

2  
2017/156

VYDÁVÁ  
ČESKÁ LÉKAŘSKÁ  
SPOLEČNOST  
J. E. PURKYNĚ



# ČASOPIS LÉKAŘŮ ČESKÝCH

## Z OBSAHU:

Prevence v psychiatrii  
Raboch J.

Sebevražednost – závažný zdravotně-sociální problém s možnostmi prevence  
Anders M.

Prevence poruch příjmu potravy  
Papežová H.

Životní styl a afektivní poruchy  
Raboch J.

Pracovní stres a duševní zdraví  
– může práce vést k duševním poruchám?  
Ptáček R. et al.

Poznámka k použití dotazníku kvality života  
WHOQOL-BREF v českém prostředí  
Rogalewicz V. et al.

# 28. kongres

ČESKÉ LÉKAŘSKÉ SPOLEČNOSTI  
JANA  
EVANGELISTY  
PURKYNĚ

věnovaný 230. výročí narození  
Jana Evangelisty Purkyně



**7. – 8. 12. 2017, Praha**

7. 12. Senát PČR

8. 12. Lékařský dům

Historický pohled na osobnost Jana Evangelisty Purkyně

Purkyňovy objevy a koncepce ve vztahu k dnešku

Co nás čeká aneb jak se budou medicína a přírodní vědy vyvíjet  
do konce tohoto století.

[www.cls.cz](http://www.cls.cz)

VYDÁVÁ  
ČESKÁ LÉKAŘSKÁ  
SPOLEČNOST  
J. E. PURKYNĚ



# ČASOPIS LÉKAŘŮ ČESKÝCH

## VEDOUcí REDAKTOR

**MUDr. Petr Sucharda, CSc.**

III. interní klinika 1. LF UK a VFN  
U Nemocnice 1, 128 08 Praha 2

## REDAKČNÍ RADA

prof. MUDr. Štěpán Svačina, DrSc.  
předseda redakční rady  
III. interní klinika 1. LF UK a VFN  
U Nemocnice 1, 128 08 Praha 2

prof. MUDr. RNDr. Jiří Beneš, CSc.  
Ústav biofyziky 1. LF UK  
Salmovská 1, 120 00 Praha 2

prof. MUDr. Jaroslav Blahoš, DrSc.  
Interní ambulantní oddělení - osteocentrum,  
Ústřední vojenská nemocnice  
U Vojenské nemocnice 1200, 169 02 Praha 6

prof. MUDr. Petr Broulík, DrSc.  
III. interní klinika 1. LF UK a VFN  
U Nemocnice 1, 128 08 Praha 2

prof. MUDr. Karel Cvachovec, CSc., MBA  
Klinika anesteziologie, resuscitace a intenzivní  
medicíny (KARIM) 2. LF UK FNM a IPVZ  
V Úvalu 84, 150 06 Praha 5

MUDr. Otto Herber  
Ordinace praktického lékaře pro dospělé  
Nerudova 686, 278 01 Kralupy nad Vltavou

doc. MUDr. Debora Karetová, CSc.  
II. interní klinika 1. LF UK a VFN  
U Nemocnice 2, 128 08 Praha 2

prof. MUDr. Vladimír Palička, CSc., dr.h.c.  
Osteocentrum LF UK a FN  
Sokolská 581, 500 05 Hradec Králové

prof. MUDr. Jiří Raboch, DrSc.  
Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN  
Ke Karlovu 11, 128 01 Praha 2

prof. MUDr. Jan Škrha, DrSc.  
III. interní klinika 1. LF UK a VFN  
U Nemocnice 1, 128 08 Praha 2

MUDr. Alena Šteflová, Ph.D., MPH  
Kancelář WHO v ČR  
Rytiřská 31, 110 00 Praha 1

prof. MUDr. Jan Švihovec, DrSc.  
Farmakologický ústav 2. LF UK  
Plzeňská 221/130, 150 00 Praha 5

prof. MUDr. Tomáš Trč, CSc., MBA  
Klinika dětské a dospělé ortopedie  
a traumatologie 2. LF UK a FNM  
V Úvalu 84, 150 06 Praha 5

prof. MUDr. Tomáš Zima, DrSc.  
Ústav klinické biochemie a laboratorní  
diagnostiky 1. LF UK a VFN  
U Nemocnice 2, 128 08 Praha 2

## OBSAH

### Editorial

Raboch J. Prevence v psychiatrii .....56

### Původní práce

Ptáček R. et al. Pracovní stres a duševní zdraví – může práce vést k duševním poruchám? ..... 81

Rogalewicz V. et al. Poznámka k použití dotazníku kvality života WHOQOL-BREF v českém prostředí ..... 88

### Přehledové články

Anders M. Sebevražednost – závažný zdravotně-společenský problém s možností prevence ..... 58

Papežová H. Prevence poruch příjmu potravy ..... 68

Raboch J. Životní styl a afektivní poruchy ..... 74

### Kongresové zpravodajství

Struk P. et al. Role České lékařské společnosti JEP a praktických lékařů ve zvyšování zdravotní gramotnosti ..... 93

### Dějiny lékařství

Černý K. Prof. MUDr. Antonín Heveroch (1869–1927) ..... 96

Čech P. Sune Bergström (1916–2004) ..... 99

### Recenze

Kontroverze současné medicíny ..... 95

Osobní zprávy ..... 102

## CONTENTS

### Editorial

Raboch J. Prevention in psychiatry ..... 56

### Original articles

Ptáček R. et al. Work-related stress and mental health – can work lead to mental disorders? ..... 81

Rogalewicz V. et al. A note on application of the WHOQOL-BREF questionnaire on quality of life in the Czech environment ..... 88

### Review articles

Anders M. Suicide – a serious health and social problem with the possibility of prevention ..... 58

Papežová H. Prevention of eating disorders ..... 68

Raboch J. Life style and affective disorders ..... 74

### Conference news

Struk P. et al. The role of the Czech Medical Association of J. E. Purkyně and general practitioners in increasing health literacy skills ..... 93

### History of medicine

Černý K. Prof. MUDr. Antonín Heveroch (1869–1927) ..... 96

Čech P. Sune Bergström (1916–2004) ..... 99

### Review

Current controversies in medicine ..... 95

Personal news ..... 102

<http://www.cls.cz>

© Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně, z.s., Praha 2017

## ČASOPIS LÉKAŘŮ ČESKÝCH

Online verze časopisu na: [www.prolekare.cz/casopis-lekaru-ceskych](http://www.prolekare.cz/casopis-lekaru-ceskych)

Registrací získáte přístup k plné on-line verzi časopisu a do jeho archivu.

Kontakt pro dotazy: [info@prolekare.cz](mailto:info@prolekare.cz) nebo +420 602 244 819



**Vedoucí redaktor:**  
MUDr. Petr Sucharda, CSc.

**Redaktor:**  
Mgr. Martin Čermák

**Vydává: Česká lékařská společnost  
Jana Evangelisty Purkyně, z. s.**  
Sokolská 31, 120 26 Praha 2

**Pro ČLS JEP připravuje MeDitorial, s. r. o.**  
Sokolská 31/490, 120 26 Praha 2

**Výroba a tisk**  
Ocean Design

**Inzerce:** ČLS JEP, z. s.  
Sokolská 31, 120 00 Praha 2  
tel.: +420 224 266 223  
e-mail: [nto@cls.cz](mailto:nto@cls.cz); [cзма@cls.cz](mailto:cзма@cls.cz)

**V ČR rozšiřuje:** Nakladatelství Olympia, s. r. o.  
Werichova 973, 252 64 Velké Přílepy

**V SR:** Mediaprint-Kapa Pressegrasso, a.s.  
Stará Vajnorská 9, P. O. BOX 183, 830 00 BRATISLAVA  
Infolinka: 0800 188 826, [www.ipredplatne.sk](http://www.ipredplatne.sk)  
Email: [info@ipredplatne.sk](mailto:info@ipredplatne.sk), [objednavky@ipredplatne.sk](mailto:objednavky@ipredplatne.sk)

**Vychází:** 8krát ročně  
**Předplatné:** na rok pro ČR je 800,00 Kč,  
SR 43,20 €, jednotlivé číslo 100 Kč, SR 5,40 €.

**Informace o předplatném podává  
a objednávky předplatitelů přijímá:**  
ČLS JEP, Sokolská 31, 120 26 Praha 2,  
tel.: 296 181 805, e-mail: [nto@cls.cz](mailto:nto@cls.cz)

Rukopis byl předán do výroby 9. 5. 2017.  
Zaslané příspěvky se nevracejí.  
Otištěné příspěvky autorů nejsou honorovány,  
autoři obdrží bezplatně jeden výtisk časopisu.

**Příspěvky do Časopisu lékařů českých  
procházejí zdvojeným recenzním řízením.  
Articles published in the Journal of Czech  
Physicians are subject to double review.**

Vydavatel získává otištěním příspěvku výlučně nakladatelské právo k jeho užití. Vydavatel a redakční rada upozorňují, že za obsah a jazykové zpracování inzerátů a reklam odpovídá výhradně inzerent. Žádná část tohoto časopisu nesmí být kopírována za účelem dalšího rozšiřování v jakékoliv formě či jakýmkoliv způsobem, ať již mechanickým nebo elektronickým, včetně pořizování fotokopii, nahrávek, informačních databází na mechanických nosičích, bez písemného souhlasu vlastníka autorských práv a vydavatelského oprávnění

**Zasílání rukopisů – viz pokyny pro autory:**  
[www.prolekare.cz/casopis-lekaru-ceskych-pokyny](http://www.prolekare.cz/casopis-lekaru-ceskych-pokyny)

Vážené kolegyně, vážení kolegové,

jsem vděčný profesorovi Jiřímu Rabochovi a jeho spolupracovníkům, že pro Časopis lékařů českých zpracovali téma velmi podstatné, ale málo známé a dosud i málo publikované – možnosti prevence v psychiatrii. Různorodými tématy dokonale vystihli současné zaměření ČLČ – podat široké lékařské obci informace o oblasti, o které by každý klinicky orientovaný lékař měl vědět, protože tak může prospět svým pacientům. A to je nepochybně metou nás všech.

**Petr Sucharda**

# Prevence v psychiatrii

Jiří Raboch

Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN v Praze

Čas. Lék. čes. 2017; 156: 56–57

## SOUHRN

Duševní poruchy postihují každoročně asi pětinu populace a představují jednu z největších zdravotních zátěží lidstva v 21. století. Přes velké pokroky farmakoterapie, biologické léčby i psychotherapeutických metod psychických problémů spíše přibývá. Proto se zvýšená pozornost zaměřuje též na primární prevenci duševních poruch, která je možná a efektivní.

## KLÍČOVÁ SLOVA

duševní poruchy, výskyt v populaci, zdravotní zátěž, primární prevence

## SUMMARY

### Raboch J. Prevention in psychiatry

Mental disorders affect annually about one-fifth of the population and represent one of the biggest health burdens of the mankind in the 21<sup>st</sup> century. Despite great achievements of drug therapy, biological therapy and psychotherapeutic methods psychological problems in the present society are rather increasing. Therefore, attention also focuses on primary prevention of mental disorders, which is possible and effective.

## KEYWORDS

mental disorders, the prevalence in the population, health burdens, primary prevention

Duševní poruchy postihují v současném světě v celoživotní perspektivě asi třetinu populace, stejně žen i mužů. Jejich jednorocní prevalence dosahuje asi 20 %. Nejčastěji se jedná o neurotické (úzkostné) a afektivní poruchy, které jsou asi 2× častější u žen než u mužů. Naopak problematika spojená s nadužíváním návykových látek je několikanásobně vyšší u mužů. V populaci tedy máme asi 7 % žen trpících depresí, 9 % žen trpících zvýšenou úzkostností a 8 % mužů závislých na návykových látkách (1). Lidé s vážnou duševní poruchou umírají o 15–20 let dříve než ti, kteří jsou duševně zdraví (2). Mezi mladými lidmi je jednou z nejčastějších příčin smrti sebevražda (3). Jedna třetina pacientů se somatickou chorobou trpí též významnými duševními problémy (4). To se týká především nemocných po cévní mozkové příhodě, s Parkinsonovou chorobou či nádorovými onemocněními. Tento vztah platí i obráceně. Asi polovina nemocných s duševními chorobami trpí též některou z tělesných chorob, např. kardiovaskulárními či metabolickými (5, 6). Tyto komorbidní stavy vykazují vyšší počet komplikací, horší prognózu i špatnou adherenci k léčebnému režimu.

Světová zdravotnická organizace (WHO) publikovala v roce 1996 výsledky velké globální studie financované Světovou bankou a zorganizované Harvardovou univerzitou pod názvem *Global Burden of Disease* (7). V tomto projektu byla zmapována zdravotní zátěž lidstva měřená indexem DALY (*Disability-Adjusted Life Years*). V transatlantické části světa byla největší zátěž způsobena chorobami kardiovaskulárními, cerebrovaskulárními a neuropsychiatrickými. V roce 2006 byl zveřejněn navazující projekt *Global Mortality and Burden of Disease from 2002 to 2030*, který vychází z nových dat roku 2002 a představuje pravděpodobný scénář vývoje do roku 2030 (8). Podle těchto dat se v žebříčku nejvíce zatěžujících chorob (podle DALY) umístily unipolární deprese na čtvrtém místě za perinatálními afekcemi, respiračními infekcemi a AIDS. Cerebrovaskulární choroby byly sedmé, úmyslné sebepoškození pak na sedmáctém místě. Ve výhledu do roku 2030 se má negativní jedničkou stát AIDS, deprese mají

poskočit na druhé místo, cerebrovaskulární choroby na místo šesté a sebepoškození na čtrnácté. Podle současných údajů ze Spojených států amerických vytvářejí duševní poruchy největší finanční zátěž, větší než choroby srdce a cév a zranění (9), s celkovými ročními náklady 201 miliard dolarů.

V oblasti včasné diagnostiky a léčby duševních poruch byly v posledních desetiletích zaznamenány obrovské pokroky (10). Např. sofistikované zobrazovací metody nám umožňují přímo vidět fungování jednotlivých částí mozku ve zdraví i v nemoci. Jedna z Nobelových cen za medicínu byla v roce 2000 udělena Arvidu Carlssonovi, Paulu Greengardovi a Eriku Kandelovi za pokroky v chápání přenosu informací v nervové soustavě. Máme k dispozici širokou paletu psychofarmak s mocnými účinky na činnost mozku a lidskou psychiku. Řada psychoterapeutických metod prokázala svoji účinnost i při použití principů medicíny založené na důkazech (EBM). Opět se vracíme k ovlivňování činnosti mozku stimulačními metodami jak neinvazivními, tak invazivními, jako jsou rTMS či přímá mozková stimulace.

Přes tato fakta se zdá, že počet lidí trpících duševními problémy spíše stoupá a jejich nemocnost a invalidita se nezmenšuje. Tato nepříznivá skutečnost souvisí s přetrvávajícím stigmatem duševní poruchy, nedostatečnou nabídkou psychiatrických a psychologických služeb, horší adherencí osob s duševní poruchou k léčebnému režimu, ale také s nedokonalostí současných léčebných prostředků. Někteří autoři odhadují, že 50–60 % zátěže způsobené duševními poruchami není odvrátitelná samotnou léčbou (11). Není proto divu, že pozornost odborníků i organizátorů zdravotní péče se opět vrací k problematice primární prevence duševních poruch (12, 13). Zdá se být prokázáno, že duševní poruchy jsou alespoň částečně preventabilní (14) a že nákladová efektivita dobrých preventivních programů je vysoká. Podle některých údajů z Velké Británie prostředky vložené do problematiky duševního zdraví přináší z dlouhodobého pohledu až 16násobné úspory (15). Za efektivní z pohledu EBM se považují (12):

- programy zlepšující duševní zdraví rodičů,
- intervence v oblasti předškolního a školního vzdělávání,
- školní programy podporující duševní zdraví a prevenci,
- prevence násilí, zneužívání a sebevražd,
- včasná intervence u duševních poruch,
- prevence nadužívání alkoholu, cigaret a dalších návykových látek,
- propagace zdravého životního stylu obecně, ale i na pracovištích,
- podpora duševního zdraví seniorů,
- podpora sociální koheze a bydlení.

Samozřejmě mnohé komponenty těchto programů přesahují kompetence jak lékařů, tak zdravotníků vůbec, avšak bez jejich podpory a aktivní účasti nemají tyto aktivity odborné zázemí a šanci na úspěch.

Většina duševních poruch vzniká ve věku do 24 let (polovina do 15 let). Z tohoto důvodu musejí být preventivní programy zaměřeny hlavně na mladé jedince, ale i jejich pečovatele. V ČR máme např. sofistikovaný preventivní program pro pacienty s poruchami příjmu potravy (16). Avšak v současné době se utkáme i s fenoménem sebevraždnosti (každý rok v Česku ukončí život suicidiem asi 1500 osob většinou trpících některou z duševních poruch) nebo s pracovní problematikou syndromu z vyhoření u lékařů i dalších náročných profesí (17). Proto je třeba myslet na preventivní programy pro všechna věková období. Moderní metody současné *lifestyle* medicíny (18) dávají smysl i aktivitám osob ve středním a vyšším věku. Úprava jejich životního stylu přináší prokázané efekty a prodlužuje jejich aktivní, kvalitní život.

Publikace byla podpořena projekty PRVOUK PSYCHOLOGIE I. LF UK a PROGRES Q06/LF1.

## Literatura

1. Steel Z, Marnane C, Iranpour C. The global prevalence of common mental disorders: a systematic review and meta-analysis 1980–2013. *Int J Epidemiol* 2014; 43(2): 476–493.
2. Department of Health. Annual report of the Chief Medical Officer 2013.

Department of Health, London, 2014.

3. World Health Organization. Preventing suicide: a global imperative. WHO, Geneva, 2014.
4. Naylor C, Parsonage M, McDavid M. Long term conditions and mental health: the loss of comorbidity. *King's Fund*, London, 2012.
5. Robertson MM, Katona CLE (eds.). Depression and physical illness. *John Wiley and Sons Ltd.*, Chichester, New York, 1996.
6. Virtanen M, Ferrie JE, Akbaraly T et al. Metabolic syndrome and symptoms resolution in Depression. *J Clin Psychiatry* 2017; 78: e1–e7.
7. Murray CJL, Lopez AD. Global burden of disease study. *Harvard University Press*, Cambridge, 1996.
8. Mathers C, Loncar D. Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. *PLoS Med* 2006; 3: 2011–2030.
9. Roehring C. Mental disorders top the list of the most costly conditions in the United States: 201 billion USD. *Health Aff (Millwood)* 2016; 35: 1–6.
10. Raboch J, Pavlovský P a kol. Psychiatrie. *Karolinum*, Praha, 2012.
11. Andrews G, Issakidis C, Sanderson K et al. Utilising survey data to inform public policy: comparison of the cost-effectiveness of treatment of ten mental disorders. *Br J Psychiatry* 2004; 184: 526–533.
12. Bhui K, Dinos S. Preventive psychiatry: a paradigm to improve population mental health and well-being. *Br J Psychiatry* 2011; 198: 417–419.
13. World Psychiatric Association (WPA). WPA position statement on prevention of mental disorders. WPA, Geneva, 2016.
14. Furber G, Segal L, Leach M et al. Preventing mental illness: closing the evidence-practice gap through workforce and services planning. *BMC Health Serv Res* 2015; 15: 283.
15. Champion J, Bhui K, Bhugra D. European Psychiatric Association (EPA) guidance on prevention of mental disorders. *Eur Psychiatry* 2012; 27: 68–80.
16. Papežová H. Nové otázky a jejich řešení u poruch příjmu potravy. *Čas Lék Čes* 2006; 145: 181–183.
17. Smetáčková I, Francová V, Raboch J, Ptáček R. Lékařské vyhoření: kvalitativní studie. *Československá psychologie* 2016; 40: 510–524.
18. Dysinger WS. Lifestyle medicine competencies for primary care physicians. *Virtual Mentor* 2013; 15: 306–310.

ADRESA PRO KORESPONDENCI:

**prof. MUDr. Jiří Raboch, DrSc.**

Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN v Praze  
Ke Karlovu 11, 120 00 Praha 2  
Tel.: 224 965 344  
e-mail: jiri.raboch@vfn.cz

# Sebevražednost – závažný zdravotně-společenský problém s možností prevence

Martin Anders

Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN v Praze

Čas. Léč. čes. 2017; 156: 58–67

## SOUHRN

Sebevražednost je závažným zdravotně-společenským problémem, jehož výskyt se liší mezi pohlavími a věkovými skupinami, má geografické rozložení a ovlivňuje jej i sociopolitické uspořádání společnosti. Bylo identifikováno mnoho rizikových faktorů, a proto lze tento fenomén charakterizovat jako etiologicky velmi heterogenní. Dosud nebyly vytvořeny účinné postupy, jak spolehlivě predikovat sebevražednou aktivitu v klinické praxi, a dosáhnout tak účinné prevence. Častější rozpoznání ohrožených jedinců, podmíněně seznámením odborné veřejnosti, především lékařů primární péče, s klinickými, psychologickými, sociologickými a biologickými faktory, umožní zahájení terapeutických intervencí psychoterapií, psychofarmaky, neuromodulačními modalitami nebo jejich kombinacemi, jimiž lze sebevražedným aktivitám v populaci předcházet.

## KLÍČOVÁ SLOVA

sebevražda, sebevražedný pokus, sebevražedné myšlenky, prevence sebevražd, primární péče, depresivní porucha, úzkostná porucha

## SUMMARY

### Anders M. Suicide – a serious health and social problem with the possibility of prevention

Suicide is a serious health and social problem whose incidence varies between genders, age groups, geographical distribution and with influence of socio-political structure of society. It has been identified many risk factors and this behavior has etiological heterogeneity. There is no effective algorithm to predict suicidal activity in clinical practice, but increase the detection is associated with introducing the professional community and especially primary care physicians with clinical, psychological, sociological and biological factors whose can bring increasing of the recognition of vulnerable individuals and allow initiation of therapeutic interventions psychotherapy, psychopharmacology, neuromodulatory modalities or their combinations to achieve effective level of suicide prevention.

## KEYWORDS

suicide, suicide attempt, suicidal ideation, suicide prevention, primary care, depressive disorder, anxiety disorder

## ÚVOD

Sebevražednost patří trvale k velmi závažným celospolečenským tématům, protože sebevraždy mají každoročně ve světě na svědomí více než milion lidských životů – ročně si sáhne na život cca 11,4/100 000 obyvatel (1). Z posledních dostupných statistických údajů vyplývá, že v České republice se každý den o život dobrovolně připraví v průměru 4 lidé, přičemž osob, které spáchají sebevraždu, je již více než těch, kteří zemřou v důsledku pádů, nešťastné náhody nebo při dopravních nehodách.

Světová zdravotnická organizace (WHO) navzdory tradiční tabuizaci tohoto tématu opakovaně deklarovala, že snížení počtu sebevražd je celosvětově nezbytné. Významnou roli hrají kulturní a morální předsudky, jež se týkají sebevražd, a především tradované pesimistické pohledy na možnosti léčby a prevence, které tvoří bariéry a brání jak pacientům otevřeně si tyto fenomény přiznat, tak i lékařům v zařazení otázek týkajících se suicidální aktivity do svých standardních vyšetřovacích postupů. Není proto nikterak nečekaným zjištěním, že až 45 % jedinců, kteří zemřou v důsledku sebevraždy, navštívilo lékaře primární péče měsíc před svým činem, ale identifikace takového jedince nebo přímo přiznání samotného nemocného v této oblasti bývá spíše výjimkou (2).

## EPIDEMIOLOGIE

V úvodu je třeba uvést, že smrti nekončí – tzv. nedokonané suicidální pokusy – jsou jevem podstatně častějším než sebevraždy dokonané (3, 4). Samotný výskyt suicidálních ideací není záležitostí výjimečnou. Jedním z příkladů jsou informace získané od 108705 jedinců, kteří byli sledováni v rámci projektu WHO – *World Mental Health Survey* (4), z nichž vyplynulo, že průměrná roční incidence výskytu suicidálních myšlenek činí 2 % v zemích s vyššími příjmy oproti 2,1 % v zemích s nízkými příjmy a prevalence suicidálních pokusů je 0,3 vs. 0,4 %. Celoživotní prevalence výskytu suicidálních myšlenek je 9,2 % a 2,7 % suicidálních pokusů, ale výskyt sebevražedných myšlenek a jednání se velmi liší v jednotlivých zemích (1, 5–8).

Jedinci, kteří připouští výskyt těchto myšlenek v předchozích 12 měsících, mají statisticky významně vyšší incidenci suicidálních pokusů (15,1 % v zemích s vyšším příjmem vs. 20,2 % v zemích s nižšími příjmy), přičemž vlastní plánování sebevraždy dále významně zvyšuje riziko sebevraždy (3, 4). Přibližně třetina dospívajících, u kterých lze identifikovat suicidální myšlenky, následně uskuteční suicidální pokus v průběhu jednoho roku (3) a lidé, kteří přiznali v rámci ošetření na akutních příjmech sebevražedné jednání, mají roční riziko sebevraždy 1,6 % a opakovaného pokusu 16,3 % s pětiletým rizikem sebevraždy 3,9 % (9).



V zemích s vyššími příjmy je sebevražda nejčastější u mužů středního a vyššího věku. Míra sebevraždného jednání narůstá v populaci mladých lidí a je druhou nejčastější příčinou úmrtí mezi 15. a 29. rokem života (1). Incidence suicidálních myšlenek a jednání vrcholí v adolescenci a mladší dospělosti, s celoživotní prevalencí suicidálních myšlenek 12,1–33 % a suicidálního jednání 4,1–9,3 % (3, 10). Celosvětově dojde v průběhu roku k cca 164 tisícům sebevraždám u jedinců mladších 25 let (11).

V populaci starších jedinců je míra suicidality také vysoká, částečně mezi jedinci trpícími tělesnými chorobami, depresivními či úzkostnými poruchami (12). Významnou roli hraje pohlaví, neboť vysoká míra výskytu suicidálních myšlenek je nacházena u žen (4, 5), ačkoliv počet úmrtí z důvodu sebevraždy je podstatně vyšší u mužů (15/100 000 vs. 8/100 000) (1). Poměr úmrtí muži/ženy v zemích s vyššími příjmy činí 3,5 na rozdíl od zemí s nízkými příjmy, kde je 1,6. Dalším faktorem je sezónní výskyt, kdy je nejvyšší počet sebevražd proveden na jaře a v létě; suicidální aktivita může korelovat také se zeměpisnou šířkou a expozicí slunečnímu světlu (13).

Z analýz dat o sebevraždách (14), které dlouhodobě vede Český statistický úřad ve spolupráci s Ústavem zdravotnických informací a statistiky ČR, jehož zřizovatelem je Ministerstvo zdravotnictví ČR, a Odbor informatiky a provozu informačních technologií Policejního prezidia ČR, vyplývá, že jich přibývá. Poslední data také dokumentují, že počet dokonaných sebevražd je v Česku cca o 20 % vyšší, než je průměr zemí OECD. Zjišťována je několikanásobně vyšší sebevraždnost mužů než žen a s rostoucím věkem se zvyšuje specifická míra sebevraždnosti.

Nejčastěji použitý způsob je oběšení a z celkového počtu sebevražd ho v období 1994–2013 volilo 65 % mužů a 45 % žen. K největšímu počtu sebevražd dochází na jaře a nejčastějším dnem je pondělí, což je dááno do souvislosti s počátkem pracovního týdne a působením stresu u vulnerabilních jedinců. Ve vývoji počtu sebevražd na územích odpovídajících dnešní ČR lze nalézt úzkou souvislost se společenskou, ekonomickou a politickou situací a proběhlými historickými událostmi. V období od roku 2009 dochází k nárůstu počtu sebevražd v Česku a předpokládá se, že se tímto fenoménem může projevat finanční a následná celosvětová hospodářská krize, v jejímž důsledku se v České republice zvýšil počet nezaměstnaných, vzrostlo množství bezdomovců a sociálně vyloučených jedinců.

## FAKTORY OVLIVŇUJÍCÍ SUICIDÁLNÍ AKTIVITU

Již před stoletím Émile Durkheim identifikoval vliv společenských sociálních faktorů na množství sebevražd ve společnosti. Dokumentováno je rozšíření sebevražd mezi domorodými národy po násilném osídlení, asimilaci a narušení tradiční sociální struktury (15). Oproti tomu je výskyt spíše raritní v homogenních společnostech se silnou sociální kohezí, sdílením společných hodnot vč. morálního opovržení sebevraždami (16, 17). Ekonomické krize vedoucí k nezaměstnanosti a snížení příjmů korelují s počtem sebevražd, částečně u mužů, ačkoliv přímé kauzální spojení dosud nebylo spolehlivě prokázáno (18, 19). Uveřejnění informací o sebevraždách sdělovacími prostředky zřetelně ovlivňuje množství sebevražd následujících třicet dní s tím, že počet sebevražd je proporcčně spojen s množstvím mediální pozornosti, zvláště v případě celebrit, je-li uveřejněn způsob

provedení. Roli hraje také to, zda byla sebevražda romantizována, či spíše spojována s duševní poruchou a byly zmíněny negativní dopady sebevraždy na blízké a okolí. Obzvláště adolescenti a mladí lidé jsou zvýšeně citliví na podobnou mediální prezentaci (20).

K individuálním, zvýšeně rizikovým faktorům sebevraždy patří výskyt mezi příbuznými, přičemž riziko pro příbuzné prvního nebo druhého řádu je 1,7–10,6 (21–23). Riziko suicidálního pokusu je vyšší u příbuzných těch, kteří zemřeli v důsledku sebevraždy, a riziko dokonání *suicidia* je vyšší u příbuzných s historií suicidálního pokusu (24). Tento jev však nesouvisí s napodobováním, protože adopční studie ukázaly konkordanci mezi biologickými, ale ne adoptivními příbuznými (25). Genetické faktory jsou však pouze částí přenosu suicidálního chování, s odhadovanou dědičností 30–50 % (26, 27). Vezme-li se v úvahu i dědičnost přidružených psychických poruch, je specifická dědičnost suicidality odhadována na 17,4 % pro suicidální pokusy a 36 % pro suicidální myšlenky (27). Sebevraždné ideace se zdají být spojené s dědičným přenosem afektivních poruch a mají odlišný způsob dědičnosti na rozdíl od suicidálního chování (21, 28). Ačkoliv existuje vcelku konzistentní evidence o dědičném výskytu suicidálního chování, identifikace role specifických genů zůstává nejasná, a to navzdory několika studiím kandidátních genů nebo celogenomových asociáčních studií, jež nepřinesly jednoznačné závěry (29).

Existuje mnoho dalších psychosociálních a biologických faktorů, které zvyšují riziko *suicidia* (30). Příkladem může být minoritní sexuální orientace (31). Velká pozornost je věnována časně životní traumatizaci – zanedbávání rodičovské péče a výchovy nebo psychické či sexuální zneužívání (32, 33). Stresové události působící v časných etapách vývoje mohou dlouhodobě ovlivnit jedince indukci epigenetických změn. Hypotalamo-hypofyzárně-adrenální osa (HHA) reguluje fyziologickou odpověď na stresové události a facilituje přizpůsobení se zevnímu prostředí prostřednictvím regulace sekrece kortisolu. Jedinci, kteří prodělali časnou životní traumatizaci, mají často hyperaktivní osu HHA a tím i zvýšenou odpověď na stresové události (34), což je částečně způsobeno snížením hippokampální exprese glukokortikoidních receptorů spojeným se zvýšenou DNA metylací jejich promotéru (35), což lze zachytit ve tkáních centrálního nervového systému, krvi nebo slinách (36). Současně jsou epigenetickými mechanismy narušena neuronální plasticita, neuronální růst a neuroprotektivita (37, 38). V animálních modelech jsou nacházeny hypermetylace a následné snížení produkce růstového faktoru BDNF (*brain derived neurotrophic factor*) (39). Studie *post mortem* ukázaly, že ve tkáních jedinců, kteří dokonali sebevraždu, je nacházena snížená exprese BDNF i jeho receptoru TRKB v hippokampu a prefrontálním kortexu (40, 41).

Dalším faktorem, který je zkoumán z hlediska vlivu na míru rizika suicidálního chování, je infekce prvokem *Toxoplasma gondii* (42, 43) prokazatelná přítomností protilátek. Infekce může zvyšovat riziko suicidálního jednání i dokonané sebevraždy, a to dokonce v korelaci s množstvím detekovaných protilátek. Jedním z mechanismů může být imunitní reakce, která alteruje neurotransmiterovou aktivitu (44).

## VÝVOJOVÉ DISPOZICE SUICIDÁLNÍHO CHOVÁNÍ

Faktory související s osobnostní strukturou a tzv. kognitivní styl jedince mohou ovlivňovat výskyt suicidální aktivity. Přítomnost depresivní a úzkostné poruchy silně přispívá k nárůstu rizika sebevraždy, ale řada retrospektivních

i prospektivních studií přinesla důkazy, že interpersonální konflikty, impulzivní agresivita, poruchy přizpůsobení, antisociální chování a zneužívání alkoholu a jiných psychoaktivních látek častěji přispívají k suicidální aktivitě v době dospívání a časné dospělosti, zatímco vyhýbavé chování a poruchy nálady se tímto faktorem stávají s postupujícím věkem (45, 46).

Již zmíněná časná traumatizace způsobuje kognitivní deficit, částečně patrný při řešení problémů, ale i poruchy paměti společně přispívající k suicidalitě (47, 48). Toto může hrát významnou roli rovněž s ohledem na neukončený vývoj prefrontálního kortexu, což zvyšuje míru rizikového a impulzivního chování (49). Jedinci s vyšší stresovou kortizolovou odpovědí (50), výskytem suicidálních úvah (51) nebo příbuzní prvního stupně těch, kdo ukončili život sebevraždou (52), mají narušené kognitivní a exekutivní funkce při zátěži sociálními či emočními stresovými faktory. Adolescenti, kteří mají nižší schopnost řešit problémy, udávají častější výskyt suicidálních úvah po stresovém podnětu (53), což potvrzuje hypotézu, že specifický charakter narušení kognitivních funkcí může být mediátorem časné traumatizace na vznik suicidálního chování.

### SPOUŠTĚCÍ FAKTORY SUICIDÁLNÍHO CHOVÁNÍ

Tzv. proximální rizikové faktory časově přímo souvisejí se suicidálním chováním a působí jako jeho spouštěče. Kromě předchozího suicidálního pokusu je nejsilnějším prediktorem suicidia přítomnost psychopatologie a je také těsně spojena s dalšími formami autoagresivní aktivity jedince (54, 55). Z retrospektivních studií vyplývá vysoká míra asociace mezi přítomností psychopatologie a sebevraždy a ukazuje se, že až v 90 % případů úmrtí sebevraždou lze identifikovat předcházející psychickou poruchu (54).

Život většiny duševně nemocných není ukončen sebevraždou, ale některá duševní onemocnění jsou spojena se suicidálním chováním více než jiná. Depresivní epizody v rámci depresivní poruchy či bipolární afektivní poruchy mají na svědomí více než polovinu smrtí v důsledku sebevražd (56). Mezi nemocnými trpícími bipolární afektivní poruchou jsou se suicidálními pokusy spojeny především smíšené epizody, přičemž riziko roste úměrně době trvání těchto smíšených epizod (56) a je nejvyšší v průběhu prvních let onemocnění (57).

Dospělí jedinci trpící schizofrenií nebo jinými psychotickými poruchami jsou také vystaveni vyššímu riziku sebevraždy (58). Mezi hlavní klinické prediktory patří přítomnost depresivních symptomů, mladší věk, mužské pohlaví, vyšší úroveň vzdělání, přítomnost pozitivních příznaků schizofrenie a náhled na chorobnost stavu (59).

K dalším rizikovým faktorům patří užívání alkoholu či jiných psychoaktivních látek, což je časté u jedinců, kteří umírají v důsledku sebevraždy, neboť může zvyšovat riziko aktivizací podprahových rizikových okolností nebo interagovat např. s afektivními symptomy a deliberovat suicidální jednání (60).

Psychické poruchy, které jsou spojeny se zvýšeným rizikem suicidia, zahrnují také poruchy příjmu potravy a poruchy osobnosti, především hraniční a disociální, jež jsou spojené s vyšší mírou agresivity a impulzivity (61).

Jedinci, kteří dokonají sebevraždou, mají často anamnesticky přítomno více typů duševních poruch. Například depresivní pacienti často současně trpí závažnou formou anxiety nebo agitovaností, případně nedostatečnou kontrolou impulzivity, což predikuje suicidální aktivitu (60, 61).

Některé studie ukazují, že řada jedinců, kteří spáchali sebevraždou, pravděpodobně netrpěla žádnou duševní poruchou, ale současně autoři těchto prací poukazují na to, že některé formy tzv. psychologických autopsií mohou selhat v jejich detekci (62). Jedná se o studie retrospektivní, prováděné zprostředkovaně mezi osobami, jež byly ve styku se zesnulým, což je jediná možnost jak identifikovat podílející se faktory (63).

Mladší věk v době sebevraždy je spojen s přítomností komorbidit, především poruch osobnosti a zneužívání psychoaktivních látek (64), ve středním věku je rizikovým faktorem užívání alkoholu a jiných psychoaktivních látek, přítomnost vysoké míry anxiety a komorbidní depresivní poruchy (65, 66), zatímco u starších jedinců je nacházena silná asociace mezi suicidální aktivitou a přítomnou psychopatií, především depresivní poruchou (67).

Role hraje i geografické rozdíly a ukazuje se, že lidé, kteří umírají v důsledku sebevražd v Evropě a USA, mají častěji přítomnou diagnostikovatelnou duševní poruchu než v Asii, kde mohou hrát roli jiné faktory. Například v Číně je třikrát více sebevražd na venkově. Především dostupnost vysoce toxických pesticidů, jež jsou často voleny jako způsob sebevraždy, se podílí na fatálním průběhu pokusů o sebevraždou, často impulzivního charakteru (68).

I přes rozdíly ve velikosti populace či metodologii klinických studií je prokázána silná vazba sebevražděné aktivity a přítomnosti psychopatologie. Intenzivně je zkoumána glutamatergní neurotransmise a například ketamin má velmi slibné výsledky v léčbě těžkých depresivních epizod doprovázených suicidální aktivitou (69). Role hraje také zánětlivá reakce, a to jak ve tkáni nervového systému, tak v periferních tkáních (70). Přesvědčivé výsledky přinášejí studie zaměřené na časnou traumatizaci, jež alteruje schopnost adekvátní reakce na stresové podněty.

V mozcích jedinců, kteří se pokusili o sebevraždou nebo ji dokonali, je zjišťováno narušení neurotransmitterové rovnováhy (71), funkce HHA osy (72), ale také aktivity gliálních buněk (73), kdy dochází ke snížení exprese genů zajišťujících strukturální integritu astrocytů (74, 75) a odlišené expresi receptoru TRKB pro neurotrofický faktor BDNF (40). Se suicidální aktivitou jsou spojeny změny v plazmatických koncentracích serotoninu (76), aktivitě serotoninových receptorů nebo serotoninového transportéru (77), ale dosud není zřejmé, zda jsou nalezené změny specifické pro suicidální aktivitu, nebo doprovázejí depresivní poruchu samotnou. U suicidálních jedinců je nacházen unikátní serotoninový genotyp včetně jeho exprese (78, 79) a nízké koncentrace serotoninu spojené s osobnostními rysy (impulzivitou) směřujícími k suicidalitě.

Ostatní neurotransmitterové systémy narušené při depresivních poruchách spojených se sebevražděnou aktivitou zahrnují glutamát a kyselinu  $\gamma$ -aminomáselnou (80, 81) a terapie ovlivňující glutamatergní systém např. ketaminem má velmi slibné výsledky v ovlivňování suicidální aktivity depresivních pacientů (82).

### PREVENTIVNÍ OPATŘENÍ

Sebevražděnému jednání lze účinnými preventivními opatřeními předcházet. Existuje velké množství publikovaných informací, jež dokazují, že suicidální chování lze redukovat jak v populaci, tak ve specifických subpopulacích i na úrovni jedince. ČR v tuto chvíli nemá v tomto ohledu implementován žádný preventivní program.

- Doporučená preventivní opatření zahrnují především:
  - snížení dostupnosti prostředků používaných v rámci suicidálního jednání (např. pesticidy, střelné zbraně, určité léčivé přípravky včetně omezení velikosti jejich balení);
  - zajištění nízkoprahové dostupnosti služeb a možnosti kontaktu pro postižené osoby (reforma psychiatrické péče);
  - práci s médii ve smyslu diskuse s odborníky, stanovení jasných pravidel pro informování o sebevraždách a prezentace pozitivních řešení problémů (proaktivní informační kampaň);
  - využití internetu a sociálních médií s popisem pozitivního řešení problémů, vyhledání psychologické pomoci, eventuálně popis sebevražedných myšlenek a následného řešení (s možným využitím *peer* aktivit);
  - zavedení pravidel pro užívání alkoholu s cílem redukovat jeho negativní dopad na psychické zdraví;
  - časnou detekci, léčbu a péči o jedince trpící duševními poruchami, závislostmi na psychoaktivních látkách, chronickou bolestí a akutní emoční nepohodou;
  - informování a trénink zdravotnických pracovníků mimo specializaci psychiatrie, především praktických lékařů a lékařů ve všeobecných nemocnicích, ve způsobech detekce a případného zvládnutí suicidální aktivity;
  - následnou observaci jedinců, kteří se pokusili spáchat sebevraždu (nabídka a poskytování komunitní formy psychiatrické péče).

## IDENTIFIKACE RIZIKA SEBEVRAŽDY

Jedním z nejsilnějších rizikových faktorů suicidálního pokusu je zkušenost se suicidálními myšlenkami, která zahrnuje myšlenky, přesvědčení, mentální obrazy, hlasy nebo jiné myšlenky s obsahem sebevraždy (83). Analýza výzkumu *World Health Organization – Mental Health* ze 17 zemí, která zahrnovala 48 tisíc účastníků, odhalila, že celoživotní prevalence suicidálních myšlenek dosahuje 9,2 %, přičemž 60 % prvních suicidálních pokusů proběhlo v prvním roce po objevení se těchto myšlenek (5). Z toho vyplývá, že časná identifikace suicidálních ideací může hrát nezanedbatelnou roli v prevenci sebevražd.

Detekce ohrožených jedinců je velmi důležitá, protože jedinci, kteří aktuálně mají přítomnost suicidálních myšlenek, nevyhledávají pomoc (5). Jde především o muže, kteří mají vyšší míru sebevražednosti než ženy (84). Z 3242 mužů konsekutivně vyšetřených praktickými lékaři ve věku 15–24 let mělo aktuální přítomnost suicidálních myšlenek 22 %, ale pouze 12 % se svěřilo s nějakými psychickými problémy (85). Busch et al. (86) popisují, že 78 % otázek týkajících se sebevražedné aktivity je popíráno, a to i krátce před suicidiem.

Přes značný podíl těch, kteří popírají suicidální aktivitu a nevyhledávají pomoc specializovaných odborníků, s mnoha jedinci obrátí na svého praktického lékaře měsíc před suicidálním činem. Odhadem se jedná o 45–75 % jedinců, kteří zemřou v důsledku sebevraždy a kteří přitom navštívili svého praktického lékaře měsíc před činem (87, 88). Tato data jsou výrazným signálem, že lékaři primární péče mají velmi výhodnou pozici pro detekci a zvládnutí suicidálního rizika.

Samozřejmě existuje mnoho překážek v rozpoznání rizika suicidálního jednání včetně toho, že suicidální jedinec nemá primárně ochotu verbalizovat své myšlenky na sebevraždu (89, 90). Praktičtí lékaři často uvádějí, že nemají dostatek času k posouzení rizika sebevraždy v rámci jedné konzulta-

ce (91, 92), a řada z nich se necítí plně kompetentní v takto závažné oblasti (91, 93–95). V důsledku těchto překážek je záchyt v primární péči velmi nízký, a to i když pacienti uvádějí depresivní příznaky nebo žádají podávání antidepresiv (36–42 %) (88).

Praktičtí lékaři hrají roli v prevenci sebevražd z mnoha důvodů. Sebevraždy jsou častým jevem v primární péči – lékař „ztrácí“ pacienta v důsledku sebevraždy každých 4–7 let (96, 97) a mezi svými pacienty se setká přibližně se šesti sebevražednými pokusy ročně (96, 98). Sebevražedné myšlenky jsou přítomny u 4,2 % pacientů v primární péči (99). Mezi pacienty trpícími depresivními poruchami je 10,4 % pokusů o sebevraždu v průběhu 5 let (100). Téměř polovina těch, co sebevraždu dokonají, a dvě třetiny těch, co se o sebevraždu pokusí, navštíví lékaře primární péče měsíc před tímto činem (101, 102), což vytváří prostor pro detekci a zvládnutí tohoto rizika.

Z těchto důvodů je nutné zkvalitnit rozpoznávání a zvládnutí těchto pacientů. Lékaři primární péče cítí problémy v exploraci suicidálních úvah (98, 103). V experimentu byly suicidální úvahy nalezeny pouze třetinou lékařů primární péče v případech depresivních nemocných, poruch přízpůsobené nebo při žádosti o předpis antidepresiv (88). Ve Francii 144 lékařů primární péče zahájilo léčbu antidepresivy nebo anxiolytiky u 405 nemocných, přičemž lékaři selhali v detekci suicidální aktivity u 48 % pacientů s myšlenkami na sebevraždu (104).

## DEPRESIVNÍ PACIENT S RIZIKEM SEBEVRAŽDY

Nezbytným krokem pro zvolení adekvátního léčebného postupu je včasná a přesná diagnostika. Častější a včasnější rozpoznání depresivní poruchy je prvním krokem, který může v konečném důsledku významně snížit rozvoj, morbiditu a mortalitu komorbidních chronických onemocnění včetně sebevražd. Identifikace depresivních nemocných zatížená minimem falešně pozitivních výsledků patří mezi priority řady moderních zdravotních systémů. Schopnost praktických lékařů diagnostikovat přítomnost depresivní poruchy byla zjišťována i v rámci metaanalýzy 41 studií, která ukázala, že praktičtí lékaři v USA jsou schopni rozpoznat 47,3 % depresivních nemocných a že přítomnost depresivní poruchy zaznamenají do dokumentace u 33,6 % ošetřených pacientů (105).

Nemocní si praktickému lékaři stěžují na různé symptomy, které mohou, ale nemusí být spojeny s afektivitou, prací, rodinnými potížemi a vztahovými problémy. Typické jsou stížnosti na jeden či několik tělesných příznaků (např. únava, bolesti, poruchy spánku), případně prezentace podrážděnosti, úzkostí nebo nervozity, a až cílenými dotazy lze odhalit pokles nálady neodpovídající okolnostem nebo přítomnost ztráty zájmů. Varovným znamením přítomnosti depresivní poruchy bývají i častější návštěvy lékaře, časté využívání lékařské pohotovostní služby nebo konzumace jiné zdravotní péče, a to zvláště pro potíže, které přímo nesouvisí se specifickým tělesným onemocněním.

Pravděpodobnost přítomnosti depresivní poruchy vzrůstá s počtem symptomů, jež nemocný prezentuje (106). Mezi nejčastější signály, které by měly být pro lékaře upozorněním, že se může jednat o nemocného trpícího depresivní poruchou, patří následující:

- více než 5 návštěv za rok,
- vícečetné a nevysvětlitelné potíže,
- únava,

- bolestivé syndromy,
- poruchy spánku,
- ztráta či přírůstek tělesné hmotnosti,
- oploštělá afektivita,
- poruchy kognitivních funkcí (demence),
- syndrom dráždivého tračnicku,
- stíženosti na stres nebo poruchu nálady,
- pracovní a vztahové dysfunkční oblasti,
- nezaměstnanost a ekonomické problémy,
- změny v interpersonálních vztazích.

Zvýšenou pozornost si zaslouží především nespavost, protože nemocní trpící depresí udávají její výskyt až v 90 % a porucha spánku je často prvním příznakem nastupujícího relapsu (107, 108). Nespavost je pro nemocné do určité míry „neutrální“ symptom, podobně jako bolest. Nemocný se nebrání je prezentovat, na rozdíl od řady psychických potíží, které mohou na první pohled budovat dojem duševní choroby. Pacient si nemusí své depresivní ladění plně uvědomovat nebo si je spojuje právě s nedostatkem spánku a často prohláší, že kdyby se zbavil nespavosti, psychická porucha by také vymizela.

### OBECNÉ ZPŮSOBY VYHLEDÁVÁNÍ PŘÍPADŮ DEPRESIVNÍ PORUCHY (SCREENING)

K vyhledávání depresivní poruchy lze přistupovat dvěma základními způsoby. První možností je detekce příznaků depresivní poruchy u všech dospělých pacientů, kteří přijdou do kontaktu se zdravotními službami, a to i těch bez známých rizikových faktorů. Druhou cestou je cílené rozpoznávání depresivních příznaků u jedinců, u kterých je výskyt depresivní poruchy pravděpodobnější. Šířeji pojatou formu vyhledávání je vhodné aplikovat mezi novými pacienty, v průběhu rutinních preventivních kontrol a u těch, kde není zřejmé riziko pro rozvoj depresivní poruchy. U rizikových nemocných je třeba se zaměřit na rozpoznávání přítomnosti typických depresivních příznaků v kontextu přítomných rizikových faktorů.

### POSTUP DLE NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE (NICE)

Britský Národní institut pro klinickou kvalitu (NICE) nerozlišuje vyhledávání mezi pacienty praktických lékařů a specifickou detekcí ohrožených jedinců (109). Lékařům primární péče doporučuje, aby byli ostražití u nemocných s již prodělanými epizodami depresivní poruchy, ale také při dlouhodobém výskytu tělesných poruch spojených s funkčním poškozením a aby svým pacientům položili dvě otázky:

- „Cítil jste se v průběhu posledního měsíce na dně, depresivní, bez nálady nebo beznadějně?“
- „Ztratil jste v průběhu posledního měsíce zájem či potěšení z aktivit, které Vám je obvykle přinášely?“

Tyto dvě jednoduché otázky vykazují 97% senzitivitu a 67% specifickost (110). Pokud je alespoň jedna z odpovědí pozitivní, měl by lékař, který nemá kompetenci provádět hodnocení psychického stavu, odeslat nemocného ke specialistovi.

### POSTUP DLE US PREVENTIVE SERVICES TASK FORCE (USPSTF)

V USA organizace *The US Preventive Services Task Force* (USPSTF) doporučuje vyhledávat jedince trpící depresivní poruchou mezi všemi dospělými osobami v medicínské praxi k zajištění

adekvátní diagnózy, efektivní léčby a jejího pokračování (111). Upozorňuje, že optimální interval pro provádění vyhledávání u dospělých není znám a vyhledávání má smysl pouze tam, kde je zajištěna další péče o identifikované pacienty. Rozpoznání nemocných lze zvýšit dvoj- až trojnásobně, ale chybí-li adekvátní systém péče o tyto pacienty, není dosaženo dlouhodobých pozitivních výsledků. Dále je nezbytné počítat s možným poškozením pacienta falešně pozitivní diagnózou a následnými diagnostickými procesy, nežádoucími účinky podané antidepressivní léčby a stigmatem duševní choroby.

První krok identifikace jedinců trpících depresivní poruchou musí být časově nenáročný, účelný a spojený s vysokou senzitivitou a pouze částečně specifický, vylučující jedince bez depresivní poruchy. Tato rovnováha senzitivity a specifity redukuje počet nemocných, kteří projdou druhým krokem, ale jen za podmínky minimální eliminace skutečně depresivních nemocných. Druhý stupeň je již časově náročnější a zajistí přiměřenou senzitivitu, tak aby opět depresivní nemocní nebyli eliminováni, ale má již vyšší specifitu, a tudíž redukuje počet falešně pozitivních diagnóz.

Coby první krok vyhledávání USPSTF podobně jako NICE doporučuje dvě otázky. Ty jsou zaměřeny na dva základní symptomy depresivní poruchy (jak v pojetí americké klasifikace duševních poruch DSM-IV, tak i MKN-10), a to depresivní náladu a anhedonii. Existují i varianty dotazníků, např. *Patient Health Questionnaire – 2* (PHQ-2), který je konstruován na těchto dvou základních otázkách a může být administrován zdravotnickým personálem. 87% senzitivita a 78% specifita tohoto nástroje sníží počet pacientů, kteří vstupují do druhého kroku pro detekci depresivní poruchy zhruba na polovinu (112). Pokud je získána alespoň jedna pozitivní odpověď na otázku dotazníku PHQ-2, měl by pacient vstoupit do další fáze diagnostického procesu, která by již měla obsahovat klinické vyšetření za účelem zjištění, zda jsou naplněna kritéria pro přítomnost depresivní poruchy dle MKN-10 (příp. DSM-IV), a byly tak zcela eliminovány falešně pozitivní případy.

Nástroje pro druhou fázi detekce zaberou méně než 5 minut a jsou snadno interpretovatelné. Jejich provedení je srovnatelné a jsou senzitivní v 80–90 %, ale pouze málo specifické, tj. v 70–85 % případů (113). Některé z falešně pozitivních případů budou tvořit nemocní trpící dystymií či mírnou depresivní poruchou, ale i ti mohou z poskytnuté péče významně profitovat. Další z této skupiny nemocných mohou trpět úzkostnými poruchami, syndromy závislosti na psychoaktivních látkách nebo zármutkem, ale i zde je možné konstatovat, že vhodná forma péče může být velmi prospěšná. Jen nepatrné procento z pozitivně identifikovaných netrpí žádnou poruchou. Je třeba zdůraznit, že pozitivní detekce v rámci vyhledávání v žádném případě neznamená stanovení diagnózy depresivní poruchy, ale spíše potřebu stanovení podrobnějšího závěru a určení dalšího léčebného plánu.

Podle USPSTF existují tři užitečné a ověřené nástroje, které mohou sloužit k rozpoznání a měření závažnosti či funkčního poškození, podobně jako zachycení změn probíhajících v čase: PHQ-9, *Quick Inventory of Depressive Symptomatology* – lékařem administrovaný (QIDS-C) a sebehodnotící (QIDS-SR) (114) a *Beck Depression Inventory* (BDI) (115). Pro starší nemocné bývá výhodné využít *Geriatric Depression Scale* (116).

V Česku bývá k diagnostice používána tzv. autoevaluační Zungova sebesposuzovací stupnice deprese (SDS) (117). Tento jednoduchý dotazník je určen k hodnocení populace dospělých trpících depresivní poruchou střední a lehké intenzity. Dotazník může předložit pacientovi k vyplnění i střední

zdravotnický pracovník. Doba vyplnění a hodnocení je odhadována na 10–15 minut. Chceme-li však využít tuto stupnici k diagnostickým účelům, musíme respektovat nezbytnost přítomnosti základních příznaků depresivní poruchy tak, jak je definována v MKN-10. Při použití stupnice SDS k tomu, abychom mohli prohlásit, že pacient trpí depresivní poruchou, je tedy nutné, aby tento odpověděl kladně minimálně na dvě ze tří otázek č. 1, č. 10 a č. 20 a označil ve stupnici ještě alespoň jeden plně vyjádřený příznak.

Je-li použita Beckova sebesposuzovací stupnice deprese (115), je pro konstatování, že pacient trpí klinicky detekovatelnou depresivní poruchou (klasifikovatelnou dle MKN-10), třeba, aby odpověděl kladně (tj. 1–3 body) na dvě z otázek 1, 4, 12 a dále kladně hodnotil příznaky v otázkách 3, 5, 6, 7, 9, 10 a 13 tak, aby naplnil celkově minimálně 4 příznaky (mírná depresivní porucha) nebo 6 (středně těžká) či 8 (těžká depresivní porucha). BDI nezahrnuje položku spánku (insomnie či hypersomnie), kterou lze také považovat za jeden z příznaků. Současně je při hodnocení poruchy chuti k jídlu možné považovat za kladné hodnocení i zvýšení chuti k jídlu.

### SPECIFIČKÉ ZPŮSOBY VYHLEDÁVÁNÍ PŘÍPADŮ DEPRESIVNÍ PORUCHY (TZV. CASE FINDING)

Společně s obecnou detekční činností mezi dospělými pacienty může lékař cíleně vyhledávat jedince postižené depresivní poruchou mezi těmi, kteří se nacházejí ve zvýšeném riziku nebo jejichž projev naznačuje možnou přítomnost depresivní poruchy (tab. 1).

Typickými příklady jsou jedinci, kteří:

- prodělali již předchozí epizody depresivní poruchy, případně ženy trpěly poporodní poruchou nálady;
- trpí v současné době nebo trpěli v minulosti úzkostnou poruchou či závislostí na psychoaktivních látkách;
- v současné době ztratili blízkou osobu smrtí nebo odloučením (rozvod);
- mají pozitivní rodinnou anamnézu z pohledu depresivní poruchy;
- trpí chronickým tělesným onemocněním;
- trpí dystymií;
- prodělali významnou traumatickou událost;
- jsou vystaveni závažné psychosociální zátěži (práce, stěhování apod.);
- v současné době se nacházejí v perimenopauzálním období;
- mají nízký finanční příjem nebo finanční problémy;
- žijí s partnerem trpícím depresivní poruchou.

Tato doporučení vycházejí z nálezů dokládajících, že anamnéza depresivní poruchy, současná ztráta nebo úmrtí a významné traumatické události zvyšují riziko výskytu dalších epizod. Po iniciální depresivní epizodě se do 15 let vyskytne další epizoda až u 85 % jedinců. Podle jedné ze studií byla první epizoda depresivní poruchy spojena s 50% rizikem rekurence do 5 let; 2 předchozí epizody zvyšují riziko na 70 % a po 3 a více epizodách existuje až 90% riziko výskytu další epizody (118). Přibližně u 30–40 % těch, kteří zažijí nebo se stanou obětí závažné traumatické události, reagují v dalším období rozvojem depresivní poruchy. Současný zármutek a truchlení je signifikantní rizikový faktor pro rozvoj depresivní epizody, zvláště u jedinců s již prodělanými předchozími epizodami.

U jedinců zatížených vrozenou dispozicí rozvoje depresivní poruchy je riziko zvyšováno dále například traumatickými zážitky nebo zneužitím v dětství a současnou přítomností stresujících událostí (119). Téměř 40–60 % prvních epizod depresivní poruchy nastupuje po závažné životní události. Význam závislosti na současných stresových okolnostech klesá s rostoucím počtem předchozích epizod. Trpí-li jeden z partnerů depresivní poruchou, riziko jejího vzniku u druhého se prakticky zdvojnásobuje. Chronická onemocnění zahrnující kardiovaskulární choroby, diabetes mellitus, artritidy a bolest zvyšují riziko vzniku depresivní epizody. Tento vztah může být zprostředkovan systémem zahrnutým do stresové odpovědi. Současně s přítomností depresivní poruchy stoupá riziko vzniku chronických onemocnění (120).

Socioekonomický statut má také vztah k depresivním poruchám a prevalence depresivních poruch roste od 5 % ve vysokopříjmových zemích k 15 % v chudších státech. Důležitým faktorem je také vzdělání, u kterého se zjišťuje, že má dokonce významnější vztah ke vzniku depresivních poruch než příjem. V zemích s vyššími příjmy a vyšším HDP nedochází k setření sociální nerovnosti a tato zvýšená míra sociální nerovnosti částečně zvyšuje riziko pro rozvoj depresivní poruchy srovnatelně s nízkou mírou vzdělání (121). Nízký socioekonomický statut je spojen s trváním a udržováním depresivní symptomatiky spíše než s jejím nástupem. Vzhledem k současné době ekonomické turbulence byly zkoumány i tyto faktory ve vztahu k depresivním poruchám. Riziko depresivní poruchy roste již s přítomností jednoletého snížení finančního příjmu (1,47×) nebo ekonomického strádání (1,2×) (122). Přítomnost ekonomického nedostatku a opakované stavy chudoby zvyšují riziko vzniku depresivní poruchy v další dekádě trojnásobně. Riziko roste i s hrozbou ztráty zaměstnání (1,86×) a při zadlužení (2,17×) (123).

Tab. 1 Rizikové faktory pro vznik depresivní poruchy

Rizikový faktor	Prevalence depresivních poruch
Vyšší věk (často spojený s vyšší prevalencí neurologických onemocnění, zejména Parkinsonovy a Alzheimerovy nemoci)	7–36 % u jedinců ve věku > 65 let 40 % u nemocných trpících Alzheimerovou demencí 50 % u nemocných trpících Parkinsonovou nemocí
Období okolo porodu a po něm	13 %
Životní období zatížené stresovými událostmi (zaměstnání, rodina, vztahy aj.)	Rozdílná
Pozitivní osobní či rodinná anamnéza z pohledu depresivní poruchy	Až u 30 % nemocných dojde k rekurenci poruchy do 2 let od stanovení diagnózy a u 87 % do 15 let
Komorbidní somatická onemocnění	2× vyšší riziko vzniku depresivních poruch u nemocných trpících diabetem, kardiovaskulárními chorobami, po iktu nebo oběžných jedinců

Vysokou míru rizika vzniku onemocnění v následujících letech přináší i přítomnost poporodních depresivních potíží nebo premenstruační dysforické poruchy. Ženy jsou také více ohroženy v době perimenopauzy, ať již depresivní epizodou někdy trpěly nebo ne (124). Roli v různých životních etapách žen hraje mnoho faktorů, ale spojovacím článkem zůstává kolísání koncentrací pohlavních hormonů v průběhu menstruačního cyklu. Hypotézu vlivu hormonálního kolísání podporuje zřetelná diference výskytu depresivních poruch u dívek a chlapců, ke které dochází v období zahájení činnosti pohlavních žláz a také výskyt změn nálad v období ovulace.

### EXPLORACE SEBEVRAŽEDNÉ AKTIVITY

Nejjednodušší metodou odhadu míra suicidálního rizika je vést s pacientem na toto téma rozhovor. Podobně mohou sloužit i předkládané dotazníky nebo některé položky ze stupnic, jež jsou určeny k autoevaluaci depresivních příznaků (Zungova psychiatrická stupnice pro posuzování deprese aj.), kde je možné se na položku zaměřit a případně riziko zpřesnit přímým dotazem. V Zungově sebezposuzovací stupnici pro hodnocení deprese jde o položku č. 19 „Cítím, že by pro ostatní bylo lépe, kdybych zemřel“. V Beckově sebezposuzovací stupnici deprese se pak jedná o položku č. 7 „Myšlenky na sebevraždu“, která jednoznačně kvantifikuje míru suicidálního rizika (vůbec mi nepřijde na mysl, že bych si měl něco udělat; mám pocit, že by bylo lépe nežít; často přemýšlím, jak spáchat sebevraždu; kdybych měl příležitost, tak bych si vzal život).

Příkladem jsou jednoduché sady otázek pro použití např. na akutních odděleních nebo příjmových jednotkách (125). Zhodnocení suicidálního rizika bylo implementováno prakticky do všech klinických hodnocení v oblasti psychiatrie a neurologie, ale i jiných oborů (126, 127).

Zahájit rozhovor týkající se přítomnosti sebevražedných úvah a zajímat se o sebevražedné myšlenky či úvahy pacienta nemusí být snadné. Pro iniciaci lze s výhodou využít odpovědí, jež pacient zaznamenal do autoevaluačních dotazníků. Doporučeno je – s ohledem na pacienta – téma postupně gradovat za využití prostoru vzájemné konzultace, spíše než kritického či přímo konfrontačního způsobu, např. přímo otázkou: Myslel jste v poslední době na to, že by bylo lepší zemřít? Měl jste nějaký plán, jak to udělat? Možné je použít i nepřímé otázky: Nevadilo by Vám zemřít?

Doporučovaný je následující sled otázek:

1. Cítíte se nešťastně a beznadějně?
2. Cítíte se zoufale?
3. Činí Vám potíže zvládat záležitosti běžného dne?
4. Máte pocit, že život je jen trápení?
5. Myslíte si, že život nestojí za to žít?
6. Máte pocit, že by bylo lepší spáchat sebevraždu?

Pro položení podobných otázek je třeba zvolit vhodnou chvíli, tj. po navázání vzájemného kontaktu, když se pacient neobává vyjádřit svoje pocity (komfort, bezpečí) a když vyjadřuje i negativní pocity (128, 129).

Lékař by neměl postup ukončit identifikací přítomnosti suicidálních myšlenek, ale měl by pokračovat dalšími otázkami, jež upřesní frekvenci a závažnost myšlenek či úvah, a určí tak pravděpodobnost suicidia. Je velmi důležité zjistit, zda má pacient vytvořen plán sebevraždy a případně připravené i prostředky k sebevraždě. Pokud přemýšlí o zastřelení, a nemá přístup ke zbraní, lze riziko považovat za nízké. Pokud však má naplánovaný způsob a má k dispozici

prostředky (např. léčivé přípravky) nebo v případě, že navrhané prostředky jsou mu snadno dostupné, je riziko sebevraždy vysoké.

I v této fázi je nezbytné klást nenáročné, nedirektivní, nenátlakové otázky s vřelým zájmem a empatií s pacientem (128, 129).

Příkladem mohou být následující otázky:

- Máte plán, jak ukončit svůj život?
- Jak to hodláte provést?
- Máte k dispozici např. tablety, střelnou zbraň nebo jiné prostředky?
- Rozhodli jste se, kdy to provedete?

Lékař by měl velmi zpozornět v okamžiku, kdy dojde ke zklidnění pacienta, zejména v okamžiku, kdy se agitovaný pacient náhle zklidní. Zklidnění může být důsledkem rozhodnutí, že sebevraždu provede. Současně je nezbytné stále mít na paměti, že i nemocní, kteří mají velmi vážné suicidální úvahy, je mohou záměrně disimulovat, resp. popírat (128, 129).

### ZÁVĚR

Sebevražednost patří k trvalým celospolečenským problémům. Je podmíněna mnoha faktory, z nichž k nejsilnějším patří přítomnost duševní poruchy. Sebevražednému jednání lze předcházet účinnými opatřeními v různých úrovních – za jedno z neúčinnějších je možné považovat včasnou detekci duševních poruch a jejich léčbu psychoterapií, psychofarmaky, neuromodulačními technikami nebo jejich kombinacemi. Významnou roli v procesu detekce mají lékaři primární péče, kteří se suicidálními pacienty často přicházejí do styku.

*Práce byla podpořena výzkumnými projekty MZ ČR – RVO VFN64165 a Q27/LFI.*

### Literatura

1. WHO. Preventing suicide: a community engagement toolkit. Pilot version 1.0. World Health Organization, 2014. Dostupné na: [www.who.int/mental\\_health/suicide-prevention/en/](http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/en/)
2. Ahmedani BK, Simon GE, Stewart C et al. Health care contacts in the year before suicide death. *J Gen Intern Med* 2014; 29: 870–877.
3. Nock MK, Green JG, Hwang I et al. Prevalence, correlates, and treatment of lifetime suicidal behavior among adolescents: results from the National Comorbidity Survey Replication Adolescent Supplement. *JAMA Psychiatry* 2013; 70: 300–310.
4. Borges G, Nock MK, Haro Abad JM et al. Twelve-month prevalence of and risk factors for suicide attempts in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *J Clin Psychiatry* 2010; 71: 1617–1628.
5. Nock MK, Borges G, Bromet EJ et al. Cross-national prevalence and risk factors for suicidal ideation, plans and attempts. *Br J Psychiatry* 2008; 192: 98–105.
6. Weissman MM, Bland RC, Canino GJ et al. Prevalence of suicide ideation and suicide attempts in nine countries. *Psychol Med* 1999; 29: 9–17.
7. Johnston AK, Pirkis JE, Burgess PM. Suicidal thoughts and behaviours among Australian adults: findings from the 2007 National Survey of Mental Health and Wellbeing. *Aust N Z J Psychiatry* 2009; 43: 635–643.
8. Jeon HJ, Lee JY, Lee YM et al. Lifetime prevalence and correlates of suicidal ideation, plan, and single and multiple attempts in a Korean nationwide study. *J Nerv Ment Dis* 2010; 198: 643–646.
9. Carroll R, Metcalfe C, Gunnell D. Hospital presenting self-harm and risk of fatal and non-fatal repetition: systematic review and meta-analysis. *PLoS One* 2014; 9: e89944.

- 10. Brezo J, Paris J, Barker ED et al.** Natural history of suicidal behaviors in a population-based sample of young adults. *Psychol Med* 2007; 37: 1563–1574.
- 11. Patton GC, Coffey C, Sawyer SM et al.** Global patterns of mortality in young people: a systematic analysis of population health data. *Lancet* 2009; 374: 881–892.
- 12. Conwell Y, Van Orden K, Caine ED.** Suicide in older adults. *Psychiatr Clin North Am* 2011; 34: 451–468.
- 13. Christodoulou C, Douzenis A, Papadopoulos FC et al.** Suicide and seasonality. *Acta Psychiatr Scand* 2012; 125: 127–146.
- 14. Arltová M, Antovová M.** Statistická analýza sebevraždnosti v České republice z pohledu časových řad. *Demografie* 2016; 58: 29–48.
- 15. King M, Smith A, Gracey M.** Indigenous health part 2: the underlying causes of the health gap. *Lancet* 2009; 374: 76–85.
- 16. Egeland JA, Sussex JN.** Suicide and family loading for affective disorders. *JAMA* 1985; 254: 915–918.
- 17. Jollant F, Malafosse A, Docto R, Macdonald C.** A pocket of very high suicide rates in a non-violent, egalitarian and cooperative population of South-East Asia. *Psychol Med* 2014; 17: 1–7.
- 18. Fountoulakis KN, Kawohl W, Theodorakis PN et al.** Relationship of suicide rates to economic variables in Europe: 2000–2011. *Br J Psychiatry* 2014; 205: 486–496.
- 19. Reeves A, McKee M, Stuckler D.** Economic suicides in the great recession in Europe and North America. *Br J Psychiatry* 2014; 205: 246–247.
- 20. Pirkis J, Nordentoft M.** Media influences on suicide and attempted suicide. In: O'Connor RC, Platt S, Gordon J (eds.). *International handbook of suicide prevention: research, policy and practice*. John Wiley & Sons, Chichester, Malden, 2011: 531–544.
- 21. Brent DA, Bridge J, Johnson BA, Connolly J.** Suicidal behavior runs in families. A controlled family study of adolescent suicide victims. *Arch Gen Psychiatry* 1996; 53: 1145–1152.
- 22. Kim CD, Seguin M, Therrien N et al.** Familial aggregation of suicidal behavior: a family study of male suicide completers from the general population. *Am J Psychiatry* 2005; 162: 1017–1019.
- 23. Tidemalm D, Runeson B, Waern M et al.** Familial clustering of suicide risk: a total population study of 11.4 million individuals. *Psychol Med* 2011; 41: 2527–2534.
- 24. Brent DA, Melhem N.** Familial transmission of suicidal behavior. *Psychiatr Clin North Am* 2008; 31: 157–177.
- 25. Schulsinger F, Kety SS, Rosenthal D, Wender PH.** A family study of suicide. In: Schou M, Strömberg E (eds.). *Origin, Prevention and Treatment of Affective Disorders*. Academic Press, London, 1979: 277–287.
- 26. Statham DJ, Heath AC, Madden PA et al.** Suicidal behaviour: an epidemiological and genetic study. *Psychol Med* 1998; 28: 839–855.
- 27. Fu Q, Heath AC, Bucholz KK et al.** A twin study of genetic and environmental influences on suicidality in men. *Psychol Med* 2002; 32: 11–24.
- 28. Lieb R, Bronisch T, Höfler M et al.** Maternal suicidality and risk of suicidality in offspring: findings from a community study. *Am J Psychiatry* 2005; 162: 1665–1671.
- 29. Turecki G.** The molecular bases of the suicidal brain. *Nat Rev Neurosci* 2014; 15: 802–816.
- 30. O'Connor RC, Nock MK.** The psychology of suicidal behaviour. *Lancet Psychiatry* 2014; 1: 73–85.
- 31. Haas AP, Eliason M, Mays VM et al.** Suicide and suicide risk in lesbian, gay, bisexual, and transgender populations: review and recommendations. *J Homosex* 2011; 58: 10–51.
- 32. Fergusson DM, Woodward LJ, Horwood LJ.** Risk factors and life processes associated with the onset of suicidal behaviour during adolescence and early adulthood. *Psychol Med* 2000; 30: 23–39.
- 33. Brezo J, Paris J, Vitaro F et al.** Predicting suicide attempts in young adults with histories of childhood abuse. *Br J Psychiatry* 2008; 193: 134–139.
- 34. Heim C, Shugart M, Craighead WE, Nemeroff CB.** Neurobiological and psychiatric consequences of child abuse and neglect. *Dev Psychobiol* 2010; 52: 671–690.
- 35. McGowan PO, Sasaki A, D'Alessio AC et al.** Epigenetic regulation of the glucocorticoid receptor in human brain associates with childhood abuse. *Nat Neurosci* 2009; 12: 342–348.
- 36. Turecki G, Meaney MJ.** Effects of the social environment and stress on glucocorticoid receptor gene methylation: a systematic review. *Biol Psychiatry* 2016; 79: 87–96.
- 37. Weder N, Zhang H, Jensen K et al.** Child abuse, depression, and methylation in genes involved with stress, neural plasticity, and brain circuitry. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2014; 53: 417–424.
- 38. Labonté B, Suderman M, Maussion G et al.** Genome-wide epigenetic regulation by early-life trauma. *Arch Gen Psychiatry* 2012; 69: 722–731.
- 39. Roth TL, Lubin FD, Funk AJ, Sweatt JD.** Lasting epigenetic influence of early-life adversity on the BDNF gene. *Biol Psychiatry* 2009; 65: 760–769.
- 40. Ernst C, Deleva V, Deng X et al.** Alternative splicing, methylation state, and expression profile of tropomyosin-related kinase B in the frontal cortex of suicide completers. *Arch Gen Psychiatry* 2009; 66: 22–32.
- 41. Keller S, Sarchiapone M, Zarrilli F et al.** Increased BDNF promoter methylation in the Wernicke area of suicide subjects. *Arch Gen Psychiatry* 2010; 67: 258–267.
- 42. Pedersen MG, Mortensen PB, Norgaard-Pedersen B, Postolache TT.** Toxoplasma gondii infection and self-directed violence in mothers. *Arch Gen Psychiatry* 2012; 69: 1123–1130.
- 43. Arling TA, Yolken RH, Lapidus M et al.** Toxoplasma gondii antibody titers and history of suicide attempts in patients with recurrent mood disorders. *J Nerv Ment Dis* 2009; 197: 905–908.
- 44. Flegr J.** How and why Toxoplasma makes us crazy. *Trends Parasitol* 2013; 29: 156–163.
- 45. McGirr A, Renaud J, Bureau A et al.** Impulsive-aggressive behaviours and completed suicide across the life cycle: a predisposition for younger age of suicide. *Psychol Med* 2008; 38: 407–417.
- 46. Séguin M, Beauchamp G, Robert M et al.** Developmental model of suicide trajectories. *Br J Psychiatry* 2014; 205: 120–126.
- 47. Yang B, Clum GA.** Childhood stress leads to later suicidality via its effect on cognitive functioning. *Suicide Life Threat Behav* 2000; 30: 183–198.
- 48. Sinclair JM, Crane C, Hawton K, Williams JM.** The role of autobiographical memory specificity in deliberate self-harm: correlates and consequences. *J Affect Disord* 2007; 102: 11–18.
- 49. Lee FS, Heimer H, Giedd JN et al.** Mental health. Adolescent mental health – opportunity and obligation. *Science* 2014; 346: 547–549.
- 50. van den Bos R, Hartevelde M, Stoop H.** Stress and decision-making in humans: performance is related to cortisol reactivity, albeit differently in men and women. *Psychoneuroendocrinology* 2009; 34: 1449–1158.
- 51. Williams JM, Barnhofer T, Crane C, Beck AT.** Problem solving deteriorates following mood challenge in formerly depressed patients with a history of suicidal ideation. *J Abnorm Psychol* 2005; 114: 421–431.
- 52. McGirr A, Diaconu G, Berlim MT et al.** Dysregulation of the sympathetic nervous system, hypothalamic-pituitary-adrenal axis and executive function in individuals at risk for suicide. *J Psychiatry Neurosci* 2010; 35: 399–408.
- 53. Grover KE, Green KL, Pettit JW et al.** Problem solving moderates the effects of life event stress and chronic stress on suicidal behaviors in adolescence. *J Clin Psychol* 2009; 65: 1281–1290.
- 54. Arseneault-Lapierre G, Kim C, Turecki G.** Psychiatric diagnoses in 3275 suicides: a meta-analysis. *BMC Psychiatry* 2004; 4: 37.
- 55. Hoertel N, Franco S, Wall MM et al.** Mental disorders and risk of suicide attempt: a national prospective study. *Mol Psychiatry* 2015; 20: 718–726.
- 56. Holma KM, Haukka J, Suominen K et al.** Differences in incidence of suicide attempts between bipolar I and II disorders and major depressive disorder. *Bipolar Disord* 2014; 16: 652–661.
- 57. Angst F, Stassen HH, Clayton PJ, Angst J.** Mortality of patients with mood disorders: follow-up over 34–38 years. *J Affect Disord* 2002; 68: 167–181.
- 58. Sharifi V, Eaton WW, Wu LT et al.** Psychotic experiences and risk of death in the general population: 24–27 year follow-up of the Epidemiologic Catchment Area study. *Br J Psychiatry* 2015; 207: 30–36.
- 59. Hor K, Taylor M.** Suicide and schizophrenia: a systematic review of rates and risk factors. *J Psychopharmacol* 2010; 24: 81–90.
- 60. Nock MK, Hwang I, Sampson NA, Kessler RC.** Mental disorders, comorbidity and suicidal behavior: results from the National Comorbidity Survey Replication. *Mol Psychiatry* 2010; 15: 868–876.
- 61. Tyrer P, Reed GM, Crawford MJ.** Classification, assessment, prevalence, and effect of personality disorder. *Lancet* 2015; 385: 717–726.
- 62. Ernst C, Lalovic A, Lesage A et al.** Suicide and no axis I psychopathology. *BMC Psychiatry* 2004; 4: 7.
- 63. Conner KR, Beautrais AL, Brent DA et al.** The next generation of psychological autopsy studies. Part I. Interview content. *Suicide Life Threat Behav* 2011; 41: 594–613.

- 64. Kim C, Lesage A, Seguin M et al.** Patterns of co-morbidity in male suicide completers. *Psychol Med* 2003; 33: 1299–1309.
- 65. Akechi T, Iwasaki M, Uchitomi Y, Tsugane S.** Alcohol consumption and suicide among middle-aged men in Japan. *Br J Psychiatry* 2006; 188: 231–236.
- 66. Park JE, Lee JY, Jeon HJ et al.** Age-related differences in the influence of major mental disorders on suicidality: a Korean nationwide community sample. *J Affect Disord* 2014; 162: 96–101.
- 67. Conwell Y, Duberstein PR, Cox C et al.** Relationships of age and axis I diagnoses in victims of completed suicide: a psychological autopsy study. *Am J Psychiatry* 1996; 153: 1001–1008.
- 68. Phillips MR, Yang G, Zhang Y et al.** Risk factors for suicide in China: a national case-control psychological autopsy study. *Lancet* 2002; 360: 1728–1736.
- 69. Rajkumar R, Fam J, Yeo EY, Dawe GS.** Ketamine and suicidal ideation in depression: jumping the gun? *Pharmacol Res* 2015; 99: 23–35.
- 70. Black C, Miller BJ.** Meta-analysis of cytokines and chemokines in suicidality: distinguishing suicidal versus nonsuicidal patients. *Biol Psychiatry* 2015; 78: 28–37.
- 71. Turecki G.** Polyamines and suicide risk. *Mol Psychiatry* 2013; 18: 1242–1243.
- 72. Nemeroff CB, Owens MJ, Bissette G et al.** Reduced corticotropin releasing factor binding sites in the frontal cortex of suicide victims. *Arch Gen Psychiatry* 1988; 45: 577–579.
- 73. Rajkowska G.** Postmortem studies in mood disorders indicate altered numbers of neurons and glial cells. *Biol Psychiatry* 2000; 48: 766–777.
- 74. Bernard R, Kerman IA, Thompson RC et al.** Altered expression of glutamate signaling, growth factor, and glia genes in the locus coeruleus of patients with major depression. *Mol Psychiatry* 2011; 16: 634–646.
- 75. Ernst C, Nagy C, Kim S et al.** Dysfunction of astrocyte connexins 30 and 43 in dorsal lateral prefrontal cortex of suicide completers. *Biol Psychiatry* 2011; 70: 312–319.
- 76. Asberg M, Thorén P, Träskman L et al.** "Serotonin depression"—a biochemical subgroup within the affective disorders? *Science* 1976; 191: 478–480.
- 77. Arango V, Underwood MD, Mann JJ.** Serotonin brain circuits involved in major depression and suicide. *Prog Brain Res* 2002; 136: 443–453.
- 78. Sullivan GM, Oquendo MA, Milak M et al.** Positron emission tomography quantification of serotonin(1A) receptor binding in suicide attempters with major depressive disorder. *JAMA Psychiatry* 2015; 72: 169–178.
- 79. Brezo J, Bureau A, Mérette C et al.** Differences and similarities in the serotonergic diathesis for suicide attempts and mood disorders: a 22-year longitudinal gene-environment study. *Mol Psychiatry* 2010; 15: 831–843.
- 80. Sequeira A, Mamdani F, Ernst C et al.** Global brain gene expression analysis links glutamatergic and GABAergic alterations to suicide and major depression. *PLoS One* 2009; 4: e6585.
- 81. Choudary PV, Molnar M, Evans SJ et al.** Altered cortical glutamatergic and GABAergic signal transmission with glial involvement in depression. *Proc Natl Acad Sci USA* 2005; 102: 15653–15658.
- 82. Rajkumar R, Fam J, Yeo EY, Dawe GS.** Ketamine and suicidal ideation in depression: jumping the gun? *Pharmacol Res* 2015; 99: 23–35.
- 83. Wenzel A, Brown GK, Beck AT.** Classification and assessment of suicide ideation and suicidal acts. In: Wenzel A, Brown GK, Beck AT (eds.). *Cognitive therapy for suicidal patients: Scientific and clinical applications. American Psychological Association*, Washington, DC, 2009, s. 377.
- 84. Moller-Leimkuhler AM.** Barriers to help seeking by men: A review of sociocultural and clinical literature with particular reference to depression. *J Affect Disord* 2002; 71: 1–9.
- 85. McKelvey RS, Pfaff JJ, Acres JG.** The relationship between chief complaints, psychological distress, and suicidal ideation in 15–24 year-old patients presenting to general practitioners. *Med J Aust* 2001; 175: 550–552.
- 86. Busch KA, Fawcett J, Jacobs DJ.** Clinical correlates of inpatient suicide. *J Psychiatry* 2003; 64: 14–19.
- 87. Louma JB, Martin CE, Pearson JL.** Contact with mental health and primary care providers before suicide: A review of the evidence. *Am J Psychiatry* 2002; 159: 909–916.
- 88. Feldman MD, Duberstein PR, Vannoy S et al.** Let's not talk about it: Suicide inquiry in primary care. *Ann Fam Med* 2007; 5: 412–418.
- 89. Saunders K, Brand F, Lascelles K, Hawton K.** The sad truth about the SADPERSONS Scale: An evaluation of its clinical utility in self-harm patients. *Emerg Med J* 2013; 31: 796–798.
- 90. Harris KM, Syu JJ, Lello OD et al.** The ABC's of suicide risk assessments: Applying a tripartite approach to individual encounters. *PLoS One* 2015; 10: e0127442.
- 91. Bajaj P, Borreani E, Ghosh P et al.** Screening for suicidal thoughts in primary care: The views of patients and general practitioners. *Mental Health Fam Med* 2008; 5: 229–235.
- 92. Vail L, Adams A, Gilbert E et al.** Investigating mental health risk assessment in primary care and the potential role of a structured decision support tool, GRIST. *Ment Health Fam Med* 2012; 9: 57–67.
- 93. Mott JA.** An integrated approach to estimating suicide risk. *Suicide Life Threat Behav* 1991; 21: 74–89.
- 94. Chan WI, Batterham P, Christensen H, Galletly C.** Suicide literacy, suicide stigma, and help-seeking intentions in Australian medical students. *Australas Psychiatry* 2014; 22: 132–139.
- 95. Graham RD, Rudd D, Bryan CJ.** Primary care providers' views regarding assessing and treating suicidal patients. *Suicide Life Threat Behav* 2011; 41: 614–623.
- 96. Gunnell D, Bennewith O, Peters TJ et al.** Do patients who self-harm consult their general practitioner soon after hospital discharge? A cohort study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2002; 37: 599–602.
- 97. Marquet RL, Bartelds AI, Kerkhof AJ et al.** The epidemiology of suicide and attempted suicide in Dutch general practice 1983–2003. *BMC Fam Pract* 2005; 6: 45.
- 98. Poma SZ, Grossi A, Toniolo E et al.** Self-perceived difficulties with suicidal patients in a sample of Italian general practitioners. *J Clin Med Res* 2011; 3: 303–308.
- 99. Olsson M, Weissman MM, Leon AC et al.** Suicidal ideation in primary care. *J Gen Intern Med* 1996; 11: 447–453.
- 100. Riihimaki K, Vuorilehto M, Melartin T et al.** Incidence and predictors of suicide attempts among primary-care patients with depressive disorders: a 5-year prospective study. *Psychol Med* 2014; 44: 291–302.
- 101. Houston K, Haw C, Townsend E, Hawton K.** General practitioner contacts with patients before and after deliberate self-harm. *Br J Gen Pract* 2003; 53: 365–370.
- 102. Raue PJ, Brown EL, Meyers BS et al.** Does every allusion to possible suicide require the same response? *J Fam Pract* 2006; 55: 605–612.
- 103. Fanello S, Paul P, Delbos V et al.** General practitioners' practices and attitudes in regard to suicidal behavior. *Santé Publique* 2002; 14: 263–273.
- 104. Verger P, Brabis PA, Kovess V et al.** Determinants of early identification of suicidal ideation in patients treated with antidepressants or anxiolytics in general practice: a multilevel analysis. *J Affect Disord* 2007; 99: 253–257.
- 105. Mitchell AJ, Vaze A, Rao S.** Clinical diagnosis of depression in primary care: a meta-analysis. *Lancet* 2009; 374: 609–619.
- 106. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB et al.** Physical symptoms in primary care. Predictors of psychiatric disorders and functional impairment. *Arch Fam Med* 1994; 3: 774–779.
- 107. Benca R, Peterson M.** Insomnia and depression. *Sleep Medicine* 2008; 9(Suppl. 1): S3–S9.
- 108. Perlis ML, Giles DE, Buysse DJ et al.** Self-reported sleep disturbance as a prodromal symptom in recurrent depression. *J Affect Disord* 1997; 42: 209–212.
- 109. National Institute for Health and Care Excellence.** NICE clinical guideline 90 Depression: The treatment and management of depression in adults. 2009.
- 110. Arroll B, Khin N, Kerse N.** Screening for depression in primary care with two verbally asked questions: cross sectional study. *BMJ* 2003; 327:1144–1146.
- 111. U.S. Preventive Services Task Force.** Screening for depression: recommendations and rationale. *Ann Intern Med* 2002; 136(10): 760–764.
- 112. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB.** The Patient Health Questionnaire-2: validity of a two-item depression screener. *Med Care* 2003; 41: 1284–1292.
- 113. Williams JW Jr, Noel PH, Cordes JA et al.** Is this patient clinically depressed? *JAMA* 2002; 287: 1160–1170.
- 114. Rush AJ, Trivedi MH, Ibrahim HM et al.** The 16-Item Quick Inventory of Depressive Symptomatology (QIDS), clinician rating (QIDS-C), and self-report (QIDS-SR): a psychometric evaluation in patients with chronic major depression. *Biol Psychiatry* 2003; 54: 573–583.
- 115. Beck AT, Steer RA, Ball R, Ranieri W.** Comparison of Beck Depression Inventories-IA and-II in psychiatric outpatients. *J Pers Assess* 1996; 67: 588–597.
- 116. Van Marwijk HW, Wallace P, de Bock GH et al.** Evaluation of the feasibility, reliability and diagnostic value of shortened versions of the geriatric depression scale. *Br J Gen Pract* 1995; 45: 195–199.
- 117. Zung WW.** Factors influencing the self-rating depression scale. *Arch Gen Psychiatry* 1967; 16: 543–547.



**118. Mueller TI, Leon AC, Keller MB et al.** Recurrence after recovery from major depressive disorder during 15 years of observational follow-up. *Am J Psychiatry* 1999; 156: 1000–1006.

**119. Caspi A, Sugden K, Moffitt TE et al.** Influence of life stress on expression: moderation by a polymorphism in the 5-HTT gene. *Science* 2003; 301: 386–389.

**120. Katon W, Lin EH, Kroenke K.** The association of depression and anxiety with medical symptom burden in patients with chronic medical illness. *Gen Hosp Psychiatry* 2007; 29: 147–155.

**121. Ladin K, Daniels N, Kawachi I.** Exploring the relationship between absolute and relative position and late-life depression: evidence from 10 European countries. *Gerontologist* 2010; 50: 48–59.

**122. Lorant V, Croux C, Weich S et al.** Depression and socio-economic risk factors: 7-year longitudinal population study. *Br J Psychiatry* 2007; 190: 293–298.

**123. Meltzer H, Bebbington P, Brugha T et al.** Job insecurity, socio-economic circumstances and depression. *Psychol Med* 2010; 40: 1401–1407.

**124. Freeman EW, Sammel MD, Lin H et al.** Associations of hormones and menopausal status with depressed mood in women with no history of depression. *Arch Gen Psychiatry* 2006; 63: 375–382.

**125. Desjardins I, Cats-Baril W, Maruti S et al.** Suicide risk assessment in hospitals: an expert system-based triage tool. *J Clin Psychiatry* 2016; 77: e874–882.

**126. Swedish Council on Health Technology Assessment.** Instruments for suicide risk assessment. *SBU*, Stockholm, 2015.

**127.** Suicide risk assessment and the Columbia-Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS). Dostupné na: [www.youtube.com/watch?v=Xfdz\\_Yfnc4](http://www.youtube.com/watch?v=Xfdz_Yfnc4)

**128. WHO.** Preventing suicide. A global imperative. *World Health Organization*, 2014.

**129. WHO.** Preventing suicide. A resource for general physicians. Mental and behavioural disorders. *World Health Organization*, Geneva, 2000.

ADRESA PRO KORESPONDENCI:

**doc. MUDr. Martin Anders, Ph.D.**  
Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN v Praze  
Ke Karlovu 11, 120 00 Praha 2  
Tel.: 224 965 007  
e-mail: [martin.anders@vfn.cz](mailto:martin.anders@vfn.cz)

pr  Lékaře.cz

- + on-line vzdělávání lékařů a lékárníků
- + kurzy ohodnoceny kredity ČLK
- + kurzy napříč specializacemi
- + absolvování kurzů zdarma

Více na [www.prolekare.cz/kreditované-kurzy](http://www.prolekare.cz/kreditované-kurzy)



#### Informace a kontakt:

Andrea Opletalová  
[info@prolekare.cz](mailto:info@prolekare.cz)  
MeDitorial, s.r.o. Lékařský dům,  
Sokolská 31/490, 120 26 Praha 2

# Prevence poruch příjmu potravy

Hana Papežová

Centrum pro poruchy příjmu potravy, Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN v Praze

Čas. Lék. čes. 2017; 156: 68–73

## SOUHRN

TKvalita prevence poruch příjmu potravy je několik desetiletí diskutovaný problém v kontextu rychle se měnících socioekonomických podmínek, podstatného nárůstu významu médií, nových technologií i znalostí rizikových faktorů. Primární prevence má za úkol snížit riziko vzniku poruch příjmu potravy, ale ani sekundární a terciární prevenci nelze zanedbávat. Účinná a koordinovaná prevence však stále chybí. Naše zkušenosti z posledních 20 let mezinárodní spolupráce vedly k postupnému vytvoření a evaluaci preventivních programů. Popisujeme jejich rychlý vývoj a současné programy podle nových trendů doporučených WHO.

## KLÍČOVÁ SLOVA

Poruchy příjmu potravy, nové trendy v prevenci

## SUMMARY

### Papežová H. Prevention of eating disorders

The quality of the prevention of eating disorders represents in several last decades frequently discussed issue in the context of rapidly changing socio-economic conditions, a significant increase of influence of the media, new technologies and knowledge of risk factors. Primary prevention aims to reduce the risk of developing eating disorders, but secondary and tertiary prevention play the important role as well. Effective and coordinated prevention is still missing. Our experience of international cooperation of the last 20 years led to the development and evaluation of prevention programs. We are describing their fast development and ongoing programs following the new trends recommended by WHO.

## KEYWORDS

eating disorders, new trends in prevention

## ÚVOD

Z posledních dostupných epidemiologických výzkumů vyplývá, že prevalence poruch příjmu potravy (PPP) u nás od roku 1989 roste a dosáhla podobných hodnot jako v ostatních zemích světa (1, 2). Tým Centra pro poruchy příjmu potravy při Psychiatrické klinice 1. LF UK a VFN se dlouhodobě zabývá výzkumem prevalence a incidence PPP v ČR a mapuje současné podmínky a postoje v oblasti jídelního chování ve společnosti. Ty představují zásadní společenská rizika pro vznik PPP i účinnost preventivních programů. Práce na preventivních programech byla několikrát oceněna Národní psychiatrickou cenou profesora Vladimíra Vondráčka (2008, 2012).

S výrazným nárůstem mediálního vlivu na mladou generaci a nesmírně rychlým dopadem nových technologií, hlavně internetu, mobilních telefonů a sociálních sítí, se mezi mladými lidmi nekontrolovaně šíří nezdravý ideál krásy a také množství komerčních sdělení nabízejících různá dietní opatření. Úkol vytvořit kvalitní a účinnou prevenci vyplývá z potřeb klinické praxe a výzkumu u nás i v zahraničí (3, 4). Vyžaduje možnost monitorovat rizikové aktivity, využívat nové technologické trendy, orientovat se v síti organizátorů zdravotní a sociální péče a vzdělávání a vyvážit zjevné i narůstající skryté pro-anorektické vzory a aktivity. Tento komplexní úkol se stává stále nesnadnějším, komplexnějším a také nákladnějším.

## KOMPLEXNÍ ÚKOLY A SPOLUPRÁCE V PRIMÁRNÍ PREVENCÍ

Spolupráce s rodinou by měla poskytnout živé vzory, autority, vytvořit zdravé jídelní návyky, nabízet kvalitní hodnoty a vhodné zájmy, posilovat sebevědomí, naučit dítě hájit svůj názor a individualitu, dovolit dospívajícímu rozhodovat se i nést následky svého rozhodnutí, respektovat a podporovat jeho názory, pochválit bez výhrad, bez podmínky

výkonu, vytvořit atmosféru důvěry, komunikovat s dítětem na přiměřené úrovni, otevřeně, chránit před nežádoucími vlivy médií. Represe a omezení jsou často neúčinné nebo kontraproduktivní. Dítě je třeba naučit schopnosti hodnotit, srovnávat, umět si vybrat podstatné, vytvořit si hodnotový systém i bezpečné chování. A také zvolit si vhodné profesní zaměření a nepodléhat rizikovým aktivitám spojeným s udržením tělesné hmotnosti a vzhledu.

Školní zařízení by se měla podílet na preventivních opatřeních, zajistit kulturu stravování, přiměřený rozvrh respektující dobu na jídlo, podporovat vrstevnické pozitivní vzory, autority, posilovat sebevědomí. Tyto cíle byly zapracovány do státního plánu školní prevence (5).

Kulturní a společenské aktivity by přispěly k prevenci, pokud by se zaměřily na přiměřenou propagaci zdravého životního stylu, dostatečně oceňovaly obecně uznávané pozitivní společenské hodnoty a chránily mladou generaci před nežádoucími vlivy médií.

## SEKUNDÁRNÍ PREVENCE

Úkolem sekundární prevence je vyhledávat rizikové faktory a ohrožené skupiny charakterizované zájmy a aktivitami úzce vázanými na tělesnou hmotnost a zevnějšek, na léčbu obezity, na somatická onemocnění provázená dietou a hubnutím. Má přispívat k včasné diagnostice a dostupnosti odborné léčby poruch příjmu potravy, podílet se na destigmatizaci psychiatrické péče a zlepšit postoje společnosti i podporu duševně nemocných. Ke zlepšení resocializace nemocných by v současnosti mohla přispět reforma psychiatrické péče.

## TERCIÁRNÍ PREVENCE

Komplexní léčba poruch příjmu potravy zahrnuje rovněž prevenci relapsu onemocnění, obnovení fertility, podporu

návratu do běžného života, nalezení nových zájmů. V současné době, kdy léčíme v rodinách druhou nebo i třetí generaci postižených, je důležitá prevence transgeneračního přenosu poruch příjmu potravy.

Zvláště u chronifikujících forem onemocnění, v dnešní odborné terminologii SEAN (*severe and enduring anorexia*), terciární prevence u dospělých pacientek často představuje i primární prevenci v další generaci. Akutní porucha příjmu potravy v těhotenství je nezdídká zatajována, její přítomnost v anamnéze matky může způsobit závažné zdravotní i psychologické komplikace pro dítě i ženu samotnou. Podporujeme zdravé stravovací návyky v rodině, kde matkou je pacientka s poruchou příjmu potravy (6–8), a také řešení odborných a etických otázek asistované reprodukce u žen s akutní nebo chronickou formou tohoto onemocnění (9).

Na základě získaných a klinických zkušeností jsme vytvořili specializované programy (podpůrné, edukativní a terapeutické) pro gravidní pacientky, ženy plánující rodičovství či podpůrnou skupinovou terapii pro matky s poruchou příjmu potravy a s předškolními dětmi. Pacientky spolupracovaly při natáčení edukačních informačních videomateriálů v rámci pilotní studie o rizicích poruch příjmu potravy pro těhotenství, poporodní období a mateřství z psychologického hlediska. Navázána byla klinická spolupráce s porodníky i v rámci komplexní podpory na internetových stránkách.

## RIZIKOVÉ FAKTORY

Poruchy příjmu potravy představují spektrum patologického jídelního chování, které může postupně ovládnout myšlení, vnímání a emoce jedince natolik, že celoživotně ohrožuje kvalitu jeho života, jeho zdraví a vztahy a zvyšuje riziko předčasné smrti. Při vzniku onemocnění se většinou spojí více rizikových faktorů, které pravděpodobnost tohoto multifaktoriálního onemocnění zvyšují. Ojedinelý „rizikový“ faktor nemusí mít žádný efekt (např. posměšná poznámka trenéra o vzhledu). Ke vzniku onemocnění vede - nebo ho udržuje - většinou kombinace s ostatními rizikovými faktory (úzkostná povaha, touha po dokonalosti, rodinná orientace na výkon, genetické faktory, porucha příjmu potravy v rodině). V oblasti prevence hledáme a podporujeme biologické, psychologické i sociální protektivní faktory, které riziko vzniku onemocnění mohou snížit.

Již v roce 2003 naše centrum pozvalo k přednášce prof. Debru Frankovou, která informovala zájemce z odborné veřejnosti o vývoji preventivních interakčních médií v USA, což bylo ověřeno kvalifikovanými studii. Profesorka Franková uvedla tyto cíle preventivních programů: zlepšení znalostí, sebeakceptace, sebevědomí, podněcovat různorodost a chápat změny v pubertě, upravit jídelní návyky, snížit držení diet, snížit posměch, pracovat s médií, copingové strategie. Cílem by mělo být i snížení nespokojenosti s vlastním tělem, chápání zdravého jídelního režimu a snížení internalizace ideálu štíhlosti. Prezentovala úspěšné i neúspěšné programy, přednosti a úskalí jejich šíření (3, 4).

## RIZIKOVÉ SKUPINY

Z výzkumů poruch příjmu potravy víme, že riziko onemocnění je zvýšené u dívek, které jsou nespokojené se svou postavou. V důsledku této nespokojenosti drží nesmyslné diety, jež jsou ovšem z hlediska komerčního nesmírně výnosné. Je těžké proti těmto komerčním zájmům účinně

bojovat. Dívky jsou nespokojené (a to již dokonce v 6 letech věku!), protože podle svého názoru nedosahují ideálu krásy, i když ten představuje virtuální realitu - normálním, zdravým životním stylem je u většiny populace nedosažitelný. Pomocí výpočetní techniky jsou krásné modelky ještě dále vylepšovány (retušování vrásek, pokrčené látky, stínu). Také narůstá počet soutěží krásy, kde je tato „dokonalá krása“ propagována. Dospělé královny krásy měly často BMI (*body mass index*) nižší, než je diagnostické kritérium pro mentální anorexii (tj. 17,5). Dětské a adolescentní vzory jsou na internetu nezdídká prezentovány v nedětských, téměř erotizovaných pozicích a oděvech; postupně také narůstal počet soutěží krás pro děti a adolescenty (Miss Aerobik, Miss Golf, Miss Mažoretka, Miss Junior, Miss online, Miss Net, Miss Jaro, Miss Reneta).

Reklamy, soutěže o královny krásy a vrcholové sportovní, taneční a modelingové aktivity jsou výrazným rizikovým sociálním faktorem pro nárůst prevalence onemocnění. Odpovědní pracovníci většinou odmítali rizika připustit, a tudíž se i podíleli na tvorbě specializovaných preventivních programů jako v západních státech (psychoedukace a výcvik trenérů, učitelů baletních škol např. v rámci Americké akademie pro poruchy příjmu potravy). V zahraničí mají „riziková“ pracoviště specializované programy pro poruchami příjmu potravy trpící jedince a vytvářejí jim individualizované podmínky v léčbě (zdravotníci, sportovci, letušky a zaměstnanci leteckých společností). Snižují tím obávanou stigmatizaci z léčby a zároveň se podílejí na motivaci k časnější léčbě zaměstnanců a snižují riziko negativního dopadu onemocnění na pracovišti.

## ZOBRAZENÍ PORUCH PŘÍJMU POTRAVY V MÉDIÍCH

V minulosti jsme mohli onemocnění poruchou příjmu potravy demonstrovat na životopisech slavných osob, které trpěly anorexií nebo bulimií jako císařovna Sissi, princezna Diana nebo Jane Fondová a mnoho dalších. Postupně jsou informace médií mnohem dramatictější, modelky na molech trpící anorexií na podvýživu umírají. Medializovány jsou především simplifikované, někdy romanticky upravené příběhy celebrit, které kontrastují s reálnými tragédiemi celých rodin, pro které toto „stigma“ vede k dlouhodobému zatajování problémů před odborníky a oddálení odborné péče.

## „PREVENTIVNÍ MEDIÁLNÍ KAMPAŇ“

Jednu z posledních akcí za boj proti anorexii zorganizoval slavný italský fotograf Oliviero Toscani. V italském Miláně, považovaném za světové centrum módy, vytvořil provokativní billboardy, na kterých mu stála modelem vyhublá herečka Isabelle Carová. Na fotografii váží 31 kg. Léta se údajně nenechala fotit, protože se styděla, tentokrát se však rozhodla prospět a pomoci. Toscani chtěl ukázat, kam až může zajít posedlost po dokonalém, krásném těle. Ve své kampani uvedl, že k rozšíření anorexie velmi přispěl módní průmysl. Kampaň „Ne anorexii“ podpořilo i italské ministerstvo zdravotnictví. Některým připadala kampaň příliš krutá a nelitostná, vesměs však byla módními návrháři přijata.

Odborné společnosti ovšem zároveň poukazují na negativní dopad takových kampaní na dívky s anorexií, jež mohou z touhy po publicitě svou restriktívitu potravy paradoxně zvýšit. Dobře míněná kampaň bez hlubší znalosti problematiky PPP

může mít negativní dopad, vést k další stigmatizaci nemocných a/nebo bagatelizaci problémů.

### INFORMACE NA INTERNETU

V posledních letech můžete najít na internetu kolem 1340 000 komentářů k tématu anorexie a módní průmysl a přes 4650 000 hesel o zdravé výživě. Množství rozporuplných informací představuje nebezpečí především pro děti a adolescenty. Orientace v často extrémních názorech je velmi obtížná. Touha po zaručené zdravé výživě spojená s touhou po rychlé slávě, úspěchu a penězích už v dětství láká jak dívky samotné, tak někdy i jejich rodiče. Stále rychlejší šíření po internetu podporuje množství sociálních sítí a blogů, které se tématu diet a ideálního zevnějšku věnují a oslovují stále mladší populaci (10). Náš výzkum i klinické zkušenosti posledních desetiletí proto vedly k směřování preventivních opatření na stále mladší populaci (od studentů středních škol až po žáky prvních tříd i mateřských škol).

### PREVENCE Z HLEDISKA ODBORNÍKŮ V ZAHRAŇIČÍ

Statistický průzkum Ministerstva zdravotnictví Izraele prokázal, že 7 % adolescentních dívek a 13,7 % mladých uchazeček o modeling vykazuje známky anorexie. Tyto údaje vedly k rozsáhlé kampani proti anorexii včetně návrhu zákona zakazujícím modeling dívkám s BMI pod 19. Právní a vládní aktivity proti propagaci extrémní štíhlosti jsme zaznamenali ve Velké Británii, ve Španělsku, ve Francii. U nás jsme o takové podpoře zatím jen jednali, a to bez výsledku. Většina odborníků souhlasila s novými pravidly, jež Americká akademie pro poruchy příjmu potravy navrhla v roce 2006 módním tvůrcům a doporučila vládám. Šlo o podporu zásad, že modelky mají BMI alespoň 18, do modelingu jsou přijímány dívky až od 16 let (mezi 16 a 18 lety), minimum BMI je 17,4 pro dívky a 17,7 pro chlapce. Ale opatření byla implementována jen v několika zemích a jejich účinnost není dosud dostatečně zdokumentována.

Za posledních 20 let jsme se setkali i s mnoha poznatky z preventivních opatření v zahraničí, mnoho projektů bylo neúčinných, účinných pouze velmi krátkodobě a jsou popsány i nákladné projekty s negativním dopadem na cílovou populaci. Kvalitní preventivní programy s dlouhodobým vlivem na hodnotový systém dětí a adolescentů byly do posledního desetiletí vzácné. Na rozdíl od prevence zneužívání drog a alkoholu, kde většina populace je ochotná připustit škodlivost jejich nadužívání zejména pro dětský organismus, je v oblasti poruch příjmu potravy argumentace daleko obtížnější. Dominující orientace na zevnějšek spojená s úspěšností a zdravým životním stylem spolu s obavami z obezity dávají různým dětem zdánlivě zdravý a racionální rámec.

Zvýšená pozornost věnovaná zdravé výživě a nespokojenost s vlastní postavou představují rizikové faktory, jež vedou k patologickému jídelnímu chování, mentální anorexii, bulimii, psychogennímu či nočnímu přejídání. Posedlost zdravým životním stylem („potravinový extremismus“) je komerčně často zneužívána v reklamách, a to i v těch zaměřených na děti (naše pacientky se samy pozastavovaly nad reklamou propagující sušenku BeBe, která vám zaručí kalorie na celý den). Takových zjevných či skrytých reklam je stále více, přestože zákon klamavé reklamy zakazuje. Je nutné si uvědomit, že televizní reklamy tvoří až 11 % vysílání a mládež

ve věku 10–18 let sleduje televizi až 120 minut denně (10). I zde je významný prostor pro preventivní práci.

Prevenici je nutné přizpůsobit nejen úrovni znalostí v populaci, se kterou pracujeme, rizikovému prostředí, ale i znalostem pedagogů či jiných spolupracovníků. Programy mají být supervidované, diskutované a dobře ověřené. Dlouhodobě existují sportovní programy, kde jsou přímo vyžadovány přísné diety a snížení hmotnosti. Některé dívky ve vrcholových sportech se učily od vrstevníků pravidelně regulovat svou váhu zvracením.

Jsou popsány i případy, kdy poradny obezitologů vyhledaly dívky s normálním BMI z baletních škol, aby více zhubly (11). Na internetu se objevily i videoklipy majitele modelingové agentury doporučující mladým dívkám strkat si po každém jídle lžičku do krku a zvracet. Internetová propagace soukromých blogů a sociálních sítí vede mladé lidi do soukromé inzerce, která doporučuje jak dosáhnout „ještě lepší anorexii“. Často je v současnosti spojena se sebepoškozováním. Sebepoškozování a hladovění se mohou stát pro adolescenta novým společenstvím, skrývaným „náboženstvím“, způsobem vzdoru, který zůstává okolnímu světu dospělých (rodičů a pedagogů) zcela utajen.

Boj s propagací anorektického životního stylu na internetu řeší odborné společnosti po celém světě. Snaha o rušení stránek je úspěšná pouze v alarmujících případech (vzájemná šikana pacientek s anorexií, propagace jídelního chování přímo ohrožujícího život). V ostatních případech se odborníci snaží „vyvážit“ stránky odbornými informacemi o rizicích takového jednání. Vzhledem k rychlosti rozvoje nových technologií je nutné rychle implementovat stále nové, nákladnější technologie (videoklipy, virtuální realita).

### VÝVOJ MEZINÁRODNÍCH PROJEKTŮ ZAMĚŘENÝCH NA PREVENCI

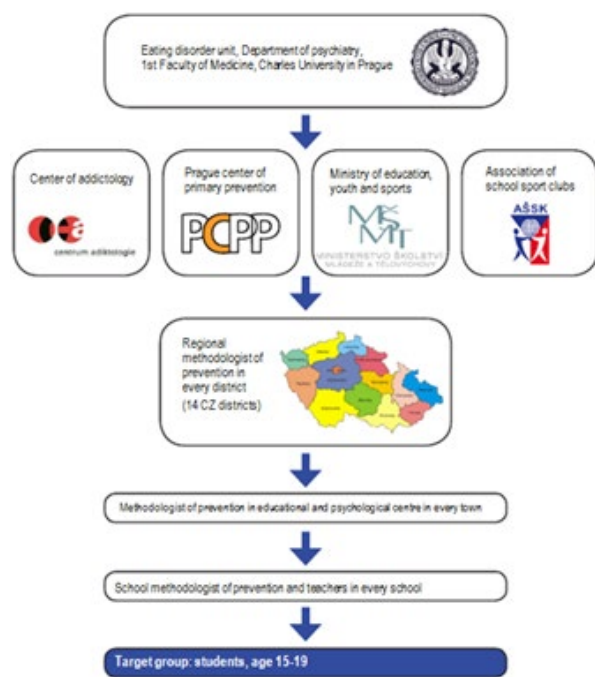
Na konferencích o PPP a obezitě, které v tomto roce slaví 20 let trvání, opakovaně připravujeme a diskutujeme preventivní programy. Iniciovali jsme společné multicentrické projekty se zahraničními partnery. Do té doby u nás preventivní programy v oblasti příjmu potravy vznikaly převážně lokálně a nekoordinovaně a jejich úspěšnost nebyla přesvědčivě nikde dokumentována. Vývoj preventivních programů vyžaduje udržet dynamiku rozvoje nových technologií a poznatků o rizicích onemocnění (12).

Prvním krokem bylo zmapování průběhu onemocnění a účinnosti terapie (dynamické psychoterapie) u pacientů s poruchami příjmu potravy (mentální anorexie a bulimie) v rámci mezinárodního projektu COST Action B6 (1994–2001). Podílelo se na něm 19 evropských zemí (79 center pro léčbu PPP). Projekt COST Action B6 pomohl charakterizovat, hodnotit a srovnat průběhy onemocnění a remise a účinnost terapie v jednotlivých zemích. Potvrdil účinnost komplexně koncipovaných programů při včasné intervenci navazující na kvalitní preventivní programy (13). Vznikly první mezinárodní verze preventivních programů s využitím nových technologií. Analýzy průběhu onemocnění vedly k podpoře sekundární prevence, doléčovacích a resocializačních aktivit a rodinných terapií a rozvoji spolupráce se školami (14), kam se pacientky často vrací a mohou představovat riziko relapsu.

V návaznosti na tento projekt začalo naše centrum poprvé rozvíjet v mezinárodní spolupráci na multicentrické studii INTACT primárně preventivní internetové programy pro rodiče dívek s *anorexia nervosa*. Grant v letech 2007–2011 byl podporován

EU a koordinován univerzitní nemocnicí v Heidelbergu. Přinesl metodiku pro uplatnění nových technologií nejen v klinické praxi, ale i v prevenci ve školách i sportovních aktivitách. Studie se účastnilo 7 evropských zemí (Česko, Irsko, Itálie, Maďarsko, Německo, Nizozemsko, Rumunsko) pod vedením centra pro výzkum psychoterapie. Byla zaměřena nejen na teoretické otázky prevence, ale i na formy nezbytné mezioborové spolupráce v jednotlivých zemích.

V letech 2011–2015 se naše centrum účastnilo mezinárodního projektu *ProYouth* (*European initiative for eating disorder prevention*). Spojoval získané předchozí poznatky o implementaci programů a současné požadavky na preventivní program: nabízel informace pro metodiky a učitele, informační letáčky, odkazy na webové stránky, počítačovou hru a internetové intervence podle různých potřeb mládeže v riziku onemocnění.



**Obr. 1** Příklad analýzy pro implementaci konkrétního preventivního programu *ProYouth*

V rámci evropské spolupráce bylo dále navrhováno vytvořit:

1. evropský atlas služeb pro PPP;
2. standardní soubor preventivních programů pro mládež a pro rodiny;
3. standardní preventivní programy pro profesionály;
4. rozvoj Evropské informační sítě a společných webových stránek pro PPP.

Preventivní programy podporovala Asociace pro pacienty s PPP, jejich příbuzné a přátele (nyní E-clinic, z. ú.). Problematika se v Česku rychle vyvíjí, mění se výskyt a závažnost onemocnění, propojení s dalšími komorbidními onemocněními (sebepoškozování, poruchy osobnosti, závislost na návykových látkách). S tím souvisí i strach ze stigmatizace a motivace k léčbě.

## REALIZOVANÉ PREVENTIVNÍ PROGRAMY U NÁS

1. První internetová adresa vedená odborníky – [www.idealni.cz](http://www.idealni.cz) – vznikla s podporou výše uvedené Asociace pro pacienty s PPP a postupně rozšiřuje informace o mapování služeb, informace o onemocnění, moderní literaturu pro rizikovou populaci.
2. K časné intervenci a sekundární prevenci poruch příjmu potravy v rodinách byla zavedena vícerodinná terapie (*multifamily treatment*). Vícerodinný přístup v různě trvajících cyklech spočívá v setkání několika rodin během několika denních nebo jednodenních setkání s komplexními psychotherapeutickými a psychoedukačními aktivitami vedenými odborníky.
3. S podporou mezinárodního výzkumu INTACT vznikl internetový chat pro rodiče postižených, kteří mají často klíčovou roli (16), ale obtížný přístup k jiným formám informací a podpory, [www.pomocppp.cz](http://www.pomocppp.cz). Cílem bylo zabránit rozvoji závažnější, klinické formy onemocnění v začátcích dietního chování. Projekt Propojení umožnil v týdenních intervalech rodinným příslušníkům chatovat se specializovanými odborníky i ostatními uživateli se stejnými potížemi.
4. Bezbariérové klubové aktivity pro ohrožené, kde získají informace od vrstevníků, pacientů s různými formami onemocnění, možnostmi léčby i podporou resocializace.
5. Telefonické poradny vedené terapeuti i školeným personálem k zodpovězení široké škály otázek o časných intervencích, stále častěji se postižení obražejí na Linky důvěry.
6. Specialisté z Centra pro PPP vytvářejí online materiály (16, 17) a poskytují supervizi pro specializované programy ve specializovaných školách s rizikovými aktivitami (specificky pro určité věkové skupiny) nebo programy, které se zabývají riziky dalších nebezpečných aktivit, jako je sebepoškozování a současný abúzus návykových látek.

## PRVNÍ KROK: ONLINE SCREENING

Jedním ze současných projektů online prevence a včasné intervence poruch příjmu potravy je projekt *Healthy and Free* ([www.healthyandfree.cz](http://www.healthyandfree.cz)), zaměřený na podporu duševního zdraví, sebepřijetí a pozitivních postojů k sobě i jídelnímu chování. Autory projektu jsou E-clinic, z. ú. ([www.ecinstitut.cz](http://www.ecinstitut.cz)) ve spolupráci s Centrem sociálních služeb Praha – Pražským centrem primární prevence ([www.prevence-praha.cz](http://www.prevence-praha.cz)) a ROS (Norsko). Projekt je v letech 2015–2017 podpořen grantem z Norska. Koncept vychází z předchozího evropského multicentrického projektu *ProYouth* a zkušeností sdílených s norským partnerem (18, 21).

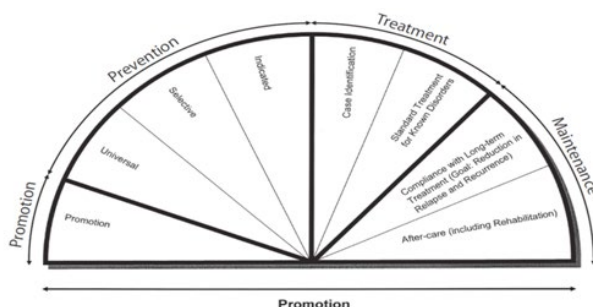
Webový portál je určen pro dospívající a dospělé v riziku poruch příjmu potravy, pro ty, kteří mají obavy z přibírání na váze, jsou výrazně nespokojeni se sebou a svou postavou, mají problémové jídelní chování, až po nemocné poruchami příjmu potravy, ale především pro ty, kteří dosud nevyhledali odbornou léčbu. Existuje také online diagnostický jednoduchý test pro jedince, kteří už akceptují, že problém mají. Může pomoci rodičům a všem, kteří mají podezření, že se u jejich blízkého nebo žáka svěřeného do péče tento problém rozvíjí. Anonymní online screening trvá několik minut, je sestaven odborníky a většinou je spojen i s doporučením vhodné formy intervence.

Podobně mohou použít dotazník rodiče, kteří si nejsou jisti, zda změna jídelního chování u jejich dítěte odpovídá

diagnózám poruch příjmu potravy. Následně pro ně existuje další online pomoc, jako jsou chaty, diskusní fórum a informace o léčbě.

### SOUČASNÉ PREVENTIVNÍ PROGRAMY ZAMĚŘENÉ NA PODPORU DUŠEVNÍHO ZDRAVÍ (HEALTH PROMOTION)

Preventivní programy se jako celá oblast poruch příjmu potravy neustále rychle vyvíjí. Jejich účinnost by měla být ověřována výzkumem. Rozvoj programů by měl být interdisciplinární, spojovat metodiky prevence, učitele i lékaře (pediatry, praktické lékaře, psychiatry) a psychology, a měl by být zařazen do již existujících programů pro metodiky prevence v jiných oblastech (alkohol, drogy, šikana, patologické hráčství). Současné preventivní programy dle doporučení WHO mají být zaměřeny spíše na podporu duševního zdraví než na univerzální (všeobecnou) prevenci či prevenci jednotlivých projevů rizikového chování (19, 20).



**Obr. 2** Spektrum podpory duševního zdraví podle WHO

Jednou z mála metodik dostupných pro děti předškolního a mladšího školního věku jsou „Zipyho kamarádi“ a na ně navazující „Jablíkoví kamarádi“. Jedná se o praxi ověřený a mnohokrát evaluovaný soubor aktivit, které s dětmi provádí proškolený učitel. Práce s metodikami rozvíjí u dětí jejich schopnosti vynikat se se stresovými událostmi (tzv. *coping strategies*) a sociální dovednosti. Podporuje se schopnost dětí vyjádřit vlastní emoce, řešit konflikty, navazovat a udržet si přátelské vztahy, umět si říci o pomoc v případě potřeby a další, což vede k vytváření a podporování protektivních faktorů, ke snížení negativních jevů v dětství i adolescenci, včetně poruch příjmu potravy. Metodiky vyvinula britská organizace *Partnership for Children* a rozšířila je do více než 30 zemí světa. V České republice jsou „Zipyho kamarádi“ k dispozici od roku 2015 díky projektu E-clinic, z. ú., a Centra sociálních služeb Praha podpořenému z Norských fondů (21). Pokračování projektu a jeho rozšíření o metodiku „Jablíkoví kamarádi“ je podpořené grantovým programem „Praha – pól růstu“ v rámci ESIF. Informace o metodikách a evaluační zprávu lze najít na webu [www.zipyhokamaradi.cz](http://www.zipyhokamaradi.cz).

### PRVNÍ SVĚTOVÝ DEN PORUCH PŘÍJMU POTRAVY

První světový den věnovaný šíření poznatků o poruchách příjmu potravy (*World Eating Disorder Day of Action*) se konal 2. 6. 2016. Vznikl díky spolupráci odborníků z celého světa, kteří se shodli na společném šíření vědecky podložených in-

formací o PPP. Odborníci celého světa se shodli na 9 pravdách o poruchách příjmu potravy, jež mohou ulehčit vyhledání pomoci postiženým a poskytnutí pomoci odborníkům a rodinným příslušníkům. Naši odborníci přidali pravdu desátou.

### PRAVDY O PPP

1. Mnoho lidí s poruchou příjmu potravy může vypadat dobře i přes extrémně vážné onemocnění.
2. Rodiny za onemocnění nenesou vinu, mohou být nejlepším spojencem pacientek i zdravotníků.
3. Diagnóza poruchy příjmu potravy je zdravotní krizí, která poškozuje osobní i rodinné vztahy a fungování.
4. Poruchy příjmu potravy nejsou výsledkem volby, ale představují vážnou biologicky ovlivněnou nemoc.
5. Poruchy příjmu potravy postihují v současnosti lidi všech věkových kategorií, etnik, tělesných tvarů a váhy, sexuálních orientací a socioekonomických úrovní.
6. U poruch příjmu potravy narůstá riziko sebevražd i zdravotní komplikace.
7. Geny a prostředí hrají důležitou roli v rozvoji PPP.
8. Geny samotné však neodhalí, kdo poruchou příjmu potravy onemocní.
9. Úplné uzdravení je možné, včasné rozpoznání a intervence jsou velmi důležité.
10. Nespokojenost s vlastním tělem často souvisí s nespokojeností se sebou samým, nízkým sebevědomím i porušeným vnímáním vlastního těla spojeným s prožívaným stresem a rizikem pro vznik poruchy příjmu potravy.

### DOPORUČENÍ PRO PREVENTIVNÍ PROGRAMY V OBLASTI PORUCH PŘÍJMU POTRAVY A OBEZITY

Je důležité, aby preventivní programy riziko patologického stravování ještě paradoxně nezvyšovaly! V preventivních programech je nutné nemluvit o váze, ale o zdraví a zdravém životním stylu! Nestigmatizovat!

Je tedy nutné pracovat s přiměřenou tělesnou aktivitou, zdravým sebevědomím, zdravým přístupem k vlastnímu tělu i jídlu a pití.

Programy se mají týkat pouze chování, které lze ovlivnit! Např. čas u televize, slazené nápoje, posměch kvůli vzezření.

Předkládané cíle mají být dosažitelné, reálné. Nedosažitelné úkoly mohou mít opačný efekt (např. propagování velmi nízké „ideální“ hmotnosti může vést k přejídání s pocitu vlastní neschopnosti, přílišná propagace zdravé výživy vede k tajnému přejídání sladkým).

Prevence se dle odborníků ani nemá jmenovat prevence obezity, nemá používat poselství jako „tuky jsou špatné“ apod., protože tím může vytvářet stigmatizaci spojenou s nadváhou a neadekvátní obavy.

### ZÁVĚR

Problematika poruch příjmu potravy se velmi rychle mění. Negativní dopad na zdraví především mladší populace je značný, včetně ohrožení života. Je nezbytné nepřestat hledat nové individualizované přístupy, nové poznatky a přístupy (21) ke zlepšení průběhu onemocnění u pacientů, jejich rodin i přátel, spolupracovat na odborném šíření poznatků v mezioborové spolupráci a tím se podílet na rozvoji preventivních programů. Cílem zůstává zvýšení znalostí a informovanosti o onemocnění a především změna postoje odborníků i celé populace k duševnímu onemocnění a včasné rozpoznání rizik i odborná léčba.

## Literatura

- 1. Pavlová B, Uher R, Papežová H.** It would not have happened to me at home: qualitative exploration sojourns abroad and eating disorders in young Czech women. *Eur Eat Disord Rev* 2008; 16(3): 207–214.
- 2. Pavlová B, Uher R, Dragomírečka E, Papežová H.** Trends in hospital admissions for eating disorders in a country undergoing a socio-cultural transition, the Czech Republic 1981–2005. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2010; 45(5): 541–550.
- 3. Franko DL.** Integrating risk factor research into eating disorders prevention for adolescents and young adults. Presentation at the 1<sup>st</sup> Charles University, Prague, Czech Republic, May 2003.
- 4. Cuijpers P.** Examining the effects of prevention program on the incidence of new CASE of mental disorders: the lack of statistical power. *Am J Psychiatry* 2003; 160: 1385–1391.
- 5. Miovský M.** Vývoj národního systému školské prevence rizikového chování v České republice: Reflexe výsledků 15letého procesu tvorby. *Adiktologie* 2015; 15(1): 62–87.
- 6. Bryant-Waugh R, Turner H, East P, Gamble C.** Developing a parenting skills-and-support intervention for mothers with eating disorders and pre-school children Part 1: Qualitative investigation of issues to include. *Eur Eat Disord Rev* 2007; 15(5): 350–356.
- 7. Papežová H.** Ženy s poruchou příjmu potravy a těhotenství. *Zpravodaj Klubu Levret* 2003; 12: 26–29.
- 8. Norré J.** The eating disorders patient as a parent. *Čes a slov Psychiat* 2007; Suppl.1: 30–32.
- 9. Uhlíková P, Papežová H, Malá E et al.** Asistovaná reprodukce u pacientek s poruchou příjmu potravy – klinické a etické aspekty. *Česká gynekologie* 2006; 71(4): 339–341.
- 10. Šmahel D.** Co dělají čeští dospívající na internetu. *Psychologie dnes* 2004; 10(7/8): 32–34.
- 11. Housová J, Haluzík M.** Vliv prostředí sportovní školy na rozvoj a udržování poruch příjmu potravy (kazuistiky). *Čs a Slov Psychiat* 2005; 101(Suppl.1): 40–41.
- 12. Papežová H.** Rizikové chování v oblasti stravování. In: Kabiček P, Csémy L, Hamanová J et al. Rizikové chování v dospívání a jeho vztah ke zdraví. *Triton*, Praha, 2014: 315–328.
- 13. Kordy H, Krämer B, Palmer RL et al.** Remission, recovery, relapse and recurrence in eating disorders: conceptualization and illustration of a validation strategy. *J Clin Psychol* 2002; 58: 833–846.
- 14. Tobler NS, Stratton HH.** Effectiveness of school-based drug prevention programs: A meta-analysis of the research. *J Prim Prev* 1997; 18(1): 71–128.
- 15. Golan M, Crow S.** Patients are key players in the prevention and treatment of weight-related problems. *Nutr Rev* 2004; 62(1): 39–51.
- 16. Papežová H.** Anorexia nervosa: příručka pro všechny, kteří nemocí trpí – postižené samotné, jejich rodiny, přátele, partnery a některé odborníky (učitele a lékaře první linie). *PCP*, Praha, 2000.
- 17. Papežová H, Hanusová J.** Poruchy příjmu potravy: příručka pro pomáhající profese. *Togga*, Praha, 2012. Dostupné na: [www.proyouth.eu/cs/files/prirucka-pro-skolni-praxi.pdf](http://www.proyouth.eu/cs/files/prirucka-pro-skolni-praxi.pdf)
- 18. NEDA Toolkit for Educator.** Dostupné na: [www.healthyandfree.cz/index.php/ucitel](http://www.healthyandfree.cz/index.php/ucitel)
- 19. Kohl LF, Crutzen R, de Vries NK.** Online prevention aimed at lifestyle behaviors: a systematic review of reviews. *J Med Internet Res* 2013; 15(7): 71–83.
- 20. World Health Organization.** Mental health action plan 2013 – 2020. WHO, Geneva, 2013, s. 48. Dostupné na [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/89966/1/9789241506021\\_eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/89966/1/9789241506021_eng.pdf?ua=1)
- 21. Hanusová J, Štěpánková T, Tomanová J et al.** Online prevention and early intervention in the field of psychiatry using gamification in internet interventions: Practical experience with a program targeting eating disorders in Czech Republic. In: Novák D, Tulu B, Brendryen H (eds.). Handbook of Research on Holistic Perspectives in Gamification for Clinical Practice. *IGI Global*, 2016: 358–389.

ADRESA PRO KORESPONDENCI:

**prof. MUDr. Hana Papežová, CSc.**  
 Centrum pro poruchy příjmu potravy  
 Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN v Praze  
 Ke Karlovu 11, 120 00 Praha 2  
 Tel.: 224 965 335  
 e-mail: hana.papezova@vfn.cz

# Životní styl a afektivní poruchy

Jiří Raboch

Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN v Praze

Čas. Lék. čes. 2017; 156: 74–80

## SOUHRN

Způsob života zásadním způsobem ovlivňuje zdravotní stav každého člověka. Medicína životního stylu je odborná praxe založená na důkazech, která se snaží rozvinout vzorce zdravého chování. Nejvíce důkazů existuje o vlivu vhodné diety (např. nenasycených mastných kyselin) a přiměřené fyzické zátěže. Kombinace úpravy životního stylu se standardními psychofarmakologickými a psychotherapeutickými postupy může zlepšit výsledky preventivních a léčebných programů u osob s depresivní problematikou.

## KLÍČOVÁ SLOVA

medicína životního stylu, dieta, aerobní cvičení, komplexní léčebné programy

## SUMMARY

### Raboch J. Life style and affective disorders

Life style significantly affects the health status of each person. Life style medicine is an evidence based practice, which is trying to develop patterns of healthy behavior. Most evidence exists about the effect of suitable diet (eg. unsaturated fatty acids) and adequate aerobic exercise. Combination of lifestyle modification to standard psychopharmacologic and psychotherapeutic techniques can improve the results of preventive and therapeutic programs for people with depressive issues.

## KEYWORDS

lifestyle medicine, diet, aerobic exercise, comprehensive treatment programs

## MODIFIKACE ŽIVOTNÍHO STYLU JAKOŽTO PREVENCE VZNIKU DUŠEVNÍCH PORUCH

Přes veškeré pokroky moderní medicínské diagnostiky a léčby je chronický průběh řady chorob – a z toho plynoucí vysoká invalidita a utrpení postižených – spíše pravidlem než výjimkou. Současná medicína hledá nové možnosti, jak poruchám zdraví předcházet. Proto i prevence vzniku duševních poruch zaměřená na postupy založené na vědeckých důkazech a léčba pomocí nových, nefarmakologických a nechirurgických metod jsou zcela jistě důležitým tématem budoucí psychiatrické péče (1–3). Jednou z možností je modifikace životního stylu. Ten je definován jako systém významných činností a vztahů, životních projevů a zvyklostí typických pro určitý živý subjekt. Jedná se o souhrn relativně ustálených každodenních praktik spojených s určitým chováním a výběrem činností.

Nezdravý způsob života přímo souvisí se vznikem řady chorob, jež v dnešní době označujeme jako „civilizační choroby“. Někdy se také mluví o *diseases of modernity* (4). Tato onemocnění sdílejí vysokou vzájemnou komorbiditu a společné rizikové behaviorální faktory, jsou endemická ve vyspělých společnostech a mají společné patofyziologické i metabolické profily a deregulaci zánětlivých procesů. Patří sem např. ateroskleróza, endokrinně podmíněné a gastrointestinální nádory, osteoporóza a diabetes mellitus 2. typu. Američtí kolegové dokonce přičítají špatným dietním návykům takřka jednu polovinu kardiometabolických úmrtí (5). Stále jasněji se také ukazuje, že duševní poruchy, především afektivní a neurodegenerativní, jsou součástí tohoto spektra poruch zdraví.

## VÝVOJ V OBLASTI DUŠEVNÍHO ZDRAVÍ

*Lifestyle medicine* – medicína životního stylu – je definována jako léčebná praxe založená na důkazech, která pomáhá přijmout a udržet vzorce zdravého chování, jež ovlivňují zdraví a kvalitu života. Jejímí hlavními součástmi jsou správná

výživa, přiměřená fyzická aktivita, redukce stresu a organizace volného času a sociální podpora (6). Řada odborných společností především ve Spojených státech amerických, jako jsou např. *American Heart Association*, *American Diabetes Association*, *American Cancer Society*, stejně jako *American Medical Association* přijala dokumenty doporučující pacientům především určité dietní návyky a fyzické aktivity (7). V oblasti psychiatrické péče se teprve v poslední době objevují analogické návody (8). Za posledních 20 let se přítom počet pacientů přicházejících do psychiatrických ambulancí zdvojnásobil a v případě depresí takřka ztrojnásobil (tab. 1) (9).

**Tab. 1** Počet prvních vyšetření v psychiatrických ambulancích v daném roce

Diagnóza	1994	2015	Nárůst o (%)
Organické poruchy	27 421	69 146	152
Závislosti	31 097	46 474	49
Schizofrenie	33 805	48 541	44
Afektivní poruchy	37 915	104 298	175
Neurotické poruchy	103 577	238 307	130
Vývojové poruchy	23 460	31 364	34
Celkem	307 877	590 740	92

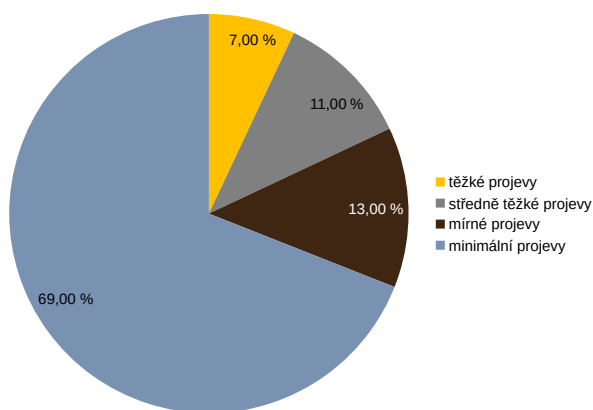
V námi nedávno provedené studii jsme zjistili, že 18 % české populace popisuje příznaky klinicky významné deprese a dalších 13 % udává přítomnost některého z depresivních příznaků (obr. 1) (10).

Spotřeba antidepressiv se v posledních letech výrazně zvýšila a nahradila často nesprávně ordinovaná anxiolytika (obr. 2) (11).

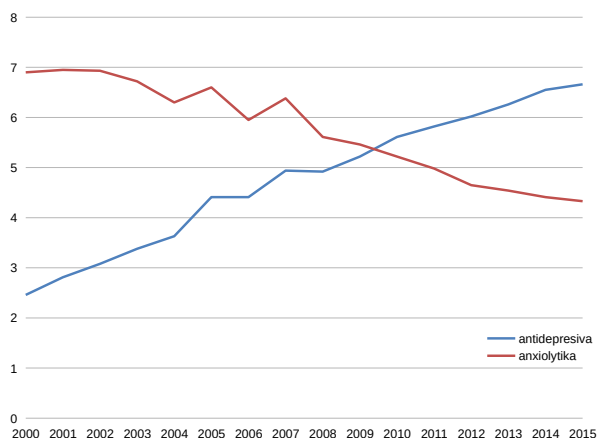
Počet sebevražd se v poslední době v ČR nesnižuje stejně jako v minulých dekadách, každým rokem končí život tímto způsobem 1400–1600 osob (obr. 3) (12).

Je tento nepříznivý vývoj v oblasti duševního zdraví nevyhnutelný? Není možno těmto trendům nějak předcházet?

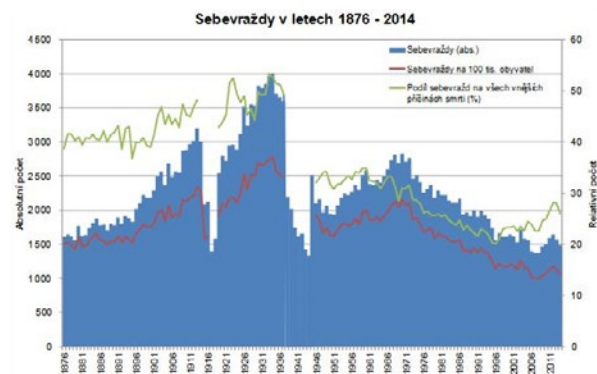




**Obr. 1** Výskyt depresivních příznaků v české populaci dle kategorizace skóre dotazníku Beck Depression Inventory (BDI)



**Obr. 2** Dodávky psychofarmak v ČR v letech 2000–2015 (milióny balení)



**Obr. 3** Počet dokonaných sebevražd na našem území v letech 1876–2014

### ŽIVOTNÍ STYL DOBY VIKTORIÁNSKÉ VE SROVNÁNÍ S DOBOU SOUČASNOU

Zde bychom si rádi vypůjčili některé historické postřehy od anglických kolegů z Oxford Brookes University, kteří se zaměřili na druhou polovinu 19. století a údaje zveřejnili pod názvem „Jak lidé ve střední viktoriánské době pracovali, jedli a umírali“ (13). Autoři upozorňují na málo známou, ale velmi zají-

mavou skutečnost, že ve Velké Británii se v té době manuálně pracující lidé dožívali po odečtení dětské úmrtnosti přibližně stejného věku jako Angličané v současné době (ženy 73 let, muži 75 let). Příčinami smrti tehdy byly nejčastěji infekce, následky poranění a úmrtí matek po porodu. Neinfekční, degenerativní choroby tehdy hrály zanedbatelnou roli, rakovina byla málo častá. Tento nálezn je možno zjednodušit výrokem, že Angličané té doby žili přibližně stejnou dobu jako my, ale více umírali jako „zdraví“.

Čím je možno si tento velice zajímavý a významný nálezn vyložit? Autoři se o to pokusili rozborem životního stylu tehdejší populace, protože předpokládají, že genetické vlohy byly přibližně stejné jako v současné době. Nejpočetnější dělnická třída tehdy pracovala tvrdě fyzicky v průměru 5,5–6 dnů v týdnu 9–10 hodin denně. K tomu je třeba ještě připočítat denní docházku do zaměstnání, fyzicky náročné koničky (zahradničení, sporty jako kopaná) a v zimních měsících pobyt v nevytopeném pracovním i domácím prostředí. To vše znamená, že jejich energetická potřeba byla na úrovni 150–200 % té naší. Obezita a nadváha se prakticky nevy-skytovaly. Přitom jejich dietní návyky se od našich lišily zásadním způsobem.

Jídelníček byl dán ekonomickými limity a dostupností jednotlivých potravin. Hodně se konzumovala levná zelenina jako cibule, mrkev, zelí, hrách, fazole, artyčoky, brokolice, ale také méně známé potočnice či vodnice. Stejně vysoká byla spotřeba ovoce – jablek, třešní, angreštu, švestek, blum. Ovoce se také sušilo a kandovalo a jedlo se celý rok. Spotřeba ovoce a zeleniny byla v 8–10 porcích každý den. Přitom jak zelenina, tak ovoce se pěstovaly „přírodně“, což znamenalo přítomnost vyšších hladin fytonutrientů. Luštěniny, obiloviny, ořechy či kaštiny byly dostupné po celý rok a jejich spotřeba byla ve srovnání se současnou dobou prokazatelně vyšší. Konzumace ryb byla též vysoká. Asi nejdůležitější rybou byli sledi, čerství po většinu roku nebo i sušení. K dispozici byly i jiné levné ryby jako tresky, úhoři, šprotky a korýši (mušle, ústřice). Ryby se konzumovaly celé včetně hlavy i jiker.

Maso bylo součástí jídelníčku, avšak spíše výjimečně, jako sváteční pokrm. Na jídelníčku byly i vnitřnosti. K dispozici bylo nejčastěji vepřové ze zvířat chovaných podle našich kritérií biotechnologicky. Konzervované potraviny prakticky nebyly k dispozici, takže spotřeba „skryté soli“ byla malá. Jídlo nebylo předem soleno. Špetka soli se podávala na talíři odděleně. V domácnostech se chovaly slepice, které vyprodukovaly tučet vajíček během týdne. Mléko bylo často ředěno vodou. Máslo většinou nebylo k dispozici. Preferovány byly tvrdé sýry. Dá se tedy shrnout, že „viktoriánská“ dieta byla mnohem zdravější než naše současná, a dokonce značně překonávající aktuální doporučení stran racionálního stravování (14).

Angličtí kolegové z těchto nálezů vyvozují, že neinfekční degenerativní choroby, jako jsou ischemická choroba srdeční, cukrovka či rakovina, nejsou nutným důsledkem stárnutí a „opotřebování“ organismu, ale výrazně souvisí s naší fyzickou nečinností a špatným stravováním. I ti, kteří se v současné době snaží dodržovat doporučení zdravé výživy, se pohybují v jednotlivých ukazatelích hluboko pod „viktoriánskými“ běžnými standardy. Přitom výskyt výše zmíněných chronických onemocnění byl tehdy 10× nižší.

### ZMĚNA STRAVOVACÍCH NÁVYKŮ BĚHEM EVOLUCE

Stravovací vzorce předchůdců současných lidí se během evoluce výrazně měnily. Na počátku se jednalo především

o konzumaci různých rostlin, hmyzu a larev. Teprve asi před 2 miliony let se začala prosazovat konzumace masa. Po dalším milionu let jsme začali pojídat hlízy – brambory a cibuli. Asi před 10 tisíci lety vzniklo zemědělství a začali jsme mít k dispozici obilí, mléčné výrobky a luštěniny. Avšak teprve před 100 lety se naše potrava drasticky změnila.

Potraviny jsou průmyslově zpracovávány a někdy konzervovány, obsahují velké množství soli a rafinovaného cukru. Jsou používány konzervační prostředky, rozpouštědla a další aditiva. Původní „paleolitická“ potrava měla vysokou koncentraci vhodných látek, jakými jsou vláknina, vitaminy, minerály, antioxidanty, fotochemikálie, nenasycené mastné kyseliny, aminokyseliny. Potraviny vznikaly v přirozeném přírodním prostředí bez pesticidů a hnojiv. Jejich získávání bylo fyzicky náročné, příprava před vlastním jídlem naopak nenáročná a nekomplikovaná. Uvolňování energie (kalorií) do krevního oběhu bylo pozvolné.

### AFEKTIVNÍ PORUCHY, DEPRESE A VÝŽIVA

Deprese je onemocnění lidstvu dlouhodobě známo. Popis poruch nálady můžeme nalézt již ve Starém zákonu (král Soul) a Homérově Illiadě (Ajaxova sebevražda). Ve 4. století př. n. l. označuje Hippokratés melancholii za duševní chorobu, při níž je v mozku nadměrná koncentrace černé žluči. Známý je popis deprese ze 2. století našeho letopočtu, kdy řecký filozof Plutarchos napsal: „Vypadá jako muž, kterého bozi pronásledují hněvem... Odhání lékaře i své přátele, kteří se ho snaží utěšit... Nechte mě, abych si mohl protřít své potrestání... Uctívání bohů mu nepřináší úlevu, ale spíše další obavy a zděšení.“

William Styron ve 20. století ve svém románu „Ulehni v temnotách“ píše: „Cítil jsem ve své mysli pocit, který byl blízký, ale přece nepopsatelně jiný ve srovnání s akutní bolestí... podobající se velmi prožitkům tonoucího nebo dusícího se, ale dokonce ani tyto pocity nejsou zcela výstižné“. Poruchami nálady trpělo mnoho známých osobností, jako byli spisovatelé Edgar Allan Poe, Mark Twain, Tennessee Williams, malíř Vincent van Gogh či hudební skladatelé Gustav Mahler, Robert Schumann, u nás např. spisovatel Ota Pavel, herec Miloš Kopecký a mnozí další (15).

### NEVHODNÉ STRAVOVÁNÍ JAKO JEDEN Z RIZIKOVÝCH FAKTORŮ VZNIKU NEMOCÍ

Je obecně přijímáno, že existují diety diabetická, redukční, při podvýživě, celiakii, fenylketonurii či chorobách pankreatu jakožto součást komplexního léčebného programu pro nemocné (14). V roce 2007 byl přijat pracovní dokument komise Evropské unie s názvem „Strategie pro Evropu týkající se zdravotních problémů souvisejících s výživou, nadváhou a obezitou“ (16). Uvedený dokument uvádí, že lze předpokládat, že 80 % případů nemocí srdce, cévních mozkových příhod, diabetu mellitu 2. typu a 40 % případů rakoviny by bylo možno předejít, pokud by se vyloučily rizikové faktory běžného životního stylu. Podle WHO většina hlavních faktorů, které se uplatňují nepříznivě na zdraví člověka, souvisí s výživou (17). V pořadí závažnosti jsou to: nadbytečný příjem soli, vysoký příjem alkoholu, nevhodné složení tuku, vysoký příjem energie a nedostatečný příjem ovoce a zeleniny. Nesprávná výživa se tak významně podílí na řadě onemocnění, jež ovlivňují aktivitu člověka a zvyšují riziko jeho předčasného úmrtí. Zatím se však nehovoří o tom, že existuje také vhodná antidepresivní dieta či zásady racionálního stravování pro duševní zdraví.

Zdá se, že mezi nejdůležitější faktory podporující vyšší psychiatrickou morbiditu patří především epidemie obezity a kardiovaskulárních onemocnění souvisejících též s nevhodnými dietními návyky, sníženou fyzickou aktivitou či narušenými cirkadiálními rytmy včetně snížené expozice slunečnímu osvětlení (18). Problematika konzumace návykových látek si zaslouží samostatné pojednání. Výskyt duševních poruch jistě souvisí i s aktuálními stresovými událostmi a sociálním zázemím každého člověka.

Nevhodné složení typické „západní“ stravy je opakovaně zmiňováno jako přispívající faktor při vzniku civilizačních chorob. V poslední době byla publikována jak řada konkrétních epidemiologických a klinických studií, tak jejich přehledy a metaanalýzy. Většina autorů se shoduje na tvrzení, že dietní složení může mít vliv na riziko vzniku deprese (19).

### ESENCIÁLNÍ MASTNÉ KYSELINY A JEJICH VLIV NA ZDRAVÍ

Nejvíce údajů máme v současné době o roli nenasycených mastných kyselin (PUFA – *polyunsaturated fatty acids*), které patří mezi tzv. esenciální mastné kyseliny (20). Je nutno je přijímat potravou, protože je lidský organismus nedokáže sám v dostatečné míře syntetizovat. Rozdělují se na dvě skupiny s rozdílnými vlastnostmi a rozdílným významem pro člověka: omega-3 a omega-6 (podle dvojné vazby mezi uhlíky na pozici 3 nebo 6). Typickými představiteli omega-3 PUFA jsou kyseliny eikosapentaenová (EPA), dokosahexaenová (DHA) a alfa-linolenová (ALA). Kyseliny linolová (LA) či arachidonová (AA) patří do skupiny omega-6. Tyto látky se vyskytují především v mozku a v sítnici. Jsou významnou součástí buněčných membrán a ovlivňují řadu biologických pochodů.

Primárním zdrojem PUFA jsou ryby a rostlinné oleje. Příklady potravin s vysokým obsahem těchto látek jsou uvedeny v příložené tab. 2.

Tab. 2 Potravinové zdroje PUFA

Omega-3 (EPA, DHA, ALA)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• losos</li> <li>• makrela</li> <li>• pstruh</li> <li>• slanečci</li> <li>• sled'</li> <li>• sója</li> <li>• vlašské ořechy</li> <li>• řepka</li> </ul>
Omega-6 (LA, AA)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• slunečnicová semena</li> <li>• lněný olej</li> <li>• pšeničné klíčky</li> <li>• sója</li> <li>• kukuřice</li> <li>• sezam</li> <li>• ořechový olej</li> <li>• vlašské ořechy</li> </ul>

WHO doporučuje konzumaci průměrné denní dávky 0,3–0,5 g DHA + EPA a 0,8–1,1 g ALA (17). V západním světě však došlo dlouhodobě k posunům v poměru omega-6/omega-3 obsaženém v běžné stravě v neprospěch omega-3. To souvisí se zvýšenou konzumací především rostlinných olejů, které jsou hlavním zdrojem omega-6 PUFA, a nižší spotřebou ryb, oříšků, semen či listové zeleniny, jež dodávají omega-3 PUFA. Na začátku minulého století to bylo asi 2–4 : 1. V současné době je to asi 10–20 : 1. Tuzemská společnost

po výživu doporučuje, aby tento poměr ve stravě činil maximálně 5 : 1 (20, 21). V našich jídelch tedy většinou máme dostatek omega-6 látek a nedostatek omega-3.

Je zajímavou, ale také velmi významnou otázkou, jak se tento globální nedostatek omega-3 PUFA projevuje v oblasti naší psychiky a zdali souvisí s častějším výskytem duševních poruch pozorovaných v moderních společnostech současného světa. Na toto téma bylo publikováno velké množství prací různého typu (22). Např. australská studie sledovala po dobu 3 let početnou skupinu žen (zařazeno 8369 probandek) ve věku 50–55 let. Vyšší konzumace „středomořské“ diety byla spojena s významně nižší prevalencí i incidencí depresivních symptomů (23).

V zajímavé studii týkající se amerických vojenských veteránů bylo zjištěno, že ti s rizikem rozvoje deprese a sebevražděného jednání měli sníženou hladinu omega-3 PUFA, především DHA (24). Přehled publikovaný Sanhuezou et al. shrnuje, že dieta obsahující foláty, omega-3 PUFA, olivový olej, ryby, ovoce, ořechy a zeleninu má významný ochranný účinek před depresí (25). Naopak existují důkazy pro to, že strava s velkým obsahem čokolády, pečiva, uzeného masa, produktů z plnotučného mléka a smažených potravin zvyšuje riziko vzniku deprese.

Zdá se, že lidé trpící depresí nejsou dobře informováni o vhodnosti správné stravy a jejich jídelníček bývá často špatně komponovaný. V kanadské studii porovnávající stravu pacientů trpících depresí s výsledky nutričního přehledu běžné populace bylo zjištěno, že depresivní nemocní konzumují méně nezpracovaných obilnin (*grains*), zeleniny, ovoce ( $p = 0,05$ ) a méně alfa-linolenové kyseliny ( $p = 0,001$ ) oproti dietním doporučením (26). 65 % pacientů mělo zvýšenou hladinu cholesterolu. V naší studii skupina vyšetřených se středně těžkou a těžkou depresí konzumovala hodně sladkostí a naopak málo zeleniny, ovoce, cereálií a ryb (10).

Podávání EPA i DHA bylo opakovaně prověřováno v léčbě depresivní poruchy. Např. Gertsik et al. provedli dvojité slepou, placebem kontrolovanou studii, ve které k citalopramu přidávali 2× denně 900 mg EPA, 200 mg DHA (27). Tato kombinace od 4. týdne léčby vedla k signifikantně většímu snížení Hamiltonovy škály pro depresi a toto snížení bylo významné až do konce 9týdenního sledování. Jazayeri et al. v randomizované, dvojité slepé studii prokázali, že účinnost EPA v léčbě 60 pacientů s velkou depresivní poruchou je stejná jako terapie fluoxetinem (28). Přitom jejich kombinace byla účinnější než monoterapie oběma preparáty.

Existuje více přehledných prací, které většinou konstatují, že efekt omega-3 PUFA je u nemocných trpících depresí příznivý jak obecně, tak v kombinaci s antidepresivy (29). *Cochrane review* z roku 2016 ovšem konstatuje, že dosavadní publikované údaje o monoterapii deprese omega-3 mastnými kyselinami nejsou dostatečné, aby bylo možno tuto léčbu považovat za *evidence-based medicine*, a je třeba provést další, metodicky dobře naplánované studie (30).

Možná se v tomto roce publikovaná práce Jacky et al. stane jednou z nich (31). V této 12týdenní jednoduše zaslepené studii, do které bylo randomizováno 67 osob s depresivní poruchou, byla k dosavadní antidepresivní terapii přidána buď dietní opatření, nebo sociální podpora. Remise bylo dosaženo u 32,2 % pacientů s doporučenou stravou, na rozdíl od 8,0 % ve druhé skupině. NNT činilo 4,1. Zajímavé jsou také výsledky jiné recentní randomizované dvojité slepé studie (32). Ta zjistila, že antidepresivní efekt EPA (1060 mg *pro die*) byl významný v podskupině pacientů s velkou depre-

sí, jejichž zánětlivé ukazatele (IL-1Ra, IL-6, hs-CRP, leptin, adiponektin) byly zvýšené.

Kanadská klinická doporučení konstatují, že existují důkazy pro to, že omega-3 PUFA jsou účinnou léčbou lehké až středně těžké depresivní epizody v monoterapii či v kombinaci s antidepresivy (33). Vždy je třeba se snažit, aby léčba konkrétní duševní poruchy byla komplexní a byly využívány především léčebné metody první volby, tj. psychofarmaka a psychotherapie. Vhodné dietní návyky jsou potom vhodným doplňkem léčebného režimu. Doporučuje se jíst ryby obvykle dobře tolerovány a vedlejší efekty jako např. nauzea nebo rybí chuť v ústech jsou méně časté, mírné a obvykle nevedou k přerušení léčby. Opatrnost se doporučuje pouze u diabetiků pro možnost (málo pravděpodobnou) vzniku hyperglykémie a u jedinců s vyšší hladinou LDL, která může být dále potencionována. Při současném podávání antikoagulaanci je vhodné monitorování vzhledem k tendencím k vyšší krvácivosti (33).

Zdá se, že především preparáty s převahou obsahu EPA jsou v dávkách 200–2200 mg denně účinné v léčbě deprese. Konzumace do 3 g denně se považuje za bezpečnou. PUFA jsou obvykle dobře tolerovány a vedlejší efekty jako např. nauzea nebo rybí chuť v ústech jsou méně časté, mírné a obvykle nevedou k přerušení léčby. Opatrnost se doporučuje pouze u diabetiků pro možnost (málo pravděpodobnou) vzniku hyperglykémie a u jedinců s vyšší hladinou LDL, která může být dále potencionována. Při současném podávání antikoagulaanci je vhodné monitorování vzhledem k tendencím k vyšší krvácivosti (33).

Mechanismus účinku omega-3 PUFA na činnost centrálního nervového systému je komplexní a byl studován především v laboratorních experimentech. Jedná se o protizánětlivé, endokrinní působení a vliv na mozkové neurotransmiterové systémy, neuroplasticitu či na střevní mikrobiom. EPA a částečně i DHA jsou metabolizovány na protizánětlivé látky, jako jsou třeba leukotrieny, prostaglandiny, resolvi-ny, lipoxiny a neuroprotektin D1. Naopak brání produkci prozánětlivých eikosanoidů a cytokinů, jako jsou IFN- $\gamma$ , TNF- $\alpha$  a další.

Omega-3 PUFA ovlivňují též funkci stresové osy HPA. Jejich nedostatek totiž narušuje negativní zpětné vazby tohoto systému. Naopak suplementace vede ke snížení hladiny kortikosteronu. Bylo též popsáno zvýšení koncentrace BDNF v astrocytech, vyšší koncentrace serotoninu ve frontálním kortexu, vyšší denzita beta- a dopaminových receptorů D1 a D2 či regulace glutamatergního systému. DHA podporovala přežívání a zabraňovala apoptóze kortikálních neuronů (22). Zdá se, že omega-3 PUFA působí příznivě i na složení střevního mikrobiomu, o kterém se v současné době diskutuje jako o dalším faktoru ovlivňujícím duševní stav (34).

Je třeba rovněž připomenout, že v léčbě afektivních poruch bývají považovány za významné i jiné živiny, např. SAME, metylfolát, vitaminy B, C a D, zinek, tyrosin či tryptofan (19, 35). A např. poslední dvě látky spolu s extraktem z borůvek prokázaly dobrý efekt v prevenci rozvoje deprese po porodu (36).

## VZTAH MEZI FYZICKOU AKTIVITOU A DUŠEVNÍM STAVEM

Deprese je obecně spojena s nižší fyzickou aktivitou. Sedavý způsob chování, například časté sledování televize a nadměrné používání stolního počítače, je často sdruzeno s vyšším rizikem vzniku deprese (37). Studie *British Whitehall II* prokázala při sledování 9309 účastníků po dobu 8 let vzájemně inverzní vztah mezi úzkostně depresivní symptomatikou a fyzickou aktivitou (38). Pozitivní roli však hrála pouze pravidelná fyzická aktivita, na rozdíl od nepravidelné. Stejně

tak jedinci s depresivní symptomatikou z početné skupiny 4058 žen a mužů starších 20 let vykázali méně fyzické aktivity objektivně měřené akcelerometrem (39). V kanadské prospektivní kohortové studii (*National Population Health Survey*) bylo sledováno více než 15 tisíc probandů po dobu 16 let. U jedinců trpících depresí byla kvalita jejich života pozitivně ovlivněna trvalou fyzickou aktivitou (40). Podobné výsledky přinesl rozbor chování japonské populace (41). Nižší fyzická aktivita korelovala s výskytem depresivních symptomů. Je však zajímavé, že tento vztah nebyl ovlivněn celkovou dobou sedavého chování. V prospektivní studii sledující 12 599 dospělých Američanů koreloval začátek výskytu depresivní symptomatiky s nízkou fyzickou zdatností (42). Nebyl shledán vztah mezi škálou depresivity a BMI.

Zajímavá recentní studie, kterou publikovali Baumeister et al., upozorňuje na význam kardiorepirační kapacity v incidenci deprese a úzkostných poruch (43). Někteří odborníci ovšem poukazují na možnost, že vztahy mezi fyzickou aktivitou a duševním stavem mohou též souviset se společnými genetickými faktory (44). Zdá se tedy, že vztah mezi fyzickou aktivitou a duševním stavem je spolupodmíněn vrozenou dispozicí, ale také dobrou fyzickou kondicí. Případná nadváha pak zřejmě hraje menší roli. V každém případě je vhodné zaujmout při řešení psychických problémů aktivní přístup. V naší studii reprezentativního vzorku české populace se ti, kteří neudávali zvýšený výskyt depresivních příznaků, ve stresových situacích častěji zajímali o své volnočasové aktivity, např. o sport (35,3 % oproti 19,4 %) (10). Naopak ti s depresivními příznaky v těchto situacích častěji sáhli po alkoholu (11,3 % oproti 4,0 %) nebo uklidňujících prostředcích (9,1 % oproti 1,6 %).

Fyzická aktivita a cvičení jsou nově zmiňovány jakožto alternativní léčba depresivních obtíží, především při odstraňování reziduálních příznaků nebo v rámci prevence relapsů (45). Lindegård et al. prokázali, že ti, kteří byli léčeni komplexním programem pro exhaustivní psychopatologické příznaky a dodržovali doporučený program fyzické aktivity, měli významně méně depresivních příznaků po léčbě ve srovnání s ostatními (46). V jiné (randomizované jednoduše zaslepené) studii zahrnující 57 pacientů s nově zjištěnou depresivní poruchou aerobní cvičení zkombinované se standardní antidepressivní léčbou umožnilo nastavit nižší dávkování sertralinu při stejně dobrém klinickém efektu (47). Trivedi et al. také aplikovali kombinaci antidepressivní léčby SSRI s aerobním cvičením u pacientů málo fyzicky aktivních, kteří nereagovali na standardní terapii (48). Lepší efekt (remise u 28,3 % oproti 15,5 %) pozorovali ve skupině s vyšší fyzickou zátěží (16, resp. 4 kcal/kg/týden). Naproti tomu jiná randomizovaná kontrolovaná studie Chalderové et al. neprokázala významný vliv přídatné fyzické aktivity u 361 pacientů z primární péče léčených pro depresivní epizodu při pokračování standardní terapie po dobu 12 měsíců (49).

*Cochrane review* zveřejněná v roce 2013 zahrnuje 39 studií s 2326 zařazenými osobami. 37 studií bylo zařazeno do metaanalýzy (50). Ve srovnání s žádnou léčbou nebo kontrolní intervencí byl shledán efekt fyzického cvičení na depresi jako mírný. Léčebné výsledky se významně nelišily ani od psychologické, ani farmakologické intervence. Autoři konstatovali, že existují problémy především v možnostech zaslepení studií a že metodologicky kvalitnější projekty přinášejí méně robustní výsledky. Avšak např. britský Národní institut pro zdraví a klinickou kvalitu (NICE) doporučuje strukturované supervidované cvičební programy (3× týdně 45–60 minut po

dobu 10–14 týdnů) jako druhý krok pro léčbu mírné až středně těžké deprese (51). Stejně tak korejské standardy nefarmakologické léčby deprese považují strukturované fyzické cvičení za terapii volby mírné až středně těžké deprese srovnatelnou s léčbou antidepressivy nebo kognitivně-behaviorální terapií (52). Rethorst a Trivedi publikovali praktická doporučení jak využít fyzickou aktivitu u pacientů s depresí (53). Jako vhodnější se jim jeví aerobní cvičení než posilování. Doporučují 3–5 tréninků v týdnu o délce 45–60 minut. Zátěž by měla dosáhnout 50–80 % maximální tepové frekvence. Terapeutický efekt se podle nich dostavuje po 4 týdnech trvání programu, přitom největšího účinku se dosahuje po 10–12 týdnech.

Positivní efekt fyzické zátěže na depresivní symptomatiku je zcela jistě multifaktoriální (54). Účast v těchto programech zlepšuje sociální kontakty a přináší většinou pozitivní zpětnou vazbu. Intenzivní cvičení odvádí pozornost od negativního myšlení. Samozřejmě zlepšení aerobní kapacity a svalové síly vede k pocitům fyzické pohody. Prokazuje se také vliv na zánětlivé procesy, aktivitu neurotransmitterových systémů CNS, oxidativní stres, neurogenezi, aktivitu endokrinních žláz, především osu hypothalamus – hypofýza – nadledvinky, ale také např. na mitochondriální a imunologické funkce nebo prostřednictvím myokininů uvolňovaných ze svalů na produkci mozkových trofických látek a zlepšení neuroplasticity (55–60, 8).

Velmi zajímavá je studie, již publikovali García-Toro et al., Porovnali výsledek půlroční terapie 80 pacientů léčených pro depresivní obtíže, rozdělených do skupiny se strukturovaným rehabilitačně-dietním režimem kontroly (61). Doporučení pro aktivní skupinu byla následující:

1. Jdi do postele, když jsi ospalý, ale ne před 23. hodinou. Ložnici používej pouze na spaní či sex, v posteli nečti, nesleduj televizi, nelež zde během dne. Když neusneš do 20 minut, vstaň a něco dělej do doby, než budeš opět dostatečně ospalý, aby ses vrátil zpět do postele. Ráno vstávej časné, nikdy po 9. hodině, bez ohledu na to, jak jsi spal předchozí noc. Přes den si nelehej ani si nedopřej krátkého spánku.
2. Choď pěšky každý den alespoň jednu hodinu rychlým krokem, ale ne tak, aby ses zadýchal nebo nemohl při chůzi mluvit. Pokud si myslíš, že máš zdravotní obtíže, které činí chůzi obtížnou či nepříjemnou, vyhledej lékaře. Nos dobré boty a ponožky. Po návratu se vysprchuj nebo vykoupej.
3. Vystav se slunečnímu svitu alespoň 2 hodiny denně, ale zabraň úpalu či úžeju (používej opalovací krémy, klobouk apod.).
4. Pokus se jíst zdravou a vyváženou dietu. Jez v pravidelných intervalech bez dalších přesnídávek. Vyvaruj se především sladkých a cukernatých nápojů. Jez rybu alespoň 3× týdně, ovoce, obilniny, ořechy a zeleninu každý den.

Nastavená psychofarmakoterapie nebyla měněna. Po 6 měsících bylo v aktivní skupině statisticky významně nižší skóre škál posuzujících klinickou změnu (CGI 2,4, resp. 3,5;  $p = 0,00$ ) a přítomnost depresivních symptomů (HAM-D 10,7, resp. 16,5;  $p = 0,00$ ; BDI 15,8, resp. 21,7;  $p = 0,03$ ). Počet jak respondérů (13, resp. 3;  $p = 0,00$ ), tak i remitérů (11, resp. 1;  $p = 0,00$ ) byl v intervenční skupině významně vyšší. Tato studie tak poukazuje na velmi významný fakt, že přístup k našim pacientům by měl být komplexní a zahrnovat nejen farmakoterapii, ale také psychoterapii a ovlivnění celého životního stylu. Někteří dokonce uvažují o změně paradigmatu psychofarmakologické léčby a zohlednění environmentálních faktorů v terapii duševních poruch (62).

Je možné shrnout, že jednotlivé komponenty životního stylu mohou u různých pacientů s duševní poruchou hrát různě významnou roli. V každém případě aktivní přístup k životu při zachování základních rehabilitačně-režimových doporučení je důležitým faktorem pro kvalitu života i pro prevenci a úspěšnou léčbu duševních poruch. Toto stanovisko rozhodně neznamená, že bychom i nadále neměli léčit farmakologicky nebo pomocí strukturované psychoterapie. Tyto vyzkoušené postupy musejí zůstat léčbou první volby našich pacientů (63). Avšak představa, že ovlivnění jednoho neurotransmiteru v mozku změní tak komplexní jev, jakým bezpochyby je lidská psychika jak ve zdraví, tak v nemoci, se čím dál tím víc jeví jako dosti redukcionistická (8).

## KOMPLEXNÍ PŘÍSTUP V LÉČBĚ PSYCHICKÝCH PORUCH

Metaanalýza více než 30 randomizovaných studií prokázala, že je možno zabránit rozvoji 22–38 % depresivních epizod použitím dostupných postupů edukačních, psychoterapeutických, psychofarmakologických, režimových a dietních (64). Tento komplexní přístup ke zvládnání psychopatologických obtíží našich pacientů může péči o osoby s duševní poruchou zkvalitnit, zatraktivnit, v některých případech zlevnit a učinit dostupnější i pochopitelnější pro širokou vrstvu veřejnosti.

Nesmíme přitom zapomínat, že terapeutický vztah ošetřujícího lékaře s pacientem hraje v adhezenci s terapeutickým režimem a s výsledky léčby zásadní roli. Motivace pacienta ke spolupráci je především u chronických onemocnění zásadní (65). Důležité se jeví rovněž svázání těchto psychiatrických preventivních opatření se somatickou medicínou. Např. v oblasti kardiovaskulárních onemocnění existuje řada doporučení a klinických postupů, jež propojují péči o duši i tělo (14, 66).

## Literatura

- Lang UE, Borgwardt S. Molecular mechanisms of depression: perspectives on new treatment strategies. *Cell Physiol Biochem* 2013; 31: 761–777.
- Bhui K, Dinos S. Preventive psychiatry: a paradigm to improve population mental health and well-being. *Br J Psychiatry* 2011; 198: 417–419.
- Furber G, Segal L, Leach M et al. Preventing mental illness: closing the evidence-practice gap through workforce and services planning. *BMC Health Serv Res* 2015; 15(1): 283–297.
- Hidaka HH. Depression as a disease of modernity: explanation for increasing prevalence. *J Affect Disord* 2012; 140(3): 205–214.
- Micha R, Peñalvo JL, Cudhea F et al. Association between dietary factors and mortality from heart disease, stroke, and type 2 diabetes in the United States. *JAMA* 2017; 317: 912–924.
- Ornish D. The Spectrum: A scientifically proven program to feel better, live longer, lose weight and gain health. *Ballantine Books*, New York, 2007.
- Mechanic JI, Kushner F. Lifestyle Medicine. *Springer*, New York, 2016.
- Lopresti A, Hood SD, Drummond PD. A review of lifestyle factors that contribute to important pathways associated with major depression: diet, sleep and exercise. *J Affect Disord* 2013; 148(1): 12–27.
- ÚZIS. Psychiatrická péče 2015. *ÚZIS*, Praha, 2016.
- Raboch J, Ptáček R, Vňuková M. Depressive symptoms in working population in relation to healthy lifestyle. *J Affect Disord* 2017; in press.
- Hollý M. Dodávky antidepressiv se ztrojnásobily. *Zdravotnické noviny* 2017; 66: 2.
- ČSÚ. Sebevraždy. Dostupné na [https://www.czso.cz/csu/czso/sebevrazdy\\_zaj](https://www.czso.cz/csu/czso/sebevrazdy_zaj).
- Clayton P, Rowbotham J. How the Mid-Victorians worked, ate and died. *J Environ Res Public Health* 2009; 6: 1235–1253.
- Svačina Š, Müllerová D, Bretšnajdrová A. Dietologie pro lékaře, farmaceuty, zdravotní sestry a nutriční terapeuty. *Triton*, Praha, 2009.
- Raboch J et al. *Karolinum*, Praha, 2012.
- Commission of European Communities. White paper on a strategy for Europe on nutrition, overweight and obesity related health issues. *Report no.: COM (2007) 279 final*, 2007.
- World Health Organization. Global strategy on diet, physical activity and health. *WHO*, Geneva, 2004.
- McCarron RM et al. Preventive medical care in psychiatry. *APA*, Washington, 2015.
- Lim SY et al. Nutritional factors affecting mental health. *Clin Nutr Res* 2016; 3: 143–152.
- Mourek J et al. Masné kyseliny omega-3. Zdraví a vývoj. *Triton*, Praha, 2007.
- Společnost pro výživu. Výživová doporučení pro obyvatelstvo České republiky. Dostupné na: [www.vyzivaspol.cz/vyzivova-doporuceni-pro-obyvatelstvo-ceske-republiky](http://www.vyzivaspol.cz/vyzivova-doporuceni-pro-obyvatelstvo-ceske-republiky)
- Pusceddu MM et al. N-3 polyunsaturated fatty acids through the lifespan: implication for psychopathology. *Int J Neuropsychopharmacol* 2016; 19(12): 1–23.
- Rienks J, Dobson AJ, Mishra GD. Mediterranean dietary pattern and prevalence and incidence of depressive symptoms in mid-aged women: results from a large community-based prospective study. *Europ J Clin Nutr* 2013; 67(1): 75–82.
- Lewis M, Hibbeln J, Johnson J et al. Suicide deaths of active duty U.S. Military and Omega-3 fatty acid status: A case control comparison. *J Clin Psychiat* 2011; 72(12): 1585–1590.
- Sanhueza C, Ryan L, Foxcroft DR. Diet and the risk of unipolar depression in adults: systematic review of cohort studies. *J Hum Nutr Diet* 2012; 26: 56–70.
- Davison KM, Kaplan JB. Food intake and blood cholesterol levels of community-based adults with mood disorders. *BMC Psychiat* 2012; 12(1): 10.
- Gertsik L, Poland RE, Bresee C, Rapaport MH. Omega-3 fatty acid augmentativ of citalopram treatment for patients with major depressive disorder. *J Clin Psychopharmacol* 2012; 32(1): 61–64.
- Jazayeri S, Tehrani-Doost M, Keshavarz SA et al. Comparison of therapeutic effects of omega-3 fatty acid, eicosapentaenoic acid and fluoxetine, separately and in combination, in major depressive disorder. *Aust NZ J Psychiat* 2008; 42: 192–198.
- Mocking RJT, Harmsen I, Assies J et al. Meta-analysis and meta-regression of omega-3 polyunsaturated fatty acid supplementation for major depressive disorder. *Transl Psychiat* 2016; 6: 1–6.
- Appleton KM, Sallis HM, Perry R et al. Omega-3 fatty acids for major depressive disorder in adults: an abridged Cochrane review. *BMJ Open* 2016; 6(3): e010172.
- Jacka FN, O'Neil A, Opie R et al. A randomized controlled trial of dietary improvement for adults with major depression (the „SMILES” trial). *BMC Medicine* 2017; 15: 23–36.
- Rapaport MH, Nierenberg AA, Schettler PJ et al. Inflammation as a predictive biomarker for response to omega-3 fatty acids in major depressive disorder: a proof of concept study. *Mol Psychiatr* 2016; 21: 71–79.
- Ravindran AV, da Silva TL. Complementary and alternative therapies as add-on to pharmacotherapy for mood and anxiety disorders: a systematic review. *J Affect Disord* 2013; 150(3): 707–719.
- Dash S, Clarke G, Berk M, Jacka FN. The gut microbiome and diet in psychiatry: focus on depression. *Curr Opin Psychiatr* 2015; 28(1): 1–6.
- Sarris J, Murphy J, Mischoulon D et al. Adjuvant nutraceuticals for depression: a systematic review and meta-analyses. *Am J Psychiatry* 2016; 173: 575–587.
- Dowlati Y, Ravindran AV, Segal ZV et al. Selective dietary supplementation in early postpartum is associated with high resilience against depressed mood. *Proc Natl Acad Sci* 2017; in press.
- Helgadóttir B, Forsell Y, and Ekblom Ö. Physical activity patterns of people affected by depressive and anxiety disorders as measured by accelerometers: a cross-sectional study. *PLoS One* 2015; 13: 1–10.
- Azevedo Da Silva M, Singh-Manoux A, Brunner EJ et al. Bidirectional association between physical activity and symptoms of anxiety and depression: the Whitehall II study. *Eur J Epidemiol* 2012; 27(7): 537–546.
- Song MR, Lee YS, Baek JD, Miller M. Physical activity status in adults with depression in the National Health and Nutrition Examination Survey, 2005–2006. *Public Health Nurs* 2012; 29: 208–217.

- 40. Patten SB, Williams JVA, Lavorato DH, Bulloch AGM.** Recreational physical activity ameliorates some of the negative impact of major depression on health-related quality of life. *Front Psychiatry* 2013; 4: 1–5.
- 41. Liao Y, Shibata A, Ishii K, Oka K.** Independent and combined associations of physical activity and sedentary behavior with depressive symptoms among Japanese adult. *Int J Behav Med* 2016; 23: 402–409.
- 42. Becofsky KM et al.** A prospective study of fitness, fatness, and depressive symptoms. *Am J Epidemiol* 2015; 181(5): 311–320.
- 43. Baumeister SE, Sui X, Lee D et al.** Associations of leisure-time and occupational physical activity and cardiorespiratory fitness with incident and recurrent major depressive disorder, depressive symptoms, and incident anxiety in a general population. *J Clin Psychiatry* 2017; 78: 41–47.
- 44. Schutte NM, Bartels M, de Geus EJC.** Genetic modification of the effects of exercise behavior on mental health. *Front Psychiatry* 2014; 5: 1–2.
- 45. Hallgren M, Herring MP, Owen N et al.** Exercise, physical activity, and sedentary behavior in the treatment of depression: broadening the scientific perspectives and clinical opportunities. *Front Psychiatry* 2016; 7: 1–5.
- 46. Lindegård A, Jonsdottir IH, Börjesson M et al.** Changes in mental health in compliers and non-compliers with physical activity recommendations in patients with stress-related exhaustion. *BMC Psychiatr* 2015; 15: 272–282.
- 47. Siqueira CC, Valiengo LL, Carvalho AF et al.** Antidepressant efficacy of adjunctive aerobic activity and associated biomarkers in major depression: a 4-week, randomized, single blind, controlled clinical trial. *PLoS One* 2016; 6: 1–11.
- 48. Trivedi MH, Greer TL, Church TS et al.** Exercise as an augmentation treatment for nonremitted major depressive disorder: a randomized, parallel dose comparison. *J Clin Psychiatry* 2011; 72: 677–684.
- 49. Chandler M, Wiles NJ, Campbell J et al.** Facilitated physical activity as a treatment for depressed adults: randomised controlled trial. *BMJ* 2012; 344: 1–13.
- 50. Cooney GM, Dwan K, Greig CA et al.** Exercise for depression. *Cochrane Database Syst Rev* 2013; 9: CD004366.
- 51. National Institute for Health and Clinical Excellence.** Depression: the treatment and management of depression in adults (update). Dostupné na: [www.nice.org.uk/guidance/CG90](http://www.nice.org.uk/guidance/CG90)
- 52. Park Sch, Oh HS, Oh DH et al.** Evidence-based, non-pharmacological treatment guidelines for depression in Korea. *J Korean Med Sci* 2014; 29(1): 12–22.
- 53. Rethorst CD, Trivedi MH.** Evidence-based recommendations for the prescription of exercise for major depressive disorder. *J Psychiatr Pract* 2013; 19: 204–212.
- 54. Pedersen BK, Saltin B.** Exercise as medicine – evidence for prescribing exercise as therapy in 26 different chronic diseases. *Scand J Med Sci Sports* 2015; 25: 1–72.
- 55. Moylan S, Eyre HA, Maes M et al.** Exercising the worry away: how inflammation, oxidative and nitrogen stress mediates the beneficial effect of physical activity on anxiety disorder symptoms and behaviors. *Neurosci Biobehav Rev* 2013; 37: 573–584.
- 56. Zhorne R, Dudley-Javoroski S, Shields RK.** Skeletal muscle activity and CNS neuro-plasticity. *Neural Regen Res* 2016; 11: 69–70.
- 57. Eyre HA, Papps E, Baune BT.** Treating depression and depression-like behavior with physical activity: an immune perspective. *Front Psychiatry* 2013; 4(3): 1–27.
- 58. Hroudová J, Fišar Z, Kitzlerová E et al.** Mitochondrial respiration in blood platelets of depressive patients. *Mitochondrion* 2013; 13(6): 795–800.
- 59. Simopoulos AP, Bazan NG.** Omega-3 fatty acids, the brain and retina. *Karger, Basel*, 2009.
- 60. Zeman M, Jiráček R, Vecka M et al.** N-3 polyunsaturated fatty acids in psychiatric diseases: mechanisms and clinical data. *Neuroendocrinol Lett* 2012; 33: 736–748.
- 61. García-Toro M, Ibarra O, Gili M.** Four hygienic-dietary recommendations as add-on treatment in depression. A randomized-controlled trial. *J Affect Disord* 2012; 140(2): 200–203.
- 62. Rief W, Barsky AJ, Bingel U et al.** Rethinking psychopharmacotherapy: the role of treatment context and brain plasticity in antidepressant and antipsychotic interventions. *Neurosci Biobehav Rev* 2016; 60: 51–64.
- 63. Raboch J et al.** Doporučené postupy psychiatrické péče IV. *Česká psychiatrická společnost*, Praha, 2014.
- 64. Muñoz RF, Beardslee WR, Leykin Y.** Major depression can be prevented. *Am Psychol* 2012; 67(4): 285–295.
- 65. Ptáček R, Raboch J, Domkářová L, Bencko V.** Motivace pacienta k léčbě a preventivním opatřením. *Prakt Léč* 2017; 97: 19–24.
- 66. Akesson A, Larsson SC, Discacciati A, Wolk A.** Low-risk diet and lifestyle habits in the primary prevention of myocardial infarction in men: a population-based prospective cohort study. *J Am Coll Cardiol* 2014; 64(13): 1299–1306.

ADRESA PRO KORESPONDENCI:

**prof. MUDr. Jiří Raboch, DrSc.**

Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN v Praze  
Ke Karlovu 11, 120 00 Praha 2  
Tel.: 224 965 344  
e-mail: [jiri.raboch@vfn.cz](mailto:jiri.raboch@vfn.cz)

# Pracovní stres a duševní zdraví – může práce vést k duševním poruchám?

Radek Ptáček, Martina Vňuková, Jiří Raboch

Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN v Praze

Čas. Léč. čes. 2017; 156: 81–87

## SOUHRN

V posledních dvou desetiletích je věnována mimořádná pozornost problematice duševního zdraví. Dostupná literatura uvádí například vztah mezi charakterem pracovní zátěže a duševní nepohodou a výskytem infarktu myokardu. Naše publikace se zaměřuje především na problematiku pracovního stresu a jeho dopadu na duševní zdraví. V této souvislosti je třeba si uvědomit, že možné psychické obtíže plynoucí z práce nejsou problémem pouze zaměstnance. Tyto obtíže mohou velmi významně ovlivňovat pracovní výkon – týkají se tedy i zaměstnavatele, ale též zákazníků, klientů a pacientů, kteří přicházejí do styku s pracovníkem, u něhož se z důvodu charakteru práce a pracovních podmínek nějaké duševní potíže rozvíjejí. Naše sdělení přináší přehled různých faktorů, které mají vliv na duševní zdraví zaměstnance, jedná se například o pracovní nároky, pracovní dobu nebo vztahy na pracovišti. V závěru pak přináší poznatky původní studie, která se zabývala problematikou pracovního stresu v Česku.

## KLÍČOVÁ SLOVA

pracovní stres, charakter práce, duševní zdraví, vyhoření

## SUMMARY

**Ptáček R. et al. Work-related stress and mental health – can work lead to mental disorders?**

In the past two decades, special attention was paid to mental health issues. The available literature suggests, for example, the relationship between the workload and mental discomfort and the occurrence of myocardial infarction. This article focuses mainly on the issue of work-related stress and its impact on mental health.

In this context, it must be acknowledged that possible psychological problems due to work are not only employee's problem. These difficulties can significantly affect performance – and thus they should be the concern of the employer, but also of customers, clients and patients who come into contact with the worker who might develop some mental problems, due to the nature of his work and working conditions.

This article provides an overview of the various factors affecting the mental health of employees. These are, for example, work demands, working hours and workplace relations. In conclusion, it brings results of Czech study examining job stress among working population.

## KEYWORDS

work stress, work characteristics, mental health, burnout

## ÚVOD

V posledních dvou desetiletích je věnována mimořádná pozornost problematice duševního zdraví. Hledají se genetické příčiny, ale též souvislosti s prostředím a chováním člověka. Velké množství studií prokazuje vztahy mezi životním stylem jedince, např. stravovacími návyky, pravidelným pohybem atp. (1, 2), případně určitými charakteristikami prostředí (3, 4) a duševním zdravím. Podstatně méně studií se však zabývá problematikou vztahu duševního zdraví a práce. Pracovní činností přitom strávíme většinu svého bdělého dospělého života. A jestliže například akceptujeme zjištění, že již pouhých 30 minut cílené fyzické aktivity denně může v určitém smyslu zlepšit naše duševní zdraví, můžeme odhadovat, jakým způsobem ho ovlivňuje práce, kterou vykonáváme po většinu svého dospělého života.

Přestože problematika vztahu práce, jejích psychosociálních charakteristik a možného rozvoje duševních poruch a obtíží stojí spíše na okraji zájmu, lze v odborné literatuře najít řadu rozsáhlých a systematických studií, které se danou problematikou zabývají. Například již v roce 1988 Karasek

a jeho spolupracovníci poukázali na velmi pravděpodobný vztah mezi charakterem pracovní zátěže, duševní nepohodou a výskytem infarktu myokardu (5). Přestože se od té doby odborná literatura čím dál tím více věnuje otázkám vztahu mezi prací a duševním zdravím a přestože řada nálezů je i poměrně alarmujících (6–9), vliv těchto studií na širší pohled na problematiku duševního zdraví nebo konkrétní intervence v oblasti výkonu práce je spíše minimální.

V této souvislosti je třeba připomenout, že možné psychické obtíže plynoucí z práce nejsou problémem pouze zaměstnance. Velmi významně mohou ovlivňovat pracovní výkon, a týkají se tedy i zaměstnavatele, ale též zákazníků, klientů a pacientů, kteří přicházejí do styku s pracovníkem, u něhož se z důvodu charakteru práce a pracovních podmínek určité duševní potíže rozvíjejí. Poměrně rozsáhlá literatura poukazuje například na silný vztah mezi projevy syndromu vyhoření a deprese u lékařů a výskytem profesních pochybení (10, 11).

V této souvislosti rovněž nelze přehlédnout podstatnou skutečnost, že duševní obtíže začínají představovat jeden

z nejčastějších důvodů absence v pracovním procesu (12). Zvláště pak úzkostné a depresivní poruchy a s nimi spojená dlouhodobá absence v práci znamenají velmi závažný ekonomický problém, a to i v globálním měřítku (13, 14). Samozřejmě, že se v tomto případě nejedná pouze o psychické potíže spojené s výkonem práce, ale odráží se zde především celkový trend v nárůstu některých psychiatrických diagnóz ve společnosti (15). Nicméně v globálním kontextu to poukazuje na skutečnost, že problematice vztahu práce a duševního zdraví bychom měli začít velmi vážně věnovat pozornost.

### PRÁCE V KONTEXTU ŽIVOTA

Hra, učení, práce. Základní druhy lidských činností, které životu dávají smysl. Výkon smysluplné práce představuje jednu ze základních podmínek životní spokojenosti (*well-being*) (16). Práce v mládí a rané dospělosti patří mezi základní zdroje učení a rozvoje osobnosti, ve středním věku představuje vedle rodiny jeden ze základních zdrojů realizace a dosahování pocitu životní smysluplnosti, ve stáří pak může být velmi důležitým preventivním faktorem v rozvoji některých se stářím spojených zdravotních omezení (17). Všechny tyto funkce ovšem práce plní pouze v případě, že je přiměřená psychickým a fyzickým možnostem daného jedince a ten ji vnímá jako smysluplnou.

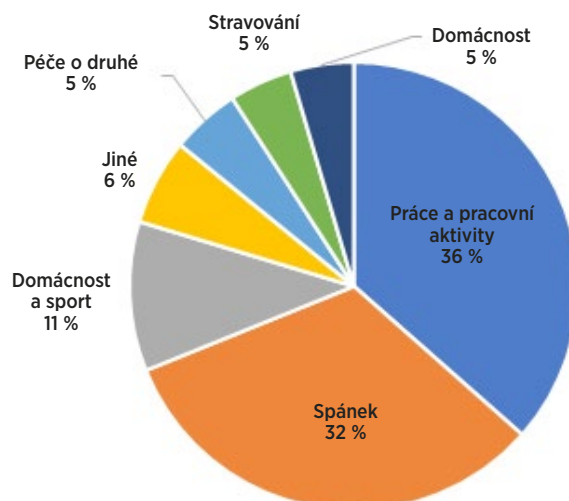
Práci lze definovat jako smysluplnou, jestliže osoba vnímá, že má cíl, smysl, hodnotu a význam (18). Pakliže práce alespoň částečně naplňuje tato kritéria, je z hlediska psychického i fyzického zdraví velmi prospěšná a pro většinu osob též zdrojem životního uspokojení (16). Případné nároky a stres plynoucí z pracovní činnosti jsou v těchto případech přiměřeně vyvážené a obvykle nepředstavují zásadní riziko pro rozvoj duševních obtíží plynoucích z pracovní činnosti (19).

Pakliže ovšem vykonávaná práce překračuje naše fyzické či psychické možnosti nebo postrádá smysl, je zvýšené riziko, že se může stát i významným rizikovým faktorem v rozvoji některých duševních poruch, případně být přímo jejich příčinou (19). Mimo jiné proto, že dospělý člověk stráví práci podstatnou část svého bdělého života, což například ilustruje zjištění Amerického statistického úřadu z roku 2015. Ten uvádí, že dospělé osoby ve věku 25–54 let, které mají děti, stráví prací a pracovními aktivitami 36 % dne, zatímco nepracovními aktivitami pouze 31 % a spánkem 32 % času z celého dne (obr. 1).

Z těchto údajů vyplývá, že prostoru pro rozvoj duševních obtíží a poruch je podstatně více v práci než v soukromém životě. Tomu také odpovídá potřeba, aby prevence rozvoje duševních obtíží a poruch směřovala právě do pracovního prostředí (20).

### MŮŽEME Z PRÁCE DOSTAT DUŠEVNÍ PORUCHU?

V České republice je odpověď na tuto otázku z pohledu aktuální legislativy poměrně jednoduchá. Člověk z práce duševní poruchu v podstatě dostat nemůže. Seznam nemocí z povolání je upraven nařízením vlády NV 168/2014 Sb. ze 6. 8. 2014, které stejně jako předchozí verze vychází z NV 290/1995 Sb., jež zcela změnilo strukturu seznamu. Bohužel všechny novely jsou spíše „doplňky“ k předchozí verzi, než aby nějakým způsobem reflektovaly aktuální stav poznání. V seznamu nemocí z povolání tak duševní onemocnění



**Obr. 1** Využití času v běžném pracovním dni u osob ve věku 25–54 let s dětmi (Zdroj: Bureau of Labour Statistic, 2015. Dostupné na: [www.bls.gov/tus/charts](http://www.bls.gov/tus/charts))

nejdou, přestože jsou poměrně dlouho známé účinky např. organických rozpouštědel na rozvoj některých neurodegenerativních onemocnění (21, 22). Psychiatrická onemocnění byla v České republice v několika případech uznána jako důsledek extrémních nároků na zaměstnance v nepříznivých podmínkách. Jednalo se o případy vodohospodářů a hasičů, zvláště v případě povodní. Příčinná souvislost mezi charakterem práce a duševními obtížemi musela být ovšem vždy potvrzena soudem.

Tento stav je v rozporu s doporučeními Mezinárodní organizace práce (ILO), která pravidelně vydává seznam nemocí z povolání jako výsledek mezinárodní diskuse mezi odborníky, zástupci zaměstnanců, zaměstnavatelů i vlád. Tento seznam v revizi z roku 2010 uvádí pod bodem 2.4 samostatnou kategorii „Duševní a behaviorální poruchy“, která dále zmiňuje jakožto samostatnou položku „Posttraumatickou stresovou poruchu“ a „Jiné duševní a behaviorální poruchy, kde lze prokázat přímou souvislost mezi pracovní činností a příslušnými duševními poruchami.“ Pod tímto bodem byla dokonce navržena samostatná položka „Psychosomatické a psychiatrické syndromy způsobené mobbingem“ (23). Četné studie totiž přinášejí důkazy, že šikana na pracovišti je kritickým faktorem nejen pro rozvoj duševních obtíží a poruch, ale též např. hypertenze a dalších interních obtíží (24). Tento bod ovšem do finální podoby seznamu pro svoji nejednoznačnost zařazen nebyl.

### RIZIKOVÉ FAKTORY

Jestliže odhlédneme od legislativního rámce a podíváme se do odborné literatury, lze nalézt řadu pracovních činností, které vztah duševních poruch a práce prokazují. Například Harvey et al. publikovali v roce 2017 zatím nejrozsáhlejší systematickou metaanalýzu zaměřenou na otázku, zda práce může způsobovat duševní poruchy. Provedená analýza splňuje kritéria medicíny založené na důkazech (EBM) a konstatuje, že na základě dostupných, převážně prospektivních studií lze identifikovat 12 specifických faktorů, jež dostatečně dokumentovaným způsobem mohou přispět k rozvoji



symptomatologie zvláště z okruhu úzkostně-depresivních poruch. Jsou to (19):

- vysoké pracovní nároky,
- nízká míra kontroly,
- nízká sociální podpora na pracovišti,
- nerovnováha mezi úsilím a odměnou,
- nespravedlnost v procedurální oblasti,
- nespravedlnost ve vztahové oblasti,
- organizační změny,
- nejistota práce,
- časově omezený pracovní úvazek,
- atypická pracovní doba,
- konflikty a šikana na pracovišti,
- stres spojený s prací.

Tyto faktory a jejich interakce jsou znázorněny na obr. 2.



**Obr. 2** Model rizikových faktorů pracovního stresu (19)

U všech uvedených faktorů je vztah k možnému rozvoji duševního onemocnění prokázán minimálně na středně významné úrovni. Nejčastěji prokazovanými duševními obtížemi jsou kromě prostě zvýšené duševní nepohody symptomatologie z okruhu neurotických, úzkostných a afektivních poruch. Samostatnou otázkou je syndrom vyhoření, kterému se věnujeme dále.

## STRES

Nejsilnějším prediktorem možného rozvoje duševních obtíží je pracovní stres. Jedná se o očekávatelný vztah, nicméně poměrně vágní kategorii. V řadě studií není dostatečně specifikováno, o jaký druh stresu se jedná, a proto se velmi často pracuje pouze s pojmem „vnímaná úroveň stresu“. V některých studiích jsou uvedeny pokusy o kategorizace intenzity stresu, například dle typu profese (namátkou operátor leteckého provozu vs. pracovník v administrativě) (19, 25–28). Zvýšený stres plynoucí z pracovní činnosti má ovšem komplexní charakter a může vést k řadě dalších potíží, například ztrátě motivace, pocitům strachu, nejistoty a frustrace. Návazně pak může způsobovat snížení kvality pracovního výkonu, což je samostatná otázka. Každopádně jestliže pracovní činnost představuje výrazný zdroj stresu, kterému je člověk exponován po většinu svého bdělého dne, může to mít velmi kritický dopad nejen na jeho duševní, ale též fyzické zdraví.

Například Ganster a Rosen (29) v rozsáhlé metaanalýze shrnují, že dlouhodobý nepřiměřený pracovní stres je napříč různými profesemi spojen v první fázi se zvýšenými koncentracemi stresových hormonů a s pocity tenze a úzkosti. Při pokračování nepřiměřené zátěže se obvykle dlouhodobě zvyšuje klidový krevní tlak, hladina cholesterolu v krvi a *body mass index*. Ve třetí fázi jsou již diagnostikovány onemocnění kardiovaskulárního systému a depresivní porucha. Problémem v této oblasti je, že stres spojený s určitou prací lze jen velmi obtížně objektivizovat a vždy souvisí též s otázkou osobnostních předpokladů a subjektivní percepce jeho intenzity.

## PRACOVNÍ NÁROKY A MOŽNOST ROZHODOVÁNÍ

Práce, kde se vysoké nároky (například časový stres či mnoho povinností) kombinují s nemožností rozhodování, vytváří podmínky k výskytu bezprostřední psychické nepohody, ale též dlouhodobých duševních potíží. Přestože se může zdát logické, že čím více rozhodování v práci musí jedinec činit, tím větší je jeho stres, není tomu tak. Právě naopak. Aktuální studie poukazují na skutečnost, že jedinci, kteří mají limitovanou možnost rozhodovat, trpí intenzivnějším stresem. Velmi pravděpodobně za to mohou pocity bezmocnosti a neschopnosti měnit dění kolem sebe (30).

Velmi důležitá je tato otázka v případě lékařů. Zde většina studií poukazuje na skutečnost, že v nejvyšším riziku rozvoje možné úzkostně-depresivní symptomatologie, případně syndromu vyhoření, jsou mladí lékaři v předatestační přípravě (31–33). Jedná se o kontraintuitivní zjištění. Mladí lékaři by měli mít přeci více sil a být odolnější vůči stresu. Nicméně jednou z velmi pravděpodobných příčin tohoto stavu je právě dysbalance mezi odpovědností, tedy vysokými pracovními nároky a velmi omezenou možností rozhodování.

Opět pouze připomeňme, že autonomie, tedy možnost přiměřeným způsobem ovlivňovat to, co se kolem mne děje, patří mezi základní lidské potřeby. Jestliže tuto možnost v jakémkoliv kontextu dlouhodobě omezíme, povede to ve většině případů k rozvoji obvykle úzkostně-depresivní nebo neurotické symptomatologie. Stejně tak tomu je i v pracovním prostředí.

## KONFLIKTY NA PRACOVIŠTI A ŠIKANA

Stres plynoucí z interpersonálních konfliktů a jakékoliv formy šikany, tedy ze strany spolupracovníků, nadřízených, ale též ze strany zákazníků, pacientů a žáků, patří v odborné literatuře mezi velmi dobře zdokumentované zdroje pracovní psychické zátěže. V daném případě se nejedná pouze o příčinu psychické nepohody či možné neurotické symptomatologie, ale jsou opakovaně prokazovány vztahy mezi výskytem interpersonálních konfliktů a šikany a rozvojem vážných forem depresivních a úzkostných poruch (34), a dokonce i velmi zvýšeným rizikem rozvoje kardiovaskulárních poruch, včetně vysokého rizika infarktu myokardu (35).

Výskyt nejrůznějších forem šikany na pracovištích v současné společnosti narůstá takovým tempem, že se začíná mluvit až o skryté epidemii (36). Bohužel právě problematika šikany na pracovišti je z hlediska prevence velmi často opomíjená (37). Poměrně závažnou otázkou se šikana stává v oblasti zdravotnictví, kde může být nejčastějším, byť skrytým důvodem absence v práci ze zdravotních důvodů (38) a může významným způsobem přispět ke ztrátě smysluplnosti práce (39).

## PRACOVNÍ DOBA

Slavný ekonom John Maynard Keynes v roce 1930 uveřejnil esej s titulem „Ekonomické možnosti pro naše vnoučata.“ Spekuloval zde, že lidé v roce 2030 nebudou muset pracovat déle než 15 hodin týdně (40). Téměř 90 let poté ovšem situace vypadá úplně jinak. Tlak na pracovní výkon vede i v ekonomicky rozvinutých státech světa k prodlužování pracovní doby. Například Britská obchodní unie uvádí, že počet pracovníků pracujících více než 48 hodin týdně stoupl od roku 2010 o 15 %. Zároveň varuje, že takové nadměrné pracovní zatížení významným způsobem zvyšuje riziko závažných zdravotních následků (41–43). K otázce nadměrného pracovního zatížení ve smyslu dlouhé či atypické pracovní doby existuje velké množství studií a opět se jedná o poměrně dobře dokumentovanou oblast. Například pracovní zatížení v rozsahu 11 hodin denně nebo 55 hodin týdně po většinu doby v posledním roce představuje velice silný prediktor rozvoje depresivní poruchy (44), což například prokázal i *follow-up* slavné Withehallské studie (45).

K problematice atypické pracovní doby, zvláště ve smyslu nepravidelnosti či nepředvídatelnosti, existuje méně studií, nicméně důsledkem dlouhodobého výkonu takové práce může být zprvu nespokojenost a snížená kvalita života a dále rozvoj depresivního onemocnění (46). Velmi specifickou je tato otázka opět v oblasti medicíny. Dostupné studie zcela jasně poukazují nejen na vztah počtu odpracovaných hodin a spokojenosti lékařů s výkonem profese, ale též na velmi kritický parametr profesních pochybení. Například Landrigan et al. (47) zjistil, že když lékaři slouží často nebo pravidelně 24hodinové služby, dramaticky narůstá výskyt vážných profesních pochybení. Makary a Daniel v této souvislosti publikovali v roce 2016 zjištění, že třetím nejčastějším důvodem úmrtí v USA je lékařské pochybení. To je kromě řady jiných faktorů spojené právě s problematikou délky služeb a celkového pracovního zatížení lékařů (48).

## DALŠÍ FAKTORY

Mezi další faktory, u nichž je prokázán vztah k možnému rozvoji symptomů některých duševních poruch, náleží například nedostatečná organizace pracovního prostředí (28), nerovnováha mezi pracovním úsilím a odměnou (49), nespravedlnost v přiřazování pracovních úkolů a odměn (50) nebo časté organizační změny a nejistota práce (51). Všechny tyto faktory jsou spojovány se statisticky významným rizikem rozvoje zvláště úzkostné a depresivní symptomatologie.

## INDIVIDUÁLNÍ FAKTORY

Určitým metodologickým problémem uvedených studií je, že se snaží dekomponovat velmi komplexní pracovní činnost do operacionalizovatelných kategorií, jež obvykle navíc představují nějaký konstrukt, který lze v realitě testovat jen s obtížemi. Navíc často nedostatečně nebo vůbec nezohledňují proměnné na straně zaměstnance. Tedy zvláště charakteristiky jeho osobnosti, dispozice k psychiatrickému onemocnění, zvýšenou vulnerabilitu, strategie zvládání stresu apod. Přitom je zcela nepochybné, že případné duševní obtíže jsou vždy důsledkem interakce

konkrétní osobnosti s konkrétními pracovními podmínkami a požadavky.

Tyto nedostatky se snaží překonat některé komplexní multicentrické studie, mezi které patří například práce Cottiniho a Lucifory z roku 2013 „Duševní zdraví a pracovní podmínky v Evropě“ (52). Do studie byly zahrnuty poměrně komplexní výsledky z 15 evropských zemí (bohužel bez ČR). Autoři na základě rozsáhlého a opakovaného šetření došli k závěru, že pravděpodobnost, že náhodně vybraný pracovník v Evropské unii bude mít duševní obtíže spojené s prací, se nachází v pravděpodobnostním intervalu 25–40 % a pravděpodobnost, že již určitou duševní poruchu (bez ohledu na mechanismus jejího vzniku) má, činí přibližně 11 %. Tab. 1 uvádí přehled kombinací osobnostních a pracovních charakteristik a podmíněné pravděpodobnosti rozvoje duševních obtíží spojených s prací.

## PRACOVNÍ STRES A VYHOŘENÍ

Syndrom vyhoření je v literatuře popisován jako prodloužená odpověď na chronické emocionální a personální stresory spojené s pracovní činností, charakteristické dimenzemi vyčerpání, cynismu a neefektivity (53). Nejedná se o diagnostickou kategorii, a proto odborná literatura, která se zabývá prací a duševním onemocněním, tento pojem nepoužívá. Literatura, jež terminologii související se syndromem vyhoření používá, se méně snaží o kategorizaci zjištěných symptomů do diagnostických kategorií.

Je nepochybné, že symptomatologie uváděná v souvislosti se syndromem vyhoření se z části překrývá se symptomatologií neurotických, úzkostných a afektivních poruch. Nicméně na rozdíl od duševních poruch se syndrom vyhoření může vztahovat pouze k oblasti práce. Každopádně neřešená symptomatologie syndromu vyhoření je velmi často předstupněm rozvoje závažnějších forem úzkostných či afektivních poruch (54).

Výskyt syndromu vyhoření byl nejčastěji spojován s profesemi, které přicházejí do zvýšeného kontaktu s lidmi, i když moderní studie poukazují na skutečnost, že vyhořet může v podstatě kdokoliv (53). Přesto je nejvíce dostupných studií z oblasti zdravotnictví. Zde jsou publikovány velmi znepokojivé údaje o zvyšujícím se výskytu syndromu vyhoření mezi lékaři a zdravotníky obecně (55), což je velmi pravděpodobně způsobeno faktory, jako je tlak na výkon, vysoké časové zatížení, přebujelá administrativa, postupná ztráta kontaktu s pacientem, zvyšující se odpovědnost (např. pod tlakem žalob ze strany pacientů) a nedostatečné ohodnocení (56). Souběh těchto faktorů může vést k vyššímu výskytu profesních chyb, odchodu kvalifikovaných odborníků z této

**Tab. 1** Pravděpodobnost rozvoje symptomů duševního onemocnění u různých pracovních skupin (vzorek: osoby zaměstnané v EU, věk 36–45, ženati/vdané, děti) (52)

Charakteristika	Pravděpodobnost (%)
Muž, služby, manažer, velikost firmy > 50, trvalý úvazek	40,5 %
Žena, služby, úředník, velikost firmy < 50, dočasný úvazek	38,7 %
Muž, výroba, manažer, velikost firmy > 50, trvalý úvazek	34,4 %
Žena, služby, úředník, velikost firmy < 50, trvalý úvazek	33,2 %
Žena, výroba, dělník, velikost firmy > 50, trvalý úvazek	31,6 %
Muž, služby, úředník, velikost firmy < 50, dočasný úvazek	29,2 %
Žena, výroba, úředník, velikost firmy < 50, dočasný úvazek	25,1 %

profesní oblasti, rozvoji duševních poruch nebo nadměrné konzumaci alkoholu, a to i u studentů medicíny (57). Z dostupných studií je patrné, že přestože syndrom vyhoření není diagnózou; v některých oblastech lidské činnosti začíná představovat velmi závažný jev, kterému je nutné věnovat zvýšenou pozornost.

## PRACOVNÍ STRES V ČESKÉ POPULACI

V Česku jsou informace ke vztahu pracovního stresu a symptomů duševních poruch velmi omezené, proto jsme v roce 2015 realizovali výzkumný projekt zaměřený na pracovní stres a jeho souvislosti s projevy deprese a vyhoření. Reprezentativní vzorek se skládal z pracujících osob ve věku 25–65 let. Z výzkumu vyplynulo, že největší zátěž pro dotázané probandy plyne z kontaktu s klienty/zákazníky/pacienty (63 %), dále pak i z platového ohodnocení (62 %) nebo nadměrného časového zatížení a nadměrných pracovních požadavků (55 %) (tab. 2).

Tab. 2 Zdroje pracovního stresu v ČR

Zdroj stresu	Stresor pro % respondentů
Kontakt s klienty/zákazníky/pacienty	63
Platové ohodnocení	62
Nadměrné časové zatížení	55
Nadměrné pracovní požadavky	53
Nejistota pracovního místa	47
Legislativa související s profesí	44
Požadavek na odborné znalosti	44
Pracovní podmínky (vybavení pracoviště apod.)	43
Požadavek na komunikační dovednosti	40
Konflikty s nadřízeným	31
Konflikty se spolupracovníky	29

Pro 49 % osob je práce zdrojem dlouhodobého stresu. U těchto osob také zjišťujeme statisticky velmi významné zvýšené hladiny depresivních symptomů. Z celého souboru je pak pouze necelých 15 % spíše nebo velmi nespokojeno s prací. U těchto osob opět zjišťujeme velmi zvýšené hladiny depresivních symptomů (obr. 3). To opět zcela odpovídá nálezům v odborné literatuře o vztahu subjektivního vnímání stresové zátěže a intenzity projevů deprese.

Významný vztah jsme ve sledovaném souboru zjistili i v oblasti šikany. Zkušenost s ní uvádí přibližně 20 % respondentů (nejčastěji ze strany nadřízeného), kteří oproti těm,



Obr. 3 Spokojenost s prací a míra depresivních symptomů

co takovou zkušenost nemají, vykazují častější symptomy syndromu vyhoření i deprese.

Intenzita syndromu vyhoření nebo depresivita nemá přímý vztah k typu (druhu) vykonávané profese. Lehce zvýšené hodnoty syndromu vyhoření vykazují pracovníci v oblasti managementu, zatímco nižší v oblasti lesnictví a zemědělství. Statisticky významný vztah byl prokázán mezi výší příjmu a úrovní depresivních symptomů (nikoli však vyhoření). Tento náleží ilustruje tab. 3.

Tab. 3 Příjem a intenzita depresivních symptomů měřená škálou BDI-II

Příjem	Průměr BDI-II	% respondentů
Do 10 000 Kč	14,18	3,31
10 001–15 000 Kč	13,36	8,96
15 001–20 000 Kč	10,94	12,95
20 001–25 000 Kč	10,87	12,37
25 001–30 000 Kč	12,51	12,56
30 001–35 000 Kč	10,79	8,86
35 001–40 000 Kč	9,65	9,15
40 001–50 000 Kč	8,48	7,79
50 001–60 000 Kč	13,68	3,02
60 001–70 000 Kč	7,67	1,17
70 001 Kč a více	8,43	1,56
Nechci odpovědět	9,24	15,97
Nevím	7,96	2,34

## ZÁVĚR

V současné době existuje poměrně konzistentní základna poznatků o tom, že určité charakteristiky práce jsou spojené se zvýšeným rizikem vzniku duševních poruch. Jedná se zvláště o nepřiměřené pracovní nároky a stres, vztah mezi úsilím a odměnou, sociální konflikty a šikanu, sociální (ne) podporu nebo (ne)spravedlnost na pracovišti. To jsou faktory, které z pohledu *evidence-based medicine* poskytují minimálně středně významné důkazy o vztahu práce a duševních poruch. Bohužel velkým problémem v této oblasti je nedostatek metaanalytických studií (28, 58). Dílčích studií a textů je samozřejmě velké množství, nicméně pro systematictější zvažování pracovních faktorů v oblasti duševního zdraví je nutné realizovat větší množství systematických metaanalýz.

I přes tuto skutečnost vztahy mezi uvedenými faktory a rozvojem zvláště úzkostně-depresivní, případně neurotické symptomatologie jsou v prospektivních studiích prokazovány jako velmi silné a významné. Přestože tedy neexistuje jeden základní „toxický faktor“ v oblasti pracovního prostředí, který by zjednodušil chápání dané problematiky, je v oblasti duševního zdraví nutné věnovat práci a pracovním podmínkám zvýšenou pozornost. Moderní léčba například afektivních poruch by tak v oblasti nefarmakologických postupů neměla směřovat pouze k úpravě životního stylu, ale též věnovat pozornost pracovním podmínkám, spokojenosti s prací i otázce subjektivního vnímání stresu plynoucího z práce.

Je také nezbytné, aby programy prevence duševních poruch začaly směřovat do oblasti pracovního prostředí. Nejen z toho důvodu, že práce za určitých okolností může být spouštěčem duševních obtíží, ale především proto, že dospělý člověk v práci tráví většinu svého života. Většina dostupných preventivních programů obvykle cílí na jedince

v jejich nepracovním životě, což má své výhody, ale též řadu omezení. Prevence cílená do oblasti pracovního prostředí může zasáhnout větší počet lidí a v důsledku sociální facilitace mít i vyšší úspěšnost (59).

Většinou dospělých osob práce a zaměstnání přináší životní naplnění a uspokojení a jejich duševní zdraví a životní pohodu zlepšuje. I přesto určité charakteristiky práce, zvláště v dlouhodobém kontextu, mohou působit zcela opačně a přinášet nejen duševní nepohodu a špatné pocity, ale být též příčinou vážných zdravotních a psychických obtíží. Je velkou výzvou jak pro odborníky z oblasti duševního zdraví, tak i z ostatních medicínských oborů začít si tuto skutečnost uvědomovat a problematiku práce a pracovních podmínek ve své praxi začít zohledňovat.

Publikace byla podpořena projekty PRVOUK PSYCHOLOGIE 1. LF UK a PROGRES Q06/LF1.

## Literatura




- Helgadóttir B, Forsell Y, Ekblom Ö. Physical activity patterns of people affected by depressive and anxiety disorders as measured by accelerometers: a cross-sectional study. *PLoS One* 2015; 13: 1-10.
- Pedersen BK, Saltin B. Exercise as medicine – evidence for prescribing exercise as therapy in 26 different chronic diseases. *Scand J Med Sci Sports* 2015; 25: 1-72.
- Mamplekou E, Bountziouka V, Psaltopoulou T et al. Urban environment, physical inactivity and unhealthy dietary habits correlate to depression among elderly living in eastern Mediterranean islands: the MEDIS (Mediterranean Islands Elderly) study. *J Nutr Health Aging* 2010; 14(6): 449-455.
- Andrade LH, Wang YP, Andreoni S et al. Mental disorders in megacities: findings from the Sao Paulo megacity mental health survey, Brazil. *PLoS One* 2012; 7(2): e31879.
- Karasek RA, Theorell T, Schwartz JE et al. Job characteristics in relation to the prevalence of myocardial infarction in the US Health Examination Survey (HES) and the Health and Nutrition Examination Survey (HANES). *Am J Pub Health* 1988; 78(8): 910-918.
- Shanafelt TD, Dyrbye LN, West CP, Sinsky CA. Potential impact of burnout on the US physician workforce. *Mayo Clin Proc* 2016; 91: 1667-1668.
- Verkuil B, Atasayi S, Molendijk ML. Workplace bullying and mental health: a meta-analysis on cross-sectional and longitudinal data. *PLoS One* 2015; 10(8): e0135225.
- Marchand A, Demers A, Durand P. Does work really cause distress? The contribution of occupational structure and work organization to the experience of psychological distress. *Soc Sci Med* 2005; 61: 1-14.
- Szeto AC, Dobson KS. Mental disorders and their association with perceived work stress: an investigation of the 2010 Canadian Community Health Survey. *J Occup Health Psychol* 2013; 18: 191.
- Tsiga E, Panagopoulou E, Montgomery A. Examining the link between burnout and medical error: A checklist approach. *Burn Res* 2017; 6: 1-8.
- Aala A, Tabrizi J, Ranjbar F et al. Frequency of burnout, sleepiness and depression in emergency medicine residents with medical errors in the emergency department. *Adv Biosci Clin Med* 2014; 2(2): 49.
- Goetzl RZ, Hawkins K, Ozminkowski RJ, Wang S. The health and productivity cost burden of the "top 10" physical and mental health conditions affecting six large US employers in 1999. *J Occup Environ Med* 2003; 45(1): 5-14.
- Greenberg E, Fournier AA, Sisitsky T et al. The economic burden of adults with major depressive disorder in the United States (2005 and 2010). *J Clin Psychiatry* 2015; 76(2): 155-162.
- Hendriks SM, Spijker J, Licht CM et al. Long-term work disability and absenteeism in anxiety and depressive disorders. *J Affect Disord* 2015; 178: 121-130.
- Kessler RC, Bromet EJ. The epidemiology of depression across cultures. *Annu Rev Pub Health* 2013; 34: 119-138.
- Waddell G, Burton A. Is work good for your health and well-being? *The Stationery Office*, London, 2006.
- Kajitani S. Working in old age and health outcomes in Japan. *Japan and the World Economy* 2011; 23(3): 153-162.
- May DR, Gilson RL, Harter LM. The psychological conditions of meaningfulness, safety and availability and the engagement of the human spirit at work. *Journal of Occupational and Organizational Psychology* 2004; 77: 11-37.
- Harvey SB, Henderson M, Lelliott P et al. Mental health and employment: much work still to be done. *Br J Psychiatry* 2009; 194: 201-203.
- LaMontagne AD, Martin A, Page KM et al. Workplace mental health: developing an integrated intervention approach. *BMC psychiatry* 2014; 14(1): 131.
- Schulte PA, Burnett CA, Boeniger MF, Johnson J. Neurodegenerative diseases: occupational occurrence and potential risk factors, 1982 through 1991. *Am J Public Health* 1996; 86(9): 1281-1288.
- Tanner CM, Goldman SM, Ross GW, Grate SJ. The disease intersection of susceptibility and exposure: chemical exposures and neurodegenerative disease risk. *Alzheimer's Dementia* 2014; 10(3): S213-S225.
- International Labour Office. List of occupational diseases (revised 2010). Identification and recognition of occupational diseases: Criteria for incorporating diseases in the ILO list of occupational diseases. *Occupational Safety and Health Series* 2010, No. 74, Geneva.
- Bartlett JA. Workplace bullying: A silent epidemic. *Library Leadership Management* 2016; 31(1): 1-4.
- Aziz S, Cunningham J. Workaholicism, work stress, work-life imbalance: exploring gender's role. *Gender in Management: An International Journal* 2008; 23(8): 553-566.
- Vokić N, Bogdanić A. Individual differences and occupational stress perceived: a Croatian survey. *EFZG Working Paper Series/EFZG Serija članaka u nastajanju*, Chicago 2007; 05: 1-15.
- Lelliott P, Tulloch S, Boardman J et al. Mental health and work. *Cross Government Health Work and Well-being Programme*, London, 2008.
- Harvey SB, Modini M, Joyce S et al. Can work make you mentally ill? A systematic meta-review of work-related risk factors for common mental health problems. *Occup Environ Med* 2017; 74(4): 301-310.
- Ganster DC, Rosen CC. Work stress and employee health. A multidisciplinary review. *J Manag* 2013; 39(5): 1085-1122.
- Bhattacharya S, Basu J. Distress, wellness and organizational role stress among IT professionals: Role of life events and coping resources. *J Ind Acad App Psychol* 2007; 33(2): 169-178.
- Dyrbye LN, West CP, Satele D et al. Burnout among US medical students, residents, and early career physicians relative to the general US population. *Acad Med* 2014; 89(3): 443-451.
- Baer TE, Feraco AM, Sagalowsky ST et al. Pediatric resident burnout and attitudes toward patients. *Pediatrics* 2017; 139(3): e20162163.
- Raboch J, Ptáček R. Syndrom vyhoření a deprese u českých lékařů. *Practicus* 2014; 8: 29-30.
- Hansen ÅM, Høgh A, Persson R et al. Bullying at work, health outcomes, and physiological stress response. *J Psychosom Res* 2006; 60(1): 63-72.
- Kivimäki M, Virtanen M, Vartiainen M et al. Workplace bullying and the risk of cardiovascular disease and depression. *Occup Environ Med* 2003; 60(10): 779-783.
- Bartlett JA. Workplace bullying: a silent epidemic. *Library Leadership Management* 2016; 31(1): 1-4.
- Nielsen MB, Magerøy N, Gjerstad J, Einarsen S. Workplace bullying and subsequent health problems, 2014.
- Kivimäki M, Elovainio M, Vahtera J. Workplace bullying and sickness absence in hospital staff. *Occup Environ Med* 2000; 57(10): 656-660.
- MacIntosh J, Wuest J, Gray MM, Cronkrite M. Workplace bullying in health care affects the meaning of work. *Qual Health Res* 2010; 20(8): 1128-1141.
- Keynes JM. Economic possibilities for our grandchildren. In: *Essays in persuasion*. Palgrave Macmillan, UK, 2010, p. 321-322.
- Kuroda S, Yamamoto I. Workers' mental health, long work hours, and workplace management: Evidence from workers' longitudinal data in Japan. *Research Institute of Economy, Trade and Industry (RIETI)*, 2016.
- Sparks K, Cooper C, Fried Y et al. The effects of hours of work on health: a meta-analytic review. *J Occup Organ Psychol* 1997; 70: 391-408.
- Sverke M, Hellgren J, Naswall K. No security: a meta-analysis and review of job insecurity and its consequences. *J Occup Health Psychol* 2002; 7: 242-264.
- Bannai A, Tamakoshi A. The association between long working hours and health: a systematic review of epidemiological evidence. *Scand J Work Environ Health* 2014; 40(1): 5-18.

- 45. Virtanen M, Stansfeld SA, Fuhrer R et al.** Overtime work as a predictor of major depressive episode: A 5-year follow-up of the Whitehall II study. *PLoS One* 2012; 7(1): 1–5.
- 46. Nijp HH, Beckers DG, Geurts SA et al.** Systematic review on the association between employee worktime control and work-non-work balance, health and well-being, and job-related outcomes. *Scand J Work Environ Health* 2012; 38(4): 299–313.
- 47. Landrigan CP, Rothschild JM, Cronin JW et al.** Effect of reducing interns' work hours on serious medical errors in intensive care units. *N Engl J Med* 2004; 351(18): 1838–1848.
- 48. Makary MA, Daniel M.** Medical error—the third leading cause of death in the US. *BMJ* 2016; 353: i2139.
- 49. Marchand A, Pierre D.** Victor Haines III, and Steve Harvey. The multilevel determinants of workers' mental health: results from the SALVEO study. *Soc Psych Psych Epid* 2015; 50(3): 445–459.
- 50. Siergrist J, Starke D, Chandola T et al.** The measurement of effort-reward imbalance at work: European comparisons. *Soc Sci Med* 2004; 58: 1483–1499.
- 51. Bamberger SG, Vinding AL, Larsen A et al.** Impact of organisational change on mental health: a systematic review. *Occup Environ Med* 2012; 69: 592–598.
- 52. Cottini E, Lucifora C.** Mental health and working conditions in Europe. *ILR Review* 2013; 66(4): 958–988.
- 53. Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP.** Job burnout. *Annu Rev Psychol* 2001; 52(1): 397–422.
- 54. Ahola K, Honkonen T, Kivimäki M et al.** Contribution of burnout to the association between job strain and depression: the health 2000 study. *J Occup Environ Med* 2006; 48(10): 1023–1030.
- 55. Dyrbye LN, Thomas MR, Massie FS et al.** Burnout and suicidal ideation among US medical students. *Ann Intern Med* 2008; 149(5): 334–341.
- 56. Troppmann KM, Troppmann C.** Work-life balance and burnout. In *Success in Academic Surgery* 2017, p. 175–185.
- 57. Jackson ER, Shanafelt TD, Hasan O et al.** Burnout and alcohol abuse/dependence among US medical students. *Acad Med* 2016; 91(9): 1251–1256.
- 58. Bonde JPE.** Psychosocial factors at work and risk of depression: a systematic review of the epidemiological. *Occup Environ Med* 2008; 65: 438–445.
- 59. Cuijpers P, Van Straten A, Smit F.** Preventing the incidence of new cases of mental disorders: a meta-analytic review. *J Nerv Ment Dis* 2005; 193: 119–125.

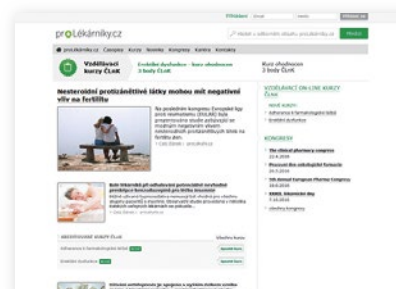
ADRESA PRO KORESPONDENCI:

**doc. PhDr. Radek Ptáček, Ph.D.**  
 Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN v Praze  
 Ke Karlovu 11, 120 00 Praha 2  
 e-mail: ptacek@neuro.cz

# pr Lékárníky.cz

-  on-line vzdělávání lékárníků a farmaceutů
-  kurzy ohodnoceny body ČLnK
-  registrace a celý vstup je zdarma

Více na [www.prolekarniky.cz/kreditovane-kurzy](http://www.prolekarniky.cz/kreditovane-kurzy)



Informace a kontakt:

Andrea Opletalová  
 info@prolekarniky.cz  
 MeDitorial, s.r.o. Lékařský dům,  
 Sokolská 31/490, 120 26 Praha 2

# Poznámka k použití dotazníku kvality života WHOQOL-BREF v českém prostředí

<sup>1</sup>Vladimír Rogalewicz, <sup>2</sup>Miroslav Barták, <sup>2</sup>Milena Sihelníková

<sup>1</sup>Ústav sociálního a posudkového lékařství LF UK v Plzni

<sup>2</sup>Fakulta sociálně ekonomická UJEP v Ústí nad Labem

Čas. Lék. čes. 2017; 156: 88–92

## SOUHRN

Dotazník WHOQOL-BREF (*WHO Quality of Life-BREF*) je v českém prostředí poměrně hojně využívaný zejména pro stanovení hodnot kvality života při různých onemocněních nebo při různých zdravotních omezeních. Dotazník existuje ve dvou českých překladech, jejichž verze se liší. Rozdíly jsou natolik zásadní, že mohou vést k posunům při interpretaci výzkumů provedených na základě tohoto instrumentu. Problém může způsobovat i obrácená stupnice u tří otázek, protože zpracování těchto skóre není v některých metodických materiálech (anglických ani českých) uvedeno korektně. Autoři doporučují používat zásadně verzi publikovanou Dragomírečkou a Bartoňovou z Psychiatrického centra Praha.

## KLÍČOVÁ SLOVA

kvalita života související se zdravím, HRQOL, WHOQOL-BREF, národní lokalizace

## SUMMARY

### Rogalewicz V. et al. A note on application of the WHOQOL-BREF questionnaire on quality of life in the Czech environment

In the Czech environment, the WHOQOL-BREF (WHO Quality of Life-BREF) questionnaire has been rather frequently used for quality-of-life assessment in the case of different diseases or different health limitations. The questionnaire exists in two Czech translations with different wording. The differences are so considerable that they might cause interpretation shifts in research based on this instrument. Also the reverse scales in three questions may cause problems, because processing of these scores is not described correctly in some methodological materials. The authors recommend to strictly use the version published by Dragomírečková and Bartoňová of the Prague Psychiatric Centre.

## KEYWORDS

health related quality of life, HRQOL, WHOQOL-BREF, national localization

## ÚVOD

Kvalita života, ačkoliv se ve své podstatě jedná o velmi starý koncept, zaznamenává své rozšíření zejména v posledních dekádách. V tomto období se rozvíjí a dále precizují přístupy k měření kvality života.

Měření kvality života má ve většině případů nejen akademický, ale především veřejně politický důvod, který se odráží v různých způsobu jeho stanovení (1). Cílem předkládaného článku je upozornit na možné nepřesnosti a problémy při využívání dvou existujících českých verzí jednoho z nej-používanějších nástrojů měření kvality života – dotazníku WHOQOL-BREF.

## KVALITA ŽIVOTA A RŮZNÉ PŘÍSTUPY K JEJÍMU VYMEZENÍ

Koncept kvality života, respektive dobrého života, najdeme už v díle Platóna a jeho žáka Aristotela. Dnešní pojetí kvality života je bližší úvahám Platóna, naopak koncept štěstí úvahám Aristotela. V minulém století byla kvalita života často chápána jako materiální blahobyť a peníze. Později – díky posunu pohledu na význam života a jeho hodnoty – byl význam kvality života posunut do podoby a konceptů, které jsou známé dnes (2).

V oboru veřejného zdraví se můžeme setkat s kvalitou života v různých pojetích, kdy autoři vycházejí z jednotlivých disciplín, případně se více či méně úspěšně pokoušejí o multidisciplinární přístup. V sociologickém pojetí (3) je kvalita života spojována se subjektivně vnímanou spokojeností, kdy se do úvahy berou individuální potřeby a pochopení. V ekonomii (4) může být kvalita života považována za životní standard. V medicíně je to poměr zdraví a nemoci, který ovlivňuje život člověka (1). V psychologickém pojetí je diskutován pojem osobní pohoda (5–7). Zdravotní faktory mají často v měření kvality života prioritu, ačkoliv chápání kvality života je samozřejmě širší. Někteří autoři upozorňují na možnosti organizace zdravotnických služeb; v této oblasti je potenciál pro zvyšování kvality života pacientů společně s ekonomickou efektivitou (8, 9).

V různých oborech, které koncept kvality života využívají, není její definice jednotná. Většina autorů uvádí definici kvality života, kterou v roce 1995 nabídla Světová zdravotnická organizace (WHO). Zde je kvalita života chápána jako individuální vnímání vlastní pozice v životě v kontextu kultury a hodnotového systému, ve kterém člověk žije, a ve vztahu k cílům, očekáváním, standardům a starostem (10). K diskusi o definici kvality života v rámci oboru veřejného zdraví a veřejné politiky přispívá řada autorů (11–13).

Kvalita života v současném pojetí popisuje, nakolik daný člověk považuje život, který žije, za „dobrý“. Z tohoto pohledu je to veličina, která měří štěstí, spokojenost, *well-being* jednotlivce nebo nějaké společnosti (skupiny lidí). Dlouho existovala představa, že kvalita života je objektivní veličina, kterou je možno pro každého člověka stanovit na základě jasně definovaných indikátorů. Ukázalo se však, že ani socioekonomický status, ani zdravotní stav nestačí k tomu, aby byl člověk se svým životem spokojený. To zohlednila definice WHO, která definuje zdraví jako „stav úplné fyzické, psychické a sociální pohody, ne pouze jako absenci nemoci (14). Popisem vzniku a okolností vzniku tohoto vymezení se zabývají i další autoři (15).

Konstituční dokument Světové zdravotnické organizace, respektive část, ve které je popsán ideál zdraví, však tímto stále citovaným vymezením nekončí. Pokračuje následujícími principy a prohlášeními (16):

- Naplnění nejvyššího dosažitelného standardu zdraví je jedním ze základních práv každé lidské bytosti bez ohledu na rasu, náboženství, politické přesvědčení, ekonomické a sociální podmínky.
- Zdraví všech lidí je základem pro dosažení míru a bezpečnosti a závisí na spolupráci jedinců a států.
- Dosažení pokroku v podpoře a ochraně zdraví je hodnotou pro všechny.
- Nerovný vývoj v různých státech v podpoře zdraví a kontrole nemocí, zejména přenosných, představuje společné nebezpečí.
- Zdravý vývoj dětí je zásadně důležitý, schopnost žít harmonicky v rámci měnícího se prostředí je pro tento vývoj základním předpokladem.
- Pro dosažení zdraví je zásadní rozšíření a dostupnost medicínského, psychologického a dalšího poznání.
- Informované názory a aktivní spolupráce na straně veřejnosti mají zásadní důležitost pro zlepšení zdraví lidí.
- Vlády zodpovídají za zdraví svých občanů, které může být naplněno zajištěním adekvátních zdravotních a sociálních opatření.

## DOTAZNÍKOVÉ MĚŘENÍ KVALITY ŽIVOTA

Při měření kvality života související se zdravím (HRQOL – *health-related quality of life*) je proto nyní před pokusy o objektivní „měření“ upřednostňován subjektivní pohled pacienta (17). Nástrojem pro subjektivní měření kvality života jsou dotazníky, které byly a jsou hojně využívány (18–21). Není pochyb o tom, že je třeba používat profesionální standardizované dotazníky.

Nejčastěji používanými generickými (tj. obecnými, nespecifickými pro určitou diagnózu) dotazníky jsou SF-36 (22), EQ-5D (23) a WHOQOL-100 (24). Vedle těchto tří uvedených dotazníků existuje široká škála alternativních nástrojů pro měření kvality života související se zdravím (HRQOL), viz například jejich přehled na webových stránkách *Mapi Research Trust* (<http://www.proqolid.org>).

- Výzkumníci si ovšem často neuvědomují, že takový dotazník nelze jen tak přeložit a použít. Lokalizace do národního prostředí je složitá a zdoluhavá záležitost, která zahrnuje:
1. překlad otázek tak, aby měly v novém prostředí naprosto stejný smysl;
  2. překlad odpovědí, aby v novém prostředí vyjadřovaly naprosto stejnou intenzitu;
  3. pilotní výpočet statistických hodnot pro dané teritorium.

Poslední bod vyžaduje komentář. Je známe, že obyvatelé různých zemí hodnotí stejný zdravotní stav různě i to že hodnoty HRQOL jsou determinovány vedle oblastí popsaných autory daného nástroje rovněž dalšími (skrytými) vlivy (25, 26).

Proces překladu nástroje EQ-5D i jeho zálužnosti popisují Rabinová et al. (27). Postup při vytváření české verze nástroje WHOQOL-100 popisují Dragomirecká a Bartoňová (28).

## DOTAZNÍK WHOQOL-BREF A JEHO ČESKÁ VERZE

K nejstarším nástrojům pro měření kvality života související se zdravím patří dotazník Světové zdravotnické organizace WHOQOL-100 (14). Tento instrument vznikl jako výsledek práce pracovní skupiny WHOQOL tvořené zástupci 15 výzkumných center z celého světa. Má 100 otázek, které jsou uspořádány do 24 facet (podoblastí) a jedné nespecifické podoblasti. Každá faceta má čtyři položky (otázky). Facety byly původně uspořádány do 6 dimenzí: fyzické zdraví, psychologická oblast, úroveň nezávislosti, sociální vztahy, prostředí a spiritualita (28).

Stopoložková verze se ukázala být pro praxi příliš rozsáhlou, a proto byla následně vytvořena tzv. krátká verze WHOQOL-BREF s 26 položkami. Ta vznikla tak, že z každé z 24 facet byla vybrána pouze jedna otázka a ty byly doplněny o dvě položky celkového hodnocení. Tyto otázky byly rozděleny do 4 dimenzí: fyzická, psychologická, sociální oblast, prostředí (28). Tímto nástrojem se budeme zabývat dále v této poznámce.

Existuje několik „oficiálních“ verzí dotazníku WHOQOL-BREF, z nichž nejdůležitější jsou verze vydaná WHO v Ženevě (29) a americká verze vydaná Washingtonskou univerzitou (30). Tyto dvě verze se lehce odlišují. Rovněž v češtině existují dva překlady: Viktora Mravčíka a Evy Lajčkové z roku 2004 (31) a Evy Dragomirecké a Jitky Bartoňové z roku 2006 (28). Tyto verze se liší v přesných slovních formulacích a v pokynech pro využití. Zdá se, že (31) je prostý překlad anglické verze, zatímco (28) je plnohodnotná lokalizace provedená podle přísných pravidel převodu nástroje do jiných jazykových mutací (28, str. 16–17).

Rozdíly jsou natolik zásadní, že mohou vést k posunům při interpretaci výsledků výzkumu. Některé příklady pro ilustraci uvádí *tab. 1*. Také stupně intenzity jsou v některých případech vyjádřeny odlišně (*tab. 2*).

Až potud by se situace mohla jevit úsměvnou. Instrumenty WHOQOL však lze volně použít k nekomerčním výzkumným účelům; k tomu stačí, pokud se uživatel zaregistruje. Když se obrátíte na české centrum WHOQOL v Psychiatrickém centru Praha, obdržíte překlad Dragomirecké a Bartoňové (28). (Situace se aktuálně komplikuje: Psychiatrické centrum Praha bylo transformováno na Národní ústav duševního zdraví. Ten na své webové adrese stále nabízí k prodeji publikaci (28), neuvádí však adresu, odkud je možné získat povolení nástroj používat. Sama dr. Dragomirecká je nyní zástupkyní vedoucí katedry sociální práce na Filozofické fakultě UK, a ani zde není žádný kontakt pro licenci WHOQOL uveden.) Pokud se však obrátíte na mezinárodní koordinační centrum WHOQOL při WHO v Ženevě (napíšete na [whoool@who.int](mailto:whoool@who.int), viz [www.who.int/substance\\_abuse/research\\_tools/whoqolbref/en](http://www.who.int/substance_abuse/research_tools/whoqolbref/en)), obdržíte překlad Mravčíka a Lajčkové (31).

**Tab. 1** Ukázka porovnání dvou českých překladů nástroje WHOQOL-BREF (28, 31)

Č. otázky	Originál (29)	Mravčík a Lajčková, 2004 (31)	Dragomírečká a Bartoňová, 2006 (28)
3	To what extent do you feel that physical pain prevents you from doing what you need to do?	Do jaké míry máte pocit, že Vám fyzická bolest brání dělat to, co potřebujete?	Do jaké míry Vám bolest brání v tom, co potřebujete dělat?
4	How much do you need any medical treatment to function in your daily life?	Jak moc potřebujete nějakou léčbu, abyste fungoval/a v běžném životě?	Jak moc potřebujete lékařskou péči, abyste mohl/a fungovat v každodenním životě?
11	Are you able to accept your bodily appearance?	Jste schopen/a přijmout svůj fyzický vzhled (to, jak vypadáte)?	Dokážete akceptovat svůj tělesný vzhled?
15	How well are you able to get around?	Jak velké potíže Vám dělá pohybovat se mimo domov?	Jak se dokážete pohybovat?
23	How satisfied are you with the conditions of your living place?	Jak spokojený/á jste se svým bydlením?	Jak jste spokojen/a s podmínkami v místě, kde žijete?
26	How often do you have negative feelings such as blue mood, despair, anxiety, depression?	Jak často jste měl/a negativní pocity jako špatná nálada, zoufalství, úzkost, deprese?	Jak často prožíváte negativní pocity, jako je např. rozmrzelost, beznaděj, úzkost nebo deprese?

**Tab. 2** Rozdíly ve vyjádření intenzity u dvou českých překladů nástroje WHOQOL-BREF (28, 31)

Č. otázky	Originál (29)	Mravčík a Lajčková, 2004 (31)	Dragomírečká a Bartoňová, 2006 (28)
3-9	Not at all A little A moderate amount Very much An extreme amount	Vůbec ne Málo Středně Velmi V obrovské míře	Vůbec ne Trochu Středně Hodně Maximálně
10-14	Not at all A little Moderately Mostly Completely	Vůbec ne Málo Přiměřeně Většinou Naprostě	Vůbec ne Spíše ne Středně Většinou ano Zcela
26	Never Seldom Quite often Very often Always	Nikdy Zřídka Celkem často Velmi často Stále	Nikdy Někdy Středně Celkem často Neustále

## OBRÁCENÁ STUPNICE

Instrument WHOQOL-BREF však skrývá ještě jednu past: otázky číslo 3, 4 a 26 mají obrácenou stupnici (obdobná situace je i u některých otázek dotazníku WHOQOL-100). Zatímco u většiny otázek je stupnice řazena tak, že 1 představuje nejhorší odpověď a 5 nejlepší (Jak moc Vás těší život? 1 – vůbec ne, 5 – maximálně), u těchto tří otázek je řazení od nejlepší k nejhorší odpovědi (Do jaké míry Vám bolest brání v tom, co potřebujete dělat? 1 – vůbec ne, 5 – maximálně).

Jednotlivé verze nástroje se s touto nástrahou vyrovnávají různým způsobem. Všechny se snaží zachovat stejnou grafickou úpravu (i to patří k požadavkům, které mají zvýšit srovnatelnost různých verzí). Anglická verze distribuovaná WHO v Ženevě (29) u těchto otázek přímo v dotazníku obrací pořadí bodování odpovědí:

Č. otázky	Anglické znění	Not at all	A little	A moderate amount	Very much	An extreme amount
4	How much do you need any medical treatment to function in your daily life?	5	4	3	2	1
5	How much do you enjoy life?	1	2	3	4	5

V závěrečné tabulce s vyhodnocením je však uveden vzorec, který tuto stupnici znovu obrací, což je chybně:  
**Domain 1:**  $a = (6 - Q_3) + (6 - Q_4) + Q_{10} + Q_{15} + Q_{16} + Q_{17} + Q_{18}$



Stejným způsobem je situace vyřešena v české verzi distribuované WHO v Ženevě (31), opět s chybným vzorcem v závěru:

Č. otázky	České znění	Vůbec ne	Málo	Středně	Velmi	V obrovské míře
4	Jak moc potřebujete nějakou léčbu, abyste fungoval/a v běžném životě?	5	4	3	2	1
5	Jak moc Vás baví život?	1	2	3	4	5

**Oblast 1:**  $a = (6 - Q3) + (6 - Q4) + Q10 + Q15 + Q16 + Q17 + Q18$

Jinak k tomuto problému přistupují zbylé dvě citované verze. Americká oficiální verze (30) ponechává stupnice u všech otázek od 1 do 5. V návodu na zpracování správně uvádí, že stupnici je třeba obrátit, ale nedává k tomu explicitní návod.

Č. otázky	Anglické znění	Not at all	A little	A moderate amount	Very much	An extreme amount
4	How much do you need any medical treatment to function in your daily life?	1	2	3	4	5
5	How much do you enjoy life?	1	2	3	4	5

Konečně český překlad Dragomirecké a Bartoňové (28) také ponechává stupnice od 1 do 5, v doprovodném textu pak explicitně radí, jak výpočet provést, včetně kódu pro statistický program SPSS.

Č. otázky	České znění	Vůbec ne	Trochu	Středně	Hodně	Maximálně
4	Jak moc potřebujete lékařskou péči, abyste mohl/a fungovat v každodenním životě?	1	2	3	4	5
5	Jak moc Vás těší život?	1	2	3	4	5

## DISKUSE A ZÁVĚRY

Dotazník WHOQOL-BREF je v českém prostředí poměrně hojně využívaný, zejména pro stanovení hodnot kvality života při různých onemocněních nebo zdravotních omezeních. Je to také oblíbený nástroj v různých bakalářských, diplomových i disertačních pracích, jak se lze přesvědčit na webových stránkách českých univerzit. Častěji je používána verze Dragomirecké a Bartoňové (28), ale ani verze Mravčíka a Lajčkové (31) nemá nulovou frekvenci. Vedle prací, kde autoři měli k dispozici celý metodický materiál, se vyskytují jiné práce, kde autoři zjevně pouze získali z internetu vlastní dotazník, ale pokyny k hodnocení se nezabývali.

Existence dvou „oficiálních“ překladů je nešťastná a může vést k chybné interpretaci provedených výzkumů. Autoři této poznámky se jednoznačně přiklánějí k verzi Dragomirecké a Bartoňové (28), v níž nenašli žádná kontroverzní místa. Autorky připravily českou lokalizaci přísně podle metodiky doporučené WHO. Při překladu dotazníku provedly dva nezávislé překlady do češtiny, jejich porovnání a posouzení bilingvními odborníky a zpětný překlad do angličtiny s cílem nalézt a opravit pojmové a významové diskrepance (28, str. 16). Škály pak konstruovaly podle stejné metodiky, jak byly konstruovány škály originálu, a konkrétní text k jednotlivým úrovním byl stanoven ve snaze získat ekvidistantní škálu, přičemž byly zohledněny cizojazyčné verze (28, str. 13 a 16). Autorky následně uvádějí své výsledky ve stanovení doménových skóre u české zdravé populace i u pacientů. Pro nástroj WHOQOL-BREF v české lokalizaci Dragomirecké a Bartoňové již bylo publikováno také několik studií popisujících zkušenosti s používáním tohoto dotazníku (32, 33).

Dotazník v české verzi (28) je v poslední době používán i na Slovensku (34, 35). Práce slovenských pracovníků přináší

další informace o využitelnosti nástroje WHOQOL-BREF; zajímavá data může přinést také srovnání naměřených hodnot mezi Českem a Slovenskem. I přes blízkost češtiny a slovenštiny by však bylo vhodné provést lokalizaci tohoto nástroje pro Slovensko. Je možné, že text některých otázek a vyjádření úrovní intenzity budou potřebovat drobnou korekci, aby byly výsledky dotazníku zcela srovnatelné.

*Autoři práce prohlašují, že v souvislosti s tématem, vznikem a publikací tohoto článku nejsou ve střetu zájmů a vznik ani publikace článku nebyly podpořeny žádnou farmaceutickou ani jinou firmou.*

## Literatura

1. Guyatt G, Feeny D, Patrick D. Measuring health-related quality of life. *Ann Intern Med* 1993; 118: 622–629.
2. Hagerty MR, Cummins RA, Ferriss AL et al. Quality of life indexes for national policy: Review and agenda for research. *Soc Indic Res* 2001; 55: 1–96.
3. Ferriss AL. The quality of life concept in sociology. *Am Sociol* 2004; 35: 37–51.
4. Diener E, Suh E. Measuring quality of life: economic, social and subjective indicators. *Soc Indic Res* 1997; 40: 189–216.
5. Šolcová I, Kebza V. Kvalita života v psychologii: Osobní pohoda (well-being), její determinanty a prediktory. In: Hnilicová H (eds.). Kvalita života. Sborník příspěvků z konference konané dne 25. 10. 2004 v Třeboni. *Institut zdravotní politiky a ekonomiky*, Kostelec nad Černými lesy, 2004: 21–32.
6. Šolcová I, Kebza V. Prediktory osobní pohody (well-being) u reprezentativního souboru české populace. *Československá psychologie* 2005; 49: 1–6.
7. Kebza V, Šolcová I. Koncept osobní pohody (well-being) a jeho psychologické a interdisciplinární souvislosti. In: Blatný M, Dosedlová J, Kebza V, Šolcová I (eds.). Psychosociální souvislosti osobní pohody. *Masarykova univerzita & Nakladatelství MSD*, Brno, 2005.
8. Gavurová B, Hyránek E. Determinanty rozvoja jednodňovej zdravotnej starostlivosti na Slovensku. *Ekonomický časopis* 2013; 61: 134–154.

- 9. Šoltés V, Gavurová B.** The functionality comparison of the health care systems by the analytical hierarchy process method. *E & M Economics and Management* 2014; 17: 100–117.
- 10. WHO.** Constitution of the World Health Organization. Basic Documents. Forty-fifth edition. Supplement. *World Health Organization*, Geneva, 2006.
- 11. Hnilicová H.** Kvalita života a její význam pro medicínu a zdravotnictví. In: Payne J a kol. Kvalita života a zdraví. *Triton*, Praha, 2005.
- 12. Potůček M a kol.** Veřejná politika. *Slon*, Praha, 2005.
- 13. Hnilicová H, Bencko V.** Kvalita života – vymezení pojmu a jeho význam pro medicínu a zdravotnictví. *Prakt Léč* 2005; 85: 656–660.
- 14. WHO.** Measuring quality of life: The World Health organization quality of life instruments (the WHOQOL-100 and the WHOQOL-BREF). *World Health Organization*, Geneva, 1997.
- 15. Sze S.** WHO: from small beginnings. Forum interview with Szeming Sze. *World Health Forum* 1988; 9: 29–34.
- 16. Barták M.** Zdraví a jeho determinanty v kontextu prevence rizikového chování. In: Miovský M a kol. Prevence rizikového chování ve školství. *Nakladatelství Lidové noviny*, Praha, 2015.
- 17. Gullone E, Cummins RA (eds.).** The universality of subjective wellbeing indicators: a multi-disciplinary and multi-national perspective. *Kluwer Academic Publishers*, Boston, 2002.
- 18. Hnilica K, Hnilicová H.** K životnímu stylu a kvalitě života astmatických pacientů I a II. In: Payne J a kol. Kvalita života a zdraví. *Triton*, Praha, 2005.
- 19. Daňková I, Dlouhý M.** Měření zdravotního stavu pomocí dotazníku EuroQoL. *Zdravotní politika a ekonomika* 2001; 18–35.
- 20. Dlouhý M, Bezoušková J, Daňková I et al.** Zdravotní aspekty kvality života starší populace s různou formou institucionalizované péče. *Zdravotní politika a ekonomika* 2001(4): 235–261.
- 21. Dlouhý M a kol.** Kvalita života a zdravotně sociální péče. *Institut zdravotní politiky a ekonomiky*, Kostelec nad Černými lesy, 2002.
- 22.** A community for measuring health outcomes using SF tools. Dostupné na: [sf-36.org](http://sf-36.org)
- 23.** EuroQoL Research Foundation. Dostupné na: <http://www.euroqol.org/>
- 24. WHO.** The World Health Organization Quality of Life (WHOQOL). Dostupné na: [http://who.int/mental\\_health/publications/whoqol/en/](http://who.int/mental_health/publications/whoqol/en/)
- 25. Szende A, Williams A (eds.).** Measuring self-reported population health: an international perspective based on EQ-5D. *EuroQoL Group*, 2004.
- 26. Kiadaliri A, Eliasson B, Gerdtham U.** Does the choice of EQ-5D tariff matter? A comparison of the Swedish EQ-5D-3L index score with UK, US, Germany and Denmark among type 2 diabetes patients. *Health and Quality of Life Outcomes* 2015; 13: 145.
- 27. Rabin R, Gudex C, Selai C, Herdman M.** From translation to version management: a history and review of methods for the cultural adaptation of the EuroQol five-dimensional questionnaire. *Value Health* 2014; 17: 70–76.
- 28. Dragomirecká E, Bartoňová J.** WHOQOL-BREF, WHOQOL-100. World Health Organization Quality of Life Assessment. Příručka pro uživatele české verze dotazníků kvality života Světové zdravotnické organizace. *Psychiatrické centrum*, Praha, 2006.W
- 29. WHO.** The World Health Organization Quality of Life (WHOQOL) – BREF. *The World Health Organization*, Geneva, 2004.
- 30.** WHOQOL-BREF. U.S. Version. *University of Washington*, Seattle, Washington, USA, 1997.
- 31.** Dotazník kvality života. The World Health Organization Quality of Life (WHOQOL) – BREF (Přeložili Viktor Mravčík a Eva Lajčková). *World Health Organization*, Geneva, 2004.
- 32. Dragomirecká E, Bartoňová J.** Dotazník kvality života Světové zdravotnické organizace WHOQOL-BREF. Psychometrické vlastnosti a první zkušenosti s českou verzí. *Psychiatrie* 2006; 10: 144–149.
- 33. Bužgová R, Hájková M, Jasičková A.** Zkušenosti s měřením kvality života dotazníkem WHOQOL-BREF u vybraných skupin pacientů. *Kontakt* 2009; 11: 246–251.
- 34. Koróny S, Ušiaková J, Gavurová B.** Meranie kvality života u pacientov po totálnej endoprotéze vo vybranom zdravotníckom zariadení na Slovensku. *Forum statisticum Slovaca* 2015; 11: 95–104.
- 35. Sadvská M.** Hodnotenie kvality života hospitalizovaných onkologických pacientov v paliatívnej starostlivosti. *Paliatívna medicína a liečba bolesti* 2012; 5: 62–66.

ADRESA PRO KORESPONDENCI:

**doc. Mgr. Vladimír Rogalewicz, Ph.D.**  
Ústav sociálního a posudkového lékařství  
LF UK v Plzni  
Alej Svobody 31, 323 18 Plzeň  
Tel.: 602 327 974  
e-mail: [vladimir@rogalewicz.cz](mailto:vladimir@rogalewicz.cz)

# Ocenění publikace v časopise s nejvyšším impakt faktorem za rok 2016

**Purkyňův nadační fond vyhlašuje druhým rokem cenu za publikaci v časopise s nejvyšším impakt faktorem (IF) publikovanou či publikaci přijatou v roce 2016.**

### Podmínky:

- Autor/autorka je členem ČLS JEP.
- Autor/autorka je narozen/a v roce 1981 nebo později.
- Nadační příspěvek může žádat pouze první nebo korespondenční autor/autorka.

Udělení ocenění je spojeno s finanční odměnou. Pro ocenění za rok 2016 je k dispozici částka **65 000 Kč**, která bude rozdělena mezi 3–5 autorů, přičemž minimální částka jednoho nadačního příspěvku bude činit 10 000 Kč. Výše finančního ocenění zohlední kvalitu a impakt faktor jednotlivých článků v kontextu celkové úrovně přihlášených prací. O počtu cen, pořadí a výši přidělené částky rozhoduje hodnotící komise.

Návrhy zasílejte nejpozději do **31. května 2017** prostřednictvím on-line formuláře na webové stránce: <http://formular.purkynuvfond.cz/cena>

Do soutěže je možné přihlásit více prací od stejného autora, v takovém případě je nutné formulář vyplnit opakovaně.

Výsledky budou zveřejněny do 30. června 2017 na webových stránkách Purkyňova nadačního fondu. Slavnostní předání ocenění proběhne v Senátu Parlamentu ČR na podzim 2017.

Na poskytnutí nadačního příspěvku není právní nárok.

Více informací: [www.purkynuvfond.cz/realizujeme/oceneni-publikace-v-casopisu-s-nejvyssim-impakt-faktorem-za-rok-2016](http://www.purkynuvfond.cz/realizujeme/oceneni-publikace-v-casopisu-s-nejvyssim-impakt-faktorem-za-rok-2016)

# Role České lékařské společnosti JEP a praktických lékařů ve zvyšování zdravotní gramotnosti

<sup>1</sup>Petr Struk, <sup>2</sup>Bohumil Seifert, <sup>3</sup>Alena Šteflová, <sup>1</sup>Zdeněk Kučera

<sup>1</sup>Ústav pro zdravotní gramotnost, z. ú.

<sup>2</sup>Ústav všeobecného lékařství I. LF UK

<sup>3</sup>Kancelář WHO v ČR

Čas. Léč. čes. 2017; 156: 93–95

V programu WHO „Zdraví 2020“ je zdravotní gramotnost vnímána jako nástroj zvyšování odpovědnosti za vlastní zdraví v průběhu celého životního cyklu. Proto i v české verzi programu „Zdraví 2020“ – v „Národní strategii ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí“ – představuje zdravotní gramotnost jedno z hlavních průřezových témat, jež pronikají všemi obsahovými oblastmi zdravotní péče, prevence a podpory zdraví. V těchto intencích působí také Pracovní skupina pro zdravotní gramotnost, která připravila „Akční plán zvyšování zdravotní gramotnosti“ přijatý vládou již v roce 2015. Hlavní organizátor 1. národní konference o zdravotní gramotnosti, Ústav pro zdravotní gramotnost, z. ú., vznikl právě z iniciativy této pracovní skupiny.

## 1. NÁRODNÍ KONFERENCE O ZDRAVOTNÍ GRAMOTNOSTI

Zdravotní gramotnost má rozhodující význam pro kvalitu, bezpečnost i nákladovou efektivitu péče o zdraví; zvýšení zdravotní gramotnosti může vést ke snížení spotřeby zdravotní péče a zdravotnických nákladů až o 5 %; úroveň zdravotní gramotnosti obyvatel ČR zaostává za průměrem zemí EU; zdravotníci, především praktičtí lékaři, mohou sehrát klíčovou roli při zvyšování zdravotní gramotnosti v České republice. To jsou jen některé z myšlenek, jež zazněly na 1. národní konferenci o zdravotní gramotnosti, kterou pořádal Ústav pro zdravotní gramotnost (ÚZG) ve spolupráci s Kanceláří WHO v České republice pod záštitou předsedy Zdravotního výboru PS PČR prof. MUDr. Rostislava Vyzuly, CSc., a ministra zdravotnictví ČR JUDr. Ing. Miloslava Ludvíka.

Konference se konala 25. ledna 2017 v prostorách ČSVTS v Praze 1. Na konferenci vystoupili náměstek ministra zdravotnictví prof. MUDr. Roman Prymula, CSc., Ph.D., předseda České lékařské společnosti JEP prof. MUDr. Štěpán Svačina, DrSc., vedoucí Centra pro sociální a ekonomické strategie FSV UK prof. PhDr. Martin Potůček, CSc., MSc., prezident České lékařské komory MUDr. Milan Kubek, ředitel Institutu postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví MUDr. Antonín Malina, ředitelka Státního zdravotního ústavu Ing. Jitka Sosnovcová, předseda Společnosti všeobecného lékařství ČLS JEP doc. MUDr. Svatopluk Býma, CSc., a řada představitelů dalších zdravotnických i nezdravotnických institucí a organizací.

## DEFINICE ZDRAVOTNÍ GRAMOTNOSTI

„Zdravotní gramotnost je spojena s gramotností a označuje znalosti lidí, jejich motivace a kompetence získat, porozumět, vyhodnotit a aplikovat zdravotně relevantní informace tak, aby byli v každodenním životě schopni posoudit a rozhodovat se, pokud jde o zdravotní péči, prevenci nemocí a podporu zdraví v zájmu udržení či zlepšení kvality života v průběhu životního cyklu.“ Tuto definici přinesla publikace WHO „Health Literacy. Solid Facts“. Klíčovou pro zdravotní gramotnost je tedy schopnost orientovat se v záplavě často si vzájemně protiřečících informací, návodů a doporučení, jimiž je především mediální prostor každodenně zaplaven, posoudit kredibilitu informačních zdrojů a adekvátně se rozhodovat.

## ÚROVEŇ ČESKÉ ZDRAVOTNÍ GRAMOTNOSTI

Počátkem roku 2015 se Česká republika připojila k mezinárodnímu srovnávacímu výzkumu úrovně zdravotní gramotnosti v zemích Evropské unie. Česká republika zaujala předposlední místo, horší výsledky vykazovalo pouze Bulharsko. Omezenou úroveň zdravotní gramotnosti vykazuje téměř 60 % respondentů v České republice, zatímco v osmi zbývajících zemích EU to bylo pouze 47 %. Snížená úroveň zdravotní gramotnosti souvisí se zhoršeným pocitem zdraví, častějšími návštěvami lékaře, vyšším BMI a nižší úrovní pohybových aktivit. (O komplexním modelu zdravotní gramotnosti a na něm založeném šetření bylo již na stránkách ČLČ podrobně referováno: Kučera Z, Pelikán J, Šteflová A. Zdravotní gramotnost obyvatel ČR – výsledky komparativního reprezentativního šetření. Čas lék čes 2016; 155: 233–241.)

## SPOLEČENSKÝ ROZMĚR ZDRAVOTNÍ GRAMOTNOSTI

Zdravotní gramotnost má rovněž společenský rozměr, který se projevuje hodnotami, jimiž společnost dává přednost, a to ve veřejné správě, v jednotlivých institucích, organizacích a v neposlední řadě i ve zdravotnictví. Na konferenci zazněly příspěvky, které podaly přehled o aktivitách zaměřených na zvyšování úrovně zdravotní gramotnosti v rámci komunitních projektů, projektů podpory zdraví a zdravotní výchovy, a to i v resortu školství, a bylo též poukázáno na

zásadní roli médií a možnosti veřejných knihoven. Pozornost byla věnována rovněž důležité roli České lékařské společnosti JEP a lékařů obecně.

### PROSTOR PRO ZVYŠOVÁNÍ ZDRAVOTNÍ GRAMOTNOSTI

Profesor Svačina konstatoval až tragickou úroveň zdravotní gramotnosti v ČR, jež byla opakovaně výzkumně prokázána.

Za úroveň zdravotní gramotnosti obecně nejvíce odpovídají školy a služby preventivního zdravotnictví. Školství však v této oblasti neplní své základní poslání. Výuka se často soustřeďuje na podružné biologické informace, v budoucím životě žáka nepotřebné, a naopak se neučí o základních zdravotních problémech, jež se v budoucnosti mohou osobně týkat každého z nás, jako jsou infarkt myokardu či diabetes. Přestože je v současnosti ve školních osnovách pro zdravotní témata dostatečná hodinová dotace, výuka má často pochybnou úroveň a například učebnice ani nejsou kvalitně recenzovány.

### VÝZNAM MÉDIÍ

Významná je úloha médií. ČLS JEP má velmi dobrou, soustavnou spolupráci s Českým rozhlasem. Naopak problémy jsou ve spolupráci s Českou televizí. ČT nebere ohled na to, že ve zdravotnictví se jedná o odlišnou problematiku, než jakou televize zpravidla pokrývá. Ve zdravotnictví existuje vědecká pravda a není možné diskutovat se zastánci nepodložených alternativních přístupů. S nadějí na změnu očekáváme zákon o Radě ČT, který má zajistit, v souladu s trendem ve vyspělých zemích dostatečnou úroveň vlivu lékařské obce na zdravotní tematiku v programu ČT.

Zkušenosti ČLS JEP s novinami a časopisy jsou nejednoznačné. Vedle zasvěcených článků a seriálů se objevují zcela pochybné inzeráty, informace a bludy.

### AKTIVITY ČLS JEP

Česká lékařská společnost JEP organizuje tiskové konference k aktuálním tématům – v poslední době např. očkování či epidemie legionářské nemoci. Účast novinářů bývá dobrá a vcelku se daří vyvracet fámy a mýty. V lékárnách byla realizována rozsáhlá anketa mezi klienty. Bylo sebráno na 40 tisíc dotazníků a respondenti byli rozděleni podle vydávaných léků. Bylo např. zjištěno, že životní styl diabetiků a nediabetiků se neliší, což rozhodně není známkou efektivní edukace.

ČLS JEP má zvyšování zdravotní gramotnosti ve statutu již dlouhou dobu, ale jednotlivé odborné společnosti se této problematice příliš intenzivně nevěnují. Jen některé mají webové stránky pro občany, prostor pro zvyšování zdravotní gramotnosti je tak otevřen. Je nutné více spolupracovat s resortem školství. Česká lékařská společnost JEP se proto hodlá v příštím období zabývat tématem zdravotní gramotnosti intenzivněji a systematicky. Vítá a podporuje Ústav pro zdravotní gramotnost a připravuje i zřízení Pracovní skupiny pro zdravotní gramotnost ČLS JEP.

### ÚLOHA PRAKTICKÝCH LÉKAŘŮ A PRIMÁRNÍ PÉČE

Docent Býma ve svém vystoupení zdůraznil, že role praktických lékařů ve zvyšování zdravotní gramotnosti ob-

čanů vyplývá z jejich postavení v systému zdravotní péče; jejich klíčová role je podporovaná rovněž politikou WHO zakotvenou v programu „Zdraví 2020“. Rozvíjení a posilování infrastruktury primární péče představuje efektivní investici do zdraví. Výzkumy prováděné nezávislou agenturou (Seifert et al. Praktický lékař, 2015) potvrdily vysokou úroveň důvěry (94 %) obyvatelstva ČR vůči všeobecným praktickým lékařům. Praktičtí lékaři tak mají mimořádnou příležitost na populaci působit a navázat na základy působení vzdělávacích institucí od mateřských až po vysoké školy.

K zásadní roli praktických lékařů při zvyšování zdravotní gramotnosti se na konferenci přihlásili docent Seifert a MUDr. Markéta Pfeiferová z Ústavu všeobecného lékařství I. LF UK. Upozornili na zcela konkrétní souvislosti zdravotní gramotnosti a primární péče. Praktický lékař má k občanovi nejbližší, představuje pro něj první kontakt se zdravotnictvím a vytváří si s ním dlouhodobý vztah. Kvalita zdravotní péče poskytované na této úrovni záleží na interakci praktického lékaře a pacienta. Ovlivňují ji na straně lékaře podmínky, za nichž péči poskytuje, jeho kompetence a postoje, na straně pacienta pak jeho zdravotní gramotnost, postoje a preference.

Zdravotní péče by měla být pacientovi poskytována s ohledem na úroveň jeho zdravotní gramotnosti. Zdravotní gramotnost pacienta z perspektivy praktického lékaře zahrnuje aspekty organizační (porozumění systému zdravotní péče, orientace v něm, pochopení role praktického lékaře, registrace, organizace prevencí, pochopení objednávacího systému atd.), aspekty hygienicko-epidemiologické (zásady primární a sekundární prevence, vnímání a význam ovlivnění rizikových faktorů) a klinické (schopnost porozumět nemoci a přijmout lékařská doporučení, *compliance*, schopnost tříbit veřejně dostupné informace).

Z výzkumu mezi praktickými lékaři vyplývá, že pro dvě třetiny pacientů je obtížné vyhodnotit, zda je určitá informace o zdravotních rizicích hodnověrná, či nikoliv. Nižší úroveň zdravotní gramotnosti vede k častějším návštěvám lékaře (jejich frekvence v Česku patří k nejvyšším na světě) a v konečném důsledku k devastaci celého systému zdravotní péče. Jednou z cest, které jsou pro praktické lékaře navrhovány, je systematický koučink občanů, resp. pacientů směrem k maximalizaci jejich individuálního potenciálu ve starosti o vlastní zdraví.

Praktičtí lékaři jsou pro pacienty zárukou kvality a bezpečí. V zemích, kde funguje striktním *gate-keeping*, jako např. v Nizozemsku, je praktický lékař vnímán jakožto ochránce občana před samotným zdravotnictvím. Se svou nabídkou specializované péče jde medicína na hranice etiky. Doporučené postupy snižují prahy pro pozitivitu výsledků, intervence se posouvají k bezpříznakovým pacientům. Volnost pohybu pacienta v systému přináší rizika – např. v závažných interakcích léčiv či zbytečně a opakovaně prováděných výkonech. *Overdiagnosis* a *overtreatment* jsou velká témata současné medicíny.

Předjímaná nižší zdravotní gramotnost pacientů u nás utvrzuje zdravotníky v paternalistických přístupech; výsledkem je pak nedostatečně balancovaná informace z hlediska posouzení poměru přínos/riziko. Informovaný souhlas pacienta je vnímán jako zbytečná administrativní zátěž. Imperativem, a to nejen pro praktické lékaře, je poskytování citlivé, komplexní a individualizované péče s ohledem na zdravotní gramotnost pacientů, ale zároveň podíl na zvyšování zdravotní gramotnosti pacientů. Pacient nemůže

dosáhnout svého plného zdravotního potenciálu, pokud nebude schopen převzít zodpovědnost za své zdraví.

## ZÁVĚREM

1. národní konference pro zdravotní gramotnost se ovšem zabývala i jinými tématy, než je úloha praktických lékařů a primární péče. Na konferenci zazněly příspěvky poukazující na existující komunitní programy, programy podpory zdraví a zdravotní výchovy, začlenění výchovy ke zdravotní gramotnosti do školních osnov apod. Plánujeme, že se jim budeme spolu s dalšími kolegy věnovat v návazných sděleních.

Účastníci konference obdrželi situační dokument, který připravil Ústav pro zdravotní gramotnost. Dokument mapuje aktuální stav zdravotní gramotnosti a snahy o jeho zlepšení

v důležitých rozvojových oblastech. Na závěr konference vyzvali organizátoři k založení Aliance pro zdravotní gramotnost, s jejímž statutem se Ústav pro zdravotní gramotnost v krátké době obrátí na nejdůležitější aktéry usilující o zlepšení neutěšeného stavu.

Další informace naleznete na webových stránkách Ústavu pro zdravotní gramotnost: [www.uzg.cz](http://www.uzg.cz)

ADRESA PRO KORESPONDENCI:

**MUDr. Mgr. Petr Struk**

Ústav pro zdravotní gramotnost, z.ú.  
Sokolská 490/31, 120 00 Praha 2  
e-mail: [info@uzg.cz](mailto:info@uzg.cz)

## RECENZE

# Kontroverze současné medicíny

Ptáček R., Bartůněk P. (eds.): Mladá fronta, Praha, 2016, 325 stran, ISBN 978-80-204-4360-01.



Jako každý rok i v prosinci 2016 uspořádala Česká lékařská komora monotematickou konferenci, tentokrát na téma „Kontroverze současné medicíny“. A právě na ní byla představena kniha stejného názvu. Editoři Radek Ptáček a Petr Bartůněk uspořádali texty jednotlivých autorů do 4 problémových okruhů.

První obsahuje příspěvky „Kontroverze – trvalá součást našich životů“ (H. Haškovcová), „Medicína plná rozpo-

rů“ (J. Žaloudík), „Kontroverze v historii medicíny“ (M. Munzarová), „Kontroverze pohledem právníka“ (J. Mach), „Evidence based medicine: centrální kontroverze současné medicíny“ (R. Ptáček) a „Kontroverzní představa jedince“ (M. Vácha).

Druhý a obsáhlý okruh nazvaný *Kontroverze v diskuzi* byl koncipován na principu „pro“ a „proti“. Byla vybrána témata domácí porody (Z. Candigliota vs. A. Pařízek a M. Čihař), surrogátní mateřství (D. Rumpík, A. Opatrný, D. Mlynářová), čínská medicína a léčitelství (R. Prymula vs. Š. Svačina a J. Mach), povinné očkování (R. Chlábek vs. L. Eleková), homeopatie (L. Ludvíková vs. P. Klener) a další. Předloženy byly věcné argumenty i etické konotace. Milovníky vína potěší příspěvek o pozitivním vlivu umírněného pití alkoholu (M. Miovský).

Třetí okruh tematizuje oborové kontroverze, konkrétně v chirurgii (P. Pafko), primární péči (S. Býma), onkogyne-

kologii (L. Rob a kol.), psychiatrii (J. Vevera), sexuologii (J. Zvěřina), asistované reprodukci (T. Mardešič), gerontopsychiatrii (Z. Kalvach) a lékařské posudkové činnosti (L. Čeledová, R. Čevela).

Příspěvky čtvrtého okruhu jsou zaměřeny na povinnou mlčenlivost (H. Haškovcová, J. Mach), placebo jako opomíjenou součást léčby (R. Honzák), komunikaci „digi-generace“ a s „digi-generací“ (H. Haškovcová), léčbu betablokatory (J. Hradec), eutanazii (P. Klener), přítomnost robotů, umělé inteligence a aplikaci genetické diagnostiky (P. Hamet), stařeckou demenci (P. Kalvach), přenos buněčných jader u lidí (H. Fulková), klonování (J. Mach), péči o umírající (M. Loučka), psychedeliku, resp. halucinogeny (T. Páleníček), ošetřování muslimského pacienta (M. Hájek), právní úpravu genetických vyšetření (D. Záleská) a legislativní limity používání kmenových buněk (D. Mlynářová).

Předpokládám, že čtenáře, stejně jako účastníky konference, nejvíce zaujme kapitola „Kontroverze v diskuzi“. Pro úplnost je třeba dodat, že po vyhlášení tématu kontroverze vznikla doslova „kontroverzní bouře“. Někteří lékaři, a nebylo jich málo, kritizovali prostřednictvím telefonátů a elektronické pošty vedení České lékařské komory za to, že chce umožnit prezentaci názorů odpůrců povinného očkování či příznivců domácích porodů, čínské medicíny nebo surrogátního mateřství atd., což považují za nevhodné a snižující odbornou prestiž ČLK. Jiní lékaři naopak takové rozhodnutí vítali a dostavili se na konferenci v hojném počtu. Ukázalo se, že tato kontroverzní témata jsou nejen nosná, ale také pro všechny přínosná a že diskuzi o nich lze zvládnout důstojně, i když někdy s obtížně skrývanými emocemi. Pro značný ohlas se připravuje na 20. května 2017 zkrácená verze konference. Pokud se jí někdo nebude moci zúčastnit, má k dispozici i tuto knihu, ve které si vybere třeba takové kontroverzní téma, které mu je odborně nejbližší.

**Helena Haškovcová**

# Prof. MUDr. Antonín Heveroch (1869–1927)

Karel Černý

Ústav dějin lékařství a cizích jazyků 1. LF UK

Čas. Lék. čes. 2016; 155: 96–98



Prof. Antonín Heveroch  
(foto: archiv ÚDLČJ)

První desetiletí psychiatrie po rozdělení Univerzity Karlovy na českou a německou část v letech 1882–1883 jsou spojena se třemi profesory: Benjaminskem Čumpelíkem (1854–1909), Karlem Kuffnerem (1858–1940) a Antonínem Heverochem (1869–1927). Poslední jmenovaný byl patrně odborně nejvýznamnější osobností, ačkoli se dočkal řádné profesury teprve několik let před smrtí.

Ještě během tohoto období jej profesor Kuffner habilitoval z psychiatrie a neuropatologie, a v roce 1906 dosáhl Heveroch dokonce mimořádné profesury v této oblasti. To však již nepracoval v ústavu, ale vedl vlastní neurologickou ambulanci na poliklinice a také pracoval na interní klinice prof. Emericha Maixnera (1847–1920).

## VRCHOL PROFESNÍ DRÁHY

V době první světové války byl Heveroch v armádě a zpracoval několik případů, s nimiž se setkal na ruské frontě (1). Po vzniku samostatného Československa se stal roku 1919 vrchním ředitelem pražského ústavu pro choromyslné. Záhy byl také jmenován řádným profesorem psychiatrie a neuropatologie a od roku 1924 měl samostatnou stolicí psychiatrie. Bohužel mu nebylo dáno užívat této nové pozice dlouho, neboť již 2. března 1927 zemřel (2, 3). Čeští lékaři mu prokázali svoji úctu smutečním setkáním Spolku českých lékařů, nad Heverochovým hrobem tehdy promluvil slavný český internista Josef Pelnář (1872–1964). Svůj majetek Heveroch odkázal Akademii věd a umění.

## TERMINOLOGICKÝ I STRUKTURÁLNÍ POŘÁDEK

Heverochova publikační činnost začíná v roce 1895 článkem nazvaným „Vzácnější případy tabes dorsalis“, publikovaným v Časopisu lékařů českých, a celkově čítá 119 položek. Kompletní bibliografii najde zájemce na s. 474–476 ročníku 1927 tohoto časopisu. Jak už bylo v té době zvykem, zahrnovala práce z oboru psychiatrie i neurologie. Profesor Otakar Janota se o konci 19. století vyjádřil v tom smyslu, že v té době byla česká psychiatrie „v počátcích majíc nevelkou literaturu a tradici“ (4). Heverochovu roli pak charakterizoval takto: „Heveroch se vrhl s plnou vervou do tohoto mladého ruchu a vida, že ještě mnoho otázek doléhá na mladého českého psychiatra, které žádají o české zpracování, zabíral ve své práci ze široka a četné problémy a jich řešení první vsazoval na českou půdu.“ (4). Charakteristickým rysem jeho produkce byla potřeba vnášet do textů terminologický i strukturální pořádek.

## PŘÍPADY Z ULICE

Antonín Heveroch se narodil 29. ledna 1869 v Minicích u Slaného v rodině venkovského učitele. Medicínu absolvoval až po rozdělení univerzity v roce 1894 na české fakultě a zpočátku se krátce uchytil na poliklinice prof. Josefa Thomayera (1853–1927), kde se také poprvé projevil jeho zájem o psychiatrii a neurologii, což v té době byly obory ještě chápané jako blízké příbuzné. Heveroch šel tak daleko, že vyhledával zajímavé neurologické případy přímo na ulici a vodil je k rozboru Thomayerovi na polikliniku. Jak to vypadalo v praxi, líčí sám Heveroch: „...loni při jízdě v tramwayovém voze upoutal mou pozornost dělník jeden tím, že těžko peníze na lístek z tobošky vybírá, těžko tobošku zapíná; nápadno mi bylo hned vklesnutí spatii interossei a hlavně vklesnutí prostoru mezi palcem a ukazovákem na obou jeho upracovaných rukou. Nápadnost této atrofie a nemožnost ustaviti na bezpečné diagnóze (atrofie svalová, neuritis, syringomyelie) při této inspekci popouzela moji zvědavost, až jsme spolu navázali hovor.“ (1) Thomayer si tohoto přístupu sice velice cenil, ale nemohl mu nabídnout místo, protože měl v té době sám pouze jednu asistentickou pozici, do které právě nastoupil pozdější slavný profesor Syllaba (1).

## MEZI PSYCHIATRIÍ, NEUROLOGIÍ A INTERNOU

Díky svému odbornému zaměření však Heveroch dva roky po absolvování získal místo na české psychiatrické klinice, kterou již v té době vedl Čumpelíkův nástupce Karel Kuffner. Po nedlouhé praxi odtud odešel v roce 1897 coby sekundární lékař do pražského ústavu pro choromyslné. V rámci svého působení v tomto ústavu absolvoval také studijní pobyt v Paříži.

## PRÁCE PRŮBOJNÁ MIMO ZDI ÚSTAVŮ

Šíře autorova zájmu je patrná ze skutečnosti, že mezi první texty patří také například drobný spis „O psychologii davu“ (1898), který reagoval na dobové sociální otřesy, a vedle toho tu nacházíme pojednání o morfologické skladbě krve při psychózách. Dále napsal knihu „O podivínech a lidech nápadných“ z roku 1901, kterou Eugen Vencovský definuje jako průbojnou práci ve smyslu rozšiřování pole psychiatrie

i mimo samotné „zdi ústavů pro choromyslné“. Heveroch zde chápal podiviny jako „devianty“ v sociologickém pojetí (3).

Patrně nejvýznamnějším dílem byla „Diagnostika chorob duševních pro mediky a praktické lékaře“ z roku 1904. Jeden z četných meziválečných ruských emigrantů, působící jako docent psychiatrie v Čechách, Nikolaj Jevgrafovič Osipov (1877–1934), se o ní při příležitosti Heverochova úmrtí vyjádřil mimořádně pochvalně jako o velmi originální práci, zakládající se na organickém chápání přírody a v tomto smyslu navazující na purkyňovskou tradici (5). Heveroch prosazoval v diagnostice pořadí a) studium individua, b) typu a c) symptomů.

## VÝZKUM ZMATENOSTI A BLUDŮ

Při rozbořech psychiatrických teorií 19. století byl většinou následovníkem Kraepelinova pojetí (německý psychiatr Emil Kraepelin, 1856–1926), i když se s ním rozcházel v názoru na paranoidní stavy či *dementia praecox*. Tyto diskuze se vztahují k Heverochovu výzkumu na téma zmatenosti, k níž vytvořil (opíraje se o Kraepelinovu *dementia juvenilis* a *senilis*) zvláštní kategorii *dementia matura aetatis* (středního či zralého věku). V rámci tohoto výzkumu také odmítl některé názory dalších tehdy často citovaných autorů, např. Paula Eugena Bleulera (1857–1839) o schizofrenii a Ernsta Kretschmera (1888–1964) o problému vztahů schizofrenie a maniodepresivní psychózy.

Dalším dominantním tématem raného Heverochova výzkumu byly bludy: „ta nezlomná přesvědčenost majestátů i stíhanců“ (4). Uvědomil si, že je nelze vykládat jako důsledek úbytku inteligence a zkoumal je ve vztahu k afektivní složce či asociální a apercepční psychologii. Z tohoto zájmu pak vyplynulo studium řady příbuzných témat – halucinací, psychastenie, obsese, podvržených myšlenek, vztahovačnosti, ovládacích myšlenek, psychopatologických souvislostí paranoidních stavů, psychologie intuice, podstaty spánku, ale také otázek uvědomování jsoucna.

Tyto práce se točily kolem konceptu jáství (používal jej již Kuffner), jež podle Heverocha při duševních chorobách různým způsobem trpělo. Kupříkladu psychastenie byla typická jeho hypofunkcí.

## NA HRANICÍCH FILOZOFIE

Jak předchozí řádky dokládají, Heveroch zde zacházel až na hranice filozofie, protože jáství podle něj hrálo svoji roli při uvědomování si jsoucna. Kritizoval při tom známé Descartovo *cogito ergo sum*, neboť poukázal na nemocné, kteří sice myslí, ale proces myšlení jim není průkazem jsoucna, protože bytí své i okolního světa v důsledku choroby popírají.

Filozoficky byl Heveroch zastáncem idealistického pojetí, především vitalismu, a naopak vystupoval proti mechanismu a materialismu v psychiatrii a psychologii. Také odmítal psychoanalýzu jako nedostatečně vědecký směr s vágními závěry.

Dalším parafilozofickým tématem byla otázka pravdy, při jejímž rozboru ukázal na potíže plynoucí ze subjektivní přesvědčenosti a řešil toto dilema rozlišováním mezi pojmy „správnost“ a „pravda“. První kategorie představovala shodu myšlení se skutečností a druhá vyplývala z přesvědčení subjektu o správnosti úsudku. Každá pravda, tedy i ta tzv. objektivní, měla mít podle Heverocha základní subjektivní rys. Domnívám se, že se zde zajímavým způsobem předjímají témata později diskutovaná v evropské filozofii v rámci tzv. lingvistického obratu v polovině 20. století.

## ŠIROKÉ MANTINELY NORMÁLNOSTI

Mezi jiné Heverochovy výzkumy patřilo studium mráкотných stavů, autismu či forenzní psychiatrie. Z posledně jmenované oblasti publikoval řadu kazuistik.

Přednášel a psal též o duševních poruchách u dětí, přičemž o těchto otázkách publikoval i v nelékařském tisku zejména pro potřeby pedagogů. Podle Otakara Janoty, z něhož cituji většinu předchozích hodnotících soudů o Heverochově psychiatrickém díle, pro něj bylo typické, že vymezoval normálnosti ve společnosti poměrně široké mantinely a dále že dokázal své závěry jasně a srozumitelně vysvětlit i laické veřejnosti (4).

## NA KŘÍŽOVATCE OBORŮ A ŠKOL

Vzhledem k úzké příbuznosti oborů se věnoval i neurologii, což je patrné z jeho podílu na zřízení ústavu pro epileptiky Valentinum (3, 4). K tomu je potřeba poznamenat, že v Čechách se psychiatrie a neurologie poněkud rozcházejí až ve 20. století, a to především díky postavě profesora Ladislava Haškovce (1866–1944), který prošel v Paříži školou Jean-Martina Charcota (1825–1893), zatímco psychiatrii se shromažďovali kolem Kuffnera, Heverocha a později Zdeňka Myslivečka (1881–1974), jak o tom ostatně na různých místech svých vzpomínek podává svědectví jeho slavný nástupce Vladimír Vondráček (1895–1978) (6–8). Důležitou platformou byl také vznik časopisu *Revue v neurologii a psychiatrii* (1904) a následně také druhé české odborné lékařské společnosti, Purkyňovy společnosti pro studium duše a nervstva (1919).

K dokreslení pražské vysokoškolské psychiatrie samozřejmě nemůžeme zapomenout ani na skutečnost, že zde vedle české školy, která se zejména v první fázi zaměřovala hlavně na budování národní psychiatrie, existovala také klinika německé lékařské fakulty, kde působil zejména světově proslulý profesor Arnold Pick (1851–1924) a dále například profesor Oscar Fischer (1876–1942), jenž se významně podílel na identifikaci a popisu Alzheimerovy choroby (9, 10). Ačkoli se česká a německá lékařská věda v Praze v době Rakousko-Uherska i první republiky většinou míjely, vystoupení profesora německé psychiatrické kliniky Otto Pötzla na smutečním setkání Spolku lékařů českých po Heverochově smrti v roce 1927 naznačuje, že Heveroch dohlédl i přes nacionální hranice (11, 12).

Jak připomíná Pelnář, Heveroch se ve svém bádání nevyhýbal ani neurologickým tématům, jako například studiu afázie, dysartrie a dysgrafie. Zde byly nejdůležitější zřejmě jeho poznámky k obratu v této problematice vyvolanému v letech 1908–1909 francouzským neurologem Pierreem Mariem (1853–1940). Své závěry úspěšně přednášel na londýnském kongresu v roce 1913.

## ČLOVĚK PLATNÝ LIDSKÉ SPOLEČNOSTI

Antonín Heveroch se považoval především za žáka Josefa Thomayera a vedle toho si ještě mimořádně vážil patologa Jaroslava Hlavy (1855–1924) a fyziologa Františka Mareše (1857–1942). Mezi Heverochovy žáky lze zařadit profesora Otakara Janotu (1898–1969), již zmíněného Vladimíra Vondráčka a také předčasně zemřelou asistentku II. psychiatrické kliniky Marii Špringlovou-Seyfarthovou (1900–1935), která v roce 1927 podrobně popsala také Heverochovo terminální onemocnění (2, 3, 13).

Vencovský ve zde často citované shrnující stati hovoří o tom, že Heveroch byl představitelem pokrokového postoje k psychiatrii s důrazem na roli jedince v rámci širšího prostředí (3). Cílem jeho léčby nebyl jen člověk vyrovnaný a spokojený, ale také člověk platný lidské společnosti. V této souvislosti literatura často cituje jeho práci sugestivně nazvanou „O hýčkání slabochů“, jež vyšla v tomto časopise v roce 1916. Méně již se ví, že tato práce vznikla v souvislosti s válečným stavem Rakousko-Uherska (14).

Heveroch byl místopředsedou Spolku českých lékařů a od roku 1904 místopředsedou a později (1911) předsedou Lékařské komory pro Čechy. Dále předsedou Sboru pro postavení Lékařského domu a spolu s profesorem Jaroslavem Hlavou působil ve společnosti Národního divadla. Byl také členem Spolku mediků českých, Československé akademie věd a umění, Masarykovy akademie práce a byl čestným členem Spolku pro péči o slabomyslné. V zahraničí náležel do řad Spolku psychiatrického v Petrohradě, Spolku pro psychiatrii a neurologii ve Vídni, *Société de Neurologie de Paris*, Estonské neurologické společnosti a *Comité International d'Hygiène Mentale*. Za svou činnost byl vyznamenán Řádem železné koruny III. třídy.

### Literatura

1. **Pelnář J.** Profesor Heveroch – vědec a člověk. *Čas lék čes* 1927; 66: 456–459.

2. **Hlaváčková L, Svobodný P (eds.)**. Biografický slovník pražské lékařské fakulty 1348–1939, díl I–II. *Karolinum*, Praha, 1988, 1993.

3. **Vencovský E.** Sto let české psychiatrické kliniky v Praze 1886–1986. *Univerzita Karlova*, Praha, 1987: 92–96.

4. **Janota O.** Heveroch psychiatr. *Čas lék čes* 1927; 66: 450–454.

5. **Osipov NJ.** Heverochova diagnostika. *Čas lék čes* 1927; 66: 454–455.

6. **Vondráček V.** Lékař vzpomíná. *Avicenum*, Praha, 1973.

7. **Vondráček V.** Lékař dále vzpomíná. *Avicenum*, Praha, 1977.

8. **Vondráček V.** Konec vzpomínání. *Avicenum*, Praha, 1988.

9. **Hlaváčková L, Svobodný P.** Biographisches Lexikon der deutschen medizinischen Fakultät in Prag 1883–1945. *Karolinum*, Praha, 1998: 67157.

10. **Kertesz A, Kalvach P.** Arnold Pick and German Neuropsychiatry in Prague. *Arch Neurol* 1996; 53(9): 935–938.

11. **Pötl O.** Osobní vzpomínky na profesora Heverocha. *Čas lék čes* 1927; 66: 454.

12. **Jones GRN.** Alzheimer pandemic: is paracetamol to blame? *Inflamm Allergy Drug Targets* 2014; 13(1): 2–14.

13. **Špringlová M.** Profesor Heveroch v nemoci. *Čas lék čes* 1927; 66: 466–471.

14. **Heveroch A.** O hýčkání slabochů. *Čas lék čes* 1916; 55: 293–299, 348–351, 380–384.

ADRESA PRO KORESPONDENCI:

**doc. Mgr. Karel Černý, Ph.D.**

Ústav dějin lékařství a cizích jazyků 1. LF UK

U Nemocnice 4, 121 08 Praha 2

Tel.: 224 965 621

e-mail: karel.cerny@lf1.cuni.cz

## Jubilující prof. MUDr. Jan Švihovec, DrSc.

U příležitosti 80. narozenin byla na shromáždění v pražském Karolinu dne 4. května 2017 udělena prof. MUDr. Janu Švihovcovi, DrSc., zlatá medaile ČLS JEP. Bylo zdůrazněno, jak významně se profesor Švihovec zasloužil o rozvoj farma-

kologie a demokratické nastavení principů regulací v lékové politice po roce 1989. V ČLS JEP působí prof. Švihovec jako člen předsednictva, předseda komise pro lékovou politiku a kategorizaci léčiv a garant spolupráce se SÚKL.



foto: Daniel Horák



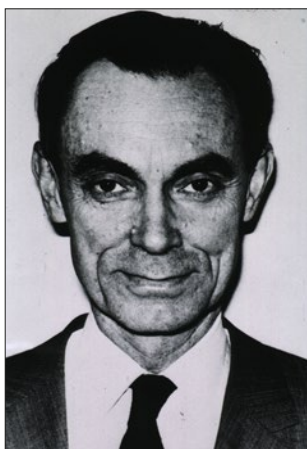
# Sune Bergström (1916–2004)

Pavel Čech

Kabinet dějin lékařství 3. LF UK

Čas. Léč. čes. 2016; 155: 99–101

V roce 1982 získali Nobelovu cenu za fyziologii nebo lékařství švédští biochemici Sune Bergström a Bengt Samuelsson z královského Karolinského institutu ve Stockholmu a britský biochemik a farmakolog John Vane z výzkumných laboratoří Wellcome v anglickém Beckenhamu (1).



Sune (1), plným jménem Karl Sune Detlof Bergström, narozený 10. ledna 1916 na stockholmském ostrově Kungsholmen (2), byl teprve 3letý, když na španělskou chřipku za pandemie roku 1919 zemřel ve věku nedožitých 30 let (3) jeho otec, městský hydrograf Sverker Bergström (1889–1919). Vdova Wera Bergströmová (4) potom jako učitelka sama živila a vychovala tři děti, z nichž Barbro se stala knihovnicí, pohrobek Folke učitelem a Sune ba-

datelem, jehož světové slávy se však matce (1889–1978) nebylo dopřáno dožít (2, 3).

Chlapec pilující matematiku v přípravě na Technologický institut změnil volbu svého oboru, když střední školu dokončil s půlročním předstihem, do podzimu bylo daleko a on si uvědomil, že by mohl začít hned na lékařské fakultě stockholmského Karolinského institutu, jejíž znamenitou pověst založil důraz na vědu v lékařském kurikulu už v časech, kdy přednášky otce moderní chemie Jönse Jacoba Berzelia (1779–1848) navštěvovala i královská rodina.

## LÉKAŘSKÁ CHEMIE – LÁSKA NA PRVNÍ POHLED

Právě v chemii se tu vědeckému výzkumu dařilo a jistě nikoli náhodou nadchl roku 1933 studenta 1. ročníku Bergströma pro svůj obor právě docent lékařské chemie, Fin Erik Jorpes (1894–1973). U tohoto průkopníka krevní transfuze v klinické praxi (3), jenž se víc než kdo jiný zasloužil o purifikaci heparinu i jeho léčebné využití (1), se Sune Bergström zapojil v Ústavu lékařské chemie Karolinského institutu do výzkumu heparinu hned v roce 1934 (Ueber die Wirkungsgruppe des Heparins. *Naturwiss* 1935; 23: 706) a v dalších letech jako Jorpesův asistent (5) v této práci pokračoval (On the relationship between the sulphur content and the anticoagulant activity of heparin preparations. *Biochem J* 1939; 33(1): 47–52, spolu s Jorpesem).

Pro slibného studenta však Jorpes měl jiný plán: při tehdejší absenci výzkumu lipidů a steroidů ve Švédsku (1) si

přál svěřit Bergströmovi biochemii těchto sloučenin včetně žlučových kyselin (steroidů vznikajících oxidací cholesterolu). Jakmile tedy Sune v roce 1938 dostudoval, financoval mu Jorpes ze svých tantiém (3) v letech 1938–1939 výzkumnou stáž (6) ke studiu biochemie žlučových kyselin u G. A. D. Haslewooda v Královské postgraduální lékařské škole při Hammersmithově nemocnici v Londýně (1). Bergström pak získal jedenapůlroční (3) švédskoamerické stipendium pro studium samookysličení (autooxidace) cholesterolu u Rakušana Oskara Wintersteinerja (1898–1971) (1), nejprve mezi lety 1940 a 1941 na Kolumbijské univerzitě v New Yorku (7) a potom v letech 1941–1942 ve Squibbově ústavu pro lékařský výzkum v New Brunswicku ve státě New Jersey (1) (Autoxidation of sterols in colloidal aqueous solution. The nature of the products formed from cholesterol. *J Biol Chem* 1941; 141: 597–610, spolu s Wintersteinerem).

## STUDIUM SAMOOKYSLIČENÍ KYSELINY LINOLOVÉ

Po návratu do Švédska roku 1942 dopsal práci o mechanismu oxidace cholesterolu molekulárním kyslíkem (On the oxidation of cholesterol and other unsaturated sterols in colloidal aqueous solution by molecular oxygen. *Ark Kemi Mineral Geol* 1942; 16A(10): 1–72) a v lékařském Nobelově ústavu Karolinského institutu ve Stockholmu studoval samookysličení pro člověka esenciální polyneenasycené mastné kyseliny linolové (7). V roce 1943 se oženil s Maj Gernandtovou (1911–2007) (4), laborantkou Karolinského institutu (3), a roku 1944 získal doktoráty v obou lékařství i biochemie a docenturu v oboru fyziologické chemie (1).

Jako asistent profesora Hugo Theorella (1903–1982) (7) v biochemické laboratoři Nobelova ústavu (1) **objevil úlohu lipoxidázy v samookysličení kyseliny linolové** a při purifikaci lipoxidázy (později přejmenované na lipoxygenázu) ze sójových bobů **zjistil, že autooxidace působením lipoxidázy poskytuje tytéž produkty jako autooxidace katalyzovaná těžkým kovem** (On the lipoxidase enzymes in soy bean. *Ark Kemi Mineral Geol* 1944; 19A(6): 1–9, spolu s Theorellem a Åkesonem). Zkoumal **a určil strukturu hlavních produktů samookysličení kyseliny linolové**; zjistil konjugaci dvojných vazeb a hydroperoxidovou skupinu na 9. či 13. atomu uhlíku (On the oxidation of linoleic acid with lipoxidase. *Ark Kemi Mineral Geol* 1945; 21A(15): 1–8. Autoxidation of linoleic acid. *Nature* 1945; 156: 717–718).

## OSUDOVÝ PROSTAGLANDIN – POČÁTKY JEHO ZKOUMÁNÍ

1. října 1945 referoval o svém výzkumu na schůzi Fyziologického spolku Karolinského institutu za předsednictví profesora Theorella. Po schůzi mu zapisovatel spolku, profesor Ulf von Euler (1905–1983) (1), nabídl ke studiu vzorek

lipidového výtažku z beraních semenných váček (8), z něhož roku 1934 izoloval látku snižující krevní tlak a stimulující hladkou svalovinu a jako domněle specifickému produktu prostatických žláz jí dal jméno „prostaglandin“. Bergström se pustil do purifikace pomocí Craigovy protiproudové extrakce (5).

Po studijním pobytu na Basilejské univerzitě (1946–1947) byl jmenován profesorem fyziologické chemie v Lundu (1). Tam pokračoval ve studiu degradace cholesterolu na žlučové kyseliny a jejich metabolity, ve studiu střevní absorpce tuků i v purifikaci Eulerova koncentrátu (Prostaglandinets kemi. *Nord Med* 1949; 42(36): 1465).

V roce 1955 se stal dvojnásobným otcem, když manželka Maj porodila syna Rurika (2), budoucího počítačového obchodníka (3), a ze vztahu s chemičkou Karin Pääbovou (1925–2013) z rodiny estonských uprchlíků, spoluautorkou 5 jeho článků z let 1949–1955 v *Acta Chemica Scandinavica* (např. A method for the separation of saturated and monounsaturated fatty acids through hydroxylation. *Acta Chem Scand* 1954; 8(8): 1486–1487), přišel téhož roku na svět i budoucí evoluční genetik, jeden ze zakladatelů paleogenetiky a luštitel genomu neandertálce, Svante Pääbo (2). Nemanželskému synovi později Bergström vyhradil sobotní vycházky do přírody, před zákonnou rodinou vydávané za pracovní soboty, což manželka Maj strpěla a Rurik až do zralého věku neměl o bratrovi potuchy (9).

Do roku 1957 izoloval Bergström s Janem Sjövallem (1928) ze 100 kg beraních semenných váček nepatrné množství nenasyčené hydroxykyseliny v krystalické formě s účinkem patrným na hladké svaloviny králičího dvanáctníku v koncentraci  $5 \times 10^{-9}$  g/ml, nazval ji „prostaglandinovým faktorem“ a předběžně ohlásil přítomnost nejméně jednoho dalšího faktoru (The isolation of prostaglandin. *Acta Chem Scand* 1957; 11: 1086, spolu se Sjövallem).

## POKROKY V DALŠÍM VÝZKUMU PG A JEHO PRAKTICKÉ VYUŽITÍ

Když byl roku 1958 jmenován profesorem chemie Karolinského institutu (1), přišel do Stockholmu se svou lundskou pracovní skupinou (5) včetně studenta Bengta Samuelssona (8). Se Sjövallem nejprve v krystalické formě **izoloval prostaglandin F (PGF – F** podle nálezu látky ve fosfátovém pufru), stimulující hladkou svalovinu (The isolation of prostaglandin F from sheep prostate glands. *Acta Chem Scand* 1960; 14: 1693–1700, spolu se Sjövallem), a poté **izoloval prostaglandin E (PGE – E** podle nálezu látky v éterové frakci), stimulující hladkou svalovinu a navíc snižující krevní tlak (The isolation of prostaglandin E from sheep prostate glands. *Acta Chem Scand* 1960; 14: 1701–1705, spolu se Sjövallem). Pokroku výzkumu výrazně prospěl karolinský chemik Erik Ragnar Ryhage konstrukcí kombinace plynového chromatografu s hmotnostním spektrometrem (5) k odvozování struktury prostaglandinů  $E_1$ ,  $F_{1\alpha}$  a  $F_{1\beta}$  z hmotnostně spektrometrické identifikace produktů působením slabých kyselin nebo zásad na prostaglandiny (The structures of prostaglandin  $E_1$ ,  $F_{1\alpha}$  and  $F_{1\beta}$ . *J Biol Chem* 1963; 238: 3555–3564, spolu s Ryhagem, Samuelssonem a Sjövallem).

V letech 1963–1966 Bergström sloužil jako děkan lékařské fakulty (5). V roce 1964 současně s nizozemským chemikem Davidem Adriaanem van Dorpem (1915–1995) a nezávisle na něm **prokázal enzymatickou konverzi kyseliny arachidonové v prostaglandin  $E_2$** . Tato kyselina je u člověka syn-

tetizována z kyseliny linolové, objev tedy **přispěl k určení prostaglandinů jako produktů metabolismu esenciálních mastných kyselin** (The enzymatic formation of prostaglandin  $E_2$  from arachidonic acid. *Biochim Biophys Acta* 1964; 90(1): 207–210, spolu s Danielssonem a Samuelssonem). Na 2. nobelovském sympoziu roku 1966 o prostaglandinech se podílel jako přednášející i editor sborníku (Isolation, structure and action of the prostaglandins. In: Bergström S, Samuelsson B (eds.). *Prostaglandins: Proc. 2<sup>nd</sup> Nobel Symp.*, Stockholm, June 1966. *Almqvist & Wiksell*, Stockholm 1967: 21–30). V roce 1969 byl zvolen rektorem Karolinského institutu (1). Téhož roku byl v Karolinské nemocnici proveden **první léčebný potrat pomocí prostaglandinu** (Prostaglandins for induction of therapeutic abortion. *Lancet* 1970; 1: 190–191, spolu s Rothem-Brandelem et al.).

## SVĚTOVÝ OHLAS A OCENĚNÍ

V lednu 1972 nakladatelství Elsevier vydalo 1. číslo 1. ročníku časopisu *Prostaglandins*. V roce 1973 Bergström editoval sborník z vídeňské prostaglandinové konference (International conference on prostaglandins, Vienna, September 25 to 28, 1972. *Adv Biosci* vol. 9. *Pergamon Press*, Oxford, 1973). Roku 1975 obdržel spolu se Samuelssonem na Kolumbijské univerzitě v New Yorku Cenu Louisy Cross Horwitzové a byl zvolen předsedou kolegia ředitelů Nobelovy nadace (1). V roce 1976 dostal čestný doktorát Harvardovy univerzity (1), roku 1977 spolu se Samuelssonem a britským kolegou Johnem R. Vanem v New Yorku Cenu Alberta Laskera (1).

Byl zvolen předsedou celosvětového poradního výboru pro lékařský výzkum Světové zdravotnické organizace (WHO) (1), přijat za člena Německé přírodovědné akademie Leopoldiny (4) a s Vanem editoval kolektivní monografii (Prostacyclin. *Raven Press*, New York, 1979). Rektorský úřad v roce 1977 naopak složil (7) a ve prospěch výzkumu, jímž mj. **prokázal ochranné působení prostaglandinu  $E_2$  proti nežádoucím účinkům nesteroidních antiflogistik na sliznici trávicího traktu** (Protective treatment with prostaglandin  $E_2$  in the gastrointestinal tract during indomethacin treatment of rheumatic patients. *Gastroenterology* 1980; 76: 479–483, spolu s Johanssonem et al.), se v roce 1981 vzdal i přednášek na fakultě (6).

## NOBELOVSKÝ VRCHOL

1. října 1982 rozhodlo Nobelovské shromáždění Karolinského institutu ve Stockholmu, že Nobelovu cenu za fyziologii nebo lékařství pro rok 1982 obdrží rovným dílem Sune K. Bergström, jeho lundský žák a stockholmský kolega Bengt I. Samuelsson a nezávisle na nich pracující biochemik a farmakolog z Wellcomeových výzkumných laboratoří v anglickém Beckenhamu John R. Vane „**za své objevy týkající se prostaglandinů a příbuzných biologicky aktivních látek**“ (1). 8. prosince 1982 měl Bergström ve Stockholmu nobelovskou přednášku (The prostaglandins: from the laboratory to the clinic. Nobel lecture. *Angew Chem Int Ed Engl* 1983; 22(11): 858–866).

10. prosince představil trojici laureátů švédskému králi profesor klinické fyziologie a rektor Karolinského institutu Bengt Pernow; v prezentačním projevu vyzvedl Bergströmův zakladatelský podíl v izolaci prvních prostaglandinů a odhalení, že nejde o jednu látku, nýbrž o systém, jehož prekurzorem jsou nenasyčené mastné kyseliny; poté zdůraznil

Samuelssonovu zásluhu o chemický pokrok v izolaci a určení struktury i vzájemného vztahu nejdůležitějších složek tohoto systému, načež zmínil Vaneův objev prostacyklinu jakožto důležité složky systému a objev podstaty analgetických a antipyretických vlastností kyseliny acetylsalicylové v inhibici tvorby prostaglandinů (1).

### NEÚNAVŇÝ BADATEL A MENTOR

V letech 1983–1985 Sune Bergström předsedal Královské švédské akademii věd, v čele kolegia ředitelů Nobelovy nadace stál do roku 1987 (4), toho času mu čestný doktorát lékařských věd udělila Univerzita Karlova v Praze (10) a roku 1996 švédská poštovní známka připomněla jeho 80. narozeniny (7). Zájem o základní výzkum neztratil nikdy: bývalé kolegy po léta soustavně zpovídal, čím se právě zabývají; kdykoliv stockholmského profesora gynekologie Bygdemana probudil v noci telefon, bylo jisté, že má buď příslužbu, nebo na drátě bývalého supervizora a častého spoluautora s dotazem, co Bygdeman zrovna řeší (8).

Neúnavného badatele přemohla až cévní mozková příhoda a pneumonie, jíž Sune Bergström 15. srpna 2004 ve Stockholmu podlehl (8).

### Literatura

1. Frängsmyr T, Lindsten J. (eds.). Sune K. Bergström, Bengt I. Samuelsson and Sir John R. Vane. In: Nobel Lectures in Physiology or Medicine 1981–1990. World Scientific Publishing Co., Singapore, 1993: 85–112.

2. Anell J. Karl Sune Detlof Bergström, Nobel Prize in Physiology or Medicine, 1982. *Geni, MyHeritage Co.*, last updated: February 22, 2015. Dostupné na: [www.geni.com/people/Karl-Sune-Detlof-Bergström-Nobel-Prize-in-Physiology-or-Medicine-1982/6000000016104771799](http://www.geni.com/people/Karl-Sune-Detlof-Bergström-Nobel-Prize-in-Physiology-or-Medicine-1982/6000000016104771799)

3. Hargittai I. Sune D. Bergström. In: *Candid science II: Conversations with famous biomedical scientists*. Imperial College Press, London, 2002: 542–547.

4. Uddling H, Pääbo K. (eds.). *Vem är det. Svensk biografisk handbok*. Norstedts Förlag, Stockholm, 1993: 118.

5. Kresge N, Simoni RD, Hill RL. JBC classics and reflections: The prostaglandins, Sune Bergström and Bengt Samuelsson. *J Biol Chem* 2006; 281(9): 268–270.

6. Sune Karl Bergström. In: *Notable Names Database (NNDB)*. *Soylent Communications*. Dostupné na: [www.nndb.com/people/311/000131915/](http://www.nndb.com/people/311/000131915/)

7. Shampo MA, Kyle RA. Sune Bergström – Nobel Prize for Prostaglandin Studies. *Mayo Clin Proc* 1998; 73(5): 462.

8. McCook A. Obituary: Sune K. Bergström. *The Lancet* 2004; 364(9438): 930.

9. Kolbert E. Sleeping with the enemy. What happened between the Neanderthals and us? *The New Yorker* Aug 15, 2011. Dostupné na: [www.newyorker.com/magazine/2011/08/15/sleeping-with-the-enemy](http://www.newyorker.com/magazine/2011/08/15/sleeping-with-the-enemy)

10. Petrášek J. Prof. dr. Sune K. D. Bergström, nositel Nobelovy ceny, prezident Královské švédské akademie čestným doktorem lékařských věd Univerzity Karlovy v Praze. *Čas Lék Čes* 1987; 126(15): 480.

ADRESA PRO KORESPONDENCI:

**MUDr. Pavel Čech**

Kabinet dějin lékařství 3. LF UK

Ruská 87, 100 00 Praha 10

e-mail: [pavel.cech@lf3.cuni.cz](mailto:pavel.cech@lf3.cuni.cz)

## Ceny předsednictva ČLS JEP za vědecké práce za rok 2016 – návrhy na ocenění

Ceny předsednictva ČLS JEP za vědecké práce se udělují ve dvou kategoriích: **původní vědecké práce a práce významným způsobem ovlivňující zdravotní péči nebo přenášející vědecké poznatky do lékařské práce.**

Návrhy na udělení podávají předsedové organizačních složek ČLS JEP do **31. května 2017**. Předsednictvo do konce

**září 2017 rozhodne** o udělení cen. Uvedená pocta může být udělena pouze členům ČLS JEP s nepřetržitým, nejméně tříletým členstvím v ČLS JEP.

**Odůvodnění návrhu na udělení ceny i s publikací** zasílejte do sekretariátu ČLS JEP (Sokolská 31, 120 26 Praha 2, fax: 224 266 212, e-mail: [czma@cls.cz](mailto:czma@cls.cz)) do 31. 5. 2017.

# 100 let doc. MUDr. Juraje Strausse (1917–2017)

11. března 2017 se uzavřel pozoruhodný, více než stoletý život vojáka, lékaře a vědce, jednoho z nejstarších členů České lékařské společnosti J. E. Purkyně. Následující text z „Příběhů 20. století“ jsme převzali s laskavým svolením Paměti národa.

## Z PŘERUŠENÝCH STUDIÍ DO PRACOVNÍHO ODDÍLU

Juraj Strauss se narodil 18. ledna 1917 v rakousko-uherských Košicích, ale rodina pocházela z Liptovského Mikuláše.



V mládí hrál tenis a také rád prováděl chemické pokusy s třaskavinami. Nakonec se rozhodl pro studium medicíny. Předci a jeho nejbližší rodina pracovali ve zdravotnictví, dědeček byl městským lékařem, strýc byl lékárníkem, dokonce i bratr byl chirurgem. Otec „vybočoval“ – vykonával právníckou praxi. Maminka zemřela v roce 1933 ve věku 42 let. V únoru 1945 se pak tatínek se svou druhou ženou stal obětí loupežné vraždy v lesích Liptova, kde se skrýval.

Po absolvování základní školy Juraj Strauss studoval na reálném gymnáziu Michala Miloslava Hodži v Liptovském Mikuláši. Vzpomínal na jednoho z profesorů, Jaroslava Žáka z Jaroměře, autora knihy a filmu „Študáci a kantori“. Maturoval v roce 1935 a poté odešel studovat medicínu do Prahy. „Vše se odehrávalo na Karlově náměstí (klinické předměty) a na Albertově. Na Karlově náměstí byly klinické předměty a na Albertově spíše biologie, fyzika nebo chemie.“

V roce 1939 měl za sebou deset semestrů, ale kvůli uzavření vysokých škol studium medicíny nedokončil. Vrátil se na Slovensko, kde byl 1. 9. 1939 odvezen do pracovního oddílu slovenské armády, který měl za úkol opravovat mosty a silnice pro německou armádu postupující do Polska směrem na Sanok: „Prvního září mě odvěkli do kasáren v Rožumberku a bez odvodu oblékli do vojenské uniformy. Naše zbraň byla lopata a krumpáč. Byli jsme natlačeni do vagonů a jeli až na východní Slovensko do Prešova a odtamtud pěšky na hranici s Polskem do Ruského Krúčova směrem na Sanok. Po dvou měsících nás propustili.“ V Liptovském Mikuláši se stal dělníkem.

## DOBRODRUŽNÁ CESTA DO PALESTINY

Juraj Strauss se nakonec odhodlal k cestě do Palestiny. Pomocí falešného maďarského pasu odjel přes Maďarsko a Jugoslávii do přístavu Terst a lodí Marco Polo až do palestinské Haify. „Musíte se na to dívat jako na velké dobrodružství, které lidé překonávali.“ Zde nejprve pracoval v jedné osadě poblíž Haify v zemědělství a také v přístavu. „Přihlásil jsem se však do konkurzu na přírodovědeckou fakultu jeruzalémské univerzity a byl přijat na obor

bakteriologie a hygiena.“ Juraj Strauss studium zdárně ukončil jako *Master of Science* (M.Sc.).

## V ČESKOSLOVENSKÝCH JEDNOTKÁCH NA BLÍZKÉM VÝCHODĚ

Juraj Strauss se do armády hlásil už v dubnu 1942, mohl tak být nasazen u 200. protiletadlového pluku, který tvořili českoslovenští vojáci pod vedením Karla Klapálka. V té době vstupovali do československých vojenských jednotek židé z Palestiny, kteří se emigrací z Československa zachránili, ale pro britskou kvótu stanovující počet židů v armádě nebyli až do roku 1942 přijati. Této fáze válečných událostí se tak Juraj Strauss nezúčastnil; nejprve dokončil studium a poté vstoupil do československých jednotek. To už bylo 27. 4. 1943 a vojenské operace československých jednotek na Blízkém východě se chýlily ke konci.

Juraj Strauss byl odveden a prodělal výcvik: „*Já si ještě pamatuji na desátника Kalinu. Měl jsem nevyčištěné boty, tak mně ty boty vyhodil v noci z okna. Ten Kalina byl v německé armádě a z německé armády přecházel k nám. Třeba z Hlučinska – to Němci zabrali a Češi museli narukovat do německé armády. Tak on nabral něco z té německé armády. (...) Mě vycvičili jako pěšáka.*“ Následně se vlakem dostal do El Quassasínu, který se nalézal v poušti mezi Suezským průplavem a Káhirou. V poušti byly samozřejmě tzv. chamsiny: „*Bydleli jsme pod stany, byla písečná bouře a neviděl jsem od jednoho stanu k druhému.*“

Juraj Strauss se dostal do výcvikové roty, jejímž velitelem byl četař Emil Sedlák. Válečným plavidlem *Mauretania* plul šest týdnů ze Suezského přístavu do anglického Liverpoolu kolem Afriky. „*Dva týdny před odjezdem jsme spali v Port Tewfik pod stanem. Tam jsme byli určení jako naložovací četa.*“

## KLIČKOVÁNÍ PŘED PONORKAMI V ATLANTIKU A VYLODĚNÍ V NORMANDII

Cesta do Liverpoolu se neobešla bez komplikací, loď musela například provádět úhybné manévry v Indickém oceánu před japonskými ponorkami a pak v Atlantickém oceánu před německými. Juraj Strauss vzpomínal na anglické vojáky, kteří s největší pravděpodobností přišli o život během mořské bouře mezi Madagaskarem a Kapským Městem: „*Na tu nikdy nezapomenu. Tam padli do moře dva angličtí vojáci, ale kapitán stále opakoval, že když někdo spadne do moře, tak loď nezastaví. A taky nezastavil.*“

Juraj Strauss se po vylození v Liverpoolu s několika dalšími vojáky ztratil: „*My jsme se s důstojníkem dostali místo do Colchesteru do Doveru. A prvně jsem tam slyšel dunění kanonů z druhé strany. Pak jsme dostali rozkaz odjet do Colchesteru, kde nás rozdělili do jednotlivých rot.*“

Československá armáda v Anglii dostala po reorganizaci název Československá samostatná obrněná brigáda ve Velké Británii, Juraj Strauss byl zařazen do 2. roty motopraporek a prodělal tvrdý výcvik u Leedsu blízko Northamptonshiru. Pak následoval další výcvik ve skotském Dunsu blízko Edinborough a poté byla brigáda přesunuta nejdříve do

Tillbury u Londýna a pak na invazních člunech na francouzské pobřeží u Arromanches: „Ve falaiském lese jsme setrvali až do přesunu na frontu u Dunkerque.“

## OŠETŘOVATELEM U DUNKERQUE

Čechoslovákům chyběly zálohy v případě větších ztrát, a tak byla brigáda nasazena k bojům u města Dunkerque, kde měli německé vojáky pod velením admirála Frisiuse držet v obklíčení. Boje u Dunkerque byly poziční. Juraj Strauss byl nasazen nejen v 2. rotě motopraporu s velitelem majorem Karlem Vrdlovcem, ale také jako ošetřovatel-sanitář. Viděl tak nejrůznější bojová zranění: „Využili jsme pevnost atlantického valu, kde jsme spali, a přes den byla služba venku u kulometů. Jeden důstojník byl při jedné denní akci zraněn a já jsem mu pomohl. Tak přišli na to, že jsem medik, a přeložili mě k velitelství rotě. To bylo horší než to, co jsem měl předtím, protože jsem musel jít s nosítky pro raněné a mrtvé do země nikoho.“ Sanitáři byli označeni červenou páskou na rameni, ale Němci se na to vůbec neohlíželi: „Pamatuji si, že jeden voják odnesl jednoho Němce, který měl v sobě hrozně moc střepein a nechtěl uspat, že jako německý voják všechno snese.“

Prvním mrtvým hned první noc na frontě byl Josef Doppler. Prvním mrtvým, u něhož byl Juraj Strauss, byl 28. října 1944 při bojové akci desátník-aspirant radiotelegrafista Mautner: „Ještě večer před útokem jsem se s ním bavil a ráno jsem ho viděl takhle.“ V Dunkerque proběhly dva útoky, kterých se Juraj Strauss zúčastnil. Prvním byl útok 28. října 1945 na oslavu československé státnosti, který byl pro československou obrněnou brigádu velice úspěšný: „Dělali jsme útok na Dunkerque, spíše bych tomu řekl válečná operace. Zajali jsme tehdy hodně Němců.“

Druhým útokem 15. dubna 1945 se měla prezentovat síla brigády z prestižních důvodů. Tento útok už tolik úspěšný nebyl a motoprapor utrpěl vážné ztráty. Nicméně Juraj Strauss dokázal zajmout i dva Němce. U Dunkerque byl málem také zraněn: „Věšel jsem prádlo na velitelství rotě a najednou padla, tedy ne přímo u mě, mina a jedna střepina mi prolétla mezi nohama. Někde tu střepinu ještě mám.“

Kapitulací Německa skončila v Evropě válka a v Dunkerque, kde brigáda na frontě setrvala až do 9. května 1945, se vzdal také admirál Frisius. Českoslovenští vojáci tak mohli jet zpět do Československa přes rozbombardované Německo.

## VĚDECKÁ KARIÉRA A PODÍL NA ELIMINACI SPALNIČEK

Do 20. července 1945 sloužil ve vesnici Myslív u Nepomuku. Následně dostudoval medicínu a působil nejdříve v nemocnici ve Valticích, poté se dostal do Prahy a působil až do odchodu so důchodu ve Státním zdravotním ústavu. Zde byl vedoucím virologického oddělení a pak výzkumné skupiny exantematických a teratogenních nákaz. V roce 1983 obdržel s dalšími třemi pracovníky Státní cenu za eliminaci spalniček v Československu. V letech 1975–1976 byl odeslán do Keni, kde pracoval na projektu Světové zdravotnické organizace – očkování dětí proti spalničkám.

## Literatura

1. Dekanová A, Jírka L (eds.). Major v. v. doc. MUDr. Juraj Strauss (1917–2017). Příběhy 20. století. Pamět národa. *Post Bellum*, Praha, 2002. Dostupné z: [www.pametnaroda.cz/story/strauss-juraj-1917-1754](http://www.pametnaroda.cz/story/strauss-juraj-1917-1754)

# Mladistvý šedesátník prof. MUDr. Richard Češka, CSc., FACP, FEFIM



O rok mladšího Richarda Češku znám od jeho nástupu na 3. interní kliniku v roce 1982. Nebyl v ročníku, který na této klinice absolvoval výuku vnitřního lékařství, ale již jako student docházel do lipidové laboratoře a ambulance profesora Josefa Šobry a to určilo směr, kterým se až dosud ubírá jeho profesní dráha.

Na rozdíl od svého učitele, který v sobě nikdy nezapřel biochemika, je Richard hlavně klinikem. Po atestacích

z vnitřního lékařství (a druhá atestace byla na klinice prof. Pacovského něco absolutně samozřejmého) obhájil v roce 1992 kandidátskou práci „Farmakoterapie hyperlipoproteinémií“. Tomu předcházelo roční Fullbrightovo stipendium v *The Gladstone Foundation Laboratories for Cardiovascular Disease* zakončené zážitkem velkého zemětřesení v San Francisku. (V září 2001 byl pro změnu v New Yorku, ale zatím působí katastrofy výhradně na americkém kontinentu.) Po smrti prof. Šobry v roce 1997 se stal vedoucím Centra preventivní

kardiologie, členem výboru České společnosti pro aterosklerózu a v letech 2006–2012 předsedou této odborné společnosti.

V té době byl již profesorem vnitřního lékařství (jmenován 2006), jemuž se intenzivně věnuje nejen jako vedoucí lékař Centra preventivní medicíny a zástupce přednosty kliniky, ale i po stránce organizační (předseda České internistické společnosti ČLS JEP, prezident kongresu EAS v roce 2005 a Evropského kongresu interní medicíny 2013 v Praze) a publikační (hlavní autor a pořadatel učebnice vnitřního lékařství „Interna“, 2010 a 2016). Od loňského roku je vědeckým sekretářem *International Atherosclerosis Society*.

V případech osobnosti, jakou Richard Češka bezesporu je, není důležité vyjmenovat všechny funkce, publikace a ocenění – těch se mu po právu dostává doma i v zahraničí. To, co obdivují nejvíce, jsou osobní vlastnosti – kromě píše zejména schopnost dosáhnout dohody silou argumentů, nepojovat se do malicherných sporů, vyjadřovat se k podstatě věci. Jsem přesvědčen, že rozhodující měrou stojí za jeho úspěchy včetně toho snad nejdůležitějšího – „vzkříšení“ interny jako celistvého, plnohodnotného oboru, kterému před pár lety ještě hrozila klinická smrt.

S přáním dostatku energie, rodinné i pracovní pohody a stálého zdraví do dalších let.

Petr Sucharda

# K nedožitým devadesátinám profesora MUDr. Jiřího Jirky, DrSc. (1927–2016)

**6. května loňského roku zemřel vynikající nefrolog, transplantolog a internista prof. MUDr. Jiří Jirka, DrSc. Byl člověkem mimořádných kvalit, chytrý, vzdělaný a statečný.**

Když jsme před 20 lety blahopřáli Jiřímu Jirkovi k sedmdesátinám, připomněli jsme, jak bohatá a složitá byla jeho životní dráha. Tehdejší vedoucí redaktor ČLČ profesor Jan Petrášek připojil na dolní okraj jinak volné stránky citát Josefa Čapka, kterým citlivě doplnil naši vzpomínku: „*Jediným skutečným bohatstvím člověka je jeho osobnost. Může mu být tím nejpodstatnějším zdrojem životního štěstí: je-li zdravá a harmonická, jsou-li její konflikty s okolním životem plodné, vede-li ho bezpečně v činu i v myšlení.*“ I tak můžeme dnes zhodnotit život Jiřího Jirky.

Jiří Jirka se zapsal na Lékařskou fakultu UK v Praze na podzim 1946 a již v zimním semestru nastoupil jako „fíškus“ na Ústav obecné biologie k profesoru Janu Bělehrádkovi. O půl roku později se stal demonstrátorem a v roce 1947 pomocnou vědeckou silou. Spolu s autorem této vzpomínky

(P. J.) provedli a publikovali první poválečnou experimentální studii z tohoto ústavu. Přes plnou angažovanost na Biologickém ústavu a posléze na I. interní klinice (kde působili i Jan Brod a Zdeněk Fejfar) a navzdory přechodnému vyloučení ze studií z politických důvodů v roce 1948 složil v termínu všechny zkoušky a byl promován v roce 1951.

Po promoci působil (spolu s P. J.) na interním oddělení v Mostě u primáře Ladislava Symona, kardiologicky zaměřeného internisty (pozdější primář interního oddělení Nemocnice Na Bulovce). Zde se jeho zájem soustředil především na kardiologii, později se zabýval i nefrologickou problematikou (např. vyšetřoval Addisův sediment a funkční testy ledvin). Interna v Mostě měla 150 lůžek, k tomu odborné ambulance a oddělení, a jen sedm lékařů. Vzácné chvíle volného času (noční služby byly obden bez náhradního volna) trávil Jiří Jirka čtením knížky *Heart Disease* od P. D. Whitea.

Již v Mostě se začal formovat jeho fyziologický přístup k diagnóze a chorobám, který dále rozvíjel po roce 1953



Část Brodovy skupiny na Ústavu pro choroby oběhu krevního v Praze-Krči, cca 1966. Stojící zleva: Jiří Jirka, Vilém Ganz, Miloš Ulrych, Zdeněk Hej, Vladimír Prát; sedící zleva: Joseph Henry Cort, Jan Brod, Vladimír Fenc.

v Ústavu pro choroby oběhu krevního v Praze-Krči, jehož ředitelem byl nejprve akademik Klement Weber a později zakladatel československé i světové nefrologie profesor Jan Brod. Zejména Brod zformoval Jirkův klinický, pedagogický a vědecký profil. Ústav se stal v roce 1971 součástí IKEM. Zde Jirka pracoval až do roku 2003, tedy celých 50 let, nejprve jako vědecký aspirant, vedoucí vědecký pracovník, zástupce přednosta Transplantačního centra IKEM a přednosta Kliniky nefrologie. Na pracoviště docházel ještě jako důchodce. Obhájil zde nejprve kandidátskou dizertační práci; doktorem lékařských věd a profesorem vnitřního lékařství se stal teprve v roce 1990.

Jeho strmě stoupající vědecko-pedagogická kariéra byla na 20 let přerušena okupací Československa vojsky Varšavské smlouvy v roce 1968. Teprve po „sametové revoluci“ byl konečně jmenován docentem (ač svoji habilitační práci obhájil před vědeckou radou v roce 1968) a profesorem Univerzity Karlovy.

Mimořádných úspěchů dosáhl Jiří Jirka ve vědecko-výzkumné činnosti. Byl autorem nebo spoluautorem 403 odborných článků, z nichž zejména studie o přestavbě oběhu u pacientů s esenciální hypertenzí při podnětech zvyšujících krevní tlak jsou klasikou publikovanou v *Nature*, *Clinical Science*, *Lancetu* aj. Jako první v Československu zavedl peri-

toneální dialýzu v léčbě akutního selhání ledvin. Byl také jedním z těch, kdo u nás zahájili program transplantace ledviny. Spolu s nefropatologem Pavlem Rossmannem vydali dvě anglicky psané monografie o klinicko-morfologických vztazích u transplantované ledviny, z nichž zejména druhá – *Renal Allograft Biopsy: Image, Interpretation, Interventions* (P. Rossmann, J. Jirka, K. Matoušovic; Academia, 1997) – shrnula a prohloubila poznatky o rejekční nefropatii. Bylo to na tehdejší dobu mimořádné dílo; časově i obsahově tím předešli nyní všeobecně používanou Banffskou klasifikaci rejekční nefropatie.

Jiří Jirka je také dodnes považován za otce kubánské nefrologie. Na Kubě opakovaně pobýval a je jeho zásluhou, že počtem a kvalitou nefrologické péče včetně transplantace ledviny tato země daleko převyšuje ostatní státy Latinské Ameriky, ba dokonce byla a dosud je v tomto ohledu srovnatelná s Evropou.

Byl čestným členem České nefrologické společnosti a obdržel řadu dalších ocenění. Byl také vyznamenán za svou odbojovou činnost během 2. světové války. V Jiřím Jirkovi česká nefrologie a transplantologie ztratily jednoho z těch, kteří tyto obory formovali.

**Pavel Jerie a Karel Matoušovic**

## Padesát let od úmrtí profesora Eduarda Cmunta



Eduard Cmunt se narodil 2. srpna 1878 v rodině revírníka na orlickém panství, gymnáziu vystudoval v Písku. Po promoci na lékařské fakultě v Praze se cílevědomě dále vzdělával, měl přirozenou touhu se zdokonalovat a pomáhat uplatněním svých nabytých znalostí. Rychle se dokázal připravit pro odbornou práci, zájmal se o fyzikální terapii a svůj zájem rozšířil i na hydrote-

rii, elektroterapii a masáže. Při tom stále myslel internisticky, jak se tomu naučil, když začínal vnitřním lékařstvím a neurologií.

V letech 1. světové války nastoupil vojenskou službu. V Těšíně zařídil pro raněné vojiny velké oddělení pro fyzikální léčbu a doléčovací metody.

V roce 1917 byl jmenován soukromým docentem balneologie, svojí odbornou prací položil vědecký základ lázeňské

léčbě. Jako balneolog působil ještě před 1. světovou válkou několik let v Luhačovicích, v meziválečném období každou letní sezónu ordinoval v Piešťanech a významně se zasloužil o věhlas těchto lázní.

V roce 1921 začal pracovat na II. interní klinice v Praze. Doslova z ničeho zde postupně vybudoval první řádně vybavené oddělení pro fyzikální terapii a balneologii, kde ideálně skloubil léčení pacientů klinických i ambulantních. Soustředil kolem sebe mladé lékaře, kterým předával své rozsáhlé praktické zkušenosti, a organizoval školu státních kurzů pro výcvik lázeňských masérů.

Významná byla jeho činnost v boji proti revmatismu. Zasloužil se o organizaci revmatologie jakožto samostatného oboru. Organizoval poradny pro revmatiky, první založil při II. interní klinice. V roce 1926 byl v Piešťanech u založení Mezinárodního výboru pro revmatismus, následně byl zakládajícím členem České ligy proti revmatismu.

V roce 1936 byl jmenován mimořádným profesorem balneologie a byl pověřen přebudovat, spravovat a vést Ústav pro balneologii a fyzikální terapii Lékařské fakulty UK. Po odchodu do penze ještě každé léto brigádně pracoval v Mariánských Lázních. Zemřel 21. května 1967.

Byl dobrým společníkem a oblíbeným kolegou, pověstný svým humorem, vždy aktivní, otevřený, pozorný a ohleduplný ke svým pacientům, kteří jej milovali. Medicína mu byla vším.

**Zdenka Bosáková, rozená Cmuntová**

# Vzpomínka na prof. MUDr. Miloše Hájka, DrSc.

**Profesor Miloš Hájek zesnul po krátké nemoci dne 19. března 2017 ve věku 85 let. Tato smutná zpráva se rychle rozšířila do širokého kruhu jeho přátel a známých, kteří si všichni Miloše vážili a měli ho rádi.**



Miloš Hájek byl neobyčejný člověk. V odborných kruzích byl znám jako výtečný chirurg širokého záběru s původní preferencí hrudní a srdeční chirurgie. Tu se naučil na univerzitní klinice v nizozemském Groningenu. Prošel pak jako přednosta několika chirurgickými pracovišti v Praze, až zakotvil – už v penzi – jako profesor Vojenské lékařské akademie (od roku 2004 Fakulta vojenského zdravotnictví Univerzity obrany) v Hradci Králové na pracovišti v ÚVN Praha. Tam pracoval a denně docházel na ranní hlášení do posledních dnů svého života.

Miloš byl lékařem až renesanční šíře. Popromoční praxi absolvoval jako sekundární lékař v Brezně a Banské Bystrici na Slovensku. Tam se naučil i chirurgii gynekologickou, otorinolaryngologickou a traumatologickou. Rád a zajímavě vyprávěl také o své práci tamního praktického lékaře. To mu zřejmě poskytlo jakýsi nadhled nad všeobíjající práci chirurga a lékaře vůbec. Miloš si zamiloval i slovenskou podtatranskou přírodu a slušně se vyznal v tamní fauně a flóře. Znal také pohnutou historii kraje. Na to vše se díval prizmatem pokorného posuzovatele dění i lidí, se kterými se tam přátelil.

Během života mu bylo uděleno mnoho vyznamenání a čestných členství odborných společností domácích i zahraničních, včetně nejvyššího vyznamenání ČLS JEP – Ceny Jana Evangelisty Purkyně. Byl dlouhodobým předsedou České chirurgické společnosti ČLS JEP s editorskou funkcí v *Rozhledech v chirurgii*, předsedou české sekce *International College of Surgeons*, členem nizozemské, řecké a japonské chirurgické společnosti. Prof. Hájek byl i publikačně čilý (napsal 9 monografií, mnohé časopisecké články, přednášel, byl členem různých odborných komisí atd.), poutavě přednášel pro lékaře, sestry, mediky.

Moje osobní vzpomínky začínají hned po politické změně, kdy se Miloš stal místopředsedou České lékařské společnosti J. E. Purkyně. Brzy jsme poznali jeho skvělé organizační schopnosti. V době, kdy ještě přetrvával vliv dřívějších absurdit, pomohl vytvářet novou podobu ČLS JEP a přesvědčil vedení odborných společností o jejím novém a demokratickém způsobu života a o významu udržení demokratické celistvosti. Miloš se stal oblíbeným a spolehlivým rádcem, jenž diplomatically pomáhal řešit napjaté a obtížné situace. Dovedl se „chirurgicky“ rychle a dobře orientovat a rozhodovat. Pomohl rozšířit mezinárodní vazby ČLS, navázat styky s různými lékařskými odbornými společnostmi. Každoročně pořádal v České republice Česko-japonské chirurgické dny a na oplátku byl zván do Tokia. Během své funkce v ČLS JEP inicioval styky s Akademií věd ČR, založil Společnost klinické medicíny, již byl dlouhodobým předsedou.

Miloš byl náruživým cestovatelem a své mimooborové zážitky dovedl vyprávět čapkovským způsobem. Jeho osobní život byl poznamenán smrtí manželky, paní docentky Heleny Hájkové, i odchodem dětí a vnoučat mimo Prahu. Byl přísně zásadový, ctil svobodu a rozumné lidské chování, přitom neobyčejně obětavý, nejen pro své nemocné, nýbrž jaksí všelidsky. Pomáhal nejen chirurgickým nožem, ale též dobrým slovem. I když v našich vzpomínkách zůstane jako vzácný přítel, bude nám velmi chybět.

**Jaroslav Blahoš**



# K životnímu jubileu doc. MUDr. Leopolda Plevy, CSc.

**V nikdy nekončícím zápase o naplnění české traumatologie přichází významné životní jubileum muže, který jí zasvětil celý svůj život. Ovlivnil ji jako málokdo jiný a ta se naopak stala jeho radostí, trápením a věčným osudem.**



Leoš Pleva se narodil 21. dubna 1947 v Prostějově. Lékařskou fakultu absolvoval v Olomouci v roce 1971. Jako lékař začínal na interně v Bílovci, po krátké době našel svoje místo na chirurgii v Ostravě. Nejprve v Městské nemocnici, později ve Fakultní nemocnici v Ostravě-Zábřehu a Porubě. Vybral si podle své povahy a nadání úrazovou chirurgii. Teoreticky i prakticky ji postupně ovládl a přivedl k dokonalosti.

Zasloužil se o vznik traumacenter, jedno z nejvýznamnějších sám v Ostravě vybudoval a mnoho let řídil. Vlastně dosud jej stále řídí. Je navíc vedoucím a ideovým tvůrcem Ústavu medicíny katastrof, s pověřením vedení katedry rehabilitace na Lékařské fakultě Ostravské univerzity, již je jedním z významných zakladatelů.

V průběhu let stačil kromě chirurgie I. a II. stupně atestovat i z traumatologie, obhájit kandidátskou disertační práci na LF MU v Brně a habilitovat na LF UP v Olomouci. Témata samozřejmě pro excelentního traumatologa: „Léčení otevřených zlomenin bérce zevní fixací“ a „Dynamický zevní fixátor na hlezenný kloub“. Sám však ovládá mnohem víc. V řešení polytraumat, oblasti dutinových, břišních a hrudních úrazů těžko hledá konkurenci. Mnoho roků vedl jako předseda Českou společnost pro úrazovou chirurgii ČLS JEP, do níž vložil svoje nápady a moderní program. Vytvořil

novou organizační strukturu odborné a vědecké instituce s praktickým zaměřením a vysokou praktickou dispozicí. Traumatologii reprezentoval ve výboru České chirurgické společnosti ČLS JEP. Je stále členem Vědecké rady ČLK, VR Ostravské univerzity, členem Akreditační komise pro chirurgii MZ ČR, Akreditační komise pro úrazovou chirurgii VR ČLK a několika dalších organizací.

Jako řešitel a spoluřešitel se účastnil mnoha významných projektů, většinou v rámci Interní grantové agentury MZ ČR. Je autorem monografií a mnoha aktuálních článků v odborných časopisech, sám je šéfredaktorem periodika *Úrazová chirurgie*. Pravidelně organizuje kongresy v oblasti úrazové chirurgie a integrovaného záchranného systému. Vždy se zásadním významem, aktuálním přínosem, typicky originální společenskou prezentací, vysokou účastí a patřičnou odbornou úrovní. Je čestným členem České chirurgické společnosti ČLS JEP, Slovenské chirurgické společnosti, Slovenské společnosti pro úrazovou chirurgii a významným členem dalších vědeckých a odborných center.

Docent Leopold Pleva je výjimečná osobnost, přední, všemi uznávaný odborník v rámci české a slovenské chirurgie a traumatologie. Zaslouženě sklízí všeobecné uznání celé chirurgické obce a jejího vedení. Je respektován státními institucemi, v jejichž poradních sborech neustále zasedá. Je vzácným, žádaným a vítaným hostem různých kongresů a sympozií, jimž pravidelně předsedá s neuvěřitelným přehledem a vysokou mírou vlastní invence. Velmi kultivovaně, se znalostí a nadhledem přednáší a vede odborné diskuse. Za 70 let svého života dokázal přesvědčit o svojí výjimečnosti, vysokých kvalitách a schopnosti zaujmout. Plně si zaslouží úctu a respekt, které se mu dostávají. Všichni, kdo jej znají, si jeho práce váží, umí ji ocenit a toto uznání mu ze srdce přejí. Co víc je možné ještě dokázat? S uspokojením se ohlédnout a považovat si svého dosavadního života. Radovat se z dnů současných a příštích. Co ještě získat? Snad jenom čas a udržet si zdraví pro mnoho dalších roků. Gratulujeme.

**Karel Havlíček**

# Jubilanti

## Na duben 2017 připadá významné jubileum těchto členek a členů České lékařské společnosti JEP.

### 90 let

MUDr. Vilma Brožková, Plzeň  
PhMr. Luděk Kučera, Šumperk

### 90 let

MUDr. Milan Kubín, DrSc., Praha

### 85 let

doc. MUDr. Jozef Kollár, CSc., Košice  
MUDr. Jiří Koref, Havlíčkův Brod  
MUDr. Jana Náprstková, CSc., Praha  
doc. MUDr. Jiří Neuwirth, CSc., Praha  
MUDr. Anna Petřelová, Třinec  
MUDr. Jiří Pospíšil, Cheb  
MUDr. Marie Sejková, Praha  
MUDr. Miroslav Uher, Kolín

### 80 let

MUDr. Jaroslav Čech, Jindřichův Hradec  
PhDr. Ilja Chodura, Praha  
prof. MUDr. Pavel Klener, DrSc., Praha  
prof. MUDr. Václav Kordač, DrSc., Praha

MUDr. Zdeněk Kubelka, Praha  
doc. RNDr. Miloň Tichý, DrSc., Praha  
doc. MUDr. Věra Pěničková, CSc., Olomouc  
doc. MUDr. Věra Rokytová, Plzeň  
prof. MUDr. Zdeněk Zádák, CSc., Hradec Králové  
MUDr. Miloslav Zvolánek, Opočno

### 75 let

MUDr. Milena Černá, Praha  
MUDr. Jan Horák, Opava  
prof. MUDr. Zdeněk Kadaňka, CSc., Brno  
MUDr. Jiřina Kobrová, České Budějovice  
MUDr. Jozefa Kuntscherová, Kamenice nad Lipou  
MUDr. Libuše Malcová, Kladno  
MUDr. Jiřina Maršíková, Praha  
MUDr. Jana Melková, Praha  
prof. MUDr. Václav Monhart, CSc., Praha  
MUDr. Jaroslava Procházková, Praha  
MUDr. Lenka Sereghyová, Praha  
MUDr. Jana Vaňková, Praha  
doc. Ing. Arnošt Veselý, CSc., Praha

## Na květen 2017 připadá významné jubileum těchto členek a členů České lékařské společnosti JEP.

### 90 let

prof. Ing. František Fabian, CSc., Praha  
MUDr. Ivan Flegl, Brno  
MUDr. Zdeněk Franc, CSc., Brno  
MUDr. Miloslav Petana, Praha  
prof. MUDr. Vladimír Kořístek, DrSc., Kuřim  
JUDr. Jaromír Kožoušek, Brno

### 85 let

MUDr. Hana Čechová, Praha  
MUDr. Hana Gippová, Pardubice  
MUDr. Vlastimil Kabíček, Praha  
Ing. Irena Štěpánová, Praha  
JUDr. Zdeněk Zeman, CSc., Praha  
MUDr. Jaroslav Žádník, Olomouc

### 80 let

MUDr. Ivo Havlík, Hlučín  
MUDr. Jana Muroňová, Opava  
MUDr. Naděžda Pindurová, Opava  
prof. MUDr. Kamil Provazník, DrSc., Praha  
prof. MUDr. Jan Švihovec, DrSc., Praha

### 75 let

MUDr. Pavel Běleš, Praha  
MUDr. Jiří Diepold, Praha  
MUDr. Miluše Dosedělová, Přerov  
MUDr. Anna Dusová, Praha  
MUDr. Václav Hyrman, Vancouver, Kanada  
MUDr. Eva Kotulánová, Lelekovice  
MUDr. Marie Koutenská, Plzeň  
MUDr. Danuše Maršálková, Praha  
doc. MUDr. Alena Merkunová, CSc., Hradec Králové  
doc. Ing. Josef Novotný, CSc., Praha  
MUDr. Pavel Opat, CSc., Brno  
MUDr. Anna Otrhálková, Březolupy  
MUDr. Josef Paluch, Jablunkov  
MUDr. Marie Patejdlová, Praha  
prof. RNDr. Josef Pešák, CSc., Olomouc  
MUDr. Stanislava Strieborná, Praha  
MUDr. Libuše Šimková, Křivoklát  
MUDr. Milena Šmahelová, Louny  
MUDr. Hana Šobíšková, Praha  
MUDr. Marie Tolarová, CSc., Praha  
MUDr. Milada Věrná, Františkovy Lázně  
MUDr. Nina Vojáčková, Mladá Boleslav

**Gratulujeme!**

# **PŘEDNÁŠKOVÉ VEČERY SPOLKU ČESKÝCH LÉKAŘŮ V PRAZE (KVĚTEN – ČERVEN 2017)**

Přednáškové večery **Spolku českých lékařů** se konají vždy od **17.00 hodin** v Lékařském domě v Praze 2, Sokolská 31.

Více informací: [www.scl-praha.cz](http://www.scl-praha.cz)

## **LENOCHŮV VEČER REVMATOLOGICKÉHO ÚSTAVU PRAHA**

**15. května 2017**

### **Krystaly indukovaná revmatická onemocnění**

- Pavelka K. Koncept krystaly indukovaných onemocnění
- Stibůrkova B. Genetické aspekty hyperurikemie a dny
- Mann H. EULAR Doporučení pro diagnostiku dny
- Oreská S. Komorbidity u dny – jejich screening, monitorování a léčba
- Závada J. Současné pohledy na terapii dny
- Pavelka K. Nemoc z ukládání kalcium pyrofosfát dihydrátu

## **BRODŮV VEČER KLINIKY NEFROLOGIE IKEM**

**22. května 2017**

### **Novinky v nefrologii**

- Viklický O. Detekce chronických onemocnění ledvin
- Rohál T. Hypertenze a onemocnění ledvin
- Štěpánková J. Non-vitamin K antikoagulancia u nefrologických nemocných
- Paříková A. Aferetické metody a jejich indikace
- Bloudíčková S. Indikace k transplantaci ledviny – hraniční případy

## **PURKYŇŮV VEČER ANATOMICKÉHO ÚSTAVU 1. LF UK**

**29. května 2017**

- Smetana K. ml. Úvod
- Sedmera D., Kvasilová A. a spol. Vývojový pohled na převodní systém srdeční
- Naňka O., Vicente-Steijn R. a spol. Remodelace myokardu v oblasti atrioventrikulárního kanálu a způsobu šíření aktivace
- Klepáček I., Horáček J. a spol. Hlasívkové vazy a jejich protetická náhrada
- Živcová V., Dvořáková B. a spol. Novorozenecké fibroblasty u dětí s rozštěpem obličeje – morfologická a molekulární charakterizace
- Němcová V., Křečková M. a spol. Objem amygdaly a hippokampu u narkolepsie s kataplexií

## **19. PŘEDNÁŠKOVÝ VEČER SPOLKU SLOVENSKÝCH LÉKAŘŮ BRATISLAVA**

**5. června 2017**

Program bude upřesněn.

Vzdělávací akce jsou pořádány dle Stavovského předpisu ČLK č. 16 a jsou ohodnoceny 2 kredity. Přednášky jsou zařazeny jako volitelný předmět pro studenty 1. LF UK Praha.

**BMW EFFICIENT DYNAMICS.**  
NIŽŠÍ SPOTŘEBA. VÍCE RADOSTI Z JÍZDY.

Nové BMW X1



www.renocar.cz

Radost z jízdy

# NOVÉ BMW X1. VYLADEŇENO PRO LÉKAŘE.

## Lékaři upřednostňují bezpečnost vozidla, proto jsme pro vás připravili na míru LIMITOVANOU EDICI PRO LÉKAŘE

„V Renocar u přicházíme s limitovanou edicí nového BMW X1, která respektuje potřeby lékařů s důrazem na bezpečnost. Komfortní, moderní a bezpečný vůz obsahuje výbavu v hodnotě 181.000 Kč. Navíc vám ušetříme servisní náklady. Součástí naší nabídky je bezplatný balíček servisních služeb - Servisní prázdniny v délce 5 let/ 100.000 km.“

MUDr. Miloš Vránek- obchodní ředitel

www.renocar.cz/lekari



*Přesvědčte se o kvalitě nového BMW X1 při testovací jízdě.  
Exkluzivně pro lékaře zapůjčíme vůz pro vyzkoušení  
na 48 hodin zdarma.*

Zdarma výbava v hodnotě  
**181.000 Kč**  
+ 5 let servisní prázdniny \*



\*Vybírejte si libovolnou motorizaci dostupnou pro BMW X1 se zvýhodněním 181.000,- a balíčkem Servisní prázdniny na 5 let/ 100.000 km. Akční nabídka je limitována počtem 20 ks. Více se dozvíte na [www.renocar.cz/lekari](http://www.renocar.cz/lekari) nebo u našich prodejců.

**Renocar Praha**, Lipová 280, Praha - Čestlice (D1, EXIT 8), tel.: 261 393 600, [lekarum@renocar.cz](mailto:lekarum@renocar.cz)  
**Renocar Brno**, Řípská 5C, Brno - Slatina (D1, EXIT 201), tel.: 548 141 548, [lekarum@renocar.cz](mailto:lekarum@renocar.cz)

Otevřeno 7 dní v týdnu