupná základní medicínská péče hrazená ze zdravotního pojištění. Zákroky nad rámec základní péče si lidé samozřejmě platí sami, a i to jsou poměrně vysoké investice. Když do toho nikdo nebude vrtat, tak by tenhle kompromis mohl být funkční, dokud se vědecky a lékařsky nepohneme nějak výrazně dopředu.

Alena: U tohoto posunu vnímání prosím ještě zůstaňme. Jak vy, odborníci, na transsexualitu či transgender nahlížíte dnes? Jaká hlavní změna se v pohledu na tyto diagnózy udála? Ale nechci odbornou přednášku, pamatuj, jsem jen poučený laik.

Adam: Škoda, já přednáším rád... No dobře, registruju tvůj výraz. Když začneš pátrat po odborných informacích, bohužel zjistíš, že zdroje a názory se velmi různí. To pramení mj. ze skutečnosti, kterou si odborníci neradi přiznávají – že toho bohužel ještě hodně nevíme. Současný posun v nahlížení spočívá především v tom, že to není porucha, jak už jsem říkal, ale nějaký stav, stále ještě odchylka od většinové normy, stresující zkušenost. Nově se nezaměřujeme na identitu jako takovou, protože tu stejně změřit neumíme, ale právě na ten nesoulad, na okolní projevy a případné přidružené nemoci a kontraindikace. Mimochodem, nový manuál už neuvažuje binárně ve smyslu muž versus žena a nepoužívá slovní spojení opačné pohlaví, ale mluví o pohlaví přiřazeném při porodu a nesouladu mezi prožívaným rodem a pohlavím. Uznává tedy oficiálně, že se člověk může prožívat i jinak než striktně mužsky či žensky. Také se více zaměřujeme na vnitřní prožívání klienta než na vnější objektivizaci. A z medicínské oblasti se tato tematika více posouvá do oblasti lidských práv, přesněji k právu na sebeurčení.

Alena: A co vědecký pohled? Jak si věda vysvětluje vznik trans identity?

Adam: Pokud máme na mysli odborníky potvrzenou trans identitu či přesněji rodový nesoulad řešený medicínskou tranzicí, tady se většina vědeckých hypotéz kloní k názoru, že vzniká ve druhém trimestru prenatalního

života na základě hormonální dysbalance. Jinými slovy, je stejně jako homosexualita vrozená, a tím pádem ji nelze vyléčit a nelze k ní ani vychovat. Hypotéz ale existuje více a my k nim ke všem dojdeme, nicméně stále zůstávají nepotvrzené, a to včetně té, kterou jsem právě uvedl.

Alena: Z čehož ovšem i tak plyne, že jsme jako rodiče nemohli udělat nic proto, aby naše dítě nebylo trans. Což je strašně důležité si říct, protože výčitky jsou samozřejmě součástí celé téhle fáze. Co jsme udělali špatně? Měli jsme ji vychovávat jinak? Jsem špatná matka? Měla jsem nosit častěji podpatky a podvazky? Možná, že kdybych se častěji malovala a nosila šaty s výstřihem, tak by třeba, možná, určitě moje dítě chtělo být víc ženou. Je to tím, že jsme se s jejím otcem rozešli? Kdybychom zůstali spolu, třeba by se to nestalo... A tak pořád dál, celé dny a noci ti to jede v hlavě dokola.

Adam: To jste nebyli a nejste určitě sami, je to docela obvyklá rodičovská reakce. Ale tohle mě zajímá. Jak jsem říkal, různí odborníci to zkoumají z různých stran a vymysleli samozřejmě více hypotéz. Mezi ně patří např. i psychoanalytické teorie, které mluví o chybějícím otcovském vzoru, traumatech a podobných rodičovských vlivech. Jenomže se nikdy nepotvrdily, ono taky kdyby to bylo jen o chybějícím otcovském vzoru nebo traumatech, tak je trans polovina populace. Přesto, našla ses v nějakých podobných teoriích? Je to citlivá otázka, ale máš opravdu pocit, že bylo něco tak zásadního, čím jsi ty nebo vy oba jako rodiče mohli změnit ideálně se vyvíjející rodovou identitu dítěte?

Alena: Ano i ne. V příbězích jiných trans lidí se tu a tam zablýskl drobný detail, který se podobal nějaké

části našeho příběhu... Například když jsem si ve zpovědi jednoho trans chlapce přečetla, že od mala trpěl na migrény. Hned jsem zbystrila, jestli by tohle náhodou nemohlo být vodítko, protože migrény byly problémem i u mého dítěte. A na chvíličku jsem měla pocit, že tomu přicházím na kloub: „Pokud dítě trpí migrénou, může být trans!“ Ty se ale potkáváš s velkým množstvím trans lidí. Našel jsi nějakou červenou nit, která je všechny spojuje? Tedy kromě skutečnosti, že jsou trans... Migrény, inteligence, sklon k nějakým činnostem?

Adam: Pátrám po tom roky, a samozřejmě nejen já. Kdyby se nám podařilo najít společné faktory, jasnou etiologii, jasné rizikové známky, které mohou vést později třeba k lítosti nad tranzicí, tak by to samozřejmě bylo skvělé, my dva bychom se teď asi neměli moc o čem bavit a já bych se válel s Nobelovou cenou v jedné ruce a s drinkem v druhé někde na pláži. Ale zpátky na zem. S migrénami se u některých klientů opravdu setkávám, ale jen u některých. Trans komunita samotná není homogenní skupina, nemá stejné touhy a potřeby ohledně tranzice, ani stejné názory na trans aktivismus, ani stejný pohled na nebinaritu atd. Takže po dvaceti letech v oboru ti můžu zodpovědně odhalit své velké zjištění, to tě posadí na zadek: Trans lidi poměrně jednoznačně spojuje skutečnost, že jsou trans. To mají asi fakt společné. Objev, co? Nicméně předpokládám, že i ty jsi zuřivě pátrala, je to tak?

Alena: Probírala jsem se kilometry článků v angličtině, kde je těch zdrojů přece jenom víc než v češtině, a střídavě se děsila a střídavě nacházela naději... Ale nikde, opravdu nikde jsem nedokázala vystrachat začátek nějaké nitě, která by mě dovedla za uspokojujícím vysvětlením, proč je moje dítě trans. A i když v tom celém stále nemám stopro-

centně jasno, v rámci klidného spaní se mi poměrně úspěšně daří si sugerovat, že jsme to nezpůsobili my, rodiče.

Adam: Taky myslím, že takovou magickou moc prostě nemáte. Kdybyste ji totiž měli a ze svého dítěte dokázali vyrobit trans, nemělo by být stejně snadné z něj zase vyrobit ne-trans? Myslím, že nechvalně známý případ dvojčat Reimerových jednoznačně dokazuje, že to nejde. Znáš tu hrůzu? Stalo se to v Kanadě v šedesátých letech. Oba chlapci měli kvůli potížím s močením v šesti měsících věku absolvovat obřízku, ale jednomu z nich lékaři omylem poškodili penis tak, že musel být amputován. Chytil se toho sexuolog s příhodným jménem Money, původně z Nového Zélandu, který zastával „teorii genderové neutrality“, tedy že rodová identita je dána právě výchovou, nikoli fyzicky nebo psychicky. Právě on propagoval už známý termín gender a tvrdil, že člověk je po narození nepopsaný list. A tak se tým lékařů pod jeho vedením rozhodl, že když už z dítěte nikdy nebude tak úplně kluk, tak z něj rovnou udělají holku. Ve dvou letech věku provedli dítěti kompletní chirurgickou změnu pohlaví a začali Bruce se vším všudy vychovávat jako dívku Brendu. V osmi letech mu začali přidávat ženské hormony. Ona se ale chovala přesně tak, jak to popisují naši trans klienti: Tíhla k hračkám bratra, nenáviděla svoje tělo, líbily se jí ženy, byla nešťastná. Někde uvnitř žil stále chlapec. Tento brutální experiment zničil celou rodinu. Otec se stal závislým na alkoholu, Brenda sice zjistila pravdu, a dokonce znovu podstoupila tranzici zpátky na muže, ale nakonec obě dvojčata postupně spáchala sebevraždu. Lékař zůstal nepotrestán, ale jeho hrůzná „léčba“ potvrdila to, co jedno z dvojčat prohlásilo v televizním vysílání: „Člověk nemůže být tím, čím není.“ Tedy že ani přes veškeré snahy lékařů, rodiny, příbuzných i oko-

lí, a to od raného věku, se z chlapce nepodaří vychovat dívku, pokud se tak opravdu necítí. No, teď nevím, jestli jsem tě uklidnil, nebo rozrušil.

Alena: Nacházím se někde mezi, ale v pohodě, to je stav, ve kterém balancuji od okamžiku, kdy jsem našla v kapse onen osudný lístek.

Adam: Aha, chápu. Nebo spíš se to snažím představit. Jak mi říkal otec jednoho trans dítěte na začátku tranzice: „Jistě chápete, že když máte doma sedmnáct let syna, který je najednou dcera, je to poněkud změna. A my jako rodiče potřebujeme čas, abychom si na ni zvykli.“ Musí to být milion velkých i úplně drobných věcí, které jsou náhle jinak... Takže povídej, jak to bylo u vás doma dál?

Alena: Nastalo zvláštní mezidobí, kdy jsme se doma o tom nijak moc nebavili a já doufala, že to přejde. Ale nepřešlo. Dcera si ve škole vyřídila, aby ji oslovovali chlapeckým jménem. A neustále to téma otvírala. Nějakých šest měsíců jsem zvládla „držet kótu“, což se dá asi nejlépe definovat tak, že jsem to v sobě potlačovala, říkala si, že to celé je jenom takové hloupé období a doufala jsem, že nám tenhle přístup přinese kýžené ovoce: na celý trans problém se brzy zapomene.

Adam: On ten přístup funguje dobře, pokud dítě nezažívá ten nesnesitelný rodový nesoulad, ale třeba jen experimentuje s genderem bez toho, že by nutně požadovalo lékařské zákroky. Když na něj v takovém případě netlačíme, tak nemusí nikomu nic dokazovat a má prostor svým vlastním tempem propátrávat krajinu rodové variability. Možná ho to nepřejde, ale není to vždy téma v popředí. Jestli ale je trans a tento nesoulad zažívá, nepřejde to zce-

la jistě a vždycky se to bude do popředí vracet. Není to prostě bolest hlavy nebo pubertální vzdor. V čem bylo pro tebe nejtěžší připustit si, že máš doma trans syna?

Alena: Připustit si, že je tvoje vlastní dítě trans, je tak trochu úkol z jiné planety. Protože třeba i chceš, ale nejde to. Nevíš prostě jak. Je to tak moc vymknuté z toho našeho běžného světa, na který jsi zvyklý, že je opravdu velký problém být jen připustit, natož přijmout, že někdo tak moc blízký vypadává z obvyklého systému. Rozum přesvědčit dokážeš – prostě mu předložíš racionální argumenty a la „vzniká to tak a tak, nedá se to změnit a nikdo za to nemůže“. Ale se srdcem je to mnohem složitější, srdce racionální řeči nerozumí. Já jsem porodila holčičku, chápeš? A v téhle větě je řečeno vše. Asi proto, že je porod tak silný přechodový rituál a vzpomínku na něj má žena už navždy vypálenou do své duše, nedá se jen tak překlíknout do „ach tak, tak ona to vlastně nebyla holčička“. Všechno v tobě se té informaci brání, protože fakt, že tvé dítě má nějaké konkrétní pohlaví, nestojí osamoceně, je na něj navěřeno strašně moc zásadních věcí. Například vzpomínky, které tebe a tvůj život definují. Když byly mé dceři dva roky, měla růžové šatičky s husičkami. A ty husičky měly modrou mašli pod krčky a na hlavách kloboučky a dcera v nich vypadla prostě božsky. A měla je na sobě v jeden májový den, kdy se v parku našeho města konala nějaká akce pro děti, jejíž součástí byl i člověk chodící v masce králíčka Azurita. A moje dcera se do něj úplně zamilovala. Okouzleně za ním chodila a hladila ho a dotýkala se ho, byla jím v těch svých dvou letech a růžových šatičkách s husičkami naprosto fascinovaná, a i když už je to víc než dvacet let, já to mám pořád v hlavě jako rozkošný obraz jednoho nádherného letního dne, který jsme strávili s celou rodinou a naší nejkrásnější a roztomilou hol-

čičkou v parku. A takových vzpomínek je nespočet – její první Vánoce třeba anebo jak měla narozeniny, byly jí tři a přišla celá rodina a ona dostala princeznovskou korunku a zelenou koloběžku a tu korunku od té chvíle nesundala z hlavy a na té koloběžce jezdila celé odpoledne tam a zpátky po dlouhatánské předsíni našeho bytu. A já umývala v kuchyni nádobí a slyšela jsem, jak jezdí po té předsíni tam a zpátky a pokaždé, když dojede na konec, nedobrzdí a malinko narazí do dveří na konci chodby. „Bum... Bum... Bum...“ Ten den byl plný kondenzovaného štěstí... A protože je součástí všech těchto nádherných vzpomínek fakt, že je tvoje dítě dcera, máš šílený strach, že když se ta dcera změní v syna, všechny ty vzpomínky, které na ni byly navázány, zmizí. Tvoje minulost s ní spojená bude fuč. A zoufale se tomu bráníš, samozřejmě, že se bráníš. Proto trvá – alespoň tedy v mém případě trvalo – hodně dlouho, než jsem svou zoufalou duši utišila a dala jí šanci uslyšet, co se mi ta moje dcera pokouší říct. A i dnes, když se situace uklidnila a my ji přijali, cítím na duši stín. Ale říkám si, že i tohle je život a nikdo mi přece nesliboval, že bude jen takový, jaký chci já.

Adam: Tohle je asi nejsilnější rodičovské vyznání, jaké jsem slyšel. Myslím, že je extrémně důležité dát zprávu o tom, že i rodičovskou identitu to trhá vedví. Tak jako rodový nesoulad není rozmar, není rozmar ani rodičovský šok. Ten emoční veletoč si nějak dovedu představit, ale jaké byly vaše racionální argumenty proti?

Alena: Kdybych měla být co nejpřímnější, musela bych říct, že jsme dceři vlastně nevěřili. Nevěřili jsme jí, že opravdu ví, co chce. A že je dost zralá na tak vážné rozhodnutí. Ano, nezralost byl hlavní argument. Pamatuješ, jak jsi na tom byl v šestnácti? V tomhle věku přece člověk

neví, kým je a co chce, a když se na tohle období ohlédne zpětně, musí jen konstatovat, jaké byl tele. „Pokud si ještě ve třiceti budeš myslet, že jsi chlap, neřekneme ani slovo,“ říkali jsme jí. On je tenhle argument nezralosti na jednu stranu strašně pochopitelný, ale zároveň trochu nefér. To, že já jsem byla v pubertě tele, neznamená, že jsou telata i ostatní. A i já měla už v takhle mladém věku v určitých oblastech velmi silný názor, který jsem v průběhu let nezměnila. Například jsem si už tenkrát byla jistá, že chci psát, že se chci živit psaním. Prostě jsem to věděla a tohle vědění postupovalo celou mou osobností a já o něm nepochybovala. A možná, že na téhle úrovni mají trans lidé své přesvědčení o tom, že jsou trans. Vědí to prostě na sto procent, protože jsou.

Adam: Ano, vnímám to podobně a myslím, že je to komplexnější fenomén, že to, jak se prožíváš, vnímáš, cítíš, je dohromady silnější než prosté vědění. Legislativně, když jde např. o svěřeni do péče, má u nás dítě právo vyjádřit se od 12 let. Postupně se názor dítěte stává důležitějším než názor rodičů a děti o sobě rozhodují. Jasně, že stanovit rozumovou a citovou vyspělost není snadné, ale věk je v tom často jen číslo, potkal jsem dost zralých teenagerů a dost nezralých třicátníků. U rodičů se osobně setkávám nejvíc s tím, že se bojí omylu. Jednoduše mají strach, že toho jejich děti budou později litovat a budou to chtít vzít zpátky. Že je to jen přechodná fáze, jak říkáš, a že se pleťe jak dítě, tak odborníci. Čeho ses bála ty?

Alena: Těch strachů bylo milion. Možný omyl byl jen jedním z nich. Další strach byl obava z toho, že dcera bude vyčleněná ze společnosti. Že bude osamělá. Že ji lidé nepřijmou. Že nebude moct žít úplně obyčejný, normální,

pěkný život, s rodinou a tak. No a velký strach, který mi proletěl hlavou po přečtení onoho lístku v kapse, byl strach z toho, co se jí může stát, když se tady změní režim. Protože tihle lidé jdou vždycky vpředu. Nejdřív Židé, pak homosexuálové a další menšiny. Strach z toho, že ji nebudu schopná ochránit, když se dějiny pohnou někam tímhle směrem. A všichni víme, že tenhle strach není iracionální, naopak – je velice reálný. Protože říkej si, co chceš, v tomhle světě je pořád stále nejbezpečnější žít v těle bílého heterosexuálního muže. Když to shrnu: měla jsem pocit, že čelím faktu, že je moje dcera velmi vážně psychicky nemocná. Že bude trpět. A že jsou to potíže, které jsou neslučitelné s hezkým životem.

Adam: Napadá mě, že přesně v takovém těle bílého heterosexuálního muže teď tvoje dcera, resp. syn žije... Ale chápu, co tím myslíš. A načapala jsi mě. Musím přiznat, že pro mě jako pro bílého heteráka jsou ty popisované obavy vlastně trochu vzdálené. Až jsem se zastyděl. Já naopak vnímám, že se mapa světa nás stárnoucích bílých heterosexuálních machistů povážlivě zmenšuje. Což je tedy asi dobře. Ale ve světle nedávných a současných událostí na naší planetě a děsivě zabeđené tendenci nepoučitelného lidstva opakovat dějiny stále dokola je ten strach velmi logický a vlastně všudypřítomný. Jak napsal můj oblíbený Konrad Lorenz, rakouský etolog, zoolog a psycholog, „kolektivní stupidita lidstva dosahuje neuvěřitelných rozměrů“. Nicméně co se týče tvého pocitu, že být trans je vážná psychická nemoc neslučitelná s hezkým životem, něco bych k tomu měl. On totiž není trans jako trans. Měla jsi ve škole ráda matematiku?

Alena: Fíha! Tak tomu říkám přehození výhybky! Ne, neměla jsem ráda matiku.

Adam: Super, já taky ne, takže neboj, zas taková výhybka to nebude. Představ si na tabuli jednu velkou množinu. To je skupina všech transgender lidí. Identifikují se jako trans, někteří tak o sobě mluví, někteří za sebou mají coming out, jiní ne. Procházejí tzv. sociální tranzicí, tedy nepotřebují žádnou odbornou pomoc, chtějí si jen oblékat, co jim vyhovuje, mluvit o sobě tak, jak se cítí, a tak být i společensky poznáváni a uznáváni (někteří pokud možno i legislativně na základě prohlášení bez dalších podmínek, což u nás aktuálně nejde). Žádné lékařské zákroky nechťejí, tohle je pro ně dostatečný způsob. Ostatně podle diagnostických kritérií není samotné genderově různorodé a variantní chování základem pro přidělení trans diagnózy. Možná se to u některých v budoucnu promění, možná ne. To je skupina, kterou vidí společnost. V té množině je menší podmnožina, a to jsou lidé, kterým tato sociální tranzice nestačí, necítí se ve svém těle natolik dobře, že potřebují medicínskou pomoc. Někteří jen hormonálně, někteří i chirurgicky. Někteří se kompletně fyzicky potřebují stát tím pohlavím, se kterým se psychicky identifikují. To je skupina, kterou vidíme my v ambulanci. A v této podmnožině je ještě jedna další malá podmnožina trans lidí, kteří mají závažné psychické potíže, a kromě tranzice potřebují i psychiatrickou a psychotherapeutickou léčbu. A to je skupina, kterou vidí např. odborníci v léčebnách a z toho usuzují, že být trans je vždy spojeno s těžkou psychopatologií, což tak ale rozhodně není.

Alena: A tím chceš říct, že...

Adam: Že jen relativně velmi málo trans lidí má po tranzici vážné psychické potíže, které jsou neslučitelné s hezkým životem, jak říkáš. Kromě toho, jak už jsem zmiňoval, restrikce a xenofobie u nás vůči trans populaci nejsou

zdaleka takový problém jako v mnoha jiných zemích. Pro mladé lidi to už často není téma vůbec, jednoduše to neřeší a přijímají, jak to je. A co se týče vnitřního prožívání, zdá se, že drtivá většina trans lidí je po tranzici šťastnější, emočně stabilnější, spokojenější a má lepší kvalitu života. Nedávno jsem potkal po letech jednoho svého klienta a ptal jsem se ho, jak se má. A jeho odpověď mě fakt zahřála: „Víte, neuměl jsem si ani představit, že bych se někdy mohl cítit takhle šťastný.“ No, a jinak spousta trans lidí řeší úplně stejná trápení jako my, co jsme tranzici nepodstoupili. Musíme si uvědomit – jak laici, tak odborníci, že tranzice není univerzální odpověď na všechny potíže a že trans člověk může mít a má stejné problémy jako všichni ostatní lidé. Takže i když trans člověk po přeměně pohlaví trpí např. úzkostí, stresem nebo poruchami nálady, neznamená to, že přeměna byla omyl a že ve skutečnosti tak úplně trans nebyl. Tohle je bohužel docela častý mýtus.

Alena: A existuje něco, nějaký zdravotní problém, který je pro trans lidi specifický? Něco, co netrans lidí neznají?

Adam: Ono jich bude určitě víc, ale tady bych asi rád zmínil tzv. menšinový stres (minority stress), což je chronický a sociálně založený stres, se kterým se potýkají různě stigmatizované menšiny. Protože tento stres působí nad rámec běžných stresorů, prohlubuje a zhoršuje samozřejmě negativní dopady na duševní zdraví. Nejde ale jen o různé formy diskriminace nebo šikany, protože ne všichni trans se s ní setkávají, ale i o stres vyplývající z povahy diagnózy. Představ si to takhle: Podle neurovědky Antonia Damasia sídlí naše vědomí Já (uvědomované Já) ve Varolově mostu v mozkovém kmeni (nové výzkumy ukazují, že identita a tzv. narativní Já se skládá z vícero oblastí mozku). To ti mj. zaručuje, že když se ráno probu-

díš, pořád víš, že jsi to ty, kontinuita tvého Já pokračuje a nijak zvlášť se jí nezabýváš. Jaké to ale je se každé ráno probudit a uvědomit si, že tvoje identita má zásadní chybu v Matrixu? Od rána narážíš na zdánlivě běžné banality: promluvit o sobě nahlas v rodě, se kterým se identifikuješ. Obléct si, co se ti líbí. Jít na záchod podle své identity. Jít na bazén. Dělat sport, který přísluší spíše opačnému biologickému pohlaví. Uspokojit sexuální potřeby způsobem, který se neslučuje se stávající tělesnou schránkou. Nevysvětlovat každému úředníkovi nebo policistovi, jak to s tebou je. To prostě je samo o sobě chronicky stresující, i kdyby se už žádné další stresory nepřidávaly.

Alena: Což si člověk, který je ve správném těle, vůbec nedokáže uvědomit. Na druhou stranu, moje dcera často v našich debatách argumentovala, že nesnáší svoje tělo, že ho nenávidí, že se jí nelíbí a podobně. A já jí na to odpovídala, že jsem to měla v jejím věku taky! Že to mají skoro všichni dospívající a často i dospělí lidé. Nebo snad ne? Ty jsi se sobě coby dospívající jinoch líbil?

Adam: Ha! Ukaž mi člověka, který se postaví před zrcadlo a řekne si: „Úžasné, tak přesně tohle jsem chtěl/a vždycky vidět!“ No jasně, že jsem nebyl coby jinoch nadšený z toho, co jsem viděl. A že by moje nadšení s postupujícím věkem při pohledu do zrcadla narůstalo, to se tedy taky říct nedá. Na druhou stranu, nenávisť to není. Dysforie to není. A ať už je to jakkoli, tohle tělo jednoduše je moje, je součástí mého já a není s ním v nějakém příkrém rozporu. Nelíbit se sám sobě a být kritický k jednotlivým částem svého těla, nebo je dokonce odmítat či nenávidět, je pořád něco úplně jiného než být cizincem ve vlastním těle. Sprchovat se po tmě. Stahovat si prsa nebo si vycpávat rozkrok. Vyhýbat se všem zrcadlům. Snažit se vůbec nedotý-

kat některých částí sebe a samozřejmě neumožnit dotek nikomu dalšímu. Nemluvit z hrůzy, že ten celý křehký vývojový omyl výška tvého hlasu prozradí... Ne, myslím, že přes všechno nenadšení ze svých fyzických schránek jsme to neměli stejně jako tvé dítě.

Alena: Už jsme si řekli, jak se v čase mění názory odborníků na transgender. Mění se nějak i přístup k péči o trans lidi?

Adam: Mění, ale je to stále ve stadiu hledání toho nejlepšího možného přístupu. A jak se to mele z jedné strany na druhou, tak to bohužel vždycky někdo odskáče. Zkusím to vysvětlit, ale podotýkám, že se bavíme o hypotézách, dlouhodobé studie a relevantní data nám stále chybí. Nicméně funguje to zhruba takto: Díky aktivismu a upozorňování na problematiku transgender, především na nutnost péče, umožnění medicínských tranzicí atd. se některé země, jako například Velká Británie, Švédsko či několik států USA vydalo původně velmi liberální cestou. Ten otevřený postoj až do nedávna docela vystihovala parafráze písně Janka Ledeckého „Budeš všechno, co si budeš přát“. Brány se otevřely a v podstatě umožnily zahájit medicínskou tranzici každému, kdo si o ni řekl. Riziko takového přístupu spočívá v tom, že je možné, že přeměnu pohlaví podstoupí i lidé, kteří by se k ní možná sami neodhodlali nebo kterým by to na základě různých vyšetření možná nebylo doporučeno. Tato velmi liberální vlna tedy může způsobit, že se časem objeví lidé nespokojení s tranzicí (litující tranzice), svou nespokojenost budou medializovat (a média ji budou s radostí skandalizovat), čímž přibude případů usilování o tzv. detranzici, tedy zpětnou přeměnu pohlaví do původního biologického stavu. V rámci možností, samozřejmě. To způsobí pohoršení a rozhořčení ve společ-

nosti, kritiku stávajícího systému péče a vzednutí silně konzervativní vlny, která půjde proti té liberální, takže se medicínská péče pro trans klienty začne omezovat, limitovat nebo se zastaví úplně. Což už se bohužel v některých zemích děje. A to napáchá těžké škody na druhé straně, protože se k lékařské tranzici nedostanou ti, kteří ji skutečně potřebují, což výrazně zhorší jejich psychický stav včetně vysokého procenta sebevražedného jednání. Celkově vzato, je to prostě jen další potvrzení známé skutečnosti, že žádný extrém není dobrý. Proto považuju za zásadní netlačít na pilu, hledat rozumný střed a snažit se říkat celý příběh, nejen jeho polarizované části.

Alena: Česká televize natočila v roce 2022 naučně-zábavný seriál *Kronika orgasmu*, ve kterém se zabývá intimním životem v socialistickém Československu v druhé polovině dvacátého století. Je to skvělý seriál a v jednom z jeho dílů tvůrci rozkrývají i transsexualitu a jak se s ní u nás před nějakými padesáti lety nakládalo. A mě opravdu překvapilo, jak tenkrát odborníci přistupovali k transsexualitě – bez jakékoli ideologie. Tím, jak byl komunistický režim ateistický, popíral Boha i jakékoli duchovno, dívali se na trans pacienty prizmatem vědy, a to bylo super.

Adam: Vida, to mě nenapadlo. Já bych se do komunistického Československa rozhodně vracet nechtěl, oni si ta zvěrstva vybrali zase jinde, ale zbavit se ideologických tlaků by bylo fakt skvělé. Naprostá většina našich klientů totiž nepotřebuje mávat praporem nad hlavou a sami to často zmiňují. Vystihuje to velmi skromná věta: „Já se chci jen v tichosti stát tím, čím jsem se měl/a narodit, a konečně začít žít úplně obyčejný život.“ Chápeš? To, co je pro většinu z nás úplně samozřejmá startovní pozice, nebereme ji jako žádný úspěch a rozhodně nám pro spo-

kojený život nestačí, je pro jiné definicí absolutního štěstí, o které musí velmi náročným a bolestným způsobem mnoho let usilovat. Tohle mi vždycky připomíná nutnost oprašovat svou vlastní pokoru.

V téhle kapitole jsme chtěli říct, že:

- Transsexualismu se teď v chytrých knihách nově říká *nesoulad rodu a pohlaví* nebo *genderová dysforie* a není nemocí či poruchou pohlavní identity, ale stavem souvisejícím se sexuálním zdravím.
- Většina vědeckých hypotéz se kloní k názoru, že vzniká ve druhém trimestru prenatalního života na základě hormonální dysbalance matky.
- K rodovému nesouladu v takovém případě nelze ani vychovat, ani z něj vyléčit. Pokud je váš potomek trans, neobviňujte se z rodičovského selhání.
- Trans komunita není homogenní skupina, všichni nesměřují k medicínské tranzici, všichni nemají psychické potíže, nemají stejné touhy a potřeby, nemají stejné názory na trans problematiku či nebinaritu atp.
- Tranzice může být sociální, kdy lidé vystupují v souladu se svou identitou bez zásahu zdravotníků, nebo medicínská, kdy se za pomoci tzv. *gender afirmativní léčby* (blokátory, hormony, chirurgie) tělo přizpůsobuje prožívané identitě.
- Mnohé myšlenky a teorie, které tady o trans problematice zaznívají, jsou stále jen hypotézami. Dlouhodobé studie a relevantní data, která by je potvrdila nebo vyvrátila, nám zatím chybí. Takže pokud někdo říká, že ví přesně, jak to s tím transgenderem je, tak kecá.

Copyright © Alena Vernerová, Adam Suchý
2024 © Nakladatelství JOTA, s. r. o., 2024

RES PUBLICA



17. listopad jako memento nevýhry

Jiří Pehe

Po třiceti pěti letech už se víceméně ustálila interpretace, že si národ pád komunismu vybojoval. Z veřejné diskuze už v podstatě zmizely „kazisvětské“ výklady, že porážka komunistického režimu národu zdemoralizovanému vpádem sovětských vojsk v roce 1968 a následnou érou normalizace tak trochu spadla do klína bez většího přičinění většiny občanů, kteří se s normalizačními poměry docela dobře sžili, ač na ně v soukromí nadávali.

Převážil rádooby antikomunistický výklad tehdejších dějinných událostí, v němž se utiskovaní lidé většinou vzbouřili proti komunistické diktatuře. Antikomunistou tak mohl být skoro každý kromě těch, co jimi příliš zjevně nebyli, protože se za ně nemohli vydávat už vzhledem ke své zdokumentované minulosti, a byli lustračním zákonem odsunuti na politickou periferii nového demokratického režimu. Všichni ostatní mohli přinejmenším předstírat, že si s komunistickou diktaturou nezádali.

Hlavní proud české společnosti si prostě po roce 1989 vytvořil cosi jako pohádku, jíž se usilovně drží a kterou v době výročí sametové revoluce vypráví stále znovu. V této pohádce většina lidí pod zlým režimem trpěla, přála si jeho konec, a když konečně přišel, pustila se do budování liberální demokracie a tržního hospodářství. Staly se chyby, ale svobodu a demokracii, které si většina národa vybojovala, máme dodnes, protože je národ chce.

Když se objevily alternativní historické pohledy, staly se cílem takřka svatého boje. Poukazovaly přitom zejména na to, že každodennost v době normalizace se tolik nelišila od té po roce 1989. I na to, že většina národa si s sebou přinesla z minulé éry do nových poměrů způsoby myšlení a chování, které bylo velmi těžké nahradit jinými, pro demokracii zásadními. To chce ovšem dodnes slyšet jen málokdo.

Výročí pádu bývalého režimu by mohlo být vhodnou příležitostí nejen k oslavám, ale také ke kritickému pohledu na to, co se opravdu stalo v listopadu 1989. A na to, co a proč se během transformace společnosti po roce 1989 nepodařilo.

Možná bychom tak lépe chápali, proč dnes průzkumy stranických preferencí ukazují, že téměř šedesát procent lidí chce ve volbách v příštím roce volit anti-systémové vůdcovské strany, jako jsou ANO, SPD, PRO, Trikolora, KSČM, Přísaha nebo Motoristé.

Odpovědi na tuto otázku naši „demokraté“ nejčastěji odbývají slovy o tom, že svoji politiku možná jen špatně komunikují. Anebo že se Česká republika potýká se stejnými trendy, které vidíme v podobě nástupu populistických hnutí všude na Západě. Mnozí se dokonce ohrazují proti používání pojmu „postkomunismus“. Jsme prý už normální demokratická země.

Jenže bohužel nejsme. Když srovnáme dění v západoevropských demokraciích s tím v bývalých sovětských satelitech, je už na první pohled zřejmé, že

politika v našem regionu stejně jako na západ od nás nefunguje. Tam sice nacionální populisté a postfašističtí autoritáři dnes dokážou získat v některých zemích až třicet procent hlasů, ale v žádné zemi – s výjimkou Itálie – zatím nestanuli v čele vlád. Demokratické strany, které mají v každé západoevropské zemi dohromady slušnou většinu, je i v případě jejich volebních vítězství dokážou – i za cenu velkých koalic – z vlád vyšachovat.

Na cestě k měkké verzi fašismu je sice po zvolení Donalda Trumpa největší světová demokracie, Spojené státy americké, ale její politický systém dvou stran a její komplikovanou federaci nelze s evropskými zeměmi srovnávat. Stačí možná jen říct, že kdyby se v USA používal systém poměrného zastoupení místo většinového systému, v němž vítěz bere vše – včetně získání všech volebních volebních vítězství v prezidentských volbách v jednotlivých státech – vypadala by politická situace o dost jinak.

To v některých postkomunistických zemích střední Evropy autoritářští populisté – na rozdíl od západní Evropy – už nějakou dobu vládnou. A jsou populární.

Laboratoři politických rozdílů mezi lidmi, kteří neprošli érou sovětského komunismu a kteří jí prošli, je Německo. To východní volí podobně jako postkomunistické země ve střední Evropě, to západní tak jako ostatní západoevropské demokracie. Zatímco postfašisté a populisté z Alternativy pro Německo a další extrémistická uskupení zřejmě nezískají na západě Německa dohromady více než dvacet procent hlasů, ve východní části už vyhrávají zemské volby.

Jelikož je příklon k autoritářským politickým subjektům a silným lídrům jevem společným všem postkomunistickým zemím ve střední Evropě, mohli bychom

vše odbýt tím, že se ani v případě naší země vlastně nedalo nic moc dělat.

Přesto: kdyby oslavy pětatřicátého výročí – a zejména ty předchozí – posloužily spíše kritické reflexi, zjistili bychom možná, že Češi podobně jako ostatní postkomunistické země skončit nemuseli.

Chyby se začaly dít už během prvních let postkomunistické transformace, kdy nemálo politiků hlásících se k demokracii a trhu přijalo černobílý výklad předlistopadové historie. Polistopadový politický diskurz tak byl, jak už bylo řečeno, od začátku založen na nepravdivé premise, že svobodu a demokracii si přála většina národa. V takové interpretaci neexistovala „tichá většina“, která se do demokratických poměrů nijak nehrnula, takže vlastně nebyl důvod usilovat o zásadní kritické vypořádání s minulostí.

Spokojili jsme se s formálními kroky, jako bylo přijetí lustračního zákona, který údajně jasně identifikoval kolaboranty a pilíře bývalého režimu, takže všichni ostatní – ti s čistým lustračním osvědčením – mohli předstírat, že si s režimem nijak nezadali. A že s nimi lze tudíž počítat v budování nového demokratického zřízení.

Neujaly se ani výzvy Václava Havla a malé hrstky ostatních, že je vedle politických stran třeba ze všech sil usilovat o vytvoření silné, životaschopné občanské společnosti. Politický systém se tak vyvíjel poněkud „zplodštěle“. Občanská společnost byla vysmívána, podstatou demokracie měla být jen soutěž politických stran.

Ty naše mlátily – zcela v duchu předchozího režimu – prázdnou ideologickou slámu o to víc, oč méně se jakýmkoliv idejemi řídily. Byly kvůli přežívající nechuti ke stranictví též personálně „podvyživené“. A ty politiky nejsilnější navíc ovládané už tehdy autoritářskými všežnáky, jako byli Václav Klaus a Miloš Zeman.

Není divu, že se slabé politické strany dostaly do područí mocných ekonomických zájmů stvořených paradoxně politicky – privatizací. Klientelismus a korupce šly s tímto vývojem ruku v ruce.

Je možné, že česká společnost prostě na to, aby vygenerovala lepší politiky, kteří by byli otevření spolupráci s občanskou společností a nevládli s pomocí prázdných ideologických floskulí a zákulisních zájmů, neměla. Mohla se ale možná ubránit plochému antikomunistickému diskurzu, kdyby politici měli odvahu iniciovat otevřenější debatu o minulosti. Což mohlo nastartovat mnoho dalších věcí. Místo toho se ujal nejen již zmíněný mytologizovaný pohled na dění v roce 1989, ale i „pohodlný“ mytologizovaný výklad starších českých dějin.

Tedy výklad, v němž byl národ portrétován jako opakovaná oběť mocnějších zemí, a v němž se tudíž nebylo třeba zabývat nepříjemnými jevy, jako bylo selhání demokratické politické reprezentace v době Mnichova, vysoká míra kolaborace občanstva s nacisty během Protektorátu, nebo opětovné selhání demokratických stran v letech 1945 až 1948. A pak i selhání reformní kliky v komunistické straně po invazi vojsk Varšavské smlouvy v roce 1948.

Podobná interpretace ve stylu „nic jiného nám nezbývalo, poměry nám byly vnuceny“ se pak ujala i ve vztahu k éře normalizace. Skutečnost, že se většina národa s tímto morálně obłudným režimem docela dobře sžila, a že se tudíž nakonec nezhroutil kvůli nějakým masovým protestům nebo participaci miliónů lidí



v antikomunistické občanské společnosti – jako tomu bylo v případě hnutí Solidarita v Polsku –, je dodnes ve vyprávění o roku 1989 vynechána.

Představa polistopadových „demokratů“, že navzdory všem chybám, které se udály během transformace, většina společnosti přijala demokracii a svobodu, protože po ní toužila už před rokem 1989, se krutě vymstila, když se k moci začal drát Andrej Babiš (ANO).

Jelikož nesystémové politické chování se dlouho po roce 1989 pojilo především s komunistickou stranou, která mohla být – i z morálních důvodů – politicky ostrakizována, mohla leckomu uniknout skutečnost, že v české společnosti dál mentálně žije silný postkomunismus, jehož nositeli jsou hlavně a právě lidé, kteří byli v době normalizace konformní.

Babiš uspěl nejen proto, že se jako první významný politik pustil do údajného boje se systémovou korupcí, přičemž využil silícího přesvědčení mnoha lidí, že liberální demokracie – přinejmenším v podání českých „demokratů“ – nefunguje. Uspěl také proto, že postkomunistické části české společnosti, která neměla s normalizací velký problém, nabídl politickou platformu. V jeho vyprávění „obyčejní“ lidé prostě byli takoví, jací byli, a demokratické elity – ohánějící se antikomunismem jako morální zbraní – se nad ně jen arogantně povyšují.

Využil tedy kromě jiného toho, že i několik desetiletí po pádu komunistického režimu zjevně v české společnosti dál existovala početná vrstva lidí, kteří podvědomě souzněli s mentálním repertoárem normalizačního režimu – tedy s vládou silné ruky a bezpečím i za cenu nových ostnatých drátů.

Úspěch Babišova projektu povzbudil celou řadu dalších vůdcovských hnutí, která k postkomunistickému,

antiliberálnímu étosu přibalila i silný nacionalismus a tradiční českou nedůvěru k vnějšímu světu – nyní reprezentovanému EU a NATO. K překvapení českých „demokratů“ se těmto stranám a hnutím daří podle průzkumů stranických preferencí evidentně oslovovat až šedesát procent české populace.

Hlavní chyby, pokud jde o „demokraty“, se bohužel staly už na samotném začátku. Nejdou proto rychle napravit, promítají se totiž do celého ustrojení české společnosti.

A i proto nebude snadné liberální demokracii v příštích volbách udržet. Její úpadek přitom nenastane formou návratu totalitních praktik, čímž demokratické strany dlouho strašily ve své antikomunistické rétorice, když varovaly před návratem komunistů, ale formou „měkkého“ autoritářství, které se bude opírat o mnohé z mentálních stereotypů normalizační éry, s nimiž jsme se po roce 1989 odmítli utkat.

Autor, ředitel pražské pobočky New York Univerzity, byl vedoucím politického odboru prezidentské kanceláře Václava Havla a pravidelně komentuje českou i světovou politickou scénu. Text vyšel v Deníku Referendum 5. listopadu 2024.



Demokracie jako box. Jak volby ukazují jednotu v rozmanitosti

Tomáš Sedláček

Ono to z dálky vypadá, že je společnost rozhádaná, rozdělená půl na půl, nerozhodná a vlastně uvnitř se vařící a vřící. Koneckonců nesvědčí i americké volby právě o tomto? Jak je to možné, že jsou volby pokaždé tak těsné? To ten scénář dává dohromady nějaký dramaturg s velkým smyslem pro drama a detail? Jak je možné, že je realita často zajímavější a napínavější než seriály na Netflixu? Ano, ty seriály jsou dělané za jedním jediným účelem: aby byly zajímavé a napínavé.

I naše volby často dopadají téměř nerozhodně, jazýček na miskách je tenoučký. Málokdy je povolební vyjednávání snadné, málokdy je vítěz přesvědčivě vítězný. Je to známka rozhádané, rozdělené společnosti přesně uprostřed? Ztratili jsme střed, centrum gravitace? Jedna půlka chce napravo a druhá nalevo? Jeden táhne tam, druhý onam a pak společnost jako celek táhne k čertu? Je to symbol západní nejednoty, ba rozpadu? Nebylo by nám lépe, kdybychom byli jednotní? Nebylo

by nám lépe, kdybychom se rozdělili a pravice šla doprava a levice doleva? Nebylo by nám lépe, kdybychom tu měli nějakého jasného lídra, jak v Bohemii, tak v Evropě?

Ne, ne a ne. To, že volby dopadají často 51:49, vůbec nesvědčí o tom, že je společnost rozdělená nebo nerozhodná. Naopak, přesně toto je průvodním znakem dobře nastavené demokracie. Dokonce by se dalo říci, že pokud volby dopadly tak těsně jako ty americké, pak byly dobře naladěny.

To, že volby dopadají tak, že se nám jejich výsledek nelíbí, je vlastně strašně dobré znamení. A to, že volby dopadly tak, že se jejich výsledek nelíbí 49 procentům voličů, je znamení ještě lepší. Znamená to totiž, že se volby dotýkají přesně těch neuralgických bodů, které jsou ve společnosti živé. Znamená to, že jsou volby kalibrované dobře. Přesně na střed. Přesně tam, kde to bolí.

Kdyby dopadly tak, že se všem líbí, nebo alespoň drtivě většině, byly by zaprvé zbytečné a zadruhé podezřelé. Nikoli snad kvůli tomu, že by byly výsledky falšované, to je příliš triviální. Takové volby by spíše znamenaly, že kritická média neplní svou roli. Takové volby by mohly znamenat, že jsme všichni příliš stejně indoktrinovaní. A zejména by mohly znamenat, že jsme k sobě příliš málo kritičtí, že trh myšlenek nefunguje.

Přeloženo do ekonomické řeči, byl by to stav podobný monopolní situaci na trhu. Trhu, stejně jako demokracii sluší mnoho blízkých produktů. Demokracie je totiž stavěna tak, aby se bavila tak dlouho, než se najde nějaký rozdíl, na kterém se zasekne a na který se soustředí. Všichni se přece shodneme, že $1 + 1 = 2$. O tom není třeba hlasovat. Jedeme dál. Ve shodě dál a dál. Tak jako v konverzaci s přítelem – dokud nena-razíme na něco, kde máme pohled rozdílný. Všichni se

shodneme, že krást ani znásilňovat se nemá. O tom už se dál přece bavit nebudeme. Homosexuální sňatek? O. K.? Adopce dětí? Tam už je to komplikovanější a je třeba se právě zde zastavit a pohádat se o tom. A až se na toto téma budeme dívat za padesát let, bude nám připadat banální. Ale dnes ještě ne.

To totalitní režimy mají velikou shodu. V Rusku volby celkem odráží nálady veřejnosti, o oblíbenosti Putina svědčí i nezávislé průzkumy. Ruská společnost je mnohem jednotnější než západní demokracie. Právě proto, že se nehádají, protože se hádat nesmí. V zemi, kde je zakázáno se mračit, je každý úsměv falešný.

A už vůbec by nám nebylo lépe, kdybychom se rozdělili na dvě společnosti. Jedna táhnoucí doleva, druhá, řekněme, doprava. Protože i kdybychom se nakrásně rozdělili a zůstali demokratičtí, přesto by se časem společnost dostala do bodu, kde to bude 50:50. Demokracie je regulovaná hádka, demokracie je box v rukavicích. Je to snaha mlátit argumenty naplno, ale nezabít se u toho. Gréta by ani v Číně, ani Rusku, ani v arabských totalitních zemích nedožila dvanáctých narozenin. My právě tyto lidi, kteří s námi nesouhlasí a kteří vytváří nový balanc, hledáme. Proto rozdělenost americké společnosti de facto svědčí o její síle a jednotě.

*Autor je ekonom a lektor Metropolitní univerzity Praha.
Text vyšel 8. listopadu 2024 v Hospodářských novinách.*

MAHA aneb americký experiment

Jaroslav Veis

Je to taková na první pohled vlastně tuctová fotka: čtyři chlápci u stolku evidentně v nějakém dopravním prostředku, každý před sebou má tácek s papírovými krabičkami s jídlem a plastovou láhev s Coca-Colou nebo džusem. Jeden nastrkuje do „zlatého středu“ kompozice obrazu pytlík plný bramborových hranolků se žlutými oblouky loga McDonald (říká se těm obloukem prý také „zlaté prsy matky McDonalldové“) a něco přitom povídá. Tuctová ta fotka být přestane, když si ty chlápky pojmenujeme a popíšeme ji v jejím kontextu. Zleva sedí nejbohatší muž světa Elon Musk, vedle něj právě zvolený budoucí nejmocnější muž světa Donald Trump, na opačné straně stolku jeho syn Donald Trump junior, a vedle synovce legendárního prezidenta Johna F. Kennedyho Robert F. Kennedy junior, z něhož se má stát americký ministr zdravotnictví. (V pozadí se do obrázku vestoje cpe předseda Sněmovny reprezentantů Mike Johnson.)

Ten dopravní prostředek je privátní Boeing 757-200, jemuž se přezdívá „Trump Force One“ a všichni letí do New Yorku na večer UFC v Madison Square Garden, kde v osmistěnné kleci budou bojovat zápasníci smíšených bojových umění rukama nohama, kopy i údery.

Donald Junior se usmívá, to on nastrkuje do centra pozornosti pytlík hranolků a gesto prý komentoval slo-

vy, že slogan „Make America Healthy Again“, „Učiňme Ameriku zase zdravou“, což je parafráze vítězného sloganu jeho otce „Make America Great Again“, bude muset počkat na jindy.

Písmena MAGA na čepicích i tričkách dala název hnutí Trumpových stoupenců a ten slogan je tak efektivní, že někteří pozorovatelé se dokonce ptají, kdo vlastně americké prezidentské volby vyhrál, zda republikánská strana nebo právě hnutí MAGA. (Imitovat se ten úspěch už dlouho pokoušejí v různých národních variantách i Trumpovi epigoni po celém světě, u nás Andrej Babiš, který se dost dlouho objevoval v kšiltovce s nápisem Silnější Česko.)

MAHA už tak úspěšné nebylo. Robert F. Kennedy Jr. z kampaně v srpnu odstoupil a podpořil Donalda Trumpa, který mu zato vzápětí slíbil nominaci na ministra zdravotnictví. I tak ovšem pro něj hlasovalo 737 tisíc lidí, a získal hezkých 0,48 % odevzdaných hlasů.

Teď se Kennedy sice rovněž usmívá, ovšem poněkud křečovitě. Trump mu pomohl vytáhnout jeho MAHA z vrakoviště zapomenutých sloganů. A on právě otevírá krabičku s hamburgerem Big Mac, symbolem všeho, proti čemu on pěkných pár desítek let kampaňoval jako aktivista a právník environmentálních neziskovek,

označoval ho za jed a hlásal, že McDonald dělá z Američanů národ obezních a nezdravých lidí. Představa, že právě on se má takto prezentovat coby frontman MAHA v něm nepochybně budí minimálně smíšené pocity.

Které ovšem budí taky on sám a nejen v Americe. Je-li v posledních letech něčím proslulý, pak jako antivaxer a to už dávno před covidovou epidemií. Patří mezi nejslavnější šířitele názoru, že vakcinace dětí má přímou souvislost s rozvojem autismu, a když v roce 2019 přijel na ostrov Samoa, podpořil tamní antivakcinační hnutí tak vehementně, že pomohl zarazit průběh očkování proti spalničkám. Následná epidemie stála několik desítek dětí život.

Už během kampaně se dal slyšet, že hodlá snížit rozpočtové peníze na vývoj nových léků (přesunul by je na studie zabývající vysvětlením vysokého výskytu chronických onemocnění) a pokusil by se právně zakročit proti lékařským časopisům *The Lancet* a *The New England Journal of Medicine*, neboť je považuje za zkorumpované velkými farmaceutickými společnostmi. Za zkorumpovaný považuje i americký Úřad pro kontrolu potravin a léčiv (FDA). Soudí, že Donald Trump by vahou své autority měl přesvědčit lokální úřady, aby zastavily fluorizaci vody. On sám hodlá prosazovat zásadní odstraňování pesticidů ze zemědělství i chemikálií z potravin.

A teď ho ke všemu vyfotili s hamburgerem na táce a se smíšenými pocity v očích. Ovšem opravdu podstatnější jsou ty smíšené pocity jiných lidí, zejména odborníků. Jistě, s opravdu velkou porcí dobré vůle lze Kennedyho nominaci prostě považovat za americký experiment a najít i některé body jeho návrhů, jež smysl mají. Rizik, a nejen pro Ameriku, které takový ministr zdravotnic-

tví přináší, je však podstatně víc. Znáte přece to rčení: Amerika kýchne a celý svět dostane virózu. Jenže když má v rukou očkování v rukou antivaxer...

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 3, prosinec 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: vnr@lf3.cuni.cz, jolana.bohackova@lf3.cuni.cz

Grafický návrh: Carton Clan, Petrohradská 3, Praha 10

Sazba: Jan Murdych

Tisk: TIGIS, spol. s r.o.

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

Objednávky na distribuci a inzerci: přijímá šéfredaktorka

Časopis je zájemcům zasílán bezplatně.

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

Registrace: MK ČR E15377

ISSN 1212-5083

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

