



**UNIVERZITA KARLOVA
LÉKAŘSKÁ FAKULTA V PLZNI**

Husova 654/3, 301 00 Plzeň
IČ: 00216208

Smlouva o poskytování služeb č. 2018-01-26/1

(dále jen „smlouva“)

uzavřená ve smyslu § 1746 odst. 2 zákona č. 89/2012 Sb., občanský zákoník, v platném znění,
(dále jen „ObčZ“)

I.

Smluvní strany

1.1 Objednatel:

Název subjektu: **Univerzita Karlova, Lékařská fakulta v Plzni**
Sídlo: Husova 654/3, 301 00 Plzeň
Zastoupena: prof. MUDr. Borisem Kreuzbergem, CSc., děkanem fakulty
IČ: 00216208
DIČ: CZ00216208
Bankovní spojení: Komerční banka a.s.
Číslo účtu: 61633311/0100
Datová schránka: piyj9b4
(dále jen „objednatel“) na straně jedné

a

1.2 Poskytovatel:

Název subjektu: **Typos, tiskařské závody, s.r.o.**
Sídlo: Podnikatelská 1160/14, 301 00 Plzeň - Skvrňany
Zastoupený: Dominikem Metzlerem, jednatelem
IČ: 28433301
DIČ: CZ28433301
Bankovní spojení: Raiffeisenbank a.s.
Číslo účtu: 1003009478/5500
Datová schránka: ngv8vix
Zapsaný v Obchodním rejstříku vedeném Krajským soudem v Plzni, oddíl C, vložka 21906
(dále jen „poskytovatel“) na straně druhé

(společně dále jen „smluvní strany“)

uzavírají na základě výsledku veřejné zakázky s názvem „Tiskařské služby 11-2017“ v rámci dynamického nákupního systému s názvem „DNS pro tiskařské služby 2017 až 2018“ zadávané jako veřejná zakázka v režimu zákona č. 134/2016 Sb., o zadávání veřejných zakázek, v platném znění (dále jen „ZZVZ“), smlouvu následujícího znění:



II.

Předmět a účel smlouvy

- 2.1 Předmětem této smlouvy je tisk sborníku „O čem také přemýšlejí naši medicí“ a sborníku konference „94. fyziologické dny“.
- 2.2 Tato smlouva je sjednána na základě úplného konsensu v souladu s příslušnými ustanoveními obecně závazných právních předpisů, a to zejména ObčZ. Právní vztahy smluvních stran touto smlouvou výslovně neupravené se řídí ustanoveními ObčZ upravujícími příslušný, nebo obsahově nejbližší typ závazku z právního jednání.
- 2.3 Předmětem této smlouvy je dvoustranný právní vztah mezi poskytovatelem a objednatelem, jehož obsahem jsou práva a povinnosti smluvních stran související s poskytnutím služeb při tisku sborníku „O čem také přemýšlejí naši medicí“ a sborníku konference „94. fyziologické dny“.
- 2.4 Účelem této smlouvy je právní úprava předmětu této smlouvy v souladu s vůlí smluvních stran a příslušnými obecně závaznými právními předpisy tak, aby každá smluvní strana nadále jednala ve všech záležitostech souvisejících s předmětem smlouvy při nejvyšší míře právní jistoty.

III.

Předmět plnění

- 3.1 Poskytovatel se za podmínek dále v této smlouvě uvedených zavazuje pro objednatele vytisknout sborník „O čem také přemýšlejí naši medicí“, a to v počtu 200 ks, a sborník konference „94. fyziologické dny“, a to v počtu 150 ks.
- 3.2 Specifikace jednoho výtisku sborníku:
 - a) sborník „O čem také přemýšlejí naši medicí“:

Formát:	A5
Vazba:	na dvě sponky (V)
Rozsah:	56 stran (vnitřek) + 4 strany (obálka)
Barevnost obálka:	barevná CMYK (4+0)
Barevnost vnitřek:	černobílá (1+1)
Papír:	vnitřek 80 g/m ² ofset, obálka 160 až 180 g/m ²
 - b) sborník konference „94. fyziologické dny“:

Formát:	A5
Vazba:	na dvě sponky (V)
Rozsah:	24 stran (vnitřek) + 4 strany (obálka)
Barevnost obálka:	barevná CMYK (4+0)
Barevnost vnitřek:	barevná CMYK (4+4)
Papír:	vnitřek 80 g/m ² ofset, obálka 160 až 180 g/m ²
- 3.3 Obsahová náplň je jednoznačně dána podklady ve formátu PDF, které jsou nedílnou přílohou této smlouvy jako Příloha č. 1.



výše uvedené dále jen „**předmět plnění**“.

IV.

Doba a místo plnění

- 4.1 Poskytovatel se zavazuje, že zboží dodá objednateli do 2. 2. 2018 (sborník konference „94. fyziologické dny“) a do 9. 2. 2018 (sborník „O čem také přemýšlejí naši medicí“). V případě prodlení s termínem dodání předmětu plnění dle tohoto článku smlouvy se poskytovatel zavazuje uhradit objednateli smluvní pokutu ve výši 0,5 % z ceny za poskytnuté plnění bez DPH. Celková výše smluvní pokuty není omezena.
- 4.2 O předání a převzetí předmětu plnění bude mezi poskytovatelem a objednatelem sepsán předávací protokol (případně bude předání a převzetí stvrzeno jiným prokazatelným způsobem) podepsaný oprávněnými zástupci obou smluvních stran. Předmět plnění se považuje za převzatý a předaný okamžikem podpisu předávacího protokolu ve smyslu věty předchozí.
- 4.3 Místem plnění je Lékařská fakulta v Plzni na adresách alej Svobody 1655/76, 301 00 Plzeň (sborník konference „94. fyziologické dny“) a alej Svobody 923/80, 323 00 Plzeň (sborník „O čem také přemýšlejí naši medicí“).
- 4.4 Objednatel není povinen převzít předmět plnění s právními nebo faktickými vadami, a dále pokud nebude dodán v dohodnutém množství.

V.

Cena za poskytnutí předmětu plnění a platební podmínky

- 5.1 Cena za poskytnutí předmětu plnění byla smluvními stranami stanovena na **7 550,00 Kč bez DPH**, sazba DPH 21 %, částka DPH 1 586,00 Kč, cena včetně DPH 9 136,00 Kč.
- 5.2 Celková cena za poskytnutí předmětu plnění je splatná na základě faktury vystavené po splnění smluvních podmínek formou bankovního převodu na účet poskytovatele uvedený v bodě 1.2. Faktura musí splňovat náležitosti daňového dokladu dle platného zákona o DPH, v platném znění. Minimální splatnost faktury je 14 dnů ode dne jejího prokazatelného předání objednateli.
- 5.3 Důvodem pro případnou změnu sjednané ceny je pouze změna sazby DPH, přičemž cena bez DPH je neměnná.
- 5.4 Platba se považuje za uskutečněnou dnem, kdy je připsána ve prospěch bankovního účtu poskytovatele.
- 5.5 Objednatel se zavazuje zaplatit smluvní pokutu za prodlení s placením faktur po termínu splatnosti ve výši 0,5 % z dlužné částky za každý den prodlení. Zaplacením smluvní pokuty není dotčeno právo poskytovatele na náhradu škody.



VI.

Práva a povinnosti smluvních stran

- 6.1 Poskytovatel prohlašuje, že je schopen jednat se znalostí a pečlivostí, kterou řádné plnění této smlouvy vyžaduje. Poskytovatel odpovídá za použití náležitě kvalifikovaného personálu, přičemž tímto výslovně ujišťuje objednatele, že plnění předmětu smlouvy bude poskytovat prostřednictvím pracovníků, kteří mají odborné zkušenosti s realizací předmětu plnění, jež je předmětem této smlouvy.
- 6.2 Poskytovatel se zavazuje poskytnout objednateli v odpovídajícím čase konkrétní a jasné pokyny pro provádění potřebné součinnosti, bude-li toto řádné plnění smlouvy vyžadovat.
- 6.3 Poskytovatel bere na vědomí, že je osobou povinnou spolupůsobit při výkonu finanční kontroly dle § 2 písm. e) zákona č. 320/2001 Sb., o finanční kontrole ve veřejné správě, v platném znění. Dále se poskytovatel zavazuje poskytnout kontrolním orgánům součinnost při podání informací a předání dokladů týkajících se jeho činnosti v rámci této smlouvy.
- 6.4 Poruší-li smluvní strana povinnost z této smlouvy či může-li a má-li o takovém porušení vědět, oznámí to bez zbytečného odkladu druhé smluvní straně, které z toho může vzniknout újma, a upozorní ji na možné následky; v takovém případě nemá poškozená smluvní strana právo na náhradu té újmy, které mohla po oznámení zabránit.

VII.

Odpovědné osoby

- 7.1 Za objednatele je v souvislosti s plněním této smlouvy oprávněn jednat:
Ing. Barbora Černíková, e-mail Barbora.Cernikova@lfp.cuni.cz, telefon 377 593 446
- 7.2 Za poskytovatele je v souvislosti s plněním této smlouvy oprávněn jednat:
Jan Šūs, e-mail sus@typos.cz, telefon 377 193 358

VIII.

Odstoupení a vady

- 8.1 V rámci závazků plynoucích z této smlouvy odpovídá poskytovatel objednateli za formální a věcnou správnost poskytnutého předmětu plnění.
- 8.2 Odstoupit od této smlouvy může objednatel, kromě zákonných důvodů, v případě, že:
 - a) poskytovatel nedodrží sjednané termíny poskytnutí služeb;
 - b) poskytovatel nekoná i přes písemnou výzvu ze strany objednatele dle ustanovení 6.1 této smlouvy; v písemné výzvě ve věci odstoupení od smlouvy ze strany objednatele musí objednatel výslovně uvést, v čem spatřuje nedostatky, jakým způsobem mají být odstraněny, musí poskytovateli poskytnout přiměřenou lhůtu k jejich odstranění a musí poskytovatele výslovně upozornit na možnost odstoupení.



- 8.3 Odstoupením od smlouvy zanikají všechna práva a povinnosti smluvních stran. Odstoupení od smlouvy se však nedotýká nároku na náhrady škody vzniklé porušením smlouvy ani nároku na smluvní pokuty dle této smlouvy.

IX.

Ostatní ujednání

- 9.1 Tato smlouva nabývá platnosti a účinnosti dnem podpisu oběma smluvními stranami. V případě, že cena za poskytnutí předmětu plnění je vyšší než 50 000,00 Kč bez DPH, nastává účinnost této smlouvy až jejím uveřejněním v registru smluv podle zákona č. 340/2015 Sb., v platném znění, přičemž poskytovatel s tímto uveřejněním tímto výslovně souhlasí.
- Zaslání smlouvy do registru smluv zajistí objednatel neprodleně po podpisu smlouvy. Objednatel se současně zavazuje informovat druhou smluvní stranu o provedení registrace tak, že zašle druhé smluvní straně kopii potvrzení správce registru smluv o uveřejnění smlouvy bez zbytečného odkladu poté, kdy sama potvrzení obdrží, popřípadě již v průvodním formuláři vyplní příslušnou kolonku s ID datové schránky druhé smluvní strany; v takovém případě potvrzení od správce registru smluv o provedení registrace smlouvy obdrží obě smluvní strany zároveň.
- 9.2 Změnit nebo doplnit tuto smlouvu mohou smluvní strany pouze formou písemných dodatků, které budou vzestupně číslovány, výslovně prohlášeny za dodatek této smlouvy a podepsány oprávněnými zástupci smluvních stran; smluvní strany tímto ve smyslu § 564 ObčZ výslovně vylučují možnost změny smlouvy v jiné formě.
- 9.3 Pokud se jakékoliv ustanovení této smlouvy později ukáže nebo bude určeno jako neplatné, neúčinné, zdánlivé nebo nevynutitelné, pak taková neplatnost, neúčinnost, zdánlivost nebo nevynutitelnost nezpůsobuje neplatnost, neúčinnost, zdánlivost nebo nevynutitelnost smlouvy jako celku. V takovém případě se smluvní strany zavazují bez zbytečného prodlení dodatečně takové vadné ustanovení vyjasnit ve smyslu ustanovení § 553 odst. 2 ObčZ nebo jej nahradit po vzájemné dohodě novým ustanovením, jež nejbližší, v rozsahu povoleném ObčZ či jinými právními předpisy, odpovídá úmyslu smluvních stran v době uzavření této smlouvy.
- 9.4 Tato smlouva je vyhotovena ve třech stejnopisech, z nichž objednatel obdrží 2 vyhotovení a poskytovatel obdrží jedno vyhotovení.

X.

Závěrečná ustanovení a podpisy smluvních stran

- 10.1 Tato smlouva nahrazuje všechny předchozí dohody, ujednání, sliby anebo prohlášení, které by s ní byly v rozporu.
- 10.2 Smluvní strany prohlašují, že tato smlouva je výsledkem úplného, souhlasného projevu vážné vůle smluvních stran o celém jejím obsahu, že ji uzavřely bez přinucení a že jim nejsou známy žádné okolnosti, které by měly vliv na její platnost, respektive účinnost. Dále potvrzují, že si tuto smlouvu před jejím podpisem řádně přečetly, jejímu obsahu porozuměly, a na důkaz shody o její formě i obsahu připojují své podpisy.



UNIVERZITA KARLOVA
LÉKAŘSKÁ FAKULTA V PLZNI


Husova 654/3, 301 00 Plzeň
IČ: 00216208

Přílohy:

1. Tisková data

Objednatel: 26-01-2018
V Plzni dne

Poskytovatel: 23.1.18
V Plzni dne


.....
prof. MUDr. Boris Kreuzberg, CSc.
děkan


.....
Dominik Metzler
jednatel

UNIVERZITA KARLOVA -1-
Lékařská fakulta v Plzni
301 00 Plzeň, Husova 3
IČO: 00216208 DIČ: CZ00216208
Tel.: 377 593 400, fax: 377 593 449



O ČEM TAKÉ PŘEMÝŠLEJÍ NAŠI MEDICI...

2017



O čem také přemýšlejí
naši medici...



O čem také přemýšlejí naši medici...

Sborník studentských esejů

Sestavila Mgr. Petra Buňatová

Psychiatrická klinika
FN a LF UK v Plzni
2017



Uspořádala Mgr. Petra Buňatová. Vydala Psychiatrická klinika Fakultní nemocnice Plzeň a Lékařské fakulty UK v Plzni 2018. 20. ročník. Obálka: Toren O'Donnell, mramorovaný papír. Texty neprošly jazykovou korekturou. Počet výtisků 200.



Předmluva

K dvacátému výročí tohoto sborníku

Tento sborník vychází letos po dvacáté! Pokud si vzpomínám, nebylo obtížné s vydáváním sborníků studentských prací začít. Těžší možná bylo pokračovat, zejména když rok tak rychle uplyne!

V minulých letech se vždy sešlo dostatek zajímavých textů, které nebylo možno s lehkým srdcem hodit jen tak do šuplíku. Byť popisované situace se opakují a témata prací jsou obdobná, přec neopakovatelné však jsou pocity provázející autorovo objevování nového. A být jako čtenář svědkem tohoto objevování je pokaždé vzrušující. Formulace přeci jsou vždy osobité.

Přeji vřele všem studentům a studentkám do dalších let, aby je neopouštěla dosavadní zvědavost, všímavost a hloubavost, s níž se budou učit novému nejen ze světa vědy, ale aby se stejnou měrou zamýšleli nad světem lidí nemocných i zdravých.

Laskavým čtenářům přeji prožití Vánoc dle jejich přání. Příští rok, aby prožili ve zdraví a zdaru.

Prosinec 2017

doc. MUDr. Jiří Beran, CSc.



Abumazen Hammam

Euthanasie

V posledních letech se objevuje v odborných člancích pro lékaře a zdravotní sestry množství článků na téma euthanasie. Tady se vlastně jedná o trvalé hledání kladů a protikladů, které mají schopnost ospravedlnit tzv. aktivní euthanasii nebo ji zakázat. Nechci říkat, že jsem četl nějaké odborné studie, ale toto téma jsem si vybral právě proto, že se o něm hodně mluví i mezi laiky. Našel jsem jeden článek, kde je mnoho otázek, o kterých jsem přemýšlel...

Uvažujeme o euthanasii?

Nemáme možná ani tak strach ze smrti jako takové, jako z bolesti a z umírání. Bojíme se fyzické nemohoucnosti, závislosti na jiných lidech a permanentní bolesti. Euthanasie přináší východisko. Stačí jen vyslovit své přání a náš život bude pod lékařským dohledem ukončen. U lidí v kómatu za ně rozhodnou jejich nejbližší příbuzní.

Ale...

Lékařská věda se vyvíjí každým dnem. To, co bylo ještě včera nemožné, se zítra může stát běžnou záležitostí. Nemocní, kteří dnes vidí svou situaci jako beznadějnou, se v budoucnosti mohou dočkat pomoci a zlepšení kvality svého života. U lidí v kómatu stále existuje naděje – malá, ale přece jen ne úplně nereálná možnost, že jednoho dne otevřou oči a znovu navážou kontakt se světem a svými blízkými.

Role lékaře

Lékař má především pomáhat léčit a zachraňovat životy, to ostatně vyjadřují i slova Hippokratovy přísahy: „Nepodám nikomu smrtící látku, i kdyby ji ode mne žádal, a ani nikomu tuto možnost nenavrhnou.“ Role aktivního vykonavatele smrti je v rozporu se vším, co vnímáme pod pojmem „lékař“. Na druhou stranu sami lékaři přiznávají, že v beznadějných případech jsou to oni, kdo rozhodují o omezení, případně zastavení léčby, která by v daném případě nevedla ke zlepšení stavu pacienta.

Formy euthanasie

- Aktivní vyžádaná: pacient sám žádá lékaře nebo osobu o něj pečující o euthanasii.
- Aktivní nevyžádaná: lékař posoudí stav pacienta jako neperspektivní a podá mu prostředek k ukončení života.
- Pasivní vyžádaná: pacient požádá lékaře, aby dále nepokračoval v jeho léčbě.
- Pasivní nevyžádaná: lékař vědomě nedělá vše, co je v jeho možnostech, aby pokračoval v léčbě pacienta.

Zkušenosti ze světa

První právní úpravou, která prolomila trestnost euthanasie, byla v roce 1976 úprava nizozemská. V roce 1994 nabyla účinnosti procesní úprava, která zavazuje lékaře, jenž ukončil tímto způsobem lidský život, aby tuto skutečnost neprodleně oznámil veřejnému žalobci.

S novou právní úpravou euthanasie se setkáváme také v Belgii. Aktivní euthanasii umožňuje zákon na základě hlasování v parlamentu ze dne 16. 5. 2002.

Studie z Holandska v letech 1990–1995 prokazují zneužití euthanasie. Statistiky dosvědčují, že ročně existuje až tisíc pacientů, kteří byli usmrceni bez vyjádření svého požadavku.

Sociální euthanasie

Zkušenosti z Holandska dokazují, že existují případy, kdy je pacient rodinou zmanipulován a přesvědčován, že je pro něj lepší, aby se už netrápil a poprosil o injekci. Lékaři, kteří se s žádostí o euthanasii u svých pacientů setkali, potvrzují, že velmi často jde o lidi osamělé, od kterých se rodina odvrátila a kteří nemají podporu svých blízkých.

Názor pacientů

Prestižní lékařský časopis Lancet zveřejnil studii, která se opírala o holandské zkušenosti s euthanasií. Ukázalo se, že zemřít kvůli nesnesitelné bolesti si tam přála třetina pacientů. Mnoho pacientů však požadovalo euthanasii proto, že se cítili být opuštěni a na obtíž.

Euthanasie v kómatu

Z tisku jsou známy případy, kdy rodina rozhodla o euthanasií pacienta v kómatu. Stalo se tak v případě jedenačtyřicetileté Američanky Terri Schiavové, která po srdečním kolapsu a pozdním oživení utrpěla poško-

zení mozku a patnáct let se nacházela ve vegetativním stavu. Její manžel Michael Schiavo se proto v roce 1998 rozhodl požádat soud o manželčino odpojení od vyživovacího přístroje, aby tak urychlil její smrt. Roku 2005 mu bylo vyhověno.

V roce 2009 lékaři na soukromé klinice v Udine odstranili trubici, kterou do těla pacientky Eluany Englarové přiváděli umělou výživu, která ji udržovala při životě. Eluana Englarová byla od roku 1992, kdy měla auto-nehodu, v kómatu.

Asistovaná sebevražda

Rozdíl mezi euthanasií a asistovanou sebevraždou povolenou ve Švýcarsku je v tom, že euthanasii musí provádět lékař po konzultacích s pacientem. Naopak švýcarská praxe je vlastně službou pro sebevrahy: firma umíchá koktejl a dotyčný ho vypije. Takovým zařízením je třeba curyšský Dignitas, kam si za posledních 10 let přišlo pro smrt více než 700 lidí, mezi nimi údajně i dva Češi.

Toto častokrát probírané téma jsem si vybral, protože jsem nevěděl o čem psát a euthanasie je takový všeobecný problém, který už dlouho zaměstnává celý svět. Nebudu asi sám, kdo v téhle věci má trochu zamotanou hlavu a nejednotný názor. Rád bych věděl co je správné, ale myslím, že určitý konflikt mezi pro a proti budu mít stále.

Ano, lékař pracuje proto, aby zachraňoval životy. Navíc nikdo by neměl zasahovat do Boží vůle o smrti a životě. Ale dokáže si někdo z nás představit, že bude umírat dlouho a v bolestech? Nebo se dívat na to, jak jeho rodina trpí každý den, když ho navštěvuje a on je pouze upoutaný na lůžko a závislý na okolní péči? Myslím, že nikdo by se nechtěl dostat do situace, kdy by musel rozhodovat o této otázce. Není lehké říci, jestli euthanasii schvaluji nebo ne, když jsem nikdy nezažil to, abych tuto volbu musel učinit pro sebe nebo někoho blízkého a ani bych to zažít nechtěl. Je lehké říci o něčem, že je to černé nebo bílé, stejně tak jako odsoudit někoho, že je černý nebo bílý, ale je to opravdu v životě tak jednoduché? Jednostranné? Neklamou nás někdy oči, naše mysl nebo naše přesvědčení?

Popravdě, bych asi euthanasii nikomu podat nedokázal. Ano, vím, že mu to uleví od bolesti, ale přeci jen je to jistotu měrou nápomoc ke smrti. Já jsem přišel na tuhle školu pomáhat. Se smrtí pacientů se smířit musím, ale nebudu jim k tomu přece dopomáhat. Takže i když nejsem proti, nikdy bych to sám neudělal.

Nedokázal bych vzít otce nebo matku od rodiny, milovaného dědečka, syna, manžela/ku od jejich rodiny. Snad i pro tu rodinu je to někdy zkrá-

cení doby utrpení, ale při pohledu na rodinu pacienta bych to opravdu nedokázal.

Problém euthanasie se řeší již dlouho a v mnoha státech. Přemýšlel jsem, co je to vlastně za problém, že se o něm stále nedokáže rozhodnout. Nikdy jsem nepřemýšlel o zneužitelnosti a nedokonalosti tohoto rozhodnutí v právním systému. Naivně jsem si myslel, že jde opravdu jen o pomoc druhým v konečném stádiu nemoci. Ulevení od bolesti, potupení, umírání... Neuvědomil jsem si však, že je to také jedinečná šance jak zabít někoho kdo se nemůže bránit, kdo je uvězněn ve vlastním těle a nemůže nám dát najevo svoje přání a potřeby.

Nepřekvapilo by mě, kdyby se to stalo výbornou „právní kličkou“ pro vraždu. Co teď s tím? Budou někdy právníci schopni „ošetřit“ tento problém tak dobře, aby se dal napsat do zákona nějaký jednotný postup, pravidla a podmínky euthanasie a aby se zabránilo zneužití?

Přiblížením k nějakému rozhodnutí je určitě možnost tzv. asistované sebevraždy, povolené ve Švýcarsku (viz výše v článku). Lidé sami vypijí připravený koktejl a to ve chvíli, kdy opravdu sami vědí, že už dál nechtějí snášet bolesti, žal a samotu. Mohou se smířit se světem a odejít ve chvíli, kterou si sami zvolí. Jenže ani to se nedá nezneužít. Ne každý člověk, který otráví někoho jiného jedem na krysy, bude asi pomocník při asistované sebevraždě, že...? I zde se musí sejít rada doktorů a dohodnout se na konečnosti stavu pacienta, na možnostech, nebo spíše nemožnostech léčení, na celkovém stavu pacienta a bohužel v dnešní době i na ekonomickém hledisku udržování naživu pacienta, který již sám dál nechce žít... Klinika Dignitas ve Švýcarsku, kde tuto asistovanou sebevraždu provádějí, je klinikou, kam pacienti přicházejí zcela dobrovolně po lékařském obeznámení s jejich stavem a možnostmi do budoucna.

Budoucnost pacientů je stejně jako budoucnost euthanasie nejistá. Zda je více pro nebo proti a zda schválení euthanasie závisí více na práci právníků, doktorů a nebo přání pacientů, to opravdu nevím. Ale jedno je jisté... Bude ještě dlouho trvat než se dojde k nějakému rozhodnutí ...

Burdová Magdalena

Vztah lékaři – sestry pohledem medika

Nemocnici tvoří dva důležité pilíře. Lékaři a sestry. V ideálním případě by lékaři a sestry spolupracovali v naprostém souladu, bez konfliktů, bez soukromých pocitů, které brání udržovat profesionální vztah. Kolektiv, ve kterém pracujeme nás ovlivňuje mnohem více, než by se mohlo zdát. Pro spokojenost pacientů je tedy nezbytné, aby tyto dvě skupiny spolupracovaly.

Během letní ošetrovatelské praxe jsem se naučila nejednu důležitou věc. Pominuli jsme velice důležitou lekci v komunikování s pacienty. Nejdůležitější pro mě bylo poznání každodenní práce sestřiček. Jsou to právě sestry, které tráví s pacienty mnohem více času než lékaři. Ve většině případů toho ví o pacientech víc než jejich ošetřující lékař. Sestry jsou tím prostředníkem, kterému se pacienti často svěřují, hledají u nich útěchu a porozumění. Lékař, který si je toho vědom, pak toho může využít a tím získat o pacientech důležité informace, které mu pacient zapomněl říci nebo mu je záměrně zatajil. Proto je dobrý pracovní vztah lékař – sestra tak důležitý.

Problém nejednoho lékaře je pocit nadřazenosti. Vůči svým kolegům, pacientům, sestram. V lékařství je potřebné mít jistou úroveň zdravého sebevědomí, aby lékař mohl provádět mnohdy těžká rozhodnutí. Pokud by byl lékař nejistý, neustále by zpochybňoval svá rozhodnutí a nikdy by si nebyl jistý způsobem léčby, nezískal by od pacientů a od svých spolupracovníků mnoho důvěry. Někdy se však lékař naopak chová jako všeznález a všeměl, má neustálou potřebu někoho opravovat, podřývat něčí autoritu, jen aby dokázal, že on je ten nejlepší. To často vytváří neúnosnou atmosféru na nejednom oddělení.

Ani sestry však nejsou bez viny. Mnoho starších sester neuznává mladé lékaře jako autoritu. Neustále zpochybňují jejich rozhodnutí, poukazují na jejich nezkušenost (a to i před pacienty), popřípadě si nedokáží odpřít poznámky typu „Dříve jsme to dělali jinak“. Neplatí to však pouze pro mladé lékaře. Některé sestry soudí lékaře podle jejich rozhodnutí, aniž by znaly veškeré okolnosti, které k těmto rozhodnutím vedly. A jak jsem již uvedla výše, některé sestry rády vyjádří svůj názor na lékaře přímo před pacienty. Což značně ovlivňuje pacientův vztah k lékaři a to mnohdy negativně.

Proto je důležité, aby se obě strany vzájemně respektovaly, vycházely si vstříc a snažily se udržovat dobré vztahy.

Vrátím-li se ke své prázdninové praxi, můžu s čistým svědomím říct, že se jednalo o pohodové pracoviště, kde byl vztah mezi lékaři a sestrami přátelský, uctivý a všichni se vzájemně respektovali. Sestry mi vyprávěly o lékařích zde pracujících a i o těch, kteří toto pracoviště již dávno opustili. Z jejich vyprávění jsem si odnesla hlavně to, že dobrý lékař není jen ten, který je dobrý k pacientům, ale i ten, který se chová dobře k sestřím a ostatnímu nemocničnímu personálu. Když se lékař rozhodl pomoci sestře v její práci, samozřejmě pokud na to má čas, sestra mu to v další kritické situaci vrátí. Proto by neměl lékař vystupovat jako nadřazená osobnost vůči sestřím. Vždyť jeho úkolem je také starat se o pacientovo zdraví a pokud to znamená pomoc sestře například se zvedáním pacienta, lékař by, dle mého názoru, měl sestře pomoci. Sestry by na druhou stranu měly upozornit lékaře na věci, kterých si u pacienta všimly a které by mohly vést ke zlepšení jeho stavu. Sestry nejlépe vidí změnu stavu pacienta v průběhu času, a proto by měly říci svá případná podezření co nejdříve, než dojde k případným nezvratným komplikacím. Lékař by měl věřit úsudkům sester a nesmetávat je ze stolu jako neopodstatněné. Lékaři by dále neměli hanit práci sester, a to především pokud jsou přítomní pacienti.

Během praxe jsem se setkala se situací, kdy lékař nevhodně pokáral sestru, během velké vizity, za používání zastaralé metody v péči o pacienta. Podotýkám, že šlo o metodu, která se i nadále používá v některých nemocnicích a není v žádném případě škodlivá pro pacienty.

Podle mého názoru měl lékař předem vysvětlit, jak si svůj pokyn přeje vykonat. A když už tedy dojde k situaci, kdy sestra provede něco, co se lékaři nelíbí, neměl by ji kárat během velké vizity, a především ne přímo před pacienty. Měl by počkat, až budou z doslechu všech pacientů a pak sestře vysvětlit, proč daná metoda není podle jeho názoru správná a jak by řešil problém on. Shazování personálu před pacienty poukazuje nejen na chyby, které personál udělal, ale především na netaktnost vytýkající osoby.

Problémů v rámci vztahu lékař – sestra je samozřejmě mnohem více. Každý lékař a každá sestra by se měli snažit najít určitý bod rovnováhy, a snažit se udržet situaci na oddělení na tomto bodu. Nikdy by neměla převažovat něčí nadřazenost, i přestože slovo lékaře by mělo být v léčbě zásadní. Řešení problémů by nikdy nemělo probíhat před pacienty. Dále by se problémy neměly vynášet mimo oddělení a měla by být snaha o co nejlepší vyřešení těchto problémů.

Do budoucna tedy doufám, že až i já budu lékař, budu se chovat k sestřskému personálu spravedlivě, s úctou, respektem, nebudu na ně uvalovat své chyby a budu s nimi vycházet v dobrém. Také doufám, že se i od nich dočkám stejného zacházení a budeme pracovat na pracovišti, kde budeme spokojeni. Od spokojenosti personálu se totiž odvíjí spokojenost pacientů a tím pádem dobré ohlasy na pracoviště a na celou nemocnici.



Hůlovcová Jana
Canisterapie

Na úvod bych ráda uvedla několik základních informací o této velmi zajímavé, poměrně nové, ale rychle se rozvíjející metodě, která využívá pozitivního působení psa na zdraví člověka. Díky tomu zlepšuje kvalitu života klientů. Dá se říci, že je součástí ucelené péče o pacienty.

Pes se objevuje jako průvodce lidí už v dávné minulosti. Vztah psa a člověka můžeme pozorovat napříč historií, sloužil mu jako pomocník a zejména přítel a společník po tisíce let. Objevuje se v náboženství mnoha kultur, v bájích a legendách.

Canisterapie je využívána v celé řadě oblastí, které pečují o lidské zdraví. Účinky má tedy psychické, fyzické i sociální.

Zajímavostí je, že tvůrkyní termínu „canisterapie“ je Češka PhDr. Jiřina Lacinová. Je průkopnicí a osvětovou pracovnící v tomto oboru, vytvořila první metodiku léčebných kontaktů handicapovaných dětí se psy. V České republice se název používá od roku 1993.

Canisterapie se u nás začala rozvíjet až po roce 1989 – současně se speciální pedagogikou. V posledních letech pomalu nabírá na popularitě. Proudí k nám odborné materiály ze zahraničí, zároveň jsou již dostupné i české tituly. Autorkou velmi přínosné publikace je MUDr. Lenka Galajdová, z jejíž knihy jsem také čerpala. Snažila se, jako jedna z prvních, prosazovat programy psích návštěv, které jsou v České republice nejrozšířenější a nejoblíbenější formou canisterapie.

Canisterapie však není jen využívání psa pro dobro člověka, je to vzájemné psychické působení a z toho plynoucí duševní i tělesný prospěch. Canisterapie musí být milá i psovi, proto je nutné vytvořit profesionální zooterapeutický tým. Canisterapeut často spolupracuje s pedagogy, speciálními pedagogy, psychology, osobními asistenty, psychiatry, fyzioterapeuty a dalšími odborníky. Každý člen týmu pečující o klienta by měl mít odborné vzdělání. Dále je nutno dodržovat řadu pravidel. Pes má mít vždy jednoho pána, proto je vhodné, když na terapii dochází externí pracovník. Pes tedy není přítomen v zařízení po celou dobu, ať se jedná o domov důchodců nebo jiný ústav, aniž by bylo umožněno věnovat zvířeti dostatek času. Ke klientům by měl docházet opakovaně stejný zvířecí canisterapeut, může tak být navázán lepší a důvěrnější vztah mezi psem

a pacientem, který se těší na svého čtyřnohého kamaráda a předejdeme tak úvodnímu ostychu. Záměrně jsem zvolila spojení „zvířecí canisterapeut“, měli bychom si totiž uvědomit, že pes je opravdu v roli terapeuta, musíme tedy respektovat psa jako pomocníka a zvířecí bytost. Například polohování se psem je, dle mého názoru nevhodné a snadno nahraditelné jinými pomůckami (stačí použít nahříváné polštáře a další dostupné materiály). Někteří odborníci tvrdí, že položení dolních končetin přes trup psa je pro zvíře velmi nepříjemné, tudíž i v nesouladu s myšlenkou vzájemného kladného působení. Další pravidla si pak stanovují canisterapeuti, pacienti a personál přímo na pracovištích, jejich respektování je nutné pro správný průběh a dobré výsledky.

Canisterapie je rozsáhlá metoda, rozlišujeme několik modelů. Vybrala jsem čtyři základní, o nichž uvedu více informací.

Model AAA – z anglického názvu Animal Assisted Activities – aktivity za přítomnosti psa, které poskytují příležitost pro motivační, výchovný, odpočinkový a terapeutický prospěch zaměřený na zvýšení kvality života klienta.

Nedocenitelné je, že přítomnost psa nám dovoluje poodhalit kousek své osobnosti při zachování profesionality. Terapeuti se totiž někdy ponoří do svého povolání tak hluboko, až zapomínají, že pacienti jsou především lidé, nejen léčené subjekty. Naopak klienti si uvědomí, že jejich terapeuti mají také své lidské stránky. Toto je výborný způsob, jak zahájit či ukončit oficiální sezení. Canisterapeutický pes pomáhá uvolnit klienty v čekárně před skupinovou terapií a naladit je na nadcházející hodinu. Zejména pro nové klienty je příjemným překvapením a jejich obavy se v takovém prostředí rychle rozptylují.

Model AAT – z anglického Animal Assisted Therapy – terapeutická práce s klientem za přítomnosti psa, jde o cílený kontakt člověka a zvířete, je tak neoddělitelnou součástí léčebného procesu.

Zlepšení pozornosti, koncentrace, pohybových dovedností, schopnosti vyrovnat se s depresivními příznaky.

Model AAE – z anglického Animal Assisted Education – přítomnost psa se zaměřením na rozšíření výchovy, vzdělání či sociální dovednosti klientů. Výchova dětí a mládeže k zodpovědnému vztahu ke zvířatům.

Model AACR – z anglického Animal Assisted Crisis Response – krizová intervence využívající pozitivní interakce klienta a psa. Poskytuje pomoc pacientovi v akutním stavu.

Canisterapie nachází uplatnění v různých odvětvích medicíny, dá se tedy aplikovat pro téměř všechny věkové kategorie s rozdílnými potřebami ve velké škále zařízení nebo ordinací.

Velké benefity přináší například při spolupráci s mentálně postiženými. Lidé takto zapomínají na těkavé pohyby, psí terapeut je probírá z otupělosti. V neposlední řadě je vede k citlivosti. Lidé cítí, kdy je hlazení psovi příjemné a snadno vyhodnotí například sílu stisku.

Je zajímavé, že pes umí číst v mimice člověka. U některých nemocí jako je autismus a jiné, to může být problém. Zvíře je tlumočnickem a pomáhá bořit nedorozumění a nepochopení mezi lidmi „postiženými“ a „nepostiženými“, dochází k propojování jejich světů.

Tělesně handicapovaní prožívají při rehabilitaci mnoho bolesti. Cvičení se psem je dobrou alternativou, jak pracovat na potlačování nepříjemných pocitů a pacienta motivovat k vytrvalosti. Jde o opakování aktivit, pes se otočí na záda, postižený ho následuje. Takto se dá nepříjemná rehabilitace změnit ve hru. Dále rozvoj jemné motoriky při aportování a podávání pamlsků. V případě potřeby je pes vycvičen i k podávání věcí.

Psí terapeut umí nahrazovat smyslové poruchy. Pro lidi s dysfunkcí řeči je přínosné zkoušení formulování a vyslovování povelů, pes totiž pacienta neopravuje, nezlobí se, není netrpělivý, zároveň ale nerozumí špatnému pokynu.

Při práci s dětmi s vadou zraku používáme velká plemena. Malí pacienti psovi velmi důvěřují, přidrží se ho, mají ho jako průvodce a následují ho.

Velké uplatnění má canisterapie v zařízeních pro dlouhodobě nemocné, v domovech důchodců, kde se díky psům uvolní atmosféra, odstraní stereotyp všedního dne, vyvstanou další témata k diskusi a vybaví se již dávno zapomenuté vzpomínky. Pes odstraňuje osamění, které je pro všechny z nás velmi frustrující a ubírá nám jak psychické tak fyzické síly. Pes také snižuje vnímání stresu a bolesti.

Čtyřnohý kamarád dokáže také rozeznat záchvat epilepsie – často dříve než samotný pacient. Identifikuje příchod schizofrenní ataky často již desítky minut před propuknutím, díky tomu dokáže dovést svého pánicka na bezpečné místo.

Jak si můžeme při pouhé procházce městem povšimnout, psa si pořizuje stále více a více lidí. Proč tomu tak je, když si každý pravděpodobně dokážeme vyjmenovat nespočetně negativ, která chování zvířete přináší? Člověk se musí o psa pravidelně starat, chodit na procházky za každé-

ho počásí. A kam ho jenom dáme, až pojedeme na dovolenou? I přesto všechno, si mnozí lidé život bez psů nedovedou představit. Proč? Pro člověka je pes symbolem mnoha dobrých vlastností, zejména věrnosti a oddanosti, není schopen lidských špatností. Se psem nejsme nikdy sami. Udržuje nás aktivní (ve světě již probíhají programy zapojující obézní lidi do venčení psů z útulku, tento model má velmi kladné výsledky). Dává nám smysl života. Vždyť každý zná rčení, že nejlepším přítelem člověka je právě pes. Proto si myslím, že canisterapie má nezastupitelné místo v moderním přístupu v péči o lidské zdraví.

Zdroje:

- MUDr. Lenka Galajdová a Zdenka Galajdová: Canisterapie – Pes lékařem lidské duše, nakladatelství Portál s. r. o., 2011.
- Dr. Temple Grandin a Catherine Johnson: Animals Make Us Human, MarinerBooks, 2010.
- Petr Hanák, Sandra Bradáčová, Petra Havránková, Olga Mercineriová, Dana Syslová Víta Procházková, Olga Kulíšková a kol.: Zkušenosti z aplikace nových metod práce při vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami, 2011.
- Irena Svobodová a kolektiv: Zoorehabilitace a aktivity se zvířaty pro rozvoj osobnosti, Česká zemědělská univerzita v Praze, 2009.
- <http://www.canisterapeuti.cz/index.php/o-canisterapii/23-historie-canisterapie>
- <http://www.auracanis.cz/index.php/terapie/canisterapie>

Chikhun Mariia

Psychologické zvláštnosti při komunikaci s pacienty

Komunikace je nedotknutelnou částí života každého člověka. Všichni žijeme v sociu: rodíme se v rodině, pak až od malička hledáme přátele a konečně partnery, se kterými už od malička stavíme vztahy a svoji vlastní rodinu. Ještě v dětství a dále v povšedním životě se setkáváme s otázkou „Jak se máme správně chovat v tom sociu – s vrstevníky – přáteli, se staršími...?“ Teď nehovořím o vžitých normách chování neboli hranicích slušnosti, ale jde spíš o to, jak se máme chovat ve společnosti – zasloužit si respekt, vysvětlovat informace tak, aby lidé nejen poslouchali, ale slyšeli a chápali, aby nás neodmítali; jaké máme používat slova, gesta, mimické výrazy? Jaké jsou „hranice“ podávané informace atd. Odpovědi na tyto otázky určitě existují a je možné je sdružit do „pravidel“. Jako příklad malého společenství je možné uvést pracovní kolektiv. Ne náhodnou na to existují nejrůznější tréninky, jak pro podřízený personál, tak pro nadřízené, umožňující vyladovat kontakty mezi kolegy, získávat vzájemný respekt, hledat cesty řešení konfliktů. To vše na úrovni správné komunikace pomáhá udržovat v kolektivu rovnováhu a harmonii. Z globálního pohledu bych řekla, že ke každému člověku je možné najít přístup, prostě je nutné přistoupit ze správného místa. I když se počítá s tím, že každý z nás je individuum a je jedinečný, je možné říct, že se lidé rozdělují dle „psychologického profilu“ jen do několika skupin a pro každou existuje určitý přístup.

Z mého pohledu je důležité a naprosto nutné mít v oblasti medicíny pro zdravotnický personál aspoň základní znalosti správného postupu při komunikaci s pacientem – tím pádem se bude zvyšovat kvalita poskytované péče a to není jediná výhoda. S otázkou komunikace s nemocnými jsem se poprvé setkala během letní praxe, kterou jsem vykonávala na interně a byla to moje opravdu první zkušenost takové „profesní“ komunikace. Jako každý člověk mého věku jsem měla představu jak se mám chovat před přítelem, učitelem a v nějakých společenských okolnostech. Ale ani jedna ze šablon chování nebyla vhodná pro komunikaci s pacientem. Co bylo pro mě pochopitelné bylo to, že přede mnou je nemocný člověk, postižený svou nemocí, která nechává na člověku otisk, v souvislosti s čímž se mění jeho chování, vnímání těch nebo oněch faktů. Mnohdy se objevují patologické reakce na běžné situace. Ale jinak jsem se cítila zmateně

a nevěděla jsem jak odpovídat na kladené otázky. Nevěděla jsem co můžu říkat a co ne, jaká slova použít, aby to nebylo ani familiární ani hrubé a pochopitelné pro nemocné, kteří byli ve většině případů staršími lidmi. Nevěděla jsem, jak správně reagovat na zlost, hněv, pláč apod.

Očividné je to, že zručnostem komunikace se lékař učí roky během své praxe, a že na toto téma existuje velké množství rozmanité literatury. Pro sebe jsem se rozhodla, že se aspoň seznámím se základy. To mi rozhodně pomohlo vyznat se trochu v kladených otázkách. Představme si náš organismus jako složitý stroj, složený z různých dílů, které jsou navzájem propojeny a zajišťují celistvost a funkčnost. Psychologický a somatický stav osoby jsou dva díly tohoto stroje, které jsou navzájem závislé. Tuto vazbu zřetelně pozorujeme u nemocných a hospitalizovaných pacientů. Osoba nacházející se v nemocnici je omezená co do způsobu života, na který je zvyklá. Navíc je vzdálená od rodiny, domu, práce, takže kvůli nemoci, která ji sem přivedla, je frustrovaná a cítí se sama. Proto se brání – někdy agresivně, někdy zle, a někdy naprosto pesimisticky. Nesmíme zapomínat i na psychologické stavy, které se rozvíjejí jako „následky“ určitého onemocnění. Jako příklad si vezměme pacienty, kteří prodělali infarkt myokardu (IM). Z osobnostních reakcí takových pacientů můžeme vyčlenit dva typy: adekvátní a patologické reakce, přičemž každá skupina zahrnuje další podtypy. Pacient reagující adekvátně sleduje doporučení lékaře a spolupracuje s ním. Patologická reakce se může projevat jako pravá fobie – pacient se bojí opakování IM, úmrtí na IM, je příliš opatrný a někdy dochází i k záchvatům panické ataky. Další variantou může být depresivní reakce, kdy pacient je pořád v neklidu, cítí se v ohrožení, je nešťastný, pláče a nevěří v optimistickou prognózu. Existují i další a další varianty – hypochondrická reakce, hysterická a nakonec i anosognostická reakce, když pacient popírá přítomnost nemoci vůbec. Dá se říct, že reakce je daná již premorbidní strukturou osobnosti a tím pádem je prediktivní. Se vším uvedeným výše je nutné počítat při naplňování správného psychologického hovoru s pacienty – například u fobických pacientů hovor má být uklidňující a slibující různé možnosti léčby s poukazem na zlepšení dynamiky, a třeba i na pokroky v medicíně související s danou nemocí. Tento základní postup je jistě možné uvést u každé z typů reakcí.

Samozřejmě, že na papíře to vypadá snadno – naučit se šablony a využívat je. Ale v praxi je proces mnohem a mnohem složitější – rychle reagovat, nalézat potřebné slova a někdy schovávat vlastní emoce. Jinými slovy nalézt individuální přístup ke každému z pacientů a při tom nevyčerpat vlastní síly, neztratit během tohoto procesu sám sebe. Z mého pohledu je na toto učení třeba léta praxe, ale v principu na tom závisí pochopení podstaty psychologického stavu pacienta.

Použitá literatura:

- Wikiskripta
- S. Seleznev: Zvláštnosti při komunikaci zdravotnického personálu s pacienty různých profilů, 2011 (<http://medpsy.ru>)



Javornická Karolína

Komunikace a její důležitost v medicíně, komunikace s pacienty se speciálními potřebami

Komunikace jako taková hraje v našich životech důležitou roli. Znamená společně něco sdílet, činit něco společným. Ať už jde o běžný rozhovor mezi dvěma přáteli či profesionální komunikaci v pracovním prostředí. Jako studentka třetího ročníku medicíny bych se v této práci ráda zaměřila na to, jak moc je komunikace důležitá v lékařském prostředí a to především mezi lékařem a pacientem a také mezi sestrou a lékařem. V další části práce bych se ráda zabývala komunikací s pacienty s určitým hendikepem.

Rozhovor mezi lékařem a pacientem má určitá pravidla. Jde např. o uvedení pacienta do klidné uzavřené místnosti, představení se, vyslechnutí potíží se zájmem ze strany doktora, zájem o pacienta jako takového, používání běžné mluvy bez odborných termínů, součástí komunikace je také sdělení diagnózy, které je ne vždycky lehké. Pokud pacient přichází s doprovodem, je důležité, abychom rozhovor vedli přímo s nemocným, i když má někdy doprovázející osoba tendenci mluvit za pacienta či mu skákat do řeči. Někdy je dokonce lepší doprovod poslat do čekárny, promluvit si nejdříve s léčeným a poté doprovod znovu přivolat.

Bohužel ne všichni doktoři tato pravidla dodržují. Sama jsem byla „obětí“ naprosto neprofesionálního a pohrdajícího jednání ze strany doktora a vím, jaký to je pocit. A určitě nejsem jediná. Právě proto si myslím, že je důležité, aby už na školách bylo mladým nastávajícím doktorům do hlavy vtlačováno, jak s pacientem komunikovat a zacházet. Opravdu kvituji obměnu témat a způsobu výuky, která byla provedena v tomto semestru.

Na druhou stranu je mi jasné, že ne každý pacient přichází k lékaři s úctou a pokorou, s jakou by měl, a rozhovor s ním může být jedním velkým utrpením. Pacient může být absolutně nepřizpůsobivý, někdy dokonce agresivní, může naprosto pochybovat a schopnostech lékaře. Proto je někdy pro doktora těžké udržet své pocity na uzdě a chovat se tak, jak by správně měl. Otázkou je, kde je ta správná hranice. Kdy pacient zachází za určité meze a kdy naopak doktor. Tyto dva aspekty se u každého jedince liší. Proto je důležité, aby byla dodržena dvě zásadní

pravidla, a to snaha o co největší profesionalitu doktora a pokora a úcta pacienta vůči lékaři.

Co se týká komunikace mezi lékařem a sestrou, myslím si, že narážím na jedno z našich velkých úskalí českého zdravotnictví, možná zdravotnictví obecně. Často dochází k případům, kdy se sestra považuje za nadřazenější vůči doktorovi, nemá absolutní respekt, a to se samozřejmě projevuje v komunikaci mezi nimi, kdy dochází k neshodám a špatné atmosféře na pracovišti, což pacient velmi často dokáže vycítit. Pokud se jedná o postavení sestry jako takové, tak si dovoluji říci, že by měla být doktorova pravá ruka a zvládat všechny úkony, které jsou jí dány. Jedná se o vedení kartotéky, objednávání pacientů, podílení se na správném chodu ordinace, odběry krve či jako fyzická pomoc s pacienty. Jejím úkolem však není vyšetření pacienta a jeho diagnostika. To je v rukou lékaře a sestra toto musí respektovat. Sestra a lékař by měli být sehraná dvojice. Pokud spolu dobře vychází, jak v profesním životě, tak v soukromí, projevuje se to i na přístupu k pacientům. Na druhou stranu je však důležité, aby se doktor nad sestru příliš nepovyšoval a neukazoval jí, že je „něco víc“. Je třeba nezapomínat, že sestra je pro fungování ordinace či oddělení důležitá a bez ní by se to doktorovi mohlo hroutit před očima. Proto je v tomto vztahu opět nejdůležitější respekt, a to z obou stran, jak jsem zmínila výše.

V další části práce bych se ráda věnovala komunikaci mezi doktorem a osobou se speciálními potřebami. Mezi takovéto osoby patří lidé se zrakovým, sluchovým, psychickým či fyzickým hendikepem. V tomto semestru byly jeden či dva semináře věnovány tomuto tématu a myslím, že to bylo velmi přínosné, tedy alespoň pro mě osobně. Kdo jiný by měl vědět, jak s těmito lidmi komunikovat nežli doktor. Níže popisují pár faktů, které mi utkvěly v hlavě.

Co se týče zrakově postiženého pacienta, je třeba nejdříve komunikaci zahájit verbálně, stačí třeba obyčejný pozdrav a to z dostatečné vzdálenosti, aby se pacient nelekl. Poté by mělo následovat představení. Nejdůležitější však je mluvit na tohoto člověka zpříma, aby neměl pocit nedůležitosti či nejistoty. Pokud potřebujeme, aby se pacient někam přesunul, je potřeba používat určení směru, a ne typické tady či tam. Je potřeba počítat s faktem, že zrakově postižený pacient funguje trochu pomaleji. Neměli bychom na něj tlačit, jelikož zbytečně prohlubujeme závislost pacienta na jiných lidech a můžeme také vyvolat zbytečný konflikt. Je potřeba se také držet pár pravidel, a to např. nepřemisťovat pacientovi věci, na každý fyzický kontakt předem upozornit, popisovat celkový děj v ordinaci, kdo přichází a kdo odchází...

Sluchově postiženého pacienta na rozdíl od většiny zrakově postižených nepoznáme na první pohled. Rozhovor s nimi by také měl mít pár pravidel. Pokud chceme zahájit rozhovor, je třeba ho fyzicky upozornit, třeba lehkým dotykem či zamáváním v jeho zorném poli. Stejně jako u zrakově postiženého bychom měli stát přímo proti němu, aby mohl daný člověk odezírat z úst. S odezíráním také souvisí styl mluvy. Měla by být pomalá s dostatečnou artikulací, vyhýbáme se používání příliš složitých slov a dlouhých vět. V neposlední řadě na pacienta nekřičíme, i když to určitě do jisté míry láká.

U mentálně postiženého pacienta je to trochu složitější. Závisí to na stupni mentální retardace. Lékař musí správně odhadnout situaci a podle toho přizpůsobit komunikaci tíži intelektového postižení. Pokud se jedná o těžkou retardaci a s pacientem se nedá komunikovat vůbec. Vedeme rozhovor s jeho doprovodem, což může být rodič či jiný příslušník rodiny nebo pečovatelka. Opět by mělo být dodrženo pár bodů, jako je úcta a respekt k pacientovi, zkrátka přístup jako k ostatním, jednoduché formulace, aby pacient vše pochopil, a v neposlední řadě nejednat s pacientem jako s dítětem.

A v poslední řadě tu máme pacienty s fyzickým hendikepem. I zde je pár věcí, které je potřeba dodržovat, i když komunikace jako taková není fyzickým postižením omezená – pokud pacient netrpí ještě nějakým dalším postižením. Co je však důležité zajistit je například bezbarierový přístup, který bohužel stále v některých menších ordinacích schází. Co se týká velkých nemocnic, v poslední době jsem se nesečkala s žádnou, kde by to byl problém. Další věc, která by mohla být pacientovi nepříjemná, je rozhovor, kdy nad ním lékař stojí. Oči by měly být ve stejné úrovni. Což platí i u pacientů bez hendikepu.



Neradová Jarmila

Samota a Osamělost

Samota a Osamělost. Dvě slova, která bývají považována za synonyma (pokud si je vyhledáme například ve slovníku). Ve skutečném životě však nabývají značně odlišného významu. Nejčastěji se uvádí, že osamělost je stav mysli, v němž nám neustále schází někdo druhý, strádáme a jedná se de facto o nedobrovolný stav (člověk osamělost záměrně nevyhledává, do osamělosti je člověk „násilně uvržen“ společností, svým nejbližším okolím). Oproti tomu samota je stav, který člověk záměrně vyhledává, přináší mu radost ze sebe sama, snaží se docílit „vnitřního klidu.“ Každý z nás dřív nebo později samotu vyhledá (pokud již tak v minulosti neučinil). Ze sociobiologie a antropologie je patrné, že člověk, jakožto živočišný druh (stejně jako většina savců), je tvor společenský (i v dávné minulosti měl člověk a jeho předchůdci, tendenci se sdružovat do tlup, společenství, rodin, různých sekt apod.). V některých případech je však i osamělost cílený stav, který jedinec zvolí dobrovolně – jedná se o situační osamělost (například po ztrátě někoho milovaného). Dále můžeme mít také dočasnou samotu, kterou člověk nevyhledá kvůli klidu či vnitřnímu porozumění, ale jedná se o samotu vyžadovanou v určitých situacích (některé druhy pracovní činnosti si žádají samotu). Avšak v dnešní uspěchané, době je osamocenosť (myslím tím nedobrovolnou a chronickou osamělost) stále častějším jevem, který je zaměňován (ve většině případů nesprávně) za samotu. Jak tedy poznáme, zda je člověk osamělý nebo si vybral samotu (popřípadě situační osamělost), jako momentální stav, který mu vyhovuje a je pro něj žádoucí?

„Samota je krásná, ale musíš mít někoho, komu o ní vyprávíš.“ Mám za to, že tento krásný citát od českého básníka a humoristy Josefa Fouska lehce vystihuje to, jak by se zjednodušeně dal popsat rozdíl mezi samotou a opuštěností. Jak jsem již uvedla v úvodu, samota je stav, který člověk vyhledá dobrovolně, není k tomu donucen vnějším prostředím či okolím, stále má kolem sebe někoho, komu se může se svými pocity svěřit a s kterým, pokud již v samotě nechce dále setrvávat, může opět „vplout“ do okolního světa. Považuje samotu za něco, co ho může obohatit (například hledá-li sám sebe nebo potřebuje-li si odpočinout od vnějšího světa). Při mém pátrání po tom, co vlastně samota doopravdy je a jak na ni lépe (a méně negativně) nahlížet, jsem narazila na článek, ve kterém jeden dobrodruh popisoval, jak se před svou výpravou na Severní pól velmi

obával oné samoty a to z toho důvodu, že do doby před výpravou strávil o samotě pouhé dva dny ve stanu a necítil se příliš příjemně.

Nakonec však fakt, že se základnou mohl komunikovat pouze dvakrát týdně a jinak byl zcela sám, mu otevřelo nové obzory a přineslo i větší klid do normálního života. Pokud by však i on neměl nikoho, komu by o svém šťastném pocitu mohl následně vyprávět, jistě by už tak nadšený nebyl a dalo by se spíše uvažovat o tom, jak byl vlastně po celou dobu osamělý. Oproti tomu osamělost tedy chápu tak, že je to stav, kdy je člověk sám, cítí se osaměle (což by se dalo chápat i jako samota), ale v tomto případě o tom nemá komu říct, s kým případně z oné samoty „vykročit“. Je samozřejmé, že máme i takzvanou situační osamělost. Jedná se o situaci, kdy například člověk ztratil někoho blízkého (v takovémto případě hraje největší roli fakt, podle mého názoru, že člověk byl na někoho zvyklý a najednou si vlastně ani neví rady, co by měl dělat a proto raději volí samotu, ale nejedná se o samotu, která nás má něčím obohatit, spíše se jedná o čas, který člověk v dané situaci potřebuje, aby se vyrovnal se ztrátou a po uplynutí nějaké doby se opět navrátí do společnosti, stále má někoho) nebo například pokud mu kamarád odřekne na poslední chvíli déle naplánovanou akci a on se najednou musí vyrovnat s nově nastalou situací a v počáteční chvíli si může připadat nechtěný a odstrčený, ale opět tento stav pomine, jakmile mu daný kamarád (nebo někdo jiný napíše) a on si uvědomí, že má vlastně na světě stále někoho a vlastně ani sám není. Proti tomu stojí takzvaná chronická osamělost, při které se člověk cítí osaměle bez ohledu na situaci. Takovýto člověk se cítí sám i v rodinném kruhu, na večírcích a na dalších akcích (popřípadě při činnostech), kde má možnost sociálního kontaktu, on ale raději zvolí cestu menšího odporu a bude raději o samotě. K takovémuto kroku mohou člověka vést různé důvody, může to být například strach z odmítnutí, nedostatek sebedůvěry, neblahá zkušenost z minulosti, apod.

V dnešní době roste počet těch, kteří žijí takzvaně „single.“ Osobně přesně nevím, kolik takovýchto lidí žije takovýmto způsobem dobrovolně (nikoho vlastně ke svému životu nepotřebují, jsou nejraději sami se sebou a vystačí si pouze s určitým okruhem přátel a známých, ale někoho pro partnerský život nevyhledávají) a kolik z nich do tohoto stavu bylo „natlačeno“ okolím (myslím tím, že i přes svou vůli, snahu a touhu někoho si najít, jsou sami, i když mají okolo sebe dostatek přátel a takovou tou úplnou osamělostí přesně netrpí). V tomto případě je pro ně určitě jednodušší využít této „nálepky“ a tvrdit (a určitě si i částečně vsugerovat), že vlastně to tak sami chtějí. Často se také jedná o strach z reakce okolí, z nepříjemných dotazů a dalších stresujících situací.

Mám za to, že na zvyšující se podíl těch, kteří se cítí osaměle nebo osamělí doopravdy jsou, má velký vliv i moderní technologie a různé sociální sítě (zastávám názor, že ne všechna vina spadá na moderní technologie a sociální sítě, ale jistě se jedná o velmi významný aspekt, který významně přispívá k odcizování lidí navzájem a k osamělosti). Dále je to stále větší a větší tlak na výkonnost a úspěch (být ten nejlepší, zvládnout vše co nejlépe a v nejkratším čase) a ten, který není takovýchto výkonů schopen je sociálně vyloučen či se stává pro společnost neužitečný a nezajímavý. Z takovýchto důvodů je člověk vystaven neustálému tlaku (ať už opravdovému nebo pouze myšlenému) a to ho udržuje v bludném kruhu chronického stresu, který s sebou přináší i opravdová (fyzická) zdravotní rizika.

Pokud vezmu v potaz vše, co jsem přečetla a slyšela od několika lidí, s kterými jsem se na toto téma bavila, tak mi přijde, že většina lidí zastává názor, že lidé, kteří trpí osamělostí, jsou nějak jiní – ať už hloupí, nevykonní, staří, oškliví či jinak „deformovaní“ (ať psychicky či fyzicky). Podle mého názoru se však tento fenomén dnešní doby netýká pouze lidí, kteří jsou „jiní“, ale jedná se o povšechný problém (ne zřídka se stává, že osamělostí trpí lidé, kteří jsou profesně úspěšní a navenek vedou dokonalý život). Pravdou ale je, že mně osobně přijde, že nejvíce osamělí lidé (v rámci nějaké společenské skupiny) jsou staří lidé. Je to z důvodu, že nemohou být již tak výkonní a často na ně jejich vlastní rodina nemá čas a jim pak nezbývá nic jiného než žít v osamělosti. Tento problém často nevyřeší ani domovy důchodců, kde jak by se mohlo zdát, je velké množství lidí stejného věku (často se stejnými problémy) a tak navázat nějaký vztah (ať už přátelský či partnerský) by neměl být takový problém. Opak však často bývá pravdou. Staří lidé bývají mrzutí a leckdy i nesnášenliví, často již nejsou ani ochotni (nemají vůli) se s někým přátelit (tato fakta se ovšem netýkají pouze důchodců, ale obecně všech lidí – pokud někdo nemá vůli a ani vlastně o to moc nestojí, tak ho těžko budete tlačit do nějakého vztahu). To však samozřejmě není argument pro to, aby byl někdo odsouzen k osamělosti, ale jistě to přispívá k tomu, proč je pro některé lidi žijící v domovech důchodců (a tedy i pro ostatní lidi) tak těžké navázat kontakt s některým z jiných obyvatelů daného domova (či s někým ve svém okolí). Také si myslím, že i studenti medicíny (i jiných oborů) mohou pociťovat osamělost (u medicíny ještě s větším důrazem – hodně učení, často pocit, že nemáme žádný osobní a společenský život, atd.) a tento pocit se může umocňovat během zkouškového období, kdy mnozí mají pocit maximální osamělosti (nikdo jim nerozumí, často nevycházejí ven, stále se učí, nemají komu se svěřit, protože stejně tomu nikdo neporozumí, v jaké jsou situaci, apod.). Jedná se však o pouze dočasný stav, který po vykonání zkoušky či odplynutí jiné povinnosti na nějakou dobu

zmizí. Takovýto proces je přirozený a není proto potřeba nějaké techniky či terapie na potlačení či vymizení daného pocitu (jako se uvádí u pocitu chronické osamělosti – například navštěvovat nové kavárny, podnikat výlety, atd. a to zcela sám a tím se naučit být sám se sebou a teprve poté zkoušet navázat nějaké vztahy – v nějakém článku jsem četla, že navazování vztahů až po naučení „užívat“ si samoty je z toho důvodu, abychom do vztahu vstupovali jako císař a ne jako žebrák).

Domnívám se, že nastíněný problém se netýká pouze této (naší) doby, jistě se vyskytoval i v dobách minulých, dnes pouze došlo k zesílení a zvýraznění tohoto problému. Nazývat však dané téma problémem není asi příliš přesné a vhodné, ale přijde mi, že se opravdu o problém jedná a tento „problém“ má složitější řešení, než by se na první pohled mohlo zdát. Dále se ztotožňuji s názorem, že v dnešní společnosti ani není jaksi společensky žádoucí bavit se o tématu osamělosti. Lidé se s vámi budou bavit na různá témata (oblíbená pro diskuze jsou témata jako eutanazie, politická situace, atd.), ale pokud byste se někde před více lidmi (často stačí i jeden nebo dva lidé) zmínili o tomto tématu a chtěli si o něm pohovořit, nejspíš zjistíte, že lidé nejsou ochotni se na toto téma bavit, je jim nepříjemné a asi i nejspíš pořádně neví, co si o tom mají myslet, a buďme k sobě upřímní, každý z nás se osamělosti bojí. Proto lidé raději volí alternativu, že se na toto téma bavit nebudou, i když by je sebe více trápilo a raději budou před společností (okolím) předstírat iluzi dokonalého či jinak přípustného života (například pokud stráví celý víkend o samotě, v pondělí v práci budou vyprávět, jak úžasný to víkend měli). Jak tedy chápat samotu a osamělost? Jedná se o stále se zvětšující problém? A je to skutečně problém? A do jaké míry z tohoto problému vinit moderní technologie, sociální sítě a masmédia? Není to tak, že člověk spíše hledá něco, za co by se mohl schovat?

Mou práci bych zakončila citátem Milana Kundery: „K samotě neodsuzují člověka nepřátelé, ale kamarádi.“

Zdroje:

- <http://sebastianchum.blog.idnes.cz/blog.aspx?c=430939>
- <http://jakub.hucin.cz/samota.html>
- <http://www.prozeny.cz/magazin/sex-a-vztahy/laska-a-vztahy/26006-kruta-epidemie-moderni-doby-osamelost>
- <http://vlasta.kafe.cz/clanky/psychologie/3454-dejte-sbohem-osamelosti/>

Pekarovičová Jitka

Všechno jednou končí

Všechno začíná – a všechno jednou končí. Víme to. Očekáváme to. A ačkoliv se proti tomu někteří snaží bojovat, jiní před tím utíkají – přijde to. Na každého dojde. Je to jediná spravedlnost na tomto světě. Smrt je součástí života. Smrt je jeho konec.

Jakkoli velkolepý bývá začátek života, jeho konec už je bolestná a smutná záležitost. Pohled na smrt se v průběhu času měnil: z postupného vnímání smrti jako nezbytné součásti života, přes období, kdy se lidé začali smrti bát, než během 18. a 19. století ji začali naopak opěvovat. Ve 20. století je pak smrt postupně chápána jako něco skrytého, něco co nepatří do běžného života, a je postupně předávána do rukou lékařů. Smrt se člověku vzdaluje. Moderní společnost ztrácí rituály spojené s umíráním a truchlením.

Co se změnilo, že společnost přestává brát smrt jako součást života? Proč moderní společnost nechává osudy svých blízkých na lékařích a proč pacienti pak tráví poslední chvíle svého života v nemocnicích?

Lékařská věda jde neustále kupředu. Stále slycháváme o nových léčebných metodách, o nových lécích a postupech. Je až neuvěřitelné, jak se medicína posouvá – a to nejen rok od roku, ale ze dne na den: jednotlivé vědecké výzkumy se předhánějí, kdo dříve přijde na novou životadárnou formuli, kterou pak bude moci jeho společnost prodávat, a o jejímž vzniku bude informovat širokou veřejnost – ta pak zajásá, že je zase o krok blíže nesmrtnosti. Chyba. Lidé přece nejsou nesmrtelní, lékaři nejsou všemocní, i když se snaží pacientovi předat vše, co v jejich moci je. Ukazuje se, jak moc se ve společnosti mluví o naději a o životě a málo mluví o smrti.

Ano, o smrti se opravdu málo mluví. Respektive je všude kolem nás a neustále o ní slyšíme, ale vždy jako něco nekonkrétního a nevlastního, co se netýká nás, co nám je cizí. Stačí si občas otevřít internetové stránky a čteme: „Tragická noc pro motorkáře: Muž zemřel v Liberci, žena u Dobřan“ nebo „Teroristický útok, ke kterému se přihlásil Islámský stát (ISIS) si vyžádal 4 oběti a desítky zraněných.“ Nikdy jsem moc nechápala, proč lidé čtou tyto zprávy, nebo ještě hůře: vysedávají u televizních obrazovek a hodiny tráví sledováním kriminálních zpráv, následovaných jinou další

kriminálkou, zatímco jim jejich vlastní život protéká mezi prsty. Hodiny tráví posloucháním zpráv o tragických událostech, o násilí, o nenávisti, o vraždění. Tedy, se smrtí se setkáváme, víme, že je tu, ale okolní svět v nás vzbuzuje představu, že se nás tato problematika netýká – a nám to připadá cizí. Cizí do doby, kdy nám přímo sama smrtka dýchne do tváře a sebere si s sebou někoho blízkého.

Dříve nebo později se každý z nás dostane do věku, kdy jeho příbuzní zestárnou. Přejde čas, kdy budeme muset opatrovat rodiče tak, jako celý život pečovali oni o nás. A tady dochází často k rozporům: moderní společnost chce žít teď, chce si užívat teď, nemyslí na budoucnost, nerozdává díky za minulost. Tehdy se často rodiče nebo prarodiče dostávají do domovů důchodců a do nemocnic. Pravda, často je o ně z lékařského hlediska postaráno zde nejlépe, jsou zde připraveni na veškeré situace a problémy spojené například s nemožností pohybu, inkontinencí a tím i s hygienou apod. Avšak nemocní nebo staří lidé většinou chtějí jen to, aby mohli být se svými blízkými, aby poslední chvílky strávili s lidmi, kteří jsou v jejich životě nejdůležitější. Z vlastní zkušenosti a z návštěvy (během jedné z hodin lékařské psychologie) v hospici vím, že se dost často tohle přání umírajícím neplní. V poslední chvíli příbuzní nemocného vytáčí telefonní číslo rychlé záchranné služby, pacient je předán do lékařské péče a je mu podána nejpotřebnější terapie zde. Bohužel se často už z nemocnice zpátky domů nevrátí. Umírá sám, bez svých milovaných nablízku.

V tomto směru mi přišla naprosto ideální možnost domácí hospicové péče, kdy je ale nutné zajistit určité rodinné zázemí. Nemocný má možnost zůstat v domácím prostředí. Rodině pak s péčí pomáhají kvalifikovaní pracovníci, kteří do domácnosti dojíždějí. Ovšem chápu, že kvůli pracovnímu nasazení mnohých příbuzných ani tato možnost není proveditelná, neboť si nemohou dovolit nebýt v práci. Pak přichází v úvahu ještě lůžková hospicová péče, kam mohou příbuzní kdykoliv docházet a trávit s nemocným drahocenný čas.

Smrti se nevěnuje dostatečná pozornost. Nemocní jsou často předáváni do rukou odborníků, převážně lékařů. I přes veškerou jejich péči, dochází k odosobnění. Lidé odcházejí ze světa, aniž by byli nablízku lidem, které milují, často se nestihnou rozloučit, neboť si dlouho nepřiznávají a nechtějí věřit tomu, že právě oni musí opustit tento svět. Měli bychom více věnovat energii těmto lidem, dopřát jim důstojný konec života. Měli bychom jim dopomoci k plnění jejich vůle. Měli bychom si jich vážit, čerpat jejich moudrost. Právě oni často bilancují, přemítají o tom, co je v životě nejdůležitější. Přemýšlejí o svém pobytu na světě, o tom, co udělali, co neudělali, o tom, co mohli udělat lépe. Nikdy více člověk nepřemýšlí

nad životem, než ve chvíli, kdy ho ztrácí. Bohužel u života je to poslední, co ztratit může.

Zdroje:

- Vlastní zkušenosti
- Materiály Mgr. P. Buňatové: Thanatologie
- Hodiny lékařské psychologie
- <http://tn.nova.cz/clanek/tragicka-nehoda-motorkar-v-liberci-spadl-na-chodnik-neprezil.html>
- <https://www.blesk.cz/web/londyn-teroristicky-utok>



Polívka Martin

Umíráte

„Je-li pravý nepřítel příliš silný, je třeba najít si slabšího.“

Sdělování nepříznivé diagnózy pacientovi patří mezi nejobtížnější úkoly lékaře. Je tedy zřejmé, že existuje přirozená tendence se této povinnosti zkusit vyhnout. Nabízí se otázka, zda je skutečně nutné, pacientovi říct pravdu o jeho zdravotním stavu. Nebyla by lež příjemnější pro obě strany? Pravda přeci pacientův stav nezlepší, ba naopak může vlivem pacientovi deprese umírání ještě urychlit, a pro lékaře by se ani z medicínského hlediska příliš mnoho nezměnilo. Pacienta by dále mohl léčit podle svého nejlepšího úsudku a zároveň by se vyhnul potenciálně traumatizující situaci. Na druhou stranu neříct pacientovi pravdu poškozuje vztah, který by mezi jím a lékařem měl vzniknout. Lhaním se vytrácí důvěra, se kterou svěřuje pacient svůj život do rukou cizího člověka. Nikdo by se nešel léčit k doktorovi, o kterém by věděl, že se svými pacienty nejedná zcela upřímně.

V dnešní době převládají v evropských zemích názory shodující se na tom, že by se pacientovi pravda sdělit měla. Podmiňovací způsob je zde použit zcela na místě, protože jde pouze o doporučení, které lékař respektovat nemusí.

„Člověk může něco ocenit jenom proto, že to sám neumí.“

Stejně tak jako nenajdeme dva stejné lidi, neexistuje ani univerzální postup, podle kterého by lékař mohl při sdělování nepříjemných zpráv jednat. To ovšem lékaři výrazně ztěžuje situaci. Existuje několik aspektů, které je nutné před rozhovorem s pacientem zohlednit. Abychom mohli určit způsob a rozsah podané diagnózy, je v první řadě nejdůležitější správně zhodnotit pacientův psychický stav. U psychicky chorých je pak na místě zažádat si o konsiliární psychiatrické posouzení. U dětí a mladistvých musíme vždy konzultovat situaci nejprve s rodiči. Dále musíme vzít v potaz celkový zdravotní stav pacienta a možnosti jeho léčby. Například onkologická onemocnění mají v dnešní době výrazně lepší prognózu než dříve. Některé typy nádorů jsou velmi dobře léčitelné a při časně terapii můžeme pacientovi značně prodloužit život. Pokud objevíme malignitu u pacienta, který se i mimo tento nález nachází v těžkém zdravotním stavu, není podle mě důvod mu tuto diagnózu sdělovat.

Z vlastní zkušenosti vím, že je někdy lepší tuto informaci před pacientem utajit. Mám teď na mysli případ svého dědečka, kterému při opakovaném srdečním selhání objevili lékaři při předoperačním vyšetření kolo-
rektální karcinom. Kromě mnoha infarktů mu také selhávaly ledviny a měl diabetes druhého typu. O všech svých komplikacích věděl, ale když zjistil, že by mohl mít rakovinu, upadl do deprese. Poté co se rodina do-
mluvila s lékaři v nemocnici, bylo dědovi sděleno, že se podezření na kar-
cinom nepotvrdilo. I tak ale musel prodělat resekci části tlustého střeva. Ta mu ale byla odůvodněna tím, že se tak vyřeší problémy s vylučováním, které u něj ve spojení s karcinomem vznikly. Po operaci nenásledovala žádná chemoterapie a všichni dědovi lékaři věděli, že informaci o karci-
nomu mají před pacientem zatajovat. Děda zemřel o pár let později na pneumonii, která se u něj rozvinula v nemocnici, do které se dostal po dalším prodělaném infarktu. V tomto případě bylo správné pacientovi s diagnózou dále nekomplikovat život. Karcinom se vzhledem k jiným komplikacím nestačil projevit.

„Žít, to je nejvzácnější věc na světě, neboť většina lidí jenom existuje.“

Zda diagnózu říkat či ne, je do značné míry diktováno názorem, který aktuálně ve společnosti převládá. Například za první a druhé světové války se v případě rychlého nástupu smrti považovalo za normu pacientovi raději říct lež než skutečnost. Mluvilo se o takzvané milosrdné lži – *pie fraus*, nepravdě v zájmu přetrvání pohody postiženého. V dnešní době společnost upřednostňuje určitou míru otevřenosti.

Většinou se se závažnou diagnózou pojí řada již dlouhou dobu se ma-
nifestujících příznaků. Pacient tedy tuší, že s ním není něco v pořádku. Pokud mu lékař bude výsledky vyšetření zatajovat, je toto samo o sobě pro pacienta sdělením, že se nejspíše jedná o závažnou chorobu. Fáze, kdy pacient sám nabývá podezření je pro sdělení závažné diagnózy nej-
vhodnější. Někdy je ale nutné pacientovi stav sdělit bez ohledu na fázi jeho psychického prožívání z důvodu neodkladného výkonu či terapie.

Podle deklarace práv onkologického pacienta má každý pacient s termi-
nálním onemocněním právo na pravdivou informaci. Sdělování diagnó-
zy by nemělo být zamlžováno. Mlžením bychom totiž upírali pacientovi právo na smysluplné prožití poslední fáze života. Je ale třeba správně od-
hadnout míru, ve které ji sdělovat, aby nedošlo k psychické újmě. Lékař má právo některé skutečnosti zamlčet, ale musí pro to mít důvod. Pokud ho nemá, pak se mi zdá, i vzhledem k množství pacientů, otázka, zda pacient pravdu unese či nikoli, irelevantní. Nemoc je součástí pacientova života, a jako takovou ji musí přijmout. Profesionální pomoc tkví v tom,

že nemocný bude veden úskalími nemoci a nebude se svým trápením sám.

Je nezbytné udělat si na pacienta dostatek času a co nejlépe mu diagnózu vysvětlit. Zároveň je potřeba nastínit, jaká budoucnost ho čeká, tak aby se mohl této životní změně přizpůsobit. Mluvit o tom, kolik času pacientovi zbývá je v našich společenských podmínkách neetické. Každý pacient má právo žít do poslední chvíle s nadějí. Pokud otázku vznese sám pacient, je vždy na místě uvádět časové intervaly – například týdny až měsíce, nikoli konkrétní odhady lékaře. I přes mnohaleté zkušenosti si lékař nikdy nemůže být svoji prognózou jistý. Každý pacient reaguje na léčbu odlišně. Proto není možné být v tomto případě konkrétní. Při dnešní dostupnosti internetu si pacienti celkem snadno mohou získat informace o průměrech délky přežití pro jednotlivá klinická stádia onemocnění sami. V takovém případě musí být lékař schopen s pacientem na toto téma diskutovat a časová data z webových databází kvalifikovaně interpretovat.

„Žijme tak, aby naší smrti litoval i majitel pohřebního ústavu.“

Bohužel se postup, jak a jestli pravdu pacientovi sdělit, nedá generalizovat. Je to škoda, protože se jedná o obtížnou situaci jak pro pacienta, tak i pro lékaře. Ne každý jsme byli obdarováni stejnou měrou empatie a výřečnosti. Existence návodu, který by situaci pro lékaře pomohl zrutinizovat, by se jistě hodila. Na jednu stranu se musí lékař snažit získat si pacientovu důvěru. Musí dát najevo, že o případ má zájem a že chce nemocnému pomoci. Na stranu druhou brát si pacientovu diagnózu příliš osobně je chyba. Neschopnost oprostít se od pracovních problémů jednou může vyústit k vlastní psychické újmě lékaře.

Protože se ve zdravotnických zařízeních v naší zemi postupně prosazuje systém informovaných souhlasů, není ani zcela možné pacientům jejich diagnózu zatajovat. Pacienti by měli být před každým výkonem ať diagnostickým či léčebným seznámeni s technickou stránkou, významem, přínosem a možnými riziky, jež jsou s daným výkonem spojeny. Svůj souhlas s provedením výkonu stvrzuje pacient podpisem. Je stěží myslitelné, aby informace o léčbě neobsahovala také informaci o povaze onemocnění, tedy o diagnóze.

Podle mě by bylo pro lékaře lepší, kdyby rozhovor s pacientem probíhal za přítomnosti více členů zdravotnického personálu. Všeobecně se sice doporučuje kontakt jen mezi čtyřma očima, otázkou ale je, zda by přítomnost dalšího lékaře či zdravotní sestry skutečně narušovala potřebné soukromí. Pod slovem soukromí si představuji, že o mém problému nebude informován nikdo jiný než ten, kdo mi ho v budoucnu bude pomá-

hat řešit. Představa, že bude pacient léčen pouze jedním lékařem a nikým jiným je naivní a zcestná. Pokud by byl u pohovoru přítomný například chirurg, onkolog a sestra, dávalo by se pacientovi najevo, že za ním stojí celý tým zdravotníků. Zároveň by se od počátku zajistila jednotnost informací mezi personálem. V neposlední řadě by se také snížila psychická zátěž na lékaře, který by se jinak s nepříjemnou povinností musel vypořádat sám.

Literatura:

- Jana Kutnohorská: Etika v ošetrovatelství
- <http://www.hospice.cz/wp-content/uploads/oldhosp/odiagnoza.html>

Škarda David

Náročné životní situace

Již několikátý den si stále promýšlím, jakým tématem bych se měl v tomto článku zabývat. Kolem nás je spousta událostí, které si dozajista zaslouží zamyšlení. Každopádně většina událostí dnešní doby se shoduje v jednom tématu. Jsou to náročné životní situace.

Pokud bych se měl zamyslet nad náročnými životními situacemi, které provázely můj život až do nynějšího okamžiku, napadne mne hned několik období, kterými jsem si musel projít, abych se s největší pravděpodobností dostal až sem.

Je to jako včera, kdy jsem se ve svých 15 letech rozhodl vykročit na cestu, kdy jsem se rozhodl stát se zdravotníkem. Pokud pomenu studium na Střední zdravotnické škole oboru Asistent zubního technika, stala se jedna stěžejní událost v mém životě, která mi nastínila, čím bych se chtěl jednou zabývat. Byl to nástup na Jednotku intenzivní péče jako sanitář. První okamžik byl jako léčba šokem. Co bych vlastně v svých 15 letech očekával. Otevřel se přede mnou svět zdravotnictví, do kterého nemá každý šanci nahlédnout. Viděl jsem spousty lidí, kteří přišli do nemocnice s očekáváním úspěšné léčby, nicméně ne vždy tomu tak bylo.

I přes to vše jsem se rozhodl vyjít vstříc studiu na Lékařské fakultě. Byl jsem vlastně jediný z ročníku, který si řekl, že chce být lékařem. Pro mnohé to byla úsměvná představa. Jak by vlastně student ze střední zdravotnické školy mohl být jednou lékařem? Proč zrovna já?

Jak šel čas a já trávil každé prázdniny v nemocnici, blížil jsem se přijímacím zkouškám na lékařskou fakultu. Trávil jsem hodiny a hodiny nad učením. Pamatuji si, že v mém životě se objevili lidé, kteří mě v této cestě podporovali, bohužel nejbližší okruh přátel a rodiny si myslel opak. Umocněno to bylo i ve chvíli, kdy mi přišel dopis s rozhodnutím, že nejsem přijat. Najednou jsem zjistil, že některé cíle opravdu není snadné dosáhnout. Byl to vlastně můj jediný cíl, který jsem vedle maturitní zkoušky měl. Ptal jsem se sám sebe, kde se vlastně stala chyba. Vždyť já sám nemám rád chyby. Za další rok jsem opět zkusil složit přijímací zkoušky, nicméně ani tentokrát se mi to nepovedlo. Hlavou se mi promítalo hned několik myšlenek. Na základně toho, jsem se rozhodl nastoupit do práce, jako sanitář. Konkrétně na oddělení gynekologicko-porodnické.

Za ten rok jsem zjistil, jak tenká hranice je mezi životem a smrtí, obzvlášť pokud se budeme bavit o vztahu matka a dítě. Na operačním sále jsem se naučil nedělat chyby. Líbilo se mi, že vše má svůj řád; veškeré nástroje měly své místo a počet. Perfektně sehraný tým, kdy hlavní operatér věděl, že se může spolehnout na instrumentářku a naopak. Ukázalo mi to cestu, kdy se můžu spolehnout jen na určité lidi ve svém životě a že chyby prostě dělat budeme, každopádně záleží na každém z nás, kde a kdy.

Další rok jsem se rozhodl podat přihlášku na Vyšší odbornou školu, oboru Diplomovaný zdravotnický záchranář. Byla to cesta, ve které jsem se rozhodl pokračovat ze zkušenosti na jednotce intenzivní péče. Během prvního ročníku jsem opět poznal spousty lidí, kteří můj život ovlivnili v pozitivním i negativním směru. Byl to rok, kdy jsem zjistil, že nic není zadarmo.

Jednoho večera jsem volal domů rodičům a vysvětloval jsem svou finanční situaci, a že vlastně nevím, jak zvládnu nadcházející den. Nastala chvíle, kdy jsem potřeboval oporu své rodiny a bohužel bez úspěchu.

Nemohu s přesností říci, kolik z nás si takovou situací prošlo, každopádně mohu říci, že to tak asi mělo být. Donutí vás to zamyslet se nad samotným životem. V hlavě mne napadl jeden citát, že k úspěchu nevede výťah, ale musí se jít po schodech; což je pravda. Nastoupil jsem při škole do zaměstnání, které mi umožnilo si naspořit peníze a díky tomu přežívat z měsíce na měsíc. Byl to rok plný zkušeností, zvratů, pádů ale i úspěchů. Ptal jsem se sám sebe, jak je možné, že někteří z nás takovéto situace vůbec neřeší. Jdou úspěchu vstříc bez jakéhokoliv zaváhání. Je to dobře? Když se podívám zpět, myslím si, že ne.

Další rok jsem byl přijat na Lékařskou fakultu. Splnil se mi sen. Dostala se mi úroveň vzdělání, kterou jsem neměl možnost do tohoto okamžiku poznat. Pamatuji si, jak jsem vystupoval po schodech Procháskova ústavu a hlavou se mi promítalo hned několik myšlenek; jak začít svůj první den v nové škole, v novém prostředí? Očekával jsem, že to nebude cesta snadná. Při prvních dvou letech jsem si prošel chvílemi, kdy jsem si říkal, že jsem si opravdu vysnil až moc vysoký cíl, kterého nemohu dosáhnout. Jedna náročná životní situace střídala druhou včetně neustálého stresu. Náročnost života jsem poznával každý týden, kdy jsem se učil do dlouhých nočních hodin a každý druhý víkend jsem dojížděl do práce na Urgentní příjem. Neměl jsem ani jeden den, kdy bych stres odložil za hlavu. Když se tak dívám zpět na tyto situace, tak jich nelituji. Naučily mě vytrvalosti, a že za každou tvrdou práci je alespoň malý úspěch.

V nynější době si říkám, že v mém životě byl asi dlouho relativní klid. Tahle myšlenka mi přijde vskutku úsměvná. Každopádně koncem roku

2016 jsem zjistil, že i přes vztah, který jsem navázal o rok dříve, jsem na vše opět sám. Za minulý rok bylo spousty situací, kdy jsem si řekl, že už psychicky dále takhle žít nemohu. Jednalo se o náročnou školu, stresové prostředí v práci, osobní život, který ne pokaždé byl takový, jaký jsem si představoval atd. Chodil jsem do práce psychicky vyčerpaný a představa, že budu na emergency celých 12 hodin k dispozici nemocným pacientům pro mne byla opravdu nepředstavitelná. Přemýšlel jsem, kde se stala chyba. Vždyť jsem na Urgentní příjem sám chtěl. Nedokázal jsem si představit, že bych z tohoto pracoviště jednou odešel, a najednou stojím tady, před vchodem na zmíněné oddělení, a nemám ani špetku optimismu, který by mi pomohl vkročit dále v plném nasazení.

O pár měsíců poté jsem se rozhodl přestoupit na Oddělení Anestezie, resuscitace a intenzivní medicíny, konkrétně na sektor resuscitačních lůžek, kde působím dodnes. Jedná se o oddělení, které mi přijde velmi zajímavé. Ve smyslu odborné, psychické ale i fyzické náročnosti. Může mi nabídnout prostředí pro seberealizaci. Mohu zde zužitkovat své dosavadní medicínské znalosti. Již několikrát jsem přemýšlel nad tím, proč sympatizuji s myšlenkou, že bych mohl jednoho dne, jako vystudovaný lékař na toto oddělení nastoupit. Je to spojeno s myšlenkou, že se jedná o zcela nepředvídatelné oddělení, kde vlastně nevíte, zdali pacientův zdravotní stav bude stejný, jako tomu bylo před hodinou? Jedná se o oddělení, které mi připomíná můj dosavadní osobní i profesní život? Stejně nepředvídatelný? Možná ano.

Poslední dobou přemýšlím nad tím, jak jsem vlastně dokázal překonat několik zcela zásadních náročných životních situací. Jeden z aspektů byl, že si musíme uvědomit, že na některé věci zkrátka nejsem sami, i když to tak může někdy vypadat. Pokud neznáme cestu, kterou bychom se měli vydat, či jestli vůbec chceme pokračovat, je důležité celou situaci zhodnotit, udělal pokud možno jeden plán a zvážit, zda-li opravdu chceme obětovat naše úsilí za nepoznanou cestou, která nemusí vždy dopadnout dobře. Pokaždé, když mi přijde do cesty překážka, se snažím zvážit veškeré možné alternativy a vše zcela promyslet, pokud možno s chladnou hlavou. Až když se zcela uvolníme a pořádně celou situaci promyslíme, přijdeme na věci, na které bychom ve stresu asi stěží přišli. Myslím si, že v tom tkví problematika náročných životních situací. Kolikrát, a nemusím se nyní bavit o sobě, ale nemáme čas ani prostor si vše potřebně promyslet. Jsme nuceni se rozhodnou neprodleně z minuty na minutu, aniž bychom zvážili všemožné scénáře s následky. Bohužel o tom to je. Vždy se najde situace, která nás donutí se zamyslet, třeba i zpětně, zdali jsme se nemohli rozhodnou jinak, co by bylo kdyby? Každopádně je důležité

si uvědomit, že chybovat je lidské a každý není dokonalý, troufám si říci, že nikdo z nás není dokonalý.

Napříč těmito situacemi mohu s přesností říci, že vás to změní. Povahově, ale i myšlením. Otázka zní jak? Negativně? Pozitivně? Vím, že jsem se změnil. Nemusím se bavit ani o navázání nových kontaktů, ale například i o celkovém náhledu na zdravotnictví, které ovlivňuje i můj osobní život. Mohu ale říci, že po veškerých negativech, které jsem za dobu ve zdravotnictví poznal, bych neměnil. Ze spousty lidí, kteří prošli mým životem, jich zbylo jen pár. Jedná se ale o lidi, které bych nikdy nechtěl ztratit. Přináší mi úsměv do života, podporu a optimistické myšlení; to je v dnešní době k nezaplacení. Každým dnem, když nám ráno zazvoní budík, a my s nechutí vstáváme do práce, si musíme uvědomit, že to, co bylo včera, není dnes a každý den, do kterého se vzbudíme, je jen jednou za život.

Trnková Denisa

Domácí porod versus porod v lékařském zařízení

Porod je jak pro matku, tak pro dítě, jedna z nejdůležitějších věcí v jejich životech. První nádech, první doteky a objetí, ale i psychický stav obou aktérů mají velice důležitý vliv na pozdější kvalitu jejich vztahu. Ale co hraje ještě větší roli je zdravotní stav. Pro matku je tento proces velice fyzicky náročný a může být doprovázen mnoha komplikacemi. Neonatologická centra a jejich pracovníci jsou dnes na velice vysoké úrovni a s mnoha porodními i pozdějšími obtížemi si umí poradit, ale jak je to s porody v domácím prostředí, není tento přírodě bližší způsob porodu pro matku a dítě příliš riskantní? Nebo je naopak příjemnější a pro psychickou pohodu obou výhodnější? A proč se stále objevují maminky, které urputně vyžadují porodit doma?

Lékařsky vedeným porodem rozumíme „aktivní zasahování lékaře do průběhu porodního děje“. Z hlediska rodící ženy je takto vedený porod porodem pasivním, jelikož je z ženy dítě částečně vytaženo. Lékaři se snaží udělat svou práci co nejefektivněji a nejrychleji. Matka se v takové situaci může cítit ve stresu a snaha lékařů bude kontraindikovaná. Ačkoliv sterilita a moderní přístroje jsou pro porod velice důležité, může se objevit otázka, zda nedochází k určitému narušení blízkosti dítěte a matky.

Porod je v nemocnici brán jako chirurgická operace. V době kontrakcí či jiných obtíží se dostaví do nemocnice, kde je primárně vyšetřena a buď hospitalizovaná z důvodu rizikového těhotenství, nebo indikována k porodu. Matka se po příchodu stane pacientem. Během porodu se snaží lékaři všem komplikacím předcházet dříve, než se vůbec objeví.

Někdy se používají léčiva, která mohou mít vliv na život dítěte. Proti bolesti se matce do bederní oblasti injektuje epidurální anestezie, které má úkol snížit bolestivost celého porodu. Toto snížení citlivosti matky k dítěti může způsobit nerozpoznání určité komplikace s fatálními následky. Dále je tu epiziotomie, neboli nástřih hráze. Je to akt celkem běžný, přesto pokud se hráz samovolně protrhne je její hojivost mnohem rychlejší a méně bolestivá.

Pokud je porod úspěšně ukončen, miminko by mělo padnout mamince na hrud', ale v nemocnici se tomu tak nestane. Miminko je umyto, zkon-

trolováno pediatrem, oblečeno a až poté se dostane do matčiny náruče, což je pro mnohé matky příliš dlouhá doba, naproti tomu není možná dobré mít jistotu, že je novorozenec opravdu v pořádku?

Porod mimo zdravotnické zařízení neboli porod „domácí“, je považován za aktivní akt rodičky. Maminka je většinou v kontaktu s porodní asistentkou, která je povolána v případě nastávajících porodu. Pro mnoho matek je domácí prostředí nejpříjemnější. Nemusí absolvovat náročný převoz do zdravotnického zařízení, nemusí se účastnit vstupní prohlídky a ani jim nikdo neklade otázky týkající se rodného listu, jména, nebo rodinné anamnézy.

Zdravotní rizika jsou v tomto případě mnohem vyšší, přesto tento akt oplývá mnoha pozitivy. Maminky se cítí doma bezpečně, mohou zaujmout jakoukoliv polohu a pro zmírnění bolestí nemusí používat anestezií, ale otec může poskytnout například masáž. Nejsou obklopeny nadbytečnými lidmi a nadměrným světlem ze zářivek jak tomu v nemocnicích bývá. Určitý klid, který matce poskytne domácí prostředí, má bezpochyby blahodárné účinky na celkový průběh.

Problémy, které nastanou v domácím prostředí, je dobré vždy konzultovat s přivolaným lékařem. Ačkoliv se jich mnoho dá předem předpovědět díky anamnézám, předporodním komplikacím, popřípadě lékařským vyšetřovacím metodám, některé se mohou objevit nečekaně přímo při porodu. V takovém případě by měl být doktor okamžitě přivolán. Ale co když matka odmítá dítě zdravotnickému personálu předat, ačkoliv je v ohrožení života?

Z právního hlediska, je matka za dítě zodpovědná do jeho osmnácti let a taktéž schvaluje lékařský zákrok na svém dítěti. V nejednom případě musel přivolaný lékař novorozence transportovat z domácího prostředí do nemocnice, kde byl resuscitován, popřípadě operován, za účelem záchrany života. V případě nesouhlasu matky s hospitalizací dítěte, a jeho následném převozu bez schválení matky, by mohl být lékař RZS trestně stíhán. Ale pokud je novorozenec v ohrožení života a následnou hospitalizací je tento fakt zvrácen, pak právo na život dítěte určitě převáží právo matky rozhodovat o lékařských zákrocích a lékař je trestně kryt.

Podobný případ se objevil v jednom moravském městě, kde soukromě rodící ženě bylo zdravé miminko transportováno RZS do zdravotnického zařízení pro případné komplikace. První minuty po porodu jsou pro splynutí matky a dítěte velice důležité a odebráním mu může být způsobeno trauma. Rodina se s RZS stále soudí kvůli újmě na zdraví dítěte, což RZS popírá a proces stále není ukončen.

Podobným porovnáním se zabývala i společnost National Birthday Trust Fund, která uvedla, že podle průzkumu v roce 1995 bylo u domácích rodiček téměř poloviční riziko zásahu instrumentály, císařským řezem, nebo poporodního krvácení.

Obě možnosti porodu jsou v dnešní době možné a stále praktikované, ačkoliv porodní asistentky již nevlastní osvědčení na vykonávání této praxe. Záleží pouze na matce, jak se rozhodne své dítě přivést na svět. Matka by měla být fyzicky a psychicky zdatná a schopná určit, kdy jde o její vlastní zájem týkající se pohodlí a soukromí a kdy už je v ohrožení zdraví jejího dítěte. Přesto pokud by se maminka opravdu k domácímu porodu rozhodla, určitě by měla být značně poučena. Doporučuje se zjistit informace od více žen, které tento typ porodu již podstoupily, je dobré si nastudovat postupy při náhlých komplikacích. Popřípadě je zde gynekolog, který by měl mamince pečlivě vysvětlit možná rizika obou typů a následně určit, v jakém případě by už domácí porod rodiče nedoporučoval.

V některých zemích Evropy je domácí porod mnohem více zohledňován oproti České republice, kde je porodním asistentkám zakázáno vykonávat porodnickou praxi mimo zdravotní zařízení, z důvodů možných komplikací. Je to tak například ve Velké Británii, kde je porod doma považován za normu. Zde se rodí minimálně jedno miminko z padesáti v rodinném prostředí, kde ostatní děti nemusíte odkládat, může s vámi být váš manžel a rodíte s již známou porodní asistentkou, ale pokud nechcete, nemusíte ji k porodu volat.

Existují i nemocnice, kde je možné spontánní porod vykonat bez přímého dohledu lékaře, jen v případě, kdy nastanou, je doktor na sál přivolán. Tato možnost je podle všech zmíněných kladů a záporů podle mého názoru pro obě strany nejschůdnější. A byla bych ráda, kdyby byla tato možnost běžně maminkám nabízena.

Zdroje:

- http://zpravy.idnes.cz/lidska-prava-strasburk-domaci-porody-dwg-/domaci.aspx?c=A141208_142801_domaci_hv
- <http://www.pdcap.cz/Texty/Versus/PorovnaniMetod.html>
- <https://video.aktualne.cz/dtvv/porodnikum-jde-o-moc-matku-neresi-porod-doma-je-bezpecnejsi/r~2c12dbfeb4e511e6b635002590604f2e/?redirected=1480967944>
- <http://normalniporod.cz/poskytuji-peci/>



Tykalová Michaela

Zdravý životní styl? Ano, či ne?

Nekouřit, jíst pestrou stravu, alkohol s mírou, hýbat se a omezit stres. Základní rady, jak se ve zdraví dožít požehnaného věku, nám vštěpují zdravotníci napříč odbornostmi. Jenže zdaleka ne všichni se tím řídí. „Lépe se to říká, těžko dodržuje,“ uznávají sami. Proč je mezi nimi tolik „kovářových kobyl“? A dají se takoví lékaři vůbec brát vážně?

Zdravý životní styl je kombinace pestré stravy, pohybu, dostatku spánku, zvládnutí stresu a hlavně pravidelnosti. Lidské tělo totiž funguje na biorytmu – má „vnitřní hodiny“, které pokud neklapají správně, brání se proti vnějším vlivům nejrůznějšími způsoby. Ať už je to šílená chuť na sladké, pokud člověk celý den nejedl, v noci špatně spal a ještě jej někdo v práci vytočil jak lodní šroub. Nebo ohromná touha zalézt si s cigaretkou a kafičkem a dát si čtvrt hodinku pauzu.

Každý, kdo ale studoval medicínu, nebo alespoň viděl díl „Ordinace“ v televizi, si musí uvědomit, že pravidelnost a dostatek spánku je sen, o kterém sní mnoho zdravotníků. Lékařské řemeslo je totiž namáhavá a velmi zodpovědná práce, u které musíte dávat maximální pozor, abyste pomohli a hlavně neuškodili. Musíte myslet na dobro pacienta, na dobro své (nebo raději na své a pak až pacientovo?).

Z toho důvodu se domnívám, že každý potřebuje určitý „ventil“ kudy pustí stres ven a alespoň na malou chvíli si odpočine. Tímto směrem se ale dostáváme do celkové krize našeho zdravotnictví.

„České zdravotnictví je sponzorováno nízkými platy zdravotníků“ (Prof. MUDr. Vladimír Beneš, DrSc. – ze seriálu Doktoři na ČT 2).

Sice si můžete myslet, že teď odbočuji od životosprávy k ekonomice, ale všechno se vším souvisí. Kdyby si sestřičky nebraly směny navíc, musely by se spokojit s tabulkovými platy, které nejsou, kdo ví jak oslnivé. A pokud doma máte malé dítě, které bude potřebovat rovnátka, k Vánocům chce nový smartphone (protože takový telefon samozřejmě ve škole už všichni mají) a v létě chcete s manželem letět do Řecka, budete se muset sakra snažit a do práce chodit. A tudíž místo osmi hodin spánku pracujete dva dny v kuse a ještě jednu směnu ráno, přijedete domů, dáte si kus dortu a svalíte se do křesla. Těžko si představit, že takto vytížená osoba natáhne legíny a půjde si dát do těla někam do parku.

A to jsme zatím mluvili o sestřičkách, co potom lékaři?

Mnozí se domnívají, že lékař jako veřejná osoba, by měl jít příkladem. Říkám „mnozí“. V mém okolí se setkávám zhruba s dvěma skupinami názorů.

První jsou ti, kteří s tímto názorem souhlasí. Mezi ně patří například i moji prarodiče (oba NEPRACUJÍ ve zdravotnictví), kteří opakovaně kroutí hlavami, když jim obvodní lékařka doporučí při preventivní prohlídce úpravu jídelníčku – a přitom je sama postavou poněkud mimo tabulky. „Dyť je to sakra doktor, a přitom se taky cpe, to se jí na to vykašlu“.

Druhá skupina je spíše více tolerantní. „To víš, není to dobře a zdá se to velmi paradoxní, ale její potíže to nejsou – ona přece nemá vysoký tlak anebo cukrovku, tak proč by se měnila. Ty jsi ten pacient a tvoje je to tělo.“ (slova mé přítelkyně z ročníku – OBA rodiče pracují ve zdravotnictví).

Lze tedy shrnout, že názory se různí – ne každý je naprosto správný a každý úplně špatný. Ale určitě zde hraje i role tolerance a zkušenost.

Vidíme to každý den. Při procházce v areálu nemocnice narazíte na nejmíň sto cedulí: ZÁKAZ KOUŘENÍ. Navzdory tomu se přímo pod nápis postaví nějaký dobrák s cigárkem v ruce. Pokud je to obyčejný člověk, pacient, dá se to ještě přehlédnout – „hold nemá kam jít a když musíš, tak musíš“. Ale pokud je to třeba sanitář nebo zdravotní sestřička, už to trošku nabádá k jiným myšlenkám.

Otázkou zůstává: „Proč to dělají?“

„Kouřím už od mládí, tehdy jsme kouřili všichni, tak to přeci teď na starý kolena nebudu měnit.“

„Ta práce je strašně namáhavá, musíte si dát někde chvílku pro sebe.“

„Začala jsem, když jsem nastoupila do práce a měla jsem noční. Byla to úleva od stresu a taky proto, abych neusnula.“

„Já jím zdravě a chodím ven, to nevadí, když mám jeden zlovyk“.

Vždyť přece tito lidé vidí následky zlovyků každý den. Denně ošetřují pacienty, kteří kouřili, až se prokouřili k rakovině jícnu, nebo se cpali bůčkem tak moc, že z nich ze dveří nejdříve spatříte „pupíček“ a pak až samotného pacienta. Neměli by to být právě oni, kdo by měli být ti uvědomělí?

A pokud přijde řeč na samotné lékaře, nemyslím si, že je situace jiná (akorát ti nemusí chodit ven a zalezou si na lékařský pokoj).

Problém se samozřejmě netýká jen kouření a stravy. Kdybychom se například zaměřili na problém očkování a preventivních prohlídek, situace bude obdobná. Zrovna nedávno nám pan doktor potvrdil tuto šlamastyku slovy: „To víte, ten chlap nechodil na prevenci, a pak ho najednou přivezou s infarktem a diabetem druhého typu, kterej má jak dlouho a neví o něm. I když, já si také nepamatuji, kdy jsem byl naposledy na prevenčce“.

Není to náhodou trošičku i problém dnešní doby? Člověk se stále neustále za něčím honí a své tělo nasazuje na sto procent. Musí chodit do práce, ve které chce být dobrý nebo alespoň zodpovědný, aby někoho nepoškodil. Pak přijet domů, postarat se o děti, žena ještě o manžela (i když tady se dostáváme spíše do „konfliktu“ muži vs. ženy) a nakonec třeba ještě studovat a připravovat se na další den.

Abych ale pouze jenom nehanila, chtěla bych zmínit i stranu opačnou. Proslulý český kardiolog Prof. MUDr. Jan Pirk, DrSc. je známý svojí fyzikou – v pokročilém věku běhá maratony a ročně se zúčastní i závodů na běžkách. Kávě a sladkému moc nefandí, raději si prý vezme boty a jde si zaběhat do parku. Tvrdí, že jej to nabijí energií mnohem víc a samozřejmě svým způsobem je to i nutnost – „pokud chcete operovat i v pokročilém věku, musíte být v kondici a vydržet stát u stolu.“ Dále uvádí, že spí pouze čtyři hodiny denně.

Mně osobně se to zdá neuvěřitelné, jak někdo takto úspěšný dokáže fungovat s „tak málem“ a upřímně chtěla bych to také umět. Možná, že si člověk časem zvykne.

Velmi se mi zalíbil názor profesora MUDr. Petra Neužila, CSc., FESC., který v rozhovoru pro Radiožurnál v tématu na prevenci kardiovaskulárních onemocnění uvedl: „My vlastně ani přesně nevíme, co to ten zdravý životní styl je. Třeba já miluji kávu. Vypiji i sedm káv denně, s cukrem, a jelikož miluji italské uzeniny, tak celý den nejím, jen piju to kafe, abych si večer mohl něčeho zobnout. Prostě to musíte dělat, jak to funguje vám. A stres? Ten mě žene dopředu. Pokud si chci odpočinout, musím vypnout. Úplně – na nic nemyslet, mít naprosto čistou hlavu, VYPNOUT! Mnoho lidí to neumí, ale já ano.“

A jak je to se studenty medicíny? Když se podívám po svém okolí, většinou je situace normální. Moji spolužáci se stravují víceméně zdravě a hodně z nich chodí cvičit nebo běhat. Určitě je to i vlivem současného boomu, který klade důraz na cvičení. S mojí esenciální kamarádkou chodíme pravidelně do „fitka“ a přesto, že si sem tam ten dortíček dopřejeme, jíme hodně ovoce a zeleniny. Velmi často diskutujeme nad zdravými recepty, a jak by se to dalo ještě vylepšit.

Musím však podotknout, že vhodné potraviny také něco stojí. Kdybych šla do Alberta a nakoupila deset rohlíků a párky, určitě by to vyšlo levněji než rajčata, okurka, tvaroh a celozrnný chleba. A pro studenta s omezeným příjmem je to velmi nepříjemné.

Z čeho mám já osobně velkou radost, je úbytek kuřáků v řadách studentstva – alespoň v mém okolí. Už to není jako z filmů pro pamětníky, kde venku s cigaretou stála půlka školy. Například v našem kruhu kouří zhruba dva lidé.

Velká krize nastává o zkouškovém období. To sáhnete po všem, co vás napadne, abyste nabudili mozek. Pak padají všechny zábrany – čokoláda, sušenky, nikotin, kofein, ... Co všechno jsme ochotni obětovat za úspěšné složení zkoušky? To pak měsíce dřiny a odříkání padají z oken.

Jasný, možná, že by bylo lepší dát si chvilku pauzu a jako pak prof. Pirk vzít boty a jít se proběhnout. Kdo má ale na něco takového o zkouškovém pomyslení?

Vždyť teď je přeci ta chvíle, ten čas, kdy tomu učení musíte dát všechno!

Ale přesto všechno si myslím, že situace se mění k lepšímu tím, jak si naše generace zvyká zařadit pohyb a rozumné stravování do života. Výsledku se dočkáme ale až za desítky let. Třeba se nám té cukrovce a infarktům podaří uniknout (avšak se zničenými koleny).

V této práci jsme se snažila ze svého pohledu vylíčit, co vidím okolo sebe. Možná, že jsem hodně věcí vynechala a naopak některá témata zdůraznila až moc. Možná, že jsem někomu ukřivdila a jiné zase až moc vychválila. Věřte, že to určitě nebyl můj záměr. Přeci jen jsem zatím pouze student a vidím svět poněkud jinýma očima, než zkušený pracující člověk. V budoucnu, až se dostanu na „opravdové pracoviště“, a budu součástí pracovního procesu, určitě svůj názor na věc změním. Sundám růžové brýle a poznám situaci takovou, jaká ve skutečnosti je.

Veselá Michaela

Lidé s těžkým autismem a péče o ně

Porucha autistického spektra jako diagnóza je vrozená porucha mozkových funkcí vzniklá na neurobiologickém podkladě. Přesný mechanismus fungování není dosud znám. Spekuluje se o genetickém vlivu, infekčních podnětech a narušení chemické rovnováhy v mozku. Diagnóza autismu probíhá na základě projevů chování, které se projevují do 36 měsíců věku dítěte.

Porucha se projevuje mnoha různými směry, z nichž nejhlavnější je to, že dítě nerozumí tomu, co vidí, slyší a prožívá. Následují pak výrazné poruchy ve vývoji řeči, sociálních vztazích a komunikací s vnějším světem.

Autismus zahrnuje široké spektrum poruch, u nichž nelze odhadnout, jaký bude další vývoj. Hlavní léčbou je speciální výchova a podpora rodiny. Časté je podávání léků ke zmírnění neklidu nebo záchvatů vzteku, některé autistické děti nosí speciální brýle ke zpracování vizuálních informací. Autistické spektrum, jak už název vypovídá, je pojem zahrnující velké množství různých syndromů projevujících se velmi různorodými způsoby. Mezi nejčastější poruchy patří takzvaný dětský autismus, atypický autismus, aspergerův syndrom a rettův syndrom a desintegrační porucha.

Pro dětský autismus jsou charakteristické velké problémy v komunikační úrovni a sociálních dovednostech. Určujeme tři stupně této poruchy – mírnou, střední, těžkou, dle počtu přítomných symptomů. Autismus může být spojen s mentální retardací či s problémovým chováním různé intenzity.

Diagnóza atypického autismu je stanovena tehdy, pokud nejsou zcela jasně vyjádřena kritéria pro dětský autismus. Poruchy v komunikaci a sociálních dovednostech jsou mírnější, často je diagnóza stanovena až v pozdějším věku.

Aspergerův syndrom se vyznačuje čtyřmi rysy – specifickým způsobem vyjadřování, motorickou neobratností, ulpívavými zájmy a problémy v sociální interakci, projevující se zejména nedostatkem intuice, neschopnosti porozumět vlastním pocitům a emocím druhých lidí. Tito jedinci často vynikají v určité oblasti a jejich intelekt bývá nadprůměrný.

Rettův syndrom je jediná porucha autistického spektra, kterou lze prokázat genetickým vyšetřením. Porucha je vázána na ženské pohlaví. Projevy bývají vyjádřeny poruchami motorického vývoje a mentální retardací.

Dezintegrační porucha se začíná projevovat až mezi druhým a čtvrtým rokem života dítěte. V tomto období dochází ke změně chování a postupné ztrátě již získaných dovedností. Zejména v oblasti řeči, sebeobsluhy, sociálních vazeb a hry.

Poruchy autistického spektra se řadí k nejzávažnějším celoživotním poruchám. Takto postižené dítě zpracovává vjemy, se kterými se setkává, jinak než děti ostatní. Není schopné pochopit, co vidí, slyší a zažívá. Vnímání světa je zcela jiné, má svůj pohled. Dítě se projevuje jinak při hrách, má naprosto jinou představivost, jinak komunikuje a odlišnosti jsou i v sociálním chování.

Takzvaná triáda autismu jsou tři oblasti, které tato nemoc zejména ovlivňuje: problémy v oblasti komunikace, sociální interakci a představivosti. (Thorová, 2006).

U dětí s poruchou autistického spektra je narušena řeč verbální i neverbální, mají problémy nejen s porozuměním řeči, ale i s vyjadřováním. V neverbální komunikaci se setkáváme s omezeným využíváním gest, mimiky a očního kontaktu. Komunikace bývá velmi jednostranná.

Díky narušení představivosti a symbolického myšlení má dítě s autismem problémy v oblasti hry, trávení volného času a používání nástrojů. Jejich volný čas je často vyplněn stereotypními aktivitami a zájmy. Děti s autismem rádi stereotypně zacházejí s různými předměty, hračky nepoužívají podle jejich funkce, spíše je rády roztáčejí, házejí, otáčejí, bouchají, olizují nebo s nimi jinak manipulují. Zálibou může být opakované zavírání a otevírání dveří, skříní, zásuvek, manipulování s různými letáky, šňůrkami a provázky (Čadilová, Jůn, Thorová, 2007).

Když se ve společnosti vysloví autismus, každý si většinou vybaví slavný film Rainman, či někoho, kdo je mimořádně nadaný v určité oblasti a tak trochu „asociální“. Bohužel tohle je jen jedna část spektra. Ta část spektra, pro kterou existuje sociální podpora, pomůcky, asistence a výhled na spokojený a plnohodnotný život. Jsou tu také děti, které může rozrušit byť nepatrný stresový podnět, ubližují sobě a svému okolí a jejich péče vyžaduje neustálý postřeh 24 hodin denně.

V našem okolí žijí rodiny s autistickými dětmi, o kterých třeba ani nevíme. Často bývají naprosto odříznutí od jakýkoliv sociálních vazeb, jelikož péče o dítě s autismem vyžaduje 24 hodinovou směnu, 7 dní v týdnu. Často jsou tyto rodiny se svými dětmi odkázány samy na sebe a to

si myslím, že není správné. Dokud je to dítě, tak je ta péče ne snadná, ale o něco snazší. Ale i děti s autismem jednou vyrostou, budou z nich velcí dospělí lidé, kteří budou potřebovat a potřebují asistenci již více než jednoho člověka a jedné maminky. A proto si myslím, že by měla pro takovéto rodiny existovat pomoc ve formě sociálních zařízení, které by se byly schopné o lidi s těžkými poruchami autistického spektra postarat. Tak, aby i takovýto člověk mohl prožít hezký a plnohodnotný život a aby jeho rodina věděla, že je o něj dobře postaráno. Že na péči o něj není sama a že si může odpočinout, bez výčitek. Autismus je onemocnění mozku, nedá se léčit, ale dle mého názoru můžeme hodně udělat pro to, aby se lidé s touto diagnózou cítili dobře a bezpečně.

Nedávno jsem shlédla dokument „Děti úplňku“, který vypráví příběhy několika rodin s dětmi s těžkou poruchou autistického spektra. Myslím si, že ani s dnešním medicínským pokrokem stále nemáme vůbec tušení, co se děje v hlavě autistického dítěte. Jaké myšlenky mu plynou hlavou, jaký je jeho svět. Čeho se bojí, jak moc náročné a intenzivní pro něj jsou podněty, které my třeba vnímáme za banální. Vzniklá iniciativa Naděje pro děti úplňku se se svou kampaní „Hlavou zeď prorazíš“ snaží o osvětu a propagaci v této oblasti péče o děti s těžkou poruchou autistického spektra a o otevření diskuze o zavedení sociálních služeb pro tyto děti.

Existují sice nadace a stacionáře, které pomáhají, ale existuje jen velmi málo (a počet lidí s těžkou poruchou autistického spektra je mnohonásobně převyšuje) zařízení, kde by tito lidé mohli žít dlouhodobě. Moc bych si přála, aby se v této oblasti začalo pracovat a abychom mohli být jednou pyšní, že i dítě s autistickou poruchou a jeho rodina se zde mohou mít dobře a že se o ně umíme postarat.

Zdroje:

- ČADILOVÁ, Věra, Hynek JÚN a Kateřina THOROVÁ. Agrese u lidí s mentální retardací a s autismem. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-319-2.
- THOROVÁ, Kateřina. Poruchy autistického spektra: dětský autismus, atypický autismus, Aspergerův syndrom, dezintegrační porucha. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-091-7.
- <http://www.detiuplnku.cz>
- <http://www.autismus.cz>



Obsah

Předmluva	5
Abumazen Hammam: Euthanasie	7
Burdová Magdalena: Vztah lékaři – sestry pohledem medika.	11
Hůlovcová Jana: Canisterapie	15
Chikhun Mariia: Psychologické zvláštnosti při komunikaci s pacienty	19
Javornická Karolína: Komunikace a její důležitost v medicíně, komunikace s pacienty se speciálními potřebami	23
Neradová Jarmila: Samota a Osamělost.	27
Pekarovičová Jitka: Všechno jednou končí	31
Polívka Martin: Umíráte	35
Škarda David: Náročná životní situace	39
Trnková Denisa: Domácí porod versus porod v lékařském zařízení	43
Tykalová Michaela: Zdravý životní styl? Ano, či ne?	47
Veselá Michaela: Lidé s těžkým autismem a péče o ně.	51



ČESKÁ FYZIOLOGICKÁ SPOLEČNOST
SLOVENSKÁ FYZIOLOGICKÁ SPOLEČNOST

LÉKAŘSKÁ FAKULTA V PLZNI
UNIVERZITA KARLOVA

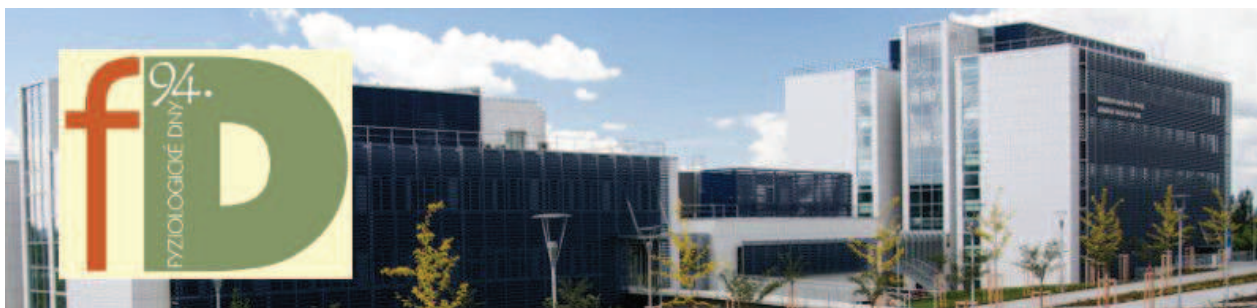


PROGRAM 94. FYZIOLOGICKÝCH DNŮ

UNIVERZITNÍ MEDICÍNSKÉ CENTRUM PLZEŇ
6. - 8. února 2018







ORGANIZAČNÍ VÝBOR

Předseda:

doc. MUDr. Milan Štengl, Ph.D.

Vědecký sekretář:

doc. MUDr. Jitka Kuncová, Ph.D.

Členové:

doc. MUDr. Magdalena Chottová Dvořáková, Ph.D.

doc. MUDr. Pavel Pučelík, CSc.

doc. MUDr. Jitka Švíglerová, Ph.D.

MUDr. Mirka Čedíková, Ph.D.

Ing. Dagmar Jarkovská, Ph.D.

MUDr. Eliška Mistrová, Ph.D.

MUDr. Lukáš Nalos, Ph.D.

Ing. František Barták

Mgr. Michaela Marková

Sekretariát:

Ústav fyziologie Lékařské fakulty v Plzni Univerzity Karlovy

alej Svobody 1655/76

323 00 Plzeň

Tel. +420 377 593 340

Fax +420 377 593 349

e-mail: Zdenka.Valdhauserova@lfp.cuni.cz

PŘEHLED PROGRAMU

REGISTRACE

Předsálí Modré posluchárny UNIMEC

Úterý	6. 2. 2018	08.00 – 12.00, 13.00 – 16.00
Středa	7. 2. 2018	08.00 – 10.00
Čtvrtek	8. 2. 2018	08.00 – 9.00

ÚSTAV FYZIOLOGIE LF UK

UNIMEC, 2. patro
alej Svobody 1655/76
323 00 Plzeň

POSLUCHÁRNÝ

Modrá posluchárna přízemí UNIMEC
Učebna 2. patro UNIMEC

POSTERY

Koridor UNIMEC 2. Patro

Sekce I: instalace 6. 2. (úterý) 08.00 – 10.00, prezentace 16.45 – 17.45
Sekce II: instalace 7. 2. (středa) 08.00 – 10.00, prezentace 11.30 – 12.30

ŠATNA

Předsálí Modré posluchárny UNIMEC

DOPRAVA

Z centra města tramvají č. 1, autobusem č. 33

SOUTĚŽ O OCENĚNÍ VĚDECKÉ PRÁCE MLADÝCH ČFS a SFS

Jména účastníků soutěže jsou v programu vyznačena červeně

VEČERNÍ PROGRAM

Koncert a slavnostní večeře

7. února 2018, 18.30

Šafránkův pavilón

alej Svobody 80
323 00 Plzeň

PUBLIKACE ABSTRAKTŮ

Všechny abstrakty jsou zveřejněny na adresách:

<http://94fd.lfp.cuni.cz/>
<http://mefanet.lfp.cuni.cz/>

94. FYZIOLOGICKÉ DNY PODPOŘILY FIRMY



PROGRAM 94. FYZIOLOGICKÝCH DNŮ

ÚTERÝ 6. 2. 2018

Modrá posluchárna UNIMEC

- 10.00 – 10.15** **SLAVNOSTNÍ ZAHÁJENÍ**
PŘEDÁVÁNÍ CEN ČFS
- 10.15 – 11.00** **PURKYŇOVA PŘEDNÁŠKA**
- 11.00 – 11.30** **PEDAGOGICKÁ PŘEDNÁŠKA**
- 11.30 – 12.00** **AKTUALITY, KOMERČNÍ PREZENTACE**
- 12.00 – 12.15** **INFORMACE ORGANIZAČNÍHO VÝBORU, FOTOGRAFOVÁNÍ**
- 12.15 – 12.45** **PLENÁRNÍ ZASEDÁNÍ ČFS (Modrá posluchárna) a SFS (učebna UNIMEC)**
- 13.15 – 14.15** **PŘESTÁVKA NA OBĚD**
- 14.30 – 16.45** **PŘEDNÁŠKOVÁ SEKCE I – Modrá posluchárna UNIMEC**
NEUROFYZIOLOGIE I
- 14.30 – 16.45** **PŘEDNÁŠKOVÁ SEKCE II – Učebna UNIMEC**
METABOLISMUS I
- 16.45 – 17.45** **PŘESTÁVKA NA KÁVU**
- 16.45 – 17.45** **POSTEROVÁ SEKCE I – Koridor UNIMEC**
KARDIOVASKULÁRNÍ FYZIOLOGIE, VARIA, VÝUKA
- 17.30 – 18.45** **WORKSHOP – Učebna UNIMEC**
VÝUKA FYZIOLOGIE

STŘEDA 7. 2. 2018

- 08.30 – 10.45** **PŘEDNÁŠKOVÁ SEKCE III** – Modrá posluchárna UNIMEC
KARDIOVASKULÁRNÍ FYZIOLOGIE I
- 08.30 – 10.30** **PŘEDNÁŠKOVÁ SEKCE IV** – Učebna UNIMEC
BUNĚČNÁ FYZIOLOGIE
- 10.45 – 11.30** **PŘESTÁVKA NA KÁVU**
- 11.30 – 12.30** **POSTEROVÁ SEKCE II** – Koridor UNIMEC
NEUROFYZIOLOGIE, METABOLISMUS,
BUNĚČNÁ FYZIOLOGIE
- 13.15 – 14.15** **PŘESTÁVKA NA OBĚD**
- 14.30 – 16.45** **PŘEDNÁŠKOVÁ SEKCE V** – Modrá posluchárna UNIMEC
NEUROFYZIOLOGIE II
- 14.30 – 16.45** **PŘEDNÁŠKOVÁ SEKCE VI** – Učebna UNIMEC
VARIA
- 18.30 – 19.00** **SPOLEČENSKÝ VEČER** – ŠAFRÁNKŮV PAVILON – Aula
KONCERT – Duo HARP&VOICE
- 19.15** **SPOLEČENSKÝ VEČER** – ŠAFRÁNKŮV PAVILON – Menza
RAUT

ČTVRTEK 8. 2. 2018

09.00 – 10.45 **PŘEDNÁŠKOVÁ SEKCE VII** – Modrá posluchárna UNIMEC
KARDIOVASKULÁRNÍ FYZIOLOGIE II

09.00 – 10.15 **PŘEDNÁŠKOVÁ SEKCE VIII** – Učebna UNIMEC
METABOLISMUS II

11.00 – 12.00 **ZÁVĚR KONFERENCE** – Modrá posluchárna UNIMEC

VYHLÁŠENÍ VÝSLEDKŮ SOUTĚŽE O NEJLEPŠÍ PŘEDNÁŠKU
MLADÝCH VĚDECKÝCH PRACOVNÍKŮ DO 35 LET (ČFS)

VYHLÁŠENÍ VÝSLEDKŮ SOUTĚŽE O NEJLEPŠÍ POSTER MLADÝCH
FYZIOLOGŮ (SFS)

PROGRAM

- 15.15 JAKÝ JE VLIV SUBKUTÁNNÍ INJEKČNÍ APLIKACE JAKO TAKOVÉ NA CHOVÁNÍ DOSPĚLÝCH SAMCŮ LABORATORNÍHO POTKANA EXPONOVANÝCH DROZE?**
Šlamberová R., Nohejlová K., Ochozková A., Mihalčíková, L.
- 15.30 EEG ZMĚNY PŘI AKTIVACI PAMĚŤOVÉ STOPY V NEURONOVÝCH SÍTÍCH HIPOKAMPU**
Zitrický F., Kápl Š., Ježek K.
- 15.45 VYBRANÉ ZÁPALOVÉ MARKERY A ICH VZŤAH K BEHAVIORÁLNÝM UKAZOVATELŮM U OSŮB S PORUCHAMI AUTISTICKÉHO SPEKTRA**
Babinská K., Tomova A., Celušáková H., Filčíková D., Hnilicová S., Babková J., Ostatníková D.
- 16.00 FOTOPICKÁ SVĚTELNÁ INTENZITA INHIBUJE ZÁNĚT SÍTNICE PROSTŘEDNICTVÍM REGULACE LOKÁLNÍHO NORADRENERGNIHO SYSTÉMU**
Štofková A., Kamimura D., Arima Y., Murakami M.
- 16.15 DYNAMIKA ZMĚN SRDEČNÍ VARIABILITY PO DLOUHODOBÉ EXPOZICI TMOU (CHAMBER-REST)**
Škrda D. Švorc P. Jr., Maluš M., Ekrťová T., Kempný M., Michalčák T., Jarkuliš, V.¹
- 16.30 EFEKT METODY CHAMBER REST NA ZORNÉ POLE U MLADÝCH LIDÍ**
Michalčák T., Maluš M., Kempný M., Ekrťová T., Švorc P. Jr., Jarkuliš, V., Škrda D.

14.30 – 16.45 PŘEDNÁŠKOVÁ SEKCE II – Učebna UNIMEC
METABOLISMUS I
PŘESEDÁJÍ: doc. Mgr. Iveta Herichová, PhD.
doc. MUDr. Otto Kučera, Ph.D.

14.30 VPLYV POTRAVOVEJ ODMENY A POTRAVOVEJ REŠTRIKCIE NA REMODELÁCIU GÉNOVEJ EXPRESIE V SRDCI A PEČENI A ENDOKRINNÚ ODPOVEĎ V CIRKULÁCIU U POTKANA.
Herichová I., Budinská M., Kavická D., Hasáková K.

14.45 HODNOCENÍ SOUVISLOSTI DENNÍHO ENERGETICKÉHO VÝDEJE S PARAMETRY SVALOVÉ SÍLY A VÝDRŽE
Kovařík M., Pospíšilová M., Voplakalová S., Josková V., Patková A., Hronek M.

- 15.00 AKÚTNÝ ÚČINOK KOFEÍNU NA SPRÁVANIE A METABOLIZMUS**
Kmeťová K., Marônek M., Janko J., Borbélyová V., Hodosy J., Celec P.
- 15.15. NUTRIČNĚ PROGNOTICKÝ VÝZNAM MĚŘENÍ ENERGETICKÉHO VÝDEJE POMOCÍ NEPŘÍMÉ KALORIMETRIE U KRITICKY NEMOCNÝCH PACIENTŮ NA JIP**
Hronek M., Patková A., Josková V., Havel E., Kovařík M., Najpaverová, S., Uramová D., Zadák Z.
- 15.30 VPLYV PARODONTITÍDY NA SALIVÁRNE MARKERY OBLIČKOVÝCH FUNKCIÍ**
Kovalčíková A., Pančíková A., Koval'ová E., Konečná B., Tóthová L., Celec P.
- 15.45 AKTIVITA DEOXYRIBONUKLEÁZ V GASTROINTESTINÁLNO M TRAKTE**
Gromová B., Janovičová L., Drobná D., Lipták R., Celec P., Gardlík, R.
- 16.00 PARCIÁLNÍ JEJUNO-ILEÁNÍ DIVERZE: VÝSLEDKY DLOUHODOBÉ NEFARMAKOLOGICKÉ LÉČBY DIABETU A OBESITY**
Bužga M., Macháčková J., Švagera Z., Machytka E., Thompson, C.
- 16.15 DYNAMIKA EXTRACELULÁRNEJ DNA V MODELI CHEMICKY INDUKOVANEJ KOLITÍDY U MYŠÍ**
Marônek M., Čechová B., Janovičová L., Gromová B., Konečná, B., Borbélyová V., Gardlík R.
- 16.30 SEX DIFFERENCES IN KIDNEY FUNCTIONS IN AGING RATS**
Domonkos E., Kačmárová M., Gaál Kovalčíková A., Gyurászová M., Borbélyová V., Ostatníková D., Hodosy J., Celec P.

16.45 – 17.45 PŘESTÁVKA NA KÁVU

16.45 – 17.45 POSTEROVÁ SEKCE I – Koridor UNIMEC
KARDIOVASKULÁRNÍ FYZIOLOGIE, VARIA, VÝUKA

17.30 – 18.45 WORKSHOP – Učebna UNIMEC
VÝUKA FYZIOLOGIE
PŘEDSEDAJÍ: prof. MUDr. Zuzana Červinková, CSc.
doc. MUDr. Jitka Švíglerová, Ph.D.

17.30 VYUŽITIE SIMULÁCIÍ VO VÝUČBE FYZIOLOGIE NA LFUK V BRATISLAVE
Hnilicová S., Plevková J., Babinská K., Hnilica P., Ostatníková D.

PROGRAM

- 17.40 VÝUKA PRAKTICKÝCH CVIČENÍ FYZIOLOGIE MAGISTERSKÝCH PROGRAMŮ A LÉKAŘSKÉ FAKULTĚ V HRADCI KRÁLOVÉ**
Lotková H., Kučera O., Červinková Z.
- 17.50 VÝUKA FYZIOLOGIE NA BRNĚNSKÉ LÉKAŘSKÉ FAKULTĚ – NAŠE ZKUŠENOSTI A VÝHLEDY**
Nováková Z.
- 18.00 VÝUKA FYZIOLOGIE NA LÉKAŘSKÉ FAKULTĚ V PLZNI**
Švíglerová J.
-

STŘEDA 7. 2. 2018

- 08.30 – 10.45 PŘEDNÁŠKOVÁ SEKCE III – Modrá posluchárna UNIMEC KARDIOVASKULÁRNÍ FYZIOLOGIE I**
PŘESEDÁJÍ: MUDr. Táňa Ravingerová, DrSc.
prof. MUDr. Bohuslav Ošťádal, DrSc.
- 08.30 VÝVOJ VZTAHU MEZI EXPERIMENTÁLNÍ A KLINICKOU KARDIOLOGIÍ**
Ošťádal, B.
- 08.45 DOPAD RESYNCHONIZAČNÍ TERAPIE NA ENDOKARDIÁLNÍ A POVRCHOVÉ ELEKTRICKÉ POLE**
Kittnar O., Riedlbauchová L., Tomis J., Janoušek J., Ložek M., Valeriánová A., Hrachovina M., Huptych M., Lhotská L.
- 09.00 ZMĚNY EKG PARAMETRŮ PO ABSOLVOVÁNÍ TERAPIE TMOU**
Jarkuliš V., Švorc P. Jr., Ekrťová T., Michalčák T., Škrda D., Švorc P.
- 09.15 NEINVAZÍVNE HODNOTENIE ÚČASTI CENTRÁLNÝCH A PERIFÉRNÝCH MECHANIZMOV NA VZNIKU RESPIRAČNEJ SÍNUSOVEJ ARYTMIE**
Krohová J., Czippelová B., Turianiková Z., Lazarová Z., Wiszt R., Javorka M.
- 09.30 REMOTE PRECONDITIONING NEZVYŠUJE ISCHEMICKÚ TOLERANCIU V AKÚTNE DIABETICKOM SRDCI: ÚLOHA PPAR- β AKTIVÁCIE**
Ravingerová T., Muráriková M., Barlaka E., Farkašová V., Griecsová L., Ferko M, Lazou A.
- 09.45 ZVÝŠENÁ EXPRESIA ŤAŽKÉHO REŤAZCA β -MYOZÍNU V SRDCI POTKANA V PRIEBEHU ADJUVANTNEJ ARTRITÍDY - MODELI KACHEKTICKEJ REUMATOIDNEJ ARTRITÍDY**
Jurčovičová J., Štofková A., Vaculín Š., Lóry V., Kršková K., Brtko J., Zorad Š.

10.00 EFFECT OF L-NAME-INDUCED HYPERTENSION ON RAT ANXIETY-LIKE BEHAVIOUR AND MEMORY: PROTECTION BY IVABRADINE AND MELATONIN

Krajčírovičová K., Aziriová S., Baka T., Repová K., Adamcová M., Paulis L., Šimko F.

10.15 EFEKT EXPERIMENTÁLNEHO ZLYHANIA SRDCA NA SPRÁVANIE POTKANOV: PROTEKCIA IVABRADÍNOM

Aziriová S., Baka T., Krajčírovičová K., Repová K., Adamcová M., Zorad Š., Paulis L., Šimko F.

10.30 ACIDOBÁZICKÁ ROVNOVÁHA V CELKOVEJ ANESTÉZII V MODELI POTKANA. CHRONOBIOLOGICKÁ ŠTÚDIA.

Švorc P., Petrášová D., Švorc P. Jr., Grešová S., Bačová I., Štimmelová, J.

**08.30 – 10.30 PŘEDNÁŠKOVÁ SEKCE IV – Učebna UNIMEC
BUNĚČNÁ FYZIOLOGIE**

PŘEDSEDAJÍ: doc. MUDr. Jana Radošinská, PhD.
doc. RNDr. Tomáš Roušar, Ph.D.

08.30 VPLYV (-)-EPIKATECHÍNU A ČOKOLÁDY NA VLASTNOSTI ERYTROCYTŮV U POTKANŮV A U LUDÍ

Radošinská J., Bernátová I., Púzserová A., Bališ P., Kluknavský M., Frimmel K., Horváthová M., Muchová J., Vidošovičová M., Jasenovc T.

08.45 OPAKOVANÁ KRÁTKODOBÁ EXPOZICE HYPEROXII SNIŽUJE RESPIRACI PLICNÍCH FIBROBLASTŮV IN VITRO

Marková M., Dejmek J., Kripnerová M., Čedíková M., Babuška V., Bolek L., Kuncová J.

09.00 SALIVÁRNA DNÁZOVÁ AKTIVITA A ORÁLNE ZDRAVIE

Drobná D., Janovičová L., Gromová B., Celecová V., Celec P.

09.15 POHLAVNÉ ROZDIELY V PLAZMATICKEJ DNÁZOVEJ AKTIVITE U EXPERIMENTÁLNYCH ZVIERAT

Janovičová L., Gromová B., Drobná D., Domonkos E., Borbélyová V., Hodosy J., Celec P.

09.30 ROLE NEUTROFILNÍHO S GELATINÁZOU ASOCIOVANÉHO LIPOKALINU V BUNĚČNÉM POŠKOZENÍ PROXIMÁLNÍCH TUBULÁRNÍCH BUNĚK

Roušar T., Hauschke M., Roušarová E., Čapek J., Handl J., Báčová J.

PROGRAM

09.45 ASOCIÁCIA PREŽÍVANIA PACIENTOV S KOLOREKTÁLNÝM KARCINÓMOM S EXPRESIOU HODINOVÝCH GÉNOV

Hasáková K., Vicián M., Reis R., Zeman M., Herichová I.

10.00 ZMENY V METABOLIZME MASTNÝCH KYSELÍN V BUNKOVOM MODELI PARKINSONOVEJ CHOROBY

Holič R., Pokusa M., Gajdoš P., Čertík M., Král'ová-Trančíková A.

10.15 MARCM SYSTEM - A POWERFUL GENETIC TOOL FOR TISSUE HOMEOSTASIS STUDIES IN DROSOPHILA MELANOGASTER

Rouhová L., Kučerová L., Sidorov R., Žurovec M.

10.45 - 11.30 PŘESTÁVKA NA KÁVU

**11.30 - 12.30 POSTEROVÁ SEKCE II - Koridor UNIMEC
NEUROFYZIOLOGIE, METABOLISMUS, BUNĚČNÁ FYZIOLOGIE**

13.15 - 14.15 PŘESTÁVKA NA OBĚD

**14.30 - 16.45 PŘEDNÁŠKOVÁ SEKCE V - Modrá posluchárna UNIMEC
NEUROFYZIOLOGIE II**

PŘEDSEDAJÍ: prof. MUDr. Richard Rokyta, DrSc.
doc. MUDr. František Vožeh, CSc.

14.30 STANOVENÍ PRODUKTŮ POKROČILE GLYKACE PŘED A PO TERAPII AKUTNÍ A CHRONICKÉ BOLESTI

Rokyta R., Lejško J., Houdek K., Trefil L., Nedvídek J., Holeček V.

14.45 ONTOGENEZE CIRKADIÁNNÍCH HODIN A JEJICH SYNCHRONIZACE

Čečmanová V., Sumová A.

15.00 SYNCHRONIZACE CIRKADIÁNNÍCH HODIN V HIPOKAMPU

Šuchmanová K., Shrestha T. Ch., Ralph M. R., Sumová A.¹

15.15 INDUKCE CELULÁRNÍHO EDÉMU MOZKU OVLIVŇUJE ENERGETICKOU HOMEOSTÁZU U LABORATORNÍCH POTKANŮ.

Kozler P., Marešová D., Pokorný J.

- 15.30 ÚLOHA OXYTOCÍNOVÉHO RECEPTORA V REGULÁCIÍ CYTOSKELETU NEURONÁLNYCH BUNIEK**
Bakoš J., Zaťková M., Reichová A., Bačová Z.
- 15.45 PROPUSTNOST HEMATOENCEFALICKEJ BARIÉRY PŘI AKUTNÍ MOZKOVÉ ISCHÉMII**
Kala D., Svoboda J., Pošusta A., Lisý J., Šulc V., Tomek A., Marusič P., Jiruška P., Otáhal J.
- 16.00 ZÁPALOVÉ PARAMETRE A BDNF U NOVODIAGNOSTIKOVANÝCH PACIENTOV SO SKLERÓZOU MULTIPLEX**
Vlček M., Penesová A., Imrich R., Mravcová M., Hlaváčová N., Turčáni P., Kollár B., Ježová D.
- 16.15 FLIM ANALÝZA VNÚTROBUNKOVÝCH ZMIEN SÚVISIACICH S ROZVOJOM PARKINSONOVEJ CHOROBY NA BUNKOVOM MODELI**
Pokusa M., Holič R., Král'ová-Trančíková A.
- 16.30 PLASTICITA DOSPELÉHO MOZGU A JEJ VZŤAH K SPEVU U SPEVAVCOV**
Polomová J., Lukáčová K., Niederová Ľ.

14.30 – 16.45 PŘEDNÁŠKOVÁ SEKCE VI – Učebna UNIMEC VARIA
PŘEDSEDAJÍ: prof. RNDr. Michal Zeman, DrSc.
doc. MUDr. Jan Heller, CSc.

- 14.30 ODLIŠNÁ REAKCIA CIRKADIÁNNYCH RYTMOV KARDIOVASKULÁRNYCH UKAZOVATEĽOV NA TLMENÉ SVETLO V NOCI U NORMOTENZNÝCH A SPONTÁNNE HYPERTENZNÝCH POTKANOV**
Zeman M., Okuliarová M., Sutovská H., Molcan L.
- 14.45 EXPOZÍCIA TLMENÉMU SVETLU V NOCI MENÍ DENNÝ RYTMUS A DISTRIBÚCIU LEUKOCYTOV V CIRKULÁCIÍ POTKANOV**
Okuliarová M., Hodoňová N., Zeman M.
- 15.00 VPLYV BIOLOGICKEJ PROTIZÁPALOVEJ LIEČBY NA KONCENTRÁCIU EXTRACELULÁRNEJ DNA PRI REUMATOIDNEJ ARTRITÍDE**
Illéssová J., Mlynáriková V., Celec P., Vlková B.
- 15.15 AKTIVITA DNÁZY U PACIENTIEK S PREEKLAMPSIOU A BEZ PREEKLAMSPIE**
Konečná B., Kacerovský M., Kalousová M., Sysák R., Celec P., Vlková B.

PROGRAM

- 15.30 FYZIOLOGICKÝ PROFIL OSOBNÍCH OCHRÁNCŮ POLICIE ČESKÉ REPUBLIKY**
Heller J., Kinkorová I., Coufalová K., Vodička P., Mejsnar P.
- 15.45 POSOUZENÍ TĚLESNÉ KONSTITUCE A SLOŽENÍ TĚLA U OSOBNÍCH OCHRÁNCŮ POLICIE ČESKÉ REPUBLIKY**
Kinkorová I., Mejsnar P., Heller J., Vodička P.
- 16.00 POROVNÁNÍ BIOELEKTRICKÉ IMPEDANCE A PLETYSMOGRAFIE U SPORTOVců A NESPORTOVců**
Coufalová K., Komarc M., Cochrane D. J.
- 16.15 REDUCTION OF LUNG INFLAMMATION AND OXIDATIVE STRESS BY THE PDE4 INHIBITOR ROFLUMILAST IN EXPERIMENTAL MODEL OF ACUTE LUNG INJURY**
Košútová P., Mikolka P., Kolomazník M., Čalkovská A., Mokrý D.¹
- 16.30 PREPELIČIA CHORIOALANTOICKÁ MEMBRÁNA AKO EXPERIMENTÁLNY IN VIVO MODEL**
Máčajová M., Buríková M., Čavarga I., Bizik J., Valachovič M., Bilčík B.
-

- 18.30 – 19.00 SPOLEČENSKÝ VEČER – ŠAFRÁNKŮV PAVILON – Aula**
KONCERT – Duo HARP&VOICE
- 19.15 SPOLEČENSKÝ VEČER – ŠAFRÁNKŮV PAVILON – Menza**
RAUT
-

ČTVRTEK 8. 2. 2018

- 09.00 – 10.45 PŘEDNÁŠKOVÁ SEKCE VII – Modrá posluchárna UNIMEC**
KARDIOVASKULÁRNÍ FYZIOLOGIE II
PŘEDSEDAJÍ: doc. MUDr. Markéta Bébarová, Ph.D.
RNDr. Jan Neckář, Ph.D.
- 09.00 ISCHEMICKÁ TOLERANCE SRDCE SPONTÁNNĚ HYPERTENZNÍCH POTKANŮ SE ZVÝŠENOU EXPRESÍ C-REAKTIVNÍHO PROTEINU.**
Neckář J., Papoušek F., Farkašová V., Vecka M., Šilhavý J., Ravingerová T., Pravenec M., Kolář F.

- 09.15 Vliv aktivace epoxygenázové signální dráhy na akutní ischemickou toleranci srdce a rozvoj chronického srdečního selhání po infarktu myokardu u ren - 2 hypertenzních potkanů**
Hrdlička J., Sedláková L., Husková Z., Alánová P., Hammock B. D., Imig J. D., Červenka L., Kolář F., Neckář J.
- 09.30 Na plicní hypertenzi vyvolané tlakovým přetížením levé srdeční komory u laboratorního potkana se podílí vazokonstrikce a remodelace plicních cév**
Odintsov I., Chovanec M., Baňasová A., Vízek M., Herget J.
- 09.45 THE ROLE OF RENAL VASCULAR REACTIVITY IN THE DEVELOPMENT OF RENAL DYSFUNCTION IN MODEL OF CONGESTIVE HEART FAILURE**
Krátký V., Kopkan L., Sadowski J., Červenka L.
- 10.00 Funkční dopad mutací T309I a R562S asociovaných se syndromem dlouhého QT typu 1**
Bébarová M., Šatková J., Šedová L., Švecová O., Hošek J., Novotný T.
- 10.15 Přepočítání velikosti iontových proudů na hustotu proudu: je vždy racionální?**
Kula R., Bébarová M., Šimurda J., Pásek, M.
- 10.30 Pokles kardiorepirační kapacity zdravých osob v závislosti na věku**
Novák J., Štork M., Zeman V.

09.00 – 10.30 PŘEDNÁŠKOVÁ SEKCE VIII – Učebna UNIMEC
METABOLISMUS II
PŘEDSEDAJÍ: prof. RNDr. Dalibor Kodrík, CSc.
doc. MUDr. Jitka Kuncová, Ph.D.

- 09.00 Účinek neuromuskulárních toxinů v hmyzím těle a obranné reakce řízené adipokinetickým hormonem**
Kodrík D., Shaik A. H., Weyda F., Elsnicová B., Žurmanová J.
- 09.15 FUNCTIONAL CHARACTERIZATION OF CONCENTRATIVE NUCLEOSIDE TRANSPORTER 2 (CNT2) IN DROSOPHILA MELANOGASTER**
Maaroufi H. O., Vieira L. C., Lin Yu-Hsien, Zurovec M.

PROGRAM

**09.30 AKTIVOVANÉ MAKROFÁGY OVLIVŇUJÍ SYSTEMICKÝ METABOLISMUS
PRODUKCI PROTEINU IMPL2**

Bajgar A., Šokčevićová H., Doležal T.

**09.45 CHARAKTERIZACE HEMOCYTÁRNÍCH METABOLICKÝCH ZMĚN
V PRŮBĚHU IMUNITNÍ ODPOVĚDI**

Krejčová G., Bajgar A.

**10.00 MAOA, COMT A 5-HTTLPR POLYMORFISMY, NOVOROZENECKÁ
STRESOVÁ REAKTIVITA A TEMPERAMENT VE TŘECH MĚSÍCÍCH**

Bajgarová Z., Bajgar A.

**10.15 POZITIVNÍ ÚČINKY MEZENCHYMÁLNÍCH KMENOVÝCH BUNĚK
NA IZOLOVANÉ PRASEČÍ KARDIOMYOCYTY V BEZKONTAKTNÍ
KOKULTUŘE**

Miklíková M., Jarkovská D., Čedíková M., Švíglerová J., Kuncová J.,
Nalos L., Kubíková T., Liška V., Holubová M., Lysák D., Králíčková M.,
Vištejnová L., Štengl M.

11.00 ZÁVĚR KONFERENCE – Modrá posluchárna UNIMEC

Vyhlášení výsledků Soutěže o nejlepší přednášku mladých vědeckých
pracovníků do 35 let (ČFS)

Vyhlášení výsledků Soutěže o nejlepší poster mladých fyziologů (SFS)

**POSTEROVÁ SEKCE I – Koridor UNIMEC
KARDIOVASKULÁRNÍ FYZIOLOGIE, VARIA, VÝUKA**

- 1. VEKOVO ZÁVISLÝ PROTEKTÍVNY ÚČINOK KVERCETÍNU VOČI ISCHEMICKO-REPERFÚZNEMU POŠKODENIU IZOLOVANÉHO SRDCA POTKANA**
Barteková M., Ferenczyová K., Barančík M., Pancza D., Ravingerová T.
- 2. IZOLÁCIA EXTRACELULÁRNYCH VEZIKÚL Z RÔZNYCH TYPOV SRDCOVÝCH BUNIEK: METODOLOGICKÁ ŠTÚDIA**
Ferenczyová K., Koncsos G., Nagy C., Jelemenský M., Okruhlicová L., Görbe A., Ferdinandy P., Giricz Z., Barteková M.
- 3. BENEFICIAL VERSUS DETRIMENTAL MOLECULAR MECHANISMS INDUCED BY CHRONIC EXERCISE IN THE RAT MYOCARDIUM**
Lonek L., Farkašová V., Griecsová L., Pokusa M., Ježová D., Ravingerová T.
- 4. AKUTNÍ VLIV SILDENAFILU NA INWARD RECTIFIER DRASLÍKOVÉ PROUDY KOMOROVÝCH BUNĚK POTKANA**
Macháček M., Bébarová M.
- 5. ZMENY EXPRESIE PROTEÍNOV TESNÝCH SPOJENÍ V SRDCI VYVOLANÉ BAKTERIÁLNYM LIPOPOLYSACHARIDOM**
Križák J., Frimmel K., Gáspárová Z., Okruhlicová L.
- 6. ÚČINOK OMEGA-3 POLYNENASÝTENÝCH MASTNÝCH KYSELÍN NA EXTRACELULÁRNÚ MATRIX A MEDZIBUNKOVÚ KOMUNIKÁCIU V SRDCI HYPERTENZNÝCH POTKANOV SO ZMENENÝM TYROIDNÝM STAVOM**
Sýkora M., Szeiffová Bačová B., Soukup T., Barančík M., Tribulová N.
- 7. VÝVOJ KRÁTKODOBEJ VARIABILITY TLAKU KRVÍ A PULZOVEJ FREKVENCIE NEDONOSENÝCH NOVORODENCOV**
Javorka K., Hašková K., Czippelová B., Zibolen M., Javorka M.
- 8. ARTERIÁLNA TUHOSŤ U DETÍ A ADOLESCENTOV S OBEZITOU – VPLYV PERIFÉRNEJ VASKULÁRNEJ REZISTENCIE A SYMPATIKOVEJ AKTIVITY**
Czippelová B., Turianiková Z., Lazarová Z., Krohová J., Javorka M.
- 9. KARDIOPROTEKTÍVNY ÚČINOK REMOTE ISCHEMICKÉHO PRECONDITIONINGU U SHR POTKANOV: ÚLOHA RISK SIGNÁLNEJ DRÁHY**
Farkašová V., Griecsová L., Muráriková M., Čarnická S., Lonek L., Ferko M., Adameová A., Ravingerová T.

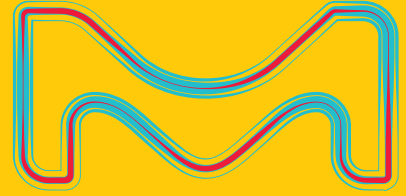
- 10. KOMBINACE DEHYDROEPIANDROSTERONU A SIMVASTATINU NEMÁ ADITIVNÍ ÚČINEK V REDUKCI HYPOXICKÉ PLICNÍ HYPERTENZE U KRYS.**
Krása K., Vajnerová O., Ďurišová J., Rašková M., Hampl V.
- 11. KARDIOPROTEKTIVNY ÚČINOK ČERVENÉHO PALMOVÉHO OLEJA A OMEGA-3 POLYENASÝTENÝCH MASTNÝCH KYSELÍN U POTKANOV ZA RÔZNYCH PATOFYZIOLOGICKÝCH PODMIENOK.**
Szeiffova Bacova B., Sykora M., Egan Benova T., Soukup T., Tribulova N.
- 12. BIOENERGETICKÁ A PROTEOMICKÁ ANALÝZA SRDCOVÝCH MITOCHONDRÍ V PROCESOCH FUNKČNEJ ADAPTÁCIE MOYKARDU**
Ferko M., Kancirová I., Jašová M., Andelová N., Budinská P., Szeiffová Bačová B., Farkašová V., Kuncová J., Marková M., Ravingerová T., Waczulíková I.
- 13. VPLYV KAROTENOIDOV NA EXPRESIU KONNEXÍNOV LAVEJ KOMORY SRDCA POČAS ZÁPALU.**
Frimmel K., Sotníková R., Navarová J., Križák J., Okruhlicová L.
- 14. MELANOMA GROWTH IN MICE IS ACCOMPANIED BY CHANGES IN PERIPHERAL AND CENTRAL INFLAMMATORY STATUS**
Horvathova L., Tillinger A., Padova A., Mravec B.
- 15. EXPRESIA SURFAKTANTOVÝCH PROTEÍNOV V PLÚCACH EXPONOVANÝCH ENDOTOXÍNU**
Nová Z., Vidomanová E., Kolomazník M., Kopincová J., Žila I., Mokrý D., Škovierová H., Halašová E., Čalkovská A.
- 16. VÝUKA PRAKTICKÝCH CVIČENÍ FYZIOLOGIE MAGISTERSKÝCH PROGRAMŮ NA LÉKAŘSKÉ FAKULTĚ V HRADCI KRÁLOVÉ**
Lotková H., Kučera O., Červinková Z.

POSTEROVÁ SEKCE II – Koridor UNIMEC
NEUROFYZIOLOGIE, METABOLISMUS, BUNĚČNÁ FYZIOLOGIE

- 1. VLIV PRENATÁLNÍ APLIKACE METAMFETAMINU NA VZNIK PŘÍZNAKŮM PODOBNÝM ADHD**
Ochozková A., Mihalčíková L., Yamamotová A., Šlamberová R.
- 2. THE IMPACT OF NEONATAL METHAMPHETAMINE ON SPATIAL LEARNING AND MEMORY OF FEMALES IN ADULTHOOD**
Hřebíčková I., Ševčíková M., Šlamberová R.

3. **PROFIL ACYLKARNITÍNŮ V SUCHÉJ KVAPCE KRVI U DETÍ S PAS**
Vidošovičová M., Babinská K., Hnilicová S., Addová G., Górová R., Waczulíková I., Siklenková L., Lakoštíková G., Ostatníková D.
4. **VPLYV PATERNITNEJ EXPOZÍCIE METAMFETAMÍNOM NA VÝVOJ POTKANÍCH MLÁĎAT**
Mihalčíková L., Ochozková A., Šlamberová R.
5. **ACUTE STRESS INCREASES EXPRESSION OF AMYLOID PRECURSOR PROTEIN IN MICE**
Padová A., Vargovič P., Mravec B.
6. **ASENAPINE DOES NOT INFLUENCE FOSB/ Δ FOSB EXPRESSION IN THE HYPOTHALAMIC PARAVENTRICULAR NUCLEUS NEURONS**
Osacka J., Kiss A.
7. **VPLYV PRENATÁLNEHO TESTOSTERÓNU NA 2D:4D U POTKANOV**
Suchoňová M., Borbélyová V., Domonkos E., Hodosy J., Celec P.
8. **OXYTOCÍNOM VYVOLANÉ ZVÝŠENIE VNÚTROBUNKOVEJ KONCENTRÁCIE VÁPNIKA V HYPOTALAMICKÝCH R7 BUNKÁCH**
Bačová Z., Zaťková M., Reichová A., Srančíková A., Bakoš J.
9. **ÚČINKY INTERAKCIE OXYTOCÍNU A SILENCINGU MAGEL2 GÉNU NA NEURONÁLNY CYTOSKELET**
Srančíková A., Reichová A., Zaťková M., Bačová Z., Bakoš J.
10. **ROZDÍLNÁ ODPOVĚĎ OXYTOCINU NA AKUTNÍ PODÁNÍ METAMFETAMINU U JUVENILNÍCH SAMIC POTKANA PRENATÁLNĚ VYSTAVENÝCH STRESU A/NEBO DROZE**
Holubová A., Štofková A., Jurčovičová J., Šlamberová R.
11. **ZMENY SPÁNKOVEJ ARCHITEKTÚRY A ZVÝŠENÁ DENNÁ SPAVOŠŤ U PACIENTOV S ARTRÓZOU KOLENA**
Tokárová D., Donič V., Takáč P.
12. **HLADINY KORTIZOLU U NADANÝCH DETÍ V TESTOVEJ SITUÁCII A ICH VPLYV NA VÝKON – PILOTNÁ ŠTÚDIA**
Celušáková H., Laznibatová J., Janšáková K., Kyselíková K., Ostatníková D.
13. **IMPAIRED GLUCOSE METABOLISM IN PATIENTS WITH NEWLY DIAGNOSED MULTIPLE SCLEROSIS**
Adamová I., Penesová A., Vlček M., Imrich R., Havranová A., Siváková M., Turčáni P., Kollár B.

- 14. PILOTNÁ ŠTÚDIA POROVNANIA SPÁNKOVÝCH PARAMETROV U PACIENTIEK S DIABETOM A ZDRAVÝCH PACIENTIEK V GRAVIDITE.**
Gáborová M., Doničová V., Donič V., Grešová S., Štimmelová J., Bačová I.
- 15. HORMONÁLNÍ KONTROLA TRÁVENÍ U ŠVÁBA AMERICKÉHO, PERIPLANETA AMERICANA: MŮŽE BÝT ADIPOKINETICKÝ HORMON POUŽIT JAKO BIORACIONÁLNÍ PESTICID?**
Bodláková K., Kodrík D.
- 16. EFFECT OF AERUGINOSIN AND CAPSAICIN ON MOUSE CELLS IN VITRO**
Veselá I., Celá Kolísková P., Kuchařová V., Tomenendálová J., Hrouzek P., Cheel J., Doubek J.



MULTIPLEXOVÁNÍ BIOMARKERŮ

Malý objem vzorku ≠ malý objem získaných dat

Life Science divize Merck poskytuje kompletní řešení pro multiplexové analýzy proteinových biomarkerů pomocí respektované a stále oblíbenější a citovanější technologie xMAP®:

- Autorizovaný partner a distributor přístrojů firmy Luminex®
- Široká nabídka vlastních multiplexových kitů Milliplex® MAP
- Pokročilý SW pro vyhodnocení dat Milliplex® Analyst
- Zákaznický přístup, technická i aplikační podpora



MERCK

www.merckmillipore.com/immunoassays