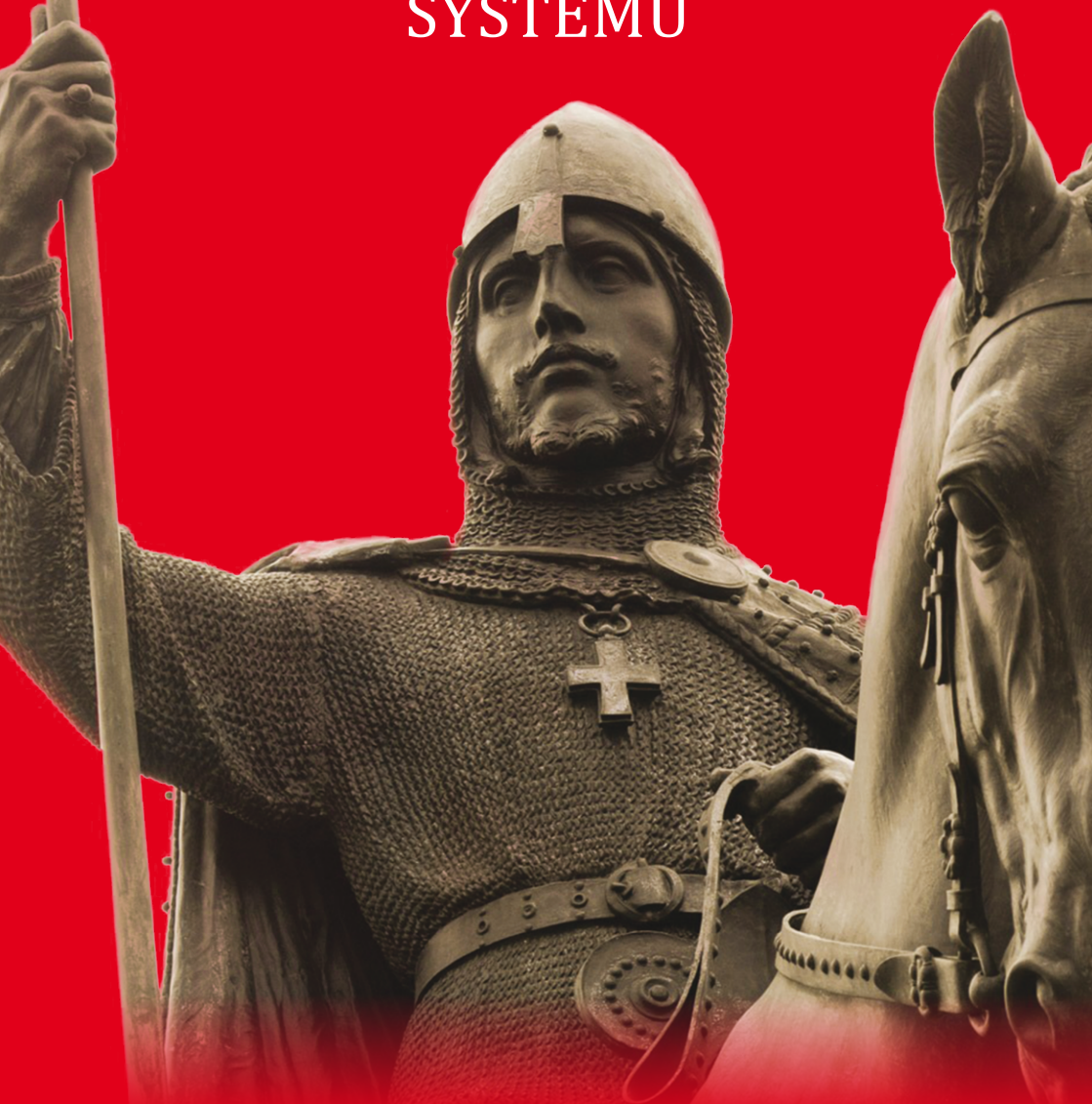


Kolektiv autorů

TRVALÉ ZDRAVÍ JAKO CÍL ZDRAVOTNÍHO SYSTÉMU



TRVALÉ ZDRAVÍ

JAKO CÍL ZDRAVOTNÍHO SYSTÉMU

Kolektiv autorů

Jiří Beran, Ivo Budil, Roman Cardal, Pynelopi Cimprichová,
Pavla Hájková, Kryštof Látal, Tomáš Lebenhart, Andrea Málková,
Jan Pirk, Pavel Pivrnec, Martin Jan Stránský, Anna Strunecká,
Denisa Sudolská, Jana Šmardová, Ladislav Špišák, Ivan Šrámek,
Alexandra Vosátková, Jan Žaloudík

Pavel Budinský (úvodní slovo)
Vladimír Vogeltanz (slovo závěrem)

Andrea Málková (editor)

Trvalé zdraví jako cíl zdravotního systému

Edice: Svatováclavská studia

Vydavatel: Společnost pro Svatováclavská studia, z.s.

Strahovské nádvoří 132/1, 118 00 Praha 1 - Hradčany

sss@ssszs.cz

Přední strana obálky: detail Pomníku svatého Václava v Praze

Editor: Andrea Málková

Sazba: Marta Zechová

Tisk: Tiskárna Helbich, a.s.

Vydání první, březen 2023, Praha

MK ČR E 24025

Vydání publikace podpořila společnost:

JIHOEXPRES AGRO

ISBN 978-80-908340-7-1

OBSAH

| | |
|--|----|
| Pavel Budinský: Úvodní slovo | 5 |
| Andrea Málková: Svobodná volba léčby v kontextu historie středoevropské medicíny | 7 |
| Martin Jan Stránský: Deset hlavních bodů, které dnes ovlivňují medicínskou praxi | 15 |
| Anna Strunecká: Civilizační nemoci a jejich účinná prevence | 19 |
| Jiří Beran: Infekční nemoci jako riziko pro lidské zdraví | 24 |
| Jana Šmardová: Co nás učí nádory | 31 |
| Jan Pirk: Od ranhojičství k vizím chirurgie budoucnosti | 40 |
| Pyneleopi Cimprichová: Léky v dnešním světě | 44 |
| Jan Žaloudík: Zdravotnictví pro lid a pro člověka | 48 |
| Ladislav Špišák: Fyzikální léčba ze zdrojů země | 56 |
| Pavla Hájková: Zdravé a nutričně hodnotné potraviny | 66 |
| Kryštof Látal: Holistický přístup k léčbě člověka | 75 |
| Alexandra Vosátková: Spolupráce čínské a západní medicíny | 80 |
| Tomáš Lebenhart: O medicíně | 84 |
| Roman Cardal: Medicína (zdravověda) nemá monopol na zdraví | 88 |
| Ivo Budil: Spiritualita v práci lékaře | 93 |

| | |
|---|------------|
| Ivan Šrámek: | |
| Inkluzivní neomarxismus ohrožuje zdraví člověka i celé společnosti | 98 |
| Denisa Sudolská: | |
| Politizace zdravotního stavu jedince jako forma nátlaku | 111 |
| Pavel Pivrnec: | |
| Kdo to všechno dnes platí | 116 |
| Kolektiv autorů: | |
| Témata k nápravě v oblasti péče o zdraví lidu a nástin jejich řešení | 122 |
| Vladimír Vogeltanz: | |
| Slovo závěrem | 134 |
| Hippokratova přísaha | 136 |
| Přehled autorů | 137 |

ÚVODNÍ SLOVO

Československá obec legionářská (ČsOL) se ustavila v lednu 1921 na Všelegionářském sjezdu v Národním domě v Praze-Karlíně. Sjezd byl zahájen v sobotu 15. ledna v 10 hodin, mimo jiné těmito slovy: „*Boj se zbraní v ruce jest skončen. Nyní nastává povinnost účelnou, rozumnou a promyšlenou prací zabezpečit republiku.*“

Proto se v éře první republiky ČsOL stala oporou demokratické republiky a nositelkou idejí, na jejichž základě za první světové války vstupovali dobrovolníci do řad československých legií. Vystupovala veřejně v zájmu demokratického vývoje, na obranu republiky a jejích institucí.

Za druhé světové války se značné množství legionářů z řad aktivních příslušníků armády i civilistů zapojilo do organizování odbojových organizací, z nichž mezi největší patřila *Obrana národa*. V zahraničním exilu působili legionáři, buď v československých zahraničních jednotkách, nebo pracovali pro československou exilovou vládu.

Na obranu demokratické republiky vystupovali legionáři i po osvobození. Nejvýraznější akcí byl manifestační sjezd pořádaný u příležitosti 30. výročí bitvy u Zborova v červenci 1947. Na tuto událost se sjelo přes 26.000 účastníků prvního i druhého odboje. Po únoru 1948 byla ČsOL likvidována a její členové násilně včleněni do nově ustaveného *Svazu protifašistických bojovníků* nebo odešli opět do emigrace.

Ke znovuobnovení legionářské obce, jako nejstarší odbojové organizace na území Československa, došlo v říjnu 1991, která se tak přihlásila k odkazu své prvorepublikové historie.

Jedním z významných bodů dnešní činnosti obce je péče o válečné veterány druhé světové války, III. odboje a novodobých zahraničních misí, včetně programu sociálně-zdravotní pomoci, který je plně hrazen z vlastních zdrojů spolku.

Málokdo si jako legionáři, kteří se zbraní v ruce pomáhali ustavit naši republiku, cení hodnoty zdraví. Je to důležitý předpoklad toho, abychom mohli náš vlastní život naplnit. A také, aby život v naší zemi mohl pokračovat, aby zdravá populace našich potomků měla svoji budoucnost.

Když jsem si prvně přečetl název tohoto sborníku tak mě napadlo, jestli pojem *trvalé zdraví* neznamena tak trochu *nesmrtelnost*. Ale při čtení jednotlivých příspěvků mi došlo, že autoři měli na mysli jiný význam. Každý člověk i zdravotní systém v naší zemi by se měli snažit, aby lidé byli po drtivou část svého života zdraví, tj. při síle, a když onemocní, tak aby se opět uzdravili a nikoliv se jen (dlouhodobě)

léčili. A také, že lidské zdraví je komplexním pojmem, který zahrnuje nejen fyzické zdraví, ale také zdraví emoční a duchovní. Je vždy třeba vidět celého člověka, nejen jeho jednotlivé orgány. A v neposlední řadě, že je třeba uznat každou cestu, která prokazatelně vede ke zdraví, bez ohledu na zájmy těch, kteří ze zdravotního systému bohatnou. Je proto rolí státu, aby takovému zdravotnímu systému otevřel dveře!

Rád bych se vrátil ke slově, kterými byl zahájen ustavující legionářský sjezd. Podobně, jako před sto lety, i dnes je klíčovým tématem obnova suverenity našeho státu, který potřebuje účelnou, rozumnou a promyšlenou práci. Velmi oceňuji způsob, jakým k tomu Společnost pro Svatováclavská studia systematicky přispívá.

Dovolte mi, proto, popřát tomuto novému svatováclavskému sborníku pozorného čtenáře s otevřenou myslí a nám všem pevné a trvalé zdraví!

*br. plk. v. v. MUDr. Pavel Budinský PhD., MBA
předseda Československé obce legionářské
Praha, 23. 3. 2023*

Andrea Málková: SVOBODNÁ VOLBA LÉČBY V KONTEXTU HISTORIE STŘEDOEVROPSKÉ MEDICÍNY

ZDRAVÍ

Při posuzování zdraví a zdravotnictví, dle nedávno provedené studie¹ se jen 20 % faktorů, které ovlivňují zdraví každého z nás, týká dostupnosti a kvality zdravotní péče. Zbývajících 80 % jde na vrub jiných okolností: sociálně ekonomických, enviromentálních a behaviorálních. Tj. nevyhovujícího bydlení, nezdravého stravování, nedostatečné pohybové aktivity či konzumace návykových látek.

Světová zdravotnická organizace (WHO)², definuje zdraví jako „**stav kompletní fyzické, mentální a sociální pohody, který nesestává jen z absence nemoci nebo vady**“. Absolutně znepokojivé bohužel je, že dle této WHO definice je klasifikováno 70-95 % lidí jako nezdravých. Další možný pohled na definici zdraví: **Zdraví je stav pohody, plné síly nebo celistvosti. Individuální zdraví je založeno na zdravé rodině, zdravé komunitě a zdravé společnosti.** Zdraví jednotlivé buňky závisí na celkovém zdraví osoby, podobně je to s jednotlivcem ve společnosti. Z obou definic naprosto jasně vyplývá, že zdravý člověk by v ideálním případě měl mít v rovnováze všechny složky zdraví (viz níže). **Propojenost jednotlivých složek a jejich vzájemné ovlivňování tvoří celkové zdraví.** Celková vnitřní rovnováha napomáhá odolnosti a možnosti reagovat na nepříznivé podněty.

- **Tělesné zdraví:** jedná se o biologické a somatické hodnoty. Můžeme zde zařadit pohybové dovednosti, fyziologické a anatomické změny, krevní tlak nebo hladiny určitých látek v těle. Péče o tělesné zdraví zahrnuje aktivní styl života, životosprávu a spánkovou hygienu.
- **Psychické zdraví:** Je subjektivní, jedná se o naše pocity, osobnost, energii, vitalitu, spokojenost, stabilitu, emoce, sebedůvěru a motivace. Péčí o duševní zdraví můžeme zlepšovat svoji rovnováhu a odolnost vůči stresovým situacím.
- **Sociální zdraví:** Zde je přiřazena také složka ekonomická, například pracovní výkon, vzdělání, finanční zdraví, soběstačnost, volný čas, rekreace, mobilita, sociální interakce, uplatnění. Naše interakce se světem kolem nás, ať už v podobě vztahů, práce nebo našeho zařazení do společnosti, má vliv nejen na pocit štěstí, ale i na naše celkové zdraví.

- **Spirituální zdraví:** Tvoří důležitou složku zdraví a můžeme ji chápat nad rámec klasického pojetí náboženství. Pocit, že jsme nedílnou součástí něčeho, co nás přesahuje. Můžeme tak chápat vztah k přírodě, nebo k rituálům, které nám symbolicky dávají pocit sounáležitosti s vyšším celkem.³

Opak zdraví „*ne-moc*“ má svůj smysl, i když si to mnohdy neradi přiznáváme. Je pro nás často velkou výzvou. Někdy se dá vyléčit, někdy odezní bez léčby, jakmile splní svůj účel, jindy se z ní stane přísný učitel, který nás vleče cestou života.

ZDRAVOTNICTVÍ

Zdravotnictví je systém organizace zdravotní péče a zajišťování veřejného zdraví. Velká část populace vnímá zdravotnictví pouze jako **systém péče o nemocné**. Mnohem **efektivnější**, jak praví i definice, je **zdraví udržovat než nemocné léčit**. Například lékaři ve staré Číně byli placeni za to, že na základě individuální diagnostiky podstatnou měrou přispívali k udržení zdraví svých pacientů dříve, než se nemoc projevila na tělesné úrovni. Pokud však pacient přesto onemocněl, lékař byl povinen svého pacienta léčit zdarma. Dnešní terminologií bychom to mohli nazvat prevence. Nicméně je třeba podotknout, že ne prevence plošná, z pozice moci nařízená, ale **prevence vycházející z iniciativy jedince**, který si je vědom každodenní zodpovědnosti za své zdraví a investuje do něj. V současném systému zdravotní péče se většinou jednotlivec nemá možnost poradit s lékařem na téma udržení svého zdraví pomocí přírodních postupů např. fyto terapie. Lékař není v těchto oborech vzdělán a je zdravotnickým systémem tlačěn pouze do pozice vykonavatele normované „*péče o nemocné*“. Pojdme si společně ve zkratce projít historii medicíny, optikou determinovanou naší historií, abychom pochopili cestu, kterou si tento obor za posledních 3.000 let prošel a také důvody, proč je dnes v západním světě zcela dominující směr takzvané „*evidence based medicine*“, tj. medicíny založené na důkazech.

VÝVOJ ZÁPADNÍ MEDICÍNY

Základy současné medicíny položil řecký lékař **Hippokrates** (460-377 př.n.l.). Jeho jméno je spojováno s textem obsahujícím základní etické principy lékařského povolání (tzv. Hippokratova přísaha). Léčil stravou a změnou životního stylu. Další z jeho následovníků **Galenus** (131-200 n.l.) navíc významně zohledňoval také vliv konkrétních povahových vlastností člověka na stav jeho organismu. K velikánům medicíny můžeme přiřadit také perského filosofa, lékaře a polyhistora **Avicennu** (980-1037 n.l.), jehož *Kánon medicíny* patřil k základním dílům západního lékařství do konce 17 století. Za svého života byl za své názory a učení perzekuován a pronásledován. Z jeho učení ve svých počátcích vycházel švýcarský lékař **Paracelsus** (1493-1541) - alchymista, astrolog a lékař, známý pro většinou lidí rčení „*Lékař léčí a příroda uzdravuje*“. „Pravé umění léčitelské“ studoval nejen u doktorů, ale i u lazebníků, lázeňských, ranhojičů, kořenářek, alchymistů, v kláštrech, u moudrých i prostáček. Také on vstoupil do dějin jako neotřelá osobnost, která se vyhýbala všem normám obvyklého léčení. Ve svých 34 letech před univerzitou v Basileji spálil dříve zmíněný *Kánon medicíny*, pro tehdejší medicínu dílo posvátné. Byl to svatokrádežný a riskantní čin. Paracelsus se tak osvobodil od tradičního

pojetí medicíny. Společným jmenovatelem pro práci všech těchto ikon medicíny bylo **dokonalé pozorování, zkoumání a pochopení problému v celé jeho celistvosti**. Ne jen pouhé následování svých předchůdců, ale vlastní zkušenost.

Před příchodem křesťanství, dominovala v našich zeměpisných šířkách staroslovanská polyteistická kultura – uctívání více bohů. Mimo božstev uctívali **staří Slované** také například přírodní objekty, posvátné stromy, prameny, nadpřirozené bytosti nebo duše předků. Praktikování specifických rituálů na silových místech je udržovalo dlouhodobě v dokonalém spojení s přírodou – **zůstávali součástí celku**. Moudrost slovanské kultury byla obsažena ve védách. Původní slovanské poznání, obřady, léčitelství a tradice byly potlačeny během procesu christianizace. Slované měli cyklus nazývaný „*Kruh života*“. Tento cyklus trvá **144 roků**. Právě toto období se **považovalo za délku života**. V lidském těle vnímali devět energetických center, které známe z východní medicíny pod názvem čakry. Největší důraz v péči o své zdraví kladli na dostatek spánku, stravu a pohyb. Věřili, že zdraví těla závisí na zdraví duše a myšlenky ovlivňují zdraví člověka. Svoje praktické znalosti o fungování přírody, které získávali při celoročním obdělávání půdy, kde se nezbytně museli dostat do souladu s cyklem ročních období, dalšími významnými rytmy a vzorci vesmíru, je bezpečně naučilo pochopit podstatu přírodních jevů a mělo zásadní vliv na jejich zdraví a kvalitu života.

Převládnutím náboženského modelu **raného křesťanství** v našich zemích došlo ke změně formy spojení s nebesy, prostředníkem se namísto mnoha božstev nově stal jeden Bůh. **Novodobé křesťanství** následně přispělo k úplnému **oddělení nebeské říše od člověka**. Prostředníkem mezi Bohem a člověkem se stal kněz. Země a nebe byly rozděleny do dvou zcela oddělených světů. Došlo k zásadnímu rozkolu mezi posvátným a světským, mezi nebem a zemí a také mezi životem a smrtí.

Další změna nastala s úpadkem starých feudálních království koncem 16. století. Díky rostoucímu vlivu městských aglomerací byli **lidé odděleni od rytmů přírody**.

V 17. století se stal matematik Descartes zvěstovatelem **vědecké revoluce**. Jeho úvod do analytického a reduktivního způsobu uvažování vytvořil základ nové filozofie vědy, jež se stala i filozofií moderní medicíny. Vědecká revoluce způsobila globální **nástup filosofie materialismu**. Je založena na předpokladu oddělení člověka od přírody, kde základem je **pouze hmota**. Ta může být rozebrána a zkoumaná do nejmenších myslitelných prvků. Fyzik Roger Jones se k Descartesovu dědictví vyjádřil následovně: „*Jeho duch, který prořízl čistým řezem husté tkánivo primitivních záhad, také přetnul naše citové svazky s vesmírem*“. To je důvod proč modely léčby založené na pradávných principech a spojení s přírodou mohou po karteziánském rozkolu opět přispět k obnově celku. Historik vědy Joseph Needham navazuje: „*Harmonická spolupráce všech bytostí funguje na základě skutečnosti, že všechny bytosti jsou částmi v hierarchii celku a vytvářející kosmický organický model. Lidská bytost je tvořena silami země a kosmu a nemůže*

být oddělena od přírody. Co je dobré pro přírodu, je dobré i pro člověka. Poškodit přírodu znamená poškodit člověka a naopak“.

V 18. a 19. století následovalo **období průmyslové revoluce**, které vytvořilo zcela nový model hodnotových žebříčků. **Věda** se stala **novým náboženstvím** a jeho kněžími se stali fyzikové, matematikové a inženýři. Velká část prostředků, získaná díky novým efektivnějším metodám výroby umožněné novými vědeckými objevy, byla investována zpět do rozvoje vědy. Obyvatelé Evropy nabyli dojmu, že člověk může řídit chod světa svou vlastní vůlí. Takové vědomí je již zcela odpojilo od závislosti na přírodních cyklech a duchovním společenství církve.

Nastupující materialismus začal významně ovlivňovat také medicínskou vědu. Přišel s předpokladem, že všechny jevy v těle jsou řízeny mechanickými zákony. Astronom a matematik Isaac Newton prohlásil *příčinu a následek* základní metodou výkladu celého materiálního světa. Tímto pohledem je **lidské tělo bez duše a ducha redukováno pouze na tkáň a orgány, buňky a molekuly**. Lékaři si proto mohli rozparcelovat člověka na jednotlivé části, na jejichž léčbu se potom specializují. Zaměřením se pouze na detail lokální „opravy“ těla ztratili lékaři celkový náhled na komplexní fungování organismu. Možné negativní vlivy nevhodné léčby se již lékař nedozvěděl, neboť jiný postižený orgán začal léčit jiný specialista, a to opět odděleně, bez zjišťování vlastní příčiny choroby. Materialistické chápání těla jako velké chemické továrny přineslo také zapojení průmyslové chemie do zdravotnictví a došlo tudíž k **výraznému rozvoji farmakoterapie**.

ZÚŽENÍ DEFINICE NEMOCI

Vědecká medicína potřebovala onemocnění takzvaně „zaškatalkovat“ dle projevových příznaků, aby mohla léčbu standardizovat. Mohl tedy vzniknout **doporučený postup léčby** pro danou nemoc zcela **oddělený od individuálních potřeb pacienta**. To v praxi znamená, že mají-li dva lidé určenu stejnou diagnózu, dostane se jim stejné léčby. Věda nastavila takové postupy, aby se dala léčba aplikovat v masovém měřítku. Materialistická filosofie stojí tedy jak za vznikem „masové“ průmyslové výroby, tak za aplikací **„masové“ medicíny**. Lékař, dříve pomocník a spojenec pacienta, se změnil v hrdinu, nositele odborných poznatků a vítěze nad nemocí. Lidé byli vychováváni ve víře, že pouze lékař zná příčinu nemoci a je schopen jej uzdravit chemickými léky a operačními technikami. Tím získal lékař absolutní monopol na zdraví.

PŘEROD MEDICÍNSKÉHO VZDĚLÁVACÍHO SYSTÉMU

Na počátku 20. století bylo v USA zhruba paritní zastoupení lékařských fakult s dominujícím materialistickým směrem, oproti celostně orientovaným. Nerovnováhu do tohoto systému vnesly korporátní nadace: Carnegie Foundation a Rockefeller Foundation, jejichž zakladatelé - oceláři a ropní magnáti - měli zájem na rozvoji nově vznikajícího farmaceutického průmyslu a zdravotní techniky. V roce 1910 bylo na doporučení AMA (American Medical Association - nové lékařské asociace napojené na korporátní nadace) uloženo ministerstvu zdravotnictví, poskytovat **finanční podporu** jen těm lékařským **fakultám**, které vyučují na základě tehdy

moderních vědeckých výzkumů. Univerzity specializující se na integrativní přístup ke zdraví byly z daného programu podpory školství vyloučeny. Díky tomuto silnému vnějšímu ekonomickému vlivu došlo brzy k výraznému převážení materialistického výukového systému nad celostním v poměru 80/20.

V dalším kroku byly školy zaměřující se na obory jako je přírodní léčba, fyto-terapie či homeopatie vytlačeny z hlavního proudu a vykázány do sféry lidového léčitelství a léčebné postupy byly nazvány metodami *non lege artis* (odborně ne- správný postup).

Silné politicko-ekonomické tlaky vedly následně k **zániku většiny celostně orientovaných škol.** Tento model akceptovaný vládami států se následně rozšířil také do Evropy. Vzdělávání se zaměřilo na pouhou výuku, která vede studenty spíše k pasivnímu přijímání, konformismu, než ke kladení otázek a spolupráci. Nedává možnost propracovat se k vlastnímu názoru a prověření přijatých hodnot a postupů. Zdravotníci jsou vyškoleni tak, aby dovedli ošetřit jednotlivé části těla, neexistuje však nikdo, kdo by pacientovi pomohl se pustit do rozuzlení jejich vzájemných souvislostí. Lidé začali být vychovávaní ve víře, že **pouze lékař zná příčinu** nemoci. Dalším prohlubováním vědeckých výzkumů nemocní i lékaři ztráceli víru v samoléčebné síly a začalo se věřit pouze odborníkům s vědeckým přístupem. Doktoři získali nad svými pacienty přímo nadpřirozenou moc a zařadili se mezi elitu.

ZÁSADNÍ NEDOSTATKY ZÁPADNÍHO MODELU MEDICÍNY

Vědecká (západní) medicína tedy v průběhu 20. století zcela vytlačila prapůvodní poslání medicíny, radit lidem, jak si udržet zdraví nebo jak se uzdravit. Poslání lékaře bylo bezmála degradováno na úroveň automechanika - opravovat co se porouchalo dle předepsaného manuálu. Tento přístup lze označit za zcela zásadní systémovou chybu celé západní medicíny - velmi detailní **zaměření se na následky, ne na příčiny.** Dalším nedostatkem takového systému je **odebrání moci nemocnému** a její předání praktickému lékaři a dalším specialistům. Celý tento mocensky nevyrovnaný vztah pacient - lékař změnil původně důvěrný vztah mezi lékařem a pacientem v neosobní vztah mezi dvěma cizími lidmi. Není také žádným tajemstvím, že i léty prověřené kvalitní léky nebo lékařské zákroky mohou mít nežádoucí vliv na zdraví a mohou způsobit tzv. iatrogenii - poškození lékařem, či jím doporučeným lékem. Nezpochybnitelně to vyjádřil nositel Pulitzerovy ceny mikrobiolog René Dubos: „*Paradoxem je, že i vyzkoušený lék se může stát příčinou nemoci*“. Posedlost detailem přivedla medicínu do stavu, kdy rozpitvala lidské tělo na prvočinitele a naproti tomu nebere v potaz člověka jako celek. **Duše byla oddělena od těla a nemoc od člověka.**

Znamená tento výše popsaný výčet nedostatků západní medicíny to, že současné zdravotnictví je nekvalitní? To v žádném případě. **Klasická medicína udělala v posledních letech obrovský pokrok.** Zdravotníci mají nezastupitelné místo v akutní medicíně, která je opravdu na špičkové úrovni, stejně jako transplantační medicína a operace kloubních náhrad, které významně zvyšují kvalitu života.

V těchto oborech je současná medicína zcela nezastupitelná. V chronických stavech však stále často selhává.

NEDEMOKRATICKÝ MODEL ZDRAVOTNICTVÍ

Většina z nás žije v představě, že vyspělá demokratická společnost by měla zajistit jednotlivci právo rozhodovat a určovat směr své životní cesty v souladu s ústavou a mezinárodními právy. V případě, že volba je komplikovaná a vyžaduje specifické znalosti, měl by systém mít povinnost zprostředkovat člověku dostatek informací, na základě kterých se může následně svobodně rozhodnout. Takhle to ale bohužel ve zdravotnickém systému nefunguje. **Občan** má povinnost přispívat do systému zdravotního pojištění, **nemá však možnost si určovat způsob preferované léčby**. Také díky materiálnímu dědictví z dob komunismu je léčba metodami západní medicíny v ČR jedinou možnou variantou hrazenou ze zdravotního pojištění.

Lépe jsou na tom naši západní sousedé (Německá spolková republika, Rakousko, Francie, Itálie, Švýcarsko), kde se **tradiční celostní postupy léčby zachovaly** a jsou stále zahrnuty do systému veřejného zdravotnictví. V těchto zemích stále existuje možnost svobodné volby, i když v omezené míře.

KRIZE ZÁPADNÍ SPOLEČNOSTI

- **Stojíme tváří v tvář krizi lidského zdraví, hospodářství, politiky a životního prostředí.** Všechny tyto krize od nás vyžadují kritický postoj k našim základním koncepcím, hodnotám a víře. Naše schopnost vyrovnat se s těmito problémy je zatížena naším materiálním světovým názorem.
- **Pojmenováváme pouze izolované problémy a přehlídíme vzájemné souvislosti.** Naše hodnoty a koncepční modely a vzory trpí jakousi nemocí. Žijeme pod tlakem, který nás nutí nedávat na veřejnosti najevo své city a potlačovat varovné signály těla. Ekonomický tlak také často vytěsňuje náš duchovní život.
- **Rodina** je dnes izolovaná od celku a výchova dětí je přísně individualistická. Řada rodičů hraje v životě svých dětí minimální roli. Místo abychom, okolní svět vnímali jako živý organizmus, vnímáme jej jako stroj, který existuje pro náš krátkodobý zisk a naše potřeby. Sami se velice často cítíme jako v ozubeném soukolí stroje, než jako buňka dýchajícího organismu naší planety země.
- **Naše životní úroveň** závisí na tom, jaké budou zdravotní podmínky na celém světě. Před chorobami nebudeme chráněni, pokud budeme zanedbávat etiku, morálku a zdraví celého společenství.
- **Svoboda lidstva** nebude úplná, pokud je blahobyt jednoho národa nebo státu založen na strádání nebo ovládání jiných národů.
- **Lékařství** definuje zdraví a nemoc. Vychází ze svých domněnek o podstatě života a o tom, co by mělo být pokládáno za lidské. V tomto smyslu **hraje úlohu**

velmoci. Přírodní tradiční postupy a filozofické koncepty v medicíně nemají být náhradou za západní lékařství, nýbrž dalším úhlem pohledu na lidský organismus. Tento pohled může vyvolat změnu v pořadí našich hodnot a preferencí.

KRIZE ZDRAVOTNÍ PÉČE

MUDr. H. R. Holman ze Stanfordské univerzity uvádí nedostatky západní medicíny a připomíná nutnost hledat nápravu ve filozofické a sociální sféře: *„Délka života se téměř nezměnila a proti tak rozšířeným chorobám, jako je zhoubné bujení a kardiovaskulární choroby, nejsou stále účinné léky. Základním příčinám nemocí způsobených vlivem prostředí a zaměstnání se téměř nevěnuje pozornost a péče... Jde zřejmě o krizi zdravotní péče, jak v jejích důsledcích na zdraví, tak i v nákladech. Některé výsledky medicíny jsou neuspokojivé ne proto, že by nebyly k dispozici technické možnosti, nýbrž proto, že naše koncepční myšlení není na úrovni.“*

NÁVRHY ŘEŠENÍ. ZMĚNA FINANCOVÁNÍ ZDRAVOTNÍ PÉČE A LÉKOVÁ BEZPEČNOST V ČESKÉ REPUBLICE

- Významně zvýšit množství preventivních programů v primární i sekundární péči.
- Zavést přírodní postupy do systému úhrad formou preventivních programů, které se mohou významně podílet na snížení nákladů ve zdravotnictví (!).
- Benefity pro zdravotnická zařízení nabízející preventivní programy a přírodní postupy.
- Benefity pro plátce zdravotního pojištění formou slev na pojištění pro pacienty, kteří minimálně zatěžují zdravotní systém.
- Regulace registračních poplatků za distribuci léčiv v ČR. Stanovit výšku poplatku dle velikosti farmaceutické firmy, tak aby na trh mohly vstoupit také menší společnosti nabízející léčiva vyráběná z přírodních surovin (pozn. Česká republika má jedny z nejdražších registračních poplatků v celé EU).
- Zřízení laboratoře kontrolující bezpečnost léčiv a vakcín při Státním ústavu kontroly léčiv SÚKL.
- Zavést lékovou soběstačnost státu. Zajistit výrobu základních léčiv vlastněnou státem.

SLOVO NA ZÁVĚR

Změna vždy začíná kladením radikálních otázek a její další průběh je nevyhnutelně provázen neklidem. Místo abychom dávali na svět záplaty, je potřeba je přetvořit. Je nutno se učit kritickému myšlení, učit se uvažovat o sobě, být i k sobě kritický, avšak vědom si své individuality a jedinečnosti. **Tím se vyhneme nebezpečí, že se budeme obracet výlučně na odborníky a doufat, že vyřeší naše obtíže za nás, a to ještě bez naší účasti.**

Pevně věřím, že tato útlá kniha dá podnět k revizi výše uvedených názorů a vytyčí nové perspektivy, jež pomohou definovat problematiku a navrhne některé strategické kroky ke změně systému.



Poznámky:

- 1) <https://www.zdravotnickydenik.cz/2017/01/je-pro-vase-zdravi-neco-zdravejsiho-nez-zdravotnictvi/>
- 2) <https://www.who.int>
- 3) <https://www.opatruj.se/dusevni-zdravi/health>
- 4) Harriet Beinfield, Efrem Korngold: *Between Haven and Earth A Guide to Chinese Medicine*, Random House Publishing, New York 1992

Martin Jan Stránský:

DESET HLAVNÍCH BODŮ, KTERÉ DNES OVLIVŇUJÍ MEDICÍNSKOU PRAXI

Kdo hledá odpověď na otázku, jaká je zodpovědnost lékaře v přístupu k léčbě a pacientovi, najde ji velice snadno. Stačí si přečíst Hippokratovu přísahu, které se každý lékař zavazuje svou věrností.

Jenže ještě důležitější je položit si tu správnou otázku. Lepší otázkou je: jaké jsou možnosti lékaře v naší společnosti týkající se přístupu k léčbě a k pacientovi a co je ovlivňuje nejmíc?

Abychom nezabředli do čisté filozofické debaty, rád bych uvedl devět klíčových bodů, které nejvíce ovlivňují dnešní lékařskou praxi moderní medicíny v postmoderní společnosti. V desátém bodu se pokusím o krátkou syntézu. Číním tak na základě své 40-leté praktické i pedagogické činnosti na třech kontinentech.

1. NÁRŮST TECHNOLOGIE

Bezespornu prvním bodem je dramatický nárůst v medicínské a výzkumné technologii na všech frontách. Dnešní léky, testy, technika, a hlavně přístup ke všem informacím jsou na takové úrovni, že se díky nim možnosti v praxi medicíny znásobily **za posledních 40 let více, než za předešlých 400 let.**

2. GLOBALIZACE

V souvislosti s prvním bodem se medicína stala skutečně transglobální. Do jisté míry se může lékař snažit udržet si „osobní“ přístup k pacientovi, ale pokud skutečně chce vědět to, co má, tedy „držet krok“ se vším, co se v medicíně děje, je dnes pod obrovským tlakem, aby se **neustále a pravidelně doučoval.** Prakticky řečeno, měl by umět anglicky, pravidelně číst nadnárodní žurnály a pravidelně se účastnit národních a nadnárodních lékařských sjezdů. To všechno vyžaduje značnou investici času i peněz.

3. NEROVNÉ ZNALOSTI

Ne všichni lékaři mají zmíněné možnosti, navíc zdaleka ne všichni jsou k tomu nuceni. Tím vznikají velké rozdíly ve znalostech mezi jedním a druhým lékařem, které jsou částečně dané i podmínkami k provozování medicíny v dané zemi. Například ve Spojených státech je povinné, aby lékaři každý rok doložili určitý počet hodin účasti ve formální výuce i sebevýuce. Kromě toho si ale všichni lékaři

musí **pravidelně** každých pět až deset let (dle specializace) znovu **obnovovat svou atestaci**. Není těžké si představit, jak by to dopadlo v České republice, kdyby 62-letý lékař na venkově, který prakticky nebyl nucen k ničemu, musel znovu zvládnout svou atestaci, kterou dostal před „revolucí“. Výsledkem toho je, že i přesto, že na úrovni globální medicíny jsou značné pokroky, mezi jedním a druhým lékařem jsou **obrovské rozdíly ve znalostech a praxi medicíny** na základě norem, požadavků a možností post-graduální výuky platných v dané zemi. V tomto smyslu jsou znalosti lékařů v medicínské praxi v mnoha případech stále regionální či „místní“.

4. NEROVNÉ PŘÍSTUPY

S předchozím bodem souvisí i přístup daného lékaře k diagnostice a léčbě. Obecně platí to, že čím lepší a sečtější lékař je, tím více si je vědom – či dokonce se řídí – tzv. evidence-based medicine. To znamená, že **se rozhoduje na základě jasně doložených a prokazatelně efektivních přístupů** a studií. Příkladem může být selektivní používání antibiotik jen pro určité typy či fáze infekčních onemocnění, jako např. u lymfské boreliózy. Oproti tomuto přístupu stojí lékaři, kteří léčí převážně na základě principu „*my to tady děláme takhle*“. Takovýto přístup nemusí být škodlivý, může ale znamenat odklon medicíny do jisté „provinčnosti“.

5. DIGITALIZACE A ELEKTRONIZACE

Společně s nárůstem digitalizace a její infiltrace do společenského myšlení automaticky vznikl tlak na digitalizaci veškerých informací, které mají jakoukoliv souvislost s péčí o pacienta. Výsledkem je, že ve většině moderních nemocnic nenajdete ani tužku, ani kartu pacienta. Většina studií dokazuje, že digitalizace všech dat ve zdravotnictví může být určitým přínosem, převážně v případech jako je telemedicina a transport dat, kde lékaři mohou efektivněji přímo zasáhnout a ovlivnit zdravotní péči tam, kde to dříve nebylo možné. Dalšími výhodami je centralizace všech dat (což přináší další problémy, jak eticky s daty zacházet) a lepší kontrola a přehled v receptech i terapii. Jenže co se týče celkového stavu zdravotní péče, do které patří i ten psychologický (jak ze strany pacienta, tak i lékaře), **digitalizace zdravotnictví je za vysokou cenu**. Kromě značné investice peněz a personálu do zavedení a udržování datových systémů a techniky, digitalizace zdravotnictví **deformuje vztah mezi lékařem a pacientem** tím, že tvoří nucenou závislost a upřednostňuje datové systémy před tím, než vůbec lékař může cokoliv praktikovat.

6. BRZDA REGULACE A ADMINISTRATIVY

Na základě neustále se rozšiřující digitalizace (dle předchozího bodu) a přístupu k informacím na jedné straně a vzhledem k posunu společenského vnímání týkajícího se celé řady otázek kolem pojmu „rovnosti“ a jejího dosažení pro všechny za každou cenu, prožívá moderní společnost **nevidaný nárůst regulací všeho typu**, které zasahují do každé části dnešního života. Ze všech oborů tento nárůst brzdí zdravotnictví nejvíce, a to až tak, že v EU jsou země, které utrací přibližně až **10 % výdajů** do zdravotnictví **jen na administrativu**, dokonce ve Velké Británii a USA stojí administrativa zdravotnictví neuvěřitelných **20 %, resp. 25 %** ze všech

finančních zdrojů věnovaných do této oblasti. **Důsledkem** tohoto trendu je **syndrom vyhoření**.

7. SYNDROM VYHOŘENÍ

Jedná se o stav, při kterém je **lékař přehlcen zbytečnou prací a regulacemi**, které mu čím dál tím více ztěžují způsob, jak by si představoval, že má praktikovat medicínu. Syndrom má jak své fyzické, tak i psychické symptomy, mezi které patří hlavně fyzická i psychická únava a deprese. Tento syndrom byl v minulém století téměř nevidán; podstatné je, že dnes se ve vyspělých zemích nejedná o žádnou výjimku. **Ve vyspělých se zemích** syndrom vyhoření týká zhruba **až 40 % všech lékařů**. Hlavním důvodem jsou dva předchozí body, tedy digitalizace medicíny, která absolutně změnila poměry týkající se jednání mezi lékařem a pacientem, a zvýšená regulace, která zasahuje do každého aspektu lékařské praxe. Dalšími důvody jsou zvýšená komplexnost péče, nucené krácení času s pacientem v rámci rostoucího počtu pacientů a pocit ztráty osobní svobody a možnosti nezávislého rozhodování. Dnes není moderní zdravotnické zařízení, které by svým lékařům nabízel, jak preventivní, tak i pomocné kurzy o tom, jak se vyhnout či překonat tento běžný fenomén.

8. KULTURA NÁROKOVÁNÍ

Jedná se o snad nejdominantnější bod ze všech, který vyplývá ze všech předchozích. Postmoderní společnost, zbavena tradičních každodenních hrozeb a ukolébaná do stavu, kdy stále více upřednostňuje komercialismus, osobní blaho a heslo „víc“, které má za svou hlavní mantru. S tím souvisí i následná psycho-kulturní poloha, při níž panuje **představa**, že každý má nejen **právo na vše**, ale **má na to „vše“ dokonce nárok** v rámci přirozeného upřednostnění vlastní individuality a osobního rozhodování. Výsledkem je pochopitelně stále **rostoucí vlna právních regulací a sporů**, při kterých se lidé domáhají toho „svého“. Zároveň vzniká nesčetný počet hnutí, od relevantních až k absurdním, jejichž misí je „chránit“ to „všechno“. Ve zdravotnictví se to týká všech variant morbidních lidských fyziognomií, všemožných genderových přístupů a přestupů, různých psychologických stavů a nemocí atd. Výsledkem je, že v mnoha případech se **lékaři cítí nejen zmatení**, ale čím dál tím více **utlačováni** tím, že jsou nuceni přemýšlet o tom, jestli se vůbec mohou pacienta zeptat na cokoliv specifického, a pokud ano, tak jak to zaobalit, aby z toho nevznikla stížnost či dokonce žaloba. Tento trend narůstá tím víc, jak člověk cestuje na západ; ve Spojených státech (např. v mé nemocnici na Yale) jsou přebujelá oddělení, která se věnují všem možným poruchám, jež souvisejí se „vztahem k pacientům“, zatímco každý lékař, bez ohledu na věk či zkušenost, je povinen každý rok absolvovat kurz o tom, jak nespáchat sexuální harašení. Pokud kurz neabsolvuje a neodpoví správně na otázky v testu, neobnoví se mu každoroční pracovní smlouva s nemocnicí. Tento požadavek platí pro všechny lékaře ve státu Connecticut.

9. NÁRŮST ALTERNATIVNÍ MEDICÍNY

Pod tento pojem bych, z důvodů dosažení pointy, zařadil vše, co nezapadá do tzv. evidence-based medicíny. Jedná se tedy o branži jako homeopatie, „pří-

rodní“ léčba, všemožné „doplňky“ zdraví, jako jsou například vitamíny apod. Nárůst využití těchto i dalších alternativních zdrojů zdaleka přesahuje jakýkoliv jiný růst v celé oblasti i historii zdravotnictví. **Jen co se týče minerálů a vitamínů, které lidé nepotřebují, ledaže mají vážnější nemoc, se v minulém roce utratilo ve světě přes dvacet čtyři miliard (24,200,000,000) dolarů.** Důvody tohoto trendu jsou komplexní; mohou za ně převážně již zmíněné body, převážně růst regulací, přesycení informacemi v rámci **přehlucující digitální informatiky a ztráta objektivní schopnosti k jejich posuzování.** Výsledkem je stále rostoucí nespokojenost a nedůvěra ke standardním léčebným přístupům ze strany veřejnosti, které jsou často vnímané jako omezující, restriktivní a neobjektivní. K tomu přispívá i stále měnící se doporučení ze strany zdravotnických organizací týkající se zavedených léčebných přístupů. Některé vychází ze studií k dosažení „lepší“ péče, jiné zas předchází doporučení mění o sto osmdesát stupňů. Příkladem může být denní dávka aspirinu k prevenci určitých nemocí anebo složení diety týkající se tuků a cholesterolu. Není tedy divu, že lidé vyhledávají jiné tradiční i netradiční řešení, ve kterých se mohou snadněji orientovat.

10. ZÁVĚR

Zdravotnictví a medicínská praxe patří mezi nejsložitější témata dnešní doby. Z trochu jiného pohledu, pokud se chcete dozvědět co nejvíce o dané společnosti v co nejkratším čase, podívejte se na to, jak funguje její zdravotnictví a jak provozují praxi její lékaři. Stejně faktory, které přispívají k proměně dnešní společnosti, přispívají k proměně lékařské praxe. V přímé souvislosti s nástupem digitalizace do zdravotnictví, přehlacením společnosti zbytečnou informatikou a odklonem od společenských priorit a upřednostňováním těch vlastních, **se zdravotnictví transformovalo z povolání, při jehož výkonu se má lékař převážně věnovat pacientovi, na práci, v níž každý pacient představuje pro lékaře povinnost,** aby především plnil veškeré normy a protokoly a dodržoval regulaci, která dnes s praxí medicíny souvisí. Tento posun vede k tomu, že dělí celý pojem „léčby“ na dvě části: tu empiricko-evidenční a tu psychicko-lidskou, přičemž přístup k „léčbě“ se čím dál tím více stává takovým, že upřednostňuje pouze tu první část na úkor té druhé. Tím **se dostala moderní medicína do zásadní nerovnováhy, která čím dál tím víc oddaluje člověka od jeho duše.** Téměř každý pacient se pozastaví nad tím, když se ho na konci jeho první návštěvy zeptám na to, jestli je šťastný. Odpověď často zabere víc času než celé předchozí vyšetření. Jenže kolik lékařů, s ohledem na osobní, časové a protokolní omezení, si může dovolit tuhle otázku položit? A kolik pacientů ji vůbec chce slyšet a probrat?

Článek byl publikován též v časopise Přítomnost dne 21. 3. 2022.



Anna Strunecká:

CIVILIZAČNÍ NEMOCI A JEJICH ÚČINNÁ PREVENCE

Civilizační nemoci (CN) postihují především obyvatele vyspělých a bohatých zemí, kde se současně zvyšuje délka života. Za jejich **příčinu se považují prohrěšky proti životnímu stylu, poruchy životosprávy, spánku, stres a nezdravé životní prostředí**. Do této skupiny obávaných nemocí patří diabetes 2. typu, hypertenze, ateroskleróza, infarkty myokardu, mozkové mrtvice, rakovina, obezita, Alzheimerova nemoc a další. Přes prudký rozvoj medicíny i farmakologie některou z CN trpí již 50 % dospívajících, 60 % osob středního věku a 90 % seniorů. Oficiální medicína hledá jednu příčinu nemoci a jednotlivé CN jsou doménou specialistů. Jedná se o nemoci, které se vyvíjejí nepozorovaně po dlouhá léta. Celostní medicína a alternativní přístupy ukazují, že některé patologické symptomy CN jsou stejné: záněty, poruchy metabolismu, oxidační stres a narušení činnosti hormonů. Nabízejí naději, že diety, doplňky stravy a zdravý životní styl můžou většinu symptomů CN kompenzovat a působit v jejich prevenci. Jako fyzioložka chci v tomto článku ukázat, že **společným jmenovatelem a příčinou CN je metabolický syndrom (MS)**. Přestože byl popsán již v šedesátých letech dvacátého století, WHO jej uznala a definovala teprve před několika lety. Kritéria MS lze vyšetřit v rámci prevence velmi snadno.

Člověk trpí MS pokud má **alespoň tři z uvedených kritérií**:

- obvod pasu nad 88 cm u žen a nad 102 cm u mužů;
- krevní tlak vyšší než 140/85 mm Hg;
- celková hladina cholesterolu v séru vyšší než 5,2 mmol/l;
- HDL-cholesterol: ženy nižší hodnoty než 1,3 mmol/l, muži pod 1 mmol/l;
- hladina glukózy v periferní krvi (glykémie) nalačno vyšší než 5,6 mmol/l;
- triglyceridy nad 1,7 mmol/l.

V současné době se boj proti CN zaměřuje především na sledování hladiny cholesterolu a užívání léků na její snížení.

JAK SE ZRODIL PŘESVĚDČENÍ O ŠKODLIVOSTI CHOLESTEROLU

Již na začátku minulého století vědci pozorovali, že onemocnění cév souvisí s poruchou ve struktuře jejich vnitřní stěny, kde se vytvářejí pláty s vysokým obsahem cholesterolu. Obsah cholesterolu byl asi 20krát vyšší než ve zdravých

cévách. Vznikl pojem ateroskleróza (arterioskleróza). Ruští vědci v Petrohradě upozornili na možnou souvislost vzniku aterosklerotických změn s příjmem cholesterolu ve stravě. Nikolaj Aničkov v roce 1913 vyvolal aterosklerózu u králíků cholesterolovou dietou. Pro další polovinu století tak vědci nabídli jednoduchou představu o tom, že nadměrný příjem cholesterolu je spojený s nebezpečím vzniku aterosklerózy, která je příčinou stále stoupajících počtů úmrtí. Strach z cholesterolu, který se podařilo vyvolat z obavy před onemocněním srdce a cév, vedl k masovému a úzkostlivému vyřazování nejenom másla, ale i vajec z jídelníčku. Avšak **cholesterol je naprosto nezbytný** a potřebný pro vytváření všech steroidních hormonů v lidském těle, **pro výstavbu buněčných membrán** a zejména pro vytváření a **udržování nervových vláken**. Uvážíme-li, že v mozku máme několik desítek kilometrů nervových vláken, pak je spotřeba cholesterolu značná. Steroidní hormony regulují metabolismus minerálů a vody a reakce organismu na stres. Z cholesterolu se v lidském těle vytvářejí také žlučové kyseliny, které pomáhají při trávení tuků. Avšak spojování cholesterolu s infarktem myokardu a onemocněním cév v průběhu minulého století v medicíně pevně zakotvilo. Dlouhodobé praktické zkušenosti však ukazují, že **ischemická choroba srdeční a infarkt myokardu** se objevují **i u pacientů**, kteří měli dlouhodobě **hladinu celkového cholesterolu pod doporučovaným limitem**.

Výzkumu metabolismu cholesterolu v lidském těle byla věnována veliká pozornost zejména od druhé poloviny minulého století. O tom svědčí i to, že za nové poznatky ohledně cholesterolu bylo uděleno 13 Nobelových cen!

STATINY

Po velmi rozsáhlém testování se v roce 1982 objevily na trhu **léky** určené **na snižování hladiny cholesterolu – statiny**. Statiny s názvy: simvastatin, pravastatin, fluvastatin, atorvastatin, rosuvastatin a pitavastatin se staly nejprodávanější skupinou léků, které užívají miliony lidí po celém světě. Skvěle se jim daří také u nás a v žebříčku nejužívanějších léků suverénně vedou. Po dlouholetém sledování účinnosti této terapie však nastává vystřízlivění. Ukazuje se, že **snižování cholesterolu zdravým lidem nepřináší výrazný užitek**, spíše způsobuje nežádoucí účinky (NÚ). Víc, než na cholesterol, dnes **lidé stůňou na léky proti němu**. Některé statiny musely být staženy z trhu. Na stránkách Googlu najdeme miliony odkazů na studie o NÚ statinů. Uvádějí je renomovaná pracoviště, jako je například klinika Mayo v USA. Ohroženy jsou především ženy a pacienti nad 65 let. Jedná se zejména o nevolnosti, průjmy nebo zácpy, bolesti svalů, poruchy činnosti jater, slinivky břišní, poruchy kognitivních schopností či sexuální dysfunkce.

Tyto **problémy** jsou u starších pacientů užívajících statiny zpravidla připisovány stárnutí, avšak jsou **způsobeny zásahem do metabolismu cholesterolu**, který tělo potřebuje pro zajištění mnoha důležitých funkcí. V laické veřejnosti se málo ví, že ten, kdo užívá statiny by se měl vyvarovat konzumaci grapefruitů, protože tato kombinace může vyvolat vážné poruchy v metabolismu jater a odbourávání léků.

NOVÝ VINÍK SRDEČNĚ-CÉVNÍCH NEMOCÍ – HOMOCYSTEIN

Jistý průlom do vžitých teorií o cholesterolu jako jednoznačném viníku srdečně-cévních (kardiovaskulárních) nemocí znamenala teorie, kterou přesvědčivě šířil Dr. Kilmer McCully. Za hlavního viníka při tvorbě sklerotických plaků v cévách označil homocystein. Svoji knihu nazval *Homocysteinová revoluce* (1967). I když zpočátku vyvolávala teorie o homocysteinu mnoho pochybností, její platnost a pravdivost byla potvrzena stovkami dalších studií a publikací z nejrůznějších laboratoří a klinik. **Homocystein** je v současné době považován za **jeden z hlavních ukazatelů rizika vzniku aterosklerózy** a koronárního srdečního onemocnění. Homocystein poškozují výstelku cév a působí zeslabení jejich stěn. Zasahuje také do srážení krve, což vede ke vzniku trombů a infarktů.

Homocystein vzniká z metioninu přijímaného potravou. Patologická situace nastane tehdy, když dojde k narušení rovnováhy mezi jeho syntézou a přeměnou na další aminokyseliny, což se nejčastěji děje v důsledku nadměrného příjmu potravin s metioninem a nedostatku kyseliny listové, vitamínu B₆ a B₁₂. Biochemické výzkumy a poznání procesů homocysteinového cyklu poskytují zdůvodnění, proč **trio vitamínů B₆, B₁₂ a kyseliny listové spolehlivě funguje v prevenci**.

Měli bychom tedy se stejnou důsledností přijmout poznatky o nebezpečí homocysteinu a **konzumovat vitaminy B₆, B₁₂ a kyselinu listovou**. Jejich užívání považují i za jednu ze svých rad, jak levně a účinně předcházet mnoha CN. Připravili jsme kombinaci těchto B vitamínů v podobě spreje, kterým můžeme aplikovat jejich vysoké dávky přímo pod jazyk¹. Jejich účinky byly ověřeny v mnoha klinických studiích.

Ačkoliv hladinu homocysteinu v plazmě lze považovat za jeden z hlavních ukazatelů rizika vzniku aterosklerózy a infarktu, v pozdějším věku i demence, není u nás její stanovení hrazeno žádnou pojišťovnou. Moje rada proto zní: **investujte do vyšetření hladiny homocysteinu alespoň jednou za dva roky**.

PŮSOBNÍ POHYBU

Současná věda umí vysvětlit, proč **pohyb působí jako ochrana** před mnoha chronickými CN. **Pravidelné cvičení** chrání před diabetem 2. typu, kardiovaskulárním onemocněním, před rakovinou kolorekta a prsu i před demencí. Cvičení má totiž protizánětlivý účinek. Studie a výzkumy lékařů a badatelů prokazují, že přílišné sezení vede k rychlejšímu stárnutí. Rizikové je sedět déle než 3 hodiny denně. Lidé, kteří sedí 8–12 hodin denně, mají zvýšené riziko vzniku diabetu dokonce o 112 %. Pohyb nemá pro člověka význam pouze jako prevence tloustnutí. Při pohybu se ve svalech vytvářejí hormony myokiny. Pacient nemusí rozumět mechanismům, jak a kde působí myokiny, ale měl by brát vážně výzvy k pravidelnému pohybu a sám na sobě pozorovat snižování objemu v pase, zmenšování břicha, příjemný pocit lehkosti a radosti z pohybu. Věřte, že takový pocit se dostaví již za několik dnů, pokud se rozhodneme důsledně a pravidelně chodit na procházky nebo cvičit třeba jednoduché sestavy cviků.

Každý, kdo si udržuje pohyb i v pozdějším věku, se cítí lépe fyzicky i psychicky. Je jenom třeba najít si koníčky a aktivity, které odpovídají omezeným možnostem jak dané doby, tak stárnoucího nebo únavou trpícího těla. To jsou třeba procházky, práce na zahradě podle svých možností, pro mnohé je to v současné době venčení psa i ve večerních hodinách. Pro hodně babiček a dědů je to alespoň občasná péče o vnoučata, radostný pohyb s nimi nebo chůze při vožení kočárku.

Pokud máte omezené možnosti pohybu, pohybujte alespoň těmi částmi těla, které to umožňují, najdete si některé cviky z jógy, cvičte protahování s ručníkem, zvedejte naplněnou láhev, nebo si také představujte, jak běháte a cvičíte jako dřív. Někteří badatelé tvrdí, že i při takových představách se urychlí dýchání, zvýší se krevní oběh a celkový metabolismus. Vyzkoušejte to.

DOBA JEDOVÁ

V posledních letech se výrazně zvýšil zájem laiků o zdravou výživu a zdravý životní styl. Přesto jsme často nuceni konstatovat, že naše civilizace se pohybuje v rozjetém vlaku, který nelze zastavit. Jako **příklad** můžeme uvést **používání umělého sladidla aspartamu**. Přes stovky vědeckých a klinických studií o jeho škodlivosti, se stále používá v tisících druhů potravin i léků a doporučuje se diabetikům místo cukru. Zastavení jeho výroby a používání by totiž vyvolalo ekonomickou krizi nepředstavitelných rozměrů. Lidé stále žijí v bezstarostnosti, že to všechno se dá nějak přežít a obejít, že prohrěšky vůči zdravému životnímu stylu v touze po pohodlí vyřeší moderní medicína se svými léky a umělými klouby.

Naše knížka o škodlivinách a toxinech v životním prostředí, potravinách, lécích a kosmetice Doba jedová se stala bestsellerem odborné a populárně naučné literatury v síti KNIHCENTRUM za rok 2011. Termín doba jedová se velmi rychle rozšířil mezi širokou veřejností i v médiích. V následujících letech se nás čtenáři i posluchači často ptali: Žijeme opravdu v době jedové?

Odpověď je jednoznačná a vědecky podložená. Chemici mají přesný a detailní seznam všech látek, které objevili v přírodě nebo nově syntetizovali, prozkoumali a popsali jejich chemické vlastnosti. V databázi nazvané CAS² má každý prvek a každá sloučenina svoje standardní číslo, pod kterým musí být při svém používání kdekoliv na světě evidována. V lednu 2021 bylo evidováno více než 163 milionů látek. Je tedy pochopitelné, že není v možnostech současné vědy a techniky provádět toxikologické studie všech známých látek. Toxikologové již po staletí vědí, že každá látka může být škodlivá v závislosti na jejím množství a na době, po kterou na člověka působí. Lidé také mají individuální citlivost. To, co škodí jednomu, nemusí zdánlivě škodit jinému. **Doba jedová je charakteristická tím, že na každého člověka působí různé směsi a kombinace látek, které nazýváme chemickými koktejly.** A v takových koktejlech může **malé množství jedné látky posilovat nežádoucí účinky jiné látky.**

PŘÍCHOD COVIDU-19

Koncem roku 2019 nikdo nevěděl, že existuje **nemoc covid-19**. Koronavirus, který ji vyvolává – SARS-CoV-2 – právě skočil mezi lidi a nebyl zatím v široké veřejnosti známý. Onemocnění brzy dostalo název covid-19 jako zkratkové spojení slov coronavirus disease (anglicky koronavirová nemoc) 2019. Na konci března 2020 se již covid-19 rozšířil do 170 zemí a bylo hlášeno více než 750.000 nemocných. Velmi rychle se stal středem zájmu společnosti po celém světě. Pandemie covidu-19 již v průběhu prvního roku vyvolala větší pozornost, než byly obávané infekční nemoci jako obrna, cholera, španělská chřipka či ebola. Avšak nový koronavirus stále představuje pro vědce a lékaře hádanky nebývalých rozměrů. Covid-19 velmi rychle zmobilizoval vědce a přispěl k integraci nejenom biologických disciplín a klinické medicíny, ale také k propojení biologických a sociálních stránek medicíny. Výrazným rysem doby covidové je „kovidizace“. I politika se stala medicínou v širokém rozsahu. Jedna z nejdůležitějších lekcí roku 2020 ukázala, že **největší riziko těžkého až fatálního průběhu** onemocnění mají **senioři, kteří trpí chronickou CN**. Veřejně se zdůrazňuje **význam zdravého životního stylu – zdravé výživy, pohybu a dostatečného spánku**.

STAČÍ MALÁ ZMĚNA

V zájmu prodloužení života se vyplatí dbát na rady k omezení rizika vzniku CN. Podstatně změnit životní styl a své zvyky je velmi těžké. Avšak desítky studií ukazují, že i **docela malé změny v životním stylu mohou vyvolat důležité změny**. Tak například sebemenší snížení tělesné hmotnosti o 2–5 % omezí riziko onemocnění o 16 %. I malé zvýšení fyzické aktivity (15–30 minut rychlé chůze, jízdy na kole nebo domácích prací) může snížit riziko CN o 10 %. Také snížení krevního tlaku o 5–10 mm Hg prý omezí relativní riziko úmrtí o 18 %, zejména u pacientů s diabetem. Preventivní užívání tria B vitaminů je dostupné pro každého.

Zamyslete se nad tím, proč je tak těžké dodržovat v každodenním životě pravidla, která by nám mohla prodloužit kvalitní život.

I proto jsme napsali řadu knížek, kde se čtenáři mohou dozvědět o možnostech zdravého životního stylu v každodenním životě. V době covidu jsme aktualizovali *Dobu jedovou* a vydali ji pod názvem *Doba jedová a covidová*. Aktualizovali jsme rovněž knížku *Babské rady profesorky Strunecké*. V té nalezne zvědavý čtenář i mnohé recepty na zdravé pokrmy, rady pro změny u seniorů, ale i přípravy na odchod a rozloučení se svými blízkými.



Poznámky:

- 1) www.strunecka.cz
- 2) <https://www.cas.org/about>

Jiří Beran: INFEKČNÍ NEMOCI JAKO RIZIKO PRO LIDSKÉ ZDRAVÍ

ÚVOD

Infekční nemoci s námi společně existují po mnoho tisíciletí. Velké objevy v minulém a předminulém století ukázaly, že **původci infekčních nemocí jsou drobné mikroorganismy**, tedy bakterie, viry nebo paraziti. Objev mikrobiálních původců infekčních onemocnění měl velký význam nejen pro léčbu, ale i především pro jejich prevenci. Jedním z preventivních směrů byl i **vývoj očkovacích látek**. Ty se i bez detailních znalostí mikroorganismů objevovaly již v předminulém století.

OBJEV OČKOVACÍCH LÁTEK A ANTIBIOTIK

Během celé historie lidstva museli lidé existovat společně s infekčními původci a museli se bránit různými způsoby vůči vzniku infekčních onemocnění. Tyto postupy byly zpočátku, při neznalosti mikrobiálních původců, většinou empirické. Vědělo se například to, že prodělání moru zanechává dlouhodobou a solidní ochranu. Racionální postupy zaměřené na celý epidemický proces (zdroj, cesta přenosu, vnímavý jedinec nebo populace) vznikaly teprve až se znalostí původců infekcí a jejich vlastností, které ukazovaly, zda se šíří vzduchem, vodou, krví, nebo zda jej přenášejí drobní parazité. **Racionální opatření využívají principů dezinfekce, aplikace antibiotik v rámci léčby nebo očkovacích látek v rámci prevence.**

Jako vůbec první byla objevena očkovací látka proti pravým neštovicím, která byla založena na oslabeném viru kravských neštovic. O její objev se zasloužil britský lékař Edward Jenner. Do pravidelného očkování se dostala například v Rakousku-Uhersku ještě před rokem 1896. Jako druhá velmi významná očkovací látka proti vzteklině, která byla vyvinuta Louis Pasteurem a která byla založena na původním oslabeném viru. Jako třetí „významná“ byla vyvinuta očkovací látka proti záškrtu. Za tento objev obdržel Emil von Bering vůbec první Nobelovu cenu za medicínu. Velmi důležitý byl i objev očkovací látky proti choleře.

Během minulého století se začaly objevovat většinou inaktivované očkovací látky, jako např. proti chřipce a proti pneumokokům. Zatímco první očkovací látky byly vysoce reaktogenní, pak ty z posledních desetiletí měly vcelku dobrý bezpečnostní profil, ale bohužel nevytvářely tak vysokou a dlouhodobou imunitní odpověď jako původní očkovací látky. Proto se začaly objevovat ve vakcínách adjuvantní prostředky, které zvyšovaly imunitní odpověď na vakcinaci.

Velmi důležitým mezníkem v boji s infekcemi byl objev **antibiotik**, která působila proti mikroorganismům. Svým výzkumem k tomu přispěl především sir Alexander Fleming, který v roce 1928 objevil penicilin. Od té doby se očkovací látky i antibiotika vyvíjejí jak na běžícím pásu a máme jich dnes pro boj s infekcemi nepřeberné množství. To je na jednu stranu **velkou výhodou**, protože mizí strach ze smrtelných a devastujících infekcí, na druhou stranu se např. některá antibiotika **nadužívají**, a tak na ně **vzniká rezistence**.

INTERAKCE MIKROORGANISMŮ S IMUNITNÍM SYSTÉMEM

Výzkumné práce posledních let ukazují, že pro správný vývoj imunitního systému jednotlivce je nutné, aby byl neustále stimulován a atakován přiměřenými bakteriálními nebo virovými původci. Například podél trávicího traktu, tedy v oblasti tenkého a tlustého střeva, je uložena jedna z největších částí imunitního systému lidského organismu. Tato část imunitního systému dostává od střevních bakterií, které jsou v rovnovážném stavu a vytvářejí tzv. mikrobiom, velký počet signálů, a tak se imunitní systém udržuje v „určitém bdělém stavu“. Aplikací např. širokospektrých antibiotik, které působí proti velké paletě mikroorganismů, může dojít k jejich usmrcení a k vymizení nebo změně signálů či stimulů imunitního systému. Imunitní systém neví, co má dělat a může se stát, že se začne chovat úplně atypicky a vzácně může dojít ke vzniku autoimunitního onemocnění. Proto by se vždy mělo **velmi opatrně vážit nasazení antibiotik** a neměly by se aplikovat paušálně a třeba i několikrát během roku. Antibiotika jsou **výjimečným nástrojem** pro výjimečné situace.

Některé výzkumy také ukázaly, že **existence člověka v čistě sterilním prostředí není nejvhodnější** podmínkou pro rozvoj a udržování kvalitního imunitního systému. I s infekčními původci ze zevního prostředí potřebuje imunitní systém neustálé interakce, aby si vytvořil vedle stimulace přirozené i adaptivní imunitní odpovědi, které mohou dotyčného jedince i dlouhodobě chránit.

Imunitní systém je zjednodušeně rozdělen na dvě základní části. První tvoří takzvaná přirozená imunita, která zasahuje v obraně organismu proti jakémukoliv původci velmi rychle, ale nespecificky. Jedním z nejdůležitějších faktorů nespecifické imunity v ochraně proti virové infekci jsou takzvané NK buňky (natural killers). Ty jsou schopné rozpoznat buňky napadené virem a efektivně je likvidovat. Kromě nespecifické imunity, vzniká ale také takzvaná adaptivní neboli specifická imunita, kdy se vytváří imunitní odpověď proti konkrétnímu původci. Specifická imunitní odpověď vytvořená například proti viru chřipky nemůže ale nikoho chránit proti viru SARS-CoV-2.

Odpověď imunitního systému na stimuly můžeme také dělit podle dalších kritérií na buněčnou a protilátkovou imunitu. Velmi důležitá je takzvaná buněčná imunita, mezi kterou patří v oblasti nespecifické imunity již zmíněné NK buňky a v oblasti specifické imunity pak cytotoxické T lymfocyty. Každá z těchto buněk je schopná vytvářet buňky imunitní paměti. Kromě uvedených buněčných struktur existuje v ochraně proti infekci také protilátková imunitní odpověď. Ta je založe-

na na tvorbě protilátek. Protilátky jsou schopny označit virus jako neznámý tělu, a zároveň ho tím připravit k fagocytóze. Některé protilátky jsou schopny virus neutralizovat tím, že se připojují na jeho různé antigenní výběžky, pomocí kterých se viry připojují na receptor vnímavé buňky a poté se dostávají do nitra buňky, kde dochází ke zmnožení (replikaci) virů. Neutralizace znamená, že virus má obsazené všechny výběžky protilátkami, a tak nemá možnost se pomocí výběžku připojit k vnímavé buňce.

V EPIDEMII – PLOŠNÁ NEBO CÍLENÁ OPATŘENÍ?

S mikrobiálními původci se prostě musíme naučit žít, protože je nelze eliminovat z našeho prostředí. Nemůžeme si myslet, že vytvoříme sterilní prostředí, které bude prosté od jakéhokoliv mikrobiálního původce. To znovu prokázala praxe při epidemii viru SARS-CoV-2. Počáteční snahy některých expertů, kteří chtěli dosáhnout toho, aby se různými plošnými opatřeními virus z populace eliminoval, se ukázaly jako liché. Při určitém počtu infikovaných osob virem (dle mého odhadu více jak tisíc případů na světě), není možné uvažovat o tom, že se šíření viru zastaví. Šíření viru je možné jenom mírně zpomalovat realizací některých protiepidemických opatření.

V teorii epidemiologie infekčních nemocí se pracuje s tzv. **epidemickým procesem**, který má celkem tři články. Musí existovat **zdroj infekce, cesta přenosu**, a nakonec třetím článkem je buď **vnímavá populace** (vzniká epidemie) nebo **vnímavý jedinec** (vzniká infekce). Protiepidemická opatření proti šíření infekce dělíme na represivní a preventivní. Preventivní protiepidemická opatření se realizují ještě před výskytem infekčního onemocnění, naproti tomu represivní protiepidemická opatření se realizují až ve chvíli, kdy se už vyskytuje infekční onemocnění v populaci. Slouží tak k omezení zdrojů infekce, potlačení cest přenosu a posílení odolnosti vnímavých osob.

Represivní protiepidemická opatření mohou být plošná, kdy se aplikují na celou populaci nebo cílená, kdy se aplikují na tzv. rizikové skupiny osob postižených závažným průběhem onemocnění.

Proto je **nejdůležitější v každé epidemii zjistit, kdo je danou infekcí nejvíce ohrožen** a tvoří tedy rizikovou skupinu. **V případě epidemie onemocnění Covid-19** to jsou osoby, které trpí některými chronickými onemocněními jako je **cukrovka, obezita, ischemická choroba srdeční a poruchy imunitního systému**. Proto prevence závažných stavů Covid-19 v sobě tedy musí zahrnovat i prevenci těchto rizikových chronických onemocnění. Uvedená chronická onemocnění mohou vést k závažnému průběhu primární infekce a případně mohou skončit smrtí.

Opatření, která se uplatňují v případě vzniku infekce patří především dostatečný pobyt na lůžku a také dostatečná rekonvalescence. Obojí vede k tomu, že organismus není přetěžován.

Aplikací plošných opatření, které nebudou mít alespoň jako vedlejší podporu právě osoby s uvedenými chronickými onemocněními, musí zákonitě selhat. V roce 2021 zemřelo na Covid-19 v České republice přibližně 24 tisíc osob a z toho 22.000 byly osoby starší 60 let. Jen pro zajímavost zemřelí starší 60 let tvořili z této skupiny obyvatel jen přibližně 0,8 desetin procenta. Z uvedeného plyne, že **závažným průběhem**, jež může skončit smrtí **je postiženo méně než jedno procento seniorů**.

K tomu, aby se ochránila populace ani ne jednoho procenta obyvatel, **není potřeba provádět plošná opatření**. Je nutné provádět cílená opatření do kterých budou zahrnuty všechny osoby, jež vykazují výše uvedená čtyři chronická onemocnění, pro možný závažný průběh infekce. **Kritérium věku jako rizikový faktor není až tak podstatné**, protože na stejná chronická onemocnění umíraly jak osoby nad 60 let tak i osoby mladší 60 let, jen jejich počet byl výrazně nižší.

PREVENCE INFEKČÍ A OČKOVÁNÍ

Mezi nejdůležitější nástroje zdravotní výchovy, zdravého způsobu života a dalších patří taková preventivní opatření, která umožní **změnu jedinců z vnímavých na určitou infekci, na méně vnímavé až rezistentní**. Například pro prevenci respiračních nákaz je potřebné, aby dotyčný člověk měl dostatečně a kvalitně vyvinutou vrstvu hlenu na dýchacích cestách. K tomu může dojít jedině na základě sportovních aktivit, zvýšeného podílu přirozeného pohybu a otužování. Jen tak vznikne velmi solidní vrstva hlenu, která obsahuje velké množství působků nespecifické imunity, jež může chránit vůči bakteriím a virům, způsobujícím akutní respirační onemocnění.

Důležitým **preventivním opatřením** proti vzniku a šíření infekcí je **očkování**, které v imunitním systému očkovaného jedince provede proces imunizace. Některé očkovací látky jsou schopny vytvořit **téměř celoživotní imunitu** proti dané infekci, a proto očkování není nutné opakovat, jako je tomu u očkování proti žloutence A a B. Naproti tomu existují infekce, kde se virus každoročně mění, a proto je nutné připravovat nové vakcíny každý rok. Každoročně jsou očkováni pak ti, kteří by mohli být postiženi těžkým průběhem, nebo ty osoby se zájmem o očkování. Mezi těmito dvěma extrémními rozdíly v délce imunity leží celá skupina očkovacích látek, jež mají ochranu jen v řádů několika let.

Očkovací látky byly v minulosti vyvíjeny **standardními postupy** (inaktivací, oslabováním, produkcí antigenů), které byly známy, a **bezpečnostní profil těchto vakcín byl po mnoho let monitorován**. Současné nové očkovací látky např. **mRNA vakcíny nebo vektorové vakcíny**, které používáme asi dva roky, jsou vakcínami, u kterých **neznáme** bohužel jejich **dlouhodobý bezpečnostní profil**. Proto by tyto očkovací látky měly být používány s respektem, neměly by být používány paušálně na populační úrovni a měly by být používány jen k ochraně rizikové skupiny u nových závažných onemocnění. Zde je riziko vzniku možného nežádoucího účinku po aplikaci vakcíny převáženo tím, že vakcína a následná imunizace zamezí vzniku závažné nebo smrtelné formy onemocnění.

EPIDEMIOLOGIE A CIVILIZAČNÍ ONEMOCNĚNÍ

Epidemiologická metoda práce používaná v epidemiologii infekčních nemocí i jednotlivé ukazatele z různých studií, ať už prospektivních nebo retrospektivních analýz se používají také **u onemocnění neinfekční povahy**. Patří sem civilizační choroby, mezi něž se řadí cukrovka, obezita, vysoký krevní tlak, ale i některá nádorová onemocnění a další. Civilizační choroby a jejich vznik souvisí s určitým negativním životním stylem jednotlivých nemocných.

I v epidemiologii neinfekčních nemocí pracujeme se základním konceptem příčiny a následku a snažíme se zjistit, co je skutečnou příčinou onemocnění a jaký rizikový faktor ovlivňuje vznik a rozvoj chronického onemocnění a jak je toto riziko „silné“. Proto se i zde používají ukazatele z „infekční epidemiologie“ „*risk*“ a „*risk ratio*“ u prospektivních sledování a ukazatele „*odds*“ a „*odds ratio*“ u retrospektivních sledování a analýz.

Na základě měření ukazatelů v infekční epidemiologii (např. „*risk*“ a „*odds*“) víme, že daleko větší riziko vzniku žloutenky typu B je u rodinných příslušníků osob, jež jsou nosiči takzvaného australského antigenu. Riziko vyjadřuje „kolikrát je větší šance, že takový jedinec získá žloutenku typu B v porovnání s člověkem, který v rodině nemá nosiče australského antigenu“.

Podobné vyjádření se používá i u civilizačních chorob v neinfekční epidemiologii k vyjádření míry rizika pro vznik onemocnění. Například riziko kouření vede u kuřáků až 3x častěji ke vzniku ovískového karcinomu plic v porovnání s nekuřáky.

Ukazuje se, že pokud má člověk nízký podíl přirozeného pohybu, kterým rozumíme minimální počet 5 až 10 tisíc kroků za den, pak jeho šance na to, že bude obezní a bude mít v budoucnu cukrovku je velmi vysoká.

V současnosti existuje pro jedince jen **několik** základních rizikových **zásadních faktorů**. Tím prvním je **vysoký příjem energie z potravin**, daný dostatkem potravin a přejídáním. Druhým zásadním faktorem je **malý energetický výdej** především v přirozené podobě, a to v průběhu celého dne. Třetím je potom **stres**, který moduluje vznik nežádoucích a civilizačních chorob a urychluje jejich vznik.

Zatímco v rozvojových zemích, dominují v případě nemoci a smrti především infekční onemocnění, pak v rozvinutém světě je tomu naopak. Infekční nemoci tvoří daleko menší podíl a **větší podíl tvoří civilizační choroby**. To je dáno za to, že populace žije v lepším prostředí v dostatku a nadbytku potravin a bez jakéhokoliv pohybu.

Všechny postupy, které vedou ke zlepšení zdraví, anebo mají blahodárný vliv na existující zdraví jedince jsou postupy, které můžeme jednoduše shrnout pod myšlenku „*Vždy je potřeba poslouchat své tělo*“. To, že budeme vnímat naše tělo jako organismus, o který se máme starat, je s velkou výhodou. Můžeme tak vytvářet jednotlivá na míru šitá preventivní opatření a postupy, které nám umož-

ní abychom byli daleko víc odolní vůči infekčním onemocněním. Mezi základní preventivní opatření podobně patří **pestré stravování, nízký energetický příjem** a samozřejmě každodenní **přirozený pohyb**.

PREVENCE CIVILIZAČNÍCH CHOROB NENÍ POPULÁRNÍ

V souvislosti s rozvojem, a především dostupností léčby pro jakéhokoliv chronické onemocnění, se přestávají lidé spoléhat na prevenci. Preventivní postupy jsou potlačovány a na individuální úrovni lidé nedělají nic pro upevnění svého zdraví. V případě vzniku chronického onemocnění požádají jenom o léky, které začnou užívat a nic nemění na svém životě. Neuvědomují si to, že **změnou životního stylu**, především v počátcích chronického onemocnění, **je možné dosáhnout vymizení příznaků nemoci** a vyhnout se nutnosti užívat léky. To je ale spojeno s námahou a odříkáním a v dnešní populaci je takový postup nepopulární a je prostě jednodušší užívat léky.

V populaci se tomu běžně říká: „*Běž za doktorem a on ti dá nějaký lék*“, místo toho, aby se člověk zamyslel nad tím, co může sám pro svoje zdraví udělat. Zdraví je jen jedno a je potřeba o ně velmi pečlivě dbát. Je nutné zahajovat a dále trvale provádět preventivní opatření k posílení zdraví, a především imunitního systému. Pokud si lidé uvědomí, že **svoje zdraví mají ve svých rukách** a že není třeba na vše užívat pilulky a léky, pak mají z poloviny vyhráno.

Jedním z nejdůležitějších civilizačních onemocnění je **obezita**. Tou nazýváme zdravotní stav, při kterém je nadváha dána především vysokým podílem tukové tkáně. Tuková tkáň se „tváří“ pro imunitní systém jako tělu cizí, a proto imunitní systém vytváří na obranu proti nadbytečné tukové tkáni něco podobného jako „chronický zánět“. Imunitní systém obézního člověka je jednoduše řečeno zainteresován tukovou tkání, a proto nemá dostatečnou kapacitu na to, aby byl schopen se bránit nové virové infekci. Z tohoto důvodu jsou **infekční nemoci daleko častější u obézních osob** a také u nich mají delší a komplikovanější průběhy.

Proto je vhodné, aby lidé, kteří se zajímají o prevenci civilizačních chorob, a obávají se závažných infekcí, začali vedle přirozeného pohybu a příjmu vyvážené pestré a energeticky přiměřené stravy budou také **snížovat svoji hmotnost**. Takový preventivní postup povede k tomu, že se lidé budou schopni daleko lépe chránit před možnou infekcí. Vše, co lidé začnou dělat pro zlepšení svého zdravotního stavu má **základ v jejich psychice a myšlení**. Hned na začátku si musí uvědomit, že všechna opatření, která dělají nejsou dočasná, ale jsou to opatření, která budou muset dělat celý život.

CO ŘÍCI ZÁVĚREM:

Jsme společností, která během posledních 100 let odešla od vysoké úmrtnosti na infekční onemocnění **k vysoké úmrtnosti na civilizační choroby**. Díky očkování některé infekce jako pravé neštovice vymizely a po více jak 70 letech očkování proti dětské obrně, nevidíme v populaci devastujícím následky po onemocnění.

Přibývá ale osob, které umírají na civilizační onemocnění a které při vzniku takové nemoci nechtějí svůj zdravotní stav řešit změnou životního stylu směrem ke zdravému a raději zůstávají v zaběhnutých kolejích a užívají jen medikaci. Změna směrem ke zdravému životnímu stylu se opírá o opravdu jednoduchá opatření, ve kterých hlavní místo musí mít vysoký podíl přirozeného pohybu (chůze, jízda na kole, plavání), energeticky přiměřený, a hlavně pestrý příjem potravin a dostatečný podíl odpočinku relaxace.

Uvedená opatření zní velmi jednoduše, ale je komplikované si je vzít za své, implementovat je do každodenního života a dodržovat je celý život.

Prevenčí civilizačních chorob bojujeme také proti vzniku závažných forem infekce.



Jana Šmardová: CO NÁS UČÍ NÁDORY

Nádory představují jednu z nejčastějších a nejzávažnějších poruch lidského těla a také jednu z nejčastějších příčin úmrtí člověka. I proto budí všeobecný zájem a upíná se na ně pozornost nejen mnoha odborníků nejrůznějších oborů, ale celé široké veřejnosti. Nádory představují širokou skupinu mnoha velmi různorodých onemocnění. Z klinického lékařského úhlu pohledu je jejich přesné rozlišení, tedy přesná diagnostika, základem jejich úspěšné terapie. Současná biologie se do úsilí o co nejpřesnější diagnostiku a také o co neúčinnější, specifickou a cílenou léčbu neodmyslitelně a nenahraditelně zapojuje.

Všechna tato onemocnění, tyto velmi různorodé typy nádorů, ale mají společnou podstatu, o které toho dnešní biologie již hodně ví. Dobře ji vystihuje v současnosti nejobecněji přijímaný koncept založený na typických znacích nádorů.^{1,2} Tento koncept pojmenovává jedenáct znaků, kterými se nádorové buňky a nádorové tkáně liší od buněk a tkání zdravých. K těmto znakům patří například deregulované buněčné dělení, porušení mechanismů buněčné smrti, schopnost vyvolat tvorbu nových krevních cév, schopnost metastazovat nebo schopnost vyhnout se dohledu imunitního systému. Mohlo by se zdát, že tento koncept je příliš popisný a jen pojmenovává klíčové vlastnosti nádorů, jakkoliv je jejich znalost užitečná pro výše zmíněnou diagnostiku a nádorovou terapii. Ve skutečnosti ale studium a pochopení těchto znaků přináší **hluboké vhledy a pochopení fungování lidského těla** a mnohobuněčných organismů obecně. Říká se, že „**patologická porucha zdaleka není nepřekonatelnou překážkou analýzy organického systému, naopak je často klíčem, který nám umožní mu porozumět**“.³ Pro nádory toto tvrzení beze zbytku platí. Když totiž postupně projdeme všech jedenáct typických vlastností nádorů, postupně nám v kontrapunktu před očima vyvstane obraz zdravého mnohobuněčného organismu jako harmonického společenství velkého počtu mnoha různých buněk, kde každá buňka má svou funkci, kterou vykonává ve vymezeném čase a vymezeném prostoru pro maximální užitek celého, vysoce uspořádaného organismu. Jednotlivé buňky daného organismu spolu nesoutěží. Neustále spolu komunikují, navzájem se podporují a spolupracují.

Lidské tělo je tvořeno asi 50 biliony buněk, přičemž z původní jediné buňky, oplozeného vajíčka, se postupně během růstu a vývoje organismu vytvoří dělením a postupným rozrůžňováním zhruba 200 až 400 různých typů zralých buněk. Všechny tyto typy buněk jsou pro správné fungování organismu nezbytné, stejně jako jejich přesné poměrné zastoupení a také přesné rozmístění a uspořádání v těle. Tolerance k odchýlkám je malá. Poškozené a odumřelé buňky jsou nahrazovány buňkami novými tak, aby se struktura těla udržovala v optimálním stavu.

Při pohledu na složitost lidského těla se musíme ptát, jak je vytváření tak komplexní a přesné struktury zajištěno, jak a odkud je řízeno. V zásadě existují jen dvě možnosti. Buď v mnohobuněčném organismu existuje nějaké „řídící centrum“, které má celý systém, tj. celý organismus, pod kontrolou. Tj. vyhodnocuje jeho stav, řídí a koordinuje jednotlivé orgány, tkáně a buňky, zajišťuje mezi nimi soulad a dobrou spolupráci, a zabezpečuje, aby fungovaly ve prospěch celého organismu. Nebo žádné takové řídící centrum neexistuje a **odpovědnost za své harmonické zapojení do fungování těla nese každá jednotlivá buňka**. I když se to zdá neuvěřitelné, správná je možnost druhá. Existence řídícího centra, z něhož by jednotlivé buňky v těle dostávaly pokyny, co mají dělat a jak se mají chovat, prokázána nebyla. Naopak, jednotlivé buňky a skupiny buněk fungují značně autonomně, samostatně. Klíč k úspěchu při výstavbě a fungování těla spočívá v tom, že **buňky mezi sebou neustále komunikují a navzájem se ovlivňují**. Každá buňka neustále monitoruje svůj vlastní stav a podává o něm zprávu svému okolí. Neustále monitoruje své okolí - stav sousedních buněk i stav nebuněčného mikroprostředí - a reaguje na něj. Tuto reakci její okolí okamžitě zachytí a reaguje na ni adekvátní změnou. Uvedená výměna informací plyne a probíhá neustále. Všechny změny a výkyvy stavu tak mohou být plynule neutralizovány, reflektovány. Tak je udržována rovnováha, homeostáze. Tímto způsobem buňky, bez centrálního autoritativního řízení, značně autonomně, „zdola“, společně a koordinovaně vytvářejí a udržují dokonalé soukolí mnohobuněčného organismu. Podle obecné teorie systémů, a **mnohobuněčný organismus je příkladem vysoce uspořádaného, komplexního, živého systému, je řízení zdola**, kdy rozhodnutí nevychází z žádného řídícího centra, ale je výsledkem komunikace mezi jednotlivými složkami systému, obecným a typickým znakem systémů.

Takové uspořádání přináší mnohobuněčnému organismu vedle nesporných výhod (kdyby to nebylo výhodné a funkční, tak by se takový způsob řízení mnohobuněčných organismů během evoluce neustavil) **i jistou zranitelnost**. Jestliže buňky nejsou autoritativně, závazně řízeny a ovládány ze žádného centra a mají značnou míru autonomie, může se stát, že se některá vydá svou vlastní cestou, a žije a vyvíjí se bez souladu se zájmem organismu. Dokonalou představitelkou takové buňky neladící, nespolupracující s celkem a **sledující jen vlastní zájem, je buňka nádorová**. O nádorových buňkách se někdy říká, že porušují základní pravidla sociálního chování, jindy se označují jako **buňky sobecké**. Pro organismus nepředstavuje vážné riziko, pokud se jednotlivá buňka nahodile zachová nesprávně. Potenciálně **nebezpečná situace** nastává tehdy, dojde-li u takové buňky ke genetické změně, **kteřá buňce dovolí přežít, rozdělit se, a tak produkovat dceřiné buňky** se stejnou genetickou změnou a **stejně asociálním chováním**. Organizace tkáně nebo i celého organismu tak může být rozvrácena postupně se rozrůstajícím klonem abnormálních buněk.

Proces vývoje nádorů má dva základní rysy, které jsou klíčem k pochopení jeho molekulární podstaty. Za prvé, o **nádorech** mluvíme jako o onemocnění genomu nebo jako o **genetické nemoci**, protože základem jejich vzniku jsou především genetické změny, které označujeme jako **mutace**. Za druhé, k přeměně normální

zdravé buňky v buňku plně maligní nestačí (naštěstí!) mutace jediná. Naopak, vývoj nádorů je vícestupňový proces, během kterého dochází k postupnému **hromadění několika mutací**. Každá mutace přináší buňce nějakou novou vlastnost, novou schopnost nebo ji o nějakou vlastnost či schopnost připraví. Pozměnění a zvýhodnění ji tak oproti ostatním buňkám stejného typu, ve kterých k mutaci nedošlo. Postupné **hromadění mutací** vede až ke **vzniku agresivních nádorových buněk** žijících uvnitř populace zdravých „disciplinovaných“ tělních buněk. Řádné struktury těla jsou utlačovány nádorovými buňkami, které se postupně prosazují na jejich úkor. Výhody, které individuální buňky s danými mutacemi získávají, tak následně **ohrožují život celého** mnohobuněčného **organismu**.

VLASTNOSTI NÁDOROVÝCH BUNĚK

Celkový počet genů v lidském genomu je asi 19.000.⁴ Konkrétních genů, které mohou být u nádorů mutovány a přispívat tak k procesu jejich vývoje, bylo nalezeno několik set.^{5,6} Dokonce i nádory stejného nebo velmi podobného histologického typu mohou vznikat mutacemi různých genů. Proces kancerogeneze tedy může být velmi individuální, cest vedoucích ke vzniku nádoru může být mnoho. I proto se tento proces po dlouhou dobu zdál být jen obtížně poznatelný a uchopitelný. Naštěstí nejsme pro pochopení vývoje nádorů nuceni pochopit funkci každého jednoho genu, který se tohoto procesu může účastnit. Pro mutace stovek genů souvisejících s kancerogenezi lze najít společného jmenovatele. A tím je výše zmíněný soubor **jedenácti typických vlastností nádorů**, které se společně podílejí na vytvoření maligního charakteru. Jsou to změny vedoucí k

- (1) **získání soběstačnosti v produkci růstových signálů,**
- (2) **necitlivosti k signálům, které zastavují buněčný cyklus,**
- (3) **poškození programované buněčné smrti,**
- (4) **získání neomezeného replikačního potenciálu,**
- (5) **indukci tvorby nových krevních kapilár,**
- (6) **získání metastatického potenciálu,**
- (7) **navýšení genetické nestability,** která umožňuje dostatečně rychlou akumulaci všech mutací. Dále tyto změny způsobují:
- (8) **přeprogramování energetického metabolismu,**
- (9) **schopnost uniknout dohledu imunitního systému.**

K obecným okolnostem přispívajícím k vývoji nádorů pak patří:

- (10) **přítomnost chronického zánětu** a postupně byl rozpoznán i klíčový význam
- (11) **nádorového mikroprostředí.**^{1,2}

Jak již bylo zmíněno, podrobné vysvětlení jedenácti typických znaků nádorových buněk a nádorů, a také mechanismů, které k nim vedou, přináší hlubší pochopení toho, co znamená „nádorový, rakovinový“. V souladu s úvodním citátem Konrada Lorenze o významu patologických poruch pro pochopení organických systémů takové vysvětlení navíc poskytuje hluboký vhled do fungování zdravého mnohobuněčného organismu a odhaluje, jakými pravidly se řídí jeho buňky, aby podporovaly zdraví a životaschopnost organismu.

Podrobný a úplný popis všech typických znaků nádorů dalece přesahuje možnosti tohoto krátkého sdělení. Proto zde budou pouze stručně uvedeny jejich příklady: poruchy buněčného dělení, schopnost tvořit nové krevní cévy, přeprogramování energetického metabolismu a tvorba metastáz. Ještě před tím je ale třeba uvést, jak buňky komunikují, aby pak bylo zřejmé, jak je tato komunikace u nádorových buněk poškozená.

JAK BUŇKY KOMUNIKUJÍ, BUNĚČNÁ SIGNALIZACE

Buňky mezi sebou mohou komunikovat **přímým předáváním signálů** prostřednictvím buněčných spojení nebo **nepřímo – uvolňováním signálních molekul** do mimobuněčného prostředí. K signálním molekulám patří například růstové faktory, hormony, cytokiny, aminokyseliny a podobně. Na daný signál, danou molekulu, reagují pouze takové buňky, které pro příslušný signál mají na svém povrchu odpovídající receptor. Receptor je molekula, která se nachází v buněčné membráně. Jednou svou částí směřuje ven z buňky. Tato část receptoru je odpovědná za rozpoznání a vazbu signální molekuly. Svou druhou částí směřuje receptor dovnitř buňky. Po vazbě signální molekuly na receptor se pozmění struktura této jeho vnitrobuněčné části, a tím je signál přenesen dovnitř buňky. V důsledku změněné struktury získá receptor schopnost přenést signál na některou molekulu uvnitř buňky, ta ho může předat další molekule, a tak přes řetězec přenašečů může signál dorazit až ke konečnému efektoru, který vyvolá příslušnou buněčnou odpověď. Signální dráhy mohou být různě dlouhé, mohou se větvit a vzájemně spojovaly. Signály mohou být v buňkách různě zesilovány, tlumeny, modulovány a mohou být kombinovány s jinými signály. To znamená, že i když je stejná signální molekula zachycena stejnými receptory, ale u různých buněk, může být reakce těchto buněk velmi odlišná v závislosti na jejich konkrétním vybavení, tj. sestavě jejich přenašečů a efektorů.

Jak již bylo uvedeno, signální molekuly jsou produkovány buňkami. Konkrétní signální molekulu může produkovat přímo buňka, která pak sama na daný signál reaguje. Takový typ signalizace označujeme jako autokrinní. Je to vlastně signalizace buňky sobě samotné. Buňka vyše signál a sama na něj odpovídá. Mnohem běžnějším typem je signalizace parakrinní. To je signalizace, kterou ovlivňuje buňka nikoli sebe sama, ale ostatní buňky ve své více či méně bezprostřední blízkosti. Při endokrinní signalizaci pochází signál z buněk, které jsou od buněk, které na daný signál odpovídají, i velmi vzdálené. Příkladem může být stimulace hormony produkovány žlázami s vnitřní sekrecí. Produkované hormony mohou být roznášeny po celém těle nebo jeho značné části a mohou stimulovat mnoho buněk různých typů nacházejících se i velmi daleko od dané žlázy. I v tomto případě platí, že na daný hormon reagují pouze ty buňky, které mají na svém povrchu odpovídající specifické receptory.

Ve skladbě povrchových receptorů, stejně jako ve skladbě vnitrobuněčných přenašečů a vůbec všech dalších molekul, se buňky mezi sebou liší. Buď jen málo, například u vývojově příbuzných, podobných buněčných typů (například zralá a nezralá bílá krvinka) nebo výrazně, například u buněk velmi vzdálených (například

krvinka a neuron). Na druhou stranu i velmi odlišné buňky mohou mít na svém povrchu stejné nebo podobné receptory a reagovat tak na stejný (například endokrinní) signál.

Také vyústění signální dráhy může být rozmanité a komplikované, může vyvolat i několik paralelních událostí. Spektrum efektorů je široké. Vyústěním signální dráhy může být například vypnutí nebo zapnutí aktivity některého genu, regulace metabolické dráhy, regulace některé buněčné funkce, změna cytoskeletu nebo jiné buněčné struktury a mnoho dalších.

REGULACE BUNĚČNÉHO DĚLENÍ A JEJÍ POŠKOZENÍ U NÁDOROVÝCH BUNĚK

Buňky žijící samostatně, jako například bakterie, kvasinky, ale i někteří jednobuněční živočichové, jsou neustále připraveny se množit. Jejich dělení omezuje především nedostatek živin, případně kyslíku, přítomnost toxinů či zahlcení odpady vlastního metabolismu. U buněk, které jsou součástí mnohobuněčného organismu, je to jinak. **Normální zdravá buňka se v mnohobuněčném organismu rozdělí pouze tehdy, je-li to v zájmu celého organismu.** Takový zájem se projeví v podobě signálu nebo signálů z jejího mikroprostředí, které buňce dovolí vstoupit do procesu buněčného dělení. Naopak **pro nádorovou buňku je typické, že se dělí bez ohledu na zájmy okolních buněk,** zcela nezávisle na jejich potřebách, bez obdržení signálu, který by buňku k buněčnému dělení stimuloval, nebo navzdory signálu, který buněčné dělení brzdí. **Nádorová buňka se stimuluje k buněčnému dělení sama** a brzdící signály ze svého okolí ignoruje. Existuje mnoho způsobů, jak to může udělat. Například může – neadekvátně, nefyziologicky – sama tvořit stimulační růstový faktor, na který pak již zcela „adekvátně“ odpoví dá svým dělením. Zatímco většina růstových faktorů je tvořena buňkami jednoho typu, aby stimulovaly dělení buněk jiného typu ve svém okolí, nádorové buňky často produkují růstový faktor, který stimuluje k proliferaci je samotné. Buňka reaguje na svůj vlastní podnět jako na skutečnou objektivní poptávku a potřebu ze svého okolí, ačkoliv ve skutečnosti je to výsledek její „samomluvy“. Další příčinou navozující trvalou aktivaci buněčného dělení (nezávislou na dostupnosti růstových faktorů) mohou být mutace, které pozmění strukturu a funkci příslušného receptoru, takže ten zůstává trvale v zapnutém stavu i za nepřítomnosti příslušné signální molekuly. Jinou možností je extrémně silná produkce samotného receptoru. Následně pak – ačkoliv je jeho struktura nezměněná – mnohem citlivěji reaguje na jinak podprahové hladiny signálních molekul nebo je k aktivaci nepotřebuje vůbec. Výsledek je stejný: buňka s vysokou koncentrací receptoru na svém povrchu získává (ve skutečnosti sama sobě poskytuje) trvalý signál k zahájení buněčného dělení, přestože to vůbec neodpovídá zájmům celku. Naopak receptory přijímající signály zastavující buněčné dělení, mohou být u nádorových buněk poškozeny tak, že dané signály nedokáží rozpoznat nebo neumějí zprostředkovat přenos těchto signálů dovnitř buněk. Jak bylo uvedeno výše, signály jsou po přenosu dovnitř buňky předávány prostřednictvím cytoplazmatických přenašečů. Také ony se mohou v důsledku mutace přeměnit, buď do trvale zapnutého stavu, v případě přenášení stimulačních signálů, nebo do trvale vypnutého stavu, v případě přenosu signálů, které buněčné dělení zastavují. Obojí má za následek dělení buňky bez skutečné-

ho, reálného podnětu a bez skutečné potřeby pro organismus. Obecně tedy platí, že pro každou signální dráhu, jejímž vyústěním je v tomto případě regulace buněčného dělení, existuje více konkrétních možností (tedy více možných zasažených genů), jak dosáhnout trvalé aktivace nebo inaktivace se stejným následkem: buňkou přinucenou k neustálému dělení. **Výsledkem je nežádoucí, neustálé přibývání buněk bez skutečného smyslu pro fungování organismu.**

NEPŘIMĚŘENÁ RYCHLOST A LŽIVÁ KOMUNIKACE

Nádorové buňky se v důsledku ztracené schopnosti regulace buněčného dělení **ženou vpřed, neovladatelně, nezastavitelně**, bez ohledu na ostatní buňky, bez ohledu na potřeby tkáně, které jsou součástí. A v závodě s okolními regulovanými, vnímavými, komunikujícími buňkami vítězí. Kdybychom jim přisoudili lidské vlastnosti a naše často obecně uznávané hodnoty, mohly bychom **nádorové buňky** vnímat jako **vysoce výkonné a žijící neustále s vysokým nasazením**. Jsou silně vnitřně motivované: jsou soběstačné v produkci aktivujících signálů. A vytrvalé, odolné: nesouhlas, pochybnosti, nespokojenost okolních buněk, ani svou vlastní, nevnímají, jsou necitlivé k signálům, které by je brzdily. Neberou ohled na nic, nevnímají signály okolních buněk. A tak ani nemohou zohlednit jejich zájmy a potřeby, a tím ani zájmy celého organismu. **Pohled na nádorové buňky**, na jejich nezastavitelné dělení a především na rychlost, s jakou jejich dělení probíhá, pohled na jejich odbržděnost a neustále sešlápnutý plynový pedál silně **evokuje obecnou rychlost našich životů, náš neklid, nepolevující usilování a neustálý spěch**, naši posedlost rychlostí, spěchem a výkonností.

A co nádorovým buňkám umožňuje se takto nesouladně, sebestředně chovat? Je to **poškozená, lživá komunikace**. Zprávy z okolního prostředí jsou překrouceny, nepřesně zpracovány nebo zcela ignorovány. **Z „ano“ se stává „ne“ a naopak. Buňka je tak zahleděna sama do sebe**, nenechá se ničím vyrušit a zcela ignoruje názory a potřeby svého okolí. Nic ji nemůže korigovat.

INDUKCE TVORBY NOVÝCH KREVNÍCH CÉV, ZNEUŽÍVÁNÍ ZDROJŮ

Pokud si vznikající nádory nezajistí přístup ke krevnímu systému, nepřesáhnou svou velikostí rozměr špendlíkové hlavičky. Pouze **účinné napojení na cévní systém** jim umožňuje získávat v dostatečné míře **základní živiny a kyslík a zbavovat se odpadů** svého metabolismu. Získání podpory cévním systémem představuje pro vývoj nádorů zásadní krok a proměňuje jeho další dynamiku. Nádory, které nejsou protkány krevními kapilárami, rostou pomalu, lineárně. Mohou dlouhodobě přežívat a metabolizovat, ale nemohou růst a zvětšovat se. **Nádory angiogenní**, tedy ty, které si zajistily dostatečné prokrvení, **rostou rychle, exponenciálně**. Na počátku svého vývoje jsou nádory většinou bez krevního zásobení a získání angiogenního charakteru je svěbytným, specifickým krokem jejich dalšího vývoje. Řízení tohoto procesu je velmi komplexní a podílí se na něm několik mechanismů. **Nádor tím získává přístup ke všem zdrojům v těle**, získává možnost tyto zdroje užívat a systému nic nevrací. **Spotřebovává zdroje systému, ale systému nic nevrací**, nijak mu neslouží, nepodílí se na jeho dobrém fungování. Zdroje používá pouze ke svému vlastnímu rozvoji. **Sobecky je zneužívá.**

PŘEPROGRAMOVÁNÍ ENERGETICKÉHO METABOLISMU, PLÝTVÁNÍ

Buňky získávají energii rozkladem cukru glukózy, který probíhá obvykle ve dvou krocích. První krok produkuje jen málo využitelné energie, ale je rychlý a může probíhat i v nepřítomnosti kyslíku. Až druhý krok vede k úplnému rozkladu glukózy a umožní účinné vytěžení energie. Tento druhý krok je sice mnohem účinnější, ale je pomalejší a vyžaduje přítomnost kyslíku. Pro nádorové buňky je charakteristické, že se rychle dělí a rostou, a proto také rychle spotřebovávají energii. Dalo by se očekávat, že využívají efektivní způsob získávání energie. Ve skutečnosti nádorové buňky dokonce i v přítomnosti kyslíku provádějí pouze první krok rozkladu glukózy. Tento proces se nazývá po svém objeviteli – Warburgův efekt⁷.

Prováděním pouze částečného rozkladu glukózy získávají **nádorové buňky** asi 19krát méně energie, než by mohly, pokud by prováděly úplný rozklad. Přitom jejich spotřeba energie je vysoká. Jak tento zjevný rozpor řeší? **Malou efektivitu v získávání energie kompenzují zvýšeným importem glukózy z vnějšího prostředí.** Jenže živočišné buňky, které jsou součástí mnohobuněčného organismu, nejsou - na rozdíl od bakterií a jednobuněčných eukaryotických organismů - v přijímání živin nezávislé. Nemohou ze svého okolí volně přijímat živiny jenom proto, že se tyto živiny v prostředí vyskytují. Ve skutečnosti je příjem živin do buněk pečlivě řízen. Množství živin je omezené a jejich rozdělení mezi buňky mnohobuněčného organismu podléhá regulaci. Aby buňky přežily i tehdy, když jsou jejich zdroje energie omezeny, přecházejí na metabolismus, který je zaměřený na maximální efektivitu v produkci energie z omezeného množství živin, tedy na efektivní využívání vlastních, vnitřních zdrojů. Dalo by se říci, že **zdravé buňky jsou nastaveny na dlouhodobou udržitelnost.** Naproti tomu **nádorové buňky** tuto regulaci obcházejí a oč méně efektivně energii uloženou v glukóze využívají, o to větší množství glukózy přijímají ze svého vnějšího prostředí a neohospodárně spotřebovávají. **Plýtvají.**

TVORBA METASTÁZ, NEDOCEŇOVÁNÍ HODNOTY VZTAHŮ A DOMOVA

Nezhoubné, benigní nádory zůstávají a vyvíjejí se v místě svého vzniku. Oproti tomu buňky zhoubného, maligního nádoru pronikají z primárních ložisek do okolních tkání a mohou zakládat i vzdálené metastázy v dalších částech těla. Nezbytnou součástí tohoto procesu je to, že nádorové buňky ztrácejí, případně mění své vazby k ostatním buňkám i nebuněčným strukturám primárního nádoru, společné místo opouštějí a migrují do dalších, „nedomovských“ částí organismu. Pro zdravé, fyziologické buňky by taková ztráta vazeb a opuštění „domova“ byly smrtelné, spustily by okamžitě formu programované buněčné smrti, která se označuje jako anoikis, neboli bezdomovectví. To znamená, že **zdravé buňky, aby přežily, musí být „doma“, musí přesně vědět, kam patří.** A svůj domov poznají podle toho, že v něm dokáží vytvářet „**správné vztahy.**“ Oproti zdravým buňkám jsou maligní nádorové buňky na vztazích, tedy na vazbách na okolní buněčné i nebuněčné struktury, mnohem méně závislé a přežívají i bez nich a díky tomu i daleko od domova. **Analogií procesu metastazování** v lidské společnosti je **vypjatý individualismus,** neschopnost nebo neochota žít v partnerství, zakládat rodinu, narůstání osamělosti. Je to důsledek **nedoceňování hodnoty vztahů a domova.**

SPOLUPRÁCE, PODVÁDĚNÍ, NÁDORY A PÉČE O ZDRAVÍ LIDU

Jak bylo již uvedeno, podrobný a úplný popis všech jedenácti typických znaků nádorů dalece přesahuje možnosti tohoto krátkého sdělení. Je k dohledání v četných jiných zdrojích.^{2,8} Ale i z úzkého výběru několika vlastností a jejich stručného popisu v této práci je zřejmé, jak **zdravé buňky** v rámci mnohobuněčného organismu **úzce spolupracují** a jak jsou díky této spolupráci **schopny vytvářet dokonale fungující systém**.

Spolupráce je definovaná jako **společné úsilí zaměřené na dosažení prospěchu všech**, kteří se na něm podílejí. Podvádění znamená takové chování, které vede k získání výhod na úkor ostatních, je tedy opakem nebo porušením, odmítnutím spolupráce. Podvádějící je jedinec, který nespolupracuje nebo spolupracuje méně, než by bylo spravedlivé, ale má prospěch plynoucí ze spolupráce ostatních. Podvádějící je také ten, kdo sobecky, ve svůj vlastní prospěch zneužívá společné zdroje. Podvádění znamená narušování a nedodržování sdílených pravidel. **Nádory jsou typickými podvodníky** v mnohobuněčných organismech. I díky nim byla rozpoznána a pojmenována klíčová pravidla spolupráce a byly rozpoznány formy podvádění, tedy způsoby, kterými jsou právě tato pravidla porušována.^{9,10}

Platnost těchto pravidel spolupráce a podvádění daleko přesahuje svět mnohobuněčných organismů a vztahuje se na celou řadu dalších komplexních, živých systémů, **včetně lidské společnosti**.¹¹ Všechny jedenáct typických znaků nádorů nás tak může poučit či inspirovat k **rozpoznání potenciálně rizikového lidského chování**. V tomto textu již byla zmíněna například překotná rychlost našich životů, relativizace pravdy či přímo lhaní, sobecké zneužívání společných zdrojů a plýtvání. Nádory nás ale také mohou poučit o významu a užitečnosti stárnutí a smrti, o důležitosti dodržování pravidel a ctění zákonů. Mohou nám ukázat hodnotu mezilidských vztahů a domova, ukázat rizika zahleděnosti do sebe sama a naší pýchy.⁸ Zároveň **nádory přinášejí svědectví o významu odpovědnosti, ohleduplnosti a přiměřenosti**. Poskytují nám možnost si uvědomit **význam našeho zapojení do života společenství** a inspirovat nás k **hledání rovnováhy** mezi tímto zapojením a respektem k vlastní jedinečnosti.



Poznámky:

- 1) Hanahan D., Weinberg R.A. The hallmarks of Cancer. Cell 100: 57-70, 2000.
- 2) Hanahan D., Weinberg R.A. Hallmarks of Cancer: The next generations. Cell 144: 646-674, 2011.
- 3) Lorenz K. Osm smrtelných hříčů. Academia (edice Reprint), Praha 2000, ISBN 80-200-0842-X.
- 4) Frankish A., Diekhans M., Ferreira A.-M., Johnson R., Jungreis I., Loveland J., Mudge J.M., Sisu C., Wright J., Armstrong J., Barnes I., Berry A., Bignell A., Sala S.C., Chrast J., Cunningham F., Di Domenico T., Donaldson S., Fiddes I.T., Girón C.G., Gonzales J.M., Grego T., Hardy M., Hourlier T., Hunt T., Izuogu O.G., Lagarde J., Martin F.J., Martínez L., Mohanan S., Muir P., Navarro F.C.P., Parker A., Pei B., Pozo F., Ruffier M., Schmitt B.M., Stapleton E., Suner M.-M., Sycheva I.,

Uszczynska-Ratajczak B., Xu J., Yates A., Zerbino D., Zhang Y., Aken B., Choudhary J.S., Gerstein M., Guigó R., Hubbard T.J.P., Kellis M., Paten B., Reymond A., Tress M.L., Flicek P. GENCODE reference annotation for the human and mouse genomes. *Nucl. Acid Res.* 47: D766-D773, 2019; doi: 10.1093/nar/gky955.

- 5) Sondka Z., Bamford S., Cole C.G., Ward S.A., Dunham I., Forbes S.A. The COSMIC cancer gene census: describing genetic dysfunction across all human cancers. *Nat. Rev. Cancer* 18: 696-705, 2018.
- 6) Tate J.G., Bamford S., Jubb H.C., Sondka Z., Beare D.M., Bindal N., Boutselakis H., Cole C.G., Creatore C., Dawson E., Fish P., Harsha B., Hathaway C., Jupe S.C., Kok C.Y., Noble K., Ponting L., Ramshaw C.C., Rye C.E., Speedy H.E., Stefancsik R., Thompson S.L., Wang S., Ward S., Campbell P.J., Forbes S.A. COSMIC: the catalogue of somatic mutations in cancer. *Nucl Acid Res* 47: D941-D947, 2019.
- 7) Warburg O., Wind F., Negelein E. The metabolism of tumors in the body. *J. Gen. Physiol.* 8: 519-530, 1927.
- 8) Šmardová, J. Co nás učí nádory. Paralely v chování buněk a lidí. MuniPress, Brno, 2021; ISBN 978-80-210-9699-8.
- 9) Aktipis C.A., Boddy A.M., Jansen G., Hibner U., Hochberg M.E., Maley C.C., Wilkinson G.S. Cancer across the tree of life: cooperation and cheating in multicellularity. *Phil. Trans. R. Soc. B* 370: 201402219, 2015.
- 10) Aktipis C.A., Maley C.C. Cooperation and cheating as innovation: insight from cellular societies. *Phil. Trans. R. Soc. B* 372: 20160421, 2017.
- 11) Aktipis C.A. Principles of cooperation across systems: from human sharing to multicellularity and cancer. *Evol. Appl.* 9: 17-36, 2016; doi: 10.1111/eva.12303.

Jan Pirk:

OD RANHOJIČSTVÍ K VIZÍM CHIRURGIE BUDOUCNOSTI

V dobách antiky, tj. před naším letopočtem a v prvních stoletích po narození Krista, **byla medicína pojímána jako celostní a reflektovala intuitivní lidský přístup**. I když tehdy lékaři nevěděli téměř nic o fyziologii, používali na základě empirie léky, které používáme dodnes. Jako příklad bych uvedl praotce nás lékařů, Hippokrata, který kromě Hippokratovy přísahy, kterou skládá každý lékař při promoci, užíval odvar z březové kůry, protože empiricky věděl, že snižuje bolest a horečku. Ukázalo se, že totiž obsahuje kyselinu acetylsalicylovou. Ale s postupným rozvojem se medicína začínala rozdělovat, až se dopracovala k dnešní době, kdy je atomizovaná a orgánově orientovaná, technologická medicína. Na úkor toho **se potlačuje celostní přístup k nemocnému**.

V dřívějších dobách chirurgie nebyla vykonávána lékaři. Ale byli to různí ranhojiči, ale i někdy kováři (např. trhání zubů) či porodní báby. **Středověký lékař se totiž pacienta nesměl dotknout a chirurgie byla považována za nečisté řemeslo**. Jako pozůstatek tohoto stavu je to, že lékaři interních oborů ve Velké Británii jsou titulováni jako doktor, zatímco chirurgové si píší pouze Mr. (jako mistr). Čímž chtějí dávat najevo určité pohrdání tím, že když jimi v dřívějších dobách lékaři opovrhovali, oni teď na truc nebudou používat stejný titul. Teprve později se začaly i chirurgické obory vyučovat na lékařských fakultách a jejich absolventi měli stejný akademický titul jako internisté.

Jak jsem již řekl, **medicína se atomizuje** a začíná být **orgánově orientovaná**. To je na jednu stranu škoda a chyba někdy pro nemocné, avšak na druhou stranu to **umožňuje léčit mnohem závažnější postižení jednotlivých orgánů**, vzhledem ke specializaci a větším zkušenostem a znalostem jednotlivých odborníků. A tak, jestliže ještě v první polovině 20. století dělali chirurgové všechny chirurgické výkony, třeba od trepanací lebky, až po traumata a nádory, zejména břišní a urologické, postupně se chirurgie rovněž dělila. Takže **dnes již neexistuje chirurg, který by prováděl chirurgii v celém rozsahu**. Dokonce i břišní chirurgie se dělí na lékaře zabývající se hepatobiliární chirurgií, tedy játry a žlučovými cestami a na chirurgy specializované na nádory a jiná onemocnění tlustého střeva.

Kardiochirurgie byla zpočátku zakázanou oblastí. Jeden z nejslavnějších chirurgů 19. století, německý profesor Theodor Billroth, v roce 1882 řekl, že chirurg, který by zkusil sešít rány srdce, by měl ztratit úctu svých kolegů. A punkci osrdečníku považoval za prostituci chirurgického umění a chirurgickou frivolitu.

Toto dogma jako první prolomil profesor Ludwig Rehn, který v roce 1896 ve Frankfurtu nad Mohanem úspěšně ošetřil bodnou ránu srdce. V českých zemích mezi průkopníky kardiologie patřil prof. Emanuel Rychlík, který samozřejmě dělal chirurgii v celém rozsahu a referoval v roce 1910 na schůzi Spolku českých lékařů v Praze kazuistiku 25-letého muže, který spáchal pokus o sebevraždu bodnutím nožem do hrudníku. Prof. Rychlík provedl úspěšné sešití bodné rány srdce a průběh byl hladký, bez komplikací. Rána se zhojila.

Ve 40. a počátkem 50. let se kardiologii začínali věnovat původně hrudní chirurgové, kteří prováděli operace na plicích a jícnu. Byly to ojedinělé pokusy na tzv. zavřeném srdci, tj. při operaci bez mimotělního oběhu na bijícím srdci. Jednalo se o ojedinělé pokusy, o komisurolyzu, tj. rozrušení srůstů na zúžené mitrální chlopni a operace pro úrazy. Teprve v roce 1953, kdy byl poprvé v klinice použit přístroj pro mimotělní oběh, se datuje vznik moderní kardiologie v dnešním slova smyslu.

A během mého působení v tomto oboru od roku 1974, tj. 48 let, jsem byl svědkem stejného procesu, jaký je i v jiných oborech chirurgie. Ze začátku prováděli kardiologové všechny operace, a to vrozených srdečních vad, i chlopňových vad u dospělých. Později, po roce 1968, se začal rozvíjet nový podobor kardiologie, tj. koronární chirurgie, čili chirurgie ischemické choroby srdeční. Přemostění zúžených či uzavřených částí věnčitých tepen se stalo v 70. letech 20. století vůbec nejčastější plánovanou operací ve vyspělých zemích. Efekt operace byl totiž tak zásadní, že došlo k zlepšení nejen obtíží, ale i dlouhodobého přežívání nemocných.

A není náhodou, že kolébkou této chirurgie v České republice byl IKEM pod vedením prof. Libora Hejhala. Vycházel totiž z tradic cévní chirurgie, zatímco pracoviště, která se zpočátku vyvíjela na bázi plicní chirurgie, se více věnovala operacím vrozených srdečních vad a chlopňových vad u dospělých. A postupně tak docházelo k superspecializaci kardiologie, kdy došlo k zásadnímu rozdělení na kardiologii vrozených srdečních vad v dětství a na kardiologii dospělých. Vzhledem k tomu, že pro populaci České republiky je potřeba zhruba 500 – 600 srdečních operací vrozených srdečních vad u dětí, rozhodlo vedení České společnosti kardiologické chirurgie, že všechny tyto výkony budou soustředěny v jediném kardiocentru, a to ve Fakultní nemocnici v Motole, při 2. Lékařské fakultě. A tato superspecializace se do dneška plně akceptuje a vzhledem k velkým zkušenostem patří toto pracoviště mezi nejlepší evropská.

CHIRURGIE V HISTORII, JEJÍ PRESTÍŽ

Prestíž chirurgie podle mého názoru nijak nepřevyšuje prestiž řady jiných oborů. Spíše je dána prestiž osobností přednosty pracoviště či předního odborníka, ať je to v oborech chirurgických, či neoperačních.

SOUČASNÁ CHIRURGIE A JEJÍ POSTAVENÍ MEZI OSTATNÍMI OBORY MEDICÍNY

Jak jsem v úvodu řekl, atomizací medicíny se na léčení složitých případů v určité fázi tohoto procesu podílejí **odborníci různých oblastí**. A vzhledem k tomu je možno **léčit komplikované pacienty s řadou přidružených onemocnění** a v těžkém celkovém stavu. A to se týče jak diagnostiky, ať neinvazivní či invazivní, přes chirurgickou léčbu, až po rehabilitaci a dlouhodobou péči o tyto pacienty. Tento proces vede na jedné straně k možnosti léčit složitější a složitější postižení organismu. Na druhou stranu se zapomíná na osobní a celostní pohled na nemocného.

ETIKA V PRÁCI CHIRURGA, ANEB ČLOVĚK NENÍ JEN MASO NA STOLE

V souvislosti s orgánově orientovanou medicínou se často **zapomíná na etiku** v přístupu k pacientovi. Je třeba si uvědomit, že člověku nestůně pouze žlučník či srdce, ale **stůně mu i „dušička“**, zvláště když je to starší pacient, který je vytržen ze svého prostředí a je v nemocnici, kdy je obklopen cizími lidmi, navíc všemi v bílých uniformách. Jejich řeči často nerozumí. A proto zdůrazňujeme všem našim lékařům, že je třeba **vidět člověka jako celek** a starat se nejen o jeho nemocný orgán.

Nepředstavitelným pokrokem v léčích a v přístrojovém vybavení se stále častěji dostáváme do situace, kdy člověk je „prakticky nesmrtelný“. Funkci srdce můžeme nahradit umělými čerpadly, funkci ledvin dialýzou, funkci plic mimotělním okysličováním, a tak bych mohl pokračovat. Součástí etiky je někdy i rozhodnutí ukončit léčení, kdy veškerá péče je tzv. již marná a na základě konsensu týmu ošetřujících lékařů a příbuzných pacienta, ukončit tuto tzv. „marnou léčbu“. Aby pacient netrpěl a v klidu zemřel.

BUDOUCNOST MODERNÍ CHIRURGIE

Budoucnost moderní chirurgie vidím ve dvou směrech. Jednak to budou **výkony stále méně a méně invazivní**, čemuž slouží **laparoskopické a thorakoskopické výkony**, navíc s možností **použití robota**, který sice člověka nenahradí, ale umožní mu jemnější manipulaci s nástroji a citlivější operační techniku. A na druhou stranu budou výkony **maximálně invazivní**, které se budou týkat zejména **transplantační medicíny**. Pokud bych to vztáhl na léčení **onemocnění srdce**, myslím si, že se v této oblasti **kardiologie** budou **s kardiochirurgií sbližovat**, takže vznikne jakýsi invazivní léčitel srdečních onemocnění.

ETIKA TRANSPLANTACÍ A JEJÍ RIZIKA

Transplantační medicína je typickým **příkladem multioborové medicíny**. Chirurg, který vlastní transplantaci provádí, je pouze vrcholkem té pyramidy, který výkon provede, ale starat se o pacienty se selháním životně důležitých orgánů, která vyžaduje velice odbornou péči, je doménou kardiologů, hepatologů, diabetologů, nefrologů, pneumologů. **Etickou otázkou je zejména smrt člověka. Ten okamžik, kdy se může stát dárce**. Toto je upravováno zákony, které určují, kdy se mohou zemřelému orgány odebrat. Dalším důležitým problémem je navození imunologické tolerance, aby člověk přijal orgán, který je pro něj cizí. A to je pole

pro imunology. Východiskem z tohoto budou možná geneticky upravené zvířecí orgány, jako jsme tomu byli před nedávnem svědky u srdce.

Vážení čtenáři,

rád bych se závěrem svého příspěvku zamyslel nad cílem každého rozumného zdravotnického systému. Jeho skutečným cílem by měla být především **snaha předcházet nemocem**, protože je všeobecně známé, že předcházení nemocem je nejen levnější, ale hlavně pro zdraví člověka mnohem příjemnější, než odstraňovat následky nemocí, vzniklých třeba nesprávným životním způsobem. Takže zdravotnický systém by měl mít snahu co nejvíce **prosazovat preventivní medicínu**.

Ale současně s tím musí maximálně rozvíjet léčebné metody. Aby v případě, když preventivní medicína selže z důvodů, ať způsobených člověkem jeho nezdravým životním stylem, či nějakou genetickou poruchou, aby mohla důsledky těchto nemocí odstranit moderními léčebnými metodami, které zaručí dlouhodobý příznivý efekt na zdraví člověka. Kromě toho je třeba si uvědomit, že na **trvalém zdraví** se podílejí **obě strany**. Nejen **zdravotnický systém**, potažmo společnost, **ale stejně důležitou roli hraje i jedinec**, kterého se to týká. Bez dobré spolupráce obou těchto partnerů se nedá dosáhnout úspěšně cíle. A to si musíme všichni uvědomovat a jedinečně tak dosáhneme toho, abychom byli dlouho zdraví a mohli si užívat života.



Pynelopi Cimprichová: LÉKY V DNEŠNÍM SVĚTĚ

POMÁHAJÍ NÁM LÉKY V ŽIVOTĚ?

Už v dávnověku lidé pochopili, že **byliny jsou účinné** na některá onemocnění. **Chemické léky se začaly objevovat až v 19. století** a nejvíce se prosadily ve 20. a 21. století. Nicméně stále se ještě používají bylinné přípravky v lécích, byť již jen okrajově. Příkladem nám může sloužit např. výtazek z palmy jílovitě (*Serenoa repens*), který se používá k úlevě od příznaků dolních močových cest v souvislosti se zbytněním prostaty. Bohužel, tlak lobbistů způsobil, že **hrazené z prostředků veřejného zdravotního pojištění jsou jen chemické látky**, které však mají více nežádoucích účinků, a to přesto, že studie proběhly i u bylinných přípravků. Obdobně se zachoval úhradový systém i k přípravkům obsahujících výtazek z ostropestřce používaný při chronických zánětlivých onemocněních jater a cirhóze jater. Přípravky stále existují, ale pacient si je musí plně hradit, což pro většinu pacientů znamená užívání jen nebylinných přípravků. Je pochopitelné, že se lékařům nelíbí úhrada pro alkoholiky, kteří svou závislost díky těmto léčivům mohou dále provozovat, nicméně i další pacienti mají problémy s játry a doplácí na tento systém.

Obdobně macešsky se chovají evropské instituce k označování doplňků stravy. Je povoleno na krabičkách i v marketingu používat pouze schválená zdravotní tvrzení podle nařízení Evropského parlamentu a Rady (ES) č. 1924/2006 a 432/2012. **Je zakázáno doplňkům stravy přisuzovat vlastnosti týkající se prevence, léčby nebo vyléčení lidských onemocnění** nebo na tyto vlastnosti odkazovat, i když se jedná o známé a účinné působení různých vitamínů, minerálů a bylin.

Zajímavé jsou homeopatické léky, které jsou např. ve Švýcarsku a ve Francii hrazené z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Anglická královská rodina se jimi léčí, ale v ČR jsou v odborných společnostech vytlačovány na okraj diskusí, což brání možnosti s těmito přípravky více pracovat. Dokonce se **u volně prodávaných monokomponentních homeopatických přípravků** (obsahují jen jednu složku) **nesmí uvádět jejich účel, na co se používají**. Přitom se jedná o šetrné přípravky pro organismus, vhodné i pro těhotné maminky, a pokud je homeopat opravdu znalý své profese, mohou někdy přinést i nečekaný obrat zdravotního stavu k lepšímu. Existují antroposofické přípravky, doplňky stravy, zdravotnické prostředky a jiné způsoby terapie, které by se měly seriózně zhodnotit, aby se začínalo od nejšetrnějších možností léčby v případech, kde je to možné.

ZVÝŠENÁ SPOTŘEBA LÉČIV

Jedním z působení na zvýšenou spotřebu léčiv je změna cílových hodnot z vyšetření, kdy se léčiva mají používat, nebo změna celkového postupu v léčení. Sní-

Žila se hodnota cholesterolu při předepsání pacientovi a u zvýšeného cholesterolu se v současných doporučených postupech dočteme, že **se mají léčiva statiny předepisovat v maximální tolerované dávce**. Rovněž se zrušilo preskripční omezení (dříve předepisoval jen kardiolog, internista, lékař lipidologické poradny a diabetolog) a indikační omezení (definování, při jakém zdravotním stavu lze přípravek předepsat), takže dostupnost statinů se podstatně zvýšila. Obdobná situace je i v dalších skupinách léčiv. Na druhou stranu, **doplňky stravy z fermentované rýže**, které se doporučují na zvýšený cholesterol, **jsou neustále přehodnocovány** a schvalováno je další a **další snižování hladiny účinné látky monakolinu**. Pokud se u účinné látky dostaneme na nulu, tak asi přípravek nebude mít ten správný účinek. Lze jen uvažovat, proč tomu tak je.

Dalším vlivem je zavádění nových přípravků, u kterých jsou velmi vysoké cenové stropy a užívají se zejména u vzácných onemocnění. Pro zajímavost jedním z posledně schvalovaných léčiv je Spinraza na spinální svalovou atrofií (SMA – projevuje se svalovou slabostí a úbytkem svalstva), s předpokládanou úhradou **několika milionů ročně na jednoho pacienta**. Každoroční nárůst je v počtu přibližně 10-12 dětí se SMA.

Tlak na zvýšení spotřeby jde ruku v ruce také se změnou myšlení lidí, kteří **polykání tabletek považují za běžnou činnost**, ne-li dokonce více než normální. Tlaky pacientů na lékaře o předpis antibiotika při jakémkoliv nachlazení jsou dlouhodobě známé, i když už i laici vědí, že na chřipku antibiotika nepůsobí, přesto se pacienti stále dožadují antibiotik pro údajné urychlení léčebného procesu.

Zvýšení spotřeby léčiv samozřejmě napomohlo také **výrazné snížení cen**. Některé přípravky jsou už levnější než krabička bonbónů, a tudíž jsou více než dostupné pro všechny, takže zneužívání léků může pokračovat.

JAKÁ LZE OČEKÁVAT RIZIKA

S dostupností léčiv se podařilo dát některá onemocnění pod kontrolu, nicméně je zájem zvyšovat užívání léčiv přes jejich nesporné nežádoucí účinky, které se mohou při užívání léčiv objevit. Na jednu stranu léky mohou pomoci, ale na druhou stranu se řeší v některých případech nežádoucí účinky jedněch přípravků dalšími přípravky a kolotoč nežádoucích účinků, zejména při dlouhodobém podávání, může pokračovat. Je otázkou, kolik přípravků organismus snese. Dříve se na školách učilo, že **podávání více jak 5-6 léčiv už neumožňuje zjistit, k jakým změnám v organismu kvůli působení léčiv dochází**. Je otázka, jestli došlo k nějakému poznatku, který by mohl oprávnit změnu tohoto pohledu.

Je třeba také upozornit na to, že **i pomocné látky v léčivech mohou mít dopady na lidský organismus**. Naposledy Evropská komise schválila zákaz používání oxidu titaničitého jako potravinářské přídatné látky, tudíž jej není možné přidávat do doplňků stravy.

Evropská komise svůj návrh založila na vědeckém stanovisku Evropského úřadu pro bezpečnost potravin (EFSA), který dospěl k závěru, že používání oxidu titaničitého jako přídatné látky v potravinách nelze dále považovat za bezpečné, a to zejména proto, že nelze vyloučit jeho genotoxické účinky. Vzhledem k nemožnosti stanovit omezenou dávku, kterou lze považovat za bezpečnou, EFSA rozhodnul, že používání oxidu titaničitého v potravinách již nebude považováno za bezpečné. Takže **oxid titaničitý nelze nadále používat v doplňcích stravy, nicméně v léčivech**, kde se používá v hodně přípravcích, **může stále figurovat jako pomocná látka**. Kdy se tady dočkáme změny?

Co se týče očkovacích přípravků, je to kapitola sama pro sebe. Stále se diskutuje o hliníku v **povinných vakcínách** pro naše nejmenší a popírají se možné nežádoucí účinky. V informacích o přípravcích si můžeme přečíst následující informace o složkách:

- Hydroxid hlinitý – je hliník problematickým faktorem ve vakcínách, které se aplikují od 2 měsíců věku dítěte?
- Vakcína je tvořena vysoce čištěnými povrchovými antigeny viru chřipky typu A a B pomnoženého v kuřecích embryích, které jsou inaktivovány formaldehydem.
- Thiomersal (složka s obsahem rtuti), údajně již se stopovým množstvím, nicméně je třeba uvažovat nad tím, že rtuť se může uvolňovat z amalgámových plomb a přijímat stravu. Celkové hodnoty přijaté rtuti se sčítají. Navíc injekční forma je přímý vstup do těla, na rozdíl od polykání ústy, kdy trávicí trakt přeci jen představuje určitou bariéru pro toxické látky.
- Geneticky modifikované organizmy (GMO).
- Glutamát sodný ve vakcínách pro děti od 1 roku. Takže do vakcín lze glutamát vložit, ale instantní pokrmy s glutamátem sodným u dětí jsou zakázány podle vyhlášky č. 350/2021 Sb.
- Lidské diploidní buňky MRC5 – byly získány z potracených lidských plodů.
- VERO buňky – buňky z kočkodana, na kterých se virus pomnoží.
- Neomycin, který se nesmí používat do léčiv na podání ústy.

Ani jedna složka není z těch, která by byla přínosem pro lidský organismus, tím spíše pro batolata.

Nejvíce zmiňovaným **příkladem v tragédii užívání léčiv je přípravek Contergan**, účinná látka thalidomid. Používal se v SRN jako uklidňující přípravek a na spaní pro těhotné ženy. Až později se zjistilo, že způsoboval malformace plodu (vývojové vady v těhotenství). Narodila se spousta dětí bez končetin nebo uší. Byl to velký skandál. V USA naštěstí moudrá žena, lékařka Frances Kelsey, zakázala schválení přípravku, dokud se neprokáže jeho bezpečnost. Stala se národní hrdinkou, protože lékaři stihli v USA použít, bohužel pro některé děti, jen rozdané vzorky. Přitom při testování nebylo zjištěno, že by thalidomid v pokusech na zvířatech i v rámci

klinických studií na 300 dobrovolnících měl nějaké negativní vedlejší účinky. **V klinické praxi však používání přípravku dopadlo katastrofálně.**

K těmto dopadům dochází také proto, že je **velká podhlášenost nežádoucích účinků**. I náš Státní ústav pro kontrolu léčiv přiznává, že se hlásí maximálně 5 % nežádoucích účinků. Mezi odborníky v této problematice se však udává číslo ještě nižší okolo 1-2 %. Hodnocení léčiva přitom závisí na poměru risk versus benefit. Jak je možné zhodnotit risk nebo benefit léčiva, pokud data z užívání v běžné praxi chybí?

Z výše uvedeného je jasně vidět, že je **nutná opatrnost při používání nových léčiv**, a to zejména **u těhotných a kojících žen, u mladých lidí v plodném věku a u dětí**. Je třeba **chránit naši populaci** před neuváženými kroky, a to podobnými, jako je teď aplikace údajných očkovacích látek proti onemocnění Covid-19, hlavně u uvedených skupin našich spoluobčanů. Mezitím Dánsko zakázalo aplikaci těchto přípravků dětem do 18 let a Velká Británie již zcela oficiálně tyto přípravky nedoporučuje těhotným a kojícím ženám. Na internetových stránkách vlády Velké Británie se uvádí, že v současné době nelze poskytnout dostatečné ujištění o bezpečném použití vakcíny u těhotných žen a ženy, které kojí, by také neměly být očkovány. V ČR se nic nezměnilo – přípravky se používají u všech našich občanů ve věku od 5 let. Nově je snížený věk pro podání těchto přípravků dokonce i dětem od 6 měsíců, aniž by došlo k jejich dlouhodobému hodnocení. Rovněž byla Ministerstvem zdravotnictví ČR povolena čtvrtá dávka v období, kdy u přípravků proti onemocnění Covid-19 nebyla registrována.

JAK DÁLE POKRAČOVAT

Vzhledem k nárůstu onemocnění v populaci, kde se neprojevuje zlepšení zdraví zvýšenou lékařskou péčí a dostupností léčiv, spíše naopak, je třeba se zamyslet nad výrokem zakladatele lékařské vědy Hippokrata, který ve své době lidi nabádal: **„Nechť je strava Vaším lékem“**. Se svým tělem žijeme my sami a bylo by nanejvýš chvályhodné, aby lidé převzali odpovědnost za sebe, za svůj životní styl, psychiku a všechny faktory, které zdraví ovlivňují. Vitamíny a minerální látky jsou běžně dostupné v potravinách. Příroda to zařídila tak, aby byliny, ovoce, zelenina, obilí obsahovaly látky, které nám pomohou. Vitamín D získáme pobytem na slunci, pohybem vyloučíme škodlivé látky, smíchem vylepšíme psychiku atd. Každý si může dál doplnit, jak může své zdraví ovlivnit. Samozřejmě lidem velmi pomohla změna životních podmínek k lepšímu a hygiena. Preventivní opatření jsou základem pro zdraví našich občanů a je třeba přidat i předběžnou opatrnost při užívání léčiv dle Hippokratova sdělení: **„Pomáhat, nebo alespoň neškodit!“**.

Lékařskou péčí a léky je třeba brát jako skvělou pomoc ve chvíli, kdy už přesahuje zhoršený zdravotní stav možnosti člověka, jak jej řešit. Do té doby bychom se měli snažit se sebou pracovat a naše tělo i psychika se nám za naši péči odmění zářícím zdravím.



Jan Žaloudík:

ZDRAVOTNICTVÍ PRO LID A PRO ČLOVĚKA

Dvojí v jednom. Jakoby šlo totéž, ale v praxi jde o úhly pohledu i požadavky dost odlišné. Systém je tvořen pro lid jako bezejmennou množinu a je na každém jednotlivém člověku, aby se v něm ve zdravotní nouzi našel nebo ztratil. Nadužívaný termín „*veřejné zdraví*“ je vlastně pitomost. Zdravý či nemocný je vždy jedinec, zpravidla různě a odlišně. Třeba mikrob může být jeden, různých jeho zdravotních a sociálních důsledků pak stovky. Opustíme-li potřeby jedince ve prospěch prodejné všelidové politiky, utrpí jednotlivci i systém. Platí pravidlo, že koně je možno k vodě přivést, nemožno ho však donutit, aby se napil. Voda však může být čirá či kalná, je jí dost nebo málo, systém proudí či zahřívá, leskne se podle nasvícenosti a osvětlenosti. Systém má nabízet příležitost, řešení už je na jednotlivcích a v jednotlivostech.

Hlídejme proto státem již **nastavené příležitosti**, jejich stabilitu, kvalitu a rovnost, lépe snad ekvitu. A učme se jako jednotlivci oněch příležitostí rozumně využívat. Není jich v našem rozmáchnutém zdravotním systému málo, mnohdy vadí spíše nepřehlednost než nedostupnost. Počítejme ovšem i s nutností regulace nadužívání či zneužívání. Solidarita zdravých s nemocnými jako kompromis mezi zájmem jednotlivce a celku, kterou všichni zleva i zprava využívají, také musí mít udržitelné mantinely.

I. PRO LID

Debaty o zdravotnictví se u nás odvíjejí především s ohledem na jeho **financování**. Za posledních třicet let jsme ve stabilně desetimilionové populaci, spíše ve vnucovaném obrazu nemocnější než zdravější, vystačili ročně zprvu se stovkou, pak s dvěma stovkami, pak prý s kritickými třemi stovkami a následně se čtyřmi stovkami miliard ročně. Nyní jsme už **překročili pět set miliard korun** a opět hrozíme krizí z nedostatku. Dříve chyběly prostředky na přístroje, pak na léky, trvale na platy zdravotníků a opravy objektů, nyní budou chybět prostředky na provozní energie a hrozíme si nově už i zimou. Topit a vařit v nemocnicích se totiž musí při léčbě levně i nákladně, základní i vysoce specializované.

Zdravotní systém jako jeden z pilířů fungování státu a spokojenosti občanů nemožno budovat či kultivovat bez kontextu s obecnou politickou atmosférou a **kompetencí vládnutí**. Je s podivem, jak nemohoucí se ve vztahu k financování zdravotnictví ukázaly všechny vládní garnitury, ať již vzešlé z takzvané levice či pravice. Všechny plkaly o reformě a pokračovaly v dosavadní formě, která stěžejně udržuje

udržitelnou strukturu. Bobtnají zbytnosti, ohroženy jsou nezbytnosti systému. Řeší se podružnosti, principům se vyhýbáme.

Pomýlená byla už **pseudokultivace systému** regulačními třicetikorunami, což občany regulovalo pouze k odporu, ale i vnímáním mnohých, že „třicetikorunou“ si tedy zaplatili snazší průchodnost systémem, lepší komunikaci i péči, nejnovější technologie i zbytná vyšetření. Deformace v chápání podstaty a nákladových proporcí zdravotní péče byla značná a přetrvává pro historiky i v dokumentaci. Ve zprávách o vyšetřeních za tisíce, ať již zbytných či nezbytných, indikovaných či kupených z alibismu, je vždy výrazně uvedeno „*poplatek 30 Kč zaplacen*“. Ani oněch 90 Kč za pohotovostní službu nedokázalo odlišit, zda nemocný přichází s vážnou nezaviněnou akutní újmou nebo svévolně s banalitou, kterou možno odložit na pracovní dobu. Hoši napravo jen snili svůj sen o regulaci davů třicetikorunami. Podobně nalevo bujela lež, že se nedopustí, aby se na zdravotní péči připlácelo již v době, kdy spoluúčasť činila mezi 20-25%, o zubařích a celém tzv. soukromém sektoru zdravotnictví nemluvě, kde šplhala k 80-100%.

Usnul také sen o **definici nadstandardů**, neboť nebylo jasno, co, mimo roztodivné implantáty a televize na pokojích, je v nezbytné zdravotní péči nadstandardem. Ona zbytná a zbytečná péče se samozřejmě neodlišovala, neboť by to omezovalo volnou soutěž v podnikání s prostředky veřejného pojištění. Mezitím se ovšem i ty televizory na nemocničních pokojích a WiFi připojení staly standardem, podobně jako už dříve v hotelích.

Příplácení na pobyt a stravu, tedy „hotelové služby“ v nemocnicích si reálně nikdo netroufl zavést, jen se o tom periodicky plkává v nekonečných televizních debatách. Strukturu veřejného zdravotnictví rozbitou do sedmi segmentů si našťěstí už nikdo netroufnul dále drobit, leč postdestrukčně drze se horlilo za **sítě páteřních nemocnic** na poněkud již ohlodané páteři.

Škoda, že *Divadlo Járy Cimrmana* čerpávalo příběhy spíše z dob konců monarchie a nevyužilo námětů posledních třiceti let, mohla to být neskonale legrace i pro generace vnuků a pravnuček. Takto jen vážně **reagujeme na pěnu dní** pěněnou spontánně či účelově z vnějšku, ať už je to metanol v etanolu, důsledky ozónové díry, prevence dehydratace, jedna epidemie ve světě epidemií, soutěže v jednom očkování či jakékoliv lidské darebnosti se zdravotními důsledky. Proti kouření se bojuje opatrně, protože oněch 80% přínosu z tabákové daně není pro státní příjem zanedbatelných. Je ovšem velká rezistence vracet aspoň část z oněch 80% do zdravotní péče za překouřené a ukouřené, které se pak rozplynou v potřebách státu na leccos: obranu i útok, inkoust a jiné tekutiny. Opět možno i zde odkázat na kapitolu 9. knihy Genesis, kde je v příběhu opilé nahoty praotce Noe dáno lidstvu do vínku jako univerzální **nástroj pokrytectví** – pokrýváním skutečnosti a následnou interpretací.

Jako i v jiných aktuálních situacích jsme více než z vnějšku **ohroženi vlastními opatřeními**. Máme velkou tendenci k sebepoškozování, možná je to rys společ-

nosti relativního dostatku, jakéhosi sociálního kapitalismu, případně protektivní demokracie. Chartista, disident a později bezpečnostní expert Jan Schneider vidí současné riziko v přechodu demokracie v „*demokratismus*“, který už před lety nazval Karel Kryl „*demokratúrou*“. Nediskutuje se v alternativách, nehledají se nová řešení, správný je jen jeden medializovaný názor, byť třeba zjevně suboptimální nebo zcela pochybný. **Názoroví instruktoři vysvětlují** i pro zdravotnictví, **co je informace a co desinformace**, názorové spektrum se svršťuje a s ním také kritické myšlení. Donedávna bylo v EU zdravotnictví pokládáno za oblast subsidiární v gesci jednotlivých zemí, což změnil covid. Nyní jsme sjednocování centrálně šířeným strachem, ale zejména dluhem, jen zčásti nezbytným. **A z EU se už stává souročenství dlužníků.** Dluh se stává normou už natolik, že i narůstající zbytné nároky se kryjí dalšími půjčkami a deficity. Je otázkou, zda jednota EU se vlastně nebuduje nejspíše na bázi dluhu a strachu.

Jen tak **naš systém zdravotnictví nezměníme.** Kapacitami ani organizačně. Je-li vůbec vůle o tom plkat, pak jistě ne konat. Systém se budoval spontánně i plánovitě od dob Marie Terezie, pokořil monarchii, kapitalismus, socialismus, liberalismus a neskolí ho ani současný protektivní demokratismus a mediální diktatura strachu. Je utvářen dlouhým vývojem od habsburských dob přes prvorepublikovou modernizaci, poválečný a socialistický posun se strukturou podle Semaškova modelu, přes dosti chaotickou přestavbu a značnou diverzifikaci v posledních třiceti letech po sametové revoluci až k současným opětovným snahám o opětovnou centralizaci a tvorbu regionálních impérií byrokratismu, byť lákavě nazývaných akciovkami v gesci samospráv a podobně.

Zároveň stále ale také láká ona porevolučně držená darebná představa nakládání s veřejnými zdroji, tedy privatizovat zisky a socializovat dluhy. A jistě také trvalá snaha zbavování se odpovědnosti minulých i současných volených garnitur za trvalé a prohlubované dluhy. Každá nová změna ve zdravotním systému se vždy přiřadí, zafixuje a do systému zapracuje, takže aktuální tvar zdravotnictví není už možno jak ani kým měnit. Leda dalším vývojem a dotacemi či restrikcemi a manévry, spíše úhybnými či překotnými než plánovitými. Permanentní řeči o reformě zdravotnictví jsou plané, v lepším případě jde o drobné parametrické úpravy ve financování, méně již v chodu či metabolismu ležícího molocha.

Celý obraz se lépe vyloupne, podíváme-li se na systém z hlediska jeho vnitřních rozporů, nejasností a **navykle pokrytecké prezentace**, jak už se ve společnosti zavedlo od dob praotce Noe, jehož nahotu a opilost jeho synové, bibličtí zakladatelé pokrytectví, pokryli pokrývkou. Pokryté, a tedy neřešené, je podstatou i našich problémů. Nicméně **systém i tak docela funguje**, ač by mohl lépe a přátelštěji, efektivněji i levněji. Nákladové efektivitě se stále vzdaluje, dostupnost a kvalifikaci si však zachovává, mnohde jinde je hůře. Nebavme se tedy o negaci či rozšlapání houslí, nýbrž o jejich ladění. Je-li ovšem vůle a sluch, neboť hrát si lze i z nabídky řvoucí produkce z CD či MP3 a bez nástroje.

Vůle k nápravám, úpravám a laděním se v současnosti rapidně snižuje, neboť společnost je aktuálně zaneprázdněna a postižena povšechnou *debilizací*, která ještě léta potrvá. Debil zde není nadávka, ale diagnóza trendu k lehce podnormálnímu intelektu odevzdanému toku zpráv a dění, který absorbuje vše nabízené a opakující zavedená klišé bez vlastní jiskry k zapálení plamene nebo posunu jinam.

V češtině při užití termínu zdravotnictví předpokládáme číslo jednotné, tedy jedno zdravotnictví, ale reálně jde o číslo množné, tedy **plurál více zdravotnictví**, fungujících s různými pravidly a větší či menší vlastní autonomií. **Zdravotnictví máme ve vlasti sedmero**. Státní, krajské, městské, v gesci resortu obrany, církevní, soukromých řetězců a malých soukromníků, tedy praktiků, ambulantních specialistů, zubařů. Tyto segmenty spolu nikterak nerokují, harmonizující se minimálně nebo vůbec, občas jednají zařízení státní s krajskými, jiní jen raritně. Všichni však žijí především z prostředků veřejného zdravotního pojištění, což by je mohlo jaksí sjednocovat, více je však rozděluje různými pravidly i podmínkami. Zejména se liší mírou autonomie vůči pravidlům a pokynům, které zčásti určují zákony, někdy se snaží i ministerstvo zdravotnictví, ale také zvyk, dohodovací obyčej k vyhandrkování nebo dobývání účastku.

Asi pod vlivem již biblicky zavedeného pokrytectví stále u nás označujeme plátce zdravotní péče čili **distributory zdravotní daně** za zdravotní pojišťovny. Nic nepojišťují, snad jen variabilní distribuci veřejných prostředků. Sociální i asociální smír v daném roce rozdělování, nic jiného. Přežilo jich rovněž sedmero a prý je to tak potřeba, aby si konkurovaly. Nejasno v čem. Možná v připlácení na obroučky k brýlím, balíček vitamínů, ozdravné výlety za sluncem, ačkoli i toto je s ohledem na účelné vynakládání veřejných prostředků povinného zdravotního pojištění hodně pochybná nabídka. Systém jako celek ctí strategii současného protektivního sociálního eurokapitalismu, jímž je **privatizace zisků a socializace dluhů** všude, kde jsou příležitosti. A že je jich v daňové redistribuci a nakládání s veřejnými prostředky hojně!

Systém uplatňuje také **sedmero druhů plateb za péči**. Paušální, vyhodadovanou, výkonovou, dotační, na bázi DRG, přímou z kapsy a darebnou do kapsy. Tedy **sedmero zdravotnictví se sedmero plátcí čili distributory a sedmero typy plateb** dává **matematicky 343 možných kombinací vztahů úhrad** různým subjektům různými subjekty. Jistě některé převažují, jiné jsou raritní, mění se s místem i časem. Reformovat pytel blech nebo populaci polních hryzců k jednotnému postupu není možné, směřují se ovšem vždy za potravou, tedy za zdroji. Leč opěvované řízení struktury a efektivity činností ekonomickými nástroji zde zcela nefunguje. Neříká kdo by to zkoumal a hodnotil, je-li pokřik hlasitý, přisype se. Takto jsme za třicet let pokročili při stálých deseti milionech obyvatel od sto miliard korun do zdravotnictví ročně už na pět set miliard a dále porosteme. Ano, vše je prý kvalitnější, lidé jsou nemocnější, platy vyšší, žití dražší a inflační plány se plní.

Zmínit je třeba také **tři druhy našeho zdravotnictví** z hlediska užitečnosti a efektivity. **Zdravotnictví nezbytné, zbytné a zbytečné.** V tom nezbytném není mnoho prostoru k rozjímání, lobování a expanzi, protože je tam fůra každodenní nezbytné práce. Bobtná tedy segment zbytný a zbytečný, kde je více času, jak se uchytit a dojednat napojení na veřejné zdroje. Ve zdravotnictví nezbytném je tendence mít pacientů spíše méně, ač se to nedaří a kleká se pod náporom nezbytností. Zdravotnictví zbytné a zbytečné se po pacientech či klientech spíše pídí, získává je nabídkami, reklamou, přísliby novinek a zdraví ještě zdravějšího, než to zdravé. To první zdravotnictví nezbytné je ve správnějším pojmenování spíše nemocnictvím, zabývající se nemocemi, úrazy a skutečnými zdravotními problémy. **Nezbytné zdravotnictví nijak neexpanduje, těší se více z úbytku služeb. Expanzi zajišťují druhy zbytný a zbytečný.** Nikdo se však pochopitelně nemá za zbytného či zbytečného, všichni jsou si v systému podle jejich názoru nominálně nezbytní a celá tato kategorizace jsou prý jen zlá slovíčka. Nezbytnost či zbytnost ovšem v praxi odhalují akutní a vážné situace – úrazy, mrtvice, záněty, rakovina, krvácení, orgánová selhání, metabolické propady a také trvalá dostupnost i mimo standardní pracovní dobu. Plátcí čili distributoři zdravotní daně konflikty nehledají nijak rádi, tedy nekomentují ani rámeček nezbytnosti a zbytečnosti. „Světů mír a úživnost tvorstvu všemu“, říkají si. Reformovat se to nedá, jen brzdit sešup k neudržitelnosti.

Úvahy o našem systému zdravotnictví, v zásadě zvykově funkčním, ale stále méně efektivním, stále nákladnějším a přístupným jen korekcím vzhůru, ale v principech neměnném, mají na úrovni vládní i hospodské už jen jediný význam. Umožňují vyplakat se, ponadávat si, zopakovat si názory a případně vyměnit kontakty na známé lékaře pro intervenci k rychlejší, zdánlivě či skutečně lepší péči, povzdechnout si a dále pokračovat v zavedeném. Zdravotníci mají jako celek stále vyšší společenský kredit než politikové, často po zásluze. Proto je lépe navážit se do bezejmenného zdravotnictví, nikoliv však do jednotlivých zdravotníků. Také ne do mocných managementů zdravotně-průmyslového komplexu, který je stejně mimo státní dosah. V době, kdy pod tíhou událostí opět převažuje vliv vojensko-průmyslového komplexu, nejsou navíc tahanice o vliv na zdravotnictví prioritou. Zdravotnictví je bohaté a vítězí v míru. Válečné zdravotnictví nijak rentabilní není, různost a hrůznost obou nesrovnáváje. Ze zákopu se s ustřelenou nohou ovšem tahá vždy člověk, nikoliv lid. Také v reklamě na obvazový materiál za války vítězí ten, který je zrovna k dispozici, je-li.

II. PRO ČLOVĚKA

Volně lze takto téma přesmyknout z lidu na člověka. Tedy: co na to člověk? Element v mase lidu, křehký jedinec, **mravenec v mraveništi.** Nedbá tolik tajů a záلودností organizace zdravotních služeb. Kráčí napříč systémem hnán potížemi, nárokem, dostupností a relativní bezplatností. Sedmero druhů zdravotnictví ho nezajímá, přijímán je podle vlastní volby všude. Jen občas se nějaký velmi bludný zdravotník pacientovi ohradí slovy: „*Vy k nám nepatříte.*“, neznaje zákonného práva na volbu lékaře. Náš systém je legislativně zdánlivě velmi vstřícný a prostupný,

ale bloudit v něm lze. V metropolích více než na venkově, kde jsou trajektorie přímější. Ostatně běží samoregulace přijatelným dojezdem, patientská turistika je spíše regionální než republiková.

V nevelké zemi je **každý známým někoho** nebo někoho, kdo má další známé. Nemá smysl zde žertovat, je třeba o této podpurné husté megasíti vztahů a spojení vědět a smířit se s jejím fungováním. Má ostatně značný praktický dopad a dokonce přispívá ke spokojenosti se zdravotním systémem, neboť usnadňuje proces, urychluje vyšetření, čekání na elektivní operace i rehabilitační procesy. Člověk člověku člověkem, protektorem i pečovatelem. Že se na toto téma jen žertuje, plaše naráží nebo kritizuje, není nijak ku prospěchu věci. Otázka zní: proč se chod systému za přispění známých umí zrychlit, usnadnit a zefektivnit daleko lépe, než pod vedením oficiálních složek zřizovatelů, pojišťoven nebo metodického guru – ministerstva zdravotnictví. Není to už ani o úplatcích, spíše o vyhovění, empatii, protislužbách a jisté formě sociálního citění. Příbuzní a známí se kolem nemocného člena jejich klanu či bubliny aktivizují, intervnují, zprůchodňují systém a konečný důsledek nemusí být nijak špatný. Horší je individuální turistika osamělého pacienta, který hledá a dožaduje se či váhá, někdy jen napříč nemocnicí, jindy i regionem nebo celou vlastí. Že by měl „svého“ provázejícího a radícího lékaře hrozí málokomu. Koncept rodinných lékařů z devadesátých let je mrtev, v době covidí jsou všichni spíše hnáni on-line přímo do nemocnic, neboť nemocný člověk ambulance spíše ohrožuje, než vábí.

V případě vážného a akutního problému je ve společném zájmu pacienta i lékařů, aby potřebné kroky v procesu odsypávaly a proces diagnostiky i léčby běžel přímočaře a hladce. V tom je ostatně **podstata spokojenosti nemocných**. Také ovšem v komunikaci, aby došlo k porozumění problému a souladu duší, tedy zejména k důvěře. Není-li tomu tak, lépe vztah přerušit a posunout se jinam, kde pocit pravdy a lásky převáží. Za čtyři dekády praxe držím zkušenost, že hledání známých, protekce či intervence při zvládnání často rutinních situací je skoro vždy požadavkem na ujasnění postupu, jeho hladkost a dobrou komunikaci se zdravotníky ve vstřícném, chápajícím, vysvětlujícím a laskavém duchu. Veselost nad lehkostí bytí je často vítána, avšak nikoliv na úkor empatie, dobrého pocitu, vážnosti problému a důstojnosti trpícího. Proto je medicína umění a nikoli technologie algoritmů z často velmi přihlouplých počítačových aplikací nebo mediálních obrazů. Šaman v osadě, v kruhu kolem ohniště, případně jeho návštěva v chýši, je odvěkou člověčí potřebou a jeho virtualizace už pak směřuje jen k víře, nikoliv k řešení a spokojené konzumaci péče.

Vlastní nástroje práce zdravotníka pro bližního jsou **mozek, ruce a srdce**. Nazval bych je „*svatou trojicí medicíny*“. Nevím, co chtějí nabídnout kšeftaři se zdravím, vábení k trvalým zdrojům, jichž valem přibývá. Zdravotnictví pro lid vystavené jen na komerci nabízí jen mozek, někdy spíše urologické než neurologické povahy, tedy vyčůraný. Nenapadám tím medicínsko-průmyslový komplex a „*big pharma business*“, který nese kromě řady negativ i vlajku pozitiv technologického pokroku. Poukazuji spíše na parazitární podřád zbytných a zbytečných zdravotních služeb

a pseudoslužeb, které se vydávají za pevné články řetězce, ač ho zpravidla jen oslabují a uzlí. Laická veřejnost zpravidla tyto šmejdy nerozpoznává, podobně jako podomní obchodníci s hrnci, deštěm, energiemi či jištěním nejistot.

III. PRO FORMU

Formu jaksi funkčního zdravotnictví máme nutně i s „deformou“. Reformu zdravotnictví jako nějakou zásadní přestavbu s úplným vymýcením deformací v dohledné době neprovedeme. V systému je už příliš mnoho trvale jistých peněz, vztahů i zájmů. Překotná politická reforma by byla asi i nebezpečná. Náš zdravotní systém je **svázán a kotven navyklou sítí lan i pavučin**, v němž se už léta žíví mnoho subjektů, zájmů a institucí. Také se v něm vždy také najde dost prostoru i možk tvořících nová byrokratická opatření, což pobaví, ale nebaví. Předivo vztahů je složité a pevné. Lze je však trvale vylepšovat jen stálou inventurou smysluplnosti, efektivity a selekcí podle skutečné potřeby tam či onde.

Omílané, ale nijak nezohledňované **hodnocení kvality** je pak laicky nejlépe vnímat jako přímou cestu s cíli, kde faktorem je nejen dodržování standardů, potřebná kvalifikace a vybavení na úrovni doby, ale také čas a výsledek.

Ekonomové rádi učí o ekonomických nástrojích řízení. Nutno říci, že **postulát ekonomického řízení u nás zcela selhává**. Občas se o něm klábosí v ministerských či podnikatelských bublinách. Distributoři zdravotního pojištění, tedy zdravotní pojišťovny čili plátcí, však žádnými spolutvárci zdravotní politiky, hlídači efektivity ani zdokonalovateli systému, nejsou. Jejich strategie se řídí ročním cyklem od Nového roku do Ježíška a hodnoceními podle čtvera ročních období - jaro, léto, podzim a zima. Škoda, že se nedožil Alfons Mucha, určitě by působivě podal českomoravskou zdravotní epopej v ročním cyklu v secesních recesních obrazech. Medicína a její organizace by také lépe výukově vynikla jako umění.

Naše zdravotnictví nespěje nikam jinam než k uspokojování aktuálních potřeb jednotlivců pod větším či menším tlakem a v horších či lepších podmínkách. Umění možného je asi správná a reálná cesta. **Naděje člověka** je vždy držena odspodu, tedy v práci mozků, rukou a srdcí. Srdce bych zdůraznil, neboť ve světě „e-health“, tedy „e-zdravotnictví“, se spoléhá zejména na algoritmus a energii elektrickou, nikoliv na přirozený puls života a chybí mu hlavně doladění o „e-heart“ čili „e-srdce“. Osud „e-systému e-health“ závisí na vypínači a cena života, svázaná i s cenou energií, tajemně odkudsi předurčovanou, se tím stává až podivuhodně nestabilní.

Věřím na trvale přežívající **nezištný humanismus** medicíny. Vnímám však také její velmi zřejmé příležitosti. Vážím si všech, kteří zřejmé a nezištné strategie odlišují. Věřím, že člověk je v zásadě dobrý a chytrý živočich, pokud se mu systematicky a vlezle nenabízejí jiné příležitosti. Omezujeme tedy příležitosti k darebnotem ve zdravotnictví a hodnoťme spíše kasuistiky než statistiky. Spíše osudy než sudy produkce na pásu. Více pohledy na možnosti volby člověka než programové deklarace u příležitosti všelidových voleb.

Udržujme aspoň již dosažené. Co zcela rozbijeme, neslepíme. Lepidlo nejistí dobré bydlo. To je snad jediný **recept**, který lze dát v dané době k různým programovým prohlášením. Měl by být také udržen morální postulát zdravotnictví, že **nesmí strašit, musí uklidňovat**. Je nehezké nerozdávat naděje. Ostatně, kde chybí vize, lid strádá. A člověk jako jedinec nakonec taky.

Zadavatelé textu mě žádali, abych v závěru pojednání neopomněl nabídnout také **řešení**. Myslím, že hlavně je nutno **nabízet poznání a pochopení systému**. Informovaní totiž průběžně ochabují a vymírají. Noví rekruti vnímají staré problémy jako nové, ač novými nejsou. Řešení vidí jinak ten, kdo má aktuálně moc, kdo nemoc a kdo jen bezmoc. Pro ty, kteří chtějí a umějí být ve věci přeměn aktivní mě nenapadá nic lepšího než připomenout osvědčenou poučku „*mysli globálně, jednej lokálně*“. To podle aktuálních protektorátních podmínek při Rýnu, Labi, Vltavě, Odře, Svratce či Ostravici. Uleví se vám.



Ladislav Špišák:

FYZIKÁLNÍ LÉČBA ZE ZDROJŮ ZEMĚ

TRADICE ČESKÉ BALNEOLOGIE

Dlouhou tradici v léčebných metodách má balneologie využívající přírodních léčivých zdrojů, ať již léčivé minerální prameny, peloidy, přírodní zředelní plyn či vhodné klima jako jednu z forem fyzikální léčby.

Již od nepaměti upoutávaly přírodní jevy zájem člověka. Zejména zřídla horké vody, vývěry vod nápadných chutí, barvou, přítomností kysličníku uhličitého nebo sirovodíku. Také ložiska rašeliny, slatiny a bahna sloužila jako materiál pro zábaly, koupele jako jednu z forem teploléčby. V blízkosti těchto přírodních zdrojů vznikala postupně léčebná místa. Máme velké množství dokladů – kreseb, maleb, miniatur, dřevořezů a jiných rytin, obrazů a pečeti o tom, že **voda a přírodní léčivé zdroje byly využívány k léčbě**. S objevem slavných pramenů a založením lázní jsou spjaty četné romantické pověsti, z toho vidíme, jak velký význam se jim přisuzoval. Z českých dějin je možno připomenout pověst o objevení pramene pražských Svatováclavských lázní. Kníže Václav na jedné ze svých projížděk zdejšími lesy spatřil bílého jelena. Ten svými kopyty za skály, podle jiné verze svými parohy ze země objevil pramen vody. Knížeti voda zachutnala, a tak se zde rozhodl vystavět studánku. Po čtyřech letech na stejném místě při výstavbě Nového Města měl údajně Karel IV. postavit na počest svého předchůdce první lázně. Vztah k lázeňství má obrazový materiál skrytý i ve starých náboženských spisech ve výzdobě a četných iluminacích bible krále Václava IV.

České a moravské lázeňství mělo vždy celosvětově své vedoucí místo, především díky **mimořádnému bohatství na minerální prameny**, které nám dává naše země. Podrobný soupis léčivých přírodních zdrojů, nechala vytvořit česká panovnice, císařovna Marie Terezie, vládnoucí v letech 1743–1780. Léčivé prameny u nás byly známy již dříve, např. karlovarské byly známy již Keltům a Římanům. Poslední nálezy ale svědčí o tom, že nejstarší u nás využívané prameny jsou severočeské prameny termálních vod. V Teplicích byly lázně založeny již kolem roku 1158. Přesto světového významu dosáhly až Karlovy Vary se svým unikátním Vřídlem. V roce 1358 dal Karel IV. Karlovým Varům městská práva, léčily se zde koupelemi především bolesti kloubů, kožní choroby a porázové stavy. Významné období rozvoje lázeňství a léčby přírodními prostředky je také spojeno se zakladatelem lázní v Jeseníkách Vincenzem Priessnitzem (1799–1851), který se zasloužil o rozvoj vodoléčebných procedur. Používal studené vody k léčení a ošetřování úrazů, později i akutních onemocnění. Své zkušenosti ověřoval na sobě, na pacientech

ale i na domácím zvířectvu. Byl průkopníkem především léčby chronických chorob, u kterých zkušenosti s vodoléčbou zatím chyběly. Je znám svými studenými zábaly udržovanými do zapáčky tak, že vedly k intenzivnímu pocení při současném příjmu studené pitné vody. Léčbu kombinoval s procházkami v lesích Jeseníků a s léčbou prací. Měl oblibu ve studených jídlech a neuznával příliš dietoterapii. Zajímavé je, že nezanechal po sobě žádné závěry svých prací. Dochovala se ale bohatá korespondence jeho pacientů. Z mnoha lékařů a léčitelů je potřeba připomenout slavného laického léčitele Sebastiana Kneippa, faráře z Worishofenu v Bavorsku (1821–1897). Protože již během studií teologie v Mnichově byl často nemocen, začal na sobě zkoušet vodoléčebné procedury. Netrval jen na studených procedurách, zabýval se technikou polevů, koupele dával s přísadami otrub, sena, extraktů z bylin. Na rozdíl od Priessnitze byly jeho léčebné metody opatrnější a fyziologičtější. Prosazoval chození v trávě a rose, na oblázcích. Byl proti pití kávy a čaje. Na rozdíl od svého předchůdce Vincenze Priessnitze vydal řadu spisů a léčebných postupů. Některé jeho metodiky se používají do současné doby.

Na přelomu 19. a 20. století, s objevem léčebných účinků radioaktivity, se začíná fyzikální terapie kromě hydroterapie využívat v Jáchymově k léčbě nejrůznějších typů onemocnění. Zde byly lázně oficiálně založeny v roce 1906.

Lázní a léčivých pramenů bylo na území Čech a Moravy v minulosti mnohem více než dnes. **Před 2. světovou válkou u nás bylo provozováno 250 lázní. Ve srovnání, dnes jich zůstalo kolem 50.** Velké množství kvalitních minerálních pramenů v severozápadní oblasti Čech bylo likvidováno po roce 1945 především zakládáním těžebních oblastí uhlí.

Během obou světových válek se značně ustupovalo od využívání přírodních léčebných zdrojů a nahrazovala je medikamentózní léčba.

Po roce 1989 byly lázně privatizovány jako první ve zdravotnickém sektoru. Což přineslo kromě nesporných kladů, také mnoho škody ve formě upadajících až zaniklých lázeňských zařízení.

SOUČASNÉ METODY BALNEOTERAPIE S DŮRAZEM NA FYZIKÁLNÍ LÉČBU

Balneologie je léčebnou metodou, která je využívána téměř ve všech oborech lékařství. Jedná se o komplexní přístup k pacientovi jako celku v prevenci i léčbě především chronických onemocnění a stavů po prodělaném komplikovaném onemocnění nebo operaci. Ve své podstatě je **metodikou nenahraditelnou.**

Na základě způsobu aplikace přírodních léčivých zdrojů se rozeznává balneoterapie vnitřní a zevní. Součástí vnitřní balneoterapie jsou pitné kúry, inhalace, výplachy a kloktání. Fyzikální léčebné metody využívá zevní balneace. Do zevní balneoterapie patří využívání přírodních léčivých zdrojů při vodoléčebných metodách, mechanoterapii, termoterapii a radioterapii.

Hydroterapie (vodoléčba) využívá fyzikálních vlastností vody různé teploty, různých skupenství, mechanického působení (masáž proudem vody), vztlaku (a tím odlehčení těla v koupeli). Balneoterapie navíc k léčbě používá přírodní minerální vody unikátní svým chemickým složením. Vodoléčbu dělíme na malou a velkou. Některé procedury malé vodoléčby je v zásadě možné provádět i v domácích podmínkách.

Základní metodikou tzv. **malé vodoléčby** je **omývání**, které provádíme teplou vodou nebo přírodní minerální vodou. Specifickým typem je **skotské omývání**, které je realizováno **střídavě teplou a studenou vodou**. Je typem tonizační procedury vhodné ke stimulaci autonomního nervového systému, imunity a srdečně cévního aparátu a plic, pro urychlení metabolismu, pro zlepšení reaktivity sympatiku a parasimpatiku. Terapeuticky tak ovlivníme celý komplex psychoneuroendokrinoimunologických dějů v organismu.

Oviny, zábaly, obklady, kompresy se provádějí na lehátku. Mohou být částečné či celkové, podle obsahu tekutiny suché nebo vlhké, podle teploty teplé, vlažné nebo studené. Slouží k vyrovnání teplotních spádů mezi jádrem a slupkou těla, zajišťují psychickou a somatickou relaxaci.

Indikací pro studený zábal jsou funkční poruchy autonomního systému s postižením srdečně cévního systému, neurocirkulační astenie, diabetes mellitus s počínajícími komplikacemi cévními a nervovými, akutní záněty a otoky, bolestivé stavy. Je zajímavé, že pacienti reagují často na chladovou proceduru příznivěji než na teplou.

Priessnitzův obklad je místní obklad s kombinovaným účinkem, kdy přes chladný vlhký látkový obklad dáme suchý teplý obklad a ponecháme působit 30 min. až 2 hodiny, někdy i přes celou noc. Léčíme tak počínající akutní infekce nosohltanu, záněty mandlí, lymfatických uzlin, záněty průdušek, ale i akutní bolesti krční páteře, úrazy končetin a kloubů, povrchové záněty a trombózy žil; u revmatiků tak mírníme ztuhlosti kloubů a snížíme svalové napětí.

Chladné mokré zábaly u horečných stavů o teplotě 8-15 °C přikládáme postupně po 10-15 min. v cyklu na předloktí a zápěstí levé horní končetiny, potom na levou dolní končetinu na kotník a na bérec pod koleno. Totéž potom na pravou dolní končetinu, teprve potom na pravou horní končetinu. Cyklus opakujeme několikrát do snížení teploty.

Oviny podle Kneippa (tzv. Kneippova kúra) jsou menšího rozsahu než je polovina tělesného povrchu. Jde o místní aplikace vlhkých chladných nebo teplých přikládaných ručníků. Patří do uceleného systému terapií, kdy pracujeme v určitých denních hodinách se zevními hydroterapeutickými stimuly – většinou střídavými teplými a chladnými stříky a částečnými koupelemi. V Kneippově otužovací kúře se kombinuje chůze v mokré trávě, ať je to v ranní rose nebo po dešti a kropení. Po obutí do suchých ponožek a obuvi následuje chůze v terénu rychlejším tempem.

Kneipp dále doporučoval chůzi naboso v terénu i doma, rychlou chůzi po mokrých kamenech, chůzi naboso v čerstvě napadlém sněhu nebo na jinovatce za bezvětří po dobu 1-2 min., chození ve studené vodě přírodních potůčků nebo v zimních měsících chůzi v průtočném bazénku se studenou vodou v interiéru vodoléčeb.

Kneipp propagoval co nejkratší pobyt v celkové chladné lázni – jen několik vteřin, neuznával následně frotáže nebo tření kůže, varoval před skoky do vody, ale preferoval sice rychlý, ale pozvolný vstup od ponoření postupně po kotníky, poté kolena a poté celého těla na dobu maximálně 6 sekund a dbal na rychlé oblečení do suchých oděvů. Po všech chladných procedurách doporučoval cvičení končetinami a trupem nebo rychlou chůzí. Používal hlavně obklady; z koupelí dost preferoval chladné sedací koupele po dobu 10-20 sekund, teplé asi na 15 min., celkové chladné koupele po dobu 30 sekund, teplé celkové koupele na dobu 25-30 min. podle stavu pacienta. Dále používal polévání, omývání, zábaly. Na rozdíl od Prieissnitze před ním používal i parní lázně, ale pouze částečně lázeň hlavy, parní lázeň nosu a uší nebo paží či nohou

Metody využívající mechanického účinku jsou **otírání, odrhování, kartáčování a šlehání**.

Jsou indikovány při úpravě funkcí autonomního systému, při stimulaci termoregulace, tonizace srdečně-cévního systému a imunity. Jde o proceduru tonizační, stimulační osu hypotalamus–nadledviny. Léčebný efekt se dostaví např. po komplikovaných úrazech, operacích, u osob s neurocirkulační astenií, u poruch imunity, psychastenii, klimakterických syndromů a psychosomatických stavů.

Polevy jsou typickou historickou balneoprocedurou, kdy se kombinuje chladná voda s dopadem vody z výšky na tělo. Indikací jsou onemocnění nervového systému, poruchy vegetativních a hormonálních, pokles imunity, podávání mezi záchvaty astma bronchiale, v době rekonvalescence, otužování, všechny stavy, kdy je potřeba zvýšit psychickou motorickou a imunitní výkonnost, vhodné jsou polevy u rekondičních pobytů sportovců.

K metodikám **velké vodoléčby** patří sprchy, stříky, koupele bez přísad, s přísadami, se zdůrazněnými mechanickými účinky, subakvální masáž, skotské stříky, sauna.

U **sprch** se kombinuje účinek teplé vody a mechanické energie dopadu vody na tělní povrch. Většinou se jedná o předeřívací proceduru před chladovou procedurou. Chladné sprchy se používají výjimečně po dobu asi 1 min. jako závěr složitých hydroterapií.

Sprcha podle Vichy se aplikuje na pacienta volně ležícího na masážním stole. Ve výši 1–1,5 m nad celou délkou těla je perforovaná jedna nebo dvě trubky, ze kterých ne přetlakově, volně dopadá voda předepsané teploty. Současně s dopadem vody se provádí ruční odrhování.

Vodní stříky se liší podle použitého tlaku vody a její teploty. Podle teploty je dělíme na chladné, teplé, střídavé (skotské).

U skotských stříků se používá konstantní tlak vodního paprsku (3 ATM) a konstantní vzdálenost od pacienta 3 m. Zahajujeme vždy teplou vodou po dobu 30–40 sekund a pokračujeme chladným proudem 5–10 sekund. Jsou vhodné při narušení funkčních vegetativních a hormonálních poruch, při snížené imunitě, ke zvýšení celkové kondice, otužování, zvyšování odolnosti na chlad a meteoropní vlivy. Nepodáváme je u neurastenie, u nervově labilních osob a při srdečně cévních chorobách.

Modifikací jsou parní stříky, kdy stříkáme parou z pistole asi ze vzdálenosti 1 m. Využívají se u kontraktur a svalové hypertonie, u chronických stadium revmatických chorob, před léčebnou tělesnou výchovou.

Hlavní metodikou velké vodoléčby v lázních jsou **koupele** v přírodní minerální vodě, ať již částečné nebo celkové, s dalšími přísadami – s přírodním kysličníkem uhličitým, perličkové, s rostlinnými výtažky. Teplé částečné koupele dolních končetin ovlivňují nejen prokrvení bérců, ale i stehna a pánve a reflexně i prokrvení sliznice dýchacích cest. Využívají se u poruch prokrvení, u subakutních a chronických zánětů kloubů, u zánětů močového měchýře se zdržováním moči, po úrazech. Nepodáváme je u pacientů s nekompenzovaným zvýšeným krevním tlakem, při poruchách citlivosti, při poruchách prokrvení. Naopak krátké studené koupele bérců podáváme při poruchách prokrvení, nespavosti, působí celkově relaxačně. Aplikujeme i **koupele bérců střídavé šlapací** (dvou-vaničkové), kdy pacient přešlapuje po dobu asi 1 min v teplé vodě (38–45 °C), poté přestoupí do vaničky s chladnou vodou (10–16 °C), kde šlape čapí chůzí asi 15 vteřin. Procedura končí chladnou vodou a frotáží nohy do sucha. Následuje rychlejší chůze. Tuto proceduru podáváme při funkčních poruchách oběhu („studené nohy“), při bolesti hlavy, při počínajícím onemocnění srdečně cévního aparátu, počínající ischemické chorobě dolních končetin, počínajících postižení malých cév a nervů dolních končetin u úplavice cukrové, při prevenci žilních městků dolních končetin, u stavů s lymfatickými edémy dolních končetin.

Podobně jako se podávají částečné koupele na dolní končetiny, podáváme i **koupele na horní končetiny**, ať již teplé nebo horké u revmatických kloubních obtíží nebo studené u funkčních poruch, bolestí hlavy, při zvýšeném pulzu (tachykardii), u zvýšené činnosti štítné žlázy, atp.

Částečnou koupelí je i **sedací koupel** ve speciální nízké vaně s širokými opěradly o teplotě 37–42 °C. Horní polovina těla musí být zakrytá, rovněž je třeba zajistit ohřívání nohou. Koupel trvá 10–20 min. Podáváme u gynekologických a urologických onemocnění. Současně můžeme podat do koupele i oxid uhličitý k rozšíření cév a reflexních ozdravných dějů v malé pánvi.

Celkové koupele se podávají v lázeňských vanách, procedura trvá 15–20 min., před vstupem do vany je vhodná krátká teplá sprcha (39–41 °C), pokud tomu nebrání kontraindikace, u některých silně mineralizovaných přírodních minerálních vod je po koupeli nutná teplá sprcha. Dále následuje suchý ovin vleže na lehátku s mírně podloženou hlavou po dobu 15–20 min. Lékař ordinuje médium koupele, četnost, celkový počet v léčebné kúře, teplotu, náplň vany, dobu trvání koupele, ovin, specifická ustanovení – např. chladič na srdeční krajinu.

Jako součást sauny či rusko–římských koupelí využíváme **koupele celkovou studenou normou**. Teplota vody je 15–20 °C, trvání koupele 15–20 sekund. Provádíme pouze u přehřátého pacienta, který se krátce rychle ponoří. Následuje osušení, suchý zábal nebo oblečení a rychlá chůze, případně opakování cyklu, lze podat horký nápoj. Kontraindikací jsou spazmy cév a revmatické obtíže.

Součástí bazénových komplexů a rozsáhlých vodoléčebných provozů je **celková parní lázeň**, kdy je teplota vzduchu 40–50 °C, vlhkost vzduchu 70–80 %, po dobu 10–15 min. Po této proceduře následují obvykle chladnější procedury nebo řízená pohybová léčba v bazénu.

Rusko–římské koupele se skládají se ze tří místností o teplotě vzduchu 40–45 °C, 60 °C a v třetí místnosti je pára o teplotě 40–50 °C. V každé místnosti je pacient po dobu 10–30 min. Po výstupu z poslední místnosti následuje krátká chladná sprcha s frotáží nebo plaváním v bazénu s vodou o teplotě 27 °C, poté krátká očištná sprcha a následuje celkový suchý ovin na 15–20 min. Jsou vhodné při poklesu imunity, obezitě, u kožních nemocí, degenerativních bolestivých onemocnění páteře a pohybového systému.

Koupele s přísadami využívají jednak tepelných, případně mechanických účinků vody, dále účinku přísadových látek – kationtů a aniontů, minerálů, plynů, rostlinných přísad (extrakty, éterické oleje). Po koupeli v přírodní minerální vodě se pacient nesprchuje ani neutírá, následuje odpočinek nejméně 30 min. Sírné koupele se využívají při zánětlivých a degenerativních revmatických onemocněních, svalovém revmatizmu, u kožních onemocnění (seбореja, psoriáza, akné, svědivá onemocnění kůže) a chronických zánětů orgánů malé pánve. Jodové koupele se podávají u artróz a neuralgií.

Při **uhličitě koupeli** je přírodní kysličník uhličitý smíchán s vodou. Při prvních aplikacích používáme vyšší teploty, při dalších teplotu postupně snižujeme. Osprchovaný pacient opatrně vstoupí do koupele a celý se ponoří, pouze hlava je nad okrajem vany. U srdečně cévních chorob začínáme s poloviční či třičtvrtěnou koupelí a postupně přecházíme k celkové koupeli. Po koupeli se pacient osprchuje a odpočívá v suchém zábalu. Vděčnou indikací jsou srdečně cévní choroby, stavy po kardiologických výkonech, poruchy prokrvení, zvýšený krevní tlak, ale i zánětlivá revmatická onemocnění. Tuto proceduru nepodáváme při dekompenzovaném srdečně cévním onemocnění, výrazně sníženém krevním tlaku, plicní

nedostatečnosti, při závažné skleróze cév, při nepravidelné srdeční akci, sklonu ke kolapsovým stavům a epilepsii.

Masáže pod vodou jsou procedurou se zdůrazněným mechanickým účinkem, provádíme je ve speciální velké vaně pro podvodní masáž nebo v Hubbardově tanku. Teplota vody je 35–37 °C, tlak vody z trysky 0,2–0,4 MPa. Podáváme u porúrazových stavů, u otoků, u chronické žilní insuficience, ale i u chronické zácpy. Kontraindikací je srdečně cévní nedostatečnost, horečnaté choroby, některá onemocnění kůže, akutní záněty žil.

Při **perličkové koupeli** je do vany s vodou o teplotě 37 °C vháněn kompresorem vzduch přes vložený perličkový rošt. Drobné vzduchové bublinky provádějí jemnou masáž, celkový efekt je relaxační. Je-li vháněn kyslík hovoříme o **kyslíkové koupeli**. Koupel trvá 10–20 min. Tato koupel má výborné výsledky při neuróze, nespavosti a snížením krevním tlaku.

Tonizační procedurou je, když je voda nasávána z vany čerpadlem a tryskami hnána zpět, někdy mísená se vzduchem, hovoříme o **vířivé koupeli**.

Stangerova koupel je elektroléčebnou vanou, kdy dochází k aplikaci galvanického nebo nízkofrekvenčního proudu na tělo během celkové koupele. Směr průtoku galvanického proudu můžeme měnit dle schémat. Intenzita se nastavuje podle pocitů pacienta. Jedná se o tonizační proceduru, vhodnou při poruchách prokrvení malých i velkých cév, obrnách a poruchách nervového zásobení.

Vodoléčebnou procedurou je i **sauna**, které se provádí v komplexu místností – šatna, WC, potírna, prostor pro ochlazení, odpočívárna. Pacient se osprchuje a do sucha vytře, před vstupem do potírny a v případě potřeby zahřeje chladné nohy v nádobě s teplou vodou.

Saunování je vhodné při chronických zánětech dýchacích cest a chronických revmatických onemocněních. Kontraindikací jsou všechny akutní stavy a dekompenzace chronických onemocnění, akutní infekční choroby, zvýšená činnost štítné žlázy, vysoký krevní tlak, psychické poruchy, epilepsie, nekompenzovaná úplavice cukrová.

Dalším typem využití přírodních léčivých zdrojů ve fyzikální terapii jsou **peloidy** (rašeliny, slatiny a bahna). Naše země je bohatá i na tento přírodní léčivý zdroj. Bylo identifikováno široké spektrum pozitivních účinků peloidů na lidský organismus. V popředí jako nejvýznamnější stojí samozřejmě účinky tepelné, dále pak protizánětlivé a analgetické. Charakteristické jsou pro peloidy také hojivé, detoxikační a vyživující vlastnosti, díky čemuž jsou považovány za významný léčivý zdroj v lázeňství.

Z hlediska termického působení mají peloidy sice velice významné a podstatné tepelné účinky, ale mají nízkou tepelnou vodivost. Zvýšením množství vody přida-

né při přípravě peloidních koupelí můžeme tuto vodivost zlepšit. Lidský organismus se v peloidní koupeli nebo v zábalu prohřívá pomalu a šetrně a peloid pak může tepelně působit i na vnitřní orgány. Lokální teplota kůže v peloidním zábalu bývá až kolem 38–39 °C. Jedná se tedy přímo o tepelnou terapii = termoterapii, která působí do hloubky organismu. Takto navozená hypertermie, která označuje záměrné léčebné zvýšení teploty části či celého lidského těla, přináší klasické léčebné efekty myorelaxační účinky na kosterní svalstvo, spasmolytické na hladkou svalovinu (zábaly se osvědčily i u léčby astmatiků, u chorob žlučníku, žaludku a střevních poruch, u nefrologických chorob a v gynekologii) a v neposlední řadě i jako protibolestivé.

Místní chemický a biologický efekt daný přítomností organických látek souvisí s huminovými kyselinami a bitumenem, které mají stahující a bakteriostatický až baktericidní účinek. Resorbují se kůžemi a sliznicemi a ovlivňují tělní povrchy, tzn. kůži a sliznice. Léčebné efekty jsou prokázány u sirno-železité slatiny v gynekologii.

Kombinuje se tak efekt termofyzikální s účinkem biologickým. Při léčbě pohybového aparátu je jednoznačným efektem zvýšení rozsahu pohybu a úlevy bolesti u degenerativních kloubních onemocnění a degenerativních onemocnění páteře.

V celkové peloidní koupeli se uplatňuje vztlak a tlak média na lidský organismus. Humolitové koupele nemají vysokou specifickou hmotnost oproti vodním procedurám. Slatiny a bahna mají vyšší specifickou hmotnost, proto jsou vhodnější pro přípravu zábalů. Významný je i transportní efekt peloidů, kdy na rozhraní kůže a peloidu dochází k tzv. sorpčně-resorpčním pochodům. Probíhají vzájemné vazebné interakce, kdy se z mimobuněčné tekutiny kůže vymývají organické i anorganické látky, kůže vylučuje hodně potu, který se dále vstřebává do peloidu. Také se do peloidu vstřebávají olupující se epitellie. Chemické působení peloidů je děj látkové výměny mezi peloidy a tělem. Lonto-výměnným mechanismem jsou absorbovány kationty. Absorpce je větší pro ionty hořčiku, méně pro vápník, ještě méně pro sodík a nejméně pro draslík. Pro technologii přípravy peloidu k aplikaci je potřeba mít k dispozici: kvalitní peloid, správný poměr vody v aplikačním médiu, předejhrátí nezávadným šetrným ohřevem, který nezmění vlastnosti peloidu.

Peloidoterapie je doporučována u chorob pohybového aparátu zánětlivých i degenerativních, v gynekologii při léčbě sterility, infertility, zánětlivých onemocnění vnitřních rodidel, u stavů po komplikovaných laparoskopických operacích, u klimakterického syndromu. Je vhodná i při interních onemocněních jako jsou bronchiální astma, chronická respirační onemocnění, chronická onemocnění jater, žlučníku, slinivky, u metabolických onemocnění, při dermatologických onemocněních (psoriáza nebo mokřavý ekzém), u nemocí ledvin (chronické záněty močových cest, chronická mykóza nebo kvasinková onemocnění močových cest, chronická prostatitida atd.). Je vhodná pro stimulaci vegetativní nervové soustavy a imunitního systému (infekční multiorgánové postižení, pokles imunity, stavy

po průmyslových nebo náhodných otravách apod.), neurologických onemocněních a u stavů po úrazech a operacích pohybového aparátu.

Peloidy se aplikují několika různými formami. Z hlediska míry dostupnosti zdrojů peloidů se dnes provádějí v České republice zejména **lokální částečné zábaly**. Ty jsou aplikovány na jednotlivé klouby pohybového aparátu dle postižení, úseky zad (krční, hrudní, bederní a křížová oblast), oblasti v lokalizaci vnitřních orgánů (např. oblast jater) anebo při gynekologických potížích formou tzv. „kalhotek“, kdy se zábal aplikuje zepředu i zezadu kolem celé pánve, v oblasti podbříšku a horní části stehien. Celotělové aplikace jsou prováděny výjimečně, v dnešní době standardně snad jen v lázních Piešťany na Slovensku. Další možností jsou **slatinné koupele**, kdy je koupel zředěna minerální vodou. Třetí možností jsou **vaginální tampóny**, kdy je využívána pouze pasterizovaná tzv. panenská slatina.

Balneoterapie využívá jako fyzikální léčebnou metodu i **radioterapii**. Mezi významné přírodní léčivé zdroje patří radonová voda. Vedle toho patří do radioterapie i brachyradiumterapie neboli ozáření na krátkou vzdálenost. Oba druhy radioterapie provádějí v ČR pouze Léčebné lázně Jáchymov. V rámci terapie nenádorových onemocnění je hlavním cílem nastartování reparačních pochodů. Klinicky je nejvýraznější účinek nenádorové radioterapie protizánětlivý a analgetický. Základní formou využití jsou **radonové koupele**. Z uvedených klinických účinků zde jasně dominuje protizánětlivý stimul. Jsou vhodné při onemocnění pohybového aparátu zánětlivého i degenerativního původu, u stavů po úrazech, operacích ortopedických či spondylochirurgických, u neurologických onemocnění a neuropatických komplikacích úplavice cukrové. Koupele jsou podávány 6x týdně, celotělově, doba koupele je 20 minut, teplota vody je 36 °C. Maximální počet koupelí je stanoven na 24 za rok. Radonové koupele se nepodávají dětem v růstu, těhotným a kojícím ženám, pacientům s aktivním maligním onkologickým onemocněním a následně ani dva roky po poslední ukončené léčbě tohoto onemocnění.

Brachyradiumterapie se používá v lázních Jáchymov k místní povrchové kontaktní radioterapii v nenádorových indikacích. Vlnová délka je velmi malá. Samotné ozáření se odehrává v jednom sezení a trvá 6 hodin. Po ozáření nesmí být provedena lokální aplikace zejména kortikoidů intraartikulárně do ozařovaného místa po dobu 2 měsíců. Ozáření je možné opakovat po roce. Tuto terapii přednostňujeme u degenerativních onemocnění velkých kloubů, bolestí zad z místních příčin a u prokazatelného kořenového dráždění.

Závěrem je možno konstatovat, že využití našich přírodních léčivých zdrojů ve fyzikální terapii v **lázeňství** je široké s významnými léčebnými efekty a stalo se již **tradiční formou komplexní lázeňské péče**.

Současně je třeba zdůraznit, že balneologie je naším „rodinným stříbrem“ a o toto „stříbro“ je potřeba pečovat. Zásadním problémem je **dostatečná informovanost studujících medicíny v oboru**. Příkladem je přístup Lékařské fakulty v Plzni, která od tohoto školního roku zavedla přednášky i semináře z balneologie

jako součást předmětu Ochrana a podpora zdraví, který je ukončen státní zkouškou. K potvrzení a objektivizaci kladných účinků lázeňské léčby v rámci medicíny založené na důkazech (EBM = evidence based medicine) se musí dále rozvíjet výzkum v tomto oboru, kde jedním z vlaštovek je i Institut lázeňství a balneologie v.v.i., jehož zřizovatelem je Krajský úřad Karlovarského kraje. Co se týče financování lázeňské léčby ze zdravotních pojišťoven, i zde jsou rezervy. I když počet lázeňských lůžek činí čtvrtinu všech zdravotnických lůžek naší republiky, **do lázeňství dávají zdravotní pojišťovny jen 2% celkového rozpočtu.**



Pavla Hájková:

ZDRAVÉ A NUTRIČNĚ HODNOTNÉ POTRAVINY

Aktuálně ještě stále žijeme v době, kdy si na náš jídelní stůl můžeme obstarat prakticky cokoli, na co máme zrovna chuť. Regály supermarketů se téměř celoročně prohýbají pod tíhou všemožného lokálního i tropického ovoce a zeleniny. V mnoha domácnostech se na talíři každý den objevuje maso a mnohdy kvantita z velkochovů bohužel převažuje nad kvalitou z farmy. Ve snaze ulehčit si práci lidé nakupují různé polotovary s obsahem rafinovaných cukrů, konzervantů, aditiv a dalších látek, které organismus mohou zatěžovat.

Také jsme doslova zahlceni množstvím mnohdy protichůdných doporučení a rad na téma zdravého stravování. V průběhu desetiletí se trendy ve výživě dramaticky měnily a často se měnily také názory jednotlivých odborníků na výživu z řad vědců, lékařů a nutričních specialistů. A tak dnes, kdy jsme doslova zaplavení informacemi a masivně ovlivňovaní reklamou výrobců jídla, jsme možná ještě zmatenější, než kdy dřív. Nerada bych k tomuto zmatku a nejistotě přispívala svými výroky i já, a proto Vám v následujícím textu nabídnu spíše informace založené na zkušenosti našich předků, které jsou podloženy vědeckými výzkumy.

Problémů na poli zdravé výživy je celá řada. Ráda bych se ale v tomto textu dotkla dvou, dle mého názoru nejzásadnějších. Prvním je **konzumace průmyslově zpracovaných potravin a polotovarů** v dnešní uspěchané a reklamě podléhající době. Druhým je **nedostatečné využívání nutričně hodnotných potravin jako nástroje léčby** (především v případě **chronických onemocnění**).

TRADIČNÍ VERSUS MODERNÍ ZPŮSOBY VÝŽIVY ČLOVĚKA

Jsem přesvědčená o tom, že **zdravá strava** jsou **základní, průmyslově nezpracované** a tedy **přírodní potraviny**, které nám nabízí příroda. Tento názor bych ráda doložila výzkumem dnes již zapomenutého amerického zubního lékaře Westona A. Pricea.

Weston A. Price (1870 – 1948) byl prvním badatelem a tzv. „**Charlesem Darwinem výživy**“, který ve 30. letech 20. století podnikal cesty po celém světě s cílem najít zdravé lidi se zdravým chrupem a pochopit, co je zdravými udělalo. Zavítal mezi přírodní národy jako byli Indiáni Severní a Jižní Ameriky, původní obyvatelé Austrálie, Nového Zélandu a Oceánie, švýcarští venkované, Eskymáci a další.

Své poznatky později shrnul do díla s názvem „**Výživa a fyzická degenerace**“. Zjistil, že **zdraví zubů i celého těla úzce souvisí s výživou** a popsal několik důležitých rozdílů mezi tradičním stravováním tzv. primitivních, přírodních národů a tzv. rozvinutých národů, které vlivem rozvoje přešly na průmyslově zpracované pokrmy.

Strava švýcarských venkovanů, irských rybářů, Eskymáků, Indiánů, Aboriginů a Maorů byla předtím, než byla na jejich území dovedena železnice, nedotčená průmyslovým zpracováním, bohatá na kvalitní živočišné bílkoviny a tuky, maso z orgánů, nepasterizované mléčné výrobky, ovoce, zeleninu, extra panenský olivový olej, luštěniny, ořechy, semínka, zrna v celistvém nerafinovaném stavu. Hojně konzumovali také masokostní vývary bohaté na kolagen, vápník a důležitý vitamín K2. Fermentovali nejen mléčné výrobky, ale také obilí, ovoce, zeleninu a dokonce i maso. Tyto národy naopak vůbec nekonzumovaly produkty z bílé mouky ani rafinovaného cukru. V jejich stravě byly sice lokální rozdíly, ale společný měli **podíl v tuku rozpustných vitamínů A, D a K2, který byl 10x větší než ve stravě tehdejšího průměrného Američana**. Tyto přírodní národy získávaly stěžejní vitamíny A, D a K2 z nasycených tuků jako je máslo, sádlo, kokosový olej, vejce, orgánové maso a plnotučné syrové mléko. Netrpěli žádnými chronickými nemocemi, infekcemi, duševními onemocněními, ani obezitou a neznali zubní kazy, přestože kartáčky k čištění zubů nepoužívali.

Naopak tehdejší Američané a národy v dosahu železnice a přístavů konzumovali průmyslově zpracovanou stravu jako je čištěné obilí, tedy zrna bez otrub, rafinovaný cukr, zavařeniny a pasterizované mléko. Tato, dle Dr. Pricea nedostatečná a nesprávná výživa, měla neblahý vliv na jejich zdravotní stav. Byli náchylní k infekcím a chronickým nemocem, potýkali se s obezitou, vrozenými vadami, zubním kazem, nesprávným skusem a deformací kostní struktury - vyšší kostra na úkor jejího správného vývinu, absence široké pánve u dívek, progresivně se zužující struktura obličeje, tendence dýchat ústy vlivem malých nosních průchodů a nedostatečného vývinu nosních kostí a úzká zubní klenba s křivými zuby.

Vyživující tradice a znalosti Dr. Westona Pricea se shodují s nejnovějšími výsledky studií, o které se opírají někteří současní lékaři a vědci. Zásadním výživovým doporučením těchto autorů je vyloučení přidaných cukrů, rafinovaných obilovin, zákaz konzumace průmyslově upravovaných potravin a **zařazení dosud tolik pranýřovaných živočišných tuků**, o kterých dříve odborníci tvrdili, že zvyšují hladinu cholesterolu v krvi a riziko kardiovaskulárních onemocnění. Přitom tyto tuky jsou velmi výživné, na rozdíl od nevyživných cukrů roky propagovaných vědci i potravinářským průmyslem. Dnes už víme, že **doporučení odborníků z 80. let 20. století zvýšit konzumaci obilovin, rostlinných olejů, margarínů a snížit konzumaci masa, vajec a másla mělo za následek epidemii cukrovky a obezity**. Právě epidemie obezity souvisí s výše zmíněným fenoménem, kterým je **konzumace průmyslově zpracovaných potravin**. Ta **mění hormonální reakci ve střevě**, vede ke **změně signalizace hladu či sytosti**, a tím i ke **zvýšenému příjmu potravy**.

Za zmínku stojí studie vědců z University of Cambridge ve Velké Británii uveřejněná v roce 2015 v renomovaném žurnálu The Lancet. Studie s názvem „**Dietary quality among men and women in 187 countries in 1990 and 2010: a systematic assessment**“ mapuje stravovací návyky 4,5 miliardy lidí ve 187 zemích světa za posledních 20 let, a to od roku 1990 do roku 2010. Nezaměřuje se pouze na celkovou kvalitu jídelníčku v jednotlivých zemích, ale spotřebu výživově více a méně hodnotných potravin zkoumá zvlášť.

Ze zdraví prospěšných potravin vědci sledovali konzumaci ovoce, zeleniny, luštěnin, mléka, ořechů a semen, celozrnné potraviny, vlákninu, ryby, omega 3 mastné kyseliny a polynenasycené mastné kyseliny. Z nezdravých potravin sledovali konzumaci slazených nápojů, nasycených tuků, cholesterolu, sodíku, transmastných kyselin, zpracovaného masa a nezpracovaného červeného masa.

A k jakým výsledkům vědci došli? Výživných potravin se dle studie sice dnes spotřebuje více než v roce 1990, nicméně zároveň výrazněji stoupla spotřeba nezdravého jídla. Nejbohatší regiony světa, jako je USA, Kanada, Austrálie, Nový Zéland a západní Evropa, mají nejvyšší spotřebu zdravých i nezdravých – průmyslově zpracovaných – potravin. Naopak chudé regiony, jako např. Afrika, se mohou pyšnit konzumací nejzdravějších potravin. To je do velké míry dáno také skutečností, že Afrika, alespoň mimo velká města, stále odolává trendu „*mcdonaldizace*“ společnosti a převažuje domácí příprava pokrmů nad průmyslově zpracovanými potravinami.

Celosvětovým specifikem je tzv. **středomořská kuchyně** států jako je Řecko, Turecko, Sardinie, Kypr či Izrael, jejichž jídelníček je výživově vysoce hodnotný díky hojnosti čerstvé a lokální zeleniny, ovoce, ořechů a semen, kvalitního olivového oleje, cereálií, mořských ryb, přestože se v něm objevuje také červené maso. To je ale vždy ve své **přirozené, průmyslově nezpracované podobě a v nejvyšší kvalitě**, která je nesrovnatelná s velkochovy.

Oproti tomu v rychle rostoucích zemích jako je Indie, Čína a v mnoha středně příjmových zemích za posledních 20 let dle výzkumu nedošlo k žádnému zlepšení stravovacích návyků. Dřívější podvýživu zastínila obezita a chronická onemocnění, jdoucí ruku v ruce s nárůstem spotřeby průmyslově zpracovaných potravin a potravin pocházejících z nekvalitních zdrojů.

Které státy mají nejzdravější a nejméně zdravý jídelníček?

Nejzdravější jídelníček: 1. Čad, 2. Sierra Leone, 3. Mali, 4. Gambie, 5. Uganda, 6. Ghana, 7. Pobřeží Slonoviny, 8. Senegal, 9. Izrael, 10. Somálsko.

Nejméně zdravý jídelníček: 1. Arménie, 2. Maďarsko, 3. Belgie, 4. Česká republika, 5. Kazachstán, 6. Bělorusko, 7. Argentina, 8. Turkmenistán, 9. Mongolsko, 10. Slovensko.

Češi si dle výsledků studie vedou špatně. **V roce 1990 byla Česká republika 4. nejhorší a o 20 let 5. nejhorší na světě ve spotřebě nezdravých potravin.** To znamená, že oproti jiným státům světa, především těch rozvojových, konzumujeme ve velké míře slazené nápoje, nasycené tuky, transmastné kyseliny, průmyslově zpracované maso či červené maso z nekvalitních zdrojů. Naopak v našem jídelníčku chybí dostatek kvalitní čerstvé zeleniny (optimum je 400 – 500 g denně pro dospělého), ovoce (2-3 kusy denně), ořechů a semínek, luštěnin, kvalitních tuků (např. olivový olej, lněný olej, máslo, sádlo, aj.) a omega 3 mastných kyselin. Náš národ se potýká s vysokým výskytem rakoviny tlustého střeva, kardiovaskulárních nemocí, nadváhou a obezitou a extrémním nárůstem cukrovky. Cambridgeká studie nám ukazuje, proč tomu tak je, a bije na poplach. V roce 2016 vědci predikovali, že do roku 2020 budou tři čtvrtiny všech úmrtí zapříčiněny chronickými nemocemi a že tuto hrozbu lze zvrátit pouze okamžitou změnou skladby našich jídelníčků. Dle Dr. Fumiakiho Imamury z Rady pro lékařský výzkum University of Cambridge je proto nutné zabránit trendu spotřeby nezdravých potravin převládajících nad potravinami zdravými. Pokud se tedy nejzdravěji stravují obyvatelé ekonomicky slabých rozvojových zemí (s výjimkou Izraele), je na místě se zamyslet nad tím, co můžeme pro ozdravení našich jídelníčků, a tím i nás samotných, udělat my z ekonomicky silnějších zemí. Není na čase vrátit se zpět k přírodě, k základním, přirozeným, průmyslově nezpracovaným potravinám?

KLINICKÁ NUTRIČNÍ MEDICÍNA JAKO NÁSTROJ LÉČBY CHRONICKÝCH ONEMOCNĚNÍ

Už řecký filozof Hippokrates (460–377 př. n. l.) řekl: „**Necht' je Tvé jídlo Tvým lékem a Tvůj lék necht' je Tvým jídlem.**“ Ve svých lékařských spisech poukazoval na vzájemné souvislosti mezi způsobem života, psychikou, výživou a zdravotním stavem člověka. Jeho světoznámý výrok o jídle jako léku položil základní kámen ke vzniku klinické nutriční medicíny. **Nutriční terapie se jako samostatný obor začala rozvíjet v 2. polovině 20. století.**

Dnes ale bohužel nutriční intervence není součástí běžné lékařské praxe, a tak **nutričně hodnotné potraviny a jejich léčebný potenciál jsou značně opomíjeny.** Odborníci ani pacienti samotní často nedisponují znalostmi léčivých, funkčních potravin a specifických nutrientů, a sahají tudíž po farmakologické léčbě, která může být někdy pro zdraví zatěžující a většinou necílí na odstranění skutečné příčiny nemoci (nedostatku), ale pouze brání projevu symptomů. Typickým příkladem může být řešení **gastroesofageálního refluxu**, který klasická medicína často léčí nasazením léků blokujících produkci žaludeční kyseliny (inhibitory protonové pumpy – omeprazol, helacid, controloc, aj.). Tyto léky zvyšují žaludeční pH nad 3,5 a pozastaví působení enzymu pepsinu zabezpečujícího trávení bílkovin. Potlačení produkce žaludeční kyseliny a zvyšování pH sice utlumí nepříjemné pálení žáhy, říhání, nevolnost až kašel, ale zároveň dochází k narušení vstřebávání bílkovin a minerálů ze stravy, dále ke snížené obranyschopnosti vůči patogenům v jídle, k množení bakterií v tenkém střevě (rozvoj SIBO – small bowel intestinal overgrowth), zvýšené střevní propustnosti. Zvýšené pH žaludku má také negativní vliv na střevní mikroflóru a zvyšuje růst bakterie helicobacter pylori. Re-

flux paradoxně nezřídka vzniká vlivem hypochlorhydrie, tedy nedostatku kyseliny chlorovodíkové (HCl) v žaludku. To vede k vyššímu pH žaludku, a tím i k přemnožení *helicobactera pyroli*.

Jak tedy s gastroesofageálním refluxem pracovat tak, abychom odstranili příčinu jeho vzniku? **Režimovými opatřeními** (jíst v klidu, menší porce, soustředit se na jídlo, důkladně žvýkat, nepít při jídle a neředit si tak žaludeční kyselinu, mezi jídly dělat aspoň tříhodinové pauzy) a **léčebnou výživou**. **Jablečný ocet** zředěný s vodou 10-20 minut před jídlem jemně **snižuje pH žaludku, stimuluje tvorbu žaludečních šťáv a tím pomáhá efektivně trávit bílkoviny**. **Trávicí enzymy s obsahem betainu HCl** zvyšují žaludeční kyselost a stejně jako jablečný ocet **pomáhají trávit stravu**. Dieta bohatá na proteiny a kolagen pomáhá posilovat tkáň dolního jícnového svěrače, který se zavírá, klesne-li pH žaludku pod hodnotu 3. Pokud je pH žaludku vyšší (hypochlorhydrie), dochází k refluxu. **Prášek z jilmu horského** po každém jídle **chrání sliznici** a brání průniku kyselých šťáv do jícnu.

Klinická nutriční medicína je tedy disciplínou zkoumající vztah mezi potravinami a zdravím. **Celosvětově je uznávána jako jeden z nejefektivnějších typů léčebné terapie**, neboť se svou účinností řadí na druhé místo za klasickou západní medicínu. Na rozdíl od ní však nepoužívá k řešení zdravotních problémů **žádné chemické látky**, ale detailní znalost biochemických procesů těla, potravin, nutričních doplňků, nutričních látek a jejich vzájemné interakce. Klinická nutriční medicína zkoumá vztah mezi potravinami, nutrienty a zdravím studiem toho, jak lidské tělo tráví, vstřebává, transportuje, metabolizuje a ukládá nutrienty. Nedostatek či nevyváženost některých nutrientů se může projevit náhle, velmi nenápadně, nebo se skrýt za jiné onemocnění. Terapeut školený v této disciplíně umí rozeznat nevyváženost stravy v souvislosti s konkrétním onemocněním a navrhnout řešení ke zlepšení zdravotního stavu. Nutriční medicína dokáže vyřešit nebo aspoň ulevit od zdravotních obtíží úpravou stravovacích návyků a životosprávy, vypracováním přesných klinických programů s pomocí vitamínů, minerálních látek, stopových prvků, enzymů, a to ve specifických kombinacích založených na výzkumech a klinických studiích. Nutriční medicína je efektivní při řešení různých zdravotních obtíží, např. alergií, ekzémů, astmatu, gynekologických potíží a neplodnosti, kardiovaskulárních nemocí, vysokého krevního tlaku, cukrovky, oslabeného imunitního systému, autoimunitních nemocí, bolestí kloubů, revmatoidní artritidy, poruch štítné žlázy, osteoporózy, stěhovavých bolestí bez příčiny, nespavosti a mnoha dalších potíží, které často způsobuje nezdravý životní styl, nedostatečné vyživení organismu, genetická či toxická zátěž.

ZPĚT K TRADIČNÍMU ZPŮSOBU STRAVOVÁNÍ

Za klíč k tomu, kterým směrem se ve výživě a v péči o zdraví lidu vydat, považuji následující tabulku. Informace v ní obsažené nejsou žádnou převratnou novinkou, ale návratem zpět k našim kořenům, k moudrému stravování našich předků. Naši předkové vždy znali celý příběh jídla, které měli na talíři – odkud pochází, jak vyrostlo, kdo jej sklídlil. My ale žijeme v době, **kdy poprvé v historii nevíme, co jíme**. Tápeme, co je zdravé, protože nevíme, co jíme, a máme tak narušené vnímání

vlastní identity. **Výživových specialistů by nebylo potřeba, kdybychom se stravovali tak, jak se stravovaly naše prababičky.** Ty jedly základní, potravinářským průmyslem nezpracované potraviny, které právě v daný okamžik nabízela jejich pole a zahrady.

HLAVNÍ ROZDÍLY MEZI TRADIČNÍM ZPŮSOBEM STRAVOVÁNÍ A MODERNÍ VÝŽIVOU ČLOVĚKA

TRADIČNÍ STRAVA

maximalizace živin
úrodná půda
orgánové maso
živočišné tuky
zvířata na pastvě
syrové/kvašené mléčné výrobky
namáčení, fermentace obilí, luštěnin
kostní vývary
nerafinovaná sladidla
kvašená zelenina
kvašené nápoje
mořská sůl
přirozené vitamíny z potravin
tradiční vaření (pomalu)
bioosivo, staré odrůdy, plemena

MODERNÍ STRAVA

minimalizace živin
vyčerpaná půda
čistá svalovina
rafinované rostlinné oleje
zavřená zvířata
pasterizované mléčné výrobky
rafinování, extrudování
bujóny, glutamát sodný, dochucovadla
rafinovaný cukr, umělá sladidla
konzervované, zavařované ovoce a zelenina
moderní alko, nealko
rafinovaná sůl
přidané syntetické vitamíny
mikrovláknité trouby
hybridní osivo, GMO

Od doby Dr. Westona Pricea začaly po celém světě vznikat různé potravinové pyramidy a výživové talíře. Jejich složení je průběžně aktualizováno, protože mnohé z nich již obsahovaly zastaralé informace, které neodpovídají moderním poznatkům o výživě.

Moderní výživa se dnes zaměřuje na personalizaci, tedy **individuální nastavení stravy** dle cíle, kterého chce klient dosáhnout, ať už se jedná o vyrovnanou energetickou bilanci, kalorický deficit vedoucí k hubnutí, pozitivní energetickou bilanci k nabírání svalové hmoty, ale především vhodné rozvržení makroživin, tedy tuků, sacharidů, bílkovin a vlákniny v jídelníčku a v neposlední řadě také mikroživin, tedy vitamínů, minerálů a stopových prvků, jejichž deficity vedou k různým zdravotním obtížím.

Myslím si, že odkaz Dr. Westona Pricea je aktuální právě v dnešní nejisté době, kdy čelíme energetickým, klimatickým, bezpečnostním hrozbám. **Budovat osobní soběstačnost a potravinovou nezávislost** skrze (politickou a ekonomickou) podporu malých ekologicky hospodařících farmářů v okolí našeho bydliště, podporu komunitních zahrádek a zahrad, podporu českých producentů zeleniny a ovoce (jablka, hrušky, švestky, jahodnictví, drobnoplodé keře) a podporu ekologických chovů plemen vhodně zvolených k produkci mléka. **Mléčné výrobky mají totiž v jídelníčku české populace nezastupitelné místo.** Produkce mléčných výrobků je v naší zemi v drtivé většině (především v supermarketech) zajištěna kravským mlékem s obsahem A1 beta kaseinových proteinů iritujících zažívací trakt disponovaných jedinců. A1 kasein, mléčná bílkovina obsažená v mléce šlechtěných krav plemene Holstein (tzv. holštýnky) totiž obsahuje aminokyselinu histidin (zmutovaný prolin), který neumí vázat BCM-7, což je seskupení aminokyselin působících jako silný opiát, iritujících zažívací trakt, produkujících nadbytek hlenu a způsobujících alergické a intoleranční příznaky. BCM-7 může stimulovat histamin, což vede k ekzematickým projevům na kůži. Neschopnost histidinu vázat BCM-7 má za následek propustnost BCM-7 do mléka a A1 kasein se tak stává dráždivou, silně prozánětlivou složkou. Toto mléko proto není vhodné pro lidi trpící např. autoimunitními chorobami, ekzémem či artritidou ani pro onkologické pacienty. Konzumace A1 kaseinu je spojena s vyšším výskytem neurologických poruch, autismu, schizofrenie, kardiovaskulárních nemocí, diabetu 1. typu, alergických reakcí, senné rýmy, ekzémů, astma, depresí, bolestí kloubů, syndromu dráždivého střeva, osteoporózy, únavy, vyčerpání. Naproti tomu **A2 mléko produkované nešlechtěným, původním plemenem krav chovu Jersey a Guernsey** obsahuje A2 beta kaseinové proteiny s aminokyselinou prolin, která se váže na BCM-7 a brání propustnosti BCM-7 do mléka. Tento typ mléka, který produkují také kozy, ovce, buvoli, osli, jaci či velbloudi, je **z 90 % dobře tolerován** a vhodný mimo jiné také pro onkologické pacienty. Protože jerseyjský skot nevykazuje tak vysokou dojivost jak holštýnský skot, velkochovy se orientují na produkci A1 mléka a farmářů, kteří by byli ochotni chovat jerseyjský skot, je v naší zemi bohužel málo. Z výše popsaných důvodů by bylo přínosné **podpořit ekologický chov jerseyjského skotu, koz a ovcí.**

Vzhledem ke klimatické stopě je důležité myslet na sezónnost, lokálnost a ideálně **volit bio kvalitu** – nakupovat tedy především **sezónní a lokálně vypěstovanou zeleninu a ovoce z biofarem** a hledat si v okolí bydliště farmáře, kteří chovají zvířata udržitelným způsobem. Vždyť **způsob chovu, krmení zvířat a pastva na zelené trávě mají přímý dopad na kvalitu masa, mléka a vajec chovaných zvířat.** Skot pasoucí se na zelené trávě dokáže ve svém trávicím traktu přeměnit vitamín K1 získaný z čerstvé trávy ve vitamín K2, který objevil Dr. Weston Price a nazýval jej jako „aktivátor X“. **Vitamín K2 je silným katalyzátorem**, který podobně jako vitamíny A a D pomáhá organismu vstřebat a využít minerály, především vápník. Vitamín K2 je „vozíčkem“ vápníku do zubů (ve slinách může K2 působit jako činitel chránící před zubním kazem) a kostí, v případě deficitu K2 hrozí riziko usazování vápníku v měkkých tkáních. **Vitamín K2 se nachází ve vnitřnostech zvířat pasoucích se na zelené trávě.** Bohatým zdrojem aktivátoru X může být **máslo** pocházející od krav žeroucích rychle rostoucí trávu v jarní a podzimní sezóně. Mizí, pokud

jsou krávy krmeny konvenčními krmivy, jejichž základem je na bílkoviny bohatá sója a dokonce seno. Vitamín K2 se neničí pasterizací.

Je tedy potřeba budovat mezi odbornou i laickou veřejností povědomí o klinické nutriční medicíně, která může být nápomocná při řešení mnohých chronických civilizačních onemocnění a **využívat nutričně hodnotných potravin a jejich léčebného potenciálu jako nástroje řešení různých zdravotních potíží**. Jako příklad můžeme uvést v českých končinách dostupné **borůvky** (*vaccinium myrtillus*) a **maliny** (*rubus idaeus*), které díky účinným látkám (antioxidanty, antokyany, flavonoly, taniny, resveratrol) **snížují riziko oxidativního stresu**, regulují aktivitu enzymů spouštějících zánětlivé procesy v těle a chrání zrak před UV zářením. Předmětem výzkumu je jejich působení na onkologické nádory vlivem silného antioxidačního působení. Mohou změnit signály odesílané potenciálním nebo stávajícím rakovinným buňkám. U již existujících rakovinných buněk mohou snížit počet nádorových buněk vysláním apoptického signálu (řízená buněčná smrt).

Dalším příkladem toho, že jídlo může být lékem, je **česnek** (*allium sativum*). Obsahuje účinné látky alliin, alicin, ajoen, vitamín C, E, betakaroten, chrom, železo, selen, aminokyseliny arginin, lysin, tryptofan. Česnek je **silným antioxidantem, neutralizuje volné radikály** a zlepšuje endogenní antioxidační systémy. Vykazuje **antibakteriální působení** při léčbě nemoci dýchacího ústrojí, infekcí zažívacího traktu, při gynekologických potížích. Působí také antihypertenzivně, je tedy účinným hypotenzivem - **snižuje krevní tlak**. Dále snižuje hodnoty LDL cholesterolu, triglyceridů, zvyšuje hodnoty HDL, ředí krev, rozpouští krevní sraženiny, odstraňuje usazeniny v krevním řečišti. Je vhodný při kardiovaskulárních chorobách, diabetu, metabolických syndromech. Pravidelná konzumace česneku **snižuje riziko vzniku rakoviny**, přičemž má prokázané působení na hormonálně i nehormonálně závislou rakovinu prsu. *In vitro* studie prokázaly antineoplastickou a apoptickou aktivitu u leukemických buněk, buněk endometria (děloha), tlustého střeva a prostaty.

Tradiční vývary jsou dalším příkladem využití nutričně hodnotných pokrmů k léčbě onemocnění. **Vývar** je tradiční nápoj nebo pokrm, který je po staletí považován za lék. Naše babičky používaly kuřecí vývar k léčbě nachlazení, nejen ženám po porodu se tradičně připravuje pro rychlejší rekonvalescenci a regeneraci. Vývar obsahuje velké množství minerálů (vápník, hořčík, fosfor, draslík, síra), elektrolyty (z vyvařené zeleniny), bílkoviny, tuky, aminokyseliny (prolin, glycin, glutamin, arginin), a to vše v té pro naše tělo nejlépe stravitelné formě. Dále želatínu, která nejen podporuje zdraví našich kloubů, ale také má velmi blahodárný a léčivý vliv na náš zažívací systém. Želatína obsažená ve vývaru má pozitivní vliv na správnou kyselost žaludku, což následně znamená, že podporuje další trávení. Želatína obsahuje mnoho aminokyselin, jako je glycin, arginin, prolin. Aminokyseliny (glycin) poté pomáhají například podporovat sekreci žluči, což opět pozitivně ovlivňuje trávení. To je také hlavní důvod, proč se **při GAPS dietě doporučuje popíjet vývar s každým jídlem**, ideálně si před jídlem dát malý šálek vývaru, protože pomůže nastartovat trávení. Další velmi prospěšná složka obsažená ve vývaru je kolagen.

Ten nejenže léčí naše střevo (kolagen hraje velmi zásadní roli v zacelení a hojení propustného střeva), ale má velmi pozitivní vliv i na kůži, vlasy, klouby a zuby.

Nejdůležitějším krokem na cestě ke zdraví je ovšem **převzetí zodpovědnosti za vlastní zdraví** a uvědomění si, že jsme to, co jíme, a také to, jakým způsobem se k půdě, která nám potravu dává, chováme. Minimalizace živin ve stravě je výsledkem extenzivního zemědělství orientovaného na objem produkce, nikoliv na její kvalitu. Pozitivní změna může přijít právě skrze **změnu zemědělské a potravinové politiky**, podporu drobných farmářů, ekologického a udržitelného hospodaření, které klade důraz na kvalitu produktů, nikoliv na kvantitu. Návratem zpět k našim kořenům a moudrosti tradičních kultur můžeme pomoci sobě i přírodě.



Kryštof Látal:

HOLISTICKÝ PŘÍSTUP K LÉČBĚ ČLOVĚKA

Pro samotný strom nevidí les. Tak by se dal popsat současný přístup specializovaných odvětví v medicíně. Můžeme ale chtít, aby celek fungoval, když ho jako celek nevnímáme? Kromě atomizace lidského těla, je potřeba si uvědomit, že **lidská bytost** není jen fyzická schránka, ale především je to **soubor mentálních a duchovních vzorců**, jakýchsi plánů, které určují, jakým směrem se bude vyvíjet naše fyzická schránka, tedy tělo. Abychom pochopili současný stav oddělení těchto dvou neoddělitelných nádob, musíme se podívat do minulosti, kde najdeme odpověď. Pojďme se podívat na to, kdy v historii naší civilizace došlo k **narušení rovnováhy mezi mentální a materiální stránkou** člověka a proč byly lidské emoce dány na druhou kolej. Díky těmto souvislostem pochopíme, proč následky této separace člověka řešíme dodnes.

My lidé, každý den prožíváme nespočet emocí, které nás pozitivně či negativně ovlivňují. Tak například, představte si člověka, který sebou nese pocity zklamání, výčitky, hněv a dalších těžké stavy jeho mysli. Mohou se tyto mentální vzorce časem projevit i na těle jako fyzické nemoci, tak jak je známe z ordinací lékařů? Ano, mohou. Pokud se rozhodneme potlačovat tyto duševní rány, které jsou ze začátku nefyzické, ignorujeme je, tak tím vším si zaděláváme na trpký život a fyzická onemocnění. Pocity, které modeluje naše mysl nebo i reakce těla samotného, to všechno dává vzniknout specifickým peptidovým řetězcům, které jsou označovány jako signální molekuly. Tyto molekuly v těle nezahálí a hojně v něm kolují. A právě proto, že si všechny naše buňky mezi sebou a CNS neustále „povídají“, tyto neuropeptidy produkují. Co neustále řeší: *Kdo jsem? Jak se teď cítíme? Co máme dělat? Hlásíme problém!* Jinými slovy, naše emoce mají na fyzické úrovni svůj jasný biologický otisk. Každá naše emoce vyvolá tvorbu specifických signálních molekul. Ty pak cestují cévním řečištěm a nesou jasnou informaci cílové tkáni. Např. orgánům, svalům a žlázám s vnitřní sekrecí. Ti všichni mají peptidové receptory, na něž se tyto emocionální informace navazují. Cítíte se teď více zodpovědní za nemoci, chci říct emoce, které v sobě vytváříte? Lidé by si měli lépe uvědomovat, jaké typy emocí v sobě nechávají růst. Je to pocit štěstí, uspokojení, radost nebo vděk? Nebo jsou to naopak pocity smutku, neštěstí, strachu, zášti, ukřivdnosti a dalších podobně zraňujících emocí? Jednoduše se tak dostáváme k tomu, co v praxi znamená somatizace nemoci z holistického pohledu. **Naše žlázy, orgány, tkáně i buňky reagují na to, jaký typ emocí prožíváme** a podle toho se (ne)zdravě vyvíjejí. V průběhu času, dle převládajících emocí, je člověk buď zdravý, nebo onemocní (v kombinaci s dalšími faktory, včetně toho, jak pečujeme o své tělo). Toto vše

obsahují vědecké výzkumy doktorky Candace Pert, která odstartovala novou éru tzv. regulační medicíny.

Proč je tak důležité umět bolestivé emoce řešit, neskrývat se před nimi a když je potřeba, tak je ventilovat? Pokud tak neučiníme, **nevýjádřené emoce doslova uvíznou v našem těle**. Emoce, které musí být vyřčeny a jsou uvězněné v těle, se snaží pohybovat směrem ven. To znamená, že **se začnou projevat jako fyzické změny na těle**, které jsou nejprve mikroskopické, ale později nabírají makroskopických rozměrů. I v tomto můžeme vidět snahu života, abychom integrovali všechno, co je naší součástí do jednoho funkčního celku. Před tímto není útěku. **„Vnější“ onemocnění, nám vždy budou nahlas zrcadlit naše „vnitřní trápení“**. A to do té doby, dokud neskončíme s jejich ignorováním, ale naopak se otevřeme jejich poselství a začneme celou naší situaci řešit. Proto je tak důležitá v primární prevenci zdraví pravidelná psychohygienu, tedy porozumění našim prožitkům a jejich kultivace. K tomu nám může pomoci posílení psycho-terapeutické péče a ve vzdělávání dětí větší osvěta o tom, jak o své emoce mají pečovat.

Jaká jsou rizika zúženého pohledu na člověka v kontextu úspěšné léčby? Především je to upadající zájem o člověka, jeho jedinečného životní příběhu a uvědomění si, že vše, co se člověka týká, má vliv na jeho zdraví. Moderní medicína prochází velkými změnami, dosahuje velkých pokroků a nespočtu úspěchů. Nicméně na pozadí těchto pokroků vidíme i velké množství negativních důsledků, které nové technologie v medicíně přináší. Jedná se především o **nadužívání technologie**, kdy se trendem dnešní doby stává fakt, že je nemocný člověk vystavován **nákladným vyšetřením**, které ve výsledku **nemají reálný dopad** na zlepšení jeho zdravotního stavu. **Jsou popisovány vnější znaky nemoci, ale ztrácí se kontext**. Rozhovor a holistické vyšetření pacienta pak ustupují do pozadí. V důsledku ztráty holistického pohledu na léčbu člověka dochází k dalším negativním věcem, které pozorujeme v oblasti etické, právní i psychologické povahy. Například se jedná o **prodlužování procesu umírání, umělé oplodnění** nebo **současné postupy v tzv. léčbě rakovin**.

HOMEOPATIE JAKO PŘÍKLAD TOHOTO PŘÍSTUPU

Vývoj současné homeopatie, jak ji známe dnes, pozorujeme od roku 1790. Tehdy německý lékař Dr. Samuel Hahnemann učinil významný objev. Šlo o léčbu malárie. K ní se hojně používala kůra chinovníku (s vysokým obsahem chininu). Dr. Hahnemanna zajímalo, jak je možné, že má chinovník tak dobré účinky v léčbě malárie. Začal tedy chinovník zkoumat a testovat na svém vlastním organismu. Zanedlouho zjistil, že u něj chinin vyvolává příznaky podobné příznakům malárie. Tedy měl silnou zimnici, mrazení po těle, ale zároveň horečku a výrazné pocení. To ho přivedlo k myšlence, že některé látky mohou u lidí vyvolávat tytéž symptomy, jako jsou symptomy u nemocných osob, u nichž se však příznaky projevují vlivem nemoci. Tato zkušenost se stala počátek moderní homeopatie, vědy, která je založena na základním principu *similia similibus curantur*, tedy **podobné se léčí podobným**. Dr. Samuel Hahnemann začíná od této chvíle testovat na sobě a na několika dobrovolnících různé látky, aby zjistil, jak účinkují na ně, jako zdravé jedince.

Aby pak tyto látky použil pro léčbu nemocných osob, které mají symptomy odpovídající symptomům, které u zdravých jedinců byly záměrným podáním jednotlivých substancí vyvolány. Projevy a příznaky vyvolané těmito substancemi, které testoval na zdravých dobrovolnících, velmi podrobně zaznamenával. Tak vznikaly první „materie medicí“, což jsou dnešní spisy homeopatické farmakologie. Dr. Samuel Hahnemann také brzy zjistil, že **nemoci nejsou v těle lokalizovány pouze na jednom místě**. Ale že vždy **ovlivňují fungování a chování celého jedince**. Z toho vyplývá, že když je člověk nemocný, není nemocná pouze jedna jeho část, ale **je nemocný celek**. Stejně jako každá látka (nebo její otisk), kterou přijmeme ovlivňuje celou bytost, včetně mysli. To je základní koncept homeopatie, se kterou homeopaté pracují. Tedy, že každá nemoc ovlivňuje člověka na všech jeho úrovních, a tak by se i měla léčit. Respektive, že **neexistuje pouze jedna jediná možná cesta léčby**. Na člověka se vždy díváme jako na komplex složený z bio, psycho, socio, spirituálního a energetického prvku spojeného do jednoho funkčního celku. Jinými slovy, na začátku a v průběhu homeopatické léčby, homeopat zaznamenává všechny fyzické a psychické příznaky. Poté hledá vzájemný vztah mezi symptomy člověka a symptomy různých homeopatických léků popsanych v „*materia medica*“. Pacient dostává homeopatikum, které nejlépe odpovídá všem symptomům nemoci, respektive člověka ve stavu nemoci. Hahnemann pracoval i se substancemi, které jsou v koncentrované formě jedovaté. Věděl, nebo předpovídal, že by z nich mohly být velmi užitečné léky. A proto, že je nemohl použít v jejich původní formě, rozhodl se je naředit. Zjistil, že čím víc je naředí a dynamizuje (a roztok zároveň protřepává), tím se jejich léčebný účinek prohlubuje. Proces mnohočetného až nekonečného ředění léčivé substance se nazývá potencování. Toto ředění se provádí tak dlouho, že od potence 9CH se v homeopatickém léku nenachází počáteční látka v její původní molekulární substanci, ale „jen“ jako energetický otisk. **Čím víc ale homeopatikum ztrácí svoji materiální podstatu, tím víc nabývá podstatnou energetickou, neboli informační**. Energetická podstata homeopatického léku má možnost **ovlivňovat vyšší, energetické vrstvy člověka**. Tyto energetické vrstvy známe snad ve všech východních naukách, kde se označují jako energetické obaly, například aura. V homeopatii mluvíme o vitální síle, jako dynamické životní síle člověka, která s nemocí ztrácí svoji rovnováhu. A my se jí pomocí homeopatických, informačních léků, snažíme znovu **uvést do zdravé rovnováhy**.

NELZE LÉČIT JEN JEDNÍM „OBOREM“. SKLOUBENÍ HOMEOPATIE S PRINCIPY PSYCHOSOMATIKY

Léčebné metody alopacie jsou přísně materiální povahy - dobře známe chirurgické zákroky, využíváme ozařování a jiné typy fyzikálních terapií, spolu s léky je můžeme medicínsky považovat za hlavní nástroje. Alopatická léčba je samozřejmě užitečná a báječná. Tedy v těch případech, kdy je skutečně prospěšná a přínosná.

Z psychosomatického pohledu rozlišujeme další čtyři roviny, kterými lze ovlivnit léčebný proces lidské bytosti. Klasická západní léčba, pomocí fyzikální terapie a chemických léků primárně působí na **úroveň biologickou**. Tedy **úroveň těla**. Spolu s ní, máme v psychosomatice ještě tyto čtyři oblasti. **Oblast psychiky, oblast vztahů, spirituální oblast** a také **oblast energetickou**. A právě na oblast

energetickou velmi dobře působí homeopatické léky a my si můžeme jejich účinek popsat. To, co zde zazní, je pokusem začlenit homeopatii do komplexního, psychosomatického pohledu na léčbu, potažmo zdraví člověka. Stejně jako snaha rozšířit materialistický pohled klasické medicíny, která je brzděna limity, které nabízí metafyzika. Jak dlouho by tedy měla **alopatie** dominovat v léčbě člověka? **Jen do té doby, než se vyřeší akutní, život ohrožující stav.** Pak je čas na hledání alternativ a léčbu subtilnějších, můžeme říct energetických těl, které jsou na tělo fyzické napaženy. I zde ale existují výjimky, které možná potvrdí zcela jiné pravidlo. V homeopatii máme celou řadu homeopatických léků, které jsou vhodné pro akutní stavy a akutní stavy lze jimi léčit. Je to například *Arnica montana*, která funguje jako první pomoc při mechanických poraněních a krváceních. Například těch, které vznikly vlivem nárazu, stejně jako popálením a dalšími traumaty. V těchto případech, správně podaný homeopatický lék může fungovat lépe, než lék alopatický. To platí i u dalších akutních homeopatik, kterými jsou např. *Ledum*, *Hypericum*, *Causticum*, *Euphrasia* a desítky dalších. Co by mohlo být jedním z cílů **homeopatie**, která zapadá do psychosomatického léčebného pentagramu? Měla by **vyvést léčbu za náš hmotný rozměr**, mimo materiální dimenzi. V těchto rozměrech, pokud je léčba účinná, je **výsledek dlouhotrvající** a přesahuje problém redukovaný na „jednu hlavní patologii“, která člověka trápí nejvíc.

PSYCHOSOMATIKA V „SOFT VERZI“ JAKO NEDÍLNÁ SOUČÁST VZDĚLÁVÁNÍ NA STŘEDNÍCH A VYSOKÝCH ŠKOLÁCH

Zdraví je dynamicky se vyvíjející stav, který zásadně určuje, v jakém rozpoložení bude náš život probíhat. Dobré zdraví je důležité pro to, abychom mohli zažít vše, co nám možnosti fyzického těla dávají. Zároveň ve zdraví dosahujeme větší mentální činnost a prožíváme radost ze života. **Zdravý člověk má tedy sílu a schopnost dosahovat cílů, pro které se narodil.** Naopak nemocný člověk tuto sílu a schopnosti ztrácí. Tím upadá nejen on, ale zákonitě přináší i méně užítku svému okolí. Že se cítíme dobře určí to, jestli dokážeme být během dne v klidu, soustředění na svou práci, na to, co tvoříme. Nebo nás nemoc a obtíže s ní spojené pohltnou a o klid připraví. Nejdříve na nějaký čas, později v případě smrti napořád. Oběma těmito scénářům chceme předejít. Přesto, že zdraví je v našich životech na prvním místě, v četnosti toho, o čem se mluví, je spíše až na místě druhém. Více, než na rozvoj a péči o lidské zdraví, věnujeme pozornost diagnostikám nemocí a potlačení již projevených příznaků. **Ale s léčbou nemocí by nám měla naskočit otázka, jestli jsme spíše něco zanedbali.** U vážnějších nemocí se můžeme ptát sami sebe, zdali jsme něco nezanedbávali dlouhodobě. Proto by měla být oblast fungování základních principů zdraví nedílnou součástí vzdělání každého z nás. Zdravá společnost je prosperující, šťastnější a v neposlední řadě bohatší. Vysoké náklady na léčbu již započatých nemocí, bychom mohli při jejich poklesu jako společnost směřovat do odvětví, které nám mohou být ve 21. století prospěšné.

Dnes už víme, jak důležité je pečovat o imunitní systém dítěte už od narození. Od určité chvíle jeho vývoje bychom měli klást větší nároky na samostatnost, co dítě pro rozvoj svého zdraví potřebuje a je pro něj prospěšné. Tak například. Dnešní trend péče o dítě se odehrává v režimu: „ochránit dítě od jakéhokoliv vnějšího

patogenu". Projevuje se to **přílišnou dezinfekcí předmětů**, se kterými dítě přichází do kontaktu. Včetně toho, že rodiče úzkostlivě dohlížejí na to, s čím si dítě hraje nebo náhodou vloží do úst. Přitom jde o přirozené reflexy, kterými **si dítě buduje silnou a zdravě vyvíjející se imunitu** vlastního těla. Bez těchto vnějších podnětů a ataků imunity se dítě stává v dospělosti slabé a nemocné. Kolik maminek tohle ví? A mohli se to někde dozvědět? Tyto a další zásadní věci v oblasti péče o zdraví by měli na středních a vysokých školách zaznívat. Ale nezůstávejme jen u materiálních příčin nemocí a pojďme do výuky zahrnout i další oblasti, které mají na udržení zdraví člověka zásadní vliv.

V období dospívání je mladý člověk atakován celou řadou psychosociálních vlivů, které se mohou na jeho zdraví výrazně podílet. Pokud si není vědom jejich účinků a tomu jak se negativním vlivům zdárně bránit, nastává dalekosáhlá kaskáda problémů počínaje změnou chování, přes problémy ve škole, s rodiči až po vznik nemocí mající charakter duševních i fyzických obtíží. Zvláště mladým lidem bychom měli osvětu v oblasti psychosomatiky a základních vlivů na zdraví pomoci s vyrovnáním se a zvládnutím jejich životní těžkostí spolu s úkoly, které před nimi stojí. I to by měla psychosomatická výuka na školách obsahovat.

JE VIZE „JEDNOTNÉ MEDICÍNY“ DOSAŽITELNÁ? KDY A ZA JAKÝCH PODMÍNEK?

Jednotná medicína není mýtus, ale důležitý milník, kterého se postupně celá společnost snaží dosáhnout. Možná to není ani tak konkrétní cíl, jako spíš proces, který tímto manuálem dostává další konkrétní obrysy. Žádný léčebný směr není dokonalý. Dokonalost se skrývá v propojení a vzájemném respektu při účasti na léčbě. A hlavně a také, na podpoře a rozvoji zdraví člověka. Z praxe vím, že západní medicína je omezená pouze na úzký pohled v léčbě. Můžeme říct pouze na určité zóny, jinak mnohvrstevnaté bytosti, kterou člověk je. **Komplexní pohled na léčbu znamená otevřít se poznatkům a dostupným možnostem, kterým jsme jako lidstvo za tisíce let dosáhli.** Jak říká Platón: „*Největší chybou lékařů je, že se snaží léčit tělo, aniž by léčili duši, Přitom tělo a duše jedno jsou. Nelze je léčit odděleně.*“ Podobně toužíme po komplexním pohledu na léčbu člověka a potřebujeme docílit vzájemné spolupráce mezi odborníky různých specializací. V oblasti západní medicíny tento pojem není cizí. I když je otázkou, do jaké míry se ho daří naplnit. Nicméně na poli holistické medicíny, kde kromě péče o tělo spadá i léčba psychiky, spirituality a práce na vztazích člověka, se může zdát mezioborová spolupráce jako na míle vzdálená meta. To by se však mohlo touto edukací společnosti změnit a dosáhnout tak očekávané, pozitivní změny. Tou je respekt a sdílení odborných znalostí a zkušeností mezi lékaři mnohých oborů, včetně zkušených léčitelů a akreditovaných lékařů v oblasti čínské medicíny nebo ajurvedy. Každá léčba vyžaduje komplexní přístup péče, který vnímá člověka, jako celistvou bytost ve všech dimenzích a bere jej vážně se všemi jeho specifickými potřebami. Pro naplnění, nebo alespoň přiblížení se myšlence, že jsme uzdravili člověka je **mezioborová spolupráce nezbytná.** Nově i ve vzájemném vztahu nejen lékařů ale i zkušených léčitelů, pokud jsou tomu tyto strany nakloněny. Můžeme společně vykročit k nové kapitole medicíny, kterou bude psát **holistická, jednotná medicína.**



Alexandra Vosátková: SPOLUPRÁCE ČÍNSKÉ A ZÁPADNÍ MEDICÍNY

Jako lékařka v okresní nemocnici jsem kromě kmenových oborů – tedy chirurgie a potom FBLR, prošla obrovským spektrem oborů. Sloužila jsem v rámci mnoha operačních oborů, ale také na neurologii, infekčním, plicním, kožním oddělení, dokonce i na záchytce.

Opakovaně se mi stávalo, že jsem viděla zjevně nemocného člověka, který trpěl buď bolestmi a nebo jinými nepříjemnými příznaky, a přesto se nedařilo stanovit diagnózu. Takovýto člověk pro mě byl vždy důvodem zajímat se o jeho další osud a zejména o to, jaká diagnóza nakonec jeho potížím odpovídala. Vertebrogenní potíže mě jako rehabilitační lékařku neuspokojovaly, protože v rámci tohoto oboru jsme museli setsakramentsky dobře zdůvodnit, proč se domníváme, že se jedná o vertebroviscerální problém. Diagnóza depresivního syndromu také nebyla zcela vždy z přesvědčení, ale spíš z rozpaků, a tak jsem objevila jiný, pro lékařsky vzdělaného člověka zcela odlišný, přístup. **Čínskou medicínu.** Bylo to najednou jako když se rozestrou mraky a člověk uvidí barvu oblohy. Tolik věcí začalo dávat smysl! Tolik potíží se dalo vysvětlit, a hlavně **se dalo účinně pomoci.**

Jsem přesvědčená, že naprosté většině lékařů jde o zdraví pacienta víc, než o cokoli jiného, což je jim laickou veřejností často nešťastně podsouváno. A proto mě vždy nesmírně potěší, pokud někdo z kolegů začne objevovat nové a další cesty jak pomoci získat ztracené zdraví, i když méně obvyklými cestami, které jsou však staletími dokonale prověřené, sdělitelné a naučitelné a stojí na jasných – i když pro nás neobvyklých principech. Pojdme se na jednu z nich podívat.

Čínská medicína vychází z taoistického pohledu na svět. Jedná se o pohled, který je založen na Qi (=čchi). Je to v nejobecnější rovině energie, ze které se neustále rodí, a do které se neustále zpětně přeměňuje hmota. Nemá náhodou kvantová fyzika podobný pohled? Nebo dokonce identický? Nebudu zabíhat do nesmírně zajímavých podrobností, ve kterých je čínský a vědecký pohled – zde myslím pohled astrofyziky – prakticky identický. Budeme se zabývat výhradně medicínou. Pokusme se alespoň na chvíli přijmout skutečnost, že v těle je kromě měřitelných údajů z hmotných orgánů důležitá také síla, která je pohání. A to je ona Qi. Ona je nejen pohání – je to ještě složitější – ale to můžeme pro účely tohoto textu pominout. **Existuje celá řada potíží, které jsou pro nás neuchopitelné, ale v rámci konceptu čínské medicíny jsou plně vysvětlitelné.** Uvedme si příklad. Pacientka s bolestmi v nadbříšku, které jsou velmi silné, mají pálivý charakter, nikam ne-

vyzažují a jsou spojené s opakovanými explozivními průjmy i zvracením. Veškerá vyšetření jako gastroscopie, sono břicha, odběry, včetně široké infektologické palety, jsou negativní, slinivka dle enzymů a glykémie funguje dobře, testy na celiakii negativní, kalprotektin negativní. Celkem se není o co opřít. Z pohledu čínské medicíny je však situace jasná. Jedná se o syndrom, který je odvozen činností jater a slinivky – Číňané říkají sleziny (to je třeba přijmout bez ohledu na to, že v našem úhlu pohledu je slezina orgánem, který má na starosti jiné věci). Tyto dva orgány mají velmi úzce spolupracovat, a pokud se tak neděje, vznikají třeba právě tyto potíže. **Fyziologie čínské medicíny říká, že je pět hlavních, tzv. hlubokých orgánů.** Jsou to ty, které mají nejdůležitější funkce a jsou velmi zranitelné a jejich špatná funkce je vždy velký problém. **Patří k tzv. jinu**, což je součást velmi obecného konceptu dělicí pozorovaný svět na dvě části – jin a jang. Jedná se o protiklady, díky kterým můžeme dobře popsat řadu jevů. **Jangové orgány jsou pak ty, které lze lépe léčit**, snadněji se regenerují a jejich nemoci nemívají tak závažný charakter.

Prěkousněte, prosím, ještě jedno teoretické, ale důležité sdělení. Detailnější **popis světa je spojen i s teorií pěti hybatelů.** Jedná se o charakteristické rysy jevů, které lze popsat **symboly voda, dřevo, oheň, země a kov.** Každý tento symbol má určité charakteristiky a všechno, co má znaky podobné, se jim přiřadí. Tím se **pozorovaný svět velmi zjednoduší**, a můžeme lépe vidět vztahy v něm.

Je třeba si uvědomit, že **TCM (tradiční čínská medicína) je několik tisíc let starou disciplínou.** Její základní – zde v maximální zkratce zmíněné teorie – jsou prokazatelně staré 2000 let a víc a dosud plně platné, bez potřeby jejich revize. Nemůžeme tedy očekávat znalosti jako mikrobiologie nebo chirurgie, nejen proto, že se prostě na svět dívá jinak, ale i proto, že je velmi, velmi stará.

Je také zajímavé, že **v naší – evropské tradici**, byly například **rostliny pro medicínu klasifikovány velmi podobně jako v TCM** (dosud zachováno v Mathiolioho herbáři).

Aby nedošlo k mýlce – lékaři TCM v Číně běžně využívají některých výtěžků vědy, jako například stanovení glykémie namísto močení vedle mraveniště, čímž se dříve určovala přítomnost cukru v moči. Mimochodem, víte, čím ve staré Číně cukrovka léčila? Byl to odvar z vepřových slinivky.

Připomeňme si, za co všechno vděčíme rostlinám. Kardiotonikum digitalis, vin-kristin, vinblastin z barvínku atd. Celá řada léků vznikla jako výtěžky z rostlin, a používají se dodnes. **Proč tedy upírat bylinným směsím jejich účinnost?** Číňané však používají byliny nejen podle jejich jasné indikace, ale také je velmi často ještě upravují. Například pražením v medu, zpopelněním, pražením v rýži a řadou dalších postupů. Dokáží tak doladit jejich účinek dle potřeby pacienta. Tolik citované rohy nosorožce a žluč medvěda se v Evropě nepoužívají, protože byly podepsány dohody tyto vzácné přísady zakazující. Uvědomme si, že směsi TCM nejsou jen nějaké bylinky, ale přesně sestavené léky **individuálně pacientovi na míru**, anebo alespoň individuálně a přesně vybrané. Jejich účinnost se dá srovnat s cytostatiky,

antibiotiky nebo třeba diuretiky a je přesně a jednoznačně definována. Pokud dáte pacientovi směs a za týden má prakticky stejné příznaky, může se jeho tělo ocitnout v jiné situaci, a tak je třeba namíchat úplně jinou směs. **TCM je přísně individuální**, bere v úvahu konstituci pacienta, jeho životní styl, práci, stravu, jaké užívá západní léky a celou řadu dalších životních okolností. **Nikdy neoddělila psychiku od těla. Vyladěním činnosti orgánů léčí i řadu psychiatrických poruch.** Ačkoli se to jeví podivným, je to logické. Psychické funkce vyžadují spoustu energie, činnost mozku je náročná na živiny a jsou to vnitřní orgány, které to všechno musí zajistit!

Další léčebnou metodou TCM je **akupunktura**. Pokud přijmeme předpoklad, že tělo je ožívováno pomocí Qi, která proudí v předem určených drahách – lze si je představit jako potoky - a je ovlivnitelná z bodů, dá se pochopit fungování akupunktury velmi dobře. Akupunkturou nic do organismu nepřidáme, ale můžeme energii Qi přesouvat z místa na místo, tedy z oblasti nadbytku do oblasti nedostatku, a tak **vyrovnávat celý systém**. Proto je akupunktura tak účinná. A rozhodně není léčbou bolesti, ale je plnohodnotnou terapeutickou metodou, která je založena sice na jiném vidění fyziologických pochodů v člověku, ale její účinnost je prověřena tisíci lety.

Qi gong (=čchi kung) je **terapeutický systém cviků**, který velmi dobře zapadá do celého konceptu léčby pacienta dle TCM. Jeho prováděním lze celou řadu potíží včetně vnitřních nemocí velmi pozitivně ovlivnit.

V neposlední řadě praktik TCM doporučuje pacientovi **dietu**. Stravou se dá systémem stejně dobře vyvážit, jako rozhodit. **Každé jídlo může být lékem**. A vůbec proto nemusí chutnat špatně.

Dále patří mezi léčebné techniky **masáže Tuina**, které pracují s akupunkturními drahami, a jsou zaměřené na harmonizaci původně rozhozených energií pacienta.

Tyto terapeutické metody - tedy byliny, akupunktura, Qi gong, Tuina a dieta tvoří dohromady zlatý základ, na kterém se dá zdraví kompletně vystavět.

Má to samozřejmě svoje limity. TCM je zná a nesnaží se proniknout někam, kde je pole jednoznačně pro medicínu západní. **Urgentní péče, urgentní operativa, transplantologie** – to je všechno jednoznačná **doména pro západní medicínu**.

K diagnostice využívá praktik TCM zejména **anamnézu**, která má podobné složení jako ta naše, ale navíc se podrobně **zajímá o pacientovy pocity nejen fyzické, ale i duševní**. Podrobněji než my se dotazuje na spánek, režim dne, stravu, chuť, potřebu tekutin atd. Vytvoří se diagnostická hypotéza, která se ověřuje pomocí pulzové diagnostiky a diagnostiky z jazyka. **Existuje 28 základních druhů pulzů** – jako plný, vlnovitý, prázdný, nepatrný, rychlý, chvatný atd. Tato subjektivní vyšetřovací metoda nám však řekne, které orgány jsou oslabené, kde se nachází nějaká škodlivina a které vztahy mezi orgány jsou porušeny. Můžeme tak usuzovat

na převládající emoce. Podobné informace získáváme i z jazyka, kde se díváme na barvu těla jazyka, jeho tvar a na jisté charakteristiky povlaku. Všechny tyto údaje obvykle postačí ke stanovení diagnózy. Podotýkám čínské diagnózy. Těmito postupy samozřejmě nelze stanovit diagnózu západní medicíny. A tady narážíme na problém. **Terminologie TCM je v čínštině a díky jiným teoretickým základům je většinou pro západního lékaře nesrozumitelná.** Zde bych se velmi přimlouvala za základní informace na škole v rámci studia medicíny, protože praktiků TCM přibývá a vzájemná komunikace obou směrů může být ve prospěch pacienta. V rámci studia TCM jsou přednášeny základní informace o fyziologii a patologii tak, jak ji vidí medicína západní.

Shrneme-li uvedené, je zřejmé, že spojením obou medicínských směrů můžeme pro pacienta udělat daleko více:

- jsme schopni ošetřit energetickou poruchu oběhu Qi **dřív, než z ní bude nemoc;**
- dokážeme vidět **logiku** ve zdánlivě **nesouvisejících příznacích;**
- používáme **nezatěžující**, z přírody a přirozenosti vycházející, terapeutické **produkty;**
- výborně se navzájem **doplňujeme;**
- TCM **zamezí obrovským výdajům na lékařskou péči** (nebo alespoň ten potenciál má), protože řešíme problémy, dokud jsou malé a lépe zvladatelné.

Nebezpečí:

- **ne všechno, co se tváří jako TCM, je TCM;**
- je třeba trvat na **kvalitním vzdělání terapeutů TCM;**
- je třeba **dozorovat kvalitu** produktů z Číny.

Závěrem mi dovoluji vyjádřit přání, abychom dokázali **odhodit naše předsudky** a ze starých medicínských směrů moudře **převzali to, co funguje**, a zařadili to do našeho myšlení tak, aby byl prospěch pacienta co nejlepší.



Tomáš Lehenhart: O MEDICÍNĚ

Na poli současné medicíny se pohybuje spousta lékařů, kteří ač formálně patří k oficiálnímu zdravotnímu systému, svou praxí a filosofií léčení vytvářejí jakousi „šedou zónu“ v léčebné praxi.

Jsou to praktičtí lékaři, ortopédi, fyzioterapeuti, dětské lékaři a mnozí další, kteří v tichosti za zavřenými dveřmi své ordinace smýšlejí a praktikují jinak, než jak jim diktuje doktrína materiální západní medicíny. Jsem jedním z nich.

Za touto oponou zavřených dveří se do jejich praxe smysluplným způsobem vmezežují a uplatňují znalosti homeopatie, autopatie, Ayurvedy, tradiční čínské medicíny, vlastní zkušenosti ze šamanských technik, konzultace s jasnovidci a výčet činností tím není zdaleka vyčerpán. **Hledají stále nové možnosti, jak pomáhat nemocným a trpícím.** Proč to dělají? Protože omezující paradigma západní medicíny jim nejen nenabízí možnosti, jak účinným způsobem léčit, ale stále striktněji je omezují v jejich vlastní iniciativě se účinně a smysluplně starat o zdraví svých pacientů.

Stojíme na prahu 21. století a běžný laik by předpokládal, že věda bude pracovat pro blaho lidstva. Skrytá pravda je však trpkým opakem. **Světová věda se nejen na poli zdraví tragicky zaprodala světovému byznysu.** Korporáty, chrlící vražedné molekuly, které prohlašují za účinné léky, se staly diktátory. A tomuto diktátu podléhá každý „poslušný lékař“, jenž je oddán evangeliu „doporučených postupů“, jen aby se nezapřel svému chleboďárci.

Naštěstí to neplatí pro všechny lékaře. Ti, kteří slepě nepolíbili „prsten diktátora“, se stále snaží vyhovět Hippokratově přísaze a léčit tak, aby opravdu své pacienty vedli ke zdraví. Je jich tragická menšina, ale jsou mezi námi.

Do **čisté medicíny** totiž také patří spiritualita, tedy **oddanost vyššímu řádu, který lékař má vždy ctít** a následovat ve své praxi. Ať už to má jakoukoli podobu. Tento aspekt byl zavrženímhodným způsobem dehonestován a dostal nálepku: „ALTERNATIVA“.

Od devadesátých let se (nejen) v naší malé zemi vžilo označení „alternativa“ pro veškeré diagnostické a terapeutické obory fungující mimo oficiální vědeckou medicínu a zdravotnictví podporované zdravotními pojišťovnami a státem certifikovaná zdravotnická zařízení. Tedy ALTERNATIVA. Tento výraz má cíleně označovat na jedné straně něco jiného či náhradního, něco čím je vhodné pohrdat, a na druhé straně i něco poněkud benevolentního, tedy do jisté míry a za jistých podmínek

uznávaného. Pro některé profesionály je to vyznamenání, jiní v tom stále vidí ještě urážku svých profesních dovedností.

Ten, kdo si je jistý svým uměním léčit, to nemá zapotřebí řešit. Proč? Protože **každá lidská činnost směřující k pomoci a uzdravení se má považovat za vědeckou medicínu.** Zvláště je-li podložena upřímností, soucitem a laskavostí. TO JE MEDICÍNA.

Univerzitní medicína se tradičně zaštiťuje svou vědeckostí (vše podloženo důkazy a dvojité slepými, randomizovanými, placebem kontrolovanými studiiemi). Jako insider vím, že ona věda i ony pokusy jsou lehce manipulovatelné a uzpůsobované potřebám byznysu. Rozdíl mezi vědou a starobylou vědou (sanskrtské označení vyšší nauky – viz např. Ayurvéda – nauka o životě) je docela zřetelný. **Věda (véda), která má výsledky a uzdravuje nebo ještě lépe chrání před onemocněním, nutně musí obsahovat duchovní rozměr** a její nosná síla je sama LÁSKA. Jaký je rozdíl mezi moderním odborníkem (byť špičkovým) a Mistrem? Zásadní, přátelé. Tomu superodborníkovi chybí skutečná láska, ono zanícení či hoření pro službu slabým. Odborník má bohaté zkušenosti a je velmi vzdělaný a zručný. Dovede pomoci davům nemocných – leč dočasně, neboť řeší – i když velmi šikovně, malou část celostní bytosti člověka. Mistr pak prostě přivádí nemocného k plné údravě, trvalému klidu a radosti nebo vůbec nepřipustí, aby onemocněl.

A opět narážíme na otázku PREVENCE, jež je tak omílána moderní medicínou. Má různé „preventivní programy“, např. ženám od jistého věku důrazně doporučuje mamografická periodická vyšetření. Pánům zase vyšetření prostaty. Ženské prso a mužská prostata jsou nejčastěji postihovány onkologickým procesem. To je také neustále opakováno a všichni jsou stále varováni (strašeni). Ve skutečnosti však nejde o prevenci, nýbrž o opakované vyšetření čili ev. včasnou diagnostiku. Tento „preventivní“ systém má často paradoxní účinky. **Takto proháněný člověk žije v podvědomém, často i vědomém strachu z rakoviny.** Samo mamografické vyšetření je samo o sobě zdraví nebezpečné (např. ve Švýcarsku je již z tohoto důvodu léta zakázané). **Americké studie prokázaly, že více než sedm mamografických vyšetření významně zvyšuje incidenci prsního karcinomu!** K tomu jistě přispívá i psychosomatický dopad stálých obav: „*Mám to tam – nemám to tam*“, „*Kdy to tam bude?*“! Pro příznivce Starého Zákona – citát z Knihy Jób: „*Čeho jsem se nejvíce obával, právě se stalo.*“ A ještě citát starého čínského Mistra Tao Te Tinga: „*Co je ještě v klidu, dá se lehko uchopit, co je ještě nepatrné, dá se lehko rozptýlit. Je třeba působit na to, co tu ještě není.*“ Takto staří Mistři chápali principy prevence. **Jejich svěřenci nesměli nikdy vážně onemocnět.** Nejstarší známý ayurvédský Mistr Sushruta definoval princip zdraví v několika jednoduchých větách s použitím tří výrazů (v předsansktském jazyku páli):

SHROTY – kanálky, cesty, např. cévní, lymfatické, urologické, trávicí a vylučovací trakt, potní, nervové, energetické, atd.,
ÁMA – jed hromadící se v těle ze stravy, prostředí a myslí,
ÓJAS (čteme: ódžas) – životní síla, vitalita nebo prána.

„Pokud jsou shroty otevřené a čisté, může áma plynule opouštět tělo a ójas může volně tělo i mysl naplňovat.“ A vida, současní medicínští odborníci, kteří mají o původu nemocí, a tím ani o nastolení a udržení zdraví, jen velmi povrchní a mlhavou představu, se dokážou starým moudrostem veřejně vysmívat!

Stále zřetelněji se ukazuje, že jasná rozlišovací kvalita či zaměření spočívá v tomto: Moderní (bohužel bezduchá) medicína, potažmo zdravotní systém, je zaměřen na NEMOCI a DIAGNÓZY (úsluví: „Pojištěnec bez diagnózy je jen špatně vyšetřený pacient“!) Viz slova: NEMOCNICE, rusky BOLNÍCA či německy KRANKENHAUS. Tzv. **alternativa se zaměřuje na ZDRAVÍ! Na co se zaměříme, to k sobě přitahujeme.** Základní univerzální zákon zní jednoznačně: **mysl organizuje hmotu** – tedy i naše těla. Další zásadní odlišnost obou systémů je v rozštěpenosti klinických oborů. Takové uspořádání ale vede v praxi k tomu, že v **nemocniční** a specializační **medicině** nelze nevidět **rivalitu** a dokonce **nedůstojné pomlouvání svých kolegů.** A to někdy i ze stejného oboru, ovšem z jiného pracoviště. Např. věta pronesená ortopedem: „*Kterej dobytek vám to koleno tak zprasil?*“, může být malou ukázkou. V **celostní** a tradiční **medicině** pak můžeme pozorovat opačné tendence. Tedy **uctívou spolupráci a respekt k práci jiných terapeutů,** a to včetně lékařů. Jak rádi by mnozí tzv. alternativní terapeuti spolupracovali s univerzitní medicínou, zejména co se týká laboratorních či moderních zobrazovacích vyšetření. Leč narážejí na jejich ignoraci, nevraživost a opovržení. Ostatně, jsou za tyto postoje placeni a jsou v nich posilováni v rámci všech možných postgraduálních vzdělávání, jež organizují farmaceutické koncerny.

Avšak lékaři v systému medicíny „*lege artis*“, jak se samolibě sama označuje moderní medicína – tedy podle pravidel umění, mohou být velmi prospěšní svým nemocným a skutečně je citlivě a láskyplně vést. Anebo mohou svobodně (a statečně) ze systému vystoupit a rezignovat svůj titul (případně tituly) a začít pomáhat dle svého svědomí a ve smyslu Hippokratovy přísahy. Je zarážející, že osvícený lékař Hippokrates, který žil ve čtvrtém století před Kristem v severním Řecku (Thesalonii), vyřkl směrem k lékařům budoucích věků větu: „*NIHIL NOCERE*“. Ve volnějším překladu z latiny: „**Nikdy svým nemocným neškodte.**“ Jak ho taková možnost v té době bez chemie a ozařování vůbec napadla? Inu asi viděl dále.

Zkusme věřit tomu, že se přiblížila doba, kdy se nejen **medicína, výzkum a celé zdravotnictví změní a bude fungovat pro trpící.** Ne pro korporace. Terapeuti a lékaři se propojí a **budou kooperovat** (ne konkurovat). Ale aby se tak stalo, je potřeba neúnavně tyto myšlenky hlásat a šířit do populace odborné i laické veřejnosti. Mnozí už slyší. Mnozí už konají. Navíc lidé toužící po přirozeném a zdravém životě v Pravdě budou schopni se léčit a uzdravovat sami (s pomocí Stvořitele) a jeden druhého. Věřte, že to tak bude, mnozí z vás to zažijí.

K tomu se může pojit závěrečný poselství: **Přežití lidského druhu bude spočívat v nových a vpravdě tradičních kvalitách.** Víra v přírodu, víra ve vlastní pocity, víra v nejvyšší zákonodárství universa. Protože tyto kvality jsou v souladu se Stvo-

řením. Víme, že toto není poselství pro každého. Ale pro ty, kdo se připojí, je to naděje na zachovu přirozenosti života lidství ve své původně plánované podstatě.

Homo sapiens byl stvořen k tomu, aby byl v souladu se svým Stvořitelem a Duchem, jež ho vede životem tak, aby každý jednotlivec cítil, že zde má své místo, jež dává smysl jeho existenci.

Pokud se někdy podaří, aby tento aspekt byl zavzat do většinového myšlení lékařů, bude to startovním můstkem pro zdravé lidstvo.



Roman Cardal: MEDICÍNA (ZDRAVOVĚDA) NEMÁ MONOPOL NA ZDRAVÍ

1. POŽADAVEK CELOSTNÍHO PŘÍSTUPU

Zdraví je bezesporu jeden z nejcennějších statků člověka. U různých lidí sice zaujímá různé místo na hierarchické škále hodnot, podle které se v životě orientují, ale vždy se vyskytuje v jejích horních patrech. To je dáno tím, že snížení hodnoty zdraví pod určitou míru by vedlo k nemožnosti příklonu k jiným hodnotám. **Zdraví je totiž nutnou podmínkou, která umožňuje život směřovaný k alternativním cílům.** Nemoc nám může zabránit v konání toho, čeho si hluboce ceníme, a proto je péče o zdraví důležitá i pro ty, kdo v něm nespatřují finální metu života.

Moderní západní medicína pokročila v léčbě řady nemocí tak daleko, že zachraňuje velké množství lidí, které by jim v minulosti beznadějně podlehlo. Nesklízí však jen samé úspěchy. Její napojenost na sofistikovanou technologii je příčinou její stále vzrůstající specializace, což sice zvyšuje její účinnost v daných oblastech, ale zároveň ji omezuje jen na určité zóny mnohovrstevnaté skutečnosti člověka. To je jeden z důvodů, proč se ne zrovna v zanedbatelném počtu vyskytují případy iatrogenního (vyvolaného lékařem) poškození zdraví pacientů. I proto se stále silněji volá po tom, **aby byly v medicíně uplatňovány celostnější přístupy.** Vzhledem k vysoké specializaci moderní vědy se řešení problému vidí v interdisciplinární spolupráci lékařských odborníků. Kromě toho se však upozorňuje i na to, že stará východní medicína se od celostního přístupu ke zdraví člověka nikdy neodchýlila, takže by bylo vhodné se její praxí alespoň inspirovat.

Je zřejmé, že pokud by k něčemu takovému došlo systematictějšíм způsobem, znamenalo by to změnu paradigmatu, který se v západní medicíně prosadil. Z dějin vědy víme, jaké turbulence takové proměny vyvolávají. Zákonitě se proti sobě postaví zastánci starých metod a přívrženci nových postupů, což bývá provázeno značně ostrými názorovými výměnami. Západní vědci si bedlivě střeží doménu své činnosti a odmítají uznat, že by šlo technologicky nepodpořenými léčebnými praktikami východní medicíny efektivně navracet zdraví pacientům. V těchto sporech prakticky vždy dochází k přehlížení toho, že **i v západní medicínské tradici je přítomen silný důraz na holistický způsob léčby nemocí, který však postupně upadl do zapomutí.** Souvisí to s vývojem poznání směrem ke specializovaným disciplínám a s **úpadkem filosofie, která kdysi na nezbytnost celostní léčby poukazovala.** Jasným dokladem toho je rozsáhlé Platónovo dílo, které se tohoto problému dotýká soustavně a dokonce do něj klade jedno z těžišť lidského myšlení a praxe. V následných odstavcích se to pokusím alespoň nastínit¹.

2. DRAMATIČNOST LIDSKÉ EXISTENCE

Plátón považuje lidskou existenci za vrcholně riskantní skutečnost, která je neustále ohrožována z mnohých stran a jejíž vyústění může být tragické. Na příslušném místě *Zákonů* tvrdí, že svět je plný zla, a proto člověk potřebuje „podivuhodnou ochranu“ k tomu, aby na něm mohl prožít přijatelný život². Lékařství patří k této „podivuhodné ochraně“, neboť chrání lidskou bytost před nemocemi. V této souvislosti je třeba poznamenat, že medicína představuje jen jedno z nepřeberného množství umění, která byla ustavena pro zmíněný účel. Svět není místem, v němž se člověk může bezstarostně zabydlet. Je místem vrcholného ohrožení, prostorem, v němž se bojuje o život. **Lékař vede svými zbraněmi ten samý boj, který svádí politik, zemědělec, učitel, voják, kněz atd. - čelí silám chaosu.** Tento pohled, do něhož jsou začleněny širší kontexty každé disciplíny a který objímá celkové rozpětí kosmické skutečnosti, prostředkuje medicíně poznání posledního smyslu jejího působení. Svým specifickým a omezeným způsobem se podílí na realizaci smyslu lidského života, do jehož podstaty je zapsána **nutnost zásadního odporu proti zlu**, ať má jakoukoli podobu: „*Pravíme pak, že chyba nyní jmenovaná, nepoměrné zbytnění, je to, co se v živočišných tělech nazývá nemoc, v ročních počasích a obdobích mor, a co se v obcích a ústavách vyskytuje s přetvořeným jménem jakožto nespravedlnost*“³.

Zlo má různé tváře a nemoc je jednou z nich. Sucho, povodně, ničivý mráz, destruktivní běsnění přírodních živlů, krádeže, přepadávání, mučení, zabíjení nevinných atd., to všechno jsou nemoci. Používáme však pro ně jiná, „přetvořená jména“, ačkoliv jde v zásadě o jednu a tutéž děsivou skutečnost. Kdo nevidí medicínu v jejím vztahu k obsáhlejší sféře reality, nechápe podle Platóna ani její poslední význam. Odvíjí-li se život člověka v takových nepříznivých podmínkách, je nucen neustále bojovat o svou integritu, k níž náleží i namáhavá péče o jeho zdraví. **Patříčná starost o zdraví ovšem předpokládá, že si člověk dostatečně jasně uvědomuje, v čem zdraví vlastně spočívá.** Starým Řekům bylo jasné, že příčina nemocí mnohdy leží v dezorientaci, jíž lidé v této oblasti propadají. Pokud například zaměňují své zdraví s pocitem celkové pohody, který momentálně prožívají, stávají se obětí zdání, za nímž se může skrývat krutá realita zatím nezjevné nemoci. Problém zdraví si proto zaslouží větší pozornost, než mu věnují dokonce i ti, kteří si z něj učinili nejvyšší životní hodnotu.

3. ANALOGIČNOST POJMŮ ZDRAVÍ A NEMOCI

Z výše uvedeného je patrné, že **Plátón pojímá zdraví a nemoc jako analogické reality.** To znamená, že se s nimi můžeme setkat na velmi odlišných úrovních. Jejich výlučné situování do rostlinné, živočišné či psychické oblasti je v jeho očích reduktivní přístup, který vede nejen k omylům při jejich teoretickém koncipování, ale i k chybným krokům v rovině terapeutické praxe. Dílo řeckého filosofa jasně svědčí o tom, že **o zdraví a nemoci lze smysluplně mluvit ve vztahu k fyzické, psychické a duchovní stránce člověka.** Je však možné jít i dále a vypovídat pojmy zdraví a nemoci nejen o společensko-politických poměrech, ale i o stavech, které jsou typické pro jakýkoliv druh kosmické reality.

První věc, kterou je nutné vzít na vědomí, spočívá v představení člověka jakožto **komplexní bytosti**, která **není redukovatelná jen na svoji tělesnost**. V památné sekci dialogu *Fedón* je ukázáno⁴, že toto perspektivní zploštění implikuje odstranění hodnot *pravdy* a *svobody* z lidského života, což je úkon, který není konzistentně proveditelný. Tělesnost člověka je důležitá, ale **těžiště jeho života leží v jeho duši** (v jeho svobodném, mravně zodpovědném já). Proto je péče o zdraví těla jen prostředkem k dosahování vyšších cílů. Je tudíž logické, když je výlučné soustředění na **zdraví** těla prohlášeno za neodpovídající lidské realitě a je akceptováno jen tehdy, kdy **vedle těla prospívá i duši**. Člověk, který si tyto souvislosti uvědomuje, „*nebude hledět ani na zdraví ani si nebude vážit toho, aby byl silný nebo zdravý nebo krásný, kdyby těmi vlastnostmi neměl získat také zdraví duše, nýbrž vždy bude projevovat snahu o soulad v těle pro souzvuk v duši. Docela tak, ač má-li být vpravdě člověkem múzickým*“⁵.

Múzický člověk je člověkem harmonickým, tedy subjektem, který uvedl části, z nichž sestává, do patřičného řádu. Medicína mu v tom může být nápomocna, primárně díky své preventivní funkci, sekundárně díky svým léčebným možnostem. Musí se však jednat **o medicínu, která se na něj dívá nezúženým pohledem**. V dialogu *Charmides* je takový pohled vykreslen následně: „*Snad jsi i ty slyšel o dobrých lékářích, že kdykoli k nim někdo přijde s nemocí očí, oni říkají, že jim není možno podnikat léčení tolika očí, nýbrž že je nutné ošetřovat i hlavu, má-li to být dobré i s očima; a zase, že je velká nerozumnost domnívat se, že by někdy bylo možné léčit hlavu samu o sobě bez celého těla. Podle této zásady se pak obracejí s předpisy o životosprávě k celému tělu a spolu s celkem podnikají ošetřování a léčení částí*“⁶.

Hovoří se zde o tom, na co upozorňuje i řada dnešních lékařů – nemoci jsou namnoze působený špatnou životosprávou pacienta. Na ní je nutné se především soustředit jako na poslední zdroj problémů. **Životospráva je způsob, jakým jeden každý spravuje svůj život**, jakým stylem utváří svou existenci. V tom hraje rozhodující roli myšlenková orientace, jejíž výsledkem je chápání vztahu člověka k sobě samému, k druhým lidem a ke skutečnosti, která tvoří prostředí jeho života. Tyto vztahy je třeba utvářet s nasazením rozumu a Platón poznamenává, že lékaři často tento rozměr problému přehlížejí či podceňují. Pak dochází k chybě, která se projevuje v tom, že: „*někteří se pokoušejí být lékaři oddělujíce jedno od druhého, rozumnost od zdraví*“⁷. **Ars vivendí, umění žít, se neobejde bez promýšlení našeho poměru ke skutečnosti v celé její šíři**, což otevírá prostor pro vstup filosofie do našich životů. Filosofie je schopna určit ukazatele pro zdravý způsob života, o čemž kromě jiného svědčí i to, že filosofický pojem rozumnosti má nepřehlédnutelnou vazbu na kvalitu zdraví: „*Řecké jméno tčnosti – sófrosyné, je odvozeno od adjektiva sófrón, složeného z přídatného jména sós = zdravý a podstatného jména frén = mysl. Tuto „zdravou mysl“ projevuje člověk, který sám u sebe podřizuje své žádosti rozumu a který v chování k jiným lidem potlačuje své sobectví ve prospěch obecných názorů o dobru a krásnu*“⁸.

4. KULTURNÍ ROZMĚR LIDSKÉHO ZDRAVÍ

Komplexní a dynamická povaha lidského bytí odsuzuje člověka k permanentnímu boji za „zvládnutí sebe sama“. Velký nepřítel číhá uvnitř každého z nás. Jestliže naše tělesné choutky a psychické sklony nabudou takové síly, že si s nimi nejsme schopni poradit a jediné, co zmůžeme, je ústup naší vůle před jejich požadavky, pak to nejsme my, kdo jsme „pány ve svém domě“, nýbrž otročíme neosobním pudům a tendencím, které žádné naše dobro nesledují. Čím větší nasycení jim povolíme, tím citelněji oslabují to, co je v nás specificky lidské – naši vůli a náš rozum. **Dlouhodobá nadvláda vášní a nekorigovaných sklonů nakonec vede k naprotému otupení rozumu a podlomení svobodného chtění.** Člověk tak žije ve vleku sil, které jeho nitro vyplení natolik, že dojde k jeho úplnému sebe-odcizení. Stupně sebe-negace jsou různé a jejich vrchol představuje akt ničivé sebe-agrese: sebevražda⁹.

Právě v tom se ukazuje další rovina pojednávané otázky. V Platónově pojetí je **zdravý člověk člověkem kultivovaným.** Kultura je cesta, jakou rozumné bytosti zavádějí řád do svých životů a pracují na svém svobodném sebe-utváření. Zdraví a nemoc jsou výrazem úspěchu či neúspěchu této systematické kulturní činnosti. Není nepatřičné, když se společenské, politické a kulturní poměry označují jako zdravé nebo nezdravé. Analogické užití těchto pojmů jasně naznačuje, že **kořeny zdraví a nemoci člověka jsou vposledku kulturní povahy.** Lékařství je jistě schopné navracet nemocným jejich zdraví, avšak není možné si myslet, že člověk může být dlouhodobě zdravý, pokud je vystaven nedobrym vlivům svého společensko-politického prostředí. Špatné poměry v kultuře znemožňují život podle přirozenosti a jen soulad s přirozeností (s tím, co člověk skutečně je, ne s tím, za co je ideologicky považován) zajišťuje takový život, který je v pravém smyslu slova zdravý. Kultura je produktem ducha a tento produkt na svého autora zpětně působí. Z ducha se její vliv přelévá do duše a z duše do těla. **Kategorie zdraví sice patří do zdravotní, ale podmínky pro její uskutečnění v lidském životě hranice medicíny zdaleka přesahují¹⁰.**

Jestliže se naděje na opravdové řešení různých zdravotních problémů **upínají jen a pouze k oboru lékařskému, dochází k nepochopení skutečné povahy nemoci** a po čase se nemůže dostavit nic jiného než zklamání. Na scénu je třeba pozvat především **dobrou filosofii**, která objasní, že **zdroj lidského zdraví vychází z našeho správného poměru ke skutečnosti**, který je bez bezpodmínečného respektu jejich zákonů nemyslitelný. Čím rychleji si to uvědomíme, tím jasněji nahlédneme, v jak nezdravé situaci se dnes nalzáme. Současné ideologie, které ovládají život západního člověka, sestávají z toxických idejí, jež našemu zdraví nijak neprospívají. Když pochopíme, že **spouštěcí mechanismy nemoci jsou do značné míry ideové povahy**, začneme si více vážit toho, co se v běžné řeči označuje jako **zdravé myšlení**. Návrat k němu se ukazuje jako opravdu naléhavý.



Poznámky:

- 1) Vycházím přitom z textů knihy, kterou jsem této problematice věnoval. Srov. Roman CARDAL, *Filosofie jako lék. Partnerský vztah filosofie a lékařství v Platónově myšlení*, Academia Bohemica, Praha 2019.
- 2) Srov. PLATÓN, *Zákony*, 905 E.
- 3) *Tamtéž*, 906 C.
- 4) Srov. PLATÓN, *Fedón*, 98 A – 99 E.
- 5) PLATÓN, *Ústava*, 591 C - D.
- 6) PLATÓN, *Charmides*, 156 B - C.
- 7) *Tamtéž*, 157 B.
- 8) František NOVOTNÝ, *Charmides*, Jan Laichter, Praha 1940, ss. 5-6.
- 9) Srov. Roman CARDAL, *op.cit.*, s. 191.
- 10) Srov. *tamtéž*, s. 196.

Ivo Budil:

SPIRITUALITA V PRÁCI LÉKAŘE

Moderní medicína je plodem vědeckého ducha osvícenského racionalismu.

Za uplynulé dvě století dosáhla obrovského pokroku. Jak uvedl Steven Pinker v knize *Enlightenment Now: The Case for Reason, Science, Humanism and Progress* z roku 2018, v roce 1800 neexistovala země, v níž by byl průměrný věk dožití delší než čtyřicet let. V současné době dosahuje tato hodnota v nejrozvinutějších státech kolem osmdesáti roků, přičemž v chudších částech světa dynamicky roste. Například v Keni se délka života zvýšila v letech 2003 až 2013 o deset let. Kolem roku 1900 umírala čtvrtina až třetina švédských dětí před pátým rokem života. V archaických komunitách lovců a sběračů je to v průměru jedna pětina. Toto je pouze špička ledovce nezměrného fyzického utrpení, jemuž byli lidé v historicky nedávné minulosti vystaveni a z něhož je osvobodili průkopníci a hrdinové moderního západního lékařství.

V průběhu dvacátého století se zdálo, že se naplní předpovědi autorů věštících naprostou sekularizací moderní společnosti. Věřili, že lidé žijící v podmínkách materiálního blahobytu a tělesného zdraví, ztratí jakýkoliv zájem o duchovní život a spiritualitu. K ničemu podobnému však nedošlo. Člověk by totiž jednal proti své vlastní přirozenosti. Jak napsal německý sociolog a historik Max Weber, člověk je *homo symbolicus*, bytost zavěšená v pavučině významů, kterou si sama utkala. Lidé ve všech světových kulturách a civilizacích vytvářejí symbolické systémy, jež rezonují s jejich hlubšími duchovními potřebami a odpovídají na základní existenciální otázky života. Vytlačíme-li z veřejného prostoru tradiční náboženství, vyplní jej různé náhradní religiozity, ideologie nebo politická náboženství včetně nacionalismu, fašismu, nacismu nebo komunismu. **Spiritualita je antropologická konstanta**, přičemž náboženství v tradičním smyslu představuje pouze jeden ze způsobů její manifestace.

Sam Harris, jenž je stoupencem „spirituality bez náboženství“, napsal, že „*spiritualitu je nutné odlišovat od náboženství – protože **spirituální zážitky** podobného druhu **zaznamenávají lidé bez rozdílu víry i bezvěrci**. Tyto duševní stavy se sice obvykle interpretují optikou té či oné náboženské doktríny, ale to je, jak víme, chyba. Nic z toho, co může prožívat křesťan, muslim nebo hinduista – sebezpřekračující lásku, extázi, blaho, vnitřní světlo - nezakládá důkaz pro podporu jeho tradiční víry, protože jednotlivé víry jsou navzájem logicky neslučitelné. Ve hře musí být nějaký hlubší princip“.¹*

SPIRITUALITA A KOMPARATIVNÍ ANTROPOLOGIE

Religionisté, psychologové a antropologové, například Mircea Eliade, Joseph Campbell, Carl Gustav Jung, Clifford Geertz nebo Victor Turner, ukázali, že **rozli-**

šování profánního a sakrálního a hledání optimálního rituálního vztahu mezi nimi **nalezneme v každé společnosti**. Dean Hamer² a Matthew Alper³ se snažili ve svých knihách doložit, že spiritualita je součástí lidské genetické výbavy vzniklé v průběhu evoluce našeho druhu, a stali se tak průkopníky bioteologie či neuroteologie. **Lidé, zbavení spirituality, strádají**, a to jak mentálně, tak fyzicky, a trpí existenciální frustrací.

Člověk nesmí rezignovat na racionalitu, protože jej osvobodila od tyranie přírody, chudoby a pověrčivosti, zároveň se ale nemůže vzdát historicky a kulturně podmíněných symbolických systémů, které dávají jeho existenci smysl. Anglický antropolog českého původu Ernest Gellner proto prohlásil, že **moderní člověk** by měl být nejen kognitivním fundamentalistou, ale i symbolickým relativistou, to znamená, že musí **trvat na exaktní metodě vědy při zohlednění a respektu vůči pluralitě lidských duchovních a ideologických zkušeností a vyznání**.

Jedním z prvních západních badatelů, který studoval léčebné postupy přírodních národů, byl Adolf Bastian. Zmíněný německý etnolog byl v osmdesátých letech devatenáctého století v Britské Guyaně svědkem procedury, jež nápadně připomínala vymítání zlého ducha (*kenaimas*) známé z našeho civilizačního okruhu. Jeho poznatky zaujaly francouzského psychiatra a neurologa Jeana-Martina Charcota, učitele Sigmunda Freuda. Obdobnou zkušenost jako Adolf Bastian učinil mezi severoamerickými indiány Kwakiutl americký antropolog německého původu Franz Boas.

Kanadský historik psychiatrie Henri Frédéric Ellenberger ukázal ve svém encyklopedickém díle *The Discovery of the Unconscious: The History and Evolution of Dynamic Psychiatry* z roku 1970, že analogické **duchovní fenomény** byly zaznamenány mezi méně komplexními či archaickými společnostmi **ve všech končících světa**. Populace žijící na Malajském poloostrově, Filipínách a Austrálii, které etnologové Wilhelm Schmidt a Fritz Graebner začlenili mezi „nejprimitivnější“ etnika (*Urkulturkreis*), přisuzovaly chorobu „ztrátě duše“. Stejnou představu popsal ruský etnolog Gavril Xenofontov mezi sibiřskými šamany a Federico Sal y Rosas mezi peruánskými indiány. Posedlost a exorcismus známe z Japonska, Sibiře, Evropy, Etiopie nebo Haiti. Erwin Otto Eduard von Bälz vylíčil, jak poutník sedící dlouhé hodiny v buddhistickém Ničirenově chrámu v Minobu v Japonsku měl pocit, že do jeho těla vstoupil had nebo tygr zobrazený na místním sousoší. Peter Hartocollis byl svědkem posedlosti a rituálů exorcismu na řeckém ostrově Kefalonia v roce 1953. Některé přírodní národy věřily, že nemoci způsobuje porušení tabu. Léčba spočívala ve zpovědi, kterou praktikovali před příchodem Španělů Aztékové. Raffaele Pettazzoni zaznamenal, že čínský císař se zpovídal veřejně v případě přírodní či jiné pohromy. Adolphus Peter Elkin byl překvapen, když obdobné postupy léčení prostřednictvím halucinací a hypnózy pozoroval u australských domorodců a Tibeťanů.

SPIRITUALITA A ZROD MODERNÍ MEDICÍNY

V západních dějinách existuje poměrně dlouhá tradice spiritualismu (ve Francii spiritismu), za jehož zakladatele je pokládán švédský polyhistor, inženýr, diplomat, špión a mystik osmnáctého století Emanuel Swedenborg. Proslulý Franz Anton Mesmer, který působil před Francouzskou revolucí v Paříži, léčil své pacienty pocházející vesměs z vyšších kruhů pomocí „animálního magnetismu“. Jeho metoda nicméně splývala se směsicí okultismu, hermetismu, alchymie, astrologie, kabaly a magie, jejichž představitelé s oblibou hledali útočiště a štěstí ve Francii za vlády Ludvíka XVI.⁴ Spiritualismus a okultismus, který se od čtyřicátých let devatenáctého století rozvíjel ve Spojených státech amerických, Velké Británii, Francii nebo Německu a jenž zaujal i přední reprezentanty západního veřejného, vědeckého a intelektuálního života, měl vesměs se skutečnými léčebnými postupy jen málo společného. Ve dvacátém století zohlednila spirituální dimenzi člověka analytická psychologie Carla Gustava Junga, existenciální psychoterapie, logoterapie Viktora Frankla a humanistická psychoterapie, kterou rozvíjeli především Erik Erikson, Erich Fromm nebo Abraham Maslow.

Moderní medicína vědomá si psychosomatické provázanosti tělesného zdraví a nemoci musí vzít spiritualitu jako fenomén vážně. V roce 1988 Americká psychologická asociace zařadila spiritualitu mezi psychologické termíny a o dva roky později komise odborníků Světové zdravotnické organizace o léčení nádorové bolesti a paliativní péči zdůraznila ozdravné účinky spirituality.⁵ **Ignorance spirituální dimenze může zkomplikovat léčbu, poškodit vztah mezi pacientem a lékařem a vést k rezignaci na holistický způsob léčení.**

Pravděpodobně nejrozsáhlejší přehled problematiky vztahu současného klinické praxe k fenoménu spirituality předložili Michael J. Balboni a Tracy A. Balboni ve studii *Hostility to Hospitality: Spirituality and Professional Socialization within Medicine* z roku 2019. Oba autoři uvedli v úvodu své práce, že „americká medicína je duchovně nemocná“ („*American medicine is spiritually sick*“).⁶ Jsou přesvědčeni o tom, že prohlubující se propast mezi medicínou a spiritualitou zvyšuje odosobnění lékařské péče a přispívá k nedůvěře či animozitě moderního lékařství k holistickému přístupu. Michael J. Balboni a Tracy A. Balboni zdůrazňují, že **je třeba změnit přípravu budoucích lékařů a provoz lékařských zařízení.** Jedině tak je možno v naší sekulární a hodnotově relativistické společnosti **obnovit soulad mezi léčením a spiritualitou.**

Podle výzkumů provedených ve Spojených státech amerických v rámci *Religion and Spirituality and Cancer Care (RSCC)* pouze dvanáct procent pacientů trpících rakovinou uvedlo, že se jim dostalo náležité duchovní péče. V jiných studiích se počet respondentů, kteří tvrdili, že medicínský systém neadekvátně vycházel vstříc jejich duchovním potřebám, pohyboval mezi čtyřiceti až dvaasedmdesáti procenty. Na druhé straně ale osmdesát sedm procent pacientů, osmdesát sedm procent zdravotních sester a osmdesát procent lékařů označilo duchovní péči za důležitou součástí léčby rakovinového onemocnění, a ještě vyšší procento dotazovaných doporučilo její rozšíření.⁷ Více než polovina nemocných potvrdila, že víra a nábo-

ženské úkony hrály významnou úlohu při jejich boji s chorobou. Z této skutečnosti badatelé vyvodili, že i odborná veřejnost se nestaví k důrazu na spiritualitu v lékařské praxi odmítavě či ji nepokládá za anachronismus. Problém spočívá v tom, že **mnozí lékaři narážejí ve své snaze o duchovní přístup na institucionální bariéry** a že medicíni procházejí během studia neadekvátní přípravou. Jaká je historická a civilizační příčina tohoto stavu?

V rámci židovské a křesťanské náboženské tradice bylo po staletí společenské postavení lékaře a duchovního blízké a často takřka splývalo v jednotě péče o tělo a duši. Historik Guenter B. Risse napsal, že zatímco raně křesťanské léčebny poskytovaly značnou duchovní útěchu, ale pouze málo fyzického pohodlí, **moderní nemocnice naproti tomu zohledňují pouze tělesné zotavení**. Pokrok technologie tak vytlačil duchovního z jeho původně výlučné pozice a zbavil jej kulturní prestiže a společenské autority. Koncem devatenáctého století se podle Risseho lékaři definitivně vymanili z náboženského prostředí a svoji profesi spojili se vzestupem scientismu.⁸ Další významnou kulturně historickou změnou byla „**marginalizace**“ **zážitku smrti**, která byla v důsledku pokroku medicíny vytěsněna z bezprostředního nemocničního provozu. **Smrt** je v rámci moderního lékařství chápána jako „**selhání**“ **systému, a nikoliv přirozená součást běhu života**, což znamená další oslabení duchovní dimenze.⁹

Prosadila se tak „teologie imanence“, jak ji nazval Charles Taylor, potlačující smysl pro transcendenci a prostupující prakticky všechny aspekty života člověka. Moderní medicínský komplex úzce provázaný s farmaceutickými a dalšími průmyslovými a technologickými korporacemi a nákladným zdravotním a sociálním systémem zápolí především s vlastní produktivitou a efektivitou a má omezené pochopení pro tradiční vztah duše a těla a holistický pohled na lidské choroby. Michael J. Balboni a Tracy A. Balboni tvrdí, že „**teologie imanence**“ se vyznačuje prakticky všemi atributy, jež byly příznačné pro náboženství.¹⁰ **Nedokáže však na rozdíl od spirituality uspokojit morální očekávání, která se k ní upínají.**

Michael J. Balboni a Tracy A. Balboni se domnívají, že každá relevantní náboženská tradice existující ve Spojených státech amerických by měla znovu spojit svoji specifickou věrouku, obřady a duchovno s lékařskou praxí a opět smířit medicínu a spiritualitu. Jak podotkla Petra Sprik, tento postoj je v rozporu s generickou spiritualitou, která prosazuje ekumenický přístup bez vazby na konkrétní konfesi. Petra Sprik, jež vykonává povolání presbyteriánské duchovní v *Atrium Health a Levine Cancer Institute*, nesouhlasí s doporučením výše uvedených autorů, že pastorační poslání by mělo být namísto duchovním svěřeno přímo lékařům. Pokládá jej za nepraktické řešení, které by připravilo nemocnice o zkušené profesionály, a zároveň zbytečně zvýšilo pracovní zatížení zdravotníků.¹¹

ZÁVĚR

Jestliže hodlá moderní medicína dosáhnout skutečného holistického přístupu, **musí zohlednit při léčbě spiritualitu**, a to bez ohledu na konkrétní konfesi, v níž se duchovno u různých lidí pocházejících z odlišného náboženského prostředí pro-

jevuje. Souhra kognitivního potenciálu scientismu a terapeutického účinku spirituality musí být doprovázena odpovídající **reformou výuky a přípravy budoucích lékařů a zdravotníků a institucionálními změnami lékařského provozu a praxe**. Tato změna je však žádoucí v zájmu fyzického a duševního zdraví populace a **odstranění nerovnováhy**, kterou v moderní západní společnosti vytvořila **dominance scientismu na úkor duchovna**.



Poznámky:

- 1) Harris, Sam, *Spiritualita bez náboženství aneb Probuzení*, Praha 2017, str. 15.
- 2) Hamer, Dean, *The God Gene: How Faith Is Hardwired into Our Genes*, New York 2004.
- 3) Alper, Matthew, *The God: Part of the Brain, A Scientific Interpretation of Human Spirituality and God*, Naperville 2008.
- 4) Budil, Ivo, *Spiritualismus a odvrácená strana přírody*, Praha 2017, str. 124-125.
- 5) Irmíš, Felix, Spiritualita a etika v psychosomatické medicíně – biopsychosociospirituální vztahy, *Čas. Léč. čes.* 154: 115–121, 2015, str. 115.
- 6) Balboni, Michael J. Balboni a Tracy A. Balboni, *Hostility to Hospitality: Spirituality and Professional Socialization within Medicine*, New York 2018, str. 1.
- 7) Sprik, Petra J., The Depersonalization of Medicine, and the Promises of Spiritual Care, *Society* 56:147-152, str. 148.
- 8) Sprik, str. 149.
- 9) Sprik, str. 149-150.
- 10) Balboni a Balboni, str. 204.
- 11) Sprik, str. 151.

Ivan Šrámek:

INKLUZIVNÍ NEOMARXISMUS OHROŽUJE ZDRAVÍ ČLOVĚKA I CELÉ SPOLEČNOSTI

PROLOG

„Iluze svobody, kterou trpí nevědomý kolektivní člověk, sílí zejména v době, kdy civilizace a její kultura počíná stárnout.“ – Pavel Špatenka, terapeut

Dnes prožíváme období, které se nám zdá, jako zcela nové. Období, které jako by nikdy předtím neexistovalo. **Připadá nám, že nikdy v minulosti nebyly vztahy ve společnosti natolik rozdělené a vyhrocené, jako se tomu děje dnes.**

Hledáme nová řešení na „nové“ problémy, a zdá se nám, že řešení neexistují. Že jsme se svými vědomostmi a zkušenostmi v koncích. Že ty nové výzvy, kterým čelíme, tu nikdy nebyly, a proto se není kde inspirovat. Kroutíme hlavou nad fenomény, které se vynořily „odnikud“, z prostředí vzdělané a civilizované společnosti, a nepřestáváme se divit.

Každý, komu je alespoň kolem padesáti, a žil či stále ještě žije v české kotlince, zná realie a situaci, kdy z „trčíme na východě“, jsme se vydali „na západ“. Ten vysněný, bohatý, necenzurovaný, svobodný a tolerantní západ se stal naším cílem a touhou, či metou, jak bychom chtěli žít. Po tom období materiálního, ale zejména duchovního pústu.

V hlavách jsme si odnášeli propagandistická hesla o „mandelinkách bramborových“, o „kúlech v plotě“, o „buduj vlast, posilíš mír“, anebo „o zemi, kde zítra již znamená včera“. Jak lehce se nám tato hesla opouštěla, jak snadné bylo si z nich utahovat. Věděli jsme, že to je jen tupá propaganda. A ten, kdo na ni skočil byl buď rozumu mdlého nebo kariérista.

Okamžitě se začaly veřejně vydávat články a knihy, pouštěly se filmy, které byly do té doby zakázané a v „trezorech“. Trnuli jsme při sledování filmu *Ucho*. Vlasy nám vstávaly hrůzou na hlavě při čtení *Souostroví Gulag*.

Ve školách se přepisovaly osnovy, zejména u předmětů jako dějepis a vlastivěda. Začaly se vydávat nové učebnice, které nebyly natolik zatížené propagandou. Tehdy jsme si to tak mysleli, tehdy ještě ano.

Do vznikající „občanské společnosti“ se začaly začleňovat mimoparlamentní neziskové organizace, které začaly ozvučovat v novém kabátku heslo „rovnost - volnost - bratrství“; kohokoli s kýmkoli... hlavně ne s Rusem. A my jsme souhlasili, protože to byl právě ten sprostý, násilný, věčně ožralý mužik, kterého jsme viděli před sebou, jak se chová arogantně a bere si co chce, když se vypotácí z „dočasných“ vojenských základen na našem území.

A tak se změnila obecná doktrína. Z oficiálně nenáviděného „imperialistického Západu“, na nenáviděného „sprostého ruského mužika“.

„Oceánie vede střídavě válku se zeměmi Eurasie a Eastasie. Pokud se změní situace, ze spojence se stane nepřítel a z nepřitele spojenec, Winston a další úředníci přepisují všechny články, které v minulosti vyšly. Velký bratr totiž nikdy nemění svá rozhodnutí, má absolutní pravdu.“ – George Orwell

POHLED DO MINULOSTU A VZNIK MARXISMU

„Ti, kteří nejsou pamětliví minulosti jsou odsouzeni zopakovat si ji, včetně všech předchozích léček a omylů.“ – Robert Baden-Powell

Pojďme si udělat malou, a netvrdím, že úplnou a do detailu přesnou, exkurzi do minulosti. Pojďme se podívat na pozitiva a negativa vývoje, který v souvislostech není úplně známý, protože si běžný člověk jednotlivé události a děje nespojoval. Dokonce si troufnu tvrdit, že nebylo žádoucí, aby si je spojoval.

Téměř do konce 19. století by se dalo tvrdit, že společnost, evropská a americká, byla křesťanská. Nebudu teď řešit jednotlivé druhy církví. Jestli to byla katolická, protestantská, pravoslavná apod. To důležité bylo, že tuto tehdejší společnost spojovala víra v Boha, představená v knize knih, Bibli.

Této společnosti **dávala jisté mantinely** toho, co je ještě přípustné, a co je hříchem, za který skončíte v pekle. Ano, tato víra byla vystavěna i na jistých dogmatech, která jsou poznáním překonaná. Tato víra byla také vystavěna na axiomech, které byly přijímány ještě před křesťanstvím, v pohanství, barbarství.

Poznámka na okraj: Zajímavé je, a to zde vypíchnu, protože se tomu budu dále věnovat, jaký je použit název věrouky doby předkřesťanské. Trochu hanlivý, dehonestující, že ano? Jistě. Ten narativ byl vytvořen rannými představiteli křesťanské církve, aby odlišil „co je správné“ a „co je přežitě, nežádoucí“. Hmm, ten princip, ano ten princip manipulace, je důležitý, a dodnes se používá.

S nástupem průmyslové revoluce **počátkem 19. století** a s rozvojem exaktních věd, začíná pomalu a jistě **víra jako taková erodovat**. Není to proces samovolný. Je to proces, který je ozvučován, kterému je čím dále více dopřáváno sluchu. Vědci, „moderní“ filosofové, učenci, politici a další VIP-ové tehdejší doby začínají razit postoj, že víra ohlupuje masy. K tomu se začínají zveřejňovat opravdové, ale

i domnělé přešlapy a zločiny církve (nikdy ne – nebo velmi zřídka – konkrétních lidí v ní). Prostě se to zaobalí do obecného hávu, aby to mělo tu správnou sílu.

A když se obyčejní lidé pomalu začínají odklánět od víry a už místo nedělního kázání raději vospávají sobotní opičku, jsou do společnosti zasévána další semínka, která budou do budoucna způsobovat další a další erozi víry. Erozi víry ve vyšší moc, ve vyšší bytost, ve vyššího architekta. Ale ti, kdo tento proces spouští jsou si velmi dobře vědomí, že člověk lépe funguje, pokud „něčemu věří“.

„*Liberté, égalité, fraternité*“ - „*svoboda, rovnost, bratrství*“. Opráší se staré heslo, jen se mu začne dávat nový význam. Ovšem, stejně jako ve Francii, kde toto heslo vzniklo v období velké francouzské revoluce, architekti eroze moc dobře vědí, že k uspišení eroze je potřeba použít ještě jeden princip, jedno heslo: „**rozděl a panuj**“ (latinsky „*divide et impera*“); různé zdroje připisují tento výrok Juliu Caesarovi, římskému Senátu, Filipu II. Makedonskému či jeho synu Alexandru Velikému nebo francouzskému králi Ludvíku XI., podle jiných je autorem Niccolò Machiavelli. Autorství není podstatné, podstatný je význam a opravdová funkčnost principu, neboť tento princip vychází z poznání, že znesvářené a rozdělené skupině se vládně snáze, než skupině semknuté a vnitřně jednotné.

A namísto evolučního vývoje se vědomě nastoluje revoluční vývoj rozdělovacím různých skupin a postavením jich proti sobě.

Proto se začalo dostávat ohlasu novým filosofům, myslitelům, jakými byl Karl Marx. Jedna jeho myšlenka:

„*Historie všech dosud existujících společností je historií třídních bojů.*“
„*Ale každý třídní boj, je boj politický.*“ — Karl Marx

Takže tu máme boj. Zápas. Nepřátelství, Antagonismus. A začalo se tam, kde byly rozdíly nejpálčivější a nejsnáze rozpoutatelné.

Někoho by mohlo překvapit nebo vést k zamyšlení, jak je možné, že Marxe existenčně podporoval průmyslník a kapitalista Engels. V tomto spojení je ale esence a náповěda odpovědi na otázku: „*qui bono?*“.

Vidíme tu jedno z velkých rozdělení na bohaté - chudé. Ten, kdo má přebytek - ten, kdo má nedostatek.

A v té době, zejména Německu, **začalo vadit carské Rusko**, protože i tam se začalo s industrializací a hlavně se vědělo, že to je v podstatě nevyčerpatelný zdroj surovin. Tak se našel pan Lenin (Uljanov) a pan Trockij (Bronštejn). Oba přesvědčení marxisté a revolucionáři, kteří raději z carského Ruska utekli, aby nebyli poslání opakovaně do vyhnanství. Je tedy nabíledni, že se německému kapitálu hodilo, že oba exulanti mají pífku na carské Rusko a na cara osobně. Byli vybaveni penězi,

kontakty s posláním svrhnout cara, a tak otevřít hranice Ruska po surovinách hla-
dovému Německu. Jenže, proč se pak dělit o moc, že?

A protože se klasickému marxismu, v poměrně civilizované Evropě, příliš ne-
dařilo rozpoutat třídní válku, a zejména ne po skončení druhé světové války, kdy
došlo ke sjednocení lidí při obnově zdevastované Evropy, a tudíž i k určité změně
chování kapitalistů směrem k sociálnějšímú přístupu k pracující třídě. Tím se pra-
cující třídě výrazně zlepšila životní úroveň a bylo potřeba změnit cíl, který by se dal
napadnout.

„Historie se bude opakovat do té doby, dokud se lidstvo nepoučí.“ – Kentty

STRATEGIE PŮSOBENÍ NEOMARXISMU

„Chceš-li pokořit nepřítele, vychovej jeho děti.“ – východní moudrost

Takže, když se, v pozadí skryté, skupiny vypořádaly s vírou, jako poměrně silným
pojídlem mezi lidmi, pojídlem, které jim dávalo poměrně pevnou, zejména morál-
ní, kotvu, a také se vypořádali, resp. rozdmýchali „třídní“ boj, který sice tak úplně
neklapl, bylo nutné pokračovat. Další, a také historicky nejpevnější vazba, byla
rodina (rod, kmen, vlast).

Frankfurtská škola je označení skupiny sociologů a filosofů sdružených v Insti-
tutu pro sociální výzkum (Institut für Sozialforschung, IFS), založeném roku 1923
ve Frankfurtu nad Mohanem. **Frankfurtská škola** je jedna z nevlivnějších filosofii
20. století a marxologii zvláště. V širokých kruzích západoevropských a ameri-
ckých filosofů, sociologů a publicistů se frankfurtská škola sociálních výzkumů ne-
zřídka nazývá „*neomarxismem*“ nebo „*západním marxismem*“, který je obvykle
kladen proti „*východnímu marxismu*“, tj. marxisticko-leninskému světovému ná-
zoru. Max Horkheimer (1895–1973), jeden z jejích hlavních představitelů, označil
za její hlavní cíl vysvobodit lidské bytosti z okolností, jež je zotročují.

Toto jsou následovníci učení Karla Marxe, kteří pochopili, že **třídní boj** mezi
kapitalisty a dělnickou třídou **nebude funkční k rozdmýchání permanentní revo-
luce**. A také stojí za povšimnutí, že na evropském kontinentu, resp. v Německu,
jim pšenka nepokvete. Zejména proto, že během vzestupu a existence německé
Třetí říše byli marxisté nepřáteli nacionálního socialismu a vyznavači Frankfurtské
školy utekli do USA. A i tento moment je velmi důležitý vnímat v souvislostech.

Tímto úprkem, se jejich činnost a působení skrylo za moře. Zastánci Frankfur-
tské školy velmi dobře věděli, protože sami prováděli výzkumy a průzkumy metod
ovládání davu, že **nejpozornějším posluchačem** jejich neomarxismu jsou **děti,
resp. mládež**. Krásně to vystihl v jedné své myšlence i John Lennon, když řekl:
*„Kdo není ve dvaceti letech komunistou ten nemá srdce, kdo je komunistou
ve třiceti ten nemá rozum.“*

Ten postoj je přece pochopitelný. Kdo z vás má děti, moc dobře ví, že jsou zcela přirozeně nastavení na ochranu slabších a na pomoc slabším.

O činnosti učitelů a následně i rozšiřující se skupině jejich žáků se k nám do Evropy dostávaly zprávy zprostředkované, filtrované prizmatem novinářů, zájmových skupin apod. Čili neobjektivní a v podstatě nemožné si na vlastní oči ověřit skutečnost.

Ve Spojených státech se v té době stal velmi aktuální, a samozřejmě silně ozvučovaný, **problém rasismus**, který tam mimochodem byl velmi dlouho. Vlastně již od kolonizace Ameriky. Nejdříve směřovaný proti původním indiánským obyvatelům, posléze proti dovezeným černošským otrokům. Málokdo ale z historie ví, že otroctví jako takové již bylo zrušeno po občanské válce Jihu proti Severu. Ano, situace se pro černošské obyvatelstvo zlepšovala velmi pomalu. Jaksi evolučně. Vymýtí z hlav představu podřadnosti jedné lidské rasy a nadřazenosti jiné rasy prostě vyžaduje čas.

A toho se dá využít. Využít k tomu, aby se přistoupilo k revoluční, násilné změně, která v sobě bude pěstovat a udržovat křivdu a vinu, kterou lze vždy využít jako jeden z nejúčinnějších motivů davové manipulace. A k tomu byla využita, resp. zneužita mládež. Pokud jste viděli záběry z protirasistických demonstrací v USA, najdete mezi protestujícími v drtivé většině mládež. Mládež, která byla ve školách učená pedagogy, žáky Frankfurtské školy.

Nabízí se otázka, jak je možné, že to bylo v USA tolerováno? Předností USA tehdejší doby, byl opravdový nefalšovaný liberalismus myšlenek a postojů. I když byla „vyhlášená válka komunismu“, nikdo si nespojil činnost žáků Frankfurtské školy s touto ideologií, a to proto, že již nehlásali třídní boj, boj dělnické třídy proti kapitalistům. A řekněme si na rovinu, to kapitalistům, těm opravdu velikým, a také bankéřům, velice vyhovovalo: přestali být lovnou zvěří.

A tímto způsobem začíná to, čemu se říká **„pochod institucemi“**. Neomarxisté se nejdříve dostali **do škol**, na pozice profesorů na univerzitách, a následně pak oni sami a jejich **žáci obsazovali místa ve státní správě a v korporacích**.

Nenechte se mýlit, že v Evropě něco takového nebylo. Pokud byste dnes pro pátrali názory, postoje a činnost mnohých vrcholných představitelů EU, zjistíte, že mnoho z nich se v mládí angažovalo v radikálních marxistických skupinách a někteří z nich fungovali i v těch, které prováděli ozbrojené akce a atentáty.

A malá poznámka, která zdánlivě nesouvisí. Všechny „socialismy“, ať národní, či jiný, jsou a byli propojené. Dokonce i lidmi. V poválečné době se mnohé exponované osoby spojené s německým národním socialismem dostaly do organizací, které dnes vnímáme jako ctihodné. Ať to bylo OSN, nebo EU. Propojení osob z dob německého nacismu se vznikajícími strukturami EU lze najít v dokumentu *„Nacistické kořeny bruselské EU“*¹.

Legitimní otázkou je, proč? Vědci, lékaři, psychiatři, schopní organizátoři, průmyslníci, chemici, chemické koncerny apod. z dob německého nacismu byli po druhé světové válce rozděleni velmocemi a dále využiti v nových zemích. Obecně známější je kupř. účast Wernhera von Brauna na vývoji jaderných zbraní a raketové techniky v USA. Ano, dnešním termínem bychom řekli, že korporace využili tento lidský a technický potenciál pro svůj další rozvoj.

Teď se vrátím k tématu této kapitoly. K neomarxismu a strategii jeho působení.

„Nové“ myšlenky „rovnosti - volnosti - bratrství“, jakožto ušlechtilý cíl, jakožto humanistická doktrína se začala přenášet nejdříve do vysokých škol, aby se co nejdříve vychovalo velké množství dalších nositelů tohoto postoje, a také zejména pedagogů, kteří pak přenášeli tyto myšlenky na základní školy a samozřejmě i do mateřských školek.

Oproti revolucionářům „castrovského“ typu jsme tu najednou měli mírné, subtilní postavy, které dokázaly vzletně a se západem mluvit o útisku osob jiné pleti a jak je důležité změnit společenský postoj k těmto perzekuovaným menšinám. Bylo využito toho, že nebylo možné popřít reálnou perzekuci, která vůči těmto menšinám stále existovala a hlavně se daly využívat i pravdivé a hrůzostrašné příklady minulosti. Kdo by rozporoval, že v minulosti byli černoši bití, zabíjeni, černošky znásilňované? Jenže se „zapomínalo“ dávat takové události do kontextu a časových souvislostí. Protože už dávno nebyla pravda, že černoši neměli přístup ke vzdělání či nemohli vlastnit majetek. Už jim nikdo nezakazoval jezdit hromadnou dopravou, a už dávno nebyli v autobusech vykazováni mimo prostory „*only for white*“, protože se už nikde takové cedulky neumísťovaly. Bylo stále nutné udržovat napětí a nenávisť, vyvolávat pocit viny a ukazovat na to, kdo je oběť.

Tak se začala měnit podstata „marxistické“ revoluce z pozice majetný - nemajetný, na sociální revoluci. Cíl však zůstal stejný, **permanentní revoluce**, vytváření příkopů a udržování jich dostatečně hlubokých.

A teď za téma „rasismus“ dosadíme jakékoli jiné téma pro další menšiny: Romy, gaye, lesby, ekology, klima alarmisty, v mládí sexuálně zneužívané umělkyně, atd. A máme tu obraz dnešní totálně roztržité společnosti. Vidíme **názorově zcela rozbité skupiny**. A čím více „palčivých témat“ se nastolí, o to větší štěpení bude, o to menší jednota a schopnost sjednotit se.

A samozřejmě jsou využívány horké hlavy, které se rozhodnou militantním způsobem prosazovat práva takových menšin. Protože, co více dojme, co více ukáže na propastné nepochopení, co lépe ukáže na brutalitu zacházení s menšinami, než policií zatýkaný ochránce přírody, který se řetězy připoutal ke stromu. A teď je celou jednotkou policie odtrháván od stromu. Je na něj použito donucovacích prostředků. Kolik soucitu a na druhou stranu nenávisťi to vybudí.

Dalším způsobem působení neomarxistů bylo **zakládání neziskových organizací**, které jako „NE-ziskové“ měly punc „charitativní“. A protože se tyto organizace navenek prezentovaly ušlechtilými cíli, nacházeli nemálo sponzorů a chleboďárců. A tam, kde jsou peníze, je i moc.

Tyto neziskovky dostávaly čím dál více i mediálního prostoru a popularity. A v tuto chvíli již mohly tepat do „hluché“ konzervativní společnosti. Mohly ovlivňovat masy. Mohly se ptát, „*už tvoji rodiče přispěli na právníka nebohého utlačovaného Jima Blacka, který měl těžký osud v chudinském černošském slumu, a tak mu nezbyvalo, než zastřelit trafikantku a vybrat jí kasu, aby si mohl koupit něco k jídlu?*“ A děcko se přišlo rodičů zeptat. A když to bylo odmítnuto, děcko cítilo, že to je od rodičů nefér. Oni se mají dobře, a ten chudák Jim...

Myslím, že metoda je jasná a zřejmá.

A tak **absenci opravdové občanské společnosti**, která by měla být zainteresovaná na správě věcí veřejných (polis - obec), **nahradily neziskovky**. A ty si v dnešní době vydobýly takovou pozici, že **začínají nahrazovat zastupitelskou demokracii**. A nikdo si již nedovolí upozorňovat na to, že prosazují mimoparlamentní agendu a jsou **nikým nevolenými organizacemi**, velmi často štědře dotovanými z daní občanů a také ze zahraničí. A tyto pak zcela bezostyšně diktují politikům politickou agendu.

„...budou rozdělení otec proti synu a syn proti otci, matka proti dceři a dcera proti matce, tchyně proti své snaše a snacha proti tchyni.“ – Lukáš 12:53 CSP

ZMĚNA VÝZNAMU SLOV

„Na počátku bylo Slovo...“ – Jan 1:1-5 B21

Každý, někdo vědomě, jiný intuitivně, cítí, že slovo, slova, věty mají svojí sílu, jsou nositelé významů, energie. Jsou to symboly.

Některá slova, když je prozkoumáme s etymologickým slovníkem v ruce, zjistíme, že si svůj základní význam nesou po staletí, a dokonce i po tisíciletí. Jsou to taková tradiční slova, jejichž význam, a často i podobu najdeme v každém jazyku.

Namátkou mě napadají slova jako „*máma*“, „*matka*“, „*otec*“, „*syn*“, „*dcera*“, „*manžel*“, „*manželka*“, „*manželství*“, „*národ*“, „*rod*“. Ne, můj výběr není náhodný.

I neomarxisté jsou si tohoto vědomí, a tak při své „*revoluci*“ myslí i na tuto maličkost, detail.

Cíleným působením se neomarxistická agenda soustředí na **náhradu významu slov**. Buď **úplným předefinováním nebo posunem definice**. Za zmínku stojí úporná snaha LQBTQ+ komunity posunout význam slova **manželství**, jehož prapůvodní význam je definován jako svazek muže a ženy. Jejich obhajoba snahy

o změnu definice se opírá i o takové fauly, jako že manželství je přežitek, protože je to církevní svazek nebo, že je spoustu svazků rozvedených nebo, že je spousta svazků bezdětných nebo, že v mnoha manželství jsou páčány násilnosti nebo se odvolávají na to, že i ve starém Římě byla homosexualita „normální“; toto vše používají jako argument k tomu, aby se právně kodifikovalo, že manželství má být i pro lesby, gaye, trans a dokonce se tu objevují snahy o to, aby byl statut manželství přiznán i tzv. polyamorickým vztahům. Přímý útok na jednu z mála posledních bašt konzervativních hodnot. Hodnot, které jsou ověřeny dějinami, jako podmínky existence vývojově správnými cestami.

A v rámci tolik deklarované „tolerance k různosti“ jsou **potlačovány kritické názory**. Nositelé kritických názorů jsou dehonestováni, vyhazováni z akademického prostředí, je jim zakazováno veřejně vystupovat, přednášet. Jsou jim mazány účty na sociálních sítích. Jsou nevybíravě nálepkováni jako náckové, homofobové. A to vše s jediným cílem, tolik proklamovanou různorodost zcela potlačit a učinit „jednotnou názorovou frontu“. A také samozřejmě odradit kohokoli s kritickým názorem se vyjadřovat; protože moc dobře ví, že ne každý je dostatečně statečný, aby se o své kritické názory podělil. Je přece třeba platit hypotéku, dopřát dětem dobré vzdělání (na školách názorově ovládaných neomarxisty).

A samozřejmě tím, že vysoké školy, základní školy a dnes i mateřské školky ovládá agenda tohoto sociálního inženýrství (sociálního neomarxismu), předkládají se i požadavky na změnu osnov. Předkládají se požadavky na zploštění či úplnou redukci předmětů, které v sobě udržují principiální základy kritického myšlení, analýzy a syntézy. Mluvím zejména o technických předmětech. Mluvím o matematice, fyzice, chemii a dalších přírodních vědách. Jejich zploštění ve výuce do budoucna umlčí hlasy, které by zpochybňovaly ideologii klima alarmismu, kupříkladu.

Školy proto dnes produkují absolventy, kteří jsou pro reálné využití nepoužitelní. Produkují absolventy, kteří nezaplní zoufalý nedostatek pracovních sil v technických oborech. Produkují absolventy, které plní EU kvóty na množství akademicky „vzdělaných“ lidí^{2 3}. Produkují absolventy, jejichž absolventské práce jsou např. „Genderové stereotypy v pohádce O Popelce“⁴. A to myšleno se vši vážností.

Jednu z osudových ran do dříve, i zahraničím, vysoce hodnocených znalostí českých žáků zasadila **inkluze**, kterou si prosadila exministryně MŠMT Kateřina Valachová. Touto inkluzí způsobila nikoli „právo na vzdělání“, ale destrukci školství, kde **podprůměrnost zvítězila nad průměrností**, neřkuli nad možností vzdělávat motivované a nadprůměrné žáky.

A i touto inkluzí pohřbila učňovské školství, které dávalo možnost naučit se vyniknout studentům nestudijního typu, ale manuálně zručných.

„Moderními“ úpravami osnov se zredukovaly i hodiny tělesné výchovy, zcela vymizely hodiny a předměty, které učily žáky a studenty základům obrany a ochrany. Zmizely i předměty, které žáky a studenty učily základním manuálním doved-

nostem a schopnosti si vypěstovat na zahrádce mrkev. Nutí mě to položit si opět otázku „*qui bono*“? Cožpak opravdu chceme „nového“ člověka zcela odkázaného na systém? Poslušného? Takového, který odevzdaně čeká, až bude zase plný supermarket?

„... každá socha a pouliční budova byla přejmenována, každé datum bylo změněno. A proces pokračuje den po dni a minutu po minutě. Historie se zastavila. Nic neexistuje kromě nekonečné přítomnosti, ve které má strana vždy pravdu.“ – George Orwell

ROLE MÉDIÍ

Doublethink: „schopnost udržet v mysli dvě protikladná tvrzení a obě z nich akceptovat“

*„Ministerstvo pravdy: Válka je mír. Svoboda je otroctví. Nevědomí je síla.“
– George Orwell*

Jaká byla úleva, když jsme v devadesátkách sledovali média, jak plnila svojí roli „strážce demokracie“ a „hlídacího psa“. Sloupky v novinách bez obalu kritizovaly a pranýřovaly papalášství, padni komu padni. Ve své době nešetřila nikoho (i když opravdu nikoho?). To byly noviny, které konečně mohly oficiálně vycházet. Vzpomínám na Reflex, časopis plný skvělých informací, analýz, kritických článků. Byla radost si je otevřít ve vlaku a smysluplně si krátit čas.

Ale pak kritické články začaly pomalu mizet, resp. se začaly stávat jednostranné. Novodobé elity se poučily a začaly noviny skupovat. Resp. i zahraniční vydavatelské domy začaly skupovat. Byly si vědomé síly tisku a jeho role v ovlivňování veřejného mínění. A když se dnes podíváte na vlastníky novin, časopisů, televizních kanálů, internetových kanálů, zjistíte s neúprosnou přesností, že žádné již **nejsou nezávislé**. A to ani kanály „veřejnoprávní“, neboť spadají pod vliv vlády, parlamentu a parlamentních stran.

TECHNIKY MEDIÁLNÍ MANIPULACE:

Atmosféra strachu je živnou půdou, ve které je nejsnazší někomu vnutit nějaký názor. Tohoto principu přece využívají „pojišťovací“. V atmosféře strachu jedni zcepení a jsou vděční za „návod na přežití“ a nepřemýšlí o tom, jestli je vhodný. **Lidé ve strachu jsou nejsnáze manipulovatelní**. Totalitní režimy to vědí velmi dobře. Proto vždy jako první přicházeli s „nepřáteli lidu“, výhrůzkami, represemi, veřejnými mostroprocesy, dlouhými seznamy popravených vylepených na nárožích.

A protože krev na ulicích je odpudivá, přeneslo se „volání po krvi“ do médií, které slouží zájmovým skupinám.

Manipulace zájmových skupin se dnes cíleně soustřeďuje na torpédování konce i tak intimních vztahů, jakým je mateřství:

„DÍTĚ JE BUDOUCNOST NEBO VRAH KLIMATU?“



Co ve vás vyvolá tento plakát, který byl vyvěšen v Německu a také publikován na webových stránkách jedné neziskovky v souvislosti s obřím titulkem? V souvislosti s barvou pleti ženy a dětí?

Fakta o natalitě podle ras, které lze statisticky ověřit:

Bílá rasa v podstatě vymírá. Uváděné číslo porodnosti je někde mezi 1,7-2 děti na dva dospělé.

Negroidní, afroamerická rasa, celosvětově rychle roste.

Asijská rasa celosvětově roste.

Latinsko americká rasa roste.

Ano, rasa, která přinesla pokrok a rozvoj, vymírá.

A pak lze dohledat jeden citát: „Člověk budoucnosti bude smíšené krve. Mnohost národů bude nahrazena budoucí euroasijsko-negroidní rasou, velmi podobnou starým Egypťanům,“ – Richard Mikuláš Coudenhove-Kalergi. Tento člověkrazil filosofii jakési Paneurospké unie, která byla jakýmsi pravzorem dnešní Evropské unie.

Oikofobie „bílé rasy“ je nepřehlédnutelná: poklekávání, ničení soch, vyřazování literárních a učebnicových titulů „bílých“ učenců a filosofů z knihoven univerzit. V zájmu „diverzity“ menšin se stáváme svědky **diktatury menšin**.

A vše toto je masivně podporováno a ozvučováno médii vlastněnými novodobými celosvětovými oligarchy a majiteli korporátů.

Jak je možné, že nakonec většinová populace je schopná podlehnout této diktatuře menšin? Domnívám se, že ilustrativní odpověď můžeme najít v myšlence tzv. „Overtonova okna“ v publikaci Josepha P. Overtona „Technologie zkázy“^{45 6 7 8}. Velmi bravurně a srozumitelně je zde popsáno, jak se **z nepřijatelné a odmítané myšlenky většinou dá dospět až ke kodifikovanému zákonu**.

Kdybychom podrobili analýze výroky vládních a zdravotnických představitelů z posledních dvou let, zjistili bychom tam kombinaci všech možných manipulací. Útoků na city, citového vydírání, dehonestaci a ostrakizaci oponentů mainstreamového názoru, doublethinku, překrucování a přepisování významů slov. Orwell by zaplakal, protože svůj román „1984“ psal jako varování, nikoliv jako návod.

A tato manipulace se rozšířila do všech sfér života. Do vzdělání, do vztahů, a také i do zdravotnictví, dokonce i do oklešťování *Úmluvy o lidských právech*

a biomedicíně⁹. Účelovým vyhrožováním a manipulací strachem je lidem **upíráno právo rozhodnout se o způsobu léčby**. Pátrat po alternativních metodách léčeni a léčebných přípravků. Opět za použití dehonestace, ostrakizace a dokonce i za použití nepřímého nátlaku, opakované kontroly státního aparátu v organizacích zabývajících se alternativním přístupem k léčbě.

Zdraví, fyzické i duševní se stává „**majetkem**“ státu, vzdělání se stává „majetkem“ státu. A běžný občan se přestal přesile bránit, nebo dokonce už ani nepostřehl, že by se měl bránit. Podlehl šířenému všeobjímajícímu doublethinku „*stát je dobro, myslí na tvá práva, odevzdej mu je*“.

„Upravujeme jazyk do konečné podoby, jakou bude mít, až už nikdo jinak mluvit nebude. Až skončíme, budou se to lidé jako ty muset celé znovu učit. Ty si asi myslíš, že naše hlavní práce spočívá ve vymýšlení nových slov. Vůbec ne. My slova ničíme - moře slov, stovky denně. Otesáváme jazyk až na kost. Jedenácté vydání nebude obsahovat ani jediné slovo, které by mohlo do roku 2050 zastarat.“ — George Orwell, kniha 1984

NEOMARXISMUS VE ZDRAVOTNICTVÍ

Jak souvisí téma průniku neomarxismu, inkluze a práva menšin nad právy většiny se zdravotnictvím?

Ona ta proklamovaná „různost“ a „rovnoprávnost“ pod slupkou ukazuje jedno jediné. A to přesně pravý opak. Nejde o podporu různosti, ale o řízené glajchšaltování myšlení a matení pojmů pověstným doublethinkem, kdy zdánlivé protiklady mají vytvořit dojem jednoty myšlení.

Pokud bychom měli věřit, že jde opravdu o podporu různosti, **proč nejsou podporovány menšinové proudy**, které se staví kupř. **za celostní medicínu**, tedy přístup k člověku jako celku, rovnováhy mezi duševní a tělesnou pohodou a zdravím?

Proč jsou naopak tyto proudy, které opírají své kořeny o znalosti východní medicíny, která je podstatně starší, než současná západní medicína, ostrakizovány a „odborníky“ hodnoceny jako šarlatánství a zdraví nebezpečné praktiky?

Proč kupř. **směrnice EU zakazují u bylinných preparátů uvádět jejich zdravotní přínos**, ačkoliv o účinnosti a prospěšnosti bylin věděly naše babičky, prababičky, i staleté herbáře popisují léčivé vlastnosti bylin, ještě než existovaly „moderní“ syntetické léky?

A tady je už vlastně naznačena odpověď. Současný systém netouží po tom, abyste se zajímali o své zdraví, nechce vám dovolit, abyste pátrali po alternativách k syntetickým lékům, které přináší nekonečné zisky farmaceutickým firmám. Současný systém ve vás chce **vyvolat strach před lidmi**, kterým nikdy nedá oficiální razítko, že mohou **léčit** alternativně a **s ohledem na příčiny, které nemoci vyvolávají**. Současný systém po vás v žádném případě nechce, abyste se stali spoluzod-

povědění za své zdraví. Současný systém po vás chce, abyste svojí **odpovědnost svěřili systému** a lidem s „razítkem“.

Současná **výuka mediků je vedena úzce oborově**, bez přesahů k dalším oborům. Proto dnešní doktoři nejsou schopní přestoupit svůj stín, protože oni jsou systémem plácáni po ramenou a je jim tvrzeno, že oni jsou jedinými odborníky. **Současný lékař** je veden k tomu, aby vám **nedovolil pochybovat o jeho rozhodnutí o způsobu léčby**, natož aby vám doporučil, či schválil, pokud byste chtěli jít jinou cestou, pokud byste se chtěli pokusit uzdravit se jinou, než jím určenou metodou. Současní lékaři jsou vedeni k tomu, aby vás vystrašili, pokud byste si dovolili navrhnut pro sebe jinou, než oficiální cestu léčení.

Dokonce si **současný zdravotnický systém** zabetonovává své systémy léčení tak, že si **schvaluje postupy, jak „léčit“ různé nemoci** (tzv. *lege artis*) a pokud by se nějaký lékař odchýlil od tohoto postupu, vystavuje kárnému řízení, vyloučení z lékařské komory a tudíž oficiálně takový lékař pozбудe „razítko“ a další jeho působení bude považováno za ilegální, což může vést až trestně právnímu řízení.

Samozřejmě nelze pominout otevřenou a **skrytou korupci lékařů farmaceutickými firmami**, které zvou lékaře na „kongresy“ v exotických destinacích, kterými „zavazují“ lékaře k preskripci jejich syntetických léků.

Ptám se, když už musím platit zdravotní pojištění, proč si jako plátce nemám právo zvolit způsob léčby, který by mi zdravotní pojišťovna proplatila, třeba jako je to v jisté míře možné ve Švýcarsku s ohledem na homeopatickou léčbu?

Stojíme tedy před otázkou? **Chce vůbec systém, abychom byli léčeni a vyléčeni nebo jen abychom byli nekonečnými konzumenty syntetických farmak**, jejichž druhotné negativní účinky vyžadují další farmaka? Jestliže je tomu tak, pak se stojíte za to opět zeptat dál: „*qui bono?*“.

EPILOG S TROCHOU NADĚJE

„Jsme tím, co si pamatujeme. Bez paměti mizíme, přestáváme existovat, naše minulost je vymazána a přece věnujeme paměti jen málo pozornosti, kromě případů, kdy nás opustí. Děláme strašně málo k jejímu procvičení, živení, posilování a ochraně.“ — Mark Twain

„Nejúčinnějším způsobem, jak zničit lidi, je popřít a zničit vlastní chápání jejich historie.“ „Kdo ovládá minulost, ovládá budoucnost. Kdo ovládá přítomnost, ovládá minulost.“ — George Orwell

CESTA VEN EXISTUJE

„Pokud nenávidíte násilí a nevěříte politice, zbývá vám jediný lék: vzdělání.“ — George Orwell

- **Vraťme do vzdělávacího systému** předměty podporující a pěstující **kritické myšlení**.
- Učme děti **základním zručnostem a obranným dovednostem**.
- **Zastavme doktrínu sociálního inženýrství** a pozitivní diskriminace.
- Učme děti **dějepravu očištěnou o ideologii** a tam, kde to není možné, dejme jim možnost čerpat z nepřeberného **množství zdrojů**.
- Propojujeme výuku **mezipředmětově**, aby se naučily opravdové znalosti prakticky využít.
- Podporujeme přirozený princip, že „nikdo není stejný“, „**každý je originální individuum**“.
- Začneme v dětech znovu pěstovat vědomí toho, že **vynikat v něčem, není něco, za by se mělo stydět**.



Poznámky:

- 1) <https://www.databazeknih.cz/knihy/nacisticke-koreny-bruselske-eu-347808>
- 2) <https://hn.cz/c1-54639570-drahy-pozadavek-eu-40-lidi-musi-mit-vysokou-skolu>
- 3) <https://www.facebook.com/iDNES.cz/posts/10158950158641314>
- 4) <https://dspace.tul.cz/handle/15240/25481>
- 5) https://cs.wikipedia.org/wiki/Overtonovo_okno
- 6) <https://www.rodon.cz/print/clanek.php?id=2776>
- 7) <https://www.mackinac.org/OvertonWindow>
- 8) <http://zvedavec.org/komentare/2014/10/6189-overtonova-okna-jak-prosadi-neprosaditelne.htm>
- 9) https://www.wikiskripta.eu/w/Úmluva_o_lidských_právech_a_biomedicině

Denisa Sudolská:

POLITIZACE ZDRAVOTNÍHO STAVU JEDINCE JAKO FORMA NÁTĽAKU

Poslední dva roky života s pandemií viru covid-19 nám ukázaly, že státy se pod záštitou „**mimořádného stavu**“ nebojí mimořádnými prostředky **limitovat** takřka **všechny oblasti veřejného a společenského života** v zájmu většího dobra.

V rámci tohoto se chci zamyslet nad tím, jak předcházet tomu, aby se z mimořádných mechanismů stávaly mechanismy řádné, a jak relativně málo stačí k tomu, aby tomu tak bylo i do budoucna.

Na úvod je vhodné uvést, že tento článek není prostou kritikou určitého způsobu boje s pandemií covid-19, jako spíše **kritickým zamyšlením nad limity omezení čehokoliv** v důsledku vzniku jakékoliv pandemie, změn klimatu a jiných potencionálních „mimořádných stavů“ a kritikou snahy vytvářet nepřiměřený tlak na sociální chování obyvatelstva.

Zdravotní stav člověka, případně zdravotní stav obyvatelstva, **platí za objektivně měřitelnou veličinu**, která je dána komplexní charakteristikou. Od zdravotního stavu jednotlivce pak logicky je, a vždy byl odvozen, zdravotní stav obyvatelstva a jeho skupin, tedy veřejné zdraví – jak ostatně přisvědčuje taktéž ust. § 2 odst. 1 zákona o ochraně veřejného zdraví.

Zdravotní stav jednotlivce, resp. zdravotní stav obyvatelstva, je pak ze strany státu přímo či nepřímo ovlivňován celou řadou právně-politických instrumentů – od kontroly kvality pitné vody, přes organizaci zotavovacích a ozdravných pobytů pro děti, až po stanovení povinnosti podstupování některých zdravotnických úkonů – typicky očkování proti nemocem uvedených ve vyhlášce č. 537/2006 b., o očkování proti infekčním nemocem.

Všechny tyto právně-politické instrumenty by však vždy měly být vedeny za jediným cílem – totiž za objektivní a měřitelnou veličinou veřejného zdraví a měly by být činěny pouze nástroji prokazatelně způsobilými ochrany objektivně měřitelné veličiny dosáhnout. Oproti tomu zcela nežádoucím se jeví, aby **zdravotní stav** byl **subjektivně posuzovanou veličinou** a aby nesoulad subjektivního posouzení jednotlivce s určitým způsobem nastavenou metrikou mohl představovat limity

pro sociální chování jednotlivce či obyvatelstva, tím spíše za situace, kdy taková metrika je připravena s otazníky.

Jakkoliv se dnes jeví velice přiléhavým vztáhnout problematiku politizace zdravotního stavu k problematice boje se šířením onemocnění covid-19, je třeba se „podívat širším objektivem“ na problematiku politizace tématu zdravotního stavu. Česká právní úprava poskytuje státu celou řadu zákonných instrumentů (pro doby „řádné“), jakým způsobem více či méně účinně přimět osoby k zodpovědnému zdravotnímu chování, kdy jde o instrumenty všeobecně známé. Jde jak o instrumenty restriktivní, tak i instrumenty pozitivně motivující.

Český právní řád taktéž nabízí instrumenty mimořádné. Polemika nad tím, kdy z instrumentů mimořádných začínají být čteností svého užití ve své podstatě instrumenty řádné – a ospravedlňující vyšší intenzitu zásahu do základních práv – by vydala na samostatný článek.

Avizované instrumenty si dovoluji rozdělit do tří kategorií, podle toho, jakou vnímáme, že mají společenskou přijatelnost.

KATEGORIE PRVNÍ – POHODLNÉ PŘEDCHÁZENÍ ZŘEJMÉHO ZLA

Zvyšování cen tabákových výrobků a fotografická prezentace následků kouření na těchto výrobcích. Zvyšování spotřební daně na alkohol. Snaha o lepší přístup k preventivní medicíně, např. hrazená pravidelná urologická preventivní vyšetření. Jen namátkou vybírám mechanismy, na kterých společnost vcelku snadno najde shodu. Tuto shodu nachází na základě relativní důvěry ve vědecké poznání a na základě podvědomého domnění, že vidí svět, jaký skutečně je. Jakýkoliv politicko-právní nátlak nebo propagace těchto mechanismů nepředstavuje zásadnější zásah do základních lidských práv a svobod.

KATEGORIE DRUHÁ – LIMITACE, KTERÁ TAK NĚJAK NEVADÍ, NEBO JSME SI NA NÍ ZVYKLI

Izolace osob šířících salmonelózu, nebo omezení sexuálních aktivit osob šířících syndrom získané imunodeficiencie, včetně nosičství viru HIV. Jsou to mechanismy, kterými lze omezit participaci na relativně zásadních lidských činnostech jako je dokonce i povinná školní docházka nebo aktivní sexuální život, resp. nechráněný pohlavní styk. Zásah do základních lidských práv a svobod je zde ospravedlněn objektivní ochranou veřejného zdraví v okamžiku, kdy neexistuje mírnější řešení.

KATEGORIE TŘETÍ – PODMÍNĚNÝ PŘÍSTUP KE VŠEMU

(Snad stále ještě) **hypotetické** podmínění přístupu k elementárním službám, školství, restauračním zařízením, přístupu na úřady atp. na základě aktuálního zdravotního stavu či na základě podstoupení specifického zdravotnického úkonu. Ačkoliv jsme byli očitými svědky toho, že absence příznaků onemocnění covid-19, nebo očkování proti tomuto onemocnění bylo takovou podmínkou, zcela záměrně se vyhýbáme bližší specifikaci takové podmínky – tento článek není prostou kriti-

kou určitého způsobu boje s covid-19, jako spíše kritickým zamyšlením nad limity omezování čehokoliv z důvodu tlaku na sociální chování.

Dělení jednotlivých politicko-správních instrumentů nátlaku na sociální chování jednotlivce do těchto tří kategorií je spravedlivě podmíněno individuálními postoji jednotlivce, avšak je zřejmé, že bazální dělení do těchto kategorií je dáno **intenzitou zásahu do práv a povinností jednotlivce**.

Otázka, která se nabízí, zní: „**co změnit, aby politický tlak na zdravotní stav jednotlivce, a tedy i jeho sociální chování, byl vždy zaručeně ospravedlnitelný?**“ Odpověď se jeví vcelku jednoznačnou – **depolitizovat taková témata** nebo alespoň **vrátit základní respekt k právům**, do kterých může takový politický tlak zasahovat.

Ochrana veřejného zdraví skrze individuální odpovědnost či dokonce omezení jednotlivce by neměla být ze své podstaty tématem rozdělujícím, ale postaveným **na objektivně přezkoumatelných metrikách**, dále na dostatečné úrovni vědeckého poznání a východiskem by měla být **pluralitní společenská diskuse**.

Důležité je, uvědomit si fakt, že omezení celé řady práv, které vnímáme sice jako samozřejmost (např. návštěva restaurace či kadeřnictví), nemá přímý zákonný korektiv na ústavní rovině, na rozdíl od omezení **základních práv a svobod**, pro které jako korektiv slouží čl. 2 odst. 3 Listiny základních práv a svobod a článek 4 odst. 4 tamtéž.

V okamžiku, kdy je jakékoliv, ať již základní, či jiné právo podmíněno podstoupením jakéhokoliv zdravotního zákroku na základě politického tlaku, dostává se „kondicionalizace“ tohoto práva **do přímého rozporu** s jiným základním právem, totiž **základním lidským právem** zaručeným článkem 7 Listiny základních práv a svobod – **nedotknutelností osoby**. Takové omezení základního práva pak musí být bez dalšího **přesně odůvodněné**, vědecky **podložené** a činěné s vědomím toho, že může být mnohdy **zcela nevratné**.

Každý politický tlak na omezení jakéhokoliv práva by měl tedy dbát jednak **důsledného odůvodnění** zásahu do práva jednotlivce ve prospěch společnosti (veřejného zdraví), ale zároveň **nést důkladně na paměti základní právo jednotlivce na nedotknutelnost jeho osoby** a svobodu jeho rozhodování o vlastním zdraví.

Nedotknutelnost osoby, která je **garantována Listinou základních práv a svobod**, jakožto předpisem s nadústavním charakterem má svoji oporu i v dalších pramenech nadzákonné právní síly, totiž v mezinárodních smlouvách. Příkladem budiž Úmluva o lidských právech a biomedicině z roku 1997, kterou Česká republika ratifikovala již v roce 2001.

Úmluva o lidských právech a biomedicině ve čl. 5 podmiňuje **jakýkoliv zákrok** v oblasti péče o zdraví **svobodným a informovaným souhlasem**. Pouze souhlas

činěný bez jakéhokoli vnějšího nátlakového faktoru může být souhlasem svobodným. Jen těžko si lze představit, že podstoupení zákroku, které by podmiňoval přístup k běžným statkům a službám (a *ipso facto* by nepodstoupení takového zákroku osoby z přístupu k takovým statkům diskvalifikovalo) by bylo činěno vždy se **svobodným souhlasem**.

Svobodnost souhlasu se zákrokem zároveň není radno vnímat pouze v místě a čase zákroku, tedy kupř. v dané ordinaci, ale v kontextu širším, kdy přehnaný politický tlak úplnou svobodnost souhlasu efektivně vylučuje. Jedním dechem však dodávám, že čistě z hlediska medicínského práva je vykládána svobodnost souhlasu spíš úžeji.

Chceme-li se zamyslet, jak snížit politický tlak na chování jedince v oblasti péče o vlastní zdraví, pak se z pohledu právníka domnívám, že **současná právní úprava již takové korektivy obsahuje**. Zásadní však je, aby si osoby, které činí autoritativní rozhodnutí o chování jednotlivce v oblasti péče o vlastní zdraví uvědomily, že **svobodný a informovaný souhlas je absolutní *conditio sine qua non*** (tj. nezbytnou podmínkou).

Politický establishment však v posledních letech podléhá určitému pocitu, který filozofie pojmenovává jako tzv. „**naivní realismus**“. Termín *naivní realismus* vytvořený sociálním psychologem Lee Rossem a jeho kolegy již v devadesátých letech minulého století popisuje sociální psychologie **jako lidskou tendenci věřit, že vidíme svět kolem nás objektivně, a že lidé, kteří s námi nesouhlasí, musí být neinformovaní, iracionální, nebo předpojatí**. Tento způsob nahlížení na řešení politických témat je nebezpečný *en général*, ale tím spíše v oblasti zdravotnictví.

Naivní realismus a důvěra v jednu pravdu se jeví být o to nebezpečnější, pakliže je prosazována skrze restriktivní opatření jakéhokoliv druhu. Tím spíše skrze restrikce základních lidských činností nebo jejich podmiňování splnění pomíjivých kritérií zdravotního stavu za současné absence svobodného a informovaného souhlasu. Zdravotní stav není apriori „zakázaným“ kritériem rozlišování (diskriminace) ve smyslu Listiny či antidiskriminačního zákona, o to je však nebezpečnější s ním nakládat, jako kdyby jeho využití pro rozdělování skupin osob nemohlo být zpochybnitelné.

Nic totiž nebrání tomu, aby určitý zdravotnický diskurs byl podporován ze strany politiků **nediskriminačními motivačními prostředky** a taková politizace zdravotního stavu je snad i žádoucí.

ZÁVĚR

Omezit kouření na veřejnosti, snížit úhrady z veřejného pojištění na nemoci způsobené nezdravým životním stylem či naopak slevami na zdravotním pojištění motivovat ke zdravému životnímu stylu? Proč ne?

Čemu je však třeba důsledně oponovat je **absolutní upírání určitých práv** osobám, které si z jakéhokoliv právem nezapovězeného důvodu dovolují **svůj zdravotní stav řešit takříkajíc po vlastní ose**, nebo si jen dovolují nepodrobit se relativně čerstvě vymyšlenému zdravotnickému zákroku.

Společenská a politická poptávka po svobodném rozhodování jakoby u většiny obyvatelstva vyprchala. Avšak u těch, kteří o svobodu rozhodování o sobě samém mají i nadále zájem, by však měl stát navždy takovou skutečnost **respektovat**.

Stát neodpovídá za poskytnutí společenských statků jenom těm, kdo souhlasí s jeho, byť třeba toho času „naivně realistickým“, pohledem na svět. **Stát je odpovědný taktéž za neupírání společenských statků těm, kdo s ním zrovna nesouhlasí.**



Pavel Pivrnec:

KDO TO VŠECHNO DNES PLATÍ

Pokládat otázku, zda je zdravotnictví zadarmo, považuji za stejně absurdní, jako se ptát, zda je zadarmo výstavba silnic, fungování armády, činnost politických stran. Vždy to **musí někdo zaplatit** a **ten někdo jsme my všichni**. I když jsem se v naší vesnické hospůdce setkal s názorem, že nás náklady na veřejnou službu nemusí zajímat, neboť si to přece „oni“ zaplatí z toho jejich státního rozpočtu.

V první řadě si můžeme dovolit drobný exkurs do historie a dozvědět se, že první formy sociálního (a ihned poté nemocenského) pojištění lze vysledovat v období průmyslové revoluce, kdy začala vznikat potřeba **zajistit obyvatelům řešení nepříznivých sociálních událostí, k nimž lze počítat i nemoc**. Nemocenské pojištění bylo povinné zpočátku jen pro určité profesní skupiny, jejichž okruh se ale neustále rozšiřoval. Z nemocenského pojištění byla v té době hrazena terénní lékařská péče, péče a pobyt v nemocnici, a dokonce i doprava do nemocnice. Organizační zajištění bylo převážně zabezpečeno nemocenskými pokladnicemi.

JAK VYPADAJÍ ZÁKLADNÍ MODELY ZDRAVOTNÍCH SYSTÉMŮ?

Zdravotnické systémy lze podle způsobu hrazení poskytnuté zdravotní péče rozdělit na dva základní modely:

1. Zdravotní systémy založené na **pojištění**:

- **veřejné (povinné)** zdravotní pojištění – bismarckovský model zdravotnictví;
- **soukromé (dobrovolné)** zdravotní pojištění

2. **Státní zdravotnictví** (zdravotní péče hrazená z veřejných prostředků, daní) – národní zdravotní služba

Zdravotnické systémy založené na všeobecném zdravotním pojištění jsou založeny na myšlence **všeobecné dostupnosti zdravotní péče**. Zdravotní péče je hrazena z veřejného (povinného) zdravotního pojištění. Platí princip solidarity, kdy každý občan **přispívá** do základního fondu zdravotní pojišťovny **dle svých možností** (obvykle určité procento z vyměřovacího základu) a zdravotní péči **čerpá dle svých potřeb**. V Evropě je pravidlem **státní garance** za zdravotní péči pro všechny obyvatele. Tomuto modelu se také říká bismarckovský.

Charakteristiky bismarckovského modelu zdravotnictví:

Zdravotnický systém založený na **veřejném (povinném) zdravotním** pojištění byl uplatňován nejdříve v těchto zemích: Německo, Francie, Rakousko, Holandsko,

Belgie, Lucembursko, Švýcarsko. V 90. letech byl zaveden také v ČR, na Slovensku, Polsku, Maďarsku i jinde.

- Bismarckovský model je historicky **nejstarším** zdravotnickým systémem;
- založen na **principu solidarity**;
- vznikl koncem 19. století v Německu, zakladatel Otto von Bismarck;
- zdravotní pojištění je součástí komplexního sociálního zabezpečení, které se stalo **povinným** (spolu s nemocenským, úrazovým a důchodovým pojištěním);
- povinnost zaměstnavatelů a zaměstnanců platit sociální/zdravotní pojištění jako **určité procento příjmu**;
- **zdravotní pojišťovny** jsou většinou **veřejné** a **neziskové**, někdy také soukromé (Holandsko); jejich počet variuje (v Německu okolo tří set pojišťoven, v Rakousku osm, v Maďarsku jedna);
- rozsah garantované péče je vesměs podobný, existují však určité rozdíly mezi jednotlivými státy.

Tržní zdravotnictví je zdravotnický systém založený na individuální odpovědnosti občanů. Stát negarantuje zdravotní péči pro všechny, pouze pro některé sociální skupiny, a to formou státních zdravotnických programů. Týkají se důchodců nad 65 let a chudých lidí, tj. těch, jejichž příjem je nižší než oficiálně stanovená hranice životního minima a některých dalších skupin. Náklady na zdravotnictví jsou hrazeny z komerčního (soukromého) zdravotního pojištění. Veřejné (povinné) zdravotní pojištění neexistuje. Modelovým příkladem je tržní zdravotnictví USA (liberální model zdravotnictví).

Národní zdravotní služba je zdravotnický systém, kdy je zdravotnictví financováno z daní, tj. prostřednictvím státního rozpočtu. Zdravotnictví je politicky determinováno – stát garantuje určitý balík služeb, vlastní většinu zdravotnických zařízení, zejména nemocnic. Jedná se o státní (centralizované) zdravotnictví. Mezi znaky patří hlavně dostupnost zdravotní péče a rovný přístup ke všem obyvatelům. Tento model je funkční např. ve Velké Británii, Kanadě, Austrálii, Švédsku nebo Norsku.

CO ČESKÁ REPUBLIKA?

V systému veřejného zdravotního pojištění jsou **povinně** zdravotně pojištěny **všechny osoby**, které mají **trvalý pobyt na území České republiky**, a osoby, které trvalý pobyt v České republice nemají, pokud jsou zaměstnanci zaměstnavatele, který má sídlo nebo trvalý pobyt na území České republiky. Povinné zdravotní pojištění v České republice **vzniká dnem narození**, jde-li o osobu s trvalým pobytem na území České republiky, nebo dnem, kdy se osoba bez trvalého pobytu stala zaměstnancem, nebo dnem získání trvalého pobytu.

Plátcí pojistného jsou:

- pojištěnci,
- zaměstnavatelé,
- stát.

Za jednoho pojištěnce může platit pojistné i více plátců současně, avšak vždy musí existovat alespoň jeden plátec – pojištěnec sám, zaměstnavatel nebo stát.

Pojištěnci platí pojistné jako zaměstnanci, a to prostřednictvím svého zaměstnavatele, nebo si platí pojistné sami jako osoby samostatně výdělečně činné, anebo jako osoby bez zdanitelných příjmů. Osobou bez zdanitelných příjmů se pojištěnec stane v případě, že po celý kalendářní měsíc není zaměstnancem ani osobou samostatně výdělečně činnou a ani nepatří mezi osoby, za které platí pojistné stát.

Pokud má pojištěnec více příjmů ze zaměstnání i ze samostatně výdělečné činnosti, platí pojistné ze všech těchto příjmů.

Zaměstnavatelé odvádějí pojistné za své zaměstnance, přitom 1/3 pojistného hradí zaměstnanec a 2/3 pojistného hradí zaměstnavatel.

Stát hradí pojistné za vyjmenované skupiny pojištěnců, kam patří např. nezaopatřené děti, poživatelé důchodů, ženy na mateřské a osoby na rodičovské dovolené, příjemci rodičovského příspěvku, uchazeči o zaměstnání, osoby pobírající dávku pomoci v hmotné nouzi, osoby, které jsou závislé na péči jiné osoby od II. stupně závislosti a osoby o ně pečující, osoby důchodového věku, které starobní důchod nepobírají, osoby celodenně pečující o děti. Pokud mají tyto pojištěnci příjmy ze zaměstnání nebo ze samostatně výdělečné činnosti, platí pojistné stát i pojištěnci.

SROVNÁNÍ S NAŠIMI SOUSEDY (ROZDÍLY MEZI SYSTÉMEM V ČR A V NĚMECKU)

Největším rozdílem mezi českým a německým systémem zdravotního pojištění je skutečnost, že v Německu existuje vedle veřejného zdravotního pojištění i soukromé zdravotní pojištění.

Rozdílů mezi veřejnými a soukromými zdravotními pojišťovnami v Německu je několik. V prvé řadě mají veřejné pojišťovny povinnost přijmout kohokoliv a každý z německých občanů je nejprve registrován u nějaké veřejné pojišťovny. Přejed k soukromé zdravotní pojišťovně je umožněn pouze při splnění určitých podmínek. Například v roce 2018 bylo podmínkou pro přechod minimální výše ročního příjmu 59.400 EUR. Tento příjem je nutný pro vstup do soukromé pojišťovny, přičemž po vstupu již dosahování této výše příjmu nutné není. Přejed do soukromé zdravotní pojišťovny je dále umožněn státním úředníkům, pro něž navíc platí výrazně zvýhodněné sazby pojistného.

Dále platí, že veřejné zdravotní pojišťovny jsou povinny fungovat co nejehospodárněji a rozsah jimi nabízené zdravotní péče nesmí přesahovat základní nezbytnou míru. Soukromé zdravotní pojišťovny naproti tomu umožňují sjednat si rozsah a úroveň zdravotní péče individuálně. Soukromé zdravotní pojišťovny dále s přibývajícím věkem neomezují rozsah poskytované péče, což je častou praxí u veřejných pojišťoven. Klienti soukromých pojišťoven také mají podstatně kratší čekací doby na důležité zákroky, lepší přístup k nejmodernějším léčebným metodám i k ošetřeni prostřednictvím primářů a významných lékařských kapacit.

Mnoho klientů německých veřejných zdravotních pojišťoven proto uzavírá dodatečná soukromá zdravotní připojištění dílčích pojistných rizik, například pojištění na dentální péči. Tento fenomén z **německého zdravotního pojištění** vytváří prakticky **trojtřídní systém**. Jeho kritikové jej označují za **nesolidární** a **vytvářející dvoutřídní společnost**. Pro odstranění těchto negativních vlivů požadují plošné a jednotné pojištění pro všechny, přičemž inspirací je pro ně například systém veřejného zdravotního pojištění v Česku.

ZDRAVOTNICTVÍ V ČR JE VÝZNAMNÉ POLITIKUM

To je více než evidentní, neboť již **několik politických garnitur ztratilo kvůli změnám ve zdravotnictví své politické pozice**. Vzpomeňme jen na téma poplatků za recepty, pobyt v nemocnici, poplatky za pohotovostní služby, snah o definici standardní a nadstandardní péče atp. Možná díky tomu máme zdravotnictví na té nejvyšší úrovni dostupné pro všechny účastníky systému zdravotního pojištění. Asi za všechny můžeme očima poučeného laika zmínit péči v oblasti kardiologie, kardiologie, onkologie či transplantací. Široká dostupnost je dána kromě jiného nemožností vytvářet systémy privátního pojištění a připojištění. Politické reprezentace ztroskotaly na definicích rozdílů v jednotlivých úrovních poskytované péče a nemožnosti prosadit rozdílnou úroveň péče pro různé typy doplňkových druhů pojištění, s tím, že dochází k vytváření různých kategorií příjemců zdravotních služeb. V konečném důsledku se však můžeme domnívat, že si trh svoji cestu hledá a že se úroveň služeb diferencuje poněkud jinými mechanismy. Avšak dle platné legislativy si nemůžeme připojistit nadstandardní pokoj, použití nejdražšího (mnohdy i nejlepšího) materiálu, operaci vedenou rukou přednosty nebo primáře. Jediná substituce výše uvedeného se v poslední době objevuje na trhu jako systém tzv. prémiové medicíny, což je systém, který však spíše za úplatu organizuje péči klientům na bázi vhodně složených výkonů a vyšetření standardně proplácených systémem zdravotního pojištění.

JAK VNÍMAT ROZPOR MEZI ETICKÝM A EKONOMICKÝM PŘÍSTUPEM V OBLASTI ZDRAVOTNÍCH SLUŽEB?

Výše uvedená otázka sama předjímá existenci tohoto dilematu. Kam až má ochota společnosti při vědomí solidarity s těmi, co jsou na tom hůř zajít? Domníváme se, že jednotlivé systémy jsou odrazem této skutečnosti. Ten liberální říká, když nechceš, tak neplať, ale musíš nést plnou odpovědnost za své rozhodnutí, včetně toho, že ti péče nebude poskytnuta (USA). Ten státní, který přímo ze státních zdrojů (chápejme je jako daňové příjmy) zaplatí určitou definovanou péči pro

všechny, ale ta není plně nejlepší (V. Británie). Nebo ten založený na veřejné formě zdravotního pojištění (je to zcela jistě forma zdravotní daně, např. ČR), v optimálním případě s volbou doplňkového připojištění (v ČR prozatím nemožné). Poměr mezi oběma hodnotami (etika vs. ekonomika) se projevuje na stále trvajících diskuzích, jak definovat rozsah zdravotní péče, pro koho a kde je ekonomická hranice možného pro jednotlivé země. **Zdravnictví je totiž jeden fenomén, kde neplatí zákon trhu** a nekonečná nabídka bude generovat nekonečnou poptávku.

JAK NÁS SYSTÉM ZDRAVOTNÍHO POJIŠTĚNÍ MOTIVUJE V PÉČI O VLASTNÍ ZDRAVÍ?

Dnes v zásadě nijak. Máme téměř všechno zdarma, na velmi vysoké úrovni a pokud nemáme vlastní stimuly ke změnám chování při určitých zdravotních problémech, systém nás k nim nenutí. Dokonce systém v zásadě nedisponuje nástroji, které by zavazovaly člověka po infarktu přestat kouřit, člověka s cukrovkou redukovat svoji hmotnost, alkoholika přestat pít. Takovéto příklady chování systém nijak nesanctionuje a zachovává všem plný přístup ke zdravotní službám, i když opakovaně řeší problémy, které si defacto způsobujeme sami.

DÁVÁ NÁM OBLAST ZDRAVOTNÍ PÉČI VE STOMATOLOGII NÁVOD NA ODPOVĚĎ ŘADY VÝŠE POLOŽENÝCH OTÁZEK?

Péče v oblasti stomatologie má v ČR poněkud jiný charakter, což má kořeny v přístupu profesní organizace (Stomatologická komora) na počátku vzniku systému zdravotního pojištění v ČR. Již v průběhu 90. let vznikly **standards a nadstandards zdravotních služeb** (můžeme diskutovat nakolik to bylo v souladu s legislativou), vznikly **individuální ceníky služeb** v jednotlivých ordinacích a řekněme určitá **pravidla přímých individuálních úhrad**. Dnes jsme si již přestali stěžovat (až na výjimky), že tu či onu plombu musíme zaplatit, že si musíme připlatit na umrtvení atd. Vede nás to ale k daleko větší odpovědnosti (většinou) za stav našeho chrupu, protože čím lépe se o sebe staráme, tím méně musíme následně zaplatit. Samozřejmě ale víme, že **péče v případě vážných stavů** např. onkologického rázu **je nám poskytnuta na klinikách v rámci veřejného zdravotního pojištění**. Toto, myslím, může být návod na zamyšlení, jak dál v rozvoji tohoto systému.

SLOVO NA ZÁVĚR

Nežli budu formulovat několik imperativů k nám všem, snad lze naznačit jeden směr, který by mohl pomoci některá dilemata v diskuzi posunout, a to je **možnost změn filozofie financování zdravotní péče směrem k aplikaci principů integrativní medicíny**. To by pravděpodobně znamenalo **zvýšení aktivit v oblasti preventivních programů** ze strany plátců zdravotních služeb a například vznik dlouhodobých kontraktů s řadou zdravotnických zařízení, které by obsahovaly **principy benefitů** jako podílu těchto poskytovatelů **na úsporách nákladů** na zdravotní služby v dlouhodobém horizontu, plynoucích **z poskytování jakési formy celostní medicíny**. Napadá mě však otázka: nakolik jsou dnes všichni účastníci celého segmentu zdravotnictví skutečně motivováni ke snižování úspor systému.

Tedy: Pojdme se poučit z dostupných informací. Přestaňme používat zdravotnictví jako prostředek politického boje. Pojdme převzít odpovědnost za své zdraví.



Použité prameny:

- 1) VALSAMI, Petra. *PLÁTCI POJISTNÉHO NA VEŘEJNÉ ZDRAVOTNÍ POJIŠTĚNÍ*.
- 2) KREBS, Vojtěch. *Sociální politika*. 5. vyd. Praha: Wolters Kluwer, 2010.
- 3) HOLUB, Martin. *Fórum sociální politiky*
- 4) VOKÁČ, Matěj. <https://www.expordosrn.cz/article/hlavni-rozdily-ceskym-nemeckym-systemem-zdravotniho-pojisteni/>

Kolektiv autorů: TÉMATA K NÁPRAVĚ V OBLASTI PÉČE O ZDRAVÍ LIDU A NÁSTIN JEJICH ŘEŠENÍ

1. LÉKY A LÉČIVA

HLAVNÍ PROBLÉMY

- Nadužívání a zneužívání některých alopatických léčiv (konvenčních farmak), např. antibiotika, psychofarmaka, kortikoidy, antihypertenziva, statiny, chemoterapeutika a další.
- „Preventivní“ předepisování toxických léčiv, aniž by pacient vykazoval známky onemocnění, pro které je léčivo indikované.
- Očkovací látky a jejich toxická aditiva.
- Tlak laické veřejnosti na praktické a další lékaře na předepisování toxických léčiv z důvodů primární neinformovanosti o jejich nežádoucích účincích.
- Nízká úroveň zdravotního povědomí v laické populaci.
- Politické tlaky EU na likvidaci jiných léčivých prostředků než těch, která jsou uznána jako alopatická léčiva.
- Ignorace léčivých přípravků, které jsou uznávány v jiných zahraničních zemích, viz alopatie nebo informační medicína.
- Účinnost klasické léčby klesá; mnoho dříve účinných léků již nemá požadovaný efekt.
- Utajování informací o nežádoucích účincích a jejich bagatelizace.
- Problematika se zaváděním nových léků, jejichž extenzivní podmínky splňují pouze velké farmaceutické firmy.
- Revize osvědčených léčivých přípravků. Iniciovat kontrolované studie pro „zapomenuté“ léčivé přípravky.

NÁVRHY ŘEŠENÍ

- Boj proti informačnímu embargu o léčivých účincích látek, které nejsou schváleny jako alopatika: fytoterapie, potravní doplňky, potraviny jako takové, homeopatika, tedy vše, co nepatří do alopatické léčby.
- Legislativní vstup do problematiky možnosti alternativní podpory léčby.
- Judikurní obhajoba a legislativní podpora užívání alternativních léčivých přípravků, včetně homeopatik, bylinných preparátů a potravních doplňků, které mají zjevný účinek na podporu zdraví.

- Revize osvědčených léčivých přípravků. Iniciovat kontrolované studie pro „zapomenuté“ léčivé přípravky. „Atestační revize“ zbavit závislosti na vlivu lobby farmaceutických firem. K součinnosti je možno oslovit nevládní donátorské organizace.

2. LÉČBA

HLAVNÍ PROBLÉMY

- Pojem léčby se ustanovil jako legitimní pouze pro oblast oficiálního zdravotnictví, naopak je zakázáno jej užívat obecně pro jakékoliv formy zdravého chování.
- Falešně pozitivní diagnózy a jejich následné nepřiměřené léčení.
- Přeceňování zobrazovacích metod bez komplexní analýzy zdravotního problému.
- Nekomplexní definice chronických poruch a neléčitelných onemocnění. Je to *terminus technicus*, který nemá odborné opodstatnění a vytváří klamavé informace pro pacienta. To přináší pasivitu pacienta a odmítnutí možnosti pozitivní změny zdravotního stavu (například při změně stravovacích návyků a životního stylu).
- Specializace a superpecializace při podávání léčiv, která nezohledňuje širší vlivy léčiva na celý organismus.
- Vytěsnění pacienta z aktivního přístupu na léčebném procesu.
- Neochota lékařů podávat pacientovi dostatečné množství souvisejících relevantních informací o povaze nemoci a možnostech léčby. Odůvodnění, že by to pacient nepochopil, je pak v přímém rozporu s vynucováním podpisu o tzv. „informovaném souhlasu“, kterému právě pacient většinu nerozumí vůbec.
- Neochvějná expertní role lékaře.
- Vytěsnění všech dalších přírodních a přirozených postupů, které vedou k uzdravování a mají obecně blahodárný vliv na zdraví člověka.
- Způsob motivace a finančního ohodnocování lékařů – množství výkonů, množství podaných léků. Chybí zpětná finančně motivační vazba vzhledem k potvrzení o uzdravení pacienta.
- Malé uplatnění principu „kapitační platby“. Tedy, aby lékař byl ohodnocen a (finančně motivován) za dlouhodobé udržení zdraví pacienta, a ne za jeho udržování v nemoci.
- Nekalý marketing lékařů farmaceutickými firmami. Zavedením nového zákona se sice některé formy uplácení lékařů prostřednictvím přímých finančních darů omezily. Stále je tady ale široké pole možností, jak lékaře motivovat k předepisování určitého léku (hrazení účasti na mezinárodních konferencích – tzv. konferenční turistika, vyjednání výhodnější smlouvy se zdravotní pojišťovnou, možnost získání dalších finančních pracovních úvazků, získání supervizních placených pozic v rámci řetězce poliklinik a dalších zdravotnických zařízení).
- Špatná definice zodpovědnosti za zdraví jednotlivce. Špatná motivace pro občany. Malá finanční motivace občanů o své vlastní zdraví.

- Špatné povědomí lékařské veřejnosti o důležitosti správné výživy.
- Potlačování skutečně svobodné volby léčby.
- Mediální přeceňování možností a úspěchů západní léčby.
- Malá autonomie pro lékaře v rozhodování o vhodnosti léčby.
- Pacienti jsou svými lékaři nedostatečně informováni o genetické zátěži u onemocnění, u kterých genetická zátěž nikdy nebyla prokázána. Tím se jen opět dostávají do pasivní pozice nevyléčitelnosti svých nemocí, které často lze řešit úpravou životního stylu a psychohygienou.
- Problematika multimorbidity (mnohačetných onemocnění), převážně u tzv. „chronicky nemocných pacientů“, jež je většinou způsobena nekoordinovanou péčí specialistů, kteří spolu vzájemně nekomunikují. Tím vzniká „lékové přetížení“ pacienta, který často užívá nejen léky, které vzájemně vylučují svoji účinnost, ale množí se a sumarizují nežádoucí účinky předepisovaných léčiv.
- Kruh bezmoci nad pozitivním ovlivněním zdraví pacienta se uzavírá a stále větší množství nemocí je označováno za nevyléčitelné, protože i sortiment nabízených alopatik se stále zužuje k lékům, které mají nejvyšší finanční přínos.
- Pacienti jsou léčeni léky, které jsou již odborně překonané, ale finančně profitabilní. Jiné léky, které jsou generacemi lékařů ověřeny, jsou dehonestovány a prohlašovány za nespolehlivé, byť v předchozích zkušenostech byly opakovaně pozitivně využívány.
- Odehrává se tzv. „kategorizace“ profitabilní léčby a nemocní jsou léčeni určitými preparáty podle toho, jak se jeví jejich finanční a ekonomický prospěch v rámci zdravotního systému. Tato „dehumanizace“ již byla popsána mnoha světovými odborníky.

NÁVRHY ŘEŠENÍ

- Zlepšit motivaci pro občany:
 - › Využít princip „havarijního pojištění“. Snížení výše zdravotního pojištění při dlouhodobém nečerpání zdravotní péče.
 - › Celková změna filosofie zdravotního pojištění.
- Otevření svobodné veřejné diskuse zdravotníků z různých oblastí.
- Legitimizovat diagnostické metody fyzikální, frekvenční a mitochondriální medicíny.
- Pojmenovat blokaci oponentních názorů ze strany farmaceutické lobby.
- Začít věnovat pozornost parazitárním infekcím a parazitárním toxinům, docenit význam antihelmetik.
- Doporučené postupy v léčbě brát jako osnovu a nikoliv jako povinný „manuál“.
- Revize „informovaného souhlasu“ pacienta k léčbě.

- Revize „doporučených postupů“ léčby. Nastolit judikaturní svobodnou volbu lékaře nad řešením zdravotního stavu pacienta.
- Odpolitizování medicíny, která je v současné době jedním z předních nadnárodních finančně-politických zájmů.

3. ZDRAVÉ A NUTRIČNĚ HODNOTNÉ POTRAVINY

HLAVNÍ PROBLÉMY

- Základní suroviny/potraviny – jejich nízká nutriční hodnota.
- Průmyslově zpracované potraviny: aditiva, emulgátory, konzervační látky, skryté přísady (bifenyly, cukry, lepek, pšenice).
- Oblast nesprávného informování o skutečném složení potravin.
- Nevyužívání nutričně hodnotných potravin jako nástroje léčby (především u chronických onemocnění).
- Umělá sladidla a jejich vliv na zdraví.
- Potravinové náhražky.
- Potravinová aditiva a aromatické látky chemického původu.
- Geneticky upravené potraviny.
- Chemické stabilizátory pro potraviny s „prodlouženou trvanlivostí“, které jsou vesměs vysoce toxické látky.
- Dovážené potraviny z oblasti ovoce a zeleniny a jejich (přepřevní) chemická konzervace.
- Ignorace epigenetiky potravin jako transgeneračního toxického poškození následující generace.
- Konzumace nevhodných potravin a její vliv na patologickou syntézu trávicích enzymů (vznik rozvoje systémových a střádivých onemocnění, která jsou v této době označovaná jako neléčitelná).
- Do škol jsou dodávány „svačinky“ (školní automaty) s často nevhodným nutričním složením. Školský edukační systém také často podporuje nevhodné stravovací návyky.

NÁVRHY ŘEŠENÍ

- Osvěta široké veřejnosti o prioritách zdravého stravování.
- Motivace českých potravinářských firem k přehodnocení priorit výroby potravin.
- Politická a ekonomická podpora českých malovýrobců, včetně českého ovocnářství (typické produkty: jablka, hrušky meruňky, švestky, jahody, drobnoplodé keře - rybíz maliny atd.).
- Větší diverzifikace chovu dobytka s důrazem na ekologické chovy a externí hospodářství.
- Prověření skladby školních „svačिनových programů“.
- Najít judikaturní řešení pro pokutování potravinářských firem, které vpravují do svých výrobků toxické potravní náhražky.

4. INTOXIKACE PROSTŘEDÍ

HLAVNÍ PROBLÉMY

- Upřednostňování ekonomického pohledu nad širším vlivem stavebních materiálů na zdraví člověka.
- Nedostatečná restrikce v rámci prosazování staveb s toxickou zátěží a obdobně nedostatečná legislativa pro potírání devastace životního prostředí v biosféře člověka.
- Elektrosmog jako téma k dalšímu zkoumání a ověřování jeho přímého vlivu na živé organismy.
- Odpadové hospodářství: nemá dostatečnou podporu v rámci enviromentální platformy. Pouze 20 % tříděného odpadu (od občanů) se skutečně recykluje a 80 % končí v hromadných spalovnách. To je proti smyslu celého modelu.
- Mikroplasty, které infiltrují živé organismy – rostlinné a živočišné – a formou potravy se dostávají do organismu člověka.
- Hnojiva, která intoxikují půdní a následně vodní zdroje.
- Vodní zdroje:
 - nevhodná forma balení a distribuce pitné vody;
 - obsah škodlivých látek v pitné vodě;
 - nevhodné zdroje pitné vody (povrchová voda, často stahovaná z polí);
 - zahraniční vlastnictví domácích vodních zdrojů.
- Těžké kovy:
 - intoxikace těžkými v potravinách, hnojivech, léčivech (vakcínách).
- Moderní ekologismus (eko-ideologie) má mnohdy málo společného se skutečnou ochranou životního prostředí a je v zájmu specifické ekonomické lobby.

NÁVRHY ŘEŠENÍ

- Multioborová spolupráce technologů, lékařů, biochemiků, přírodovědců pro posuzování dlouhodobé udržitelnosti půdní bonity, úrodnosti a výtěžnosti.
- Podpora soukromých zemědělců nejen v oblasti jejich hospodaření, ale i v možnosti soukromého prodeje, vytvoření širší platformy farmářských trhů.
- Edukace v oblasti permakultur.
- Program detoxikace půdních kultur od těžkých kovů a herbicidních splodin.
- Podpora „skleníkových kultur“ pro pěstování plodových odrůd zelenin na českém území.
- Omezení dovozu hydroponně pěstovaných zelenin.
- Revize legislativy v oblasti uplatňování toxických stavebních materiálů.
- Detekce mikroplastů v rámci prenatální prevence a dětského a dorostového lékařství.

5. SPOTŘEBNÍ CHEMIE (kosmetika, čisticí prostředky)

HLAVNÍ PROBLÉMY

- Spotřební chemie bohužel mnohdy přímo i nepřímo poškozuje zdraví člověka.
- Existuje podezření, že chlór je zodpovědný za mikrozáněty v cévním systému i v dalších parenchymatosisních orgánech a že má vliv na rozvoj tzv. civilizačních nemocí jako například arteriosklerosa, srdeční nedostatečnost, chronické záněty jater a ledvinová selhání.
- Většina kosmetických výrobků obsahuje buď minimální nebo žádné skutečně účinné látky, které jsou přesto proklamované.
- Kosmetické produkty jsou intoxikovány těžkými kovy (intimní spreje, speed tyčinky).
- Produkty přírodní kosmetiky nejsou dostatečně propagovány.
- Domácí/komerční čisticí prostředky obsahují toxické látky, které se uvolňují do prostředí.
- Detergenty pracích prostředků jsou při procesu praní infiltrovány do oblečení, čímž způsobují zdravotní potíže počínaje kožními problémy až celkovou intoxikací organismu.
- Normy pro toxicitu čisticích prostředků se stále zvyšují.

6. FYZIKÁLNÍ A ENERGETICKÉ ZDROJE ZDRAVÍ, OBLAST BALNEOLOGIE

HLAVNÍ PROBLÉMY

- Balneologie není dostatečně doceněna jako nástroj léčby. Dnes se spíše propaguje jen jako „wellness oblast“ pro zpříjemnění života.
- Fyzikální léčebné účinky v oblasti balneologie jsou označovány v lepším případě jen jako podpůrné a nikoliv léčivé metody.
- Laická balneologie byla dříve součástí každého „domácího lékařství“. Tzv. „babské rady“ se šíří neoficiálně po sociálních sítích a jsou předmětem ostrakizace.
- Laická i odborná balneologie si zaslouží trvalý zájem odborné veřejnosti.
- Podpořit poradenství v oblasti domácí balneologie v lékařské i v lékárnické veřejnosti.
- Rozšířit nabídku produktů pro domácí balneologii (léčivé soli, přírodní minerální produkty, bioprodukty, bahna, rašeliny a další).
- Fyzioterapie, která je v rámci oficiální medicíny redukována na tzv. „rehabilitační lékařství“, ještě nedosáhla multioborového i psychosomatického rozměru.

7. ZDRAVÝ ŽIVOTNÍ STYL

HLAVNÍ PROBLÉMY

- Chybí dostatečná individuální angažovanost jedince k podpoře vlastního zdraví.
- Chybí vědomá péče o detoxikaci domácích prostředí.
- Chybí cílená a vědomá psychohygiéna.
- Chybí správná informovanost o důležitosti fyzické kondice, nadváhy a stravovacího režimu v udržení zdraví.
- Malý aktivní zájem o možnosti jiných léčebných postupů, než které nabízí oficiální zdravotní systém.
- Zdůraznit hodnotový systém v oblasti zdravého životního stylu ve společnosti. Přechodná vlna nadšení pro tzv. „*work-life balance*“ byla prezentována pouze jako elitní koučovací metoda pro vysoké manažery.
- Zcela postrádáme rozdělení životního stylu do rovnováhy pěti oblastí – tedy do rovnováhy bio-psycho-socio-spirituálně-energetického pojetí života.
- Je vytěsněna oblast spirituálního a duchovního rozměru života. Oficiálním zdravotním systémem je dokonce degradována za zcela nepodstatnou v oblasti uzdravování.

8. PSYCHOSOCIÁLNÍ VLIVY (pracovní podmínky, ochrana před dekadentními vlivy, masová manipulace vědomí, ochrana a podpora tradiční rodiny, téma domácího násilí, střídavé péče atd.)

HLAVNÍ PROBLÉMY

- Dětsví, neúplná rodina, střídavá péče, syndrom zavrženého rodiče.
- Rozvrat hodnot tradiční rodiny. Mediální podpora „alternativních“ rodinných forem.
- Rizika LGBT propagandy.
- Ochrana tradičních hodnot pohlaví. Zastavení diskriminace mužsko-ženských rolí nejen ve smyslu rodičovství, ale obecné platnosti mužské a ženské role ve společnosti.
- Podpora žádoucí rozdílnosti jako přirozené polarity světa.
- Psychosociální vlivy v rámci školství: redukce znalostí žáků a nežádoucí vliv progresivistických ideologií narušujících hodnoty, na kterých společnost stojí.
- Masová manipulace vědomí:
 - › vlivy neziskových organizací podporované politickou lobby;
 - › media vlastněná či ovládaná zahraničními lobby. Účelová žurnalistika. Práce s informacemi jako nástroj politické a finanční moci. Potlačovaná svoboda slova a osobních svobod.
- Práce:
 - › pracovní podmínky, ochrana životního prostředí na pracovištích, koncentrace toxických zplodin, třísměnné pracovní provozy, vs. cirkadiánní fyziologický rytmus;

- › pracovní činnost, v rámci pracovního systému probíhá vždy v konkrétním pracovním prostředí, které může působit pozitivně nebo negativně na zaměstnance, čímž ovlivňuje jeho chování, pracovní výkon a zdravotní stav. Mezi faktory pracovního prostředí se řadí:
 - *fyzikální faktory*: světlo, hluk, vibrace, mikroklimatické podmínky, záření, které působí přímo na určité orgány či struktury organismu člověka;
 - *chemické faktory*: dýmy, plyny, páry, kapénky nebo prach v ovzduší vnikají do organismu především dýchacími cestami nebo méně často kůží;
 - *biologické faktory*: mikroorganismy, buněčné kultury a endoparaziti, kde příslušná infekční agens působí na cílové orgány. Ke vzniku onemocnění často postačí jednorázová expozice;
 - *sociálně psychologické faktory dospělosti* – mezilidské vztahy.
- Nedostatečná úcta ke stáří. Institucionalizace smrti a umírání. S tím souvisí nevyřešené téma eutanázie a hospicových zařízení.
- Duchovní hodnoty:
 - › duchovní oblast lidského povědomí byla redukována na registrované náboženské společnosti;
 - › širší spiritualita v obecném lidském povědomí nemá prostor na uplatňování a není nijak rozšiřována a kultivována;
 - › především v pojetí léčby západní medicínou má zcela minimální prostor. Výjimkou jsou tzv. „nemocniční kaplaní“, jimž je dáván omezený prostor v rámci několika málo zdravotnických zařízení. Duchovno v tomto smyslu je pojímáno pouze jako podpora v nemoci nebo úleva v umírání, nikoliv jako motor a podpora zdravého života a součást legitimní léčby;
- › duchovní hodnoty v sobě nesou úvahy o původu a smyslu vlastní existence, hledání odpovědí po otázce nekonečného svobodného vyjádření jedince. Dar života, úcta k životu, intuitivní chápání světa, úcta k rodovým tradicím, nacházení smyslu v práci i trávení volného času. Patří do toho vše, čeho si ceníme nebo vážíme jako takového, ne jako prostředku k něčemu jinému. Hodnoty tedy nejsou samoúčelné;
- › teprve abstraktní hodnoty dávají význam konkrétním normám. Hodnoty jsou kolektivními ideály stmelující společenské vrstvy a skupiny. Musejí být tedy šířeny srozumitelně a homogenně napříč veřejným povědomím. To se doposud neděje;
- › na hodnotové orientaci se projevují naše životní cíle, které dáváme najevo svým chováním a jednáním. Vypořádání se s realitou vlastní fyzické smrti;
- › významné duchovní hodnoty souvisí s náboženskou svobodou. Tradiční náboženství západní společnosti a její duchovní hodnoty se odvíjejí od křesťanských hodnot: řád, hledání pravdy a láska k bližnímu;
- › naplňování duchovních hodnot ruku v ruce s nacházením smyslu vlastního bytí je nedílnou součástí udržení dlouhodobého fyzického zdraví.

NÁVRHY ŘEŠENÍ

- Vztah jednotlivce ke státu a státnímu zřízení. Svoboda a zodpovědnost jednotlivce v řízení vlastního života.
- Návrat vzdělávání v oblasti náboženství a etiky do všech úrovní školského systému.
- Výchova k finanční a legislativní gramotnosti jako nástroji sebeřízení.

9. ODBORNÉ VZDĚLÁVÁNÍ NA ZDRAVOTNÍCH ŠKOLÁCH A LÉKAŘSKÝCH FAKULTÁCH

HLAVNÍ PROBLÉMY

- Pro lékaře na lékařských fakultách:
 - › vzdělávání i na vysokých školách je pod vlivem materialistického pohledu na nemoc a léčby primárně pomocí farmak;
 - › ve vysokoškolském vzdělávání je nedostatečná edukace o psychosomatickém rozměru nemoci, což není součástí povinných vzdělávacích předmětů;
 - › nedostatečné vzdělání o duchovním rozměru člověka, která je nedílnou součástí péče o komplexní zdraví;
 - › je minimální povědomost o tradičních léčebných metodách, které jsou platné několik tisíc let a jsou nedílnou součástí komplexní péče o zdraví člověka (např. základy tradiční čínské medicíny, ajurvedy, homeopatie, autopatie, fytotherapie, fyzioterapie, balneologie a další).
- Pro postgraduální vzdělávání lékařů:
 - › postgraduální vzdělávání lékařů je nyní ovlivňováno farmaceutickými firmami, které platí přednášející lékaře za (skrytou, či částečně skrytou) propagaci jejich farmak.
- Pro středně zdravotní personál:
 - › chybí základy psychosomatiky pro ošetrovatelskou péči, základy
- lékařské etiky a psychologie, úloha duchovní péče o pacienta.
- Pro nelékařské obory (fyzioterapeuty, optiky, logopedy, rehabilitační pracovníky):
 - › chybí základy psychosomatiky, základní orientace v celostních léčebných metodách.
- Pro léčitele, bylinkáře, fytotherapeuty a další:
 - › zcela chybí oficiální možná platforma vzdělávání v základech anatomie, fyziologie, patofyziologie, patologie, biochemie, farmakologie a urgentní medicíny;
 - › tito lidé jsou tak vyloučeni z možnosti vzdělávání se v medicínských základech, které by měli možnost legálně využít ve své léčitelské praxi, aniž by byli zařazeni mezi zdravotnické pracovníky;
 - › chybí jednotný akreditační vzdělávací systém.
- Pro farmaceuty:
 - › chybí dostatečné vzdělávání v oblasti fytotherapie a bylinkářství, v základech a principech homeopatie (přestože jsou homeopatika, fytotherapeutika, bylinné směsi a další produkty prodávány v lékárnách!);

› je minimální povědomost o principech aromaterapie, přestože jsou prodávány aromatické oleje. Jejich distribuce je ovšem v predikci drogérii a obchůdků s exotických a orientálním zbožím, kde se nedá přepokládat, že prodejce je scho-

pen podat odbornou radu a doporučení na jejich účelné užití. To by mělo být v dikci lékáren a odborných pracovníků – farmaceutů. Aniž by se ovšem tyto produkty staly oficiálními léčivy. Mohou zůstat v kategorii podpůrných prostředků.

NÁVRHY ŘEŠENÍ

- Vyloučit možnost, aby metodiky farmaceutických firem mohly vstupovat do učebních osnov odborného vzdělávání (vysokých a středně zdravotních škol).
- Revidovat vazby vysokoškolských pracovníků ve zdravotnictví na finanční dotace například aktivisticky zaměřených neziskových organizací, které jsou ve vyšším řádu poplatné farmaceutickým zájmům.
- Podpořit prodej celostních a přírodních léčiv pro soukromé lékárníky.
- Vytvořit etickou závaznou obchodní platformu pro lékárenské řetězce pro neakceptovatelnou (finanční) propagandu poškozujících léků.

10. OSVĚTA JAKO TAKOVÁ VE VŠECH ZMÍNĚNÝCH PŘEDCHOZÍCH BODECH

HLAVNÍ PROBLÉMY

- Není dostatečná osvěta o zdravém životním stylu ani na školách ani ve veřejných sdělovacích prostředcích.
- Masmédia nabízejí neúplné informace o vhodných potravinách, léčivech, potravinových doplncích.
- Chybí osvěta o přirozených porodech a nutnosti kojení novorozeneých dětí. Místo toho se stále více propagují porody císařským řezem a náhrady mateřského mléka. Složení těchto náhrad není často optimální.
- Chybí osvěta pro rodiče o potravních návycích dětí. Střípky z toho se šíří pouze sporadicky po sociálních sítích.
- Základy osvěty o zdravém životním stylu nejsou zavedeny do učebních osnov ani základních škol, ani jiných středních škol humanitního či technického zaměření.
- V současné době na základních školách zcela chybí „zdravověda“. Vytratila se výchova k ekologickému chování v bezprostředním životním prostředí. A výchova k podpoře a hodnotám tradiční rodiny.
- Na středních školách (v rámci návazné výuky základních škol) zcela chybí obecné vzdělávání o přírodním prostředí, domácím ošetřovatelství a základech hygieny, o primárních vzorcích praktického sebe léčení, ekologie vedení domácnosti.

NÁVRHY ŘEŠENÍ

Zcela vyplývají z výše vyjmenovaných bodů.

11. RIVALITA ZÁPADNÍ MEDICÍNY A VÝCHODNÍCH MEDICÍNSKÝCH NAUK

HLAVNÍ PROBLÉMY

- Aktivuje se rozdělení společnosti, které je vždy škodlivé a neprospívá tvůrčímu dílu. Politické a ekonomické záměry rozdělují laickou i odbornou veřejnost na ortodoxní zastánce tradičních léčebných nauk a obhájce „medicíny založené na důkazech“.
- Profitují tak zejména nadnárodní společnosti, které nepřímo prosadily svoje léky do oficiálních léčebných postupů a bez ohledu na cenu, které to poplatníky stojí, nepřinášejí dostatečný efekt na plošném zlepšení zdraví lidu.
- Přestože orgánově orientovaná medicína postupuje stále kupředu, procento nemocných a polymorbidních pacientů stále přibývá.
- Snižuje se věková hranice, pro onemocnění, která byla ještě před několika málo lety výsadou pro vyšší věkové skupiny.
- Příčinou je izolovaně materialistický pohled na zdraví pacienta, který lékaře omezuje v rozhodovacím procesu nad možnou individualizací léčebných postupů. Tím by se zpronevěřil „doporučeným postupům“, o kterých bylo pojednáno již výše.

NÁVRHY ŘEŠENÍ

- Platforma celostní medicíny – komunikovaná pro odbornou i laickou veřejnost.
- Začlenění komplexního vzdělávání o možnostech alternativních přístupů ke zdraví do řad odborné veřejnosti. Například po vzoru Itálie, kde se fyto terapie vyučuje na lékařských fakultách.
- Reálné hodnocení možností západní medicíny a otevření prostoru pro komplexnější pohled východních medicínských nauk.

12. FINANCOVÁNÍ VEŘEJNÉHO ZDRAVOTNICTVÍ

HLAVNÍ PROBLÉMY

- Zdravotní pojištění je dnes na úrovni placení regulérní plošné daně. Nezohledňuje osobní zodpovědnost člověka ke svému zdraví.
- Z předchozího vyplývá, že paušální nastavení zdravotního pojištění neplní zcela solidární funkci.
- Plošná solidarita zdravotního pojištění bohužel často postrádá účinek pro skutečně potřebné plátce (finančně náročná léčba a zákroky), kteří jsou nuceni si zajišťovat prostředky nad rámec systému zdravotního pojištění.
- I přes tak zvanou „solidaritu“ společného zdravotního pojištění je mnoho rodin, které prosí o dotační částky (ať už přes dobrovolné petice a platby) ke sbírkám sympatizantů, aby mohly zaplatit drahou léčbu například pro své dítě.

NÁVRHY ŘEŠENÍ

- Zlepšit motivaci pro občany:
 - › využít podobný princip jako je systém „havarijního pojištění“. Snížení výše zdravotního pojištění při dlouhodobém nečerpání zdravotní péče;
 - › celková změna filosofie zdravotního pojištění, které navíc není pojištěním, ale daní.
- Finanční bonus zdravotního pojištění za předchozí nečerpání zdravotní péče, pokud je pacient dlouhodobě zdrav.

13. PRÁVNÍ OTÁZKY V OBLASTI NEDOTKNUTELNOSTI LIDSKÉHO ŽIVOTA A ZDRAVÍ.

HLAVNÍ PROBLÉMY

- Porušování Listiny základních práv a svobod v oblasti ochrany lidského života jako jedinečné integrity.
- Porušování ústavy České republiky v oblasti svobodné volby svobodné léčby.
- Porušování GDPR o zdravotním stavu jednotlivce v návaznosti na pracovní právo a na právo na vzdělání.
- Porušování práva rodičů jako zákonných zástupců dítěte při volbě léčby.
- Porušování Evropské úmluvy o lidských právech, která byla podepsána v Římě, dne 4. 11. 1950. Jedná se o nejdůležitější lidskoprávní úmluvu, která byla sjednána v rámci Rady Evropy. Stala se tak základem pro regionální mezinárodně-právní ochranu lidských práv v Evropě. Porušování práva na svobodný život, který je zde zakotven v článku 2.
- Porušování Všeobecné deklarace lidských práv, jako nejznámějším lidskoprávním dokumentem na světě. Jako například donucování k podpisu prohlášení o souhlasu k léčbě.
- Politizace zdravotního stavu jedince k nátlaku na jeho sociální chování – cestování, vzdělávání, podnikání, udržení pracovního poměru a další.

NÁVRHY ŘEŠENÍ

- Vytvoření právní informační platformy pro zaměstnance, to samé pro rodiče dětí.
- Obeznamení pracovníků a zaměstnavatelů, že porušováním tohoto práva se mohou dopouštět trestných činů.
- Šířit osvětu této problematiky mezi právními profesionály.



SLOVO ZÁVĚREM

Stalo se dobrým zvykem, že mladí absolventi lékařských škol skládají, na závěr svého studia jako své profesní krédo slib, který je připisován osobnosti, jejíž činnost je spojována s počátky medicíny jako samostatného oboru, a to Hippokratovu přísahu. Starověký Řek totiž na svém rodném ostrově Kos 400 let př. Kr. založil zřejmě první lékařskou školu v historii, kde nadčasově kromě medicíny vyučoval i filozofii, protože každá skutečná věda musí mít své hodnotové a duchovní ukotvení.

Text slibu prošel v modernistické době nejrůznějšími proměnami, podle místních ideologických požadavků. Stojí však za to, zopakovat si jeho text v tradiční dochované podobě a zamyslet se nad nadčasovým významem těchto slov.

Předně je třeba říci, že přísaha je míněna vážně, proto Hippokrates volá v úvodu za svědky vyšší duchovní síly. Porušení přísahy znamená pro nositele přivolat na sebe hněv bohů, před kterým není úniku.

Kromě úcty k učitelům lékařství, která má být trvalá, se lékař zavazuje vyučovat další zájemce o medicínu „*zdarma a bez smlouvy*“. Řečeno moderním slovníkem říká, že zdraví není komodita a práce lékaře není byznys. Dokonce klade požadavek na uzavření lékařských poznatků mimo okruh povoláných („*na lékařský mrav přísahajících osob*“) právě, aby preventivně předešel možnosti zneužití těmi, kteří nebudou dodržovat v textu vyslovené etické normy.

Nejznámější věta přísahy praví: „*Lékařské úkony budu konat v zájmu a ve prospěch nemocného, dle svých schopností a svého úsudku. Vystřihám se všeho, co by bylo ke škodě a co by nebylo správné*“. Jinými slovy pomohu každému nemocnému bez ohledu na jeho původ, vyznání, barvu pleti, názory či postoj ke mně. Pomohu každému, kdo to bude potřebovat, třeba i nepříteli...

Lidský život je posvátný. Proto „*nelze nikomu podat smrtící prostředek, i kdyby o to kdokoli požádal, a nelze k takovému konání ani dávat rady*“. To je jednoznačné odmítnutí eutanasie, která je definována jako usmrcení na žádost (se svolením poškozenceho).

Stejně tak jednoznačně se text lékařského slibu vyslovuje k tématu potratů. „*Žádné ženě nedám prostředek k vyhnání plodu*“. Je to požadavek na přirozenou ochranu lidského života od početí, který nepřipouští výjimky.

Asi nejproblematičtější pasáž pro výklad se týká zákazu „*řezat lidské tělo*“ s tím, že Hippokrates radí ji „*přenechat mužům, kteří takovéto řemeslo provádějí*“. Vypadá to, jakoby dávný Řek měl něco proti chirurgii. Přesto i zde se nabízí současný překlad. Lidské tělo je organický celek a lékař by měl chápat jeho činnost v celostním pohledu. Léčit příčiny a nikoliv následky nemocí. A právě chirurgie je jedinou

disciplínou západní medicíny, která se úspěšně utká s nevléčenými či neléčenými následky nemocí a zranění. Chirurg by však měl nastoupit až poté, kdy léčebný postup byl zcela vyčerpán, jako muž specifického řemesla.

Kromě mravních norem bezúhonnosti a zdrženlivosti klade Hippokrates důraz na lékařské tajemství. („*Cokoliv uvidím a uslyším, to zamlčím a uchovám v tajnosti*“). Zdravotní stav každého člověka je jeho osobní daností i odpovědností, citlivou informací, která není určena nikomu dalšímu kromě lékaře a pacienta. Je to informace, kterou je možné zneužít a Hippokrates tomu chce předcházet.

Letmým porovnáním textu Hippokratovy přísahy se současnou medicínskou praxí je bohužel patrné, že mnoho z těchto principů je dnes pošlapáváno, dokonce i představiteli lékařské vědy a praxe. Zdraví se externalizuje, stává se majetkem institucí, v zájmu tzv. ochrany zdraví se lidem vnucují neprověřené zdravotnické postupy a dokonce i potírají základní lidská práva.

Právě v této době je nadmíru důležité začít formulovat **nové paradigma péče o zdraví**. Smyslem totiž není se léčit, ale být zdravý. A **uzdravení znamená návrat k sobě a návrat k Bohu**. Aktivita péče o zdraví se tak musí vrátit zpět samotnému jedinci (s jeho informovaným souhlasem).

Jako se péče o zdraví neobejde bez práce na fyzickém a duševním těle, neobejde se už vůbec bez práce na duchu. Teprve ten, kdo začíná den svého tělesného pozemského života **modlitbou** a vřelým nasloucháním a přijetím všech impulzů z toho nehmotného „Nadsvěta“ si může být snad jist, že začal dělat to důležité pro své zdraví.

Bůh je milostivý, vševědoucí, všemohoucí. Jak nás miluje, tak o nás všechno ví a vše v našich životech může. Proto naprosto upřímná víra a oddanost Boží vůli je zárukou zdravého a mravného života. Stává se prevencí nemocí a nepříjemných stavů a obtíží.

Láska k Bohu - to je vlastně hlavní záruka zdraví, to nejlepší zdravotní pojištění.

Vladimír Vogeltanz, etikoterapeut
Strakonice, 21. 3. 2023

HIPPOKRATOVA PŘÍSAHA

ČESKÝ PŘEKLAD

Prísahám a volám Apollóna lékaře a Asklépia a Hygieiu a Panakeiu a všechny bohy a bohyně za svědky, že budu tuto smlouvu a přísahu dle svých možností a dle svého svědomí dodržovat.

Toho, kdo mě naučil umění lékařskému, budu si vážit jako svých rodičů a budu ho ze svého zajištění podporovat. Když se dostane do nouze, dám mu ze svého, stejně jako i jeho potomkům dám a budou pro mne jako moji bratři. Pokud po znalosti tohoto umění (lékařského) zatouží, budu je vyučovat zdarma a bez smlouvy. Seznámím své syny a syny svého učitele a všechny ustanovené a na lékařský mrav přísahající s předpisy, přednáškami a se všemi ostatními radami. Jinak však s nimi neseznámím nikoho dalšího.

Lékařské úkony budu konat v zájmu a ve prospěch nemocného, dle svých schopností a svého úsudku. Vystřihám se všeho, co by bylo ke škodě a co by nebylo správné.

Nepodám nikomu smrtící prostředek, ani kdyby mne o to kdokoli požádal, a nikomu také nebudu radit (jak zemřít). Žádné ženě nedám prostředek k vyhnání plodu.

Svůj život uchovám v čistotě a bohabojnosti, stejně tak i své lékařské umění. Nebudu (lidské tělo) řezat, ani ty, co trpí kameny, a tento zákrok přenechám mužům, kteří takovému řemeslo provádějí.

Do všech domů, kam vstoupím, budu vstupovat ve prospěch nemocného, zbaven každého vědomého bezpráví a každého zlého činu. Zvláště se vystřihám pohlavního zneužití žen i mužů, svobodných i otroků. Cokoli, co při léčbě i mimo svou praxi ve styku s lidmi uvidím a uslyším, co se nesmí sdělit, to zamlčím a uchovám v tajnosti.

Když tuto přísahu dodržím a neporuším, nechť ve svém životě i ve svém umění skromně dopředu postoupím. Tak získám si vážnost všech lidí po všechny ty časy. Když ale zákazy přestoupím a přísahu poruším, nechť stane se pravý opak.

Zdroj: https://cs.wikipedia.org/wiki/Hippokratova_přísaha



PŘEHLED AUTORŮ

Prof. MUDr. Jiří Beran, CSc.

Jiří Beran (*1960) je český epidemiolog a vakcinolog. V dubnu 2002 se stal ředitelem a vedoucím lékařem Centra očkování a cestovní medicíny v Hradci Králové. Odborné studium absolvoval ve vojenském lékařském a výzkumném doškolovacím ústavu a na Lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Hradci Králové, kde promoval v roce 1985. V letech 1985–1987 prodělal popromoční přípravu ve vojenské nemocnici v Plzni a pak byl do ledna 1990 vojenským obvodním epidemiologem v Kroměříži. V roce 1988 složil základní atestaci z hygieny a epidemiologie. V letech 1990–1993 pracoval jako odborný asistent katedry epidemiologie Vojenské lékařské akademie Jana Evangelisty Purkyně (VLA JEP), přičemž v roce 1992 obhájil disertační práci a složil též nástavbovou atestaci z epidemiologie. Roku 1993 se stal zástupcem vedoucího katedry epidemiologie. V roce 1994 složil základní atestaci z lékařské mikrobiologie, téhož roku se habilitoval a též byl zvolen prorektorem VLA JEP pro vědu, výzkum a zahraniční kontakty, jímž zůstal do roku 1997.

V roce 1994 se začal zabývat vývojem očkovacích látek, zejména proti chřipce, lymské borelióze nebo klíšťové meningoencefalitidě, virové hepatitidě A, břišnímu tyfu a virové hepatitidě B. Od roku 1997 pak problematikou cestovního lékařství, ve Společnosti infekčního lékařství ČSL JEP byl zvolen předsedou Sekce tropického a cestovního lékařství, jímž zůstal do roku 2005. Působil také jako zástupce České republiky ve Federaci evropských společností tropického lékařství. V roce 2000 se začal více zabývat i problematikou zvláště virulentních nálezů, jako je ebola, horečka lassa či antrax. Celkem asi pět let pobýval v tropických oblastech. V této oblasti působil do roku 2006 jako zástupce České republiky v programu ENIVD (European Network for the Diagnostics of Imported Viral Diseases). V prosinci 2001 odešel z VLA JEP do zálohy v hodnosti podplukovníka a téhož roku se stal ředitelem Centra očkování a cestovní medicíny v Hradci Králové. V červenci 2002 byl jmenován profesorem pro obor epidemiologie. Založil a v letech 2002 až 2008 vedl obdobné centrum při Klinice infekčních nemocí Fakultní nemocnice Hradec Králové. V roce 2004 se stal též vedoucím Samostatného výukového pracoviště tropické a cestovní medicíny Institutu postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví v Praze. Po roce 2009 vyučoval také na Ústavu epidemiologie 2. lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Praze-Motole. V roce 2020 se nakazil novým typem koronaviru a prodělal onemocnění covidem-19. Publikoval pak, že sebe i svého syna léčil pomocí léku Isoprinosin (inosin pranobex). Ve svých publikacích diskutoval klinickou efektivitu isoprinosinu. Jeho předpoklad byl poté potvrzen v zahraničí, při provedení dvojité slepé, placebem kontrolované, studie. Ta zjistila, že účinná látka léku je u lehkého a středně těžkého covidu oproti placebo vysoce klinicky účinná, a to v řádu desítek procent.

Prof. RNDr. Ivo T. Budil, Ph.D., DSc.

Ivo Budil (*1965) je český antropolog, historik a filozof. Vystudoval Přírodovědeckou a Filozofickou fakultu Univerzity Karlovy v Praze. Působí na Metropolitní univerzitě Praha. V roce 2006 byl na základě úspěšného jmenovacího řízení na Přírodovědecké fakultě Masarykovy univerzity v Brně jmenován profesorem v oboru antropologie. Ve stejném roce mu Vědecká rada Akademie věd České republiky udělila vědeckou hodnost doktor historických věd (DSc.). Zakladatel a emeritní děkan Fakulty filozofické (do 3. 1. 2005 Fakulty humanitních studií) Západočeské univerzity v Plzni, kde dvacet let působil jako vedoucí katedry, proděkan a prorektor. Kromě množství odborných studií a popularizujících statí je autorem patnácti odborných knih a dvou historických románů. Je nositelem Výroční ceny Nadace Josefa Hlávky za knihu *Za obzor Západu* (2002) a dále titulu „SVU Fellow for the professional achievements in the area of the social sciences“ (2003), Pamětní medaile Fakulty filozofické Západočeské univerzity v Plzni (2009) a Medaile Vojtěcha Suka udělené Ústavem antropologie Přírodovědecké fakulty Masarykovy univerzity v Brně za „vynikající příspěvek k rozvoji české antropologie“ (2009). Žije v Praze a má tři děti.

br. plk. v. v. MUDr. Pavel Budinský, Ph.D., MBA

Pavel Budinský (* 1959) je český lékař a od roku 2007 předseda Československé obce legionářské (ČsOL). Titul Ph.D. obdržel v oboru ekonomika a hygiena výživy na Vysoké vojenské škole pozemního vojska ve Vyškově a titul MBA na Pražské mezinárodní manažerské škole při VŠE Praha. V letech 1986–90 působil jako vojenský lékař v Jihlavě, v letech 1990–98 se zúčastnil zahraničních vojenských misí v Kuvajtu, Chorvatsku a Bosně, v letech 1998–2000 pracoval na Ministerstvu obrany ČR a od 2000 byl náměstkem ředitele Fakultní nemocnice v Motole. Za svou činnost v Armádě ČR a ČsOL obdržel řadu vyznamenání a ocenění, mimo jiné státní vyznamenání medaili *Za zásluhy* I. stupně. Publikoval v oblasti hygieny výživy a bezpečnosti potravin.

PhDr. Roman Cardal. PhD.

Roman Cardal (*1965) je český filosof a teolog. Studoval germanistiku na Filozofické fakultě Univerzity Karlovy v Praze, poté filosofii na Lateránské univerzitě v Římě a filosofii a teologii na SFD a STAB v Bologni. Dlouhou dobu přednášel filosofii na Katolické teologické fakultě Univerzity Karlovy a na soukromé vysoké škole CEVRO Institut. Zabývá se především metafyzikou, teodiceou a politickou filosofií. Vydal knihy „Bůh ve světle filosofie“, „Identita a difference. Systematický kurz ontologie“, „Teodicejní aggiornamento“, „Čtyři milníky politické filosofie“, „Vybrané otázky z filosofie“, „Myslet v diktatuře korektnosti“ a „Filosofie jako lék. Partnerský vztah filosofie a medicíny v Platónově myšlení“. Přednáší pro společnost Academia Bohemica a spolupracuje také s Občanským institutem. Je předsedou Společnosti pro Svatováclavská studia.

Ing. Mgr. Pynelopi Cimprichová

Pynelopi Cimprichová (*1958) je česká farmaceutka řeckého původu. Její rodiče přišli do Československa z Řecka, odkud je vyhnala krvavá občanská válka. Vystudovala farmacii na Univerzitě Komenského v Bratislavě a Podnikohospodářskou fakultu na Vysoké škole ekonomické v Praze. Pracovala též na Ministerstvu zdravotnictví, kde se starala o ceny a úhrady léčiv v ČR. Mnoho let vede vlastní firmu, která se zaměřuje na dokumentaci a administrativu léčiv, zdravotnických prostředků, doplňků stravy a jejich nežádoucích účinků.

Mgr. Pavla Hájková

Pavla Hájková (*1987) je česká certifikovaná klinická naturopatka, akreditovaná výživová poradkyně a lektorka. Vystudovala žurnalistiku na Fakultě sociálních věd Univerzity Karlovy v Praze, pracovala pro Post Bellum a Český rozhlas jako sběračka a editorka příběhů pamětníků totalitních režimů v projektu Paměť národa. Na Přírodovědecké fakultě Univerzity Palackého v Olomouci absolvovala obor mezinárodní rozvojová studia, kde poté pokračovala v doktorském studiu se zaměřením na výživu a přírodní medicínu v rozvojových zemích. V západoafrické Ghaně pracovala na projektech komunitního rozvoje a spoluzaložila také občanské sdružení podporující komunitní projekty v rurální oblasti Ghany. Je absolventkou tříletého oboru klinická naturopatie sestávajícího ze studia klinické nutriční medicíny a západní fytotherapie na Škole klinické naturopatie v Praze pod vedením Kateřiny Boesenberg, BHSc., ND, která v České republice etabluje klinickou naturopatii, v zahraničí vysoce ceněný univerzitní obor komplementární medicíny. V roce 2015 založila vlastní privátní praxi *Přirozeně ke zdraví*, v níž se zaměřuje na aplikaci léčebné výživy a západní fytotherapie při zdravotních potížích s využitím modelu funkční medicíny, který kromě zdraví fyzického bere v úvahu také složku zdraví mentálního, emočního a spirituálního. V roce 2022 rozšířila svoji praxi na *Centrum integrativní péče Přirozeně ke zdraví*, které buduje společně s manželem, psychologem a psychoterapeutem PhDr. Robertem Hájkem, s nímž vychovává tři děti.

Kryštof Látal, DiS.

Kryštof Látal (*1991) je český homeopat a terapeut. Sedmiletým studiem na zdravotnické škole E. Pöttinga v Olomouci, oboru zdravotní laborant a posléze diplomovaný zdravotní laborant, získal hluboké znalosti o imuno-biochemických pochodech v lidském těle. Poradensko-homeopatickou praxi vede od roku 2014 do současnosti. Je absolventem čtyřletého studia klasické homeopatie pro profesionální praxi (2010-2014), která vychází z norem organizací EU, ECCH (European Council for Classical Homeopathy) a ECH (European Committee for Homeopathy) pro lékařskou i nelékařskou homeopatii. Svůj homeopatický přístup úzce spojuje s naukami o psychosomate, ve které se aktivním samostudiem vzdělává. Kryštof Látal se spolu s homeopatickou poradnou rád angažuje ve veřejném životě. Pravidelně pořádá přednášky a odborné diskuse, do kterých zapojuje politiky, odborníky i veřejně známé osobnosti. V roce 2021 prošel mediálním výcvikem a mediacím se od té doby v rámci své poradenské praxe také věnuje. Pomáhá

lidem s řešením mezilidských sporů jinou než soudní cestou. V současné době se se svými kolegy zabývá unikátním konceptem výuky cizích jazyků za 3 měsíce.

MUDr. Tomáš Lebenhart

Tomáš Lebenhart (*1954) je český lékař a terapeut celostní medicíny. Je absolventem Fakulty dětského lékařství Univerzity Karlovy v Praze. Na podzim 1981 nastoupil do Klatovské nemocnice na dětské střežení jako sekundární lékař. Po cca půl roce nastoupil na dětské středisko ve Švihově a dalších pošumavských obcích. V roce 1983 složil atestaci 1. stupně z pediatrie. Začala ho zajímat neurologie, a tak se začal školit na místo ordináře pro dětskou neurologii. Stážoval na několika neurologických klinikách v Praze. Asi rok pracoval jako neurolog v klatovské nemocnici, pak krátce jako dětský neurolog. Po roce 1989 začal intenzivně studovat homeopatii. Postupně prošel pěti základními evropskými homeopatickými systémy. Mezitím složil atestaci 1. stupně z všeobecného lékařství. Od května 1989 pracoval jako praktický lékař pro děti a dospělé v Železně Rudě na Šumavě. Začal postupně používat i homeopatickou léčbu. Na jaře 2006 učinil zcela zásadní profesní krok a vystoupil z oficiálního medicínského establishmentu. Otevřel si ordinaci přírodní medicíny v Klatovech a přestěhoval se do malé vsi nedaleko. Několik let přednáší pro laickou veřejnost i pro lékaře o přírodní medicíně a duchovních otázkách. 30 let také sloužil i na lékařské službě první pomoci, aby neztratil živý kontakt s urgentní medicínou.

MUDr. Andrea Málková

Andrea Málková (*1969) je česká praktická lékařka se zaměřením na myoskeletální a integrativní medicínu. Je absolventkou Lékařské fakulty Masarykovy Univerzity v Brně a dále London College of Homeopathy. Získala též certifikát v oblasti antroposofické medicíny ve švýcarském Dornachu. Je předsedkyní Společnosti antroposofických lékařů a farmaceutů a členkou rady České lékařské společnosti pro integrativní medicínu. Založila společnost VISCUM, z.s., která je zaměřena na rozvoj, podporu aktivit a vědomostí v oblasti integrativní medicíny s primárním zaměřením na onkologická onemocnění. Ve své praxi se věnuje podpůrné terapii nádorových onemocnění léčivými přípravky ze jmelí. Je členkou Sdružení praktických lékařů a České lékařské komory.

Prof. MUDr. Jan Pirk, DrSc.

Jan Pirk (*1948) je český kardiochirurg, emeritní přednosta Kardiocentra a Kliniky kardiiovaskulární chirurgie IKEM. Je absolventem Fakulty všeobecného lékařství (nyní 1. lékařská fakulta) Univerzity Karlovy. Po ukončení studií v roce 1972 začal pracovat v nemocnici v Nymburce. Vyhrál konkurz na místo vědeckého aspiranta v IKEM a od 1. října 1974 zde pracuje. Zabýval se žilními štěpy a v roce 1978 se stal kandidátem lékařských věd, o deset let později získal doktorát věd. V letech 1983–1984 absolvoval stáž na Ochsner Medical Foundation v New Orleans v USA. V roce 1990–1991 působil v dánském Odense jako konzultant. V roce 1991 se stal přednostou Kliniky kardiiovaskulární chirurgie IKEM, o čtyři roky poz-

ději pak i přednostou celého Kardiocentra IKEM. Přednostou Kliniky kardiovaskulární chirurgie byl až do roku 2017 a přednostou Kardiocentra do roku 2021. Roku 1991 provedl svou první transplantaci srdce. V roce 1997 se stal docentem a byl mu udělen titul nejlepšího manažera ve zdravotnictví. V roce 2000 byl jmenován profesorem. V dubnu 2012 jeho tým nahradil českému pacientovi, hasiči Jakubu Halíkovi, srdce dvěma čerpadly. Před českými lékaři obdobný zákrok provedli jen jejich kolegové v americkém Texasu, ale pacient operaci nepřežil. Od roku 2013 je členem Učené společnosti ČR. Za svůj život provedl asi 7.000 operací, kromě toho také provedl i přes 300 úspěšných transplantací srdcí. Provádí také bezkrevní zákroky, tzn. že operuje bez použití krevní transfuze. Od října 2022 působí jako senátor za obvod č. 22 – Praha 10.

Ing. Pavel Pivrnec

Pavel Pivrnec (*1965) je český ekonom a manažer. Je absolventem Národohospodářské fakulty VŠE. Studium MHA (Master of Healthcare Administration) ukončil prací na téma „*Nozokomiální infekce jako předmět regresního řízení*“. Po velkou část profesionálního života pracoval ve Všeobecné zdravotní pojišťovně ČR, posledních pět let na pozici ředitele regionální pobočky pro Prahu a Středočeský kraj. V současné době pracuje jako ředitel pro oblast veřejného zdravotního pojištění ve společnosti Akesoholding, která je jedním z nejvýznamnějších privátních poskytovatelů zdravotní péče u nás. Je ženatý a má dva dospělé syny.

MUDr. Martin Jan Stránský, M.D., FACP

Martin Jan Stránský (*1956) je český lékař, pedagog, publicista, mezinárodní poradce a vydavatel obnovené verze časopisu Přítomnost. Pochází z významné československé prvorepublikové rodiny. Jeho pradědeček Adolf Stránský založil Lidové noviny a byl prvním ministrem obchodu v období první republiky. Jeho dědeček Jaroslav Stránský byl ministrem spravedlnosti a po druhé světové válce ministrem školství. Jeho otec Jan Stránský založil společně s Pavlem Tigridem československé vysílání rádia Svobodná Evropa. V roce 1978 získal bakalářský titul v oboru dějiny umění na Columbia University v New Yorku. V roce 1983 promoval na lékaře na mezinárodní lékařské fakultě St. George's University. Působí na katedře neurologie na Yaleské univerzitě, specializuje se na negativní vliv technologie na lidský mozek. Je spoluzakladatelem a ředitelem Polikliniky na Národní v Praze. Je též zakladatelem a ředitel programu Prague Selective, největšího letního programu pro studenty medicíny na světě.

Prof. RNDr. Anna Strunecká, DrSc.

Anna Strunecká (*1944) je česká pedagožka, vědecká pracovnice a publicistka v oblasti biomedicíny, především imunologie, autismu a zdravého životního stylu. Absolvovala Přírodovědeckou fakultu Univerzity Karlovy v oboru biologie a chemie, kde získala doktorát v oboru přírodních věd, později se (tamtéž) stala docentkou a 1. února 1989 byla jmenována profesorkou. Od roku 1981 do roku 2006 působila na Katedře fyziologie a vývojové biologie Přírodovědecké fakulty Univerzity Karlovy. Působila jako hostující profesorka např. v Nizozemí, Německu, v USA

a na Novém Zélandu. Účastnila se desítek mezinárodních konferencí a publikovala na 400 odborných vědeckých publikací. V roce 1995 získala ocenění České neuropsychofarmakologické společnosti jako spoluautorka práce „*Postreceptorové signální systémy u schizofrenie*“. V roce 2003 byla oceněna spolu s kolektivem autorů vedených doktorkou Danielou Říповou cenou Aloise Alzheimerera, kterou uděluje nadace Academia Medica Pragensis. Ocenění získali za práci z oblasti diagnostiky a terapie Alzheimerovy demence. Je autorkou řady odborných prací a populárních knih. Její kniha *Doba jedová* vévodila prodejnímu žebříčku serveru Booknet za rok 2011 a 2012.

JUDr. Denisa Sudolská

Denisa Sudolská (*1978) je česká advokátka. Vystudovala právo a právní vědu na Právnické fakultě Univerzity Karlovy. V roce 2008 úspěšně absolvovala státní rigorózní zkoušku a získala titul JUDr. V roce 2010 absolvovala úspěšně advokátní zkoušky a založila advokátní kancelář AK Sudolská s.r.o., kde vykonává od roku 2010 generální právní praxi a vede tým zkušených advokátů. Specializuje se na obchodní, mezinárodní, ústavní, občanské a zdravotnické právo. Pravidelně publikuje v rámci celé řady právnických a ekonomických periodik a pravidelně přispívá novinkami z prostředí české justice a českého i zahraničního práva na webové stránky advokátní kanceláře.

Prof. RNDr. Jana Šmardová, CSc.

Jana Šmardová (*1961) je česká bioložka a vysokoškolská pedagožka. Vystudovala Přírodovědeckou fakultu UJEP Brno. Hodnost kandidátky věd ji byla udělena v roce 1989 na Mikrobiologickém ústavu Akademie věd ČR. V letech 1989–1993 působila na Entomologickém ústavu Akademie věd v Českých Budějovicích. V roce 1991 odcestovala na dva roky do USA, kde působila na State University of New York. Po návratu do Česka působila od roku 1996 do roku 2003 na Masarykově onkologickém ústavu v Brně. V dalších letech působila na Ústavu patologie FN Brno při LF MU. Dlouhodobě se věnuje biologii nádorů, patologii a onkologii. Přednáší na Přírodovědecké fakultě Masarykovy univerzity. Je autorkou kurzu *Biologie nádorů pro každého aneb buněčná filozofie*. Tento kurz je otevřen studentům různých oborů a věnuje se vztahům mezi aspekty chování nádorových buněk a aspekty západní civilizace. Na základě svých vhledů Jana Šmardová napsala knihu *Co nás učí nádory: Paralely v chování buněk a lidí* (Munipress, 2021). Za svou knihu získala z rukou děkana Tomáše Kašparovského Medaili za významný tvůrčí počin.

Prim. MUDr. Ladislav Špišák, CSc.

Ladislav Špišák (*1950) je český lékař a primář léčebné lázeňské kliniky. Vystudoval Lékařskou fakultu Univerzity Karlově na pobočce v Plzni. Dále se specializoval v oboru vnitřního lékařství, diabetologie, fyziatrie a léčebné rehabilitace. Kandidátskou dizertační práci obhájil na Univerzitě Karlově v Praze. Od osmdesátých let minulého století přednáší tematiku balneologie na Lékařské fakultě UK v Plzni

pro mediky a v posledních letech i pro fyzioterapeuty Západočeské univerzity v Plzni a 3. Lékařské fakulty UK v Praze. Do roku 2012 pracoval jako vedoucí lékař Sanatoria Bristol v Karlových Varech a od tohoto roku do současnosti je lékařským ředitelem a vedoucím lékařem Léčebné kliniky Savoy Westend Karlovy Vary. V roce 2004 obdržel Cenu Sdružení léčebných lázní a v roce 2019 Cenu města Karlovy Vary za dlouholetou práci v lázeňství, za propagaci a popularizaci lázeňské léčby a zavádění moderních léčebných metod. Od roku 2019 je předsedou Rady Institutu lázeňství a balneologie v.v.i.

Ing. Ivan Šrámek

Ivan Šrámek (*1967) je dlouholetý český lektor a konzultant pro korporátní klientelu. Vystudoval Vysokou školu strojní a elektrotechnickou v Plzni, obor Automatizované systémy řízení a následně po roce 1989 čtyřleté studium manažerské a psychologické dovednosti pro management v německém Hamburku. Jeho trvalým zájmem jsou vztahy mezi lidmi, jejich tvorba a eskalace. I to ho vedlo k zájmu o politiku, dění ve společnosti a k teoriím masového ovládnutí. V současné době studuje Školu Jednotné medicíny a psychosomatiky.

MUDr. Vladimír Vogeltanz

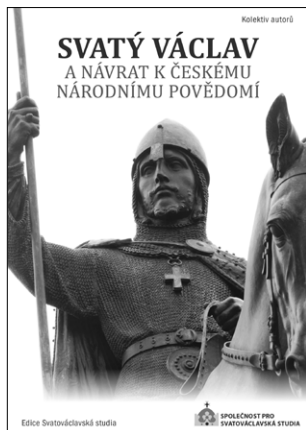
Vladimír Vogeltanz (*1953) je český lékař a v současné době nejvýznamnější pokračovatel oboru etikoterapie uplatněné v praxi. Vystudoval medicínu na Univerzitě Karlově. Působil jako zástupce primáře nosního, ušního a krčního oddělení nemocnice ve Strakonici se dvěma atestacemi. Před lety však ukončil lékařskou praxi. Po patnácti letech strávených na operačních sálech a ambulancích nemocnic odešel z medicíny proto, aby se mohl plně věnovat etikoterapii - skutečnému uzdravování nemocných, kdy jako jediný u nás praktikuje tuto léčebnou metodu. Etikoterapie hledá v životě nemocného místo, kde se odklonil od vesmírného řádu věcí, od zákona lásky a jednoty. Je-li nalezeno a odstraněno ono blokující přesvědčení a změněn životní způsob, může teprve dojít ke skutečnému uzdravení v duchu, a tím i k vymizení hmotných příznaků v těle.

MUDr. Alexandra Vosátková

Alexandra Vosátková (*1968) je česká lékařka se soukromou praxí se zaměřením na celostní léčebné postupy, zejména tradiční čínskou medicínu. Vystudovala lékařskou fakultu tehdejší Univerzity Jana Evangelisty Purkyně v Brně. Má atestace z chirurgie a rehabilitace. Deset let vedla primariát rehabilitačního oddělení nemocnice v Třebíči. Od roku 1992 se zabývá psychoterapeutickými technikami, zejména eriksonskou psychoterapií a nedirektivní hypnoterapií. Věnuje se také tradiční čínské medicíně (TČM), kterou praktikuje od roku 1992. V roce 2004 zakončila studium TČM nástavbovou zkouškou dle oficiálních testů institutu Guang Ming v Pekingu. Je lektorkou české společnosti ENERGY Group, a.s., která se zabývá výrobou produktů založených na respektování poznatků vědy a zároveň čerpá ze znalostí a zkušeností tradičních, medicínsko-filozofických učení. V současné době provozuje soukromou ordinaci celostní medicíny v Třebíči.

Prof. MUDr. Jan Žaloudík, CSc.

Jan Žaloudík (*1954) je český lékař a politik, dlouholetý zaměstnanec a ředitel Masarykova onkologického ústavu (MOÚ) v Brně, kde pracuje od absolvování brněnské lékařské fakulty od roku 1979 s přestávkami delších výzkumných pobytů ve Velké Británii (1983 a 1988) a USA (1990–92). Atestoval z oborů chirurgie a klinická onkologie, spoluzakládal atestační nadstavbový obor onkochirurgie. V roce 1992 obhájil titul CSc., v roce 1998 po habilitaci titul docenta a roku 2003 získal profesuru. V Masarykově onkologickém ústavu (MOÚ) v Brně působil jako chirurg a onkolog od role sekundáře až po náměstka pro vědu a rozvoj a ředitele ústavu v letech 2000–2001 a v letech 2014–2019. V letech 1999–2002 byl proděkanem pro vědu a výzkum Lékařské fakulty Masarykovy univerzity a po dvě funkční období v letech 2003–2010 pak vykonával na této fakultě funkci děkana, což bylo velmi dynamické období výstavby rozsáhlého nového univerzitního kampusu spojené také se stěhováním a rozšiřováním fakulty. V letech 2010–2022 byl senátorem Parlamentu ČR za obvod č. 55 Brno-město jako nestraníka za ČSSD a působil v senátu jako předseda a místopředseda výboru pro zdravotnictví, člen stálé komise pro sdělovací prostředky a člen parlamentních misí ČR při OBSE. Působil v řadě poradních orgánů, komisí MZD a grantových agentur. Je autorem více než dvou set odborných prací a mnoha přednášek a textů, týkajících se také onkologické prevence a organizace zdravotnictví. Jako důchodce nyní působí v MOÚ v roli odborného poradce ředitele, nadále jako učitel na lékařské fakultě MU a zastupitel Jm-kraje ve výboru sociálně-zdravotním. Má dvě dcery a čtyři vnoučata.



Svatý Václav a návrat k českému národnímu povědomí

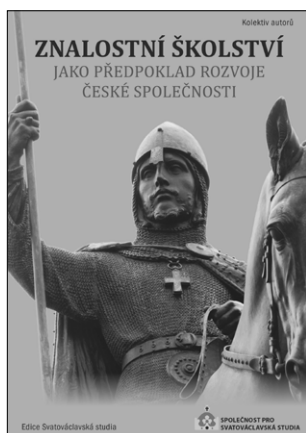
Edice: Svatováclavská studia č. 1/2020

Kolektiv autorů: Petr Bahník, Markéta Bahníková,
Tomáš Břicháček, Roman Cardal, Aleš Dvořák,
Petr Charvát, Jiří Kuthan, Petr Matuszek,
Jan Royt, Petr Sak, Oldřich Selucký,
Vojtěch Šustek, Igor Volný

Jakub Karel Berka (úvodní slovo)

Roman Cardal (editor)

Svatý Václav provází české dějiny během celého jejich tisíciletého trvání. Objevuje se jako světec, nadpřirozený ochránce státu a opora českých vojsk v bitvách. Karel IV. jej výslovně označil za věčného vládce země a zasvětil mu nově vyzdobenou královskou korunu – symbol české státnosti. Svatováclavská idea byla vždy sjednocující pro všechny Čechy, Moravany a Slezany bez rozdílu a právě ona by mohla pomoci ukončit období rozdělené společnosti, které u nás panovalo po celé minulé století a nezmizelo ani po roce 1989. Sborník se zaměřuje na roli svatováclavského odkazu ve vztahu k české státnosti i na rozbor jeho ohlasu.



Znalostní školství jako předpoklad rozvoje české společnosti

Edice: Svatováclavská studia č. 2/2021

Kolektiv autorů: Ondřej Andrys, Petr Bahník,
Jindřich Beznoska, Roman Cardal, Josef Dobeš,
Aleš Dvořák, Jaroslav Fidrmuc, Eduard Fuchs,
Jeroným Klimeš, Jan Kumpera, Martin Odehnal,
Petr Piřha, Michal Semín, Veronika Valíková, Vít Vlnas

Hana Moučková (úvodní slovo)

Aleš Dvořák (editor)

Otázka vzdělání je prvním tématem pro společnost, která se chce rozvíjet. Pojem „znalostní školství“ pak odkrývá, jaký charakter by měl náš vzdělanostní systém mít. Naše děti a vnukové budou totiž muset se svými znalostmi a schopnostmi obstat na globálním celosvětovém trhu a jedině technologicky vyspělé projekty s vyšší přidanou hodnotou mohou být základem rozumně zabezpečené budoucnosti naší země. Mezi autory jsou lidé, kteří stáli dlouhá léta za katedrou a znají školskou problematiku zevnitř, jsou mezi nimi vážení univerzitní profesori a docenti i bývalí ministři školství.



Rodina jako středobod života zdravé společnosti

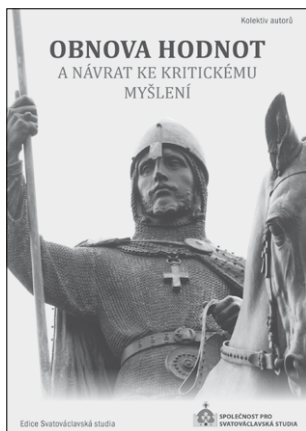
Edice: Svatováclavská studia č. 3/2021

Kolektiv autorů: Dana Hamplová, Leona Hozová,
Jana Jochová, Martin Kahoun, Jakub Kříž,
Věra Kuchařová, Katalin Novák, Ivo Patta,
Jan Pivoda, Jana Seemanová,
Harald Christian Scheu, Blanka Vildová,
Klára Vítková Rulíková, Stanislav Volák

Monika Němečková (úvodní slovo)

Jana Jochová (editor)

Rodina je základem každé zdravé společnosti. A děti reprezentují její budoucnost. Pro pozitivní formování osobnosti mladého člověka je čím dál zásadnější, v jakém rodinném prostředí vyrůstá. Funkční rodiny vychovávají děti, které odolají sociálně patogenním nástrahám dnešního světa a budou schopny přispět k větší rovnováze života na zemi i ve vztahu k morálním hodnotám, které nás utvářejí i přesahují. Tento sborník se snaží nastínit cestu, jak posílit českou rodinu v jejich základních funkcích. Mezi tvůrci publikace jsou jak univerzitní pedagogové, tak odborníci z praxe, kteří bedlivě hlídají tenkou hranici mezi soukromým a veřejným zájmem.



Obnova hodnot a návrat ke kritickému myšlení

Edice: Svatováclavská studia č. 4/2021

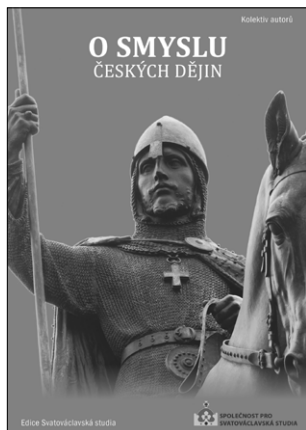
Kolektiv autorů: Petr Bahník, Jaroslav Brož,
Roman Cardal, Štěpán M. Filip, Jiří Fuchs,
Jiří Hejlek, Tomáš Kouřil, Tomáš Machula, L. A. Máslo,
Miloš Mrázek, Lukáš Novák, Oldřich Selucký,
Antonín Steinhauser, Radim Ucháč, Jiří Vítovec

Zdeňka Rybová (úvodní slovo)

Dominik kardinál Duka (slovo závěrem)

Roman Cardal (editor)

Ve světě bez plného hodnotového ukotvení, ve světě bezbřehého relativismu, nelze dlouhodobě existovat. Takto formovaná společnost, by totiž nezadržitelně šla ke svému zániku. A také současná atlantická civilizace založená na protikřesťanském humanismu lidských práv nadřazených Řádu Stvoření se v evidentní krizi nachází. Hodnotově do ní ale nepatří země ve středu, na východě a na jihu Evropy, které jsou bohužel dobytým územím atlantické civilizace a hrají v ní nedůstojnou úlohu. Evropa bez křesťanství nemůže být evropská. Návrat zpět k prověřeným hodnotám se navíc neobejde bez kritického myšlení jako metody hledání pravdy.



O smyslu českých dějin

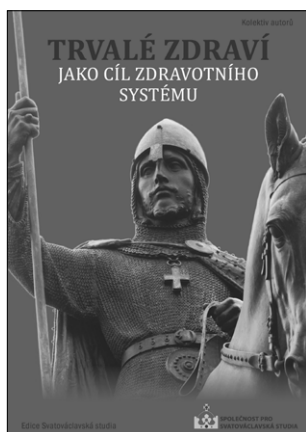
Edice: Svatováclavská studia č. 5/2022

Kolektiv autorů: Petr Bahník, Markéta Bahníková, Jaroslav Bašta, Lenka Bobková, Roman Cardal, Petr Čornej, Aleš Dvořák, Milan Hlavačka, Václav Liška, Radomír Malý, Naďa Profantová, Michal Těra, Igor Volný

Václav Liška (úvodní slovo)

Petr Bahník (editor)

Studium dějin vlastního národa a státu je nejen určitým sebe-identifikujícím momentem každé země, ale slouží jako vodítko pro pochopení jejího osudu a stanovení správných budoucích cílů. Výklad dějin však není jen objektivním posouzením minulých událostí, ale může být i nástrojem na ovládnutí druhých, zvláště je-li formulován ze zahraničí. Autoři sborníku se proto pokusili přinést čtenáři určitou mozaiku pohledů na klíčové momenty českých dějin cíleně od počátku naší státnosti v X. století až na práh XX. století. Naše nejmodernější dějiny ještě nejsou součástí historických faktů, a proto jim věnujeme sborník o globální politice a mezinárodních vztazích.



Trvalé zdraví jako cíl zdravotního systému

Edice: Svatováclavská studia č. 6/2023

Kolektiv autorů: Jiří Beran, Ivo Budil, Roman Cardal, Pynelopi Cimprichová, Pavla Hájková, Kryštof Látal, Tomáš Lebenhart, Andrea Málková, Jan Pirk, Pavel Pivrnec, Martin Jan Stránský, Anna Strunecká, Denisa Sudolská, Jana Šmardová, Ladislav Špišák, Ivan Šrámek, Alexandra Vosátková, Jan Žaloudík

Pavel Budinský (úvodní slovo)

Vladimír Vogeltanz (slovo závěrem)

Andrea Málková (editor)

Zdánlivě provokativní pojem trvalé zdraví neznamená nesmrtelnost. Každý člověk i zdravotní systém by se měli snažit, aby lidé byli po drtivou část svého života zdraví, a když onemocní, tak aby se opět uzdravili a nikoliv se jen (dlouhodobě) léčili. Lidské zdraví je totiž komplexním pojmem, který zahrnuje nejen fyzické zdraví, ale také zdraví emoční a duchovní. Je vždy třeba vidět celého člověka, nejen jeho jednotlivé orgány. A v neposlední řadě, že je třeba uznat každou cestu, která prokazatelně vede ke zdraví, bez ohledu na zájmy těch, kteří ze zdravotního systému bohatnou. Je proto rolí státu, aby takovému zdravotnímu systému otevřel dveře.



SPOLEČNOST PRO SVATOVÁCLAVSKÁ STUDIA

Společnost pro Svatováclavská studia, z.s. je zapsaný spolek založený 28. 9. 2019, symbolicky v den 1090. svatováclavského výročí. Je registrovaný ve spolkovém rejstříku vedeném Městským soudem v Praze. Jeho náplní je pomoci vybudovat instituci s názvem Svatováclavská studia – Ústav české státnosti (SVS -UČS) a podporovat její dlouhodobou činnost a rozvoj.

Inspirací projektu Svatováclavských studií (SVS) je francouzská společnost pro odkaz Jany z Arku (The International Joan of Arc Society / Société Internationale de l'étude de Jeanne d'Arc). Cílem projektu je dokumentace, studium a popularizace pramenů, literatury a památek ve vztahem k osobě svatého Václava a ke svatováclavské duchovní a kulturní tradici a také k tisícileté tradici české státnosti.

Předsedou spolku a jeho statutárním představitelem je filozof a teolog PhDr. Roman Cardal, PhD. Spolek má důstojné sídlo ve Strahovském klášteře v Praze na Hradčanech.

Svatováclavská idea sjednocuje všechny Čechy. Proto by Svatováclavská studia – Ústav české státnosti měla mít celonárodní charakter a měla by být zřízena jako veřejná instituce. Spolek usiluje, aby na jejím vzniku a existenci participoval nejen stát, ale i municipality, vysoké školy, národní kulturní a vědecké instituce, stejně jako významné české svazy a spolky i významné české privátní subjekty. Se všemi takovými potencionálními partnery spolek usiluje navázat dlouhodobé partnerství.

Zřízení Svatováclavských studií souvisí s obnovou Staré Boleslavi jako národního poutního místa, kde se mimo jiné každoročně koná Národní svatováclavská pouť, což významně podpořilo myšlenku umístit v budoucnu sídlo Svatováclavských studií právě do Staré Boleslavi.

Spolek o tom, v překrásně opravené bazilice Nanebevzetí Panny Marie, kde je opět trvale uloženo Palladium země České, podepsal s místní Kolegiátní kapitulou svatých Kosmy a Damiána dne 14. srpna 2020 společné memorandum. To předpokládá, že připravovaný ústav Svatováclavských studií by sídlil ve zdejším Kanovníckém domě, symbolicky na nám. sv. Václava, a zřídil by mimo jiné také stálou výstavu o životě a odkazu svatého Václava a svaté Ludmily, a to v nedalekém Děkanském domě. Zmíněné memorandum osobně kontrasioval též arcibiskup pražský a primas český Dominik kardinál Duka.

Společnost získává pro svou činnost prostředky na základě darů českých právnických osob a spolků a příspěvků českých nadačních fondů a nadací; společnost neusiluje o žádné financování ze zahraničí.

Společnost pro Svatováclavská studia, z.s.

Strahovské nádvoří 132/1, 118 00 Praha 1 – Hradčany

IČO: 087 15 246, tel.: 230 233 389, e-mail: sss@ssszs.cz, web: www.ssszs.cz

Vydání publikace podpořila
společnost Jihoexpres Agro s.r.o

JIHOEXPRES AGRO



**SPOLEČNOST PRO
SVATOVÁCLAVSKÁ
STUDIA**

č. 6/2023

ISBN 978-80-908340-7-1



9 788090 834071

Trvalé zdraví jako cíl zdravotního systému

Svatováclavská studia