

HLAVNÍ příčinou nemocnosti a úmrtnosti jsou dnes ve všech vyspělých zemích srdeční a cévní choroby. Jak uvádí Světová zdravotnická organizace, je úmrtnost u dospělých osob, způsobená těmito chorobami, vyšší než na rakovinu, úrazy a infekční choroby dohromady. Stoupá počet osob středního a vyššího věku s větší náchylností k těmto chorobám. Vyřazují navíc z aktivního života i ze života vůbec osoby stále mladší. U nás například mají každým rokem za následek přes sto tisíc úmrtí, což představuje více než polovinu všech ostatních příčin smrti, samotná ischemická choroba srdeční způsobuje téměř 45 000 úmrtí. Přitom obávanému AIDS padl dosud za oběť v celém světě přibližně stejný počet lidí.

uchovejme si zdraví

cholesterol
vysoký tlak
kouření
obezita
málo pohybu
stres



V PRAŽSKÉM Paláci kultury se letos koncem roku konalo zasedání vedoucích národních programů prevence ischemické choroby srdeční. Jsou realizovány pod patronací Světové zdravotnické organizace a je do nich zapojeno dvacet zemí světa. Pro nás je zvláště významné, že funkcí nově zřízeného spolupracujícího centra SZO pro koordinaci byla pověřena Výzkumná základna preventivní kardiologie pražského Institutu klinické a experimentální medicíny.

O cíli tohoto zasedání hovořil na tiskové konferenci její přednostka prof. MUDr. Z. Píša, CSc. Zástupci dvaceti zemí si zde vyměnili informace, poznatky a zkušenosti a současně zhodnotili dosavadní výsledky a postup prací při naplňování programu prevence v jednotlivých zemích.

Jistě mnozí z nás víme, že k rizikovým faktorům vzniku kardiovaskulárního onemocnění patří zejména zvýšení cholesterolu v krvi (k němuž přispívá i nesprávná strava), zvýšený krevní tlak, kouření, nadváha, nedostatečná fyzická aktivita, některé psychosociální vlivy včetně stresu apod. Ale kdo z nás se jich snaží vyvarovat?

Jejich výskyt v naší populaci je více než varovný. Výzkum skutečně nedávno v šesti českých okresech ukázal, že žádné tyto faktory nemá pouze dvacet procent mužů a třicet procent žen ve věku 25 až 64 let. Kouří celkem polovina mužů a třetina žen, zvýšené hladiny cholesterolu lze nalézt zhruba u třetiny osob obou pohlaví, hypertenzi přibližně u čtvrtiny všech mužů a pětiny žen, nadměrnou hmotností trpí dvacet procent mužů a pětadvacet procent žen. Přitom je zvláště závažný velký výskyt kuřáctví ve věkové skupině 25–34 let (60 procent mužů a 40 procent žen). Spolu se stoupajícím věkem přibývá

osob s vysokým tlakem, hypercholesterolemii a obezitou.

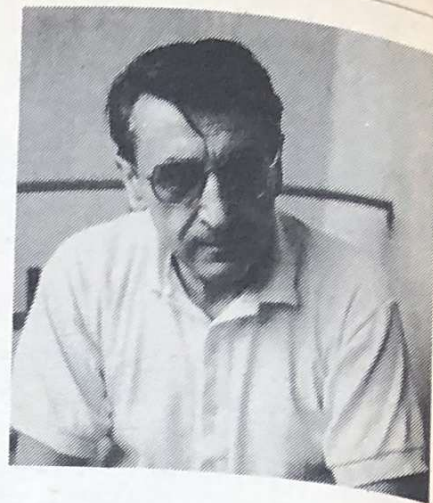
Třebaže ve světě existují moderní způsoby léčby řady těchto onemocnění, rozhodující pozornost musí být věnována relativně nejsnazšímu a přitom nejúčinnějšímu preventivnímu úsilí. Jde tedy o to, přesvědčit veřejnost a odpovědná místa o nutnosti cíleného pozitivního ovlivňování rizikových faktorů.

Hlavním smyslem národních programů je překonat rozpor mezi současnými vědeckými poznatky o rizikových faktorech a jejich nedostatečným uplatněním v praxi pro snížení nemocnosti a úmrtnosti. Prevence musí být chápána jako komplexní úkol, který přesahuje rámec samotné medicíny a zdravotnických služeb. K nim se musí připojit příslušná opatření organizační, ekonomická, legislativní, daňová, cenová atd. A samozřejmě současně s tím musí dojít ke změně postojů veřejnosti.

Přístupy k prevenci jsou v jednotlivých zemích odlišné podle jejich situace ve výskytu ischemické choroby srdeční, systému zdravotnictví, dostupných finančních i jiných zdrojů. Pražské setkání jednalo i o těchto společných rysech a odlišnostech.

V některých zemích je výchovná kampaň uskutečňována ihned zákonnými opatřeními na úrovni vlády či ministerstev. Všude se však práce plánují na dobu nejméně deseti až patnácti let. My všichni bychom si měli uvědomit, že kladným ovlivněním hlavních rizikových faktorů dojde k tomu nejdůležitějšímu — ke snížení nemocnosti a úmrtnosti na zmíněnou chorobu, ale zároveň se dosáhne zlepšení zdravotního stavu a zvýšení průměrného věku.

N. STAŇKOVÁ



V ČEM zaujalo Československo primát v léčbě popálenin?

„Jsem klinický psycholog a nemohu tedy odpovídat na otázku týkající se léčení popálenin v komplexním smyslu, mohu snad posoudit její psychologickou problematiku. Začnu tedy tím, že psychologie termických úrazů a nemoci z popálení je významnou složkou jejich léčby i prevence. Byla to právě psychologická témata, s kterými jsme od počátku osmdesátých let měli určité úspěchy na mezinárodním fóru. Zprvu měl příznivý ohlas náš projekt lékařského a psychologického zvládnutí masových katastrof, při nichž dochází k hromadným tepelným úrazům. Přišli jsme s námětem vytvořit při zvládnutí hromadných katastrof centrum pro informace a psychologickou podporu, protože zkušenosti s dosavadními podobnými incidenty, zejména s katastrofou ve španělské Los Alfaques, nás poučily, že tu umírá více lidí na dezorganizaci a zmatek, které jsou provázeny těžkým stresem, než na původní příčiny nemoci z popálení. Pak jsme se výzkumově i klinicky věnovali problematice ošetření dětí postižených tepelnými úrazy, což bylo rovněž publikováno na mezinárodním fóru. Naše koncepce tzv. doprovodu, čili výběr vhodných zdravých osob pro společnou hospitalizaci s postiženými dětmi — ať už jde o blízké příbuzné nebo jiné dobrovolníky — vzbudila rovněž velký zájem v zahraničí. Velkou pozornost vzbudil i náš referát o tzv. DF — syndromu (disfigured face sy). O co se jedná? Víme, že za deformací tváře, jež je postižena plamenem nebo později (a opakovaně) rekonstruována lalokovými plastikami (takže je zcela změněna různými deformitami), postupují též alterace či proměny celé osobnosti. Často jsou zmíněné alterace postižitelné jen subklinicky, tedy jemnými psychologickými technikami, ale pacientovi velmi ztrpčují život.“

Jak se tento psychologický syndrom subklinicky u popálených projevuje? Vy jste ho popsali a vlastně i zařadili do diagnostické nomenklatury...

„O tom, že tvář člověka je spojena s osobností velmi jemnými a citlivými pouty, víme dávno. Ovšem význam této vazby u popálenin jsme snad potvrdili a s určitým výsledkem zkoumali až my, v Československu, na popáleninovém oddělení v Praze. U třiceti pacientů (jejich počet se postupně zvyšoval) jsme zprvu našli zvláštní psychologický jev, který jsme nazvali syndromem znetvořené tváře. Tito lidé byli po úrazu najednou úplně jiní: citově vyprahlí, neteční

doteky teky ky života vota ta

POPÁLENINOVÉ oddělení kliniky plastické chirurgie fakultní nemocnice v Praze 10-Vinohrady. Za průhlednými stěnami pomalu a tiše pulsuje život.

Chceš-li pohlédnout pacientovi do tváře, často nevidíš nic víc než spleť bílých obvazů. Bojíš se pomyslet na to, co se skrývá pod nimi. Největšími obavami však trpí pacient. Klade si spoustu otázek, na něž nenachází odpovědi. Jak bude žít? Bude se moci vrátit mezi své přátele? Jak ho přijmou? Propadá depresi a zoufalství. Jeho život ztrácí smysl a nechce se mu žít.

Nemoc je nemilosrdná a krutá. Sváže tě do uzlíčku a hodí do kouta. Zůstaň si tam se svou bolestí sám. Potom je člověk vděčný za každé slovo útěchy či povzbuzení, nikoli však falešné. Této nelehké a doslova „mravenčí“ práce se ujmá klinický psycholog. Navštěvuje pacienta na lůžku, hovoří s ním o jeho pocitech, obavách a starostech. Pomáhá mu znovu nalézt cestu k životu.

Hovoříme s doc. dr. IVO PONDĚLÍČKEM, CSc., nositelem Mezinárodní Ramelotovy ceny z roku 1985—1986 a Mezinárodní ceny J. Lainga z letošního roku za lékařský výzkum z oblasti psychologického aspektu při popálení a zohavení tváře.

a nejistí, což se spojuje s bázní, úzkostí a obezřetností v sociálním chování.

Uřili jsme také diagnostickou škálu postojů a pocitů, jimiž popálený (a zejména pak pacient s DF-syndromem) reaguje, a podle této škály jsme se pokusili naznačit i terapeutické a zejména psychoterapeutické důsledky.

Co bylo motivem, že jste přišel na oddělení popálenin kliniky plastické chirurgie?

„Tato oblast je jednou z těch, při jejichž řešení se uskutečňuje úzká spolupráce plastického, popáleninového chirurga a klinického psychologa. V dnešní klinické praxi je toto spojení poměrně nové, ale jak se ukázalo, zároveň velmi nezbytné. Tušení této nezbytnosti a zároveň přitažlivost nových možností mne jako klinického psychologa mezi jiným přiměly, abych na celých šest let „zběhl“ z dávného osetého i sklizeného pole psychiatrie a sexuologie, aniž bych ještě tušil, že se během šesti let ocitnu u nové somatopsychické koncepce nemoci z popálení.“

V knize Rekonstrukce a rehabilitace popáleninového traumatu, kterou jste napsali společně s MUDr. R. Königovou, se na jednom místě zmiňujete o takzvané „druhé revoluci v popáleninové problematice“. Měl jste na mysli právě tuto somatopsychickou koncepci?

„Přesně tak. Přičemž „první revolucí“ v této oblasti rozumím čin akademika F. Buriana, zakladatele oboru a našeho významného plastického chirurga, který popáleninovou problematiku před padesáti lety odňal dermatologům a převedl ji na chirurgii. Protože nemoc z popálení není

vůbec nemocí kůže, ale trpí při ní různé vnitřní systémy, oběhový systém, systém hepato-renální a samozřejmě i centrální nervová soustava. My k tomu pak v rámci zmíněné „druhé revoluce“ říkáme, že to není jenom nemoc těla, ale postižení celého organismu a co víc — celé osobnosti.“

Vraťme se ještě k vašim zkušenostem se zmíněným „doprovodem“ popálených pacientů...

„Zjistili jsme, že pouhá přítomnost člověka, na kterého je pacient fixován, zachraňuje mnohdy víc než sebelepší léčba pacienta, který se cítí opuštěný a ztracený. Zavedli jsme proto doprovody, zejména u pacientů ležících na jednotce intenzivní péče, a to nejenom u dětí, nýbrž i u dospělých. Osoby, které pacienti provázejí, jsou pro nás zároveň jakýmsi nástrojem léčby. Často zprvu nemluvíme ani tak s pacientem, jako s nimi. Doprovod může tvořit blízký příbuzný, ale i kamarád; výborné výsledky jsme měli v několika případech i u bratrů. Snad jako jediní na světě jsme začali praktikovat doprovody výběrově. Když měl být někdo přijat, musel prokázat, že je pro takový úkol vhodným člověkem. Nemožli jsme například přijmout matku, která má vůči dítěti pocit viny... Pro doprovody jsme zpracovali znovu určitou nomenklaturu. To je novinka, která se projednávala na řadě zahraničních vědeckých setkání, která předcházela udělení Ceny M. Ramelota. Kolik lidí jsme odmítli? U dětí jsme na jednotce intenzivní péče přijali 70 procent těch, kteří se nabízel, u dospělých jen asi 30 až 40 procent. Za odmítnutý doprovod jsme vždy hledali náhradu. Velmi se například osvědčili otcové. Výběr vhodného doprovodu trval určitou dobu, ale vyplatil se. V souvislosti s doprovody jsme samozřejmě narazili i na problém ekonomický

— pobyt doprovodu na klinice vyžaduje určité náklady. Ovšem uzdraví-li se pacient o polovinu času rychleji a je-li pak schopen znovu pracovat, společnosti se to mnohokrát vrátí.“

Na popáleninovém oddělení jste úspěšně uplatňoval psychoterapii. Co soudíte — má psychoterapie v medicíně budoucnost?

„Odkaziva měla psychoterapie v medicíně své místo. Patřila k ní už v dobách primitivního léčitelství v podobě magie, nebo později se psychoterapie de facto odehrávala i v religiózní zpodobě. A odkaziva významně pomáhala zejména lidem trpícím psychickými či nervovými obtížemi.

Dnes ale psychoterapii nestačí praktikovat jenom v psychiatrii. Nezapomeňme, že lékaři často zanedbávají základ, k němuž patří léčba slovem, posila psychického druhu. Aktuálně má psychoterapie nezastupitelný význam rovněž jako léčebná metoda u somatických, takzvaně klasických oborů medicíny, a zase ne jenom v interních, ale i ostatních oborech. Každý pacient ovšem vyžaduje individuální psychoterapeutický program, a o něm by měl rozhodovat právě zkušený psychoterapeut. A dále: V dnešním věku takzvaných sekundárních závislostí na léčích může psychoterapie mnohdy úspěšně nahradit také farmaka, na která se získává škodlivý návyk. Úlohou klinických psychologů v dnešní medicíně je také pomáhat při zvládnutí somatických onemocnění, tak jak se to už dávno daří například akupunktúře.

A ještě něco. Proti komplikacím, jež v myslí a v duši provázejí tělesná postižení a onemocnění, může zkušený klinický psycholog bojovat i tím, že v pacientovi probouzí obranné psychické manévry a mechanismy. Na těchto postupech, jak se domnívám, bude moderní medicína čím dál víc „bazírovat“ právě ve spojení s klinickou psychologií a bez nich nebude úspěšná.“

Každý lidský život je pln náhod, zvratů, konfliktů, radosti i zklamání. Vydal by jistě na román. Lékař — psycholog pomáhá pacientovi vést s ním neustálou bitvu bez příměří a milosrdenství. Velí mu to jeho čest i lékařské poslání. Zda z tohoto boje vyjdou jako vítězové, záleží na obou z nich. Není však vyšší hodnoty než lidský život a větší radosti než uzdravený pacient.

Děkujeme za rozhovor.

PhDr. MIROSLAVA MAŠKOVÁ
Foto autorka