

1  
2025/164

VYDÁVÁ  
ČESKÁ LÉKAŘSKÁ  
SPOLEČNOST  
J. E. PURKYNĚ



# ČASOPIS LÉKAŘŮ ČESKÝCH

## Z OBSAHU:

Moderní přístupy zvyšující efektivitu  
antibiotické léčby v nemocniční praxi Bauer L, Cihlo J.

Uchovávání antibiotik v českých domácnostech  
a postoje k samoléčbě ATB v české populaci  
Hasmanová Marhánková J, Petrušek I.

Zdravotní gramotnost v mezinárodních  
doporučeních a studiích Šteflová A, Dudra J.

Komunikační zdravotní gramotnost  
válečných uprchlíků z Ukrajiny v Česku Dobiášová K.

Role a postavení interkulturních pracovníků  
v poskytování zdravotní péče uprchlíkům  
a migrantům v Česku Tulupova E et al.

*Patient blood management*  
– historie, současnost, budoucnost Slipac J.

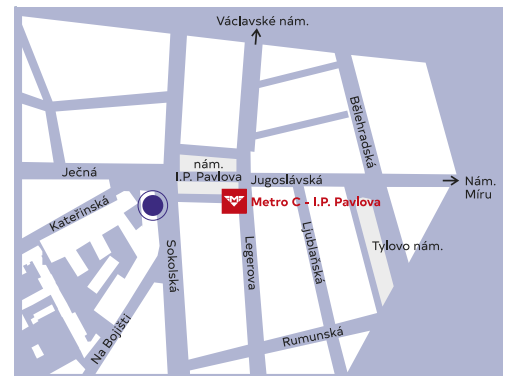
# KONFERENČNÍ PROSTORY V CENTRU PRAHY



LÉKAŘSKÝ DŮM  
VELKÝ PŘEDNÁŠKOVÝ SÁL  
PRO 110 OSOB  
A DALŠÍ PROSTORY



OBČERSTVENÍ ZAJIŠTUJE  
CAFÉ PURKYNĚ



PŘÍMO NA STANICI METRA C  
I. P. PAVLOVA



Pro více informací nás neváhejte kontaktovat:



**Česká lékařská společnost J. E. Purkyně, z.s.**

Sokolská 490/31, 120 00 Praha 2  
Tel.: +420 224 266 217, Mobil: +420 606 624 165  
E-mail: [hs@cls.cz](mailto:hs@cls.cz)



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

VYDÁVÁ  
ČESKÁ LÉKAŘSKÁ  
SPOLEČNOST  
J. E. PURKYNĚ



# ČASOPIS LÉKAŘŮ ČESKÝCH

## OBSAH

### Původní práce

Hasmanová Marhánková J, Petrušek I. Uchovávaní antibiotik v českých domácnostech a postoje k samoléčbě ATB v české populaci ..... 9

Dobiášová K. Komunikační zdravotní gramotnost válečných uprchlíků z Ukrajiny v Česku ..... 17

### Přehledové články

Bauer L, Cihlo J. Moderní přístupy zvyšující efektivitu antibiotické léčby v nemocniční praxi ..... 3

Štefllová A, Dudra J. Zdravotní gramotnost v mezinárodních doporučeních a studiích ..... 14

Tulupova E et al. Role a postavení interkulturních pracovníků v poskytování zdravotní péče uprchlíkům a migrantům v Česku ..... 25

Slipac J. Patient blood management – historie, současnost, budoucnost ..... 32

### Dějiny lékařství

Kňazovický M. Spomienka na profesora Stanislava Kostlivého – zakladatele slovenskej chirurgie ..... 35

### Recenze

Mastné kyseliny a tuky ve zdraví a nemoci ..... 8

Nemocné rozhovory – nové příběhy v pediatrii a geriatrii ..... 16

### Zprávy

Sucharda P. Den seniorů ČLS JEP, 14. ledna 2025 ..... 39

## CONTENTS

### Original articles

Hasmanová Marhánková J, Petrušek I. Preservation of antibiotics in Czech households and attitudes towards self-medication with ATBs in the Czech population ..... 9

Dobiášová K. Communication health literacy of war refugees from Ukraine in the Czech Republic ..... 17

### Review articles

Bauer L, Cihlo J. Modern approaches enhancing the efficiency of antibiotic therapy in hospital practice ..... 3

Štefllová A, Dudra J. Health literacy in international recommendations and studies ..... 14

Tulupova E et al. The role and position of intercultural workers in the provision of health care to refugees and migrants in the Czech Republic ..... 25

Slipac J. Patient blood management – past, present and future ..... 32

### History of medicine

Kňazovický M. Commemoration of professor Stanislav Kostlivý – the founder of Slovak surgery ..... 35

### Review

Fatty acids and fats in health and disease ..... 8

Unsane conversations – new stories in paediatrics and geriatrics ..... 16

### News

Sucharda P. Seniors' day of the Czech Medical Association ..... 39

<http://www.cls.cz>

© Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně, z. s., Praha, 2025

## ČASOPIS LÉKAŘŮ ČESKÝCH

On-line 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.  
3. interní klinika 1. LF UK a VFN v Praze

**Redaktoři:**  
Mgr. Martin Čermák, Mgr. Olga Štajnrtová

**Vydává: Česká lékařská společnost  
Jana Evangelisty Purkyně, z. s.**  
Sokolská 31/490, 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); [czma@cls.cz](mailto:czma@cls.cz)

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

**V SR:** Mediaprint-Kapa Pressegrasso, a.s.  
Stará Vajnorská 9, P. O. BOX 183, 830 00 BRATISLAVA  
Infolinka: 0800188826, [www.ipredplatne.sk](http://www.ipredplatne.sk)  
e-mail: [info@ipredplatne.sk](mailto:info@ipredplatne.sk), [objednavky@ipredplatne.sk](mailto:objednavky@ipredplatne.sk)

**Vychází:** 8x 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.: 296181805, e-mail: [nto@cls.cz](mailto:nto@cls.cz)

Rukopis byl předán do výroby 7. 4. 2025.

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 výlučné 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,  
lékových skupin, které zásadně změnily možnosti medicíny a osudy nemocných, je jistě více (třeba anestetika, inzulin, antihypertenziva) – ale asi žádná to neudělala tek spektakulárně a jednoznačně, jako antibiotika (přesněji antiinfektiva).

Bohužel žádná jiná skupina léčiv také tolik neutrpěla nadměrným a neindikovaným podáváním. V tomto vydání se na antibiotika můžeme podívat ze dvou velmi odlišných pohledů, i když základní smysl mají oba příspěvky stejný – zachránit, co se dá.

Pohled farmaceutů se týká především správné praxe podávání antibiotik. Původní práce zjišťovala postoje uživatelů (i potenciálních) včetně nás zdravotníků k zacházení s antibiotiky, která nebyla využívána nebo jsou opatřována pro situace, které mohou nastat třeba mimo Česko na dovolených apod.

Tento výzkum se bezprostředně dotýká další oblasti, které se věnujeme opakovaně, a to je zdravotní gramotnost. To je velmi široké téma, zahrnující i problematiku migrantů a (válečných) uprchlíků.

Konečně další příspěvek představuje shrnutí moderních názorů na krevní převody a postupů, kterými lze potřebu transfuzí minimalizovat, nebo dokonce zcela odstranit. Zavedený mezinárodní název *patient blood management* nezměníme, i když mi to je upřímně líto. Docela rád bych někdy byl v roli Bohumila Eiselta a Josefa Podlipského, prvních redaktorů *Časopisu lékařů českých*, kteří v mnoha případech museli články z němčiny sami překládat a vymýšlet české názvy, z nichž některé se ujaly a udržely až do současnosti...

**Petr Sucharda**

## REDAKČNÍ RADA

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

doc. MUDr. Martin Anders, Ph.D.  
Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN  
Ke Karlovu 11, 128 01 Praha 2

prof. MUDr. RNDr. Jiří Beneš, CSc.  
Ústav biofyziky 1. LF UK a 4. interní klinika  
1. LF UK a VFN  
Salmovská 1, 120 00 Praha 2

prof. MUDr. Vladimír Černý, Ph.D., FCCM,  
FESIAC  
Klinika anesteziologie, resuscitace  
a intenzivní medicíny LF UK a FNHK  
Sokolská 581, 500 05 Hradec Králové

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

prof. MUDr. Zdeněk Krška, DrSc.  
1. chirurgická klinika 1. LF UK a VFN  
U Nemocnice 2, 128 08 Praha 2

prof. MUDr. Jan Lebl, CSc.  
Pediatriká klinika 2. LF UK a FN Motol  
V úvalu 84, 150 06 Praha 5

prof. MUDr. Vladimír Palička, CSc., dr.h.c.  
Osteologické centrum LF UK a FNHK  
Sokolská 581, 500 05 Hradec Králové

prof. MUDr. Antonín Pařízek, CSc.  
Gynekologicko-porodnická klinika 1. LF UK a VFN  
Apolinářská 18, 128 08 Praha 2

MUDr. Alena Šebková  
Ordinace praktického lékaře pro děti a dorost  
Strážnická 36, 323 00 Plzeň 1

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

prof. MUDr. Karel Šonka, DrSc.  
Neurologická klinika 1. LF UK a VFN  
Kateřinská 30, 128 08 Praha 2

MUDr. Alena Šteflová, Ph.D., MPH  
Regionální výbor WHO pro Evropu  
Ústav pro zdravotní gramotnost, z. ú.  
Sokolská 31, 120 00 Praha 2

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

MUDr. David Zogala, Ph.D.  
Ústav nukleární medicíny 1. LF a UK VFN  
U Nemocnice 5, 128 08 Praha 2

# Moderní přístupy zvyšující efektivitu antibiotické léčby v nemocniční praxi

Lukáš Bauer<sup>1</sup>, Jan Cihlo<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Oddělení klinické farmacie, Fakultní nemocnice Bulovka, Praha

<sup>2</sup>Lékárna Multiscan Pharma, s. r. o., Onkologické centrum Multiscan, s. r. o., Pardubice

Čas. Léč. čes. 2025; 164: 3–8

## SOUHRN

Současná efektivní antibiotická léčba vyžaduje moderní přístupy zaměřené na optimalizaci terapie a zpomalení růstu antimikrobiální rezistence.

Klíčovým nástrojem v nemocnicích je koncept antimikrobiálního stewardshipu, který stojí na spolupráci v multidisciplinárních týmech složených z infektologů, mikrobiologů, klinických farmaceutů a epidemiologů. Tyto týmy se zaměřují na správnou volbu antibiotika a jeho dávkování, monitorování jeho účinnosti a minimalizaci nežádoucích účinků.

Rozšiřující se možnosti v oblasti monitoringu a interpretace plazmatických koncentrací stále většího počtu antibiotik umožňují efektivně a bezpečně pracovat s dávkami a způsoby podání (prodloužené, kontinuální infuze) optimálními pro konkrétního pacienta, respektive umožňují personalizovaný přístup k farmakoterapii. Optimalizovat dávkování antibiotik pomáhá také využití moderních aplikačních pomůcek.

V nemocničním prostředí ke zvýšení bezpečnosti vede rovněž elektronická parametrická ordinace, centralizovaná příprava a výdej antiinfektiv nemocniční lékárnou. V ambulantní sféře se rozšiřují možnosti prostřednictvím konceptu ambulantní parenterální antimikrobiální terapie, který snižuje riziko nosokomiálních infekcí a přináší komfort domácího prostředí pro pacienty. Jeho širšímu využití brání především nedostatečná oficiální stabilitní data antibiotických přípravků, ale i administrativní a finanční bariéry spojené se zaváděním tohoto inovativního konceptu do rutinní praxe.

## KLÍČOVÁ SLOVA

antibiotika, multidisciplinární tým, terapeutické monitorování plazmatických koncentrací, stabilita léčiv, lékové infuzní systémy

## SUMMARY

**Bauer L, Cihlo J. Modern approaches enhancing the efficiency of antibiotic therapy in hospital practice**

The current effective antibiotic therapy requires modern approaches focused on optimizing treatment and slowing the growth of antimicrobial resistance.

A key tool in hospitals is the concept of antimicrobial stewardship, which relies on collaboration in multidisciplinary teams composed of infectious disease specialists, microbiologists, clinical pharmacists, and epidemiologists. These teams focus on the correct choice of antibiotic and its dosage, monitoring its effectiveness and minimizing adverse effects.

Expanding possibilities in the field of monitoring and interpretation of plasma concentrations of an increasing number of antibiotics enable effective and safe optimization of dosing and administration methods (prolonged and continuous infusions) adjusted for individual patients, thereby allowing a personalized approach to pharmacotherapy. The optimization of antibiotic dosing is further supported using modern administration tools.

In the hospital setting, electronic parametric prescribing, centralized preparation and dispensing of anti-infectives by the hospital pharmacy also leads to improved safety. In outpatient care, possibilities are expanding with the concept of outpatient parenteral antimicrobial therapy, which reduces the risk of nosocomial infections and provides the comfort of a home environment for patients. However, its broader use is hindered mainly by the lack of official stability data for antibiotic preparations, as well as administrative and financial barriers associated with integrating this innovative concept into routine practice.

## KEYWORDS

anti-bacterial agents, multidisciplinary care team, therapeutic drug monitoring, drug stability, drug infusion systems

## ÚVOD

Antibiotika (ATB) patří mezi základní léčiva nemocniční péče. Jelikož počet využívaných molekul není velký a současně nová účinnější antiinfektiva přichází do klinické praxe pouze v omezeném množství, je třeba postupovat při léčbě těmi dostupnými s rozvahou a využívat všech možností k jejich co nejefektivnějšímu použití. Popsáno jinými slovy, rezistence na léčbu ATB se stala jedním z největších globálních zdravotních problémů posledních desetiletí a žádá si urgentní přehodnocování strategií v oblasti ATB terapie.

Základním přístupem ATB politiky by mělo být usměrňování a opětovné přehodnocování procesů zacházení s ATB a začleňování nových prvků, které mohou problematiku

konceptně, ale i operativně pomoci kultivovat. Další možnosti je začlenění moderních přístupů v podobě inovativních terapeutických nebo aplikačních metod, ale i sofistikovaných technologií zaměřených na přesnou diagnostiku a optimalizaci dávkování. Většina současných přístupů se primárně zaměřuje na monitorování spotřeby ATB a racionální ordinaci zaměřenou na správný výběr ATB podle cílového patogenu a indikace s cílem minimalizovat jejich neopodstatněné užívání. Ačkoli jsou tyto strategie nepochybně zásadní, samy o sobě nedostačují k účinnému řešení problematiky antimikrobiální rezistence.

Medicína 21. století se stává čím dál komplexnější a komplikovanější. Neustálý přísun nových poznatků vede více než

kdy dříve k nutnosti kontinuálního profesního vzdělávání. Kritická analýza publikovaných studií je esenciální pro zajištění adekvátního převedení získaných poznatků do klinické praxe. Současným rozšiřujícím se trendem při poskytování nemocniční péče je multidisciplinární přístup založený na týmové spolupráci specialistů s hlubokou znalostí konkrétních disciplín.

Článek se pohledem farmaceutů s různou specializací zaměřuje na současné přístupy a strategie, které vedou k zajištění efektivního a bezpečného použití ATB a přispívají k boji proti rostoucí mikrobiální rezistenci.

### NEMOCNIČNÍ ANTIBIOTICKÉ TÝMY

Nedílnou součástí efektivních přístupů k ATB léčbě je zapojení nemocničních odborníků jak v koncepčních ATB komisích a týmech, tak hlavně při každodenních činnostech zahrnující výběr ATB, stanovení dávek, přípravu a aplikaci, stejně jako konziliární poradenství v čase potřeby.

Pro koordinovaný přístup podporující racionální používání ATB se i v českém prostředí vžil pojmenování antimikrobiální stewardship (AMS). Základním principem je v tomto ohledu ustanovení multidisciplinárního týmu infektologů, mikrobiologů, klinických farmaceutů a epidemiologů zaměřující se na optimalizaci ATB terapie s cílem zlepšit klinické výsledky pacientů, minimalizovat nežádoucí účinky léčby a zpomalit šíření rezistence. Implementací řízených strategií, jako je včasná deeskalace léčby, terapeutické monitorování plazmatických koncentrací (TDM – *therapeutic drug monitoring*) a zavedení lokálních ATB doporučení, tyto týmy přispívají ke snížení nadměrného užívání ATB, hospitalizačních nákladů a výskytu infekcí způsobených rezistentními patogeny (1, 2).

V širším pojetí je o rizicích ATB rezistence třeba diskutovat i se všemi lékaři ordinujícími ATB, ošetřujícím personálem, který ATB připravuje a aplikuje, s ostatním personálem nemocnic provádějícím sanitaci prostor a likvidaci odpadů a s farmaceuty zajišťujícími ATB pro pacienty. Jejich důležitou rolí je mimo jiné ovlivňování nebo přímo provádění procesů přípravy a úpravy léčiv. Individualizovaný výdej je v současné době nepříliš rozšířený, ale možný styl kontroly nad užíváním a spotřebou ATB.

Vedle strategií zaměřených na optimalizaci ATB terapie v nemocničním prostředí hraje důležitou roli také rozvoj ambulantních modelů péče, jako je například koncept ambulantní parenterální antimikrobiální terapie (OPAT – *outpatient parenteral antimicrobial therapy*), který umožňuje efektivní a bezpečné použití parenterálních ATB u nehospitalizovaných pacientů.

### AMBULANTNÍ PARENTERÁLNÍ ANTIMIKROBIÁLNÍ TERAPIE

Koncept OPAT je určen ambulantním pacientům včetně pacientů v domácím prostředí. Tento přístup umožňuje zkrácení doby hospitalizace, zlepšení komfortu a kvality života pacientů v domácím prostředí. Je výhodný zejména tam, kde je vyžadována dlouhodobá ATB terapie a není dostupná adekvátní perorální forma ATB. Může být spojen se snížením nákladů na zdravotní péči, ale i s nižším rizikem nozokomiální nákazy rezistentními kmeny v době rostoucí prevalence rezistence na ATB (3). Ačkoliv je OPAT spojen s řadou benefitů, nelze jej aplikovat na všechny pacienty. Jeho indikace vyžaduje splnění několika specifických kritérií, která zajišťují bezpečnost a efektivitu této terapeutické modalit.

Mezi nejčastěji používaná antimikrobiální léčiva v rámci OPAT patří aminoglykosidy, echinokandiny, ertapenem a ceftriaxon, tedy léčiva umožňující parenterální aplikaci 1x denně. Ta může být intramuskulární, intravenózní ve formě bolusu nebo krátké infuze. Použití kontinuálních intravenózních infuzí v domácím prostředí pomocí elastomerních infuzorů je omezeno především nedostatečnými údaji o jejich stabilitě. V Česku nejsou tyto kontinuální formy podání zatím příliš rozšířeny, ačkoliv je známo, že uplatnění automatizovaných dávkovacích systémů ideálně spolu s TDM ATB může zlepšit bezpečnost a účinnost léčby (3); OPAT je zatím formálně zaveden jen na několika málo pracovištích.

Z důvodu zvýšeného zájmu a propagace OPAT Společnosti infekčního lékařství ČLS JEP je snaha řešit problematiku a její limity koncepčně, multioborově za účasti infektologů, farmaceutů, zástupců držitelů registrace, ale i plátců. Úhrada ATB pro ambulantní podání v Česku v rámci konceptu OPAT představuje zatím nedořešený problém, zejména z hlediska administrativních bariér spojených s jejich preskripcí a financováním.

Ačkoli v doporučeném postupu OPAT Společnosti infekčního lékařství ČLS JEP jsou některá data o stabilitách uvedena (4), problémem je přenositelnost těchto dat na léčivé přípravky používané v Česku nebo absence dat o stabilitě při teplotě těla. Nově ustanovená pracovní skupina pro OPAT pod záštitou České odborné společnosti klinické farmacie ČLS JEP a sekce nemocniční farmacie při České farmaceutické společnosti ČSL JEP se bude snažit zajistit rozšířená stabilitní data a posoudit přenositelnost zahraničních zkušeností do českých podmínek. Výstupem by měl být souhrn doporučených postupů pro samotnou přípravu roztoků ATB určených k OPAT, s důrazem na zahrnutí dostatečných údajů o jejich stabilitě.

### NOVÉ PŘÍSTUPY VEDOUcí K OPTIMALIZACI DÁVKOVÁNÍ A PODÁVÁNÍ ATB

Vedle správné indikace ATB je pro úspěšnou léčbu zásadní také jeho správné dávkování a aplikace. To je klíčovým faktorem pro zajištění maximální terapeutické účinnosti při současně minimalizaci rizika toxicity a selekce rezistentních kmenů. Zatímco historicky byla dávkovací strategie založena na využití standardního doporučeného dávkování (podle souhrnu údajů o léčivém přípravku /SmPC/), současné trendy směřují k individualizaci terapie na základě farmakokineticko-farmakodynamických (PK/PD) cílů. Tyto přístupy zohledňují faktory, jako jsou biologické vlastnosti patogenu, lokalizace infekce, klinický stav pacienta a renální/hepatální funkce.

### TERAPEUTICKÉ MONITOROVÁNÍ PLAZMATICKÝCH KONCENTRACÍ ATB

Důležitým nástrojem, který umožňuje individualizovat farmakoterapii a ověřit nastavení ATB léčby je TDM. Slouží k monitorování plazmatických koncentrací léčiv a optimalizaci dávkování. V praxi je již desítky let zavedené TDM u aminoglykosidů nebo vankomycinu. V současnosti se však dostává do popředí monitorování i jiných antiinfektiv (betalaktamy, linezolid, antimykotika a další). V době rostoucí rezistence na ATB a důrazu na bezpečnost a adekvátní účinnost ATB se význam TDM stále zvyšuje (5).

Celý průběh TDM je složen z několika navazujících procesů, které jsou prováděny postupnými kroky zdravotníků,

z nichž každý plní nezastupitelnou roli pro získání validních dat. Prvním důležitým bodem je indikace TDM, dále odběr vzorku ve správném čase následovaný transportem do laboratoře, samotné stanovení koncentrace a interpretace upravující další vedení léčby.

Při indikaci TDM a interpretaci plazmatických koncentrací léčiv, hodnocení jejich klinického významu a navrhování úprav dávkování hraje klinický farmaceut nezastupitelnou roli. Při interpretování bere v potaz čas odběru ve vztahu k podané dávce, eliminační funkce pacienta, indikaci ATB, předchozí dávkování, případné lékové interakce, vazbu ATB na sérové bílkoviny ve vztahu ke stanovené koncentraci, klinický stav pacienta a individuální PK/PD cíle.

Moderní trendy zahrnují využití pokročilých matematických modelů a softwaru pro predikci koncentrací léčiv. Bez zkušeností a kvalifikovaného odhadu mohou být však výsledky matematických modelů špatně interpretovány nebo nesprávně aplikovány. Je potřeba zdůraznit, že technologie mohou podporovat a usnadňovat rozhodování, ale nemohou nahrazovat klinický úsudek odborníka. Budoucností je pak širší využití farmakogenomických analýz, které umožňují ještě přesnější přizpůsobení terapie konkrétnímu pacientovi. Implementace TDM pod vedením klinického farmaceuta zlepšuje dosažení terapeutického cíle, snižuje riziko nežádoucích účinků a přispívá k nákladové efektivitě léčby pacientů (6).

## KONTINUÁLNÍ A PRODLOUŽENÉ INFUZE ATB

Kontinuální a prodloužené infuze ATB představují jednu z možností, jak přistupovat k optimalizaci ATB terapie. Tento způsob podávání ATB je zejména výhodný u pacientů s augmentovanou renální a/nebo hepatální clearance, u těžkých infekcí patogeny s vyššími minimálními inhibičními koncentracemi (MIC), imunosuprimovaných jedinců s těžce přístupnou lokalizací infekce atd. Typicky nachází uplatnění zejména u ATB s krátkým biologickým poločasem eliminace, jejichž účinek závisí na době, po kterou koncentrace ATB přesahuje MIC (např. betalaktamová ATB).

V minulosti byly farmakodynamické cíle pro betalaktamová ATB určeny jako dosažení „času nad MIC“ v rozmezí 40–70 % dávkovacího intervalu dle dané třídy ATB. V současné době jsou často stanoveny ambicióznější cíle. Důvodů pro tento vyšší cíl může být několik. Studie ukazují, že udržení koncentrace ATB 4–6× nad MIC po celou dobu dávkovacího

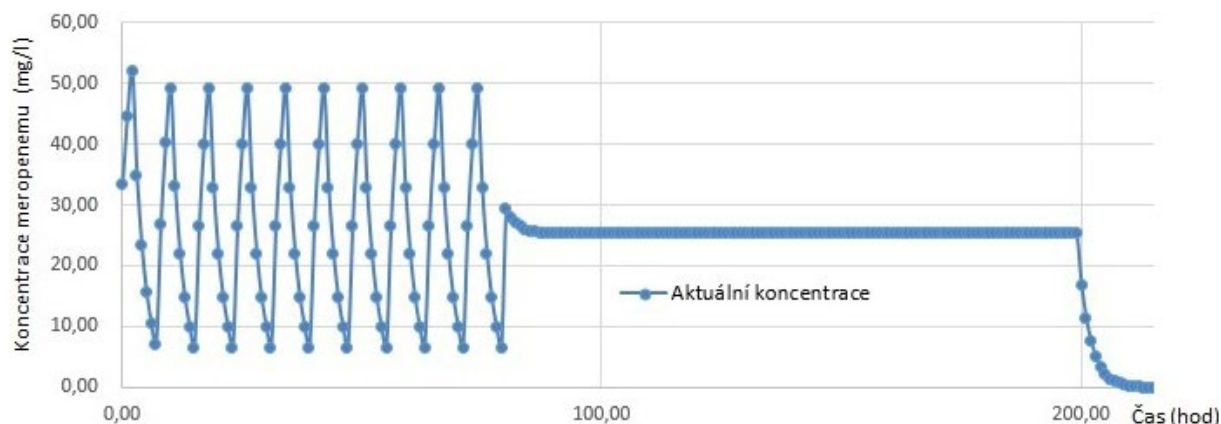
intervalu může vést k lepším klinickým výsledkům a vyšší pravděpodobnosti eradikace patogenu, zvláště u rezistentních mikroorganismů. U kriticky nemocných pacientů se změněnou farmakokinetikou (např. zvýšeným distribučním objemem nebo clearance ATB) může být obtížné dosáhnout tradičních farmakodynamických cílů, a proto se klade důraz na maximalizaci expozice ATB. Vysoká koncentrace ATB po delší dobu minimalizuje selekci subpopulací bakterií, které by mohly přežít a přispět ke vzniku rezistentních kmenů (7, 8). Na obr. 1 je pro názornost vyobrazen příklad profilu plazmatických koncentrací meropenemu při rozdílném způsobu podání stejné denní dávky.

Na druhou stranu mají kontinuální/prodloužené infuze své limity. Kromě farmakologických, což je problematika, která přesahuje rámec tohoto článku, také technologické a technické. Patří mezi ně vyšší nároky na přípravu a stabilitu infuzních roztoků, nutnost využití vhodného vybavení a potenciální riziko kontaminace při delší aplikaci infuze. V současné době je limitujícím faktorem i imobilizace pacientů při využití kontinuální infuze. Tento problém může být do budoucna u celé řady pacientů eliminován využitím moderních aplikačních technik. Přesto všechno jsou kontinuální/prodloužené infuze stále častěji zaváděny díky jejich prokazatelným přínosům v klinické praxi a snaze optimalizovat léčbu závažných infekcí.

## PROBLEMATIKA NEDOSTATEČNÝCH INFORMACÍ V SMPC V KONTEXTU NOVÝCH TRENDŮ

S ATB jako hromadně vyráběnými léčivými přípravky by mělo být nakládáno v souladu se SmPC. V mnoha situacích to ale není možné kvůli nedostatečným datům pro nové trendy léčby. Neúplná data mohou vést v lepším případě pouze k nejistotě zdravotníků, v horším případě například k poddávkování léčivým přípravkem v rozporu se soudobým doporučeným optimem. Absence dostatečně podložených stabilitních dat kontinuálních infuzí ATB podávaných jak u hospitalizovaných pacientů, tak v konceptu OPAT brání inovativnímu a racionálnímu přístupu.

Podrobnější informace o pomocných látkách, osmolalitě a pH různých koncentrovaných roztoků jsou dalšími údaji, které by mohly být k dispozici pro posuzování sofistikovanějších příprav a aplikací. Například při posuzování SmPC



Obr. 1 Profil plazmatických koncentrací při intermitentním a kontinuálním podání meropenemu

**Tab. 1** Tabulka ilustrující data v SmPC registrovaných ATB (vankomycin, cefepim) k datu 30. 1. 2025 (12)

ATB	Název registrovaného léčivého přípravku	Účinná látka	Pomocné látky	Fyzikální a chemická stabilita naředěného roztoku
			(odstavec 6.1 SmPC)	(odstavec 6.3 SmPC)
vankomycin	EDICIN	<i>vancomycini hydrochloridum</i>	žádné	24 hod při 25 °C a 96 hod při 2–8 °C
	VANCOMYCIN APTAPHARMA		žádné	8 hod při 25 °C; 14 dnů 2–8 °C
	VANCOMYCIN HAMELN		žádné	24 hod při 25 °C nebo 96 hod při 2–8 °C
	VANCOMYCIN KABI		žádné	96 hod při 2–8 °C (rekonstituovaný roztok ředit ihned)
	VANCOMYCIN MIP PHARMA		žádné	96 hod při 2–8 °C
	VANCOMYCIN MYLAN		HCl (k úpravě pH)	48 hod při 25 °C a 96 hod při 2–8 °C
	VANCOMYCIN OLIKLA		žádné	24 hod při 25 °C nebo 96 hod při 2–8 °C (až 14 dní po rekonstituci při 2–8 °C)
	VANCOMYCIN VIATRIS		HCl (k úpravě pH)	48 hod při 25 °C a 96 hod při 2–8 °C
cefepim	CEFEPIME APTAPHARMA	<i>cefepimi dihydrochloridum monohydricum</i>	arginin (k úpravě pH)	7 dnů při 2–8 °C nebo 24 hod při 25 °C
	CEFEPIM NORIDEM		arginin	7 dnů při 2–8 °C nebo 24 hod při 23–27 °C (rekonstituovaný roztok ředit ihned)
	CEFEPIM MIP		arginin	2 hod při 25 °C a 24 hod při 2–8 °C

data ze souhrnných údajů o přípravku (SmPC) 1/2025.

dostupných léčivých přípravků s vankomycinem nelze najít údaje o osmolalitě roztoků u žádného registrovaného přípravku, u cefepimu jsou tato data uvedena pouze u 1 přípravku. U stabilitních dat nejsou, až na výjimky, jasně specifikovány koncentrace roztoků, při kterých bylo hodnocení provedeno (tab. 1). Při přípravě denních dávek do infuzních vaků a infuzorů by právě tato data byla velice cenná.

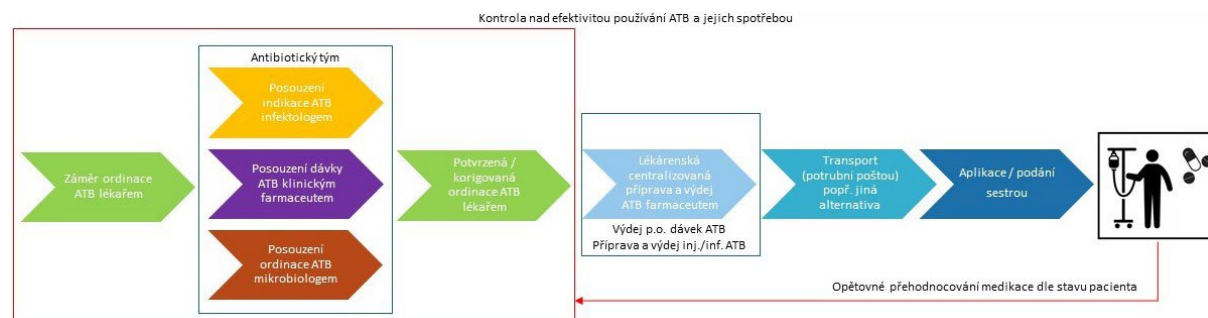
Off-label postupy by měly být vyčleněny pro specifické případy léčby, kdy standardní postupy nestačí. Pokud se postup stává rutinním, nebo je racionálně opodstatněný, měla by být hledána rychlá cesta jeho začlenění do oficiálních dokumentů. V neposlední řadě při diskusi o off-label postupech je třeba uvést nadbytečné administrativní úkony pramenící z legislativní povinnosti o informovanosti pacienta a vyšší odpovědnosti zdravotníků za léčbu, ke které v dobré víře přistupují.

## CENTRALIZOVANÁ PŘÍPRAVA A VÝDEJ ATB

Antibiotika jsou podobně jako ostatní léčiva běžně dostupná na nemocničních odděleních a do infuzí upravována v čase potřeby podle ordinace ošetřujícího lékaře zdravotními sestrami. Tento systém velmi těžko umožňuje dohled především nad způsobem úpravy a samotné aplikace parenterálních ATB. Nové přístupy zmíněné v předchozích odstavcích mohou znamenat nutnost přehodnocovat zavedená schémata a zapo-

jovat různé zdravotnické profese. Například složitost a nároky na dostatečnou stabilitu kontinuálních infuzí znamenají potřebu specializovanější lékárenské přípravy. Centralizovaná příprava a výdej farmaceutem může přispět k vyššímu standardu přípravy a aplikace parenterálních ATB, úspoře času a práce zdravotních sester. Farmaceut může být při přípravě garantem i dalších technologických parametrů, jako je osmolalita roztoků, které mohou být při stávajícím způsobu úpravy mnohdy opomíjeny. Pokud k těmto benefitům připočteme aseptický standard lékárenské přípravy zaručující mikrobiální nezávadnost, představuje se model v mnohém podobný tomu, který je již dvacet let využíván u onkologických léčiv. Centralizovaná příprava v nemocniční lékárně může vést také k efektivnímu využití zbytků léčiv a spotřebního materiálu, ale hlavně k eliminaci nebezpečných vlivů léčiv na personál díky lepšímu zabezpečení přípravy.

Centralizace jakéhokoliv procesu v nemocnici je spojena s dostupností efektivní logistiky hmotných věcí (léčiv, vzorků) do cílového místa, ale i s elektronickým zasíláním informací (žádanek, ordinací) v rámci nemocnice. U transportu ordinovaných léčiv lze pro přepravu volit malokapacitní zasílání potrubní poštou. Pro zasílání požadavků je vhodné preferovat elektronickou parametrickou ordinaci. Jejím benefitem může být mimo jiné zajištění systematického náhledu členů AMS týmu na ordinaci antiinfektiv v čase mezi ordinací, přípravou, výdejem a samotnou aplikací. Na obr. 2 je



**Obr. 2** Návrh multidisciplinárního přístupu k ordinaci ATB v nemocnici



pH	osmolalita	Jmenovité uvedení koncentrace roztoků při stabilitních testech
(odstavec 3 a 6 SmPC)		(odstavec 6 SmPC)
pH po rekonstituci přibližně 3	neuveдено	neuveдено (max. koncentrace infuze do 5 mg/ml)
pH po rekonstituci 2,5-4,5	neuveдено	neuveдено (max. koncentrace infuze 5-10 mg/ml)
pH po rekonstituci je 2,5-4,5	neuveдено	stabilita pro rozmezí 5-10 mg/ml
nízké pH	neuveдено	neuveдено (max. koncentrace infuze do 5 mg/ml)
nízké pH	neuveдено	neuveдено (max. koncentrace infuze 2,5-5 mg/ml)
pH po rekonstituci je 2,8-4,5	neuveдено	neuveдено (max. koncentrace infuze do 5 mg/ml)
pH po rekonstituci je 2,5-4,5	neuveдено	uvedeny 50 mg/ml, 5-10 mg/ml; k p.o. 16,66-33,33 mg/ml
pH po rekonstituci je 2,8-4,5	neuveдено	neuveдено (max. koncentrace infuze do 5 mg/ml)
pH po rekonstituci 4,2-5,2	383-389 mOsm/kg	neuveдено
pH roztoku 4,0-6,0	neuveдено	1-40 mg/ml
pH po rekonstituci 4,0-7,0	neuveдено	neuveдено

znázorněn návrh autorů článku na ideální multidisciplinární přístup k ordinaci ATB v nemocnicích. Předpokladem je zajištění dostatečného personálního zabezpečení, parametrické ordinace léčiv a pružného transportu medikace.

### SPRÁVNÁ APLIKACE PARENTERÁLNÍCH ATB

Nejen správná indikace léčiv, správné stanovení dávky, ale i náležitý způsob a doba aplikace infuzních ATB jsou zásadní pro očekávaný a maximální efekt léčby. Jinými slovy, teoretická dovednost a zkušenost při určení typu a dávky ATB, kterou řeší řada odborníků (specialistů ATB týmu), musí být doplněna praktickou přesností provedení přípravy a aplikace.

Existuje několik základních požadavků na aplikaci infuzních léčiv, z nichž některé jsou zvláště důležité pro podání antimikrobiální léčby. Jedná se zejména o dodržení načasování ve smyslu denní doby, kdy je požadováno dosažení odpovídajících koncentrací v plazmě a cílových tkáních. Toto platí například u aplikace ATB profylaxe před chirurgickými zákroky nebo pro udržení dostatečných koncentrací u intermitentního podání. Druhým důležitým bodem je rychlost aplikace, která může ovlivnit reakci pacienta na podávaný lék (rychlá aplikace vankomycinu) nebo nedosažení PK/PD cíle (příliš pomalé podání aminoglykosidu). Třetím aspektem je místo aplikace, kde aplikace do menších periferních žil musí splnit kritéria osmolality (< 600 mOsm/kg) a pH (v rozmezí 5-9), aby léčivo nedráždilo a nepůsobilo nežádoucí lokální reakce (10). Mezi další důležité aplikační parametry patří i zajištění kompletního podání připraveného léčiva.

Optimální zdravotnické pomůcky používané při aplikaci ATB mohou výrazně přispět ke správnosti celkového managementu aplikace ATB a doplnit tak správnou ordinaci. Infuzní sady umožňující bezezbytkovou aplikaci pomocí samostatného infuzního roztoku určeného k proplachu by měly být nedílnou součástí aplikace zejména maloobjemových infuzních ATB. Není totiž výjimkou, že až > 10 % dávky není aplikováno, pokud aplikační linka není po podání řádně propláchnuta (11). To může vést k tomu, že je pacientům podána menší dávka ATB a k dalším konsekvencím z toho vyplývajícím (rizika poddávkování, rezistence, náchylnost k budoucím infekcím bakteriemi rezistentními vůči ATB) (12). Jednoduchým

funkčním řešením je infuzní set napojený na kompatibilní infuzní roztok, který je určen k proplachu. K bezjehlovému vstupu této hlavní infuzní linky je možno pomocí krátké sekundární linky připojit roztok s ATB. Přepínáním regulátorů průtoku (tlaček) na infuzních linkách je ovládán tok roztoku ATB a následně proplachovacího roztoku. Při dostatečném proplachu je aplikován celkový objem ATB a infuzní set může být bezpečně odpojen bez kontaminace pacienta/prostředí. Správný způsob proplachu může předejít i potenciálním rizikům lékových inkompatibilit při podávání infuzní terapie. Konkrétní ukázkou takového setu lze vidět na obr. 3.

Optimální délka aplikace může být zajištěna použitím elektronických infuzních pump u pacientů



**Obr. 3** Příklad infuzní soupravy umožňující proplach celého infuzního setu po každém podání léku, bez nutnosti přepíchování infuzního kontejneru

upoutaných na lůžko nebo pomocí elastomerních infuzorů, převážně u mobilních či ambulantních pacientů.

### Poděkování

Článek vznikl za podpory společnosti B. Braun Medical, s. r. o.

### Seznam použitých zkratk

<b>ATB</b>	antibiotika
<b>AMS</b>	antimikrobiální stewardship
<b>MIC</b>	minimální inhibiční koncentrace
<b>OPAT</b>	ambulantní parenterální antimikrobiální terapie
<b>PD</b>	farmakodynamika
<b>PK/</b>	farmakokinetika
<b>SmPC</b>	souhrn údajů o léčivém přípravku
<b>TDM</b>	terapeutické monitorování léčiv

## Literatura

1. **Tanzarella ES, Cutuli SL, Lombardi G et al.** Antimicrobial de-escalation in critically ill patients. *Antibiotics* 2024; 13: 375.
2. **Tabah A, Cotta MO, Garnacho-Montero J et al.** A systematic review of the definitions, determinants, and clinical outcomes of antimicrobial de-escalation in the intensive care unit. *Clin Infect Dis* 2016; 62: 1009–1017.
3. **Wolie ZT, Roberts JA, Gilchrist M et al.** Current practices and challenges of outpatient parenteral antimicrobial therapy: a narrative review. *J Antimicrob Chemother* 2024; 79: 2083–2102.
4. **Štefan M, Dlouhý P.** OPAT – ambulantní parenterální antimikrobiální terapie. *Společnost infekčního lékařství ČLS JEP, 2023.* Dostupné na: [https://infektologie.cz/Standarty/OPAT\\_DP\\_2023\\_05\\_17-2.pdf](https://infektologie.cz/Standarty/OPAT_DP_2023_05_17-2.pdf)
5. **Roberts JA, Norris R, Paterson DL et al.** Therapeutic drug monitoring of antimicrobials. *Brit J Clin Pharmacol* 2012; 73: 27–36.
6. **Firman P, Tan K-S, Clavarino A et al.** Pharmacist-managed therapeutic drug monitoring programs within Australian hospital and health services – a national survey of current practice. *Pharmacy* 2022; 10: 1–11.
7. **Hong LT, Downes KJ, FakhriRavari A et al.** International consensus recommendations for the use of prolonged-infusion beta-lactam antibiotics. *Pharmacotherapy* 2023; 43: 740–777.

8. **Ramphal R.** Optimizing the use of carbapenems in the face of increasing gram-negative resistance. *Crit Care* 2008; 12 (Suppl. 4): S1.
9. **Přehled léčiv. SÚKL.** Dostupné na: [https://prehledy.sukl.cz/prehled\\_leviv.html#/](https://prehledy.sukl.cz/prehled_leviv.html#/)
10. **Národní ošetrovatelský postup zavedení a péče o periferní žilní katétr.** *Věstník MZ ČR* 2020; 5.
11. **Bolla B, Buxani Y, Wong R et al.** Understanding IV antimicrobial drug losses: the importance of flushing infusion administration sets. *JAC Antimicrob Resist* 2020; 2: dlaa061.
12. **Fady PE, Bennett N.** Antibiotic underdosing and disposal in NHS organisations across Great Britain (1.0.2). *Office of Baroness Bennett of Manor Castle. Zenodo, 2023.* Dostupné na: <https://zenodo.org/records/10284305>

ADRESA PRO KORESPONDENCI:

**PharmDr. Lukáš Bauer**

Oddělení klinické farmacie FN Bulovka  
Budínova 67/2, 180 81 Praha 8  
Tel.: 605 188 541  
e-mail: lukas.bauer@bulovka.cz

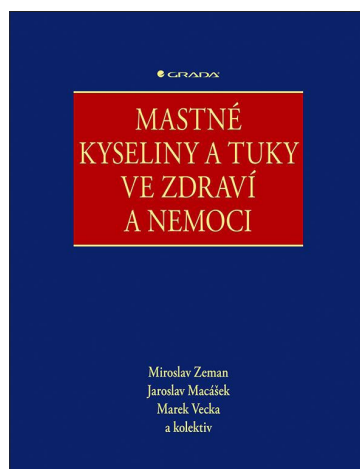
## RECENZE

# Mastné kyseliny a tuky ve zdraví a nemoci

Zeman M, Macásek J, Vecka M a kol. *Grada, Praha, 2024, 290 s., ISBN 978-80-2715161-5*

Monografii „Mastné kyseliny a tuky ve zdraví a nemoci“ napsalo 6 autorů ze 4. interní kliniky – kliniky gastroenterologie a hepatologie 1. LF UK a VFN v Praze a 2 autoři z Vysoké školy chemicko-technologické v Praze. Hlavním autorem je docent Miroslav Zeman.

Odborný text je rozdělen do 17 kapitol. Od klasifikace a popisu vlastností mastných kyselin a jejich metabolismu (kap. 1–3) přes jejich třídění a metabolickou aktivitu (kap. 4 a 5) až ke klinické aplikaci – při arteriální trombóze a zánětu (kap. 6, 7), obezitě a diabetu mellitu (kap. 8 a 9), kardiovaskulárních onemocněních (kap. 10), gastrointestinálních onemocněních (kap. 11 a 12), onemocněních mozku (kap. 13) a nádorech (kap. 14). Následuje efekt léčby na metabolismus mastných kyselin (kap. 15) a pohled na tuky a mastné kyseliny z hlediska výživy



(kap. 16). Charakteristika nejvýznamnějších tuků a olejů (kap. 17) odbornou část textu zakončuje. Následují přílohy, seznam použitých zkratk (3 str.), třísloupcový rejstřík (4 str.) a anglický a český souhrn (2 str.).

Odborný text je bohatě ilustrován barevnými obrázky, grafy, schémata; napočítal jsem jich přes 160 (!). Obrazová ilustrace je v celé knize jednotného typu.

Většinu autorů tvoří kvalifikovaní pedagogové, proto se také text, ač odborný, dobře čte. Avizované téma bylo téměř vyčerpáno.

Komu knihu doporučit? Především je určena klinickým lékařům, přináší mnoho zajímavých a aktuálních informací. Ale i praktičtí lékaři z ní budou mít

užitek především pro aktuálnost jejího obsahu.

**Jan Petrášek**

# Uchovávání antibiotik v českých domácnostech a postoje k samoléčbě ATB v české populaci

Jaroslava Hasmanová Marhánková, Ivan Petrušek

Katedra sociologie FSV UK v Praze

Čas. Lék. čes. 2025; 164: 9–13

## SOUHRN

Samoléčba antibiotiky je jedním z faktorů, který může ovlivňovat proces antibiotické rezistence. Výsledky výběrového šetření realizovaného Centrem pro výzkum veřejného mínění (CVVM) v období červen–srpen 2024 na reprezentativním vzorku populace Česka ve věku od 15 let mapují zkušenosti se samoléčbou antibiotiky a postoje k užívání antibiotik bez lékařské konzultace. Zároveň poskytují přehled o uchovávání nespolečně použitých antibiotik z předchozí léčby, která mohou být využita k budoucí samoléčbě.

Ve 13,5 % domácností v Česku se nacházejí antibiotika, která nejsou aktuálně využívána, přičemž se jedná převážně o zbytky z předchozí léčby. Pouze 10,6 % respondentů uvedlo osobní zkušenost se samoléčbou antibiotiky bez konzultace s lékařem. S názorem, že antibiotika mohou být v některých případech podána bez lékařské konzultace, souhlasí 18,4 % dotázaných. V mezinárodním srovnání patří Česko k zemím s nižším podílem populace uchovávající nespolečně používaná antibiotika. Tyto poznatky poskytují důležité informace pro formulaci politik v oblasti veřejného zdraví a osvěty o rizicích spojených se samoléčbou antibiotiky.

## KLÍČOVÁ SLOVA

antibiotika, antibiotická rezistence, postoje, samoléčba, uchovávání antibiotik

## SUMMARY

**Hasmanová Marhánková J, Petrušek I. Preservation of antibiotics in Czech households and attitudes towards self-medication with ATBs in the Czech population**

Self-medication with antibiotics is one of the factors that can influence the process of antibiotic resistance. The results of a sample survey conducted by the Public Opinion Research Centre in the period June–August 2024 on a representative sample of the population of the Czech Republic aged 15 and over map the experience with self-medication with antibiotics and attitudes towards the use of antibiotics without medical consultation. At the same time, they provide an overview of the storage of unused antibiotics from previous treatment, which can be used for future self-medication.

In 13.5 % of households in the Czech Republic, there are antibiotics that are not currently used, and these are mostly leftovers from previous treatment. Only 10.6% of respondents reported personal experience with self-medication with antibiotics without consulting a doctor. 18.4 % of respondents agree with the opinion that antibiotics can be administered without medical consultation in some cases. In international comparison, the Czech Republic is one of the countries with a lower proportion of the population storing unused antibiotics. These findings provide important information for public health policy formulation and education about the risks associated with antibiotic self-medication.

## KEYWORDS

antibiotics, antibiotic resistance, attitudes, self-medication, antibiotic storage

## ÚVOD

Vznik a šíření rezistence mikrobů vůči antibiotikům (ATB) představuje jednu z nejzásadnějších výzev pro globální veřejné zdraví. Nedávná analýza zveřejněná v časopisu *Lancet* odhaduje, že antibiotická, respektive antimikrobiální rezistence (AMR – *antimicrobial resistance*) byla v roce 2019 příčinou přibližně 1,27 milionu úmrtí a dalších 4,95 milionu úmrtí bylo s procesem rezistence spojeno. Rezistenci mikrobů vůči antibiotické léčbě tak lze aktuálně považovat za jeden z hlavních faktorů vedoucích k úmrtí ve světě (1). Odhaduje se, že do roku 2050 mohou infekce odolné vůči antibiotikům vést až k 10 milionům úmrtí ročně (2). Světová zdravotnická organizace (WHO) uvádí AMR mezi 10 hlavními hrozbami pro celosvětové zdraví a za hlavní příčiny evoluce patogenů rezistentních vůči léčivům označuje „zneužívání a nadužívání antimikrobiálních látek u lidí, zvířat a rostlin“ (3). Spotřeba antimikrobiálních látek, a to jak u lidí, tak u zvířat, však zůstává v rámci členských zemí Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj (OECD)

stále velmi vysoká, přičemž od roku 2000 vzrostl prodej všech tříd ATB téměř o 2 % (4).

Antibiotická rezistence je proces ovlivněný mimo jiné nesprávným používáním a nadužíváním antimikrobiálních látek jak u lidí a zvířat, tak i v širším životním prostředí (5). Omezení nevhodného nakládání s antibiotiky a snížení rizika antibiotické rezistence vyžaduje interdisciplinární spolupráci a hlubší pochopení lidského chování. Klíčové je detailní mapování přístupů lékařů i pacientů k těmto lékům, což zahrnuje zkoumání historických a kulturních vzorců v jejich užívání. Systematické pochopení strukturálních otázek ve zdravotnictví, jako je dostupnost péče nebo politické regulace, a analýza kulturních přístupů k riziku umožňují efektivněji cílit intervence. Jeden z hlavních faktorů přispívajících k nárůstu antimikrobiální rezistence (nikoli však faktor jediný) je spotřeba ATB. Výzkumy prokazují, že vyšší užívání antibiotik přímo koreluje s častějším výskytem rezistentních bakterií (2). Nicméně to neznamená, že by samotná intenzita využívání ATB byla determinantem nárůstu antimikrobiální rezistence.

Tu do výrazné míry ovlivňují i další faktory, jako jsou typy předepisovaných antibiotik, kontext, ve kterém jsou předepisovány, či jejich dávkování (3).

Tento text se soustředí na jeden ze specifických aspektů užívání ATB ze strany pacientů, jenž může proces antibiotické rezistence ovlivňovat – na zkušenost se samoléčbou ATB (tj. užití ATB bez lékařského předpisu či konzultace s lékařem). Text prezentuje data z výběrového šetření, které realizovalo Centrum pro výzkum veřejného mínění (CVVM) v období června až srpna 2024 na reprezentativním výběrovém souboru z populace obyvatel Česka ve věku od 15 let. Mapujeme v něm zkušenost se samoléčbou ATB a postoje k užívání ATB bez konzultace s lékařem. Zároveň přinášíme rámcový přehled o zkušenostech lidí žijících v Česku s uchováváním antibiotik z předešlé léčby, která k potenciální samoléčbě mohou být v budoucnu využita.

### SAMOLÉČBA ANTIBIOTIKY V EVROPSKÉM KONTEXTU

Evropské země se v užívání a spotřebě ATB výrazně liší, přičemž relativně vysoká spotřeba byla zaznamenána ve Francii, Řecku a Portugalsku a nejnižší ve skandinávských zemích. Česko má v rámci Evropské unie (EU) průměrnou úroveň spotřeby (6). Výzkum Eurobarometru, který se obyvatel zemí EU dotazoval na jejich zkušenosti s užíváním ATB, ukazuje, že přibližně 8 % z nich užilo v roce 2022 ATB bez lékařského předpisu. V Česku se jednalo o přibližně 2 % dotázaných (7). V případě antibiotik může samoléčba vést k závažným zdravotním komplikacím u jednotlivce a zároveň se negativně podílet na rozvoji antimikrobiální rezistence v celé komunitě. Mapovat spotřebu antibiotik, která byla užitá bez návaznosti na lékařský předpis, je však velmi obtížné. V tzv. rozvojových zemích se jedná často o spotřebu, která je ovlivněna mírou regulace (či spíše jejím nedodržováním), jež se promítá do možnosti přístupu jednotlivců k antibiotikům jako k přípravkům, jež mohou být volně prodejné. Prodej antibiotik bez lékařského předpisu je (s výjimkou několika málo specifických přípravků) v členských zemích EU zakázán. Jak ale dokládají i předchozí studie (8, 9), neznamená to, že by byl v těchto zemích přístup k antibiotikům bez lékařského předpisu zcela omezen. Může se jednat například o přípravky, které pacienti v minulosti nevyužívali nebo nespotebovali celé a rozhodli se lék znovu užít.

Můžeme identifikovat několik typů faktorů ovlivňujících pravděpodobnost a ochotu k samoléčbě. Jedná se zejména o faktory individuální, do kterých se mohou promítat sociodemografické charakteristiky a předchozí zkušenosti jednotlivce. Nižší věk, vyšší vzdělání a přítomnost chronického onemocnění byly v předchozích studiích identifikovány jako faktory posilující pravděpodobnost samoléčby ATB (10). Samoléčba je také častější u lidí s nízkou mírou informovanosti ohledně antibiotické rezistence (11). Znalost nežádoucích účinků ATB snižuje sklon k samoléčbě (12). Jako nejčastější důvod sebededikace ATB byla identifikována bolest v krku a další příznaky infekce dýchacích cest (10). Rozhodnutí o samoléčbě je výrazně ovlivněno vnímáním nemoci ze strany pacienta. Podobnost příznaků s onemocněním, jež bylo v minulosti antibiotikou léčeno, nebo obecně větší míra úzkosti, kterou pacient může v dané situaci pociťovat, může ochotu sebededikace zvyšovat. Nedávno publikovaná studie z Austrálie poukazuje na výrazný nárůst samoléčby antibiotiky v roce 2020 během vrcholící pandemie

COVID-19. Pociťovaný stres z obav z nákazy zvyšoval pravděpodobnost užívání antibiotik o 35 % (13). Ochotu samoléčby ATB tak výrazně ovlivňuje rovněž specifické postavení ATB jako léku, jenž má rychlé a až zázračné účinky. Některé regiony mohou být s ohledem na tyto kulturní představy více náchylné k riziku sebededikace pacienty. Srovnávací studie různých evropských zemí ukazuje, že respondenti žijící v zemích jižní a východní Evropy mají silnější přesvědčení, že je vhodné ATB užívat i v případě méně závažných obtíží, a mají omezenější znalosti týkající se efektivity a fungování ATB léčby (14).

Riziko samoléčby ATB ovlivňují i faktory, které souvisejí s poskytováním zdravotní péče. Patří k nim především velká vzdálenost zdravotnických zařízení a s tím spojená omezená dostupnost péče a dlouhá čekací doba ve zdravotnických zařízeních vedoucí k potřebě hledat rychlejší „alternativní“ cesty k léčbě (15). Faktory ovlivňující samoléčbu mohou mít nicméně své kořeny i ve strukturálních podmínkách fungování společnosti. Vyšší míra samoléčby ATB byla v rámci EU pozorována v zemích s vyšší mírou příjmové nerovnosti a vyšší mírou přímých plateb ve zdravotnictví. Studie zároveň poukazuje na vztah mezi mírou pociťované korupce ve zdravotnictví v dané zemi a mírou samoléčby ATB (12). Zmiňované nálezy tak naznačují, že spotřeba ATB v evropských státech mimo lékařský předpis má komplexní a často strukturální příčiny.

Další, mnohem prozaičtější faktor posilující riziko samoléčby je samotná dostupnost ATB v domácnosti. Uchovávání zbytků ATB z minulého užívání či cílené hromadění ATB pro případ budoucího užití zvyšuje pravděpodobnost sebededikace ATB (10, 15). Je poměrně obtížné evidovat či odhadovat množství ATB, jež lidé uchovávají ve svých domácnostech. Tento text v tomto ohledu přináší unikátní sondu, která nám umožní vytvořit alespoň rámcovou představu o míře rozšíření tohoto fenoménu v Česku. Prezentovaná data se zaměřují především na 3 klíčové fenomény:

1. Povědomí respondentů o tom, že se v jejich domácnosti skladují ATB, která nejsou používána k aktuální léčbě, a důvody tohoto uchovávání.
2. Zkušenost se samoléčbou ATB bez jakékoliv konzultace s lékařem.
3. Ochota k samoléčbě měřená souhlasem s výroky, jež implikují, že ATB mohou být (v určitých situacích) podána bez konzultace s lékařem.

### METODOLOGIE

V tomto textu analyzujeme data z výběrového dotazníkového šetření, jejichž sběr realizovala v období od 10. 6. do 27. 8. 2024 agentura CVVM. Respondenti byli vybíráni prostřednictvím kvótního výběru, který zohledňoval 5 proměnných (kraj, velikost místa bydliště, pohlaví, věk a dosažené vzdělání respondentů). Dotazování probíhalo metodou CAPI (tzn. osobní rozhovor tazatele s respondentem, při kterém tazatel zapisuje odpovědi respondenta do elektronického formuláře). Celkově standardizovaný dotazník vyplnilo 922 respondentů. Analyzovaná data jsou reprezentativní pro obyvatelstvo Česka ve věku od 15 let.

### VÝSLEDKY

V rámci dotazování jsme se zaměřovali na sledování povědomí respondentů o tom, zda se v jejich domácnosti

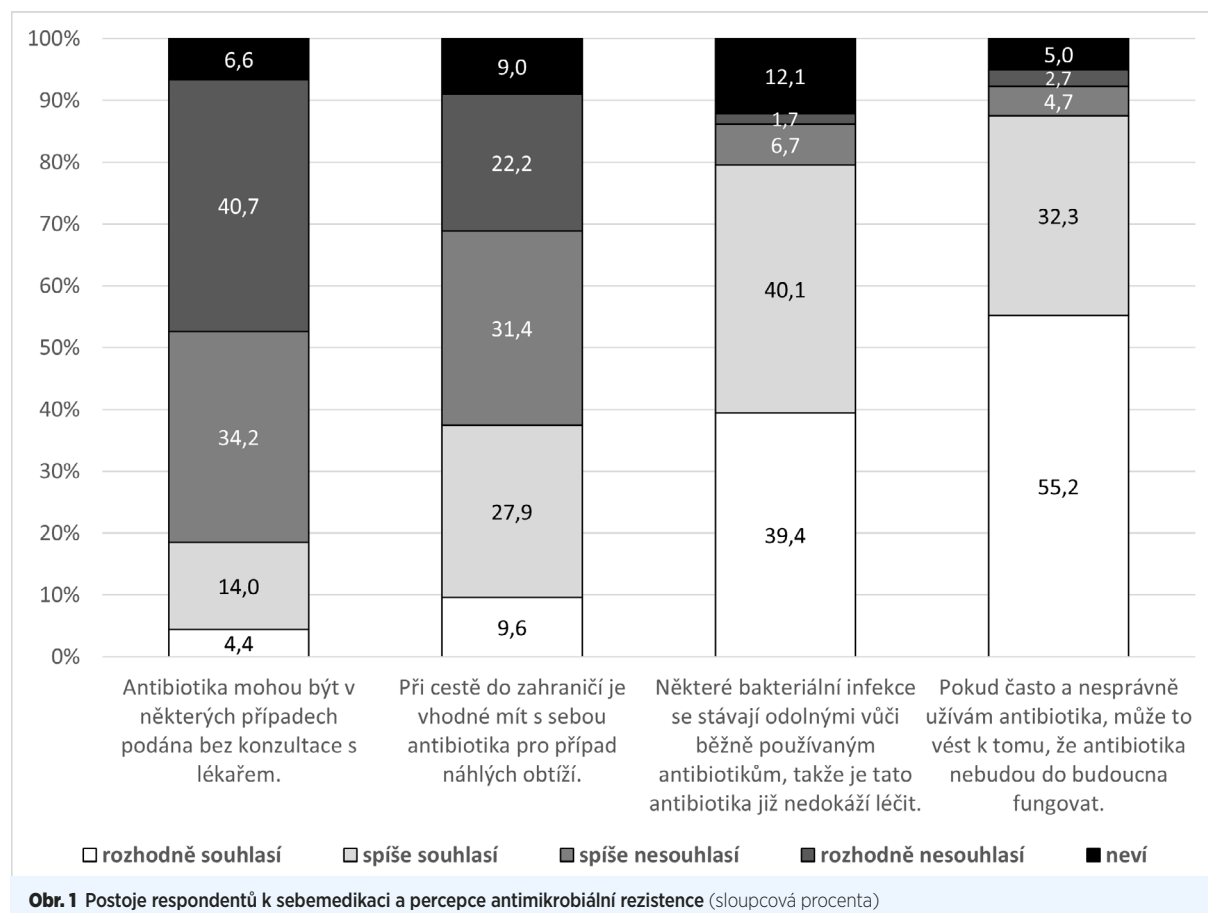
nacházejí antibiotika, která nejsou využívána k aktuální léčbě. Je přitom potřeba zdůraznit, že se jedná o subjektivní hodnocení respondentů. Poměrně malý podíl respondentů, kteří na otázku „Máte v současné době ve své domácnosti nějaká antibiotika, která nevyužíváte k aktuální léčbě?“ odpověděli, že nevědí (0,6 %), naznačuje, že lidé mají relativně dobrou představu o tom, zda se tento typ léčiv v jejich domácnosti vyskytuje. Až 85,9 % respondentů přitom uvedlo, že antibiotika v domácnosti nemají. Naopak povědomí o tom, že se v jejich domácnosti nacházejí antibiotika, uvedlo 13,5 % všech respondentů. Téměř desetina všech respondentů (9,5 %) přitom uvedla, že se jedná o antibiotika, jež v domácnosti zůstala po předchozí léčbě. 3,6 % všech respondentů přítomnost antibiotik v domácnosti spojuje s cílenou přípravou na to, že by je v budoucnu využili k léčbě. Jen zanedbatelné procento dotázaných (0,3 %) současně uvedlo obě varianty.

V našem výzkumu jsme sledovali rovněž prevalenci zkušenosti s tím, že antibiotika byla pacientovi předepsána rodinným příslušníkem či známým, který není ošetřujícím lékařem dotázaného. Tuto zkušenost v našem výzkumu uvedl pouze minimální podíl respondentů (2,7 %). Mnohem čtenější je zkušenost se samoléčbou – v našem případě se jednalo o zkušenost s tím, že respondenti využili antibiotika, která jim v minulosti lékař předepsal a která zůstala nevypotřebovaná, k léčbě podobných příznaků bez konzultace s lékařem. Tuto zkušenost uvedlo celkem 10,6 % všech respondentů. Mezi samoléčbou a pohlavím neexistuje souvislost (tzn. jak

u mužů, tak u žen je podíl respondentů zcela stejný, a to 10,6 %). Podobně neexistuje statisticky významná souvislost mezi samoléčbou na jedné straně a věkem a velikostí místa bydliště na druhé straně. Naopak slabá souvislost existuje mezi dosaženým vzděláním a sebemedikací – pouze 6,9 % respondentů se středoškolským vzděláním s maturitou má tuto zkušenost. U lidí se základním nebo středoškolským vzděláním bez maturity (13,2 %) a vysokoškolským vzděláním (11,8 %) je tento podíl mírně vyšší. Dále pak existují významné rozdíly mezi kraji bydliště. V nejvyšší míře samoléčbu připouští respondenti bydlící na Vysočině (16,3 % z nich), v Jihomoravském (16,2 %) a Moravskoslezském kraji (15,5 %). Naopak nejnižší podíl těchto respondentů bydlí v Karlovarském (3,7 %) a Libereckém kraji (5,1 %).

Náš výzkum dále sledoval i postoje k samoléčbě (tj. míru souhlasu s výroky, které implikují, že antibiotika je možné užívat i bez konzultace s lékařem) a subjektivní vnímání antimikrobiální rezistence. Graf na obr. 1 zobrazuje četnosti odpovědí (v %) u 4 položek dotazníku. S výrokem „Antibiotika mohou být v některých případech podána bez konzultace s lékařem“ rozhodně souhlasí či spíše souhlasí přibližně pětina respondentů. Míra nesouhlasu (spíše nesouhlasí či rozhodně nesouhlasí) je daleko vyšší a činí přibližně tři čtvrtiny respondentů.

Tento výrazný nepoměr mezi příklonem k možnosti samoléčby a jejím odmítnutím se nicméně výrazně obrušuje, pokud se ptáme na specifickou situaci možnosti mít pro případ náhlých obtíží sebou antibiotika při cestě do zahraničí



(tj. rovněž možnost sebemedikace ve specifickém případě cestování). Zde je celková míra souhlasu až 37,5 %. Míra nesusouhlasu je významně nižší a činí 53,6 % všech respondentů.

Náš výzkum se zaměřoval rovněž na povědomí o riziku antimikrobiální rezistence. Na základě našich dat je možné usuzovat, že povědomí o tomto procesu je v populaci relativně velké. Přibližně čtyři pětiny dotázaných rozhodně souhlasí či spíše souhlasí s výrokem „Některé bakteriální infekce se stávají odolnými vůči běžně používaným antibiotikům, takže je tato antibiotika již nedokáží léčit“, přičemž pouze 13,8 % všech respondentů spíše či rozhodně nesusouhlasí. Zbývajících 12,1 % respondentů odpovědělo, že neví. V případě výroku „Pokud často a nesprávně užívám antibiotika, může to vést k tomu, že antibiotika nebudou do budoucna fungovat“ zvolilo možnost, že (rozhodně či spíše) souhlasí až 87,5 % dotázaných, (rozhodně či spíše nesusouhlasí) 7,4 %, možnost „neví“ zvolilo 5 % respondentů.

Respondenti v našem výzkumu byli dotazováni také ohledně dalších zkušeností s užíváním antibiotik. 14 % respondentů přitom uvedlo, že někdy sami požádali svého lékaře, aby jim antibiotika předepsal. 2,7 % dotázaných uvedlo, že jim v minulosti ATB předepsal jejich známý či rodinný příslušník, který není jejich ošetřujícím lékařem. Desetina dotázaných naopak uvedla, že mají zkušenost s tím, že jim lékař předepsal antibiotika, ačkoliv měla pocit, že je aktuálně nepotřebují. Ne výjimečná je rovněž zkušenost s odmítnutím užívání antibiotik, která lékař předepsal. 7,3 % respondentů uvedlo, že má zkušenost s tím, že jim lékař předepsal antibiotika a oni je odmítli užívat.

### DISKUSE

V současné době se zdá méně pravděpodobné, že bychom v blízké době měli k dispozici novou generaci antibiotik, která by umožnila vypořádat se s dopady antimikrobiální rezistence. Jako zásadní se v tomto kontextu proto jeví zaměřit se na využívání existujících antibiotik způsobem, jenž může posílit jejich co nejdélejší efektivní využití do budoucna. Dostupné studie poukazují na souvislost mezi spotřebou antibiotik a následným rozvojem bakteriální rezistence na úrovni jednotlivce i celé komunity (16). V této souvislosti je přitom potřeba zaměřit se nejen na množství spotřebovaných antibiotik, ale rovněž na nevhodnou indikaci či přílišné využívání záložních antibiotik tzv. 2. a 3. volby, respektive antibiotik ze skupiny *watch* („užívej s opatrností“), nebo dokonce *reserve* (rezervních) podle klasifikace WHO (17). Samostatnou oblast představuje možné nevhodné využívání antibiotik samotnými pacienty. Postoje k samoléčbě i zkušenosti s uchováváním nespotebovaných léčiv představují důležité kontextuální informace, jež nám umožní pochopit vzorce spotřeby antibiotik v české společnosti.

V současnosti se v 13,5 % domácnostech uchovávají antibiotika, která nejsou využívána k aktuální léčbě. Ve většině případů se jedná o přípravky, které dotazovaným zbyly po předchozí léčbě. Studie, která mapovala podíl osob v populaci uchovávajících zbytky antibiotik, ukázala značné rozdíly mezi státy: od 13,5 % osob v Nizozemsku přes 67,5 % v Itálii až po 90 % v Číně (18). Česko můžeme v kontextu těchto dosud sledovaných regionů řadit k zemím, kde je podíl těchto osob v populaci spíše menší. Pouze 10,6 % osob má zkušenost se samoléčbou antibiotiky bez porady s lékařem. Zcela či spíše souhlasí s tím, že antibiotika mohou být v některých případech podána bez konzultace s lékařem 18,4 % respondentů.

### ZÁVĚR

Tato studie přináší základní informace ohledně postojů a chování české populace ve vztahu k uchování nespotebovaných antibiotik a možnostem jejich dalšího užívání.

Samoléčba antibiotiky, stejně jako skladování nespotebovaných léčiv (s vidinou jejich budoucího využití nebo bez ní) může vést k nežádoucím zdravotním dopadům. Ty kromě možných nežádoucích účinků a špatné indikace zahrnují i potenciální negativní dopady na rozvoj antimikrobiální rezistence. V této souvislosti řada studií poukazuje na to, že zavedení opatření směřujících k tomu, aby v lékárnách docházelo k výdeji jen předepsaného přesného množství tablet, představuje jednu z klíčových intervencí v prevenci samoléčby (11, 18). Experimentální studie z Francie testující tento typ intervence ukázala, že zavedení výdeje přesného počtu tablet vede k výrazné ekonomické úspoře, má pozitivní dlouhodobé dopady na životní prostředí a, možná překvapivě, vede také k striktnějšímu dodržování léčby ze strany pacientů. Tento efekt autoři studie přičítají psychologickému dopadu přesného měření tablet ze strany lékárníka, který upevňuje uvědomění si, že přesné dávkování a dodržení délky léčby je zásadní (19).

Na druhou stranu je ale potřeba zdůraznit, že tento typ intervence pravděpodobně není samospásný. Důvodem je mimo jiné to, že sice omezuje příležitosti k samoléčbě, neovlivňuje však její samotné příčiny. Jak upozorňují i předchozí studie, tyto příčiny je potřeba nahlížet i v kontextu fungování zdravotního systému. Samoléčba může být podnícena omezenou dostupností zdravotní péče v některých oblastech či dlouhou čekací dobou (15). Volba samoléčby a strategie uchovávat v domácnosti zbylé ATB mohou být reakcí na předchozí zkušenosti v rámci medicínského systému (např. na subjektivní pocit, že je nemožné se u odborníků domoci pomoci). Naše studie zároveň ukazuje, že ochota k sebemedikaci je kontextuální, tj. že v některých situacích (v případě našeho výzkumu se jednalo o cesty do zahraničí) jednotlivci chápou jako více legitimní mít antibiotika připravená k případnému použití i bez konzultace s lékařem. Tento příklad tak indikuje, že přístup k samoléčbě je ovlivněn do výrazné míry také kontextuálním vnímáním dostupnosti péče (tzn. v situacích, kdy jednotlivci, často i oprávněně, vnímají, že je obtížné zajistit rychlou lékařskou pomoc, a proto považují za více legitimní rozhodnout se o samoléčbě a být na takovou situaci dopředu připravený). Komplexní adresování fenoménu samoléčby a cíleného skladování antibiotik tak vyžaduje i hlubší analýzu podmínek, které ovlivňují nejen samotnou dostupnost léčiv, ale také ochotu jednotlivců tato léčiva užívat bez konzultace s lékaři.

### Poděkování

Tato práce vznikla v rámci projektu „Lokální životy antibiotik: kulturní praktiky předepisování a spotřeby antibiotik“ (25-16436S), financovaného Grantového agenturou ČR.

Sběr dat proběhl v rámci projektu NPO „Národní institut pro výzkum socioekonomických dopadů nemocí a systémových rizik“ č. LX22NPO5101, financovaného Evropskou unií – Next Generation EU (MŠMT, NPO: EXCELES). Projekt byl schválen Komisí pro etiku FSV UK (reg. č. 166/2025).

### Čestné prohlášení

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

## Seznam použitých zkratk

<b>AMR</b>	antimikrobiální rezistence
<b>ATB</b>	antibiotika
<b>CAPI</b>	computer assisted personal interviewing
<b>CVVM</b>	Centrum pro výzkum veřejného mínění
<b>EU</b>	Evropská unie
<b>OECD</b>	Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj
<b>WHO</b>	Světová zdravotnická organizace

## Literatura

- Murray CJ, Ikuta KS, Sharara F et al.** Global burden of bacterial antimicrobial resistance in 2019: a systematic analysis. *Lancet* 2022; 399: 629–655.
- Ledingham K, Hinchliffe S, Jackson M et al.** Antibiotic resistance: using a cultural contexts of health approach to address a global health challenge. *WHO Policy Brief* 2019; 2. Dostupné na: [www.who.int/europe/publications/item/9789289053945](http://www.who.int/europe/publications/item/9789289053945)
- Antimicrobial resistance. *WHO*. Dostupné na: [www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/antimicrobial-resistance](http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/antimicrobial-resistance)
- Embracing a one health framework to fight antimicrobial resistance. OECD Health Policy Studies. *OECD Publishing*, Paris, 2023. Dostupné na: <https://doi.org/10.1787/ce44c755-en>
- One health. *WHO*. Dostupné na: [www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/one-health](http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/one-health)
- Bruyndonckx R, Adriaenssens N, Versporten A et al.** Consumption of antibiotics in the community, European Union/European Economic Area, 1997–2017. *J Antimicrob Chemother* 2021; 76 (Suppl. 2): ii7–ii13.
- Antimicrobial resistance (2022). *Eurobarometr 522*. Dostupné na: [europa.eu/eurobarometer/surveys/detail/2632](http://europa.eu/eurobarometer/surveys/detail/2632)
- Väänänen MH, Pietilä K, Airaksinen M.** Self-medication with antibiotics – does it really happen in Europe? *Health Policy* 2006; 77: 166–171.
- Plachouras D, Kavatha D, Antoniadou A et al.** Dispensing of antibiotics without prescription in Greece, 2008: another link in the antibiotic resistance chain. *Eurosurveillance* 2010; 15: 19488.

- Grigoryan L, Haaijer-Ruskamp FM, Burgerhof JG et al.** Self-medication with antimicrobial drugs in Europe. *Emerg Infect Dis* 2006; 12: 452.
- Grigoryan L, Burgerhof JG, Degener JE et al.** Determinants of self-medication with antibiotics in Europe: the impact of beliefs, country wealth and the healthcare system. *J Antimicrob Chemother* 2008; 61: 1172–1179.
- Anderson A.** Antibiotic self-medication and antibiotic resistance: multilevel regression analysis of repeat cross-sectional survey data in Europe. *Region* 2021; 8: 121–145.
- Zhang A, Hobman EV, De Barro P et al.** Self-medication with antibiotics for protection against COVID-19: the role of psychological distress, knowledge of, and experiences with antibiotics. *Antibiotics* 2021; 10: 232.
- Grigoryan L, Burgerhof JG, Haaijer-Ruskamp FM et al.** Is self-medication with antibiotics in Europe driven by prescribed use? *J Antimicrob Chemother* 2007; 59: 152–156.
- Ahmed I, King R, Akter S et al.** Determinants of antibiotic self-medication: A systematic review and meta-analysis. *Res Social Adm Pharm* 2023; 19: 1007–1017.
- Bell BG, Schellevis F, Stobberingh E et al.** A systematic review and meta-analysis of the effects of antibiotic consumption on antibiotic resistance. *BMC Infect Dis* 2014; 14: 13.
- WHO antibiotic categorization. *AWaRe*. Dostupné na: <https://aware.essentialmeds.org/groups>
- Kardas P, Pechère JC, Hughes DA et al.** A global survey of antibiotic leftovers in the outpatient setting. *Int J Antimicrob Agents* 2007; 30: 530–536.
- Treibich C, Lescher S, Sagaon-Teyssier L et al.** The expected and unexpected benefits of dispensing the exact number of pills. *PLoS One* 2017; 12: e0184420.

ADRESA PRO KORESPONDENCI:

PhDr. Jaroslava Hasmanová Marhánková, Ph.D.

Katedra sociologie FSV UK  
 Smetanovo nábřeží 6, 110 01 Praha 1  
 e-mail: [jaroslava.marhankova@fsv.cuni.cz](mailto:jaroslava.marhankova@fsv.cuni.cz)

proLékárníky.cz

největší informační zdroj pro lékárníky



Přináší současné poznatky z farmacie  
 a celoživotní vzdělávání

- + Aktuality ze světa farmacie
- + Vzdělávací on-line kurzy kreditované ČLnK
- + Specializované zpravodaje  
 – žádné informace Vám neuniknou!


[www.prolekarniky.cz/registrace](http://www.prolekarniky.cz/registrace)

REGISTRACE ZDARMA

# Zdravotní gramotnost v mezinárodních doporučeních a studiích

Alena Šteflová<sup>1</sup>, Jan Dudra<sup>2</sup>

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

<sup>2</sup>Klaudiánova nemocnice, Mladá Boleslav

Čas. Léč. čes. 2025; 164: 14–16

## SOUHRN

Zdravotní gramotností rozumíme schopnosti získávat, hodnotit a aplikovat informace související se zdravím. Zdravotní gramotnost ovlivňuje motivace, zdravotní chování, ale i důvěru ve zdravotnické systémy. Pro rozvoj a zlepšování zdravotní gramotnosti v evropském kontextu je nezbytné měření zdravotní gramotnosti a mezinárodní srovnávání.

## KLÍČOVÁ SLOVA

zdravotní gramotnost, M-POHL, zdravotní péče

## SUMMARY

### Šteflová A, Dudra J. Health literacy in international recommendations and studies

Health literacy means the ability to acquire, evaluate and apply health-related information. Health literacy affects motivation, health behavior, but also trust in health systems. For the development and improvement of health literacy in the European context, it is necessary to measure health literacy and compare it internationally.

## KEYWORDS

health literacy, M-POHL, health care

## ÚVOD

Zdravotní gramotnost, tedy schopnost jednotlivců získávat informace související se zdravím, porozumět jim a aplikovat je, se stala klíčovým tématem v oblasti veřejného zdraví (1–3). Koncept zdravotní gramotnosti má v evropském kontextu dlouhou historii, přičemž jeho význam výrazně vzrostl v posledních letech. Pandemie COVID-19 zdůraznila zásadní roli zdravotní gramotnosti ve společnosti, kdy se ukázalo, že schopnost správně interpretovat a aplikovat rychle se vyvíjející a často protichůdné zdravotní informace může mít rozhodující vliv na zvládnutí krizových situací (4, 5). Nejenže krizová situace přinesla nároky na zpracování složitých informací, ale zároveň ukázala, jak nízká úroveň zdravotní gramotnosti může vést k dezinformacím, šíření strachu a nesprávnému chování v oblasti zdraví. Nedostatečná zdravotní gramotnost byla často označována jako faktor, který přispěl k neúspěchům v prevenci šíření pandemie.

## VÝZNAM ZDRAVOTNÍ GRAMOTNOSTI PRO CHOVÁNÍ A VNÍMÁNÍ LIDÍ

Vliv zdravotní gramotnosti na změnu chování je podpořen řadou studií, které ukazují, že vyšší úroveň zdravotní gramotnosti je klíčovým faktorem pro změnu zdravotního chování, včetně dodržování doporučení ohledně veřejného zdraví, a také důvěry ve zdravotnické systémy. Lidé, kteří mají vyšší úroveň zdravotní gramotnosti, jsou více motivováni přijímat doporučení týkající se zdraví a lépe se orientují v možnostech léčby a prevenci nemocí. Tato schopnost pozitivně ovlivňuje nejen jednotlivce, ale má i širší dopad na zlepšení veřejného zdraví a efektivitu zdravotní péče (6, 7).

## ROZVOJ ZDRAVOTNÍ GRAMOTNOSTI V EVROPSKÉM KONTEXTU

V evropském kontextu hraje významnou roli platforma M-POHL (*Action Network on Measuring Population and Organizational Health Literacy of WHO-Europe*), která byla vytvořena s cílem podpořit měření a rozvoj zdravotní gramotnosti na populaci i na úrovni zdravotnických organizací (8). Tento projekt, který byl spuštěn v roce 2017, zahrnuje dnes 27 členských zemí, včetně Česka. Koordinace aktivit M-POHL probíhá pod vedením Mezinárodního koordinačního centra (ICC) se sídlem ve Vídni a soustředí se na několik klíčových oblastí:

- Měření zdravotní gramotnosti:** Sběr a analýza údajů o úrovni zdravotní gramotnosti napříč různými zeměmi.
- Mezinárodní srovnání:** Porovnávání výsledků mezi zúčastněnými zeměmi s cílem identifikovat faktory ovlivňující úroveň zdravotní gramotnosti.
- Zlepšování zdravotní gramotnosti:** Identifikace opatření a intervencí, jež mohou vést ke zlepšení zdravotní gramotnosti a tím i k zajištění lepší zdravotní péče a prevenci nemocí.

## CÍLE M-POHL A JEJICH VÝZNAM

Cíle projektu M-POHL jsou jasně zaměřeny na zvyšování povědomí o zdravotní gramotnosti jako klíčovém faktoru pro zlepšení zdraví obyvatel. Důraz je kladen na poskytování vědecky podložených informací o zdravotní gramotnosti, které mohou být základem pro tvorbu zdravotní politiky. Dalším důležitým cílem je podpora mezinárodní spolupráce v oblasti výzkumu a zlepšování zdravotní gramotnosti, přičemž důraz je kladen na spravedlivý přístup k informacím a službám souvisejícím se zdravím pro všechny vrstvy populace, bez ohledu na jejich socioekonomický status.



**AKTUÁLNÍ PROJEKTY REALIZOVANÉ V RÁMCI M-POHL:**

- HLS<sub>24</sub>: monitorování úrovně zdravotní gramotnosti (M-POHL Health Literacy Population Survey 2024–2026);
- OHL (Organizational Health Literacy) – zdravotně gramotná organizace (míněno „zdravotnická“): tvorba sebehodnotících nástrojů pro nemocnice a primární péči;
- EVPOP (Evidence Based Policy and Practice): politika a praxe založená na důkazech.

Vídeňské koordinační centrum poskytuje ve spolupráci se svými členskými zeměmi nástroje a oficiální dokumenty klíčové pro činnost celé sítě M-POHL. Patří mezi ně především dotazníky pro měření zdravotní gramotnosti, standardizované metodologické příručky určené pro výzkumníky participujících na studiích zdravotní gramotnosti (metodologické pokyny pro sběr dat, analýzu, interpretaci výsledků), které zaručují, že měření je prováděno srovnatelně napříč zúčastněnými zeměmi.

Na základě těchto výstupů jsou vydávány mezinárodní zprávy a národní zprávy o zdravotní gramotnosti, které sumarizují výsledky výzkumu na mezinárodní úrovni tak jednotlivých zemí.

Platforma M-POHL poskytla svým členským zemím kompaktní, validní a psychometricky dobře fungující měřítko pro pravidelné sledování komplexní všeobecné zdravotní gramotnosti (ZG) u dospělé populace, nástroj vyvinutý pracovní skupinou konsorcia HLS<sub>19</sub> (Health Literacy Population Survey 2019–2021) HLS<sub>19</sub>-Q12. Aplikace tohoto opatření v 17 zemích evropského regionu Světové zdravotnické organizace (WHO) ukázala obecné průřezové trendy a rozdíly mezi zeměmi: značný podíl obyvatel s nízkou ZG, sociální gradient ZG a relevantní zdravotní důsledky spojené se ZG. Kromě toho v návaznosti na mezinárodní trend vnitřní diferenciací ZG konsorcium HLS<sub>19</sub> také vyvinulo, ověřilo a aplikovalo specifické nástroje pro měření 4 relevantních specifických aspektů ZG: digitální ZG, komunikační ZG, navigační ZG a vakcinační ZG.

Výsledky obecných ZG a 4 specifických ZG jsou k dispozici jako srovnávací mezinárodní zpráva, jako informační listy, národní zprávy a specifické publikace v mezinárodních recenzovaných časopisech (viz <https://m-pohl.net/results>). Na základě výsledků začaly zúčastněné země plánovat, vyvíjet a implementovat intervence k řešení nízké ZG a zlepšení ZG.

V současné době probíhá příprava šetření M-POHL Health Literacy Population Survey 2024–2026 (HLS<sub>24</sub>).

**ZDRAVOTNÍ GRAMOTNOST V ORGANIZACÍCH****PILOTNÍ PROJEKT V KLAUDIÁNOVĚ NEMOCNICI**

Jedním z hlavních zaměření platformy M-POHL je hodnocení a zlepšování zdravotní gramotnosti přímo ve zdravotnických zařízeních. Za tímto účelem byl vytvořen sebehodnotící nástroj *International Self-Assessment Tool for Organizational Health Literacy of Hospitals* (OHL-Hos), obsahující 8 standardů a více než 150 indikátorů. Ty pokrývají různé oblasti od školení personálu po zajištění přístupu pacientů k informacím o jejich zdraví, včetně úlohy, kterou sehrává dané zdravotnické zařízení na lokální/komunitní úrovni. Tento nástroj, který byl pilotně ověřen v 6 zemích (Rakousko, Německo, Itálie, Norsko, Srbsko a Česko), byl shledán jako vhodný, avšak pro jeho širší využití bylo doporučeno vytvoření kratší verze.

Výše uvedené pilotní šetření bylo v Česku zahájeno v roce 2023 v Klauidiánově nemocnici v Mladé Boleslavi. Klauidiánova

nemocnice se zapojením do tohoto projektu stala součástí širší iniciativy zlepšování zdravotní gramotnosti v evropských nemocnicích. Na základě výsledků pilotního projektu byly v Klauidiánově nemocnici vyvinuty konkrétní intervence a strategie, které mají vést ke zlepšení interní a externí komunikace nemocnice. Výsledky této pilotní studie byly prezentovány spolu s dalšími pilotními zeměmi na mezinárodní konferenci *European Public Health Association* (EUPHA) v Lisabonu v listopadu 2024 (9).

**ZDRAVOTNÍ GRAMOTNOST V PRIMÁRNÍ PĚČI**

Projekt M-POHL se nezaměřuje pouze na nemocnice, ale také na organizace primární zdravotní péče. V roce 2022 byla zahájena vývojová fáze pro OHL-PHC (*International Self-Assessment Tool for Organizational Health Literacy in Primary Health Care Services*), která se zaměřuje na hodnocení zdravotní gramotnosti v primární péči, včetně lékáren a ordinací praktických lékařů. Tento nástroj staví na zkušenostech z nemocničního sektoru a adaptuje je na specifika primární zdravotní péče s cílem zlepšit své postupy v oblasti komunikace s pacienty a poskytování informací o zdraví, léčbě a prevenci nemocí.

**VÝZNAM PRO TVORBU ZDRAVOTNÍ POLITIKY**

Zdravotní gramotnost je dnes považována za klíčový faktor pro dosažení lepšího zdraví a prevenci nemocí. Jak na úrovni Evropské unie, tak i na globální úrovni je tento koncept uznáván jako důležitý prvek pro zlepšení výsledků zdravotní péče. Evropská unie podporuje zvyšování úrovně zdravotní gramotnosti jako klíčový aspekt svého zdravotního programu, s cílem zlepšit zdravotní stav populace a zajistit rovný přístup k informacím a zdravotnickým službám pro všechny. Podpora z evropských fondů umožňuje financování projektů, které se zaměřují na zlepšení zdravotní gramotnosti, včetně *Joint Action Plan for Control of Non-Communicable Diseases* (NCDs).

**ZÁVĚR**

Zdravotní gramotnost je klíčovým faktorem pro zajištění lepšího zdraví obyvatel a účinné prevence nemocí. Mezinárodní iniciativy, jako je M-POHL, hrají klíčovou roli v podpoře a rozvoji zdravotní gramotnosti v Evropě a ve světě. Tyto iniciativy nejen poskytují nástroje pro měření a hodnocení zdravotní gramotnosti, ale také pomáhají formulovat a implementovat politiky, které mohou vést ke zlepšení zdravotního stavu populace. Podpora zdravotní gramotnosti ve zdravotnických organizacích je nezbytná pro zajištění kvalitní péče a efektivní komunikace mezi zdravotníky a pacienty.

**Literatura**

1. How tobacco smoke causes disease: the biology and behavioral basis for Kickbush I, Pelikan J, Apfel F et al. Health Literacy: The Solid Facts. WHO. Dostupné na: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/128703/e96854.pdf>
2. Sørensen K, Van den Broucke S, Fullam J et al. Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health* 2012; 12: 80.
3. Pelikan Jm, Röthlin F, Ganahl K. Comparative report on health literacy in eight EU member States (second extended and revised version). *The European Health Literacy Survey*, 2012.
4. Dietscher C, Pelikan J. Health-literate hospitals and healthcare organizations – results from an Austria feasibility study of the self-assessment of organizational health literacy in hospitals. In: Schaeffer D, Pelikan J (eds.). *Health Literacy Forschungsstand und Perspektiven. Hogrefe*, Bern, 2017.

5. Pelikan J. Health-literate healthcare organization. In: Okan O, Bauer U, Pinheiro P et al. (eds.). International handbook of health literacy – research, practice and policy across the life-span. *Policy Press*, Bristol, 2019.
6. Health Literacy in the 21st Century: Policy and Implementation Guide. *OECD*, 2020.
7. International report on the methodology, results and recommendations of the European health literacy population survey 2019–2021 (HLS19) of M-POHL. *The HLS19 Consortium of the WHO Action Network M-POHL*. Dostupné na: <https://m-pohl.net/NB1>
8. Action Network on Measuring Population and Organizational Health Literacy (M-POHL). *WHO*. Dostupné na: [www.who.int/europe/groups/action-network-on-measuring-population-and-organizational-health-literacy-\(m-pohl\)](http://www.who.int/europe/groups/action-network-on-measuring-population-and-organizational-health-literacy-(m-pohl))
9. Conference on Health Literacy and Organizational Health Literacy in Hospitals. *European Public Health Association (EUPHA)*, 2024.

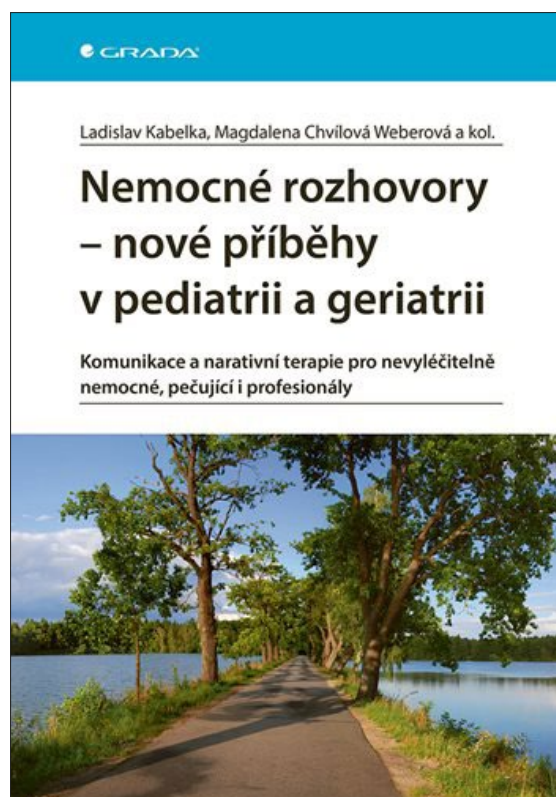
ADRESA PRO KORESPONDENCI:

**MUDr. Alena Šteflová, Ph.D., MPH**  
 Ústav pro zdravotní gramotnost, z. ú.  
 Sokolská 490/31, 120 00 Praha 2  
 e-mail: [alena@steflova.cz](mailto:alena@steflova.cz)

RECENZE

# Nemocné rozhovory – nové příběhy v pediatrii a geriatrii

Kabelka L, Chvilová Weberová M. *Grada*, Praha, 2025. 364 s., ISBN 978-80-271-5380-0



Člověk vlastně celý život plánuje, co udělá zítra, za týden, za rok. Plánuje tak, jako by vlastně život nikdy neskončil. A to je asi dobře. Ale jak se píše v Prvním listě Petrově: „Každý člověk je jako tráva, všechna jeho sláva jako polní květ. Uсыchá tráva, kvítí uvaďá.“ (Petr 1:24 B21)

Bojíme se, co bude zítra, co bude za týden, za rok a bojíme se budoucnosti. Chystáme se na ni. Děláme to vlastně celý život. Daleko více si děláme starosti s tím, co bude, než s tím, co je. Pokud bych opět zabrousil k Bibli, tak v tomto apoštola Petra vhodně doplňuje Evangelium podle Matouše: „Nedělejte si tedy starosti kvůli zítřku, neboť zítřek bude mít své vlastní starosti. Každý den má dost vlastního trápení.“ (Matouš 6:34)

Kniha docenta Ladislava Kabelky „Nemocné rozhovory – nové příběhy“ je o tomto všem. Není o umírání a smrti, ale je o životě a o posledních chvílích člověka. Je plná skutečných příběhů, moudrosti a lidskosti. Není to ale smutná kniha. Prostě každý život jednou skončí. I když si to málokdo přizná, každý se bojí smrti, a když ne smrti, tak umírání. A tato kniha je i o tomto strachu a o tom, co s tím dělat.

Je to ovšem i odborná publikace. Je zde vysvětlena řada postupů a odborných doporučení, doplněných daty a fakty. Je zde řada metodických postupů a návodů. Přitom je vše psané opravdu velmi citlivě. Takže žádná suchá akademická učebnice – a to je velmi dobře. Kniha může sloužit všem těm, kdo se paliativní medicínou zabývají, ale i těm, kdo o ní nic neví.

Autoři této publikace odvedli opravdu velký kus poctivé práce a odvádějí ji i v praxi paliativní medicíny. Řada pozitivních změn v této oblasti je jejich zásluhou a za to bych jim chtěl opravdu ze srdce poděkovat.

**Vlastimil Válek**

# Komunikační zdravotní gramotnost válečných uprchlíků z Ukrajiny v Česku

Karolína Dobiášová

<sup>1</sup>Ústav veřejného zdravotnictví a medicínského práva 1. LF UK v Praze

<sup>2</sup>Ústav pro zdravotní gramotnost, z. ú.

Čas. Léč. čes. 2025; 164: 17–24

## SOUHRN

Komunikační zdravotní gramotnost je klíčová pro efektivní interakci mezi pacienty a zdravotníky. Její omezení může vést k nerovnostem v oblasti zdraví. Ukrajínští váleční uprchlíci čelí překážkám při přístupu ke zdravotní péči, zejména kvůli jazykovým a kulturním bariérám. Studie analyzuje jejich úroveň komunikační zdravotní gramotnosti a srovnává ji s českou populací.

Kvantitativní výzkum využil standardizovaný dotazník HLS<sub>19</sub>-COM-P. V listopadu 2023 bylo metodou sběru dat prostřednictvím on-line dotazníku (CAWI) dotázáno 1182 ukrajinských uprchlíků. Analýza probíhala v softwaru IBM SPSS Statistics verze 28.

Komunikační zdravotní gramotnost uprchlíků byla výrazně nižší než u české populace. Největší bariéry zahrnovaly obtíže s vyjadřováním zdravotních problémů (40 %), pokládáním otázek lékařům (50 %) a sdílením rozhodování (55 %). Nízká úroveň komunikační zdravotní gramotnosti byla spojena s horším využíváním zdravotní péče. Pro snížení nerovností ve zdraví je nutné posílit jazykovou podporu uprchlíků, zvýšit dostupnost interkulturních pracovníků a zavést edukační programy na zlepšení komunikační zdravotní gramotnosti.

## KLÍČOVÁ SLOVA

komunikační zdravotní gramotnost, uprchlíci z Ukrajiny, Česko, nerovnosti ve zdraví

## SUMMARY

### Dobiášová K. Communication health literacy of war refugees from Ukraine in the Czech Republic

Communicative health literacy is essential for effective interaction between patients and healthcare professionals. Its limitations may contribute to health inequalities. Ukrainian war refugees face significant barriers in accessing healthcare, primarily due to language and cultural differences. This study analyses their level of communicative health literacy and compares it with the Czech population.

A quantitative study was conducted using the standardized HLS<sub>19</sub>-COM-P questionnaire. In November 2023, 1,182 Ukrainian refugees were surveyed using the CAWI method. Data analysis was performed using IBM SPSS Statistics software version 28.

The communicative health literacy of refugees was significantly lower than that of the Czech population. The most significant barriers included difficulties in expressing health problems (40%), asking questions to physicians (50%), and participating in shared decision-making (55%). A low level of communicative health literacy was associated with poorer utilization of healthcare services.

To reduce health inequalities, it is necessary to strengthen language support for refugees, increase the availability of intercultural mediators, and implement educational programs aimed at improving communicative health literacy.

## KEYWORDS

communicative health literacy, Ukrainian refugees, Czech Republic, health inequalities

## ÚVOD

V Česku pobývalo ke konci roku 2024 více než 380 000 válečných uprchlíků z Ukrajiny a v časovém období od počátku války na Ukrajině (únor 2022) do prosince 2024 zažádalo o status dočasné ochrany na českém území více než 600 tisíc uprchlíků (1). Vyšší počet pacientů z odlišného kulturního prostředí a s omezenou znalostí českého jazyka klade zvýšené nároky na české lékaře a sestry v oblasti komunikace (2, 3). Na druhé straně mnoho z těchto uprchlíků z důvodu jazykové bariéry a nedostatečné orientace v českém systému zdravotní péče čelí vážným problémům při komunikaci se zdravotníky (2–4). Zároveň řada studií prokazuje, že dobrá komunikace ve zdravotnictví je spojena s širokým spektrem pozitivních zdravotních výsledků a přispívá k pracovní spokojenosti zdravotnických pracovníků (5).

Kvalita komunikace mezi pacienty a zdravotnickými pracovníky (zejména lékaři) je jedním z hlavních zájmů pacientů a rovněž významným ukazatelem jejich spokojenosti se

zdravotní péčí (6). Narůstající důraz na kvalitní komunikaci ve zdravotnictví souvisí se změnou role pacientů, kdy stále větší pozornost je věnována sdílenému rozhodování a většímu zapojení pacientů do léčby (7). Proto jsou také považovány komunikace ve zdravotnictví a aktivní účast pacienta za důležité součásti zdravotní gramotnosti (6).

Světová zdravotnická organizace (WHO) považuje zdravotní gramotnost za „klíčový determinant“ zdraví jednotlivců, komunit i zdravotnických systémů (8). Zdravotní gramotností rozumíme „dovednosti získávat, chápat, hodnotit a používat informace týkající se zdraví tak, aby byl jedinec schopen rozhodovat o zdravotní péči, prevenci nemocí a podpoře zdraví“ (9). Zdravotní gramotnost je jedním z nejčastěji studovaných prediktorů zdravotního chování pacientů, přičemž se opakovaně ukazuje, že lidé a pacienti s nižší úrovní zdravotní gramotnosti mají horší zdravotní stav než lidé a pacienti s vyšší úrovní zdravotní gramotnosti (10). Zvýšení úrovně zdravotní gramotnosti je tedy cestou ke snížení nákladů na zdravotní péči (11).

Zdravotní gramotnost je zkoumána nejen v její celkové úrovni, ale také v jejích specifických oblastech, kam patří i zdravotní gramotnost komunikační (6). Komunikační zdravotní gramotnost je definována jako „komunikační a sociální dovednosti pacientů, které jim umožňují aktivně se zapojit do osobních interakcí s poskytovateli zdravotní péče, sdělovat a vyhledávat informace, porozumět jim a aplikovat je při rozhodování a spoluvytváření zdravotní péče o vlastní osobu“. (6, 12) Komunikační zdravotní gramotnost je spojována s cílem větší autonomie a posílení role pacienta (12).

Zatímco sledování kvality komunikace ve zdravotnictví je předmětem výzkumů již od konce 60. let 20. století a souvisí s rozvojem medicíny zaměřené na pacienta (PCM – *patient-centered medicine*) (13), výzkumů zaměřených na měření komunikační zdravotní gramotnosti je zatím poměrně málo (6). Nicméně v posledních dvaceti letech byly vyvinuty různé nástroje měření komunikační zdravotní gramotnosti (14–16). Komplexním nástrojem pro měření komunikační zdravotní gramotnosti je výzkumný nástroj HLS<sub>19</sub>-COM-P, který integruje zdravotní gramotnost s klíčovými komunikačními úkoly pacientů během lékařských konzultací (17). Tento dotazník hodnotí základní kompetence pacientů při zpracování informací v 6 hlavních komunikačních fázích interakce mezi lékařem a pacientem dle konceptuálního rámce *Calgary-Cambridge Guide to the Medical Interview* (6, 18):

1. zahájení sezení
2. sběr informací
3. strukturování průběhu sezení
4. budování vztahu;
5. vysvětlení a plánování
6. ukončení sezení

Práce předkládá výsledky kvantitativního šetření komunikační zdravotní gramotnosti u reprezentativního vzorku ukrajinských uprchlíků, kteří po únoru 2022 v důsledku válečného konfliktu na Ukrajině uprchli do Česka. Výsledky šetření jsou diskutovány ve vztahu k odborné literatuře prezentující výsledky šetření komunikační zdravotní gramotnosti české populace a k zahraničním výzkumným studiím zaměřeným na komunikační zdravotní gramotnost a komunikaci ve zdravotnictví u uprchlíků/migrantů s ohledem na možné intervence.

## METODOLOGIE

Cílem výzkumu bylo zjistit, jaká je komunikační zdravotní gramotnost ukrajinských uprchlíků, kteří přišli do Česka v období po únoru 2022. Ke sběru dat byl využit standardizovaný dotazník HLS<sub>19</sub>-COM-P. Využita byla kratší 6složková verze dotazníku, která obsahovala otázky monitorující komunikační zdravotní gramotnost v jednotlivých komunikačních fázích interakce lékaře a pacienta:

- Jak snadné/obtížné je pro vás vysvětlit svůj zdravotní problém svému lékaři?
- Jak snadné/obtížné je pro vás mít dostatek času na konzultaci se svým lékařem?
- Jak snadné/obtížné je pro vás podílet se na rozhodování o svém zdraví v dialogu se svým lékařem?
- Jak snadné/obtížné je pro vás položit svému lékaři během konzultace nějaké otázky?
- Jak snadné/obtížné je pro vás vyjádřit své osobní názory a preference svému lékaři?
- Jak snadné/obtížné je pro vás vzpomenout si, co vám říkal váš lékař?

Respondenti na otázky odpovídali na škále od velmi snadné po velmi obtížné. Dotazník byl k dispozici v ukrajinském a českém jazyce. Dotazování probíhalo v listopadu 2023 na reprezentativním vzorku 1182 ukrajinských uprchlíků starších 18 let. Vzorek byl reprezentativní z hlediska pohlaví, věku, kraje, vzdělání a měsíce příjezdu do Česka. Vzorek byl dovažován na základě posledních dostupných dat ministerstva vnitra o populaci osob s dočasnou ochranou v Česku. Sociodemografické charakteristiky respondentů ukazuje *tab. 1*.

Sběr dat probíhal prostřednictvím on-line dotazníku (CAWI). Sběry dat zajišťoval *Data core facility* (DCF) projektu Národního institutu pro výzkum socioekonomických dopadů nemocí a systémových rizik (SYRI) v rámci šířeji zaměřeného Panelového šetření ukrajinských uprchlíků – 7. vlny (19). Na sběru dat se podílel Sociologický ústav AV ČR, v. v. i., ve spolupráci se společností PAQ Research, která realizuje longitudinální kvantitativní výzkum ukrajinské uprchlické populace v Česku, tj. mezi uprchlíky, kteří do Česka přišli v důsledku ruské invaze na Ukrajinu 24. února 2022. Data byla zpracována pomocí statistického softwaru IBM SPSS Statistics verze 28. Článek předkládá výsledky základní deskriptivní analýzy a testování rozdílů mezi skupinami (chí-kvadrát test, T-test) na hladině významnosti 0,05.

**Tab. 1** Sociodemografické charakteristiky respondentů

Pohlaví (%)	
Muž	34,3
Žena	65,7
Věk (%)	
18–25	11,9
26–35	31,6
36–45	48,2
60+	8,3
Vzdělání (%)	
Střední bez maturity (a nižší)	4,2
Střední s maturitou	6,7
Vyšší odborné	13,3
Vysokoškolské	75,8
Ekonomický status (%)	
Zaměstnanec	52,7
OSVČ/podnikatel	14,6
Mateřská/rodičovská dovolená	9,8
Bez zaměstnání	5,0
V důchodu (invalidní/starobní)	6,6
Student	6,5
V domácnosti	4,7

## VÝSLEDKY

### VYUŽÍVÁNÍ ČESKÉHO ZDRAVOTNÍHO SYSTÉMU ZE STRANY UKRAJINSKÝCH UPRCHLÍKŮ

V rámci výzkumu bylo u respondentů kromě komunikační zdravotní gramotnosti sledováno i jejich využívání českého zdravotnického systému (*tab. 2*). Otázky směřovaly na jejich registraci u praktického lékaře a využívání zdravotních služeb v Česku. Ukázalo se, že 60 % dotázaných ukrajinských uprchlíků je zde registrováno u praktického lékaře, zatímco

**Tab. 2** Využívání českého zdravotního systému

Registrace u praktického lékaře (%)	
ANO	60
NE	40
Čerpání zdravotní péče u lékaře v Česku s konkrétním zdravotním problémem (%)	
ANO	68
NE, ale potřeboval/a jsem	12
NE, nepotřeboval/a jsem	20

40 % svého praktického lékaře nemá. Další otázka směřovala na to, zda dotázaní byli osobně od příchodu do Česka u lékaře s konkrétním zdravotním problémem. Na tuto otázku odpovědělo kladně 68 %, cca 12 % odpovědělo, že péči nečerpali, i když ji potřebovali, a 20 % péči nečerpalo a nepotřebovalo ji.

### KOMUNIKAČNÍ ZDRAVOTNÍ GRAMOTNOST UKRAJINSKÝCH UPRCHLÍKŮ V ČESKU

V následujících interpretacích výsledků jsme nezahrnuli ty respondenty, kteří na otázky odpověděli „nevím“, „nechci odpovědět“. Podíl těchto respondentů je patrný z grafu na obr. 7. Na první otázku, jak je snadné/obtížné vysvětlit svůj zdravotní problém lékaři, odpovědělo cca 40 % respondentů, že je to pro ně obtížné nebo velmi obtížné. Více než polovina dotázaných uvedla, že to pro ně bylo snadné, a pro 8 % dokonce velmi snadné (obr. 1).

V otázce ohledně dostatku času na konzultaci s lékařem považovalo 42 % dotázaných získání času za obtížné nebo velmi obtížné. Pro 57 % ukrajinských uprchlíků bylo získání

dostatečného času pro konzultaci naopak snadné či velmi snadné (obr. 2).

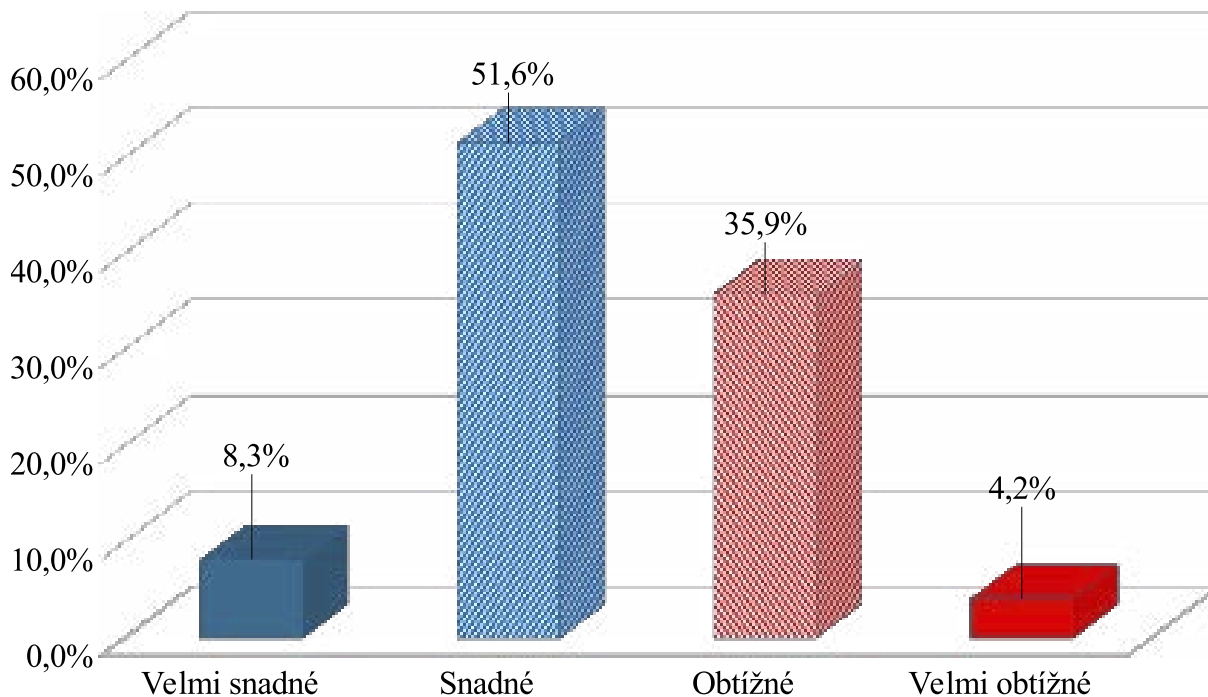
Pro polovinu ukrajinských uprchlíků bylo obtížné a velmi obtížné podílet se na rozhodování spolu s lékařem. Zhruba stejný podíl dotázaných hodnotil sdílené rozhodování jako snadné a velmi snadné (obr. 3).

Více než polovina dotázaných měla problém položit svému lékaři během konzultace nějakou otázku; 48 % uprchlíků to hodnotilo jako snadné či velmi snadné (obr. 4).

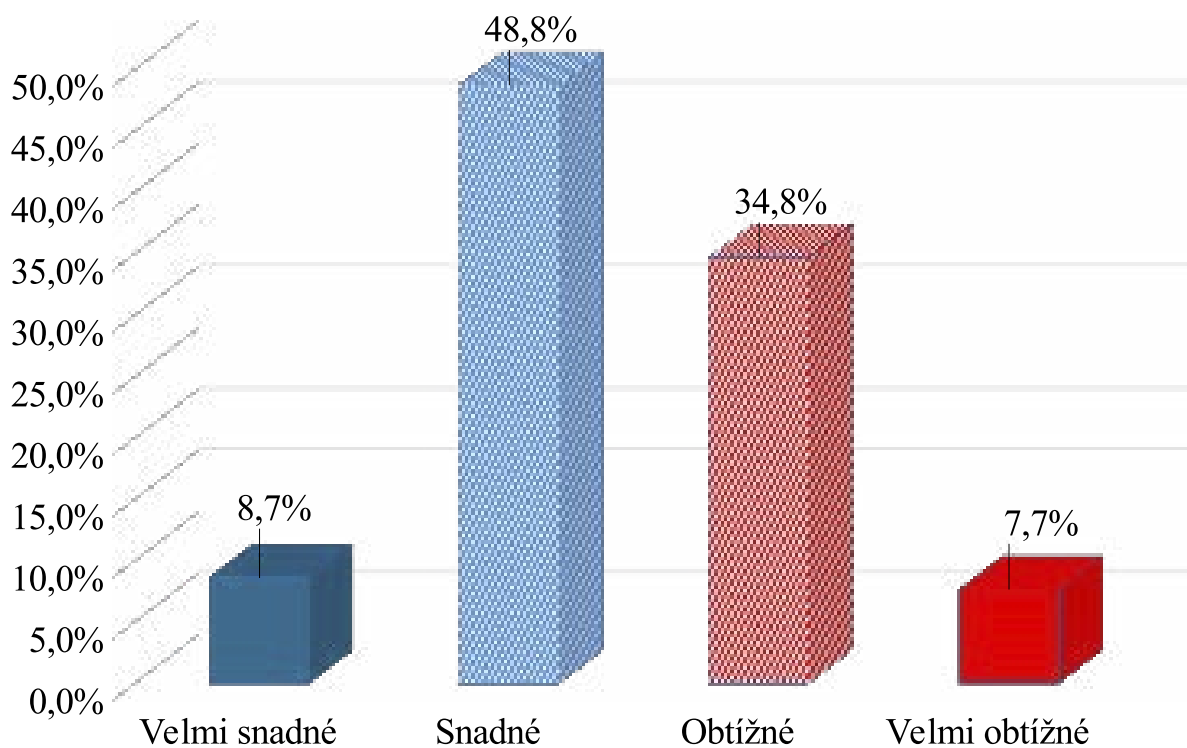
Nejnáročnější bylo pro uprchlíky vyjádřit svému lékaři osobní názory a preference, kdy jako obtížné či velmi obtížné to hodnotilo více než 55 % dotázaných. Pro 45 % to bylo snadné a velmi snadné (obr. 5).

Méně problémů činilo dotázaným zapamatování si závěrů konzultace s lékařem, kdy obtížné nebo velmi obtížné to bylo pro cca 37 % dotázaných. Téměř tři čtvrtiny uprchlíků uvedly, že to pro ně bylo snadné či velmi snadné (obr. 6).

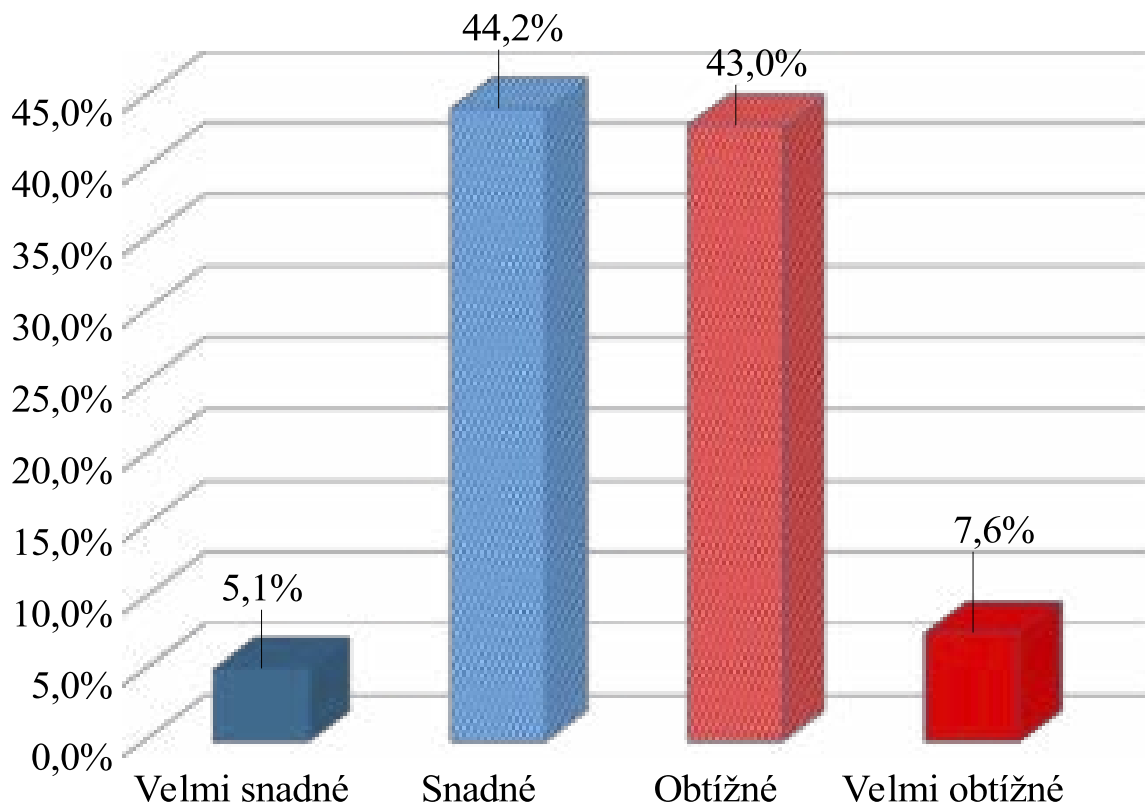
U ukrajinských uprchlíků nebyla prokázána souvislost komunikační zdravotní gramotnosti se socioekonomickými proměnnými. Z hlediska demografických ukazatelů se ve většině otázek neprokázala ani souvislost s pohlavím. Jen pro ženy bylo obtížnější mít dostatek času na konzultaci s lékařem a muži častěji volili variantu „nevím“, „nechci odpovědět“ na otázky týkající se sdíleného rozhodování. Závažným zjištěním našeho výzkumu je skutečnost, že uprchlíci s nízkou mírou komunikační zdravotní gramotnosti signifikantně častěji nejsou v Česku registrováni u praktického lékaře. Vliv nedostatečné komunikační zdravotní gramotnosti na nerovný přístup ke zdravotní péči dokládá i fakt, že uprchlíci s nedostatečnou komunikační zdravotní gramotností byli významně častěji zastoupeni ve skupině dotázaných, která v Česku nečerpala zdravotní péči, i když jí potřebovala.

**Obr. 1** Komunikační zdravotní gramotnost – vysvětlení zdravotního problému

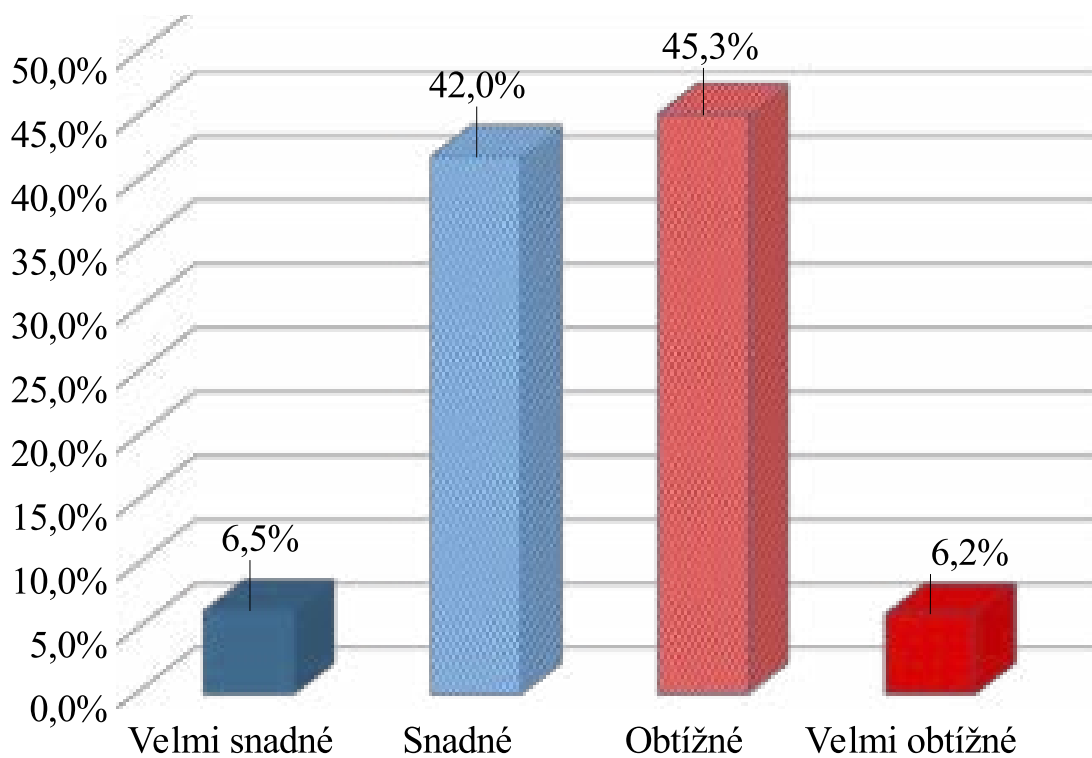
## PŮVODNÍ PRÁCE



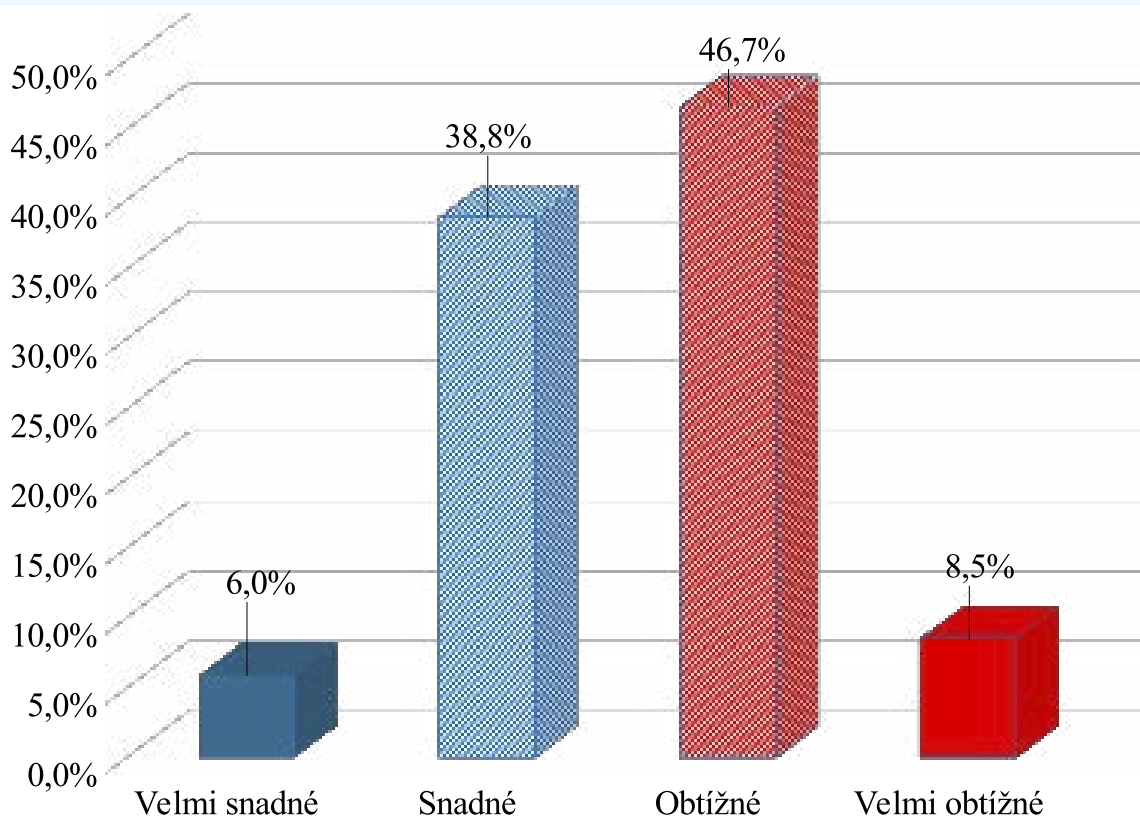
Obr. 2 Komunikační zdravotní gramotnost – dostatečný čas pro konzultaci s lékařem



Obr. 3 Komunikační zdravotní gramotnost – podílení se na rozhodování o zdraví

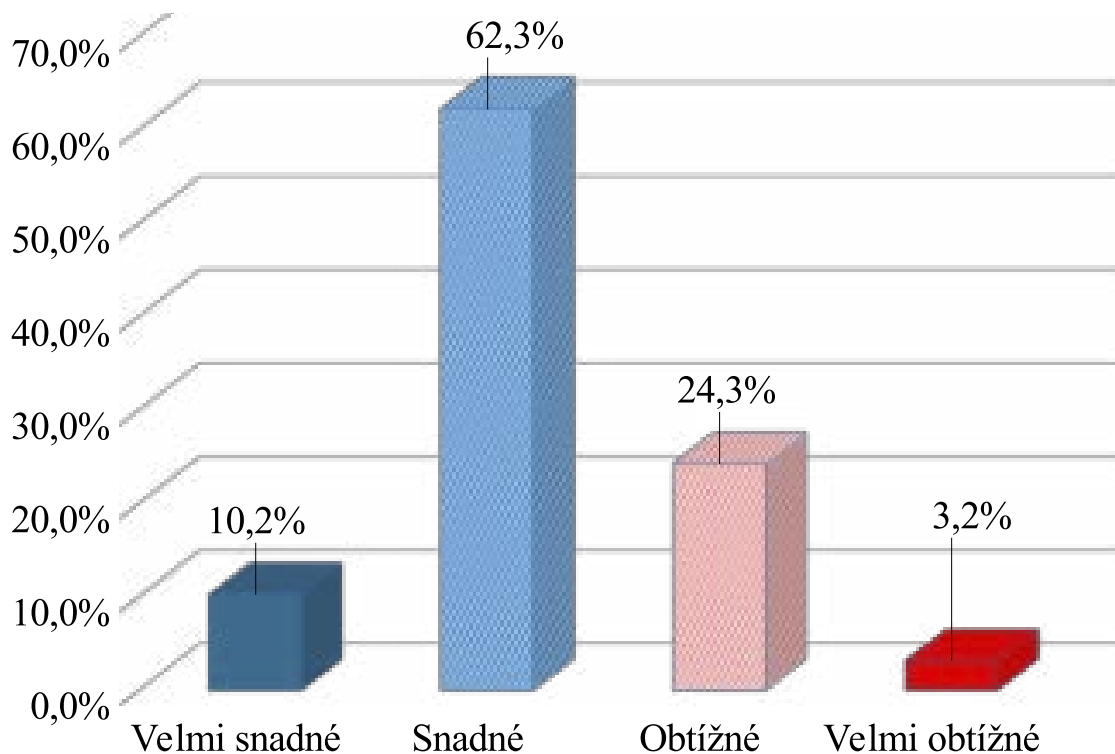


Obr. 4 Komunikační zdravotní gramotnost – pokládání otázek lékaři



Obr. 5 Komunikační zdravotní gramotnost – vyjádření osobních názorů a preferencí

## PŮVODNÍ PRÁCE



Obr. 6 Komunikační zdravotní gramotnost – zapamatovat si závěry z konzultace

### SROVNÁNÍ KOMUNIKAČNÍ ZDRAVOTNÍ GRAMOTNOSTI UKRAJINSKÝCH UPRCHLÍKŮ V ČESKU A ČESKÉ POPULACE

Jak ukázaly naše výsledky, podstatná část ukrajinských uprchlíků má obtíže při komunikaci v rámci zdravotního systému a vykazují nízkou míru komunikační zdravotní gramotnosti. Tato skutečnost je zjevná při srovnání našich výsledků s výsledky reprezentativního šetření zdravotní gramotnosti české populace, které realizovala v rámci Mezinárodní studie M-POHL 2019 Česká lékařská společnost JEP ve spolupráci s Ústavem pro zdravotní gramotnost, Všeobecnou zdravotní pojišťovnou, Sdružením zdravotních pojišťoven a agenturou STEM na přelomu roku 2020 a 2021 (20). V rámci tohoto šetření bylo dotázáno metodou CAWI a formou osobního kontaktu, kdy tazatel pokládá respondentovi otázky a získané odpovědi zaznamená do elektronického dotazníku (CAPI) 1650 respondentů starších 18 let (21).

Jak ukazuje graf na obr. 7, ukrajinští uprchlíci v otázkách zaměřených na komunikační zdravotní gramotnost hodnotili komunikaci s lékařem jako obtížnou či velmi obtížnou v rozmezí 26–53 % při zohlednění odpovědí „nevím“, „nechci odpovídat“. Ve srovnání s tím vyjádřilo v rámci české populace obtíže při komunikaci u jednotlivých otázek 10–23 % respondentů, kdy česká populace v mezinárodním srovnání patří mezi země s průměrnou komunikační zdravotní gramotností na podobné úrovni jako např. Dánsko nebo Francie (6).

Největší rozdíl mezi českou populací a ukrajinskými uprchlíky je v otázce vysvětlování zdravotního problému (38 % uprchlíků vs. 10 % české populace ji označilo za obtížnou či velmi obtížnou) a pokládání otázek během konzultace (50 % uprchlíků vs. 13 % české populace pocívalo obtíže).

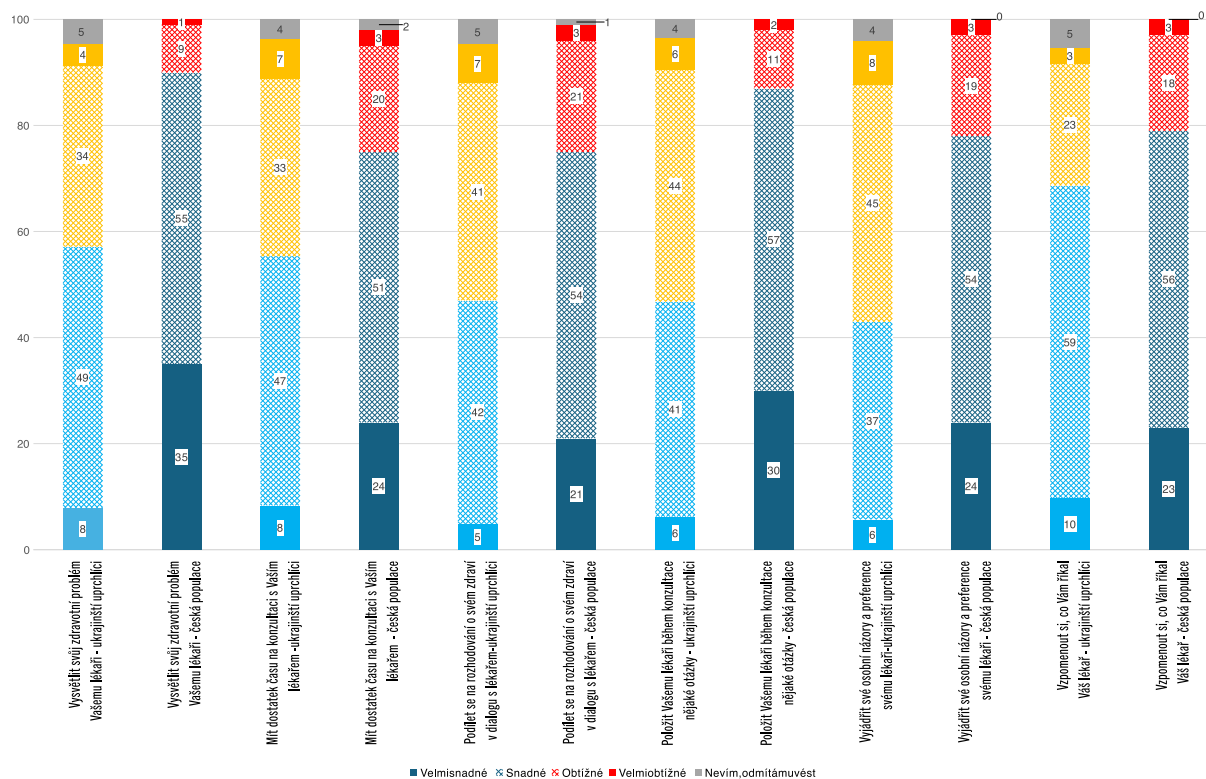
Dvojnásobnou míru obtíží oproti české populaci vykazovali uprchlíci rovněž v oblasti sdíleného rozhodování (48 vs. 24 %). Naopak nejmenší rozdíl byl u otázky zaměřené na schopnost pacientů vzpomenout si, co říkal lékař v průběhu konzultace, kdy mělo obtíže 26 % uprchlíků a 21 % české populace.

### DISKUSE

Tato studie ukázala, že komunikační zdravotní gramotnost ukrajinských válečných uprchlíků v Česku je významně nižší než u obecné populace. Naše zjištění jsou v souladu s předchozími výzkumy, které identifikovaly migraci jako faktor spojený s nižší (nejen komunikační) zdravotní gramotností (22, 23). Například studie z roku 2014, která zkoumala úroveň zdravotní gramotnosti mezi dospělými migranty a uprchlíky, kteří navštěvovali vybrané jazykové školy pro imigranty a uprchlíky ve Švédsku, ukázala, že většina účastníků výzkumu měla nedostatečnou nebo omezenou funkční i komplexní zdravotní gramotnost (22). Rovněž výzkum zabývající se porovnáním úrovně zdravotní gramotnosti mezi nově příchozími muži z oblasti subsaharské Afriky v Centru pro dočasný pobyt imigrantů ve španělské enklávě Melilla v severní Africe a evropskou populací (údaje o zdravotní gramotnosti evropské populace byly získány z Evropského průzkumu zdravotní gramotnosti /HLS-EU – *European Health Literacy Survey*/ z roku 2011) prokázal, že migranti mají nižší zdravotní gramotnost a častěji spadají do kategorie „problematičká“ zdravotní gramotnost (23).

Jedním z nejvýznamnějších zjištění naší studie je skutečnost, že uprchlíci s nižší komunikační zdravotní gramotností častěji nebyli registrováni u praktického lékaře a zároveň





Obr. 7 Srovnání komunikační zdravotní gramotnosti ukrajinských uprchlíků a české populace

častěji nečerpali zdravotní péči, i když ji potřebovali. Tento výsledek naznačuje, že omezené komunikační dovednosti mohou přímo ovlivnit nerovný přístup ke zdravotním službám a tím přispívat ke zdravotním nerovnostem (23, 24).

Schopnost porozumět zdravotním informacím a efektivně komunikovat se zdravotnickými pracovníky souvisí u uprchlíků/migrantů zejména s jazykovou bariérou, kulturními rozdíly a omezeným přístupem k informacím (9, 25). Nezanedbatelnou roli hrají i sociální determinanty zdraví, kdy je schopnost uprchlíků porozumět zdravotním informacím a využívat je ovlivněna faktory jako socioekonomický status, vzdělání a předchozí zkušenosti se zdravotní péčí v domovské zemi (3, 4, 25). Komunikace a terapeutický vztah mohou být vážně narušeny i předsudky na straně zdravotnického personálu a kulturními stereotypy, které nezřídka vedou k nesprávným předpokladům o zdravotních potřebách a očekáváních pacientů-uprchlíků (3).

Na druhé straně řada autorů zdůrazňuje edukativní roli zdravotnických profesionálů směrem k této zranitelné skupině, kdy komunikace a poskytování informací způsobem, který je pro uprchlíky/migranty srozumitelný, může výrazně zlepšit jejich schopnost získávat a využívat zdravotní informace a tím přispět ke snížení zdravotních nerovností (23). V této souvislosti řada autorů zdůrazňuje význam kulturní kompetence a citlivosti v komunikaci mezi zdravotnickými pracovníky a uprchlíky/migranty, které mohou přispět ke zlepšení (nejen komunikační) zdravotní gramotnosti a celkového zdraví těchto skupin (24, 26).

Ke zvyšování kulturní citlivosti zdravotnických pracovníků může pomoci interkulturní vzdělávání zdravotnických

pracovníků (3, 4, 24, 25). Jeho součástí by měly být i informace o (komunikační) zdravotní gramotnosti uprchlíků/migrantů (27).

Zároveň by uprchlíci/migranti měli mít snadný přístup k informacím, které potřebují pro udržení a zlepšení svého zdraví, včetně informací o svých právech na zdravotní péči (24, 28).

Důležité jsou i intervence související s navigací uprchlíků/migrantů v rámci zdravotnického systému. Může se jednat o překlady materiálů pro pacienty do jejich rodného jazyka, využívání různých obrázků, piktogramů, fotografií, videí či audionahrávek, ale také zapojování tlumočnicků se zdravotnickými znalostmi nebo interkulturními pracovníky do zdravotnického systému (25, 27). Jako příklad dobré praxe pro zvýšení komunikační zdravotní gramotnosti může sloužit i zařazení zdravotní komunikace do standardních kurzů občanské orientace pro uprchlíky/migranty (29). Do intervencí zaměřených na zvyšování (nejen komunikační) zdravotní gramotnosti uprchlíků by se měli zapojovat také lidé z této komunity (27). Efektivní podpora komunikační zdravotní gramotnosti ukrajinských uprchlíků také vyžaduje širší strukturální opatření na úrovni systému zdravotnictví, včetně spolupráce různých aktérů (např. státní správa, poskytovatelé služeb, neziskový sektor, obce a kraje) (30).

## ZÁVĚR

Studie poskytla detailní vhled do komunikační zdravotní gramotnosti ukrajinských válečných uprchlíků v Česku. Zjištění naznačují, že omezené komunikační dovednosti

představují významnou bariéru pro přístup ke zdravotní péči a mohou přispívat ke zdravotním nerovnostem.

Na základě těchto výsledků jsou formulována následující doporučení pro praxi:

- Zlepšení jazykové podpory ukrajinským uprchlíkům, včetně dostupnosti tlumočnických služeb, zdravotních informací v ukrajinštině a využití interkulturních pracovníků v rámci zdravotnických zařízení. To může přispět k lepší orientaci uprchlíků ve zdravotním systému a usnadnit jejich komunikaci s lékaři.
- Zavedení vzdělávacích programů pro uprchlíky zaměřených na posílení dovedností potřebných pro efektivní komunikaci ve zdravotnictví.
- Zvýšení kulturní kompetence zdravotnického personálu prostřednictvím interkulturního vzdělávání.
- Podpora registrace ukrajinských uprchlíků u praktických lékařů jako klíčového kroku pro usnadnění přístupu k péči.

Další výzkum by se měl zaměřit na efektivitu konkrétních intervencí zaměřených na zlepšení zdravotní gramotnosti uprchlíků a na dlouhodobé dopady nízké komunikační zdravotní gramotnosti na jejich zdravotní stav. Implementace cílených opatření může přispět ke snížení zdravotních nerovností a k vytvoření inkluzivnějšího zdravotního systému.

## Poděkování

Tato práce vznikla v rámci projektu NPO „Národní institut pro výzkum socioekonomických dopadů nemocí a systémových rizik“ č. LX22NPO5101, financovaného Evropskou unií – Next Generation EU (MŠMT, NPO: EXCELES).

V této publikaci byla využita data, která byla získána prostřednictvím datových služeb projektu Czech Social Science Data Archive / European Social Survey – Czech Republic (CSDA/ESS-CZ). Projekt výzkumné infrastruktury CSDA/ESS-CZ podporuje MŠMT v rámci grantu č. LM203046.

## Literatura

1. Ministerstvo vnitra ČR. Statistika v souvislosti s válkou na Ukrajině, prosinec 2024. Dostupné na: <https://mv.gov.cz/clanek/statistika-v-souvislosti-s-valkou-na-ukrajine-archiv.aspx>
2. Refugee and migrant health system review: challenges and opportunities for long-term health system strengthening in Czechia. WHO, Geneva, 2024. Dostupné na: [www.who.int/wip-content/uploads/2024/08/Refugee-and-migrant-health-system-review-March-1-Czechia-Country-Assessment-FINAL.pdf](http://www.who.int/wip-content/uploads/2024/08/Refugee-and-migrant-health-system-review-March-1-Czechia-Country-Assessment-FINAL.pdf)
3. Kopsa Těšínová J, Dobiášová K, Jelínková M et al. Professionals' and intercultural mediators' perspectives on communication with Ukrainian refugees in the Czech healthcare system. *Health Expect* 2024; 27: e14171.
4. Jelínková M, Dobiášová K, Těšínová J, Koščík M. Zkušenosti lékařů s interkulturními rozdíly v komunikaci s ukrajinskými uprchlíky v době rusko-ukrajinského ozbrojeného konfliktu. *Čas Lék čes* 2023; 162: 69–75.
5. Street RL, Makoul G, Arora NK, Epstein RM. How does communication heal? Pathways linking clinician-patient communication to health outcomes. *Patient Educ Couns* 2009; 74: 295–301.
6. International Report on the Methodology, Results, and Recommendations of the European Health Literacy Population Survey 2019–2021 (HLS<sub>19</sub>) of M-POHL. The HLS<sub>19</sub> Consortium of the WHO Action Network M-POHL. 2021. Dostupné na: <https://m-pohl.net/sites/m-pohl.net/files/inline-files/HLS19%20International%20Report.pdf>
7. Meijers J, Noordman J, Spreeuwenberg P et al. Shared decision-making in general practice: an observational study comparing 2007 with 2015. *Fam Pract* 2019; 36: 357–364.
8. Fox S, Kramer E, Agrawal P et al. Refugee and migrant health literacy interventions in high-income countries: a systematic review. *J Immigr Minor Health* 2022; 24: 207–236.
9. Kickbusch I, Wait S, Maag D. Navigating health: the role of health literacy. *Alliance for Health and the Future*, 2006. Dostupné na: <https://ilcuk.org.uk/navigating-health-the-role-of-health-literacy>

10. McDonald M, Shenkman LJ. Health literacy and health outcomes of adults in the United States: implications for providers. *Internet J Allied Health Sci Pract* 2018; 16: 2.

11. Rasu RS, Bawa WA, Suminski R et al. Health literacy impact on national healthcare utilization and expenditure. *Int J Health Policy Manag* 2015; 4:747–755.

12. Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21<sup>st</sup> century. *Health Promot Int* 2000; 15: 259–267.

13. Zill JM, Cristalle E, Müller E et al. Measurement of physician-patient communication—a systematic review. *PLoS One* 2014; 9: e112637.

14. Ishikawa H, Takeuchi T, Yano E. Measuring functional, communicative, and critical health literacy among diabetic patients. *Diabetes Care* 2008; 31: 874–879.

15. Rubin DL, Parmer J, Freimuth V et al. Associations between older adults' spoken interactive health literacy and selected health care and health communication outcomes. *J Health Commun* 2011; 16 (Suppl. 3): 191–204.

16. O'Hara J, Hawkins M, Batterham R et al. Conceptualisation and development of the Conversational Health Literacy Assessment Tool (CHAT). *BMC Health Serv Res* 2018; 18: 199.

17. Finbråten HS, Nowak P, Griebler R et al. The HLS<sub>19</sub>-COM-P, a new instrument for measuring communicative health literacy in interaction with physicians: development and validation in nine European countries. *Int J Environ Res Public Health* 2022; 19: 11592.

18. Sorensen K, Pelikan JM, Rothlin F et al. Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *Eur J Public Health* 2015; 25: 1053–1058.

19. Tabery P, Pilnáček M, Vitíková J et al. Panelový výzkum Ukrajina / Hlas Ukrajinců – vlna 7. CSDA, 2024. Dostupné na: <https://archivdv.soc.cas.cz/dataset.xhtml?persistentId=doi:10.14473/CSDA/BZEOXH>

20. Kučera Z, Šteflová A, Struk P, Svačina Š. Výzkumná zpráva: Výzkum úrovně zdravotní gramotnosti v České republice. Mezinárodní studie M-POHL 2019. Ústav zdravotní gramotnosti, Praha, 2021.

21. Kučera Z, Svačina Š, Šteflová A. Změny úrovně zdravotní gramotnosti v České republice mezi lety 2015 a 2020. *Čas. Lék čes* 2023; 162: 84–92.

22. Wängdahl J, Lytsy P, Mårtensson L, Westerling R. Health literacy among refugees in Sweden – a cross-sectional study. *BMC Public Health* 2014; 14: 1030.

23. Ferreira-Alfaya FJ. Inequalities in health literacy between European population and newly arrived male sub-Saharan migrants in Europe. *Health Promot Int* 2024; 39: daae129.

24. Norredam M, Krasnik A. Migrants' access to health services. In: Rechel B, Mladovsky P, Devillé W et al. (eds.). Migration and health in the European Union. McGraw-Hill / Open University Press, London, 2011: 67–78.

25. Patel P, Bernays S, Dolan H et al. Communication experiences in primary healthcare with refugees and asylum seekers: a literature review and narrative synthesis. *Int J Environ Res Public Health* 2021; 18: 1469.

26. De Freitas C, Martin G. Inclusive public participation in health: Policy, practice and theoretical contributions to promote the involvement of marginalised groups in healthcare. *Soc Sci Med* 2015; 135: 31–39.

27. Kickbusch I, Pelikan JM, Apfel F, Tsouros AD. Zdravotní gramotnost. Solidní fakta. ÚZG, SZÚ, Praha, 2020.

28. Ward M, Kristiansen M, Sørensen K. Migrant health literacy in the European Union: A systematic literature review. *Health Educ J* 2019; 78: 81–95.

29. Al-Adhami M, Durbeej N, Daryani A et al. Can extended health communication improve newly settled refugees' health literacy? A quasi-experimental study from Sweden. *Health Promot Int* 2024; 39: daae015.

30. Jelínková M, Valentinov V, Plaček M, Vaceková G. Human-made disasters in a decentralized context: How Czech municipalities are dealing with the Ukrainian crisis. *Public Money Manag* 2023; 43: 367–369.

ADRESA PRO KORESPONDENCI:

**PhDr. Karolína Dobiášová, Ph.D.**

Ústav veřejného zdravotnictví  
a medicínského práva 1. LF UK  
Karlovo nám. 502/40, 128 00 Praha 2  
Tel.: 731 147 170  
e-mail: karolina.dobiasova@fsv.cuni.cz

# Role a postavení interkulturních pracovníků v poskytování zdravotní péče uprchlíkům a migrantům v Česku

Elena Tulupova<sup>1</sup>, Eva Dohnalová<sup>2</sup>, Jolana Kopsa Těšinová<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Ústav veřejného zdravotnictví a medicínského práva 1. LF UK v Praze

<sup>2</sup> Katedra sociologie, andragogiky a kulturní antropologie FF UP v Olomouci

Čas. Lék. Čes. 2025; 164: 25–31

## SOUHRN

Interkulturní pracovníci (též interkulturní mediátoři, komunitní tlumočníci) hrají klíčovou roli v překonávání jazykových a kulturních bariér mezi migranty a zdravotnickými systémy hostitelských zemí. Světová zdravotnická organizace (WHO) na základě mezinárodní praxe důrazně doporučuje integraci interkulturních mediátorů do systémů zdravotní péče v celém evropském regionu pro zajištění rovnosti, kvality a udržitelnosti zdravotního systému v mezikulturním a multikulturním prostředí. Tento článek analyzuje vznik a postavení profese interkulturního pracovníka a jeho role v procesu poskytování různých druhů zdravotní péče uprchlíkům a migrantům v Česku, se zaměřením na právní, sociální a zdravotnické aspekty. Dále popisuje klíčové výzvy integrace interkulturní práce do existujícího zdravotního a sociálního systému a navrhuje praktická doporučení pro zlepšení spolupráce zdravotnických institucí s těmito klíčovými aktéry.

## KLÍČOVÁ SLOVA

interkulturní pracovník, migrant, uprchlík, jazyková bariéra, interkulturní komunikace.

## SUMMARY

**Tulupova E et al. The role and position of intercultural workers in the provision of health care to refugees and migrants in the Czech Republic**

Intercultural workers (also intercultural mediators, community interpreters) play a key role in overcoming language and cultural barriers between migrants and the healthcare systems of host countries. Based on international practice, the World Health Organization (WHO) strongly recommends the integration of intercultural mediators into healthcare systems throughout the European region to ensure equity, quality and sustainability of the healthcare system in an intercultural and multicultural environment. This article analyzes the emergence and status of the intercultural worker profession and its role in the process of providing various types of healthcare to refugees and migrants in the Czech Republic, focusing on legal, social and health aspects. It also describes the key challenges of integrating intercultural work into the existing healthcare and social system and suggests practical recommendations for improving cooperation between healthcare institutions and these key actors.

## KEYWORDS

intercultural worker, migrant, refugee, language barrier, intercultural communication

## ÚVOD

Migrační krize posledních let, zejména válečný konflikt na Ukrajině, zvýšily počty uprchlíků a migrantů v Česku. Tito jednotlivci čelí mnoha výzvám na cestě své adaptace na nový sociální, politický, ekonomický a zdravotnický systém. Jak svědčí výsledky mezinárodních a českých výzkumů, komunikační bariéra, která může být důsledkem jazykové bariéry, kulturních odlišností, nedostatečné zdravotní gramotnosti pacientů nebo nedostatečných komunikačních kompetencí zdravotníků, vede ke nižší kvalitě poskytovaných služeb a horším zdravotním výsledkům (1). Zároveň poskytování zdravotních služeb pacientům s omezenou znalostí češtiny a českého systému zdravotnictví může představovat výzvu pro poskytovatele (2).

Přestože počet cizinců v Česku v posledních desetiletích vzrůstal a ke konci roku 2021 cizinci tvořili přes 6 % obyvatel Česka (3), z hlediska zvládnutí jazykové a kulturní odlišnosti pacientů český zdravotnický systém nebyl dostatečně pře-

praven na příchod válečných uprchlíků z Ukrajiny. Jazyková bariéra zůstává hlavní překážkou v českém systému zdravotnictví i po několika letech války na Ukrajině (2, 4). Čeští lékaři a sestry poukazují na nedostatečnou přípravu na rozmanitost pacientů a jejich potřeb v rámci pregraduálního, postgraduálního a celoživotního vzdělání zdravotnických pracovníků (5). Z hlediska koncepce péče zaměřené na člověka však je nezbytné budování a rozvoj tzv. modelu vstřícné zdravotní péče, nazývaného též jako „kulturně citlivý“ či „kulturně odpovídající“, který reaguje na jazykové, kulturní, sociální a náboženské odlišnosti a rozdílů ve zdravotním stavu migrantů (1).

Nástroje pro překonávání jazykových a sociokulturních bariér v české zdravotnické praxi nejsou systematicky ukotveny. S výjimkou řady velkých nemocnic je situace většinou řešena *ad hoc* pomocí profesionálního nebo neformálního tlumočení prezenční nebo telefonickou formou, využíváním digitálních nástrojů nebo speciálních tlumočnických zařízení (2).

Avšak nespecializované digitální nebo neformální tlumočení (rodinnými příslušníky, kamarády, pomocným personálem nemocnicí atd.) většina odborníků nepovažuje za optimální (6). Obecné překladatelské aplikace pro mobilní telefony (např. *Google Translate*) nenabízejí záruku přesné interpretace zdravotních informací, což může mít za následek právní důsledky pro zdravotnický personál. Rodinní příslušníci nemusejí disponovat dostatečnými odbornými znalostmi a dovednostmi nezbytnými pro zajištění kvalitního tlumočení zdravotních informací. Dále může být pro ně náročné udržet nestrannost a zachovávat mlčenlivost. U dětí působících jako tlumočníci může vzniknout riziko rozvoje psychického traumatu v důsledku zprostředkování citlivých či znepokojujících informací týkajících se zdravotního stavu jejich rodinných příslušníků (1).

Naopak dobrou praxí pro usnadnění komunikace s pacientem je využití profesionálních služeb – soudních tlumočnicků, komunitních tlumočnicků nebo interkulturních pracovníků (7). Přestože při poskytování zdravotní péče existují situace vyžadující výhradně služby soudního tlumočnicka (například překlad zdravotní dokumentace), v praxi jsou pro pacienty dostupnější služby interkulturních pracovníků, které jsou poskytovány zdarma. Proto Světová zdravotnická organizace (WHO) na základě mezinárodní praxe důrazně doporučuje integraci interkulturních mediátorů do systémů zdravotní péče v celém evropském regionu (1).

V českém prostředí interkulturní pracovníci (IKP) slouží jako most mezi migranty a poskytovateli zdravotních služeb. V současné době jsou IKP zaměstnanci obcí, integračních center nebo nestátních neziskových organizací pomáhajících migrantům. Interkulturní pracovníci poskytují asistenci při jednání mezi migranty a veřejnými institucemi, včetně základního sociálního poradenství. Tím napomáhají překonávat jazykové a sociokulturní bariéry a snaží se předcházet konfliktům či přispívat jejich pozitivnímu řešení. Cílem tohoto článku je popsat role těchto odborníků v procesu poskytování zdravotní péče, jejich interakce se stávajícím systémem a výzvy s tím spojené a přínos v poskytování péče zaměřené na pacienta.

### KONTEXT VZNIKU PROFESY IKP, PRÁVNÍ A INSTITUCIONÁLNÍ RÁMEC

V původních členských zemích Evropské unie (EU), které se integrací a interkulturním soužitím zabývají o desítky let déle než Česko, patří mezi priority integrační politiky zejména na lokální úrovni kontinuálně podporovat a profesionalizovat služby tlumočení a asistence, vyjednávání a prevence konfliktů ve zdravotnických zařízeních a dalších veřejných institucích. Tyto služby jsou vykonávány primárně migranty či osobami se zkušeností migrace a znalostí více jazyků a kultur. Převažující pojmenování dané profese je interkulturní mediátor a komunitní tlumočnick (8). V zemích jako Španělsko, Francie, Portugalsko, Itálie, Rakousko, Německo, Velká Británie a Finsko je profese mediátora brána velmi široce, od dobrovolných mediátorů na úrovni komunit a obcí po vysoce specializované profesní uskupení mediátorů, kteří musejí splňovat náročná kvalifikační kritéria pro výkon profese. Mezi nejčastější oblasti působení patří školy, zdravotnická zařízení, veřejné instituce, bytová družstva, ubytovny, chráněné byty nebo uprchlické tábory (9).

Některé země EU vytvořily právní rámce nebo oficiální certifikační mechanismy, které uznávají interkulturní

mediátory jako klíčové profesionály ve zdravotních službách. Například v Belgii od roku 1999 financuje belgická vláda interkulturní mediátory, kteří pracují v nemocnicích a pomáhají usnadnit komunikaci mezi zdravotnickým personálem a pacienty z různých kulturních prostředí. Tito mediátoři jsou zaměstnání nemocnicemi a podléhají institucionálním předpisům. V Itálii v regionu Emilia-Romagna je interkulturní mediace uznávána jako profesní kvalifikace ve zdravotnictví a sociální péči. Školení pro mediátory zahrnuje 300–500 hodin výuky kombinované s praxí. Mediátoři pracují v různých zdravotnických sektorech, včetně péče o ženy, děti, duševní zdraví a péče o nelegální migranty. Ve Španělsku v regionu Valencie byl vytvořen akreditační a oficiální registr pro interkulturní mediátory ve zdravotnictví. V Bulharsku vláda oficiálně uznala zdravotní mediátory v roce 2007. Národní síť zdravotních mediátorů (NNHM) je integruje do státní zdravotní politiky se zaměřením na zlepšení dostupnosti zdravotní péče pro marginalizované komunity. Ve Švýcarsku Státní sekretariát pro vzdělávání, výzkum a inovace (SBFI/SEFRI) vydává profesní certifikát pro interkulturní tlumočníky a mediátory pracující ve zdravotnictví. V Portugalsku Společná vyhláška č. 1165/2000 definuje interkulturní mediaci jako profesní roli v oblasti zdravotnictví (1, 10).

V naší zemi se po roce 1989 začala interkulturní problematika systémově řešit pro potřeby tehdejší integrační politiky pro národnostní menšiny, především pokud jde o romskou menšinu. S rostoucím počtem cizinců, a zejména cizinců ze zcela jiného sociokulturního zázemí, začala vznikat potřeba všech institucí, zejména zdravotních zařízení, zabývat se interkulturní problematikou. Průkopníkem se staly nevládní organizace, které začaly rozvíjet od začátku nového milénia projekty zaměřené na vzdělávání a činnost v oblasti interkulturního zprostředkování, které byly určeny primárně pro migranty. Názvy těchto specializací určovali jednotliví realizátoři projektů dle svých preferencí a různých akcentů v oblasti vzdělávání a výkonu činnosti daných profesí. Setkáváme se s názvy komunitní tlumočnick, sociální tlumočnick, sociokulturní mediátor, interkulturní mediátor, interkulturní asistent, interkulturní pracovník (11).

Profese interkulturního pracovníka v Česku se začala formovat v rámci projektu nevládní organizace Inbáze „Formování profese sociokulturní mediátor – inspirace portugalským modelem“ v letech 2012–2014. V rámci tohoto projektu byla vytvořena pracovní skupina klíčových organizací státní správy, samosprávy a neziskového sektoru, která hledala cesty uznání interkulturní práce coby profese. Ministerstvo vnitra zajistilo začlenění profese do Koncepce integrace cizinců a Ministerstvo práce a sociálních věcí navrhlo zapsat profesi do veřejného profesního registru. V roce 2018 byla tato profese zanesena do Národní soustavy kvalifikací pod kódem 75-020-R, což stanovilo základní kompetence a standardy. Je to však právně nezávazný dokument. Přes všechny snahy o systémové etablování profese je interkulturní práce v českém prostředí primárně projektovou pracovní pozicí, která má oporu pouze ve strategických dokumentech, jako je národní Aktualizovaná koncepce integrace cizinců – Ve vzájemném respektu 2016 (12) či Koncepce hl. m. Prahy pro oblast integrace cizinců 2018 a 2022 (13) a Strategie integrace cizinců ve městě Brno 2020–2026 (11).

Hlavními aktéry poskytující služby IKP a podporující rozvoj profese jsou nevládní organizace, jako jsou Asociace pro interkulturní práci, Sdružení pro integraci a migraci,

Ingáze, *Agency for Migration and Adaptation* (AMIGA), Charita ČR, Konsorcium nevládních organizací pracujících s migranty a řada dalších, dále ze samosprávy Magistrát hlavního města Prahy a některé městské části Prahy, Magistrát města Brna atd. Z nadnárodních organizací od začátku války na Ukrajině to je Mezinárodní organizace pro migraci (IOM).

Interkulturní pracovníci hrají v Česku klíčovou roli při zprostředkování komunikace mezi zdravotnickým personálem a pacienty z odlišného jazykového a kulturního prostředí. Jejich právní postavení však není v českém právním řádu výslovně upraveno. Nejsou považováni za zdravotnické pracovníky ve smyslu zákona č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních, ani jiného právního předpisu regulujícího poskytování zdravotní péče a jejich kompetence v rámci zdravotnického systému tak nejsou formálně vymezeny (14).

Důležitým aspektem poskytování zdravotní péče je informační povinnost poskytovatele zdravotních služeb, která je stanovena zákonem č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách. Podle tohoto zákona má poskytovatel zdravotních služeb povinnost zajistit, aby byl pacient srozumitelným způsobem a v dostatečném rozsahu informován o svém zdravotním stavu, navrženém individuálním léčebném postupu a všech jeho změnách. V praxi to znamená, že pokud pacient nerozumí českému jazyku, je třeba zajistit, aby mu byly tyto informace sděleny v jazyce, kterému rozumí, nebo prostřednictvím osoby, která mu je může adekvátně přetlumočit (15).

Interkulturní pracovníci mohou v tomto procesu sehrát klíčovou roli, protože nejenže zprostředkovávají jazykovou komunikaci, ale zároveň pomáhají pacientům porozumět kulturním aspektům zdravotní péče v Česku. Nejasné právní postavení však v praxi často vede k situacím, kdy zdravotnická zařízení nemají jasné pokyny, zda a jak mohou interkulturní pracovníky do procesu informování pacienta zapojit. Lékaři se mohou obávat sdělení citlivých informací s interkulturními pracovníky s odkazem na ochranu osobních údajů, což může způsobit, že pacienti nedostanou všechny potřebné informace srozumitelnou formou.

Z hlediska současných mezinárodních strategií je nutné zdůraznit, že Česko ratifikovalo mezinárodní úmluvy, jako je Mezinárodní úmluva o ochraně práv všech migrujících pracovníků (16), která vyžaduje zajištění rovného přístupu ke zdravotní péči. Otázce rozvoje interkulturní komunikace se věnují první globální standardy praxe pro zdravotnické pracovníky poskytující služby uprchlíkům a migrantům vyvinuté WHO. Tyto standardy zdůrazňují řadu kompetencí, které lze začlenit do vzdělávání a praxe a pomoci tak zdravotnickým pracovníkům poskytovat kulturně citlivou péči uprchlíkům a migrantům (17).

Z hlediska zajištění efektivní komunikace zdravotnickým pracovníkům poskytujícím péči uprchlíkům WHO zejména doporučuje následující:

- Zmírňovat jazykové a komunikační bariéry skrze zapojení odborníků, včetně tlumočnicků a kulturních mediátorů, pro usnadnění komunikaci mezi pacientem a zdravotnickými pracovníky.
- Používat jazykové a komunikační pomůcky, které jsou jazykově a kulturně vhodné, citlivé a odpovídají věku a pohlaví pacienta.
- Přizpůsobit zdravotní praxi tak, aby zdravotník mohl účinně spolupracovat s tlumočníky a kulturními mediátory, a to podle potřeby osobně nebo na dálku, včetně telefonického nebo videospojení (17).

Je zřejmé, že WHO vnímá dostupnost služeb odborníků na interkulturní komunikace spolu s koordinací a spoluprací všech zapojených stran jako nezbytný předpoklad poskytování kvalitní zdravotní péče.

## ÚLOHA A PŘÍNOSY INTERKULTURNÍ PRÁCE V POSKYTOVÁNÍ ZDRAVOTNÍ PÉČE

Interkulturní práce při poskytování zdravotní péče představuje unikátní komplexní přístup, který integruje kulturní a jazykovou mediaci, psychosociální podporu a odborné poradenství (11). V kontextu nárůstu migrace a globalizace se poptávka po interkulturních službách v oblasti zdraví a zdravotní péče neustále zvyšuje. V Česku je tento trend patrný zejména po příchodu uprchlíků z Ukrajiny v roce 2022, kdy se asistence při hledání lékařské pomoci stala jednou z nejvyužívanějších podpůrných služeb (18).

V současné době hlavní formou služeb IKP ve vztahu ke zdraví a zdravotní péči jsou informování, pomoc při hledání lékaře, doprovody klientů do zdravotnických zařízení, kdy IKP zajišťuje tlumočení a může zprostředkovat lepší porozumění sociálnímu a kulturnímu kontextu situace jak pacientovi, tak zdravotníkům.

Nedostatečná informovanost a nepochopení fungování zdravotnictví slouží jednou z hlavních bariér přístupu migrantů k potřebné péči (1). V Česku k tomu vede rozdílnost oficiálních nebo jiných důvěryhodných informačních zdrojů o organizaci služeb a nároků na jejich využití, proto v praxi IKP občas pomáhají s informováním nejen pacientů, ale i zdravotníků (například o druhu zdravotního pojištění) (2).

Dříve byly překážky v přístupu ke zdravotní péči pro některé skupiny migrantů v Česku spojeny především s komerčním pojištěním a neochotou lékařů registrovat nebo ošetřovat pacienty s nejistým statusem úhrady péče (19). Zařazení dětí cizinců s dlouhodobým pobytem v Česku ve věku do 18 let a držitelů dočasné ochrany z Ukrajiny do systému veřejného zdravotního pojištění zlepšilo přístup ke zdravotní péči na systémové úrovni. Nicméně stále čtvrtina domácností ukrajinských uprchlíků v Česku čelí překážkám v přístupu k praktickým lékařům a specialistům (20). Omezený přístup se týká zejména dětí a osob s chronickým onemocněním kvůli administrativním a jazykovým bariérám a nedostatku poskytovatelů v některých českých regionech (20).

Jazyková bariéra představuje zásadní překážku v efektivní komunikaci mezi pacientem a zdravotnickým personálem přímo ovlivňující kvalitu péče a zdravotní výsledky (1). Společné porozumění všech účastníků procesu poskytování zdravotní péče je nezbytné pro přesné stanovení diagnózy a léčby. Avšak v roce 2023 pouze polovina ukrajinských uprchlíků v Česku byla schopna se domluvit česky v běžných situacích, přičemž téměř čtvrtina z nich (24 %) vyhledávala tlumočnické služby (18). Proto doprovody pacientů k lékařům za účelem tlumočení představuje velkou součást práce českých IKP.

Dalším významným přínosem interkulturní práce je zprostředkování kulturního porozumění. Kulturní rozdíly mohou ovlivnit způsob, jakým pacienti vnímají zdraví, nemoc a léčbu. I když socioekonomické faktory a životní styl hrají významnější roli ve zdravotním chování pacientů než konkrétní etnicita, způsob emočního projevu pacienta může svědčit o kulturních zvycích, stresu, nebo dokonce o psychickém onemocnění (21). Zkušenosti IKP s komunitou nebo dlouhodobá práce s konkrétním klientem může pomoci správně nasměrovat komunikaci a diagnostiku.

Nedostatek společného jazyka, využívání rodinných příslušníků jako neprofesionálních tlumočnicků nebo časová tíseň zdravotníků mohou vést k nedorozuměním a napětí. K dalším překážkám patří stereotypy a předsudky nebo chybějící kulturní kompetence zdravotnického personálu (22). Právě IKP mohou efektivně minimalizovat riziko konfliktu a přispět ke konstruktivní komunikaci mezi pacientem a lékařem.

Kromě toho hraje interkulturní práce významnou roli v prevenci diskriminace a ochraně práv pacientů. Studie v evropském regionu WHO včetně Česka ukazují, že povědomí zdravotníků o právních aspektech péče, například o zdravotním pojištění či právu na informace, bývá omezené (1, 5). Pacienti, kteří již měli negativní zkušenost se systémem diskriminací, mohou odmítat nebo odkládat další vyhledání zdravotní péče (23). Interkulturní pracovníci svou prací napomáhají prevenci diskriminace a tzv. mikrorasismu, a tím přispívají ke zvyšování důvěry pacientů v zdravotnický systém (24).

Interkulturní pracovníci vykonávají specifické úkoly při práci s různými skupinami pacientů a typy onemocnění. V současnosti však neexistují standardizované doporučené postupy pro jejich činnost v konkrétních oblastech medicíny nebo u specifických diagnóz, IKP se proto obvykle seznamují se specifikou léčby a dalších aspektů zdravotní péče na základě konkrétních potřeb a požadavků pacientů, kteří využívají jejich služby.

V oblasti chronických onemocnění hrají IKP nezastupitelnou roli při podpoře pacientů, kteří se musejí vypořádat s dlouhodobými léčebnými plány. U nemocí jako diabetes nebo hypertenze IKP pomáhají pacientům porozumět léčebným postupům a podporují adherenci k léčbě, což je klíčové pro úspěšnou dlouhodobou terapii (1).

V oblasti duševního zdraví role IKP spočívá nejen v krizové intervenci, ale také v pomoci zdravotníkům při zohledňování specifických zdravotních potřeb uprchlíků, které mohou být ovlivněny jejich traumatickými zážitky z exodu a odlišným zdravotním systémem v domovské zemi (25). Zpráva Úřadu Vysokého komisaře Organizace spojených národů pro uprchlíky (UNHCR) z roku 2024 uvádí, že 21 % ukrajinských uprchlíků v Česku čelí problémům v oblasti duševního zdraví, přičemž 47 % z nich potřebuje podporu v této oblasti (20). Důležitá je i genderová dimenze: Podle výzkumu PAQ Research (18) je psychologická pomoc častěji vyhledávaná ukrajinskými ženami než muži. Tento rozdíl může být spojen s otevřenějšími postoji žen vůči duševní péči, což zdůrazňuje potřebu cílené podpory pro ženy v tomto ohledu. Jak ukazují mezinárodní studie, informování a osvěta v oblasti duševního zdraví co nejdříve po přestěhování do nové zemi jsou klíčové pro prevenci a včasnou léčbu (7). Zanedbání duševních poruch může vést k jejich zhoršení a následným sociálním a ekonomickým důsledkům. Proto je nezbytné rozvíjet kapacity péče o duševní zdraví pro migranty zaměřující se na jazykové bariéry a specifické potřeby těchto skupin (18). Interkulturní pracovníci mohou významně přispět k destigmatizaci duševních onemocnění a usnadnit přístup ke službám péče o duševní zdraví pro migranty a uprchlíky (7).

Reprodukční zdraví migrantů a uprchlíků je další oblastí, kde IKP hrají nezastupitelnou roli. Ženy migrantky čelí zvýšenému riziku negativních perinatálních následků, včetně duševních problémů, předčasných porodů a vyšší mateřské úmrtnosti (26). V této oblasti IKP poskytují podporu

těhotným ženám, matkám a rodinám, a to nejen v otázkách medicínských, ale také kulturních. V Německu a Austrálii například kulturní mediátoři asistují při porodech a následné péči, což umožňuje migrantkám přístup k potřebné péči a podporuje jejich důvěru v zdravotní systém (1, 27).

Interkulturní pracovníci jsou nápomocní při překonávání komunikačních bariér mezi rodiči a pediatry, zejména v oblastech, jako je očkování (11). Podobně v péči o seniory pomáhají IKP řešit specifické problémy stárnutí a přístupu k zdravotním službám, čímž zlepšují kvalitu a efektivitu péče o tuto zranitelnou skupinu (1).

V paliativní péči je zvláště důležitá kulturní citlivost, protože etnické a náboženské aspekty mohou mít zásadní vliv na přístup k péči na konci života (28). IKP se v této oblasti ukazují jako efektivní nástroj, který v porovnání s běžnými tlumočnickými lépe porozumí specifickým kulturním a náboženským potřebám pacientů (29).

Tyto příklady zdůrazňují rozmanitost rolí, které IKP mohou zastávat při podpoře uprchlíků a migrantů s různými zdravotními potřebami a tím přispívají k zajišťování kvality zdravotních služeb a jejich zaměřenosti na člověka.

### **ROLE IKP VE ZVYŠOVÁNÍ ZDRAVOTNÍ GRAMOTNOSTI UPRCHLÍKŮ A MIGRANTŮ A JEJICH ÚČASTI NA PREVENTIVNÍCH PROGRAMECH**

Horší zdravotní výsledky některých skupin obyvatelstva, včetně uprchlíků a migrantů, jsou částečně připisovány nižší úrovni zdravotní gramotnosti v hostitelském prostředí (30, 31). Interkulturní pracovníci mohou hrát zásadní roli při zvyšování zdravotní gramotnosti migrantů a uprchlíků. Díky znalostem kulturních specifik komunit mohou nejen pomáhat překonávat jazykové bariéry při poskytování informací o základních zdravotních tématech, ale také pomáhat tvůrcům programů v oblasti veřejného zdraví přizpůsobovat intervence a znění informačních materiálů kulturním a jazykovým potřebám migrantů (32).

Kromě podpory zdravotní gramotnosti obecně je zásadní také rozvoj organizační zdravotní gramotnosti, tj. schopnosti rozumět a využívat zdravotní systém (33). Jako příklady lze uvést projekty neziskových organizací InBáze, z. s., nebo Agency for Migration and Adaptation AMIGA, z. s., v jejichž rámci byly realizovány workshopy zaměřené na zlepšení povědomí o zdravotnických službách dostupných migrantů v Česku. Mohou tak přispívat k efektivnějšímu využívání péče, protože studie naznačují, že ti, kteří neznají zdravotní systém hostitelské země, mohou nedostatečně využívat služby primární péče a častěji docházet na pohotovost (33). Užitečným nástrojem pro české IKP jsou portály vytvořené za podpory WHO Pacienti z Ukrajiny a systém českého zdravotnictví (Národní asociace patientských organizací) a Na cestě ke zdraví v České republice (AMIGA, z. s.) obsahující informační podklady pro odborníky ve vztahu k cestě pacienta českým systémem zdravotnictví.

Zapojení IKP do rozvoje zdravotní gramotnosti uprchlíků a migrantů má velký potenciál v otázkách zapojení do preventivních programů, včetně očkování a testování na nebezpečné nemoci. Poslední oblast je důležitá zejména proto, že v Česku za poslední roky vzrostl podíl cizinců na prevalenci tuberkulózy a infekce HIV (34, 35). Potřeba práce s komunitou vychází i z toho, že současný zdravotnický systém v tomto ohledu selhává: Žádná rozsáhlá screeningová

opatření, jako je například provádění rentgenového vyšetření hrudníku nebo testování na HIV mezi uprchlíky z Ukrajiny, nebyla uplatňována a většina nově zjištěných případů nebyla výsledky cíleného vyšetření, proto je možnost podhodnocení výskytu dost vysoká. Pomoc IKP pro zapojení migrantů do screeningu je důležitá i vzhledem k vysoké stigmatizaci těchto nemocí. Ve vztahu k očkování pozitivní zkušenosti se zapojením interkulturních mediátorů do informování o očkování proti COVID-19 byly v Itálii (32). Ukázalo se však, že zejména informování o novém očkování může představovat pro IKP bez zdravotnického vzdělávání výzvu kvůli složitosti terminologie a politizaci tématu (32). Proto vznikly iniciativy zapojující do zvyšování zdravotní gramotnosti zdravotníky z migračních komunit, například v roce 2023 projekt UNICEF „Mediátor podpory zdraví pro Ukrajinu“ realizovaný Státním zdravotním ústavem. V rámci projektu zdravotníci z Ukrajiny nejen implementovali intervenční interaktivní programy podporující zdraví v 6 oblastech zdravého životního stylu (výživa, pohybová aktivita, prevence infekčních nemocí a očkování, péče o budoucí matky a novorozence, dostupnost zdravotní péče a duševní zdraví), ale řada z nich působila také jako IKP v různých regionech Česka.

## KLÍČOVÉ VÝZVY V OBLASTI INTERKULTURNÍ PRÁCE VE ZDRAVOTNICTVÍ V ČESKU

V oblasti IKP ve zdravotnictví existuje několik klíčových výzev, které brání efektivní adaptaci a integraci nově přichůzích. Navzdory její nepostradatelné roli systémové zakotvení interkulturní práce stále čelí významným překážkám. Jedním z hlavních problémů je nedostatek profesionálních standardů pro interkulturní práci a jednotných vzdělávacích programů a certifikací pro profesionály v této oblasti, což komplikuje jejich odborný rozvoj. Dalším problémem je omezená finanční podpora pro dlouhodobé projekty zaměřené na poskytování IKP, přičemž většina iniciativ závisí na krátkodobých dotacích (11). Interkulturní mediátoři v Česku a dalších evropských státech čelí nejistým pracovním podmínkám (1).

Absence právní regulace interkulturní práce ve zdravotnictví vede k nejednoznačnosti rolí těchto pracovníků v systému. Zdravotnický personál někdy předpokládá, že interkulturní pracovníci mají zdravotnické vzdělání a mohou vykonávat zdravotní úkony, což může vést k nedorozuměním. Naopak v některých případech jsou tyto pracovníci podceňováni a jejich role není považována za součást poskytování zdravotní péče, což negativně ovlivňuje komunikaci s pacienty a jejich porozumění léčbě (5). Příklady z mezinárodní praxe ukazují, že nejasnost v úkolech a kompetencích interkulturních mediátorů může vést k problémům v koordinaci zdravotní péče a k neefektivní komunikaci s pacienty (22).

Je důležité podotknout že využití služeb IKP nenahrazuje potřebu rozvoje kulturních kompetencí zdravotníků a prosazování kulturně-senzitivní péče, jejíž základy jsou shrnuté v nedávno publikovaných Doporučeních pro zdravotnické pracovníky pro překonání jazykových a sociokulturních bariér (36). Odborníci se shodují, že pro zdravotníky jsou nezbytné i praktické tréninky poskytování péče za pomoci tlumočení, kteří by měli zahrnovat prvky koučinku, reflexi, vzájemného učení a simulace (24). Mimo omezené interkulturní kompetence českých zdravotníků (5) v poskytování kvalitní péče brání i stigmatizace a diskriminace migrantů, která je rozšířená jak mezi částí veřejnosti, tak i mezi

zdravotnickými pracovníky. Výzkum mezi ukrajinskými uprchlíky ukazuje, že až 18 % z nich se setkalo s diskriminací při návštěvách lékařů (18).

Systémová řešení v oblasti zdravotních potřeb migrantů a uprchlíků, včetně jazykové a kulturně senzitivní péče, stále chybějí a nejsou součástí národních zdravotních strategií. Například intervence zaměřené na tyto skupiny obyvatel nejsou zohledněny v Národním programu řešení problematiky HIV/AIDS na období 2023–2027 nebo v Národním akčním plánu pro duševní zdraví do roku 2030. V oblasti integrace interkulturní práce do procesu poskytování zdravotní péče chybějí nástroje, postupy a strategie. Interkulturní pracovníci získávají potřebné poznatky především prostřednictvím školení a profesních akcí nevládních organizací, které pracují s migranty. Jako možná řešení se jeví zavedení specializovaných kurzů a formulování standardizovaných postupů na základě osvědčených zkušeností z jiných zemí, jako jsou USA, Kanada a Švýcarsko (37).

Kromě toho existuje nedostatek výzkumů zaměřených na mezikulturní komunikaci v českém zdravotnictví, které by zohlednily pohledy všech aktérů v poskytování zdravotní péče. Výzkum mezi interkulturními pracovníky dopovzdejícími ukrajinské uprchlíky ukázal na řadu systémových a individuálních bariér, včetně komunikačních problémů, které nejsou vždy patrné pro jiné účastníky procesu, jako jsou zdravotníci a pacienti (5).

Jak uvádí WHO ve svých globálních standardech praxe pro zdravotnické pracovníky, poskytování kvalitní zdravotní péče pro migranty a uprchlíky je klíčové pro budování silného a udržitelného zdravotního systému (17). Pro efektivní rozvoj interkulturní práce je nezbytné vytvoření komplexních národních zdravotních politik, které budou podpořeny legislativním a finančním rámcem. Tyto politiky by měly zahrnovat strategické zaměření na potřeby všech pacientů, včetně migrantů a uprchlíků, a zohlednit jejich jazykové a kulturní specifika. Doporučení a kroky k rozvoji a zakotvení interkulturní práce v českém zdravotnictví reflektující odborný pohled český a mezinárodní praxe jsou shrnuté v *tab. 1*.

## ZÁVĚR

Interkulturní pracovníci jsou klíčovým prvkem zajištění rovného přístupu ke zdravotní péči, zejména pro nejzranitelnější vrstvy uprchlíků a migrantů – osoby s problémy v oblasti duševního zdraví, postižení, seniory, těhotné ženy a děti. Světová zdravotnická organizace důrazně doporučuje integraci interkulturních mediátorů do systémů zdravotní péče v celém evropském regionu pro zajištění rovnosti, kvality a udržitelnosti zdravotního systému v mezikulturním a multikulturním prostředí.

Vzhledem k rostoucímu počtu cizinců v Česku a nutnosti zajistit rovný přístup ke zdravotní péči je otázka legislativního zakotvení interkulturních pracovníků stále naléhavější. Investice do rozvoje a institucionální zakotvení interkulturní práce ve zdravotnictví mohou zlepšit kvalitu zdravotnického systému a podpořit integraci uprchlíků a migrantů do české společnosti. Možným řešením by bylo jasné vymezení jejich role v rámci zdravotnického systému a vytvoření metodických pokynů pro zdravotnická zařízení, které by určily, jak mohou být interkulturní pracovníci efektivně zapojeni do procesu informování pacientů. To by přispělo nejen k větší právní jistotě pro zdravotnický personál, ale především ke zkvalitnění zdravotní péče pro pacienty s jazykovou bariérou.

**Tab. 1** Doporučení k rozvoji a zakotvení interkulturní práce v českém zdravotnictví

Oblast doporučení	Doporučené kroky
Institucionalizace role IKP	Zahrnout IKP do zdravotnických týmů, vytvořit profesní standardy a certifikační systém
Finanční podpora služeb IKP	Posílit dlouhodobé financování programů zahrnujících IKP
Zvyšování interkulturních kompetencí zdravotníků	Zvýšit povědomí o kulturních specifikách zdravotní péče o migranty, systémově začlenit interkulturní vzdělávání do kurikula
Zvyšování kompetencí v péči zaměřené na člověka	Rozvoj obecných i specifických komunikačních dovedností
Zlepšení spolupráce mezi sektory	Posílit koordinaci mezi zdravotnictvím, sociálními službami a nevládními organizacemi
Podpora výzkumu komunikace ve zdravotnictví	Využít mezinárodní zkušenosti a domácí výzkum pro zlepšení komunikace ve zdravotnictví, analyzovat perspektivy IKP
Zohlednění průřezových témat	Plánovat intervence s přihlédnutím k vlivu genderu, věku a dalších sociálních aspektů na potřeby a bariéry ve zdravotní péči
Vytvoření většího povědomí o interkulturní práci	Zaměřit se na oblasti, kde kulturní rozdíly ovlivňují péči (gynekologie a porodnictví, pediatrie, paliativní péče)

Vzájemná koordinace interkulturní práce a zdravotnictví skrze spolupráci s týmy v nemocnicích a podpora rozvoje interkulturních kompetencí pro zdravotnické pracovníky může napomoci lepší integraci různých druhů péče.

### Čestné prohlášení

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 firmou.

### Poděkování

Tato práce vznikla v rámci projektu NPO „Národní institut pro výzkum socioekonomických dopadů nemocí a systémových rizik“, č. LX22NPO5101, financovaného Evropskou unií – Next Generation EU (MŠMT, NPO: EXCELES).

### Seznam použitých zkratk

<b>EU</b>	Evropská unie
<b>IKP</b>	interkulturní pracovník
<b>IOM</b>	Mezinárodní organizace pro migraci (International Organization for Migration)
<b>UNHCR</b>	Úřad Vysokého komisaře Organizace spojených národů pro uprchlíky (United Nations High Commissioner for Refugees)
<b>WHO</b>	Světová zdravotnická organizace (World Health Organization)

### Literatura

- Verrept H. What are the roles of intercultural mediators in health care and what is the evidence on their contributions and effectiveness in improving accessibility and quality of care for refugees and migrants in the WHO European Region? WHO, 2019. Dostupné na: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/327321/9789289054355-eng.pdf>
- Dobiášová K, Angelovská O, Kopsa Těšínová J, Tulupova E. Resilience českého zdravotnického systému v reakci na příchod válečných uprchlíků z Ukrajiny. *Sociol čas/Czech Social Rev* 2025; 61: 13–41.
- Počet a demografické události cizinců. ČSÚ. Dostupné na: <https://csu.gov.cz/pocet-cizincu-demograficke-udalosti>
- Jelínková M, Dobiášová K, Kopsa Těšínová J, Kočík M. Zkušenosti lékařů s interkulturními rozdíly v komunikaci s ukrajinskými uprchlíky v době rusko-ukrajinského ozbrojeného konfliktu. *Čas Lék čes* 2023; 162: 76–83.
- Kopsa Těšínová J, Dobiášová K, Jelínková M et al. Professionals' and intercultural mediators' perspectives on communication with Ukrainian refugees in the Czech healthcare system. *Health Expect* 2024; 27: e14171.

- Keller MS, Carrascoza-Bolanos J. Pharmacists, nurses, and physicians' perspectives and use of formal and informal interpreters during medication management in the inpatient setting. *Patient Educ Couns* 2023; 108: 107607.
- Krystallidou D, Temizöz Ö, Wang F et al. Communication in refugee and migrant mental healthcare: A systematic rapid review on the needs, barriers and strategies of seekers and providers of mental health services. *Health Policy* 2024; 139: 104949.
- Theodosiou A, Aspioti M. Research report on intercultural mediation for immigrants in Europe. *Mediation TIME*, 2015. Dostupné na: [https://migrant-integration.ec.europa.eu/library-document/research-report-intercultural-mediation-immigrants-europe\\_en](https://migrant-integration.ec.europa.eu/library-document/research-report-intercultural-mediation-immigrants-europe_en)
- Dohnalová E. Podstata a principy interkulturní práce. In: Palaščíková D (ed). Formování profese interkulturní pracovník/pracovnice: Zahraniční zkušenosti, praxe a vzdělávání v ČR. *InBáze*, Praha, 2014: 45–92.
- Erdilmen M. Frameworks and good practices of intercultural mediation for migrant integration in Europe. *IOM, ONU Migration*, 2021. Dostupné na: <https://eca.iom.int/sites/g/files/tmzbd1666/files/documents/Frameworks%20and%20good%20practices%20of%20intercultural%20mediation.pdf>
- Dohnalová E. Development of intercultural work in the Czech Republic – premises and challenges in establishing an intercultural worker profession, allied to social work that promotes the use of skills that migrants have. *Sociální práce* 2020; 20: 61–77.
- Aktualizovaná koncepce integrace cizinců – Ve vzájemném respektu. *MV ČR*, 2016. Dostupné na: <https://mv.gov.cz/migrace/clanek/zakladni-dokumenty-k-integracni-politice-ke-stazeni.aspx>
- Koncepce hl. m. Prahy pro oblast integrace cizinců 2022–2027. *Magistrát hl. m. Prahy, Integrované centrum Praha*, o. p. s., 2018, 2022. Dostupné na: [www.databaze-strategie.cz/cz/praha/strategie/koncepce-hl.m.prahy-pro-oblast-integrace-cizincu-2022-2027?typo=download](http://www.databaze-strategie.cz/cz/praha/strategie/koncepce-hl.m.prahy-pro-oblast-integrace-cizincu-2022-2027?typo=download)
- Zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činnosti souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních)
- Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování
- International convention on the protection of the rights of all migrant workers and members of their families. *UNHCR*, 1990. Dostupné na: [www.ohchr.org/en/instruments-mechanisms/instruments/international-convention-protection-rights-all-migrant-workers](http://www.ohchr.org/en/instruments-mechanisms/instruments/international-convention-protection-rights-all-migrant-workers)
- Refugee and migrant health: global competency standards for health workers. *WHO*, Geneva, 2021. Dostupné na: [www.who.int/publications/i/item/9789240030626](http://www.who.int/publications/i/item/9789240030626)
- Šafářová K, Prokop D, Škvrňák M et al. Dva roky války na Ukrajině. V Česku zůstává přes 300 tisíc uprchlíků. Integrace musí pokračovat. *PAQ Research*, 2024. Dostupné na: [www.paqresearch.cz/post/dva-roky-pote](http://www.paqresearch.cz/post/dva-roky-pote)
- Dobiášová K, Kotrusová M. Potřebujeme je, chceme jim pomoci, nebo se jich bojíme? Jak jsou v České republice rámovány rodiny imigrantů. *Sociologia* 2020; 52: 24–50.



20. Czech Republic: socio-economic insights survey – SEIS – 2024. *UNHCR*, 2025. Dostupné na: <https://data.unhcr.org/en/documents/details/113711>
21. Schouten BC, Schinkel S. Emotions in primary care: are there cultural differences in the expression of cues and concerns? *Patient Educ Couns* 2015; 98: 1346–1351.
22. Portera A. Intercultural mediation from a European perspective. In: Busch D (ed.). *The Routledge Handbook of Intercultural Mediation*. Routledge, London, 2022: 163–171.
23. Shepherd SM, Willis-Esqueda C, Paradies Y et al. Racial and cultural minority experiences and perceptions of health care provision in a mid-western region. *Int J Equity Health* 2018; 17: 33.
24. Červený M, Siaki L, Prosen M, Nagórska M. Challenges experienced by nurses caring for patients from different cultures: a scoping review of the literature, 2010–2020. *Cent Eur J Nurs Midw* 2022; 13: 783–792.
25. Gushulak B, Weekers J, MacPherson DW. Migrants in a globalized world – health threats, risks, and challenges: An evidence-based framework. *Emerg Health Threats J* 2009; 2: e10.
26. Heslehurst N, Brown H, Pemu A et al. Perinatal health outcomes and care among asylum seekers and refugees: a systematic review of systematic reviews. *BMC Med* 2018; 16: 1–25.
27. Rogers HJ, Hogan L, Coates D et al. Cross cultural workers for women and families from migrant and refugee backgrounds: a mixed-methods study of service providers perceptions. *BMC Womens Health* 2021; 21: 222.
28. Brown CE, Engelberg RA, Sharma R et al. Race/ethnicity, socioeconomic status, and healthcare intensity at the end of life. *J Palliat Med* 2018; 21: 1308–1316.
29. Redman H, Clancy M, Thomas F. Culturally sensitive neonatal palliative care: a critical review. *Palliat Care Soc Pract* 2024; 18: 26323524231222499.
30. Health promotion for improved refugee and migrant health. *WHO*, 2018. Dostupné na: <https://iris.who.int/handle/10665/342287>
31. Ward M, Kristiansen M, Sørensen K. Migrant health literacy in the European Union: a systematic literature review. *Health Educ J* 2019; 78: 81–95.
32. Ciribuco A, Federici FM. The experience of intercultural mediators in the Italian COVID-19 vaccination campaign. *Lang Intercult Commun* 2024; 24: 180–194.
33. Brandenberger J, Tylleskär T, Sontag K et al. A systematic literature review of reported challenges in health care delivery to migrants and refugees in high-income countries: the 3C model. *BMC Public Health* 2019; 19: 755.
34. Doležalová K, Kíka V, Wallenfels J. Increasing incidence of TB in a low burden TB country due to migration from Ukraine. *Int J Tuberc Lung Dis* 2024; 28: 39–40.
35. Malý M, Němeček V, Zákoucká H. Výskyt a šíření HIV/AIDS v ČR v roce 2023. *Zprávy CEM (SZÚ, Praha)* 2024; 33: 266–281.
36. Tulupova E, Dobiášová K, Kopsa Těšínová J. Doporučení pro zdravotnické pracovníky/nice. Desatero pro překonávání jazykových a sociokulturních bariér při poskytování zdravotní péče migrantům/kám a uprchlíkům/cím. Verze 2024. Dostupné na: [https://padlet.com/amiga\\_migrant/praktick-postupy-dokumenty-ke-sta-en-d-le-it-odkazy-44eh2nz64tvc5qz6/wish/L8KjW9r3wVdEaJbv](https://padlet.com/amiga_migrant/praktick-postupy-dokumenty-ke-sta-en-d-le-it-odkazy-44eh2nz64tvc5qz6/wish/L8KjW9r3wVdEaJbv)
37. Verrept H, Coune I. Guide for intercultural mediation in health care. *Federal Public Service Public Health, Food Chain Safety and Environment*, Brussels, 2016. Dostupné na: [www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth\\_theme\\_file/2017\\_11\\_14\\_guide\\_english\\_0.pdf](http://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/2017_11_14_guide_english_0.pdf)

ADRESA PRO KORESPONDENCI:

**Mgr. Elena Tulupova, Ph.D.**

Ústav veřejného zdravotnictví

a medicínského práva 1. LF UK

Karlovo nám. 502/40, 128 00 Praha 2

Tel.: 775 654 563

e-mail: elena.tulupova@lf1.cuni.cz

**PRAHA - VÝCHOD****Do naší nové ordinace hledáme**

**lékaře/lékařku**  
**PEDIATRA**

**Veleň****Nabízíme**

- vybavenou ordinaci v novém objektu (kolaudace září 2025) ZDARMA
- nový velký byt 4+1 pro lékaře/lékařku a jeho rodinu v místě (cca 10 minut od stanice metra Letňany) - bydlení ZDARMA
- zázemí a klidné místo k práci i k životu na okraji hl. města Prahy
- MŠ a ZŠ v obci

**Kontakt:** Obec Veleň, Hlavní 7, Praha - východ, Veleň**e-mail:** matejkova@velen.cz**tel.:** 607 906 388**www.velen.cz**

# Patient blood management – historie, současnost, budoucnost

Josip Slipac

Canadian Medical, s. r. o., Brno

Čas. Léč. čes. 2025; 164: 32–34

## SOUHRN

*Patient blood management* (PBM) představuje systematickou, multidisciplinární a multimodální léčebnou strategii založenou na důkazech a zaměřenou na pacienta s cílem optimalizovat a zachovat jeho vlastní krevní zdroje. Historie PBM sahá až do 19. století, zatímco moderní praxi formovaly programy jako „bezkrvní chirurgie“ dr. Dentona Cooleyho. Navzdory pokrokům transfuzního lékařství podnítily rozvoj PBM bezpečnostní rizika a nežádoucí účinky transfuze. Dnes tento program zahrnuje optimalizaci hematopoézy, snížení krevních ztrát a zlepšení tolerance anémie. PBM zlepšuje klinické výsledky a bezpečnost pacientů a Světová zdravotnická organizace (WHO) tento program doporučuje implementovat ve všech zemích světa jako standard zdravotní péče.

## KLÍČOVÁ SLOVA

patient blood management, krevní transfuze, zdraví krve

## SUMMARY

### Slipac J. Patient blood management – past, present and future

Patient blood management (PBM) is a patient-centered, systematic, evidence-based, multidisciplinary, and multimodal approach to improve patient outcomes by managing and preserving the patient's own blood. The history of PBM dates back to the 19th century, while modern practice has been shaped by programs such as Dr. Denton Cooley's "bloodless surgery". Despite advances in transfusion medicine, the safety risks and side effects of transfusion have driven the development of PBM. Today, this program includes optimizing hematopoiesis, reducing blood loss, and improving the tolerance of anemia. PBM improves clinical outcomes and patient safety, and the World Health Organization recommends implementing this program in all countries of the world as a standard of care.

## KEYWORDS

patient blood management, blood transfusion, blood health

## ÚVOD

*Patient blood management* (PBM) představuje systematické léčebné strategie založené na důkazech a zaměřené na pacienta, jejichž cílem je zlepšit klinické výsledky pomocí optimalizace a zachování vlastní krve pacienta, a zároveň podporuje bezpečnost pacienta a posiluje jeho postavení. Klade důraz na diagnostiku a etiologicky specifickou léčbu anémie a minimalizaci krevních ztrát a krvácení. Snižuje také náklady na zdravotní péči, závislost na transfuzích a rizika a komplikace s transfuzí spojených.

## HISTORIE A VÝVOJ PBM

Historie PBM sahá až do 19. století, kdy transfuze krve nebyla k dispozici. Lékaři využívali účinné strategie k léčbě anémie a pro zachování vlastní krve pacienta věnovali pečlivou pozornost prevenci a stavění krvácení. Například v druhé polovině 19. století profesor chirurgie Emil Theodor Kocher používal při operacích štítné žlázy „velmi jemnou a precizní techniku a pracoval v relativně bezkrvném poli“, čímž minimalizoval krevní ztráty a podařilo se mu snížit úmrtnost ze 40 % obvyklých v polovině 19. století (především následkem krvácení a infekce) na neuvěřitelných 0,18 % v roce 1898. Za přínos chirurgii štítné žlázy byl v roce 1909 oceněn Nobelovou cenou (1).

Objev krevních skupin na samém počátku 20. století, použití citrátu v roce 1914 a další pokroky v antikoagulaci, konzervaci a přepravě dárcovské krve umožnily separaci dárce a příjemce v čase a prostoru. To postupně vedlo ke vzniku velkých, centralizovaných krevních bank. Se vznikem transfuzního lékařství se zdálo, že lékaři našli rychlou, snadnou a bezpečnou léčbu a že předchozí postupy při léčbě

anémie a krvácení jsou zastaralé. Zvláště po rozmachu používání transfuze krve ve 2. světové válce byla tato praxe bez klinických studií převedena z bitevního pole do nemocnic jako zavedený a bezpečný léčebný postup.

Odůvodnění transfuze záchranou života při masivním krvácení, které platilo ve válce, se změnilo na korekci předem stanovené hladiny hemoglobinu a hematokritu. Toto „pravidlo 100/30“, kterému byly vyučovány generace studentů medicíny, uvádělo, že hemoglobin < 100 g/l nebo hematokrit < 30 % se považuje za nepřijatelnou anémii, a je tedy prahem pro podání transfuze krve (2).

Alogenní krevní transfuze byly popsány jako „život zachraňující“ a staly se jednou z nejrozšířenějších, ale také nejvíce nadužívaných intervencí prováděných v nemocnicích (3). I když se toto označení považuje v určitých situacích za oprávněné, zevšeobecnění výrazu „život zachraňující“ na všechny transfuze ilustruje, jak terminologie může ovlivnit praxi, ve které platilo, že transfuzí by měla být nahrazena „kapka za kapku“ krve (4).

Prvotní hnací silou pro hledání způsobů, jak zachovat vlastní krev pacienta a vyhnout se krevní transfuzi, byla potřeba zajistit moderní lékařskou a chirurgickou péči pacientům, kteří si přáli léčbu bez použití transfuze krve. Na začátku 60. let 20. století se proslulý americký kardiolog chirurg dr. Denton Cooley stal průkopníkem toho, co začalo být známé jako „bezkrvní chirurgie“. V době, kdy kardiologické operace byly proslulé svou závislostí na velkém množství alogenní krve (např. se obvykle používalo k naplnění mimotělního oběhu až 12 jednotek krve), Cooley a jeho tým uplatnili 3stupňový přístup: optimalizaci masy červených krvinek pacienta předoperačně, využití

chirurgických, anestetických a farmakologických metod k minimalizaci krevních ztrát a toleranci pooperační anémie (5). Provedli více než 1200 operací na otevřeném srdci bez použití transfuze krve s pozitivními klinickými výsledky.

Postupně přibývalo lékařů, kteří tento přístup přijali, používané modalitty a techniky vylepšili a rozšířili. Svoje zkušenosti ze Spojených států amerických přenesl do Česka například dlouholetý přednosta Kardiocentra IKEM profesor Jan Pirk, který se svým týmem prováděl až 40 % všech operací bez krevních převodů. Klíčovou klinickou „inovací“ bylo kombinování různých strategií koordinovaným způsobem a poskytovaných multidisciplinárním týmem. Časem byly bez pomoci krevní transfuze úspěšně prováděny všechny formy složitých chirurgických zákroků. Lékaři zapojení do těchto programů pozorovali, že jejich *bloodless* pacientům se daří stejně dobře a často lépe než pacientům závislým na transfuzi, a tak chtěli rozšířit tyto zásady na celou populaci pacientů.

Dalším podnětem k hledání alternativ ke krevní transfuzi byly v 70. a 80. letech 20. století desítky tisíc pacientů nakažených HIV a hepatitidou C z kontaminované krve dárců s následným značným počtem mrtvých, miliardami dolarů na finančních ztrátách ze soudních sporů a odškodnění a trestních obvinění (6). Přestože se používané alternativy ke krevní transfuzi přesvědčivě prokázaly jako úspěšné, měly jen přechodný vliv na změnu dlouhodobé transfuzní praxe. Místo toho se pozornost zaměřila pouze na zlepšení bezpečnosti krevních produktů zavedením dalších metod testování krve dárců spojených se značnými finančními náklady.

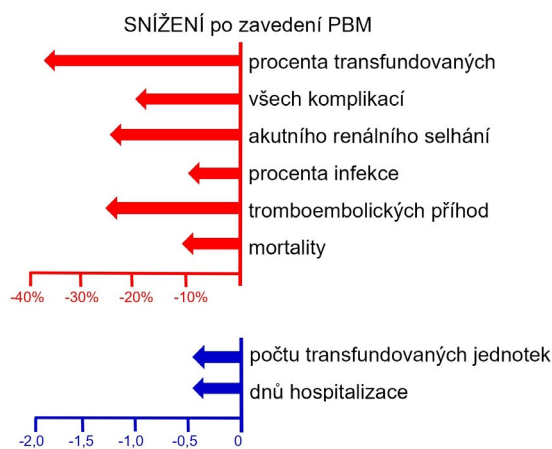
Zároveň přibývalo důkazů, že alogenní transfuze přináší také jiné, „neinfekční“ nežádoucí účinky a souvisejí s rizikem zvýšené morbiditity a mortality závislým na dávce a prodloužení hospitalizace (7). Existuje tedy silná hnací síla a povinnost (daná principem bezpečnosti pacientů) vyhnout se transfuzím nebo je omezit, kdykoli je to možné. Programy bezkrevní medicíny a chirurgie poskytly důkazy, že tyto efektivní strategie mohou být úspěšně použity ke snížení závislosti na alogenní krvi, a to i u akutně závažné anemických pacientů a při výkonech s vysokou ztrátou krve.

## SOUČASNOST

Termín *patient blood management* použil poprvé australský hematolog profesor James Isbister na setkání expertů v Praze v roce 2005, aby bylo jasně formulováno zaměření na pacienta a správnou péči o jeho vlastní krev, na rozdíl od zaměření transfuzní medicíny na používání konkrétních krevních přípravků (8). V centru pozornosti je tedy pacient a cílem je co nejlepší léčebný výsledek.

V roce 2007 byly publikovány výsledky observační srovnávací studie používání krve u elektivních chirurgických pacientů v 18 rakouských nemocnicích. Výsledky ukázaly, že více než 95 % všech transfuzí lze předvídat podle stupně předoperační anémie, množství perioperačních krevních ztrát a používaného transfuzního prahu (9). Léčebné strategie se tedy musejí soustředit na odstranění těchto 3 důvodů k transfuzi. PBM je proto založen na 3 základních principech: 1. optimalizace hematopoézy 2. minimalizace krvácení a krevních ztrát 3. zlepšení tolerance anémie.

PBM obsahuje celý soubor postupů prováděných multidisciplinárním týmem v jasném časovém rozvrhu (před výkonem, během operace a po ni).



**Obr. 1** Zavedení PBM vede ke snížení množství transfuzí erytrocytů, snížení velkých pooperačních komplikací včetně úmrtnosti a zkrácení hospitalizace (10)

V roce 2010 WHO přijala rezoluci WHA63.12, která doporučila PBM svým členským státům. Několik zemí začalo komplexní strategie PBM implementovat do klinické praxe a postupně publikovaly svoje výsledky. Ke zhodnocení účinnosti programu PBM se používají data z observačních studií, které srovnávají výsledky před zavedením tohoto multimodálního programu a po něm, a to na velkém množství pacientů (stovky tisíc). Výsledky těchto studií jsou o prospěšnosti PBM zcela přesvědčující a obr. 1 ukazuje výsledky metaanalýzy 17 studií, které byly věnovány alespoň 1 principu PBM a celkem zahrnovaly 235 779 chirurgických pacientů (10).

O důležitosti uplatnění PBM svědčí podpora a iniciativy Evropské Unie a WHO: Evropská komise vydala v roce 2017 dvě příručky pro implementaci PBM v zemích Evropské unie – jednu pro správní orgány a druhou pro nemocnice (11). WHO vydala v roce 2021 dokument vyzývající k bezodkladné celosvětové implementaci PBM (12).

Navzdory obrovskému potenciálu PBM zlepšit léčebné výsledky pacientů nebyly jeho principy dosud široce přijaty a zavedeny do klinické praxe. Z dostupných údajů vyplývá, že mezery ve vzdělání a nedostatek informovanosti představují hlavní překážky implementace. Teoretické a praktické uplatnění našel program PBM mezi lékaři Fakultní nemocnice Brno. Zvláště k tomu přispěl docent Ivan Čundrle, který byl průkopníkem bezkrevní medicíny v Česku, podílel se na založení a činnosti České společnosti bezkrevní medicíny a organizaci vzdělávacích symposií. Ke vzdělávání lékařů přispěla publikační činnost v různých odborných časopisech a vydání knih o bezkrevní medicíně a PBM v češtině (13–15).

## BUDOUCNOST

WHO, Evropská komise a odborné společnosti zintenzivňují vzdělávání nejen zdravotnického personálu, ale také správních a politických institucí. Aktuální informace lze sledovat na bezplatných webinarích a na webech nejaktivnějších odborných společností: *Network for the Advancement of Patient Blood Management, Haemostasis and Thrombosis* (NATA, [www.nataonline.com](http://www.nataonline.com)), *Society for the Advancement of Patient Blood Management* (SABM, [www.sabm.org](http://www.sabm.org)) a *World Federation of Societies of Anaesthesiologists* (WFSA) na webu *Perioperative-Patient Blood*

Management (P-PBM, <https://wfsahq.org/our-work/safety-quality/perioperative-patient-blood-management-p-pbm>).

Když se uplatní multimodální a multidisciplinární strategie, je PBM vhodný nejen pro dospělé, ale také pro dětské pacienty v pediatrii (16).

„Zdraví krve“ (*blood health*) je nový koncept sestávající ze strategií zdravotní péče k optimalizaci funkce krve, prevenci krevních onemocnění a diagnostice a léčbě poruch krve. Oběhový systém a krev, kterou obsahuje, je největším tělesným orgánem, a krev obsažená v oběhovém systému je tělesným tekutým orgánem. Jako u každého jiného orgánu nebo systému, jeho rovnováha a zdraví musí být udržováno. Suboptimální zdraví krve se může projevit jako anémie, koagulopatie, krvácení a trombóza a další patologie. Historicky se za téměř automatickou léčbu anémie a ztráty krve považuje krevní transfuze, tedy transplantace tekutého orgánu. Ale primárním cílem by měla být optimalizace „zdraví krve“ pacienta, stejně jako se usiluje o „zdraví srdce“ nebo „zdraví ledvin“ mnohem dříve, než se začne uvažovat o transplantaci. *Patient blood management* právě všechny aspekty optimalizace zdraví krve pacienta zahrnuje (17).

### ZÁVĚR

Když je nyní bezpečnost a účinnost konceptu *patient blood management* systematicky potvrzena, je vše připraveno pro jeho zavedení jako standardu léčebné péče. Různé překážky, které brzdí uplatnění PBM, je možné eliminovat primárně pomocí edukace zdravotníků, zvyšováním zdravotní kultury veřejnosti jejím informováním a zvýšením odpovědnosti vládních, správních a politických institucí za důsledné realizování pokynů od WHO, která v nejbližší době vydá další publikaci poskytující politická řešení pro zlepšení „zdraví krve“ a podporu implementace PBM.

### Čestné prohlášení

Autor práce prohlašuje, že v souvislosti s tématem, vznikem a publikací tohoto článku není ve střetu zájmů a vznik ani publikace článku nebyly podpořeny žádnou farmaceutickou firmou.

### Literatura

1. Hamberger B. Emil Theodor Kocher. Dostupné na: [www.nobelprize.org/prizes/medicine/1909/kocher/article/](http://www.nobelprize.org/prizes/medicine/1909/kocher/article/)
2. Adams R, Lundy JS. Anesthesia in cases of poor surgical risk. Some suggestions for decreasing the risk. *Surg Gynecol Obstet* 1942; 74: 1011-1019.
3. Shander A, Hardy JF, Ozawa S et al. A global definition of patient blood management. *Anesth Analg* 2022; 135: 476-488.
4. Slipac J. Beskrvna medicina. *Medix Zagreb* 2003; 9: 84-88.
5. Ott DA, Cooley DA. Cardiovascular surgery in Jehovah's Witnesses. Report of 542 operations without blood transfusion. *JAMA* 1977; 238: 1256-1258.
6. Thornton J. Infected blood report release marks a day of shame for the UK. *Lancet* 2024;403: 2276-2277.
7. Ad N, Massimiano PS, Rongione AJ et al. Number and type of blood products are negatively associated with outcomes after cardiac surgery. *Ann Thorac Surg* 2022; 113: 748-756.
8. Isbister JP. Roads travelled: the journey to patient blood management at 35 years. *Best Pract Res Clin Anaesthesiol* 2023; 37: 439-450.
9. Gombotz H, Rehak PH, Shander A, Hofmann A. Blood use in elective surgery: the Austrian benchmark study. *Transfusion* 2007; 47: 1468-1480.
10. Althoff FC, Neb H, Herrmann E et al. Multimodal patient blood management program based on a three-pillar strategy: a systematic review and meta-analysis. *Ann Surg* 2019; 269: 794-804.
11. Slipac J. Evropská příručka osvědčených postupů patient blood management. *Prakt Léč* 2017; 97: 206-213.
12. Slipac J. WHO vyzývá k urychlené implementaci programu patient blood management. *Anestéziol Intenz Med* 2022; 11: 73-74.
13. Čundrle I. Dvacáté první století – století bezkrevní medicíny? *Anest Intenziv Med* 2009; 20: 71-72
14. Slipac J. Bezkrvní medicína. 2., aktualizované vydání. *Triton*, Praha, 2011.
15. Slipac J. Patient Blood Management – Proč? *Triton*, Praha, 2020.
16. Goobie SM, Faraoni D. Perioperative paediatric patient blood management: a narrative review. *Br J Anaesth* 2025; 134: 168-179.
17. Slipac J. EÚ 2024: Patient blood management (PBM) pre lepšie „zdravie krvi“. *Anestéziol Intenz Med* 2024; 13: 33.

ADRESA PRO KORESPONDENCI:

**MUDr. Josip Slipac**

Canadian Medical, s. r. o.

Jánská 2, 602 00 Brno

e-mail: [info@pbmeducation.eu](mailto:info@pbmeducation.eu)

website: [www.pbmeducation.eu](http://www.pbmeducation.eu)

# Spomienka na profesora Stanislava Kostlivého – zakladateľa slovenskej chirurgie

Miloš Kňazovický

I. chirurgická klinika LF UPJŠ a UNLP Košice

Čas. Léč. čes. 2025; 164: 35–38

## ÚVOD

To, že slovenská chirurgia začala pred sto rokmi písať svoju novú kapitolu, je predovšetkým zásluhou veľkého českého lekára, vynikajúceho európskeho chirurga, profesora Stanislava Kostlivého, ktorý sa po skončení prvej svetovej vojny rozhodol vydať do neznáma a v úlohe prvého prednostu Chirurgickej kliniky Univerzity Komenského v Bratislave sa stal zakladateľom slovenskej chirurgie, ktorú za krátky čas povzniesol na európsku úroveň.

Ubehlo sto rokov, odkedy profesor Stanislav Kostlivý vo funkcii rektora výrazne prispel k budovaniu a rozvoju prvej slovenskej Univerzity. Prof. Kostlivý dal Slovensku všetko čo len mohol a jeho čestný a humánny postoj si na Slovensku získal všeobecnú vážnosť a úctu. Charakterové vlastnosti profesora Kostlivého, jeho zhovievavosť, dobrotu, úprimnosť a korektnosť z neho urobili v čase prvej Československej republiky vedúcou osobnosť a najobľúbenejšieho lekára Slovenska. Vychoval mnoho českých a slovenských zdravotníkov, ktorí inšpirovaní jeho géniom boli požehnaním kraja, kam ich osud zavial. Vychoval školu, ktorá nesie hrdé meno škola Kostlivého. Patrili k nej priamo alebo nepriamo všetci významní slovenskí chirurgovia 20. storočia. Z jeho odchovancov sa stali univerzitní profesori, prednostovia klínik a primári oddelení nemocníc po celom Slovensku.

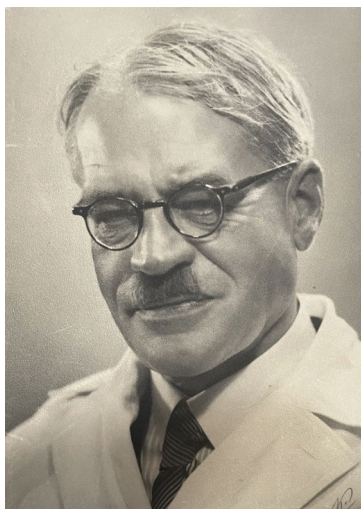
Dnes si môžeme pripomenúť osobnosť profesora Kostlivého v spomienkach profesora Jána Kňazovického, ktorý bol jeho priamym a najstarším slovenským žiakom a ktorý sa vždy hrdó hlásil k jeho odkazu. Nikdy sa netajil tým, že aj jeho celoživotná odborná a vedecká dráha bola predovšetkým formovaná osobnosťou prof. Kostlivého. Ako zakladateľ košickej Lekárskej fakulty sa zasadil o pomenovanie prvej fakultnej posluchárne v Košiciach jeho menom. Neskôr už ako emeritný profesor sa spolu s Rudolfom Schusterom, neskôr slovenským prezidentom, zasadili aj o pomenovanie ulice v centre Košíc. Meno tohto významného profesora nesú okrem historického centra Košíc ešte aj ulice v Prahe-Kyjích a v Bratislave.

**Prof. MUDr. Stanislav Kostlivý, Dr.h.c.**, sa narodil 30. októbra 1877 vo Viedni. Jeho život plynul v českom viedenskom prostredí, či už šlo o jeho rodinný život, či o jeho medicínsku dráhu.

Po úspešnom zvládnutí štúdia medicíny na lekárskej fakulte vo Viedni nastúpil v roku 1902 na I. chirurgickú kliniku, ktorú v tom čase viedol známy český profesor Eduard Albert. Profesor Albert mal pre svojho mladého krajana zvláštne sympatie a podporoval ho v chirurgických začiatkoch. Túžba po vedeckých poznatkoch a po chirurgickej škole v domácom ovzduší ho viedla do Prahy. Tam sa stal asistentom ďalšieho vynikajúceho českého chirurga, profesora Otakara Kukulu. Písal sa rok 1905. Mladý asistent vniká do hlbokých tajov chirurgickej kuchyne, usilovne študuje, publikuje a získava odbornú špecializáciu. Prof. Kukula s prekvapením konštatuje, že jeden z jeho najmladších žiakov vyniká nad priemer. Preto keď sa v roku 1909 uprázdňuje v třebečskej nemocnici chirurgický primariát, profesor Kukula odporučil na uvoľnené miesto mladého Kostlivého. Vystriedal tu popredného českého chirurga docenta Jaroslava Bakeša, ktorý odišiel za prednostu chirurgickej kliniky do Brna.

Třebeč bola v kariére prof. Kostlivého významným medzníkom. Netrvalo dlho a stal sa aj riaditeľom nemocnice. Predpoklady k najvyššej méte, k univerzitnej stolici, vznikajú v tomto jeho pracovnom milieue. Syntéza Albertovej a Kukulovej školy nachádza v třebečskom chirurgickom oddelení samostatný vzlet a uplatnenie. Organizácia práce priniesla svoje prvé ovocie, keď sa na Českom vysokom učení technickom v Brne 7. augusta 1912 habilitoval na docenta chirurgie prácou „O chronických tyreotoxiakózach“. Prácu posudzoval profesorský zbor Karlovej univerzity v Prahe. Počas prvej svetovej vojny pracoval ako vojenský chirurg. V tomto čase pôsobil aj na Slovensku, konkrétne v oblasti Karpát.

Po skončení prvej svetovej vojny a po vzniku Československa sa plánujú v Bratislave zriadiť nové klinické pracoviská. Na miesto vedúceho chirurgickej katedry sa okrem docenta Bakeša uvažovalo aj s profesorom Juliusom Petřivalským. Voľba však nakoniec padla na docenta Kostlivého, ktorý sa tak v roku 1919 sťahuje do Bratislavy a pridáva sa ku skupine profesorov, vedených prof. Kristiánom Hynkom, ktorých úlohou bolo vybudovanie prvej slovenskej lekárskej fakulty. Profesorom chirurgie sa stal 31. júla 1919, keď si z rúk prezidenta T. G. Masaryka preberá profesorský dekrét. Inauguračná práca mala názov



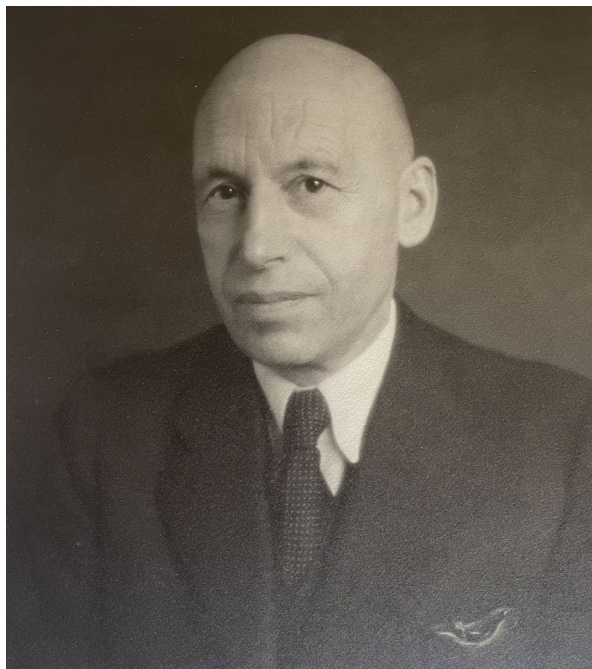
Prof. Stanislav Kostlivý

„Cesty a cíle moderní chirurgie“. Poverený vedením chirurgickej kliniky bol dňa 20. augusta. Mal 42 rokov a bohaté chirurgické skúsenosti. Pod jeho vedením sa vo veľmi krátkom čase zvyšoval počet a spektrum operačných výkonov a pracovisko dosiahlo už v prvých rokoch svojej existencie európsku úroveň.

Vedecká činnosť prof. Kostlivého, ktorá obsahuje vyše 70 štúdií a článkov, prenikla ďaleko za hranice. Za dlhé roky jeho blahodarného pôsobenia v pracovnom kolektíve uzrel svetlo sveta celý rad monografií a dizertácií, interpretovaných jeho duchom, myslením, logikou, kriticizmom a originalitou. Z jeho rozsiahlej domácej a zahraničnej publikačnej činnosti treba predovšetkým uviesť monografiu „Chirurgie chorob žalúdka a dvanástniku“ z roku 1929.

Popri klinických povinnostiach zastával najprv úrad prorektora slovenskej *alma mater* v rokoch 1919–21, aby si neskôr vyslúžil poctu Magnificencie, ktorej sa mu dostalo v rokoch 1923–24. Jeho prítulnosť k medicínskému dorastu bola odmenená protektorstvom a čestným členstvom Spolku čl. medikov v Bratislave. Všeobecná dôvera lekárskeho stavu ho postavila aj na miesto prezidenta lekárskej komory, ktorá dlho ťažila z jeho tvorivej organizačnej sily. Okrem toho bol organizátorom slovenského vedeckého života a členom mnohých domácich a zahraničných vedeckých inštitúcií.

V čase druhej svetovej vojny prebehla Slovenskom mrazi- vá víchrica a profesor Kostlivý bol v roku 1941 daný k dispozícii protektorátnej vláde v Prahe. Tam žil ako penzista a dňa 7. decembra 1946 podľahol zákernej chorobe vo veku 69 rokov. Pochovaný je na Olšanskom cintoríne v Prahe.



Prof. Ján Kňazovický

**Prof. MUDr. Ján Kňazovický (1893–1987)** – prvý dekan košickej Lekárskej fakulty a nositeľ Medaily J. E. Purkyňu za rok 1963. Narodil sa 27. októbra 1893 v Lubietovej blízko Banskej Bystrice. Štúdium medicíny absolvoval v sedmo- hradskom Koložvári. Po promócií vo víre udalostí prvej svetovej vojny nastúpil do nemocnice pre vojenských in-

validov do Košíc, ktorú viedol známy chirurg a urológ profesor Alexander von Lichtenberg (vynálezca intravenózne- j urografie). V rokoch 1920–22 pracoval na II. chirurgickej klinike v Budapešti, ktorú viedol prof. Pál Kuzmík, kde získal titul odborného lekára chirurgie. V roku 1922 nastúpil na chirurgickú kliniku v Bratislave ako asistent profesora Kostlivého, kde v roku 1923 vykonal ako prvý na Slovensku krvnú transfúziu. V roku 1929 sa vrátil späť do Košíc ako primár chirurgického odd. Štátnej nemocnice. V roku 1930 uskutočnil prvú sutúru poraneneho srdca na Slovensku. V roku 1933 na LF UK v Bratislave bol na základe priekopníckej práce o artériografiách profesorom Kostlivým habilitovaný za docenta chirurgie.

Počas druhej svetovej vojny pôsobil v Martine ako primár chirurgického oddelenia a riaditeľ nemocnice. V roku 1944 po vypuknutí Slovenského národného povstania pôsobil v povstaleckom centre v Banskej Bystrici, kde pôsobil ako hlavný referent Povereníctva pre zdravotníctvo a po potlačení povstania do hôr bol zdravotníckym náčelníkom I. partizán- skej brigády generála M. R. Štefánika. Po oslobodení sa v roku 1946 znovu vrátil do Košíc na svoje bývalé pracovisko a dekrétom prezidenta Edvarda Beneša bol vymenovaný za riadneho profesora patológie a terapie chorôb chirurgických. Začiatkom roku 1947 bol vymenovaný za predsedu výboru pre budovanie vysokého školstva v Košiciach. Úsilie prof. Kňazovického bolo dovršené dňa 19. októbra 1948, keď bol otvorený školský rok na pobočke Lekárskej fakulty Slovenskej univerzity v Košiciach a prof. Kňazovický bol vymenovaný za prvého dekana no- vozaloženej košickej Lekárskej fakulty. Po jej založení ako dekan a súčasne riaditeľ nemocnice prebudoval pôvodnú Štátnu nemocnicu na Fakultnú nemocnicu. Za tri desaťročia pôsobenia vo funkcii prednostu kliniky a vedúceho Katedry chirurgie vychoval celý rad špecializovaných spolupracovní- kov a založil košickú chirurgickú školu, z ktorej ešte za jeho života vyšli viacerí profesori, prednostovia klinik a primári chirurgických oddelení a ústavov nielen v Košiciach, ale aj v Bratislave a v iných mestách Slovenska a Čiech.

### PROFESOR KOSTLIVÝ V SPOMIENKACH JÁNA KŇAZOVICKÉHO

Začnem mojim príchodom na kliniku v roku 1922. Budem trochu osobný. Nie pre seba, ale aby som vykreslil ľudský profil nášho učiteľa. Stál som pred priamym, bezprostredným a otvoreným človekom. Už prv som sa oboznámil s čl. demokratickým klinickým režimom, ktorý sa diametrálne líšil od môjho predošlého autoritatívne vedeného klinického života v Budapešti. A prejavil som nahlas svoju ľútosť nad tým, že mi nebolo umožnené už dávno žiť v klinickom ovzduší, v akom som sa ocitol v Bratislave. Otváram oči, keď počujem slová: „*Ba ne přáteli, nelitujte. Ani nevíte, k čemu vám to bude dobré.*“ A bolo! Alebo. S recenziou mojej vedeckej prvotiny bol za 24 hodín hotový. Jej syntaxa, štylistika bola príšerná. Predstavte si, šéf ju dal upraviť svojej dcére, študentke filozofickej fa- kulty, na ktorú bol veľmi hrdý. Hanbil som sa, cítil som sa ako spráskaný pes. A ako tak lamentujem, odznievajú slová: „*Nic si z toho nedělejte. Vždyť i já si ještě stále musím svou medicínskou češtinu alespoň třikrát předělavat a stále to není ono.*“ Alebo. Mal som zložiť do jeho rúk, v jeho funkcii prezidenta lekárskej komory predpísaný sľub. Prijal ma celkom neformálne s oslovením: „*Copak si my dva budeme taďy úřadovat. Servus Kňazovický a tím je to odbytý.*“ A na dôvažok ešte jedna perlička. Kolektív kliniky sa dostavoval k šéfovi pri príležitosti jeho narodenin korpo-

ratívne ku gratulácii. Raz sa mi stalo, že ma predvečer jeho sviatku kamaráti zviedli k dákej pijatike. Na druhý deň som bol ťažko intoxikovaný. Starému pánovi chýbala moja neprítomnosť a keď mu okolnosti incidentu kolegovia pošepli, tak sa ku mne dostavil so slovami: „Tak prišiel jsem si pro gratulaci.“ Sadol si ku mne na gauč, hladkal mi ruku a povedal: „Vždyť to беру tak, že jste si vypil k mé oslavě“. Do smrti nezabudnem na toto jeho gesto! A ja som sa dostal k nemu z pracoviska, kde šéf v poradí posledných desať lekárov po mene ani nepoznal a ani slovka k nim neprehovoril.

Neubehol ani rok od môjho nástupu na kliniku, keď som stal klinickým asistentom, ba ako mi profesor hovoril jeho „leibasistentom“. Táto funkcia pozostávala z toho, že keď človek nebol práve vedúcim ambulancie, sprevádzal šéfa na klinike takmer na každom kroku, od jeho príchodu až po chvíľu, keď odchádzal domov. Mojou úlohou bola príprava prednášok, asistencia pri všetkých profesorských chirurgických výkonoch, ošetrovanie chorobných stavov, podávanie situačného hlásenia do bytu, a ešte nejaké maličkosti. Tak sa stalo, že v uvedenom období môjho klinického života porozprával mi náš učiteľ o viacerých úsekoch jeho chirurgickej dráhy, o zákuľisí v českom chirurgickom živote a aj niektoré momenty z obdobia zakladania Univerzity Komenského a jej chirurgickej kliniky. Pokúsím sa teda o reprodukciu niektorých, historicky pozoruhodnejších udalostí, tak ako som ich počul z jeho úst.

## VZNIK UNIVERZITY KOMENSKÉHO

V roku 1919 sa československá vláda rozhodla založiť v Bratislave univerzitu. Pri vtedajších zložitých politických pomeroch a po nátlaku niektorých direktorov Versaillskej zmluvy mala byť dvojkoľajná. Československá vetva mala bežať paralelne pri zachovaní starej maďarskej Alžbetínskej univerzity. Toto stanovisko zastával aj minister pre správu Slovenska MUDr. Vavro Šrobár. Na čele maďarskej kliniky mal ostať jej doterajší šéf profesor Lajos Bakay. Kandidátom na prednostu čl. chirurgickej kliniky bol pôvodne docent Jaroslav Bakeš z Brna. Keďže Bakešovi nebol náš demokratický režim sympatický, voľba padla na primára chirurga v Třebíči, docenta Kostlivého, ktorý svoje poverenie s radosťou prijal, majúc k Slovensku zvláštnu afinitu. Pridal sa teda s veľkým elánom ku skupine profesorov, vedených prof. Hynkom, aby započal aj on svoje veľké budovateľské poslanie. Pravda, súbežnosť dvojkoľajného národnostného univerzitného systému nebola možná. Nastal boj, ktorý chvíľu trval, ale napokon aj minister Šrobár si osvojil námietky bratislavského zboru, takže ústredná vláda svoje prvotné uznesenie zrušila. Prof. Kostlivý aj keď viedol boj nekompromisne, ostal pri ňom, ako aj vždy v živote, humánnym a tolerantným. Prof. Bakaymu ponúkol prax v sanatóriu na Hlbokej ceste. Mal v úmysle prevziať skoro všetkých Bakayových asistentov, ktorí sa ale rozhodli opustiť Československo a odišli do Maďarska. A tak prvý československý káder tvorili doktori Koch, Frejka, Podlaha, Šebek, Klika, Dudek, Vidlička, Makovický, Pollák, Pevný a Neumann.

Po založení univerzity nastal na bratislavských klinikách čulý organizačný život. Muselo sa budovať na základoch a po stopách cudzej ideológie a cudzej tradície. Pôda bola ťažká a dnešné generácie si ani nemôžu predstaviť, aké prekážky musela vtedy zdolať ľudská vôľa. Je nehynúcou zásluhou prof. Kostlivého, že v tomto boji vydržal a že v ňom čestne obstál. Univerzita v Bratislave bola vtedy ešte mladá, všetko

sa rozbiehalo, formovalo, stavalo a kodifikovalo. Zo všetkých fakúlt bola pritom najstabilnejšia práve lekárska fakulta. I v nej však boli dosť zložité vnútorné pomery. Mnohí z nových prednostov ústavov a kliník ešte nemali profesorskú kvalifikáciu a mali neraz veru čo doháňať, aby obstáli pred vlastnými asistentmi ale aj pred odbornými lekármi v meste. Patrí k chvále profesora Kostlivého, že práve chirurgická klinika si ako jedna z prvých získala rešpekt a uznanie i dôveru nemocných.

Okrem veľkej oddanosti k chirurgii bol profesor Kostlivý aj veľkým ctiteľom a vyznávačom učiteľa národov Jána Amosa Komenského, ako to neraz zdôrazňoval svojim žiakom: *J sme především školou, středisko s vědeckou, školní a výchovnou náplní. My máme a musíme především vychovávat mladé lékaře a nejen je. Ale to neznamená, že zcela zapomeneme na klinickou práci, na léčbu od přijetí pacienta po jeho úplné vyléčení. Tedy škola a klinika... Musíme je harmonicky spojit, neboť jedna potřebuje druhou a naopak. Klinika školu a škola kliniku. Toto propojení musí být komplexní a až potom si budeme moci říci, že vychováváme i léčíme, že napomáháme odbornému růstu a i to prakticky dokazujeme.*

Tieto názory v nejednom prípade predbehli dobu, ktorá prijala pokroku viac než kedykoľvek predtým. Pre profesora Kostlivého bolo charakteristické, že sa vedel zbavovať starého vždy, keď videl, že neprináša úžitok, že brzdí a nepomáha lekárovi liečiť. Profesor Kostlivý hneď v prvých rokoch existencie chirurgickej kliniky lekárskej fakulty v Bratislave určil dve skupiny chorôb, ktorým sa mala vo výskume venovať osobitná pozornosť, teda sa mala vylepšovať nielen operačná technika, ale i odborný výskum celej choroby. Jednalo sa o chirurgiu štítnej žľazy a chirurgiu žalúdka. Čo sa týka strúm, problém bol doslova na dosah ruky. Celý neďaleký Žitný ostrov bol zaplavený obyvateľmi s rôznymi strumami, medzi ktorými bolo i veľa toxických. Široké zázemie vidieka ich priam chrlilo na chirurgickú kliniku, zvlášť potom, čo sa tamojšie maďarsky hovoriace obyvateľstvo presvedčilo, že aj doktori na „českej“ klinike operujú výborne. Dobré operačné výsledky boli dosiahnuté najmä vďaka snahe profesora Kostlivého priblížiť operačnú techniku čo najviac biologickým a fyziologickým podmienkam organizmu. Druhou oblasťou klinického a experimentálneho záujmu sa stala chirurgia žalúdka, predovšetkým vredovej choroby. Predvídavý profesor Kostlivý dávno pred inými odborníkmi hovoril o vredovej a o rakovinej chorobe žalúdka a nespájal ich. Pod jeho vedením sa celý pracovný kolektív ujal vedeckej úlohy a spracoval rôzne problémy okolo vredovej choroby ale aj rakoviny žalúdka. Výsledkom bol celý rad dizertačných prác a lekárskech monografií, ktoré boli prezentované a obhájené na medzinárodných i vnútroštátnych kongresoch.

Kolektív slovenských lekárov sa postupne rozrástol, usilovne sa študovalo a prednášalo na kongresoch, aj v Purkyne, zrodili sa vedecké publikácie a myslím, že nasledovali najkrajšie roky života prof. Kostlivého. Išlo totiž o jeho bohaté, pionierske tvorivé, vedecké a výkonné chirurgické obdobie. Aj keď sa v našom klinickom živote vyskytli rušivé udalosti, v pracovnom prostredí sa podľa želania nášho učiteľa malo udomáčniť porozumenie, pokoj, krásne ľudské vzťahy a korektné a zdravé pracovné súťaženie. Bolo veľkým sviatkom celého Slovenska, keď sme mohli osláviť jeho 50. a 60. narodeniny.

Prof. Kostlivý bol nadpriemerným človekom, štátnicky a politicky vysoko vynikajúcou osobnosťou. Kultúrne a sociálne povznesenie Slovenska mal stopercentne na srdci. Dôvodil, presvedčoval, prehovárал aj svojich českých kolegov,

že regionálnemu uplatňovaniu sa slovenského národa aj vo vysokoškolskom živote treba dať voľný priebeh. Bolo mu jasné, že jeho klinika bude raz slovenská. Jeho prezieravosť sa začala na pôde bratislavskej lekárskej fakulty prakticky realizovať odchodom prof. Kristiána Hynka, ktorý bol totiž zástancom pomalého a postupného evolučného vývoja a mal tvrdšie podmienky pre kandidátov slovenskej vedy. Profesor Kostlivý si profesora Hynka síce vážil ale v láske ho pre jeho sarkazmus veľmi nemal. No aj keď Hynek bol hlavnou postavou v profesorskom zbore, nezažil som nikdy, aby v úradných veciach náš učiteľ chodil za ním. Práve naopak! Náš šéf bol síce pozorný a zdvorilý, ale nevedel sa klaňať. Z fakultných profesorov mu bol najbližší profesor Roman Kadlický, pretože bol povahovo aj on skromný, jemný, tichý a dobromyseľný.

### OPRAVDIVÝ ČLOVEK

Profesor Kostlivý bol voči pacientom samá humanita. Nebol proporcionálnym, díval sa vždy na celého človeka. Myslel nielen orgánovo, ale súčasne aj na psyché. Ako lekár vynikal svojim všeobecným medicínskym vzdelaním. Hlásal, že pravý zdravotník má cítiť s pacientom, má sa riadiť poznatou vedeckou pravdou a poslúchať hlasu svedomia.

Osobitnou kapitolou bola je úloha vo funkcii prednostu chirurgickej kliniky. Ako chirurg operoval zručne, prepravoval anatomicky, jeho technika bola do posledných rokov brilantná, šetriaca vždy živé tkanivá a živé bunky. Osobné kúzlo, prístupnosť, láskavosť a demokratickosť účinkovali najmä na tú generáciu, ktorá bola prechodným medzníkom medzi rakúsko-maďarskou a česko-slovenskou chirurgickou školou. Nepripomínal prácu, neprikazoval poslušnosť, nevedel sa na svojich podriadených hnevať a predsa, nebolo snád jedného žiaka, ktorý by bol jeho príslovecnú dobrotu zneužil. Usilovali sme sa, boli sme mu dobrými, poslušnými synmi, snažili sme sa aj vedecky pracovať, lebo sme vedeli, že mu každý slovenský vedecký pokrok urobí radosť a zo všetkých síl sme robili všetko preto, aby sme nenarušili harmonický éter, ktorý obklopoval nášho jedinečného učiteľa.

Roky však utiekli, vypukla druhá svetová vojna a na Slovensku – a žiaľ aj na lekárskej fakulte – zavládol autoritativný režim, ktorý dovolil, že zakladateľ slovenskej chirurgie, vzor a učiteľ takmer všetkých slovenských chirurgov, budovateľ univerzity a prezident lekárskej komory bol daný k dispozícii protektorátnej vláde. Žiaľ aj takáto osobnosť bola pre politické udalosti prinútená v roku 1941 opustiť Slovensko. Odišiel zlomený na tele a na duši z „nevďačného Slovenska“ do Prahy, kde v roku 1946 zomrel. Posledný jeho dopis som obdržal začiatkom roku 1944, v ktorom mi gratuluje k päťdesiatke. Pritom smutne spomína na nevďačnosť ľudí, ktorí mali prsty v jeho odstránení. Sľúbil mi, že pri našom najbližšom stretnutí mi prezradí zákulisie tejto hanebnej akcie. Ale žiaľ! Uvidel som ho už len v Hlavnom patologickom ústave. Pribehli sme s prof. Klimom na pohreb, ale kremácia bola odložená. Aspoň sme vyhládali malú izbičku, kde skonala a pohladkali sme tam zabudnuté papučky ako jediné smutné rekvizity po milovanom človeku. Ťažko ešte niečo pridať.

### Literatura

1. Schuster R., Štiavnický J. So skalpelom a bez neho. *NVK International*, 1994.
2. Schuster R. Profesor Ján Kňazovický. *Press Print Košice*, 2009
3. Kňazovický J. Osobné spomienky na prof. Kostlivého. Prednesené pri príležitosti 100. výročia jeho narodenia. *31. Kostlivého deň*, 9. 12. 1977.
4. Kňazovický J. S Bohom, pane profesore... *Bratislavské lekárske listy*, 1947.
5. Kothaj P. Profesor Kostlivý, jeho žiaci a nasledovníci. In: *Momenty z dejín slovenskej chirurgie. Patria I*, 1999
6. Falisová A, Ozorovský V. Stanislav Kostlivý and Konštantin Čársky – the elite of Slovak surgery. *Forum Historiae* 2018; 12: 99-113.

ADRESA PRO KORESPONDENCI:

**MUDr. Miloš Kňazovický, PhD., MPH**  
I. chirurgická klinika LF UPJŠ a UNLP  
tr. SNP 1, 040 11 Košice  
Tel.: +421 918 528 630  
e-mail: m.knazovicky@gmail.com

pr+ Lékaře.cz  
největší informační zdroj pro lékaře



Přináší současné poznatky z medicíny  
a celoživotní vzdělávání

- + Kreditované on-line kurzy ČLK a SLK
- + Více než 60 vědeckých časopisů včetně archivu
- + Specializované tematické zpravodaje  
– žádné informace Vám neuniknou!



[www.prolekare.cz/registrace](http://www.prolekare.cz/registrace)

REGISTRACE ZDARMA



# Den seniorů ČLS JEP, 14. ledna 2025

Letošní Den seniorů, každoročně pořádaný Českou lékařskou společností J. E. Purkyně ve společenských prostorách Lékařského domu, měl trochu jinou náplň než v minulých letech.

Obvyklou přednášku s diskusí nahradilo po úvodním slovu předsedy ČLS JEP prof. MUDr. Štěpána Svačiny, DrSc., nejprve předání Zlaté pamětní medaile ČLS JEP prof. MUDr. Heleně Tlaskalové-Hogenové, DrSc., a poté recitál kytarového virtuosa Štěpána Raka.

Profesorka Helena Tlaskalová-Hogenová, absolventka pražské Fakulty všeobecného lékařství UK (1962) pracovala od roku 1964 v Mikrobiologickém ústavu (MBÚ) ČSAV (nyní AV ČR), od roku 1990 jako vedoucí Laboratoře buněčné imunologie a v letech 1991–2004 jako vedoucí Sektoru imunologie a gnotobiologie MBÚ. Jejím odborným zaměřením je především slizniční imunita, význam mikrobioty pro



vývoj imunity, účast mikrobioty při vzniku autoimunitních a nádorových chorob a imunopatologie střeva (idiopatické střevní záněty, celiakie). Je členkou řady domácích i zahraničních společností, založila Českou mikrobiomovou společnost ČLS JEP a do roku 2022 jí předsedala.

Profesor Štěpán Rak (\*1945), kytarový virtuos, skladatel a hudební pedagog, je známý především z dlouholeté spolupráce s hercem a recitátorem Alfrédem Strejčkem. Je autorem řady skladeb pro sólovou kytaru i koncertů pro kytaru a další nástroje. Svě vystoupení „S kytarou kolem světa“ pojal jako několik zastávek v některých z mnoha zemí, jež s kytarou během mnoha desetiletí procestoval. Jeho druhou vášní je fotografování, původně se totiž věnoval výtvarnému umění. Proto své vystoupení doprovodil projekcí vybraných fotografií, z nichž nabízíme malou ukázkou.

**Petr Sucharda**



Foto: Štěpán Rak

## PŘEDNÁŠKOVÉ VEČERY SPOLKU ČESKÝCH LÉKAŘŮ V PRAZE (DUBEN – ČERVEN 2025)

Spolek českých lékařů v Praze pořádá pravidelné přednáškové večery s diskusí. Začátek je vždy v 17.00 hodin v Lékařském domě, Sokolská 31, Praha 2.

### TRAPLŮV VEČER ÚSTAVU PRO PÉČI O MATKU A DÍTĚ 7. dubna 2025

#### Činnost Centra fetální medicíny v ÚPMD

- Hašík L, Krofta L. *Twin-to-twin transfusion syndrome (TTTS)*
- Halaj M. Radiofrekvenční ablace u gravidit se sekvencí TRAP
- Hanulíková P. Shuntové techniky u plodů s vývojovou vadou močových cest a hrudníku
- Hašík L. Intratracheální okluze plodu u těžkých forem brániční hernie
- Krofta L. Možnosti intrauterinní intervence u *spina bifida*

### SMETANŮV VEČER KLINIKY DĚTSKÉ A DOSPĚLÉ ORTOPEDIE A TRAUMATOLOGIE 2. LF UK A FNM

14. dubna 2025

#### Kapitoly z traumatologie dětského a adolescentního věku

- Filipovič M. Strategie léčby zlomenin dětského skeletu
- Čabart J. Nejčastější zlomeniny v dětském věku
- Krejčí D. Poranění kolenního kloubu u dětí a adolescentů
- Máška D. Polytraumata v adolescentním věku
- Lorenc J. Zlomeniny v oblasti páteře u dětí a adolescentů

### LENOCHŮV VEČER REVMAOLOGICKÉHO ÚSTAVU 28. dubna 2025

- Vencovský J. Revmatologické komplikace při léčbě *checkpoint* inhibitory
- Šenolt L. Novinky v diagnostice a léčbě vaskulitid
- Pavelka K. Methotrexát – svatý grál revmatologie (?)
- Tomčík M. Modré prsty pohledem revmatologa
- Filková M. Od preklinické fáze k manifestaci revmatoidní artritidy

### BRODŮV VEČER KLINIKY NEFROLOGIE IKEM 5. května 2025

- Viklický O. Novinky ve screeningu a terapii chronického onemocnění ledvin
- Rajnochová-Bloudíčková S. Hereditární onemocnění ledvin
- Pichová Z. Transplantace ledviny u etnických menšin
- Zahradka I. Jak zlepšit účinnost očkování u rizikových pacientů?

### PURKYŇŮV VEČER ANATOMICKÉHO ÚSTAVU 1. LF UK 12. května 2025

- Smetana K. Blokace receptoru pro IL-6
- Sedmera D. Srovnávací a aplikovaná morfologie srdečních síní
- Olejníčková V, Nekvindová E. Patogeneze srdečního selhání: od malých laboratorních zvířat k velkým odpovědím
- Gregorovičová M. Jak se hojí srdce u obratlovců
- Shbat A, Klepáček I. Rekonstrukce obličeje versus aproximace jeho vzhledu

### POLÁKŮV VEČER CHIRURGICKÉ KLINIKY 3. LF UK A FNK 19. května 2025

#### Současná multioborová péče o karcinom prsu v komplexním onkologickém centru

- Rob L. Primární prevence karcinomu prsu
- Malíková H, Andrášková H, Bárta J. Mamografický screening a diagnostika karcinomu prsu
- Drozd J, Vyhnánková B, Mačejová A, Vedral T. Současné trendy chirurgické léčby karcinomu prsu
- Kolín V. Prediktivní a prognostické markery u karcinomu prsu z pohledu patologa
- Sukop A, Patzelt M. Rekonstrukční výkony pro karcinom prsu
- Soumarová R. Onkologická léčba karcinomu prsu

### PRUSÍKŮV VEČER 4. INTERNÍ KLINIKY 1. LF UK A VFN 26. května 2025

#### Úskalí diagnostiky a léčby nevědných diagnóz – večer věnovaný 80. výročí založení kliniky

- Ryšánková M. Cévní ileus
- Ševela S. Akutní pankreatitida
- Klement F. Orální lichen planus na interním oddělení
- Šatný M. Akutní alkoholová hepatitida
- Klevar J. Akutní porfyrie

### PLACÁKŮV VEČER INTERNÍ KLINIKY 1. LF UK A ÚVN 2. června 2025

#### Gastroenterologie vědecká a praktická

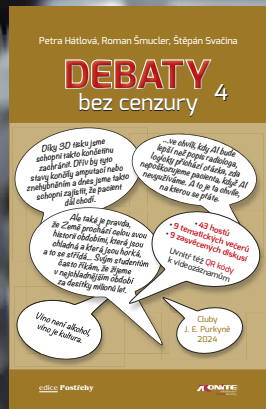
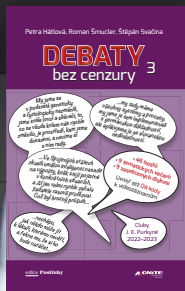
- Hříbek P. Možnosti spektroskopie krevní plazmy v diagnostice hepatocelulárního karcinomu u obézních pacientů
- Košťálová K. Endoskopická léčba refluxní choroby jícnu (Stretta) versus konzervativní léčba – *interim* analýza probíhající randomizované klinické studie
- Grega T. Vývoj a klinické využití nové metody identifikace pacientů s rizikem rekurentních kolorektálních lézí a personalizace jejich dispenzární péče pomocí stanovení mutační nálože a klinicko-patologického fenotypu
- Trčka M. Nádorová kvadruplicita
- Veselý T. Není meléna jako meléna

Vzdělávací akce jsou pořádány dle stavovského předpisu ČLK č. 16 a jsou hodnoceny 2 kredity.

Přednášky jsou zařazeny jako volitelný předmět pro studenty 1. LF UK v Praze.

Vstup na akci je možný bez předchozího přihlášení.

# EDICE, KTEROU MUSÍTE MÍT



**AXONITE**  
nakladatelství  
lékařské literatury

Oblíbená řada knih **Debaty bez cenzury** dostala již 4. pokračování. Stejně jako předcházející tři, je i ona z **prostředí Clubů J. E. Purkyně**, které moderují prezident České stomatologické komory doc. Roman Šmucler a předseda České lékařské společnosti J. E. Purkyně prof. Štěpán Svačina. Tyto Cluby se staly fenoménem zahrnujícím všemožná témata – vždy však uchopená a oddiskutovaná odborníky z daných oblastí. Všechny knihy dohromady přinášejí **čtenářsky atraktivně zpracovaný záznam 42 inspirativních setkání a debat** na Clubech J. E. Purkyně. Nechybějí ani **QR kódy, které čtenáři umožní okamžité přesměrování na videozáznam z těchto debat.**

Historie vinařství, reprofilace sítě nemocnic, dopad klimatických změn, architektura nemocnic, Češi a Němci v muzeu, 3D tisk v medicíně, medicína za třicet let, Hippokratova přísaha a co jedli lidé dříve a co jedí dnes? To vše jsou témata již 4. knihy řady **Debaty bez cenzury**.



Objednávejte na e-shopu [www.axonite.cz](http://www.axonite.cz)

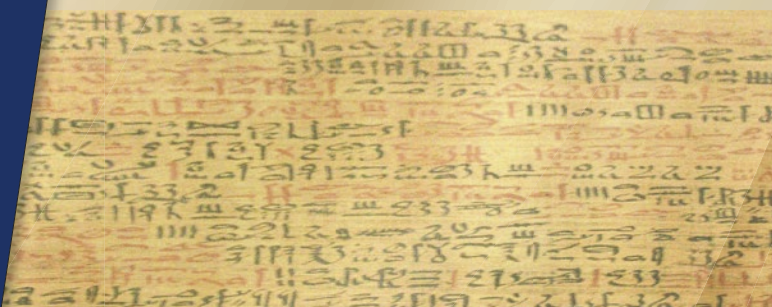
## DOPORUČUJEME



## STO LET ČESKÉ DERMATOVENEROLOGIE

Petr Arenberger, Petra Hátllová, Monika Arenbergerová

**Přinesl k nám syfilis opravdu Kryštof Kolumbus? Je akné nemocí lhářů? Jak se léčila lupénka ve starém Egyptě a jak se léčí dnes? Odpovědi na tyto i mnohé další otázky přináší strhující příběh dějin dermatologie, který vychází knižně při příležitosti stého výročí založení České dermatovenerologické společnosti.**

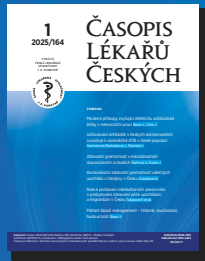


**AXONITE**  
nakladatelství  
lékařské literatury



K dostání u vašich knihkupců nebo na [www.axonite.cz](http://www.axonite.cz)

# NABÍDKA ČASOPISŮ ČESKÉ LÉKAŘSKÉ SPOLEČNOSTI J. E. PURKYNĚ



NAKLADATELSKÉ A TISKOVÉ ODDĚLENÍ ČLS JEP  
SOKOLSKÁ 31, 120 00 PRAHA 2  
tel.: 296 181 805, e-mail: nto@cls.cz  
www.cls.cz

