

VLASTIMIL ŠVEC
**POVOLÁNÍ CHIRURG:
SPECIFICKÁ
POMÁHAJÍCÍ
PROFESE**



MASARYKOVA
UNIVERZITA

MUNI
PRESS

REFLEXE
E D I C E

VLASTIMIL ŠVEC
**POVOLÁNÍ CHIRURG:
SPECIFICKÁ
POMÁHAJÍCÍ
PROFESE**

Masarykova univerzita

Brno 2022

KATALOGIZACE V KNIZE - NÁRODNÍ KNIHOVNA ČR

Švec, Vlastimil, 1947-

Povolání chirurg : specifická pomáhající profese / Vlastimil Švec. -- 1. vydání. -- Brno :

Masarykova univerzita, 2022. -- 1 online zdroj. -- (Reflexe ; svazek 6)

Obsahuje bibliografické odkazy

ISBN 978-80-280-0030-1 (online ; pdf)

* 617-089-051 * 617-089 * 364-4 * 377 * 331.546 * (437.3) * (047.53)

– chirurgové -- Česko

– chirurgie

– pomáhající profese -- Česko

– profesní příprava

– profesní kompetence

– rozhovory

617 - Ortopedie. Chirurgie. Oftalmologie [14]

Ediční řada: Reflexe

Svazek 6

Autorem kapitoly „Půvab chirurgie: proces stávání se chirurgem“
je Teodor Horváth.



Kniha je šířená pod licencí

CC BY-NC-ND 4.0 Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivatives 4.0

© 2022 Masarykova univerzita

ISBN 978-80-280-0030-1

ISBN 978-80-280-0029-5 (brožováno)

<https://doi.org/10.5817/CZ.MUNI.M280-0030-2022>

OBSAH

Prolog (11)

1. Co říkají chirurgové o své profesi (17)

2. Moje návštěvy operačního sálu (73)

3. Působení chirurgie: proces stávání se chirurgem (83)
| *Teodor Horváth* |

4. Pohled na profesi chirurga zvenčí (93)

5. Chirurgové z rozhovorů (115)

Epilog (121)

Poděkování (127)



PROLOG



Tato publikace volně navazuje na knížku rozhovorů *Profesionální pomáhání*, v níž byly představeny různé pomáhající profese.¹ Patří k nim také profese chirurga. Již na první pohled je zřejmé, že se tato profese liší od profesí typu psychoterapeut, sociální pracovník, učitel a dalších podobných. Liší se především charakterem intervencí do problémů člověka, jemuž je pomáháno. Chirurg ovlivňuje pacienta také slovem, ale zejména rukama za pomoci chirurgických nástrojů.

Vznik publikace je ovlivněn i mým dlouholetým zájmem o medicínu a osobnost lékařů. Chirurgie pro mne byla tajemnou a zvenku málo přístupnou profesí. Začal jsem se proto o chirurgickou profesi a její představitele – chirurgy – více zajímat. Četl jsem biografie našich i zahraničních chirurgů i další knížky o chirurgii. To byl první zdroj mého setkávání s chirurgií, avšak k poznání chirurgické profese to nestačilo. Proto jsem se rozhodl oslovit řadu chirurgů z různých pracovišť v České republice s žádostí o rozhovor o jejich profesi. Výběr chirurgů nebyl systematický, ale účelový. Obrátil jsem se na lékaře, které jsem například viděl v televizních pořadech, četl o nich v tisku, dozvěděl se o nich od jiných chirurgů nebo s nimi již spolupracoval. Jako děkan Fakulty humanitních studií UTB ve Zlíně (2007–2011) jsem poznal doc. MUDr. Jiřího Gařka, Ph.D., který na fakultě

přednášel chirurgickou problematiku budoucím všeobecným sestřám. Všiml jsem si jeho zájmu o chirurgii i toho, jak se na svém pracovišti věnoval zasvěcování mladých adeptů chirurgie do této náročné profese.

V Brně jsem se obrátil na prof. MUDr. Zdeňka Kalu, CSc., přednostu Chirurgické kliniky Fakultní nemocnice v Brně a předsedu České chirurgické společnosti, aby mi umožnil uskutečnit rozhovory s chirurgy z jeho pracoviště. Pan profesor byl velmi vstřícný a doporučil mi, na které lékaře se obrátit.² Rozhovory s chirurgy jsem zaznamenával pomocí diktafonu. Zvukové záznamy jsem pak přepsal do textové podoby. Rozhovory byly druhým zdrojem mého poznávání chirurgické profese – vzešel z nich bohatý materiál, z něhož jsem vybral části tvořící obsah první kapitoly této knihy.

Postupně jsem stále více cítil potřebu vidět chirurgy v akci – při operaci na operačním sále. Díky ochotě profesora Kaly jsem měl možnost navštívit operační sál a zhlédnout dvě náročnější operace – operaci plic a operaci slinivky břišní. To byl třetí zdroj poznatků o chirurgické profesi, který doplňoval předchozí dva zdroje. Poznatky získané prostřednictvím této bezprostřední zkušenosti s chirurgií jsem se pokusil shrnout ve druhé kapitole.

Třetí kapitola vyplynula z rozhovoru o chirurgické profesi s doc. MUDr. Teodorem Horváthem, CSc. Řekl mi, že se ho zatím na profesi chirurga nikdo takto neptal. A pod vlivem tohoto rozhovoru vznikl text, který tvoří třetí kapitolu. Je to vyznání zkušeného lékaře, pro kterého se chirurgie stala životním posláním i láskou. Ve čtvrté kapitole se pokouším podívat na profesi chirurga z určitého odstupu – jako pedagog.

Smyslem této knížky je podat obraz profese chirurga méně tradičním způsobem, a přiblížit tak tuto specifickou pomáhající profesi různým okruhům čtenářů. Koho by mohla knížka oslovit? Uvádím několik okruhů potenciálních čtenářů:

- medicí a absolventi lékařských fakult, kteří se rozhodují o svém odborném zaměření (specializaci);
- mladí lékaři, kteří si vybrali chirurgii jako svůj obor;
- chirurgové, kteří vyučují mediky a školí začínající chirurgy;
- představitelé jiných pomáhajících profesí;
- studenti vyšších ročníků středních škol, kteří začínají uvažovat o lékařském povolání a studiu na lékařské fakultě;
- zájemci z řad širší veřejnosti.

1) Švec, V. (2019). *Profesionální pomáhání*. Brno: Masarykova univerzita.

2) Postupně se zde vytvořila neformální skupinka chirurgů, s níž jsem úžeji (v rámci časových možností) spolupracoval, např. na studii o chirurgické profesi – viz Švec, V., Horváth, T., Moravčík, P., Španková, M. & Kala, Z., (2019). Povolání chirurg: pohled pod povrch profese očima chirurgů. *Orbis scholae*, 13(1), 107–126.



(1)
CO ŘÍKAJÍ CHIRURGOVÉ O SVÉ PROFESI



121 / 58
(BPM)

Paw-obj.



Peak 18 cmH2O
Pplat ---
PEEP 6
PASP 2
TVinsp 599
TVexp 573 ml
Comp 42 ml/cmH2O



O2 0,5 N2O 0,0 Volvent 0,5 Colventy gpb 1,0
FIO2 % 81

Respirator	RS-100	Mode	VCV	Rate	600	FiO2	14
Compl	42	Compl	42	FiO2	14	FiO2	14

Výpovědi chirurgů o jejich profesi mohou mnohé prozradit o tom, jak se k tomuto povolání dostali, jak se učili chirurgii, jak se v ní zdokonalují, co jim chirurgie přináší a podobně. Oslovil jsem šestnáct chirurgů různého věku s rozdílnými zkušenostmi z několika chirurgických pracovišť v České republice. Patří k nim:

- Chirurgická klinika Fakultní nemocnice Brno (doc. MUDr. Teodor Horváth, CSc.; MUDr. Marcela Linhartová, Ph.D.; MUDr. Markéta Španková; MUDr. Petra Peňazová; MUDr. Rudolf Rindoš; MUDr. Jaroslav Ivičič; MUDr. Petr Moravčík; MUDr. Adam Křenek).
- I. Chirurgická klinika Fakultní nemocnice u svaté Anny v Brně (MUDr. Beata Hemmelová, Ph.D.).
- SurGal Clinic Brno (prim. MUDr. Jaroslav Foltýn).
- Chirurgické oddělení EUC Klinika Zlín, dříve nemocnice Atlas (doc. MUDr. Jiří Gatěk, Ph.D.; MUDr. Peter Kosáč).
- Chirurgické oddělení Krajské nemocnice Tomáše Bati (as. MUDr. Josef Duša).
- Chirurgická klinika Fakultní nemocnice Motol, Praha (prof. MUDr. Jiří Hoch, CSc.).
- Klinika hrudní chirurgie 3. Lékařské fakulty UK a Fakultní Thomayerovy nemocnice (doc. MUDr. Vladislav Hytych, Ph.D.).

- Neurochirurgická a neuroonkologická klinika
Ústřední vojenské nemocnice Praha
(prof. MUDr. David Netuka, Ph.D.).

VOLBA CHIRURGIE

Motivy k volbě chirurgie jsou různé. U některých chirurgů se začal vytvářet vztah k medicíně již v dětství. Tak tomu bylo u MUDr. Marcely Linhartové:

Nedávno jsem se dívala na fotografie z dovolené v Náměšti nad Oslavou, kam jsme jezdívali na chatu. Byl tam potok a já jsem lítala v plavkách, na hlavě takovou tu sesterskou čepici, s kufírkem a léčila jsem svého bratra, kterému byly asi dva nebo tři roky. Tak se to se mnou táhlo jako červená nit, moje maminka pracovala ve zdravotnictví, jako sestra. Já jsem byla jako pacient od mladého věku s onemocněním středouší pečená vařená v nemocnici. A to jsem si říkala, kdybych jednou měla dělat medicínu, tak určitě nebudu dělat ORL. Když mi bylo šest let, máma nastoupila na 1. chirurgickou kliniku Fakultní nemocnice U Svaté Anny a dovedla o tom neuvěřitelně povídat.

MUDr. Jaroslav Foltýn vzpomíná, že již v první třídě se u něho objevila touha stát se chirurgem:

Já už od dětství jsem chtěl být chirurg. Už v první třídě, zaujal mne pořad v rádiu, a tam se mluvilo o nekrvavém operování, tehdy se objevila elektrokoagulace. Já jsem tenkrát nevěděl, co slyším, ale to nekrvavé operování mne tak zaujalo, že jsem řekl, že budu chirurgem a vydrželo mi to vlastně furt.

Na volbu chirurgie může mít vliv lékařské povolání některého z rodičů, popřípadě prarodičů.

Moje maminka je chirurg, tatínek byl pediatr a sestra studovala taky medicínu, takže my jsme taková doktorská rodina. A u mne to bylo tak, že jsem si říkala, budu pediatrem se specializací na novorozence, no a přišla jsem na stáže a profesorka Hrubá mi říkala: nepotřebujeme ženy, my tady potřebujeme chlapy. Mne to tak odradilo, že jsem říkala, že puđu na ten obor, kde jsou ti chlapi, ale myslím, že to není jediný důvod. Já jsem chtěla dělat něco, kde vidím hned efekt své práce. Internista čeká, až léky zaberou, kdežto chirurg vidí obvykle výsledek hned. A manuálně pracuju ráda, i to byl důvod, proč jsem šla na chirurgii.

(MUDr. Beata Hemmelová)

Táta byl lékař, který miloval a příkladně vykonával své povolání. Měl i přátele chirurgy. Líbili se mi: byli konkrétní, akční a obklopeni aureolou zvláštního tajemství. *(doc. Teodor Horváth)*

Můj dědeček byl spoluzakladatelem neurochirurgie v Hradci Králové [*akademik Rudolf Petr – pozn. V. Š.J.*]. Někaké ty informace, ne vědomě, ale podvědomě, jsem dostával, když jako dítě jsem chodil na neurochirurgii. Viděl jsem, jak vypadá neurochirurg spokojený, když přijde z práce, i jak vypadá zničený. (*prof. David Netuka*)

Doc. Vladislav Hytych mluví o volbě chirurgie s humornou nadsázkou:

Já mám horoskop, sedm životů dozadu a jeden dopředu. A tam je napsáno, že jsem chtěl být chirurgem odjakživa, od třetí třídy.

Vzápětí vážněji dodává:

Já jsem měl dva spolužáky, jejich otec byl dětský chirurg. Byl to neuvěřitelně příjemný, skvělý chlap, uměl to s dětmi. A od té doby jsem vlastně přemýšlel o tom, že budu dělat chirurgii. Ale to je asi nejdřív dětský přání, ale potom jsem za tím šel. Nikdo tomu nevěřil, že to budu dělat. Dokonce mne zrazovali.

U řady chirurgů zrálo rozhodování o volbě vysoké školy, respektive medicíny, na střední škole.

Mne medicína zajímala vždycky, a speciálně ta chirurgie mne fascinovala již na střední škole.

Já jsem to brala tak, že medicína je chirurgie.
(*MUDr. Markéta Španková*)

Již před nástupem na lékařskou fakultu jsem měla představu, že bych chtěla dělat něco chirurgického, prostě pracovat manuálně. A mít opravdu šanci rukama nějak pomoci, a ne jen přihlížet. (*MUDr. Petra Peňázová*)

Já jsem původně, na gymnáziu, uvažoval o tom, že bych chtěl studovat veterinu, z čehož mne potom zradil jeden kamarád. Proto jsem se nakonec rozhodl pro humánní medicínu. A proč pro chirurgii? Myslím si, že hlavně z toho důvodu, že mám rád manuální, řemeslnou práci, prostě rád pracuji rukama. (*MUDr. Josef Duša*)

Odjakživa mě bavilo pracovat manuálně a měl jsem rád výzvy. Proto jsem skončil na sportovním gymnáziu. A když jsem se tam rozmýšlel, co dál, tak jsem si řekl, že výzvou by mohlo být studium medicíny. No a na vysoké jsem pochopil, že vzhledem k té manuální složce by mě bavila chirurgie. (*MUDr. Petr Moravčík*)

Jiní chirurgové se rozhodovali o volbě oboru až na lékařské fakultě.

Původně jsem chtěl dělat dětské lékařství. Když jsem byl ve čtvrtém ročníku na stáži na pediatrii a viděl jsem plačící děti, tak mne to trošku odradilo. Pak jsem zvolil chirurgii, ani nevím proč, nikdy jsem se nad tím nezamýšlel. Ale v jednu dobu jsem začal mít takový silný pocit, že bych měl dělat chirurgii. *(MUDr. Peter Kosáč)*

Já už jsem to věděl na škole, že bych chtěl dělat chirurgický obor. Já jsem věděl vždycky, že bych nechtěl dělat interní obor, a na škole, z věcí, co mne bavily, tak to byla anatomie. Mohl jsem si na to šáhnout, je to takové hmatatelné. *(MUDr. Adam Křenek)*

Když jsem byl na škole, tak jsme měli povinné kolečko po určitých oborech, tak jsem z toho měl pocit, že asi chirurgie bude pro mne ta správná volba. Na té interně mi to připadalo zdlouhavý a málo dynamický. Každý jsme nějaký typ. Někteří moji kolegové byli pomalejší, rozváznější, ale v té chirurgii potřebuje člověk někdy být rychlejší, hlavně na sále u akutních věcí, musí se umět rozhodnout, někdy potřebuje improvizovat. Musí mít záběr, nejenom fyzický, ale i rozhled, i teoretický, to ho posune k správnému rozhodnutí. *(MUDr. Rudolf Rindoš)*

Již na lékařské fakultě jsem měl zájem o chirurgii. Chodil jsem vypomáhat jako sanitář na 2. chirurgickou kliniku Fakultní nemocnice u sv. Anny v Brně. *(MUDr. Jaroslav Ivičič).*

ČÍM SE VYZNAČUJE DOBRÝ CHIRURG

Kdo je dobrým chirurgem? Co charakterizuje dobrého chirurga?

V každém případě je to schopnost dobrého analytického myšlení, schopnost rozhodnout se a vzít odpovědnost za toto rozhodnutí, potom samozřejmě manuální zručnost. Když se rozhoduje student, mladý lékař pro chirurgii, tak by se měl ptát sám sebe, jestli je manuálně zručný. Toto jsou pro chirurga tři nejdůležitější věci, potom jsou to vlastnosti běžné pro ostatní medicínské obory, ať již to je empatie a touha pomáhat druhým. Dále by dobrý chirurg měl umět vzít si na sebe jen tolik práce, aby ho to nepohltilo. *(MUDr. Josef Duša)*

Velmi stručně charakterizoval tři základní předpoklady dobrého chirurga *MUDr. Jaroslav Ivičič:*

Manuální zručnost, umění jednat s lidmi a schopnost se rozhodovat – a to nejenom při operacích, ale například i na ambulanci při diagnostikování nemocných.

Lidský rozměr v profesi vidí MUDr. Jaroslav Foltýn:

Dobry chirurg musí umět operovat, musí to být dobrý diagnostik a doktor. Musí mít lidský přístup, empatii a musí s tím pacientem cítit. Moji učitelé, zvláště doktor Klusáček, vždycky říkali – chirurg musí být nejenom dobrý operatér, ale musí být dobrý lékař a musí to být dobrý člověk. Protože špatný člověk nemůže být dobrý lékař.

Řada chirurgů upozorňuje na cit pro tkáň, jako jeden z předpokladů dobrého chirurga.

Je to podle mého názoru komplex předpokladů: chirurg by měl být sečtělý a měl by mít určitou zručnost. Co já cítím, že je strašně důležité, je cit pro tkáň. Málo se operují zdravé tkáň, může to být nádor nebo zánět, je to nějaká změna a ten proces někde končí a někde začíná normální tkáň. A vy se musíte pohybovat na té hranici. Když chirurg nemá cit pro tkáň a má pevnou ruku, tak častěji stříhne do něčeho, do čeho by stříhnout nemusel. Ve své praxi jsem zažil kolegu, který měl pevnou ruku, operoval krásně, ale přitom měl nejvíce komplikací, protože nepocitoval strach. (*doc. Jiří Gatěk*)

Když se ke tkáním chováme lépe, jemně, jsou méně zraněné a mnohem rychleji se hojí. (*MUDr. Beata Hemmelová*)

Určitě si chirurg musí nalézt vztah k tkáním. Nám naši učitelé vždycky připomínali – dávej pozor, pracuješ s člověkem. Albertův žák Karel Maydl říkal: položíš-li skalpel na bližního, jsi za něj zodpovědný do konce života. Když jsem se koncem devadesátých let poprvé vrátil z Tokia, navštívil jsem v severočeské metropoli primáře, který mne učil hrudní chirurgii. Vzdělaný a jemný člověk. Fyziologické operování – to bylo a zůstává vyznání jeho lásky k chirurgii. Stále se hluboce cítím jeho žákem. Vzpomínám si na tu chvíli, když jsem mu říkal, jak tam bylo vše profesně dokonalé, až na jednu věc: k lidské tkáni se nechovají tak krásně, jak jste mě to naučil vy. Byl dojatý a hrdý zároveň. (*doc. Teodor Horváth*)

Prof. Jiří Hoch zdůrazňuje širší rozhled chirurga:

K tomu, aby mohl chirurg dělat dobře chirurgii, by měl na prvním místě znát medicínu, měl by umět internu. A chirurgie je potom jenom vyjádřením léčebného způsobu. Chirurg má být přemýšlivý a to, co udělá, má být vyjádřením toho, co si předem rozmyslel.

Chirurg nejen diagnostikuje a operuje, ale také komunikuje.

Je to ve dvou rovinách. Někdo je prostě velmi dobrý chirurg, ale není schopen jemnější komunikace. To by se mělo tolerovat, protože chirurgické problémy nakrásně řeší. To se řečmi neodbude. Měl jsem to štěstí poznat v životě několik lidí, kteří – jak říká klasik – to měli od Boha. Například zástupkyně primáře v jednom severočeském městě mě vláčností svých pohybů nejednou dovedla k úžasu. Občas i (nepopsatelně) zdatný primář uprostřed boje v těžkém terénu operačního pole hlesl: zavolejte Janu. Přišla zpravidla neprodleně. Řekl jí „Pojďte mi pomoci, prosím.“ Ona na to obvykle odtušila : „Ó, Vy žertěři, jak bych Vám mohla pomoci já, slabá žena,“ nebo něco podobného. A ať pak to šlo hladce, anebo ztuha, napětí pominulo a problém byl téměř vždy vyřešen. Hladké vláčné pohyby, rozvaha, dynamika, elegance. Nejrychlejší chirurgové nedělají nejrychlejší pohyby. Nedělají žádný zbytečný pohyb.
(doc. Teodor Horváth)

Vlastnosti dobrého chirurga se projevují v různých chirurgických oborech. Proto jsem se prof. Davida Netuky zeptal, jak se dá poznat dobrý neurochirurg?

Pozná se dobrý doktor, a to je ten, který nebere v potaz jenom tu operaci, ale komunikuje s pacientem i jeho rodinou před a po operaci. Zním spoustu dobrých operatérů, ale špatných doktorů. Každý

chirurg, když operuje, tak chce být dobrý operátér.
Žádný chirurg vám neřekne, že je špatný operátér.

JE CHIRURGIE VÍCE ŘEMESLO, NEBO UMĚNÍ?

Chirurgie je založena na mnoha dovednostech, které se opakovaním zdokonalují. Jsou chirurgové, kteří své dovednosti přivádějí k velké, někdy až výjimečné dokonalosti. Je zřejmé, že chirurgie má řemeslný základ. Avšak například náročné operace vyžadují něco víc než řemeslo. Vynořuje se proto otázka, zda je chirurgie více řemeslem, nebo uměním. MUDr. Petr Moravčík uvažuje o této otázce v širších souvislostech:

To pojetí chirurgie jako řemesla vyplývá jistě i z historického kontextu. Ranhojiči – předchůdci chirurgů – prováděli výkony, které vyžadovaly zručnost, a byli to v podstatě řemeslníci. A umění? Každý rád říká, že to, co dělá, je umění.

Na řemeslný základ chirurgie upozorňuje doc. Jiří Gatěk:

Nechtěl bych snižovat chirurgii na úroveň jednoduchých úkonů, ale je to řemeslo, operace pořád dokola.

Dodává však, že:

... jsou situace, kdy najednou je to prostředí jiné,

nastanou nějaké komplikace, a teď je na osobnosti chirurga, kolikrát se do těchto situací dostane a jak se s nimi vyrovná. To jsou akutní situace, kdy dopředu nevíte, o co jde. Jednoduché operace, například operace kýly, se dají nacvičit. Ale když je to zánět, který znepráhlední operační pole, tak tam rozhoduje cit pro tkáň, zkušenosti i umění chirurga. Jeden z mých učitelů chirurgie říkal, že když se při operaci vyskytnou neobvyklé situace, tak se mají co nejkratší cestou převést na standardní situace. Kromě toho dobrý chirurg se musí umět během operace rozhodovat poměrně rychle.

Také někteří další, zkušení chirurgové, se přiklánějí k tomu, že chirurgie je spíše umění.

Rutina je potřeba, ale myslím si, že chirurgie je daleko víc umění než rutina. Rutina je předpoklad každé lidské činnosti, je třeba se vypracovat na určitou úroveň, kdy už to děláš automaticky, nesmíš ustrnout, protože někdy prostě musíš odbočit od standardu. Medicína je umění a chirurgie taky. (*doc. Teodor Horváth*)

Já si myslím, že chirurgie je umění, vždycky jsem to říkal. Teď mám pocit, že s tou úzkou specializací je snaha udělat z toho řemeslo. Ale já mám rád tu chirurgii, která je uměním. (*MUDr. Jaroslav Foltýn*)

*Zajímavě odpovídá na položenou otázku
MUDr. Josef Duša, který umění považuje za cosi
vysoce nadstandardního.*

Já bych chirurgii spíše chápal jako řemeslnou zručnost, vysoce sofistikovanou, která vyžaduje hluboké odborné znalosti. Umění z mého pohledu je vytvoření něčeho, co není úplně standardní. Z tohoto pohledu bych chirurgii nechápal jako umění. Protože v umění musíte udělat něco, co je nestandardní, co je mimo obvyklý způsob myšlení lidí. V chirurgii sice v určitých situacích improvizovat musíte, ale v zásadě by se člověk měl držet toho, co je zaseté. Já mám takovou poučku, že nestandardní postupy přinášejí nestandardní výsledky, mají nestandardní komplikace, které se velmi špatně řeší, protože na ně nejsme zvyklí.

Mladý chirurg MUDr. Peter Kosáč konstatuje, že

... chirurgie je něco mezi uměním a řemeslem.
Něco se naučit nedá, ta citlivost, ta jemnost. Ale
řemeslo se dá naučit.

MŮŽE SE CHIRURGII NAUČIT KAŽDÝ (MLADÝ) LÉKAŘ?

*Na tuto otázku odpovídají mnozí chirurgové
pozitivně.*

Myslím, že ty základy se dají naučit téměř u každého. Můžu dokonce říct, že i člověk, který není úplně šikovný, tak se tu chirurgii naučí. Musí tam být dobrý učitel, musí tam být vůle, že se to chci naučit. A musí tam být pokora. Není to tak, že když lékař zašije první ránu, je již chirurgem. *(doc. Vladislav Hytych)*

Podobně se vyjadřuje MUDr. Jaroslav Ivičič:

Chirurgický základ je naučitelný. Je několik základních operací, které se naučí každý lékař. Tento lékař, který provádí pečlivě úzký okruh specializovaných úkonů může být platným členem chirurgického oddělení nebo i kliniky.

Mladý lékař se může naučit chirurgii, pokud má zájem a vůli se učit a má dobrého učitele.

Na toto téma existují různé názory. Já si myslím, že z deseti lidí, kteří chtějí dělat chirurgii, se to devět může naučit. Když mají velkou vůli, velkou snahu a dobré učitele. Ale to neznamená pouze zanícený mentorský přístup, mírnost a vstřícnost. Znamená to dobře si všímat práce rukou i způsobu „chirurgického“ myšlení. Myslím si, že se většina, která chce, se chirurgii může naučit. Jsou též typy, které jsou hluché a slepé k návěstům říkajícím, že chirurgie pro ně není, ale

oni chtějí silou moci být chirurgy a jsou potom nešťastní. (*doc. Teodor Horváth*)

Nabízí se otázka, zda se může chirurgii naučit i někdo, kdo pro ni nemá všechny předpoklady.

Samozřejmě, může se jí naučit. To je stejné jako třeba u hudebníka. Jsou hudebníci od Boha, téměř neznají noty a hrají brilantně, proti nim jiní, kteří noty znají, ale musí se k tomu protrpět. Co je lepší? Nejlepší je kombinace. (*prof. Jiří Hoch*)

Prof. David Netuka je toho názoru, že i neurochirurgii se může mladý lékař naučit.

Je to řemeslo jako každé jiné. Člověk samozřejmě musí disponovat manuální zručností, ale i ta se dá částečně vycvičit. Prostě – je to profese, specifická, velmi jemná, kterou se člověk může naučit.

Ukazuje se, že chirurgii se může naučit mladý, motivovaný lékař, který má dobrého učitele a příležitosti k diagnostice a operování (to nelze oddělovat). Úroveň zvládnutí chirurgie se však může u různých lékařů lišit.

Já si myslím, že určitá část chirurgie se dá naučit a určitá část je třeba nastavbová, jako ve většině oborů, a na ni třeba nedosáhne úplně každý. (*MUDr. Adam Křenek*)

Uvedu příklad. Máte řemeslníka, který vám třeba jde obložit koupelnu, a řeknete si, ano, to je pěkné. Pak přijde druhý, protože ten první zrovna nemůže, a pak si řeknete: no, mohl si s tím víc pohrát. *(MUDr. Josef Duša)*

LZE POZNAT, ZDA SE MLADÝ LÉKAŘ NA CHIRURGII HODÍ?

Toto je důležitá otázka, kterou by si měli klást novicové, primáři či přednostové, ale i zkušení chirurgové, kteří mladé lékaře vedou.

MUDr. Linhartová se domnívá, že se to pozná již podle toho

... jak lékař vezme nástroj do ruky, aniž ho někdo instruoval.

Tuto zkušenost potvrzuje MUDr. Beata Hemmelová:

A no, tak to je. Jak nástroj uchopí, jak spolupracuje, protože někdo ví, kam tu ruku má dát, kde vám to má přidržet, někdo ne.

Někoho to nenapadne ani po pěti letech. Stojí tam, dívá se, do operační rány padá střevo a on nic. Někdo jiný přijde, vidí to a bez říkání tkáň přidrží. *(MUDr. Jaroslav Ivičič)*

Poznávání předpokladů lékaře pro chirurgii je procesem, který vyžaduje určitý čas.

Je samozřejmě potřeba počkat určitou dobu, protože tam může hrát roli i to, že začínající lékař je například nervózní. Ale řekněme, že během toho roku lze nějakým způsobem odpozorovat, zdali je manuálně zručný. Na druhou stranu je třeba říct, že chirurgie není jenom o manuální zručnosti, do značné míry je to také o schopnosti rozhodnout se, ale nepřemýšlet příliš. Protože v chirurgii se až tak váhat nedá. Chirurg do toho musí jít a když už do toho jde a řekněme, že to břicho otevře, tak musí něco udělat, přitom na to má určitý čas, jen zřídka to jde odložit na pozdější dobu. *(MUDr. Josef Duša)*

Po pár týdnech se to pozná. Dokonce musím říct, že to není až tak těžké, protože i instrumentářky to poznají. Někdo se to naučí po dlouhé lopotné práci a někomu to jde samo. *(doc. Jiří Gatěk)*

Vprůběhu několika měsíců.
(doc. Teodor Horváth)

Odhadnout se to určitě dá. Já si myslím, že každý, kdo nastoupí, musí prezentovat nějakou snahu se prosadit, aby ukázal, co umí, i teoreticky, aby se zapojil do nějakých nových věcí. A samozřejmě se to pozná na sále. *(MUDr. Rudolf Rindoš)*

*A co když se pozná, že se mladý lékař na chirurgii nehodí? O tom jsem mluvil s doc. Jiřím Gatěkem.
Rozvinul se mezi námi krátký dialog.*

Doporučil jste někdy mladému lékaři, aby chirurgii nedělal?

Určitě, jednomu kolegovi jsem řekl, ať to nedělá.

A odešel z oddělení?

Odešel a je spokojený. Pracuje na ambulanci, je dobře situovaný. Pak byli kolegové, kteří si základní operační úkony nacvičili a pak najednou měli pocit, že by mohli vést operaci sami. Zjistili ale, že jim to nejde. Někteří dokonce odešli na jiné pracoviště, ale také tam zjistili, že nemohou v chirurgii postoupit dál. *(doc. Jiří Gatěk)*

JAK SE MLADÍ LÉKAŘI UČÍ CHIRURGII

Mladý lékař, který se rozhodl pro chirurgii, se dostává k první, jednoduché operaci za asistence zkušeného (atestovaného) chirurga poměrně brzy.

Po třech měsících jsem operoval absces u koneč-
níku. A potom se to skládalo, kýly, žlučníky, takže dnes – po sedmi letech – mám za sebou stovky operací. *(MUDr. Peter Kosáč)*

Za půl roku jsem se dostal k operaci kýly. Asistent byl zkušený, atestovaný. Řekl mi: řez povedeš tady, přesně mně to ukázal. A potom postupně, jak to dostáváte do rukou, nástroje a postupy operací, tak na sobě už cítíte, že už jste si v některých věcech jisti. *(MUDr. Adam Křenek)*

Mladý lékař také často začíná na ambulanci, opět pod dohledem zkušenějšího chirurga.

Častokrát se začíná na ambulanci menšími výkony, například drobnějšími excizemi a suturami ran. Pokud se týká větších výkonů, tak nejprve mladý chirurg při operacích asistuje. Někdy je lepší dlouho asistovat a potom se pustit pod vedením zkušeného chirurga do operování. Když se naučím při asistování manipulaci s nástroji, potom budu umět manipulaci s nástroji jako operatér. *(MUDr. Markéta Španková)*

Začínající chirurgové mají svého školitele a učí se také pod vedením primáře.

Teďka mám svého školitele, můžu se ho na cokoliv zeptat. První měsíce jsem na oddělení pracoval pod vedením primáře. Když jsem byl úplně v koncích, tak mně vždycky poradil. A také mi poradili zkušení, ale i mladší kolegové. *(MUDr. Adam Křenek)*

Základní chirurgické dovednosti cvičí někteří začínající chirurgové i doma.

Pak jsem se doma učil uzlit. Půjčil jsem si z nemocnice jehly a jehelec a na látce a na klice jsem to cvičil. Abych to dostal trošku do rukou. (MUDr. Adam Křenek)

Podobně vzpomíná na své chirurgické začátky dnes již zkušený chirurg MUDr. Rudolf Rindoš.

Já jsem měl starý polštář, sešival jsem různé trubičky, když jsem se učil operovat průdušnici. Doma jsem si vytvořil model a na něm se učil šít ta spojení.

V učení se chirurgii má významné místo pozorování a vlastní zkušenost, kterou získává adept chirurgie například asistencí zkušenějším chirurgům.

Hodně se naučí začínající chirurg díváním. Například pozoruji, jak operatér šije střevní anastomózu. A říkám si, na tom nic není, ne? To se píchá do střeva, pokračovacím stehem se to sešije, zauzluje, nic to není. Mně třeba občas se stane, že starší lékař mě nechá našít střevní anastomózu. Ale ono to není úplně jednoduchý. Je to jiná tkáň než kůže, používá se jiná jehla. (MUDr. Adam Křenek)

Asistenci se toho naučíte hodně, i když držíte háky a sledujete operátora nebo děláte první asistenci. A někdy je lepší při větší operaci asistovat, protože nejste pod takovým psychickým tlakem. Kdy jenom pozorujete a říkáte si, udělala bych to tak a tak, nebo si řeknete – aha, teď se to má udělat takto. (MUDr. Markéta Španková)

Mladá chirurgyně MUDr. Petra Peňázová říká, že se operační postupy učí začínající chirurg

... od operátorů, protože to v učebnicích není napsané. Například šije se nějaká anastomóza. Aby byla kvalitně ušitá, tak jde o to, jak manipulovat s rukama, co dělá jedna ruka a co druhá. Že to má svoji posloupnost a logiku, a to v těch učebnicích není. To je to řemeslo, které se opravdu musíte naučit od mistra. Pomáhá mi, když si dopředu promyslím pohyby operátora při operaci, kdy vím, co bude následovat. Hrála jsem dříve na klarinet a tam také musí člověk dostat do prstů klapky. Ale na začátku přemýšlí přesně, co má jak udělat a potom se to stane přirozeností.

Za významný princip učení se chirurgii lze považovat postupnost.

Ten postup je zcela logický a jednoduchý – mladší chirurgové nejsou u operace nikdy sami.

Dělají to často s někým starším. Jsou tam výkony, které jsou složitější a jednodušší, například zašít ránu. Ale jestliže máte zašít ránu na břicho nebo na obličej, je to jiné. Na některých jednodušších výkonech musí mladší začínat, postupně přecházejí k náročnějším výkonům. Když se například operuje na stěvě, tak tomu mladšímu chirurgovi to do určité míry nachystáte, aby zašil střevo, a potom – postupně – ho necháte, aby to udělal sám. Někdy stačí, když mladšímu chirurgovi, který drží nástroj, pootočíte ruku nebo mu řeknete „Postav se tady“...

... říká doc. Jiří Gatěk a uvádí zajímavou zkušenost:

Když se vám mladší dívá pod ruku, tak často neví, na co se má dívat. Když jsem jezdil do ciziny učit se novým postupům, tak jsem se díval na určité aspekty operace a když jsem tam přijel za rok, tak jsem se díval na věci úplně jiné. To, co mi dříve unikalo, jsem nyní viděl.

Mladý lékař potřebuje dobrého učitele, který se dovede vžít do situace adepta chirurgie.

Ale někdy právě grif, který už děláš naprosto automaticky, musíš popsat tak, abys jej adepta správně naučil. A je to i tak, že adepta učíš, on to udělá zjevně úplně tak, jak jsi mu to ukázal. Výsledek může být někdy i slabý. Ale biologie je

neskutečně přizpůsobivá! Takže to nevadí. Naopak! Adept si uvědomí roli tréninku. Třeba práce na velkých cévách. „Zkus to,“ pravíš, „jednou musíš začít.“ Začíná tedy. Vidíš, že to asi dopadne na levačku, ale dáváš pozor. Vidí to i učedník, který si jednak uvědomí, co mu chceš dát, jednak, že se musí přičinit sám. Rutina se tříbí opakováním. Vzletné řeči jsou k ničemu. Mladý chirurg se musí naučit rutinně dotáhnout šicí vlákno ani ne trochu moc, ani ne příliš málo. A tak podobně, například nástrojem obejít a uvolnit cévu tak, aby orgán prostě nastavil na příslušnou etapu operace. To je krása [radostně]. Kolikrát nevím, kdo je šťastnější: zdali mladík či mladice, kterým se operace daří, anebo starý pes, který je k tomu vede. Jako když vedeš své dítě za ruku a ono začíná dělat první samostatné kroky. *(doc. Teodor Horváth)*

Příležitostí učit se chirurgii je více, ne každý mladý lékař jich však využívá.

Častým steskem mnohých mladých lékařů na klinice je, že málo operují. Nicméně mohou se účastnit po pracovní době akutních operací, ale na to zpravidla nemají čas. *(MUDr. Jaroslav Ivičič)*

Prof. Davida Netuky jsem se zeptal, jak se učí mladý neurochirurg.

Mladý lékař začíná od těch nejjednodušších operací, a to pod dohledem. Je tu i ta okolnost, že všichni jsme něco dělali na pitevně. V neurochirurgii se obvykle začíná těmi základními operacemi na nervech, například se operuje karpální tunel. Člověk asistuje při přístupech do hlavy, pak začíná dělat ten přístup do hlavy, opět pod dohledem, a pak to dělá sám.

JAK CHIRURG PROFESNĚ ZRAJE

Na zraní chirurga se podílí řada okolností, například to, jak často se chirurg dostane k operacím.

Je to otázka příležitostí, jaké mladý chirurg dostane. Byla doba, kdy chirurgů na oddělení moc nebylo, tak primář operace mladého lékaře rychle naučil, aby nemusel od rána do večera operovat. To již dneska není, protože je stanoven určitý počet lékařů, aby byl zajištěný chod oddělení. Ale stále je to otázka příležitostí, jak často se mladý chirurg dostane k operacím. *(doc. Jiří Gatěk)*

MUDr. Petr Moravčík upozornil na to, že

... učení chirurga probíhá pořád, kontinuálně. I po těch šesti letech, když se člověku podaří udělat atestaci, což není tak jednoduchá věc vzhledem k nárokům (například požadovanému počtu operací určitého druhu). I potom pokračuje specializace.

A člověk začíná vést sám služby, získává větší zkušenosti s akutní operativou. A i kdyby dělal pořád to stejné, jednou za čas přijde zkušenost, která je naprosto nečekaná. I drobné výkony se mohou šileně komplikovat.

Chirurg se může posouvat dál, když vidí, jak operují kolegové, a když se nad jejich postupy zamýšlí.

Jistě je dobré vidět operovat druhé a stát s nimi u stolu, ať již je to na mateřském pracovišti nebo na stážích. Člověk vidí, jak to dělají, ale vidí i jejich chyby, což považuji za důležité, protože ono to uklidní. Protože když udělám chybu, je to pro mne stále stresující. To, že se vše nepodaří a že chyby dělají i jiní, tak to na mne působí zklidňujícím dojmem, že to k té chirurgii asi patří a že by to člověka nemělo paralyzovat, naopak, že by to mělo být jakýmsi ponaučením, že problém se může vyskytnout, že se z toho můžeme poučit a jít dál.
(MUDr. Josef Duša)

Je zřejmé, že chirurg může profesně růst také čtením odborné literatury a aktivní účastí na kongresech a konferencích.

Ještě v deset hodin večer jsem si dělal výpisky z literatury, protože ještě nebyl internet. Mne to bavilo, ale nebavila mne jenom chirurgie, ale také

to, co k ní patří – péče o pacienta. Snažil jsem se stále učit nové věci, nelitoval jsem peněz na to, abych si objednal nějaký časopis. Po večerech jsem chodil na angličtinu, abych se toho naučil co nejvíc, já jsem ve škole angličtinu neměl, měl jsem francouzštinu a předtím se jen trochu učil němčinu. *(MUDr. Rudolf Rindoš)*

Na konference jezdím, ale řekl bych, že ten klasický model konferencí již není tak významný, jak býval dříve, protože v dnešní době je těch informačních toků mnoho. Spíš je to o kontaktu s odborným světem. Teď se více klade důraz na princip workshopů, kde se předvádí operace, krátkodobé stáže zaměřené na určitý typ výkonů a tak dále. *(MUDr. Josef Duša)*

Někteří chirurgové vzpomínají na velmi dobré kolegiální vztahy se zkušenějšími chirurgy, od kterých se učili.

Hrudní chirurgii jsme se učili na Bulovce. To bylo úžasné, já jsem přišel na inspekční pokoj, mně bylo třicet, byl tam starší a zkušený doktor Vladimír Korčák a řekl mi: „Tak si budeme tykat.“ A já jsem říkal, „Pane doktore, to já nemůžu.“ „Hele, jestli tady chceš být, tak mi budeš tykat a hotovo.“ A doktoři všechno, co uměli, bez jakéhokoliv zaváhání, nás naučili. Jsem jim za to nesmírně vděčný. *(doc. Vladislav Hytych)*

Každý chirurg je jiný, také profesní rozvoj se může u různých lékařů lišit.

Jsou někteří výborní chirurgové a pak jsou někteří nadprůměrní. Někteří jsou dobří, ale ty lepší nedoženou. Někdo to vydře. U talentovaných záleží na tom, jestli svůj talent rozvíjí, nebo ne. Bylo mně líto, když jsem viděl mladé chirurgy, kteří měli talent, ale upřednostňovali třeba jednodušší práci na ambulanci. (*doc. Jiří Gatěk*)

Neurochirurgovi prof. Davidu Netukovi jsem položil otázku, jak se uplatní na pracovišti lékaři, kteří se dostanou na určitou profesní úroveň, ale už nepostupují dál.

Velké neurochirurgické pracoviště užívá větší počet chirurgů: jednoho až tři operatéry na nejnáročnější výkony, standardní výkony dělají ostatní. Ale to neznamená, že by ten lékař byl méně hodnotný – bude dělat standardní operace, pomůže při službě, s výukou mladých. Určitě to je potřeba. Nemohou být všichni útočníci.

Zajímalo mne, zda se lékař, který se rozvíjí v souladu se svými předpoklady a má o chirurgii zájem, může přiblížit excelentním výkonům a mistrovství.

Jestli je dobře veden, tak ano. Deset lékařů dělá chirurgii a každý exceluje v něčem jiném. To

znamená, může nás být deset v týmu a každý z nás může být v určitém smyslu ten nejlepší. Tu se vracíme k myšlence chirurgie jako týmové práce. Mistrovství se dá různě interpretovat, ale jak si začneš myslet, že jsi mistr, narazíš na „vyšší spravedlnost“ a najednou zjistíš, že jsi tři věci udělal špatně. Tak se z toho mistrovství zase stáhneš. Ale někdy to opravdu cítíš, velkou radost někde uvnitř, takové teplo – ano, to se mi povedlo doopravdy krásně a sestry z JIP, s nimiž ses předtím hádal, ti dneska tleskají. Ale to nezažíváš mnohokrát. Ani by to nebylo zdravé. A i když chirurg je již velký mistr, z času na čas by si nafackoval, jak to zkonil. Ti mladí, kteří jsou kolem, to nepostřehnou, pouze zkušený borec, který ti asistuje, si v duchu říká – brachu, dneska nemáš nejlepší den – ale neřekne nic a snaží se ti udělat pomyslení. I ty si sám uvědomuješ, že ti to nějak nejde. Ale je fantastické, že máš právě takového partnera. Anebo si musíš udělat sebereflexi a říct si: Neměl jsem být odpoledne na svahu na lyžích tak dlouho a dneska bych nebyl tak nemožný, musím si na to dávat pozor. Takže to mistrovství – někdy jsi mistr a jindy nejси. Často to říkám i medikům, kdo chce dělat nějakou věc, která je výjimečná, ať se předem poradí s někým, kdo ho zvlášt v lásce nemá. Probere to s ním a jde na to. Takže ostří jeho odporu je otupené, protože kdyby takový kolega řekl: To není správná cesta, tak se velmi zamyslíš, jestli to

doopravdy máš udělat nebo nemáš. A jindy je to tak, že to stejně musíš udělat, protože cítíš, že to máš udělat tímto způsobem a ne tak, jak ti radili druzí. Protože nakonec jsi za to odpovědný ty jako operatér. Možná právě proto se mistrovství řadí v pomyslném řebříčku hodnot oboru k nejvyšším příčkám. (*doc. Teodor Horváth*)

Jedním z předpokladů profesního rozvoje chirurga je jeho schopnost sebereflexe.

Pro vývoj chirurga je potřebná sebereflexe. To znamená ochota analyzovat vlastní práci a její výsledky, protože tam najdete chyby nebo nevysvětlitelné postupy a jste schopni o tom povídat, sám sobě připustit, že to nebylo úplné vítězství. A to dává šanci to podruhé neudělat. (*prof. Jiří Hoch*)

Pro profesní zrání chirurga je významné, jakého má přednostu či primáře. A primáři bývají různí. O tom jsem mluvil s MUDr. Jaroslavem Foltýnem. Připomenul jsem mu primáře MUDr. Jaroslava Michka (později profesora). Jak na něj Jaroslav Foltýn vzpomínal?

Výborný operatér, výborný učitel, byl velmi tvrdý, vytýkal chyby, nekompromisně.

Po operaci?

Ano, ale i při diagnostice. Vytýkal chyby a když se opakovaly, tak trestal.

Jak říkají mnozí chirurgové – největším trestem pro chirurga je, že ho nepustí na sál.

Ano, on vás poslal na polikliniku, na šest týdnů nebo i na tři měsíce.

Může se změnit styl práce chirurga po změně primáře?

Pro mne byl velmi složitý přechod od primáře Michka k primáři Křížovi.

Musel jste změnit způsob operování?

Způsob operování ani ne, ale uvažování o chirurgickém pacientovi v předoperační přípravě. Svým způsobem to bylo dobře, protože jsem tu medicínu začal vidět v daleko širším pohledu. Zjistil jsem i to, co jsem si myslel, že není možné. A ono to možné je a také to přináší výsledky. To bylo hodně zajímavé.

A jak na své primáře vzpomíná doc. Jiří Gatěk?

Měl jsem štěstí na učitele, každý byl jiný. Pan primář Rathauzský, ke kterému chovám velkou úctu, byl ze školy primáře Černoška. Měl

Bohem políbenou ruku, on výborně operoval, prakticky neměl komplikace, dělal to, co uměl, to, co měl nacvičené, co nedělal, tak neexperimentoval, nepouštěl se do novinek, omezeně se věnoval literatuře. Ta doba byla taková, že i ten přístup k literatuře byl omezený. Ale krásně operoval a měl úžasné postoje, říkal, že co dobře vypadá, dobře funguje. Něco na tom je, aby měl chirurg přehled v operačním poli, aby šla vrstva po vrstvě. To všechno mne strašně ovlivnilo. A potom primář Grossmann, který přišel s tím, že by se mělo číst, publikovat a sledovat novinky ze zahraničí.

A jak doc. Jiří Gatěk vidí sebe jako primáře?

Jako primář jsem mladší kolegy tlačil dál, také svým příkladem. Snažil jsem se, abych vždy chodil na oddělení první, odcházel poslední, abych byl pro ně přesvědčivý svou prací, abych dělal méně chyb. Usiloval jsem cíleně to vše do mladých kolegů dostat.

OPERACE – DĚJ ZNÁMÝ I NEZNÁMÝ

Pro chirurga je životním prostředím operační sál, ve kterém tráví často mnoho svého času. Při operacích postupují chirurgové většinou podle zavedených a osvědčených postupů. Profesor Hoch však říká, že

... když dva dělají totéž, není to totéž.

Poté pokračuje:

Obecně – na většinu situací existují standardizované postupy. Jenom tyto postupy dávají šanci na standardizovaný výsledek. Všechno, co běží mimo, je vždycky trochu riskantní, protože je to do určité míry experiment. Vybočení ze standardu není chyba, ale nejlepší je jít cestami, které jsou prošlapané, ověřené. Notový záznam je jeden a týž, zahrají to dva lidi, tři, a navzdory tomu, že hrají stejnou skladbu, tak pokaždé slyšíte něco jiného.

*Nedalo mi to, a proto jsem se zeptal doc. Horvátha:
Když dva chirurgové operují pacienta pro stejnou
diagnózu, používají stejný standardní postup
a výsledky jsou rozdílné. Je to v jejich osobnosti, třeba
v jejich umění?*

To je jedna část věci. Ta druhá je, že neoperují toho samého člověka. Jednotliví pacienti se liší věkem, látkovou výměnou, přidruženými nemocemi. Ani anatomie nebývá vždy uniformní. Nezávisí to pouze na tom, jak obor ovládáš, ale také na tom, v jaké jsi momentální kondici, jestli máš sedm rozdělaných věcí na oddělení, zda jsi v noci spal nebo ses něčím trápil, jestli nemáš problém se šéfem nebo s kolegy či sestrami, zda tě nezlobí děti,

je-li v pořádku manželka nebo rodiče. To je mnoho faktorů. To není jenom o rozdílných operačních technikách. Je to vztahová záležitost a záležitost variability substrátu, kterému se věnuješ.

(doc. Teodor Horváth)

Pokračoval jsem další otázkou: A dá se třeba mluvit o určitém stylu operování?

O stylu se jistě dá mluvit. Je styl více nebo méně neutrální, zdrženlivý a je styl razantní. Ta razance je do určité míry velmi dobrá, ale od jistých hranic začíná být teatrální. A pak to už škodí, protože se například chceš ukázat, jak to umíš krásně a rychle. Ale o to předvádění nejde, podstatné je, co se děje v operačním poli. Na to někdy zapomínáme.

(doc. Teodor Horváth)

K aždá operace je jiná a svým způsobem potenciálně nebezpečná. Pro člověka i toho lékaře. Protože on ručí za toho pacienta. Takže vždycky je k tomu třeba přistupovat s určitým soustředěním, i k té jednoduché operaci. *(MUDr. Jaroslav Foltýn)*

Zajímavý dialog se rozvinul s doc. Hytychem:

Dobrý matematik řekne nejen, že každé zadání má řešení, ale že to řešení má být elegantní. A v chirurgii je to tak, že každý tu operaci nějak

udělá, ale aby to bylo elegantní řešení, tak to je něco jiného.

Podotkl jsem, že jeden slovenský kardiochirurg říkal: vezměte si dva stolaře, udělají stejnou stoličku, ale na jedné se vám sedí líp.

Takhle to je. A v chirurgii by řešení vždycky mělo být elegantní. Protože – mělo by tam být něco z toho chirurga. On to musí dělat ze zásady furt stejně, ale když se dostane do situace, která potřebuje řešení, tak musí najít elegantní řešení. Ne to upocený, utrápený. (*doc. Vladislav Hytych*)

Podobný příklad uvedl MUDr. Jaroslav Ivičič:

Máte zedníka, který za dvě hodiny udělá zeď jako když střelí. Je to nádhera. Ale na druhé straně máte zedníka, který to dělá dva dny a je to samá boule.

Shodneme se zřejmě na tom, že chirurg by měl mít šikovné ruce. Ale to nestačí, protože chirurg se před operací i při operaci neustále rozhoduje. Potvrzuje to prof. Netuka:

Neurochirurg musí být nejen zručný, ale zároveň musí umět přijmout zodpovědnost za následky spojené s jeho rozhodnutím o operaci. Ne každý tyto

dovednosti dokonale skloubí. Jsou i takoví, kteří se spíše snaží vyhnout zásadním, někdy těžkým rozhodnutím. Mnohé indikace jsou totiž hraniční, takzvaně relativní. Třeba se vyhne odpovědnosti během služby a snaží se udržet toho pacienta do druhého dne, aby nemusel rozhodovat. Takže – složka těch rukou tam je, ale velká složka je i kombinace znalostí a k tomu to rozhodování. I v našem týmu vidíme kolegy, kteří nechtějí dělat těžké, zásadní rozhodnutí. Může se ojedinele stát, že při operaci zemře pacient. Mně se to jednou stalo, v roce 2004, kdy pacient zemřel na krvácení. Pak, zejména po úrazech, se ví, že to ten pacient nemůže přežít. A s tím by neurochirurg měl umět pracovat.

To je ale velmi náročné.

Určitě ano, pro psychiku. Neurochirurg si musí uvědomit, že udělal, třeba při úrazech, co mohl, ale neměl by se z toho hroutit.

(prof. David Netuka)

Rozhodování chirurga před operací je v některých případech náročné.

Akutní indikace – rozhodnutí o tom, jestli toho člověka nutno „dneska v noci“ operovat nebo ne, závisí jak na stavu pacienta, tak na chirurgovi. Je to mnohokrát velké dobrodružství. I po dvaceti

letech praxe to stále bývá dobrodružné. Prvních deset let se trochu bojíš, jestli ses nespletl v indikaci, po dvaceti letech jsi už jenom zvědavý, nakolik skutečnost odpovídá předoperačnímu odhadu. Samozřejmě musíme vědět, že pacient na to má, aby operaci vydržel. Když chirurg uzavře, že nemocný na akutní operování není, tak to musí být stoprocentní, stejně tak stoprocentní musí být závěr, že na akutní operování je. Jsou však případy, u kterých se značnou pravděpodobností hrozí nebezpečí z prodlení. To pak znamená zcela bezpečně: lépe operovat zbytečně, než operovat pozdě. Dneska je to v diagnostice lepší – jsou v dispozici podrobná zobrazovací vyšetření, o nichž jsme před lety mohli jen snít. Ale i ty mají své limity a též více či méně nedokonalé interpretace. Kdysi jsme více sledovali vývoj nemoci. Když se těžko rozhodovalo, zavolali jsme primáře. Přišel s vyhrnutými rukávy, vyšetřil pacienta a řekl: „Ještě počkáme.“ Za hodinu přišel znovu, vyšetřil pacienta a řekl: „Jdeme na sál.“ Spletl se výjimečně. Tehdy obyčejně pronesl: „To je ona. Pokora. Královna medicíny.“ Dneska se tato virtuozita ztrácí. Klademe důraz, někdy až přílišný, na zobrazovací vyšetření. Dříve jsme věnovali větší pozornost vývoji onemocnění, zejména u akutních věcí. Soudím, že sledovat vývoj onemocnění není na škodu.

(doc. Teodor Horváth)

Pro chirurga je tedy rozhodování, zda operovat, či ne, mnohdy závažným dilematem.

Všimnu si situace, kdy diagnostika není schopná jednoznačně říct, o co se jedná. A já vím, že pokud operovat budu, bude to pro pacienta taková zátěž, že to pro něho může být osudným. A na druhé straně, když diagnostika neprokáže jasnou patologii a já se rozhodnu neoperovat, mohu tím pacienta také poškodit, protože operace byla potřebná. Nebo pacient může být po jedné operaci, stav se zkomplikuje a my víme, že lze ten problém vyřešit další operací, ale tělo si s tím může za určitých okolností poradit i samo. Ovšem další operace na terénu po předchozím výkonu je již velký problém. A teď jde o to – budeme operovat teď, kdy víme, že jdeme do problematického terénu a můžeme možná i uškodit, nebo budeme pacienta dva tři dny sledovat a pokud to bude dobré, operovat ho nebudeme. Ale tím také riskujeme, že po dvou dnech čekání zjistíme, že původní rozhodnutí neoperovat bylo špatné rozhodnutí. V tom bych viděl výstižnost metafory, že vynikající chirurg ví, kdy neoperovat. Má ty obrovské zkušenosti, že dovede odhadnout, jestli ten stav má naději, aby se třeba bez další operace obešel. Do jisté míry rizika je třeba jít, protože když přestanete riskovat, tak ztrácíte možnost vyhrát. Samozřejmě musíte vědět, co si můžete dovolit. *(MUDr. Josef Duša)*

Jaké má chirurg pocity před operací? Má někdy obavy?

Určitě, u těch větších operací. Ale já si myslím, že je to potřeba, ten zdravý respekt – k pacientovi a k tomu výkonu. *(MUDr. Markéta Španková)*

Záleží na tom, jestli asistujete nebo operujete. **U** toho asistování je důležité, s kým tam člověk je, jestli si s tím operátorem sedí lidsky. A pak když jsem v roli operátora, to se někdy stane, tak to není strach, to není úzkost, ale je to takové napětí, jo? Třeba bych to trochu přirovnal k fotbalovému zápasu. Jak mám rád soutěžení a sport. Před sportovní aktivitou taky cítím nervozitu, těším se na to, ale zároveň jsem nervózní. A u té operace je to podobné. Ale jak zápas nebo operace začne, tak se soustředím a nervozita ze mne spadne. *(MUDr. Adam Křenek)*

*Podobný názor vyslovuje mladá chirurgyně
MUDr. Peňázová:*

Samozřejmě jo. Já jako asistence si to ani neuvědomuju, ale ten operátor ji může mít, protože cítí za operaci odpovědnost. Před výkony, které jsem měla na sebe napsané, jsem cítila trochu tenzi, ale říkala jsem si, že je to jedna z věcí, které se musím naučit, abych se nedostala do stresu.

Výzrálý chirurg MUDr. Duša odpovídá takto:

Jistou úctou před tím výkonem by chirurg měl mít vždycky. Jsou výkony, kdy se dá podle předoperačního vyšetření předpokládat, že by mohly nastat jisté komplikace, které budou obtížně řešitelné. Řekněme, že jde o nádor, pak je třeba si položit otázku: Je vztah tohoto nádoru k vitálně důležitým strukturám tak těsný, že by mohlo dojít k jejich poškození a jejich reparace bude problematická? Ráno vstanu a řeknu si, to jsem zvědav, jak to dnes půjde, doufejme, že to bude lepší, než si myslím. Stále jsou situace, kdy mám určité obavy a potom si řeknu, proč jsem se zbytečně nervoval.

*Chystá se nějak chirurg na náročnější operaci?
Nahlédne třeba do operačního atlasu nebo si
o operaci něco přečte?*

Když jdu na menší výkon, který provádím často – například na apendektomii – tak se na to zvlášť nechystám. Když budu mít vypsanou operaci, kterou jsem delší dobu nedělal nebo kterou dělám i pravidelně, ale mám pocit, že je závažná, tak si její postup vždy znovu procházím. (MUDr. Petr Moravčík)

Obvykle to již nepotřebuji. Ale pravidelně v literatuře sleduji, jak se daná operace provádí jinde. (MUDr. Jaroslav Ivičič)

Když jsem začínal, tak ty výkony, které jsem běžně nedělal, jsem se snažil najít v atlase operací. Jak člověk získává zkušenosti, tak je opora v atlase operací spíše minimální. Pokud se ovšem dopředu, z předoperačního nálezu, dá předpokládat, že by se operace mohla vyvíjet jinak, například v anatomických strukturách, k nimž se běžně nedostávám, tak se do atlasu podívám.

(MUDr. Josef Duša)

Člověk si prochází anatomické knihy, když je to zvlášť náročné, třeba to i prodiskutuji s profesorem [prof. Vladimírem Benešem – pozn. V. Š.]. Ale když byl třeba na dovolené a měl jsem před velice složitou operací, tak jsem kolegům – čtyřem šéfům neurochirurgie v Evropě – poslal snímky a požádal je o názor. Neptal jsem se, zda operovat, protože to byl velký nádor, ale jakým způsobem operovat. Dostal jsem čtyři různé návrhy, každý byl podložen argumenty, proč to dělat takto. A člověk si z toho musel vybrat. *(prof. David Netuka)*

Jednou jsi nahoře a jednou dole, takto metaforicky by se dalo vyjádřit to, jak se chirurg cítí po různých operacích.

Biologická jednotka – člověk – snese hodně a chirurg je někdy pouhou hříčkou v rukách osudu. Někdy totiž jdeš ze sálu a říkáš si, to byl

koncert, to jsem se dneska vyznamenal. Za tři dny se případ komplikuje a stojíš v němém úžasu nad tím, jak se průběh ubírá špatným směrem. Jindy zase jdeš ze sálu a říkáš si „dnes se mi to tedy moc nepovedlo“ a pacient jde za pět dnů domů, zhojený, vše v pohodě. Je to vždycky individuální, byť zralý chirurg ví, co si může a co si nesmí dovolit. Pro nezúčastněné laiky zvenčí nebo pro méně zkušené spolupracovníky může jeho „vystoupení“ na operačním sále vypadat i hrubě, i málo citlivě, i vychloubačně. Ale nejčastěji jde jenom o ventilování napětí, které chirurgie závažných případů přináší. (*doc. Teodor Horváth*)

Moderní zobrazovací metody usnadňují diagnostiku, a tím i rozhodování chirurga. Stává se přesto, že se někdy operační nález liší od toho předoperačního?

Ano, zásadně se mohou lišit, jakkoli si to nepřejeme. Dnes pomáhají endoskopické a jiné vyšetřovací metody. Ale chirurg musí stále porovnávat, zda to sedí nebo nesedí a jestli je v jeho silách dát to dohromady. A s tím souvisí ještě to druhé. Chirurg se musí v určitém okamžiku rozhodnout, co je proveditelné. V určitém okamžiku, když si řeknete – ten výkon je proveditelný, tak za sebou začnete pálit mosty. Vy se nemůžete zkrátka vrátit. Čili nezbyvá nic jiného než

odhadnout správně, že to, co odstraním, dokážu zrekonstruovat – a musím vědět jak. (prof. Jiří Hoch)

Je to podobné i v neurochirurgii?

V neurochirurgii se toto stává relativně vzácně, protože například 99 procent operací mozku děláme na základě magnetické rezonance, která nám z velké části řekne, co tam je a jak máme postupovat. Překvapení samozřejmě pořád jsou, například před 14 dny jsem operoval pacienta, který měl mít primární mozkový nádor nezhoubný, nízkostupňový nádor, a všechno tomu ukazovalo, a tam byla indikace relativně hraniční, pacienta jsem přesvědčoval o operaci. A během operace se objevil nečekaný nález, že to bude vícečetný nádor, který pro toho pacienta znamená mnohem složitější prognózu, to znamená, že po operaci půjde na ozařování a na chemoterapii. Může to překvapit typem nádoru. (prof. David Netuka)

Chirurg se může někdy dostat do situace, kterou neočekával.

Jsou nálezy nestandardní, které jsou ale vysvětlitelné, i když obtížně řešitelné. Existují situace, kdy se člověk v rámci kontaktu s pacientem, při diagnostice nebo až při operaci, setká s něčím, o čem prohlásí „tak to jsem ještě neviděl“. Ale

většinou to není něco tak nepochopitelného, že by se to nedalo vysvětlit. Jistě se může stát, že se dostanu do situace, kdy nevím kudy kam a musím přemýšlet, jaké zvolit řešení, jakým způsobem zaimprovizovat. Řešit se dá cokoliv, pokud je to věc, se kterou mám zkušenosti. Pokud je to jinak, musím zavolat kolegu, který s tou věcí zkušenosti má.
(MUDr. Josef Duša)

MUDr. Hemmelová říká, že se chirurg s neočekávanými situacemi setkává a že

... to není tak vzácné, protože každý člověk je trochu jiný. Třeba včera jsme operovali pacientku, kde byly srůsty, které jsme nečekali a kdy nám trvalo několik hodin, než jsme střeva rozpletli. Sice jsem očekávala srůsty, ale ne až tak velké. Ono je to často tak, že člověk narazí na něco, s čím se nesetkal, ale o čem četl, nebo čeká, že něco bude jinak.

*Na neočekávanou, spíše raritní situaci vzpomíná
MUDr. Jaroslav Foltýn:*

Byl jsem mladý chirurg, v noci jsem operoval mladou holku, s krutými bolestmi břicha. Nevěděli jsme, do čeho jdeme. Otevřel jsem břicho a teď jsem nevěděl... Proti mně byla fialovorůžová plocha, sáhl jsem na ni, vypadalo to jako lesklá

blána. Říkám si, kde to jsem, celé jsem to osahal. Potom jsem vzal jehlu, píchl jsem do toho, začal jsem nasávat, nic jsem nenasál, tak jsem místo toho vpichu udělal řez a mám před sebou žaludek. Extrémně rozšířený, na prasknutí. Ona se přejedla hruškami, napila se vody, ty hrušky nabobtnaly, stala se z nich těstovitá hmota, kterou žaludek nebyl schopen nikam posunout. Tak jsem rukama vybíral z žaludku hruškovitou kaši, zaplnila lavor. Pak jsem žaludek zažil a pacientka byla v pořádku.

Jak se může zachovat chirurg, když se setká s neobvyklým případem?

Když ti přijde nějaký „extra“ případ, nemusíš zrovna říci, jdu se podívat do knihy, ale řekneš: „Já musím ještě něco sníst.“ Sedneš si a pět sedm minut přemýšlíš. Případ zrekonstruuješ, pak si říkáš, na co se ještě podívat, a musíš vědět, kde zalistovat. Existuje i jiná modelová situace: Jdeš po chodbě a říkáš si, dnes jsem nějaký utahaný, ještě že ten dnešní program je volnější. Brzy zamíříš domů. Zazvoní telefon. Naléhavý případ, rychle na sál. Na operačním stole je devatenáctiletý chlapec s poraněním hrudníku. Levá pohrudniční dutina je plná krve, osrdečník taktéž, brzy shledáváme, že zdrojem krváčení je poranění levé komory srdeční. Bleskne ti hlavou, chybí nám mimotělní oběh. Naskakuje ti husí kůže. Takový případ jsi ještě

neviděl, ani o něm nečetl – trhlina srdce je zakryta krevní sraženinou, která se tam drží kvůli silnému poklesu krevního tlaku ze ztráty krve – je potřeba okamžitě jednat na základě toho, co máš za sebou. „Únava“ je ta tam. Vzpomínáš, co jsi viděl tam a onde v té a oné situaci. Mozaika je v mžiku složena. Pár pokynů a jde se na věc. (*doc. Teodor Horváth*)

A jestliže dojde při operaci ke komplikaci?

Ja si myslím, že je třeba zachovat klid, když nastane nějaká komplikace. Prostě se toho neleknout, ale s klidem to vyřešit. To je podle mne hodně důležité, nevyvolat paniku. Ale ono se to některým lidem stane, že se najednou dostanou do takového stresu... a myslím, že potom i ten tým dělá chyby. A myslím, že toto se také nedá úplně naučit, ono se dá třeba otupět, ale vždycky to nakonec, to napětí, vyplave na povrch, a to lidi unavuje. Když se motivuje podle mě pozitivně a je to v klidu – „to zvládneme“ – je to mnohem lepší. A to právě dokáže ten dobrý chirurg. To se nenaučíte.

(MUDr. Beata Hemmelová)

CO CHIRURGŮM CHIRURGIE DÁVÁ A CO JIM BERE

Dává mi dobrý pocit, když člověk může pomoci. To je něco, s čím se člověk musí narodit, to se nedá naučit. Je to o empatii, i když je ten druhý

nesympatický. Ale ten pocit, když se to povede a ten pacient je vděčný, tak to mne naplňuje.

(MUDr. Peter Kosáč)

Nejen vnitřní uspokojení, ale především základní obživu, což si člověk uvědomí víc, až když má rodinu, děti. Jinak můžu říct, že na sobě mohu pozorovat, že když je člověk na sále, tak se cítí daleko líp, než když pracuje na oddělení a zajišťuje spíše papírování – například propouštění pacientů a úředničtinu. Osobně mě taktéž naplňuje a těší práce na ambulanci, kde se chirurg setkává s různými případy, nad kterými může uvažovat.

(MUDr. Petr Moravčík)

Chirurgie naplňuje život a čas, který v nemocnici trávíte. Mám tři děti, ale stejně bych chirurgii neměnila. Pořád si myslím, že to má smysl, přestože člověk netráví čas s rodinou, když musí na sál. Chirurgie je hodně o příležitosti, jestli ji dostanete od vašeho vedení nebo ji získáte ve službách. A když příležitost není, tak člověk asi ztrácí naději, že bude dobrým chirurgem. A o tom jsem slýchala doma, protože maminka byla taky chirurg, mezi chirurgy muži v té době osamocená, a vždycky s tím hodně bojovala. Říkala: „Já jsem se podívala na operační program a nebyla jsem tam vypsaná. A říkala jsem si, že mne bude špatný chirurg, protože ten, kdo neoperuje, nemůže být dobrý chirurg.“

Moc se mi líbí, že jsme jeden tým. Vždycky jsem to tak brala, že na chirurgii musí být lidi čestní a držet pospolu. Takže to pro mne chirurgie znamená. Pacienti potřebují kolem sebe lidské bytosti, které se s nimi baví o jejich problémech. A právě to výrazně zlidštuje, když se pacientů ráno zeptáme, jak se vyspali a co čtou za knihu. Oni nám potom řeknou klidně i to, jaké mají problémy, co je trápí a čeho se bojí. Když se jich zeptáme jen čistě profesně, tak oni nám to neřeknou, protože necítí zájem. To mne naplňuje, že pacient vnímá, že tady jsem pro něho. *(MUDr. Beata Hemmelová)*

Chirurgie mi dává pocit dobře vykonané práce [úsměv], svým způsobem jsem tak trošku perfekcionista. Mám rád, když ta chirurgická manuální práce je pěkně provedená, když – jak mi říkali starší kolegové – co dobře vypadá, tak i dobře funguje. Současně je to lékařská práce, vím, že mohu někomu pomoci s jeho problémy, že pacient je spokojený a třeba i přijde a poděkuje. Mám dobrý pocit z toho, že jsem schopen tu práci udělat tak, aby-
chom byli pacienti i já spokojeni. *(MUDr. Josef Duša)*

Dává mi všechno, všechno. *(MUDr. Jaroslav Foltýn)*

Dává mi stále ještě nebo stále ještě více pocit
uspokojení z práce a z toho, že ta práce přináší

nějaký výsledek. Že jsme schopni pacientům efektivně, často rychle pomoci. A kdybych se přidržel u toho, co je mi nejbližší – onkochirurgie – tak mám dobrý pocit, že se nám podařilo odvrátit blížící se nepříjemnost nebo katastrofu. A to, co je zdánlivě banální – když potkáte pacienta po dvaceti letech operovaného pro nádor a on je dobrý a řekne: „Já jsem vám vděčný“, tak máte chuť pracovat dál. (*prof. Jiří Hoch*)

Dává mi i po třiceti letech dobrý pocit, když se to povede, když vyřešíte věci, které nějakému člověku hodně komplikují život nebo ohrožují jeho zdraví nebo které mu – a to není fráze – dávají šanci prožít přiměřeně kvalitní život v kruhu jeho rodiny. Ten pocit nestačí mít na začátku profesní kariéry, ale měl by přicházet co nejčastěji. Velice pravdivě to v prvním dílu seriálu Nemocnice na kraji města řekl pan Chudík [v roli primáře Sovy]: „Chirurgie má to kouzlo, ale zároveň nebezpečí v tom, že jednou provždy mění lidské tělo.“ (*MUDr. Rudolf Rindoš*)

Dává mi velkou radost a uspokojení. Naplnění života. (*doc. Teodor Horváth*)

Radost z operování, které mě stále moc baví. Chirurgie znamená i určitou společenskou prestiž. (*MUDr. Jaroslav Ivičič*)

Humorné je vyjádření doc. Hytycha:

Je to docela hezký řemeslo.
[smích]

Je to něco, bez čeho byste třeba nemohl být?

No tak, já bych klidně mohl dělat zlatníka
a hodináře v Salcburku, to by se mi taky líbilo.
Akorát, že já jsem to měl v tom horoskopu
[být chirurgem], takže to dělat nemůžu.
(*doc. Vladislav Hytych*)

Je něco, co chirurgie chirurgům bere?

No tak snad jenom volný čas. Medicína jako
taková je stresující obor, hlavně když nemá
lékař možnosti, aby pomohl. Jenom ta samotná
chirurgie, že by mně něco vzala, to si myslím, že ne.
Je to asi náročnější, protože zastupitelnost
v chirurgii není zas taková, jako v jiných oborech.
Stává se podle mého názoru častěji, že pokud je jen
jeden, který to umí udělat, tak musí přijet, i když
zrovna nemá službu. V nechirurgických oborech již
třeba telefonická konzultace může dát řešení bez
toho, aby tam byl lékař přítomný. Kdežto v chirurgii,
pokud chcete například mladšímu kolegovi pomoci,
musíte přijet na sál a stoupnout si k němu.
(*MUDr. Josef Duša*)

Nesmí se dívat na čas. Lékaři všech ostatních
Noborů mohou v klidu o něčem přemýšlet,
hledat si eventuálně dodatečné informace, na to má
chirurg většinou jen málo času, protože delší čas
stráví na sále. (*prof. Jiří Hoch*)

Bere čas a někdy i zdraví.
(*MUDr. Jaroslav Ivičič*)

Bere hodně: volný čas, prostor pro rodinu, patrně
i kus zdraví. Chirurgie a rodina jsou v konfliktu
zájmů. Ale když chirurg nemá doma hrdinské
zázemí, tak ji skoro nemůže dělat. Máme třeba
zahradu na Vysočině. Je to asi dvacet minut autem
z města, ale jsem jako vyvrhel celé kolonie, protože
ji nestíhám udržovat. (*doc. Teodor Horváth*)

CHIRURG A JEHO KOMUNIKACE S PACIENTEM

*Chirurgova komunikace s pacientem je významnou
součástí jeho profesních činností.*

Komunikaci s pacientem považuji za zásadní.
Ukážu mu například nádor na CT a řeknu mu
o rizicích operace. (*MUDr. Jaroslav Ivičič*)

Chirurgie není jenom o operování. Je to komplex-
ní nakládání s tělem i s duší pacienta.
Zanedbáme-li duševní stránku věci, nepečujeme

dokonale. Můžeme mít zlaté ruce, ale pokud nejsme schopni vysvětlit pacientovi, proč určité věci musí být udělané určitým způsobem a taky proč některé věci dělat nejdou, tak u pacienta můžeme ztratit důvěru. (*doc. Teodor Horváth*)

Základní dovednosti komunikovat s pacientem se učí studenti již na lékařské fakultě. Jak se ale mladí chirurgové učí komunikovat na chirurgickém pracovišti?

Učí se to při vizitách, vidí například, jak přednosta nebo primář komunikuje s pacienty. Vidí také, jak starší kolegové komunikují. Řeknete si třeba, tak tady bych jednala jinak. Když vidím na vizitě vystrašeného pacienta, zajdu potom za ním. (*MUDr. Markéta Španková*)

RODINNÉ ZÁZEMÍ CHIRURGA

Chirurgova práce je velmi náročná, jak je zřejmé také z předcházejících stránek této knížky. Jak je pro chirurga důležitá rodina?

Strašně moc [smích], oni mne drží, když se mi nedaří. Někdy máte období, že se všechno komplikuje a člověk říká, to není možné. Mne v těchto obdobích rodina podrží a ještě navíc, když přijdu domů, tak se zbavím všech věcí, které mne

na pracovišti stresují. Já chirurgii miluju, já bych nevolila jiný obor, přestože by byl život jednodušší. Bez rodiny bych to určitě nedala. Když jsem byla mladší, tak chirurgie mně pomohla v tom, že jsem byla jistější, naučilo mne to mnohé i pro život. Ale kdybych neměla tu jistotu doma, tak si myslím, že bez rodiny můžete být sebelepší chirurg, ale nevidíte v tom smysl života. A musím říct, že rodina je i pro pacienty a nemocné lidi strašně důležitá. Ten, kdo zůstane sám, i ve své nemoci, tak to prožívá mnohem hůř. Já si nedovedu představit, že bych svou rodinu neměla. *(MUDr. Beata Hemmelová)*

Já mám rodinu i medicínu postavené na stejné úrovni. Protože já jsem v té práci, mám pocit, víc jak doma, ale ta rodina je pro mne důležitá. Když se něco děje v rodině, odrazí se to v práci, a naopak, jsou to spojené nádoby. *(MUDr. Marcela Linhartová)*

Podle prof. Netuky má rodinné zázemí vliv na úspěšnost chirurga.

Většina kolegů, kteří nemají rodinné zázemí nebo funkční manželství, tak je v životě neukotvená a rozháraná. A velmi často není úspěšná v neurochirurgii. Kolegové, kamarádi z Evropy, s nimiž komunikuji – posíláme si třeba nálezy – tak mají většinou stabilizované rodinné zázemí.

Zajímalo mne, zda pan profesor zná nějakého samotáře neurochirurga, který je výborný operatér.

Znal jsem vynikajícího operatéra – v zahraničí – který měl rozpadlé manželství. Byl to samotář a vždycky, když byl ve své vlasti, operoval od rána do večera. Ale jakmile opustil svoji vlast, začal šíleně pít. Vrátil se a opět dobře operoval. Takže – operatér vynikající, ale jinak rozháraná osobnost. Potom odcházel do důchodu a začal zase pít.



(2)
MOJE NÁVŠTĚVY OPERAČNÍHO SÁLU



Pracovním a vlastně i životním prostředím je pro chirurga operační sál. Při rozhovorech s chirurgy jsem stále více cítil potřebu vidět tyto profesionály na operačním sále operovat. Svěřil jsem se s tím přednostovi přední moravské chirurgické kliniky. Bez váhání souhlasil.

PRVNÍ NÁVŠTĚVA: OPERACE NÁDORU PLIC

V operačním týmu byl vypsán velmi zkušený hrudní chirurg a kandidát na atestaci z tohoto oboru. Jednalo se o pacienta v důchodovém věku s recidivou nádoru plic. Pacient prošel předoperačním diagnostickým sítím onkologickým, plicním, interním, anesteziologickým i chirurgickým s tím, že nejradikálnějším možným léčebným řešením je kompletní odstranění nádoru a mízních uzlin, a to vzhledem k nálezům i věku se zvýšeným rizikem. Indikační komise doporučila řešit nález chirurgicky. Po otevřeném dialogu o stavu nemoci a léčebných možnostech se pacient i hrudní chirurg pro toto řešení definitivně rozhodli. Oba podepsali informovaný souhlas.

Ještě před návštěvou operačního sálu jsem zjistil, že:

1. Nemocný byl před rokem operován pro nádor pravé plíce miniinvazivním torakoskopickým přístupem. Byl mu odstraněn dolní plicní lalok s nádorovým ložiskem a spádovými mízními

uzlinami v plném souladu s onkologickými a onkochirurgickými směrnicemi.

2. Protože se nádorový proces obnovil, bude plánovaná operace mnohem většího rozsahu než ta předešlá. Bude potřebné odstranit celý zbytek pravé plíce a všechny dostupné mízní uzliny. Čili půjde o radikální pneumonektomii.
3. Vzhledem k centrálnímu umístění nádoru je operační riziko značné – jak pro pacienta, tak pro operátora.
4. Očekávaná doba výkonu kolem čtyř hodin.

Listuji v publikaci V. Hytycha a kolektivu (*Minimum z plicní chirurgie – krok za krokem*. Praha: Maxdorf, 2013). Laickým pohledem se tak seznamuji s pneumonektomií. Jsem zvědavý, jak bude operace probíhat.

Operace se uskutečnila v únoru 2020. Přicházím na chirurgickou kliniku, kde se mne ujímá vedoucí operačního týmu. Nejprve mi ukazuje záznam z PET/CT vyšetření plic pacienta, poté mi pomáhá obléct se do operačního prádla. Vcházíme na operační sál, kde je pacient v péči anesteziologa a anesteziologické sestry. Je uveden do celkového znečitlivění. Operátor s asistentem a sanitářem jej posléze polohují na levý bok.

Operaci zahajuje mladý, ale už zkušený chirurg (v roli asistenta). Vedoucí týmu mu se zanícenou účastí druhé asistence v ní pomáhá. Průběh operace sleduji na velké obrazovce díky kameře umístěné v operační lampě nad operačním stolem. Občas i opatrně nahlížím do operačního pole přes rameno operátéra. Operatér mne nenuceně informuje o dění v operačním poli. Vstřebávám relaxované pracovní ovzduší vytvořené souhrou empatického chirurgického týmu včetně instrumentující sestry a „obíhající“ sestry s týmem anesteziologickým. V obtížnějších fázích operace neokázale a samozřejmě přebírá roli operátéra zkušený starší chirurg – vedoucí týmu.

Pozoruji sladěnost členů operačního týmu: operatér, asistent, „umytá“ sestra instrumentářka ve sterilním ustrojení a její „neumytá“, takzvaně „obíhající“ kolegyně, která obstarává příslušné ladění elektrokoagulace, sání, nastavuje operační reflektor, dodává žádaný stehový materiál, přináší dle potřeby speciální nástroje, léky, spotřební materiál, pečlivě počítá chirurgické roušky a dělá další „drobnosti“, které jsem všechny napoprvé nezachytil. Uvědomil jsem si však nezbytnost týmové souhry na operačním sále, jejíž důležitost chirurgové zdůrazňovali při rozhovorech. V průběhu operace se vyskytly i dramatické, náročné situace, které tým řešil s rozvahou. Chvilé napětí jsem přesto pociťoval.

Bylo patrné, jak jemně se operatér choval k tkáním. V myslí se mi vybavila vzpomínka významného ruského chirurga, profesora Uglova, na jeho učitele, profesora Petrova: *Kdykoliv Nikolaj Nikolajevič operoval, obdivoval jsem vytříbené, ušlechtilé pohyby jeho rukou. Jak opatrně, přímo něžně se dotýká tkáně. Každý orgán, každou střešní kličku bral do prstů tak, jako by byla z nejkřehčího křišťálu.*¹

Také jsem si uvědomil, jak je operace (nejenom) plic náročná na soustředěnost operátora i asistenta, ale i ostatních členů operačního týmu. Operující chirurgové se v průběhu operace setkali s nepřehledným terénem v operačním poli. Některé tkáně v hrudníku totiž byly změněny radioterapií, která byla nasazena před operací. Vzoroky změněné tkáně proto operatér prostřednictvím obíhající sestry odesílal na histologii.

Všiml jsem si, že v některých fázích operace vedl operatér dialog s asistentem. Uvědomil jsem si, že asistent se při operaci zároveň učí.

Technicky náročná operace byla úspěšná. Ošetření centrálních cévních struktur bylo pro rozsah nádoru nutné realizovat přímo na jejich odstupu ze srdce po otevření osrdečníku. Celá intervence – včetně uvedení pacienta do narkózy a vyvedení z ní, správné umístění dvoucestné intubační kanyly,

kanylace centrální žíly a vstupu do tepenného řečiště nutného pro exaktní vedení narkózy – trvala téměř sedm hodin.

Druhý den po operaci jsem měl možnost se k ní vrátit v rozhovoru s vedoucím operačního týmu. Skromně konstatoval, že šlo o zajímavý a méně obvyklý zákrok. Podle něho se v průběhu operace objevilo hned několik neobyčejných momentů, které běžně nepřicházejí. Řekl také, že u těchto typů výkonů musí být přítomen velmi zkušený a rozvážený profesionál. To proto, že méně zkušenému by se ke klíčovým manévřům buď nedostávalo odvahy, takže by (vlastně oprávněně) označil nález v rámci svých možností za neoperabilní, nebo by mohlo nastat neřešitelné krvácení. Jinak řečeno, mohlo by dojít k „technickému“ problému v operačním poli neslučitelnému se životem, a to v případě, že by mladší operatér chtěl nedostatek zkušeností vyvážit nepřiměřenou odvahou v nejdělicatnějších fázích preparace. Vedoucí týmu také vyjádřil radost, kterou prožíval, když mohl mladšího kolegu přímo v akci zasvěcovat do řešení náročných situací. Konstatoval celkovou spokojenost s výsledkem operace – nádor byl technicky i biologicky radikálně odstraněn. První pooperační den byl pacient v pořádku. S odstupem času operatér sdělil, že pooperační období proběhlo u pacienta bez komplikací. Pacient byl propuštěn do domácího ošetřování.

Domnívám se, že operatér může při plicní operaci využít svých zkušeností z jiných anatomických oblastí, například z břišní chirurgie. Plicní operace však mají svá specifika a vyžadují hlubokou znalost hrudní anatomie i fyziologie. Jsou také založeny na hmatu. Všiml jsem si se zvláštním mrazením v zádech, s jakým citem vkládá chirurg ruku na operovanou tkáň. Z Hytychovy publikace jsem vyrozuměl, že velkou pozornost je nutno věnovat plicním cévám, které jsou křehké. U této operace jsem se o tom, mimo jiné, na vlastní oči přesvědčil.

DRUHÁ NÁVŠTĚVA: OPERACE NÁDORU SLINIVKY BŘIŠNÍ

Tato návštěva se uskutečnila v červnu 2021. Šlo o operaci nádoru hlavy slinivky jednapadesátileté ženy. Ještě před operací jsem si v atlase topografické anatomie prohlédl uložení slinivky v břišní dutině. Rámcově jsem se také seznámil v dostupné učebnici onkochirurgie s postupem operace. Operátorem byl zkušený chirurg, který se specializuje na operace slinivky. Bezprostředně před operací mi na záznamu z CT ukázal předoperační nález.

Vstoupil jsem na operační sál, kde již byla pacientka péčí anesteziologického týmu uvedena do celkového znecitlivění. Operatér zaujal své místo u operačního stolu. Asistovali dva chirurgové a jedna začínající

lékařka. Operatér komentoval některé svoje operační kroky pro asistenty a určitá vysvětlení adresoval i mně.

Břišní dutinu operatér otevřel dlouhým řezem vedeným příčně v horní polovině břicha. Poté zjišťoval, zda tumor neprorůstá do okolních orgánů, například jater. Opatrně pronikal ke slinivce, která je uložena před páteří. Postupně odstranil žlučník, část tenkého střeva a žaludku, dvanáctník a resektoval hlavu slinivky s nádorem. Tím končila resekční část operace, na kterou navazovala rekonstrukční etapa. V ní operatér obnovoval spojení přerušovaných částí trávicího traktu. Vytvořil při tom několik anastomóz (např. spojení mezi žaludkem a tělem slinivky, spojení mezi tenkým střevem a žaludkem). V průběhu operace byla ve spolupráci s anesteziologickým týmem pacientce zavedena nosem do žaludku nazogastrická sonda, která odvádí přebytečnou tekutinu.

Již jen ze zběžné a neúplné charakteristiky operace je zřejmé, že resekční výkony na slinivce jsou technicky náročné a vyžadují připraveného, zručného a myslícího chirurga. Operace nádorů slinivky patří k nejnáročnějším břišním výkonům. Vyžaduje zkušené operatéry a při diagnostice mezioborovou spolupráci, například s gastroenterologem. V současnosti se tyto operace soustřeďují

do specializovaných center, obvykle na chirurgických klinikách.

Operace tumoru slinivky trvala téměř pět hodin. Operatér byl zručný, o zvolených operačních krocích se rozhodoval na základě posouzení vzniklých situací (tato rozhodnutí sděloval asistentům). V součinnosti tedy byly ruce a hlava operátéra, při šití anastomóz vládu nad operací přebíraly jeho ruce.

Operatér operoval jemně a s jistou elegancí. Bylo zřejmé, že ho operování baví a že jeho komunikace s asistenty je méně formální. Radostné pro mne bylo také pozorovat souhru operačního týmu s anesteziologickým týmem a perioperačními sestrami (instrumentující a obíhající). Uvědomil jsem si také (při pohledu do dutiny břišní a sledování práce rukou operátéra i asistentů), že výrok některých chirurgů o tom, že operace je krásná, odpovídá skutečnosti. Myslím, že být chirurgem musí způsobovat bohatou profesní radost a uspokojení.

1) Uglov, F. (1985). *Chirurgovo srdce*. Praha: Lidové nakladatelství, s. 139.



(3)
**PŮVAB CHIRURGIE:
PROCES STÁVÁNÍ SE CHIRURGEM**

Autorem této kapitoly je Teodor Horváth



ÚVODNÍ SLOVO

Půvab chirurgie se neliší od jemné krásy příjemného dojmu z jiných povolání. Dostí často v ní však jde bezprostředně o život. Takže některá hlediska přirozeně akcentuje. Stoicky nahlíží společenský chaos s množstvím malých a středních výbuchů, jako jsou přehnané tendence centrifugální či centripetální, ekonomické nebo přespříliš zdůrazňované směrnice, styly a školy, jejichž tupé prosazování by mohlo vést, a někdy i vede, k velkým explozím.

Chirurgie vyžaduje řád. Přímo po něm prahne. Odedávna ví, že direktivní povýšenost ani „splendid isolation“ nepřináší dlouhodobá řešení. Takže cílem tohoto zamyšlení se nad chirurgickým děním v paradigmatu informační společnosti není glorifikovat nositele extrémní zátěže, kterou obor vcelku přirozeně přináší, ani nasadit zahořklý tón v analýze negativ týmové práce arogancí A počínaje a žárlivostí Ž konče.

Záměrem této kapitoly je zdůraznit pozitiva oboru, od nichž se pospolitost lhostejně odvrací až do chvíle, než je potřebuje. Pak je naopak dychtivě vstřebává. Jinými slovy, nikoho nepřekvapuje, že „zlaté tele“ vládne nesrovnatelně lepšími technologiemi, než tento krví, hnisem a výkaly

potřísněný obor, ovšem pouze do chvíle, než jej sám/sama potřebuje. Následně se vynořivší snahy řešit systémové nedostatky nesystémovými kroky dosahují standardních výsledků za cenu hrdinských vypětí. Nebo bezmocně havarují. Obojí za halasného doprovodu všudypřítomného komparzu A až Ž.

Tato kapitola by ráda přiměla nastupující i odcházející generaci k nejplodnější známé intelektuální i dělné interakci stáří–mládí, to jest ryzí zralé zkušenosti s nadšenou touhou uchopit ji a nazřít horizont nových možností. Pokud možno spojitě a bez výbuchů. Za splnění v dalším textu diskutovaných předpokladů není chirurgie obor především těžký. Je v první řadě pěkný! Přináší totiž tvořivou radost z povolání – to ona noří chirurga do hlubin lidské sounáležitosti, v níž nachází dvojí naplnění: lidské i profesní. Daří-li se to, zbývá mít neustále na paměti trvale hrozící nebezpečí konfliktu těchto dvou se zájmy rodinnými a pečovat o vyváženost života – jako o *conditio antropologica sine qua non*.

STÁVÁNÍ SE CHIRURGEM

Chirurgie je (má nebo může být), navzdory etymologii svého jména, věcí komplexní. Jde o povolání tělem i duší sloužící zároveň nejširší obecné pospolitosti a nejniternějšímu rozmachu

osobitosti každé zainteresované *jednotlivé* osobnosti v celé šíři v rovinách profesní, osobní, rodinné, fyzické, psychické, spirituální, občanské, akademické i společenské. Definujme ji: Mladý chirurg začíná prvními samostatnými kroky provázenými nadšením z převzaté a uplatňované manuální rutiny a naučenou empirií oboru, pokračuje osobními zlepšeními v nekonečných biologických variacích a novými vlastními technickými finesami. Vylepšením stávajících chirurgických postupů se dostává až k hranicím opravdových intelektuálních výbojů, v nichž chirurgický genius zdánlivě vrcholí.

To je však pouze polovina cesty!

V oblastech, kde osobní genius dosahuje klimaxu, má startovat *genius skupinový*. Zde je skryté tajemství chirurgického profesního úspěchu, jenž se neuzavírá do osobní vyspělosti „dokonalého mistra“, ale rozkvétá v týmové práci (řetěz má sílu nejslabšího článku), a to neustávajícího – nepochybně donekonečna možného zlepšování „týmového těla i ducha“ v tomto smyslu: *Je lepší menší dokonalost v jednotě, než velká dokonalost bez jednoty*. To vše proto, aby celá profesní pospolitost směřovala „vzhůru“ nejenom „sama v sobě“, ale v přirozené interdependenci s internou, anestezií, fyziologií, patologií, zobrazovacími

metodami, v interakci tradičních technik s novými technologiemi, psychologií, sociologií a s politikou v plnosti svého vlastního konsenzu a resilience. To vše v propojení s globální profesní komunitou ke stále lepší službě nejširší lidské pospolitosti, v níž chirurg teprve nalézá skvostnou budovu pravdivého poznání, uvnitř které definuje sám sebe jako pevný pozitivní článek civilizace.

Pokud budeme konkrétní, můžeme rozlišit následující stupně profesního rozvoje chirurga.

1. ŘEMESLO

Jakým způsobem vést profesní konverzaci s pacienty napříč celým sociálním spektrem, abych získal nezbytnou chirurgickou informaci? Jak se drží skalpel? Jak se s ním nakládá? Jakým pohybem vést jehelec? Jak dosáhnout, aby uzel byl zatažen tak akorát? Jak se rozletět k poznání využívaje plného rozpětí obou chirurgických křídel, to jest anamnézy a fyzikálního vyšetření? Talent je žádoucí a potřeba učitele zřejmá.

2. PRAVIDLA

Dokonalé vyšetření, klinická pracovní diagnóza a její paraklinické potvrzení, rozhodovací proces, přiměřenost procedury, spolupráce s kolegy vlastní a jiné odbornosti. Krevní srážlivost, alergie, užívané léky. Bdělé svědomí.

3. RŮST

Nováček oboru dříve nebo později sám zjistí, co mu v pracovním procesu vyhovuje, zdokonaluje manuální techniky a kultivuje komunikaci, objevuje vlastní finesy... až stane před poznáním, že jistá věc se mu v jisté situaci nejlépe daří jistým způsobem. Brzy poté shledá, že počet variací...

4. VARIACE

... je nekonečný a má co dělat, aby to zpracoval. Právě si totiž začal myslet, že již zná vše, aby posléze s úžasem vystoupil o stupínek výš, k tvořivosti...

5. TVOŘIVOST

... zjišťující, zpočátku dost nesměle, že přišel na něco nového, že přicházet na nové věci je prostou součástí bytí, i profesního. Posléze shledá, že královnou medicíny je pokora – zpravidla v konfrontaci s touto modelovou situací. Ve chvíli když začíná uvažovat jako superstar, zjistí, že se chová jako břídil, a tak se pozvolna a opakovaně drápe z roklí pochybností na výsluní pravdy o sobě, o svých pacientech i o svých spolupracovnících, až jednoho dne pozná, že sice má své limitace, tak jako je má každý jiný, ale už začíná „umět“. Je na cestě k mistrnému zvládnání oboru. To se může projevat v celé škále pozitivních i negativních skutečností.

6. MISTROVSTVÍ

Mistr umí a nebojí se jednat. Řeší nejsložitější situace a jde do střetu s chorobou i s lidskou omylností či malostí. Je jen zvědavý, nakolik se v té či oné situaci osvědčí rozumová dovednost v souhře s manuální. Dospívá k prahům parketu, na němž opravdoví mistři vzmachu uvádějí myšlenky k roztančení, čili k opravdovým intelektuálním výbojům jsa šťasten vědouce, že umí. Usne-li však na vavřínech, jeho štěstí mu dlouho nevydrží.

7. SOUHRA

Nenamíří-li svou aktivitu k pěstování týmové práce (neostýchejme se to opakovat, repetitio est mater studiorum) ve smyslu *LEPŠÍ JE MENŠÍ DOKONALOST V JEDNOTĚ, NEŽ VELKÁ DOKONALOST BEZ JEDNOTY*, čeká na něj soutěska pýchy, která ho vnitřně zničí, byť by to zvenku vypadalo jakkoliv jinak.

8. SOUČINNOST

... neboli profesní a lidské vztahy na nejširší společenské bázi – uvnitř i vně vlastního oboru.

Jde o součinnost se stejně, více či méně zkušenými, s nezkušenými, s mladými i staršími kolegy, nadřizenými i podřizenými: v rozpravách indikačních komisí, v sešlostech s organizátory zdravotní péče nebo výzkumu, v dialogu s představenými,

s průmyslem, s médií, s producenty technologií, s občanskými spolky, se sponzory, v konziliární službě pro specialisty, v poradenské službě pro laiky, v kontaktech s lobbisty jiných zájmů a tak dále.

9. SLUŽBA

Tato namáhavá a vzrušující cesta vede k celistvosti poznání a uvědomění si vlastní ceny v pokoře a v radosti. To za podmínky, dovede-li chirurg dávat své dovednosti druhým.

10. NAPLNĚNÍ

... potřebám nejširší lidské pospolitosti v jejích nejroztodivnějších variacích, nalézá v každém mžiku bytí své vlastní završení.

V každém z vyjmenovaných stupňů je možné jít do nedozírných hloubek.

Nyní zobecněme:

Kromě vztahů mezi chirurgem a pacientem... a obráceně, mentorem a žákem... a obráceně, mezi kolegy, nadřízenými a podřízenými, středními, nelékařskými a nižšími zdravotnickými pracovníky... nahlédněme také vztahy s příznivci, rivaly a nepřejícníky, a to vše v plné rozmanitosti života. V takto pojímaném dekalogu chirurgie je každá součást v neustálé interakci – vnitřní i zevní

– se všemi ostatními. Hodnoty tohoto prizmatu vidí každý subjekt přitahovaný jeho půvabem z jiného zorného úhlu a teprve v jejich sumě září krása celé pravdy.

Tabulka

DEKALOG CHIRURGIE	
1. ŘEMESLO	
2. PRAVIDLA	
3. RŮST	učitelé
4. VARIACE	pacienti
5. TVOŘIVOST	kolegové
6. MISTROVSTVÍ	personál střední, nelékařský a nižší
7. SOUHRA	podřízení
8. SOUČINNOST	nadřízení
9. SLUŽBA	žáci
10. NAPLNĚNÍ	příznivci
	konkurenti
	nepřejícníci



(4)
POHLED NA PROFESI CHIRURGA ZVENČÍ



V této kapitole se pokusím podívat na profesi chirurga jako pedagoga, který se o toto povolání zajímá již řadu let. Půjde o pokus nahlížet na tuto profesi jako na proces profesního rozvoje, jako na proces učení a zdokonalování. Můj pohled se však neopírá pouze o akademickou pedagogiku, naopak čerpá ze zkušeností, které jsem získával například při výzkumu profesních dovedností, sebereflexe v přípravě učitelů a tacitních znalostí. Tyto zkušenosti mají – dle mého mínění – mezioborový charakter.

Vycházím z předcházejících kapitol, nechci však pouze opakovat v nich uvedené poznatky a zkušenosti. Abych nezůstával u obecnějších konstatování, zařazuji tam, kde to považuji za účelné, názory a poznatky chirurgů převzaté z literatury.

Profesi chirurga lze chápat jako specifickou pomáhající profesi. Chirurg totiž zasahuje nejenom do tělesné integrity člověka (pacienta), ale i do jeho duševní sféry, do jeho představ, myšlení, postojů i emocí. Je to tedy profese komplexní, a vyžaduje proto také odpovídající přípravu mladých lékařů – chirurgů.

OD KOMPETENCÍ K PSYCHOSOMATICKÉ KONDICI

Příprava lékařů na chirurgickou profesi se odvíjí nejenom od toho, co má chirurg znát a umět, ale také

od toho, jaký má být. Ukazuje se, že osobnost chirurga je základem, do něhož postupně vrůstají a v němž se rozvíjejí jeho chirurgické dovednosti. Tento základ zahrnuje širokou škálu vlastností a předpokladů: pokoru, houževnatost, trpělivost, odvahu spojenou s odpovědností, zdravou ctižádost, pečlivost, důslednost, cit pro operované tkáně, vizuální paměť a představitivost, zručnost, analytické myšlení, zájem se dále vzdělávat a další.

Můžeme se setkat s různými výčty vlastností a dovedností chirurga. Výčty však samy o sobě spíše ukazují obsahové domény, k nimž budoucí chirurg pod vedením svého školitele a zkušenějších kolegů směřuje. To, jak chirurg jedná, když diagnostikuje onemocnění nebo když operuje a po operaci pečuje o pacienta, je výslednicí, zjednodušeně a obrazně řečeno amalgámem všech jeho osobnostních vlastností, znalostí, dovedností a zkušeností.

Všechny znalosti, dovednosti, zkušenosti i vlastnosti se u dobrého chirurga projevují v určité vyváženosti a souhře. Poměrně výstižně to vyjadřují praktikující, zkušení chirurgové. Tvrdí, že pro chirurgii je potřeba vybírat lékaře, kteří jsou *svědomití, pracovití a dost zarputilí, aby vydrželi dělat jednu a tutéž nesnadnou práci ve dne v noci nekonečné roky.*¹

V současné době se v souvislosti s vymezováním požadavků na chirurga užívá pojem kompetence. Představuje souhrn znalostí, dovedností, ale i postojů, kterými by měl chirurg disponovat. Výstižnější než pojem kompetence (vyjadřující uvedený souhrn, který má statickou podobu) je pojem psychosomatická kondice. Tento pojem definoval profesor Ivan Vyskočil z Divadelní fakulty AMU v Praze. Můžeme jej volně parafrázovat takto: Psychosomatická kondice chirurga je jeho tělesná a psychická nastavenost (přípravenost), chuť až puzení k diagnostickým, operačním i pooperačním výkonům. Zjednodušeně řečeno – psychosomatická kondice představuje propojení mysli a těla. Kondice se váže na konkrétní situace, může se měnit, ale i ztrácet, například když chirurg není delší dobu vypisován k operacím.

Psychosomatická kondice zahrnuje složku kognitivní a nonkognitivní. Součástí kognitivní složky jsou vědomosti, dovednosti a zkušenosti chirurga. Součástí nonkognitivní složky jsou jeho emoce, prožívání, vnitřní motivace i postoje.² Vlastnosti a dispozice chirurga patří do obou uvedených složek psychosomatické kondice.

Kompetence se chápe ve významu „mít“ požadované chirurgické dovednosti, zkušenosti a schopnosti. Naproti tomu psychosomatická kondice znamená

„být“ ve stavu připravenosti realizovat operační nebo jiný chirurgický výkon.

DOVEDNOSTI CHIRURGA

Chirurg se učí celý svůj profesní život. V tomto učení, a to nejenom na jeho začátku, hraje významnou úlohu observace, pozorování všeho, co chirurg dělá, ať již na ambulanci, operačním sále, u lůžka pacienta a podobně. Smyslem pozorování není pouhé „dívání se“, ale především porozumění tomu, co, jak a proč chirurg dělá.

Základem zvládnutí chirurgického řemesla a umění je procvičování operačních a dalších výkonů, které navazuje na jejich pozorování. Procvičováním a „vybrušováním“ výkonů se utvářejí a zdokonalují dovednosti chirurga. Výstižně to vyjádřil významný ruský chirurg profesor Ugllov:

Chirurgie je totiž kromě všeho jiného nejen věda, ale i umění. A v umění, jak známo, má cvičení rozhodující význam. Bez neustálého cvičení, bez nekonečného vybrušování dosavadních dovedností, nemohou počítat s úspěchem ani zpěváci a hudebníci, ani herci a výtvarní umělci nebo spisovatelé.⁵

Dovednostmi budeme rozumět osvojené (zvládnuté) způsoby chirurgických činností, které chirurg

realizuje v různém prostředí, zejména na operačním sále, ale také v ambulanci, na jednotce intenzivní péče i v nemocničním pokoji, kde pečuje o pacienty. Rozlišují se „tvrdé“, odborné dovednosti (např. zvládnuté operační postupy) a dovednosti „měkké“ (vedení dokumentace, komunikace s pacientem apod.). Chirurgické dovednosti se vyznačují různou složitostí: od jednoduchých úkonů po náročné operace. K elementárním dovednostem, které mladý lékař musí hned na počátku své profesní dráhy zvládnout, patří například chirurgické mytí rukou, rouškování a práce s chirurgickými nástroji (skalpelem, jehelcem, pinzetou, nůžkami, peánem...). K dalším základním dovednostem patří chirurgická preparace, uzlení a šití ran.⁴ Zvládnutí základních chirurgických dovedností je předpokladem osvojení náročnějších chirurgických postupů.

V chirurgické praxi se při řešení standardních a nestandardních situací dovednosti řetězí, spojují do většího celku, jehož části (dílčí dovednosti) na sebe navazují. Zejména při operacích, ale i při diagnostice chirurgických onemocnění, jsou nezbytné také myšlenkové dovednosti (např. analytické myšlení) a rozhodování.

Opakovaným uplatňováním dovedností vznikají chirurgické zkušenosti. Dalo by se říci, že zkušenost zahrnuje dovednost obohacenou o poznatky získané

jejím využíváním v různých situacích a kontextech. Zkušenost vzniká například také tehdy, když chirurg zkouší použít jiný postup. Zkušenost je spojena s vizuální a hmatovou pamětí i prožitky, které chirurg pocítoval. Významná je hmatová paměť: *„Hmatový smysl jest mnohem přesnější než smysl zrakový, protože je bezprostřednější. Vycvičený prst zjistí na velikou vzdálenost vaječník nebo žlučník, pohřbený ve srůstech.“*⁵

EXPLICITNÍ A TACITNÍ SLOŽKA DOVEDNOSTÍ

Pozorovatelnou část dovedností chirurga můžeme nazvat explicitní složkou. Tato složka bývá obvykle pokládána za dovednost. Je vidět a při učení dovednostem ji lze popsat slovy a názorně demonstrovat. Avšak do úvahy je třeba vzít také druhou, takzvaně tacitní (skrytou) složku dovedností. Do této složky se promítají individuální schopnosti, zkušenosti i vlastnosti chirurga. Tacitní složka ovlivňuje explicitní složku dovednosti, tedy to, jak prováděná činnost vypadá, jak je dokonalá.

Zdá se, že tacitní složka dovedností může být skryta v různé hloubce osobnosti člověka. Čím hlouběji je uložena, tím méně si ji subjekt uvědomuje. Můžeme také mluvit o síle tacitní složky. Slabší tacitní složka je uložena v horních vrstvách osobnosti a může být artikulována slovy. Lze ji tedy snadněji zexplicitnit.

Silnější tacitní složka je uložena v hlubších vrstvách osobnosti, člověk si ji obvykle ani neuvědomuje. Může se však stát viditelnou v tělesných aktech.

TECHNICKÁ A MODIFIKAČNÍ SLOŽKA DOVEDNOSTÍ

Začínající chirurg si pod vedením zkušeného kolegy (školitele) nejdříve osvojuje technickou složku dovedností. Pozorováním a opakovaným nacvičováním diagnostických i operačních postupů se vytváří základní (technicky správná) úroveň dovedností, která se další činností chirurga dostává na vyšší úroveň. Úroveň dovednosti se postupně mění, technická složka přechází ve složku modifikační. Začínající chirurg si postupně uvědomuje, že dané výkony lze v řadě případů provádět více způsoby. Zároveň o operačních postupech uvažuje v širších souvislostech.

Zvládnutí technické složky dovednosti je tedy východiskem širšího i hlubšího uvažování začínajícího chirurga. Výstižně na to upozornil profesor Miloš Hájek:

Operační techniku určitého výkonu může bystrý lékař ovládnout již po několika týdnech, ale nedokáže ještě přesně odhadnout různou povahu a pokročilost chorobného procesu, a neumí se tak orientovat jako starší operatér, protože nemá dostatek vlastních zkušeností. ⁶

Zatímco při utváření technické složky dovedností převažuje cvik, při rozvíjení její modifikační složky se více projevuje individualita chirurga, jeho zkušenosti, schopnosti a osobnostní vlastnosti. Začínající chirurg opakovaně poznává, že každý pacient je jiný a že lze operační postupy variovat. Objevuje vlastní způsoby operování. Dochází k utváření individuálního operačního stylu chirurga. S rostoucími zkušenostmi se rozvíjí modifikační složka dovedností chirurga.

Chirurgové s rozvinutější modifikační složkou určitých dovedností obvykle častěji operují nálezy, které vyžadují tyto dovednosti. Přikláním se k poznatku profesora Vladimíra Beneše, který říká:

Hlavní rozdíl není v technice, kterou použijí nebo v péči, kterou vám věnují, ale opravdu ve zkušenostech. Jestliže nějaký nález operovali stokrát, vystaví nemocného menšímu riziku než tam, kde ho operovali jen dvakrát.⁷

UČENÍ ZAČÍNÁJÍCÍHO CHIRURGA

Adept chirurgie pod vedením zkušeného kolegy prakticky uskutečňuje (zpočátku obvykle napodobuje) chirurgické úkony. Do procesu učení mladého chirurga se zapojují jeho znalosti, elementární zkušenosti (např. z chirurgické propedeutiky absolvované na fakultě), ale i jeho schopnosti a vlastnosti.

Základní dovednosti si začínající chirurg osvojuje pod vedením zkušeného, atestovaného chirurga (školitele). Toto období učení se nazývá *obdobím učňovství*, kdy se začínající chirurg (učěň) učí od zkušeného kolegy (mistra). S určitým zjednodušením lze v období učňovství rozlišit tyto prvky:

- začínající chirurg pozoruje zkušeného kolegu a ve své mysli si vytváří model činnosti, které se má naučit;
- začínající chirurg prakticky realizuje danou činnost, zkušený chirurg mu poskytuje zpětnou vazbu na jeho výkon, podle potřeby podává doporučení, jak si má dále počínat, čímž začínajícímu chirurgovi vytváří „lešení“, které mu má usnadnit jeho další učení;
- začínající chirurg reflektuje svůj výkon a srovnává jej s výkonem zkušeného chirurga, pokouší se o verbalizaci této své zkušenosti.

Model učňovství se osvědčuje, i když mladý chirurg má již chirurgický křest za sebou. Ukažme si fungování tohoto modelu na výpovědi chirurga ve výcviku. Šlo o operaci nádoru tlustého střeva u pětasedmdesátileté ženy:

Specialista stál od začátku naproti mně. A byl to on, ne já, kdo rozhodoval, kde řezat, jak izolovat nádor, jak velký kus střeva odebrat. (...) Byl jsem tam, abych

pomáhal, to ano, ale taky jsem tam byl proto, abych se učil. Jasně to bylo, když došlo na opětovné spojování střeva. (...) Šel jsem pomalu a nepřesně. Jednou mě nachytl, že nechávám stehy moc daleko od sebe, a přiměl mě vrátit se a vložit mezi ně další, aby spoj neprosakoval. Jindy zjistil, že nezabírám jehlou dost hluboko do tkáně, aby šev držel pevně. „Otáčejte víc zápěstí,“ řekl mi. „Takhle?“ zeptal jsem se. „Hm, tak nějak,“ řekl. Učil jsem se.⁸

Zajímavé je, jak se v období učňovství dostává do interakce dosud nerozvinutá tacitní složka dovednosti začínajícího chirurga s tacitní, již rozvinutou složkou zkušeného chirurga. Začínající chirurg nemůže jednoduše převzít tacitní složku dovednosti od zkušeného chirurga. Proto zkušený chirurg mladému chirurgovi částečně zexplicitňuje tacitní složku své dovednosti, například tím, že jím předváděnou činnost (např. operační úkon) doplňuje podrobnější instrukcí, jak daný úkon provést. Výstižně to v rozhovoru vyjádřil docent Teodor Horváth: *Někdy grif, který už děláš naprosto automaticky, musíš i popsat, abys jej adepta správně naučil.*

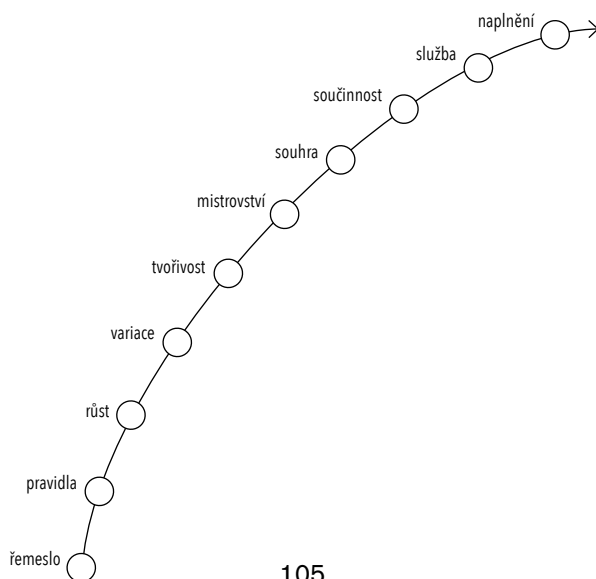
ZDOKONALOVÁNÍ CHIRURGA

Chirurg profesně i osobnostně roste v průběhu své profesní dráhy. V předcházející kapitole jsme měli možnost seznámit se s určitými stupni, kterými

chirurg v průběhu profesního rozvoje prochází. Přehledně je znázorňuje obrázek, který je zjednodušeným modelem profesního učení chirurga. Je zřejmé, že určitý profesní stupeň zahrnuje stupně předchozí. Vzdálenosti mezi jednotlivými stupni ve skutečnosti mohou být různě dlouhé a závisí na schopnostech, zájmu i možnostech chirurga se zdokonalovat. Zjednodušeně řečeno – někdo se k vyššímu stupni dostane dříve, jiný později. Hypoteticky lze zvažovat i případ, kdy se chirurg zastaví na určitém stupni a nemůže pokračovat dál.

Profesní stupně v uvedeném schématu vyjadřují gradaci profesionality chirurga. Mají však obecnější charakter a lze o nich uvažovat i u dalších pomáhajících profesí (např. všeobecné sestry a dalších nelékařských zdravotnických pracovníků, psychoterapeuta, učitele, sociálního pracovníka, sociálního pedagoga).

Obr. Schéma profesního rozvoje chirurga



Zvládnutí řemesla je spolu s pochopením jeho pravidel základem profesního rozvoje chirurga. Řemeslem a pravidly rozumějme nejenom zvládnutí rutinní stránky profese, ale i pochopení dalších činností, které se týkají úspěšného profesního uplatnění (např. komunikace, sebereflexe). Z praxe je zřejmé, že čím kvalitněji profesionál zvládne řemeslo, tím je úspěšnější v tvořivých aktivitách a improvizacích.

Zařazení stupně nazvaného „růst“ jako třetího v pořadí může vyvolat polemiku. Růst totiž provází celý profesní rozvoj chirurga (proto také se můžeme setkat s termínem „profesní růst“). Na druhé straně, v užším smyslu slova, růst zahrnuje zdokonalení a případně i rozšíření řemeslného základu. V tomto modelu souvisí růst s variací, která se odvíjí z dosavadních zkušeností profesionála a rozvíjí řemeslný základ. Chirurg například poznává různé způsoby operací.

Tvořivost je významným profesním stupněm, většina chirurgů k němu směřuje. Vymýšlení nových postupů a jejich ověřování v praxi, rozhodování v náročných situacích a podobně, to jsou jen některé příklady tvořivých aktivit. Je zřejmé, že tvořit může profesionál tehdy, jestliže má o tvorbu zájem a disponuje praktickými dovednostmi a zkušenostmi, ale i hlubšími teoretickými znalostmi. V rozhovorech řada zkušených chirurgů považuje za tvořivé akty

diagnostiku a vymyšlení adekvátních operačních postupů. Tvořivost vyžadují inovace, a to nejenom v medicíně, ale i ve vzdělávání, psychoterapii a dalších oblastech lidského života. Tvořivý profesionál překonává zažité způsoby vidění, myšlení i jednání. Řeší problémy v širším kontextu, což mu umožňuje vidět je celistvěji, v souvislostech.

Mistrovství se projevuje v řešení nejsložitějších situací a vyžaduje nejenom tvůrčí aktivity, ale i odvahu a vytrvalost profesionála. Shodují se s Oliverem Sacksem, který konstatuje, *že mnoho tvůrců – ať již jsou to umělci, vědci, kuchaři, učitelé či inženýři – se po dosažení určité úrovně mistrovství spokojí s tím, že po zbytek života zůstanou v jisté formě, nebo se pohybují v jejích mezích a nikdy již neprotrhnou do něčeho zásadně nového.*⁹

Práce chirurga (nejen na operačním sále) vyžaduje souhru. Chirurg je týmovým hráčem (i když odpovídá jako operatér za výsledek operace). Jeho spolupráce se členy operačního a anesteziologického týmu, se sestrou na ambulanci a podobně, je předpokladem úspěchu – například zbavení bolesti, odstranění nemocné tkáně (nádoru), pozitivního ovlivnění kvality pacientova života.

Ještě širší rozměr má součinnost. Představuje spolupráci profesionálů na více úrovních, například

na úrovni společného řešení klinického problému, na úrovni konziliárního rozhodování nebo na úrovni odborných diskusí. Pozitivním trendem v pomáhajících profesích je mezioborová součinnost (chirurga a anesteziologem, internistou, radiologem apod.).

Poslední dva stupně profesionálního rozvoje „služba“ a „naplnění“ jsou typické nejen pro chirurgii, ale i pro ostatní pomáhající profese. Jejich dosažení do značné míry závisí na osobnosti pomáhajícího profesionála, jeho touze se zdokonalovat, a tím více pomáhat druhým. Je podmíněno zaujetím pro profesi, láskou k profesi.

Krásně vyjádřil potřebu neustálého zdokonalování chirurga a spojování jeho znalostí z různých lékařských oborů jeden ze zakladatelů hrudní chirurgie u nás, profesor Jaroslav Procházka:

*Za tisíce operačních hodin se jaksí dostal chirurgický prstoklad do krve. A nebyla to jen technická zručnost, již jsme se naučili, ale i cit pro tkáň, který nutil zacházet šetrně se strukturami, jimiž se musí někdy chirurg prodírat k podstatě toho, co má úspěšně řešit. I ten nejslavnější pianista se dopracovává k mistrovskému provedení Beethovenovy *Appassionaty* vytrvalým, trpělivým hraním etud. Cílem není pouze zvládat stále dokonaleji hru prstů, ale i pronikat do duše skladby. Představuji si, že nějak obdobně, každodenní šedivou*

operační praxí, roste chirurg. Získává tak manuální zručnost a navíc si prohlubuje vědomosti o chorobných jevech, které má operovat. Úroveň chirurga roste také poznáváním důsledků vlastní operační činnosti, kladných, ale hlavně negativních.¹⁰

CHIRURG – REFLEKTUJÍCÍ PRAKTIK

Jednou z významných podmínek profesního rozvoje je průběžná sebereflexe chirurga. S nadsázkou lze říci, že bez reflexe vlastní činnosti (jak jsem postupoval, jak se operace zdařila) a jejího dopadu na pacienta (jak mu operace pomohla, jak změnila kvalitu jeho života) nemůže chirurg existovat. Chirurga lze považovat za reflektujícího praktika, který o své práci přemýšlí (Co se podařilo? Co se podařilo méně? K jakým komplikacím došlo?), a získává tak podněty pro sebezdokonalování.

Sebereflexe je vnitřní proces, který může také odhalit dějovou stránku interakce mezi Já (chirurg) a Ty (např. pacient, kolega): Co se dělo, co vzniklou situaci vyvolalo, do jaké míry bylo mé jednání s pacientem citlivé, jak bych se chtěl zachovat podruhé. Může také odhalit rezervy v operační činnosti, když chirurg odpovídá na otázky typu: Bylo možné zabránit komplikacím? V čem se lišil předoperační nález od operačního? Při sebereflexi si tedy chirurg klade otázky a odpovídá na ně.

Sebereflexe provází chirurga v průběhu celé jeho profesní kariéry. Není to činnost nová, ve starších autobiografiích chirurgů se setkáváme s různými podobami sebereflexe. Již začínající chirurg si může klást otázky pátrající po smyslu jeho profese a tázat se, zda je pro chirurgii vhodným adeptem:

Chirurg si hned na začátku praxe musí uvědomiti, je-li od Přírody vyzbrojen k tomu, aby se stal chirurgem. Potom sebeanalysou musí zjistiti, jakého druhu chirurgem se pravděpodobně stane.¹¹

KOMUNIKACE CHIRURGA S PACIENTEM

Komunikaci chirurga s pacientem považuje většina dotazovaných chirurgů za významnou součást chirurgické péče. Chirurg usiluje o využití všech svých schopností, dovedností a zkušeností ve prospěch pacienta. Pacient očekává, že chirurg odstraní nebo alespoň zmírní jeho obtíže.

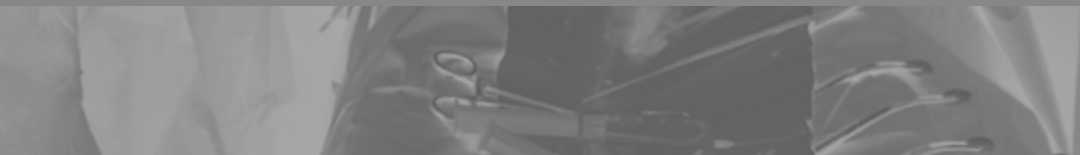
Komunikace chirurga s pacientem představuje lidský vztah. Ten je možné vytvořit za předpokladu, že mezi nimi panuje vzájemná důvěra a respekt. To, zda dojde k vytvoření důvěry pacienta v chirurga, záleží nejenom na jeho odborných dovednostech a zkušenostech, ale i jeho osobnosti. Krásný příklad vztahu chirurga k pacientům uvádí profesor Uglov, který výstižně popsal chování svého učitele, profesora Petrova:

Jak dovedl být ke všem zdvořilý, pozorný a starostlivý: Říkám-li dovedl, není to přesné. Měl to přímo v povaze, byla to neoddělitelná část jeho osobnosti. Nikdy jsem ho neviděl podrážděného, vždycky byl podivuhodně trpělivý, dokonce i když měl pacient své rozmary. Kdykoliv se některý nemocný úporně bránil operaci, a ta byla nevyhnutelná, Nikolaj Nikolajevič nelitoval času ani slov, aby malověrného přesvědčil, a ten s ním nakonec souhlasil. (...) Profesor Petrov vždy vysvětlil pacientovi zvláštnosti jeho choroby a význam opatření, která se už provádějí nebo chystají. Také nám kladl na srdce: snažte se, aby vám pacient věřil a ochotně vám pomáhal.¹²

Je zřejmé, že v komunikaci chirurga s pacientem nejde jen o sdělování a výměnu informací, ale spíše o sdílení významu těchto informací, ale také obav a očekávání pacientů. Sdílení vyžaduje empatické naslouchání pacientovi („vžítí se do jeho kůže“), vstřícnou a otevřenou interakci.

Chirurg pacientovi nejen sděluje diagnózu, ale také mu vysvětluje možnosti léčby i jejich rizika. Sdílí s pacientem informace o jeho nemoci a vždy poskytuje naději, povzbuzení. Tomu se nedá naučit z knih, nýbrž přímou zkušeností. Začínající chirurg se učí pozorováním svých kolegů, kteří s pacienty komunikují v různých situacích. Učí se od přednostů a primářů, kteří vedou vizity na pokojích nemocných.

- 1) Gawande, A. (2010). *Komplikace – Chirurgovy poznámky*. Praha: Baronet, s. 33.
- 2) Emoce jsou významnou součástí psychosomatické kondice chirurga. Je jim však doposud věnována malá pozornost. Odkazují v tomto směru na sborník z mezioborového kongresu k této problematice (Karlovy Vary, 25.–27. 11. 2010): Höschl, C., Praško, J., & Rokyta, R. (Eds.). (2011). *Emoce v medicíně*. Praha: Academia Medica Pragensis. Ve sborníku se k emocím v chirurgii vyjadřují např. J. Pirk, P. Pafko a V. Beneš.
- 3) Ugllov, F. (1985). *Chirurgovo srdce*. Praha: Lidové nakladatelství, s. 291.
- 4) Podrobněji viz např. Ihnát, P. (2017). *Základní chirurgické techniky a dovednosti*. Praha: Grada.
- 5) Morris, R. T. (1946). *Padesát let chirurgem*. Praha: Nakladatelství Škubal, s. 178.
- 6) Hájek, M. (2011). *Chirurgovy úspěchy a zklamání*. Praha: Galén, s. 197.
- 7) Beneš, V. & Moravec, M. (2019). *Mé cesty do hlubin mozku*. Praha: Martin Moravec, s. 170.
- 8) Gawande, A. (2010). *Komplikace – chirurgovy poznámky*. Praha: Baronet, s. 37.
- 9) Sacks, O. (2018). *Řeka vědomí*. Praha: Dybbuk, s. 99.
- 10) Procházka, J. (1989). *Ze vzpomínek chirurga*. Praha: Práce, s. 150.
- 11) Morris, R. T. (1946). *Padesát let chirurgem*. Praha: Nakladatelství Škubal, s. 106.
- 12) Ugllov, F. (1985). *Chirurgovo srdce*. Praha: Lidové nakladatelství, s. 137.



(5)
CHIRURGOVÉ Z ROZHovorŮ



MUDr. Jaroslav Foltýn

Rok narození: 1949

Pracoviště: Surgal clinic Brno

Pracovní pozice: vedoucí lékař JIP

Odborné zaměření: všeobecná chirurgie, zaměření na břišní chirurgii a onkochirurgii

doc. MUDr. Jiří Gatěk, Ph.D.

Rok narození: 1950

Pracoviště: chirurgického oddělení EUC kliniky (Atlas) Zlín

Pracovní pozice: emeritní primář

Odborné zaměření: všeobecná chirurgie se zaměřením na onkochirurgii a zvláště na mamologii

MUDr. Josef Duša

Rok narození: 1961

Pracoviště: Krajská nemocnice T. Bati, a.s., Zlín, Chirurgické oddělení

Pracovní pozice: zástupce primáře

Odborné zaměření: břišní (abdominální) chirurgie, v jejím rámci především kolorektální chirurgie

MUDr. Beata Hemmelová, Ph.D.

Rok narození: 1971

Pracoviště: I. chirurgická klinika Fakultní nemocnice u svaté Anny v Brně (v době rozhovoru Chirurgická klinika Fakultní nemocnice Brno)

Pracovní pozice: vedoucí lékařka

Odborné zaměření: onkochirurgie, koloproktologie

doc. MUDr. Teodor Horváth, CSc.

Rok narození: 1953

Pracoviště: Chirurgická klinika, Fakultní nemocnice
Brno

Pracovní pozice: docent

Odborné zaměření: všeobecná, zejména hrudní
chirurgie

Docent Horváth autorsky zpracoval třetí kapitolu
„Půvab chirurgie“. Čerpal ze svých dlouholetých
chirurgických zkušeností i četných zahraničních
pracovních cest (např. Amsterdam, Atény, Barcelona,
Boston, Brusel, Budapešť, Milano, Rostov na Donu,
Milano, New York, Řím, Stockholm, Taipe, Tokio
a další). Zdůrazňuje celostnost medicíny
a fyziologické operování. Věnuje se poezii. Tato záliba
se do určité míry projevuje i v jeho „Půvabu
chirurgie“.

doc. MUDr. Vladislav Hytych, Ph.D.

Rok narození: 1954

Pracoviště: Klinika hrudní chirurgie 3. Lékařské
fakulty UK a Fakultní Thomayerovy nemocnice

Pracovní pozice: zástupce přednostky kliniky

Odborné zaměření: hrudní chirurgie

MUDr. Jaroslav Ivičič

Rok narození: 1967

Pracoviště: Chirurgická klinika, Fakultní nemocnice
Brno

Pracovní pozice: ordinář hrudní chirurgie Fakultní nemocnice Brno

Odborné zaměření: hrudní i břišní chirurgie

MUDr. Peter Kosáč

Rok narození: 1982

Pracoviště: EUC klinika Zlín, Chirurgické oddělení

Pracovní pozice: sekundární lékař, vedoucí lékař JIP

Odborné zaměření: všeobecná chirurgie se zaměřením na onemocnění prsu

MUDr. Adam Křenek

Rok narození: 1991

Pracoviště: Chirurgická klinika, Fakultní nemocnice Brno

Pracovní pozice: sekundární lékař

Odborné zaměření: všeobecná chirurgie

MUDr. Marcela Linhartová, Ph.D.

Rok narození: 1964

Pracoviště: Chirurgická klinika, Fakultní nemocnice Brno

Pracovní pozice: vedoucí lékař

Odborné zaměření: všeobecná chirurgie, endokrinní chirurgie

Výrok: Chirurgové jsou jako rytíři nebo „bojovníci světa“. A ta rytířskost je v nich, té se naučit nedá.

MUDr. Petr Moravčík

Rok narození: 1985

Pracoviště: Chirurgická klinika, Fakultní nemocnice
Brno

Pracovní pozice: sekundární lékař, vedoucí oddělení

Odborné zaměření: všeobecná chirurgie, příprava
k atestaci z hrudní chirurgie

prof. MUDr. David Netuka, Ph.D.

Rok narození: 1976

Pracoviště: Neurochirurgická a neuroonkologická
klinika 1. LF UK a ÚVN Praha

Pracovní pozice: přednosta kliniky

Odborné zaměření: nádorové a cévní onemocnění
mozku, endoskopická operativa baze lební, nádorové
onemocnění míchy a obalů míchy, využití
intraoperačního zobrazení v neurochirurgii

MUDr. Petra Peňázová

Rok narození: 1991

Pracoviště: Chirurgická klinika, Fakultní nemocnice
Brno

Pracovní pozice: lékařka

Odborné zaměření: všeobecná chirurgie

MUDr. Rudolf Rindoš

Rok narození: 1961

Pracoviště: Chirurgická klinika, Fakultní nemocnice
s poliklinikou F. D. Roosevelta, Banská Bystrica

(v době rozhovoru působil na Chirurgické klinice,
Fakultní nemocnice Brno)

Pracovní pozice: ordinář hrudní chirurgie

Odborné zaměření: hrudní chirurgie

MUDr. Markéta Španková

Rok narození: 1980

Pracoviště: Chirurgická klinika, Fakultní nemocnice
Brno

Pracovní pozice: sekundární lékařka

Odborné zaměření: všeobecná chirurgie, zaměření
na břišní chirurgii



EPILOG



Naše poznávání profese chirurga se blíží k závěru. Poznali jsme, že profese chirurga je náročná, ale zároveň zajímavá, tvořivá a slovy mnohých chirurgů i krásná. Chirurgem se mladý lékař stává. Rychlost a zejména kvalita cesty za chirurgií závisí na více faktorech. Zmíním jen některé, které vyplývají z našeho poznávání:

- osobnostní dispozice adepta chirurgie – nejen jeho znalosti a dovednosti, ale i vlastnosti;
- zájem učit se chirurgii a zdokonalovat se v ní, sdílet získávané zkušenosti s kolegy (nenechávat si je jen pro sebe);
- vytrvalost a houževnatost, nenechat se z cesty za chirurgií odradit;
- příležitosti učit se a zdokonalovat (vypisováním k operacím, využitím nabízených kurzů, konferencí, výzkumných projektů apod.);
- dobrý učitel;
- podpůrné pracovní a lidské prostředí na chirurgickém pracovišti.

Chirurgii lze považovat za specifickou pomáhající profesi. Je specifická již délkou vysokoškolského studia (šest let) i náročností jeho obsahu. Na toto studium navazuje specializační vzdělávání mladého lékaře (chirurgický kmen, atestace). Chirurgická profese je specifická nejen charakterem studia, ale také intervencemi, kterými chirurg zasahuje

nejenom do těla, ale i do duše nemocného člověka. Je náročná na čas a – jak někteří chirurgové přiznávají – podepisuje se i na jejich zdraví. Na druhou stranu je to profese, která vyžaduje nejenom zručnost, ale také myšlení a rozhodování v kritických situacích a v neposlední řadě i charakterové vlastnosti a chirurgovo srdce oddané oboru a pacientům. Nikoliv náhodou nazval Fjodor Uglov svou knížku o práci chirurga *Chirurgovo srdce*. Z tohoto díla, které patří k mým oblíbeným, jsem uváděl některé citáty v knížce, kterou máte před sebou.

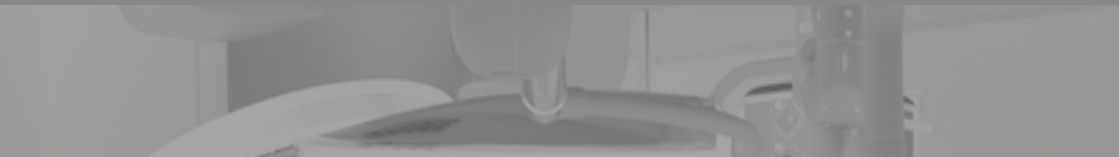
Předpokladem chirurgovy úspěšné činnosti je jeho psychosomatická kondice. Tu si chirurg udržuje operativou a dalším vzděláváním, ale i péčí o tělo a duši. Je také prevencí před profesním vyhořením.

V této knížce je ukázáno, že chirurg se učí a zdokonaluje činností – na ambulanci, operačním sále, JIP a tak dále. Mnozí chirurgové pokládají chirurgii spíše za umění, jehož základem je rutinní zvládnutí operačních postupů. Chirurgovy operační dovednosti jsou v medicínské praxi propojeny s dovedností autentické, to jest otevřené a citlivé komunikace s pacienty (ne vždy se toto přirozené spojení daří, neboť záleží na osobnosti chirurga i stylu vedení chirurgického pracoviště). Chirurgická profese je často spojována s muži –

chirurgy. V posledních letech však na chirurgických pracovištích přibývají ženy – chirurgžky. Velmi dobře se v chirurgii uplatňují.¹

Knížka zrála poměrně dlouho a vyžadovala střídání různých úhlů pohledu na chirurgickou profesi, diskuse s chirurgy, ale i studium literatury. Těšilo mne, že chirurgové mi v rámci svých (zejména časových) možností vycházeli vstříc. Setkávání s nimi mi přinášelo radost a inspiraci pro další studium profese chirurga i pro tvorbu této knížky. Měl jsem tak možnost poznávat chirurgickou profesi z více stran.

1) Chirurgie je jemná manuální práce – pro ženy i muže. Rozhovor s chirurgkou. *EGO, příloha Hospodářských novin*, č. 32, pátek 9. 8. 2019.



PODĚKOVÁNÍ



Poděkování za spolupráci patří především chirurgyním a chirurgům, s nimiž jsem vedl rozhovory. Jejich jména uvádím v páté kapitole. Setkávání s dalšími chirurgy mně pomáhaly v promýšlení konceptu publikace. Jsou to prof. MUDr. Jan Štulík, CSc. (přednosta Kliniky spondylochirurgie, FN Motol), prof. MUDr. Jiří Klein, Ph.D. (primář Chirurgického oddělení, KNTB ve Zlíně), prof. MUDr. Jindřich Vomela, CSc. (Chirurgická klinika, FN Brno), MUDr. Jan Hlavsa, Ph.D. (Chirurgická klinika, FN Brno), MUDr. Jozef Toldy (ambulantní chirurg, Poliklinika Zahradníková, Brno) a MUDr. Jan Kubačák (Chirurgické oddělení, Nemocnice Boskovice).

Poděkování patří také prof. PhDr. Tomáši Janíkovi, Ph.D. (vedoucímu Institutu pro výzkum školního vzdělávání), který mou práci na knížce dlouhodobě podporoval.

Děkujeme rovněž Fakultní nemocnici Ostrava za poskytnutí ilustračních fotografií ze specializovaných chirurgických pracovišť.

Vlastimil Švec
POVOLÁNÍ CHIRURG:
SPECIFICKÁ POMÁHAJÍCÍ
PROFESE

Vydala Masarykova univerzita,
Žerotínovo nám. 617/9, 601 77 Brno
v edici Reflexe

Autorem kapitoly „*Půvab chirurgie:
proces stávání se chirurgem*“ je Teodor Horváth.

Jazyková redakce: Ondřej Zabloudil Pechník

Fotografie: Archiv Fakultní nemocnice Ostrava

Grafická úprava a sazba: Pavel Noga

1., elektronické vydání, 2022

ISBN 978-80-280-0030-1