

České vysoké učení technické v Praze

Fakulta biomedicínského inženýrství

ASPEKTY PRÁCE POMÁHAJÍCÍCH PROFESÍ

12. 9. 2011 v Praze

Sborník z konference

Recenze:

PhDr. Renata Knezović, PhD

Mgr. Simona Hájková, Ph.D.

Ing. Jiří Halaška, Ph.D.

Aspekty práce pomáhajících profesí

Sborník z konference

Editor: PhDr. Mgr. Rebeka Ralbovská, Ph.D.

MUDr. Marián Liberko

Vydavatel: MANUS, s.r.o. Praha, 2011

ISBN 978-80-86571-12-6

Vědecký výbor konference:

Doc. MUDr. Jozef Rosina, Ph.D. - děkan FBMI ČVUT v Praze

Prof. MUDr. Leoš Navrátil, CSc. - vedoucí katedry lékařských a humanitních oborů FBMI ČVUT

Prof. MUDr. Ivan Dylevský, DrSc. - FBMI ČVUT v Praze

PhDr., Mgr. Rebeka Ralbovská, Ph.D. – FBMI ČVUT v Praze

plk. gšt. Prof. MUDr. Jan Österreicher, Ph.D. - velitel Nemocniční základny AČR, Hradec Králové

MUDr. Martin Houdek - ředitel Územního střediska záchranné služby Středočeského kraje

Ing. Josef Hendrych, MBA - ředitel Rehabilitačního ústavu Kladruby

Prof. Ing. Bedřich Šesták, DrSc. - prorektor Policejní akademie v Praze

Prof. MUDr. Otto Masár, PhD. - přednosta Kliniky Urgentnej medicíny a medicíny katastrof LF UK Bratislava

Doc. MUDr. Jan Pokorný, DrSc. - FBMI ČVUT v Praze

Doc. Ing. Jozef Sabol, DrSc. - FBMI ČVUT v Praze

Ing. Jiří Halaška, Ph.D. - FBMI ČVUT v Praze

PhDr. Renáta Knezović, PhD. - LF UK Bratislava

Mgr. Simona Hájková, Ph.D. - FBMI ČVUT v Praze

Organizační výbor:

PhDr. Mgr. Rebeka Ralbovská, Ph.D.

Ing. Václav Navrátil

Mgr. Martina Šliková

MUDr. Marián Liberko

Mgr. Zdeněk Hon

Slovo na úvod

Organizovat první konferenci, zaměřenou na určitou problematiku, je vždy ošidné. Všichni, kdo se na jejím uspořádání podílí, věří, že zakládají tradici a v pravidelných časových intervalech se bude k jejich vnitřnímu uspokojení a radosti opakovat. Bude přibývat jejich účastníků, kteří se budou na tuto akci těšit, a termín jejího konání budou mít již dlouho ve svém diáři zatržený červeně. Úspěch této tradice však zaleží nejen na řadě šťastných okolností, na vytrvalé „mravenčí“ práci jejích organizátorů, ale i na dalších skutečnostech.

Vyjmenujme alespoň některé:

- vhodně zvolený termín, který nesmí kolidovat s jinými akcemi ani se školním rokem či státními zkouškami a ne těsně před státními svátky;
- organizátoři musí zvolit taková témata, která jsou netradiční a zaujmou;
- pozvaní přednášející musí být známí jako vynikající řečníci, přinášející nové poznatky;
- musí být vytvořen dostatečný prostor k diskusi;
- z konference musí být výstup, který přinese body do RIV;
- lokalita, ve které se bude konference konat, musí být přístupná bez několika přestupů mezi vlakem, autobusem a nakonec městskou dopravou;
- důležité je příjemné prostředí, ve kterém akce probíhá;
- neméně významnou roli hraje kvalita ubytování i stravování;
- je nezbytné získat dostatek sponzorů;
- a konečně se musí sejít kolektiv lidí, kteří si rozumí.

Úkoly, které stojí před organizátory, nejsou určitě snadné, a o to více je nutné obdivovat ty, kteří se pustí do jejich zdolávání. Pevně věřím, že tomu tak bude i při této konferenci, která by měla být výměnou a vzájemným poznáním názorů lékařské a zdravotnické nelékařské veřejnosti. V takovém duchu se vždy nesly a nesou radiobiologické konference, těsná spolupráce lékařů a zdravotníků je i na Fakultě biomedicínského inženýrství Českého vysokého učení technického. Jsem přesvědčen, že tato synergie se přenesení i na naši konferenci a mohu Vás tedy již pozvat na její II. ročník v roce 2012.

prof. MUDr. Leoš Navrátil, CSc.
předseda Společnosti pro radiobiologii
a krizové plánování ČLS JEP

vedoucí katedry lékařských a humanitních
oborů Fakulty biomedicínského inženýrství
Českého vysokého učení technického

Obsah

ČO ROBIŤ PRI DOPRAVNEJ NEHODE - POHĽAD LAIKA.....	7
PRIEREZOVÁ ŠTÚDIA “ TABAK ALKOHOL A DROGY” V RÓMSKYCH KOMUNITÁCH U DETÍ ŠKOLSKÉHO VEKU	15
ZÁŤAŽ V PRÁCI SESTIER A RIZIKÁ SYNDRÓMU VYHORENIA.....	24
VYUŽITÍ VIRTUÁLNI REALITY A BIOLOGICKÉ ZPĚTNÉ VAZBY V REHABILITACI PACIENTŮ PO POŠKOZENÍ MOZKU	32
ŘETĚZENÍ FUNKČNÍCH PORUCH: SROVNÁNÍ LITERÁRNÍCH PRAMENŮ.....	33
ROLE DUCHOVNÍHO V RÁMCI PIP PČR PŘI MIMOŘÁDNÝCH UDÁLOSTECH	43
PRAVIDLÁ KONŠTRUKCIE PROJEKTU VÝSKUMU SOCIÁLNEHO JAVU VO VÝUČBE VEREJNÉHO ZDRAVOTNÍCTVA.....	48
ANALÝZA KOMPLETNÍ PÉČE O UMÍRAJÍCÍ.....	53
PREŽÍVANIE SENIORSKÉHO VEKU V ZARIADENÍ SOCIÁLNYCH SLUŽIEB	56
MÝTY KINEZIOLOGIE	66
VLIV SPORTU A POHYBOVÉ AKTIVITY NA VYBRANÉ RYSY ŽIVOTNÍHO STYLU U ADOLESCENTŮ.....	73
MOŽNOSTI ZVÝŠENÍ EFEKTIVITY ŘÍZENÍ KRIZOVÝCH SITUACÍ.....	77
ZAHRANIČNÍ MÍROVÉ OPERACE, JEJICH VÝZNAM, ČLENĚNÍ A ROLE AČR V NICH.	89
NÁCVIKY V POSÁDKÁCH RZP	102
SPASTICITA HORNÍCH KONČETIN V CHRONICKÉM STÁDIU CMP: NAŠE ZKUŠENOSTI S MOŽNOSTÍ OVLIVNĚNÍ ROZSAHU A FUNKCE HORNÍ KONČETINY POMOCÍ VYBRANÝCH TERAPEUTICKÝCH TECHNIK.	104
MOŽNOSTI ZÁCHRANY PODNIKU PRED LIKVIDÁCIOU.....	110
REDUKCE OZÁŘENÍ PRACOVNÍKŮ OBSLUHUJÍCÍCH RADIOTERAPEUTICKÉ RADIONUKLIDOVÉ OZAŘOVAČE	119
LIDSKÉ ZDROJE – HNACÍ MOTOR ČI LIMITUJÍCÍ FAKTOR?	126
VYUŽITÍ SOUKROMÝCH BEZPEČNOSTNÍCH SLUŽEB PŘI ŘEŠENÍ MIMOŘÁDNÝCH UDÁLOSTÍ.....	127
REHABILITAČNÍ PÉČE OČIMA KLIENTŮ.....	134
BURN-OUT SYNDRÓM V POMÁHAJÍCÍCH PROFESIÁCH OVPLYVŇUJÚCI KOMUNIKÁCIU	141

ZMYSEL PROFESIJNEJ ETIKY V POMÁHAJÚCICH PROFESIÁCH	152
FUNKCE MANAŽERŮ VE ZDRAVOTNICTVÍ.....	159
PREGRADUÁLNA VÝUKA URGENTNEJ MEDICÍNY A MEDICÍNY KATASTROF NA KLINIKE URGENTNEJ MEDICÍNY A MEDICÍNY KATASTROF PRI LEKÁRSKEJ FAKULTE UNIVERZITY KOMENSKÉHO V BRATISLAVE	171
JAK ÚSPĚŠNĚ USILOVAT O VĚDECKÝ GRANT.....	174
NOVÉ METODY PROPAGACE ODBORNÉ PRÁCE	180
NEMOCNIČNÍ ZÁKLADNA HRADEC KRÁLOVÉ.....	184
NEODKLADNÁ PÉČE PŘI HROMADNÉM VÝSKYTU RANĚNÝCH A ZASAŽENÝCH VYSOCE NEBEZPEČNÝMI LÁTKAMI.....	189
SPECIFIKA PRÁCE ZÁCHRANÁŘE NA POSÁDCE LZSS	190
PROBLEMATIKA PATOLOGICKEJ RELIGIOZITY VO VZŤAHU KU ZDRAVIU JEDINCA..	194
VYUŽITÍ MULTIKULTURALITY PŘI PŘÍPRAVĚ NA ÚČAST V ZAHRANIČNÝCH MISÍCH	203
MIESTO A ÚLOHY TRAUMATOLOGICKÉHO PLÁNU V ZDRAVOTNÍCTVE SR.....	215
MIERA PREŽÍVANIA STRESU ZDRAVOTNÍCKEHO ZÁCHRANÁRA VO VZŤAHU KU KPR	223
HROZBA RADIOLOGICKÉHO TERORISMU A JEHO MOŽNÉ DŮSLEDKY	230
GD 2010. CO JE NOVÉHO V KPR A PROČ?	238
ZÁSADY BEZPEČNÉ PŘEPRAVY RADIOAKTIVNÍCH MATERIÁLŮ.....	241
ETICKÉ PROBLÉMY V OBLASTI APLIKACE ELIMINAČNÍCH METOD	249
KPR A ŠANCE PACIENTA - RZP VERSUS RLP?	255
PORODNICTVÍ V PNP TEORIE A PRAXE - PROBLEMATIKA NÁCVIKŮ.....	259
SEBEVRAŽEDNÉ JEDNÁNÍ – PROBLÉM CELÉ RODINY: VLIV RODINNÉHO PROSTŘEDÍ NA VZNIK SUICIDÁLNÍHO JEDNÁNÍ A VLIV SUICIDÁLNÍHO JEDNÁNÍ NA FUNGOVÁNÍ RODINY	262
KOMUNIKACE - JEDEN Z LIMITUJÍCÍCH FAKTORŮ ZÁCHRANNÝCH OPERACÍ.....	265
ZDRAVOTNÁ STAROSTLIVOSTĚ V STREDOVEKU.....	270

ČO ROBIŤ PRI DOPRAVNEJ NEHODE - POHĽAD LAIKA

PhDr. Ivana Argayová, PhDr. Daniela Rybárová, PhD., PhDr. Beáta Kollárová, PhD.

FZO PU Prešov, SR

Abstrakt

Cieľom príspevku je rozobrať pohľad laika na poskytnutie prvej pomoci pri dopravných nehodách. Príspevok sa zaoberá základným postupom pri dopravných nehodách, poukazuje na to ako správne pristupovať k dopravnej nehode, ako čo najlepšie zhodnotiť zdravotný stav a ako správne ošetriť ranenú osobu. V príspevku sú spomenuté najčastejšie poranenia s ktorými sa môžeme pri dopravných nehodách stretnúť. Rozoberáme ošetrenie aj odbornú pomoc, ale aj návrh ako zlepšiť stav raneného.

Kľúčové slová:

Dopravné nehody. Prvá pomoc. Neodkladná zdravotná starostlivosť. Poranenie. Život.

Keywords:

Traffic accidents. First aid. Emergency health care. Injury. Life

„Prvá pomoc pri nehode, má cenu života“

Úvod

Automobilová doprava sa stala neoddeliteľnou súčasťou nášho života. Účastníkom cestnej premávky sa stáva každý, či už ako vodič, cyklista alebo chodec. Každodenne sa prepravujeme na dopravných prostriedkoch do práce, školy alebo za oddychom. Automobil sa stal najpoužívanejším dopravným prostriedkom na svete. Negatívnou stránkou je však zvyšujúca sa dopravná nehodovosť. Aj napriek zvyšujúcemu sa úsiliu je počet zbytočných úmrtí vysoký. Prvá pomoc je súbor úkonov, ktorá zahŕňa ochranné a život zachraňujúce opatrenia. Prvotným cieľom je minimalizovať dopad krízových situácií a stabilizovať a ošetriť postihnutú osobu do príchodu profesionálnej pomoci. Kľúčovým momentom je prevencia a spoločné porozumenie v edukácii prvej pomoci. To, že nie všetci vieme adekvátne poskytnúť prvú pomoc je všeobecne známe, ale minimálne každý z nás by mal ovládať telefónne číslo 112, čo je jednotné číslo tiesňového volania. Ak sú ľudia pripravení poskytnúť prvú pomoc pri dopravnej nehode, sú zároveň aj všímvavejší k problematike bezpečnosti na cestách. Dopravné nehody sú súčasťou cestnej premávky. Aj napriek zvyšujúcemu sa úsiliu je počet smrteľných nehôd stále vysoký. Daň za nedodržanie pravidiel cestnej premávky je vysoká. Na prvom mieste je neprispôsobenie jazdy k cestnej premávke. Na druhom mieste je

neprípútanie vodiča a posádky bezpečnostným pásom, čo je povinnosťou každého. Na treťom mieste je alkohol, ktorý už v malom množstve znižuje schopnosť reagovať na neočakávané situácie.

Postup pri poskytnutí prvej pomoci

Najdôležitejším krokom je zabezpečenie miesta nehody, aby sa predišlo ďalším zraneniam. Po vyslobodení raneného z vozidla je na rade zhodnotenie zdravotného stavu.

Prvotné vyšetrenie - je zhodnotenie vitálnych funkcií ako je **vedomie, dýchanie, pulz**.

Vedomie - podstatné je všimnúť si, či je postihnutý pri vedomí, reakcie na oslovenie či bolestivé podnety, charakter odpovedí – orientovaný človek vie odpovedať na otázky adekvátne, je orientovaný miestom, časom, dokáže udať, čom sa stalo.

Dýchanie – vyšetruje sa posluchom – priložením ucha na ústa poraneného a následne aj priložením dlane na hrudník poraneného. Všimame si dvíhanie hrudníka.

Pulz – zisťovanie hmataním pulzu na krčnej tepne sa neodporúča.

Pokiaľ je ranený v bezvedomí bez prítomnosti dýchania a pulzu je na rade základná neodkladná resuscitácia.

Druhotné vyšetrenie – zisťuje poškodenia, ktoré nie sú život ohrozujúce, ale neošetrené môžu byť potencionálnym zdrojom komplikácií (Káling, 2008). Rozhovorom zisťujeme priebeh nehody, bolesť, nevoľnosť a stav vedomia. Cieľom vyšetrenia od hlavy k päte je odhalenie poranení, alebo iných subjektívnych príznakov poškodenia zdravia.

Poskytovanie neodkladnej zdravotnej starostlivosti je charakterizované reťazcom navzájom prepojených opatrení a činností, ktoré sú nevyhnutné na správne riešenie život a zdravie ohrozujúcich udalostí a zahŕňa :

- **poskytnutie prvej pomoci na mieste nehody**
- **aktiváciu odbornej pomoci**
- **neodkladnú zdravotnú starostlivosť na mieste nehody**
- **kvalifikovaný transport postihnutého na miesto komplexnej neodkladnej starostlivosti**
- **komplexná liečebná starostlivosť**

Reťaz prežitia

Pri dopravnej nehode je súbor nevyhnutných úkonov, ktoré vytvárajú čas, ktorý je nevyhnutný, aby jednotlivé zložky výrazne prispeli k záchrane toho najcennejšieho – ľudského života. Každé oko je rovnocenné a delí sa :

laická prvá pomoc – je poskytovaná svedkami nehody. Trvá v priemere asi 10minút, čo je dostatočný čas na príchod odbornej pomoci.

Cieľom je zabrániť ďalšiemu poškodeniu, aktivácia integrovaného systému.

A – uvoľnenie dýchacích ciest

B – dýchanie z pľúc do pľúc

C – vonkajšia masáž srdca

D – zastavenie krvácania

E – stabilizovaná poloha

odborná prvá pomoc – nadväzuje a doplna laickú prvú pomoc. Zahŕňa profesionálny prístup, stabilizáciu vitálnych funkcií podávaním liečiv, monitorovanie pacienta a transport raneného vozidlom rýchlej zdravotnej pomoci na definitívne ošetrovanie do nemocnice.

neodkladná starostlivosť – je pokračovanie odbornej prvej pomoci a patrí tu komplexná liečba so zameraním na budúcu kvalitu života.

Postup pri autonehode

S každou nehodou môže byť spojené aj riziko. Pokiaľ záchranca nepostupuje opatrne môže dôjsť aj k jeho poraneniu. Povinnosťou záchrancu pri nehode je konať rýchlo, rozvážne a správne, aby:

- zachránil život postihnutého
- predišiel zhoršeniu stavu postihnutého
- prispel k jeho skorému zotaveniu (Šanta, 2006)

Čo robiť pri autonehode

1. Bez ohrozenia vlastného života zistiť čo sa stalo.

Na prvom mieste treba dbať na vlastnú bezpečnosť, pretože ako svedok a zachraňujúci musíme zistiť čo sa stalo, ako sa stalo, a čo treba robiť. Skontrolovať životné funkcie, tlak, pulz, dych, potom skontrolovať aké má postihnutý poranenia a podľa toho následne postupovať.

2. Zabezpečiť privolanie sanitky, lekára, alebo dopravu zraneného do zdravotníckeho zariadenia.

S operačným strediskom treba komunikovať a hlásiť udalosť nasledujúcim spôsobom:

- **Meno volajúceho a číslo telefónu.**
- **Čo sa stalo a aké sú príznaky.**
- **Miesto nehody, orientačné body.**
- **Počet, pohlavie a približný vek postihnutých, druh poranení.**
- **Podrobnosti, špecifické situácie.**
- **Čakať na otázky.**

Zásady bezpečnosti pri dopravnej nehode

1. zaparkovať viditeľne pri mieste nehody,
2. zapnúť výstražné svetlá,
3. neprebíhať cez cestu, kde chodia autá,
4. používať výstražné reflexné pomôcky,
5. umiestniť výstražný trojuholník, alebo zapnúť svetlá aspoň 50 m od miesta nehody všetkými smermi,
6. vypnúť zapalovanie všetkých poškodených motorových vozidiel,
7. overiť si, či nehrozí priame nebezpečenstvo,
8. oznámiť záchranárom, ak je poškodená trať, prasknutá palivová nádrž, alebo že vozidlo má nejaké výstražné symboly (Príručka prvej pomoci, 2007).

Najčastejšie poranenia pri autonehode

Polytrauma – súčasné poranenia viacerých telových oblastí alebo systémov, pri ktorom jedno z nich ohrozuje život pacienta. (Šanta, 2006)

Prioritné je zabezpečenie vitálnych funkcií a transport do nemocnice (Drábková, 2002)

Tupé úrazy brucha – tieto úrazy sú skryté, voľným oko neviditeľné. V rámci prvej pomoci je najdôležitejšie zvládnuť vznikajúci šok. Pri diagnostike brušných poranení platí pravidlo 5 P.

Pohl'ad, posluh, poklop, pohmat (Lohnert, 2008)

Tupé úrazy hrudníka - tieto úrazy vznikajú kontúziou alebo kompresiou.

Poranenie chrbtice a miechy – môže dôjsť k inervácii a následnému prechodnému ochabnutiu cievnej steny a rozšírením cievneho riečiska a tým dochádza ku šoku.

Kraniocerebrálne poranenia – predstavujú významný problém, vzhľadom na medicínsku náročnosť.(Klimo, 2004)

Prieskumná časť

Predmetom prieskumu bolo zistiť mieru vedomostí poskytnutia adekvátnej prvej pomoci pri dopravných nehodách.

Úlohou prieskumu bolo :

- Zistiť, či laická verejnosť je dostatočne informovaná o poskytnutí prvej pomoci pri dopravnej nehode.
- Zistiť, či laická verejnosť vie správne postupovať pri ošetrovaní zranenej osoby.

Prieskum bol uskutočnený formou dotazníka, ktorý obsahoval demografické údaje a 19 otázok, týkajúce sa zistenia vedomostí o poskytnutí prvej pomoci. Dotazník bol anonymný a zvolené odpovede bolo potrebné zakrúžkovať alebo dopísať. Výsledky prieskumu sme štatisticky a graficky vyhodnotili. Prieskumnou vzorku tvorili študenti gymnázia.

Z celkového počtu 100 dotazníkov sa nám vrátilo 95.

Identifikačné údaje

Vek :

	Odpovede	Počet	%
a) 17-18 rokov	a) 17-18 rokov	25	26,32
b) 19-20 rokov	b) 19-20 rokov	63	66,3
c) 21-22 rokov	c) 21-22 rokov	7	7,37
	Spolu	95	100,01

tabl. 1 vek respondentov

Z celkového počtu respondentov, 26,32% respondentov má 17-18 rokov, 66,32% má 19-20 rokov, 7,37% respondentov má 21-22 rokov.

Otázka č.1 : **Poznáte telefónne číslo záchrannej zdravotnej služby ?**

Odpovede	Počet	%
a) 115	3	3,16
b) 158	2	2,11
c) 155	89	93,68
d) 150	1	1,05
Spolu	95	100

tabl. 2 telefónne číslo ZZS

Z celkového počtu respondentov 93,68 % pozná číslo na záchrannú zdravotnú službu, 6,32% respondentov odpovedalo na otázku nesprávne. Z odpovedí respondentov vyplýva dobrá znalosť telefónneho čísla na záchrannú zdravotnú službu.

Otázka č. 2 : **Boli ste niekedy účastníkom dopravnej nehody ?**

Odpovede	Počet	%
a)nie	77	81,05
b)áno, bol som priamym účastníkom	14	14,74
c) bol som len svedkom, ale neposkytoval som prvú pomoc	2	2,11
d) bol som svedkom a poskytoval som prvú pomoc	2	2,11
Spolu	95	100

tabl. 3 účastník dopr. nehody

Podľa odpovedí respondentov 81,05% ešte nikdy nebolo účastníkom dopravnej nehody, 14,74% boli priamym účastníkom dopravnej nehody, 2,11% boli len svedkami dopravnej nehody bez poskytovania prvej pomoci, 2,11% boli svedkami a poskytovali aj prvú pomoc.

Otázka č.3 : Čo by ste robili ako prvé, ak by ste sa stali svedkom dopravnej nehody ?

Odpovede	Počet	%
a) pozriem či nie je niekto ranený, poskytnem prvú pomoc	22	23,16
b) zavolám záchrannú zdravotnú službu a potom pozriem čo sa stalo	72	75,79
c) radšej nezastavím, lebo nie som si istý, či by som adekvátne poskytol prvú pomoc	1	1,05
d) nie (uveďte aké)	0	0,00
Spolu	95	100

23,16% respondentov na otázku odpovedalo, že by pozreli či niekto nie je ranený a poskytnú prvú pomoc, 75,79% by ihneď volalo záchrannú zdravotnú službu a potom pozreli čo sa stalo, 1,05% by sa nezastavilo, lebo by si neboli istí, či by adekvátne poskytnú prvú pomoc, žiaden respondent neuviedol inú možnosť.

Otázka č.4 : Aké sú predbežné opatrenia pri dopravnej nehode ?

Odpovede	Počet	%
a) zastaviť v blízkosti dopravnej nehody ihneď vyslobodiť ranených z auta, ošetriť poranenia a zavolať záchrannú zdravotnú službu	12	12,63
b) ak nehrozí nebezpečenstvo vypnúť zapalovanie poškodených vozidiel, ak je to možné tak odpojiť autobatériu, od miesta nehody vo vzdialenosti asi 45m umiestnime výstražný trojuholník, zavolať záchrannú službu	43	45,26
c) bezodkladne zavolať 112	24	25,26
d) neviem ako by som postupoval	16	16,84
Spolu	95	99,99

tabl. 5 opatrenia pri nehode

12,63% respondentov by zastalo v blízkosti dopravnej nehody, vyslobodili ranených a zavolali záchrannú službu, 45,26% by postupovalo správne a to zastavením v blízkosti dopravnej nehody, odpojili autobatériu, vyslobodili ranených a zavolali záchrannú službu, 25,26% by bezodkladne volalo 112, 16,84% respondentov by nevedelo ako by postupovalo.

Otázka č.5 : Medzi hlavné úkony zachraňujúce život patrí

Odpovede	Počet	%
a) volanie záchrannej zdravotnej služby	35	36,84
b) vybratie cudzieho telesa z rany	17	17,89
c) uvoľnenie dýchacích ciest	43	45,26
Spolu	95	99,99

tabl. 6 život zachraňujúce úkony

Ako hlavné úkony zachraňujúce život 36,84% respondentov uviedlo volanie záchrannej zdravotnej služby, 17,89 % vybratie cudzieho telesa z rany, 45,26% udalo uvoľnenie dýchacích ciest.

Cieľom nášho prieskumu bolo zistiť, či laická verejnosť ovláda správny postup a vie poskytnúť adekvátnu prvú pomoc pri dopravných nehodách. Z interpretovaných výsledkov môžeme usúdiť, že laici – študenti sú vzdelaní v oblasti poskytnutia prvej pomoci. Z výsledkov nám vychádza, že ovládanie prvej pomoci sa naučili na kurzoch prvej pomoci.

Preto odporúčame:

- zaradiť výučbu prvej pomoci už od 1. ročníka na strednej škole v rámci biológie, či telesnej výchovy,
- zaradiť do výučby aj praktický nácvik modelových situácií,
- o nových poznatkoch v rámci prvej pomoci informovať aj pedagogický zbor na stredných školách,
- zriadenie vzdelávacieho krúžku „Prvá pomoc“
- zriadenie mestských a regionálnych súťaží v rámci poskytnutia prvej pomoci

Úlohou prieskumnej časti bolo zistiť úroveň vedomostí poskytnutia prvej pomoci pri dopravných nehodách, či laici majú dostatočné informácie o správnom postupe. Prvé poznatky o prvej pomoci získavajú respondenti až na kurzoch prvej pomoci v rámci autoškoly, čo je až v 18.-19. roku života. Veľké nedostatky sme zistili pri volaní tiesňovej linky, kde až 75 respondentov nevedelo aké údaje majú udať. Aj keď sú v súčasnosti výsledky v poskytovaní prvej pomoci pozitívne je otázne, či by vedeli správne postupovať aj

postupom času, alebo priamo pri dopravnej nehode, keď si to vyžaduje zhoršujúci sa stav raneného, keď je potrebné konať rýchlo a zachrániť život človeka.

Z odpovedí respondentov nám vychádza, že znalosť poskytnutia prvej pomoci je dobrá aj keď nie výborná. Prvej pomoci na školách je venované málo pozornosti.

„Možno práve Vy mi dnes zachránite život, alebo ja Vám, človek nikdy nevie, čo ho čaká... preto je dôležité na krízové situácie byť pripravený dobre, pretože čas a naše schopnosti sú rozhodujúcimi veličinami!“

Zoznam použitej literatúry

- [1] DOBIÁŠ, V.: 2006. *Urgentná zdravotná starostlivosť*. Martin : Osveta. s 159. ISBN : 80-8063-214-6
- [2] ĎURECHOVÁ, E.: 2003. *Príručka prvej pomoci*. Banská Bystrica : Perfekt. s 288. ISBN 80-8046-223-2
- [3] DRÁBKOVÁ, J.: 2002. *Polytrauma v intenzívni medicíne*. Praha : Grada Publishing. s 308. ISBN 80-247-0419-6
- [4] LOHNERT, J.: 2008. *Základy traumatológie*. Polygrafia Dominant 2008. ISBN 8096945160
- [5] KÁLIG, K.: *Prvá Pomoc*. Magenta Trenčín. 2008 s. 150. ISBN : 978- 80-970087-8-9
- [6] *Príručka prvej pomoci*, 2007 vyd. Bratislava: Perfekt. 2007. 288 s. ISBN 978 – 80 –8046- 358 - 8.
- [7] ŠANTA, M.: 2006. *Prvá pomoc*. Martin: Osveta. s 179. ISBN 80-8063-207-3
- [8] ŠANTA, M., DERŇÁROVÁ, Ľ.: 2006. *Základy prvej pomoci pre urgentnú zdravotnú starostlivosť*. Prešov: Prešovská univerzita. s 339. ISBN: 80-8068-548-7

Kontakt na autorku

PhDr. Ivana Argayová

FZO PU Prešov

ivarg@unipo.sk

PRIEREZOVÁ ŠTÚDIA “ TABAK ALKOHOL A DROGY” V RÓMSKÝCH KOMUNITÁCH U DETÍ ŠKOLSKÉHO VEKU

PhDr. Anna Bérešová, PhD.

Doc. MUDr. Kvetoslava Rimárová, CSc.

Ústav verejného zdravotníctva, Lekárska fakulta UPJŠ, Košice, SR

Abstrakt

Prierezová epidemiologická štúdia užívania tabaku, alkoholu a drog v komunite školských detí s prevahou rómskeho etnika poukazuje na prvý kontakt s cigaretou u 54,5% detí v priemernom veku 12,3 rokov. Alkoholické nápoje v podobe piva už vyskúšalo piť 87,7% detí podobne vo veku medzi 11. -12. rokom života. Skúsenosti s fajčením marihuany udáva 10,1% detí.

Kľúčové slová: Fajčenie. Alkohol. Marihuana. Školský vek. Rómska komunita.

Abstract

Cross-sectional epidemiological study of tobacco use, alcohol and drugs in the community school children with predominantly Roma points to the first contact with a cigarette in 54,5% of children in the average age of 12,3 year. Alcoholic beverages in the form of beer its have tried to drink 87,7% similarly aged children between 11 -12. year of life. Experience with smoking marijuana gives 10.1% of children.

Key words: Smoking. Alcohol. Marijuana. School age. Roma community.

Úvod.

Práca predstavuje prierezovú epidemiologickú dotazníkovú štúdiu, ktorá sa zaoberá rozdielmi v akceptácii a frekvencii použitia tabaku, alkoholu a drog v komunite školských detí, pričom sa zameriava na rómsku komunitu detí základnej školy.

Užívanie tabaku, predovšetkým vo forme fajčenia cigariet, predstavuje v súčasnosti vo svete jednu z najvýznamnejších preventabilných príčin predčasnej straty zdravia. Podľa oficiálnych informácií Svetovej zdravotníckej organizácie [1] umiera ročne na následky užívania tabaku 5,4 milióna ľudí, najmä v dôsledku kardiovaskulárnych chorôb a zhubných nádorov. To predstavuje asi jednu desatinu všetkých úmrtí vo svete. Tabak je rizikovým faktorom šiestich z ôsmich najčastejších príčin smrti [2].

Slovensko - tak isto ako ostatné krajiny sveta a EÚ - má problémy s fajčením drogami a alkoholom, čo potvrdila štúdia UVZ SR. Baška [In 2] uvádza, že Slovensko patrí ku krajinám s pomerne vysokým výskytom fajčenia. Podľa aktuálneho odhadu Svetovej

zdravotníckej organizácie (WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, 2009) jasne prevažujú muži (41%), ktorí tvoria viac ako dvojnásobok výskytu fajčenia u žien (20%).

Fajčenie je multifaktoriálnym javom. Dôvody, prečo ľudia fajčia, sú fyziologické, psychologické a sociálne. Ak sledujeme fajčiara od chvíle, kedy začal fajčiť, prvotným dôvodom sa javí, že spúšťačom fajčenia je vplyv druhých ľudí okolo. Paľun a kol. [3] uvádzajú, že ... „prostredie pôsobí stále na človeka nie jednou, ale celým komplexom svojich zložiek, aj keď je niekedy pôsobenie jednej zložky také výrazné, že prekrýva vplyv ostatných zložiek. Toto pôsobenie má výrazný vplyv na zdravotný stav obyvateľstva. Pri hodnotení prevláda osobný vzťah človeka k podnetu, preto nepatrné podnety môžu u niekoho vyvolať pocit ohrozenia života alebo základných morálnych hodnôt. Reakcia potom samozrejme nezodpovedá objektívnej hodnote podnetu, ale tomu, ako podnet hodnotí postihnutý človek .

Z hľadiska vzniku fajčiarskeho návyku je rozhodujúci adolescentný vek. Až 90% fajčiarov začalo fajčiť vo veku mladšom ako 18 rokov. Ak jedinec dovtedy nezačne fajčiť, je podľa autora, už len malá pravdepodobnosť, že podľahne tomuto návyku v neskoršom veku. Užívanie tabaku v detskej a adolescentnej populácii je v európskom regióne pomerne rozšírené. Na Slovensku je prevalencia fajčenia v tejto vekovej skupine veľmi vysoká (28% chlapcov a 24% dievčat), hoci v porovnaní s okolitými krajinami je situácia o niečo priaznivejšia.

Rovnako nadmerné užívanie alkoholu a s ním spojené zdravotné a spoločenské dopady predstavujú významný verejno-zdravotnícky problém. Je to rizikový faktor viacerých chronických ochorení, najmä nádorových, kardiovaskulárnych, neuropsychiatrických porúch a pod. Podieľa sa významnou mierou na výskyte úrazov vznikajúcich najmä v súvislosti s dopravou, násilným správaním a pod. V európskom regióne, najmä východnej Európe, je podľa oficiálnych údajov najvyššia spotreba alkoholu na svete [2].

Užívanie kanabisu, najčastejšie vo forme fajčenia marihuany, predstavuje najrozšírenejší druh nelegálnej drogy. Zo záverov Štatistického úradu SR [4] vyplýva, že marihuana tvorí asi polovicu všetkých priznaných prípadov užívania nelegálnych drog na Slovensku. V Strednodobej koncepcii rozvoja rómskej národnostnej menšiny v Slovenskej republike pre roky 2008 – 2013 [5], sa uvádza, že „... v segregovaných lokalitách sa zvyšuje výskyt užívania omamných látok najmä u detí a mládeže.

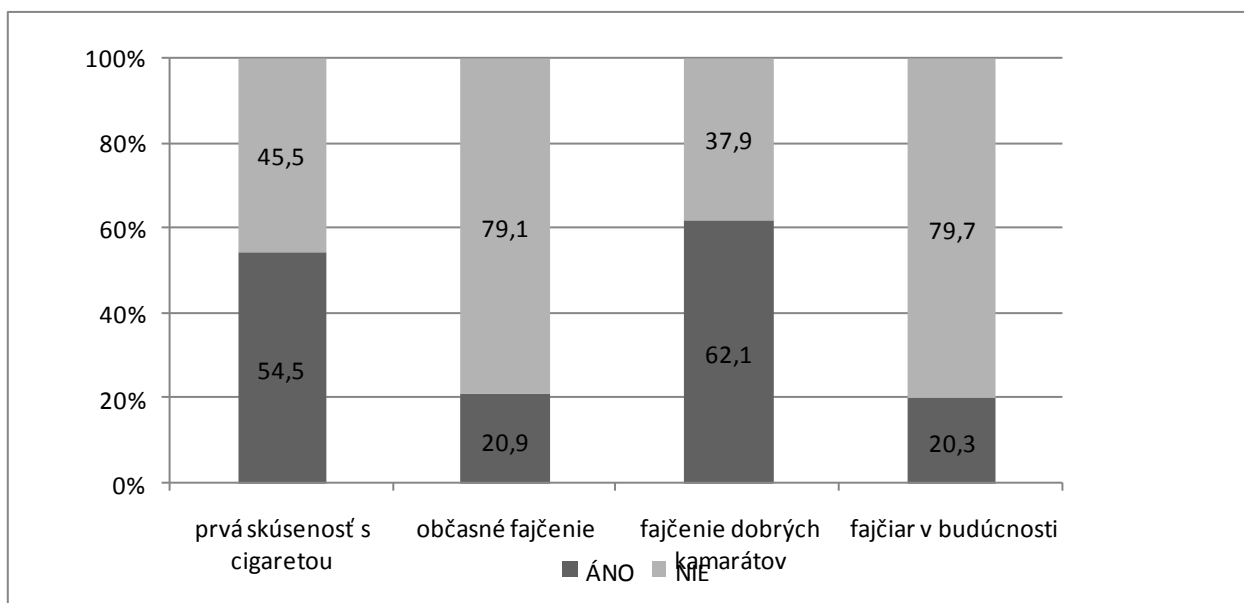
Materiál a metodika.

V prierezovej epidemiologickej štúdií v rokoch 2007-2009 sme vyšetrili 325 detí rómskeho etnika školského veku v niekoľkých lokalitách – Vyšný Medzev: 69 (21%) detí, Jasov: 48 (15 %) detí, Kecerovce: 107 (33 %) detí a mestská časť Luník IX: 101 (31 %) detí. Vybrané boli deti vo vekovej kategórii 10-16 rokov, priemerný vek súboru je 13,3 roka SD + 1,544. Podľa pohlavia je súbor zložený zo 172 chlapcov (53 %) a 153 dievčat (47 %). Išlo o regulovanú dotazníkovú štúdiu, v ktorej boli použité dotazníky derivované zo štúdie Tabak – Alkohol a Drogy - TAD, ktorá mala v predchádzajúcich rokoch nielen celoslovenskú ale aj celoeurópsku pôsobnosť. V štatistickej analýze sme sa zamerali na zisťovanie fajčiarskych skúseností rómskych detí, na prvé skúsenosti s užívaním alkoholu a drog, ako aj na správanie sa kamarátov týchto detí v súvislosti s rizikovým správaním.

Výsledky.

V analýze dichotomicky konštruovaných otázok sme sa zamerali najmä na získanie prehľadu o rizikovom správaní respondentov v súvislosti s fajčením, užívaním alkoholu a drog. Prinášame frekvenčné analýzy, výsledky ktorých opisujú súhrnné grafy podľa jednotlivých oblastí rizikového správania sa detí.

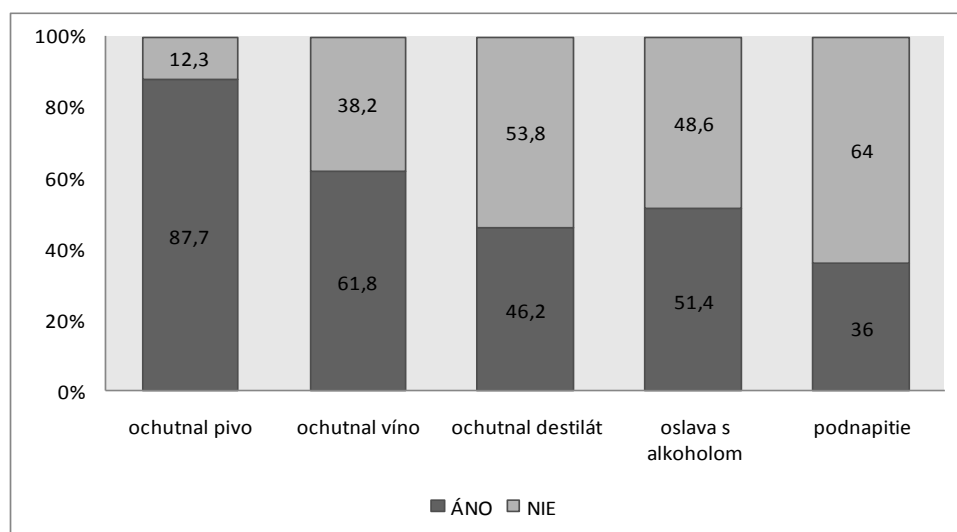
V grafe 1 opisujeme súhrnné analýzy odpovedí respondentov na skupinu otázok mapujúcich prvé skúsenosti respondentov s fajčením cigariet, frekvenciou fajčenia a fajčenia dobrých kamarátov oslovených detí.



Graf 1 Skúsenosti s fajčením podľa respondentov

Z 325 oslovených detí skúšalo už potiahnuť s cigarety 54,5% (177) a 46% (148) zatiaľ túto skúsenosť nemá. Občas (1-2 cigarety za mesiac) si zapáli 20,9 % (68) ale až 79% (257) respondentov tak nerobí. Zistili sme vysoké % fajčiacich kamarátov detí, čo môže významne ovplyvňovať postoje oslovených detí k ich vlastnému fajčeniu. Podľa 62,1 % (202) respondentov fajčí niektorý z ich dobrých kamarátov, kamarátov fajčiarov nemá 37,9% (123) detí v súbore,. To, či sa respondenti raz stanú fajčiarmi si nemyslí až 80% (259) oslovených detí, kladne sa vyjadrilo 20% (66). Deti zo skúmaného súboru v 54,5% uviedli, že už majú prvú skúsenosť s cigaretou a to v priemernom veku 12,3 roka, SD= 1, 9333. Najnižší zistený vek respondentov pri prvej skúsenosti s fajčením cigariet sú 4 roky a najvyšší 16 rokov.

Súčasťou metodiky je zisťovanie skúseností detí s užívaním alkoholu. Analyzovali sme skupinu otázok zameranú na pitie piva, vína a destilátov. V grafe 2 opisujeme frekvenčnú analýzu odpovedí respondentov na skupinu dichotomicky konštruovaných otázok.



Graf 2 Prvé skúsenosti respondentov s alkoholickými nápojmi

Z 325 oslovených detí už ochutnalo pivo 87,7 % (284), s vínom má skúsenosti 61,8% (201) respondentov a destiláty už konzumovalo 46,2% (150) detí. Pýtali sme sa detí, či na oslave u kamarátov už niekedy tiež pili alkohol. Kladne odpovedalo 51,4% (167) respondentov a v podnapitom stave sa už niekedy ocitlo 36% (117) detí.

V tabuľke 1 prinášame štatistické charakteristiky veku prvého kontaktu detí s jednotlivými druhmi alkoholických nápojov.

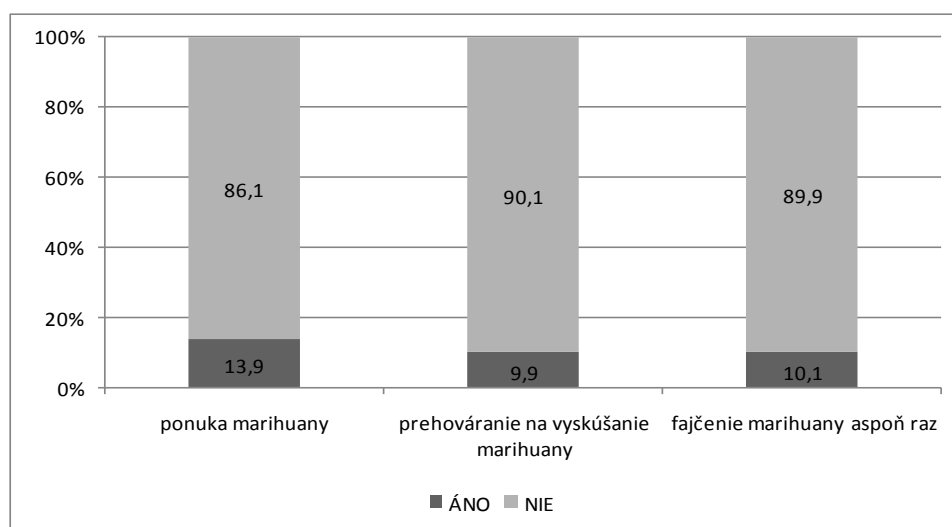
**Tabuľka 1 Štatistické charakteristiky veku respondentov vo vzťahu
prvému užitiu liehoviny**

Druh liehoviny	VEK (v rokoch)			
	priemer	SD	minimálny	maximálny
Pivo	11,96	1,975	4	16
Víno	12,29	2,108	6	16
destiláty	12,53	2,003	7	16

Podľa odpovedí respondentov sa v podnapitom stave ocitli v priemernom veku 12,76 rokov, keď zaznamenaný minimálny vek v tejto položke bol 6 a maximálny 16 rokov. Ako vyplýva z analýzy, evidujeme vysoké podiely detí v súbore, ktoré už konzumovali nejaký druh alkoholického nápoja v nízkom veku.

Problematika užívania drog predstavuje jednu z najzávažnejších oblastí súčasnej spoločnosti. Zatiaľ sme nedokázali vytvoriť systém pre vysoko úspešnú prevenciu vzniku drogových závislostí. Súčasťou použitej metodiky boli otázky zamerané na zisťovanie kontaktu respondentov s nelegálnymi drogami. Mapovali sme aj vedomosti detí o pojme

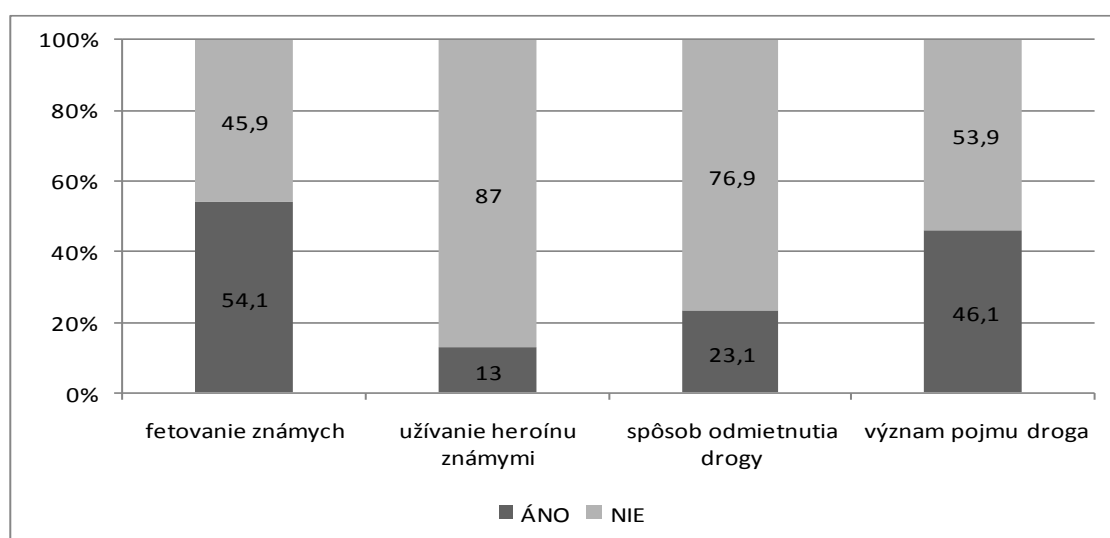
droga a čo spôsobuje jej užívanie. Výsledky analýzy opisujeme v dvoch grafoch. Graf 3 prináša informáciu o užívaní marihuany respondentmi.



Graf 3 Kontakt respondentov s marihuanou

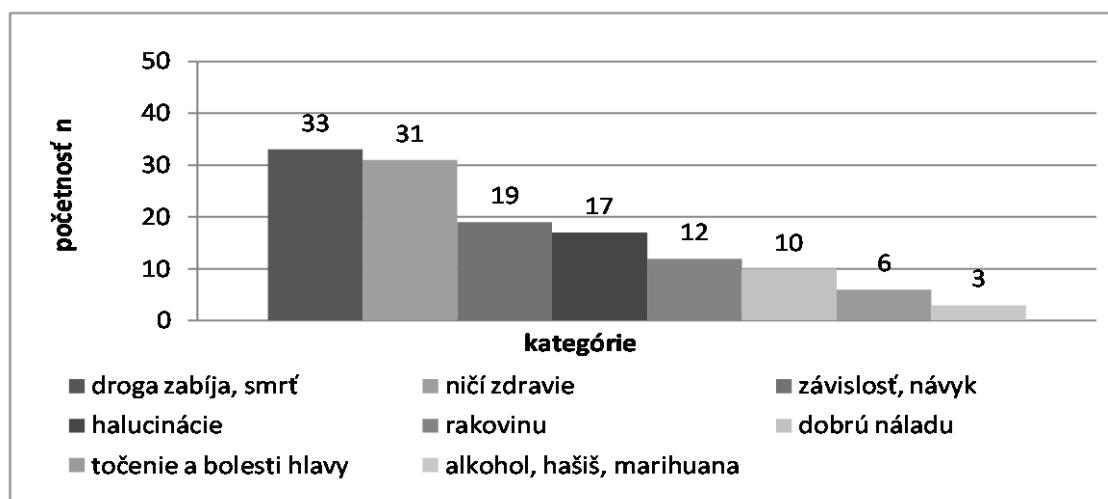
Z 325 oslovených detí 13,9% (45) uviedlo, že im bola marihuana ponúknutá a k jej vyskúšaní by sa dalo prehovoriť 9,9% (32) respondentov. Podielovo rovnako sú zastúpení respondenti, ktorí už marihuanu aspoň raz fajčili, tak sa vyjadrilo 10,1% (33) detí.

V grafe 4 prezentujeme odpovede detí na otázky o užívaní „tvrdých drog“ ich známymi. Fetovanie organických rozpúšťadiel rómskymi deťmi je bežný denný jav najmä na sídliskách veľkomiest a v segregovaných osadách. Výsledok analýzy poukazuje na tento fakt, keď podľa 54,1% (176) respondentov v ich okolí známi fetujú. Len 13% (42) detí vie o niekom, kto užíva heroín.



Graf 4 Tvrdé drogy v okolí respondentov

V súvislosti so zavádzaním rôznych stratégií prevencie užívania nelegálnych drog deťmi na základných školách sme mapovali, či boli deti niekedy oboznámené so spôsobmi odmietnutia ponúkanej drogy a pýtali sme tiež, či poznajú význam pojmu droga. Ako vyplýva z údajov v grafe 4, len 23,1% (75) detí bolo oboznámených s nejakým spôsobom odmietnutia ponúkanej drogy, čo podľa nášho názoru svedčí o nedostatočnej prevencii. Podľa názoru 46,1% (150) detí vedia čo znamená pojem droga, čo niektorí vyjadrili aj odpoveďou v otvorenej otázke. Voľné odpovede 131 detí sme operacionalizovali a vytvorili sme osem kategórií. Frekvenčné zastúpenie odpovedí opisuje graf 5.



Graf 5 Význam pojmu droga podľa respondentov

Diskusia.

Na celom svete sa stáva fajčenie, pitie alkoholických nápojov a užívanie drog veľkým problémom nielen dospelých ale i dospievajúcej mládeže. Táto téma sa dokonca týka už i detí. Celkovo WHO odhaduje, že na celom svete takmer polovica detí žije v domácnosti s minimálne jedným fajčiarom. Cieľom nášho príspevku bolo skúmať aké sú prvé skúsenosti rómskych detí s fajčením, pitím alkoholu a užívaním drog nimi samými ako aj ich kamarátmi. Oslovili sme školskú mládež vo vekovej kategórii 10-16 rokov.

Zistili sme, že v skúmanom súbore má 54% oslovených detí prvú skúsenosť s fajčením v priemernom veku 12,2 rokov. Občas si zapáli cigaretu 21% nami oslovených rómskych detí.

Štúdie vykonané na Slovensku v rámci GYTS projektu poukazujú na výraznú súvislosť medzi fajčením detí a ľudí v okolí, najmä priateľov, na správanie ktorých sa tínedžeri najviac orientujú [6]. V nami skúmanom súbore podľa 62,1 % (202) respondentov fajčí niektorý z ich dobrých kamarátov, kamarátov fajčiarov nemá 37,9% (123) detí v súbore. To, či sa respondenti raz stanú fajčiarmi si nemyslí až 80% (259) oslovených detí, kladne sa vyjadrilo 20% (66). Deti zo skúmaného súboru v 54,5% uviedli, že už majú prvú skúsenosť s cigaretou a to v priemernom veku 12,3 roka, SD= 1, 9333. Najnižší zistený vek respondentov pri prvej skúsenosti s fajčením cigariet sú 4 roky a najvyšší 16 rokov. Zistené údaje korešpondujú s výsledkami HBSC štúdie, v ktorej autori zistili, že väčšina 15-ročných respondentov začala fajčiť vo veku 13 rokov a menej. Výskyt fajčenia aspoň raz za týždeň stúpal s vekom. Štúdia autorov [7] uvádza, že pre vznik fajčiarskeho návyku je kritický adolescentný vek a to aj v rómskej populácii.

Z hľadiska konzumovaných druhov alkoholických nápojov u dospeljej populácie dominujú na Slovensku pivo a destiláty, pričom víno sa pije relatívne zriedkavejšie. U mladých ľudí zohrávajú osobitný význam miešané alkoholické nápoje. Odhaduje sa, že na Slovensku trpí závislosťou na alkohole asi 10,2% mužov a 1,1% žien. V tomto zmysle sú znepokojujúce epidemiologické údaje poukazujúce v posledných rokoch na rastúci výskyt pitia adolescentov s cieľom opitia sa, poukazujúceho okrem iného na zvyšujúcu sa spoločenskú toleranciu takýchto schém správania sa, uvádza Baška [2]. U 15-ročných respondentov v tejto štúdii, asi polovica chlapcov a 4 z 10 dievčat prvýkrát pili alkohol vo veku 13 rokov a menej. V nami skúmanom súbore majú respondenti prvú skúsenosť s pitím piva vo veku 11,96 rokov, víno ochutnali vo veku 12,29 rokov a destiláty pili prvý raz vo veku 12,53 rokov. Niekedy už bolo podnapitých 36% respondentov.

Dostupnosť nelegálnych drog na trhu je jednou z príčin celkového nárastu užívateľov drog medzi obyvateľmi, čoho dôsledkom je zvýšenie vnímania hrozby drogových závislostí vo verejnosti. Hrozba drogových

závislostí sa stala akútnou pre všetkých, predovšetkým však pre rodiny, v ktorých vyrastajú deti alebo mládež. Problematika užívania nelegálnych drog sa nevyhýba ani rómskym deťom a mládeži. Z 325 oslovených detí 13,9% (45) uviedlo, že im bola marihuana ponúknutá a k jej vyskúšaní by sa dalo prehovoriť 9,9% (32) respondentov. Podielovo rovnako sú zastúpení respondenti, ktorí už marihuanu aspoň raz fajčili, tak sa vyjadriло 10,1% (33) detí. HBSC štúdia uvádza, že v nimi skúmanom súbore slovenskej mládeže 21% chlapcov a 12% dievčat vo veku 15 rokov už niekedy užili kanabis (marihuanu).

Nami zistené výsledky sa nezhodujú ani s údajmi zo Správy o užívaní drog v SR [4], v ktorej v skupine mládeže SR ponúkli v roku 2006 zadarmo marihuanu u 49% respondentov a v skupine mládeže Bratislavy až u 55% respondentov.

Medzi rómskou mládežou a deťmi je viac rozšírené „fetovanie“ organických rozpúšťadiel, než užívanie iných nelegálnych drog. Výsledok analýzy poukazuje na tento fakt, keď podľa 54,1% (176) respondentov v ich okolí známi fetujú. Len 13% (42) detí vie o niekom, kto užíva heroín. V spomínanej Správe o užívaní drog v SR sa ďalej uvádza, že v dvoch výberových súboroch (súbor SR a mládež Bratislavy) respondenti poznajú najviac ľudí závislých od drog v okruhu svojho bydliska, v prípade súboru SR je to 25% a v prípade súboru mládeže z Bratislavy je to 37%. Z okruhu priateľov poznajú osobu závislú od nelegálnych drog v najvýraznejšej miere mladí ľudia v Bratislave a v SR a to po 30%.

Záver

Práca predstavuje prierezovú epidemiologickú dotazníkovú štúdiu, ktorá sa zaoberá rozdielmi v akceptácii a frekvencii použitia tabaku, alkoholu a drog, pričom sa zameriava na rómsku deti základných škôl v Košickom regióne. Predbežné výsledky poukazujú na vysoký podiel detí, ktoré už majú prvú skúsenosť s fajčením tabaku a to vo veľmi nízkom veku. Experimentovanie ako aj prvé skúsenosti či už s fajčením, alkoholom alebo nelegálnymi drogami, významnou mierou súvisia so sociálnym prostredím, v ktorom sa dieťa či adolescent pohybuje. Jedinec sa snaží imitovať modely správania vo svojom okolí a prijíma hodnoty a normy aj v súvislosti s nežiaducim, zdravie ohrozujúcim správaním.

Štatistiky ukazujú, že rodičia môžu v súvislosti s fajčením vplývať na svoje deti svojim vlastným správaním. Zaujímavé je, že deti, ktoré sú poučené svojimi rodičmi o negatívnom vplyve fajčenia predtým, než ich prvýkrát napadne zapáliť si, s menšou pravdepodobnosťou začnú fajčiť – dokonca aj keď ich rodičia sú fajčiarmi. Smutné je však, že ak jeden, alebo obidvaja rodičia fajčia, ich deti začnú fajčiť s vyššou pravdepodobnosťou. Je dokázané, že adolescenti, ktorých obidvaja rodičia fajčia, až štyrikrát pravdepodobnejšie začnú fajčiť než tí, ktorých rodičia nikdy nefajčili.

Prevenčia s osobitným dôrazom na deti a mládež bola od počiatku etablovania národnej protidrogovej stratégie jedným z jej základných pilierov, s kľúčovou zodpovednosťou rezortu školstva. Na rôznych úrovniach má charakter opatrení, resp. zásahov (intervencií), smerujúcich k jednotlivým cieľovým skupinám počínajúc od všeobecnej populácie (univerzálna prevencia) cez zraniteľné a ohrozené skupiny (selektívna prevencia) k predisponovanejším jedincom vyžadujúcim formy indikovanej prevencie, a to v prostrediach školy, komunity a rodiny. Cieľom preventívnych programov je predísť vzniku drogových závislostí prostredníctvom výchovy k zdraviu, podpory a ochrany zdravia (alkohol, tabak, nelegálne drogy, sexuálne zdravie), redukcia výskytu sociálno– patologických javov u detí a mládeže [8].

***Práca je podporovaná grantmi VEGA MŠ 1/0451/09 (70 %), VEGA MŠ 1/0359/10 (5 %), KEGA 260-002 UPJŠ-4/20010 (20 %) a NFP OPVaV-2009/2.1/03 SORO Centrum excelentnosti pre výskum faktorov ovplyvňujúcich zdravie so zameraním na skupinu marginalizovaných a imunokompromitovaných osôb ITMS: 26220120058 (5 %).**

Zoznam použitej literatúry:

- [1] WHO REPORT ON THE GLOBAL TOBACCO EPIDEMIC, 2008: The MPOWER package. Geneva: World Health Organization, 2008.
- [2] SOCIÁLNE DETERMINANTY ZDRAVIA ŠKOLÁKOV. HBSC – SLOVENSKO 2009/2010. Vydal: Equilibria, s.r.o., Košice, 2011. ISBN 978-80-89284-73-3
- [3] PALUN, M. - VALACH, M. - BOŽIK, J.- HLAVAČKOVÁ, D.: *Zdravie verzus súčasné životné prostredie*. In: Zdravotníctvo a sociálna práca. Vedecký časopis, roč. 5, číslo 3-4. 2010. ISSN 1336-9326
- [4] ROZŠÍRENOSŤ UŽÍVANIA DROG NA SLOVENSKU A NÁZORY OBČANOV NA PROBLÉMY SPOJENÉ S DROGOVOU ZÁVISLOSŤOU. 2006. Štatistický úrad Slovenskej republiky, odbor informačného servisu.
- [5] STREDNODOBÁ KONCEPCIA ROZVOJA RÓMSKEJ NÁRODNOSTNEJ MENŠINY V SLOVENSKEJ REPUBLIKE PRE ROKY 2008 – 2013.

[6] BAŠKA, T., - SOVINOVÁ, H., - NÉMETH, A. ET AL. *Findings from the Global Youth Tobacco Survey (GYTS) in Czech republic, Hungary, Poland and Slovakia - smoking initiation, prevalence of tobacco use and cessation.* Sozial- und Präventivmedizin 2006; 51(2): 110-6

[7] POPPER, M. - SZEGHY, P.- ŠARKOZY, Š. 2009. *Rómska populácia a zdravie: Analýza situácie na Slovensku.* FSG, Madrid 2009. ISBN 978-84-692-5485-1

[8] VÝROČNÁ SPRÁVA O STAVE DROGOVEJ PROBLEMATIKY NA SLOVENSKU ZA ROK 2008. Bratislava, 2009. ISBN 978-80- 8106-025-0

Kontakt na autorku:

PhDr. Anna Bérešová, PhD.

Ústav verejného zdravotníctva,

Lekárska fakulta, Univerzita P.J.Šafárika v Košiciach

Šrobárova 2. 040 01 Košice, Slovensko

VŠ ZaSP sv. Alžbety v Bratislave, Slovensko

anna.beresova@upjs.sk

ZÁŤAŽ V PRÁCI SESTIER A RIZIKÁ SYNDRÓMU VYHORENIA

PhDr. Anna Bérešová, PhD.

Ústav verejného zdravotníctva, Lekárska fakulta UPJŠ, Košice, SR

Abstrakt

Dôsledky pracovnej záťaže u sestier sa prejavujú ako syndróm vyhorenia, ktorý sa popisuje ako stav masívneho vyčerpania, ako odpoveď organizmu na dlhodobu nespracovanú, psychickú a fyzickú pracovnú záťaž. Cieľom príspevku je upozorniť na riziko vzniku syndrómu vyhorenia vyplývajúce z pracovnej záťaže sestier v košickom regióne a na zdravotno – sociálne problémy súvisiace s výkonom povolania sestry. V skúmanom súbore 218 sestier boli zistené známky syndrómu vyhorenia rôznej intenzity u 49% respondentiek. Priemerná hodnota BQ indexu je v celom súbore $3,11 \pm 0,877$. Boli zistené štatisticky významné rozdiely v miere vyhorenia medzi skupinami sestier vnímajúcimi svoju prácu ako náročnú a ťažkú a skupinou sestier, ktoré ju tak nehodnotia. Nezistil sa signifikantný rozdiel v miere vyhorenia medzi sestrami pracujúcimi v primárnej starostlivosti a sestrami na oddelení nemocníc ($t = 1,016$).

Kľúčové slová: Syndróm vyhorenia. Sestra. Záťaž. Riziko. Pracovisko.

Abstract

Implications of the workload of nurses appear as burnout syndrom, which is described as a massive state of exhaustion, as the body's response to long unworked condition, physical and mental workload. Aim of this report is to highlight the risk of burnout syndrom arising from the workload of nurses in the Kosice region, and health - social problems associated with occupation of nurse. In examined set of 218 nurses were found signs of burnout syndrom of different intensities by 49% of respondents. The average value of the BQ index across the set is 3.11 ± 0.877 SD. There were found statistically significant differences of burnout syndrom between groups of nurses who consider their work as demanding and difficult, and a group of nurses that do not consider it this way. There was not significant difference in the rate of burnout among nurses working in primary care and nurses working at department of hospitals ($t = 1.016$).

Key words: Burnout syndrom. Nurse. Burden. Risk. Workplace.

Sestry tvoria veľkú skupinu odborníkov s nezastupiteľnou úlohou v oblasti zdravotnej starostlivosti, v ktorej dominantné miesto má uspokojovanie potrieb pacienta. K zásadným predpokladom výkonu povolania sestry patrí dobrý fyzický a psychický stav, starostlivosť o vlastné telesné a duševné zdravie, dodržiavanie psychohygieny. Vzhľadom k svojmu povolaniu je sestra vystavená značnej psychickej a fyzickej záťaži, ktorá spôsobuje

prolongovaný a nespracovaný pracovný stres. Ako uvádzajú Ralbovská, Knezović (2010) sestry sú pri výkone svojho povolania vystavované obrovskému množstvu stresorov. Na sestry vplývajú psychické, emocionálne, sociálne, fyzické, chemické a fyzikálne stresory. Okrem toho nutnosť chodiť na smeny sestrám narušuje biologicky nastavený cirkadiálny rytmus, čo môže viesť k spánkovej deprivácii a s tým spojenej chronickej únave. Dôsledky sa prejavujú ako syndróm vyhorenia, ktorý sa popisuje ako stav masívneho vyčerpania, ako odpoveď organizmu na dlhodobu nespracovanú, nezvládanú psychickú a fyzickú pracovnú záťaž. Symptómy sa prejavujú stratou záujmu o klientov, s ktorými každý pracovník v pomáhajúcej profesii pracuje (Kebza 2005, Rush 2003). Podľa Rabina et al. (1999) je syndróm vyhorenia súborom symptómov vedúcich k oslabeniu psychického stavu všeobecne spájaného s chronickým stresom obsahujúcim vyčerpanie, depersonalizáciu a znížený osobný výkon. Rizikové faktory vzniku tohto syndrómu u sestier vyplývajú už z vyššie spomínanej pracovnej záťaže. Všetky poznatky o výskyte syndrómu vyhorenia v populácii a konkrétne u sestier ako najpočetnejšej skupiny zdravotníckych pracovníkov, sú dôležité pre stratégiu ovplyvňovania vzniku rizika a poškodenia zdravia, uvádza Dimunová (2008). Vzhľadom k tomu, že väčšiu časť svojho pracovného času venujú sestry interakcii s pacientom, klientom a s jeho problémovou situáciou, následne ich zdravotný stav, psychická a fyzická pohoda priamo ovplyvňujú úroveň a kvalitu poskytovanej ošetrovateľskej starostlivosti. Výkon profesie sestry, aj napriek výraznému technickému pokroku, vystavuje pracovníkov a značnej psychickej a fyzickej záťaži a následne pracovnému stresu. Pojem stres sa nedá jednoznačne definovať. Isté je, že pod pojmom stres sa nerozumie len určité vypätie vyvolané napr. časovou tiesňou. Stres vzniká v situáciách, pri ktorých sme vystavení výrazne nadmernému psychickému tlaku a môžeme ho vysvetľovať ako nešpecifickú odpoveď organizmu na akúkoľvek požiadavku, ktorá je naň kladená. Stres, ako neoddeliteľná súčasť života ľudí tak predstavuje na jednej strane esenciálnu zložku života - pozitívny stres - eustres, na druhej strane môže predstavovať poškodzujúci faktor - negatívny stres - distres (Ferenčík, 2009). Chronický stres sa najčastejšie prejavuje v podobe rôznych porúch spánku, bolesťami hlavy, šije, chrbtice, znížením obranyschopnosti, zvýšením náchylnosti k infekčným ochoreniam, vysokým krvným tlakom, poruchami trávenia alebo napr. aj žalúdočnými vredmi, poruchami koncentrácie, učenia, pamäte, úzkostnými stavmi, či zvýšenou dráždivosťou. Fyzická záťaž v práci sestry je záťažou poväčšine pohybového aparátu, srdcovo – cievneho a dýchacieho systému s odrazom v látkovej premene a termoregulácii. V pracovnej činnosti sestry sa jedná o kombináciu dvoch typov práce – prevažne dynamickej a prevažne statickej. Dynamickú prácu charakterizuje vynakladaná svalová sila, takáto práca sa považuje za menej zaťažujúcu s pomalším nástupom únavy. Statická práca je charakterizovaná činnosťami, pri ktorých je izometrický sťah svalu dlhší, práca je menej efektívna s rýchlym nástupom únavy, ktorá viac zaťažuje organizmus (Tuček et al, 2005). Pojem psychická pracovná záťaž sa vyčlenil z pojmu neuropsychická záťaž alebo neuropsychické zaťaženie. V anglicky písanej literatúre sa používa pojem mental workload, alebo najčastejšie work-related stress (Zámečníková, 2010). Podľa autorky, v terminologickom ponímaní psychická pracovná záťaž nie je stres pri práci, psychická pracovná záťaž je faktor práce a pracovného prostredia. Psychická záťaž je zjednoteným pojmom pre všetky vplyvy, ktoré pôsobia na psychiku človeka. Psychickú pracovnú záťaž

definuje v slovenskej legislatíve Vyhláška MZ č.542/2007 ako faktor, ktorý predstavuje súhrn všetkých hodnotiteľných vplyvov práce, pracovných podmienok a pracovného prostredia pôsobiacich na kognitívne, senzorické a emocionálne procesy človeka, ktoré ho ovplyvňujú a vyvolávajú stavy zvýšeného psychického napätia a zaťaženia psychofyziologických funkcií. Psychická záťaž je faktor pôsobiaci zaťažujúco na organizmus a vyžadujúci psychickú aktivitu, psychické spracovávanie a vyrovnávanie sa s požiadavkami a vplyvmi životného prostredia. Podľa vyhlášky rozlišujeme tri formy psychickej záťaže: senzorickú - vyplýva z požiadaviek na činnosť periférnych zmyslových orgánov a im zodpovedajúcich štruktúr centrálného nervového systému, mentálnu - vyplýva z požiadaviek na spracúvanie informácií kladúcich nároky na psychické funkcie a psychické procesy, ktorými sú pozornosť, predstavivosť, pamäť, myslenie a rozhodovanie, emocionálnu - vyplýva z požiadaviek vyvolávajúcich afektívnu odozvu. Ako dôsledok psychickej záťaže sa môže dostať telesná, psychická alebo mentálna únava, diskomfort, pracovná nespokojnosť, poruchy prispôsobenia sa, abúzus alkoholu, liekov, drog, v konečnom dôsledku vyhorenie.

Cieľom príspevku je analyzovať a prezentovať dielčie výsledky štúdie zameranej na pracovnú záťaž sestier ako jedného z rizikových faktorov vzniku syndrómu vyhorenia v tejto exponovanej profesii v súvislosti s miestom výkonu profesie. Čiastkové ciele sú zamerané na mapovanie subjektívneho vnímania a hodnotenia vykonávanej práce sestrami, na zistenie miery vyhorenia vo vybranom súbore sestier a hľadanie vzájomných súvislostí a mapovanie subjektívneho hodnotenia dôsledkov výkonu profesie na ich zdravie. Príspevok prináša výsledky analýzy v súbore 218 sestier vybraných zámerným výberom v košickom regióne. V primárnej starostlivosti pracuje 72 sestier a na rôznych typoch oddelení nemocníc 146 respondentiek. Štúdia prebehla v roku 2008. Na zisťovanie miery vyhorenia bol distribuovaný štandardizovaný dotazník autorov Pines a Aronson (BM). Podľa metodiky bolo vypočítané pre každú respondentku BQ skóre z 21 položiek, v ktorých sa vyjadrujú postoje k výrokom na 7 stupňovej škále, poukazujúce na stupeň vyhorenia. Interpretácia zistenej miery vyhorenia je opísaná v obrázku 1.

Tabuľka 1. Interpretácia zistenej miery vyhorenia

Hodnota BQ	Úroveň vyhorenia
2 - 3	Jedinec nemá vážne problémy, stav je dobrý
3 - 4	Jedinec prežíva vyčerpanie až vyhorenie, je treba konať
4 - 5	Stav vykazuje vyhorenie
nad 5	Akútna kríza

Spolu so štandardizovanou mierkou bol sestrám predložený aj štruktúrovaný dotazník na zisťovanie faktorov podieľajúcich sa na vyhorení. Obsahoval 17 otázok, z ktorých sme pre potreby príspevku analyzovali dichotomicky konštruované otázky zamerané na subjektívne hodnotenie náročnosti vykonávanej práce a otázku zameranú na mapovanie výskytu

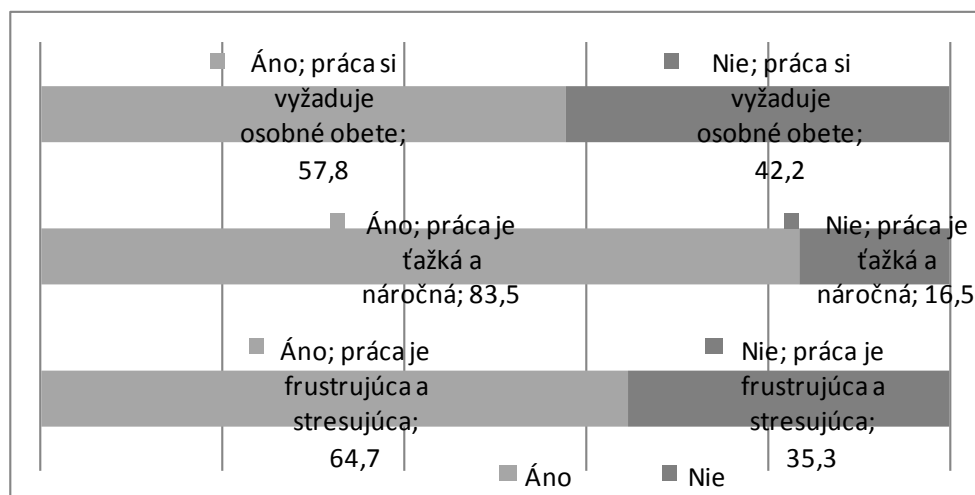
zdravotno-sociálnych problémov vyskytujúcich sa pri výkone profesie sestry, ktorá bola konštruovaná ako poloopená a respondentky mohli označiť všetky problémy, ktoré sa u nich vyskytujú. Otázka obsahovala varianty: anxiózne stavy, bolesti chrbta, bolesti hlavy, srdcovo-cievne ťažkosti, problémy so spánkom, problémy s telesnou hmotnosťou, nadmerné užívanie nekov, nadmerné užívanie alkoholu, iné problémy, uveďte konkrétne. Ďalej sme pre splnenie cieľov práce analyzovali triediacu otázku zameranú na zistenie typu pracoviska oslovených sestier. Na spracovanie údajov a splnenie cieľov práce sme použili metódy deskriptívnej a induktívnej štatistiky programu SPSS 11.0.

Podľa metodiky zisťovania celkovej miery vyhorenia sme vypočítali skóre BQ a zo zistených údajov aj štatistické charakteristiky tejto premennej. Obrázok 2 opisuje absolútne a relatívne početnosti zastúpenia sestier v jednotlivých skupinách podľa skóre, ktoré poukazuje na intenzitu vyhorenia. Pokiaľ zoskupíme na základe zistenej miery vyhorenia do jednej skupiny respondentky, ktoré vykazujú skóre BQ do 3 a druhú skupinu budú tvoriť sestry s hodnotou BQ 3 a viac, získame informáciu o tom, že rôznou intenzitou vyhorenia trpí 49% oslovených sestier.

Tabuľka 2. Zistená miera vyhorenia v skúmanom súbore sestier vyjadrená v absolútnych a relatívnych početnostiach

Hodnota BQ skóre					
2 - 3		3 - 4		4 - 5	
n	%	n	%	n	%
111	51	73	33	30	14
nad 5					
n	%	n	%	n	%
4	2				
Štatistické charakteristiky BQ skóre					
Priemer		3,11 ± 0,877			
Minimum		1,29			
maximum		5,57			

Výsledok analýzy otázok zameraných na hodnotenie náročnosti vykonávanej práce je zobrazený v grafe 1. Vo všetkých troch otázkach sa respondentky priklonili k súhlasu s výrokmi o ním vykonávanej práci, keď až 83,5% hodnotí svoju prácu ako ťažkú a náročnú, ako frustrujúcu a stresujúcu ju vníma 64,7% sestier a podľa 57,8% si práca sestry vyžaduje aj osobné obete.



Graf 1 Hodnotenie náročnosti vykonávanej práce sestrami

Súvislosti náročnosti vykonávanej práce a miery syndrómu vyhorenia sme testovali neparametrickým Kolmogorov-Smirnov testom priemerov miery vyhorenia v skupine sestier, ktoré vyjadrili súhlas s náročnosťou vykonávanej práce a v skupine sestier, ktoré svoju prácu tak nevnímajú. Výsledky analýz sú opísané obrázkami 3 – 5.

Tabuľka 3 Hodnoty BQ skóre a t-testu v skupinách podľa vnímania náročnosti práce

„práca je ťažká a náročná“	n	BQ index	SD	K-S test
áno	182	3,189	0,125	1,57305 p = 0,0141813**
nie	36	2,761	0,298	

p < 0.05

Tabuľka 4 Hodnoty BQ skóre a t-testu v skupinách podľa vnímania frustrácie a stresu z práce

„práca je frustrujúca a stresujúca“	n	BQ index	SD	K-S test
áno	141	3,321	0,144	2,67932 p = 0,00000116315***
nie	77	2,746	0,175	

p < 0.05

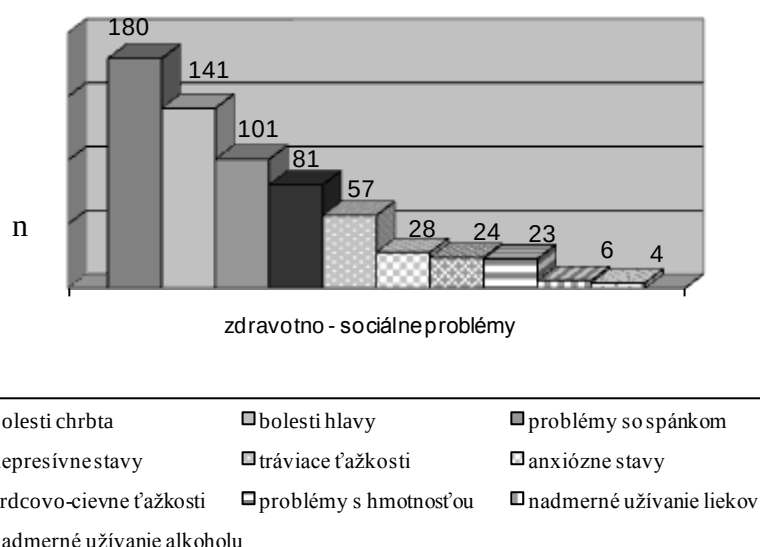
Tabuľka 5 Hodnoty BQ skóre a t-testu v skupinách podľa osobných obetí pre prácu

„práca si vyžaduje osobné obete“	n	BQ index	SD	K-S test
áno	126	3,319	0,152	2,28852 p = 0,0000564855***
nie	92	2,843	0,170	

p < 0.05

Výsledky analýzy poukazujú na signifikantné rozdiely v miere vyhorenia medzi skupinami sestier v hodnotení náročnosti vykonávanej práce vo všetkých troch otázkach, čo dokazuje, že pracovná záťaž spôsobuje syndróm vyhorenia.

Čiastkovým cieľom práce bolo zmapovať zdravotno sociálne dôsledky vyplývajúce z výkonu profesie. Analyzovali sme predmetnú otázku a výsledky sú opísané v grafe 2. Sestry za najzávažnejšie dôsledky výkonu svojej profesie považujú bolesti chrbta, bolesti hlavy a problémy so spánkom. Depresívne stavy označilo za problémové 81 oslovených sestier.



Graf 2 Absolútne početnosti vybraných zdravotno-sociálnych problémov v skúmanom súbore.

Analyzovali sme, či miesto výkonu profesie sestry má vplyv na mieru vyhorenia. Respondentky sme na základe premennej typ pracoviska rozdelili na sestry pracujúce na oddeleniach a sestry v primárnej starostlivosti. Zo zisteného skóre BQ môžeme prijať stanovisko, že sestry na oboch typoch pracovísk vykazujú mieru vyhorenia vyššiu ako 3, čo znamená, že trpia syndrómom vyhorenia. Pre splnenie cieľov sme vykonali t-test pre dva nezávislé výbery. Nezistili sme štatisticky významný rozdiel v miere vyhorenia medzi sestrami pracujúcimi v primárnej starostlivosti a sestrami s oddelení nemocníc. Pre nami skúmaný súbor tak prijímame záver, že typ pracoviska významne neovplyvňuje mieru vyhorenia. Výsledok analýzy zobrazuje obrázok 6.

Tabuľka 6 Hodnoty BQ skóre a t-testu v súbore sestier podľa typu pracoviska

Skupina sestier	n	BQ index	SD	T-test
„oddelenie“	146	3,1608	0,8385	1,016 p=0,311 n.s.
„primárna starostlivosť“	72	3,0324	0,9523	

$p < 0.05$

V závere môžeme konštatovať, že pôsobenie záťažových faktorov pracovného prostredia sestier a ich dôsledky na zdraví sú aj na základe našich zistení nesporné. Keď sa k nim pridruží aj dlhodobý pôsobiaci a nespracovaný stres, vyústia do syndrómu vyhorenia. Syndróm vyhorenia vedie k utlmeniu aktivity, k celkovej skleslosti, obmedzeniu činnosti iba na rutinné postupy uskutočňované s minimálnym vydaním energie a osobnej zaujatosti. Knezovič a Brukkerová (2010) upozorňujú na prejavy vyhorenia aj v komunikácii sestry s pacientom, ktoré pôsobia negatívne a devalvujú komunikáciu, najmä neverbálnu. U sestier košického regiónu sme zistili mieru vyhorenia v priemernej hodnote BQ skóre = 3,11. Aj keď sa nepotvrdil rozdiel medzi mierou vyhorenia u sestier v primárnej starostlivosti a sestier pracujúcich na oddeleniach, výsledky poukazujú na ich vyhorenie. Nami získané výsledky korešpondujú so štúdiou Dimunovej a kol. (2009), v ktorej autorky sledovali pôsobenie pracovného prostredia aj v súvislosti s vyhorením. V ich súbore sestier boli zistené na prvom mieste problémy v oblasti zdravia súvisiace s pohybovým aparátom a respondentky v 47 % uvádzali na prvom mieste ako rizikový faktor pracovného prostredia neuropsychickú záťaž. Autorka Kovářová v medzinárodnej NEXT štúdii (2006), rovnako ako my, poukazuje na signifikantne významnú súvislosť medzi počtom ťažkostí vyplývajúcich z výkonu povolania a syndrómom vyhorenia. Je na mieste, že sa zvýšenou psychickou záťažou na pracovisku zaoberá aj slovenská legislatíva, v ktorej je zakotvené zisťovanie jej úrovne vyplývajúce s Európskej legislatívy v oblasti zdravia. Legislatíva načrtáva stratégiu pre realizáciu manažmentu a kontroly rizika. Šoltésová (2005) poukazuje na fakt, že iba v dvoch krajinách v USA a v Európskej únii iba v Španielsku, je syndróm vyhorenia zakotvený v rámci legislatívy ako choroba z povolania. Ako autorka ďalej uvádza, že „právne poňatie ochorenia ako diagnózy vytvára reálny predpoklad a rámec na pomoc človeku postihnutého ochorením nielen morálnu, sociálnu a materiálnu, ale aj opätovné zaradenie sa do spoločnosti“. Významnosť problematiky syndrómu vyhorenia v profesii sestry potvrdzujú aj poznatky z iných krajín Európskej únie, kde jedna pätina až jedna tretina sestier trpí týmto syndrómom (Kovářová, 2006, str.122).

Zoznam literatúry

- [1] DIMUNOVÁ, L.: Vplyv sociálno-demografických ukazovateľov na výskyt syndrómu vyhorenia u sestier na Slovensku. In *Profese on-line*. Recenzovaný časopis pro zdravotnícké odbory. Roč.I/2, září 2008, ISSN 1803-4330,s.56-65.
- [2] DIMUNOVÁ, L., MECHIROVÁ,V., ŠTEFKOVÁ, G.: Pracovné prostredie sestier pôsobiacich v oblasti sekundárnej zdravotnej starostlivosti. In: *Kvalita života a zdravia*. Zborník príspevkov IV.vedecko-odbornej konferencie s medzinárodnou účasťou. 24.-25.október, 2008, Košice. ISBN 978-80-89271-65-8.
- [3] FERENČÍK M.: *Zápal – fundamentálny princíp vzniku chorôb*. 2009, Balneotherma, ISBN 978-80-970156-1-9.
- [4] KEBZA, V.: *Psychosociální determinanty zdraví*. ACADEMIA, Praha, 2005, 258 s. ISBN 80-200-1307-5.

- [5] KNEZOVIČ, R., BRUKKEROVÁ, D.: Výsledky empirickej analýzy profesionálnej komunikácie sestry a názorov na syndróm vyhorenia. In: *Psychológia zdravia*. 2010. NÚSaCCH, a.s., Bratislava, MAURO Slovakia, s.r.o. s.80-93 ISBN 978-80-968092-6-4.
- [6] KOVÁŘOVÁ, M.: *Pracovné podmienky sestier v Európe*. Rožňava: Roven, 2006. 128s. ISBN 80-89168-168-14-0.
- [7] RABIN, S., FELDMAN, D., KAPLAN, Z.: Stress and intervention strategies in mental health professionals. *British Journal of Medical Psychology*. 1999, vol. 72, no. 2, p. 159 – 169. ISSN 0021-843X.
- [8] RALBOVSKÁ, R., KNEZOVIČ, R.: *Management*. Praha: EVC. 2010. 120 s. ISBN 978-80-87386-04-0.
- [9] RUSH, D. M.: *Syndrom vyhoření*. Návrat domů, Praha, 2003, 129 s. ISBN 80-7255-074-8.
- [10] ŠOLTÉSOVÁ, V.: Právne aspekty syndrómu vyhorenia. In: *Komplexná starostlivosť o človeka v hraničných situáciách*. Zborník príspevkov z medzinárodnej vedecko-odbornej konferencie, Prešov, 4.-5. november 2005, s. 218-220. ISBN 80-969449-1-6.
- [11] TUČEK, M., CIKRT, M., PELCLOVÁ, D.: *Pracovní lékařství pro praxi*. Praha: Grada, 2005, 344s. ISBN 80-247-0927-9.
- [12] VYHLÁŠKA č. 542/2007 Z.z. o podrobnostiach o ochrane zdravia pred fyzickou záťažou pri práci, psychickou pracovnou záťažou a senzorickou záťažou pri práci.
- [13] ZÁMEČNÍKOVÁ, M. 2010. *Psychosociálne faktory práce*. Dostupné na: [www.szu.sk/userfiles/Psychicka_pracovna_zataz\(1\).pdf](http://www.szu.sk/userfiles/Psychicka_pracovna_zataz(1).pdf). [cit. 15.12.2010].

Kontakt na autorku

PhDr. Anna Bérešová, PhD.

Ústav verejného zdravotníctva,

Lekárska fakulta, Univerzita P.J.Šafárika v Košiciach

Šrobárova 2. 040 01 Košice, Slovensko

VŠ ZaSP sv. Alžbety v Bratislave, Slovensko

anna.beresova@upjs.sk

VYUŽITÍ VIRTUÁLNÍ REALITY A BIOLOGICKÉ ZPĚTNÉ VAZBY V REHABILITACI PACIENTŮ PO POŠKOZENÍ MOZKU

Ing. Adam Bohunčák¹, MUDr. Marie Tichá^{1,2}, MUDr. Markéta Janatová²

1. FBMI ČVUT v Praze

2. 1 Lékařská fakulta UK v Praze

V biomedicínském inženýrství a v lékařství se setkáváme stále častěji s využitím virtuální reality a biologické zpětné vazby.

Prostředky virtuální reality poskytují interaktivní prostředí, která je možné ovládat pomocí různých vstupů. Dají se vhodně využít v rámci komplexní rehabilitace pacientů po poškození mozku ke zlepšování motorických dovedností, stability, orientace v prostoru i kognitivních funkcí.

V laboratoři virtuální reality na Společném pracovišti biomedicínského inženýrství FBMI a 1. LF probíhají pravidelné systematické terapie vybraných pacientů po poškození mozku z Kliniky rehabilitačního lékařství 1. LF UK a VFN v Praze. Použité metody vycházejí z aktuálních klinických požadavků a z moderních technických a matematických metod, používaných v současné době v oboru. Již nyní můžeme na jednotlivých kazuistikách pozorovat pozitivní vývoj stavu pacientů a to po absolvování jednotlivých terapií i v dlouhodobém měřítku.

Terapie probíhá za použití stabilometrické plošiny, 3D projekce a zrakové zpětné vazby. Software byl vytvořen na tomto pracovišti na základě odborných konzultací s lékaři a fyzioterapeuty. Kromě diagnostických testů obsahuje soubor tréninkových scén. Pacient se aktivním přesouváním těžiště pohybuje ve virtuálním prostředí, kde plní různé úkoly.

Samotná terapie je založena na aktivních repetitivních cvičeních formou hry. Její obtížnost a zaměření lze díky možnosti diagnostiky zvolit dle momentálního stavu každého pacienta. Terapie probíhají za přítomnosti fyzioterapeuta, který v případě potřeby provádí guiding.

Na začátku i v průběhu terapeutického procesu dochází zároveň k objektivnímu hodnocení aktuálního stavu pacienta. Systém umožňuje sledování skóre, jehož výpočet vychází ze skutečně uražené a ideální dráhy. Data jsou analyzována v časové i frekvenční oblasti, lze tak snadno sledovat vývoj stavu pacienta.

Kontakt na autora

Ing. Adam Bohunčák

adam.bohuncak@fbmi.cvut.cz

ŘETĚZENÍ FUNKČNÍCH PORUCH: SROVNÁNÍ LITERÁRNÍCH PRAMENŮ

Bc. Martina Boráňová, Mgr. Lukáš Ryba

Západočeská Univerzita v Plzni

Abstrakt

Předmětem sdělení je srovnání literárních pramenů o problematice zřetězení funkčních poruch. Příspěvodatelé srovnávají jednotlivé přístupy autorů Lewita, Travellové a Simonse, Mojžíšové, Myerse, Jandy a Tichého a to především s ohledem na shodu či alternativní teze vysvětlení vzniku těchto dysfunkcí a shodu či alternativní teze v součástech konkrétních řetězců dysfunkcí pohybového aparátu.

Klíčová slova

Funkční porucha pohybového systému, řetězení,

Abstract

Subject of this paper is to compare the literature on the issue of chaining of functional disorders. Contributors compare different approaches of Lewit, Travell and Simons, Mojžíšová, Myers, Janda and Tichý, especially with regard to the consensus or alternative explanation of these dysfunctions and the consensus or an alternative theory in specific parts of musculoskeletal dysfunction trains.

Keywords

Myoskelatal dysfunction, Trains,

Úvod

V rámci oboru funkčních poruch hybného systému (FPPS) se setkáváme s přibývajícimi odlišnými přístupy k řetězení dysfunkcí a rovněž s přibývajícimi popisy konkrétních řetězců. Z tohoto důvodu nás zajímalo srovnání přístupů významných autorů a především skutečnost, zda existuje shoda mezi těmito přístupy, u konkrétních řetězců či jejich součástí.

Metodika

Literatura a zdroje související s tématem byly vyhledávány v univerzitní knihovně ZČU, Studijní a vědecké knihovně Plzeňského kraje, dále pak ve vyhledávačích na internetu včetně databází PubMed a ScienceDirect. Pro práci bylo využíváno, jak zdrojů primárních

publikovaných přímo jmenovanými autory, tak i literatura sekundární, neboť např. o řetězcích podle Mojžíšové se dozvídáme z kurzů pro fyzioterapeuty či právě této sekundární literatury. Vzhledem k počtu publikací a významu pro praxi českého fyzioterapeuta jsme se zaměřili především na práce českých autorů Lewita, Jandy, Mojžíšové a Tichého, ze zahraničních jsme pak srovnávali řetězení FPPS dle Myerse a Travellové se Simonsem. Zaznamenávali jsme informace relevantní pro ověření hypotéz, třídili je a uspořádali do tabulek s důrazem kladeným na přehlednost.

A) Srovnání přístupů - Pro zjištění shody mezi přístupy autorů k řetězení FPPS jsme si zvolili devět základních aspektů přístupu (kategorií), v nichž jsme každého autora na základě informací z literárních zdrojů zařadili k jedné z odpovědí „ano“, „ne“, „nelze jednoznačně potvrdit“ a „jiná odpověď“. Srovnávali jsme přístupy výše zmiňovaných šesti autorů, přičemž Travellovou a Simonsa považujeme za jednoho autora vzhledem ke společné publikaci vlastního přístupu. Přístupy jsme z důvodu přehlednosti a zachování přínosu informací z dílčích výsledků srovnali graficky pomocí tabulek. Autor byl v určité kategorii zařazen k dané odpovědi, jestliže jsme v literatuře našli alespoň jeden údaj svědčící o tom, že k této odpovědi patří. Pokud u některého z autorů nebyl v literatuře nalezen údaj vypovídající přímo či nepřímo o daném aspektu, zařadili jsme autora k odpovědi „ne“. Odpověď „ano“ znamená, že v literatuře nalezneme nejméně jeden údaj, který tvrzení o autorovi dokládá. Patří sem také situace, kdy autor přijal názor jiného autora a dále na tento navazuje. Odpovědi „ne“ rozumíme, že význam textu toto tvrzení o autorovi vylučuje, nebo zmíněnou situaci, kdy o tomto nebyl v literatuře nalezen záznam (autor přístupu ani autor literárního zdroje se k aspektu přímým ani nepřímým způsobem nevyjadřuje). Odpověď „nelze jednoznačně potvrdit“ vyjadřuje, že jsme se v literatuře setkali pouze s nepřímým záznamem o tomto aspektu a z významu textu nelze jednoznačně rozhodnout ke které zodpovědi „ano“ a „ne“ autora přiřadit. Zařazení autora do kolonky „jiná odpověď“ znamená, že v literatuře spojené s autorem nalezneme přímý záznam, který se k tomuto aspektu vyjadřuje. Záznam ale aspekt v daném znění nepotvrzuje. Pro každou dvojici autorů jsme sečetli shodné odpovědi v kategoriích a uvedli v souhrnné tabulce. Pokud do odpovědi „nelze jednoznačně potvrdit“ či „jiná odpověď“ byli zařazeni dva či více autorů, nepočítáme toto jako shodnou odpověď. Za shodující se přístupy autorů považujeme, jestliže se dvojice či vícečetná skupina autorů shoduje ve všech devíti kategoriích.

B) Srovnání řetězců - Do srovnání konkrétních řetězců jsme zařadili dva základní řetězce FPPS podle Lewita a porovnávali je s řetězcí dysfunkcí podle ostatních pěti autorů, v nichž články řetězců prochází strukturami totožnými nebo blízkými anatomicky či funkcí (ke článkům základního řetězce podle Lewita). Mezi srovnávací řetězce patřily tyto podle Travellové a Simonse, Mojžíšové, Myerse, Jandy a Tichého. Následně jsme porovnali i srovnávací řetězce mezi sebou. Za článek řetězce jsme v našem případě považovali strukturu či soubor struktur, v nichž je lokalizován projev funkční poruchy. Kritériem shody článků byl stejný či analogický pojem pro danou strukturu. Stejný projev funkční poruchy či reflexní změnu jsme jako kritérium shody neuvažovali. Srovnání jsme provedli z důvodu názornosti a přehlednosti graficky. V tabulkách uvádíme řetězce, které se shodovaly (v případě srovnání se základním řetězcem při horním typu dýchání) alespoň ve čtyřech člancích a (v případě srovnání se základním řetězcem při předsunutém držení) alespoň ve třech člancích, a to vždy

jen jeden řetězec od stejného autora. Každý řetězec, základní i srovnávací, je uveden samostatně v tabulce a shodující se články mezi řetězci jsou vyznačeny stejnou barvou s podtržením nebo stejnou barvou v kurzívě. Shodující se články ve dvojicích řetězců jsme sečetli a uvedli ve slovním doprovodu.

Výsledky

A) Srovnání přístupů – v tabulkách níže jsou znázorněny ukázky srovnání dle jednotlivých sledovaných kategorií a závěrečné shrnutí počtu kategorií, ve kterých se autoři shodují.

Kategorie 1 - Autor vznik řetězení poruch vysvětluje mechanisticky (biomechanicky)		
		autoři
odpověď	ano	Travellová a Simons, Mojžíšová, Myers
	ne	
	nelze jednoznačně potvrdit	Janda
	jiná odpověď	Lewit, Tichý

Kategorie 2 - Nervové vysvětlení řetězení poruch		
		autoři
odpověď	ano	Lewit
	ne	Travellová a Simons, Mojžíšová, Myers
	nelze jednoznačně potvrdit	Janda
	jiná odpověď	Tichý

Kategorie 4 - Autor vychází z fylogeneze		
		autoři
odpověď	ano	Tichý, Myers, Lewit, Travellová a Simons
	ne	Janda
	nelze jednoznačně potvrdit	Mojžíšová
	jiná odpověď	

Kategorie 5 - Autor vychází z ontogeneze		
		autoři
odpověď	ano	Janda, Myers, Lewit, Tichý
	ne	Travellová a Simons
	nelze jednoznačně potvrdit	Mojžíšová
	jiná odpověď	

Kategorie 7 - Autor při stanovování řetězců vycházel především z klinických zkušeností		
		autoři
odpověď	ano	Travellová a Simons, Janda, Mojžíšová
	ne	Myers
	nelze jednoznačně potvrdit	Lewit, Tichý
	jiná odpověď	

Kategorie 8 - Autor při stanovování řetězců vychází ze základních funkcí hybné soustavy		
		autoři
odpověď	ano	Lewit, Tichý
	ne	Travellová a Simons, Myers, Mojžíšová, Janda
	nelze jednoznačně potvrdit	
	jiná odpověď	

Kategorie 9 - Autor připisuje psychickému faktoru při změnách funkce velký význam		
		autoři
odpověď	ano	Travellová a Simons, Myers, Mojžíšová, Janda, Lewit
	ne	Tichý
	nelze jednoznačně potvrdit	
	jiná odpověď	

Shnutí - počet kategorií, v nichž se dvojice autorů shodují							
		jméno autora pro kombinace do dvojic s ostatními autory					
		Myers	Mojžíšová	Janda	Lewit	Tichý	Travellová a Simons
jméno autora pro kombinace do dvojic s ostatními autory	Travellová a Simons	6	6	4	2	1	X
	Tichý	3	0	2	4	X	X
	Lewit	4	1	2	X	X	X
	Janda	3	3	X	X	X	X
	Mojžíšová	5	X	X	X	X	X
	Myers	X	X	X	X	X	X

B) Srovnání řetězců – a) Tabulky znázorňují ukázkou barevného grafického srovnání na řetězci při horním typu dýchání dle Lewita a řetězení trigger pointů se vztahem ke spouštovým bodům v mm. scaleni.

b) souhrnné tabulky znázorňují shodující se články jednotlivých řetězců

Souhrnná tabulka				
	články řetězce dysfunkcí			
	při horním typu dýchání	trigger pointy se vztahem k TrPs v mm. scaleni	při distenzi v oblasti spojení III. žebra s hrudní kostí	při horním zkříženém syndromu
shodující se články	mm. pectorales mm. scaleni kývače m. levator scapulae mm. trapezii linea nuchae horní žebra hrudní páteř X	mm. pectorales mm. scaleni m. sternocleidomastoideus X horní část m. trapezius X X X m. splenius capitis	m. pectoralis minor m. scalenus post. X m. levator scapulae X krajina týlní III. žebro obratel Th 3 paravertebrální spasmus hlubokého zádového svalstva v rozsahu obratlů C3 – Th3	m. pectoralis major, m. pectoralis minor X m. sternocleidomastoideus m. levator scapulae horní část m. trapezius X X X X
rozdílné články	horní úsek břišního svalstva, krátké extenzory hlavových kloubů, žvýkačí svaly, zadní oblouk a příčné výběžky atlasu, lat. hrana trnu C2, mediální konec klíční kosti, horní hrana lopatky, sternokostální spojení, úhel prvních žebér, hlavové klouby, cervikotorakální přechod	dlouhá hlava m. triceps brachii, m. deltoideus, m. extensor carpi radialis, m. extensor digitorum, m. extensor carpi ulnaris, m. brachioradialis (bolest v palci), m. omohyoideus	paravertebrální spasmus hlubokého zádového svalstva v rozsahu obratlů Th3 – L3, palpační citlivost v průběhu m. sartorius, na mediální části kolene, v bederní krajině v oblasti ledvin, na přední straně krku, ulnární epikondyl humeru, IV. prst	hluboké flexory šíje, vzestupná a střední příčná část m. trapezius, mm. rhomboidei, m. serratus anterior

Souhrnná tabulka				
	články řetězce dysfunkcí			
	při předsunutém držení	trigger pointy se vztahem k TrPs v m. gluteus maximus	při distenzi v oblasti spojení VI. žebra s hrudní kostí	při dolním zkříženém syndromu
shodující se články	zádové svalstvo m. gluteus maximus přímé břišní svaly m. biceps femoris bolestivé úpony břišních svalů při symfýze X X	dolní lumbální část dlouhých paravertebrálních svalů m. gluteus maximus X ischiokrurální svaly X m. rectus femoris m. iliopsoas	vzestupná část m. trapezius, spasmus hlubokého zádového svalstva od Th6 k zadnímu okraji lopaty kosti kyčelní zevní partie m. gluteus maximus laterální část m. rectus abdominis spastický provazec ve střední části zadní plochy stehna bolestivá palpace v oblasti symfýzy X X	vzpřimovače trupu v lumbosakrálních segmentech svalstvo gluteální svalstvo břišní X X m. rectus femoris m. iliopsoas
rozdílné články	šijové svalstvo, bolestivé úpony břišních svalů při mečiku, TrPs v oblasti chodidel, hlavové klouby, blokáda fibuly, blokády v oblasti chodidel	zadní část m. gluteus medius, zadní část m. gluteus minimus	adduktory kyčel. kloubu (pravděpodobně m. adductor longus a brevis), spastický provazec ve středu bérce až ke kosti patní, obratel v blokovém postavení Th6	m. tensor fasciae latae

Diskuze

Úskalím použité metody je hodnocení hranice mezi vymezením odpovědí i formulace kategorií a výskyt nadřazených a podřazených pojmů pro srovnávané články mezi řetězci. Je nutno rozhodnout, zda lze pojmy považovat za odpovídající či nikoliv. Problém nastává, je-li v základním řetězci podle Lewita termín podřazený. Dvojici pojmů jsme vyznačili jako shodnou, pokud byl tento termín významově zahrnut i v nadřazeném pojmu ve srovnávacím řetězci.

V grafice jsme byli limitováni výběrem barev. Co se týká výsledků, mohou být ovlivněny tím, že jako zdroj pro srovnání nebyly využity veškeré tituly z kompletní publikační činnosti autorů. Lze připustit, že tím mohl být opomenut některý řetězec uvedený v nepoužitém zdroji. Dále pak výsledky velmi pravděpodobně ovlivňuje možnost, že nebyly postihnuty všechny aspekty přístupu, neboť přístup k řetězení poruch je velmi komplexní a zahrnuje těchto mnoho. Vliv má i aktuálnost zdrojů. Z literatury nám dostupné jsme vybírali nejnovější publikace a konfrontovali s více publikacemi stejného autora.

Domníváme se, že výzkum podobného charakteru, by mohl přispět k potvrzení významnosti některých neověřených klíčových oblastí, což by pro diagnostiku a terapii FPPS mělo nepochybně velký význam. Současně věříme, že mimo jiné tímto směrem, hledání klíčových oblastí, se bude ubírat výzkum v rámci relativně mladého oboru, kterým funkční patologie hybné soustavy je. Širší srovnání řetězců dysfunkcí by mohla přispět k ověření dalších funkčních vztahů v rámci pohybového aparátu, které mohou být autory přehlédnuty pro jejich specifický pohled. Shoda alespoň v částech řetězců FPPS navíc přispívá k ověření platnosti a věrohodnosti těchto řetězců. V této oblasti pak sledujeme prostor pro ověření dalších výzkumných otázek např., zda se v praxi využívá nebo by bylo možné využít propojení a kombinace řetězců FPPS podle různých autorů při diagnostice, terapii nebo obecně náhledu na pohybovou a nervovou soustavu (či alespoň některé vyplývající funkční vztahy).

Závěr

Ačkoliv počet vzájemně srovnaných řetězců není nikterak objemný a do srovnání nebyly zahrnuty řetězce od všech autorů a škol, jež se zřetězení FPPS věnují, domníváme se, že lze tvrdit, že shoda mezi více články některých řetězců není náhodná, a to i vzhledem k dalším srovnáním a výčtům shod mezi řetězci.

Seznam použité literatury

[1] DOBEŠ, M. et al. *Učební text k základnímu kurzu diagnostiky a terapie funkčních poruch pohybového aparátu: měkké a mobilizační techniky*. 1. vyd. Havířov: DOMIGA, 1997, 72 s. ISBN 80-902222-1-8

- [2] HNÍZDIL, J. et al. *Léčebné rehabilitační postupy Ludmily Mojžíšové*. 1. vyd. Praha:Grada, 1996, 213 s. ISBN 80-7169-187-9
- [3] JANDA, V. *Základy kliniky funkčních (neparetických) hybných poruch*. 1.vyd. Brno:Ústav pro další vzdělávání středních zdravotnických pracovníků, 1984, 139 s.
- [4] JANDA, V. Ke vztahům mezi strukturálními a funkčními změnami pohybového systému. In. *Rehabilitace a fyzikální lékařství*. Praha: Česká lékařská společnost J. E.Purkyně, 1999, č. 1, s. 6 – 8. ISSN 1211-2658
- [5] KEY, J. The Pelvic Crossed Syndromes: A reflection of imbalanced function in the myofascial envelope; a further exploration of Janda's work. In. *Journal of Bodyworkand Movement Therapies*. Philadelphia: Churchill Livingstone, 2010, č. 3, s. 299 – 301.ISSN 1360-8592
- [6] KOLÁŘ, P. Význam vývojové kineziologie pro manuální medicínu. In. *Rehabilitace a fyzikální lékařství*. Praha: Česká lékařská společnost J. E. Purkyně, 1996, č. 4, s. 152 –155. ISSN 1211-2658
- [7] KOLÁŘ, P. Systematizace svalových dysbalancí z pohledu vývojové kineziologie. In. *Rehabilitace a fyzikální lékařství*. Praha: Česká lékařská společnost J. E. Purkyně, 2001,č. 4, s. 152 – 164. ISSN 1211-2658
- [8] KOLÁŘ, P. et al. *Rehabilitace v klinické praxi*. 1. vyd. Praha: Galén, 2009, 713 s. ISBN978-80-7262-657-1
- [9] LEWIT, K. Kraniocervikální spojení nebo pánev? In. *Rehabilitace a fyzikální lékařství*. Praha: Česká lékařská společnost J. E. Purkyně, 1994, č. 2, s. 52 – 56. ISSN 1211-2658
- [10] LEWIT, K. Některá zřetězení funkčních poruch ve světle koaktivačních svalových vzorců na základě vývojové neurologie. In. *Rehabilitace a fyzikální lékařství*. Praha:Česká lékařská společnost J. E. Purkyně, 1998, č. 4, s. 148 – 151. ISSN 1211-2658
- [11] LEWIT, K. Stabilizační systém bederní páteře a pánevní dno. In. *Rehabilitace a fyzikální lékařství*. Praha: Česká lékařská společnost J. E. Purkyně, 1999, č. 2, s. 46 –48. ISSN 1211-2658
- [12] LEWIT, K. Vztah struktury a funkce v pohybové soustavě. In. *Rehabilitace a fyzikální lékařství*. Praha: Česká lékařská společnost J. E. Purkyně, 2000, č. 3, s. 99 – 101. ISSN1211-2658
- [13] LEWIT, K. Rehabilitace u bolestivých poruch pohybové soustavy. In. *Rehabilitace a fyzikální lékařství*. Praha: Česká lékařská společnost J. E. Purkyně, 2001a, č. 1, s. 4 –17. ISSN 1211-2658

- [14] LEWIT, K. Rehabilitace u bolestivých poruch pohybové soustavy, část II. In. *Rehabilitace a fyzikální lékařství*. Praha: Česká lékařská společnost J. E. Purkyně, 2001b, č. 4, s. 139 – 151. ISSN 1211-2658
- [15] LEWIT, K. *Manipulační léčba v myoskeletální medicíně*. 5. vyd. Praha: Sdělovací technika, spol. s r.o. ve spolupráci s Českou lékařskou společností J. E. Purkyně, 2003, 411 s. ISBN 80-86645-04-5
- [16] LEWIT, K. *Manipulative therapy in rehabilitation of the locomotor system*. 1. vyd. Philadelphia: Churchill Livingstone, 2010, 436 s. ISBN: 978-0-7020-3056-7
- [17] MAREK, J. et al. *Syndrom kostrče a pánevního dna*. 2. vyd. Praha: Triton, 2005, 117 s. ISBN 80-7254-638-4
- [18] MYERS, T. The „anatomy trains“. In. *Journal of Bodywork and Movement Therapies*. Pearson Professional, 1997a, č. 2, s. 91-101. ISSN 1360-8592
- [19] MYERS, T. The „anatomy trains“: part 2. In. *Journal of Bodywork and Movement Therapies*. Pearson Professional, 1997b, č. 3, s. 134 - 145. ISSN 1360-8592
- [20] MYERS, T. et al. *Anatomy trains: myofascial meridians for manual and movement therapists*. 2. vyd. Edinburgh: Elsevier Churchill Livingstone, 2009, 295 s. ISBN 978-0-443-10283-7
- [21] OTÁHAL, S. et al. Zřetěžené spasmy – aspekt neurologický a biomechanický. In. *Rehabilitace a fyzikální lékařství*. Praha: Česká lékařská společnost J. E. Purkyně, 1996, č. 4, s. 174 – 178. ISSN 1211-2658
- [22] RICHTER, P. et al. *Trigger points and muscle chains in osteopathy*. 2. vyd. Stuttgart: Georg Thieme Verlag, 2009, 230 s. ISBN 978-3-13-145051-7
- [23] TICHÝ, M. *Dysfunkce kloubu: podstata konceptu funkční manuální medicíny*. 1. vyd. Praha: Miroslav Tichý, 2005, 119 s., ISBN 80-239-5523-3
- [24] TICHÝ, M. *Dysfunkce kloubu IV: osový orgán – hrudní a bederní páteř, hrudní koš*. 1. vyd. Praha: Miroslav Tichý, 2008, 117 s., ISBN 978-80-254-1625-9
- [25] TICHÝ, M. *Dysfunkce kloubu VII: Řetězení a viscerovertebrální vztahy*. 1. vyd. Praha: nakladatelství Miroslav Tichý, 2009, 92 s. ISBN 978-80-254-3963-0
- [26] TRAVELL, J. G. et al. *Myofascial pain and dysfunction: the trigger point manual, Volume 2, The lower extremities*. 2. vyd. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins, 1993, 626 s. ISBN 0-683-08367-8

[27] TRAVELL, J. G. et al. *Myofascial pain and dysfunction: the trigger point manual, Volume 1, Upper half of body*. 2. vyd. Baltimore: Lippincott Williams and Wilkins, 1999, 1038 s. ISBN 0-683-08363-5

[28] VAŘEKA, I. et al. Posturální model řetězení poruch funkce pohybového systému. In. *Rehabilitace a fyzikální lékařství*. Praha: Česká lékařská společnost J. E. Purkyně, 2001, č. 1, s. 33 – 37. ISSN 1211-2658

[29] VÉLE, F. *Kineziologie: přehled klinické kineziologie a patokineziologie prodiagnostiku a terapii poruch pohybové soustavy*. 2. vyd. Praha: Triton, 2006, 375 s. ISBN 80-7254-837-9

Kontakt na autora

Mgr. Lukáš Ryba
ZČU Plzeň
rybal@kfe.zcu.cz

ROLE DUCHOVNÍHO V RÁMCI PIP PČR PŘI MIMOŘÁDNÝCH UDÁLOSTECH

Mgr. Tibor A. Brečka
Československá Husitská církev

Abstrakt: V příspěvku je prezentována teorie viktimizace s přihlédnutím k religiozitě jako základní dimenzi člověka. Na tomto základě je mimo jiné potvrzena důležitost duchovenské péče. Autor popisuje základní možnosti duchovenské péče v rámci psychosociální pomoci.

Klíčová slova: duchovenská péče, krizová intervence, policie, viktimologie,

Abstract: An article presents the theory of victimization with regard to religiosity as a fundamental dimension of man. On this basis, among other things, confirmed the importance of clerical care. The author describes the basic options of spiritual care in the framework of psychosocial care.

Keywords: spiritual care (pastoration), crisis intervention, victimology, police

V tomto příspěvku bych rád představil důvody a možnosti zapojení duchovních v rámci krizových událostí. Vycházím především ze zkušeností s působením duchovních v rámci Posttraumatických intervenčních týmů Policie České republiky.

Proč vůbec uvažovat o zapojení duchovních v rámci poskytování psychosociální pomoci při mimořádných událostech? Stručně zde nastíním proces viktimizace, ze kterého bude jasně patrný důvod pro jejich zapojení. Problematiku viktimizace naleznete podrobně rozebranou mimo jiné v dílech *Policejní psychologie* (Čírtková 2006) či *Vybrané kapitoly z psychologie katastrof* (Brečka 2009). Zde se tedy zaměříme na problematiku tzv. primární viktimizace a s ní spojených tzv. primárních ran.

Z pohledu psychologie katastrof je **primární viktimizace** újma, kterou jedinec utrpí v důsledku mimořádné události (dopravní nehody, požáru, etc...; sem samozřejmě patří i trestný čin v rámci chápání viktimologie v užším smyslu slova).

S procesem viktimizace, stávání se obětí, souvisí právě přijímání určitých újem, zranění apod. Mluvíme tedy o primárních a sekundárních ranách. Čírtková uvádí tři typy **primárních ran** (tedy takových, které oběť utrpí bezprostředně v souvislosti s danou událostí) : fyzická újma, finanční újma a emocionální újma¹. Na příkladu dopravní nehody oběť může utrpět fyzickou újmu (následkem nárazu, střetu apod.; lze dělit buď dle závažnosti na lehká, střední, těžká a smrtelná či dle převládající spektra postižení na mechanická,

¹ Čírtková (2006), str. 204.

termická, toxická, chemická, infekční, radiační a psychická²), finanční újmy (škodě na autě, na ošacení apod.) a újmu emocionální (pocity úzkosti, nejistoty, změny nálad, etc...).

Výše uvedený výčet primárních ran zcela koresponduje s definicí člověka jakožto bio-psycho-sociální³ jednotky. Biologická část je zastoupena fyzickou újmou, psycho a sociální část újmami finančními a emocionálními. Když ovšem vyjdeme z toho, že člověk je bio-psycho-socio-duchovní⁴ jednotka, můžeme přidat mezi výčet primárních ran ještě ranou čtvrtou, kterou můžeme nazvat **transcendentní či religiózní, duchovní ranou**. Jedná se o to, že člověk se také nějakým způsobem duchovně vztahuje ke světu, hledá něco, co ho přesahuje, co ho transcendentuje. Velmi úzce to souvisí s jednou z potřeb druhého řádu, kterou je potřebu orientace a rozumění světu. Každý člověk, některý více uvědomovaně, některý méně, nějakým způsobem v něco věří. Ať už se jedná o jasně definovanou a institucionovanou víru v rámci některých etablovaných náboženských institucí (jako je např. Církev československá husitská) až po jakési nejasné a těžce zformulovatelné „cosí“.

Důležitost religiozity pro život člověka uvádí také Piedmont : „Religiozita patří na nejvyšší úroveň obecnosti, lez ji předběžně přiřadit k „velké pěťce“ jako šestý faktor, prvek vstupující do velkého počtu psychických vlastností a skrze ně do nejširších oblastí lidského prožívání a jednání“^{5,6}. Velká pěťka, kterou zmiňuje Piedmont, je tzv. NEO pětifaktorový osobnostní inventář (Big Five). Říčan teď ve shodě s Piedmontem navrhuje přiřadit k Big Five právě ještě faktor religiozity.

Není teď důležité jasně popsat, v co daný jedinec věří. Důležité je to, co se s jeho přesvědčením (chcete-li vírou), stane ve chvíli, kdy je vystaven mimořádné, krizové, dokonce traumatické události. Jakožto příklad uveďme dopravní nehodu, u které dojde ke zranění, které je neslučitelné se životem, ostatní pasažéři utrpí také nějaké újmy, ale přežijí. Je velmi pravděpodobné (pravděpodobnost je zpravidla přímo úměrná hloubce a intenzitě vztahu mezi nimi), že se v ostatních přeživších objeví otázky po smyslu, otázky, které mohou výrazně ovlivnit jejich nazírání na svět, otázky kterou mohou mít velký vliv na jistotu jejich vnímání světa. Navíc i u jedinců, kteří o sobě prohlašují, že nemají žádný vztah k víře, transcendentnu apod., se pak také objevují dotazy po smyslu, snaha získat nějaké – náboženské – vysvětlení toho, co se stalo a co se děje teď s jejich blízkými. Tato tendence (zcela pochopitelná a můžeme říci „normální“) může mít pak velmi velký vliv na následující adaptaci jedince na prožitou situaci a to jak pozitivní, tak také negativní. Někdy je obtížné onu hranic poznat, je

² Toto je dělení z hlediska urgentní medicíny a medicíny katastrof; Kurz –Škola krizového managementu, odborný vedoucí MUDr. Josef Štorek, Ph.D., Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví.

³ Takovéto chápání člověka užívají např. Harsa, Žukov a Csémy; Harsa P., Žukov I., Csémy L. : Možnosti posuzování a měření agresivity u psychiatrických pacientů (2008), str.35.

⁴ Podobné vnímání člověka užívá např. Baštecká; Baštecká B. a kol. : Terénní krizová práce (Praha 2005), str. 79.

⁵ Cit. in : Říčan P. : Psychologie náboženství (Praha 2002), str. 156.

⁶ V této souvislosti bych rád odkázal na práce Říčan et al. 2008 ; Koutek et al. 2003, str. 43.

ale namíste zmínit, že jedinec po prožité traumatické události může zpravidla být ovlivnitelnější, zranitelnější a křehčí, tudíž také náchylnější k různým formám manipulace, čehož mohou někteří jedinci či uskupení využít pro saturaci vlastních cílů a potřeb. Zejména manipulace ve jménu víry, náboženství či jak to chcete pojmenovat může být v těchto situacích velmi „funkční“ a zrádná. Vždyť kdo z nás by nechtěl v tíživých chvílích našich životů, aby nám někdo dal „jasné“ a „pravdivé“ vysvětlení toho, co se nám děje, ujistil nás, že „to má smysl“ a dal nám „instantní návod na život a spásu“? V takových chvílích bývá někdy těžké odhalit, zda-li podepisujeme smlouvu s Bohem či d'áblem.

V literatuře se můžeme setkat také s pojmem duchovní zdraví⁷ (*spiritual health*). Bylo zjištěno, že „je užitečné nazírat techniky jako meditace, imaginace a podobné jakožto nástroje, které mohou pozvednout naše spirituální/duševní zdraví skrze sebe uvědomění si, spojení s ostatními a uvědomění si významu a smyslu našeho života než je vidět jako pouhé povrchní techniky redukující stress, které jen pomáhají uklidnit se či uniknout od problémů“⁸

Duchovní stránka člověka byla za komunistického režimu potlačována, jakožto náboženství a církve obecně, ovšem po pádu tohoto režimu je opět chápána jakožto základní a legitimní část člověka, což lze spatřovat mimo jiné i např. v opětovném objevení se nemocničních a vězeňských kaplanů či v zařazení duchovních do týmů Posttraumatické intervenční péče pro PČR ČR v rámci resortu Ministerstva vnitra České republiky. Dnešní situace je tak výzvou pro všechny, jak pro církve tak pro společnost obecně, což velmi dobře reflektuje např. pastorální konstituce II. vatikánského koncilu o církvi v dnešním světě *Gaudium et spes*.

Dle mého názoru je tedy nutné počítat ještě se čtvrtým typem primární újmy a to s újmou religiózní (duchovní). Pokud přistoupíme na existenci této čtvrté primárně viktimizační rány, pak je důležitost duchovních v rámci různých systému poskytování tzv. psychosociální péče nasnadě. Z výše uvedeného je také zřejmé, že duchovenská péče a psychologická péče jsou v mnohém příbuzné, jejich kombinace může být velmi nosná, ale nikdy nemůže jedna nahradit druhou! Každá se totiž zabývá specifickou stránkou člověka a nelze se domnívat, že psychologie může plně nahradit teologii a teologie psychologii.

Podívejme se tedy blíže na možnosti využití duchovních v rámci těchto systémů. Vyjdu zejména z poznatků o fungování duchovní v rámci PIP PČR, kde jsou duchovní začleněni do roku 2002. De facto po devítiletém fungování v těchto týmech jsme na celorepublikovém setkání tzv. policejních kaplanů, které proběhlo 8. a 9. dubna 2011 A.D. v benediktinském klášteře v Praze na Břevnově, specifikovali možnosti a/či situace, ve kterých je možné uplatnit službu duchovních. I když jsme vycházeli z koncipování těchto služeb v rámci PČR, zajisté je možné je uplatnit i v jiných institucích (zejména v rámci IZS).

⁷ S tímto souvisí, že většina lékařů souhlasí s tvrzením, že víra je pro člověka důležitá a že náboženství může být obecně prospěšné pro duševní (časopis Professional Psychology : Research and Practice in : Nevěřící psychologie, časopis Psychologie dnes, ročník 14., 2008, č.3, str.25)

⁸ Hawkes S.R., Hull M.L., Thulman R.L., Richins P.M. : Review of Spiritual Health : Definition, Role, and Intervention Strategies in Health Promotion; American Journal of Health Promotion 9(1995): 371-78, cit. in : Greenberg J.S. : Comprehensive Stress management (Dubuque/IA 1999), str. 87.

Jedná se zejména o : etické vzdělávání; vstup do programu vzdělávání policistů s informacemi o významu duchovní služby v posttraumatické intervenci; pietní a bohoslužebná podpora; konzultace v otázkách trestního řízení ve vztahu k náboženství; intervize; přímělná modlitba; praktické zkušenosti z pohledu své práce; osvěta; kontakty na externí organizace; asistence při oznamování nepříjemné události (úmrtí); zprostředkování podpory (most do komunity); předcházení negativním formám manipulace (vliv tzv. sekt, etc..).

Důležité je zdůraznit, že duchovní neslouží pouze věřícím, ale všem lidem bez rozdílu vyznání (tedy i tzv. ateistům). Jejich služba je právě někdy naopak mnohem více prospěšná člověku „bez vyznání“ (hledajícímu).

Na rozdíl od našich bratrů a sester ve vězeňství, armádě či v některých nemocnicích, nemáme možnost tzv. služby přítomností, tedy tím, že je duchovní na místě k dispozici i mimo mimořádnou situaci, čímž se poněkud snižují jeho možnosti.

Funkce duchovního je v týmech PIP PČR specifickou a nezaměnitelnou. Naopak se ukazuje, že úzká spolupráce mezi duchovními a psychology může vést k zefektivnění jak práce tzv. outdoor (aneb při mimořádných událostech), tak i k fungování týmu, průběžného vzdělávání a jeho psychohygieně.

Pevně věřím, že s Boží pomocí si duchovenská služba najde svá další místa, kde bude moci sloužit a přispívat ke zdatu díla.

Seznam použité literatury

- [1] BAŠTECKÁ a kol. : *Terénní krizová práce*, Grada, Praha 2005, ISBN 80-247-0708-X
- [2] BREČKA T. A.: *Vybrané kapitoly z psychologie katastrof*, nakl. Triton, Praha 2009, ISBN 978-80-7387-330-1
- [3] ČÍRTKOVÁ L.: *Policejní psychologie*, nakl. Aleš Čeněk, Plzeň 2006, ISBN 80-86898-73-3
- [4] *Gaudium et spes, pastorální konstituce o církvi v dnešním světě*; Dokumenty II. vatikánského koncilu, Karmelitánské nakladatelství, Kostelní vydří 2002, ISBN 80-7192-438-5
- [5] GREENBERG J. S. : *Comprehensive Stress management 6. th.ed.*, McGraw-Hill, Dubuque/IA 1999, ISBN 0-697-29434-X
- [6] HARSA P., ŽUKOV I., CSÉMY L.: *Možnosti posuzování a měření agresivity u psychiatrických pacientů*; in : Quo vadis, psychiatria? Sborník přednášek a abstrakt VII. sjezdu České psychiatrické společnosti s mezinárodní účastí, nakl. Galén, Praha 2008, str. 35-37., ISBN 978-80-7262-567-3
- [7] KOUTEK J., KOCOURKOVÁ J.: *Sebevražedné chování*, Portál, Praha 2003, ISBN 80-7178-732-9

[8] *Nevěřící psychologie*, časopis Psychologie dnes, ročník 14., 2008, č. 3, str. 25, ISSN 1212-9607

[9] ŘÍČAN P.: *Psychologie náboženství*, Portál, Praha 2002, ISBN 80-7178-547-4.

[10] ŘÍČAN P., JANOŠOVÁ P.: *Eticko-spirituální aspekty zvládnání vzteku u dospívajících chlapců a dívek*, Československá psychologie, roč. LII, r. 2008, č. 2, str. 105-119.

Kontakt na autora

Mgr. Tibor A. Brečka; duchovní CČSH ve spec. sl.; policejní kaplan při PIP PČR Středočeského kraje; psychoterapeut; generální sekretář Křesťanské policejní asociace;
GSM +420777668171; e-mail: tibor.brecka@seznam.cz

PRAVIDLÁ KONŠTRUKCIE PROJEKTU VÝSKUMU SOCIÁLNEHO JAVU VO VÝUČBE VEREJNÉHO ZDRAVOTNÍCTVA

Doc. PhDr. Darina Brukkerová, MPH, PhD.¹, PhDr. Renata Knezović, PhD.²

¹Katedra sociológie, Slovenská zdravotnícka univerzita, Bratislava,

²ÚSL a LE, LF UK Bratislava

Abstrakt:

Cieľom príspevku je zdôvodniť potrebu prípravy poslucháčov na analýzu sociálneho javu pomocou sociologického inštrumentária koncepčným postupom, pri ktorom poslucháč predstavuje svoju prípravu na analýzu prezentáciou projektu výskumu. Predpokladom stavby projektu je znalosť potreby systematického členenia a racionalizácie všetkých zložiek výskumu.

Kľúčové slová: výučba verejného zdravotníctva, sociologická analýza sociálneho javu, projekt výskumu, prezentácia projektu výskumu

Abstract:

Aim of this paper is to justify the need of preparing the audience to analyze social phenomena using sociological conceptual instrumentation and procedure whereby the listener presents its preparation for analysis by presentation of the research. Presumption of structure of project is knowledge of the needs of systematic organization and rationalization of all components of the research.

Key words: teaching of public health, sociological analysis of social phenomena, research project, presentation of research project

Úvod:

Predmety zamerané na **sociologickú analýzu sociálneho javu týkajúceho sa zdravia, choroby alebo zdravotníctva**, sú projektované pre rôzne druhy štúdií v rôznom rozsahu. Základným cieľom štúdií, spoločným pre všetky odbory je získanie informácií a zručností pre prípravu na výskum a jeho realizáciu.

Zdravie a choroba ako spoločenský jav je predmetom empirických častí veľkého počtu absolventských prác študentov ošetrovateľstva a verejného zdravotníctva, aj keď ich názov neobsahuje označenie „výskum“, alebo „sociologická analýza“.

Definovanie, meranie a hodnotenie spoločenských javov, súvisiacich so zdravím a chorobou, s poskytovaním zdravotnej starostlivosti, s podporou zdravia, s diagnostikou a liečbou sa uskutočňuje bez ohľadu na to, či sa používa zodpovedajúce označené „sociologické inštrumentarium“.

Cieľom výučby sociológie a predmetov, ktoré sa zameriavajú na manažment vysokoškolskej práce, je v rôznych rozsahoch, rôznymi metódami predstaviť konštrukciu výskumnej optiky sociologickej analýzy sociálneho javu s pravidlami, ktoré určujú používanie sociologického inštrumentária - t.j. sociologického prístupu, pojmov a metód a techník.

Zámerom výučby sociológie je zabudovanie poznatkov zo sociológie do profilu absolventa štúdia, pochopenie a používanie sociologického pohľadu na definovanie problému, ale jej cieľom je aj odradiť od použitia vytrhnutých techník bez poznania

Potreba analýzy sociálnych javov

Organizácii sociologickej analýzy predchádza získanie informácií a vedomostí, ktoré umožnia pochopenie možnosti a potreby získať korektné informácie pomocou sociologickej analýzy sociálneho javu – využitím inštrumentária sociologického výskumu. Kladenie otázok pomocou výskumnej metodiky má byť až dôsledkom presvedčenia, že sociologický výskum je práve to inštrumentarium, ktoré umožní analýzu konkrétneho sociálneho javu na takej kvalitatívnej a kvantitatívnej úrovni, ktorá garantuje relevantné výsledky. V spoločenskej praxi sa často stretávame s takými „sociologickými výskumnými“ projektmi, ktoré nedodržiavajú pravidlá vedeckého, výpovedného korektného výskumu.

Kompetencie používať sociologické inštrumentarium

Cieľom pedagogického pôsobenia v predmete „sociológia“ je naučiť poslucháčov štúdia verejného zdravotníctva, ošetrovateľstva a budúcich sociálnych pracovníkov, o používaní sociologického inštrumentária toľko, aby pomocou sociologickej imaginácie uvideli a pochopili princípy korektnej sociologickej analýzy sociálneho javu pomocou sociologických metód a techník, aby sa naučili používať inštrumentarium sociologického výskumu na analýzu sociálneho javu a využívať produkty sociologickej analýzy.

Preto je často cvičné projektovanie výskumu komplikovaného sociálneho javu považované za mimoriadne náročné, alebo veľmi ťažko zvládnuteľné.

Primárnym výučbovým cieľom a zámerom pedagogických aktivít je naučiť poslucháčov projektovať analýzu sociálneho javu – vytvoriť **projekt výskumu**.

Tvorba projektu výskumu

Systém „optimálnych krokov stavby projektu výskumu“ obsahuje:

- **zabezpečenie objemu informácií, vedomostí a zručností výskumníka,**
- **analýzu možností, obmedzení, podmienok a determinantov konkrétnej sociologickej analýzy sociálneho javu,**
- **definovanie sociálneho problému ako problému sociologického,**
- **formulovanie výskumnej otázky a otázok respondentom,**
- **cieľový krok prípravnej fázy sociologického výskumu – projekt výskumu.**

Projekt výskumu (analýzy sociálneho javu) je produktom prípravnej fázy, ktorá začína potvrdením možností zabezpečenia a uskutočnenia analýzy sociálneho javu. Prvým

predpokladom tvorby je zabezpečenie informácií, vedomostí a zručností výskumníka, resp. výskumného tímu. Vychádza z **cieľa analýzy a zo základnej definície sociologickej analýzy sociálneho javu.**

Sociologický výskum je špecifický celok bádateľských úkonov slúžiacich na preskúmanie stanoveného výseku sociálnej skutočnosti s použitím na tento cieľ spravidla osobitne zozbieraného materiálu s opieraním sa o pojmy s priamym empirickým krytím.

Predpokladom stavby projektu musí byť **znalosť potreby systematického členenia a racionalizácie všetkých zložiek výskumu.** Len na základe poznania štruktúry a podmienok poznávacieho procesu možno pristúpiť k ďalším krokom.

Po zabezpečení predpokladov je nevyhnutné poznávať a **definovať podmienky, možnosti a obmedzenia konkrétneho sociologického výskumu.** Situovať predmet výskumu do modelu sociálnej skutočnosti a vybudovať teoretické východiská výskumu. Vydiferencovať problémovú situáciu so zreteľom na jej podmienenosť štruktúrnú a dynamickú.

Problémová situácia po analýze súčasného stavu poznania problému získa vo svetle existujúcich poznatkov a predbežnej expertízy jasnejšie charakteristiky. Vyplynie určenie charakteristík, vyčlenenie momentov, ktorých vysvetlenie vyžaduje nové informácie. Produktom poznávacích postupov je hypotetické stanovenie premenných veličín, ich **identifikácia a operacionalizácia ich pojmov.**

Predpokladom **formulácie základnej otázky a tvorby otázok pre respondenta** je znalosť základných poznatkov z teórie otázky.

Okrem problémov so stavbou výskumnej otázky a otázok pre respondenta je nevyhnutné predpokladať podmienku **kompetencie respondenta a zabezpečiť v rámci inštrumentária inštalovanie jej merania.**

Zvládnutie kreačných a rutinných prvkov pri tvorbe výskumnej otázky je umocnené potrebou špecifického jazyka, alebo prístupu k skupinám respondentov podľa ich charakteristík. Komunikácia so špecifickým respondentom bez zohľadnenia komunikačných špecifik skresľuje hodnotu analýzy.

Hodnota a funkcia jednotlivých znakov a indikátorov pri tvorbe otázok respondentom musí byť vopred jasne definovaná, podľa ich dôležitosti a využiteľnosti sú zaradené do systému inštrumentária. Každý metodologický celok má svoj vlastný systém, ktorý obsahuje **vnútorný mechanizmus kontroly**, resp. delenia podľa vybraných vlastností.

Odpoveď respondenta (každá správa a informácia) ako produkt komunikácie je ovplyvnená **podmienkami komunikácie**, aj keď boli definované v zmysle cieľa výskumu. Tie je potrebné

znovu zhodnotiť po použití metodologického inštrumentária, kontrolovať najmä pochopenie otázok, resp. odhaliť abnormality pri voľbách alternatív odpovedí.

Kontrola inštrumentária sa uskutočňuje aj z aspektu zabezpečenia spoľahlivosti (reliability).

Reliabilita je miera schopnosti dotazníka rozlíšiť rozsah, do ktorého premenná fluktuuje ako výsledok chyby merania, na rozdiel od skutočnej zmeny, ktorú vykazuje objekt merania.

Item Assesment (zhodnotenie položiek) berie do úvahy fakt, že obsah každej položky nemá rovnakú hodnotu. Pozitívna odpoveď na jednu položku môže byť pre cieľ výskumu ďaleko významnejšia ako odpoveď na otázku inú.

Validita – platnosť vyjadruje účinnosť, s ktorou merací inštrument meria to, čo je cieľom merania. Je funkciou troch premenných: relevancie - /závažnosť/ - či dotazník získava taký typ informácií, aký má získať, kompletnosti – či dotazník získava všetky závažné informácie a presnosti – miera dôvery každej otázke, indikuje korektnosť odpovedí.

Používanie batériových otázok, resp. združených, syntetických indikátorov je určované v zmysle cieľa výskumu.

Projekt je posledný krok prípravnej fázy sociologického výskumu.

Plán výskumných operácií je podmienkou na vypracovanie úvodného projektu výskumu. Časti tohto plánu, sú zostavené podľa rozpisu so zreteľom na vzájomnú nadväznosť.

Významnou súčasťou prípravnej fázy výskumu je **predbežný výskum** (pilot study). Jeho funkciou je predovšetkým odskúšanie kompletného inštrumentária, odskúšanie komunikačných ciest, určenie obmedzení, overenia jasnosti otázok, zosúladenia všetkých krokov. V prípade väčšieho projektu sa odporúča vypracovanie **plánu operácií**.

V poznávaní sociálneho javu tvorí **kvantitatívny a kvalitatívny výskum** dve strany jednej mince. Kvantitatívny výskum javy detailne a presne popisuje, kvalitatívny výskum umožňuje pochopiť, čo bolo popísané a čo presný popis znamená. Kvalitatívny či kvantitatívny výskum v praxi v "čistej" forme neexistuje, pretože poznanie nemôže byť obmedzené na definovaný okruh premenných a ich meranie na jednej strane a na hĺbkový popis a správnu interpretáciu na strane druhej. Výskumník vyberá charakteristiky javu, vlastnosti a súvislosti, ktoré označuje ako potrebné skúmať a iné, ktoré v daný okamih považuje za nedôležité. Toto hodnotenie a výber sú samozrejme spojené s poznaním ďalších súvislostí skúmaného problému a jeho zložiek na najrôznejších úrovniach, ale i s osobnými skúsenosťami a hodnotovými orientáciami, ba dokonca s výskumníkovou intuíciou. Výskumník analyzuje a hodnotí jednotlivé zložky skúmaného problému **pri definovaní predmetu a cieľa výskumu, pri formulácii hypotéz, operacionalizácii teoretických pojmov a stanovení ukazovateľov, pri škálovaní a výbere výskumných techník**.

Pokiaľ má byť výskumný proces objektívny, je nutné aby výskum nebol podriadený iba prianiam a predstavám výskumníkov a zadávateľov. A ak je v analýze problému a v konštrukcii technického aparátu subjektivita neprekonateľná, je nutné zabezpečiť inými

nástrojmi a postupmi objektivizáciu, prípadne kontrolu. **Objektivizácia výskumných postupov je neoddeliteľnou súčasťou každej jednotlivej výskumnej činnosti.**

Konštrukcia projektu výskumu musí obsahovať: **úvod a stanovenie výskumného problému, aplikáciu výsledkov výskumu, definovaný predmet a cieľ výskumu. Vymedzenie premenných veličín a operacionalizáciu pojmov** (Vymedzenie základnej metodologickej jednotky, nezávisle premenných veličín, závisle premenných veličín, určenie základných dimenzií skúmania javu.

Záver

Cieľom príspevku je vysvetliť potrebu prípravy poslucháčov na analýzu sociálneho javu pomocou sociologického inštrumentária koncepčným postupom, pri ktorom poslucháč v niekoľkých štádiách predstavuje svoju prípravu na analýzu.

Posledným krokom prezentácie prístupu – konštrukcie výskumnej optiky je prezentácia a obhajoba zvolenej výskumnej optiky.

Oným posledným krokom prípravnej fázy je prezentácia projektu výskumnej práce.

Sme presvedčení, že poslucháč by sa mal v priebehu svojho štúdia pripravovať na záverečnú prácu najskôr prípravou a prezentáciou projektu.

Tak, ako si každý výskumný problém vyžaduje špecifický prístup výskumníka, tak ako každý výskum musí mať definovanú štruktúru krokov v zmysle cieľa výskumu, musíme zohľadňovať možnosti, zručnosti a potreby výskumníkov, ich vedúcich prác, alebo vedúcich pracovísk. Preto aj konštrukcia projektu bude závisieť predovšetkým od druhu práce, cieľa práce, od zručností výskumníka a školiteľa, od zvyklostí pracoviska, pre ktoré sa výskum vykonáva.

Preto považujeme za potrebné, aby súčasťou vysokoškolskej výskumnej práce bola prezentácia a obhajoba výskumného projektu, v ktorej autor predstaví svoje predstavy najmä o cieľoch, metódach, výstupoch a najmä o predpokladaných možnostiach práce.

V tomto štádiu má zmysel iniciovať zmenu pohľadu na vybraný predmet záujmu, prípadne uvažovať o použití iných metód, alebo stanovení iných cieľov. Diskutovať o vhodných metódach, alebo prístupoch v štádiu zberu informácií, nemá zmysel. Prezentáciou práce umožníme zvýšiť informovanosť poslucháčov o zručnostiach kolegov a najmä naučiť sa niečo o tých oblastiach problematiky, v ktorých sám nemá skúsenosti.

Kontakt na autorku

Doc. PhDr. Darina Brukkerová, PhD., MPH

SZU Bratislava

darina.brukkerova@szu.sk

ANALÝZA KOMPLETNÍ PÉČE O UMÍRAJÍCÍ

Mgr. Kateřina Čermáková, DiS.

Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií.

Abstrakt

Príspevek prezentuje výsledky výzkumu v péči o umírající pacienty ve zdravotnických institucích v Pardubickém kraji. Problematiku samotnou analyzují všeobecné sestry, které pečují o umírající pacienty v různých zdravotnických zařízeních (LDN, nemocnice okresního typu, hospic, domov pro seniory). Pro daný výzkum byly stanoveny 4 pracovní hypotézy, které byly statisticky ověřeny Testem nezávislosti. Výzkumné šetření bylo realizováno formou standardizovaného dotazníku. Výsledky šetření poukazují na mnoho pozitivních i negativních zjištění.

Klíčová slova: bolest, hospic, paliativní péče, pečující, ošetrovatelská péče, rodina, smrt, těžce nemocný, pacient, umírající, péče o pečující, sestra, sociální pomoc.

Abstract

The presentations presents results of research in the care of dying patients in medical institutions in the Pardubice's region. The issue itself analyze general nurses caring for dying patients at various health facilities (LDN, hospital, hospice, home for the elderly). For this part was established four working hypothese that have been verified by a statistical Test of indepedence. The research project was being proceeded by means of standardized questionnaire. It's results refer to many positive and negative things.

Key words: pain, hospice, palliative care, caregiver, nursing care, family, dead, seriously ill patients, dying patient, care of caregivers, nurse, social assistance.

Život každého z nás jednou přirozeně dospěje ke svému konci, završení života, smrti. Je to věc naprosto přirozená, přesto nesmírně citlivá, vnímavá a smutná. Problematika smrti je opravdu velmi silnou a působivou veličinou zejména proto, že se netýká jen samotného umírajícího, ale všech blízkých kolem něj. Ani dnes, v době, kdy je této problematice věnována větší pozornost, nedokážeme podat přesný návod, jak postupovat, setkáváme – li se s umírajícími, s rodinou umírajícího....

Všichni naši umírající, přestože jejich potřeby se mohou velmi lišit, potřebují velmi citlivou a přísně individualizovanou péči. Nebudeme – li na tuto situaci nahlížet a přistupovat k ní s patřičnou úctou a respektem, nikdy nezajistíme umírajícímu důstojně, v klidu a pohodlí zemřít. Nelze podat přesný návod jak postupovat, setkáme-li se s lidmi, kteří trpí či umírají. Nikomu nelze nařídít, aby byl obětavý, aby důvěřoval a zachoval si odvalu i tehdy, když nebude vědět jak dál. Vždy bychom jako prioritu měli mít však jednu věc a to,

respektovat přání a potřeby konkrétního člověka. On je ten, kterému mohou zbývat poslední dny či hodiny života a mi mu můžeme pomoci tyto dny a hodiny prožít!

Péče o umírající pacienty prošla velkým rozvojem. Sledujeme návrat umírání do domácího prostředí. Většina zdravotnických zařízení změnila postoj a celou filozofii procesu umírání. Již neumíráme za plentou, osamoceni. Máme dostatek pomůcek pro zajištění pohodlí pacienta, máme výborné možnosti tlumení bolesti. Je však naše poskytovaná péče opravdu kvalitní? Děláme pro umírající opravdu vše, co můžeme?

Príspevek prezentuje výsledky výzkumu v péči o umírající pacienty ve zdravotnických institucích v Pardubickém kraji. Problematiku samotnou analyzují všeobecné sestry, které pečují o umírající pacienty v různých zdravotnických zařízeních (LDN, nemocnice okresního typu, hospic, domov pro seniory). Pro daný výzkum byly stanoveny 4 pracovní hypotézy, které byly statisticky ověřeny Testem nezávislosti. Výzkumné šetření bylo realizováno formou standardizovaného dotazníku. Výsledky šetření poukazují na mnoho pozitivních i negativních zjištění.

Za pozitivní lze považovat možnost zapojení umírajícího i jeho rodiny v rozhodování o péči o něj. Dále lze za pozitivní považovat snahu personálu zajistit přítomnost rodiny nebo blízkého člověka u umírajícího v co nejvyšší možné míře. Do péče o umírající jsou cca v 50 % zařízení zapojeni psychologové, sociální pracovníci, duchovní a dobrovolníci. Co se týče problematiky bolesti, tak dle výsledků, každodenní monitoring bolesti je častější na odděleních typu JIP a ARO. Respondentů, kterých uvedlo mezi způsoby tlumení bolesti na jejich pracovišti nefarmakologické metody, bylo minimum. Z výzkumu lze také spatřit, že pečující se na zdravotní personál obrací velmi často s žádostí o radu. Tento fakt není sestrami však negován, ale naopak se většina domnívá, že pečujícím dokážou pomoci.

Za negativní zjištění lze považovat stále nedostatek informačních materiálů pro pečující v domácím prostředí. Sestry jako problém udávají komunikaci s umírajícími a také nedostatky v poskytování kulturně shodné a citlivé péče. I v této oblasti lze pozorovat výrazný nedostatek informačních materiálů. Dále z výzkumu vychází minimální využívání konceptu bazální stimulace u umírajících pacientů.

Doporučení z výzkumu práce pro praxi:

- 1) Zajistit odborné semináře a vzdělávací kurzy pro sestry ve zdravotnických zařízeních.
- 2) Na Fakultě zdravotnických studií Univerzity Pardubice zapojit do sylabu předmětu Řízení péče o terminálně nemocné přednášku o problematice multikulturních aspektů v péči o umírající. Vytvořit výukovou prezentaci.
- 3) Na Fakultě zdravotnických studií Univerzity Pardubice zapojit do sylabu předmětu Paliativní ošetrovatelství cvičení v oblasti komunikace s umírajícím a nácvik konceptu Bazální stimulace u umírajících.

Seznam použité literatury

- [1] GULÁŠOVÁ, I.: Bolest jako ošetrovatelský problém. Martin: Osveta, 2008. ISBN978-80-8063-288-5
- [2] MARKOVÁ, A.: HOSPIC DO KAPSY. Příručka pro domácí paliativní týmy. 1.vyd. Praha: Cesta domů,2009.100str. ISBN 978-80-254-4552-5
- [3] MARKOVÁ, M.: Sestra a pacient v paliativní péči. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2010. 128 str. ISBN 978-80-247-3171-1
- [4] RALBOVSKÁ, R.: Multikulturní přístup pro pomáhající profese. VSZSP SV. Alžběty Bratislava, EVC Praha, 2010. 102 str. ISBN 978-80-87386-02-6
- [5] SLÁMA, O., KABELKA, L., VORLÍČEK, J.: Paliativní medicína pro praxi. 1. vyd. Praha: Galén, 2007. 362 str. ISBN 978-80-7262-505-5
- [6] VORLÍČEK, J., ADAM, Z.: Paliativní medicína. 2. vyd. Praha: Grada Publishing, Praha, 2004. 544 str. ISBN 80-7169-437-1

Kontakt na autora

Mgr. Kateřina Čermáková, DiS.

Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií, Katedra ošetrovatelství

katerina.cermakova@upce.cz

PREŽÍVANIE SENIORSKÉHO VEKU V ZARIADENÍ SOCIÁLNYCH SLUŽIEB

PhDr. Mgr. Eva Dirgová, PhD.

KSVaSNC PF KU Poprad

Abstrakt

Starý človek aj v jeseni života zostáva človekom, je jedinečným a neopakovateľným, má ľudskú dôstojnosť. Vie, že na zemi nežije sám, že ho obklopuje spoločenstvo iných ľudí. Svoju veľkosť prežíva pri stretnutí s iným človekom, pri stretnutí so sebou samým a najmä v hraničných situáciách života a smrti.

Kľúčové slová: Starý človek. Starnutie. Spoločnosť.

Abstract

Old man remains a man even in the autumn of life, is unique and nonrecurring, and has a human dignity. He knows he does not live on Earth alone, that a community of other people surrounds him. He lives his greatness with encounter with other man, with encounter with himself and mostly in borderline situations of life and death.

Key words: Old man. Aging. Society.

Úvod

V spoločnosti by mali mať svoje miesto nielen mladí, ale rovnako aj starí ľudia a životné skúsenosti a múdrosť starých ľudí by mali byť vyvážené aktivitou mladých ľudí.

V živom organizme počas života dochádza k množstvu zmien a staroba je prirodzeným procesom završujúcim biologický vývin človeka. Staroba a starnutie je problémom individuálnym i spoločenským. Problematika staroby má biologickú, sociálnu a psychologickú stránku. Nárast počtu staršieho obyvateľstva vedie k zvýšeniu pozornosti k otázkam starnutia.

Seniori v spoločnosti

Sociálny status starších ľudí je nízky a sú im pripisované negatívne osobnostné vlastnosti a nízke kompetencie. Ako sme spomenuli, je dôležité, aby spoločnosť prijala starobu, pretože seniori tvoria jej neoddeliteľnú súčasť. Cieľom spoločnosti nemá byť segregácia starších a starých ľudí, ale ich integrovanie do spoločnosti. Túto integráciu zabezpečia správne sociálne vzťahy, interakcie medzi generáciami, nemalá dávka tolerancie, keďže k starším ľuďom nemožno pristupovať ako k objektom, ktorými manipulujeme, ale oni sami majú rozhodovať o svojich záležitostiach. [1] Ak model integrácie nefunguje dobre, dochádza k izolovanosti a bezmocnosti. Starší človek má pocity neistoty, úzkosti, pocit odcudzenia od spoločnosti. Každá vyspelá spoločnosť venuje v súčasnosti pozornosť ľuďom

tretieho a štvrtého veku, pretože ich počet v populácii narastá. Využívajú sa tiež tzv. programy prípravy na starobu a starnutie.

Úroveň spoločnosti sa posudzuje podľa toho, ako sa spoločnosť dokáže postarať o svojich starých, chorých členov v nepriaznivých situáciách. Stratou starších ľudí stráca spoločnosť bohatstvo skúseností, vedomostí tvorivého potenciálu. V súčasnosti je postoj spoločnosti k starším ľuďom skôr negatívny. Staroba sa chápe ako obdobie chátrania, zníženej kompetencie osobnosti. Starší ľudia predstavujú malý alebo žiadny ekonomický prínos pre spoločnosť. V dôsledku toho dochádza k diskriminácii starých ľudí v spoločnosti, o ktorej hovorí teória *ageizmu*. Ide o postoj, ktorý vyjadruje presvedčenie o nízkej hodnote a nekompetentnosti staroby, odráža sa v podceňovaní starých ľudí a prejavom odporu k starobe.

K významným sociálnym aspektom patrí vzťah k starším ľuďom k rôznym sociálnym skupinám, najmä k rodine. K ďalším sociálnym aspektom patrí zdravotné a sociálne zabezpečenie starších ľudí, životný štýl, zmena spôsobu trávenia voľného času a pod.

Životný štýl seniorov

V rámci životného štýlu seniora hovoríme o dvoch modeloch sociálneho správania sa seniora. Prvým z nich je *teória neangažovanosti*, ktorá je akceptovaná priaznivcami pokojného života, bez stresov, bez termínov s relaxačnou náplňou a konzumáciou médií. Druhým je *teória aktivity*, ktorá predstavuje ciele životné aktivity až do vysokého veku. Rôzne výskumy pritom ukázali, že zmena životného programu po vstupe do dôchodku vedie k výberu jednej alebo k dvom uprednostňovaným činnostiam, tzv. bazálnym aktivitám.[2]

Existujú dve základné teórie preferovania životného štýlu v starobe. Prvým spôsobom je životný štýl v zmysle *teórie odcudzovania*, podľa ktorej kontakty ľudí so svetom sa stávajú stále menej častými, čo môže na jednej strane spôsobovať stratu partnerov a priateľov po vstupe do dôchodku. Druhým spôsobom životného štýlu v starobe je život v zmysle *teórie aktivity*, ktorá zdôrazňuje, že starší ľudia majú zostávať čo najaktívnejší, lebo životná spokojnosť je najvyššia u starších ľudí, ktorí sa aktívne zapájajú do spoločenských aktivít.[4] Teória aktivity hovorí, že pokiaľ nemá senior zdravotné problémy, má zostať po všetkých stránkach plne aktívny a teória odcudzovania, naopak tvrdí, že starnúci človek sa má v predstihu pripravovať na vstup do dôchodku a odchod zo spoločnosti.

Dôležitým sociálnym aspektom, ktorý ovplyvňuje život staršieho človeka, je vstup do dôchodku. Vstup do dôchodku nevyhnutne súvisí so sociálnymi aspektami, preto je v rámci kontinuity pohľadu potrebné zdôrazniť jeho význam.

Ďalším činiteľom je strata životného partnera či partnerky, ktorá postihuje v dôsledku rôznej strednej dĺžky života u oboch pohlaví oveľa častejšie ženy ako mužov. Existujú dôkazy o tom, že dopad tejto straty závisí od toho, či bola očakávaná. Strata partnera nie je natoľko stresujúcou, ak zosnulý bol dlhodobo chorý. Starší ľudia sa so stratou vyrovnávajú lepšie ako mladší, pretože sú na smrť partnera lepšie pripravení. Ovdovenie má negatívny dopad na životnú spokojnosť mladších ľudí než starších, pretože v starobe je ovdovenie skôr tolerované, keďže väčšina rovesníkov je na tom rovnako, a teda nie je to neočakávaným javom. Zo strany spoločnosti ide predovšetkým o to, aby spoločnosť prijala starobu ako

realitu a staršiu populáciu ako svoju neoddeliteľnú súčasť. [3] Staršia populácia nesmie zostať bez roly. Cieľom nie je segregácia, ale integrácia seniorov. Ide o program stáleho uplatňovania ľudí, uvedomenie si, že i staroba potrebuje šance a to tým viac, že má svoje ťažkosti. So starobou je možné zaobchádzať ako s kameňom - môže sa nechať valiť na spoločnosť a robiť jej problémy, alebo sa môže použiť ako súčasť pevnej stavby spoločnosti.

V súvislosti so sociálnymi aspektami starnutia súvisí aj zdravotný stav obyvateľstva.

Sociálne zázemie zohráva významnú úlohu pri zdravotných ohrozeniach populácie. Z ekonomického hľadiska je zdravie ovplyvnené nižším príjmom, rastúcou príjmovou nerovnosťou a redukovanými zdrojmi v systéme zdravotnej starostlivosti. Všetky tieto činitele na Slovensku pôsobia v smere rastu zdravotných ohrození (nedostatok zdrojov v rezorte, insolventnosť nemocníc či zdravotných poisťovní, nedostatok finančných prostriedkov na dopĺňanie za lieky u niektorých skupín populácie, a pod.). Prehlbuje sa nezáujem občanov o svoj zdravotný stav. Dôchodcovia si prestávajú kupovať lieky, lebo sú pre nich drahé. Vzniká tu nebezpečenstvo tzv. stresu z chudoby, ktorý vedie k chorobám a sociálno - patologickým javom, závislostiam napr. na alkohole a pod.. Ekonomický nedostatok spôsobuje, že ľudia, najmä seniori, nekupujú zdravé, ale lacné potraviny.

Je možné povedať, že pre úspešné starnutie je potrebné, aby sa starší človek prispôbil úbytku fyzických síl a zdravia, vyrovnal sa so smrťou životného partnera, so vstupom do dôchodku a poklesom príjmu, vytvoril si pozitívne vzťahy medzi známymi, aby vedel vychádzať v ústrety sociálnym a verejným požiadavkám. Tieto náročné úlohy je možné zvládnuť len vtedy, ak je človek vyváženou osobnosťou, s reálnymi životnými cieľmi, reálnym sebahodnotením a dostatočne širokou škálou záujmov. Základným krokom pre úspešné prežitie krízy starnutia je, aby človek prijal skutočnosť, že starne. Je nesprávne starobu iba znášať a pasívne sa jej poddávať. Je treba vedieť ju prijať a pozitívne sa na ňu pripravovať.

Kvalita života

Hodnotenie kvality života sa stáva jedným z hlavných postupov, ako plánovať a hodnotiť výsledky sociálnej a zdravotnej starostlivosti, ktorá je podmienená prístupom sociálnych a zdravotníckych pracovníkov ku klientom. Rozhodujúcou je spokojnosť, či nespokojnosť klienta.

Kvalita života je podmienená sociálnym postavením, ekonomickým zabezpečením a v neposlednom rade zdravotným stavom seniorov. No je zároveň subjektívnym prežívaním svojho stavu a môže byť dobrá i pri nepriaznivom vývoji zdravotnej situácie.

Pocit samostatnosti, schopnosti a možnosti rozhodovať o svojom osude je veľmi dôležitý pre psychickú rovnováhu a schopnosť vyrovnávať sa so záťažovými situáciami. Prioritou sociálnej práce vo všeobecnosti je preto nielen ochrana ľudského života, ale najmä udržanie prijateľnej kvality života každého jedinca. Je preto nevyhnutné venovať sa problematike adaptácie jedinca na starobu, ktorej cieľom je udržanie funkčnej rovnováhy medzi jedincom a prostredím, ktoré ho obklopuje.

Úspešnosť adaptácie na starobu je závislá na individuálnej, osobnej výbave jedinca, ale takisto na miere pomoci a podpory zo strany spoločnosti. Človek k životu a prežitiu potrebuje

druhých ľudí. [5] Sociálni pracovníci sa orientujú predovšetkým na medzigeneračné vzťahy a väzby, prípadne na ich deficit v živote starých ľudí a jeho dôsledky. Pozornosť sa venuje tiež otázke ekonomického zabezpečenia seniorov. Dostatočné ekonomické zabezpečenie umožňuje kvalitné prežívanie staroby.

Adaptačnú schopnosť seniorov znižuje tiež prítomnosť somatických ochorení, pričom platí, že riziko adaptačného zlyhania sa zvyšuje pri závažnom ochorení alebo strate mobility. Komplexná starostlivosť o občanov vyššieho veku zahŕňa preto aspekty zdravotnej, psychologickkej, ekonomickej i sociálnej starostlivosti. Rieši tiež otázku, či je štát schopný zabezpečiť aspoň minimálnu kvalitu života pre seniorov. Ide predovšetkým o poskytovanie služieb v štátnej sfére (domovy dôchodcov), ale i v neštátnej sfére (hospice, kluby dôchodcov, charita a pod.), prípadne v podobe dobrovoľných opatrovateľských služieb. Starý človek je často v dnešnej hektickej dobe dezorientovaný, stráca svoje vitálne fyzické i psychické schopnosti. Vyžaduje si určitú mieru nutnej pomoci pri zabezpečovaní nevyhnutných životných úkonov a návykov.

V dnešnej dobe sa predĺžila výška priemerného veku a staroba nadobudla novú kvalitu. Problematikou kvality ľudského života sa vo všeobecnej rovine zaoberá hlavne sociálna politika a sociológia, ktorá vhodnými legislatívnymi opatreniami vytvára predpoklady pre zabezpečenie minimálnej kvality života pre každého občana.

Starobu nemôžeme chápať len ako zmenu k horšiemu. Je to aj obdobie života s vlastnými kvalitami.

Je dôležité poukázať na právo na dôstojnú starobu a zamyslieť sa nad možnosťami, ako zmeniť súčasné vnímanie starých ľudí v spoločnosti. Aj starému človeku musíme ponechať právo rozhodovať o sebe a vlastnom živote, lebo ľudská dôstojnosť je nezávislá od veku či zdravia a práve preto človek nemôže siahnuť na dôstojnosť iného človeka.

Pri skúmaní kvality života, subjektívnych pocitov pri prežívaní seniorského veku sa často stretávame tiež s pojmom spiritualita. Spiritualita je jedným z atribútov kvality života. Vo svete sa dožíva staroby čoraz viac ľudí, ktorí túžia po kvalite života aj v tomto poslednom úseku života. Starnutie chápeme ako nezvratný biologický proces, univerzálny pre celú prírodu. Zachytáva celé bio-psycho-sociálno-duchovné spektrum života jedinca, pričom aj duchovný aspekt patrí k obrazu staršieho slovenského človeka. Spiritualita totiž nevyhnutne patrí do života seniora, dáva mu zmysel. Náboženskosť dopĺňa osobnosť staršieho človeka o vyrovnanosť so životom, o tzv. spokojnosť v duši, obohacuje ho o múdrosť, všeobecne platnú skúsenosť ľudstva a pod.

V duchu výzvy Svetovej zdravotníckej organizácie a jej programu Zdravie pre všetkých do roku 2000 je reálne usilovať o to, aby bol pri-dávaný život rokom, nie roky životu. Predĺženie aktívneho obdobia živo-ta si vyžaduje ďalšiu ponuku zmysluplných aktivít.

Spoločenský prístup k starobe má dva aspekty:

- prvým sú *potreby a záujmy* čoraz početnejšej skupiny seniorov, otázky zmysluplnosti a kvality ich života,

- druhým sú *sociálne ekonomické dôsledky starnutia populácie* vrátane ovplyvnenia hospodárskeho rozvoja a sociálneho zmieru.

Spoločenské opatrenia voči seniorskej populácii by mali byť komplex-né, koordinované, individualizované cielené, vychádzajúce z potrieb a prání seniorov, resp. čiastkových cieľových skupín a späť na tieto konkrétne subjekty účinne orientované za ich aktívnej spoluúčasti a cieľavedomej ochrany ich práv. Zdravotne sociálna problematika je len jednou časťou týchto komplexných opatrení. [11]

Sociálna starostlivosť a sociálna pomoc určená seniorom

O sociálnych službách môžeme povedať, že boli ustanovené na to, aby sa ľuďom, ktorí to potrebujú, poskytla pomoc. Sociálne služby predstavujú istý súbor činností, zameraný na uspokojovanie individuálnych alebo aj kolektívnych potrieb, ktoré sa vykonávajú inak, ako prevodom materiálnych statkov. [6]

„Sociálnou starostlivosťou rozumieme činnosť zameranú na pomoc pri uspokojovaní objektívne uznaných potrieb jednotlivca, skupiny či komunity, pričom sama sociálna starostlivosť môže byť zameraná na klienta alebo na sociálne prostredie, ktoré je svojím charakterom asociálne“. [7]

Starostlivosť o seniorov môžeme rozdeliť do troch úrovní:

✓ **starostlivosť o seniora v domácom prostredí -**

je to neinštitucionalizovaná pomoc, ktorú poskytujú odborníci v domácom prostredí,

✓ **sociálna starostlivosť o seniora v ambulantných podmienkach -**

táto starostlivosť sa zameriava predovšetkým na pomoc osamelým starším ľuďom bez rodinného zázemia,

✓ **ústavná, resp. polouštavná starostlivosť o seniora -**

poskytuje sa osobám vyššieho veku prevažne v domove dôchodcov a v domovoch – penziónoch pre dôchodcov. [8]

Domov dôchodcov je zariadenie ústavnej a sociálnej starostlivosti pre dôchodcov, v ktorom sa poskytuje komplexná starostlivosť (ubytovanie, stravovanie, liečebná prevencia, kultúrna starostlivosť, atď.) [9]

Sociálny systém vo vyspelých krajinách poskytuje seniorom sociálne služby ako nevyhnutnú súčasť pomoci. Poskytnutie starostlivosti by malo byť zabezpečené po stránke individuálnej, sociálnej, zdravotnej a hmotnej. V porovnaní s vyspelými európskymi krajinami u nás ešte stále prevládajú zariadenia, ktoré poskytujú zdravotnú pomoc.

Pri poskytovaní sociálnej pomoci nám pomáhajú sociálne služby, ktoré predstavujú:

Súbor činností, ktoré občanovi pomáhajú zabezpečiť základné životné podmienky, nadobudnúť sociálnu stabilitu a obnoviť sociálnu nezávislosť a suverenitu. Sociálne služby predstavujú rôzne činnosti, ktoré sú určené na pomoc ľuďom, ktorí sa ocitli v nepriaznivej

sociálnej situácii, nevedia si sami zabezpečiť základné životné potreby alebo potrebujú pomoc z iných závažných dôvodov. [10]

V podmienkach Slovenskej republiky sociálne služby upravoval **zákon č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách**, ktorý obsiahnejšie a detailnejšie popisuje sociálne služby, ktoré sú poskytované štátom. Podľa zákona 448/ 2008 o sociálnych službách je sociálna služba definovaná ako odborná činnosť, obslužná činnosť alebo ďalšia činnosť alebo súbor činností zameraných na:

- prevenciu vzniku nepriaznivej sociálnej situácie,
- riešenie alebo zmiernenie nepriaznivej sociálnej situácie,
- zachovanie, obnovu alebo rozvoj schopností osôb viesť samostatný život a na podporu ich začlenenia do spoločnosti,
- zabezpečenie nevyhnutných podmienok na uspokojenie základných životných potrieb občana,
- riešenie krízovej sociálnej situácie občana a rodiny,
- prevenciu sociálneho vylúčenia občana a rodiny .

Druhy sociálnych služieb definované Zákonom č. 448/2008 o sociálnych službách sú:

- **sociálne služby na zabezpečenie nevyhnutných podmienok na uspokojovanie základných životných potrieb v zariadeniach** - nocľaháreň, útulok, domov na pol ceste, nízkoprahové denné centrum, zariadenie núdzového bývania,
- **sociálne služby na podporu rodiny s deťmi** - pomoc pri osobnej starostlivosti o dieťa a podpora zosúladovania rodinného života a pracovného života, poskytovanie sociálnej služby v zariadení dočasnej starostlivosti o deti, poskytovanie sociálnej služby v nízkoprahovom dennom centre pre deti a rodinu,
- **sociálne služby na riešenie nepriaznivej sociálnej situácie z dôvodu ťažkého zdravotného postihnutia, nepriaznivého zdravotného stavu alebo z dôvodu dovŕšenia dôchodkového veku** - opatrovateľská služba, prepravná služba, sprievodcovská služba a predčitateľská služba, tlmočnická služba, sprostredkovanie tlmočnickej služby, sprostredkovanie osobnej asistencie, požičiavanie pomôcok,
- **sociálne služby s použitím telekomunikačných technológií** - monitorovanie a signalizácia potreby pomoci, krízová pomoc poskytovaná prostredníctvom telekomunikačných technológií,
- **podporné služby** - odľahčovacia služba, pomoc pri zabezpečení opatrovníckych práv a povinností, poskytovanie sociálnej služby v dennom centre, poskytovanie sociálnej služby v integračnom centre, poskytovanie sociálnej služby v jedálni, poskytovanie sociálnej služby v práci, poskytovanie sociálnej služby v stredisku osobnej hygieny.

Podľa zákona 448/ 2008 o sociálnych službách sa v zariadení pre seniorov poskytuje sociálna služba :

- fyzickej osobe, ktorá dovŕšila dôchodkový vek a je odkázaná na pomoc inej fyzickej osoby,
- fyzickej osobe, ktorá dovŕšila dôchodkový vek a poskytovanie sociálnej služby v tomto zariadení potrebuje z iných vážnych dôvodov.

Podľa zákona 448/ 2008 o sociálnych službách sa v zariadení pre seniorov poskytuje:

- pomoc pri odkázanosti na pomoc inej fyzickej osoby,
- sociálne poradenstvo,
- sociálna rehabilitácia,
- ošetrovateľská starostlivosť,
- ubytovanie,
- stravovanie,
- upratovanie, pranie, žehlenie a údržba bielizne a šatstva,
- osobné vybavenie,
- utvárajú podmienky na úschovu cenných vecí,
- zabezpečuje záujmová činnosť.

Predmetný zákon bol novelizovaný a časť pôvodných ustanovení nahradila novela – ide o zákon č. 551 / 2010 Z. z.

Prezentácia zistení zo zrealizovaného prieskumu vo vybranom sociálnom zariadení pre seniorov

Naším zámerom bolo zistiť názory seniorov – klientov vybraného sociálneho zariadenia a zaznamenať ich postoje k sociálnej starostlivosti v danom zariadení.

Zisťovali sme, aké sú postoje seniorov z pohľadu sociálnej starostlivosti o nich, či ich situáciu pomáha zlepšiť život v sociálnom zariadení, v čom sa prejavuje ich spokojnosť, resp. nespokojnosť s poskytovanou kvalitou sociálnych služieb.

Daný prieskum sme uskutočnili vo vybranom sociálnom zariadení, ktoré sa nachádza v Košickom samosprávnom kraji. Prieskum sme realizovali prostredníctvom dotazníka, ktorý bol anonymný. Seniori mali možnosť vybrať si z odpovedí tú, ktorá im najviac vyhovovala. Tí seniori, ktorí mali problémy s vyplňovaním dotazníka, nám ochotne odpovedali na otázky z dotazníka slovne. Niektorí z nich boli natoľko ochotní, že okrem vyplnenia dotazníka sa s nami aj osobne porozprávali a ohodnotili svoj život v danom zariadení.

Na zrealizovanie nášho prieskumu sme potrebovali prieskumnú vzorku, ktorú by tvorili ľudia starší ako 60 rokov, ktorí sa nachádzajú v sociálnom zariadení. Dôležité bolo, aby boli v každodennom kontakte s personálom. Preto sme si vybrali konkrétne zariadenie sociálnych služieb, v ktorom sme náhodným spôsobom oslovili 30 seniorov, ktorí boli ochotní sa nášho prieskumu zúčastniť. Do prieskumu sa zapojili muži i ženy.

- Zisťovali sme, **aké je pohlavie** našich respondentov. Nášho prieskumu sa zúčastnilo 17 žien (56,61 %) a 13 mužov (43,29 %).
- Následne nás zaujímalo, **aký bol vek** našich respondentov. Vo veku 60 až 65 rokov sa prieskumu zúčastnilo 10 (33,33%) respondentov. Prieskumu sa zúčastnili 2 seniori (6,66%) vo veku 65 až 70 rokov. Z výsledkov prieskumu vyplynulo, že najviac ľudí - 11 (36,63%) je vo veku od 70 do 75 rokov. Za nimi nasledovalo 7 (23,31 %) klientov zariadenia vo veku od 75 do 80 rokov.
- V tretej otázke nás zaujímal **rodinný stav** respondentov. Z tejto otázky vyplynulo, že až 14 klientov (46,62%) v tomto zariadení je vdovou alebo vdovcom, 10 (33,33%) obyvateľov zariadenia je vydatých, resp. ženatých a 6 seniorov (19,98%) je rozvedených.
- V ďalšej otázke sme zisťovali, **odkiaľ sa naši respondenti dozvedeli o danom zariadení**. O zariadení sociálnych služieb, v ktorom sme realizovali prieskum sa najviac jeho klientov dozvedelo od svojich známych 22 (73,26%), 6 seniorov (19,98%) od svojho lekára a 2 ľudia (6,66%) z iného zdroja. Z rozhovoru, ktorý sme v spolupráci s nimi zrealizovali, vyplynulo že sa o danom zariadení buď informovali sami alebo ich informovali ľudia, ktorí už s týmto zariadením mali skúsenosť.
- Nasledujúcu otázku tvorila **dĺžka obdobia**, ktoré už naši respondenti strávili **v tomto zariadení**. Z výsledkov vyplynulo, že 20 (66,66%) seniorov tu strávilo viac ako rok, 6 (19,28%) obyvateľov v danom zariadení žije od 6 do 12 mesiacov a 4 (13,32%) respondenti sú klienti zariadenia od 0 do 6 mesiacov.
- Tiež nás zaujímalo **ako dlho trvalo, kým si respondenti zvykli na život v tomto zariadení** sociálnej starostlivosti. 16 (53,28%) z nich sa vyjadrilo, že si zvykli pomerne rýchlo, tzn. po dobu jedného mesiaca. 10 (33,33%) klientov zariadenia si zvyklo behom pol roka, tzn. do 6 mesiacov, 2 ľudom (6,66%) to trvalo viac ako pol roka, teda viac ako 6 mesiacov a rovnako 2 (6,66%) obyvatelia si ešte stále nezvykli.
- Zaujímalo nás, **či naši respondenti boli už aj v inom zariadení sociálnych služieb**. Na našu otázku kladne odpovedali 2 ľudia (6,66%), zhodou okolností boli obidve ženy. Ostatní 28 (93,24%) uviedli, že v inom zariadení neboli.
- Našich respondentov sme požiadali o **ohodnotenie prístupu personálu** v danom zariadení sociálnej starostlivosti. 20 (66,66%) z nich sa zhodlo na tom, že sú spokojní s prístupom personálu. Podľa 10 respondentov (33,3%) by to vo vzťahu medzi personálom a klientmi zariadenia mohlo byť lepšie, tzn. kvalita služieb nie je na uspokojivej úrovni a je čo zlepšovať. Pri rozhovore sme zistili, že seniori majú výhrady najmä k personálu v kuchyni. Ani jeden (0%) z obyvateľov zariadenia sa však nevyjadril, že je úplne nespokojný.
- Našou úlohou bolo tiež zistiť, **ako sa správa personál daného zariadenia** k našim respondentom. Z výsledkov vyplynulo, že podľa 16 (53,28%) seniorov sa k nim personál správa pozitívne, tzn. ohľaduplne, s prejavovým záujmom. Podľa 14 opýtaných (46, 62%) sa k nim personál stavia profesionálne, no abscentuje osobný záujem v podobe návštevy, rozhovoru, a pod. Ani jeden (0%) z opýtaných však nezakrúžkoval negatívnu možnosť - a to, že personál sa k nemu správa arogantne.

- Prostredníctvom odpovedí respondentov sme sa chceli dozvedieť, **aká je ochota personálu pomôcť svojim klientom**. 24 (79,92%) klientov sa zhodlo na tom, že keď požiadajú o pomoc, personál im pomôže, 6 (19,98%) seniorov sa zhodlo na tom, že personál im prejaví ochotu pomôcť aj vtedy, keď sami seniori o to nepožiadajú. Ani jeden (0%) obyvateľ zariadenia neuviedol možnosť, že personál mu nepomôže ani vtedy, keď o to požiada.
- **Nakoľko ste spokojní so vzťahmi medzi Vami a personálom?** Tak znela otázka zameraná na spokojnosť so vzťahmi medzi respondentmi a personálom. 18 (59,94%) respondentov uviedlo, že sú veľmi spokojní, 9 (29,97%) klienti uviedli, že sú spokojní. Naopak, nespokojní boli iba 3 (9,99%) seniori. Možnosť, že sú veľmi nespokojní nezakrúžkoval ani jeden (0%) klient.

Záver

Predpokladali sme, že postoj klientov vybraného zariadenia sociálnych služieb k ich starostlivosti je kladný.

Na základe výsledkov z prieskumu môžeme skonštatovať, že klienti vybraného sociálneho zariadenia sú spokojní so sociálnou starostlivosťou, ktorá im je poskytovaná. Môžeme tiež skonštatovať, že život v sociálnom zariadení môže zvýšiť úroveň života jeho klientov.

Návrhy na riešenie zistených nedostatkov

Pri rozhovore s niektorými obyvateľmi vybraného sociálneho zariadenia, sme zistili, že niektorí klienti sa v tomto zariadení nachádzajú len pomerne krátko. Niektorí z nich však majú výhrady k tomu, že bývajú v izbe s ďalším spolubývajúcim. Práve toto podľa nich spôsobuje, že si nevedia tak rýchlo zvyknúť na život v zariadení. Väčšina klientov by si priała, aby na izbe bývali sami a spoločnosť mali v iných priestoroch, ako sú napríklad spoločenská miestnosť, ktorá sa nachádza na každom poschodí vybraného zariadenia sociálnych služieb.

Z výsledkov prieskumu nám síce vyplynulo, že vzťahy medzi personálom a klientmi sú dobré a klienti sú spokojní, ale navrhujeme, aby personál ešte viac komunikoval s klientmi a tak upevňoval dobré a korektné vzťahy s ešte väčším dôrazom na empatiu voči klientom zariadenia.

Zoznam použitej literatúry:

- [1] BALOGOVÁ, B.: *Seniori*. Prešov: Akcent print. 2005. 158 s. ISBN 80-969274-9-3
- [2] HEGYI, L.: *Vybrané kapitoly zo sociálnej gerontológie a geriatricie*. Bratislava 1996. 72 s. ISBN 80-7163-005-5
- [3] STUART-HAMILTON, I.: *Psychologie stárnutí*. Praha: Portál. 1999. 320 s. ISBN 80-7178-274-2

- [4] PACOVSKÝ, V.: *O stárnutí a stáří*. Praha: Avicenum. 1990. ISBN 80-201-9076- 8
- [5] KALANIN, P.: *Starý člověk mezi nami*. PF KU Ružomberok, 2003. s.75.
- [6] TOKÁROVÁ, A. a kol. *Sociální práce*. 2. vyd. Prešov: Akcent print, 2003. 572 s. ISBN 80-968367-5-7.
- [7] BUCHELOVÁ, J. – FILIPOVÁ, M. *Sociální pomoc po novom*. Bratislava: Josef Raabe Slovensko, 2009. 121 s. ISBN 978-80-89182-35-0
- [8] HROZENSKÁ, M. a kol. *Sociální práce so staršími ľuďmi*. 1. vyd. Martin: Osveta, 2008.180 s. ISBN 978-80-8063-282-3
- [9] STRIEŽENEC, Š. *Slovník sociálního pracovníka*. Trnava: AD vydavateľstvo, 1996. 255 s. ISBN 80-967589-0-X
- [10] BUCHELOVÁ, J. – FILIPOVÁ, M. *Sociální pomoc po novom*. Bratislava: Josef Raabe Slovensko, 2009. 121 s. ISBN 978-80-89182-35-0
- [11] RALBOVSKÁ, R.: Kvalita života seniorov. In Brukkerová, D. et al.: *Kvalita života človeka v sociálnych, medicínskych a edukačných aspektoch*. Rijeka: Rinaz. 2010. ISBN 978-953-6268-77-9.

Zákon č. 448/ 2008 Z. z. o sociálních službách

Zákon 551/2010 Z. z. o sociálních službách

Kontakt na autorku:

PhDr. Mgr. Eva Dirgová, PhD.

KSVaSNC PF KU, Poprad

Eva.Dirgova@ku.sk

MÝTY KINEZIOLOGIE

Prof. MUDr. Ivan Dylevský, DrSc.

České vysoké učení technické v Praze, Fakulta biomedicínského inženýrství se sídlem na
Kladně, katedra lékařských a humanitních oborů

Abstract

Kinesiology is the science of our concept of biological components, aspects and attributes of movement in the development process, and the impact on the movement of biological structures. Czech kinesiology has priority in its conception of evolutionary kinesiology. A specific feature of our tradition of kinesiology is the original accentuation of the importance of control mechanisms in the initiation and realization of movements. The movement is not genetically encoded, the encoding structure - networks, the (in) which is to write motor software. Understanding and interpretation of fundamental aspects of the movement begins, therefore, the submicroscopic and microscopic level.

Key words: movement, genetic determination of motion, motion software, kinesiology general and specialized, Nils Posse, definitions of kinesiological terms, functional anatomy, kinesiology concepts

Abstrakt

Kineziologie je v naší koncepci věda o biologických komponentách, aspektech a atributech pohybu v procesu vývoje, a o vlivu pohybu na biologické struktury. Česká kineziologie má prioritu ve své koncepci evoluční kineziologie. Specifickým rysem naší kineziologické tradice je i originální akcentace významu řídicích mechanismů při iniciaci i realizaci pohybů. Pohyb není geneticky kódován, Kódovány jsou struktury – sítě, na (ve) kterých dochází k zápisu pohybového softwéru. Pochopení a interpretace základních aspektů pohybu začíná proto na submikroskopické a mikroskopické úrovni.

Klíčová slova: pohyb, genetická determinace pohybu, pohybový softvér kineziologie, obecná a speciální kineziologie, Nils Posse, definice kineziologických pojmů, funkční anatomie, kineziologické koncepty

Slovo mýtus (mythós) má dvojí výklad: bájně vyprávění – ústně tradované poselství a diskuze o věci, o jejím vymezení a směřování. Vycházíme z druhého výkladu, v jehož rámci je nutné

odpovědět na dvě základní otázky: 1. *Co je to kineziologie?* Jak je vymezena v rámci ostatních vědních disciplín?

2. *Kam směřuje vývoj oboru?* Je pohyb geneticky determinován nebo jde o reaktivní (behaviorální) reakci živých organismů?

V dnešním vystoupení se soustředíme především na zodpovězení prvního okruhu otázek.

Dnešní tzv. postmoderní doba je typická relativizací všech hodnot. V postmodernismu se odráží nejen komplikovanost poznání dnešního světa, ale i relativní platnost hodnot, pravd, hranic poznání i interpretací historie. Klasickým fenoménem doby je i chápání, vymezení a zařazení kineziologie.

Svět věcí je primárním světem motoriky; svět idejí (sociální svět) je světem motoriky a senzoriky. Motorika umožňuje průnik do světa věcí i do světa společenských vztahů. Pohyb je jeden ze základních znaků života. Pohyb je vyjádřením potřeby změny nebo nutnosti zachování daného stavu.

Popis určitého jevu – tedy i pohybu – nedovoluje automatický „prostup“ jednotlivých zjištění. U fyzikálních i biologických objektů nelze vždy odvodit stávající stav ze stavu předchozího. Experiment, anatomický (morfologický) popis, funkční interpretace významu určité struktury nebo její matematický model popisují vždy jen jeden nebo maximálně několik jevových stránek; pouze určitý segment reality. Biologický experiment sám vede v podstatě k akcentování jednotlivostí.

Pohyb je velmi mnohohrstevný a mnohoznačný projev. Lze jej uchopit i jinak než tradiční deskripcí jeho zevního projevu, resp. analýzou jeho řídících (integrujících) mechanismů?

Vycházíme ze dvou obecných předpokladů:

Premisa první: Život není trvání (bytí), ale nepřetržité povstávání struktury, tvarů a funkcí. Organické objekty, tj. tkáň, orgán nebo celý organismus, jsou proto ve své podstatě historické kategorie. K jejich pochopení i úplnějšímu popisu je nutné použít i adekvátní historický koncept, to je koncept evoluční biologie, který je sjednocujícím principem všech biologických oborů, tzn. i kineziologie. Programovaný pohyb buněk vytváří plán těla. Ontogenetický vývoj je v podstatě určitá forma pohybu.

Premisa druhá: Život je založen na jednotě textu genetického zápisu a jeho interpretace. Text stavebního a funkčního plánu biologických objektů je kódován na úrovni atomů a molekul. Pohyb není geneticky kódován, Kódovány jsou struktury – sítě, na (ve) kterých dochází k zápisu pohybového softwéru. Pochopení a interpretace základních aspektů pohybu začíná proto na submikroskopické a mikroskopické úrovni.

Námi vytvořený koncept obecné a speciální kineziologie je evoluční, do určité míry hierarchický a zaměřený především na pohyb člověka (human kinesiology).

Obecná kineziologie (general kinesiology) vychází: z evoluce struktur a jimi generovaných pohybových aktivit; z pohybu na molekulární úrovni a z mikrokinéziologie tkání a orgánů.

Speciální kineziologie analyzuje pohyby jednotlivých tělních segmentů a jejich prostřednictvím dospívá k celostnímu pochopení především prototypových pohybových aktivit.

Obecná kineziologie mívá spíše „dolů“, kde na mikroskopické a submikroskopické úrovni je nejen „mnoho místa“, ale kde také každý – třeba i nekonvenčně pojímaný pohyb – začíná a končí. Speciální kineziologie směřuje „nahoru“ – k integraci pohybových projevů.

Kineziologie je v našem pojetí věda o biologických komponentách, aspektech a attributech pohybu v procesu vývoje a o vlivu pohybu na biologické struktury.

Většina kineziologických textů diskrétně obchází vše, co by mohlo vyústit v otázky: Co je to kineziologie? Kdy a kde vznikl pojem kineziologie? Proč? Jaké má kineziologie zdroje, kořeny a souvislosti?

Tak zvaná historie kineziologie bývá – převážně evropskými autory – uváděna jmény Galen (Galénos z Pergamu), Leonardo da Vinci, Giovanni Alfonso Borelli atd. Pak je téměř skokově převedena pozornost k Arthuru Steidlerovi a k různým aplikacím kineziologie v druhé polovině 20. století.

Je nepochybné, že Galénos jako jeden z prvních označil svaly za generátory pohybu, Leonardo studoval mechaniku šlach a šlachových poutek a Borelli vytvářel první pákové modely kloubních pohybů. Je také zřejmé, že základní informační zdroje pocházejí z anatomie, fyziologie a biomechaniky, včetně věd o řízení. Kineziologie je interdisciplinární obor, má proto i více historických zdrojů; má ale také vlastní stoletou historii.

Pokoušet se v 21. století třídit vědní obory je asi nejen pošetilé, ale i zbytečné. Jakýkoliv výsledný systém nemůže mít jinou než čistě administrativní hodnotu. Předkládáme-li ale určitou koncepci kineziologie, nelze nevymezit to, z čeho vychází, na co navazuje a proč je taková, jaká je. Přihlášením se k evolučním principům hlásíme se zároveň i k určitému historismu, tradici a evoluci poznání daného problému.

Kineziologie má ještě jeden problém. Kineziologie se – byť jasně chápána jako věda o pohybu – vyvíjela v kontextu (nebo z) různých kinezioterapeutických snah, tj. v těsné vazbě na léčbu („nápravu“) pohybem. Snad tato „infekční“ blízkost různých terapeutických postupů vedla k tomu, že kineziologie je dnes prezentována a prodávána(!) jako diagnostická a léčebná metoda. Naprosté nesmysly o „životní energii“ proudící po jakýchsi drahách, energetických blocích, které je nutné léčebně odstranit, řada chiropraktických přístupů atd. negativně poznamenaly „čistý štít“ kineziologie. Existuje nepřehledné množství prázdných názvů, které se z komerčních důvodů vydávají za kineziologii: edukační, manuální, intuitivní, bio, aromatická, progresivní, kybernetická, wellness, holodynamická kineziologie. To je jen zlomek všech možných a hlavně nemožných názvů. Vztah mezi nimi a kineziologií – vědou o pohybu je asi takový jako mezi astronomií a astrologií. Nemá smysl se těmito

pseudovědeckými a pseudoléčebnými disciplínami zabývat, ale je dobré vědět, že není vše kineziologie, co se kineziologie jmenuje nebo se jí tváří. Proto jsme také považovali za nezbytné hned v úvodu kineziologii definovat.

Fenomenologicky můžeme problém kineziologie odkrývat od významu a historie samotného slova kineziologie, tj. postupovat *sémanticky*. Řecké slovo kinesis je obvykle překládáno jako označení pro běžný „volný“ pohyb těla. Aristotelovský okruh myslitelů ale charakterizoval pohyb nejen jako protiklad pojmu stasis – klid („nepohyb“), ale dále rozlišoval pojem kinesis – řízený pohyb a kinese – neřízený pohyb.

Exaktní latina používala k popisu pohybu řadu značení, jejichž význam byl přesně určen: motus – pohyb, decursus – pohyb vojska, mobilita – ohyblivost, mutatio – pohyb obyvatelstva atd.

Klíčovou terminologickou otázkou tedy zůstává: Kdo a kdy první použil termín kineziologie a jaký mu dal obsah?

Odpověď je sice v závěru prostá, ale recentní informace by bez klíčových služeb Washington State Library nebylo možné získat. Je proto zcela pochopitelné, že řada našich i zahraničních textů se touto problematikou vůbec nezabývala.

V klasické evropské morfologické a biomechanické literatuře 19. století, se termín kineziologie nevyskytuje.

Jako první použil termín kineziologie Nils Posse v roce 1889. Podle americké státní i kongresové rešeršní služby se v žádném textu, který byl od počátku kulturní historie člověka vytvořen, slovo kineziologie před tímto datem nevyskytuje.

Kdo tedy byl autorem termínu kineziologie?

Nils Posse (1862–1895) byl švédský emigrant, tělovýchovný pedagog, který se v Bostonu (1889) podílel na založení školy, která dnes nese jeho jméno (Posse Gymnasium). Na této škole byl vybudován i Department of Kinesiology jako výukové zařízení – katedra. První vědecké a výzkumné pracoviště stejného jména bylo konstituováno až o deset let později (1899) na Michiganské univerzitě.

Nils Posse je první doložitelný autor slova kineziologie. Jeho kolega William Skarstrom aplikoval v roce 1909 tento nový termín na označení „analýzy svalové funkce při rozboru sportovní pohybové aktivity“.

Celá skupina „otců zakladatelů“ byla mnohem početnější a v posledním desetiletí 19. století personálně pokrývala téměř všechna univerzitní města Spojených států. Výběr několika jmen je nutně fragmentární, ale je doložen dokumenty – publikacemi, archivními zápisy, korespondencí apod. U ostatních se můžeme pouze dohadovat o jejich přínosu k institucionalizaci kineziologie.

Z hlediska historické objektivit je nutné zdůraznit, že myšlenkové klima americké společnosti druhé poloviny 19. století bylo pro přijetí kineziologie dlouhodobě připravováno. Koncept kineziologie byl jen jedním z prvků systému, který multikulturní a stále ještě silně migrující americká společnost budovala celé 19. století (YMCA – Boston 1850, odkaz L. Jahna 1778 – 1852 atd.). Motivace tělovýchovných pracovníků i vznikajících tělocvičných spolků byly jistě naplněny humanitními ideály, myšlenkami občanské a náboženské svobody a podobně, ale realita podpory jejich snah ze strany vládních institucí byla velmi pragmatická. V podstatě šlo o zachování zdravotního stavu a průčeschnosti nově se formujícího městského obyvatelstva a formující se profesionální armády. Ostatní bylo druhotné. Kineziologie zapadala do těchto záměrů, a byla proto na amerických školách rozsáhle podporována. Obsahová i organizační náplň výukového předmětu kineziologie se na amerických školách sice poměrně rychle realizovala, ale její myšlenkové kořeny zřejmě pocházejí z Evropy. Posse i Skarstrom totiž patřili do vzdělanostního okruhu zakladatele tzv. švédské gymnastiky H. Lingeho a jeho syna.

Henrik Linge (1776– 1839) byl švédský pedagog, lingvista a básník. Vytvořil systém nápravných cviků – v podstatě jakousi léčebnou gymnastiku (léčebnou TV), která měla zlepšit fyzickou kondici švédské mládeže, tj. především branců. V jeho práci pokračoval syn Hjalmar Linge.

Od Posseho a Skarstroma vede poměrně přímá cesta ke vzniku první kineziologické učebnice. První učebnici kineziologie publikoval Willburn Bowen v roce 1912 (*The Action of the Bodily Movement and Posture*). Od počátku 20. století vyšel tento text opakovaně – pod různými názvy, s různou redakcí, ale v podstatě v původní koncepci segmentově tříděné funkční anatomie pohybového aparátu.

Bowen, přes nesporné zakladatelské zásluhy, není ještě zcela kineziologicky vyhraněný. Analyzuje sice pohyb popisem funkcí jednotlivých svalů, ale zůstává omezen deskriptivní myologií a vychází pouze z geometrizujícího odvození svalových funkcí. Iniciálním krokem ke kineziologické analýze pohybu je Bowenův popis komplexnějších pohybových funkcí – chůze, úchopu, stoje a držení těla. V současné době je k dispozici koncepční klon původního textu – *Kinesiology and Applied Anatomy*. Základní konstrukci a koncepci každého oboru budují vždy učební texty nebo monografie. Bowenem a jeho následovníky začíná etablování oboru kineziologie jako předmětu výuky a začíná vnitřní diferenciaci kineziologie jako předmětu i jako vědní disciplíny.

Dominujícími obory biologických věd 19. a počátku 20. století byly morfologické disciplíny. To se nemohlo neprojevit i v prvotních programech kineziologie. Klasickou prací tohoto zaměření se stala učebnice Artura Steindlera (1875–1959) *The Mechanics of Normal and Pathological Motion in Man* (1935). Steindler vytvořil důsledně strukturální kineziologii a zřejmě pro myšlenkovou spřízněnost s evropským pojetím tzv. funkční anatomie ovlivnil i vývoj kineziologie v našem regionu.

Druhým mezníkem ve vývoji klinické kineziologie byla práce Anny Sofie Brunnstromové (1898–1988) *Clinical Kinesiology*. Brunnstromová je zakladatelkou segmentově koncipované

a důsledně medicínsky zaměřené kineziologie, určené především pracovníkům rehabilitačních oborů.

V podstatě lze – s určitým zjednodušením – za základ dvou hlavních směrů, kterými se ve 20. století výuka kineziologie v USA ubírala, považovat: Steindlerovu strukturální kineziologii a Brunnstromové klinickou kineziologii.

Steindlerův koncept je velmi blízký evropskému chápání tzv. funkční (aplikované) anatomie pohybového systému. Obecný tón v evropské funkční anatomii udávali svými texty především němečtí autoři: R. Fick (1910), H. Strasser (1917), A. Rauber, F. Kopsch (1930), T. Lanz, W. Wachsmuth (1936) a A. Benninghoff (1941).

V českých zemích převládal příklon k evoluční morfologii a k antropologii a jazykově mezi literárními zdroji dominovaly německé a francouzské prameny. Nedoceněnou osobností meziválečné české anatomie je Karel Weigner (1874–1937), který v letech 1926 až 1937 vedl anatomii pražské lékařské fakulty.

Weigner nejen rozsáhle využíval citované německé autory, ale systematicky uváděl do obecnějšího povědomí angloamerickou morfologickou literaturu. V grandiózním projektu nového anatomického pracoviště se zmiňuje i o kineziologické laboratoři s pracovní náplní, která se velmi podobala profilu amerických oddělení. V našem regionu je asi první, kdo koncepci kineziologie akceptoval. Weignerova vize však nebyla z různých důvodů realizována.

Weignerův žák a budoucí zakladatel české dětské ortopedie Otakar Hněvkovský (1901 až 1980) vytvořil v padesátých letech jakousi českou variantu Steindlerovy strukturální kineziologie. Silně ovlivněn německými autory, především R. Fickem a jeho tzv. kloubní mechanikou, i znalostí americké kineziologické školy, sestavil (1953) podle svých přednášek první českou učebnici kineziologie. Rukopis, resp. strojopis, se zachoval pouze v několika exemplářích, ale přesto jde o mezník v české odborné literatuře. Vznikla první česká kineziologická učebnice jak svým názvem, tak obsahem. Její zařazení v hierarchii středo- a vysokoškolských textů je problematické. Stojí na rozhraní. Z mnoha důvodů, které jsou vázány především na specifický vývoj české (československé) rehabilitace a ortopedie, pokračoval vývoj našich textů pod různými názvy a s různými aplikačními aspekty.

Českou tradici kineziologických textů reprezentují kromě O. Hněvkovského především jména K. Lewit, V. Janda, F. Vele, Z. Poláková, J. Javůrek a M. Kučera.

Srovnáme-li zahraniční klíčové publikace s publikacemi naší provenience, jsou zřejmé dvě skutečnosti: Domácí texty (vznikající v mnohem skromnějších podmínkách) vždy udržovaly aktuální stav v tomto vědním segmentu. Česká kineziologie má prioritu ve svém konceptu evoluční kineziologie. Specifickým rysem naší kineziologické tradice je originální akcentace významu řídicích mechanismů při iniciaci i realizaci pohybů.

Kontakt na autora

Prof. MUDr. Ivan Dylevský, DrSc.

dylevsky@seznam.cz

VLIV SPORTU A POHYBOVÉ AKTIVITY NA VYBRANÉ RYSY ŽIVOTNÍHO STYLU U ADOLESCENTŮ

Mgr. Simona Hájková, Ph.D.

České vysoké učení technické v Praze, Fakulta biomedicínského inženýrství se sídlem na
Kladně, katedra lékařských a humanitních oborů

Klíčová slova: Pohybová aktivita. Sport. Životní styl. Adolescentní mládež.

Key words : Physical activity. Sport. Lifestyle. Adolescents

Pohyb je základní projev života, ovlivňuje veškeré pochody v našem těle. Pohybová aktivita a sport jsou jedním ze základních faktorů, které ovlivňují zdraví a kvalitu životních prožitků každého člověka. Stimulují zejména optimální růst a vývoj organismu, fyzickou výkonnost a funkční zdatnost. Jsou ale také rozhodujícím preventivním prostředkem chránícím před „experimentováním mládeže“, rizikovým chováním v dospívání, neboť umožní kvalitní využití volného času, podporují a podněcují proces učení a ovlivňují povahové vlastnosti dětí a mládeže.

Hypokinesa ,pohybová inaktivita je bohužel fenoménem dnešní doby a velmi alarmující je procento mladistvých, kteří se ve svém volném čase pohybové aktivitě nevěnují. Jelikož tento faktor je zařazen mezi hlavní rizikové faktory podílející se na vzniku nejčastějších civilizačních onemocnění a příčinách úmrtí je nutné tomuto problému věnovat zvýšenou pozornost. Lze předpokládat, že mladá generace, která si pohybovou aktivitu neosvojí ve věku adolescentním, těžko v pozdějším věku bude měnit svůj životní styl. Můžeme tedy očekávat, že se postupně bude posouvat hranice vzniku civilizačních onemocnění do nižšího věku, a zároveň bude přibývat úmrtí v nízkém věku. Z tohoto důvodu je nutné věnovat nedostatku pohybu stejnou pozornost jako ostatním rizikovým faktorům.

Životní styl je jedním ze základních faktorů ovlivňující kvalitu života. Vytváří se v průběhu života, kdy se člověk dostává do interakce s okolím. Střetávají a kombinují se zde vlivy výchovy, sociálního prostředí, ekonomických podmínek, kulturních zvyklostí a mnohé další. Svou váhu pochopitelně mají i vrozené předpoklady a vlastnosti člověka. Životní styl je tak projevem lidské osobnosti v nejširším smyslu. Mezi nedílnou součást životního stylu patří .

Sport je významným sociálním jevem, je neoddělitelnou součástí společenského dění a odrazem životního způsobu. Může být náplní profesní orientace, mít podobu aktivní zábavy

pro ty, kteří ho provozují i formu pasivní zábavy pro diváky. Dle Evropské charty sportu z roku 1994 je sport vymezen následovně:

Sportem se rozumí všechny formy tělesného cvičení, které at' již prostřednictvím organizované účasti či nikoliv si kladou za cíl projevení či zdokonalení tělesné a psychické kondice, rozvoj společenských vztahů nebo dosažení výsledků v soutěžích na všech úrovních.

Při sportu se uplatňuje senzomotorika člověka, mohutně jsou angažovány jeho emoční i volní procesy a to jsou právě důvody, proč je důležité ve sportu respektovat a zohledňovat psychologické zákonitosti.

Sport je fenoménem současné doby. Nelze jej pojmout jako jev jednou daný, neměnný, je velmi složitý a rozmanitý, neboť je úzce vázán na společenský vývoj. Reaguje na potřeby společnosti, stejně tak jako společnost ze sportu mnohé přijímá a modifikuje v nejrůznějších sférách své existence.

Sport s kvalitou života souvisí především tím, že jedním se symptomů kvality života. Způsobů, kterými může sport ovlivňovat život je více v souladu s oblastmi, které jsou pro kvalitu života považovány za nejdůležitější. Radíme mezi ně oblast somatickou, psychickou, sounáležitosti, enviromentální.

Přínos sportu ve volném čase jak uvádí ve své práci Slepíčková (2005), v oblasti tělesné a duševní lze shrnout do následujících bodů:

1. zvyšuje účinnost srdce a plic
2. snižuje riziko srdečně-cévních onemocnění
3. zvyšuje svalovou sílu a vytrvalost
4. snižuje problémy vertebrogenního původu (bolesti zad)
5. zlepšuje vzhled jedince
6. napomáhá k udržení optimální tělesné hmotnosti
7. zlepšuje psychiku
8. oddaluje proces stárnutí
9. snižuje působení stresu
10. způsobuje přirozenou únavu a uklidnění

Dospívání je obdobím, které kromě rychlého vývoje somatického je charakterizováno i vývojem psycho-sociálním. Dospívající se psychicky emancipuje od rodinného prostředí, stoupá u něj vliv vrstevníků. Hledá vlastní identitu, svou roli ve společnosti, vytváří vztah k opačnému pohlaví.

Pro toto období je typická snaha riskovat, experimentovat. V tomto období může dospívající sáhnout po některé z forem rizikového chování. Na vzestup rizikového chování u dospívající mládeže upozorňují odborníci na adolscentní problematiku z celého světa již od 80. let minulého století. Tento trend zvýšení psychosociální morbidity se po politických změnách urychlil i u nás. Posledních 30 let přineslo výrazné změny ve zdravotní problematice adolescenčního věku. Nad oblastí biologickou převládla behaviorální, klíčem ke zdraví dospívající mládeže je dnes její chování. Tuto oblast psycho-sociální patologie nazýváme syndromem rizikového chování (SRCH-D) nebo také „novou morbiditou mládeže.“

Rizikovým chováním rozumíme jakékoliv cílené jednání nebo aktivitu jedince, jehož následkem může být zranění, trvalé postižení, snížení kvality života riskujícího nebo dalších lidí, narušení vztahů psychiky v nejhorším případě smrt. Mezi rizikové aktivity patří: protiprávní jednání a kriminalita, zneužívání alkoholu, drog a další závislosti, vztahy, sex, promiskuita, prostituce, sexuální zneužívání, experimentování a riskování, adrenalinové a hazardní zábavy, extrémní adrenalinové sporty, poruchy příjmu potravy, sekty.

Cílem této přednášky bylo poukázat na sport a pohybovou aktivitu jako možnost trávení volného času, prostředek, který přispívá ke zvýšení kvality i délky života a zároveň poukázat na jeho preventivní funkci před rizikovým chováním adolescentů

Seznam použité literatury

- [1] DOVALIL, J., CHOUTKA, M., SVOBODA, B.: *Pohledy na současný sport*. Čes. kinantropol., 2005, roč 1, s. 45-60
- [2] HAMANOVÁ, J., HELLEROVÁ, P.: *Syndrom Rizikového chování v dospívání*. 2. část. Čes-slov.Pediatr, 2000, roč. 55, č.7, s. 446-473
- [3] HOŠEK, V. *Psychologie odolnosti*. Praha: Karolinum, 2004. ISBN 80-246-1290-9
- [4] MINISTERSTVO ŠKOLSTVÍ, MLÁDEŽE A TĚLOVÝCHOVY. *Strategie prevence sociálně patologických jevů u dětí a mládeže v působnosti resortu Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy na období 2005-2008*. Praha: MŠMT, 2005 (č.j.10844/2005-24).
- [5] ROTH, J. L., BROOKS-GUNN, J. Youth Development Programs: Risk, Prevention and Policy. *Adolesc Health*, 2003, vol. 32, p. 177-182

[6] SLEPIČKA, P., HOŠEK, V., HÁTLOVÁ, B.: *Psychologiesportu*. Praha: Karolinum. 2006. ISBN 80-246-1290-9

[7] VÝROST, J., SLAMĚNÍK, I.: *Sociální psychologie*. Praha: Grada. 2008. ISBN 978-80-247-1428-8

Kontakt na autorku

Mgr. Simona Hájková

FBMI ČVUT v Praze

hajkova.s@centrum.cz

MOŽNOSTI ZVÝŠENÍ EFEKTIVITY ŘÍZENÍ KRIZOVÝCH SITUACÍ

Ing. Jiří Halaška, Ph.D., Mgr. Zdeněk Hon, Mgr. Martina Šliková

České vysoké učení technické v Praze, Fakulta biomedicínského inženýrství se sídlem na
Kladně, katedra lékařských a humanitních oborů

Abstrakt

Zkušenosti tzv. bleskových povodní roku 2009 a 2010 ukázaly na nutnost zefektivnit podstatu a metody výcviku a vzdělávání orgánů krizového řízení, zejména na nejnižších člancích, tedy v obcích. Jedná se zejména o rychlost a správnost rozhodovacího procesu a také o rychlost průchodu informací mezi orgány krizového řízení. Lze sice využít pravidelné nácviky a školení orgánů krizového řízení, ale bez vhodně strukturovaného a zabezpečeného zátěžového výcviku nelze výrazně efektivitu zvýšit. Praxe totiž ukazuje výrazně vyšší efektivitu řízení u osob a krizových štábů, které již mají povodňovou zkušenost. Možnou variantou je využití simulační techniky pro nácvik řešení typových situací v různých podmínkách, včetně postupu orgánů krizového řízení při řešení následků zneužití CBRN látek. Článek pojednává o možnostech, významu a formách provedení počítačem podporovaného krizového cvičení v duchu zkušeností simulačního centra Armády České republiky (AČR). V závěru poukazuje na výhodnost pořízení střediska počítačového simulovaného výcviku i pro krizové řízení a složky integrovaného záchranného systému (IZS).

Klíčová slova: krizové řízení, integrovaný záchranný systém, počítačem podporované cvičení orgánů krizového řízení, formy a metody výcviku

Abstract

Experience the so-called flash floods of the year 2009 and 2010 to streamline the nature and methods of training institutions, in particular, crisis management, on the bottom of articles, i.e. in the municipalities. In particular, the speed and accuracy of the decision-making process and also about the speed of the passing of information between authorities for crisis management. Although you can use the regular drills and training of crisis management, but without an appropriately structured and secure training stress cannot be significantly increase efficiency. Practice shows that the higher the efficiency of the procedure for persons and defence, which already have flood experience. A possible variant is the use of simulation techniques for training type situations in the various conditions, including the process of crisis management in resolving the consequences of misuse of CBRN agents. Article is about the possibilities, significance and implementation forms of computer-supported emergency exercise in the spirit of the experience of the simulation Center of the Czech Republic Armed Forces (ACR). In conclusion, it points to the advantage to the acquisition of computer simulated training centre for crisis management and for the members of integrated rescue system (IZS).

Keywords: crisis management, integrated rescue system, computer-based exercises of crisis management, forms and methods of training

Úvod

Bleskové povodně, které s neobyčejnou silou udeřily v létě 2009 a 2010 na území České republiky předznamenal relativně nový a velmi nebezpečný druh hrozby, tedy extrémně rychlou, mohutnou a těžko předvídatelnou povodňovou vlnu, jejíž účinky jsou zničující, ale zároveň situace vyžaduje rychlé a věcně správné rozhodování orgánů krizového řízení. Konkrétní situace v povodňových oblastech měla následující společné rysy:

- razantní nárůst vodních hladin jinak nevýrazných toků;
- rychlé ucpání propustí, mostů, lávek a vzrůst hladin;
- na mnoha místech došlo k silnému poškození či zničení komunikací a inženýrských sítí (voda, kanalizace, elektřina, plyn);
- extrémně rychlé záplavy (v řádech minut) v okolí koryt potoků a řek, s nemožností evakuace osob, majetku, zvířat a zařízení;
- minimální čas na varování, evakuaci, či pomoc;
- složitá operační, klimatická a psychologická situace pro zasahující síly;
- zpočátku nízký přehled o situaci na místě, ztráty spojení, nízká koordinace, výpadky systému varování;
- zpočátku na vyšších stupních řízení nízká informovanost o reálné situaci a neznalost kam a jaké síly nasadit, včetně záchranných vrtulníků;
- v první, nejsložitější fázi záchranných prací, šlo převážně o svépomoc, sousedskou výpomoc a práci místních dobrovolných hasičů [3].

Efektivní působení ve výše popsaných situacích vyžaduje kromě odborných a osobnostních vlastností příslušníků krizového managementu také velkou dávku specifických, zprostředkovaných, či reálně nabytých zkušeností, které nelze získat jinak než odbornou a opakovanou praxí. Protože však spektrum hrozeb je širší než pouze povodně a také klasické vzdělávání krizového managementu působí spíše do oblasti legislativy a funkčních povinností, než do forem a metod praktického řízení, výsledkem jsou i nižší praktické znalosti a návyky v oblasti řízení. Potíž je i v poměrně častém střídání nejnižších článků systému, tedy starostů (osoby v první linii krize) vzhledem k periodám voleb.

Možné řešení tohoto problému nabízí jednak skutečná cvičení, nebo počítačem podporovaný, simulovaný výcvik (Computer Assisted Exercise, CAX) v zátěžovém režimu, na různé krizové situace, s reálnými rozehrami tak, jak ho již několik let provádějí vojenští záchranáři v Centru simulačních a trenažerových technologií (CSTT) AČR v Brně.

Efektivita výcviku měřena zejména množstvím a kvalitou odcvičených situací s řadou rozhodovacích, informačních a koordinačních vstupů, s vizualizací rozhodnutí a s reálnými partnery i protivníky, je relativně vysoká.

Výcvikové techniky – emulace a modelování

Existují dvě základní techniky výcviku: emulace (napodobování) a modelování. Emulace (někdy též imitace) je vytváření skutečného prostředí pro účely výcviku. To znamená skutečné požáry, zhroutené budovy, skutečné (avšak kontrolované) exploze, použití malých množství skutečných chemických látek atd.

Přístupy emulace (imitace) mají svá vlastní rizika, zatímco technologie modelování (simulace) mohou využít techniky virtuální reality pro tvorbu jiného typu výcviku bez rizika. Ve smyslu výcviku pro závažné či katastrofické situace jsou modelovací techniky virtuálně neomezené co do svých aplikací a jsou široce používány, například v letectví při civilním i vojenském výcviku, kde letecký simulátor může provádět výcvik pro většinu závažných situací bez vystavení pilotů, cestujících či letadla riziku. Simulace (modelování) je vhodným uspořádáním výcviku a to platí i pro výcvik proti různým mimořádným událostem, včetně terorismu [10].

Simulovaná cvičení krizových situací, jeho podstata a možnosti

Simulovaný výcvik na CSTT, který probíhá již více než 10 let v podmínkách trvalého technologického a odborně tematického rozvoje představuje zřejmě vrchol reálnosti, efektivitu a poučnosti krizových cvičení. Přestože byl simulátor původně připraven pro simulaci bojových operací, postupný technologický a odborný vývoj umožnil připravit podmínky pro výcvik specifických vojenských operací (mírové, humanitární a záchranné), ale také záchranných operací složek IZS.

Na uvedeném pracovišti je možné provádět tzv. **distribuovaná cvičení**. Tato cvičení představují trend modernizace výcviku v armádách USA i dalších vyspělých států. Každé distribuované cvičení je komplexním zaměstnáním specialistů prováděným s cílem připravit jednotlivce, štáby a jednotky k plnění společných úkolů. Taktický simulátor v CSTT využívá simulační systém **ModSAF** (Modular Semi-Automated Forces).

Simulátor obsahuje deterministické i stochastické modely s vysokým rozlišením. Patří do skupiny detailních stochastických modelů, což znamená, že v průběhu simulace je řešeno chování jednotek až do jednotlivých vozidel a osob, včetně simulace pohybu všech entit, což je výhodné zejména při simulaci malých operací, kdy se může operovat s konkrétními specialisty (pyrotechnik, lékař, hasič, chemik, služební pes atd.).

ModSAF je tedy systém, který využívá princip konstruktivní, distribuované simulace a umožňuje simulaci jednotlivých entit syntetického dynamického bojiště (SDB) na poměrně vysoké úrovni detailu [2].

Tyto vlastnosti umožňují použití simulátoru ModSAF nejen pro výcvik, ale i pro vzdělávání, analytickou činnost v oblasti vývoje zbraňových, či zásahových systémů a také pro výzkum principů použití, organizace a vybavení jednotek.

V neposlední řadě má taktický simulátor své místo při tvorbě zásad taktiky a operačního použití jednotek. Jeho taktické a technické vlastnosti mu umožňují provést řadu analýz a experimentů, které nelze realizovat v podmínkách mírového života. Takto získané poznatky lze postupně ověřovat i v reálném prostředí a následně zavádět do praktické činnosti.

Taktický simulátor je tedy výcvikový simulační prostředek, který verifikuje práci velitele, štábů a jednotek mnohem efektivněji a komplexněji než to mohou učinit cvičení jednotek v

terénu. Taktické zobrazení může být jak z pohledu vlastních sil, tak i z pohledu protivníka, či součinnostních jednotek a je při něm využito uložených dat v databázích. Taktický simulátor umožňuje editaci parametrů terénu, počasí, jednotek, zbraní, cílů a ovládání jednotek stanovenou množinou povelů. Ovládání jednotek umožňuje taktický simulátor formou úkolování jednotek od jednotlivých vozidel přes čety a rotu, vzdušných prostředků až po prostředky logistiky. Totéž se týká informací v podobě hlášení. Každý stupeň velení má své specifické povely a úkoly. Každý úkol je konkretizován a musí obsahovat potřebné údaje pro úspěšné splnění úkolu. Cvičící je prostřednictvím operátora a systému informován o stavu jednotky a stavu plnění úkolu v podobě hlášení, které se mu zobrazuje v tzv. monitoru stavu. Monitor stavu dovoluje uživatelům sledovat aktivity plynoucích jak z vlastního chování, tak ze zadaných úkolů.

Při plánování veškerých aktivit přípravy vojenských profesionálů s využitím simulačních technologií je možné realizovat elementární požadavky výcviku:

- vysoká efektivita;
- přiměřené náklady;
- opakovatelnost výcviku (celého nebo po sekvencích);
- velká reálnost, včetně vizualizace a možnosti zobrazení epizod;
- vysoký stupeň objektivity, v duchu zadaných parametrů;
- absolutní bezpečnost (při speciálních operacích vlastně nelze ani jinak odcvičit);
- ekologie.

Z hlediska technického vybavení je možné využít schopností simulačního systému i pro ověření některých teoretických zásad. Jedná se především o:

- přehled časových a prostorových možností;
- respektování taktických zásad a norem;
- tvorbu taktických a organizačních sestav;
- vliv prostředí na činnost jednotek;
- ověření nově vytvořených modelů vojenských i nevojenských činností a prostředků;
- rozvoj taktického myšlení velitelů a štábů.

Zvláštnosti přípravy cvičení s krizovou tematikou

Zvláštnosti přípravy cvičení vychází z poslání a úkolů záchranných útvarů AČR. Organizační struktura je doplněna složkami IZS, specializovanými i klasickými silami a prostředky AČR a také prostředky, které jsou na teritoriu (městská policie, technické služby měst apod.) [1].

Strukturální skladba CAX je závislá zejména na cílech cvičení. Ze stanovených cílů musí řídící cvičení sestavit jednotlivé úrovně cvičení, do kterých zařadí všechny skupiny (organizace, subjekty, celky apod.), podílejících se na provádění záchranných prací.

Specifikou cvičení je fakt, že jeho průběh a rozehry se důsledně řídí krizovými zákony, tedy prioritní jsou hlavní složky IZS, zejména velitel zásahu a OPIS IZS (operační a informační středisko). Všechny požadavky na výpomoc (síly a prostředky) jdou cestou OPIS a pro praktické rozehry je velmi žádoucí pracoviště OPIS a funkci velitele zásahu obsadit zkušenými příslušníky jednotek požární ochrany, což velmi pomáhá reálnosti řešených situací.

Pro praktickou simulaci je nutné doplnění simulačního systému o nové modely (2D, 3D) tak, aby byly pokryty aktivní činnosti všechny simulované složky, např.:

- humanitární základna;
- zdravotnická zařízení;
- technika a osoby Hasičského záchranného sboru ČR, Policie ČR;
- sklady materiálu, sklady nebezpečných látek;
- zemina, dřevo, norné stěny, sníh apod.;
- sudy, kontejnery, nádrže, palety;
- železniční vagóny, nádraží, překladiště;
- letiště, heliporty;
- poškozené budovy;
- objekty důležité pro obranu státu, objekty kritické infrastruktury;
- továrny, stadiony, úpravny vody.

Reálné možnosti výcviku orgánů krizového řízení na simulátoru

Výše uvedená teoretická východiska, včetně úvah o nutnosti navýšení efektivity řídicích procesů při řešení krizových situací je možné využít pro koncipování kvalitativně nového modelu výcviku a vzdělávání příslušníků krizového managementu. Je zjevné, že stávající model, který se opírá o tradiční metody výkladu, či objasnění krizové legislativy, souvisejících úkolů a následné přezkoušení nemůže dostatečně rozvinout potřebné řídicí schopnosti vedoucích, či krizových štábů jako je rozhodnost, flexibilita, trvalá koordinace úsilí, sběr a analýza informací apod. Možnou variantou řešení je k výcviku využít volných kapacit CSTT AČR, nebo ještě lépe vybudovat další specializované centrum v gesci Ministerstva vnitra ČR pro specifiku záchranných a bezpečnostních operací. Takovéto centrum by umožnilo různorodý a specializovaný výcvik pro různé kategorie cvičících, např.:

- 1) základní výcvik pro nižší články řízení (starosty obcí) formou štábního cvičení na základní krizové téma (např. neočekávaná povodeň);
- 2) pokročilý výcvik pro krizový management krajů a velkých měst, či klíčové osoby tohoto managementu formou štábního cvičení na složitější a komplexní téma;
- 3) pokročilý výcvik týmů specialistů na specifická a složitá témata (jaderná havárie, CBRN terorismus, osvobození rukojmí apod.);
- 4) výcvik managementu i specialistů jednotlivých složek IZS zaměřený na řízení, koordinaci a řešení základních i složitějších krizových témat, s důrazem na poskytování zdravotnické pomoci (hromadná postižení zdraví, katastrofy většího rozsahu, epidemie apod.);
- 5) pokročilý komplexní výcvik krizových štábů republikové úrovně na nejsložitější krizová témata s cílem odladit, či ověřit stávající procedury, či operační a časové schopnosti zasahujících sil a prostředků;
- 6) další odborná cvičení zaměřená např. na logistiku operací, součinnost, mezinárodní humanitární pomoc, variantní řešení situací apod.

Počítačem podporované cvičení by umožnilo provádět výcvik realističtějšíм způsobem, s rozehrami v reálném čase, s dodržením skutečného operačního tempa a na širokou škálu

krizových témat včetně těch nejsložitějších, což může být například simulované cvičení s použitím chemických, radiačních a biologických látek.

CBRN výcvik

Potenciální rizika výcviku v reálných podmínkách pro případ chemických útoků byla ilustrována, když v roce 1988 musel být uzavřen ústav German Army Decontamination Training Facility (Wehrwissenschaftliches Institut der Bundeswehr) v Munsteru, protože byly v místních vodních zdrojích zjištěny stopy perchlorethylenu. Bylo tomu tak proto, že při výcviku byly během mnoha let použity nízké koncentrace skutečných zpuchýřujících látek a dalších prostředků. Bylo zjištěno, že konstrukce nového environmentálně kontrolovaného výcvikového zařízení by vyžadovala 5 až 8 let vývoje a testování.

Kromě výcvikových zařízení je dalším způsobem provádění tohoto výcviku použití netoxických simulačních chemikálií místo skutečných chemických látek. Simulační prostředky jsou vyvinuty tak, aby měly charakteristiky podobné reálným chemickým látkám v tom smyslu, že se budou pomalu vypařovat s rychlostí závislou na větru a teplotě, budou přecházet z jednoho povrchu na druhý dotykem a mohou se odstranit standardními dekontaminačními postupy.

Plyny a chemické toxické látky se pohybují ve směru větru a rozptylují se. Totéž platí pro tzv. „špinavou bombu“, která využívá výbušninu pro distribuci nebezpečných látek, jako jsou radioaktivní izotopy, nervově-paralytické nebo zpuchýřující látky. Existují dva aspekty simulace: modelování rozptýlení, koncentrace a účinku škodlivého prostředku a simulace využití detektorů ve výcviku za polních podmínek. Během let bylo vyvinuto mnoho programů pro predikci atmosférického driftu, zejména pro vojenské účely, jako součást plánování pro případ nukleární, biologické a chemické hrozby [10].

Chemická bojová otravná látka je součástí moderního arzenálu teroru, jak ilustroval útok režimu Saddama Husseina v březnu 1988 na kurdské město Halabďža [11]. Podle odhadu bylo zabito přes 3000 osob a zraněno zhruba 7000. Uvádí se, že zneužití chemické látky byly kombinací yperitu, nervově-paralytických látek a kyanidu. Zneužití chemických zbraní v současnosti hrozí i od teroristů.

Jaké jsou metody a formy výcviku pro takto náročné taktické či operační schopnosti? Jak je popsáno výše, detekci a rozptyl CBRN látek lze cvičit, avšak cvičení postupu orgánů krizového řízení je mnohem obtížnější. Simulovaný výcvik na CSTT je tedy vhodnou variantou výcviku těchto orgánů a jejich krizových štábů.

Možnosti využití simulovaného výcviku pro nácvik činností medicíny katastrof

Ve specializovaném centru pro simulaci záchranných a bezpečnostních operací by se při nácviku setkávali odborníci jednotlivých složek IZS, kteří se v reálné situaci setkávají až v momentě nebezpečí a mohli by již při výcviku zvládnout lépe taktiku vzájemné spolupráce. I tento aspekt by jistě přispěl k větší provázanosti a součinnosti složek IZS.

Ve výcvikovém středisku by mohly probíhat pro IZS specifické simulace s různými variantami vyvolávajících příčin, rozsahu, počasí, terénu a dalších okolností a to v situacích hromadného postižení zdraví (HPZ) v rámci medicíny katastrof.

Účastníci cvičení by pak mohli cvičit v následujícím vývoji kritického scénáře:

1. Příjem tísňové výzvy, reakce a činnost zdravotnického operačního střediska (ZOS) či krajského (ZOS).
2. První posádka zdravotnické záchranné služby (ZZS) na místě mimořádné události, první kontakt s HPZ.
3. Aktivace Traumatického plánu ZZS a cílových zařízení (činnost ZOS).
4. Velení a koordinace ZZS při zásahu u HPZ.
5. Třídění pacientů (určení priority ošetření, priority transportu a jejich kombinace).
6. Organizace shromaždiště raněných a nemocných (obvaziště).
7. Speciální logistika při řešení HPZ.
8. Ukončení akce s HPZ – protokolace, závěrečná dokumentace. Vyhodnocení cvičení.

Dále lze ve výukovém simulačním centru v kombinaci s reálným cvičením v terénu nacvičit i koordinaci a součinnost s ostatními složkami IZS, např.:

- technické zajištění zásahů IZS se zajištěním bezpečnosti zasahujících týmů (pohotovostní služba plynáren, elektráren a vodáren, vytvoření specializovaných týmů);
- výpomoc ze strany ČČK a dalších dobrovolnických organizací a neziskových nevládních organizací (zajištění péče o nezávažné stavy při déle trvajících a rozsáhlých akcích co do počtu postižených, zdravotnický dohled v evakuačních centrech, v postižených oblastech ve fázi obnovy, psychosociální intervenční týmy);
- cvičení oddílů vodní záchranné služby při mimořádné události na vodních plochách a tocích, apod. [12].

Příklad ze studentské odborné praxe

Studenti ČVUT FBMI studijního oboru Plánování a řízení krizových situací se v únoru 2011 zúčastnili třídního cvičení vojenských záchranářů v CSTT AČR v Brně. Studenti vystupovali v různých rolích představitelů místní správy a krizového managementu města. Ve třech specifických krizových situacích rozehrávali pro zasahující záchranáře aktuální požadavky a reálnou situaci v regionu a tím dotvářeli komplexní rámec krizové situace. Postupně procvičili dopravní nehodu velkého rozsahu, rozsáhlou sněhovou kalamitu v menším městě a teroristický bombový útok v supermarketu. Studenti vycházeli z rozehry skutečné situace ve městě, aplikovali krizové zákony a plány a řešili nejdříve nasazení sil a prostředků, které byly v jejich dispozici. Na základě analýz a informačních brífinků vyžadovali nasazení sil a prostředků IZS, pro které zároveň vytvářeli organizační a logistické podmínky. Koordinovali zásahy IZS s příslušnými veliteli, podávali jim informace o situaci, připravovali pro ně další dílčí rozehry situací a informovali veřejnost na tiskových brífincích. Vše probíhalo v reálném čase, s využitím spojovacích prostředků a se zákresy podstatných informací do plánu města. Část studentů působila u operátora PC, který zaváděl rozhodnutí krizového štábu do simulace, tedy aktivní síly a prostředky města byly vizualizovány a mohla být hodnocena efektivita jejich činnosti.

Podle závěrečného hodnocení řídicího cvičení studenti při cvičení prokázali velmi dobré odborné znalosti i praktickou aplikaci krizových zákonů, dobré organizační schopnosti a kreativitu. Studenti naopak oceňovali možnost reálně spolurozhodovat o průběhu záchranných

operací, koordinovat úsilí s partnery na teritoriu a také fakt, že jejich rozhodnutí v praxi prověřil nejen simulátor, ale i zasahující krizové složky.

Tento příklad cvičení studentů prvního ročníku bez předchozí praxe v krizovém řízení jasně demonstroval efektivitu tohoto cvičení, tedy možnost v relativně krátkém čase 3 dnů získat dobré odborné krizové i manažerské zkušenosti. A také jedinečná možnost testovat pod zátěží skutečné nezbytné manažerské krizové schopnosti, což zejména u klíčového personálu je objektivní nutnost.

Diskuze

Výše uvedené návrhy, tedy možnost provádět výcvik krizového managementu novým dynamickým způsobem, budou vyžadovat vytvoření vhodného simulačního centra, jehož pořizovací i provozní náklady jistě nebudou malé. Ale při srovnání se škodami při povodních, či jiných pohromách na území ČR (15 mrtvých při povodních 2009 a škody v hodnotě 8,5 miliard) a možností tyto škody a také ztráty na životech alespoň částečně eliminovat, to stojí za zvážení [9]. Devizou jistě bude možnost řešit nestandardní, specifické a široce variantní situace.

Závěr

Výcvik řešení krizových situací s počítačovou podporou při vhodné organizaci a přípravě by měl:

- rozvíjet taktické a operační dovednosti velitelů zásahu a jeho štábu;
- vytvářet reálnou představu o vlivu časových a prostorových faktorů na průběh akce;
- prohlubovat návyky ve vytváření potřebného uskupení, sestav, v organizování a řízení manévru sil;
- upevňovat schopnost integrace vlastních i součinnostních sil a prostředků, udržení jejich připravenosti a všestranného zabezpečení;
- rozvíjet návyky ve využívání terénu a místních zdrojů;
- přispívat ke zdokonalení podílu jednotlivých cvičících na procesech velení a řízení v podmínkách časové tísně a nedostatků informací;
- podporovat umění práce s mapou, provozu s využitím radiového spojení a zpracování základních dokumentů krizového řízení.

Výše uvedené řídicí schopnosti jsou svým způsobem unikátní a nesdělitelné, tedy lze jich dosáhnout pouze opakovanou praxí. Na základě výše uvedených zkušeností získaných v CSTT AČR za více než 10 let činnosti lze dovodit, že simulační výcvik takovéto parametry splňuje. Je to tedy skutečně výrazná možnost, jak dosáhnout vyšší efektivity práce a řídicích činností krizových manažérů a jejich štábů. Simulační technologie totiž umožňují verifikovat výsledky jednotlivých cvičení, postupů a experimentů, čímž se obzvláště v oblasti krizového řízení posouvají doposud získané teoretické závěry do vyšší kvalitativní úrovně a více se přibližují reálným faktům.

Seznam použité literatury

- [1] HAVELKA, L.: Využití taktického simulátoru pro výzkum, vzdělávání a výcvik v AČR, Disertační práce, Univerzita obrany, Brno, 2006.
- [2] HALAŠKA, J.: Jak proti bleskovým povodním? Mezinárodní souhrn vědeckých prací, Nové trendy v práci pomáhajících profesí, Praha, 2011, ISBN 978-80-87386-14-9.
- [3] VRÁB, V.: Koncepce výcviku důstojníků, štábů a velitelů pomocí počítačové simulace a simulátoru. Brno: VA, 1998.
- [4] Zásady plánování a řízení vojensko-odborné přípravy vedoucích pracovníků, velitelů, štábů a vojsk. [Pomůcka]. Praha, MO, 2004.
- [5] Doktrína AČR v operacích na území ČR pod národním velením, MO, Praha, 2007.
- [6] Koncepce zavádění simulační a trenažérové techniky do AČR. MO, Praha, 1998.
- [7] Příprava, provedení a hodnocení vojenských cvičení. [Pomůcka č. j. 99046/2004-1618] Praha, MO, 2005.
- [8] Ministerstvo vnitra-generální ředitelství Hasičského záchranného sboru České republiky, Statistická ročenka 2009, Česká republika, Praha 2010.
- [9] STRACHAN, I.: Anti-Terrorism Training. MILITARY TECHNOLOGY, 2009, vol. 33, č. 12, s. 57-63.
- [10] HON, Z.: Vnitřní bezpečnost versus přistěhovalecké komunity. Mezinárodní souhrn vědeckých prací: Aspekty veřejného zdravotnictví a ošetrovatelstva v 21. století, Bratislava, 2011. s. 31-35. ISBN 978-80-89088-95-9.
- [11] DIGIOVANNI, C.: The spectrum of human reactions to terrorist attacks with weapons of mass destruction: early management considerations. Prehosp Disaster Med. 2003. Vol. 18, no. 3, s. 253-257.
- [12] Česká lékařská společnost J. E. Purkyně Společnosti urgentní medicíny a medicíny katastrof. Hromadné postižení zdraví – postup řešení zdravotnickou záchrannou službou v terénu, návrh k diskusi, Praha, 2010.

Kontakt na autory:

Ing. Jiří Halaška, Ph.D.

České vysoké učení technické v Praze, Fakulta biomedicínského inženýrství

Katedra lékařských a humanitních oborů

jhalaska@seznam.cz

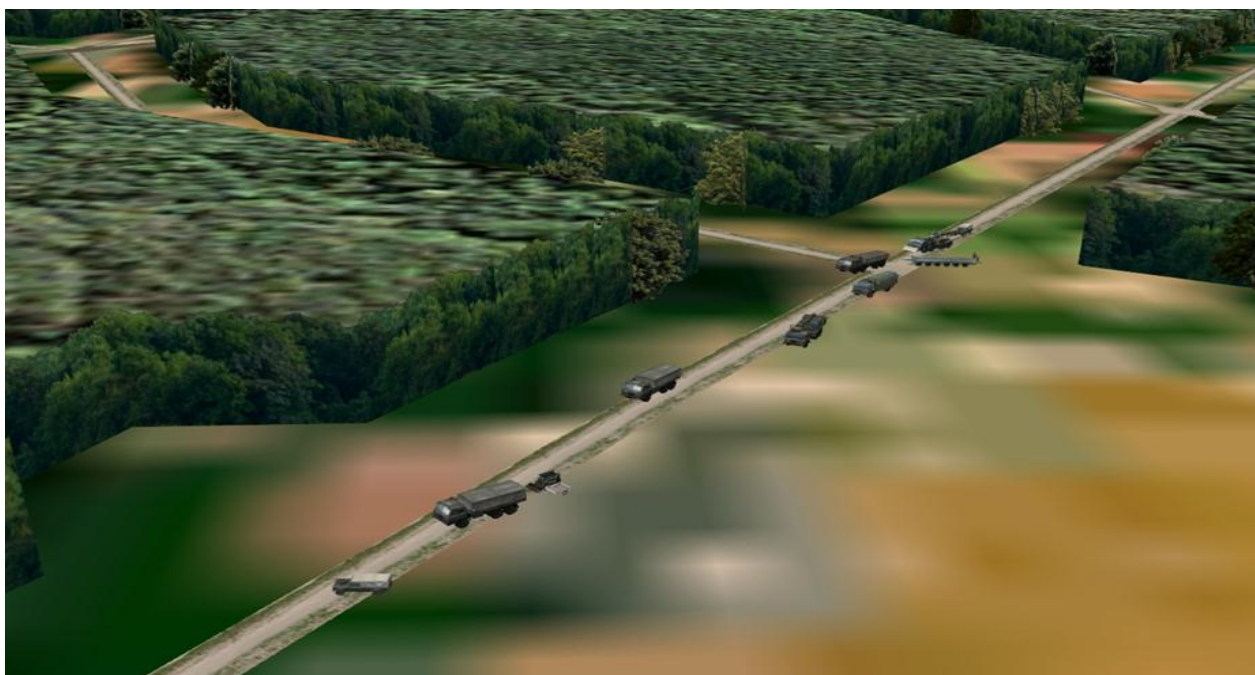
Obr. 1, 2 Studenti v procesu plánování a řešení krizových situací.



Obr. 3. Řídící a analytické stanoviště taktického simulátoru.



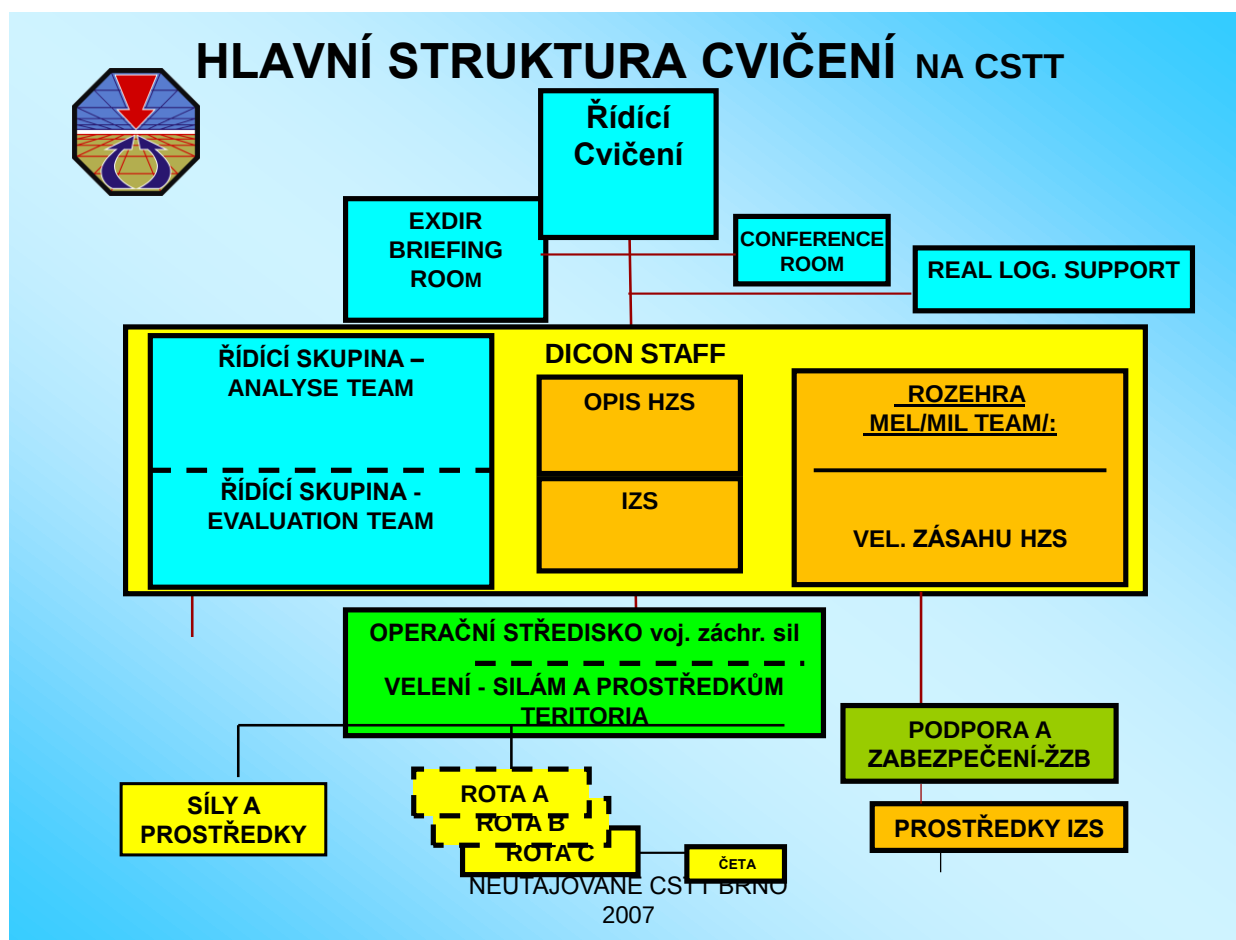
Obr. 4 Vizualizace situace v rámci epizody dopravní nehoda velkého rozsahu.



Obr. 5 Vizualizace nasazení záchranných složek při teroristickém útoku na supermarket.



Obr. 6 Schéma řízení cvičení vojenských záchranářů na CSTT.



ZAHRANIČNÍ MÍROVÉ OPERACE, JEJICH VÝZNAM, ČLENĚNÍ A ROLE AČR V NICH.

Ing. Jiří Halaška, Ph.D.

České vysoké učení technické v Praze, Fakulta biomedicínského inženýrství se sídlem na
Kladně, katedra lékařských a humanitních oborů

Abstrakt

Mírové operace patří mezi hlavní způsoby, kterými mezinárodní organizace realizují opatření zaměřené na prevenci a řešení vojensko-politických krizí. Budoucí mírové operace budou vedeny ve struktuře integrované mise, která bude mít společný mandát, civilní řízení, strukturu zahrnující složky pro plnění civilních, vojenských, rozvojových a humanitárních úkolů, mezinárodní legitimitu, schopnost řešit komplexní úkoly v civilní i vojenské oblasti.

Činitelem, který bude podstatným způsobem ovlivňovat charakter budoucích mírových operací, je trend založený na komplexním přístupu k řešení krizí. Komplexní přístup bude znamenat maximální využití potenciálu mezinárodního bezpečnostního systému, úzkou spolupráci mezinárodních a nevládních organizací, vojenských aliancí a posílení integrační role OSN.

AČR v minulosti načerpala významné zkušenosti v přípravě a provedení zahraničních misí. Sehrává důstojnou a své velikosti úměrnou roli v zahraničních vojenských operacích. Další rozvoj operačních schopností celé ČR pro provádění zahraničních misí je nutné spatřovat zejména v komplexní předběžné spolupráci všech účastníků operace s cílem včas budovat expediční civilně-vojenské kapacity pro budoucí zahraniční operace.

Klíčová slova: Mírové operace, prevence konfliktu, civilně-vojenská spolupráce, operační schopnosti.

Abstract

Peacekeeping operations are the main way in which international organizations implemented the measures aimed at the prevention and resolution of the military-political crisis. The future of peacekeeping operations will be in so-called integrated missions, which will have a common mandate, civilian management, structure includes the folder for the fulfillment of civil, military, stabilization and humanitarian tasks, international legitimacy, ability to solve complex tasks in both civil and military areas.

The factor that will substantially affect the nature of future peacekeeping operations is based on a comprehensive approach to crisis management. A comprehensive approach will mean the maximum use of the potential international security system, the close cooperation of international and non-governmental organizations, military alliances and the strengthening of the integration role of the United Nations.

The Armed Forces of Czech Republic (ACR) in the past period furnished a significant experience in the preparation and implementation of the foreign missions. ACR plays a significant role in foreign military operations.

The further development of the operational capability of the Czech Republic for the implementation of foreign missions is to be found in particular in the comprehensive preliminary cooperation of all participants of operation with the aim to build expeditionary civil-military capabilities for the future foreign operations.

Keywords: Peacekeeping operations, conflict prevention, civil-military cooperation, the operational capacity.

Úvod

Krizový vývoj v nestabilních regionech na okraji euroatlantického prostoru představuje významnou bezpečnostní hrozbu, jejíž řešení se nemůže zužovat pouze na poskytování ekonomické, humanitární, či diplomatické pomoci. Neřešení této hrozby sice zatím nepředstavuje bezprostřední riziko pro většinu vyspělých demokratických států, včetně ČR, ale v dlouhodobém horizontu může vést k rozšíření pásma nestability, popřípadě generování jednotlivých jejich atributů dále do centra euroatlantického prostoru.

Výše uvedenou situaci se snaží více, či méně úspěšně řešit řada mezinárodních vojensko-politických a bezpečnostních organizací a států a ukazuje se, že zatím nejefektivnějším prostředkem řešení již nazrálých krizí jsou komplexní mírové operace.

Mírové operace všech typů jsou účinné, pokud jsou použity včas, adekvátně k situaci a jejich uskutečnění má širokou mezinárodní podporu. Uvedené tvrzení lze doložit na řadě ukazatelů. Od roku 1992 se celkový počet konfliktů ve světě snížil o 40 %. Počet konfliktů, ve kterých došlo ke ztrátám na lidských životech přesahujících 1000 osob, poklesl o 80 %. To vše i zásluhou novodobých mírových operací, jejichž četnost vzrostla od roku 1990 o 400 %. Na základě studia zkušeností z mírových operací OSN snižují pozorovatelské mise riziko obnovení konfliktu o 80 % a rozmístění mírových sil OSN o 90 %.[2]

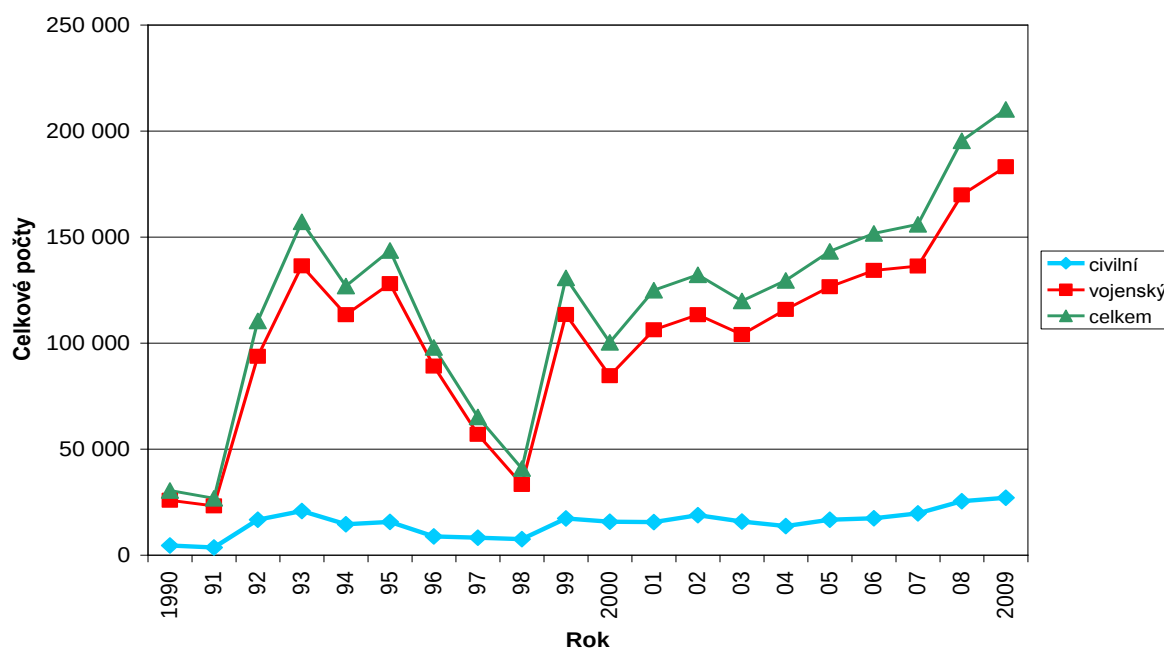
Důležitým problémem je rovněž otázka významu mírových operací pro budoucí expediční použití AČR. V této souvislosti je nutné řešit vztah mezi předpokládaným vývojem v bezpečnostním prostředí a budoucí rolí mírových operací při řešení krizí. Nejedná se o nic menšího, než o budoucí charakter AČR a její schopnost dostát mezinárodním závazkům.

Mírové operace

Mírové operace obecně jsou zásadním nástrojem mezinárodního společenství k prosazování míru a bezpečnosti. Mírové operace OSN jsou jednou z nejdůležitějších a také z nejdůvědnějších činností, které OSN garantuje. Přestože udržování míru není přímo zakotveno v Chartě OSN, už v roce 1948 Spojené národy vytvořily první takovou misi - Organizaci OSN pro dohled nad dodržováním příměří na Blízkém východě. Dosud bylo celkem ustaveno 56 mírových operací, 43 z nich po roce 1988.

Mírové operace a jejich rozmístění schvaluje Rada bezpečnosti se souhlasem dotčených zemí a většinou i dalších stran. Operace tvoří vojenské a policejní sbory a civilní personál. V rámci operace jsou rozmístěni vojenští pozorovatelé nebo vojenské jednotky, případně obojí. Mise vojenských pozorovatelů tvoří neozbrojení důstojníci, kteří mají za úkol dohlížet na dodržování příměří. Vojáci mírových sborů jsou vyzbrojeni, ve většině případů však mohou zbraně použít jen k sebeobraně. Vývoj počtu personálu působícího v misích (graf č.1) ukazuje na dominanci vojenského personálu v misích, což je logické vzhledem k charakteru plněných úkolů. Na druhé straně však to pokazuje na skutečnost, že obecně nejsou k dispozici dostatečné kapacity expedičního civilního charakteru v širokém spektru úkolů (obnova a řízení státní a veřejné správy, průmyslu, zdravotnictví, školství apod.).

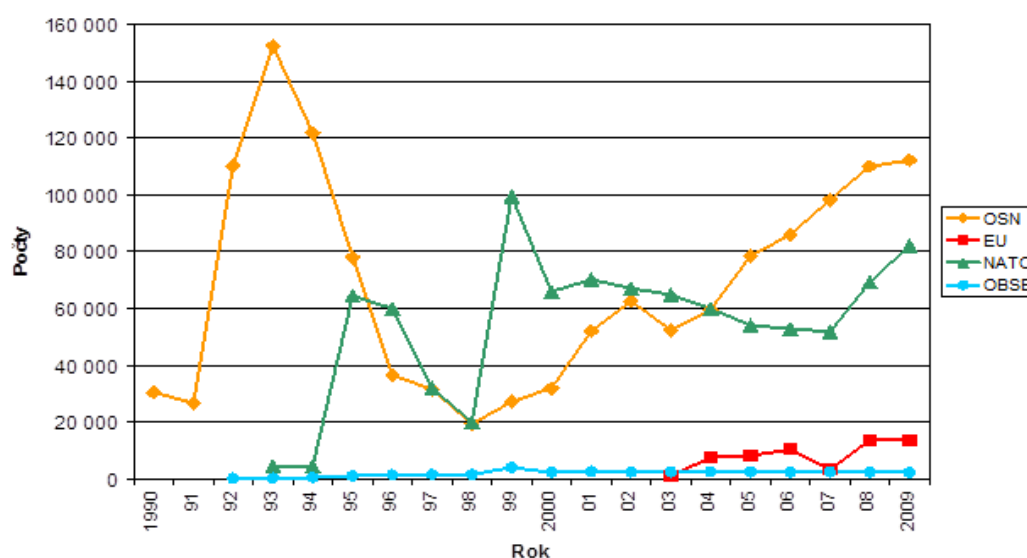
Graf č. 1: Vývoj celkových počtů vojenského a civilního personálu OSN, EU, NATO a OBSE působícího v misích a operacích v letech 1990-2009,[2]



Vojenské jednotky poskytují členské státy na základě dobrovolnosti. Náklady jsou hrazeny ze zvláštního rozpočtu pro mírové operace, do kterého přispívají členské země OSN. Země vysílající vojenské jednotky dostávají z tohoto rozpočtu kompenzaci podle předem stanovených podmínek. V roce 2003 byly náklady na mírové operace přibližně 2,2 miliardy dolarů, což je přibližně 0,15 procenta celosvětových vojenských výdajů.

Od roku 1948 prošlo mírovými operacemi více než 750 tisíc vojáků, policistů a civilních pracovníků z téměř 130 zemí. Celkové počty vojenského a civilního personálu v misích podle podílu organizací OSN, EU, NATO a OBSE na grafu č. 2, ukazují na dominanci misí OSN a NATO a také na nárůst počtu personálu související s nárůstem počtu v misích v Iráku a Afghánistánu v letech 2008-2009.

Graf č. 2: Vývoj počtů voj. a civ. personálu v misích OSN, EU, NATO a OBSE [2]



Role a způsob působení jednotlivých bezpečnostních organizací v misích nejsou nijak omezovány, spíše se jedná o určité kapacity a zkušenosti, které umožňují specializaci na daný typ operací.

OSN má tradičně integrující roli pro rozsáhlé humanitární operace s celosvětovým záběrem. Řídí tzv. integrované mise, ke kterým se další organizace přidávají.

EU je specifické procesem posilování bezpečnosti v daných státech, operacemi s širokým spektrem nástrojů a zaměřením převážně na Evropě přilehlé regiony, zejména na Afriku.

NATO plní zejména vojenské úkoly, sleduje rozvoj vojenských schopností států v zájmovém prostoru a je schopno realizovat i tzv. robustní mandát, čili operace na vynucení míru (Kosovo, Afghánistán).

OBSE se zaměřuje především na budování demokratických institucí v zájmových státech, řeší tzv. zmrazené konflikty a orientuje se na Euro-Asijský prostor.

Hlavní principy mírových operací vyplývající z Charty OSN jsou: neutralita, nestrannost, legitimita, transparentnost.

Mírové operace se člení na šest základních typů operací – na udržení míru (peacekeeping), vynucení míru (peace enforcement), budování míru (peacebuilding), vytváření míru (peacemaking), prevence konfliktů (conflict prevention) a humanitární operace (humanitarian operations), kdy každá mírová operace je zpravidla vedena v jejich kombinaci.

Díky své univerzálnosti jsou operace OSN velmi vhodným nástrojem k řešení konfliktů. Mají potřebnou legitimitu a zmírňují dopad cizí intervence na svrchovanost zemí. Příslušníci mírových sil nejsou v konfliktu zainteresováni a mohou proto lépe podpořit dialog mezi znepřátelenými stranami. Otevírají tak dveře mírovému procesu, který by jinak nebylo možné nastartovat.

Aby byla mírová operace úspěšná, musí být splněno několik předpokladů. Patří mezi přání bojujících stran vyřešit své spory mírovou cestou, jednoznačný mandát, silná politická podpora mezinárodního společenství a zajištění dostatečných finančních i lidských zdrojů.

Splnění těchto předpokladů si může vyžádat i aktivní zapojení nestátních aktérů. Mezinárodní společenství se poučilo z dosavadních zkušeností a potenciál mírových operací OSN po mnoha stránkách posiluje. Rada bezpečnosti a další orgány se nyní zabývají zásadními otázkami, jako je zlepšení připravenosti, zvýšení rychlosti nasazení, posílení potenciálu příslušníků mírových jednotek a zajištění politické a finanční podpory ze strany členských států. Důležitou trvalou činností OSN je včasné rozpoznání a prevence konfliktů.

Základními metodami prevence vzniku nových ozbrojených konfliktů nebo opětovného vzplanutí starých jsou preventivní diplomacie, preventivní rozmístění a preventivní odzbrojení.

Preventivní diplomacie zabraňuje vzniku sporů, případně se je snaží řešit dříve, než přerostou do ozbrojeného konfliktu. Pokud už konflikt propukl, slouží preventivní diplomacie k omezení jeho rozsahu. Využívá metod zprostředkování, usmiřování či vyjednávání. Podstatnou součástí prevence je systém včasného varování. OSN pečlivě monitoruje politickou situaci na celém světě, aby mohla rozpoznat hrozby mezinárodnímu míru a

bezpečnosti a umožnit Radě bezpečnosti a generálnímu tajemníkovi podniknout preventivní kroky.

Preventivní rozmístění je včasné a efektivní nasazení příslušníků mírových sil v místě hrozícího konfliktu. Cílem je přispět ke zvládnutí konfliktu budováním důvěry přímo tam, kde roste napětí, popř. stabilizovat situaci, či odstranit strany konfliktu.

Preventivní odzbrojení se snaží v oblastech náchylných ke konfliktům omezit počet lehkých zbraní.

Operace mohou mít různé podoby a formy a v měnících se podmínkách se neustále vyvíjejí. Mezi hlavní cíle mírových operací patří:

- Udržování příměří a oddělování vojenských sil – mírová operace fungující byt' jen v podmínkách omezené dohody mezi znepřátelenými stranami může vytvořit atmosféru potřebnou k vyjednávání.
- Preventivní rozmísťování mírových sil – přítomnost mírových sil před vypuknutím konfliktu může přispět ke zprůhlednění sporné situace a podpořit její politické urovnání.
- Ochrana humanitárních operací – v mnoha konfliktech jsou civilisté záměrně využíváni k dosažení politických cílů. Příslušníci mírových sborů jim proto zajišťují ochranu a umožňují přisun humanitární pomoci. Jednotky se tak ale mohou dostat do nesnadné politické situace a jejich vlastní bezpečnost může být ohrožena.
- Realizace celkového mírového urovnání – komplexní mírové operace založené na úplném mírovém urovnání mohou pomáhat v různých oblastech, např. zajišťování humanitární pomoci, dohled nad dodržováním lidských práv, monitorování voleb či koordinace hospodářské obnovy.

AČR a zahraniční mise

ČR se angažuje dlouhodobě při řešení krizi ve světě v místě jejich ohnisek. Od počátku devadesátých let minulého století se Československo a po svém rozdělení ČR aktivně zapojovaly do mezinárodního úsilí o řešení krizi na Balkáně, Blízkém východě a jinde.

Kromě účasti v humanitárních a stabilizačních operacích působili příslušníci ozbrojených sil ČR ve funkcích vojenských pozorovatelů OSN a OBSE: UNGCI (Irák), UNMOP (Chorvatsko), UNOMIG (Gruzie), UNAMSIL (Sierra Leone), MONUC (Kongo), UNMEE (Etiopie-Eritrea), UNMIK (Kosovo), UNMIL (Libérie), UNAMA (Afgánistán) a jinde.

Tab.č.3: Přehled hlavních misí Československé a České armády v letech 1990-2011. [3]

p. č.	Mise/operace (země působení)	Vedoucí stát nebo organizace	Doba působení	Celkový počet	Druh účasti	ČSA /AČR
1	Desert Shield/Desert Storm (Saudská Arábie, Kuvajt)	USA	1990–1991	200	Chemická jednotka	ČSA
2	UNGCI311 (Irák)	OSN	1991–2003	320	Strážní kontingent	ČSA,AČR
3	UNPROFOR (Chorvatsko – Krajina)	OSN	1992–1995	2 250	Prapor	ČSA /AČR
4	UNCRO(Chorvatsko-Krajina)	OSN	1995–1996	750	Prapor	ACR
5	UNTAES (Chorvatsko – Východní Slavonie)	OSN	1996–1998	100	Polní nemocnice	AČR
6	IFOR, SFOR a SFOR II (Bosna a Hercegovina, Chorvatsko)	OSN/NATO	1996–2001	6 300	Mechanizovaný prapor	AČR
7	AFOR312 (Albánie, Turecko)	NATO	1999	100	Polní nemocnice	AČR
8	KFOR (Kosovo)	OSN/NATO	1999–2002	980	Mech. prapor	AČR
9	Essential Harvest (FYROM)	NATO	2001	120	Výsadková skupina	AČR
10	KFOR (Kosovo)	OSN/NATO	2002-2005	3 070	Čs.-slov.prapor	AČR
11	Trvalá svoboda /Enduring Freedom (Kuvajt)	USA	2002–2003	612	Chem. jednotka, 1. čs – slov. prapor rad. chem. a biol. ochrany	AČR
12	ISAF (Afghánistán)	NATO	2002–2003 2003–2003	269 /11	Polní nemocnice / chirurgický tým	AČR
13	MNF – I (Irák – Basra, Shaiba)	VBR	2003–2003 2003–2007 2009	526/ 12 x 100 478+6 20	Polní nemocnice instruktoři Vojenské policie (NSE, CIMIC, Polní chirurgický tým, výcvik osádek tanků a bojových vozidel	AČR, VP
14	Trvalá svoboda /Enduring Freedom (Afghánistán)	USA	2004, 2006 a 2008	111, 120 a 99	Skupina speciálních sil	Voj.zpravodajství
15	ISAF KAIA (Afghánistán,	NATO	2004–2011	173	Ženi.,chem.jedn., meteo tým,polní	AČR

Konference AWHP 2011

	letišťe Kábul)				nem, výcvik pilotů vrtulníků	
16	ISAF (Afghánistán, provincie Badakšán)	NATO	2005– 2007	215	Ochrana německého PRT	AČR
17	ISAF (Afghánistán, provincie Helmand)	NATO	2007– 2008	35	Skupina speciálních sil	Voj. policie
18	ISAF (Afghánistán, provincie Uruzgán)	NATO	2008- 2009	80	Ochrana základny NL Úkol. uskup.	AČR
19	ISAF (Afghánistán, provincie Lógar)	NATO	2008- 2011	9 +200 55 100	PRT složený s vojáků a civilistů,OMLT, vrt. jedn.	AČR, MZV
20	ALTHEA(EUFOR)314(Bos na a Hercegovina)	OSN/EU	2004– 2008	365	Strážní jednotka	AČR
21	Winter Race (Pákistán)	NATO	2005- 2006	30	Zdravotnický tým	AČR
22	DRC/CAD EUFOR (Čad)	EU	2007- 2009	3	Příslušníci štábu	AČR
23	Air Policing Balt	NATO	2009	75	Stíh. letouny Gripen	AČR

Mírové mise a česká veřejnost.

Účast ozbrojených sil ČR při řešení krizových situací v zahraničí doposud není veřejnosti chápána jednoznačně. Na jednu stranu si občané ČR uvědomují nezbytnost podílet se na kolektivním úsilí ke zvyšování světové a nepřímo i vlastní bezpečnosti, na druhé straně některé skupiny obyvatel a politické strany poukazují, že přílišná angažovanost v konfliktech mimo území ČR je možným zdrojem rizik pro vnitřní bezpečnost. Například z výsledků průzkumu veřejného mínění vyplývá, že česká veřejnost v naprosté většině odmítá nasazení českých vojáků do bojů v Afghánistánu, když podporu tomuto kroku vyjádřila necelá pětina (17 %) dotázaných, zatímco proti se vyslovily tři čtvrtiny respondentů. [8]. Přitom ale více než 50% občanů ČR se domnívá, že naši vojáci se mají účastnit zahraničních misí. Důležitým argumentem je také ekonomické hledisko, kdy se zvýrazňuje, že zdroje vynaložené na úhradu

nákladů spojených se zahraničními misemi lze uplatnit lépe, např. v krizovém managementu IZS.

Převážně je v ČR preferován humanitární akcent misí. Českou veřejností je tradičně lépe hodnoceno vyslání českých vojáků k mírovým než k bojovým misím. Proto preferují vysílání zdravotníků, vojenských policistů, chemiků nebo strážníků a výcvikových jednotek zabezpečujících stabilizaci a další rozvoj v krizových oblastech.

Plnění úkolů v misích je také jedním z hlavních faktorů růstu prestiže ozbrojených sil v očích české veřejnosti. Jsou oceňovány zejména případy humanitárních aktů jako pomoc uprchlíkům, ochrana civilistů, pomoc při výstavbě škol nebo záchraně životů civilistů a dětí působením českých polních nemocnic.

Za dvacet let padlo v zahraničních misích české armády 19 vojáků, z toho 4 v Afganistanu. I to je fakt, který jistě naše veřejnost doceneje.

České mírové operace jsou převážně operacemi aliančními, s využitím operačního a logistického potenciálu spojenců, či světových bezpečnostních organizací. Jejich budoucí rozvoj ve smyslu zvýšení efektivity je možné spatřovat především ve větší komplexnosti, integraci sil a prostředků civilních a vojenských. Tuto cestu již nastoupily všechny moderní státy, které přispívají do problematiky světové bezpečnosti.

Civilně-vojenské mírové operace jsou na úrovni strategické, operační a taktické převážně vojenským nástrojem určeným k synchronizaci vojenských a nevojenských prostředků mírové operace k podpoře stabilizačních, protipovstaleckých a dalších činností v podmínkách asymetrických hrozeb a neregulárních vojenských sil. [9]. Možná rizika jsou široká od etnických a náboženských konfliktů, proliferaci zbraní hromadného ničení, terorismus, organizovaný zločin až po hromadnou migraci obyvatelstva a rozsáhlá infekční onemocnění. Řešením může být právě civilně-vojenská operace integrovaná do společného využití všech dostupných prostředků a sil: politických, vojenských, ekonomických, právních, humanitárních, mediálních a jiných, kombinovaná s řadou postupů a procesů na vládní, veřejné, regionální, privátní a dalších úrovních s cílem působit efektivně do ohniska konfliktu a dosáhnout rychlé a trvalé stabilizace poměrů. [5]

V případě nasazení v zahraničí je nutné připravovat ozbrojené síly na operační prostředí, kde neexistuje spojitě válčiště. Mnohdy je setřen rozdíl mezi bojovou a nebojovou zónou a nelze spoléhat na logistickou podporu země, na jejímž území jsou síly nasazeny. Může také existovat značná odlišnost kulturního prostředí. Protivníkem jsou pravidelné i nepravidelné ozbrojené síly, často bez centrálního velení, využívající asymetrické prostředky boje v

prostředí, které dobře znají. Charakter budoucích operací vyžaduje nasazování menších, velmi dobře vybavených a vycvičených jednotek schopných plnit složité operační úkoly na bojišti.

V komplexních operacích je rovněž nutné dosáhnout větší součinnosti vojenských a civilních složek. Na toto pokazuje i Bílá kniha o obraně [6], která mluví o koordinované spolupráci mezi ozbrojenými silami ČR, vládními, nevládními a mezinárodními organizacemi a dalšími aktéry mírové operace. Její úspěch je podmíněn respektováním základních principů, kterými se tyto organizace řídí (v případě nevládních organizací jde o nestranost, nezávislost a neutralitu), a znalostí jejich poslání, mandátu a kapacit.

Je také nezbytné vytvořit národní seznam expertů, kteří budou procházet adekvátní přípravou a v případě potřeby budou vysíláni do zahraničí. Příprava musí zohledňovat jak civilní, tak i vojenské zkušenosti z operací. Ve spolupráci s ostatními ministerstvy je možné zajišťovat přípravu národních civilních expertů prostřednictvím tematických aktivit (kurzy přežití, vojenské plánování, minové nebezpečí, pravidla použití síly a podobně).

Výdaje na zahraniční operace

Pozornost si při posuzování vojenských výdajů zaslouží zejména operace v rámci závazků vůči NATO. ČR vynaložila za deset let na tyto operace 17,46 mld. Kč. Vynaložené prostředky vzrostly v roce 2008 ve srovnání s rokem 2000 o 178 %. V uvedeném desetiletí se ČR zúčastnila 26 operací, nejnákladnější byla účast AČR v SFOR (2,7 mld. Kč), KFOR (5,5 mld. Kč), „Trvala svoboda“ a ISAF (2,6 mld. Kč).

Tab.č.4: Celkové výdaje státního rozpočtu v kapitole ministerstva obrany na vojenské mírové operace v letech 2000- 2009 (v mld. Kč), [4],[7]

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
1,328	1,140	1,632	1,839	0,982	1,212	1,344	1,392	3,244	3,362

Analýzou výše uvedených výdajů dle jednotlivých položek však je možné zjistit, že příčinou vysokých výdajů posledních dvou let je mimo jiné nárůst počtu misí v různých destinacích, náklady na rychlou přípravu a rozvinutí misí. Jinými slovy, je jistě možné ušetřit při včasné plánování, nákupech a vysílání jednotek po všestranné přípravě.

Příprava jednotek AČR do misí

Příprava jednotek do misí je organizační, personální, výcvikový a logistický proces, který je plánován a řízen Generálním štábem AČR a je zakončen závěrečnou kontrolou komisí GŠ a převzetím dané mise do operační podřízenosti. AČR poměrně rychle vybudoval kvalitní výcviková zařízení pro mise v Českém Krumlově a posléze ve Vyškově a v současné době cvičí svůj personál na standardech NATO, částečně i v zařízeních pozemního vojska USA, s využitím simulační techniky.

Logistické zabezpečení je plánováno a prováděno s využitím speciálního distribučního centra, které řeší centrální akvizice a zásobování materiálem v misích. Dá se tedy konstatovat, že AČR tuto stránku zabezpečení misí zvládla, má pro ni personál, materiál a postupy a mohla by tuto schopnost nabídnout i ostatním organizacím v ČR (státním i nestátním), které připravují personál do misí.

Závěr

Stále častěji vznikající krize v nestabilních regionech na periferii euroatlantického prostoru představují významné bezpečnostní hrozby, které často přerůstají v otevřené konflikty. Jejich eliminace a obnova politicko-ekonomické stability je trvalý úkol všech rozhodujících mezinárodních bezpečnostních organizací. Vojenské i civilní bezpečnostní, stabilizační, či humanitární mise zřejmě ještě dlouho zůstanou rozhodující a účinnou formou řešení těchto konfliktů. Zkušenosti z období po ukončení studené války ukazují na následující minimální nezbytné podmínky úspěšnosti mise:

1. Nezbytnost silného mandátu (nejlépe OSN) a politicko-vojenské podpory operace.
2. Definování přesného a splnitelného operačního úkolu pro mírovou operaci.
3. Akceptování mise a jejího úkolu znepřátelenými stranami v krizovém regionu.
4. Vytvoření dostatečně silného a vyváženého úkolového uskupení pro operaci, s možností doplnění a rotace sil.
5. Vytvoření fungujícího systému velení, logistické a zdravotnické podpory.
6. Rychlé provedení bojových operací, odzbrojení a separace znepřátelených stran, provedení stabilizační civilně-vojenské operace s cílem normalizovat situaci a předat moc demokraticky zvoleným orgánům.
7. Realizace dalších stabilizačních opatření, zejména obnova veřejné správy, zásobování a dalších důležitých státních a veřejných funkcí.

Komplexní a integrované mírové operace by měly zajistit rychlý přechod od bojových činností k normalizaci života v krizové oblasti s využitím širokého spektra prostředků, sil a nástrojů vojenského, politického, ekonomického, právního, mediálního a jiného působení a již

dříve vytvořených štábů, sil a způsobů provedení dané operace. Expediční kapacity proto musí být nejen vojenské a policejní, ale musí zahrnovat komplexně síly a prostředky politiky, veřejné a státní správy, soudnictví, zdravotnictví, školství apod. Takové jsou např. zkušenosti z Afganistanu, Dárfúru, Haiti apod.

Pro další rozvoj operačních schopností ČR v rámci výše uvedených komplexních a integrovaných mírových operací je nutné včasné společné úsilí všech institucí státní správy i nestátních organizací, které se budou operací účastnit, s cílem vytvořit organizační a materiální předpoklady a schémata budoucí spolupráce. Důležité předpoklady pro úspěšnost operace prováděné společnými silami institucí státní správy ČR jsou:

1. Jasný a proveditelný mandát, s širokou politickou podporou.
2. Vycvičené a vybavené jednotky, organizace, či specialisté pro splnění operačních úkolů.
3. Dostatečný čas na přípravu operace, včetně plánování, materiálové a organizační přípravy.
4. Vyčleněn dostatečných personálních, finančních a materiálových zdrojů pro operaci.
5. Mediální podpora operace v rámci ČR a cílových a tranzitních destinací.

Nelze totiž dlouhodobě předpokládat, že rozvoj operačních schopností pro zahraniční operace bude pouze věcí vojenskou a dále, že tyto operace mohou být úspěšné, pokud jim nepředchází cílevědomá příprava, smysluplná transformace ozbrojených a bezpečnostních sborů, péče o jejich rozvoj, výcvik a motivaci personálu.

Seznam použité literatury:

- [1] MINISTERSTVO OBRANY ČESKÉ REPUBLIKY.: Koncepce výstavby profesionální Armády České republiky a mobilizace ozbrojených sil České republiky přepracovaná na změněný zdrojový rámec (2003). A-report, 2003. s. 7. ISSN 1211-801X.
- [2] brigádní generál Ing. J. ZŮNA, MSc.: Vliv změn v bezpečnostním sektoru na budoucí použití jednotek AČR v mírových operacích, disertační práce. Univerzita obrany Brno. Brno 2010.
- [3] TŮMA, M., JANOŠEC, J., PROCHÁZKA, J.: Obranná politika Československé a České republiky (1989–2009). PRAHA 2009. Ministerstvo obrany ČR – PIC MO, IBSN 978-80-7278-522-3
- [4] Ing. V. Karaffa, CSc., PhDr. M. Balaban Ph.D., PhDr. A. Rašek: Vývoj bezpečnostní politiky a strategie ČR v období 1990-2009. Ministerstvo obrany České republiky – Prezentační a informační centrum MO. Vojenské rozhledy, č. 4/2008. ISSN 1210-3292

- [5] Plk. gšt. Ing. J. Zůna, MSc.: Mírové operace. Ministerstvo obrany České republiky – PIC MO. Vojské rozhledy. č. 2/2007. ISSN 1210-3292
- [6] Bílá kniha o obraně. Ministerstvo obrany ČR. Praha 2011.
- [7] ROČENKA 2009. Ministerstvo obrany ČR – PIC MO. ISBN 978-80-7278-505-6
- [8] Postoj občanů k vyslání českých vojáků do Afghánistánu. Centrum pro výzkum veřejného mínění. Sociologický ústav AV ČR. 2004
- [9] Civil-Military Operations, Joint Publication 3-57. 2008. Vojská doktrína USA,

Kontakt na autora:

Ing. Jiří Halaška, PhD.

České vysoké učení technické v Praze, Fakulta biomedicínského inženýrství

Katedra lékařských a humanitních oborů

jhalaska@seznam.cz

NÁCVIKY V POSÁDKÁCH RZP

Miloslava Havlíková

ZZS kraje Vysočina

S prvními nácviky jsme začali v roce 2007

Cílem bylo: - zvládnutí obsahu nových postupů
- rozvržení prostoru k uložení batohů, monitoru a odsávačky u pacienta

Nácviky jsme si natáčeli na kameru a poté vyhodnocovali.

Naše snažení se občas střetlo s negativním názorem našich kolegů /nácviky děláme v klidném a prostorném prostředí/. Nás to však neodradilo od pokračování. Dalším impulzem pro nácviky bylo přihlášení do soutěže Záchrana 2007 na Slovensku - detailně jsme řešili, kdo kam položí batohy, jakou pozici členové týmu zaujmou u pacienta /jednotlivé kroky jsme si zapisovali. Procvičovali jsme postup KPR v tříčlenné, dvoučlenné posádce i jednotlivě.

Výhody nácviků:

1. Snížení stresové zátěže
2. Prostorové uspořádání pomůcek, každý z nás ví na které straně pracovat
3. Souhra členů posádky, nemusíme si říkat, co chci podat, připravit, máme své jasné dané úkoly.

V současné době máme zpracované nácviky KPR novorozence v podmínkách posádek RZP podle Guidelines 2010, které nám odborně lektorovala MUDr.Lýdia Fehérová. V rámci nácviků jsme se zamýšleli zejména nad vytvořením prostoru v sanitním voze k resuscitaci novorozence s možností průběžné kontroly stavu maminky. A dále jsme aktualizovali nácvik KPR v RZP posádce dle nejnovějších doporučení z roku 2010.

Průzkum vhodnosti nácviků u kolegů:

Kolegům jsem položila tyto otázky:

1. Jsou pro vás nácviky KPR přínosné?

Z jakého důvodu?

Vyhodnocení odpovědí:

- Nácviky jsou důležité

- Souhra v týmu – jednu věc nedělají zbytečně dva
- Snížení stresujících faktorů
- Ukotvení algoritmů
- Potřeba zdokonalovat se

2. Jak často si představujete provádět nácviky KPR?

- Dány možnosti: 2x ročně, častěji

Vyhodnocení odpovědí:

1 - 2x měsíčně

2 x ročně

Během roku individuálně podle potřeby

3. Návrhy k nácvikům:

Vyhodnocení odpovědí:

Do pravidelných nácviků zařadit sestavování setu k hrudní drenáži

Nácviky pro aplikaci intraoseálních vstupů u dospělých a dětí

Správné aseptické zavádění PMK, cévkování

Závěr:

- Z odpovědí kolegů je zřejmé, že nácviky jsou pro práci záchranářů důležité
- Pravidelné nácviky vedou ke zkvalitnění práce a snížení stresu
- Průzkum také ukázal, že posádky mají zájem i o nácviky jiných činností

Kontakt na autorku

Miloslava Havlíková

ZZS kraje Vysočina

**SPASTICITA HORNÍCH KONČETIN V CHRONICKÉM STÁDIU CMP:
NAŠE ZKUŠENOSTI S MOŽNOSTÍ OVLIVNĚNÍ ROZSAHU A
FUNKCE HORNÍ KONČETINY POMOCÍ VYBRANÝCH
TERAPEUTICKÝCH TECHNIK.**

Bc. Martina Havlová, Mgr. Lukáš Ryba

Západočeská Univerzita v Plzni

Abstrakt

Předmětem sdělení jsou možnosti objektivizace ovlivnění spasticity horní končetiny u pacientů v chronickém stadiu CMP metodou SFTR. Autoři se zaměřili na využití jednoduchých technik používaných k ovlivnění spasticity, jejichž účinnost objektivizovali v rámci Evidence Based Medicine. V tomto směru nebyly na jednotlivých kloubech zjištěny výrazné změny v rozsahu pohybu a to v žádném z provedených měření, v různých časových intervalech (před a 2x po terapeutickém ovlivnění). Přesto mělo toto působení velký význam vzhledem k subjektivnímu i objektivnímu zlepšení manipulace s předměty, což může zásadně ovlivnit provádění běžných denních činností (activity daily living).

Klíčová slova: Spasticita, cévní mozková příhoda, goniometrie, SFTR

Abstract

The subject of this paper options are objectification of spasticity affected upper limb in patients in the chronic stage of stroke by SFTR. The authors focused on the use of simple techniques used to influence spasticity. The effectiveness was objectivized in context of the Evidence Based Medicine. In this respect, there were no individual joints with significant changes of range of motion in any of the measurements taken at different time intervals (before and 2 after a therapeutic effect). However, this effect was of great importance due to the subjective and objective improvement in handling objects, which can significantly affect the implementation of daily activities (daily living activity).

Keywords: Spasticity, stroke, goniometry, SFTR

Úvod

Spasticita je podstatnou součástí příznaků některých neurologických diagnóz, vede v různé míře k invaliditě postižených osob, to je důvodem testování míry účinku rehabilitačních postupů a metod na motoriku a posturu spastické horní končetiny. Naším cílem bylo vybrat techniky běžně využívané k inhibici spasticity za účelem zjištění míry dosaženého efektu na rozsah pohybu spastické horní končetiny na podkladě ischemické cévní mozkové příhody. Účinnost přibližně třicetiminutové terapie aplikované s cílem inhibice spasticity na postižené horní končetině byla posuzována goniometrickým vyšetřením (metodou SFTR) prováděným v pravidelných intervalech.

Vyšetření spasticity

Vyšetření spasticity by vždy mělo předcházet odlišení spasticity od jiných typů hypertonu a to za použití veškerých klinických i paraklinických vyšetřovacích postupů. Pokud se nám v této fázi vyšetření spasticita potvrdí, můžeme vyšetřovat přímo její vlastní složky. Mezi ně řadíme např. svalový tonus, frekvenci spasmů, intenzitu bolesti a míru soběstačnosti atd. (Ambler, 2006; Kolář, 2009; Pfeiffer, 2007; Kaňovský, 2004)

Vyšetření metodou SFTR

Metoda SFTR je tradiční metodou goniometrického vyšetření jejíž základy položili v roce 1936 Cave a Roberts (angl. NEUTRAL- NULL- METHODE) a kterou pod názvem SFTR dopracovali a publikovali v roce 1964 Russe a Gerherd. Jedná se o metodu záznamu vyšetření postavení v kloubu. Název je odvozen od principu měření rozsahu pohybu, který je prováděn ve čtyřech rovinách. „S“ vyjadřuje rovinu sagitální. „F“ rovinu frontální. „T“ rovinu transverzální. „R“ zastupuje rotace. Záznam je maximálně zjednodušený a má minimální požadavky na slovní popis. Proto je velmi vhodný pro další zpracování. Hodnoty získané měřením se zaznamenávají třemi čísly vedle symbolu udávající příslušnou rovinu měření (vyšetření). Pohyby do flexe a směrem od těla se udávají jako první, pohyby do flexe a k tělu jako poslední, středním číslem je u zdravého jedince obvykle nula. (Haladová, 2005; Janda, 1993).

Metody využívané k inhibici spasticity

Metody vedoucí ke snížení spasticity lze didakticky dělit do tří kategorií podle terapeutických přístupů (fyzioterapeutický, chirurgický a medikamentózní). Tyto léčebné varianty se v praxi využívají jednotlivě i kombinovaně. Předmětem našeho zkoumání byla pouze první ze zmíněných. Fyzioterapeutické metody se na různých pracovištích liší podle možností a zkušeností. Tyto metody a koncepty, lze rozdělit do tří okruhů na přístupy na neurofyziologickém podkladě (Vojtova reflexní lokomoce, Bobath koncept, PNF), kognitivní přístupy (např. dle Affolterové) a biomechanicky odvozené přístupy (polohování, pasivní cvičení). V praxi se nejčastěji setkáme s propojením jednotlivých prvků ze všech tří zmiňovaných složek, jejich kombinací předpokládáme získání maximálního možného cíleného účinku terapie. Vhodnou metodiku a program stanovíme na základě zhodnocení celkového klinického stavu jedince, vymezení rehabilitačních limitů, určením rehabilitačních plánů. (Kaňovský, 2004; Rektor, 2003; Kolář, 2009)

Metodika

Pacienti vybraní pro toto sledování byli hospitalizováni v Rehabilitačním ústavu pro cévní mozkové příhody v Chotěboři. Tito pacienti byli vybráni náhodně a jejich věk se pohyboval v rozpětí 50 až 67 let. Z širokého repertoáru metod využívaných k ovlivnění spastické horní končetiny byly využity prvky: hlazení a míčkování, pasivních pohybů, antispastických manévřů, propioceptivní neuromuskulární facilitace, centrace ramenního kloubu, měkkých a mobilizačních technik. Každé z prováděných sezení trvalo standardní dobu 30min. Vždy před a po aplikaci těchto metod byl pomocí goniometrického měření metodou SFTR zhodnocen efekt dosažený na aktivní i pasivní hybnost. Mezi jednotlivými měřeními po aplikaci zvolené

terapie bylo vždy 10 minutové prodloužení. Údaje byly pečlivě zaznamenány do předem připraveného formuláře. Následně bylo porovnání srovnání účinnosti terapie na inhibici spasticity mezi jednotlivými pacienty. Srovnání bylo prováděno matematicky a prakticky. Matematicky s ohledem na co největší přehlednost pomocí jednoduchých zapsání napřevených rozsahů do souhrnných tabulek. Prakticky zkouškou manipulace s kostkami o velikosti 5x5 cm byl. Zde byl zhodnocen subjektivní účinek na motoriku horní končetiny dosažený aplikací terapie.

Výsledky

	Goniometrické měření aktivního rozsahu pohybu			Goniometrické měření pasivního rozsahu pohybu		
Před terapií	Pac. č. 1	Pac. č. 2	Pac. č. 3	Pac. č. 1	Pac. č. 2	Pac. č. 3
Ramenní kloub						
S	5 – 0 – 60	5 – 0 – 120	20 – 0 – 130	10 – 0 – 90	20 – 0 – 130	20 – 0 – 140
F	80 – 0	100 – 0	90 – 0	100 – 0	90 – 0	120 – 0
T	5 – 0 – 80	10 – 0 – 110	20 – 0 – 80	10 – 0 – 100	20 – 0 – 110	20 – 0 – 110
R	0 – 0 – 20	0 – 0 – 40	40 – 0 – 20	20 – 0 – 60	30 – 0 – 50	70 – 0 – 80
Loketní kloub						
S	130 – 30 – 0	120 – 30 – 0	120 – 20 – 0	130 – 20	130 – 15 – 0	130 – 0 – 0
Radioulnární kloub						
R	0 – 0 – 90	40 – 90	0 – 90	20 – 80	60 – 0 – 90	70 – 0 – 90
Radiokarpální a mediokarpální klouby						
S	0 – 20 – 70	0 – 60	0 – 40	10 – 0 – 60	20 – 0 – 60	60 – 0 – 70
F	0 – 15	0	0 – 10	10 – 0 – 30	10 – 0 – 20	20 – 0 – 30

	Goniometrické měření aktivního rozsahu pohybu			Goniometrické měření pasivního rozsahu pohybu		
Ihned po terapii	Pac.č1	Pac.č.2	Pac.č.3	Pac.č1	Pac.č.2	Pac.č.3
Ramenní kloub						
S	10 – 0 – 70	5 – 0 – 130	20 – 0 – 130	20 – 0 – 110	20 – 0 – 140	20 – 0 – 140
F	90 – 0	110 – 0	100 – 0	110 – 0	100 – 0	120 – 0
T	10 – 0 – 70	10 – 0 – 130	20 – 0 – 110	20 – 0 – 110	30 – 0 – 130	20 – 0 – 110
R	10 – 0 – 20	20 – 0 – 50	60 – 0 – 70	50 – 0 – 70	50 – 0 – 70	80 – 0 – 80
Loketní kloub						
S	130 – 20 – 0	140 – 15 – 0	120 – 5 – 0	130 – 0	130 – 10 – 0	130 – 0 – 0
Radioulnární kloub						
R	30 – 0 – 90	60 – 90	0 – 90	50 – 0 – 90	80 – 0 – 90	80 – 0 – 90
Radiokarpální a mediokarpální klouby						
S	10 – 0 – 70	0 – 60	0 – 10	30 – 0 – 70	30 – 0 – 60	70 – 0 – 80
F	0 – 5	0	0 – 5	30 – 0 – 45	10 – 0 – 20	30 – 0 – 35
10 minut po terapii						
	Pac.č1	Pac.č.2	Pac.č.3	Pac.č1	Pac.č.2	Pac.č.3
Ramenní kloub						
S	5 – 0 – 70	5 – 0 – 120	20 – 0 – 130	20 – 0 – 110	20 – 0 – 130	20 – 0 – 140
F	80 – 0	100 – 0	100 – 0	110 – 0	100 – 0	110 – 0
T	10 – 0 – 80	10 – 0 – 120	20 – 0 – 100	20 – 0 – 110	10 – 0 – 120	20 – 0 – 110
R	5 – 0 – 20	5 – 0 – 40	60 – 0 – 70	40 – 0 – 70	50 – 0 – 70	80 – 0 – 80
Loketní kloub						
S	130 – 20 – 0	140 – 30 – 0	120 – 10 – 0	130 – 10	130 – 10 – 0	130 – 0 – 0
Radioulnární kloub						
R	20 – 0 – 90	50 – 90	0 – 90	30 – 0 – 90	80 – 0 – 90	70 – 0 – 90
Radiokarpální a mediokarpální klouby						
S	5 – 0 – 70	0 – 60	0 – 20	45 – 0 – 70	20 – 0 – 60	70 – 0 – 80
F	0 – 5	0	0 – 10	30 – 0 – 40	10 – 0 – 20	30 – 0 – 35

Tabulka 1. Souhrnná tabulka výsledků goniometrického měření

Tabulky 2 a 3 vyjadřují zlepšení aktivního rozsahu pohybu v jednotlivých rovinách, tabulka 2. ukazuje součet naměřených úhlů v jednotlivých rovinách u pacienta č.1., tabulka 3. je souhrnou tabulkou znázorňující součty aktivního rozsahu pohybu v jednotlivých rovinách.

vní rozsah pohybu - pacient č. 1					
	RAK	LOK	RU	RK	celkem
S	15	10	X	30	55
F	10	X	X	-10	0
T	10	X	X	X	10
R	10	X	30	X	40

Tabulka 2. zlepšení aktivního rozsahu pacienta č.1

Aktivní rozsah pohybu						
	Ihned po terapii			10 minut po terapii		
	Pac.č1	Pac č.2	Pac.č.3	Pac.č1	Pac č.2	Pac.č.3
S	55	45	-15	45	20	-10
F	0	10	5	-10	0	10
T	10	20	30	5	10	20
R	40	50	70	25	15	70

Tabulka 3. zlepšení aktivního rozsahu sledovaných pacientů

Diskuze

Fyzioterapie se u spasticity často využívá za účelem předcházení vzniku kontraktur nebo ankylóz. Je však velmi podstatné využít dostupnosti velkého množství fyzioterapeutických metod k ovlivnění funkční zdatnosti a soběstačnosti v rámci ADL. Spasticita je příčinou rozsáhlých funkčních deficitů, u kterých je podstatné usilovat o jejich překonání a co největší míru eliminace. Jednou z nejvíce omezujících součástí spasticity je omezený rozsah pohybu ne než lze pohlížet jako na typický projev výrazného omezení volnosti (degrese of freedom, DOF). Teorii DOF uvedl do kineziologie Bernstein v druhé polovině 20.stol. Bernstein se tímto snažil vysvětlit fakt, že ačkoliv může být pohyb proveden „nekonečným“ počtem způsobů, přesto vyvine CNS omezený repertoár svalových synergií. Ve své teorii uplatňuje také třístupňový model „omezení – uvolnění – selekce“ neboli free(z)ing. Volně řečeno nám tento model říká, že na začátku učení se novému pohybu jsou DOF na perifirii omezeny na minimum – freezing. Později při postupném zvládnutí pohybu (získávání zkušeností, natrénováním) je omezení proximodistálně uvolňováno a do pohybu jsou postupně začleňovány všechny (anatomicky možné) stupně volnosti a také využity vlastnosti okolí (např. reakční síly) – Freeing. Třetím stupněm je selekce, při kterém je vybrán nejefektivnější způsob. Zvýšením rozsahu pohybu v jednotlivých rovinách, tak lze předpokládat posun v kvalitě motoriky směrem k cílenému selektivnímu pohybu. (Vařeka 2006)

Využití metody SFTR dává možnost sledování jednotlivých změn v rámci získávání volnosti pohybu „freeing“ a tím i možnost monitorování stavu klienta. S možností jednoduchého sčítání rozsahu pohybu v jednotlivých rovinách navíc můžeme sledovat míru účinku provedené terapie pro aktivity denního života a to zejména pokud upřednostníme hodnocení kvantity pohybu před kvalitou (tím rozhodně nemyslíme, že kvalita provedení není důležitá). Zanedbatelné hodnoty naměřené v jednotlivých kloubech sečtené v jednotlivých rovinách pak mohou vysvětlit, proč docházelo i přes nepřesvědčivé výsledky k subjektivnímu i objektivnímu zlepšení jedinců v rámci manipulace s koskou či při provádění aktivit všedního dne.

Závěr

Ačkoliv na první pohled nedošlo k zásadním rozdílům v rozsahu pohybů ve zjišťovaných oblastech, došlo k zlepšení rozsahu pohybu v rámci jednotlivých vyšetřovaných rovin a tím i k zlepšení funkce spastických horních končetin v rámci provádění aktivit všedního dne, což má značný význam pro konkrétního jedince. Aplikované vyšetřovací techniky cílené k objektivizaci dosažených změn vedly k rychlému a relativně přesnému popisu vyšetřového rozsahu pohybu a tím i sledovaných změn ve smyslu ovlivnění spasticity postižené horní končetiny. Metoda SFTR se jeví jako vhodná metoda pro posuzování účinků provedené terapie na spastické horní končetině.

Seznam použité literatury:

- [1] AMBLER, Z.: *Základy neurologie*. Praha: Galén, 2006. 351 s. ISBN 80-7262-433-4
- [2] KAŇOVSKÝ, P.: *Spasticita: Mechanismy, diagnostika a léčba*. Praha: MAXDORF s.r.o., 2004. 423 s. ISBN 80-7345-042-9
- [3] KOLÁŘ, P.: *Rehabilitace v klinické praxi*. Praha: Galén, 2009. 713 s. ISBN 978-80-7262-657-1
- [4] PFEIFFER, J.: *Neurologie v rehabilitaci: Pro studium a praxi*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2007. 351 s. ISBN 978-80-247-1135-5
- [5] HALADOVÁ, E., NECHVÁTALOVÁ, L.: *Vyšetřovací metody hybného systému*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2005. 135 s. ISBN 80-7013-393-7
- [6] JANDA, V., PAVLŮ, D.: *Goniometrie*. Brno: IDVPZ, 1993. ISBN 80-7013-160-8
- [7] FRIEDLOVÁ, K.: *Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2007. 168 s. ISBN 978-80-247-1314-4

- [8] LIPPERTOVÁ-GRÜNEROVÁ, M.: *Neurorehabilitace*. Praha: Galen, 2005. 343 s. ISBN 80-7262-317-6.
- [9] REKTOR, I.: *Centrální poruchy hybnosti v praxi*. Praha: TRITON, 2003. 196 s. ISBN 80-7254-418-7
- [10] BOBATH, B.: *Hemilégia dospelých: metodika v rehabilitácii*. Slovensko: LIEČREH GÚTH, 1997. 175 s. ISBN 80-967383-4-8
- [11] HOLUBÁŘOVÁ, J.: *Proprioceptivní neuromuskulární facilitace*. Praha: Karolinum, 2007. 115 s. ISBN 978-80-246-1294-2
- [12] ČÁPOVÁ, J.: *Terapeutický koncept: Bazální programy a podprogramy*. Olomouc: Repronis, 2008. 117 s. ISBN 978-80-7329-180-8.
- [13] VAŘEKA, I.: *Revize výkladu motorického vývoje – novorozenecké období a holokinetické stádium*. Rehabilitace a fyzikální lékařství. 2006, č. 2, s. 74-81

Kontakt na autora

Mgr. Lukáš Ryba
ZČU Plzeň
rybal@kfe.zcu.cz

MOŽNOSTI ZÁCHRANY PODNIKU PRED LIKVIDÁCIOU

Ing. Mária Hudáková, PhD.

Ing. Katarína Bugarová, PhD.

KM FŠI, ŽU v Žiline

Abstrakt

Cieľom príspevku je poskytnúť prehľad o metódach na záchranu podniku počas krízy a pre manažérov niekoľko typov riešení ako ďalej postupovať po kríze, aby bol podnik opäť prosperujúci. Výber vhodnej metódy je ovplyvnený jej charakterom, zámerom vlastníkov alebo manažérov, veriteľov a ďalších subjektov.

Kľúčové slová: kríza, podnik, metódy

Abstract

The aim of the paper is to provide the overview of the methods to protect an enterprise during crisis and for managers to advice them how to proceed after crisis to make the business prosperous again. Selection of suitable method depends on its character, intentions of owners or managers, creditors and other subjects.

Key words: crisis, enterprise, methods

Úvod

Keď sa podnik dostáva do nepriaznivej finančnej situácie prejavujúcej sa napr. znížením príjmov, poklesom zisku, resp. vznikom straty, vysokým úverovým zaťažením, znížením platobnej schopnosti a pod., alebo ak taká situácia podniku hrozí, vzniká potreba zaviesť krízové riadenie. Je to riadenie podniku, ktorého cieľom je dostať podnik z problémov, zachrániť ho alebo zabezpečiť jeho likvidáciu s čo najmenšími stratami pre veriteľov aj vlastníkov.

Firmy, ktoré prechádzajú štádiom úpadku, tzn. nepriaznivým vývojom finančných ukazovateľov, sú v ohrození ich ďalšej existencie. Na základe dlhodobých sledovaní je možné označiť tri kľúčové znaky, ktoré charakterizujú stav úpadku [7]:

- podnik je dlhodobo stratový a je dlhodobo platobne neschopný,
- podnik má čiastkové, ale závažné problémy, ktoré v prípade radikálneho neriešenia môžu viesť k likvidácii výroby:
 - pokles objemu výkonov,
 - vznik nepriaznivej atmosféry v spoločnosti,

- trvalá platobná neschopnosť.
- podnik sa javí ako úspešný, ale v dôsledku prehnanej expanzie stráca likviditu.

Často opakované heslo, že po kríze bude všetko iné, by malo slabšie podniky vyburcovať k urýchlenej zmene. Niektoré podniky sa musia zmeniť úplne, iné iba čiastočne. Tí, ktorí sa nezmenia, pravdepodobne neprežijú. Vrcholoví manažéri by mali poznať cestu smerovania podniku po kríze, prípadne určiť spôsoby ako ho zmeniť.

Ide o náročnú úlohu. Buď sa manažéri rozhodnú, že sa zmení portfólio produktov, nové trhy zákazníkov, alebo sa stanoví nový model podnikania, motivácia pracovníkov, organizácia, alebo iný spôsob riadenia atď.. Dôležité je určiť, v čom budú špecifické prednosti podniku, ktoré mu umožnia odlíšiť sa od konkurentov a tak prežiť a ďalej sa rozvíjať. K splneniu tejto úlohy by si mal každý manažér v čase krízy položiť nasledujúce otázky a zodpovedať na ne [3,8]:

- Aká je vízia podniku a stratégia jej dosiahnutia? Čo musí podnik urobiť preto, aby jeho vízia a stratégia nezostali len na papieri?
- Kde nájde podnik nové príležitosti a ako ich využije?
- Do akých oblastí podnik nasmeruje strategické inovácie a investície?
- Kde podnik získa a ako bude rozvíjať najlepšie talenty a kľúčových ľudí?
- Kto je zákazníkom podniku a akú novú alebo odlišnú hodnotu môže dostať?
- V čom môže byť podnik najlepší na svete?

Záchranné metódy riešenia krízy v podniku

Ak sa diagnostikou zistia v podniku symptómy blížiacej sa krízy, alebo dokonca krízový stav, krízový manažment formuluje opatrenia v podobe hľadania záchrany podniku. Podnik by sa mal snažiť zmeniť a aktívne zabezpečiť budúcnosť v novom prostredí, ktoré vznikne po kríze. V príspevku sa budeme venovať hlavne metódam záchrany podniku bez jeho právneho a majetkového zániku.

Úlohou záchranných metód riešenia podnikovej krízy je záchrana podniku. Podstatou záchranných metód je dostať peňažné toky v podniku pod kontrolu a riadiť ich, s cieľom minimalizovať záporné a maximalizovať kladné peňažné toky, ktoré prichádzajú do podniku.

K týmto metódam je možné zaradiť najmä tieto ozdravné procesy [spracované podľa 4,6,7,11,13]:

1. Konsolidácia
2. Sanácia
3. Reštrukturalizácia
4. Reinžiniering
5. Tournaroud.

Konsolidácia Konsolidácia znamená vnútorné ozdravenie podniku s cieľom znížiť nebezpečnú úroveň podnikového rizika tzn. nájdenie a odstránenie ohniska problémov. Pri konsolidácii sa podnik v zásade zachováva, čo do predmetu podnikania, rozsahu, organizačnej štruktúry. Často sa mení manažment podniku, štýl riadiacej práce, metódy kontroly a hľadajú sa úsporné opatrenia pre zlepšenie hospodárnosti. Je to pomerne šetrný spôsob záchrany, vedú ho väčšinou špecializované poradenské firmy. Konsolidácia sa zvyčajne pred verejnosťou utajuje, aby podnik nestratil dôveru svojich obchodných partnerov. [4]

V procese konsolidácie k riešeniu vzniknutej situácie nie je potrebné prijímať žiadne drastické opatrenia, ale skôr bežnejšie alebo originálnejšie postupy. Napriek tomu sa realizátor konsolidácie niekedy dostáva do nezávidenia hodnej situácie. Kríza je síce akútna, ale doposiaľ nepredstavuje hrozbu bankrotu, a preto je presadzovanie konsolidačného plánu náročnejšie, než keby bol podnikový manažment v oveľa horšej situácii.

Sanácia označuje súbor opatrení zameraných na prekonanie trvalejšej neuspokojivej likvidity alebo hrozivo sa znižujúcej rentability podniku. Cieľom je zachrániť podnik pred likvidáciou. Pred začatím sanácie treba analyzovať príčiny kritického postavenia podniku. Ak sa príde k záveru, že podnik možno zachrániť pred likvidáciou, zostavuje sa plán sanačných opatrení. Ich realizácia má vždy odraz a často aj prvotný impulz vo financiách podniku. [11]

Ide o náročnú záchranu podniku, ktorý sa väčšinou nachádza v hlbokej kríze a z diagnostiky vyplýva, že má množstvo stratových ohnísk, ktorých sa potrebuje zbaviť. Z podniku zostáva zachované iba zdravé jadro, ktoré neprodukuje stratu. Sanácia sa od konsolidácie líši najmä rozsahom ozdravovania. Ak je konsolidácia postavená na odstránení ohniska krízy, princíp sanácie je opačný – jeho podstata je založená na vyhľadávaní ziskových a perspektívnych častí a aktivít podniku pri súčasnej likvidácii toho, čo uvedené kritéria nespĺňajú.

Sanácia sa väčšinou prejaví prudkým poklesom aktív, nakoľko stratu, ktorú podnik produkuje, sa väčšinou podarí uhradiť iba na úkor základného imania. Plán sanácie sa orientuje najmä na vypracovanie projektu cash flow, nakoľko pre podnik smerujúci k úpadku je najdôležitejšou úlohou obnoviť peňažný tok a získať likvidné aktíva. [4]

Reštrukturalizácia. Reštrukturalizačný proces je účinným opatrením na odvrátenie úpadku podnikateľského subjektu v krízovej ekonomickej situácii, za súčasnej vyššej miery uspokojenia veriteľov. Podstatou procesu reštrukturalizácie je zachovanie kontinuity výrobného i predajného procesu podnikateľského subjektu a dosiahnutie jeho ekonomickej stabilizácie cestou ozdravných opatrení.

Reštrukturalizácia znamená zmenu štruktúry určitého organizmu. Je možné ju realizovať na úrovni štruktúry jednotlivých odvetví hospodárskej sféry alebo zmenou výrobného programu alebo podnikateľských aktivít. [12]

Reštrukturalizácia v podniku predstavuje proces celkových zmien v podniku, ktorý je založený na realizácii vhodných reštrukturalizačných opatrení. Ide o rozsiahle a strategické zmeny, ktoré dramaticky ovplyvnia budúce aktivity podniku. Reštrukturalizácia predstavuje

podnikateľsky orientované a systémovo celistvé zmeny štruktúry riadenej organizačnej jednotky, napr. zmeny v procese zdrojového zabezpečenia, inovačných zmien pri tvorbe a vzájomnej harmonizácii štruktúr výrobného programu, výrobo-technickej základne, funkcionálnych a organizačných štruktúr s cieľom zabezpečiť účelné a účinné fungovanie reprodukčného procesu.

Reštrukturalizačné procesy môžu byť realizované aj v podnikoch, ktoré nemajú žiadne problémy, ale reagujú tak na stále sa meniace podmienky a snažia sa neustále zvyšovať svoju konkurencieschopnosť. Reštrukturalizácia podniku je zvyčajne chápaná, ako riešenie krízovej situácie podniku. Je vhodná pre podniky, ktoré sú zadlžené, insolventné alebo stratové, ktorých výnosová schopnosť môže byť výrazne a trvalo zlepšená zmenami v štruktúre, stratégii alebo nákladoch. [12]

Reinžiniering podnikových procesov je v súčasnom manažmente jedna z najradikálnejších metód zmien. Podľa priekopníkov Hammera Champyho reinžiniering v podstate znamená zásadné prehodnotenie a radikálnu rekonštrukciu podnikových procesov tak, aby mohlo byť dosiahnuté dramatické zdokonalenie z hľadiska kritických ukazovateľov výkonnosti, ako sú náklady, kvalita, služby a rýchlosť. V tomto procese je potrebné hľadať nový zmysel a účel práce celého podniku, zásadne prehodnotiť model podnikového riadenia a preprojektovať kľúčové i pomocné podnikové procesy. [1]

Pri zavádzaní reinžinieringu sú zdôraznené štyri kľúčové body, z ktorých najdôležitejšie sú práve procesy, ktoré manažérom robia problémy [10]:

Zásadne – pri reinžinieringu si zodpovední pracovníci musia klásť najzákladnejšie otázky o svojich firmách a ich činnosti. Reinžiniering predovšetkým určuje, čo podnik musí urobiť a až potom ako to má urobiť.

Radikálne – radikálna rekonštrukcia v reinžinieringu znamená, že sa nerešpektujú žiadne už existujúce štruktúry a postupy a vytvárajú sa spôsoby úplne nové. Reinžiniering predstavuje zásadnú obnovu podnikových činností, nie však ich vylepšovanie, prepracovávanie, či ich čiastkové zmeny.

Dramaticke - reinžiniering by mal byť zavádzaný vtedy, keď je potrebná výrazná zmena. Dramatické zlepšenia vyžadujú rázne odbúranie starého a jeho nahradenie niečím novým.

Procesy - podnikovým procesom rozumieme súbor činností, ktorý vyžaduje jeden alebo viac druhov vstupov, ktorý má pre zákazníka hodnotu. Väčšina podnikov nie je procesne orientovaná. Sú zamerané na čiastkové úlohy, na profesie, na ľudí, na štruktúry, ale nie na podnikové procesy.

V praxi je dôležité, aby vrcholové vedenie organizácie pod pojmom reinžiniering naozaj akceptovalo metódu, ktorá prináša „zásadnú, radikálnu zmenu“. Ak to správne nepochopí, môže síce dôjsť k prechodnému zlepšeniu získaním hotovosti, ale podnik sa s veľkou pravdepodobnosťou dostane znovu do problémov.

Reinžiniering využívajú podniky, ktoré:

1. Majú veľké problémy a nemajú inú možnosť prežitia. Majú vysoké náklady, nízku úroveň kvality, odlev zákazníkov a pod.
2. Ešte nemajú problémy, ale ich vedenie má dostatok predvídavosti a uvedomuje si, že môžu nastať.
3. Sú vo výrobnej pozícii, vedenie týchto podnikov je ambiciózne a agresívne, reinžiniering považuje za prostriedok upevnenia svojho vedúceho postavenia.

Turnaround predstavuje radikálnu stratégiu obnovy akcieschopnosti podniku, urýchlený prechod na zdravú základňu prosperity podniku, generálnu líniu obnovenia konkurenčnej pozície podniku, oživenie, obnovu, prestavbu podniku. [2]

Cieľom turnaroundu je vykonať zvrat v negatívnom vývoji podniku a dosiahnuť takú úroveň, na ktorej sa podnik nachádzal pred krízou. Ide o americkú filozofiu, ktorá je postavená na troch základných pilieroch [13]:

1. Získanie hotových peňazí (cash flow).
2. Zásadná zmena stratégie podniku.
3. Vodcovská osobnosť.

Turnaround sa najčastejšie používa, ak sa podniky chcú dostať z úpadku do prosperity. V krízovom manažmente sa často chápe ako posledná možnosť na zvrátenie negatívneho vývoja v podnikaní. Predpokladom úspešného implementovania turnaroundu v podniku je výrazné zníženie nákladov s cieľom odstrániť nepotrebné činnosti v podniku, všetko čo nepridáva hodnotu a obnoviť vnútornú výkonnosť. Veľké požiadavky sú kladené na manažérov (vodcov), ktorí musia meniť nielen stav v podniku ale aj seba, aby dosiahli stanovené ciele.

Implementácia turnaroundu nie je krátkodobá záležitosť a môže trvať aj roky, kým bude vytvorený nový existenčný základ. Netreba preto zabúdať odkiaľ a kam sa chce podnik dostať a stanoviť si reálne ciele.

Krízové riadenie vyžaduje rýchlu zmenu riadenia spolu so zmenou štýlu vedenia pracovníkov. S tým sú spojené tri základné aspekty [13]:

- **Vytvoriť pozíciu krízového manažéra**

Krízový manažér musí byť výraznou manažérskou osobnosťou, ktorý je schopný ťahať ostatných, zamerať sa energicky na realizáciu správnych vecí a priorít, musí byť schopný duševne a fyzicky zvládnuť náročný proces ozdravenia podniku. Mal by disponovať otvorenou komunikáciou, vysvetlením pracovníkom aká je situácia a čo sa od nich očakáva.

- **Vytvorenie alebo aktivácie krízového tímu**

Zloženie krízového tímu musí vychádzať zo špecifik situácie a personálnych možností. Pokiaľ je to možné, mal by sa krízový tím skladať z vlastníkov spoločnosti, odborníkov

z jednotlivých funkcionálnych oblastí v závislosti na veľkosti podniku a hovorcu. Počet členov krízového tímu sa odvíja od veľkosti podniku, za optimálny počet sa odporúča 5-7 členov.

- **Centralizácia rozhodovania.**

Krízový manažér a následne aj ostatní manažéri musia v akútnej kríze centralizovať riadenie, aplikovať autokratický štýl vedenia, vyžadovať disciplínu a presne plniť požadované úlohy. Diskusia je možná len vtedy, ak to umožňuje časový priestor. Avšak pri zhode názorov a prijatí rozhodnutí musia dôjsť k jeho presnému plneniu v potrebnom časovom horizonte. Krízový manažér je zodpovedný za výsledok a k jeho dosiahnutiu musí byť vybavený zodpovedajúcimi právomocami.

Existujú ďalšie metódy na záchranu podniku, ale v ich prípade už dochádza k právnemu a formálnemu zániku. Ide o zánik podniku bez likvidácie a to spôsobom napr. transformácia a fúzia a atď.

Záver

Kríza nie je súper. Kríza je súčasťou ekonomického vývoja a má očistný účinok. Zbavuje ekonomiku a spoločnosť všetkého nepotrebného a škodlivého a vytvára priestor – pre nové nápady, obchody, podniky a ľudí. Otázkou je, ako vykonať v podmienkach a v ekonomike očistnú funkciu krízy bez krízy? [3]

O tom ako nasmerovať podnik po kríze sa v odborných publikáciách napísalo dosť. Každý autor poskytuje svoju cestu, ako dostať podnik z krízy. Napriek tomu existuje niekoľko jednotných typov riešení pre manažérov ako ďalej postupovať po kríze, aby bol podnik opäť prosperujúci, t.j. podnik by si mal zabezpečiť [spracované podľa 3,5,8]:

Strategickú flexibilitu:

- Namiesto prognózy a plánovania budúcnosti je potrebné rozvíjať flexibilitu – strategickú (skenovaním príležitosti a ohrozenia, úplná inovácia) a operatívnu (rýchle reakcie na individuálne požiadavky zákazníkov).
- Správne pochopiť stratégiu počas krízy, ktorá predstavuje súbor akcií, to čo sa reálne uskutočňuje, rozvoj znalosti a zdokonaľovania sa, a ktorá včas a flexibilne reaguje na zmeny v dopyte.

Rozvoj talentov:

- Podnik by mal prejsť zo systému zameraného na odovzdávanie informácií na systém orientovaný na rozvoj znalosti. Manažéri by mali byť učiteľmi, trénermi, koučmi.

- Rozvíjanie potenciálu pracovníkov je ten najlepší spôsob rozvoja podniku, preto sa odporúča, aby v podniku prevládali skôr pokornejšie osobnosti, ktoré majú široké znalosti a nechajú okolo seba vyrásť talenty, ako silní vodcovia.

Inovačnú schopnosť:

- Manažéri by sa mali neustále učiť novým veciam, byť viac univerzálnejšími ako špecialistami, naučiť sa zabúdať na staré a nepotrebné. Už nestačí byť iba dobrý špecialista, ale potrebné je študovať aj ďalšie odbory, z ktorých sa dokážu čerpať mnohé inšpirácie pre inovácie a netradičné riešenia.
- Nie je dôležité kopírovať druhých a robiť kompromisy, ale ak sa vyskytne nejaký problém, ktorý ešte nikto nevyriešil, tak to je tá najlepšia cesta pre inovačný projekt.

Správny pohľad na riadenie podniku, t.j. manažéri by mali pochopiť, že:

- Zbytočne je popisovať podnikové procesy lineárne ale konečne brať podnik ako živý organizmus, ktorý má v sebe prvky adaptácie a zmeny, tzn., že podnikové procesy prebiehajú v cykle a nie lineárne.
- Organizácia je vnútorné fungovanie systému, sú to väzby a interakcie medzi základnými prvkami sústavy riadenia podniku (zákazník - financie - inovácie - procesy) a že štruktúra je iba vonkajší prejav organizácie, preto nie je potrebné ju zbytočne optimalizovať.

Posun v hodnotách a postojoch zákazníka:

- V dobe krízy by mal podnik zvážiť medzi úsilím znižovať náklady a zvyšovať krátkodobé predaje na jednej strane a investovať do dlhodobého zdravia značky na strane druhej. Existujú tri efektívne cesty k dosiahnutiu týchto cieľov:
 - zefektívniť portfólio produktu – inovatívne zlepšovanie kľúčových produktov priláka pozornosť zákazníkov a motivuje k nákupu,
 - zvýšiť cenovú dostupnosť – dobe krízy sú najvýhodnejšie akčné zľavy, ktoré vyžadujú od zákazníka malé úsilie, vracajú ihneď hotovosť a sú omnoho efektívnejšie ako reklama,
 - posilniť dôveru zákazníka – znepokojení zákazníci vidia známe, dôveryhodné značky a produkty ako bezpečnú voľbu v dobe krízy.

Kríza ukazuje, že v hospodárstve fungujú princípy, ich porušovanie vedie k deštrukcii. Porušenie rovnováhy medzi podnikom, zákazníkmi, akcionármi, zamestnancami, spoločnosťou a prírodou spôsobuje veľkú krízu. Ak sa manažéri nevrátia k podnikaniu, kde platia princípy a hodnoty, budú prežívať permanentnú krízu.

Zoznam použitej literatúry

- [1] HAMER, M. – CHAMPY, J.: *Reengineering – Radikální promena firmy*. Praha, Management Press 1996
- [2] HRICOVÁ, R.: *Postup zavádzania stratégie turnaround v podnikoch v upadajúcej trhovej pozícii*. In: Zborník referátov z 1. konferencie s medzinárodnou účasťou Manažment výrobných systémov, KMaE TU Prešov, Prešov, 2004, str. 84- 87. ISBN 80-8073 209-4
- [3] KOŠTURIÁK, J.: *Poučení z krízového vývoje*, In: Moderní řízení, č.11, 2009, s. 29-32, ISSN 0026-8720
- [4] KUPKOVIČ, M. a kol.: *Podnikové hospodárstvo*. Bratislava: Sprint, 2003, ISBN 80-88848-71-7
- [5] *Marketing v době krize*, In: Moderní řízení, č.11, 2009, ISSN 0026-8720
- [6] MIHOK, J. - VIDOVÁ, J.: *Riadenie podniku v kríze*. Košice: Multiprint SF TU v Košiciach, 2006, 246s. ISBN 80-8073-533-6
- [7] SLEPECKY, J.: *Řešení krizových situací hospodářských*, 1. vyd. - Žilina: Žilinská univerzita, 2004. 147 s., ISBN 80-8070-235-7
- [8] SOUČEK, Z.: *Příprava firmy na dobu po krizi*, In: Moderní řízení, č.1, 2010, s. 28-31, ISSN 0026-8720
- [9] ŠTEFÁNIK, J. - MELIŠÍK, M.: *Turnaround - stratégia zvratu ako nástroj riešenia krízovej situácie v podniku*. In: 10. medzin. vedeckej konferencie. Riešenie krízových situácií v špecifickom prostredí. ŽU, 2005. s.697-700, ISBN 80-8070-426-0
- [10] VAVRINČÍK, P.: *Tímová koncepcia reinžinieringu*, Prešov, Manacon 1999
- [11] VLACHYNSKÝ, K. a kol.: *Podnikové financie*, Bratislava: Súvaha, 2002, 508s. ISBN 80-88727-48-0.
- [12] VIDA, M. - KADÁR, G.: *Význam reštrukturalizácie pre podnik*. In: NOVUS SCIENTIA 2007. [cit. 2009-02-08] Dostupné na: www.sjf.tuke.sk/novus/papers/645-651.pdf [on line]
- [13] ZUZÁK, R. - KÖNIGOVÁ, M.: *Krízové řízení podniku*, 2., aktualizované a rozšířené vydání, Praha: Grada, 2009, 256s. ISBN 978-80-247-3156-8

Kontakt na autorky

Mária Hudáková, Ing. PhD., Žilinská univerzita v Žiline, Fakulta špeciálneho inžinierstva, Katedra krízového manažmentu, Májová 32, 010 26 Žilina, tel. číslo 041 513 6712, maria.hudaková@fsi.uniza.sk

Katarína Buganová, Ing. PhD., Žilinská univerzita v Žiline, Fakulta špeciálneho inžinierstva, Katedra krízového manažmentu, Májová 32, 010 26 Žilina, tel. číslo 041 513 6748, katarina.buganova@fsi.uniza.sk

Príspevok bol vypracovaný v rámci riešenia grantovej úlohy Ministerstva školstva SR KEGA č. 369-026ŽU-4/2010 Inovácia obsahu študijného plánu predmetu Analýza podnikateľských rizík.

REDUKCE OZÁŘENÍ PRACOVNÍKŮ OBSLUHUJÍCÍCH RADIOTERAPEUTICKÉ RADIONUKLIDOVÉ OZAŘOVAČE

Ing. Jana Hudzietzová, doc. Ing. Jozef Sabol, DrSc.

České vysoké učení technické v Praze, Fakulta biomedicínského inženýrství se sídlem na
Kladně, katedra lékařských a humanitních oborů

Abstrakt

Obsluha radioterapeutických přístrojů se při své práci pohybuje v prostředí ionizujícího záření. Expozice pracovníků musí být v souladu s příslušnými předpisy Státního úřadu pro jadernou bezpečnost a důsledně kontrolována tak, aby výsledná efektivní dávka nepřekročila nejenom dávkové limity stanovené dozorným orgánem, ale aby byla minimalizována na co nejnížší úroveň v souladu s principem ALARA, který představuje jednu ze základních zásad radiační ochrany. V případě radioaktivních gama zářičů k ozáření přispívá především unikající záření, které se přes stínění ozařovací hlavičky dostává ven a tím vytváří určité radiační pole v samotné ozařovací místnosti i v prostoru ovládacího pultu. V referátu jsou uvedeny výsledky proměřeného radiačního pole reprezentovaného příkonem prostorového dávkového ekvivalentu. Na základě znalostí rozložení radiačního gradientu byl optimalizován postup jednotlivých úkonů pracovníků s cílem redukce jejich radiační zátěže.

Klíčová slova: radioterapie, radioaktivní ozařovač, unikající záření, radiační ochrana

Abstract

The operators of radiotherapy irradiators during the work are moving in the environment where ionizing radiation is present and thus their exposure has to be controlled by the State Office for Nuclear Safety in such a way as to keep the overall effective doses not only below the dose limits set by the regulatory authority but to minimize them to the lowest possible level consistent with the ALARA principle, which constitutes one of the basic rules of radiation protection. In case of radioactive gamma sources the exposure is mainly caused by the leakage radiation which escapes from the head through the shielding and forms certain radiation field in both the treatment room and at the control panel. The paper presents the results of the measurement of the radiation field represented by the ambient dose equivalent rate. Based on the knowledge of the field distribution, the procedure involving individual operating steps has been optimized in order to reduce the radiation exposure of the operators.

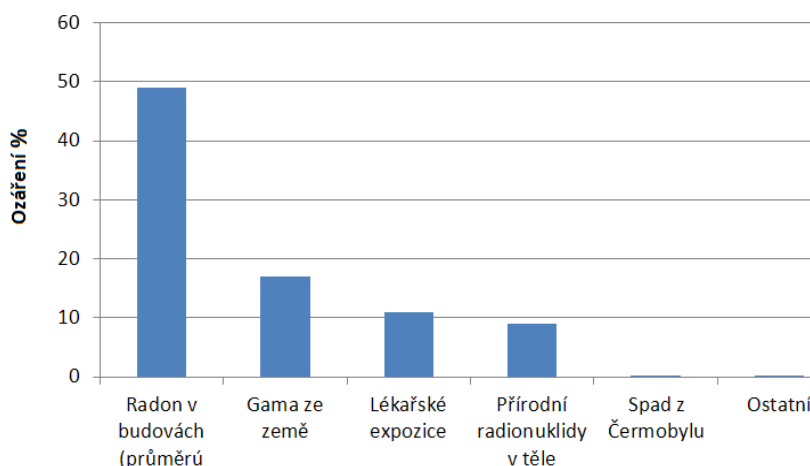
Key words: radiotherapy, radioactive irradiator, leaking radiation, radiation protection

1. Úvod

Pro pracovníky se zdroji ionizujícího záření platí velmi přísné předpisy zaměřené na kontrolu jejich ozáření a to z důvodu, aby byly splněny příslušné požadavky kladené na jejich radiační ochranu. Tyto požadavky vycházejí z tzv. Atomového zákona a navazujících vyhlášek, které v ČR vydává dozorný orgán pro tuto oblast - Státní úřad pro jadernou bezpečnost (SÚJB). Jedná se zde především o vyhlášku o radiační ochraně [1], která je konzistentní s relevantními mezinárodními směrnici a doporučeními, především těmi, které vydává Evropská komise [2,3] a Mezinárodní agentura pro atomovou energii (MAAE) [4,5].

V souladu s těmito předpisy by v žádném případě za normálních okolností neměla roční efektivní dávka překročit tzv. dávkový limit, jenž odpovídá průměru 20 mSv za pět let, přičemž v žádném roce by tato hodnota neměla převýšit 50 mSv. V praxi je však snaha zajistit radiační ochranu tak, aby skutečná radiační zátěž pracovníků byla nižší než předepsané referenční úrovně. V každém případě i za této situace je potřebné analyzovat poměry na daném pracovišti a hledat další možnosti redukce efektivních dávek.

Ozáření pracovníků, a stejně tak obyvatelstva, v důsledku různých aplikací ionizujícího záření a radionuklidů, je třeba posuzovat v kontextu a ve srovnání s ozářením z přírodních zdrojů. V ČR činí příspěvek ozáření z přírodních zdrojů podstatnou část radiační zátěže obyvatelstva. Pro představu podíl jednotlivých složek celkového průměrného ozáření je uveden na obr. 1.



Obr. 1. Rozdělení celkové průměrné efektivní dávky obyvatelstva ČR (podle [6]).

2. Provedení a parametry analyzovaných ozařovačů

Stanovení rozložení příkonu prostorového dávkového ekvivalentu proběhlo ve třech nemocnicích, a to v Oblastní nemocnici Kladno (Terabalt ACS 100, Co-60, počáteční aktivita 371 TBq, Cesioterax 3N, Cs-137, počáteční aktivita 70,5 TBq), ve Všeobecné fakultní nemocnici Praha (Theratron 1000, Co-60, počáteční aktivita 477,5 TBq) a ve Fakultní

nemocnici Kralovské Vinohrady (Teragam K-2, počáteční aktivita 301 TBq). Celkový pohled na jednotlivé radioaktivní ozařovače je na obr. 2 [7].

Společnost UJP Praha je předním světovým výrobcem kobaltových ozařovačů, z nichž nejnovějším prototypem je Terabalt ACS 100. Tento přístroj byl nainstalován v Oblastní nemocnici Kladno v listopadu 2010, přičemž na tomto pracovišti byl k dispozici taktéž cesiový ozařovač Cesioterax 3N firmy Praha Modřany. Po uvedení Terabaltu ACS do plného provozu, byl ozařovač Cesioterax 3N odstaven.

UJP Praha donedávna dodávala na trh také ozařovač Teragam K-2. Ozařovač Theratron 1000 je produktem známé kanadské firmy MDS Nordion, která se již několik desetiletí specializuje na radioaktivní ozařovače se zdrojem Co-60.

3. Stanovení distribuce radiačního pole v okolí jednotlivých ozařovačů

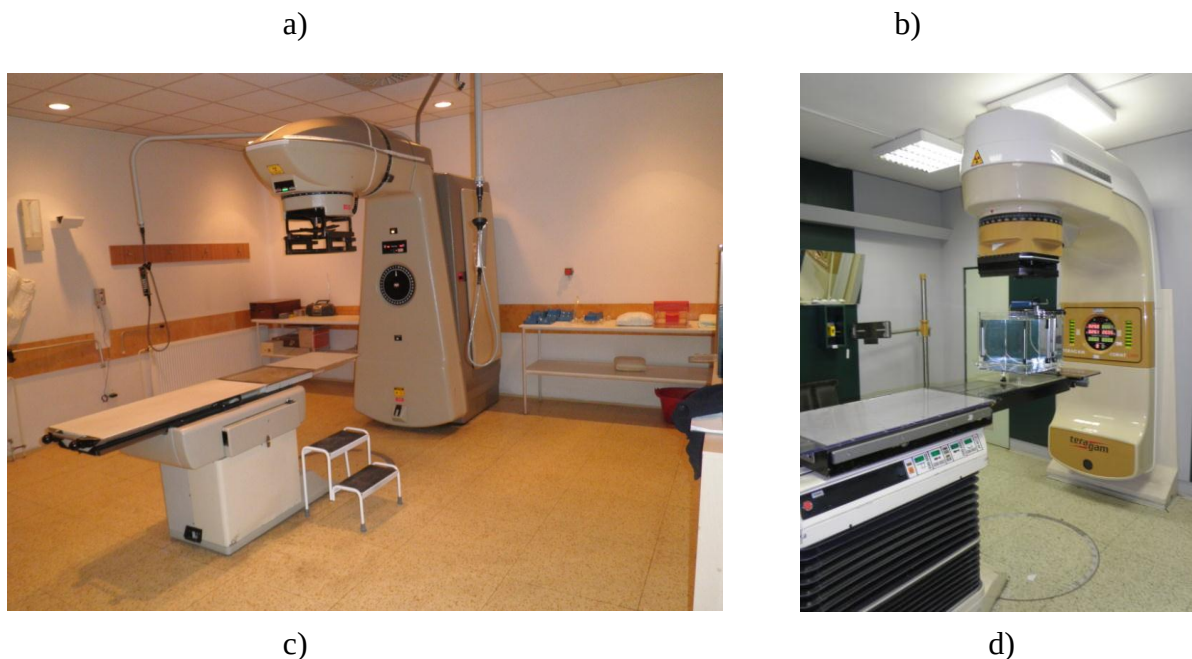
Měření rozložení pole bylo prováděno pomocí radiačního monitoru FH 40 G 10 [8], který byl kalibrován pomocí příkonu prostorového dávkového ekvivalentu v jednotkách nSv/h resp. $\mu\text{Sv/h}$. Rozsah přístroje je od 10 nSv/h do 100 mSv/h, měření lze provádět v širokém rozmezí energií (30 keV – 4,4 MeV).

Jak známo [9,10], operační veličina prostorový dávkový ekvivalent poměrně dobře aproximuje hlavní veličinu v radiační ochraně – efektivní dávku, kterou není možné přímo stanovit a která je definována vztahem

$$E = \sum_T w_T \sum_R w_R D_{T,R}$$

kde $D_{T,R}$ je střední dávka v orgánu/tkání T , w_R je radiační a w_T je tkáňový váhový faktor.





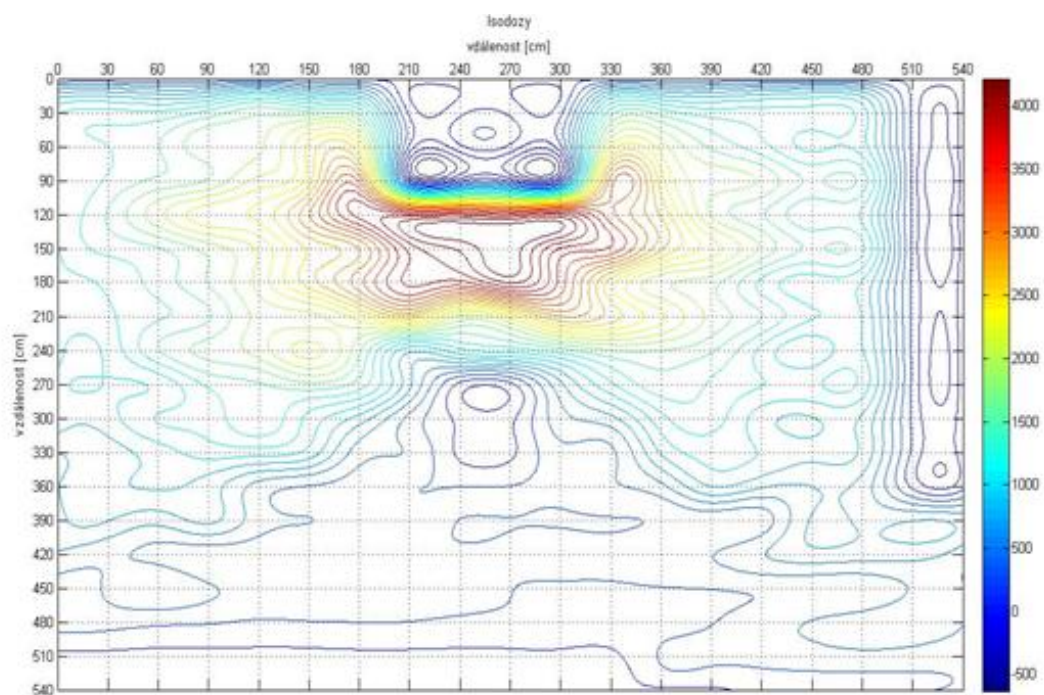
Obr. 2. Pohled na jednotlivé ozařovače: a) Terabalt ACS 100 (Oblastní nemocnice Kladno), b) Cesioterax 3N (Oblastní nemocnice Kladno), c) Theratron 1000 (Všeobecná fakultní nemocnice Praha), d) Teragam K-2 (Fakultní nemocnice Královské Vinohrady).

Vlastní měření příkonu dávkového ekvivalentu probíhalo ve stanovených bodech rovnoměrně rozprostřené sítě v prostoru ozařovací a též ovládací místnosti. Naměřené výsledky se byly následně zpracovány pomocí softwaru MATLAB, který potom velmi přehledně vykreslil rozložení izoúrovní v radiačním poli radionuklidového ozařovače.

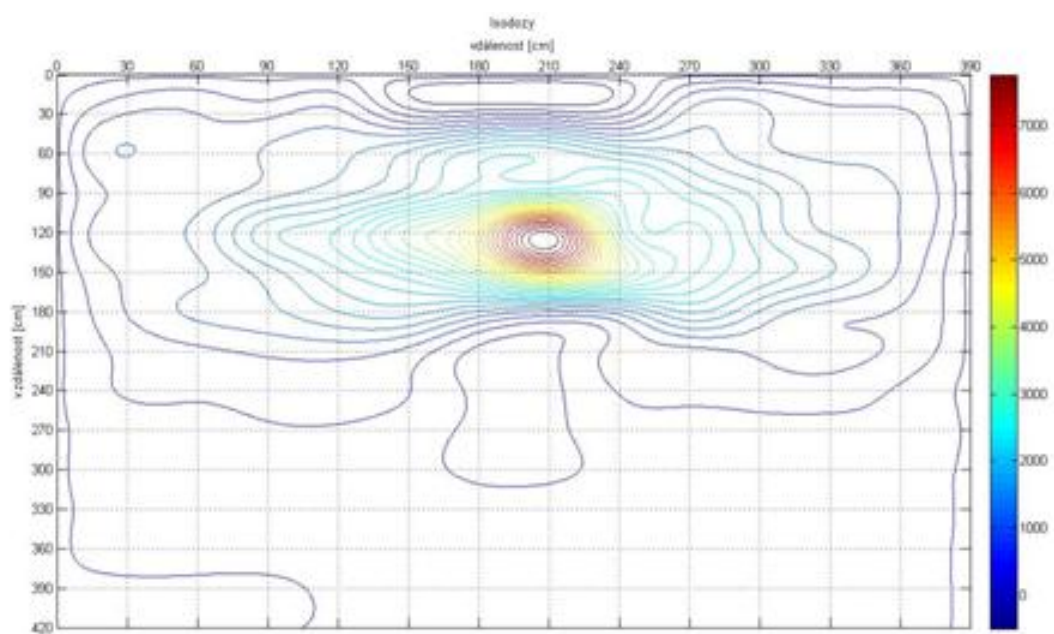
Vzhledem k tomu, že rozložení pole závisí také na použité technice (úhlu otočení hlavičky, počtu polí), se měření uskutečnilo při několika běžně užívaných polohách hlavičky. Vykreslené úrovně příkonu prostorového dávkového ekvivalentu byly potom použity při optimalizaci ozáření personálu.

Vycházelo se zde nejdříve z rutinního postupu práce laborantů k vykonání jednotlivých úkonů, které jsou jistým způsobem typické pro danou obsluhu na konkrétním pracovišti. Potom se hledaly optimální scénáře provedení těchto operací s cílem minimalizace radiační zátěže jednotlivých pracovníků.

Ilustrace typických rozložení radiačního pole v případě Terabaltu ACS 100 a Theratronu 1000 je na obr. 3.



a)



b)

Obr. 3. Pohled na rozložení radiačního pole zpracované pomocí program MATLAB, a) Theratron 1000, b) Teragam K-2.

4. Diskuse a závěr

V současné době je cílem zavedení optimalizovaných doporučení do nemocnic, v nichž se uskutečnilo mapování radiačního pole v okolí radionuklidových ozařovačů a též v ovládacích místnostech. Hlavním přínosem této práce je možnost snížení radiačního zatížení pracovníků, vyjádřeného v podobě efektivní dávky, ročně v průměru o 30-40% na každém z pracovišť, což je vzhledem k principu ALARA a požadavkům na minimalizaci osobního dávkového limitu velmi významné. To jednoznačně dokumentují konkrétní výsledky získané podrobným měřením a jeho následné vyhodnocení, které umožnilo kvantifikovat snížení ozáření personálu na jednotlivých radioterapeutických pracovištích.

Jak ukázala tato práce, je nejméně příznivou technikou z hlediska radiační ochrany ozařovací technice 0° - 180° . Během nastavování pacienta v ozařovací místnosti obdrží radiologičtí asistenti efektivní dávku ve výši 189 nSv (Oblastní nemocnice Kladno), 445 nSv (FNKV) či dokonce v případě Všeobecné fakultní nemocnice Praha až 1 068 nSv během ozařovací frakce jednoho pacienta. Uvedené hodnoty se vždy vztahují k nejvyšší dosažené efektivní dávce v ozařovací místnosti pro dané pracoviště, tzn. v případě kladenského pracoviště se porovnávala získaná dávka mezi třemi pracovníky, ve Fakultní nemocnici Královské Vinohrady byla vzata v úvahu vyšší efektivní dávka jednoho ze dvou pracovníků. Pokud však budou brát laboranti v úvahu během pracovního scénáře distribuci radiačního pole v okolí ozařovače, jež bylo zjištěno na základě této studie, může být v důsledku optimalizovaných úkonů personálu snížena efektivní dávka v ozařovací místnosti při ozařovací technice 0° - 180° ročně až o 727 200 - 900 000 nSv (oblastní nemocnice Kladno), 3 609 000 nSv (Všeobecná fakultní nemocnice Praha) či 144 000 - 2 512 800 nSv (Fakultní nemocnice Královské Vinohrady).

V případě ovládacích místností, jež během měření vykazovaly naměřené hodnoty jen mírně zvýšené od přírodního pozadí, obdrželi pracovníci efektivní dávku 22 nSv (Oblastní nemocnice Kladno), 42 nSv (VFN) či 104 nSv (FNKV). Jak se ale ukázalo, je i v tomto případě možná optimalizace úkonů, kde může být ročně efektivní dávka nižší až o 28 800 – 36 000 nSv (Oblastní nemocnice Kladno), 86 400 nSv (VFN) nebo 574 200 – 561 600 nSv (FNKV).

Výsledky měření poukázaly na určité reálné možnosti dalšího snížení radiační zátěže pracovníků tří vybraných radioterapeutických pracovišť, přičemž obdobný postup lze aplikovat i na jiných pracovištích v ČR, což by vedlo k redukci profesních expozic, které jsou centrálně vedeny v příslušném registru. Je zřejmé, že každé snížení efektivních dávek ve svém konečném důsledku povede také ke snížení celkové pravděpodobnosti výskytu přídavných zhoubných nádorů mezi radiačními pracovníky, kde se vychází z přímé úměry mezi počtem nádorů a celkovou kolektivní efektivní dávkou.

Seznam použité literatury

- [1] Vyhláška SÚJB č. 307/2002 Sb. O radiační ochraně ve znění vyhlášky č. 399/2005 Sb.
- [2] Směrnice Rady 96/29/EURATOM ze dne 13. května 1996, kterou se stanoví základní bezpečnostní standardy na ochranu zdraví pracovníků a obyvatelstva před riziky vyplývajícími z ionizujícího záření, Úřední věstník L 159/1; <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=DD:05:02:31996L0029:CS:PDF>
- [3] Směrnice Rady 97/43/EURATOM ze dne 30. července 1997 o ochraně zdraví před riziky vyplývajícími z ionizujícího záření v souvislosti s lékařským ozářením, Úřední věstník L 180, 09/07/1997S; <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CELEX:31997L0043:CS:HTML>
- [4] *International Basic Safety Standards for Protection against Ionizing Radiation and for the Safety of Radiation Sources*, Safety Series No. 115, IAEA, Vienna, 1996
- [5] *International Basic Safety Standards for Protection against Ionizing Radiation and for the Safety of Radiation Sources 2012 Edition*, Safety Standards Series No. GSR, Draft, IAEA, Vienna, July 2011
- [6] *Přírodní radioaktivita a problematika radonu*, Státní ústav radiační ochrany, Praha, 2011; <http://www.suro.cz/cz/prirodnioz>
- [7] Hudzietzová, J.: *Monitorování příkonu prostorového dávkového ekvivalentu v radiačním poli v okolí radioterapeutických ozařovačů Co-60 a Cs-137 za účelem minimalizace ozáření personálu*, Diplomová práce, FBMI ČVUT v Praze, 2011
- [8] *FH 40 G Survey Meter*, Specification, Radiation Measurement and Protection, Thermo, 2010; http://www.esm-online.de/sm/product/group1/FH40G_1.htm
- [9] Sabol, J., Weng, P.S.: *Introduction to Radiation Protection Dosimetry*, World Scientific, Singapore, 1995
- [10] Sabol, J., Vlček, P.: *Radiační ochrana v radioterapii*, Nakladatelství ČVUT v Praze, ČVUT, Praha 21011.

Kontakt na autory

Ing. Jana Hudzietzová

doc. Ing. Jozef Sabol, DrSc.

Fakulta biomedicínského inženýrství, ČVUT v Praze,

jana.hudzietzova@fbmi.cvut.cz

jozef.sabol@gmail.com

LIDSKÉ ZDROJE – HNACÍ MOTOR ČI LIMITUJÍCÍ FAKTOR?

Hynek Kadečka
ZZS Kraje Vysočina

Motto: „Pravé štěstí spočívá v radostech z vlastní povahy.“ Albert Camus

Vzdělávací akce se přímo hemží přednáškami na odborná, medicínská témata, o nás samotných – záchranářích, moc nemluvíme, a když, tak jen okrajově – o vzdělávání, o zvládání náročných výjezdů, jak nás zasahují či mohou zasáhnout, v té souvislosti mluvíme o psychosociální pomoci apod.

Téměř vůbec nemluvíme o „běžných“, každodenních výjezdech a práci, o komunikaci s pacienty a jejich blízkými, popř. pozůstalými – umíme jim naslouchat a mluvit s nimi? Umíme otevřeně komunikovat mezi sebou jako kolegové? Umíme komunikovat s nadřízenými a oni s námi? Vážíme si naší práce a sami sebe? Máme ji rádi? Radujeme se z ní a máme z ní dobrý pocit? Je pro pomáhající profese údělem pomáhat druhým a sebe stavět na „druhou kolej“? Pláceme někdy nad naším společenským postavením, ohodnocením, nedoceněním? Přemýšlíme více negativně či pozitivně? Jsme dokonalí nebo máme prostor pro seberozvoj a zdokonalování se v mnoha aspektech? Známe své slabé stránky a jsme ochotni na nich pracovat? Jsme kritičtí k ostatním a k sobě? Umíme jen kritizovat a „plakat“ nebo umíme hledat a navrhnout řešení? Co naše předsudky, domněnky, rychlé soudy bez znalostí faktů? Umíme se sami sobě zasmát? Co náš nadhled, respekt, důstojnost a lidskost, charakter, sociální a emoční inteligence, komunikační dovednosti, přístup k práci, kolegům, nadřízeným, pacientům a jejich blízkým, ke vzdělávání a nácvikům, k vytváření klimatu a firemní kultury? Jsme pro zaměstnavatele skrytým bohatstvím nebo oním limitujícím faktorem v rozvoji a možná i časovanou bombou?

Nechali jsme se zmást celospolečenskou negativní náladou, frustrací, špatnými mezilidskými vztahy nebo je všechno skutečně tak špatné? Máme sílu na to začít přemýšlet jinak, vzít věci do svých rukou, být zodpovědní za svůj život a radovat se z něj?

Pojďme se společně zamyslet nad naší prací, nad námi samotnými...

„I rány osudu padají často vedle. Na nás.“ Jiří Žáček

I my sami, naši blízcí a kamarádi jsou potenciálními klienty systému přednemocniční neodkladné péče. Jistě bychom chtěli, aby se k nám či našim blízkým chovali zdravotníci korektně, s nadhledem, empatií, respektem...

Pojďme to udělat nejen pro pacienty, kolegy, nadřízené apod., pojdme to udělat pro sebe! Ono se nám to ale vrátí! Budeme mít sami větší radost z naší práce a ze života! Uvidíte...

VYUŽITÍ SOUKROMÝCH BEZPEČNOSTNÍCH SLUŽEB PŘI ŘEŠENÍ MIMOŘÁDNÝCH UDÁLOSTÍ

Mgr. Kateřina Klevarová

ABL, a.s. Praha

Abstrakt

Článek Využití soukromých bezpečnostních služeb při řešení mimořádných událostí se věnuje otázce, zda a jakým způsobem mohou soukromé bezpečnostní služby (SBS) přispět k řešení situací, kde dojde v důsledku nehody, přírodní katastrofy, či úmyslnému činu člověka k náhlému ohrožení osob a majetku. Soukromé bezpečnostní služby v dnešní době střeží důležité objekty, které jsou součástí kritické infrastruktury. V případě vypuknutí mimořádné události jim však v současnosti plynou stejná práva a povinnosti, jako kterémukoliv jinému právnímu subjektu v České republice. Otázkou je, zda je toto opatření dostatečné.

Klíčová slova

Soukromé bezpečnostní služby, integrovaný záchranný systém, mimořádné události, legislativa, Explosia.

Abstract

The article, entitled The Use of Private Security Agencies for the Solution of Extraordinary Events is dedicated to the question, when and in what way can the private security companies help to solve the situation of jeopardy of lives and properties. The private security agencies are nowadays guarding crucial objects of the Czech critical infrastructure. At the situation of extraordinary events they must follow the same law, like any other legal subject in the Czech Republic. The question is, whether is this sufficient.

Key words

Private security agencies, integrated safeguarding system, extraordinary events, legislature, Explosia.

Úvod

V České republice nyní dochází k rozsáhlé debatě, týkající se připravovaného zákona o soukromých bezpečnostních službách. V souvislosti s tím si její účastníci kladou základní otázku, která se vztahuje roli a postavení soukromých bezpečnostních služeb v rámci bezpečnostního systému České republiky. Díky škrtům ve státním rozpočtu došlo k rozhodnutí o snížení počtu policistů. Navzdory politickým rozhodnutím však nedošlo ke snížení kriminality a jiných potenciálních bezpečnostních hrozeb.

Debata se tak rozvíjí zejména na téma efektivnějšího zapojení soukromých bezpečnostních služeb do řešení mimořádných událostí. Následující článek se zabývá právě

tímto tématem. V první části článku nejdříve vymezím soukromé bezpečnostní služby a popíšeme jejich činnost a působení. Následně se zaměřím na definici mimořádných událostí. Třetí část práce je věnovaná příkladu z praxe, kdy došlo k havárii v areálu Explosia a následné spolupráci soukromé bezpečnostní služby se základními složkami integrovaného záchranného systému. V závěru pak zhodnotím výhody a nevýhody zapojení SBS do řešení mimořádných událostí.

1. Vymezení a činnost soukromých bezpečnostních služeb

Soukromé bezpečnostní služby (SBS) jsou podnikatelské subjekty, které poskytují služby v oblasti ochrany a ostrahy oprávněných zájmů fyzických a právnických osob. V současnosti nabízí široké spektrum služeb, mezi které patří zejména klasická fyzická ostraha areálů a budov, obchůzková nebo stálá pochůzková činnost, ostraha staveb a rozsáhlých areálů, služby recepčních nebo pořadatelské služby.

Zaměstnanci SBS na pozicích strážců, detektivů, operačních důstojníků a bezpečnostních manažerů prochází povinným pravidelným školením a zkouškami odborné způsobilosti. Znájí postupy během krizových situací, jako je vypuknutí požáru, ekologická havárie, únik nebezpečných látek atd. Dále jsou schopni provést okamžitou evakuaci osob a poskytnout první zdravotnickou pomoc.

Výkon fyzické ostrahy podporují bezpečnostní technologie, jako jsou kamerové systémy a elektronické zabezpečovací systémy. SBS nabízí zajištění jejich instalace, připojení na vrátnici nebo PCO, pravidelnou údržbu a výjezd zásahové skupiny. Mezi další služby patří detektivní ochrana informací, operativní prověrky spolehlivosti zaměstnanců, obsazení neoprávněně užívaného objektu, komplexní služby v oboru požární ochrany (PO) a bezpečnosti a ochrany zdraví při práci (BOZP). Některé SBS nabízí také přepravu cenin, zahrnující ozbrojené doprovodu při finančních transakcích, detektivní služby a tzv. V.I.P. servis neboli osobní ochranu klienta.

Zákazníci SBS si u těchto agentur často objednají nejdříve analýzu bezpečnostních rizik, která sestává z posouzení stávajícího režimu a systému zajištění ostrahy objektu, posouzení hrozících bezpečnostních rizik zjištěných bezpečnostním průzkumem, vypracování návrhu na opatření a komplexní plán ostrahy objektu. V návaznosti na výsledky analýzy si pak objednávají odpovídající rozsah bezpečnostních služeb.

Činnost soukromých bezpečnostních služeb v České republice v současné době není ošetřena samostatným právním předpisem. Jako kterýkoliv jiný podnikatelský subjekt v České republice se řídí platnými zákony. Mezi ty nejdůležitější patří Listina základních práv a svobod, zákon o živnostenském podnikání, trestní zákon a trestní řád, zákoník práce, občanský zákoník, obchodní zákoník, zákon o přestupcích, zákon o zbraních a střelivu, zákon o PČR a zákon o ochraně osobních údajů.

Na trhu bezpečnostních služeb v České republice působí 5629 firem s licencií, které zaměstnávají více než 51 000 osob. Podle studie Evropské konfederace bezpečnostních služeb v roce 2008 patřila Česká republika mezi 8 zemí EU, v níž množství příslušníků soukromých bezpečnostních organizací převyšoval počet policistů. Pro srovnání, na 10 000 obyvatel podle

sdužení připadalo zhruba 44 policistů a 49 členů SBS.⁹ Soukromé bezpečnostní služby působí na celém území České republiky, nejběžněji se s jejich zaměstnanci setkáváme v obchodních centrech, administrativních budovách a v průmyslových objektech. SBS střeží také řadu strategických objektů, jako jsou letiště, elektrárny a další složky kritické infrastruktury.

2. Mimořádné události a současné postupy při likvidaci

Mimořádnou událostí, v angličtině extraordinary event, se dle definice z Obecného slovníku pojmů Ministerstva vnitra České republiky rozumí „událost nebo situace, vzniklá v určitém prostředí v důsledku živelní pohromy, havárie, nezákonnou činností, ohrožením vnitřní bezpečnosti a ekonomiky, která je řešena obvyklým způsobem orgány a složkami bezpečnostního systému dle zvláštních právních předpisů.“¹⁰ Zahrnuje tedy celou škálu zvláštních situací, zapříčiněných přírodou nebo člověkem. Nezáleží na tom, zda byla tato událost způsobena náhodně, či úmyslně. Podstatné je, že při této události dojde k narušení stability systému. Příčinami mohou být například lesní požáry, povodně, výbuchy plynu, otrava zdrojů pitné vody, zavalení silnic a železnic, sesuvy půdy či zemětřesení, epidemie, či neopatrné zacházení s technickým zařízením či nebezpečnými látkami.

Záchranné a likvidační práce v případě mimořádných událostí provádí složky integrovaného záchranného systému (IZS). Jedná se o systém spolupráce a modelových postupů, jehož cílem je využití veškerých možných zdrojů, které mohou sloužit k rychlé likvidaci následků mimořádné události. Základním právním předpisem pro IZS je zákon č. 239/2000 Sb., o integrovaném záchranném systému a změně některých zákonů.¹¹ Zákon stanoví pravomoc státních orgánů a orgánů územních samosprávných celků, práva a povinnosti právnických a fyzických osob při přípravě na mimořádné události, při likvidačních a záchranných pracích a ochraně obyvatelstva. Mezi hlavní složky IZS v současnosti patří Hasičský záchranný sbor ČR, Policie ČR a Zdravotnická záchranná služba. Ostatní složky IZS jsou povolovány k záchranným a likvidačním pracím podle povahy mimořádné události a jejich zapojení se odvíjí od možností zasáhnout a pravomocí, danými právními předpisy. Patří sem vyčleněné síly a prostředky ozbrojených sil, ostatní ozbrojené bezpečnostní sbory, ostatní záchranné sbory, orgány ochrany veřejného zdraví, havarijní, pohotovostní a jiné služby, zařízení civilní ochrany, neziskové organizace a sdružení občanů, která lze využít k záchranným a likvidačním pracím a v době krizových situací i odborná zdravotnická zařízení na úrovni fakultních nemocnic.

Ze zákona o IZS vyplývá, že soukromé bezpečnostní služby mají v rámci bezpečnostního systému ČR pouze subsidiární funkci. Stejně jako ostatní právnické a

⁹ Statistics, Private Security in Europe – CoESS Facts & Figures 2008. In: <http://www.coess.org/stats.htm>.

¹⁰ Obecný slovník pojmů MVČR, in: <http://www.mvcr.cz/clanek/mimoradna-udalost-851851.aspx>.

¹¹ Zákon č. 239/2000 Sb., o integrovaném záchranném systému a o změně některých zákonů, ve znění zákona č. 320/2002 Sb.

fyzické osoby dle §23-25 zákona č. 239/2000 Sb. jsou povinné být k dispozici státním, zákonným, integrovaným záchranným složkám.

Řada civilních míst s vysokou strategickou důležitostí, jako jsou například letiště, vlaková nádraží, metra, banky a sídla firem, je v České republice střežena soukromými bezpečnostními službami. Jejich zapojení se do řešení krizové situace je tedy nezbytná. SBS v současnosti spolupracuje se složkami integrovaného záchranného systému při provádění taktických cvičení IZS v místě, kde SBS provádí ostrahu. Jedná se například o průmyslové podniky a sportovní stadiony.

Soukromé bezpečnostní služby lze v případě mimořádných událostí využít k řadě činností. Jedná se například o vyrozumění hlavních složek IZS, evakuaci ohrožených osob, zvířat a majetku, organizaci materiálního a finančního zabezpečení zasahujících složek IZS, průzkum šíření mimořádné události, informování obyvatelstva o vývoji krizové situace, vyhledávání zraněných osob, poskytnutí první pomoci, regulaci volného pohybu osob a dopravy v místě události, ostraha evakuovaného území, poskytnutí humanitární pomoci postiženými osobám, předání informací příbuzným osob, postižených mimořádnou událostí, provedení postupů a opatření k ochraně životního prostředí a opatření k protipožární ochraně prostřednictvím sledování dodržování předpisů v postižené oblasti.

3. Příklad z praxe: Havárie v areálu společnosti Explosia

Příkladem situace, kdy došlo k zapojení bezpečnostní agentury do řešení mimořádné události, je provozní nehoda v objektu společnosti Explosia v Pardubicích. Dne 20. 4. 2011 zde explodovaly výbušniny a suroviny, ze kterých jsou vyráběny. Následkem bylo usmrcení 4 a zranění 10 zaměstnanců Explosie, kompletní zničení dvou budov a lehké poškození několika dalších.



Zdroj: ČTK

Stejně, jako řadu jiných velkých průmyslových areálů, také Explosii střeží soukromá bezpečnostní agentura. Zajišťuje fyzickou ostrahu, obsluhu stávajícího pultu elektronické zabezpečovací signalizace (EVS), kamerových systémů a další bezpečnostní techniky. Provozuje zásahové jednotky včetně zásahových vozidel a zajišťuje mimořádné služby a zesílení ochrany objektu objednatele v případech mimořádných událostí. Mezi zvláštní služby, které souvisí s krizovými situacemi, patří signalizace a ohlášení vzniku požáru. V případě důvodného podezření z úmyslného poškození majetku, při ohrožení zdraví osob v důsledku živelných pohrom, či podezření o možnosti teroristického útoku, vyhláší dispečink pro ostrahu stav bdělosti. Pracovníci SBS oznamují uložení nebezpečného předmětu a koordinují následnou evakuaci. Po příjezdu složek IZS zajišťují místo nálezu nebezpečného předmětu, přičemž se řídí pokyny velitele zásahu. Při ekologické havárii má pracovník SBS za úkol informovat vedení klienta, v tomto případě má pouze oznamovací povinnost.

Co se týče složení ostrahy, jejím vedením je pověřen bezpečnostní manažer, který řídí směny ostrahy a vede evidenci protokolů o mimořádných událostech. Bezpečnostnímu manažerovi je podřízen noční manažer, který řídí ostrahu v případě absence bezpečnostního manažera. Klíčovou osobou při řešení mimořádné události je operační důstojník, který obsluhuje kamerové systémy, rozděluje úkoly při řešení mimořádných situací pro ostatní členy ostrahy a odpovídá za komunikaci s Policií České republiky, Městskou policií a jednotkami IZS. Na objektu dále působí zásahová jednotka, jejíž funkce je zejména preventivního charakteru ve smyslu předcházení a eliminace kriminality, a to zejména včasným odhalováním a zabraňováním vzniku kriminogenních faktorů. Dalšími složkami ostrahy jsou strážci, kteří mají za úkol kontrolovat vstup a výstup z areálu, vjezdy a výjezdy vozidel, provádět kontroly ručním detektorem kovů atd. Jsou podřízeni operačnímu důstojníkovi, kterému hlásí veškeré incidenty na objektu.

Po výbuchu v areálu Explosia proběhlo téměř okamžité předání informace o místě nehody. Strážný SBS na stanovišti byl první, kdo přesně určil místo výbuchu a tuto informaci následně předal prostřednictvím operačního důstojníka Odboru havarijně bezpečnostních služeb Synthesie, čímž umožnil aktivaci nejdříve hasičské záchranné jednotky závodu a následně ostatních složek IZS. Pracovníci SBS dále sloužili jako doprovody hasičů, zdravotnických záchranářů a dalších složek IZS na místo nehody.

V následujících dnech zaměstnanci SBS střežili společně s Policií České republiky místo nehody a přilehlé komunikace. Výbuch poškodil budovu vrátnice, SBS tak zajišťovala náhradní komunikaci pro pěší zaměstnance a vytvořila provizorní vstupní a výstupní místo ze závodu. Po havárii došlo k posílení ostrahy, která měla za úkol mimo jiné i proniknutí zástupců sdělovacích prostředků na místo nehody. SBS zajišťovala zvýšený dohled nad budovami, kde mohlo v důsledku poškození dveří a oken dojít k odcizení majetku.

Nastavení systému sdílení informací došlo k okamžité reakci na operativní požadavky Krizového štábu a na mimořádné provozní potřeby klienta. Tyto požadavky se týkaly změn provozní doby, doprovodů kamionů odběratelů společnosti po objízdných trasách, mimořádného střežení poškozených objektů. Soukromá bezpečnostní služba nadále přispívá k pátrání po příčinách nehody tím, že poskytuje Policii České republiky informace o průběhu situace a záznamy kamerového systému.



Zdroj: ČTK

4. Závěr: Výhody a nevýhody zapojení SBS do řešení mimořádných událostí

Ze způsobu fungování a také z aktuální legislativy, kterou se SBS řídí, plyne řada výhod a nevýhod při zapojení soukromých bezpečnostních služeb do řešení a likvidace mimořádných událostí. V současnosti lze SBS nejlépe využít při střežení místa havárie, například aby nedocházelo ke krádežím a rabování. Vzhledem k omezeným možnostem zásahu proti kriminalitě, které vyplývají ze zákona, zvyšuje efektivitu práce SBS přítomnost státních bezpečnostních složek. Příkladem mohou být povodně v Praze z roku 2002, kdy pracovníci SBS hlídali společně s příslušníky armády České republiky zatopené části města.

Pracovníci SBS mohou dále provádět kontrolu vstupu oprávněných osob do míst havárie, a to opět zcela samostatně, nebo nejlépe společně s hlídkou Policie České republiky, která by zaručila zákonnost a prováděla zákroky, pro které nemá SBS oprávnění. Mohou například kontrolovat totožnosti osob a vozidel, pohybujících se v této oblasti.

SBS mohou pomoci při organizování evakuace ohrožených obyvatel z místa mimořádné události, informovat veřejnost o průběhu a následcích havárie a pomoci s distribucí humanitární a materiální pomoci. Efektivita využití SBS při evakuaci osob v místě havárie je zvyšována zejména dokonalou znalostí daného objektu.

Mezi hlavní nevýhody zapojení soukromých bezpečnostních služeb do řešení mimořádných událostí patří zejména omezené pravomoci jejich pracovníků. Zaměstnanec SBS se musí řídit stejnými zákony, jako kterýkoliv jiný občan České republiky. Další nevýhodou je kvalifikace bezpečnostních pracovníků, která je ve srovnání s policií a armádou ČR nesrovnatelně nižší. To může vést k podcenění situace a neschopnosti pružné reakce.

Výhodou spolupráce bezpečnostních složek státu s pracovníky SBS je zejména ekonomická stránka. Platy policistů a náklady na jejich technické vybavení jsou ve srovnání s výdaji, které stát vynaloží při spolupráci s SBS, nesrovnatelně vyšší. Policie České republiky již nyní trpí nedostatkem policistů k fyzickému střežení. Má vyhrazený počet osob, které slouží k ochraně majetku a již nyní není v silách policie pokrýt místa havárie

odpovídajícím počtem policistů. Další výhodou SBS je v určitých situacích i jejich pružnost, neboť státní bezpečnostní složky podléhají schvalovacím postupům, které mohou být někdy zdlouhavé.

Lze tedy shrnout, že současná legislativa umožňuje zapojení SBS do řešení mimořádných událostí. Zároveň se však projevuje její nedostatečnost zejména vzhledem k omezeným kompetencím pracovníků SBS při zásahu během mimořádných událostí. Příklad letošní události v Explosii prokázal efektivitu působení SBS na podobných objektech, zároveň odkryl nedostatky současného systému.

Seznam použité literatury:

- <http://www.coess.org/>
- <http://www.idnes.cz/>
- <http://www.mvcr.cz/>
- <http://www.zakonycr.cz/>

Kontakt na autorku:

Mgr. Katerina Klevarova
Vykonny koordinátor
ABL, a.s.
k.klevarova@abl.eu

REHABILITAČNÍ PÉČE OČIMA KLIENTŮ

Ing. Pavel Klička

Vysoká škola finanční a správní, o.p.s. Praha

Fakulta sociálních studií

Abstrakt

Marketingový výzkum je nezbytným předpokladem k tomu, aby byla společnost schopna nabídnout klientům, resp. zákazníkům takové služby a výrobky, které právě oni požadují. Prostřednictvím marketingového výzkumu získáváme také zpětnou vazbu o spokojenosti popřípadě nespokojenosti klientů s našimi výrobky a službami. Je velmi důležité zvolit správný postup při marketingovém výzkumu. Je nezbytné ujasnit si, co bude cílem takového výzkumu – zda to budou kvantitativní nebo spíše kvalitativní data. V rámci marketingového výzkumu je také podstatné určit, v čem spočívá spokojenost nebo nespokojenost klienta. Způsob provedení marketingového výzkumu a následně interpretace vlastního průzkumu mezi klienty rehabilitačního zařízení je obsahem příspěvku. Domnívám se, že výsledky a možná další rozpracování takového průzkumu může přispět k větší spokojenosti klientů a následně i k lepší péči o klienty samotné.

Klíčová slova

Průzkum trhu, kvantitativní průzkum, kvalitativní průzkum, metody průzkumu, spokojenost klienta, dotazník

Abstract

Marketing research is vital to the company was able to offer clients, respectively. customers with services and products that they currently require. Through marketing research also obtain feedback on satisfaction or dissatisfaction with our clients' products and services. It is very important to choose the correct procedure for marketing research. It is necessary to clarify what will be the goal of such research - whether it be quantitative or qualitative rather date. The marketing research is also important to determine what the client's satisfaction or dissatisfaction. Method of marketing research and subsequent interpretation of its own survey among the clients of a rehabilitation facility is a content contribution. I believe that the results and possible further development of such research can contribute to greater customer satisfaction and consequently also to better care for the clients themselves.

Key words

Market research, quantitative research, qualitative research, survey methods, client atisfaction, questionnaire

Historie marketingového výzkumu

Historie začíná již v 19. století, v roce 1824, kdy se v USA poprvé uskutečnil empirický výzkum chování a rozhodování voličů v prezidentských volbách.

O sto let později obohatila generace nastupujících výzkumníků v čele s G. Gallupem a E. Roperem tyto výzkumy především o statisticky propracované postupy vzorku (Foret, Stávková, 2003)

Ve 40. letech minulého století byly publikovány první explanační modely chování. Jednalo se především o to, jak dokážou názorovi vůdci ovlivnit rozhodování voličů. Posléze se tyto poznatky začaly využívat v marketingu, především pak v modelu chování a rozhodování spotřebitelů. (Foret, Stávková, 2003)

Základní rozlišení marketingového výzkumu

Primární výzkum – zahrnuje vlastní zjištění hodnot vlastností u samotných jednotek – jedná se o sběr informací v terénu, a to buď vlastními silami, nebo na základě informací zjištěných spolupracující institucí.

Sekundární výzkum – dodatečné, další využití, zejména v podobě statistického zpracování dat, která již dříve někdo shromáždil a zpracoval jako primární výzkum, třeba pro jiné cíle a zadavatele. U sekundárního výzkumu je rozdíl mezi tím, zda máme k dispozici data neagregovaná – tedy v původní podobě hodnot zjištěných za každou jednotku, oproti datům agregovaným, kdy jsou hodnoty sumarizované za celý soubor, případně zpracované do podoby statistických hodnot.

Porovnání výhod a nevýhod primárního a sekundárního výzkumu

	Primární výzkum	Sekundární výzkum
Výhody	- Je zpracován „na míru“ - Je aktuální v čase, prostoru, informace má pouze podnik a získává konkurenční výhodu	- Je rychlejší a operativnější - Je levnější
Nevýhody	- Vyžaduje delší čas - Riziko výběru „správné marketingové firmy“ - Je finančně náročný	- Nezískám přesně to, co požaduji - Údaje nejsou tak aktuální

Účelem marketingového výzkumu je pomáhat řešit a zdokonalovat marketingová rozhodnutí, vybírat optimální možnosti nebo dokonce vytvořit program pro marketingová rozhodnutí. (HAGUE, 2003) Za stejným účelem byl proveden průzkum spokojenosti klientů rehabilitačního zařízení

Kvalitativní výzkum

Kvalitativní výzkum využívá metod klinické psychologie a myšlenek založených na sociologii a antropologii. Spojení s dalšími intelektuálními tradicemi zajišťuje jejich přísnost.

Využívá se menšího počtu respondentů a soustředí se na kvalitu. Data jsou sbírána většinou osobně, na rozdíl od kvantitativního výzkumu, kde je třeba větší počet dotazovatelů i respondentů. Silnou stránkou kvalitativního výzkumu je skutečnost, že informace mohou být kvalitativně vyzdviženy a následně jsou kreativně proměněny ve výsledky. Negativem takového výzkumu je fakt, že interpret takového výzkumu může na výsledky pohlížet z jiného úhlu a může tak dospět k odlišným výsledkům než jeho kolega ve stejném výzkumu.

Neexistuje žádné striktní pravidlo ohledně velikosti vzorku v kvalitativním a kvantitativním výzkumu. Většina výzkumníků souhlasí, že i 30 respondentů zajistí kvalitní práci. Jiný odborník namítne, že vzorek čítající méně než 200 rozhovorů je na hranici kvalitativního výzkumu, jelikož tak malé číslo podpoří vznik extrémně širokého pásma chyby. (Hague, 2003)

Metody kvalitativního výzkumu

Pozorování

Používá se tam, kde je výhodnější než přímé dotazování lidí. Využívá se v obchodních výzkumech, zvláště pak přímo v obchodech, kde se zákazník u regálu rozhoduje, co koupit. Také se užívá při zjišťování, jak produkty fungují v praxi - v takovém případě, může být funkčnost obalu, napsaných informací odhalena lépe pozorováním, než dotazováním.

Diskusní skupiny

Skupinové diskuse jsou nejpoužívanější technikou kvalitativního výzkumu v oblastech Evropy a Spojených států. Její úspěch vychází z toho, že lidé jsou schopni a ochotni mluvit o svých pocitech lépe, pokud jsou součástí malé diskusní skupiny. Členové takových skupin se vzájemně doplňují a mohou dojít k velmi širokým závěrům, širším, než pokud se nad danou problematikou zamýšlejí sami. Správný nábor typu respondentů – podle demografie, použitím produktu – je důležitou otázkou kvality v kvalitativním výzkumu. (Hague, 2003)

Na schopnosti vybrat ty správné respondenty závisí úspěch celého výzkumu. Je zapotřebí využít těch respondentů, kteří mají s produktem dostatečné zkušenosti, a kteří se nebojí o svých zkušenostech referovat.

Hloubková interview

Rozhovor je spíše delší, strukturovaný, z očí do očí. Předmět je prozkoumáván do hloubky, respondent musí pro odpověď sáhnout hlouběji, mluví uvolněněji a tazatel je tak schopen snáze objevit pravdivá fakta a představy.

Hloubková interview se používají tehdy, pokud chceme zabránit vmíšení názorů tazatele, jak se občas stává u skupinových diskusí. Nejvhodnější doba interview je půl hodiny až hodina. Hloubková interview má oproti skupinovým nevýhodu v tom, že nedochází ke vzájemnému navazování a dynamiky.

Projektivní techniky dotazování

Používají se jak v oboru skupinových diskusí, tak při hloubkových interview, aby se překonaly komunikační bariéry mezi respondentem a tazatelem.

Kvantitativní výzkum

Kvantitativní data se nezískávají od každého jednotlivce, ale předpokládá se, že sebraná data budou zastupovat danou populaci, či oblast. (Hague, 2003)

Kritérium	Kvantitativní průzkum	Kvalitativní průzkum
Používané metody	Standardizované postupy umožňující kvantifikaci – rozhovor, písemný dotazník	Psychologické postupy, umožňující hloubkový rozbor zkoumaných jevů
Způsob dotazování	Pevně stanovené formulace dotazů. Reakce tazatele jsou omezeny, neklade dodatečné otázky	Počet otázek není stanoven, mohou klást dodatečné otázky, otázky jsou formulovány volně
Tazatel a způsob činnosti	Tazatel – může být laik, měl by mít minimální vliv na průběh rozhovoru	Tazatelem je kvalifikovaný psycholog, který zná cíl výzkumu, klade otázky v závislosti na výzkumné situaci
Kontakt	Kontakt – stačí pouze ochota odpovídat na otázky	Je nutné navázat osobní kontakt s dotazovaným, tazatel citlivě reaguje na odpovědi
Zkoumaný vzorek	Reprezentativní vzorek pro zkoumanou oblast vybraný na základě určených znaků	Malý vzorek dotázaných, vybíraný náhodně podle cílové skupiny
Zpracování výsledků	Počítačové zpracování, vyhodnocení podle statistických metod	Vyhodnocování jednotlivých případů

Návrh dotazníku

Dotazník je strukturovaný sled otázek, navržených za účelem zjištění názorů a faktů a následného zaznamenání těchto údajů. (Hague, 2003)

Cíle dotazníku:

1. Získat přesné informace od respondentů
2. Poskytuje strukturu rozhovorům – všem respondentům jsou pokládány stejné otázky
3. Zajišťuje standardní formulář, kam jsou zapisována všechna fakta, komentáře a stanoviska

Typy dotazníku

Strukturovaný dotazník

Využívá se ve velkých dotazovaných programech (200 rozhovorů). Dotazník je vyplňován na základě telefonického, osobního dotazování, nebo samovyplňováním.

Polostrukturovaný dotazník

Velmi často se využívá v B2B marketingovém výzkumu, kde je nutné ponechat odpovědi společnostem. Využívá se také tam, kde odpovědi nemohou být předem odhadnuty. Používá se zjišťování telefonické nebo osobní.

Nestrukturovaný

Využívá se u omezených trhů. Využívá se při hloubkových rozhovorech a diskusních skupinách. Umožňuje zjišťovat a hledat tam, kde si tazatel není úplně jistý odpovědí ještě před interview. Využívá se při skupinových diskusích, osobních nebo telefonických rozhovorech. (Hague, 2003)

Analýza chování zákazníka

Výzkum spokojenosti zákazníka

Spokojenost zákazníka patří do skupiny nehmotných zdrojů rozhodujících o úspěšnosti společnosti. Teoreticky vychází spokojenost zákazníka z teorie rozporu: spočívá ve stanovení představy zákazníka o charakteristikách výrobku (služby) a následné konfrontaci s charakteristikami výrobku nebo služby po jeho nákupu. Jestliže zkušenost předčila očekávání – zákazník je spokojen. Pokud zkušenost nedosáhla očekávání – zákazník je nespokojen. (Foret, Stávková, 2003)

Evropský model spokojenosti zákazníka spočívá v definici celkem sedmi hypotetických proměnných: Image, očekávání, vnímaná kvalita, vnímaná hodnota, spokojenost zákazníka, stížnosti zákazníků, loajalita zákazníka. (Foret, Stávková, 2003)

Průzkum spokojenosti klienta Rehabilitačního zařízení v Kladruzech

Komunikace s klientem je významným krokem k úspěšné léčbě. Klienti velmi důsledně vnímají prostředí, ve kterém je rehabilitace prováděna, sledují a hodnotí jej. Anonymní kvantitativní a kvalitativní průzkum se tak může jevit jako vhodný nástroj k tomu, co si klient myslí a v čem vidí nedostatky nebo naopak klady rehabilitační péče.

Vhodné vysvětlení rehabilitačního postupu je klíčovým faktorem celkového náhledu klienta na rehabilitačního pracovníka, potažmo na celé rehabilitační zařízení. Odborný personál rehabilitačního zařízení může i vhodně motivovat pacienta v dodržování léčebného režimu.

Průzkum, který byl realizován v Rehabilitačním ústavu Kladruhy, byl zaměřen na klienty rehabilitačního zařízení. Jeho cílem bylo získat jak kvantitativní tak kvalitativní data o spokojenosti klientů, případně získat informace, o problémech, které klienti rehabilitačního zařízení vnímají. Záměrem šetření pak bylo porozumět požadavkům a názorům klientů tohoto rehabilitačního zařízení.

Dotazník obsahoval 20 otázek. Jednalo se o kombinaci uzavřených a otevřených otázek. Otevřené otázky se týkaly spokojenosti a nespokojenosti klientů s rehabilitační péčí. Respondenti dostali i prostor pro vyjádření svých názorů a námětů. A právě v poslední zmiňované otázce – náměty, připomínky, ocenění – spatřuji nejdůležitější výstup z marketingového výzkumu.

Distribučováno bylo 500 dotazníků, toto je možné považovat za dostatečný vzorek k získání relevantních výsledků. Průzkum probíhal v období od června do srpna 2011. Návratnost dotazníků byla 95%.

Klíčové poznatky Průzkumu spokojenosti:

- Na otázku: Co nejvíce klienti oceňují, odpovědělo 72% mužů, že nejvíce oceňují kvalitu stravování.
- 34 % žen ocenilo čistotu a hygienu v ordinacích
- 86 % dotázaných žen odpovědělo, že oceňují profesionální přístup odborného personálu
- Z dotazníku vyplynula celková spokojenost klientů s rehabilitační péčí
- Mezi nejčastější připomínky pak patřili (řazeno podle četnosti odpovědí): Úklid v parku, více zeleniny a ovoce v jídelně, rekonstrukce výtahů a minigolfového hřiště, oprava laviček v areálu, používání návleků na hole u bazénu, ledničky na pokojích, úprava propustek o víkendu.

- Rehabilitační ústav dosahuje vysokého, 92% hodnocení kvality prováděných rehabilitačních výkonů
- Velmi podstatný fakt, který z dotazníku vyplynul je skutečnost, že až 93 % respondentů by Rehabilitační ústav v Kladrubech doporučil svým známým
- Muži a ženy shodně hodnotí tento rehabilitační ústav jako vysoce profesionální rehabilitační zařízení, významná spokojenost je pak s odborností personálu, na kterém oceňují fakt, že dokáže srozumitelným způsobem informovat o způsobu terapie
- S hygienou a čistotou v RHB ambulancích je spokojeno až 97 % respondentů
- Se způsobem objednávání na procedury bylo spokojeno 85 % dotazovaných
- Velmi dobře dopadlo hodnocení dojmu z terapie, kdy 35 % respondentů uvedlo, že je velmi spokojeno, 45 % uvedlo, že mu terapie vyhovuje, pouze 10 % bylo s terapií nespokojeno.

Závěr

Prostřednictvím dotazníkového šetření získáváme informace, které mohou vést ke zlepšení celkové image rehabilitačního ústavu. Pokud se klientů budeme ptát na jejich názory, získáváme konkrétní odpověď, se kterou můžeme i nadále pracovat a využívat ji. Zjistíme tak slabá místa, která je nutné posílit, ale můžeme získat i pozitivní zpětnou vazbu, kterou můžeme využít k vyšší motivaci zaměstnanců a pro další účely marketingové komunikace. Každá informace, kterou o své práci získáme je důležitá. Je nezbytné naučit se s informacemi pracovat. Pokud chcete vědět, co si klienti myslí o vaší práci, zeptejte se jich.

Seznam použité literatury:

- [1] CLOW E. KENNETH, BAACK, D.: *Reklama, propagace a marketingová komunikace*. Computer Press 2008. ISBN 978-80-251-1769-9
- [2] FORET, M., STÁVKOVÁ, J.: *Marketingový výzkum*. Praha: Grada Publishing 2003. ISBN 80-247-0385-8
- [3] HAGUE, P.: *Průzkum trhu*. Computer Press 2003. ISBN 80-7226-917-8
- [4] PELSMACKER P., GEUENS M.: *Marketingová komunikace*. Praha: Grada Publishing 2003. ISBN 80-247-0254-1

Kontakt na autora

Ing. Pavel Klička

Vysoká škola finanční a správní, o.p.s., Praha

E-mail: pavel.klicka@seznam.cz

BURN-OUT SYNDRÓM V POMÁHAJÚCICH PROFESIÁCH OVPLYVŇUJÚCI KOMUNIKÁCIU

PhDr. Renata Knezović, PhD.¹ MUDr. Marián Liberko²,

PhDr., Mgr. Rebeka Ralbovská, Ph.D.²

1.ÚSL a LE, LF UK, Bratislava. 2. České vysoké učení technické v Praze, Fakulta biomedicínského inženýrství se sídlem na Kladně, katedra lékařských a humanitních oborů

Abstrakt

Syndróm vyhorenia ako stav fyzického, emočného a mentálneho vyčerpania, postihuje najčastejšie jedincov pracujúcich v pomáhajúcich profesiách. Je sýtený nielen povahovými a osobnostnými charakteristikami, ale aj súborom negatívnych vplyvov prostredia a sociálnym pozadím. Pri prevencii a samotnom zvládaní už rozvinutého stavu vyhorenia sa preto treba zamerať na komplexné prehodnotenie priorít, zníženie pôsobenia stresorov, posilnenie takých osobnostných charakteristík, ktoré umožňujú lepšie vzdorovať stresu.

Kľúčové slová: syndróm profesionálneho vyhorenia, diagnostika, prevencia, sestra

Abstract

Burn-out as experience of long-term physical, emotional and mental exhaustion affects mostly people working in helping professions. It is often construed as the result of particular personality traits, working environment and social background. Recognition of the role of factors that precipitate this condition and predispose individuals to develop and perpetuate the syndrome is of primary importance for its prevention and treatment.

Key words: burnout, professional, diagnosis, prevention, nursing

Výskyt syndrómu vyhorenia je popisovaný v spojitosti s pracovnými podmienkami, ktoré sú charakterizované silným tlakom na nekolísajúci dobrý výkon a najčastejšie je spájaný s profesiami označenými ako pomáhajúce. Častou náplňou práce pracovníka v pomáhajúcej profesii je byť nápomocný a zároveň oporou ľuďom nachádzajúcim sa v ťažkej životnej situácii. Javí sa dôležitým, aby pracovník v pomáhajúcej profesii splňal špecifické nároky kladené na jeho osobu, ako sú napríklad prítlačivosť pre klientov, dôveryhodnosť, empatia a inteligencia, schopnosť komunikačných zručností a psychická zdatnosť.

Základnými článkami očakávania vzťahujúcimi sa k pomáhajúcim profesionálom sú afiliácia, empatia a prosociálne správanie. Prosociálne správanie je správaním poskytovateľa, ktoré iným jedincom prospieva, bez nároku na prospech poskytovateľa. Na altruizmus ako súčasť prosociálneho správania sa je často diskutovanou témou, vzhľadom na množstvo rozdielných názorov.

V súvislosti s pomáhajúcimi profesiami je predovšetkým významné to, že afiliácia, prosociálne správanie (často vnímané ako altruizmus) a empatia sú z pohľadu pomáhajúceho profesionála podstatné časti jeho predstavy. Tieto predstavy sú tak isto vnímané i širokou verejnosťou a možnými adeptmi výkonu tohto povolania.

Tento model pracovného nasadenia je pre pracovníka v pomáhajúcej profesii maximálne rizikový, pretože v prípade takéhoto správania sa v dlhodobejšom časovom horizonte je priamou cestou k syndrómu vyhorenia a tak isto aj k dehumanizácii klientov, otupeniu emocionality a k hostilite, ktorá je presným protikladom pôvodnej výraznej afiliácie.

Ďalším faktorom posúvajúcim k rozvoju syndrómu vyhorenia je vnímanie tlaku okolia pracovníkom, ktoré pracovníka vníma ako altruistického, empatického a afiliantného. Prílišné pripúšťanie si tohto tlaku okolia ústiace do prehnanej snahy o takéto správanie vedie k intrapsychickej tenzii a záleží iba na schopnostiach pracovníka v súčinnosti s jeho obrannými mechanizmami, či je schopný konštruktívne zvážiť túto situáciu a vybalancovať rozdiel medzi tendenciou sebaaktualizácie a tendenciou sklznutia k syndrómu vyhorenia.

Syndróm vyhorenia je stavom masívneho vyčerpania, ktorý vnímame ako stratu záujmu o klientov, s ktorými každý pracovník v pomáhajúcej profesii pracuje. Vzhľadom k tomu, že väčšiu časť svojho pracovného času venujú sestry interakcii s pacientom a s jeho problémovou situáciou, následne ich psychický a fyzický stav priamo ovplyvňuje úroveň a kvalitu poskytovanej starostlivosti (Sušinková, Bérešová, 2010)

„Syndróm vyhorenia“

Pojem „burn-out“ bol prvý krát uvedený H. Freudenbergerom v časopise „Journal of Social Issues“, ročník 1974, v ktorom pojednávalo o vyhorení personálu „alternatívnych“ liečebných zariadení, ktoré boli z veľkej časti závislé na pomoci dobrovoľníkov. Obsah pojmu „burn-out“ použitého Freudenbergerom sa v podstate zhoduje s obsahom burnout ako ho používa súčasná psychológia a ktorom bude zmienka v ďalšom texte. V nasledujúcich rokoch sa záujem o túto problematiku rozšíril do medicínskej oblasti. V zahraničí sa najväčší záujem o burnout sústredil na osemdesiate roky 20. storočia. V ďalších rokoch záujem o túto tematiku poklesol, ale neznamená to, že sa burnout dostal na okraj odborného záujmu. Záujem psychológov o burnout sa však začal uberať skôr smerom k aplikácii vedomostí do ďalších oblastí, než výskumu základných dimenzií vyhorenia.

Kebza a Šolcová (1998) rozlišujú dva základné teoretické rámce pre ponímanie vyhorenia:

Existenciálne orientovaná filozofia a psychológia zdôrazňuje možnosť nového vývoja jedinca. Vo chvíli keď človek prežíva syndróm vyhorenia je v medznej situácii, ktorá mu môže pomôcť uvedomiť si seba samého ako individuálnu existenciu a spoznáva svoju slobodu bez závislosti na spoločnosti. V pokročilých fázach vyhorenia má človek často tendenciu pretrhať všetky putá s minulým profesionálnym životom a tým je možné oslobodiť sa od zväzujúcej minulej skúsenosti. Syndróm vyhorenia existencialisti chápu ako situáciu, ktorú je možné využiť k hlbšiemu osobnému rastu.

Psychologicko – medicínska línia skúma syndróm vyhorenia v súvislosti so stresom. Cenné bolo predovšetkým podrobné skúmanie a rozpracovanie tematiky psychosociálneho stresu a jeho vplyvu na zdravie človeka a jeho pracovnú produktivitu.

O rok neskôr Frieling a Sonntag (1999, in Diener, 2000) rozlišujú tri rozdielne prístupy k syndrómu vyhorenia:

Individuálny prístup. Predstaviteľom tohto prístupu je napr. už zmienený H. J. Freudenberger, ktorý jeho výskyt viazal prevažne na vykonávanie dobrovoľnej práce v alternatívnych zdravotníckych zariadeniach. Burnout interpretoval ako dôsledok sklamaní a frustrácie z nenaplnenia vlastných nerealistických cieľov a premrštených očakávaní (Frieling, Sonntag, 1999, in Diener, 2000). Do tejto kategórie sú radení aj autori svetovo najrozšírenejšej koncepcie burnoutu Maslach a Jackson.

Prístup vychádzajúci z pozícií psychológie práce a organizácie. Napr. Enzmann a Kleiber (1989, Diener, 2000) definujú burnout ako dôsledok chronického stresu na pracovisku. Autori poukazujú na tieto dôležité indikátory syndrómu vyčerpania: pracovné preťaženie, konflikt rolí, nedostatočná sociálna podpora, časový stres, vlastné presvedčenie o intenzite kontrolných mechanizmov, nedostatok priestoru k autonómnej rozhodovaniu a slabá spätná väzba. Kebza a Šolcová (1998) v tejto súvislosti analyzujú príčiny výskytu vyhorenia v pomáhajúcich profesiách a zmieňujú vysoké nároky na kvalitu práce, zodpovednosť a nasadenie pracovníka pri súčasnej nízkej autonómii pracovnej činnosti.

Sociologický, prípadne sociálno-psychologický prístup. Cherniss (1980, in Diener, 2000) zdôrazňuje pri vzniku syndrómu vyhorenia stratu morálnej zodpovednosti za koniec fungovania prirodzených sociálnych väzieb v prostrediach, v ktorých sa človek vyskytuje ako dôsledok porušenia tradičných rodinných štruktúr. Burnout vidí ako dôsledok delegovania pomoci jedincovi na platených odborníkov, zatiaľ čo v tradičných rodinných štruktúrach by túto pomoc zaistila rodina.

Křivohlavý sa vo svojej monografii nesnaží vytvoriť vlastnú definíciu vyhasnutia, využíva citácie iných autorov ako napríklad:

Henrich Freudenberger: „Burnout je konečným štádiom procesu, pri ktorom ľudia, ktorí sa hlboko emocionálne niečím zapodieľajú, strácajú svoje pôvodné nadchnutie (svoj entuziazmus) a svoju motiváciu (svoje vlastné hnacie sily).“ (Křivohlavý, 1998)

Donald Hay: „Burnout je kritický stav človeka, ktorý má problémy s udržovaním dobrej úrovne zdravého seba – hodnotenia, seba-ocenenia a sebe-pojatia (self – esteem).“ (Křivohlavý, 1998)

Maslach a Jackson: „Burnout je syndrómom emocionálneho vyčerpania, depersonalizácie a zníženého osobného výkonu. Dochádza k nemu tam, kde ľudia pracujú s ľuďmi, tj. tam, kde sa ľudia venujú potrebám iných ľudí.“ (Křivohlavý, 1998)

A. Pines a E. Aronson: „Burnout je formálne definovaný a subjektívne prežívaný ako stav telesného citového (emocionálneho) a duševného (mentálneho) vyčerpania, spôsobeného dlhodobým prežívaním situácií, ktoré sú emocionálne mimoriadne náročné. Táto emocionálna

náročnosť je najčastejšie spôsobená spojením s veľkým očakávaním s chronickými situačnými stresmi.“ (Křivohlavý, 1998)

Štádiá syndrómu vyhorenia

V priebehu času vytvorili rôzni autori niekoľko odlišných rozdelení „fáz“ burnout syndrómu, v ich koncepciách je spoločné to, že burnout chápu ako proces, nie iba ako konečný stav, ktorý vzniká na základe množstva okolností.

Kebza a Šolcová (1998) znovu uvádzajú zhrňujúce rozčlenenie jednotlivých fáz burnout syndrómu, v ktorom sa snažia vystihnúť spoločné myšlienky jednotlivých prístupov: Začínajú iniciačnou fázou, ktorá sa vyznačuje silným zapálením pre vec. Po nej príde k prezretiu, „vytriezveniu“, zisteniu, že ideály nie je možné v bežnom živote na plno realizovať. Nasleduje obdobie prvej frustrácie, sklamaníu riešenou témou alebo celou profesiou. Klient alebo osoby, s ktorými je človek v kontakte a na ktorých hodnotení je závislý, začínajú byť vnímane negatívni. V ďalšej fázy nastupuje apatia. Tu prepuká plná hostilita jednak voči klientovi, súčasne však i voči všetkému, čo súvisí s profesiou alebo vykonávanou činnosťou. Postupne sa prechádza do posledného štádia, ktoré je charakterizované hlbokým a úplným vyčerpaním, cynizmom, odosobnením a stratou ľudskosti. Týmto popisom štruktúry procesu burnout sú zhrnuté všeobecné charakteristiky vyhorenia, jednotlivé pojatia rôznych autorov potom tieto myšlienky ďalej rozpracovávajú.

Christina Maslach – 4 fázy burnout

Jedným zo základných prístupov ku stanoveniu fáz burnout syndrómu je koncepcia Christiny Maslach, ktorá delí syndróm vyhorenia do 4 fáz:

Prvá fáza je charakterizovaná prvotným idealistickým nadšením a zaujatím pre vec. Súčasne sa tu objavuje dlhodobé preťažovanie.

V druhej fáze sa postupne rozvíja psychické i fyzické vyčerpanie.

Začiatky dehumanizovanej percepcie okolia ako obranného mechanizmu pred ďalším vyčerpaním charakterizujú **fázu tretiu**.

Poslednou, **štvrtou fázou** syndrómu vyhorenia je terminálne štádium, ktoré sa prejavuje totálnym vyčerpaním, silným negativizmom, nezáujmom a ľahostajnosťou.

Podobné členenie štádií procesu burnout ako u Maslachovej je možné nájsť i u Karamana, Burischa a Laengleho. (Křivohlavý, 1998)

Christina Maslach je jednou z významných autoriek zaoberajúcou sa syndrómom vyhorenia. Okrem teoretických prác o Burnout syndróme je autorkou Maslach Burnout Inventory (MBI), čo je jedna z najvyužívanějších metód pre diagnostiku tohto syndrómu.

Maslach Burnout Inventory a 3 faktory z neho vyplývajúce (emocionálne vyčerpanie, depersonalizácia a zníženie pracovného výkonu) majú i chronologické súvislosti s procesom vyhorenia. Objavujú sa postupne : prvé nastupuje emocionálne vyčerpanie ako odpoveď na

mimoriadne požiadavky okolia. Zvýšená miera vyčerpanosti potom vedie úplne automaticky k depersonalizácii, ktorá vyúsťuje v sociálnu izoláciu. Oba tieto faktory (emocionálne vyčerpanie i depersonalizácia) sa následne spájajú a ovplyvňujú výkonnosť pracovníka. Ako posledný, tretí faktor sa teda objavuje znížená efektivita práce. Tento faktor je logickým dôsledkom straty zmyslu výkonu práce a súčasne emocionálneho vyčerpania, ktoré znemožňuje podávanie obvyklého výkonu.

Maslach Burnout Inventory je jedna z najčastejšie používaných metód pre diagnostikovanie syndrómu burnout. Dotazník bol podrobený faktorovej analýze a záverom bolo, že táto metóda zisťuje v podstate tri faktory:

EE – emotional exhaustion (emocionálne vyčerpanie)

Táto zložka je považovaná za základnú zložku syndrómu vyhorenia – prejavuje sa stratou chuti k životu, nedostatkom síl k akejkoľvek činnosti, stratou motivácie pre činnosť a pod. EE nastupuje v procese vyhorenia ako prví a je najsmerodajnejším ukazovateľom prítomnosti vyhorenia.

DP – depersonalisation (depersonalizácie)

Druhý faktor syndrómu vyhorenia sa prejavuje stratou úcty k druhým ľuďom ako ľudským bytostiam. Zreteľne sa prejavuje u tých, ktorí majú veľkú potrebu reciprocity od ľudí, ktorým sa venujú. Keď sa im tejto kladnej odozvy nedostáva, začínajú sa stavať k druhým ľuďom cynicky. Ku konci procesu vyhorenia môžu prejavy správania postihnutých jedincov dôjsť až k úplnej dehumanizácii osôb, s ktorými pracujú a s ktorými potom jednájú ako s neživými predmetmi.

PA – personal accomplishment (znížená osobná výkonnosť)

Vývoj aj časový nástup tejto charakteristiky sa viažu k spokojnosti so sebou. Je zodpovedajúcou fázou vyhorenia, kedy pracovník vníma silný nepomer vynaloženej snahy a pracovného výkonu.

Kebza a Šolcová (1998) zdôrazňujú, že v súčasnosti sa začína meniť pôvodne prevažujúca predstava, že určujúcou charakteristikou pracovnej činnosti, ktorá môže viesť k burnoutu, je predovšetkým práca s ľuďmi. V súčasnosti sa skôr zdá, že touto základnou charakteristikou je trvalá požiadavka na vysoký nekolísavý výkon, ktorý je pokladaný za štandard, s malou možnosťou úľavy, so závažnými dôsledkami za chyby a omyly. Pocit jedinca, že už ďalej nemôže tieto požiadavky plniť, v spojení s pocitom, že úsilie vkladané do vykonávanej činnosti je úplne neadekvátne nízkemu výslednému efektu, vedie ku vzniku burn – out.

Využitie psychoterapie

Psychoterapia je základnou metódou v liečbe burnout syndrómu. Kebza a Šolcová (2003) zo škály mnohých psychoterapeutických smerov označujú ako hlavnú metódu pre liečbu burnout existenciálnu psychoterapiu. Tá zdôrazňuje nutnosť uvedomenia si seba samého v zmysle existencie, čo neumožňuje každodenný stereotypný život. Toto uvedomenie

je možné v priebehu krízy, ktorá môže nadobúdať mimo iného podobu burnout syndrómu. Súčasťou krízy je vyrovnanie sa s vlastnými náladami, pocitmi typu osamotenía, starosti, bezmocnosti, beznádeje, úzkosti a pod. a všeobecné otázky typu zmysla života, slobody a zodpovednosti človeka. Neprijemné fázy procesu nakoniec vedú k uvedomeniu si samého seba a v konečnom dôsledku prinášajú poznanie vlastnej slobody cez izoláciu od okolitého sveta, čo vedie k oslobodeniu od predošlých skúseností. Táto izolácia býva súčasťou obrazu pokročilých fáz burnout, čo podporuje vhodnosť použitia metód existenciálnej psychoterapie.

Na existenciálne východiska naviázali dva európske psychoterapeutické smery – dešinsanalýza a logoterapia. Prvý z nich nadväzuje na filozofické dielo M. Heideggera a pomáha pacientovi nájsť cestu k pochopeniu vlastnej existencie, a tiež mu túto existenciu pomocou čo najprístupnejšie a najzodpovednejšie realizovať. Zdôrazňuje pritom ďalší vývoj pacienta (oproti zameraniu na minulosť) pri maximálnom rešpekte a uplatňovaní jeho jedinečnej individuality. „Cieľom je pochopenie a naplnenie vlastnej existencie, ovládnutie umenia „byť sám sebou.“ (Kebza, Šolcová, 2003)

Logoterapia pomáha pacientovi nájsť vlastný životný zmysel v súlade s jeho životom a osobnosťou na základe objavovania a naplňovania nových hodnôt a nových dôvodov prečo žiť. Aj tento smer môžu ľudia prežívajúci burnout veľmi oceniť, pretože v pokročilých fázach sa nachádzajú v situácii, kedy sa ich doterajšie hodnoty a dôvody k životu práve zrútili. Ďalšie postupy, ktoré je možné uplatniť v psychoterapii syndrómu vyhorenia vychádzajú napr. z kognitívne behaviorálnej terapie. Táto na základe mechanizmu učenia a preučenia ponúka možnosť náhrady maladaptívnych máp reality mapami adaptívnejšími a používa spôsoby napr. kognitívnej rekonštrukcie, plánovania času, štruktúrované riešenie problémov, kognitívne reštrukturalizácie. (Praško, 2003) Buhler, Land (2003) sa zmieňuje o využití transakčnej analýzy, ktorá je založená na koncepte prístavov ega, ktoré sú nazvané „rodič“, „dospelý“, „dieťa“. V súvislosti s terapiou i prevenciou vyhorenia uvádza dôležitosť uspokojovania zložky „dieťa“, čo môže znamenať hľadať a dopriať si drobné radosti apod. Oba naposledy zmienené smery sa zameriavajú skôr na okolité problémy syndrómu burnout než jeho podstatu, to však nebráni úspešnému využitiu ich metód pre terapiu syndrómu vyhorenia. Dôležitým faktorom pre rozhodnutie, ktorý psychoterapeutický smer má byť využitý u konkrétneho človeka, je osobnosť pacienta.

Ciele empirickej analýzy

Základným **cieľom výskumu** bola analýza súvislostí medzi syndrómom vyhorenia a výkonom roly sestry, najmä jeho vplyv na komunikáciu s pacientom. Parciálnymi cieľmi výskumu bolo zisťovanie názorov sestier na empirické krytie pojmu syndrómu vyhorenia, procesov a produktov, ktoré s týmto syndrómom súvisia, meranie dôsledkov, ktoré má pôsobenie syndrómu na komunikáciu sestry s pacientom.

Cieľové skupiny

Porovnávali sme **dve cieľové skupiny**. Pracovníkov kompaktného pracoviska, poskytujúceho zdravotnú starostlivosť v Bratislave a skupiny sestier, poslucháčov I. ročníka externého štúdia ošetrovateľstva Slovenskej zdravotníckej univerzity, pracujúcich na celom Slovensku.

Prvou cieľovou skupinou bola skupina sestier z Fakultnej nemocnice s poliklinikou sv. Cyrila a Metoda Petržalka, Antolská č. 11, Bratislava v celkovom počte 207 respondentov. Druhá cieľová skupina respondentov predstavovala 115 vyplnených dotazníkov.

Tab. 1 Vyjadrenie názoru sestier na odraz syndrómu vyhorenia na komunikácii (FN)

Ako sa syndróm vyhorenia podľa Vášho názoru odráža na komunikácii sestry s pacientom? (Možno označiť aj viac odpovedí.)		a) sestra prestáva byť dostatočne citlivá na problémy pacienta	b) sestra stráca trpezlivosť pacientom vysvetľovať	c) sestra prestáva s pacientmi komunikovať	d) sestra začína byť na pacientov prísnejšia	e) sestra začína na pacientov hlasnejšie hovoriť	f) sestra pacientom menej verí	g) iné....
Endoskop. odd. ANT		1	3	2	1	1	1	
Psychiat. odd.ANT		8	13	11	2	4		
Ortop. odd.ANT		2	5	4	3	1	1	
Gastroent. odd.ANT		8	11	10	3	8	3	1
Detské odd.ANT		10	12	8	2	3	4	
Odd. invazívnej kard.ANT		3	1					
JIS ANT		22	27	16	11	13	3	
Odd. klinic. hematol.ANT		15	8	11	2	3	1	
Interné odd.ANT		17	19	18	10	3	3	
Odd. dets. chirurgieANT		7	5	2	1	1	1	
Cievna chirurgiaANT		4	6	5	1	1	1	
Úrazová chirurgia ANT		7	7	5	3	4	1	
Gynekol. odd. ANT		29	34	23	16	14	6	
Urol. odd. ANT		6	7	4	6	6		
Odpoved respondentov NsP Antolská Σ	565	139	158	119	61	62	25	1
Percent (%)	100%	24,60%	27,96%	21,06%	10,80%	10,97%	4,42%	0,18%

Na uvedenú otázku sme od 207 respondentov dostali 565 odpovedí. Najviac odpovedí 158, čo je 27,96% sme zaznamenali pod bodom b) sestra stráca trpezlivosť s pacientom vysvetľovať. 139 odpovedí, čo je 24,60% sme zaznamenali v bode a), kedy sestra prestáva byť dostatočne citlivá na problémy pacienta. 119 odpovedí, čo predstavuje 21,06% sa syndróm vyhorenia na komunikácii sestry s pacientmi odráža tak, že sestra prestáva s pacientmi komunikovať. Len 61 odpovedí, čo je 10,80% pri komunikácii s pacientom sestra začína byť na pacientov prísnejšia. 62 odpovedí, čo je 10,97% sestra začína na pacientov hlasnejšie hovoriť, čo je taktiež znakom syndrómu vyhorenia v komunikácii sestry a pacienta.

Tab. 2 Vyjadrenie názoru sestier na odraz syndrómu vyhorenia na komunikácii (SZU)

Ako sa syndróm vyhorenia podľa Vášho názoru odráža na komunikácii sestry s pacientom? (Možno označiť aj viac odpovedí.)		a) sestra prestáva byť dostatočne citlivá na problémy pacienta	b) sestra stráca trpezlivosť pacientom vysvetľovať	c) sestra prestáva s pacientmi komunikovať	d) sestra začína byť na pacientov prísnejšia	e) sestra začína na pacientov hlasnejšie hovoriť	f) sestra pacientom menej verí	g) iné..
Neurologické odd. SZU		12	11	2	5	3		1
Detské oddelenie SZU		1	1	2				
Geriatrické odd. SZU		8	8	5	5	4	2	
Psychiatrické odd. SZU		2	3	2				
Interné oddelenie SZU		7	10	3	4	2	2	
ORL oddelenie SZU			1	1	1			
Gynekologické odd. SZU		8	9	3	2	1	1	
JIS SZU		1	19	16	11	5	3	
Ortopedické odd. SZU		7	6	4	2	1		
Odborné ambulancie SZU		14	12	8	2	7	1	
Chirurgia SZU		6	6	3	3	2	1	
Odpovede respondentov SZU Σ	272	66	86	49	35	25	10	1
Percent (%)	100%	24,26%	31,62%	18,01%	12,87%	9,19%	3,68%	0,37%

Tab. 3 Vyjadrenie názoru sestier na odraz syndrómu vyhorenia na komunikácii (FN a SZU)

Ako sa syndróm vyhorenia podľa Vášho názoru odráža na komunikácii sestry s pacientom? (Možno označiť aj viac odpovedí.)		a) sestra prestáva byť dostatočne citlivá na problémy pacienta	b) sestra stráca trpezlivosť pacientom vysvetľovať	c) sestra prestáva s pacientmi komunikovať	d) sestra začína byť na pacientov prísnejšia	e) sestra začína na pacientov hlasnejšie hovoriť	f) sestra pacientom menej verí	g) iné....
Endoskop. odd. ANT		1	3	2	1	1	1	
Psychiat. odd.ANT		8	13	11	2	4		
Ortop. odd.ANT		2	5	4	3	1	1	
Gastroent. odd.ANT		8	11	10	3	8	3	1
Detské odd.ANT		10	12	8	2	3	4	
Odd. invazívnej kard.ANT		3	1					
JIS ANT		22	27	16	11	13	3	
Odd. klinic. hematol.ANT		15	8	11	2	3	1	
Interné odd.ANT		17	19	18	10	3	3	
Odd. dets. chirurgieANT		7	5	2	1	1	1	
Cievna chirurgiaANT		4	6	5	1	1	1	
Úrazová chirurgia ANT		7	7	5	3	4	1	
Gynekol. odd. ANT		29	34	23	16	14	6	
Urol. odd. ANT		6	7	4	6	6		
Neurologické odd. SZU		12	11	2	5	3		1
Detské oddelenie SZU		1	1	2				
Geriatrické odd. SZU		8	8	5	5	4	2	
Psychiatrické odd. SZU		2	3	2				
Interné oddelenie SZU		7	10	3	4	2	2	
Gynekologické odd. SZU		8	9	3	2	1	1	
JIS SZU		1	19	16	11	5	3	
Ortopedické odd. SZU		7	6	4	2	1		
Odborné ambulancie SZU		14	12	8	2	7	1	
Chirurgia SZU		6	6	3	3	2	1	
Odpovede respondentov NsP Antolská a SZU Σ	837	205	244	168	96	87	35	2
Percent (%)	100%	24,49%	29,15%	20,07%	11,47%	10,39%	4,18%	0,24%

Od 115 respondentov sme získali 272 odpovedí. Najviac 86 odpovedí, čo je 31,62% sme zaznamenali pod bodom b) sestra stráca trpezlivosť pacientom vysvetľovať. 66 odpovedí, čo je 24,26% sme zaznamenali v bode a), kedy sestra prestáva byť dostatočne citlivá na problémy pacienta. 49 odpovedí, čo predstavuje 18,01% sa syndróm vyhorenia na komunikácii sestry s pacientmi odráža tak, že sestra prestáva s pacientmi komunikovať. Len 35 odpovedí, čo je 12,87% pri komunikácii s pacientom sestra začína byť na pacientov prísnejšia. 25 odpovedí, čo je 9,19% sestra začína na pacientov hlasnejšie hovoriť, čo je taktiež znakom syndrómu vyhorenia v komunikácii sestry a pacienta.

Od 322 respondentov sme získali 837 odpovedí. Najviac 244 odpovedí, čo je 29,15% sme zaznamenali pod bodom b) sestra stráca trpezlivosť pacientom vysvetľovať. 205 odpovedí, čo je 24,49% sme zaznamenali v bode a), kedy sestra prestáva byť dostatočne citlivá na problémy pacienta. 168 odpovedí, čo predstavuje 20,07% sa syndróm vyhorenia na komunikácii sestry s pacientmi odráža tak, že sestra prestáva s pacientmi komunikovať. Len 96 odpovedí, čo je 11,47% pri komunikácii s pacientom sestra začína byť na pacientov prísnejšia. 87 odpovedí, čo je 10,39% sestra začína na pacientov hlasnejšie hovoriť, čo je taktiež znakom syndrómu vyhorenia v komunikácii sestry a pacienta. Pod bodom f) sme zaznamenali 35 odpovedí, čo je 4,18% vtedy už sestra pacientom menej verí.

Výskum nám potvrdil hypotézu, že sestra si sama uvedomuje chyby pri komunikácii s pacientom. Syndróm vyhorenia sa viditeľne prejavuje v menšej citlivosti na problém pacienta, stráca sestra trpezlivosť, prestáva dostatočne komunikovať, začína byť prísnejšia, začína na pacientov hlasnejšie hovoriť a pacientom menej verí, čo je viditeľným znakom problému v komunikácii u sestry.

Rovnako autorky Sušinková a Bérešová (2010) skúmali vo svojej štúdii v skupine 218 sestier aj to, či počet označených stresových situácií pri výkone ich povolania má vplyv na vznik syndrómu vyhorenia. Rozdiel v miere vyhorenia medzi dvoma skupinami sestier overovali autorky parametrickým t – testom dvoch nezávislých výberov na hladine významnosti $p < 0,05$. Výsledky analýzy poukazujú na vysoko významný štatistický rozdiel v miere vyhorenia medzi sestrami, ktoré označili menej ako tri stresory a sestrami, ktoré v práci stresuje 3 a viac situácií.

Záver

Náročnosť povolania sestry sa odráža najmä na vzťahu sestry k pacientovi. Veľmi náročné je zladenie odbornosti, dodržiavanie etických pravidiel vytvorenie tvorivej atmosféry dôvery a emocionálnej podpory.

Z odpovedí sestier nám vyplynulo, že syndróm vyhorenia ovplyvňuje efektivitu komunikácie. V prieskume sestry potvrdili, že psychická a fyzická záťaž má vplyv na efektívnu komunikáciu v práci sestry. Je nevyhnutné systémovo sa zamerať na prevenciu. Umožniť sestrám zúčastňovať sa špeciálnych edukačných aktivít, zameraných na zvládanie

a prevenciu syndrómu vyhorenia, následne aj komunikáciu s drogovo závislými pacientmi a podporovať všetky edukačné formy.

Zoznam použitej literatúry

- [1] BUHLER, K., E., LAND, T.: Burnout and Personality in Intensive Care: An Empirical Study. *Healt Module*, 2003, 81,4, s.5-12
- [2] KEBZA, V., ŠOLCOVÁ, I.: *Syndrom vyhoření*. Státní zdravotní ústav, Praha, 2003, ISBN – 80-7071-231-7
- [3] KEBZA, V., ŠOLCOVÁ, I.: Burn-out syndrom: Teoretické východiska, diagnostické a intervenční možnosti. *Československá psychologie*, roč. 42, 5, 429-447
- [4] KŘIVOHLAVÝ, J.: *Jak neztratit nadšení*. Praha, Drada, 1998, ISBN 80-7169-551-3
- [5] PRAŠKO a kol.: *Poruchy osobnosti*. Praha, Portál, 2003, ISBN – 80-85824-60-4.
- [6] SUŠINKOVÁ, J., BÉREŠOVÁ, A.: Zátěž sestier pri uspokojovaní potrieb pacientov v súvislosti so syndrómom vyhorenia. In. Globalizácia a kvalita života a zdravia. Zborník príspevkov z V. vedecko – odbornej konferencie s medzinárodnou účasťou 23. – 24. Október 2009. Košice. EQUILIBRIA, s.r.o. Košice. 2010. ISBN 978-80-89284-66-5. S. 367-374

Kontakt na autora:

Renata Knezović

ÚSL a LE, LFUK, Sasinkova 2, 811 08, Bratislava

rena.knezovic@gmail.com

ZMYSEL PROFESIJNEJ ETIKY V POMÁHAJÚCICH PROFESIÁCH

Mgr. Jana Koišová

Inštitút fyzioterapie, balneologie a liečebnej rehabilitácie, Trnava (SR)

Abstrakt: Prácu v pomáhajúcich profesiách si možno len ťažko predstaviť pri absencii etických súvislostí. Príspevok je zameraný na podstatu a zmysel profesijnej etiky v pomáhajúcich profesiách. V jednotlivých podkapitolách analyzuje teoretické východiská profesijnej etiky a význam ich aplikácie v pomáhajúcich profesiách.

Kľúčové slová: Profesijná etika, pomáhajúce profesie, etické koncepcie, aplikovaná etika

Abstract: The work in helping professions can be difficult to imagine in the absence of ethical context. The contribution is focused on the essence and meaning of professional ethics in the helping professions. The individual subsections analyze theoretical foundations of professional ethics and the importance of their applications in helping professions.

Keywords: Professional ethics, helping professions, ethical concepts, applied ethics

Ľudia realizujúci sa v pomáhajúcich profesiách sú konfrontovaní s etickými otázkami podobne ako s otázkami odbornými či technickými. Denne sa dostávajú do kontaktu s mnohými morálnymi pojmami a princípmi, ako sú morálna povinnosť, autonómia, rešpekt k ľudskej dôstojnosti, spravodlivosť, pomoc a podobne. Etické otázky, týkajúce sa aplikácie morálnych pojmov a koncepcií na oblasti profesionálnej praxe skúma profesijná etika.

Profesijná etika je chápaná ako špecifický typ aplikovanej etiky. V súčasnosti má väčšina profesií svoje oficiálne etické kódexy a profesionálne konanie sa chápe ako stelesnenie kodifikovaných hodnôt a záväzkov. Morálne normy predstavujú pre človeka moment opory v situácii morálnej voľby a poskytujú možnosť orientácie v praktickom živote. Prikláňam sa k názoru prof. Fobela, že „poslaním profesijnej etiky je pomáhať dosahovať vlastný úspech cez všeobecne prijateľné štandardy, ako aj poskytnúť kompetentnú službu“ ([2], 99-100).

Dôležitou charakteristikou profesijnej etiky je, že riešenia etických dilem hľadá v rôznych koncepciách všeobecnej etiky. Neopiera sa o jednu ústrednú teóriu, ale o komplex rôznych prístupov i uhlov pohľadu. Zahŕňa tak rôzne horizonty reflexie. V profesijnej etike sa súbežne vyskytujú rôzne teoretické i praktické prístupy k poznaniu a hodnoteniu skutočnosti ako aj rôzne filozofické smery a svetonázorové postoje. K rôznym situáciám a problémom ponúka viacero možností prístupu - etiku cnosti, deontologickú etiku, konzekvencialistickú etiku, diskurzívnu etiku, náboženskú etiku. Profesijná etika je v súčasnej dobe skôr mozaikou

etických koncepcií a predovšetkým neutíchajúcou diskusiou odborníkov a prostredníctvom médií i laickej verejnosti. V praxi tiež nastávajú také situácie a prípady, kedy je etické správať sa inak, než určujú dominantné koncepcie. Takéto situácie poukazujú na ohraničenosť, limity etických koncepcií v pomáhajúcich profesiách. V nasledujúcich podkapitolách sústredím pozornosť na filozofickú analýzu vybraných etických koncepcií, ktoré tvoria dôležité ideové východisko (bázu pri budovaní) profesijnej etiky a význam ich aplikácie v pomáhajúcich profesiách najmä v oblasti starostlivosti o zdravie.

Etika cnosti: V druhej polovici 20. storočia sa stal v profesijnej etike moderným prístup zdôrazňujúci etiku cnosti. „Tá sa zameriava na dobrý život profesionála, ktorý je schopný nájsť vo svojom poslaní isté naplnenie.“ ([2], 99) Domnievam sa, že zdôrazňovanie pojmov cnosti, charakteru či dobrého života môže byť prínosom najmä v pomáhajúcich profesiách. Vychádzam z presvedčenia, že nestačí len stanovenie morálnych noriem alebo princípov, pre rozhodnutie v dilematickej situácii je dôležitý aj charakter človeka, ktorý je jeho neoddeliteľnou súčasťou. Charakter chápem ako komplex cností, pričom pod cnosťou (gr. *aretē*, lat. *virtus*) rozumiem trvalý postoj, ktorý sa opiera o pevné dispozície k určitému konaniu, ktoré si zámerne osvojujeme. Etika cnosti je zameraná na kultivovanie charakteru človeka, vyhľadávanie pozitívnych vlastností, ktoré sú aj predpokladom dobrého vykonávania profesie.

Pojem cnosti rezonuje vo viacerých oblastiach a činnostiach, charakterizujeme nimi ľudí pri hodnotení, posudzovaní, prípadne doporučení. V tejto súvislosti možno hovoriť o profesijných, stavovských cnostiach, ktoré sú súčasťou profesijných etických kódexov. Viacerí teoretici poukazujú najmä na význam praktického uplatnenia etiky cnosti vzťahujúceho sa na profesiu zdravotníka. Ide o dôležitosť pri formulovaní požiadaviek, ktoré by mali byť kladené na charakter lekárov ako aj ostatných členov ošetrojúceho tímu. Význam etiky cnosti je v skutočnosti, že pomocou cnosti konáme mravne dobré činy, a teda vytvárame, prežívame a ochraňujeme mravné dobro bez toho, že by sme ho prikazovali.

Moderné koncepcie tematizujúce cnosť sa vyznačujú rozmanitosťou. Ich spoločným znakom je návrat k pojmu cnosti, ako ho formuloval Aristoteles a zámerom originálne prehodnotenie a znovupremyslenie tradičných pojmov cnosti, morálneho charakteru a dobrého života. Najsystematickejšiu argumentáciu v prospech pojmu cnosti podáva MacIntyre. Domnievame sa, že najinšpirujúcejšou myšlienkou MacIntyrovej teórie cností, aplikovateľnou na problematiku profesijnej etiky v pomáhajúcich profesiách, je jeho chápanie cností ako dispozícií, vďaka ktorým sme schopní výborne vykonávať určité činnosti, ktoré nazýva praxou. Preto sa v nasledujúcom texte budeme venovať analýze MacIntyrovej etiky cnosti s dôrazom na chápanie praxe a sociálneho kontextu praxe.

Podľa MacIntyra sa úsilie ľudí o dosahovanie cností odvíja od ich sociálnych rolí. Samotnú spoločnosť možno chápať ako súbor rôznych praxí. Výrazom prax rozumie koherentnú, kooperatívnu ľudskú činnosť, ktorá sa riadi ustálenými pravidlami. Realizovať určitú prax znamená akceptovať pravidlá danej praxe. MacIntyre rozlišuje dva spôsoby realizovania praxe: dosiahnutie dokonalosti v určitom obore alebo získanie postavenia, moci, peňazí,

prestíže a podobne ([8], 220-222). Prax teda chápe ako určitú zložitú sociálnu činnosť, ktorá nám v spolupráci s druhými umožňuje dosahovať dokonalosť v danej praxi, podľa jej pravidiel, štandardov, ktoré tak posúvame ďalej. Rozdiel medzi spôsobmi realizovania praxe vidí v tom, ako človek uplatňuje cnosti.

Cnosti spravodlivosti, odvahy a čestnosti MacIntyre považuje za kľúčové pre akúkoľvek prax. Každá praktická činnosť, v ktorej nám ide o jej dokonalé zvládnutie vyžaduje tieto cnosti, bez ohľadu na to, či ich jednotlivec alebo spoločnosť odmieta ([8], 224). Tieto tri cnosti zabezpečujú, že prax nestratí svoj charakteristický význam, nezdegeneruje. To, či prax bude napredovať, stagnovať, prípadne upadne a zanikne závisí od uplatňovania či neuplatňovania týchto cností. MacIntyre pripúšťa, že praktické činnosti vyžadujú aj iné cnosti ako trpezlivosť alebo vytrvalosť, no ich nedostatok neohrozuje existenciu praxe. Človek môže vykonávať prax aj keď trpí nedostatkom cností, avšak nečestný, skorumpovaný človek nakoniec nie je dobrý odborník, profesionál.

Prikláňam sa k MacIntyrovej myšlienke, že úloha a funkcia cností v ľudskom živote je podobná role pravidiel alebo zákonov a k chápaniu cností ako dispozícií nevyhnutných k tomu, aby človek konal podľa morálnych príkazov. V profesijnej medicínskej etike je využiteľná najmä MacIntyrova koncepcia praxe, ktorá by pre lekárov a zdravotníkov mohla byť vodíkom v rozhodovaní o tom čo je správne. Osobný rozvoj má v profesionálnom kontexte možnosť napredovať rôznymi spôsobmi, keď si predstavíme tento pojem v kontexte ľudského rozvoja prostredníctvom praktikovania cností (bližšie [6]). Je potrebné sa zamyslieť nad otázkou etiky cnosti v zdravotníckej praxi. Domnievam sa, že je potrebná diskusia, v ktorej sa začnú identifikovať jednak cnosti profesijnej medicínskej etiky; tak aj tradície, ktoré pre ne môžu byť inšpiračným zdrojom. Vzhľadom na morálny kontext medicíny a zdravotnej starostlivosti považujeme za veľmi prínosné chápanie profesionálneho rozvoja lekárov a zdravotníkov ako praktikovanie cností.

Deontologická etika: Kantova koncepcia povinnosti aj v súčasných diskusiách tvorí významnú časť argumentácií v profesijnej etike. Kantovo chápanie morálky je späté so záväznosťou a povinnosťou. Človek koná mravne iba vtedy, keď chápe, že je povinný konať určitým spôsobom. A ako zistí čo je v rôznych situáciách jeho povinnosťou? Racionalita od každého vyžaduje, aby zvolil také pravidlo, ktoré môže byť prijaté ako univerzálna morálna norma. Podľa Kanta je rozumné predpokladať, že aj ostatní prijmú za svoje také pravidlo, ktoré bude vo všeobecnosti považované za dobré. Podľa Tugendhata „správne chápaná Kantova pozícia vychádza z maximy altruizmu. Táto максима hovorí: maj ohľad na záujmy druhého, maj úctu k právam každého“ ([11], 101). Rozumné bytosti sú teda vďaka autonómii schopné vytvárať pre seba pravidlá a riadiť s ich pomocou svoje konanie. Schopnosť určovať svoje konanie rozumom tvorí základ ľudskej dôstojnosti. Druhá interpretácia kategorického imperatívu ilustruje názor, že každá rozumná bytosť je rozumom nútená, aby si neprispôbovala druhých ľudí k svojim vlastným účelom, nezotročovala ich, nezneužívala, ale vždy rešpektovala, že majú vnútorné oprávnenie svojej vlastnej existencie a právo na autonómiu (bližšie [5]). Kantova myšlienka zaobchádzania s druhým človekom ako s účelom

stojí v pozadí ľudských práv. Okrem iného našla svoje vyjadrenie v zdravotníckej legislatíve v princípe tzv. informovaného súhlasu.

Najdôležitejší Kantov odkaz pre modernú profesijnú etiku lekárov a zdravotníkov je jeho dôraz na autonómnú vôľu slobodného, racionálneho jedinca. Treba zdôrazniť, že Kant reflektoval len problémy zdravých osôb, neuvažoval o ľuďoch s mentálnym postihnutím či senioroch. Napriek tomu, že ich schopnosť racionálne a logicky usudzovať môže byť obmedzená, nemôže im byť upieraná autonómia a rešpekt k ich dôstojnosti.

Podľa Kanta ľudia nemajú používať seba a druhých len ako prostriedok, ale ako účel. Členom ríše účelov je každá rozumná bytosť a teda autonómiu majú len rozumné bytosti alebo osobnosti. Toto presvedčenie ohraničuje uplatnenie Kantovej interpretácie autonómie v oblasti profesijnej medicínskej etiky. Vztahuje sa na rozhodovanie a konanie lekára. Položenie otázky, či je plod, ktorý sa rozvíja v maternici matky racionálnou bytosťou, vyvoláva množstvo kontroverzných názorov napríklad v otázkach interrupcií ([7], 39). Z pohľadu deontologickej koncepcie interrupcia nepredstavuje taký závažný etický problém ako z pohľadu náboženskej etiky, prípadne ontologického personalizmu. Podobný problém vzniká, keď skúmame otázku, ako pristupovať k ľuďom handicapovaným, prípadne seniorom. Tým, že ich racionalita môže byť obmedzená, alebo sa už nedokážu vyjadriť k svojmu zdravotnému stavu, ich autonómiu nie je možné uplatniť. Je potrebné zdôrazniť, že hoci majú mnohí pacienti zníženú schopnosť racionálne uvažovať, a teda nedisponujú autonómiou v plnej miere, je nutné rešpektovať ich dôstojnosť a kontrolovať, či sa ich schopnosť participácie nezmenila.

Deontologizmus je napriek tomu základom pre vypracovanie profesijných kódexov. K silným stránkam deontologickej etiky patrí relatívna jasnosť a jednoduchosť systému povinností alebo záväzkov ako aj vnútorná konzistentnosť, logickosť, čo uľahčuje posúdenie konkrétnych prípadov a situácií. Táto zdanlivá jasnosť v praxi však naráža na úskalia, pretože pravidlá sú často príliš všeobecné na to, aby vyriešili všetky možné situácie.

Konzekvencialistická etika: Najznámejšia konzekvencialistická teória je utilitarizmus. Koncepcia utilitarizmu rieši problém etického, respektíve neetického konania zvážením dôsledkov, ktoré z neho vyplývajú. Konanie možno charakterizovať ako eticky dobré, ak vo svojich dôsledkoch vedie k prospechu všetkých, ktorých sa čin týka. V procese identifikácie a riešenia konkrétnych prípadov a situácií treba vychádzať zo zvažovania následkov rôznych druhov činností. Niektorí súčasní teoretici zdôrazňujú prioritu utilitaristického (konzekvencialistického) prístupu riešenia aktuálnych problémov, ktoré skúma profesijná medicínska etika. Takýto prístup je viditeľný napríklad v oblasti genetického inžinierstva, keď genetici a eugenici uplatňujú v diskusii prevažne technicko-pragmatický prístup k tejto problematike a účinky genetických manipulácií sa posudzujú predovšetkým v kategóriách úžitku a škody.

Klasický utilitarizmus nie je chránený pred rôznymi kritickými názormi. Najslabšie miesto v štruktúre celej teórie utilitarizmu možno interpretovať nasledovne: princíp úžitku podľa všetkého ospravedlňuje vnucovanie značných útrap niektorým ľuďom v prospech dobra

mnohých ľudí. Princíp úžitku, ospravedlňuje niektoré biomedicínske experimenty ako legálne, pretože výsledok zaručuje väčšiu sumu dobra, než zla. Jeden, alebo niekoľkí ľudia trpeli, ale mnohým ich utrpenie prinieslo úžitok v rozsahu, ktorý prevyšuje ich útrapy.

Utilitaristická etická teória však má aj veľa zástancov, ktorí ju aj dnes považujú za jednu z najvhodnejších etických teórií, ktorej princípy možno aplikovať a využívať pri riešení páľčivých problémov dneška. V jej prospech hovorí najmä to, že väčšina zúčastnených osôb dosiahne dobro; je všeobecne pochopiteľnou formou uvažovania, populárnou pre väčšinu ľudí a ponúka akceptovateľné normy aj pre verejné opatrenia, napríklad v oblasti zdravotnej politiky spoločnosti a genetického výskumu ([7], 36).

Diskurzívna etika: Vznik koncepcie diskurzívnej etiky v 80. rokoch 20. storočia sa spája s menami nemeckých filozofov Habermasa a Apela (bližšie [10]). V súčasnosti patrí k najvplyvnejším etickým teóriám. Podstatou diskurzívnej etiky je konštatovanie, že naša morálna voľba už nie je len výsledkom poznania nejakých morálnych noriem (imperatívov), ale formuje sa v procese diskurzu – slobodne vedenej argumentačnej reči. Diskurzívna etika je univerzalistickou etikou, ktorá má procedurálno-formálny charakter, nehovorí o tom, čo je správne, ale ako k tomu správne dospieť. Morálne hľadisko sa tu odvodzuje z podmienok fungovania komunikácie. Diskurzívna etika prisudzuje komunikatívnej kompetencii aj povahu morálnej záväznosti a povinnosti.

Diskurz má funkciu ideálnej rečovej situácie, v ktorom všetci účastníci majú rovnaké šance, sú slobodní, rovnoprávni a majú dobrú vôľu dohodnúť sa. Obsahy aplikovaných noriem, aj konkrétny obsah riešenia závisia od toho, na čom sa dohodnú v praktickom diskurze všetky stránky zainteresované do konfliktu. Tento typ etiky je založený na priznaní toho, že človek má schopnosť uznať platnosť etických princípov a akceptovať racionálne riešenie konfliktov.

Z profesijných etík sa najmä medicínska (zdravotnícka) etika v súčasnosti rodí ako výsledok dialógu právnikov, politikov, biológov, lekárov, teológov, filozofov - etikov. Podobne bioetika už od svojho vzniku nútila ľudí rozprávať. Dnes hovoríme o verejnom diskurze, kedy sú stanoviská veľkých bádateľov, lekárov všeobecne šírené a komunikované v tlači, médiách pravidelne pojednávajú o morálnych otázkach sprevádzajúcich medicínsky (biomedicínsky) výskum, na fakultách sa učí lekárska etika. Výsledky diskusií interdisciplinárneho výskumu pomáhali formovať riešenia a odpovede na aktuálne otázky, ktoré vznikali v dôsledku rýchleho vývoja prírodných vied a medicíny v sociálnom, kultúrnom a politickom kontexte. Výsledky diskusií odborníkov z rôznych profesií prispeli aj k riešeniu a vypracovaniu mnohých smerníc a odporúčaní pre oblasť medicíny a zdravotníctva v USA a Európe. Verejný diskurz (o genetike, smrti a zomieraní, modifikácii správania a pod.) zahŕňa širšiu verejnosť, t.j. profesionálov (odborníkov rôznych oblastí), zainteresované strany i širšiu verejnosť (laikov).

Náboženská etika: Teologická etika skúma morálne konanie z hľadiska náboženského presvedčenia a postojov. Medzi najdôležitejšie problémy dneška, na ktorých riešení sa podľa zástancov teologickej etiky stáva rozhodujúci práve náboženský princíp, patria problémy počiatku a konca života, t.j. či život je alebo nie je absolútnou hodnotou, problém statusu

ľudského embrya, problém ľudskej sexuality, rodičovstva, skúmaný cez spektrum nových reprodukčných technológií, klonovanie a podobne. V oblasti riešenia problémov zdravotníckej (medicínskej) etiky a bioetiky dnes existujú početné oficiálne inštitúcie, ktoré sa zaoberajú niektorými teologickými problémami tejto oblasti, napríklad Centrum Pápeža Jána XXIII. pre medicínsko-morálny výskum a vzdelanie (1973). Jeho úlohou je organizácia náboženského výskumu v oblasti medicínskych aktivít, pokiaľ súvisia s etickou problematikou; pracujú v ňom odborníci rôzneho zamerania (lekári, teológovia, etici). Katolícka cirkev na potrebu mať k dispozícii relevantné informácie a predkladať stanoviská, ktorá sú v súlade s modernými vedeckými poznatkami, reagovala aj tým, že Ján Pavol II. zriadil v roku 1994 Pápežskú akadémiu a v roku 2000 bola založená celosvetovo prvá samostatná fakulta pre bioetiku. Kresťanská bioetika má stále dôležité postavenie. Na jednej strane vychádza zo stáročnej tradície náboženského uvažovania, no na strane druhej etické argumenty, ktoré sa odvolávajú na náboženské presvedčenie nemusia mať v spoločnosti širšiu akceptovateľnosť ([7], 47-49).

Záver: V dnešnej dobe sa objavujú stále nové etické dilemy, ktoré majú nejednoznačné riešenie a vyžadujú hľadanie. „Potreba nových a adresných noratív v morálnej rovine vystupuje predovšetkým v takých oblastiach ľudskej činnosti, kde sa tradičné noratívy javia ako príliš všeobecné, resp. zastarané a ťažko použiteľné“ ([1], 271). Zvýšený záujem o oblasť profesijnej etiky nepochybne napomáha pri riešení mnohých etických dilem v pomáhajúcich profesiách.

Zoznam použitej literatúry

- [1] BOHUNICKÁ, L.: Rozličné podoby normativity v aplikovanej etike. IN: Človek, dejiny, hodnoty III. Ostrava : Ostravská univerzita, 2007, s. 271-275.
- [2] FOBEL, P.: Aplikovaná etika. Martin : Honner 2002, 135 s. ISBN 80-968399-5-0.
- [3] JANKOVSKÝ, J.: Etika pro pomáhající profese. Praha : Triton 2003, ISBN 80-7253-329-6.
- [4] KÁNSKÝ, J.: Podstata a význam praktické etiky. IN: Filozofia, 49, 1994, č. 5, s. 292-295.
- [5] KANT, I.: Základy metafyziky mravov. Bratislava : Kalligram 2004, 96 s. ISBN 80-7149-635-9.
- [6] KOŘENEK, J.: Lékařská etika. Praha : Triton 2004, 234 s. ISBN 80-7254-538-8.
- [7] KOVALOVÁ, D.: Aplikované etiky II. Bioetika a medicínska etika. Banská Bystrica 2004, ISBN 80-8055-996-1.
- [8] MACINTYRE, A.: Ztráta cnosti k morální krizi současnosti. Praha : Oikoymenh 2004, 332 s. ISBN 80-7298-082-3.

- [9] PALOVIČOVÁ, Z.: Sociálna práca a etika. IN: Filozofia, 66, 2011, č. 2, s. 122-132.
- [10] REMIŠOVÁ, A. (ed): Dejiny etického myslenia v Európe a USA. Bratislava : Kaligram 2008, 894 s. ISBN 978-80-8101-103-0.
- [11] TUGENDHAT, E.: Přednášky o etice. Praha : Oikoymenh 2002, 312 s. ISBN 80-7298-086-6.

Kontakt na autorku

Jana Koišová, Mgr.

Inštitút fyzioterapie, balneológie a liečebnej rehabilitácie UCM, Trnava

jana.koisova@gmail.com

FUNKCE MANAŽERŮ VE ZDRAVOTNICTVÍ

MUDr. Marián Liberko¹, PhDr. Mgr. Rebeka Ralbovská, Ph.D.¹

PhDr. Renáta Knezovič, PhD.², Ing. Pavel Klička³

1. České vysoké učení technické v Praze, Fakulta biomedicínského inženýrství se sídlem na Kladně, katedra lékařských a humanitních oborů
2. ÚSO a LE LF UK Bratislava
3. Vysoká škola finanční a správní, fakulta sociálních studií

Abstrakt

Příspěvek uvádí základní principy managementu s ohledem na specifika zdravotnictví a ošetrovatelské péče. Seznamuje čtenáře se základními principy managementu, jeho funkcí a využití v praxi. Účelem této publikace je výklad a mapování manažerských činností v pracovní náplni středního managementu v rámci řízení organizace.

Klíčová slova: Management. Organizování. Ošetrovatelství. Zdravotnictví.

Abstract

The paper presents the basic principles of management with regard to the specific health and nursing care. It acquaints readers with the basic principles of management, its functions and practical use. The purpose of this publication is interpretation and mapping of managerial activities in the job description of middle management in the context of organizational management.

Key words: Management. Organization. Nursing. Health service.

Management je proces plnění pracovních úkolů pomocí jiných. Tento proces zajišťuje manažer ovlivňováním lidí k dosažení cílů – vystupuje jako vůdce. Vůdcovství (řízení) je také usměrňování procesu k určeným cílům, ale ten kdo řídí, nemusí vést. Aby se sestry manažer uplatnil ve zdravotní péči a byl schopen zvládat změny a zavádět nové poznatky, musí mezi sebou vychovávat vůdčí osobnosti. Stále však platí známé: jen ten, kdo dokáže vést sebe, má schopnosti vést druhé. Vedení je schopnost manažera vést, usměrňovat, stimulovat a motivovat spolupracovníky ke kvalitnímu plnění cílů.

Manažerská funkce vedení lidí je považována za jednu z klíčových funkcí a tvoří spolu s ostatními manažerskými funkcemi základ efektivnosti manažerského povolání. Každý manažer z kterékoliv řídicí úrovně vykonává ve své řídicí práci pět základních manažerských funkcí. Postavení v hierarchii řízení má pouze vliv na vzájemný poměr těchto funkcí, nikoliv na jejich počet.

Hlavní manažerské funkce se často vyjadřují kruhem, který se nazývá manažerský

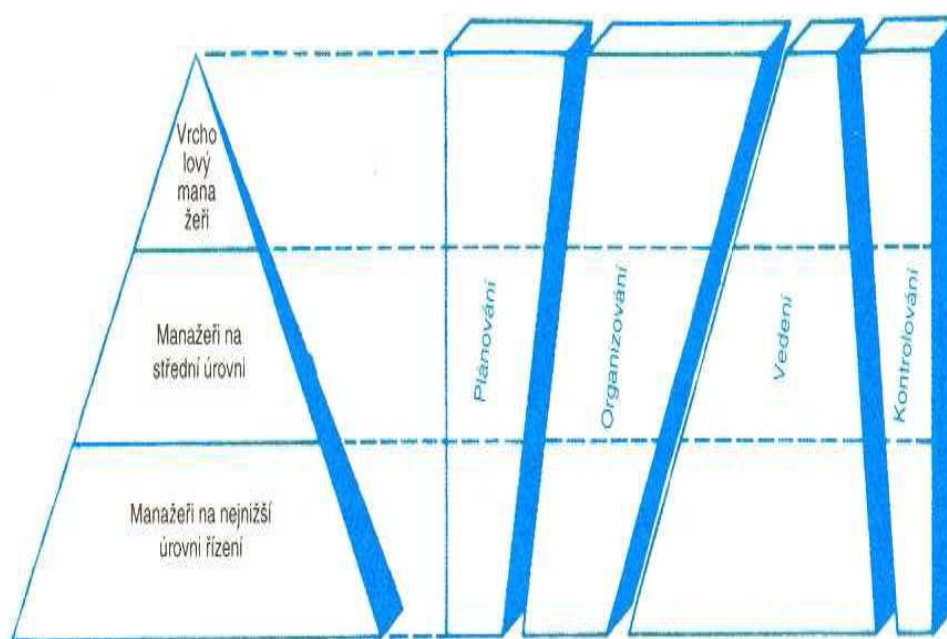
cyklem.

Komponentami manažerského cyklu jsou:

- plánování
- organizování
- personalistika
- vedení
- kontrolování

Všichni manažeři vykonávají řídicí funkce, ale jejich čas věnovaný jednotlivým funkcím řízení se liší. Je pravděpodobné, že vrcholoví manažeři věnují více času vedení. Stráví více času plánováním a organizováním, než manažeři na nižší řídicí úrovni. Na druhé straně vedení zabírá nejvíce času řídicím pracovníkům na první úrovni řízení. Čas věnovaný kontrolní funkci řízení se však na jednotlivých stupních řízení příliš neliší (Koontz, Weihrich, 1993).

Obr. 1: Grafické znázornění funkcí managementu



Zdroj: Koontz, Weihrich (1993)

1. Plánování

Plánování zahrnuje výběr úkolů, cílů a činností potřebných pro jejich dosažení. I když v praxi všechny manažerské funkce vytvářejí systém, který funguje jako celek, plánování je svým způsobem unikátní, protože zahrnuje stanovení cílů, potřebných pro skupinové úsilí. Plánování zahrnuje výběr poslání a cílů a volbu činností pro jejich dosažení. Manažer musí

plánovat také proto, aby poznal, jaká je potřeba druhů vzájemných organizačních vztahů, jaká kvalifikace pracovníků je nutná, jakým způsobem tyto pracovníky vést a jaký druh kontroly je vhodný.

Samozřejmě je potřeba plánovat i veškeré manažerské funkce, jestliže chceme, aby jejich výkon byl efektivní.

Charakteristika plánování:

- přispívá k dosažení záměrů a cílů
- je prioritní mezi manažerskými úlohami
- vztahuje se na veškeré aktivity (schopnost prolínání plánů)
- umožňuje efektivní provádění činností

Cíle plánování udávají konečné výsledky, celkové cíle vyžadují podporu dílčích cílů. Takto tvoří hierarchii v podobě sítě. Poslání organizace se konkretizuje ve vizích (představy) a cílech (konkretizace představy). Cíl je konečný stav, ke kterému by měly všechny plánovací aktivity směřovat (konečné výsledky budoucí činnosti). Mají různou míru obecnosti, různou hierarchickou strukturu.

Obsah cílů – SMART:

S – specifičnost cílů (originálnost)

M – měřitelnost cílů

A – akceptovatelnost cílů rozhodujícími zájmovými skupinami

R – realizovatelnost cílů za stanovených podmínek

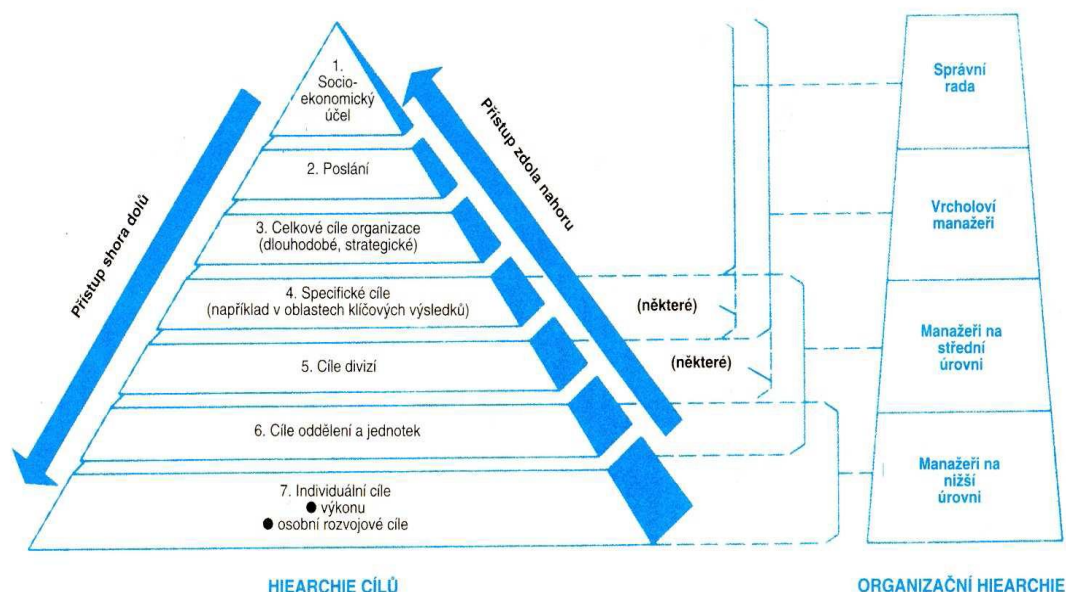
T – termínovanost cílů (časové určení)

Plánování probíhá na všech úrovních managementu:

- **strategické plánování** – zasazení instituce do existujícího prostředí, její vedené do budoucnosti
- **taktické plánování** – týká se převážně způsobů dosahování střednědobých cílů a intermediálních změn
- **operační plánování** – konkrétní postupy v denním provozu při uplatňování strategií vytčených při strategickém plánování.

Nejdůležitější je **plánování strategické**, od kterého se pak odvíjí ostatní plánování a veškeré aktivity. (Jarošová, 2000)

Obr. 2 Vztah mezi hierarchií cílů a hierarchií organizace



Zdroj: Koontz, H., Weihrich (1993)

Z obr. 2 je patrné, že cíle mají hierarchickou strukturu v rozmezí od cílů širokých k jednotlivým cílům specifickým. Rovněž manažeři na různých stupních organizační hierarchie jsou soustředěni na různé druhy cílů.

Nástrojem plánování, který nám umožní zformátovat informace ze zhodnocení vnějšího a vnitřního prostředí do rámce pro vypracování strategického plánu, je analýza SWOT. Přehledně ukazuje poměr vnitřních silných i slabých stránek organizace a příležitostí i ohrožení organizace v podmínkách vnějšího prostředí. Kategorizace těchto informací do souborů a rozbor jejich dopadu na organizaci umožňuje managementu určit rozhodující hlediska a stanovit si priority organizace nebo přehodnotit ty současné. Je třeba plánovat i všechny ostatní manažerské funkce, pokud má být dosaženo efektivního výkonu. Od plánování je neoddělitelná funkce kontrolování. Jakýkoliv pokus o kontrolu bez existence plánu je nesmyslný.

Plány, které mohou organizace sestavovat, se dají členit podle různých hledisek:

- časového hlediska
- úrovně rozhodovacího (řídícího) procesu
- věcné náplně plánu
- účelu, kterému plány slouží, apod.

Z hlediska časového horizontu lze rozlišovat tři základní úrovně plánování:

- dlouhodobé, většinou prováděné na více než pětileté období,
- střednědobé, pohybují se obvykle v rozsahu jednoho roku až pěti let,
- krátkodobé, pokrývá obvykle roční, popřípadě i kratší období.

(Veber et al., 2003)

Hledisko úrovně rozhodovacího (řídícího) procesu

Plánuje se na všech úrovních managementu:

Strategické plánování se používá pro zasazení instituce (sytému) do existujícího prostředí a její vedení k vytčeným cílům v budoucnosti. Je řízeno vrcholovým managementem a vytváří politiku organizace.

Taktické plánování slouží k optimalizaci při dosahování taktických, střednědobých cílů. Netýká se zásadních dlouhodobých výhledů, spíše způsobu dosahování cílů a intermediárních změn.

Operativní plánování poskytuje konkrétní postupy v každodenním provozu při vypracovávání a zavádění nových programů a služeb, a při uplatňování strategií vytčených ve strategickém plánování.

(Gladkij et al., 2003)

Hledisko věcné náplni

Věcná náplň plánů souvisí do značné míry s předmětem činnosti organizace. Vedle standardního okruhu plánů, mezi něž patří plány finanční, personální, investiční, marketingu, popřípadě výzkumu a vývoje, jsou v organizacích sestavovány plány, které korespondují s náplní činnosti organizace.

Hledisko účelu

Plány mohou sloužit různým účelům. Jak bylo uvedeno, řídící články organizace využívají plánů jako přímého nástroje řízení. Organizace obvykle nesestavují všechny typy výše uvedených plánů.

V závislosti na potřebách řízení vypracovávají pouze strategické záměry a vybrané strategické plány. Některé organizace formulují na podporu svých strategických záměrů obecná vodítka chování všech pracovníků organizace v podobě politik. Zvýšená pozornost je věnována vypracování ročního (taktického) plánu a pravidelně jsou sestavovány v organizacích i operativní plány. Ty v závislosti na charakteru organizace mohou mít podobu

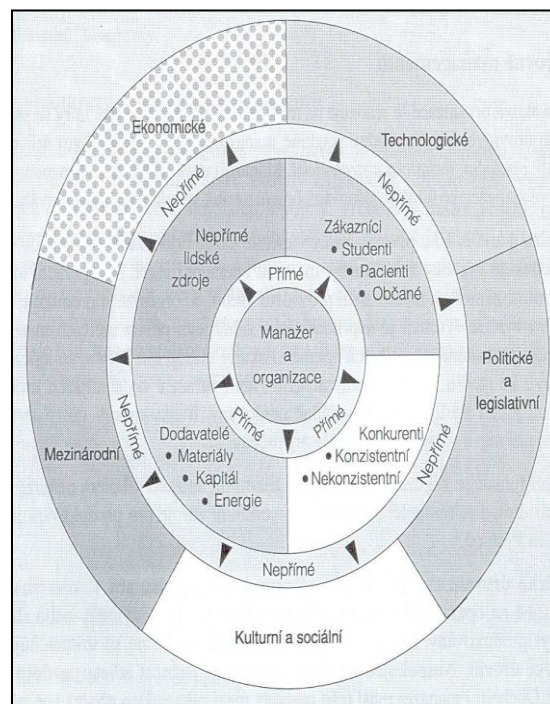
čtvrtletních plánů, měsíčních plánů, popřípadě týdenních. (Veber et al., 2003)

2. Rozhodování

Rozhodování je možné definovat jako výběr alternativního průběhu činností. Rozhodování je jádrem plánování. Manažeři musí svá rozhodnutí uskutečňovat v podmínkách omezené či ohraničené reality. Znamená to, že musí rozhodovat na základě dostupných znalostí o relevantní situaci. Někdy se v této situaci používá termín „přijatelné řešení“, vyjadřující, že zvolená varianta je uspořádaná za určitých okolností (předpokladů). Někdy manažeři považují rozhodování za svoji hlavní práci, protože musí nepřetržitě rozhodovat o tom, co musí být uděláno, kdo to má udělat, kdy, kde a jak to má být uděláno.

Manažeři musí nejen správně rozhodovat, ale musí uskutečňovat rozhodnutí pokud možno tehdy, kdy jsou třeba a pokud možno co nejekonomičtěji. V ošetrovatelství se kvalita rozhodování měří ve vztahu k profesním standardům, které vycházejí ze současných společenských tendencí. Těžiště při rocesu rozhodování je v analýze situace, která vyžaduje řešení a předpovědi možných výsledků zvoleného postupu. (Drohar - Murray, Dicroce, 2003)

Manažerskou práci ovlivňuje mnoho vnějších a vnitřních faktorů. Manažeři v tomto prostředí musí plnit své funkce, a to v nepřetržitě se měnících podmínkách. Tyto podmínky musejí manažeři respektovat a přizpůsobovat se jim. Vnitřní faktory jsou součástí organizace, vyskytují se v takzvaném vnitřním prostředí, a jsou závislé na stupni řízení, na kterém manažer působí. (viz obr. 3)



Obr. 3: Vlivy ve vnějším prostředí organizace

Zdroj: Donnelly et al (2007)

Výskyt přímých i nepřímých vlivů je značně nepředvídatelný a neovlivnitelný. Správný manažer by měl eliminovat negativní vliv těchto faktorů a v co největší míře zužitkovat jejich pozitivní vliv. Důležitým předpokladem pro úspěšné stanovení a realizaci plánu je zhodnocení vnějšího a vnitřního prostředí organizace.

Zhodnocení vnějšího prostředí zahrnuje identifikaci klíčových momentů vně organizace, které mohou ovlivnit budoucnost instituce. Těchto podmínek může být mnoho. Je nezbytné, aby organizace tyto podmínky pojmenovala a analyzovala.

Zhodnocení vnitřního prostředí spočívá v podrobném prozkoumání systémů, které jsou součástí instituce. Pro hodnocení je účelné provést sběr primárních a sekundárních, subjektivních a objektivních dat.

Zkoumaná data musí obsahovat finanční rozbor, rozpočty, informace o produktivitě, osobní data, hodnocení kvality, ale nebudou omezena pouze na ně. Pro stanovení a pochopení trendů musí to být data získávaná v průběhu několika za sebou následujících let. (Gladkij et al., 2003)

3. Personalistika

Personalistika zahrnuje plánování a udržování zaplněných pozic v organizaci. Toto je prováděno pomocí identifikování požadavků na pracovní síly, seznamu disponibilních lidí, nábořem, výběrem, umístováním, propagací, oceňováním, plánováním povolání, kompenzací a školením či rozvojem jak uchazečů, tak stávajících pracovníků tak, aby uložené úkoly byly dosahovány účinně a efektivně. Každá organizace potřebuje ke svému chodu a rozvoji určitý počet pracovně způsobilých, motivovaných a loajálních pracovníků. Potřebuje personál schopný, způsobilý plnit zadané úkoly a pracovní povinnosti a ochotný pracovat na sobě a rozvíjet své schopnosti.

Lidské zdroje jsou svébytným a nepostradatelným zdrojem organizace a nejdůležitějším potenciálem, neboť determinují a uvádějí do pohybu všechny ostatní zdroje. Posledních patnáct let mají naše zdravotnická zařízení možnost řídit samostatně své lidské zdroje (do roku 1989 byla každá zdravotnická instituce personálně vybavena podle jednotné administrativy). To jim umožňuje nejen samostatnost, ale i konkrétní odpovědnost. Proto je žádoucí, aby byli všichni manažeři znali dobře zásady práce s lidmi. Sestra manažerka své znalosti využívá k sestavování ideálního plánu obsazování pracovních míst tak, aby bylo zajištěno poskytování kvalitní ošetrovatelské péče a aby plán flexibilně reagoval na potřeby zaměstnanců.

Personální činnosti v ošetrovatelství

Plánováním pracovních sil manažer ošetrovatelství zajišťuje potřebný počet personálu, s požadovaným vzděláním na správném místě a v pravý čas.

Plánování personálu je ovlivněno:

- ekonomickými aspekty - rozpočtová omezení, pojišťovací plány, akreditace zdravotnického

zařízení

- databázi organizace - předpovídá personální model organizace pro zajištění kvalitní ošetrovatelské péče (přidělené peníze, dostupné lidské zdroje, filozofie ošetrovatelské péče, standardy)
- profesní záležitosti – pracovní podmínky, možnosti sester, platová stupnice

Hodnocení pracovního výkonu v ošetrovatelství není běžné a snadno měřitelné jako např. v průmyslu. Sestra však také vyžaduje zpětnou vazbu svého pracovního výkonu.

Pravidelné hodnocení nadřízeným pracovníkem má tyto výhody:

- zpětná vazba zlepšuje výkonnost a motivaci
 - upřesňuje jednotlivé role sester
 - identifikuje potřeby jedince, podporuje osobní růst
 - odpovídá sestře na otázku „jak jsem na tom?“
 - zaručuje konstruktivní přístup k oblastem, které je nutno změnit
- (Škrla, Škrlová, 2003)

Obecná pravidla hodnocení ošetrovatelského personálu:

- hodnocení provádět pravidelně, významné připomínky si zapisovat, chválit veřejně
- vyhodnocovat a evidovat slabé a silné stránky zaměstnanců vzhledem k vytčeným cílům
- pro formální hodnocení (např. audit, dokumentace) je vhodná hodnotící škála, manažer ošetrovatelství musí se zaměstnanci dobře komunikovat
- hodnocení výkonu zaměstnance trvá asi hodinu, probíhá v přátelském duchu, jde o motivaci a povzbuzení, ne o kárné řízení, využívat sebehodnocení sestry
- odlišné body sebehodnocení a hodnocení manažera prodiskutovat (na důkazech – např. audit; ne na pocitech a emocích)
- alespoň jeden cíl by se měl týkat osobního růstu sestry
- manažer ošetrovatelství získává zpětnou vazbu zaměstnanců týkající se organizační kultury pracoviště (Jarošová, 2000)

Organizování

Organizování je ta část řízení, která zahrnuje zřízení účelné struktury rolí pro lidi, kteří jsou v dané organizaci. Účelnost je zde chápána v tom smyslu, že vytváří jistotu, že všechny úkoly potřebné pro dosažení cílů jsou přiděleny, a to pokud možno těm lidem, kteří jsou schopni je splnit nejlépe. Smyslem organizační struktury je pomáhat při vytváření prostředí pro lidský výkon. Není snadným manažerským úkolem navrhnout efektivní organizační strukturu.

Organizace (včetně zdravotnických) existují v každodenním životě jako nezbytné společenské

a funkční jednotky. Dnešní zdravotnické organizace procházejí obrovskými změnami. Vytvářejí nové struktury, mají nové funkce. V poskytování zdravotní péče již nedominují nemocnice, které prochází reorganizací (např. privatizace, snižování počtu akutních lůžek).

Na proces organizování jsou kladeny požadavky, které zjednodušeně označujeme jako OSCAR:

- cíle činností (**O** = Objectives)
- specializace (**S** = Specialization)
- koordinace (**C** = Coordination)
- pravomoc (**A** = Authority)
- zodpovědnost (**R** = Responsibility)

Organizování v praxi znamená:

- vytvoření organizačního řádu (organizační schéma, popisy kompetencí a pravomocí manažerů)
- vytvoření popisů pracovních funkcí zaměstnanců (komu je funkce nadřizena a komu podřizena, náplň práce, určení zodpovědnosti)
- zařazení pracovníků do funkcí (posouzení pracovníka pro funkci, souhlas pracovníka se zařazením a pochopení úlohy, zajištění kooperace s jinými pracovníky).

Pro zabezpečení plnění úkolů a cílů organizace se seskupují lidé podle organizačních struktur. Organizace je však jen prostředkem na dosažení cílů, ne cílem samotným. V každé organizaci tvoří její vedení formální organizační strukturu. Mimo formálních organizačních struktur existují i neformální organizační struktury, které vznikají podle stejných zájmů lidí, osobního přátelství a jiných faktorů. (Ralbovská, Knezović, 2010)

Každá organizace má svou jedinečnou kulturu, která je buď pěstována managementem, nebo se rozvíjí živelně. Jsou to specifické chování a postoje členů organizace, způsob oblékání, gesta, tabu, tradice, rituály a způsoby realizace cílů. (Škrla, Škrlová, 2003)

Náplní této funkce je také koordinace zdrojů (lidských, materiálních, informačních, finančních) potřebných pro poskytování služeb. Z praktického hlediska je nejdůležitější zajištění koordinace účelné struktury rolí ošetrovatelského personálu. Struktura určuje, kdo jakou roli zastává a které činnosti k dané roli přísluší. Úkoly musí odpovídat schopnostem a motivací zaměstnanců.

Organizační systémy práce zdravotnického týmu:

- zdravotnický tým – zajišťuje zdravotní péče ve všech dimenzích (lékař, sestra, fyzioterapeut, dietní sestra, ošetrovatelka, laborant aj.).
- ošetrovatelský tým – je součástí zdravotnického týmu, zajišťuje ošetrovatelskou péči

Vedení

Vedení je ovlivňování lidí tak, aby byli prospěšní organizaci a napomáhali dosahování skupinových cílů. Ve vedení převládá interpersonální hledisko managementu. Vedení vyžaduje následování a lidé mají tendenci následovat toho, kdo jim slibuje, že uspokojí jejich potřeby, přání a touhy, je pochopitelné, že vedení zahrnuje motivaci, styl a přístupy manažerů a komunikaci. (Ralbovská, Knezović, 2010)

Z toho vyplývá rozdíl mezi:

- **leadershipem** (vedením lidí je jedna z funkcí managementu) a
- **managementem** (celkovým řídicím procesem – vedení je zahrnuto jako jedna z jeho funkcí).

V dnešní době ale platí, že manažer musí být dobrým lídrem (leader, vedoucím) a lídr dobrým manažerem. K vedení dochází v každé skupině lidí bez ohledu na věk, prostředí či životní situaci. Např. hrající se děti na pískovišti, party pubescentů, studentská třída, pracovní skupina, komise, politická skupina aj. Ve všech skupinách se mezi jejími členy zpravidla vždy objeví vůdčí osobnost.

Vůdce může být formální - jmenovaný. Je současně i manažerem, je vybrán úřady a ze své funkce dostane pravomoci jednat. Na rozdíl od manažera může být i v neformální pozici. To znamená, že není oficiálně pověřen řídit činnost druhých, ale je členem kolektivu, skupina si ho sama vybere a spolupracovníci ho přirozeně respektují a následují.

Kontrolování a hodnocení

Kontrolování zahrnuje měření a korekci provedení jak individuálních, tak i celkových aktivit organizace, s cílem dosáhnout jistoty, že budou v souladu s plánem. Kontrolní činnost se obecně vztahuje k měření úspěšnosti. (Vodáček, Vodáčková, 2005)

Úlohou kontrolování je „dohled“ nad zdárným průběhem činností, snaha najít odchylky a chyby vzniklé v průběhu realizace plánů, případné nalezené odchylky korigovat, a tím zabezpečovat plnění plánů a úkolů z nich vyplývajících. Manažerská funkce kontrolování je tedy regulace aktivit v souladu s plány a provádí ji manažeři na všech úrovních s cílem zajistit řádné provedení plánovaných úkolů. Abyste jako manažeři mohli účelně kontrolovat, budete využívat stanovených norem (standardů) reprezentujících žádoucí výkon, se kterými pak budete srovnávat vlastní výsledky a v případě potřeby provedete nápravnou akci.

Charakteristika hodnocení:

- hodnocení pracovní role
- chování v průběhu pracovního procesu – popřípadě i mimo něj (působení na spolupracovníky, vztah ke kolektivu, inovační aktivita)

- osobní a charakterové rysy (např. čestnost, poctivost, způsob vystupování, loajalita vůči firmě apod.)
- perspektivnost pro firmu

Členění kontrol

Podle charakteru provádění se kontroly člení na:

- **preventivní kontrola** – zaměřena na zjišťování odchylek zdrojů, zařízení a technologií, jejím cílem je předcházet a včas odhalit nedostatky (např. přístrojová technika, ošetřovatelské postupy)
- **průběžná kontrola** – zaměřena na probíhající operace, jejím úkolem je zjistit zda operace probíhají v souladu s cíli, využívají se standardy, nejčastěji se provádí v provozu (např. ošetřovací jednotka) osobním pozorováním
- **kontrola zpětnou vazbou** (následná) – zaměřena na konečné výsledky, jde o soustředěné kontrolování výstupů z procesů (např. prodloužená doba hojení – komplikace nevhodných ošetřovatelských intervencí)

Další členění kontrol:

- externí – interní
- dílčí – komplexní
- pravidelné – nepravidelné

Kontrolní proces se skládá ze:

- stanovení standardů
- srovnání skutečně vykonaných činností se standardy (kritérium)
- korekce odchylek od standardů a plánů.

Standardy manažerských činností patří k procedurálním standardům a jsou platnou definicí schválené a přijaté kvality řízení.

Aby standardy plnily svoji úlohu, a postavení musí:

- být založené na jasné definici cílů
- být dynamické, dostatečně široké a flexibilní
- určovat, co je nutná základní potřebná norma
- brát v úvahu rovnost a vzájemnou souvislost povolání
- zlepšovat komunikaci a popisovat skutečnou praxi

- být uznané a kontrolované pracovníky, kteří ho sestavili (Jarošová, 2000)

K monitorování a posuzování efektu standardů se využívají různé přístupy, jedním z často aplikovaných je audit. Audit je systematické a nezávislé zkoumání (prověrka), konané nezávislými experty s cílem určit, zda jsou výsledky činností v souladu s plánovanými záměry, zda se tyto záměry realizují efektivně a zda jsou vhodné pro dosažení cíle. Je prováděn interní nebo externími pracovníky.

Seznam použité literatury

- [1] DONNELLY, J et al.: *Management*. 1.vyd. Praha: Grada. 2007. ISBN 80-7169-422-3
- [2] GLADKIJ, I. et al. 2003. *Management ve zdravotnictví*. 1. vyd. Brno: Computer Press. 2003. 380 s. ISBN 80-7226-996-8
- [3] JAROŠOVÁ, D.: *Teorie moderního ošetrovatelství*. Praha: ISV. 2000. ISBN 80-85866-55-2
- [4] KOONTZ, H., WEIHRICH, H.: *Management*. Praha: Victoria Publishing. 1993. ISBN 80-85605-45-7
- [5] RALBOVSKÁ, R., KNEZOVÍČ, R.: *Management*. Praha: EVC. 2010. ISBN 978-80-87386-04-0
- [6] ŠKRLA, P., ŠKRLOVÁ, M.: *Kreativní ošetrovatelský management*. Praha: Advent-Orion. 2003. ISBN 80-7172-841-1
- [7] VODÁČEK, L., VODÁČKOVÁ, O.: *Management*. Praha: Management Press. 2005. ISBN 80-7261-041-4

Kontakt na autora:

MUDr. Marián Liberko
Fakulta biomedicínského inženýrstva ČVUT v Praze
marian.liberko@gmail.com

**PREGRADUÁLNA VÝUKA URGENTNEJ MEDICÍNY A MEDICÍNY
KATASTROF NA KLINIKE URGENTNEJ MEDICÍNY A MEDICÍNY
KATASTROF PRI LEKÁRSKEJ FAKULTE UNIVERZITY
KOMENSKÉHO V BRATISLAVE**

**Prof. MUDr. Oto Masár, PhD.¹, PhDr. Dušan Sysel, PhD.¹, PhDr. Hana Belejová, PhD.¹
MUDr. Marcel Brenner²**

1. Klinika urgentnej medicíny a medicíny katastrof lekárskej fakulty Univerzity Komenského v Bratislave
2. Oddelenie urgentného príjmu, Detská Univerzitná nemocnica

Abstrakt

Autori analyzujú prvé 4 roky činnosti Kliniky urgentnej medicíny a medicíny katastrof na úseku pedagogiky – výuky predmetu Urgentná medicína a medicína katastrof. Poukazujú na niektoré problémy spojené so zavedením výuky urgentnej medicíny, ale i na pozitíva pre študentov.

Kľúčové slová: Pedagogika, lekárska fakulta, urgentná medicína, medicína katastrof

Skúsenosti s výučbou počas prvých takmer štyroch akademických rokov Kliniky urgentnej medicíny dávajú možnosť upozorniť i ostatné pracoviská, ktoré podobnú výuku zavádzajú, na niektoré skúsenosti – ale i chyby, ktorých sme sa dopustili.

Vo všeobecnosti možno konštatovať, že študenti prichádzajúci na naše pracovisko sú po teoretickej stránke dobre pripravení. Absentuje však praktická skúsenosť, a to nielen s manuálnymi výkonmi (i.v. podávanie, defibrilácia, intubácia). Keďže vedia, že v klinickej praxi dýchanie maskou pomocou vaku, prípadne intubáciu budú potrebovať často, narastá záujem o ich zvládnutie počas výuky UM.

Veľkým problémom je diferenciálna diagnostika akútnych stavov pri modelových situáciách. Študenti majú sklon uvažovať o raritných diagnózach, keďže ešte nemajú skúsenosti s uvažovaním od najpravdepodobnejšej diagnózy ku diagnózam v konkrétnom regióne relatívne vzácnym. Nemajú skratka skúsenosť, že „vták sediaci na vrchole fabrického komína môže byť slávik, ale asi to bude vrabec“. To musia nadobudnúť práve na stážach na urgentných príjmoch nemocníc.

Problémov pri výuke je i vhodná literatúra. Toto sme vyriešili napísaním vlastných učebných textov, ktoré sú v elektronickej forme umiestnené na stránke LF UK. Prax ukáže, či nebude potrebné texty doplniť.

Absolútne nedostatočné sú i informácie študentov o problematike zabiehajúcej do medicíny katastrof (radiačné, chemické a biologické zbrane hromadného ničenia, terorizmus), i keď by sa dalo predpokladať, že niektoré predmety už absolvovali a okrajovo by tieto vedomosti mať mali.

Kľúčovým výukovým materiálom boli výukové filmy natočené III- LF UK v Prahe (Doc. MUDr. Málek a MUDr. Knor) zamerané na základnú a rozšírenú KPR. Didakticky sú tieto filmy výborne spracované, sú doplnené o názorné ukážky z praxe. Medici tieto výukové materiály vysoko hodnotili.

Po takmer štyroch rokoch môžeme konštatovať:

- sylabus predmetu je vcelku vyvážený, hodinová dotácia je dostatočná (prednášky 13, cvičenia 39)
- novinky v KPCR a náväznosť na ďalšiu klinickú liečbu študentov zaujíma, je to pre nich nový pohľad,
- vo všeobecnosti študenti oceňujú prezentáciu podľa príznakov, nie podľa hotových diagnóz,
- literatúru sme študentom poskytli na webovej stránke, čo ocenili,
- prínosom bola i sťaž na detskom urgentnom príjme DFN Bratislava.

Problémy a nedostatky:

- najväčším problémom je organizačné zvládnutie hladkej výuky, je treba zabezpečiť dostatočné personálne obsadenie výuky kmeňovými zamestnancami, externí zamestnanci sú iste potrební, ale výuka im môže kolidovať s ich základným zamestnávatelom a študentom sa nemá kto venovať, prípadne sa improvizuje,
- výber externých pedagógov je potrebné zvážiť a upozorniť ich, že ich finančné ohodnotenie v školstve nikdy nebude porovnateľné s ich ohodnotením na RLP,
- ak pracovisko zabezpečuje i výuku predmetu I. pomoc, je potrebné I. pomoc a urgentnú medicínu mať v inom semestri, v opačnom prípade je obrovský nárok na personál a techniku

Problémy na úrovni fakúlt:

- plánovanie pracovníkov je spravidla dlhodobý proces, nový pedagogický útvar prerozdelení hodinové dotácie (na výuku I. pomoci, prípadne ak urgentnú medicínu vyučovali KARIM) a tým i môže spôsobiť na týchto klinikách zmenu počtu funkčných miest, čo vyvolá nevôľu kolegov,
- je potrebné vypracovať nové doplnky ku zmluvám medzi fakultami a fakultnými nemocnicami, keďže urgentné príjmy nemocníc sa obyčajne neuvádzajú ako klinické pracoviská,
- mnohí študenti sa dožadujú možnosti zapojenia do výjazdov RLP, toto je právne veľmi ťažko realizovateľné,

- problémom je i akceptácia predmetu zo strany mnohých klinikov (čo je to vlastne za predmet) a prenášanie týchto názorov na študentov.

Hodnotenie vedomostí.

Skúška prebiehala dva roky výhradne vo forme testu, v minulom roku bola skúška ústna. Pri udeľovaní zápočtu je podmienkou KPCR na manekýne s počítačom včítane intubácie.

Záver

Pregraduálna výuka samostatného predmetu „Urgentná medicína a medicína katastrof“ je realitou. Je však potrebné spojiť sily, aby táto výuka bola v rámci regiónov ČR a SR štandardná (pre mobilitu študentov i lekárov). Ideálne by bolo, keby všetky pracoviská podieľajúce sa na výuke urgentnej medicíny vytvorili spoločný syllabus predmetu a pravidelne konzultovali problematiku pregraduálnej výchovy študentov. Možno by bolo vhodné zjednotiť i pregraduálnu výchovu bakalárov záchranárov. Dosiahli by sme istú homogenitu predmetu, ale hlavne navzájom by sme sa obohatili o skúsenosti iných.

Ak sa nám podarí naďalej predmet Urgentná medicína a medicína katastrof rozvíjať je šanca, že v danej problematike rozšírime obzor vedomostí študentov medicíny. Výsledkom bude absolvent fakulty ktorý vie, čo je urgentná medicína a môže sa pre tento medicínsky odbor slobodne rozhodnúť.

Kontakt na autora:

Prof. MUDr. Otto Masár, PhD.

LF UK Bratislava

otomasar@voila.fr

JAK ÚSPĚŠNĚ USILOVAT O VĚDECKÝ GRANT

Prof. MUDr. Leoš Navrátil, CSc., Mgr. Zdeněk Hon, Ing. Václav Navrátil

České vysoké učení technické v Praze, Fakulta biomedicínského inženýrství se sídlem na
Kladně, katedra lékařských a humanitních oborů

Abstrakt

Velká část mladých začínajících pracovníků, včetně nelékařských zdravotnických odborností, má obavu podat přihlášku do některé z vypsanych soutěží grantových agentur. Hlavním důvodem je malá zkušenost, mnohdy neochota starších spolupracovníků pomoci a obava, že tento úkol nezvládnou. Pokud však uchazeč dodrží základní předpoklady (přihláška je napsána srozumitelně a stručně, hypotézy jsou jasně stanoveny a jsou reálné a dobře odůvodněné a odpovídají zkušenostem řešitele a rovněž tak metodika a rozpočet jsou sestaveny odpovědně), není třeba se ničeho obávat. Základním předpokladem úspěšného řešení projektu je mimo jiné i pečlivé dodržování plánu řešení projektu a čerpání finančních prostředků v souladu se smlouvou mezi grantovou agenturou a pracovištěm uchazeče.

Klíčová slova

vědecká agentura, vědecký projekt, předpoklady úspěšného řešení

Abstract

A large proportion of young entry level workers, including non-medical health experts are afraid to apply to compete in grant competitions held by grant agencies. The main reason for this, is their lack of experience, and a barrier constructed of older employees being unwilling to help and offer advice. They also fear that this task of creating a grant proposal, will be more than they can handle. However, if the applicant complies with the basic steps (i.e. the application is written clearly and concisely, their hypotheses are clearly defined and are realistic and well-reasoned and correspond with the experience of the applicant, while a budget is prepared responsibly), there is no need to worry. The basic prerequisite for a successful project is among other things, careful compliance with the plan of the project and disbursement of funds in accordance with the grant contract between the agency and the work of the applicant.

Key words

Research Agency, research project, prerequisites of a successful grant application

Mnoho mladých lékařů i vysokoškolsky vzdělaných zdravotnických pracovníků by se ráda zúčastnilo odborné konference, mělo možnost pravidelně odebírat odborné periodikum, koupit si knihu z oboru, který je zajímá apod. V dnešní době, kdy jak zdravotnická, tak i školská pracoviště nemají dostatek finančních prostředků, jsou tato jejich přání mnohdy obtížně splnitelná. Zvláště, když zpravidla ani platy těchto pracovníků nejsou tak vysoké, aby je mohli realizovat ze svých vlastních finančních prostředků.

Jednou z mála možností, která jim může tento sen splnit, je získání finančních prostředků z grantového projektu. Zde však mladí pracovníci naráží na řadu problémů a hlavně se obávají jej vůbec podat. Nevěří si, že projekt napíše správně, že někoho zaujmou, mají strach, že si „utrhnou ostudu“. Navíc, nedostatek finančních prostředků způsobuje, že je stále menší počet výzkumných projektů podporován a tak i řada zkušených spolupracovníků, kteří byli dříve ochotni mladším poradit, to dnes odmítá, bojí se konkurence. Některé grantové agentury sice vypisují projekty určené pro začínající vědecké pracovníky, finance jsou zde však většinou menší.

Pokusíme se v našem sdělení přiblížit některé zásady při psaní žádostí o vědecké projekty, které by měly mladým adeptům pomoci.

Dnes lze získat financování vědeckých projektů, až na výjimky, pouze od grantových agentur. Grantová agentura je instituce, která prostřednictvím soutěže o granty podporuje vědecké, technické, kulturní, vzdělávací nebo jiné obecně prospěšné projekty. Grantové agentury mohou být státní, ty rozdělují veřejné prostředky státního rozpočtu nebo být součástí nadací veřejných či soukromých institucí.

Zatímco grantové agentury České republiky a Akademie věd České republiky mají charakter veřejné soutěže zaměřené především na základní výzkum, grantové agentury vysokých škol jsou orientovány především na mladé vědce a postgraduální studenty a jsou zaměřené podle charakteru dané univerzity nebo fakulty.

Kromě nich funguje v České republice řada rezortních grantových agentur (Ministerstva zdravotnictví – IGA, zemědělství, životního prostředí, vnitra, obrany a dalších, grantové agentury krajské a místní samosprávy orientované především na oblast kultury a sociální péče a rovněž zahraničních – příkladem mohou být „norské fondy“, které doplňují strukturální fondy Evropské unie a jsou orientovány především na oblasti životního prostředí, obnovitelných zdrojů energie, ochrany kulturního dědictví a školství).

Důležitým momentem je výběr grantové agentury. Ty jsou, jak uvádíme výše, zpravidla orientovány na určité oblasti či obory, ale často obsahují i další podmínky (například spolupráci s odpovídajícím zahraničním partnerem, s výrobním podnikem, finanční spoluúcast). Proto je vždy nutné si pečlivě přečíst zadávací dokumentaci a promyslet si, zda problém, který bychom chtěli v rámci projektu řešit, je relevantní a splňujeme všechny vypsane podmínky. V opačném případě by naše úsilí bylo zbytečné.

V okamžiku kdy máme nápad, co chceme řešit, musí následovat důležitá otázka: „Nebudu objevovat objevené. Skutečně je má myšlenka prioritní?“

Musíme proto získat maximální množství informací o daném problému. Dnes je hlavním informačním zdrojem internet. Zde však naráží pátrající na první závažný problém. U řady odborných časopisů jsou volně dostupné pouze abstrakta a za text plného článku se musí platit. Pokud dotyčný tedy nechce do svého úsilí výrazně investovat, musí najít další možnosti jak získat tyto cenné informace. Výhrou je, pokud má časopis i tištěnou podobu a odebírá jej některá z knihoven v České republice. Pokud získáme mailovou adresu, můžeme o text článku požádat někoho ze členů autorského kolektivu, poprosit o pomoc některého ze zahraničních přátel, prostě nastává detektivní práce. Dalším informačním zdrojem jsou monografie, učebnice nebo abstrakta z mezinárodních konferencí. Doporučujeme, zvláště mladším

kolegům, poradit se o svém nápadu se svým vedoucím, zkušeným přítelem, školitelem i se svými kolegy. Čím více konzultací a zdrojů tím lépe. Vyhneme se pozdějšímu zklamání a zbytečné práci.

Důležitá je odpověď na otázku, zda daný problém zajímá pouze nás nebo bude přínosem i pro vyhlášovatele grantové soutěže. Projekt, který bude zajímat pouze nás, si budeme muset pravděpodobně financovat sami.

Pokud dojdeme k názoru, že náš nápad je nosný, sepíšeme si hypotézy, na které budeme při řešení našeho projektu hledat odpovědi. Hypotéza musí být stručná a musí být na ni jednoznačná odpověď. Jejich počet by neměl být vysoký, pro málo zkušeného vědeckého pracovníka postačí tři, maximálně pět hypotéz. Pokud na jejich zodpovězení najdeme jednoznačné odpovědi, můžeme přistoupit k vlastnímu vyplnění přihlášky.

Při vyplňování přihlášky musíme přísně dodržovat zadání dané grantovou agenturou. I drobné opomenutí může být důvodem k jejímu odmítnutí z tzv. formálních důvodů.

Grantová agentura, která vypisuje podmínky soutěže, zejména stanoví:

- obory nebo témata, která bude v daném období financovat;
- rozsah podpor, podmínky spoluúčasti, výši jednotlivých finančních položek;
- kdo se může soutěže zúčastnit (zpravidla věkové omezení);
- povinné náležitosti přihlášky;
- termín podání přihlášky a termín rozhodnutí;
- a další podmínky a předpoklady.

Podmínky si prostudujeme alespoň 2x, možná i vícekrát. Je přece škoda, aby naše úsilí skončilo na vyřazení přihlášky z formálních důvodů, případně abychom při odevzdání zjistili, že jsme přišli o den později.

Zájemce se o podporu hlásí vyplněním grantové přihlášky. Některé grantové agentury vyžadují dnes již podání přihlášky pouze elektronickou formou, jiné, aby byla doplněna elektronickým podpisem statutárního zástupce organizace, jiné zaslat jak elektronickou formou, tak podat ve formě písemné.

Vyplňování přihlášky můžeme rozdělit do dvou částí. Do té první patří oddíly, které vyžadují pouze pečlivé vyplnění (jméno a příjmení včetně akademických a vědeckých titulů řešitele a spoluřešitelů, rodná čísla, adresy, IČO organizace a další údaje).

Podstatně náročnější je druhá část přihlášky, věnovaná vlastnímu projektu a řešitelům. Úvodem je nutné sdělit, že i zde musíme dodržet požadavek grantové agentury například na délku textu (zpravidla počet znaků). Jejich překročení může znamenat důvod k vyřazení přihlášky. Text, který napíšeme, musí být stručný, věcný a hlavně konkrétní. Čtenář musí jasně pochopit důvody, které nás vedou k podání projektu (navržené problematice se chceme věnovat proto, že získané výsledky budou významné pro další poznávání). V textu přihlášky musíme prokázat, že jsme se seznámili se všemi přístupnými informacemi o dané problematice a není nám známo, že již byla úspěšně řešena. Samozřejmě, můžeme vyjádřit pochybnosti o výsledcích dříve popsanych a potřebu jejich revize. Ale v takovém případě musí být důvody vedoucí nás k podání dané přihlášky zdůvodněny více než pečlivě.

Text přihlášky není literární dílo, ale popis naší práce v několika budoucích letech, za kterou chceme nemalé peníze. Proto musíme posuzovatele (zpravodaje) příslušné grantové agentury přesvědčit, že náš cíl je zcela jasný, že máme dokonale promyšlený způsob, jak jej dosáhnout, víme i o možných překážkách a záludnostech, které nás mohou překvapit a dokážeme jim v maximální možné míře předejít. Používáme věty krátké, vždy se vyhneme dlouhým, nepřehledným souvětím. Není vhodné používat slova na hranici spisovné češtiny, různá zvolání či výrazy převzaté z cizích jazyků, které jsou sice v hovorové češtině běžné, ale pouze v rozhovoru s přáteli (například výraz fakt, bohužel, manažerovat, brífink,). Dáváme si pozor na chyby v gramatice! Cíle musí být přiměřené našim zkušenostem a prokázaným výsledkům, příliš převratné nebudí důvěru, že jich dosáhneme.

Pozornost věnujeme i našemu curriculum vitae (přesný překlad běh života). Je možné použít způsob strukturovaného dotazníku, který je běžný v přihláškách do zahraničních grantových agentur nebo napsat jej stručně formou slohového cvičení. Je zbytečné uvádět, kterou základní školu jste absolvovali či zda jsme vysokou školu absolvovali s vyznamenáním či nikoliv. Uvádíme pouze jméno fakulty a případně obor, který jsme studovali a přehled dalšího studia a případných zaměstnavatelů a pracovních pozic. Ti starší mohou uvést, zda jsou členy redakčních rad odborných časopisů, vědeckých rad nebo mají významné postavení v některých z odborných společností. Tyto údaje opět uvádíme pouze stručně, protože podstatně více charakterizuje naši práci přehled dosavadní publikační a přednáškové činnosti. Zde se vždy přesně řídíme pokyny dané grantovou agenturou. Vyžaduje-li publikace za poslední 3 roky, neuvádíme starší. Nevydáváme stručná abstrakta ke konferencím za publikaci, stejně jako neuvádíme u časopisů impact faktor pokud jej nemají. Dnes je snadné pro grantovou agenturu si Vámi udané údaje verifikovat a ostuda, pokud se ukáže, že jsou nepřesné resp. vymyšlené, vám může zkazit jméno na řadu let. Případ jednoho docenta, kterému se podařilo habilitovat na základě publikací, kterými prokázal svoji vědeckou erudici, a o několik let později se ukázalo, že se prostě do nich dodatečně připsal a vše dokonale technicky zvládl, je dnes již zcela nemožné. Proto méně je někdy lépe a u mladých začínajících vědeckých pracovníků určitě nikoho nepřekvapí, že mají pouze jedno, dvě spoluautorství se zkušenými kolegy.

Protože větší grantové agentury vyžadují, s ohledem na zahraniční posuzovatele, text projektu v angličtině, doporučujeme, pokud si nejste jisti svými vynikajícími znalostmi tohoto jazyka, požádat o konzultaci případně překlad zkušeného překladatele, který má zkušenosti ve vašem oboru. Tento krok není ostudou, ale nutností. Uvědomte si, že text může číst oponent, pro kterého je angličtina mateřským jazykem. Pokud je text napsán školní angličtinou a s chybami, může tato skutečnost v něm vzbudit negativní reakce a vlastní projekt pak posoudí negativně, i když si to nezaslouží. Tuto skutečnost však nikdy neprokážete.

V dnešní době, nesoucí se v duchu úsporných balíčků, hledání finančních rezerv a škrtání rozpočtů musíme věnovat mimořádnou pozornost vlastnímu rozpočtu i zdůvodnění jednotlivých položek. I zde je situace u jednotlivých grantových agentur odlišná a proto i zde je na místě důkladné prostudování zadávací dokumentace. Některé například umožňují nákup investic, případně vyžadují finanční spoluúčast žadatele o projekt, jiné tuto možnost vylučují. Rozdílná jsou i kritéria týkající se odměn pro řešitelský kolektiv, rozpis nákladů neinvestičního charakteru (spotřebního zboží) a výše procent provozních nákladů. Podle právního statutu organizace může být rozdílná i výše dotace grantové agentury z celkové částky plánované na projekt. U vysokých škol, jejichž status je v souladu s vysokoškolským zákonem č. 111/1998 Sb., nebo pracovišť a ústavů Akademie věd České republiky bývá

podpora zpravidla 100%. V některých případech je potřeba doložit požadovanou částku na investici pro forma fakturou možného dodavatele, pokud není vyžadováno výběrové řízení.

Důležitými kolonkami jsou plánované náklady na cestovné a prezentaci výsledků. I zde se musíme podrobně seznámit se zadávací dokumentací. Při plánování cestovného nesmíme zapomenout na náklady spojené například se sběrem či převozem vzorků, s účastí na odborných konferencích, na kterých budeme výsledky své práce prezentovat. Složitější je již účast na zahraničních konferencích. Zde někdy potřebujeme souhlas grantové agentury pro každou cestu zvlášť. Pokud se týká nákladů spojených s prezentací výsledků, je možné z nich uhradit postery určené pro prezentaci výsledků, poplatky pro časopisy za přijetí článků či monografii, ve které bude prezentovat výsledky celého projektu. Větší grantové agentury, zvláště podporující základní výzkum, ji přímo požadují. Naopak rezortní grantové agentury považují za výsledek technickou dokumentaci k zavedení výroby, nový systém ochrany obyvatelstva či životního prostředí, možností je neomezeně. Doporučujeme text přihlášky konzultovat se zkušenými vědeckými pracovníky, kterým důvěřujeme.

Odevzdali jsme včas a se všemi náležitostmi přihlášku, tušíte, jaký bude její další osud?

Přihlášky vyhodnocují odborníci, ustanovení agenturou (opONENTI), kteří zpravidla ohodnotí projekt body a pak již záleží na samotné agentuře, jaké stanoví pořadí a hlavně na kolik stačí finanční prostředky. Není to vždy snadné, zvláště při rovnosti bodů. Agentura nebývá zpravidla vázána na dodržení jen bodového pořadí, ale posuzují se i další kritéria, zejména přínos projektu a aktuálnost. U některých agentur se předpokládá druhé kolo, ve kterém může hodnocení proběhnout formou panelu. U většiny grantových agentur pracuje skupina odborníků, kteří tvoří radu či jinak pojmenovaný orgán, který provede konečné hodnocení a na jeho základě vyhlásí definitivní výsledky.

Zvítězili jsme, získali jsme finanční prostředky, co dále.

Především musíme důkladně prostudovat veškeré podmínky a znění smlouvy, kterou uzavírá grantová agentura s vaší organizací. Nezapomínejme, že její porušení může být příčinou ukončení projektu s dalšími nepříjemnými následky včetně povinnosti vrátit všechny finanční prostředky. Klíčovou úlohu hraje, na kolik let je projekt plánován. Pokud pouze na jeden rok, postačí závěrečná zpráva. Pokud je víceletý, potom zpravidla vyžaduje agentura každoroční průběžné zprávy, které jsou kontrolovány a v případě, že projekt neběží podle záměru, jsou řešitelé konfrontováni a musí svůj postup obhájit. Víme-li, že z objektivních důvodů nastanou v řešení překážky, doporučujeme, je řešit s agenturou ihned, v předstihu a dohodnout změnu plánu. Ušetříte si tak řadu nepříjemností a starostí. Součástí průběžné zprávy je i dokumentace prezentace dosažených výsledků, což mohou být sdělení v domácím a hlavně v zahraničním tisku, patenty, certifikovaná metodika. Podmínkou je, že musí být vykázány v databázi Rady vlády RIV s odkazem na řešený projekt.

Mimořádnou pozornost musíme věnovat čerpání finančních prostředků. Dávno pryč je už doba, kdy docházelo k přesouvání jednotlivých položek s výraznou benevolencí zadavatele projektu, případně docházelo k nákupu jiného zboží, než bylo v původním zadání uváděno. Dnes toto pochybení vede ke značným nepříjemnostem a následným sankcím, v jejichž důsledku může dojít k situaci, že řešitelská organizace musí vrátit nejen veškeré poskytnuté finanční prostředky a navíc výraznou pokutu. Co se potom stane s řešitelem, je jasné. Zde je

nutné upozornit, že dnes je u všech „dražších“ projektů, zpravidla těch, kde rozpočet přesahuje částku 10 milionů za dobu řešení, finanční audit.

Věříme, že jste propluli všemi úskalími a blíží se ukončení projektu. Grantová agentura zpravidla požaduje závěrečnou zprávu (někdy je akceptována monografie vydaná v renomovaném nakladatelství) a zpráva o finančním čerpání. Závěrečná zpráva je nejčastěji posuzována dvěma oponenty, kteří o sobě nevědí a poprvé se uvidí na závěrečné obhajobě. Pokud se oponentské posudky výrazně liší, vyžádá si grantová agentura posudek dalšího odborníka. Posledním krokem je vlastní obhajoba, na které řešitel krátce seznámí členy komise, jmenované agenturou, s výsledky projektu, následuje seznámení s posudky oponentů a diskuze. Po jejím ukončení proběhne uzavřené jednání, na kterém členové posuzovatelské komise rozhodnou o přijetí či nepřijetí projektu a stanoví podle jaké kategorie (A, B, C, D) bude ohodnocen. U malých projektů někdy stačí hodnocení splněn – nesplněn.

Po úspěšně vyřešeném projektu se naše sebevědomí určitě zvýšilo a už nyní přemýšlíme o dalším bez zbytečných obav.

Další doporučená literatura

- [1] Hall, G.M. et al.: Jak připravit úspěšnou přednášku. Galén, Praha, 2006, 112 s., ISBN 80-726-2422-9
- [2] Munzarová, M.: Lékařský výzkum a etika. Grada, Praha, 2005, 120 s., ISBN 80-247-0924-4
- [3] Stephen, R., Coulter M.: Management. Grada, Praha, 2004, 600 s., ISBN 80-247-0495-1
- [4] Višňovský, P. et al.: Základy vědecké práce ve farmacii a v medicíně. Karolinum, Praha, 2001, 184 s., ISBN 80-246-0251-2.

Tato práce byla podpořena projektem ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy České republiky fondu rozvoje vysokých škol č. 7/2011.

Kontakt na autora:

prof. MUDr. Leoš Navrátil, CSc.
FBMI ČVUT
nám. Sítná 3105
272 01 Kladno
leos.navratil@fbmi.cvut.cz

NOVÉ METODY PROPAGACE ODBORNÉ PRÁCE

Ing. Václav Navrátil

České vysoké učení technické v Praze, Fakulta biomedicínského inženýrství se sídlem na
Kladně, katedra lékařských a humanitních oborů

Abstrakt

Otázka propagace vlastní práce a použití marketingových nástrojů pro zlepšení poptávky po nabízených službách je na českém trhu zdravotní péče opomíjena. Situace, kdy bude nutné přímo oslovovat klienty a nabízet jim své služby, se nezadržitelně blíží, spolu s liberalizací českého zdravotnictví. Seznámení se s nástroji vlastní propagace prostřednictvím sociálních sítí, geolokačních her a hyperlokálního zpravodajství a následné vytvoření obousměrné komunikace se svými klienty je snadným způsobem jak získat náskok nad svými konkurenty.

klíčová slova

propagace, sociální sítě, marketing, geolokační služby, geolokační hry, Facebook, Twitter, Google+, Google places, Facebook places Gowalla, Foursquare, hyperlokální zpravodajství, copywriting.

Abstract

Promotion of our work and the use of marketing tools for improving the demand for services on the Czech health care market are strongly neglected. Along with the liberalization of the Czech healthcare system, situations will arise where it will be necessary to address customers directly, in addition to offering them your services. Getting familiar with the marketing tools of promotion through social networks, geolocation application, games, and the use of hyperlocal news is necessary in creating a two-way communication with consumers. Using these marketing tools will allow you to gain and maintain an edge over your competitors.

key words

Promotion, social networks, marketing, geolocation applications, geolocation games, Facebook, Twitter, Google+, Gowalla, Foursquare, hyperlocal news, copywriting.

Úvod

S tím, jak dochází k postupné liberalizaci trhů se zdravotnickými službami, je nutné, kromě vysoké kvality zdravotnických služeb dobře zvládnout i vlastní prezentaci. Cílovou skupinou, kterou je třeba oslovit, jsou pacienti a jejich zákonní zástupci, kteří si vybírají v jakém zařízení se nechají ošetřit nebo hospitalizovat. Konkrétní složení cílové skupiny se liší podle

odbornosti. Další významnou skupinou, která bude hodnotit prezentaci jednotlivých subjektů je odborná veřejnost a v případě nevhodně zvolené kampaně může být poškozena kredibilita propagované instituce v očích ostatních odborníků, což může mít dlouhodobé negativní důsledky.

Jakým způsobem se prezentovat v odborném časopise nebo na konferenci není nutné blíže analyzovat neboť s tímto mají zdravotničtí pracovníci bohaté a dlouholeté zkušenosti. V textu se zaměříme na nová média umožňující obousměrnou komunikaci mezi institucí a jejími klienty.

Copywriting

Sdělení určená široké veřejnosti jsou, oproti sdělením adresovaným odbornému plénu, mnohem méně konzistentní. Je nutné věnovat zvýšenou pozornost na obsah, formu a zvláště rozsah poskytovaného sdělení. Takovýto text musí být pro své čtenáře nejen unikátním, ale i srozumitelným a neméně čtivým a přínosným. V případě, že je to jen trochu možné, měla by být zpráva laděna pozitivně. Jedině tak je možné získat pozitivní reakci ze strany čtenáře. Text by neměl znít ani příliš podbízivě, protože pak je ohrožena autorova kredibilita u odborné veřejnosti.

Twitter

Je mikrobloginovací systém a sociální síť, která umožňuje uživatelům posílat 140 znaků dlouhé příspěvky (tweety), které se zobrazují na profilové stránce autora a na profilových stránkách ostatních uživatelů – následovníků (followers). Tyto příspěvky pak mohou následovníci číst, reagovat na ně a dále je šířit. Následovníky se stávají většinou uživatelé se zájmem o aktuální informace a speciální nabídky.

Data vhodná ke zveřejňování pomocí služby Twitter jsou novinky, aktuální informace, změny pracovní doby, aktualizace webových stránek, časově omezené nabídky a odkazy na publikované články.

Tento systém umožňuje obousměrnou komunikaci, takže je možné, že kromě snadné cesty na sdělování aktualit získá instituce i cennou zpětnou vazbu. Toto s sebou nese i možnost krizových situací a nutnost jejich zvládnutí pomocí správné krizové komunikace. To ostatně platí pro veškeré obousměrné komunikační kanály.

Facebook

Je v současnosti největší sociální síť, určená hlavně ke komunikaci a udržování vztahů mezi uživateli, sdílení multimediálního obsahu a zábavě. Nabízí ovšem i snadnou cestu jak pomocí této sítě propagovat své zařízení a služby. Facebook k těmto účelům nabízí „Fan Page“, která slouží ke snadné interakci s uživateli a jejich vzájemnému propojení.

Registrace a vytvoření fanouškovské stránky instituce by mělo být největší prioritou. Důvodem toho je velká oblíbenost Facebooku mezi českými uživateli.

Geolokační služby a hry

Služba Google Places je online databáze podniků a zařízení, které se do této služby přidaly. Krom výhody zobrazení kontaktních informací v Google Maps a vytvoření malého záznamu se základními informacemi, dovoluje ostatním uživatelům danou instituci v komentářích hodnotit. Uživatelé s chytrými mobilními telefony mohou každou návštěvu takového místa zaznamenat.

Facebook Places je jeden z nástrojů Facebooku, který umožňuje uživatelům pomocí mobilní aplikace dynamicky sdílet místa, která navštívili s příslušným komentářem. Přestože tento nástroj zatím v České republice oficiálně nefunguje, jedná se o zajímavou možnost, jak využít sociální síť vlastních klientů.

Geolokační hry, kterými jsou Foursquare a Gowall fungují na podobném principu. Uživatelé pomocí mobilní aplikace určí svoji polohu a zaznamenají návštěvu určitého místa. Kromě možnosti přidávání krátkých komentářů a fotografií a získávání bodů v případě Foursquare a odznaků v případě Gowally, jsou motivováni i možností uplatnění výhod nabízených provozovateli při častých návštěvách jeho zařízení.

Národní, regionální, lokální a hyperlokální média

Funkce a význam národních a regionálních médií je především postaven na informování o významných událostech s národním, respektive regionálním dopadem. Ovšem rozsah těchto médií je značně omezený a lze proto říci, že s menším geografickým dopadem dostane autor vědecké práce větší prostor k její prezentaci. Vždy je třeba pečlivě zvážit zaměření a okruh čtenářů daného média – pro čtenáře populárně vědeckého časopisu je třeba připravit zcela odlišný materiál než pro čtenáře přílohy velkého deníku.

Samostatnou kapitolou jsou pak hyperlokální média. Jejich obsah je tvořen převážně samotnými obyvateli a subjekty z příslušné oblasti a jejich dopad je omezen na malý region, město, vesnici nebo její část. Přestože hyperlokální zpravodajství není v České republice příliš rozšířeno, jedná se o přesný nástroj, kterým jde snadno a relativně spolehlivě prezentovat informace malé skupině obyvatel, kterých se daná informace přímo dotýká.

Tiskovými zprávami je možné postupně (podle důležitosti) vyplnit jednotlivé stupně zpravodajství, od toho hyperlokálního až po národní.

Se sestavováním tiskových zpráv, respektive příspěvků do hyperlokálních médií, je vhodné začít od nejnižších příček a dlouhodobě tak budovat svůj mediální profil.

Tato práce byla podpořena projektem ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy České republiky fondu rozvoje vysokých škol č. 7/2011.

Kontakt na autora

Ing. Václav Navrátil

FBMI ČVUT v Praze

vaclav.navratil@gmail.com

NEMOCNIČNÍ ZÁKLADNA HRADEC KRÁLOVÉ

plk. gšt. prof. MUDr. Jan Osterreicher, Ph.D.

Nemocniční základna AČR, Hradec Králové

Klíčová slova: polní nemocnice, armáda, zdravotní péče, zdravotnický personál

Key words: field hospital, military, health care, medical staff

Historie útvaru

Nemocniční základna je samostatný útvar brigádního typu, která vznikla k 1. 1. 2004. Klíčovým úkolem nemocniční základny je poskytnout dvě polní nemocnice (6. a 7.) a logistickou podporu v polních podmínkách.

Nemocniční základnu tvoří:

- velitelství a štáb NZ
- 6. polní nemocnice
- 7. polní nemocnice
- rota nemocniční podpory (od 1. 1. 2011)

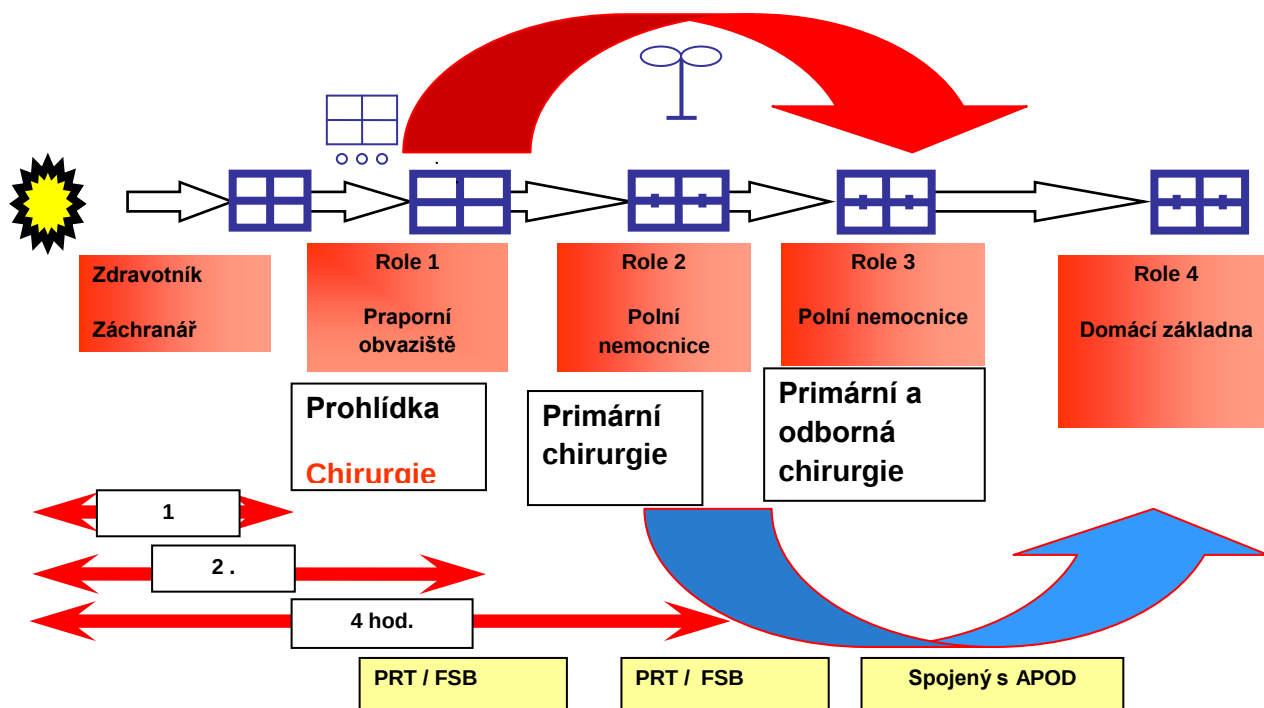
Všechny tyto jednotky jsou od 1. 7. 2010 dislokovány v posádce Hradec Králové.

Místo a úkoly útvaru v sestavě AČR

Jednotky nemocniční základny jsou předurčeny k realizaci zdravotnického zabezpečení úrovně ROLE 2, ROLE 2/E a po doplnění specializovaným zdravotnickým vybavením, materiálem a specialisty z vojenských nemocnic a ÚVN Praha (jako jsou zejména neurochirurg, oftalmolog, stomatochirurg a dalšími dle charakteristiky plněného operačního úkolu) úrovně ROLE 3.

Dále lze ze struktury nemocniční základny pro účely nasazení do zahraničních operací vytvořit jednotky typu: polní nemocnice Light Maneuver (lehká a vysoce pohyblivá) nebo Casualty Staging Unit (odsunová sběrna raněných).

Organizace poskytování zdravotnické péče:



Polní nemocnice

Polní nemocnice jsou logisticky nesamostatné jednotky praporního typu. V zahraničních operacích jsou polní nemocnice určeny k poskytování odborné lékařské péče příslušníkům AČR i aliančních armád NATO. V případě potřeby i místnímu civilnímu obyvatelstvu.

Hlavní úkoly

Polní nemocnice, která je na úrovni Role 2/E - 3 zajišťuje:

- třídění a stabilizaci vitálních funkcí pacientů,
- život a končetiny zachraňující (urgentní) chirurgii,
- intenzivní péči, pooperační péči,
- krevní transfúzi,
- krátkodobou hospitalizaci (do doby strategického odsunu),
- stomatologickou péči,
- zobrazovací vyšetření (CT, ultrazvuk, RTG),
- laboratorní vyšetření (biochemicko-hematologická a mikrobiologická laboratoř),

- zdravotnický odsun,
- zásobování (nižších zdravotnických etap) zdravotnickým materiálem a technikou.

Polní nemocnice jsou založeny na stavebnicovém systému s důrazem na samostatnost jednotlivých jejích součástí. Pro rozvinutí využívají kombinovaný systém stanů a kontejnerů. Všechny tyto prvky jsou řešeny s možností vzájemného propojení do funkčních celků, které mohou pracovat i samostatně. Polní nemocnice umožňuje zřízení a provozování dočasné hospitalizace s kapacitou 30 lůžek (s možností rozšířit počet lůžek na 50). Z toho jsou 2 až 4 lůžka vyčleněny pro poskytování resuscitační a intenzivní péče a 4 lůžka pro poskytování intermediární péče. Polní nemocnice je schopna denně poskytnout pomoc až 80-ti raněným a nemocným. Dva chirurgické týmy mohou denně provést až 10 chirurgických výkonů, v závislosti na typu poranění. Mezi další možnosti nemocnice patří provádění 5 - 10 resuscitačních a reanimačních zákroků denně. (viz. tabulka níže)

Základní takticko – technické požadavky na polní nemocnici úrovně Role 2/E :

Požadavek	Počet
Denní kapacita ambulantních ošetření	40-80
Denní kapacita chirurgických operačních výkonů	10
Denní kapacita resuscitačních a reanimačních výkonů	5-10
Počet chirurgických týmů	2
Lůžková kapacita: dvě nemocniční oddělení po 15 lůžkách	30 lůžek, z toho (3+1) lůžka JIP
Průměrná doba hospitalizace	1 - 5 dní
Jednorázová kapacita přijímacího a třídícího oddělení	25 pacientů (3 x P1, 5 x P2, 17 x P3)
Zásoby zdravotnického materiálu	Max do 30 dní činnosti
Doba rozvinutí - příjem prvního pacienta - doba rozvinutí operačních sálů - doba rozvinutí celé PN	do 120' po příjezdu do místa rozvinutí do 48 hodin do 14 dní

6. polní nemocnice

Je předurčená pro plnění úkolů zdravotnického zabezpečení v rámci BÚU na bázi 4. brn (brigády rychlého nasazení)

7. polní nemocnice

Je předurčená pro plnění úkolů zdravotnického zabezpečení v rámci BÚU na bázi 7. mb (mechanizované brigády)

Rota nemocniční podpory

Plně logisticky zabezpečuje polní nemocnici. Stará se o výstavbu nemocničního koridoru a veškerého technického zázemí v případě nasazení nebo vojenského cvičení. Pokud není polní nemocnice nasazena, stará o údržbu veškerého zdravotnického i vševojskového materiálu nemocniční základny.

NASAZENÍ V ZAHRANIČNÍCH MISÍCH

Příslušníci nemocniční základny a podřízených jednotek (polních nemocnic a odsunové sběrný raněných) dosud úspěšně působili v těchto zahraničních misích:

Období	Mise	Dislokace		Počet příslušníků
1994 -1998	UNCRO, UNTAES	Chorvatsko (Knin, Záhřeb) Východní Slavonie	polní chirurgické týmy (PCHT)	21-40 členné
<i>duben – září 1999</i>	AFOR (humanitární, pomoc kosovským uprchlíkům)	Albánie (Kavaje)	6. PN	89
září – říjen 1999	humanitární po zemětřesení	Turecko (Gölcük)	PCHT 6. PN	35
květen – říjen 2002	ISAF	Afghánistán	6. PN	150
říjen 2002 – leden 2003			11. PN	150
leden – duben 2003			PCHT 11. PN	11
duben – prosinec 2003	Iraqi Freedom	Irák (Basra)	7. PN	celkem cca 310
2004 – 2005		Irák (Basra)	PCHT	6-ti členné
listopad 2005 – leden 2006	Winter Race (humanitární po zemětřesení)	Pákistán (Bagh)		30
duben 2007 – prosinec 2008	ISAF	Afghánistán (Kábul)	6. PN 7. PN	celkem cca 500
únor 2011 – leden 2013	ISAF	Kábul – francouzská vojenská nemocnice	6. polních chirurgických týmů	6 x 11 členů

ZNAMY NEMOCNIČNÍ ZÁKLADNY



velitelství NZ



6. polní nemocnice



7. polní nemocnice

3. Hlavní funkcionáři útvaru

Velitel Nemocniční základny - plk. gšt. prof. MUDr. Jan Österreicher, Ph.D.

Náčelník 6. Polní nemocnice - pplk. MUDr. Marek Kocvrlich

Náčelník 7. Polní nemocnice - pplk. MUDr. Michal Plodr, Ph.D.

Velitel rotý nemocniční podpory - kpt. Bc. Josef Vlček

NEODKLADNÁ PÉČE PŘI HROMADNÉM VÝSKYTU RANĚNÝCH A ZASAŽENÝCH VYSOCE NEBEZPEČNÝMI LÁTKAMI.

Doc. MUDr. Jan Pokorný, DrSc.

České vysoké učení technické v Praze, Fakulta biomedicínského inženýrství se sídlem na
Kladně, katedra lékařských a humanitních oborů

Pod pojmem vysoce nebezpečné látky (*HAZMAT = Hazardous materiál*), se rozumí látky ohrožující zdraví nebo životní prostředí. Závažné kontaminace a interakce způsobené „vysoce nebezpečnou látkou“ kladou mimořádné nároky na úroveň přednemocniční péče, a to jak z hlediska takticko-organizačního, tak i medicínského

Z takticko-organizačního hlediska je nezbytné včas rozpoznat nebezpečí, identifikovat noxu a hrozící rizika. V závislosti na tom pak uzavřít místo neštěstí/teroristického úderu, vymezit zóny ohrožení, rizika, zachránit raněné a zasažené a vyžádat posily/speciální síly a prostředky.

V návaznosti organizovat při vyvádění postižených z horké zóny triage – dekontaminaci – ošetření – transport do cílového zdravotnického zařízení.

Ve snaze zahájit co nejdříve neodkladnou péči je nezbytné vysunout zdravotnickou službu nejméně do dekontaminační zóny. S tím ovšem souvisí požadavek aplikace postupů při poskytování neodkladné pomoci v pojetí TOXALS (Toxicologic advanced life support) a užívání prostředků individuální ochrany odpovídající úrovně zdravotnickým personálem.

Kontakt na autora

Doc. MUDr. Jan Pokorný, DrSc.
FBMI ČVUT
doc.pokorny@seznam.cz

SPECIFIKA PRÁCE ZÁCHRANÁŘE NA POSÁDCE LZS

Kryštof 12, Radek Přecechtěl, DiS.

Letecká zdravotnická záchranná služba kraje Vysočina

Abstrakt

Příspěvek přibližuje práci leteckého záchranáře během směny. Její specifika činností, které musí letecký záchranář ovládat. Nejedná se jen o materiálové a přístrojové vybavení vrtulníku, ale také o specifika provozu letecké záchranné služby. Zejména znalosti spádových traumacenter, letových časů, místopisu, meteorologických hlášení a v neposlední řadě také znalost letového provozu.

Specifika leteckého záchranáře jsou také v práci na místě zásahu, kde je posádka tvořena pouze dvěma členy, na záchranáře je zde kladen vysoký nárok co se týče samostatné práce, ale také znalosti a předvídativosti stavu a s tím související následné zajištění pacienta.

Letecký záchranář musí splňovat předepsané zdravotní prohlídky, pravidelná školení HEMS a také schopnost řídit vozidlo RV. Tyto všechny nároky na druhou stranu kompenzují „zážitky“ z leteckých zásahů. Kde záchranář získává všeobecný rozhled v oborech, které přímo s činností na pozemní záchranné službě nesouvisí.

Podmínky výkonu leteckého záchranáře:

- Odborná způsobilost dle zákona 96/2004 Sb. § 18
- Periodické lékařské prohlídky jednou ročně
- Osvědčení zdravotní způsobilosti II. třídy pro člena letové posádky ICAO
- Periodické školení HEMS
- Řízení vozidla s právem přednosti v jízdě

Než vzletíme:

•Předletová kontrola vybavení vrtulníku

- Znalost kapacity baterií, O2
- Při neletovém počasí i kontrola vozu R-V
- Noční směna kontroluje navíc vůz RLP, kam letecká posádka přechází.

• Ranní briefing

- Informace o aktuálním počasí a jeho vývoji během směny
- Informace o aktuálním provozu v kraji (letecké dny, vojenská cvičení, závody)

- Domluva na postupech během letů, přistávání, vzhledem k počasí
- Zhodnocení možných komplikací, i vzniklých v posledních směnách

• Pilot během dne určuje možnost využití LZS posádky dle aktuálních meteorologických podmínek

- I. Primární i sekundární vzlety bez omezení
- II. Primární vzlety bez omezení, sekundární nutno konzultovat s pilotem
- III. Nutno konzultovat všechny vzlety, lze využít laickou informaci o počasí v místě zásahu dotazem dispečinku.
- IV. Neletové počasí

Primární vzlet

• Priorita je co nej přesnější informace o místě zásahu

- Velmi často terén, samoty, silnice
- Místa, kde nelze zadat souřadnice, ani zadat do mapy v tabletu

• Častá telefonická intervence od ZOS, pro doplnění informací o

- Stav pacienta
- Množství zraněných
- „Možném“ místě přistání
- Doplnující informace (mávání, PČR na místě, část obce)

• Tisk mapy pilotovi, předání veškerých získaných informací.

• Nutná dobrá znalost místopisu, orientace v terénu.

Vzlet – přistání

- „Vzadu do bry“ – informace pilotovi o možnosti vzletu.
- Komunikace se ZOS, předpokládaný čas přistání.
- Pomoc pilotovi při navigaci (souřadnice, azimut dle tabletu)
- Neustálá kontrola leteckého provozu, ptactva, drátů
- Prioritu komunikace má pilot s věží
- Znalost informací z ATIS
- Oproti pozemní posádce znalost ovládání vysílaček Matra - více kanálů, přímé volby, přednostní hlášení
- Při přistávání – BEZPEČNOST
- Vyhledání místa zásahu, nerovná se s místem přistání
- Lokalizace dle hodin,
- Sledování drátů, překážek, volné předměty, lidé !!!!

- Každý si hlídá „svou“ stranu, přistávání s otevřenými dveřmi
- Zajištění bezpečné vzdálenosti osob při přistání!!!

Na místě zásahu

- Nutnost znalosti postupů při ošetření pacienta
- Samostatnost práce záchranáře je podmínkou
- Přehled ve výbavě vrtulníku i spolu zasahujících vozech
- LZSS vždy jako vedoucí tým.
- Instruktaž pozemních posádek ZZS, HZS, PČR o postupech
- Znalosti záchranáře o
 - možných nejbližších cílových pracovištích – dostupnost heliportů, časové prodlevy z pozemních transportů.
 - možnostech volby technických pomůcek k transportu.
- Konzultace s pilotem o dostupnosti cílového pracoviště.
- Před vzletem z místa zásahu
 - Informování okolí o vzletu
 - Předletová kontrola vrtulníku a bezpečnosti vzletu
 - Kontrola a dohled při spouštění motorů, zabezpečení dveří.
 - Kontrola zajištění pacienta, ventilů, přístrojů,

Pacient na palubě

- Let se odvíjí od závažnosti stavu pacienta
- Informování pilota o závažnosti stavu a předpokládané nutnosti rychlého přistání.
- Po vzletu informace od pilota o čase přistání.
- Komunikace se ZOS, změna cílového pracoviště, komplikace během letu (provozní, zdravotní)
- Sledování provozu, dle možností

Sekundární vzlet

- Avízo od ZOS
- Informace o pacientovi
 - Důvod transportu, závažnost stavu
 - Nutné přístrojové vybavení (více LD, inkubátor, dočasná stimulace)
- Informace pilotovi o cílovém pracovišti, znalost heliportů (Hl.m. Praha)
- Znalost kompatibility přístrojů LZSS a pozemních posádek

Závěr...

- Jsme lékařská, ale pouze dvoučlenná posádka!!!
- Rozsah činnosti v rámci celého kraje i ČR

- Priority – bezpečnost posádky, okolí, pacienta
- Každý vzlet jedinečný po fyzické, odborné, organizační stránce.
- Je to krásná práce, plná emocí a všeobecného přehledu z oblasti urgentní medicíny, meteorologie, místopisu.
- Slova pilota „KLID, KLID, KLID“

Kontakt na autora

Radek Přecechtěl, DiS.

Letecká zdravotnická záchranná služba kraje Vysočina
preca@email.cz

PROBLEMATIKA PATOLOGICKEJ RELIGIOZITY VO VZŤAHU KU ZDRAVIU JEDINCA

PhDr., Mgr. Rebeka Ralbovská, Ph.D.¹, MUDr. Marián Liberko¹,

PhDr. Renata Knezović, Ph.D.², Ing. Václav Navrátil¹

1. České vysoké učení technické v Praze, Fakulta biomedicínského inženýrství se sídlem na Kladně, katedra lékařských a humanitních oborů
2. LF UK Bratislava

Abstrakt

Príspevok prináša náhľad na problematiku patologickej religiozity a jej vplyvu na bio-psycho-sociálnu pohodu jedinca. Sú v ňom charakterizované obecné znaky jednotlivých siekt a proces psychickej manipulácie s jedincom, ktorý prijal ich učenie. Rovnako sú v ňom uvedené životné zmeny, ktorými jedinec po vstupe do sekty prechádza ako aj to, aký vplyv majú na jeho psychické a fyzické zdravie. V závere sú uvedené možnosti pomoci obetiam siekt.

Kľúčové slová: Náboženstvo. Spiritualita. Sekta. Zdravie. Pomáhajúce profesie.

Abstract

This contribution brings insight on pathological religiosity and its impact on bio-psycho-social well being of the individual. Therein are characterized general features of cults and process of their psychological manipulation of the individuals which accept their teaching. Also there is mentioned life transformation which the individual experience after joining the cult and how that affect his mental and physical health. The options of assistance to victims of cults are listed in the conclusion.

Key words: Religion. Spirituality. Sect. Health. Helping profession.

Náboženské sekty prenikli do českej spoločnosti vo väčšej miere až po zmene spoločenského systému v 90. rokoch 20. storočia. Prichádzali s mnohými ďalšími skupinami a vyvolávali väčšinou neistotu. Ľudia netušili, čo od nich môžu očakávať. Napospol prevládala strach z novej totality, z náboženských organizácií, ktoré by ovládli spoločnosť a rozšírili sa natoľko, že by sa stali určujúcou politickou silou. Náboženské skupiny, ktoré v ČR existovali už skôr, predstavovali akúsi variantu duchovného disidentstva.

Vývoj v ČR po roku 1989 umožnil, aby sa náboženstvo stalo prirodzenou a nediskriminačnou súčasťou verejného života. V spoločnosti sa objavila potreba nájsť akési

univerzalistické náboženstvo, náboženstvo tolerancie a humanizmu - človek nehľadal konkrétne náboženstvo, skôr sa len nechával ovplyvňovať jednotlivými aspektmi rôznych hnutí a vo všetkých náboženských smeroch hľadal pozitívne prvky. Táto stránka náboženského očakávania zodpovedala vtedajšej, v spoločnosti všeobecne panujúcej, atmosfére, pre ktorú bola príznačná otvorenosť a hľadanie, čo sa prejavovalo takmer vo všetkých oblastiach života - od politiky cez ekonomiku až po náboženstvo. (Kulíková, Šimková, 1999)

Náboženstvo však môže človeka ovplyvniť aj negatívne tým, že v určitých situáciách a okolnostiach ho môže deformovať, nastavovať mu pravidlá, ktoré mu budú prinášať utrpenie a bude narušovať medziľudské vzťahy. Patologická religiozita je typická netoleranciou, nenávisťou voči inak zmýšľajúcim, tendenciou k duchovnému nátlaku, akcentovaným dôrazom na plnenie náboženských pravidiel, a s tým súvisajúcim udržiavaním neprimeraného strachu, potrebou prísneho trestania prehreškov, čo sa v dôsledku prejaví izoláciou, útekem od bežného života a jeho obmedzovaním. (Kašparů, 2002)

Negatívny vplyv má také učenie, resp. náboženská skupina, ktorá zásadným spôsobom manipuluje a deformuje život svojich členov. Tieto skupiny sú označované ako sekty. Slovník cudzích slov uvádza veľmi stručnú charakteristiku, že sekta je uzatvorená politická alebo náboženská skupina. Z teologického hľadiska sú príslušníci sekty odpadlíci od cirkvi. Zo sociálneho hľadiska môžeme sektu chápať ako sociálnu skupinu autoritatívneho charakteru, ciele ktorej sú podriadené záujmom jednotlivca či malého vedúceho jadra.

Zo psychologického pohľadu je sekta označovaná ako fenomén ovládajúci a zneužívajúci svojich členov v oblasti ľudskej psychiky. Nebezpečenstvo náboženských skupín spočíva aj v tom, že sa vyznačujú veľkou psychickou závislosťou na vodcovi a veľkou izolovanosťou členov. Teda tými oblasťami, ktoré sú najviac diskutabilné a najmenej zmerateľné. Závislosť a izolácia sa totiž postupne môžu stať natoľko extrémnymi, že umožnia napr. hromadné vraždy alebo samovraždy.

Patologická religiozita sa prejavuje:

- neúnavným zápasom o bezhriešnu svätosť,
- nenávisťou proti inak zmýšľajúcim,
- prehnaným strachom z Božieho trestu,
- bludnými náboženskými myšlienkami,
- duchovným zákoníctvom,
- náboženským výkladom konca sveta,
- náboženským blúznením,

- nadmerným strachom z hriechu,
- náboženskou túžbou po moci a uplatnení,
- umŕtvovaním tela prehnanou askézou,
- útekem pred svetom,
- neschopnosťou lásky a popieraním života,
- venovaním sa okultným praktikám.

Človek, ktorý žije v takých patologických náboženských postojoch, zvyčajne netrpí nedostatkom teologicko-náboženských informácií, ale strachom, pocitom viny alebo potlačenou, nevyriešenou vnútornou bolesťou a zlosťou. Preto sa mu nepomôže dobre mienenými informáciami o viere a diskusiou o viere – aj keď o ne sám žiada – ale opatrným odhalením jeho zmäteného vnútorného, citového sveta. Úloha zdravotníckeho pracovníka tu nespočíva vo vysvetľujúcej psychologicko-teologickej teórii, ale v oslobodzujúcej psychiatrickej terapii. (Baumgartner, 1996)

Sekta (latinsky „seco“, „secare“ – sekať, oddeliť alebo „secta“ – spôsob života, odvodené z latinského „sequor“ – nasledovať) a kult (latinsky „cultus“ - uctievanie) sú nekonvenčné, nové alebo okrajové náboženstvá, ktorým nevyhovuje tradičné náboženské hnutie. Kult môžeme definovať ako službu Bohu preukazovanú klaňaním, chválou a prosbou. Označuje vnútorný postoj, ktorý uznáva najvyššiu moc Boha, jeho absolútnu moc a suverenitu.

Podľa Sekota (2004) je sekta: „organizovaný vieroučný a kultový útvar rovnako veriacich ľudí, ktorí osobitým spôsobom chápu a využívajú tradičné náboženské dogmy a zámerne deklarujú „nový“, „kritický“, „lepší“ pomer voči svojim ideovým oponentom.“

Štampach (2008) navrhuje nahradiť ťažko definovateľný pojem sekta termínmi „nové náboženské hnutie, alternatívne náboženstvo,“ a pre nebezpečné sekty potom „autoritárska / uzavretá / neznášanlivá / nebezpečná náboženská spoločnosť alebo skupina, prípadne deštruktívny kult.“

Na sektách býva často na prvý pohľad vidieť, že v nich nevládne atmosféra slobodného myslenia. Jej členovia komunikujú a vystupujú iba v rámci úzkych mantinelov im vymedzených. Pokusy tieto mantinely prekročiť bývajú vnímané ako útok. Ich správanie je však deklarované ako slobodné a dôležité je, že členovia sami sa tak často cítia.

Hlavným rozmerom všetkých siekt je vnútorná totalita, založená na autoritárskom riadení. Náboženskú autoritu predstavuje zakladateľ alebo guru, vodca a duchovný učiteľ sekty. Guru vždy všetko dokonale pozná, sú mu prisudzované aj nadprirodzené schopnosti a božské atribúty, často býva nazývaný aj mesiášom. Môže sa považovať za znovu vtelenie nejakej predtým žijúcej významnej osobnosti a potom hlásať, že je vlastne niekým iným,

alebo môže tvrdiť, že nehovorí sám za seba, ale je hovorcom niekoho, kto je všeobecne nezpochybniteľnou autoritou. Jeho výroky sú považované za záväzné a nespochybniteľné a od svojich nasledovníkov vyžaduje bezpodmienečnú poslušnosť. Týmto z nich odníma bremeno rozhodovania a rovnako zodpovednosti za ich rozhodnutia, pretože ich prijíma na seba. Táto silná autorita zároveň umožňuje členom skupiny zažívať pocit moci a dôležitosti, aj keď zatiaľ sú svetom nepochopení, neskorej mu budú vládnuť. V dôsledku tejto perspektívy ani nemusí byť poslušnosť ľudí vynucovaná, ale stáva sa záležitosťou cti. (Štampach, 2008)

Pre tento druh skupín sa človek zriedka kedy rozhoduje na základe rozumovej úvahy, ale ďaleko skorej v nádeji na uspokojenie citových a sociálnych potrieb. Už pri jeho získavaní pre skupinu zohrávali city pravdepodobne rozhodujúcu úlohu. Bol obklopený ľuďmi, ktorí si ho vážili, dávali mu najavo svoju lásku, presvedčili ho o bezproblémovosti vzťahov medzi sebou a vzbudili v ňom túžbu patriť medzi nich. Pokiaľ toto tzv. bombardovanie láskou prebiehalo v dostatočnej intenzite, nakoniec rád prijal za svoje všetko, čo mu splnenie tejto túžby umožnilo. Opustiť po tomto procese skupinu by potom znamenalo stratu tejto možno najdôležitejšej oblasti jeho citového života. (Vojtíšek, 2004)

Kedykoľvek počujeme slovo sekta, vybaví sa nám určité rozpoznávacie znaky. Tie môžeme poňať ako súbor deviatich charakteristických rysov, ktoré sa vo väčšej či menšej miere objavujú u každej z nich. Týmto znakmi, podľa E. Ronalda (1994), sú:

■ **Autoritatívnosť.** Každá sekta má svojho vodcu, ktorý je v čele skupiny a vyžaduje absolútnu vernosť a oddanosť. Chápanie vlastnej totožnosti členov skupiny a ich životné ciele majú zmysel len v spojení s ním. Vedúci má autoritu nad učením i praxou skupiny, členovia prijímajú jeho výklad „pravdy“ bez spochybňovania a vodca sám argumenty druhých netoleruje. Ak sa v „pravde“ ukážu medzery či sa nesplnia jej predpoklady a predpovede, vina za to neľeží nikdy na strane „pravdy“, ale na strane jej príjemcov, ktorí ju nesprávne pochopili.

■ **Opozícia.** Ich vyznanie, prax aj hodnoty sú v protiklade k vyznaniu, praxi a hodnotám prevládajúcej kultúry. Sekta sa často stavia do role súpera hlavných spoločenských inštitúcií, z ktorých je pravdepodobne najviac postihnutá rodina. Rodičia, ktorí boli nechtiac odlúčení od svojich detí, ktoré sa zaplietli s extrémistickými skupinami, najviac a najotvorenejšie kritizujú nové náboženské hnutia.

■ **Výlučnosť.** S opozičným charakterom súvisí výlučnosť a elitárstvo sekty. Daná skupina je tá jediná, ktorá má „pravdu“ a opustením skupiny človek ohrozuje vlastné spasenie. Pociť výlučnosti opísal jeden z bývalých členov extrémistickej skupiny: „Náš vedúci kritizoval všetky etablované denominačné cirkvi a všetkých ľudí, ktorí neverili tak, ako on to učil. Dostal som sa do duševnej izolácie, pretože v tej skupine panovala mienka, že nikto nežije v takej plnosti pravdy ako tí, ktorí sa držia učenia Glorého Barna, a preto názory tých ostatných boli bezcenné. Žil som v izolovanom svete biblických zhromaždení a duchovnej pýchy. Cítil som, že mám všetku pravdu a že ostatní mi nemajú čo ponúknuť.“

■ **Zákonitosť.** Autoritárske skupiny fungujú v určitom zákonickom rámci, ktorý riadi duchovné záležitosti aj každodenný život jej členov. Pravidlá, praktiky a postupy zavádzané vedením ovládajú konkrétne stránky života členov, štýl obliekania, dĺžku vlasov, postoj k prichádzajúcim zvonku a povolenia s nimi hovoriť nevynímajúc.

■ **Subjektivismus.** Sektárske hnutia často kladú veľký dôraz na pocity a emócie, potláčajú racionálne myslenie a znižujú hodnotu poznania a vzdelania. Mnohých mladých ľudí vábi ku skupinám prežitie subjektívnych skúseností. Jeden oddaný stúpenec Misie božského svetla popisuje svoju prvú reakciu na agitátora hnutia slovami: „Vlastne si vôbec nepamätám, čo hovorili. Pamätám si len pocit, ktorý som z nich mal. Bol som naozaj dokonale šťastný.“

■ **Pocit prenasledovania.** Vedomie prenasledovania je jedným z charakteristických znakov všetkých nových náboženských hnutí. Vo všetkých skupinách existujú pocity typu - všetci sú proti nám, musíme sa zjednotiť - každá kritika ohrozuje spásu členov skupiny.

■ **Dôraz na sankcie.** Sekty kladú veľký dôraz na plnenie stanovených pravidiel a povinností svojimi členmi pod hrozbou uplatnenia sankcií, ktorými môže dôjsť k potrestaniu, formálnemu vylúčeniu zo skupiny, alebo môže byť „porušiteľ“ požiadaný, aby zo skupiny sám odišiel. Na zabezpečenie poddanosti členov sa používajú rôzne ovládacie mechanizmy ako zastrašovanie, obviňovanie, verejné emocionálne vyznania až po vyhrážanie a telesné tresty.

■ **Ezoterizmus.** Sektárske náboženstvo je plné tajností a cieleného utajovania, skupina používa vlastný slovník, vykonáva rôzne rituály, odvoláva sa na staré mýty a legendy. Členovia Church Universal and Triumphant, ktorí dostávajú tajné „listy plamenných lekcií“ tejto skupiny, sú vyzvaní na podpis vyhlásenia, ktorého jedna časť je v tomto znení: „nesklamem dôveru, ktorá mi bola zverená, a zachovám lekcie v tajnosti, s nikým o nich nebudem hovoriť. Ďalej sa postarám o to, aby pri mojom prechode z tejto úrovne boli lekcie spálené alebo vrátené.“

■ **Protiknažkosť.** Sekty zdôrazňujú aktívnu účasť všetkých členov, všetci dostanú príležitosť, každý člen má rovnaký prístup k pravde. Anti-kňazské kulty spravidla nerobia svoje náboženské obrady v budovách, ktoré sú zvyčajne dávanej do súvislosti s tradičnými náboženstvami. Schádzajú sa v „strediskách“, „zhromažďovacích sálach“, meditačných priestoroch.

Učenie sekty predstavuje niekoľko jednoduchých pravd, ktoré sa stávajú odpoveďami na existenciálne otázky ktoréhokoľvek člena a predkladajú mu tak jasný životný program. Často stúpenci siekt pred svojimi novými členmi skrývajú a zatajujú svoje pravé učenie. Odhalia im ich až po nadviazaní a upevnení vzťahov a predovšetkým potom, čo postupne a systematicky obmedzia ich samostatný spôsob myslenia a zbavia ich vnútornej slobody. Prameňom učenia u mnohých siekt je biblia. Pozornosť sa však venuje iba určitým pasážam, ktoré sú vytrhnuté z kontextu a ktoré sú upravené v súlade s vlastným učením sekty. Základné prvky viery môžu byť fixované v extatických či hypnotických stavoch. K upevneniu jednotlivých pravd napomáhajú zmenené stavy vedomia, spôsobené meditáciou, spoločným

spevom, opakovaním manter, holotropným dýchaním, rytmickou hudbou. V niektorých skupinách sa členovia učia rozhovorom podľa vopred daných určitých vzorcov, slovníkovým odpovediam na položené otázky. Nepripúšťa sa žiadna diskusia. Vedenie sekty usiluje o znižovanie hodnoty poznania, opovrhuje vzdelaním, dokonca v niektorých prípadoch nie je toto umožnené ani dokončiť a sú budované pracovné tábory. (Vojtíšek, 2004)

Podľa Hassana (1994) môžeme hovoriť o zhubnom kulte či sekte v prípade, že identifikujeme 8 kritérií psychickej manipulácie, ktoré postuloval Lifton (1984) vo svojin esejách *The Future of Immortality and Other Essays for a Nuclear Age*:

- kontrola prostredia
- mystická manipulácia – plánovaná spontánnosť
- požiadavka čistoty
- kult vyznania
- posvätná veda
- frázovitý jazyk
- náuka je viac ako človek
- existenčné provizórium

Po vstupe jedinca do sekty sa kladie veľký dôraz na to, aby prerušil styk s okolitým svetom, najmä so svojou rodinou a priateľmi. Členovi sa vymedzí presná hranica, ktorá oddeľuje jeho chybnú životnú históriu od novej budúcnosti. Človek pociťuje radosť z toho, že sa toho zlého v sebe môže zbaviť. Proces odpútania sa od okolia je vedený cestou používania špecifického spôsobu vyjadrovania, využívania riadených rozhovorov, pri ktorých sa pripúšťajú len niektoré argumenty.

Mechanizmus, ktorým sekta docieľuje absolútnej závislosti svojich členov, je tzv. metóda „cukru a biča“. Okamihy blaženosti, kedy je človek zahrňovaný láskou a porozumením, sú vystriedané nudou, nezáživnou prácou a nekonečným plahočením. V ich priebehu obeť počúva, ako je hriešna, zlá a musí sa kajať, aby sa mohol opäť dostaviť zážitok blaženosti. Týmito technikami sa vyvoláva v človeku stav psychickej závislosti na sekte, pri ktorom sa - rovnako ako človek závislý na drogách - osoba zaoberá len tým, čo urobiť, aby sa čo najrýchlejšie opakoval jej zážitok šťastia. Je pre neho ochotná urobiť čokoľvek. Autoritárske skupiny nenechávajú nič na náhodu. Náklonnosť, láska, kritiky a tresty majú jediný cieľ - pripútať obeť ešte tesnejšie ku skupine a starostlivo ju kontrolovať. (Blažek, Pokorný, Telcová, 2002)

Pôsobenie sekty je dlhodobou stresujúcou situáciou a depriváciou. Naivná a laická je predstava, že k vyriešeniu problémov postačí odstrániť osobu z vplyvu sekty. Aj keď sa jedincovi podarí vymaniť sa zo závislosti sekty je jeho odchod sprevádzaný mnohými problémami. Takýto človek väčšinou potrebuje odbornú pomoc, nie je schopný sa s novou situáciou vysporiadať sám, pretože má problémy v mnohých oblastiach: pocit dezorientácie a odcudzenia, pasivita, neschopnosť samostatného rozhodovania, neschopnosť kritického uvažovania, porucha emočného prežívania, strata spontaneity, zdravotné problémy apod.

Vodcovia niektorých sekt síce hlásajú, že ich členovia majú možnosť zo sekty kedykoľvek odísť. Nie je to však celkom úplná pravda. Členovia sú ochromení strachom zo sveta, ktorý sa nachádza za „dverami“ sekty, v dôsledku neustáleho vstevovania informácií o tom, že okolitý svet je nepriateľský, neľútý a nebezpečný. Nejedná sa teda o skutočnú a pravú slobodu.

Každý detail v dennom živote spoločenstva mení hodnotový systém novo prichádzajúceho o 180 stupňov. Sekty často vedú svojich členov k tomu, aby si „vyčistili“ myseľ od všetkého, čím bola pred príchodom do skupiny „zanesená“, a zavrhlí tak do tej doby používané „nesprávne“ spôsoby myslenia. Keď sa viera nového člena upevňuje a on je chytený v každodennom živote skupiny, jeho hodnoty a správanie sa mení. Pociťuje, že poznáva pravdu, prináša členom sekty vnímanie úzkej spolupatričnosti a navyše mnohé skupiny a vodcovia siekt dovoľujú nadväzovať kontakty iba s inými členmi skupiny, a tak vzniká skutočný kontrolný systém. Členovia sa stanú tak oddaní svojmu vodcovi, že sú pre neho ochotní urobiť čokoľvek, už nemajú svoje myslenie a konanie pod kontrolou, v tom plne spoliehajú na sektu a vodcu.

Odchod zo sekty teda nie je ľahký. A to aj kvôli množstvu investovaného času, prostriedkov, či obetí, ktoré takáto organizácia od svojich členov vyžaduje. Tým, že kontroluje prakticky celý život svojich nasledovníkov, privádza ich takáto skupina do množstva situácií, kedy sa pre ňu angažujú. Miera tohto angažovania je pochopiteľne v rôznych skupinách rôzna, výnimkou však nie sú roky plného pracovného nasadenia, obet' vlastného majetku, či dokonca ochota položiť svoj život. Čím viac človek investuje, tým bolestnejšie je pre neho priznanie, že skupina takýchto obet' nebola hodná, a tým nepravdepodobnejší je aj jeho rozchod so skupinou. Najťažší je ale tento rozchod, pokiaľ sa sekte podarí svojho člena izolovať. Je často skúsenosťou rodičov, manželov či priateľov, že ich najbližší sa im po stretnutí so sektou stále viac a viac stráca. Príčinou mohlo byť odmietnutie týchto „starých zväzkov“ zo strany sekty a osočenie tých, kto doposiaľ stáli najbližšie. Často sekta okolo svojho člena postaví komunikačnú hradbu. Pokiaľ sa už sekte podarila taká izolácia a člen nemá iných blízkych ľudí než tých „svojich v sekte“, je pre neho odchod zo sekty takmer nemožný.

Nie sú zriedkavé prípady, kedy sa obet' vzdá všetkého majetku, opustí rodinu, priateľov a potom pre ňu nie je ľahké si priznať, že si vybrala zlú cestu. Títo jedinci sú tak vyškolení učením sekty, že im okolitý svet pripadá skazený a majú dojem, že im už nemá, čo ponúknuť. Navyše je tu aj stud, pretože obet' si začína uvedomovať, že sklamala svoju rodinu

a priateľov, správala sa povýšene a opovržlivo voči „neosvieteným“ a nie je pre ňu ľahké priznať omyl.

„Zradca“ musí často počítať i s krutým trestom. Môže hovoriť o šťastí, keď sa ho skupina „len zriekne“. U agresívnejších skupín musí osoba počítať i s psychickým týraním, ktoré môže viesť až k vyhrážaniu zabitím. Odpadlík býva terorizovaný telefonicky, prostredníctvom listov, býva pozývaný k „objasňovaciemu rozhovoru“. Sekty sa tiež dovolávajú morálky a cti vetami typu: „Ľudia odchádzajú z našej skupiny len preto, aby mohli bez zábran hrešiť!“, „Ježiš pre teba zomrel na kríži a ty pre neho nechceš pohnúť ani prstom?“ Po týchto slovách je veľakrát ťažké odísť a nepripadať si sebecky, keď sa bratia a sestry obetujú pre vysoké ciele.

Proti opusteniu sekty účinne pôsobia spomínané materiálne a finančné problémy, ktoré umocňujú pocit bezmocnosti, naučené životné stereotypy a submisivita vo vzťahu k vodcovi. Po odchode si musí človek znova osvojiť všetky výchovné prvky potrebné k svojmu opätovnému začleneniu do spoločnosti. Musí porozumieť tomu, že problémy, ktoré má po odchode zo skupiny, nie sú dôsledkom „božieho trestu“, ale logickým vyústením toho, že sa dlhú dobu zdržiaval mimo prirodzené spoločenské väzby a v úplnej závislosti na sekte, neuplatňoval svoju slobodnú vôľu a neniesol zodpovednosť za svoje správanie. Jedinec bez intervencie iných opúšťa sektu veľmi ťažko a ak mu nie je poskytnutá pomoc od rodiny, priateľov, ale aj odborného terapeuta, nemá spravidla šancu túto situáciu sám vyriešiť. (Vojtíšek, 2004)

Názory na to, či sú sekty skutočne nebezpečné sa rôznia. Laická verejnosť na tieto otázky viac - menej stále hľadá odpoveď. Odborníci z oblastí zaoberajúcich sa touto problematikou, okrem iného aj psychológie a sociológie, majú väčšinou jasno a varujú pred nimi. Na túto tému vydávajú rôzne knihy, letáky, periodiká. Občas sa objaví správa aj v dennej tlači alebo na TV obrazovkách, najmä však z pohľadov, ktoré sú spojené s rôznymi podobami trestnej činnosti, ako finančné podvody, masové vraždy, samovraždy a pod.

Nie je výnimkou, kedy hlásatelia rôznych „zaručene správnych“ náuk sú osoby s poruchou osobnosti, rôznymi defektmi v oblasti psychiky alebo podvodníci, ktorí sa svojou činnosťou snažia získať finančný alebo majetkový prospech. U siekt s týmito typmi vodcov je ich koniec nezvratný. Nie je výnimkou, že postihuje členov sekty tým najtragickejším koncom, kedy za svoju dôveru zaplatia životom.

Slovo na záver

Autor Maturkanič (2010) uvádza, že ľudská osoba, presnejšie osoba Qua je základným zdrojom pochopenia a lásky: autonómny, suverénny, hypostatický celok, neporušiteľný, nie je iba prostriedkom, ale aj cieľom. S osobou nemože byť preto nikdy zaobchádzané ako s prostriedkom. Hlavný účel skutočného spoločenstva je podporovať každú osobu v každej etape jej vývoja a v prípade potreby jej poskytnúť starostlivosť. Obzvlášť tieto slová naberajú na význame pri odbornej pomoci obetiam psychickej manipulácie v rámci sekty.

Zoznam použitej literatúry

- [1] BAUMGARTNER I.: *Psychologie a víra*. Pastorační středisko při AB pražském Praha 1996. ISBN 80-7178-179-7
- [2] BLAŽEK R., POKORNÝ V., TELCOVÁ, J.: *Nebezpečí sekt*. Brno: Ústav psychologického poradenství a diagnostiky r. s. 2002. ISBN 80-86568-07-5
- [3] HASSAN, S.: *Jak čelit psychické manipulaci zhoubných kultů*. Brno: Nakladatelství Tomáše Janečka. 1994. ISBN 80-85880-03-2 10
- [4] KAŠPARŮ, M.: *Základy pastorální psychiatrie pro zpovědníky*. Brno: Nakladatelství Cesta. 2002. ISBN 80-7295-031-2
- [5] KULÍKOVÁ, L., ŠIMKOVÁ, L.: *Sekty, anebo nová náboženská hnutí?* In Kriminalistický sborník, 1999, č. 1, s. 30 - 36. ISSN 1453-259X
- [6] MATURKANIČ, P.: *5 x Člověk. Pět pohledů na život člověka*. České Budějovice: nakladatelství Jih. 2010. ISBN 978-80-86266-36-7
- [7] RALBOVSKÁ, R.: Vplyv patologickej religiozity na biopsychosociálnu pohodu jedinca. In medzinárodný súhrn vedeckých prác: *Aspekty verejného zdravotníctva a ošetrovateľstva v 21 storočí*. Bratislava 2010. ISBN 978-80-89088-97-3
- [8] RALBOVSKÁ, R.: *Multikulturní přístup pro pomáhající profese*. Praha: EVC. 2010. 2. upravené vydání. ISBN 978-80-87386-09-5
- [9] RONALD, E.: *Průvodce sektami a novými náboženstvími*. Preklad M. Koldinský. Praha: Návrat domů. 1994. s. 14 - 18. ISBN 80-85495-295
- [10] SEKOT, Aleš. Sociologie v kostce. Brno: Paido, 2004. [206 s.] ISBN 80-7315-077-8. s. 170.
- [11] ŠTAMPACH, I., O.: *Přehled religionistiky*. Praha: Portál. 2008. ISBN 978-807367-384-0
- [12] VOJTÍŠEK, Z. Encyklopedie náboženských směrů a hnutí v České republice: náboženství, církve, sekty, duchovní společenství. Praha: Portál. 2004. ISBN 80-7178-798-1

Kontakt na autorku

PhDr., Mgr. Rebeka Ralbovská

FBMI ČVUT v Praze

Katedra lékařských a humanitních předmětů

ralbovska.rebeka@seznam.cz

VYUŽITÍ MULTIKULTURALITY PŘI PŘÍPRAVĚ NA ÚČAST V ZAHRANIČNÝCH MISÍCH

PhDr., Mgr. Rebeka Ralbovská, Ph.D.¹, MUDr. Marián Liberko¹,

PhDr. Renata Knezović, Ph.D.², Ing. Václav Navrátil¹

1. České vysoké učení technické v Praze, Fakulta biomedicínského inženýrství se sídlem na Kladně, katedra lékařských a humanitních oborů
a. LF UK Bratislava

Abstrakt

Obsahem příspěvku je problematika poskytování ošetrovatelské péče zahraničním klientům českými vojenskými zdravotníky v polních zdravotnických zařízeních v zahraničních misích. V příspěvku je charakterizována vojenská zdravotnická služba Armády České Republiky, její jednotlivé polní prvky a příprava vojenských zdravotnických nelékařských pracovníků na působení v zahraničních misích. Příspěvek je rovněž zaměřen na vztah vojenských nelékařských zdravotníků oboru transkulturní ošetrovatelství a jeho aplikaci v polních podmínkách zahraničních misí.

Klíčová slova: Zahraniční mise. Vojenský zdravotnický nelékařský pracovník. Zdravotní péče.

Abstract

The content of the paper is the issue is providing nursing by Czech military medical personnel to the patients in the foreign missions. The paper is characterized by the Military Medical Service of the Czech Armed forces, its individual elements or units deployed in field and last but not least the training of medical personnel who are designated for treatment of foreign patients in missions. This work is pointed to the specialty of transcultural nursing in relation to medical personnel and its application in field conditions of the missions abroad.

Key words: Foreign military mission. Military medical service. Health care.

Působení zdravotnických nelékařských pracovníků ve vojenském prostředí sahá do hluboké historie, kde i zakladatelka ošetrovatelství Florence Nightingale, sbírala své první zkušenosti s ošetrovatelstvím ve válce na bitevním poli.

V současné době je zdravotnický nelékařský personál působící ve vojenském prostředí plně profesionalizován nejen po stránce odborné, ale i vojenské. Po stránce odborné dodržují a splňují podmínky získání a uznávání způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání, které

vycházejí z platné legislativy o nelékařských zdravotnických povoláních, účastní se na celoživotním vzdělávání, jak ve formě navazujícího specializačního, vyššího odborného i vysokoškolského studia, tak účasti na odborných kongresech a konferencích. Vojenští zdravotníci si neustále zvyšují svoji odbornou způsobilost výkonem odborné praxe na vysoce specializovaných pracovištích zdravotnických zařízení po celé České republice. Praktická příprava je pro vojenské zdravotnické pracovníky velmi důležitá, neboť v rámci nasazení polních zdravotnických zařízení do zahraničních misí musí být tito pracovníci velmi dobře připraveni řešit náročné situace, spojené s působením v polních podmínkách, často ve velmi krátkém časovém limitu, samostatně a s omezeným logistickým zázemím.

Základními faktory pro působení zdravotnického nelékařského personálu v ozbrojených složkách jsou zejména zdravotní způsobilost a fyzická zdatnost. Tyto faktory jsou velmi přísně sledovány a vojáci se standardně podrobují pravidelně zdravotním prohlídkám a před výjezdem do zahraniční mise se podrobují ještě speciálnímu zdravotnímu a psychologickému vyšetření. Fyzická zdatnost je sledována ve formě každoročního přezkoušení z tělesné zdatnosti.

Vzhledem k působení zdravotnických nelékařských pracovníků mnohonárodnostních zdravotnických týmech je kladen také důraz na jazykovou připravenost vojáků. Tato problematika je řešena účastí v dlouhodobých jazykových kurzech a samostudiem, které jsou potřebné k dosažení určitého stupně jazykové připravenosti, které jsou stanoveny normami NATO.

Ostatní vojenstvo – odborná příprava z oblastí nedokladná péče v poli, medicína katastrof, tropická medicína, toxikologie, radiobiologie, epidemiologie a hygiena je řešena formou kurzů, které jsou připravovány ve spolupráci s Fakultou vojenského zdravotnictví Univerzity obrany.

Součástí této přípravy je také zprostředkování základních informací o jednotlivých náboženstvích, které ve výrazné míře determinují celé lidské bytí. V atmosféře multináboženské tolerance a mezináboženského dialogu si zdravotničtí pracovníci uvědomují, že souznění vzájemně spolupracujících stran v rámci mezináboženského dialogu není záležitostí interkurence doktrín, ale individuálního přijetí náboženských hodnot do psychiky jednotlivých zúčastněných jedinců. Osobní duchovní zkušenost integrována do mezináboženského dialogu je nezastupitelná. (Záviš, 2010)

Účastníci mise se setkávají s místním obyvatelstvem, které nejenom hovoří jiným jazykem, ale má i jiné zvyky, názory a přesvědčení. Často přicházejí do země, která je jim zcela cizí. Nezvyklé jsou klimatické i životní podmínky, způsob výživy, rituály a v neposlední řadě rovněž celý zdravotnický systém. Mnozí místní obyvatelé prokazují výsledky průměrného zdravotního zabezpečení ve smyslu horšího očkovacího statutu, vyššího výskytu infekčních onemocnění, porodní úmrtnosti apod.

Nelékařský zdravotničtí pracovníci jsou stále konfrontováni s novými kulturami, s nutností přehodnotit vlastní stávající hodnoty a učit se chápat cizí představy o zdraví a nemoci. Účinná pomoc klientům/pacientům z různých kultur v oblasti zdravotnické péče si žádá dobrou připravenost. Konkrétní odborná služba pro lidi z různých kulturních profilů by nejen neměla ubližovat, ale měla by přinášet hmatatelné kladné účinky, a to s úctou ke

kultuře, z níž klient pochází. Je tedy potřeba seznámit tyto pracovníky s odlišnostmi těchto kultur, protože smyslem multikulturního přístupu je také naplnit lidské potřeby tak citlivě, aby klient/pacient neměl důvod odmítat spolupráci nebo pociťovat nespokojenost. Příslušníci jednotlivých kultur běžně považují respektování svých odlišností za své právo. (Ralbovská, 2010)

Kromě toho některé minoritní společenství mají významně odlišné hodnoty, postoje a zvyklosti ke zdravotní péči. Sem patří i příslušníci společností, kteří zastávají návrat k přírodě, preferují domácí porody či bylinnou medicínu. Situace se také různí podle geografické oblasti, náboženského zázemí, věku, vnímání sexuality a dalších aspektů (Andrews, 1999).

V rámci multikulturního přístupu očekávají také respektování práva na akceptaci odlišností v rámci jiné kultury nebo náboženství. Závazkem pro členy pomáhajících profesí by mělo být zajímání se o morální aspekty klientovi/pacientovi kultury, což jim může velmi pomoci při uspokojování jeho bio-psycho-sociálních potřeb, dle jeho zvyklostí. Celé rozhodování by tak mělo být založeno na operativní znalosti kultury, která pohotově brání neúčinnému, či dokonce zraňujícímu chování.

Kompetence zdravotnického personálu v interakci s jinou kulturou:

- rozdíly vnímat a unést,
- nechat jiné být jinými,
- poznat vlastní interpretační vzory a předsudky,
- znát své vlastní obavy a stavy napětí, vlastní přání a hranice,
- vydržet mezi fascinovaností a ohrožením,
- poznat a chápat vlastní perspektivu jako jednu z mnohých,
- seznámit se s nezvyklým a akceptovat jej,
- zůstat empatický

(Kolektiv autorů, 2005).

Náboženské jevy jsou často neviditelné a skryté, ale při léčení a ošetřování se ve velké míře odhalují. Proto je třeba se jim věnovat. Poznat základy jednotlivých náboženství je pro členy pomáhajících profesí nesmírně důležité, neboť náboženství a víra zásadně ovlivňují životní fungování člověka v každodenním světě. Takové informace napomáhají porozumění a individuálnímu přístupu. Zvyšuje se tím také spokojenost klienta/pacienta s kvalitou poskytované péče.

Zaměření na Islám

Arabské slovo islám znamená odevzdání se nebo podřízení vlastní vůle jedinému skutečnému Bohu, který má jméno Alláh. Naprosté podřízení vlastní vůle Bohu představuje samu podstatu uctívání, a proto základním principem Božího náboženství, Islámu, je uctívat pouze Boha. Islám je nejmladším náboženstvím na světě. Jeho počátek můžeme hledat u proroka Muhameda, který se narodil v Mekce přibližně roku 570 n. l.

Islám není pouze nauka o víře, ale prostřednictvím předepsaných způsobů chování utváří životní styl věřících. Činnosti jsou rozděleny do pěti kategorií: zavazující, doporučení, lhostejné, nežádoucí, zakázané. Například mytí je před modlitbou povinnost, zahájit toto mytí pravou stranou je doporučené, bude-li použita teplá voda nebo studená voda je lhostejné, ale cizímu je zakázáno se této vody dotknout. Korán platí jako nezměněné slovo Boží, jež předal Alláh proroku Muhamedovi. Je rozdělen do 114 oddílů, které jsou označovány jako **Surny**. **Surna** je cesta proroka Muhameda, která je vzorem každého muslima. Tradice ze života a působení proroka Muhameda jsou uchovány v Hadith, které obsahují i výroky Muhameda (Haeri, 1997).

Pro všechny věřící Islámu platí pět povinností, takzvaných „pět sloupů“ Islámu:

■ **vyznání víry**

■ **povinné modlitby**

■ **půst v měsíci Ramadánu**

■ **almužna chudým**, jedná se o přesně regulované uzákoněné odvody/dávky, ve prospěch chudých a potřebných

■ **pout' do Mekky**, kterou by měl vykonat dospělý Muslim alespoň jedenkrát za život v případě, že si to může dovolit (Ivanová, Špirudová, Kutnohorská, 2005).

Islámský názor říká, že smrt a život, nemoc a zdraví jsou vůle Boží. Muslimům přikazuje, aby léčili své nemocné a provedli vše k prevenci nemoci. A snad také proto je vidět značný pokrok medicíny již v minulých stoletích. Toto náboženství také přikazuje svým stoupencům, aby věřili v každý lék. Všeobecně ovšem platí názor, že prevence je lepší než lék a proto přikazuje muslimům, aby prováděli všechna dostupná opatření proti nemocem:

Čistota

Muslim se musí omývat denně k modlitbám (obličej, ruce, nohy, ústa a uši), sprchuje se minimálně každý pátek, také po každém pohlavním styku a žena navíc po menstruaci a po šestinedělí. Muslim musí odstranit podpažní chlupy třikrát týdně a chlupy v oblasti genitálu jednou za čtrnáct dní.

Čištění zubů

Islám chce, aby se zuby čistily více jak jedenkrát denně. Prorok Muhamed si dokonce přál, aby se zuby čistily před každou modlitbou. Muslimové používali kořeny rostliny miswak jako kartáček a ještě desítky milionů muslimů tento způsob používá dodnes.

Střídmost

Je zakázáno jíst nebo pít cokoli, co negativně ovlivňuje zdraví člověka, což jsou drogy, alkohol a jiné toxické látky. Korán mluví o alkoholu a říká: „Ptají-li se tě na víno a hazardní hry, řekni, že v obou je škodlivost a také určité výhody, ale jejich škodlivost je větší než výhody“ (Ivanová, Špirudová, Kutnohorská, 2005).

Modlitby v Islámu

Primárním bohoslužebním úkonem v islámu je úkon modlitby (salát). Korán nařizuje všem věřícím: „A jste-li v bezpečí, dodržujte modlitbu, neboť modlitba je pro věřící i předepsána v čas stanovený!“ (Korán 4:103, 2000).

Modlitba sama o sobě se skládá ze tří specifických pozic jdoucích podle přesného pořádku. Je to: stoj, úklona do pravého úhlu a klečení s obličejem k zemi. Závěrem je krátký odpočinek vsedě. Každá pozice má svůj vnitřní význam. Když stojíme v údivu a zbožňování, prosíme o boží milosrdenství. Když si uvědomíme, jak nesmírná je moc Boha, jsme natolik jati posvátnou hrůzou, že se před Bohem skloníme. Nakonec zmizíme z existence (jakékoli jiné než Alláh) poklekne s obličejem k zemi. Modlitby dělíme na povinné, nepovinné a dobrovolné (Haeri, 1997).

Při modlitbě musí být člověk oděn a země, na které se má modlitba vykonávat musí být zbavena veškeré špíny a nečistot. Následuje svolávání k modlitbě - *adhán*. Modlíci se stojí směrem k Mekce, zvedá obě ruce k uším a hlasitě pronáší modlitbu.

Modlitební koberec a Korán jsou pro muslima klíčové předměty a zdravotnický personál ani spolu pacienti by na ně neměli nic pokládat. Koberce i Koránu se nesmí dotýkat žádná osoba, která má ruce znečištěny krví nebo močí, je tedy rituálně nečistá. Někteří muslimové nosí na sobě amulet, černou stuhu, stříbrný či zlatý řetízek, na nichž jsou napsány jednotlivé citáty z koránu. Pokud pacient na jejich nošení trvá, neměly by se mu násilím odebírat. Neměly by se při prováděných výkonech namočit, měly by tedy zůstat suché.

Nemocní tvoří jednu ze skupin muslimů, která je v tomto období zproštěna povinnosti se modlit. Ale mnozí ortodoxní muslimové chtějí vykonávat modlitby i v průběhu hospitalizace v nemocnici. První modlitba je před východem slunce, při druhé může spojit polední a odpolední modlitbu a konečně při třetí může spojit modlitbu při západu slunce a večerní modlitbu. Možnost nerušeného soukromí pro modlitbu je důležité pro každého nemocného muslimského pacienta. Mnohem důležitější je však tento požadavek pro muslimské pacientky – ženy. Očista, mytí jsou pro nemocného pacienta důležité, a jakmile to

jeho zdravotní stav dovoluje, je třeba je provádět. V případě nutnosti postačí pouze symbolické omývání **tajammum**. Namísto mytí se v tomto případě muslimský pacient poze dotkne rukou zdi a naznačí mytí. Uvedený způsob vyplývá z islámských pravidel, že místo vody nebo písku může být v ojedinělých případech použit i kámen (Ivanová, Špirudová, Kutnohorská, 2005).

Specifika stravování v Islámu

Jídlu je v islámské kultuře přikládána velmi vysoká důležitost a velmi úzce souvisí s pohostinností. Každému hostu je nabídnuta v kteroukoliv denní i noční hodinu domácí strava, kterou může jen stěží odmítnout, protože by urazil hostitele. Příjem stravy představuje i společenskou událost, kdy se u jídla setkává celá rodina. I v nemocnici chtějí příbuzní zabránit tomu, aby nemocný musel jíst sám. Možná je v tomto přání obsažena i nedůvěra zdravotnickému zařízení a domněnka, že jejich příbuzný obdrží i zakázané jídlo (Ivanová, Špirudová, Kutnohorská, 2005).

Korán zakazuje konzumovat vepřové maso a všechny výrobky z vepřového masa, včetně sádla a pokrmů připravených na sádle. Ortodoxní muslim nepoužije ani nůž, s nímž bylo vepřové maso krájeno. Maso, které muslimové mohou jíst, má být ze zvířat poražených nikoliv běžným způsobem, nýbrž dle islámských pravidel speciálním způsobem **halal nebo zahiba**, kdy nechají poražené zvíře vykrváct. Při sestavování jídelníčku je nutno dávat přednost drůbežímu a hovězímu masu. Pokud možno se vyhýbáme mletému masu (nedůvěřují tomu, že neobsahuje také vepřové). Jinak na úpravě nezáleží, maso může být uvařené, pečené, případně s omáčkou apod. Pro mnohé muslimy je jednou z možností v nemocničním zařízení přijímat stravu vegetariánskou. Z mořských živočichů mohou jíst muslimové všechny druhy ryb, které mají šupiny a některé měkkýše jako např. humry, garnáty. Muslimové nesmějí konzumovat alkoholické nápoje, ani nápoje, do nichž je alkohol přimíšen. Nesmějí jíst ani pokrmy, které byly připravovány na alkoholu (Ivanová, Špirudová, Kutnohorská, 2005).

Výživě se musí věnovat značná pozornost, aby si člověk uchoval čisté srdce a zdravou mysl, aby posiloval svou duši a měl čisté a zdravé tělo. A právě to islám dělá. Někteří povrchní lidé si snad myslí, že potraviny a nápoje nemají žádný přímý vliv na celkový stav člověka pravidelně přijímajícího potravu. Takový názor není islámský, protože islám považuje tyto věci za velmi vážné. Islám je v oblasti kvality organické výživy člověka stejně ortodoxní a nekompromisní jako v oblasti duchovního zdraví a intelektuálního růstu. Tento fakt můžeme doložit skutečností, že některé potraviny jsou zakázány zcela, některé by se měli požívat mírně, bez přehánění a výstřelků.

Obecná islámská zásada zní: „Všechny věci, které jsou pro člověka čisté a dobré, jsou správné, jako pokrm požívají-li se v mírných dávkách. Avšak všechny věci, které jsou nečisté, špatné a člověku škodlivé, nejsou za běžných okolností správné jako pokrm. Pro výjimky a případy absolutní nezbytnosti vždy existuje jistá pružnost a možnosti“

Specifika zdravotní péče v Islámu

Zdrojem islámského zákona je *Šaria* (lze přeložit jako kanonické zákony islámu, zahrnující veškeré stvoření).

Při řešení etických dilemat v biomedicině, Islám zastává především základní mravní principy:

- *respekt k fyzické integritě,*
- *respekt k mentální integritě,*
- *respekt k trvalému zachování genealogie* (Munzarová, 2005)

V roce 1981 vydala v Kuwaitu Islámská organizace lékařských věd Islámský kodex lékařské etiky, podpořený mnoha arabskými a islámskými zeměmi. Kodex obsahuje mezi jiným i tuto přísahu: „Přisahám před Bohem: při vykonávání své profese budu mít v úctě Boha, budu mít respekt k lidskému životu ve všech jeho stádiích a za všech okolností a budu dělat vše proto, abych jej zachraňoval od smrti, nemoci, bolesti a úzkosti, budu podporovat důstojnost lidí, chránit jejich soukromí a dodržovat jejich tajemství, budu nástrojem Božího milosrdenství pro blízkého i vzdáleného, ctnostného i hříšníka, přítele i nepřítele, budu rozvíjet své znalosti a budu je využívat k dobru, a nikoliv ke škodě lidstva, budu ctít své učitele, učit své podřízené a pečlivě opatrovat bratrství se svými kolegy, propojenými ve zbožnosti a lásce, a budu žít svou víru jak v soukromí, tak i na veřejnosti a vyhýbat se všemu, co by mě mohlo poskvřnit v očích Boha, jeho apoštola a mých souvěrců. Bůh je mi svědkem při této přísaze“ (Munzarová, 1999).

Nemoc je v Islámu chápána jako něco zavazujícího, pro rodinné příslušníky nemocný není vyloučen z rodinného dění, ale stojí v centru zájmu a péče celé rodiny. Návštěva nemocného je v islámských zemích sociální povinností. Muslimové jsou toho přesvědčení, že čím více příbuzných se sejde u lůžka nemocného, tím rychleji se uzdraví. Přítomnost mnoha lidí je považována za normální a myšlenka, že by spousta příbuzných na pokoji mohla rušit ostatní pacienty nebo pracovníky nemocnice si rodinní příslušníci vůbec neuvědomují. Během návštěvy příbuzných je u muslimů zvykem společně se pomodlit za uzdravení nemocného.

V islámské kultuře je tabu s nezúčastněným mluvit o následujících tématech:

Rodinné a intimní problémy, to platí obzvláště tam, kde se jedná o rozhovor s osobou opačného pohlaví. Může se stát, že muslimský pacient na otázku rodinných problémů reaguje velmi vyhybavě, protože není obvyklé s osobou nevyznávající islám o těchto záležitostech mluvit.

Fyziologické funkce. Pacienti se často stydí bavit se o základních fyziologických funkcích jako je močení, stolice, výtok, zvracení apod.

Těhotenství. O těhotenství se s mužem nemluví, i když těhotná žena krvácí, neuvádí tuto skutečnost, protože má strach, že by jí mohl někdo přát něco zlého nebo by to mohlo být přivoláno.

Rodinný stav. I otázka zjišťující rodinný stav je mnohými svobodnými, staršími osobami vnímána jako nepříjemná, protože nebýt ve svazku manželském je považováno za poskvrnu. Ptát se svobodné muslimské ženy, má-li děti, se vůbec nehodí, protože mimo manželský pohlavní styk je zakázán. Stejně tak může být vnímáno jako urážka, bude-li se dotazovat vdané bezdětné ženy, má-li děti. Může mít pocit, že je jí její bezdětnost vyčítána (Ivanová, Špirudová, Kutnohorská, 2005).

Při poskytování zdravotní péče u muslimského pacienta musíme respektovat tělesné oblasti, které jsou tabu. U muslimských mužů k nim patří oblast mezi pupkem a koleno, která musí být neustále zahalena i když se v té chvíli jedná pouze o mužskou společnost, což bývá zpravidla dodržováno. Muži a mladiství by měli být pokud možno vyšetřováni a ošetřováni lékařem. Není-li to možné, je důležité říct muslimskému pacientovi, že znáte boží přikázání jeho víry a vysvětlíte mu, proč momentálně není možné, aby jej vyšetřil příslušník stejného pohlaví, projeví pacient jistě více pochopení a vstřícnosti v dané situaci. Zdravotní péči o muslimské muže by měli vykonávat zdravotníci mužského pohlaví obzvláště, jedná-li se o nějakou intimní péči. Tělesný kontakt mezi cizím mužem a ženou je v Islámu tabu. U muslimských žen je intimní oblast od krku až po kolena. Ortodoxní muslimské ženy mají nezahalené pouze nohy, ruce a obličej. Povinnost mít tyto části těla zahaleny neplatí při styku s ostatními muslimskými ženami, s dětmi, s manželem a blízkými příbuznými (synové, otec, bratři...). Z tohoto přikázání se odvíjí zvyky v oblékání. Muslimské ženy nosí na veřejnosti volné oblečení, které překrývá celou postavu. Na základě oblečení můžeme rozpoznat, jak přísně ta která žena dodržuje pravidla Islámu. Jsou-li ženy vyšetřovány lékařem, může dojít k těžkostem, a to i dívek školního věku. Před lékařkou se většinou muslimské ženy nestydí. Ženy a dospívající dívky by měly být pokud možno vyšetřovány a ošetřovány lékařkou. Není-li to možné, je důležité říct muslimské pacientce, že znáte boží přikázání její víry a vysvětlíte jí, proč momentálně není možné, aby ji vyšetřila příslušnice stejného pohlaví, pacientka projeví jistě více pochopení a vstřícnosti v dané situaci.

V islámských zemích je běžné, že se vyšetření ženy účastní manželé případně příbuzné ženského pohlaví. Můžete se pacientky zeptat, zda si při vyšetření přeje přítomnost některého z rodinných příslušníků. Je dobré učinit tento dotaz v nepřítomnosti příbuzných, protože jinak může tato žena těžko jejich přítomnost odmítnout.

Muslimské náboženství dovoluje lékařům používat všechny prostředky k záchraně života muslima či k prodloužení jeho života. Transfúze krve jsou povoleny, včetně transfúzí krve dárců neislámského přesvědčení. Na druhé straně neexistuje povinnost pokračovat ve výkonech za každou cenu a tím prodlužovat pacientovo utrpení, nikoliv kvalitní život. Islám nedovoluje eutanazii, a to jak pacientem vyžádanou aktivní eutanazii, tak asistovanou sebevraždu pacienta (Ivanová, Špirudová, Kutnohorská, 2005).

Prvořadým a základním právem je právo na život a respekt k němu. Islám zaručuje právo na život všem, včetně nenarozených dětí. Chrání již zárodek v těle matky tím, že zakazuje potrat. Pouze pokud by byl ohrožen život matky, je na doporučení lékaře potrat možný. Nenarozené dítě se totiž nesmí zabít z obavy, že ho rodiče neuživí, nebo že si ho jednoduše nepřejí. Lidská krev je vždy v posvátná a nelze ji prolít bez ospravedlnění.

A jestliže někdo poruší posvátnost lidské krve zabitím bez ospravedlnění, přirovnává Korán tento čin k zabití celého lidstva: „Když někdo zabije lidskou bytost, jako kdyby povraždil celé lidstvo“ (Korán, 2000).

V Koránu je také psáno: „Nezabíjejte nikoho, jehož život Alláh učinil posvátným – leda na základě náležitého zákona a práva...“ (Korán, 2000).

U ortodoxních vyznavačů islámu jsou zakázány:

▪ *transplantace orgánů*

Muslimové věří, že se v těle člověka nachází duše, a proto nesmí být nějaký orgán transplantován, či odňat.

▪ *pitvy*

Muslimové věří na tělesné znovuvzkříšení a většina z nich zastává názor, že znovuvzkříšené tělo bude to stejné jako pozemské, z tohoto důvodu musí zůstat neporušené. Kromě toho je v Islámu důležité, aby bylo tělo rychle pohřbeno, protože duše nalezne klid až v hrobě.

▪ *kosmetické operace*

Mění to, co bylo stvořeno Alláhem, a proto jsou v očích mnohých muslimů zakázány. Výjimku tvoří pouze nutné lékařské indikace.

▪ *potraty*

Nejsou dle mnoha muslimů do čtvrtého měsíce zakázány, ale odsouzeny.

Po čtvrtém měsíci je potrat povolen jen tehdy, pokud při zachování těhotenství je ohrožen život matky. Existuje ale pověra, že si Alláh za dítě ztracené potratem, povolá dítě druhé, což vede ke značnému strachu (Ivanová, Špirudová, Kutnohorská, 2005).

Péče o umírajícího muslima

Umírající muslimský pacient si zpravidla přeje, aby seděl nebo ležel s tváří obrácenou k Mekce. Je-li to možné, snažíme se tedy postel s umírajícím otočit tímto směrem, což bývá s vděčností přijímáno. Přítomnost u lůžka umírajícího mohou vyžadovat jednak příbuzní, jednak stařešinové místní muslimské komunity, jednak duchovní. V případě muže pacienta

jim to umožníme, dovoluje-li to ovšem stav pacienta. V případě ženy pacientky mohou mužští členové komunity a muž – duchovní přijít pouze tehdy, je-li to výslovné přání umírající ženy (Ivanová, Špirudová, Kutnohorská, 2005).

Bývá zvykem, že příbuzný nebo některý významnější muslim šeptá do ucha umírající osoby výzvy k modlitbě. Umírající má obrátit hlavu k Mekce a pronést „není Boha kromě Boha“. Jedná se o přípravu na výslech, který provádějí andělé v hrobce. Umírajícímu nebo při pohřbu se recituje 36. Súra, která má truchlící lidi informovat o skutečné podstatě člověka a má tak pozůstalé utěšit a mrtvému, který všechno slyší, má pomoci, aby si uvědomil, že zemřel (Werner, 2003).

Jakmile nastane smrt, mělo by být tělo zemřelé osoby zahaleno. Úprava nebožtíků se jakožto všeobecná náboženská povinnost řídí detailními předpisy, které obvykle bývají přesně dodržovány. Je velmi přesně stanoveno, kdo a koho může omývat. Ženu může omývat pouze jiná žena, a pokud ji omývá nějaký muž, pak jedinečně její manžel. Toto pravidlo platí i obráceně, tedy že muž může být omýván pouze muži, z žen pak pouze svojí manželkou. Omývání pak probíhá následujícím způsobem, u mužů je látkou zakryta část těla od pupku ke kolenům a u žen pochopitelně od ramen ke kolenům. Tato látka se při omývání nesmí odstranit, tělo se omývá tak, že omývající svou ruku vsune pod plátno. Jeho ruka je navíc omotána látkou, aby nedošlo k přímému kontaktu těla zemřelého a živého. Nejdříve je omyta pravá strana těla od hlavy dolů, poté levá od hlavy dolů, podobně i záda. Tělo je omýváno celkem třikrát, poprvé čistou vlažnou vodou. Voda je vlažná proto, že muslimové mají úctu k mrtvým, a jak horká, tak studená voda by zemřelé mohla „překvapit“. Podruhé je tělo omyto vodou s cedrovým olejem, naposled pak vodou s parfémem. Po skončení procedury omývání je celé tělo zabaleno do rubáše z bílé látky, která jak u hlavy, tak u nohou přesahuje tělo přibližně o třicet centimetrů. Z tohoto rubáše se ještě před zabalením utrhne sedm pruhů látky, které jsou uvázány kolem nebožtíkova těla- nad kotníky, nad koleny, kolem boků, kolem pasu, pod rameny, na krku a nad hlavou (Denny, 1998).

V tomto stavu je tělo připraveno k pohřbu. Nyní je považováno za čisté a je možné ho pohřbit. Islám zakazuje spalování zesnulých, neboť mrtvola má zůstat co nejdéle neporušená. Všeobecně lze říci, že islámského pohřbu se účastní pouze muži. Ženy a děti se pohřebního rituálu ukládání těla zesnulého do země obvykle neúčastní. Muslimové často své mrtvé nepohřbívají v rakvi. Z místa omývání je tělo nesené přímo na hřbitov. Tělo je pohřbíváno v hloubce odpovídající výšce pohřbívaného. Dno hrobu přitom není rovné, naopak má uprostřed jakýsi schod. Ten je tam z toho důvodu, aby pohřbený neležel rovně na zádech, ale aby byl mírně nakloněn na pravý bok. Má to svou „praktickou“ příčinu, mrtvý pak bude v den zmrtvýchvstání schopen vstát. Navíc leží nohama směrem k Mekce, aby věděl, kam má v onen den zmrtvýchvstání odejít (Denny, 1998).

Během následujících tří dnů po pohřbu dostává rodina pozůstalých kondolence a jsou opět pronášeny modlitby za spásu duše zesnulého. Hrob má být co nejvíce jednoduchý, bez kamenné obruby, příkrovu, svíček nebo květinové výzdoby. Za dostačující se považuje prostá stěla, na kterou je vyryto nebožtíkovo jméno nebo některá ze Súr. Mezi islámská ustanovení

patří možnost použít hrob pouze jednou. Hřbitov je chápán jako místo budoucího vzkříšení z mrtvých, a proto mají zemřelí právo na věčný klid.

Závěr

Jak uvádí Mareš, každá kultura má také specifické pojetí zdraví a nemoci, má rozdílné způsoby komunikování zdravotních potíží, rozdílné znalosti o zdraví a nemoci atd. Od pomáhajících profesí se proto požaduje respektování těchto specifit. K tomu je však potřebné podle výše uvedeného autora zavádět do přípravy zdravotnických pracovníků vzdělávání směřující k vytváření kulturní senzitivity. „Zdravotnický pracovník by měl mít rozvinutý cit pro jednotlivé kultury a etnika, měl by rozpoznat jejich příslušníky, vybavit si jejich specifika, a pak s nimi jednat adekvátně k jejich zvyklostem. Měl by nacházet takové kompromisy mezi postupy fungujícími u majority a postupy, na něž je zvyklá minorita, aby výsledkem byla úspěšná léčba specifického pacienta.“ (Mareš, 2001)

Seznam použité literatury

- [1] ANDREWS, M. M., BOYLE, J. S.: *Transcultural Concepts in Nursing care*. 3rd.ed. Philadelphia: Lippincott, 1999. ISBN 0-7817-1038-3
- [2] DENNY, F., M.: *Islám a muslimská obec*. Překlad K. Hronová, Praha: Prostor. 1998. ISBN 80-85190-69-9
- [3] HAERI, F. Š.: *Základy islámu*. Překlad K. Ferenčíková. Olomouc: Votobia. 1997. ISBN 80-7198-212-1
- [4] IVANOVÁ, K., ŠPIRUDOVÁ, L., KUTNOHORSKÁ, J.: *Multikulturní ošetřovatelství I*. Praha: Grada. 2005. ISBN 80-247-1212-1
- [5] KOLEKTIV: *Česká společnost na prahu vstupu do Evropské unie*. (učební texty) Ostrava. 2005. ISBN 80-7042-349-8
- [6] *KORÁN*: překlad I. Hrbek. Praha: Academia. 2000. ISBN 80-200-0246-4
- [7] MAREŠ, J.: *Příprava lékařů ne jednání s menšinami*. Praktický lékař. 2001 roč. 81. s. 400-403.
- [8] MUNZAROVÁ, M.: *Přísaha Asafova*. Praktický lékař. 1999. roč. 79, č. 8, s. 481-482
- [9] MUNZAROVÁ, M.: *Zdravotnická etika od A do Z*. Praha: Grada. 2005. ISBN 80-247-1024-2

- [10] RALBOVSKÁ, R. 2010. *Multikulturní přístup pro pomáhající profese*. 2. vyd. Praha: Vysoká škola zdravotnictví a sociální práce sv. Alžbety, Evropské vzdělávací centrum s.r.o. 2010. ISBN 978-80-87386-02-6
- [11] WERNER, H.: *Islámská kniha mrtvých: Představy islámu o onom světě*. Překlad V. Vodička. Podkovičky: Pragma. 2003. ISBN 80-7205-948-3
- [12] ZAVIŠ, M. 2010. Medzináboženský dialóg formou lásky k človeku. In: *Pavlova misia a multikultúrna spoločnosť*. 165 s. ISBN 978-80-223-2969-9. S. 62 – 73.

Kontakt na autorku

PhDr. Mgr. Rebeka Ralbovská

FBMI ČVUT v Praze

Ralbovska.rebeka@seznam.cz

MIESTO A ÚLOHY TRAUMATOLOGICKÉHO PLÁNU V ZDRAVOTNÍCTVE SR

Mgr. Elena RIMEKOVÁ
FNsP Žilina

Abstrakt

V prvej časti článku sa autorka zaoberá krízovým plánovaním v zdravotníctve Slovenskej republiky a určuje miesto traumatologického plánu v systéme krízového plánovania. Definuje traumatologický plán ako základný nástroj zdravotníckych zariadení, ktorý je používaný pri riešení mimoriadnych udalostí a krízových situácií spojených s hromadným príjmom zranených a zasiahnutých osôb. Tento plán obsahuje postupy, ktoré je potrebné vykonať na zvýšenie výkonnostnej kapacity zdravotníckeho zariadenia pri hromadnom príjme pacientov, ktorým je potrebné poskytnúť neodkladnú zdravotnú starostlivosť.

V druhej časti článku sa autorka zaoberá konkrétnym traumatologickým plánom žilinskej nemocnice a navrhuje možnosti jeho zlepšenia.

Kľúčové slová:

krízové plánovanie, krízový plán, subjekt hospodárskej mobilizácie, traumatologický plán, zdravotná starostlivosť

Abstract

In the first part of the article its authors deal with crisis planning in the health service of the Slovak Republic and the determining of the place of the traumatology plan in the system of crisis planning. They define the traumatology plan as a basic tool of health care institutions connected with the mass arrival of injured and targeted persons. This plan includes processes which are necessary to increase the capacity of the health care institution during mass arrival of patients needing provision of urgent healthcare.

In the second part of the article the authors deal with the specific traumatology plan of the Žilina hospital and propose possibilities for its improvement.

Key words:

crisis planning, crisis plan, subject of economic mobilisation, traumatology plan, healthcare

ÚVOD

Zdravotníctvo je systém slúžiaci na záchranu ľudských životov a ochranu zdravia. Zdravotná starostlivosť je občanmi chápaná ako služba, ktorá je tu pre ľudí, je všeobecne

dostupná a je vždy poskytovaná vo všetkých formách (ambulantná, ústavná a lekárenská) a v plnom rozsahu. Málokto si však uvedomuje, že to nemusí byť vždy pravda. Môžu sa vyskytnúť situácie, ktoré ovplyvnia možnosti aj rozsah poskytovania zdravotníckych služieb. Je preto nutné, aby zdravotníctvo malo pripravené scenáre a návody na riešenia neštandardných situácií, ktoré však musia mať svoj podklad aj v príslušnej legislatíve.

PRIPRAVENOSŤ NA RIEŠENIE MU A KRÍZOVÝCH SITUÁCIÍ V REZORTE ZDRAVOTNÍCTVA SR

Ak v systéme poskytovania zdravotnej starostlivosti nastane nejaká zásadná zmena, ktorú už nie je možné kompenzovať v rámci bežnej prevádzky, je potrebné ju riešiť ako krízovú situáciu. Krízová situácia pritom môže vychádzať priamo zo systému samotného, alebo pôsobí z vonkajšieho prostredia.

„Priprav sa dnes na zajtrajšie problémy.“ [1] Príprava sa realizuje v období pred vznikom krízy, a prehodnocuje sa a dopĺňa hlavne v pokrízovom období.

Vždy je potrebné byť pripravený na eventualitu, že nebude možné obmedziť pravdepodobnosť vzniku krízy na akceptovateľné riziko. Pre takéto prípady už nie je možné použiť postupy určené na predchádzanie krízových situácií, ale plány a postupy na ich zvládnutie. Základnou podmienkou, ktorá ovplyvňuje pripravenosť je tvorba postupov na zvládnutie konkrétnej krízovej situácie – plánovanie. V podmienkach zdravotníckych zariadení v SR je to hlavne tvorba krízových plánov, traumatologických plánov a pandemických plánov. Tieto plány sú pripravované ako reakcia na krízové situácie a sú aktivované za určitých okolností. Krízové plánovanie je efektívne možné uskutočniť pomocou nasledujúcich krokov [1]:

- **krok 1:** zostavenie plánovacieho tímu,
- **krok 2:** identifikácia možných problémov,
- **krok 3:** tvorba plánu,
- **krok 4:** testovanie plánu,
- **krok 5:** priebežná aktualizácia plánu.

Pri zostavení plánovacieho tímu je potrebné si uvedomiť, že ho musia tvoriť odborníci zo všetkých častí organizácie, pričom musia byť zastúpení aj ľudia z praxe. Na základe analýzy možných ohrození zostavia plán, ktorý zohľadňuje normatívny obsah, a zároveň špecifiká konkrétnej organizácie. Po vytvorení plánu je potrebné, aby s ním boli oboznámení všetci dotknutí zamestnanci.

Akokoľvek zodpovedne je plán pripravený, nikdy sa nemôžeme úplne spoľahnúť na to, že bude stopercentne fungovať v každej situácii. Pri krízových situáciách je hlavne nutné obmedziť na minimum paniku a vykonávanie zbytočných úkonov. Pracovníci sa musia naučiť čo najrýchlejšie reagovať a efektívne spolupracovať. Z tohto dôvodu je pri príprave na riešenie krízových situácií v oblasti zdravotníctva kladený veľký dôraz na vykonávanie praktických nácvikov a cvičení, ale aj na teoretickú prípravu. Cvičenia bývajú zamerané na

činnosti vykonávané rezortom zdravotníctva, ale aj spoluprácu a koordináciu záchranných zložiek v rámci IZS.

KRÍZOVÝ PLÁN SHM

Krízový plán subjektu hospodárskej mobilizácie (SHM) slúži na rozhodovanie o spôsobe vykonávania opatrení hospodárskej mobilizácie a koordináciu činností medzi jednotlivými subjektmi hospodárskej mobilizácie. Povinne ho musia vypracovávať všetky zdravotnícke zariadenia určené Ministerstvom zdravotníctva SR ako SHM. V každom zdravotníckom zariadení určenom ako SHM rezortu zdravotníctva je zriadený Útvár krízového riadenia (ÚKR). Jeho zamestnanec – odborný referent útvaru krízového riadenia – je priamo podriadený riaditeľovi určeného zdravotníckeho zariadenia.

Štruktúru a obsah krízového plánu hospodárskej mobilizácie upravuje vyhláška MHV SR č. 339/2010 ktorou sa vykonávajú niektoré ustanovenia zákona NR SR č. 414/2002 Z. z. o hospodárskej mobilizácii (od 1.8.2011 nahradený zákonom NR SR č. 179/2011 Z. z. o hospodárskej mobilizácii). Vyhláška stanovuje štruktúru a obsah krízového plánu SHM, ktorý obsahuje šesť hlavných kapitol a schvaľovací doložku (kapitoly majú ďalšie podkapitoly vrátane vzorov potrebných tlačív a hlásení). Základné kapitoly sú:

- **I. Kapitola:** Metodika činností subjektu na dosiahnutie stavu pripravenosti na vykonanie opatrení hospodárskej mobilizácie,
- **II. Kapitola:** Záväzky subjektu na núdzový stav, výnimočný stav, vojnový stav alebo vojnu,
- **III. Kapitola:** Zhodnotenie podmienok subjektu na splnenie záväzku,
- **IV. Kapitola:** Požiadavky na splnenie záväzku,
- **V. Kapitola:** Doplnujúce údaje a prílohy,
- **VI. Kapitola:** Spôsob vykonania opatrení hospodárskej mobilizácie.

Krízový plán sa vedie priebežne a aktualizuje sa pri zásadných zmenách, ktoré sa viažu na plnenie opatrení hospodárskej mobilizácie. Takto zostavený krízový plán by mal v podstate predvídať všetky situácie, ktoré by mohli nastať a obsahovať návody a postupy na ich efektívne zvládnutie.

Súčasťou krízového plánu zdravotníckeho zariadenia poskytujúceho ústavnú zdravotnú starostlivosť určeného ako SHM je aj „Pandemický plán“ a „Traumatologický plán“ zdravotníckeho zariadenia.

TRAUMATOLOGICKÝ PLÁN

Prípravu traumatologických plánov koordinuje Ministerstvo zdravotníctva SR (podľa § 4a zákona č. 129/2002 Z. z. o integrovanom záchrannom systéme), a sú ich povinné vypracúvať všetky zariadenia ústavnej zdravotnej starostlivosti (nie len zdravotnícke zariadenia ústavnej zdravotnej starostlivosti určené ako SHM), na zabezpečenie úloh

súvisiacich s poskytovaním zdravotníckej pomoci v tiesni pri udalostiach s vysokým počtom postihnutých v ohrození života alebo s poškodením zdravia.

Traumatologický plán zohráva dôležitú úlohu v zdravotníckom zabezpečení krízových situácií, nakoľko je prvou a najrýchlejšou odpoveďou zdravotníckeho zariadenia na potrebu zvýšenia výkonnostnej kapacity pri prijíme a ošetrovaní zvýšeného počtu pacientov.

Pri krízovej situácii vždy ubehne nejaký časový úsek, kým zasadne krízový štáb, sú vyrozumené príslušné orgány a pod., ktoré vydajú príkazy na vykonanie potrebných opatrení (prípadne až vyhlásia krízový stav). Traumatologický plán aktivuje lekár urgentného príjmu, príp. službukonajúci lekár na príjmovej traumatologickej ambulancii – po konzultácii s operačným strediskom ZZS a zvážení výkonnostnej kapacity zdravotníckeho zariadenia. Je potrebné si uvedomiť, že v rámci SR fungujú aj zdravotnícke zariadenia ústavnej starostlivosti, ktoré nie sú určené ako SHM, a nemajú spracovaný krízový plán ani orgány krízového riadenia na úrovni zdravotníckeho zariadenia (spracovávajú len traumatologické plány).

Traumatologický plán by mal obsahovať postupy zdravotníckeho zariadenia pri hromadnom príme zranených a zasiahnutých s rôznymi typmi poškodenia zdravia, prípadne ich kombináciou. V SR však doteraz nevyšla žiadna právna úprava, ktorá by stanovovala presný obsah traumatologických plánov.

PANDEMICKÝ PLÁN

Pandemický plán sú povinné vypracovať len zdravotnícke zariadenia ústavnej zdravotnej starostlivosti určené ako SHM (nie všetky však musia mať infekčné oddelenie). Tvorí ho súhrn pripravených opatrení zameraných na poskytovanie zdravotnej starostlivosti v čase pandémie chrípky pacientom s pandemickým vírusom. Sú to opatrenia organizačné (vrátane reprofilizácie lôžkového fondu), materiálne, technické a pod.

Aktivácia pandemického plánu je naviazaná na vyhlásenie núdzového stavu podľa zákona č. 227/2002 o bezpečnosti štátu v čase vojny, vojnového stavu, výnimočného stavu a núdzového stavu (čl. 5 ods. 1). V tomto prípade už môže zdravotnícke zariadenie pristúpiť k obmedzeniu odkladnej zdravotnej starostlivosti, nakoľko pandémie môže pretrvávajúť určité (dopredu nedefinovateľné) obdobie.

V prípade rozsiahlej epidémie alebo nožnej pandémie, kedy je potrebné zvýšiť počty infekčných lôžok, je navrhnuté vykonať reprofilizáciu interných profilov lôžok na lôžka infektologické. Počas pandémie chrípky sa reprofilizujú hlavne [2]:

- lôžka v odbore fyziatria, balneológia a liečebná rehabilitácia,
- lôžka dlhodobo chorých,
- lôžka doliečovacieho oddelenia,
- geriatrické lôžka,
- neakútne lôžka interných kliník alebo oddelení,
- neakútne lôžka neurologických kliník a lebo oddelení.

Reprofilizácia lôžkového fondu určených subjektov v čase vyhlásenej pandémie sa vykonáva na príkaz Úradu verejného zdravotníctva Slovenskej republiky alebo na príkaz príslušného regionálneho úradu verejného zdravotníctva v rozsahu schválených pandemických plánov určených subjektov s dodržaním odborných pokynov MZ SR.

TRAUMATOLOGICKÝ PLÁN FNŠP ŽILINA

Fakultná nemocnica s poliklinikou Žilina patrí do koncovej siete poskytovateľov ústavnej zdravotnej starostlivosti. Nakoľko je FNŠP Žilina Ministerstvom zdravotníctva SR určená ako SHM má vypracovaný Krízový plán FNŠP Žilina a tiež má ÚKR. Traumatologický plán nemocnice bol spracovaný ÚKR v spolupráci s primárom traumatologického oddelenia. Výsledkom tejto spolupráce je viac ako päťdesiat stranový dokument, ktorý obsahuje mnohé prvky krízového manažmentu účelne previazané s potrebami zdravotníctva.

AKTUÁLNY TRAUMATOLOGICKÝ PLÁN FNŠP ŽILINA

Traumatologický plán Fakultnej nemocnice s poliklinikou Žilina (TP FNŠP Žilina) zabezpečuje jednotný postup zamestnancov FNŠP Žilina pri vykonávaní opatrení a plnení úloh spojených so zabezpečením hromadného príjmu postihnutých a zranených pri hromadných nešťastiach (haváriách, katastrofách, živelných pohromách, veľkých dopravných nehodách). Jeho cieľom je aktivovať v krátkom časovom slede všetky medicínsko-odborné zložky, servisné zložky a logistické zabezpečenie na zvládnutie poskytovania zdravotnej starostlivosti osobám, ktorých zdravotný stav si to nevyhnutne vyžaduje. [3]

Traumatologický plán **aktivuje** FNŠP Žilina na základe **Rozhodnutia primára odd. úrazovej chirurgie, alebo ním povereného zástupcu** (lekár - operačná pohotovosť):

- prijatím informácie z Krajského operačného strediska záchranej zdravotnej služby o vzniku (možnosti vzniku) hromadného postihnutia osôb, ktoré vyvolá nadlimitné nároky na zdravotnícke služby v nemocnici a nemocnica to nie je schopná aktuálne pôsobiacimi silami a prostriedkami riešiť,
- pri vzniku živelné pohromy, alebo katastrofy v spádovej oblasti nemocnice, kedy sa predpokladá väčšie množstvo postihnutých a zranených,
- na pokyn Ministerstva zdravotníctva SR

a vydania Príkazu riaditeľky FNŠP Žilina na aktiváciu Traumatologického plánu.

Zvolanie zamestnancov, nevyhnutných na organizáciu činnosti pri aktivácii traumatologického plánu organizuje:

- na zabezpečenie poskytovania zdravotnej starostlivosti - **vedúca sestra odd. úrazovej chirurgie**,
- na organizačné zabezpečenie hromadného príjmu - **Útvár krízového riadenia** prostredníctvom telefónnej ústredne - zvolanie Krízového štábu (KŠ) – na základe Príkazu riaditeľky FNsP Žilina.

•

Rozvinutie pracovísk nevyhnutných na aktiváciu traumatologického plánu zabezpečujú určené oddelenia prítomnými zamestnancami podľa plánu. V mimopracovnej dobe určené oddelenia rozvíjajú pracoviská na minimálnych počtoch s postupným privolaním a doplnením ďalšími zamestnancami podľa potreby. Za pripravenosť na rozvinutie pracoviska podľa traumatologického plánu zodpovedá príslušný vedúci zamestnanec.

Hlavnou úlohou **riadiaceho centra** - je zabezpečiť bezproblémové organizačné, zdravotnícke, personálne, finančné a materiálne zabezpečenie hromadného príjmu postihnutých a zranených. Riadiace centrum sa zriaďuje na riaditeľstve FNsP Žilina. Jeho členmi sú členovia KŠ, vedúci traumatizmu (primár odd. úrazovej chirurgie alebo ním poverený zástupca) a ďalší podľa potreby.

Vedúci traumatizmu - je rozhodujúcim článkom rozšíreného KŠ. Preberá pod svoje riadenie organizáciu celej nemocničnej zložky TP. Aktivizuje príslušné oddelenia a je rozhodujúcim odborníkom, ktorý zabezpečuje koordináciu činností medzi odbornými pracoviskami podieľajúcimi sa na hromadnom prijme (operačné sály, RTG pracovisko, CT).

Námestníčka pre ošetrovatel'stvo - zabezpečuje predovšetkým dostatok lôžkového fondu ako i jeho prípravu na príjem pacientov, spresňuje prácu sestier, usmerňuje úroveň ošetrovateľskej starostlivosti o chorých.

Vedúci odboru technicko-hospodárskeho - zabezpečuje a ovplyvňuje predovšetkým technické zabezpečenie v mieste urgentného príjmu. Zadeľuje zamestnancov do poriadkovej služby, dáva príkaz na spriechodnenie komunikácií, prideľuje zamestnancov pre administratívne a pomocné práce, organizuje zabezpečenie telefonického spojenia a aktiváciu telefónnych pohotovostných liniek a ďalšie činnosti vyplývajúce z traumatologického plánu.

Odborný referent ÚKR (tajomník KŠ) - na základe rozhodnutia vedúcej KŠ – riaditeľky FNsP Žilina, zabezpečuje:

- prípravu a vydanie Príkazu riaditeľky na aktiváciu Traumatologického plánu,
- prípravu rokovaní, prípadne prizvanie ďalších odborníkov,
- styk riaditeľky FNsP Žilina - vedúcej KŠ, s orgánmi krízového riadenia kraja - Obvodný úrad (ObÚ), vyšší územný celok (VÚC) a so Samostatným odborom krízového riadenia zdravotníctva Žilinského kraja,
- zabezpečuje stálu službu a príjem správ a informácií.

TP FNsP Žilina ďalej obsahuje popis jednotlivých postupov a určuje pracovníkov zodpovedných za ich vykonanie. V prílohovej časti (okrem iného) uvádza kontaktné adresy a telefónne čísla zodpovedných pracovníkov. Určuje postupy a opatrenia, ktoré treba vykonať pri príprave na hromadný príjem, prípadne v jeho priebehu.

Súčasťou TP FNsP Žilina sú aj vzory jednotlivých tlačív vrátane hlásení, tabuliek, vzoru triediacej karty. Ďalej sú tu schémy a nákresy, ktoré majú pomôcť pri lepšej orientácii počas hromadného príjmu.

POTREBNÉ ZMENY V TRAUMATOLOGICKOM PLÁNE FNsP ŽILINA

V najbližšom období bude potrebné prepracovať väčšinu TP FNsP Žilina. Do nového traumatologického plánu bude potrebné zakomponovať oddelenie urgentného príjmu, ktoré by malo byť spustené do prevádzky v októbri 2011 – vedúcim traumatizmu by sa mal stať primár uvedeného oddelenia. V súvislosti s rušením oddelení vo FNsP Žilina a znižovaním lôžkového fondu bude potrebné vykonať niektoré zmeny v organizácii hromadného príjmu, a to hlavne pri zvyšovaní lôžkových kapacít jednotlivých oddelení.

V rámci skvalitnenia oboznamovania sa personálu s traumatologickým plánom vo FNsP Žilina by bolo potrebné zvážiť jeho zverejnenie v rámci intranetovej nemocničnej siete (s vylúčením kontaktných adries na zodpovedných zamestnancov). Zverejnenie kompletného TP by mohlo byť vyriešené v rámci nemocničného informačného systému len pre určitých pracovníkov – prístup je podmienený heslom.

Vzhľadom na znižovanie stavu pracovníkov a častú fluktuáciu najmä pomocného personálu je potrebné do budúcnosti stanoviť aj systém nácvikov traumatologického plánu vo FNsP Žilina. Nácvik by bolo potrebné vykonávať aspoň raz ročne, pričom by mohlo ísť o nácvik praktický alebo teoretický. Zapojení by mali byť hlavne novonastúpení pracovníci a pracovníci, ktorým sa zmenil pracovný status v súvislosti s traumatologickým plánom.

Ako bolo spomenuté TP FNsP Žilina je dôkladne spracovaný dokument. Je však zameraný hlavne na hromadný príjem pacientov s mechanickým postihnutím, ktoré ohrozuje ich život alebo zdravie. Nevenuje sa špeciálne iným typom postihnutí. Taktiež sa nezaoberá ani prípadným združeným postihnutím viacerými typmi postihnutí zranených a zasiahnutých. V uvedenom prípade by bolo vhodné venovať sa podrobnejšie hlavne poškodeniam, ktoré si vyžadujú špeciálne ošetrovanie – hlavne poškodenie žiarením, chemickými agens a pod. Zainteresovať je možné odborníkov z vlastného zdravotníckeho zariadenia, prípadne uviesť kontakty na najbližšie špecializované pracovisko alebo pracovisko s celonárodnou pôsobnosťou v danej problematike.

ZÁVER

Zdravotníctvo Slovenskej republiky sa dlhodobo a systematicky venuje príprave na riešenie možných mimoriadnych udalostí. Pri tomto úsilí musí vychádzať z bezpečnostného

prostredia SR, ale tiež musí reagovať na prebiehajúce zmeny v systéme zdravotnej starostlivosti. V danom prostredí je traumatologický plán jediný dokument, ktorý musia povinne vypracovať všetci poskytovatelia ústavnej zdravotnej starostlivosti. Je preto nutné aby boli stanovené presnejšie pravidlá a postupy na jeho vypracovanie a aktualizáciu.

Zoznam použitej literatúry

[1] LUECKE, R.: Harvard business essentials: Crisis Management - Master the Skills to Prevent Disasters, 1. vydanie, Boston Massachusetts: Harvard Bussiness School Press, 2004, 138 s., ISBN-13:978-1-59139-437-2, ISBN-10:1-59139-437-6

[2] Odborné usmernenie Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky na vykonanie reprofilizácie lôžkového fondu v zdravotníckych zariadeniach a ďalších opatrení v zdravotníctve v príprave na pandémie a v čase pandémie chrípky z 13.8. 2009 č. 19048-1/2009 - OKM uverejnené v čiaske 33-39 Vestníka MZ SR

[3] Traumatologický plán Fakultnej nemocnice s poliklinikou Žilina (schválený 26.1.2010)

Kontakt na autorku

Mgr. Alena Rimeková

FNsP Žilina

elena.rimekova@post.sk

MIERA PREŽÍVANIA STRESU ZDRAVOTNÍCKEHO ZÁCHRANÁRA VO VZŤAHU KU KPR

**PhDr. Daniela Rybárová, PhD., Bc. Viera Kaplánová, PhDr. Ivana Argayová,
PhDr. Monika Gulášová**

Fakulta zdravotníckych odborov Prešovskej univerzity v Prešove, SR

Abstrakt

Kardiopulmonálna resuscitácia (ďalej KPR) patrí k základným postupom, ktoré musí zdravotnícky záchranár realizovať, pričom nie vždy končí úspešne. Pri práci na neho vplývajú rôzne stresory, ktoré sa podieľajú na vzniku stresovej situácie, ale taktiež aj salutory, ktoré môžu tlmiť negatívne dopady na psychiku záchranára. V súčasnosti sa čoraz viac poukazuje na dôležitosť psychohygieny a copingových stratégií pri náročnej práci záchranára. Príspevok oboznamuje o miere prežívania KPR ako stresujúcej situácie, v kontexte ostatných aspektov, ktoré pôsobia na záchranára. Zároveň bola porovnávaná miera stresu pri nástupe do služby, s mierou stresu po jej ukončení, ak jej súčasťou bola KPR, pomocou štandardizovanej škály vnímaného stresu. Prieskumu sa zúčastnilo 42 záchranárov spoločnosti Falck Záchraná a. s., pracujúcich na staniciach RLP aj RZP. Z výsledkov prieskumu vyplýva, že samotnú KPR nepovažujú záchranári za stresujúcu, ani medzi vnímaním stresu a úspešnosťou KPR, vekom postihnutého, nie je významný vzťah. Aj napriek tomu sa KPR významne podieľa na vnímanej záťaži v priebehu služby, v ktorej bola realizovaná a vnímaný stres už pri nástupe do služby presahuje normu.

Kľúčové slová:

Kardiopulmonálna resuscitácia. Zdravotnícky záchranár. Zátťažová situácia. Stres. Stresory.

Abstract

The cardiopulmonary resuscitation /CPR/ belongs to basic processes which the rescuer must practise though it is not always successful. The rescuer in action is under the influence of various stressors. They cause the stressful situation. But there are also salutors that can soften negative impacts on the rescuer's psychic. Nowadays the importance of psychohygienic and coping strategies is pointed out within the demanding work of the rescuer. The aim of the research was to find out the extend of the CPR experience as a stressful situation in context with other aspects which effect the rescuer. At the same time the stress extend at the coming of duty was compared with the one after finishing the duty if the CPR was being realized during it. This research was done by the standardized range of perceived stress. 42 rescuers from Falck, Zachranna, ltd., working at Prompt Medical Help took an active part in the research. The survey shows that CPR not very stressful for rescue workers, or the perception of stress and success of CPR, age of victim, not a significant relationship. Although CPR is a major contributor to perceived stress during the service which was performed and perceived stress already after entering the service beyond the norm.

Key words:

Cardiopulmonary resuscitation. Paramedic. Pressures situations. Stressors.

Práca zdravotníckeho záchranára pri zásahu nesie v sebe množstvo zaťažujúcich faktorov. Medzi špecifické faktory pri výjazde, kde sa vykonáva KPR, patrí hlavne zodpovednosť za samotný život pacienta.

Už pri zazvonení telefónu a preberaní výjazdu od operátora KOS, začína pre záchranára začatie náročných odborných výkonov a zároveň obdobie psychickej záťaže. Hlásené informácie môžu byť často skreslené, pretože psychický stav volajúceho na tiesňovú linku môže byť významne ovplyvnený naliehavou situáciou, do ktorej sa dostal on sám, jeho blízky, alebo známy človek (Baštecká, 2005). Pre záchranára je na jednej strane zaťažujúce, že výjazd sa musí uskutočniť do jednej minúty od prevzatia výzvy od operátora KOS a na druhej strane nevie, čo môže na mieste zásahu očakávať. Zťažuje aj z chybných alebo chýbajúcich informácií.

Výjazdová posádka jedná pod časovým tlakom, pretože pomoc postihnutému na mieste udalosti by mala byť poskytnutá do 15 minút od prevzatia výzvy. Rýchla, dynamická jazda s výstražným svetelným a zvukovým zariadením v súčasnej cestnej premávke, znamená akútnu stresovú záťaž predovšetkým pre vodiča ambulancie (Baštecká, 2005). Zároveň je spojená často s nie jednoduchým, vyhľadáním udanej adresy.

Na mieste udalosti je záchranár konfrontovaný s nutnosťou sklbiť vykonávanie odborných diagnostických a liečebných výkonov v čo najkratšom čase, s okolitými podmienkami, ktoré sú často neštandardné (verejné priestranstvo, pivnica, pracovisko, nepriaznivé počasie, hluk, zápach, slabé osvetlenie). Vo väčšine prípadov pracuje za prítomnosti a pod kritickým a emotívne naladeným dohľadom príbuzných postihnutého alebo verejnosti.

Ďalšími stresormi, ktoré pôsobia na záchranára pri vykonávaní KPR a môžu zvyšovať pocit ohrozenia a napätia, je nutnosť rýchleho a správneho rozhodovania, súčinnosť v tíme, umenie účinnej improvizácie, trestnoprávna zodpovednosť za akékoľvek pochybenie, rýchle prenášanie prístrojov, pomôcok, fyzická výkonnosť, osobná ochrana pred infekčnými, chemickými rizikami, napadnutím. Je to kombinácia duševnej a fyzickej práce. U záchranára sa môže prejaviť zásahový stres, ktorý je vyvolaný počas zásahu, pri ktorom je záchranár konfrontovaný s veľkou záťažou, akou je hroziaca smrť postihnutého (Baštecká, 2005).

Všetky aspekty psychicky náročnej činnosti záchranára sa zdôraznia v situácii, keď sa KPR stáva neúspešnou. Vtedy je záchranár konfrontovaný so psychickými reakciami príbuzných a okolia, ktoré vystupujú do popredia (Baštecká, 2005). V tejto situácii je vhodné poskytnutie psychologickéj prvej pomoci pozostalým, ktorí to potrebujú. Jedná sa o prejavenie porozumenia a účasti (Vymětal, 2003).

Výjazd je ukončený vyhotovením dokumentácie a prípravou ambulancie na ďalší výjazd. Na tomto mieste chýba fáza hodnotenia, vyhodnotenia pocitov záchranára, debriefing (skupinový rozbor udalosti), či defusing (súkromný, uvoľňovací rozhovor o prežitej udalosti), hlavne po psychicky náročných výkonoch, akým je aj neúspešná KPR. Automaticky sa počíta

s tým, že záchranár si vie s týmito situáciami poradiť a nepotrebuje zásah zvonku (Baštecká, 2005).

V tejto súvislosti sme sa rozhodli prieskumnou štúdiou zistiť mieru prežívaného stresu v dôsledku KPR a prítomnosť salutorov a stresorov u zdravotníckych záchranárov v kontexte aspektov, ktoré pôsobia na záchranára. Zamerali by sme sa na:

- mieru stresu pri nástupe do služby v porovnaní s mierou stresu po jej ukončení, ak jej súčasťou bola KPR,
- mieru vnímania KPR ako stresujúcej situácie v porovnaní s inými situáciami počas výkonu služby,
- vzťah prežívaného stresu z KPR a vzdelania, dĺžky praxe, pohlavia zdravotníckeho záchranára,
- vzťah miery prežívania stresu z KPR a jej úspešnosti,
- vzťah miery vnímaného stresu s ohľadom na úspešnosť KPR a jej diferencie.

Metodológia prieskumu

Prieskum sme realizovali v mesiaci január v roku 2011. Prieskumu sa celkovo zúčastnilo 42 pracovníkov FALCK Záchranná a.s., z toho 23 pracovalo ako záchranár na Rýchlej lekárskej pomoci (RLP) a 19 pracovalo ako záchranár na Rýchlej zdravotníckej pomoci (RZP). Sledované boli tieto anamnestické premenné: vek, pohlavie, najvyššie dosiahnuté vzdelanie, dĺžka praxe. Súčasťou nami vytvoreného dotazníka boli aj otázky zamerané na vnímanie KPCR a jej diferencií, prístup k odbornej konzultácii o KPR a copingové stratégie používané záchranármi. Súčasťou dotazníka bola aj štandardizovaná škála vnímaného stresu (PSS), pričom na ňu záchranári odpovedali dvakrát – pri nástupe do služby a na jej konci, ak v jej priebehu bola realizovaná KPR.

Charakteristika prieskumného súboru

Prieskumnú vzorku tvorilo 28 mužov a 14 žien. Až 25% bolo vo veku medzi 31 – 40 rokom, 19% nepresiahlo 50 – ty rok života, 11% malo vek v rozsahu 26 – 30 rokov, necelých 8% nepresiahlo 25 rok života a len 3% mali viac ako 51 rokov. Takmer 41% záchranárov dosiahlo vyššie odborné vzdelanie, necelých 24% z nich ukončilo 1. stupeň vysokoškolského vzdelania, 19% záchranárov dosiahlo stredoškolské vzdelanie a necelých 17% z nich ukončilo 2. stupeň vysokoškolského vzdelania. Takmer 48% záchranárov uviedlo dĺžku praxe do 5 rokov, 22% z nich povolanie vykonáva v rozmedzí 6 – 10 rokov, necelých 15% záchranárov má 16 až 20 ročnú prax, takmer 10% z nich má prax v rozmedzí 11 – 15 rokov a 7% záchranárov má prax viac ako 21 rokov.

Výsledky a ich interpretácia

Z analýzy výsledkov prieskumu vyplynulo, že záchranári vnímajú ako najnáročnejšiu situáciu, s ktorou sú konfrontovaní - smrť dieťaťa (71,4%) v porovnaní s inými situáciami. Pri hodnotení tejto situácie zohral rolu fakt, že samotní záchranári sú v roli rodičov a projekcia úmrtia dieťaťa je pre nich apriori ťažko akceptovateľná. Za náročné sú považované aj nehody hromadne postihnutých osôb (NHPO) (9,5%). Hodnotenie tejto situácie bolo asociované nielen s technickým zvládnutím, ale predovšetkým s náročnou kooperáciou všetkých

záchranných zložiek. Vo veľkej miere v týchto dvoch situáciách zohráva úlohu aj fakt, že sa s nimi záchránár vo svojej praxi stretne pomerne málo a aj preto sa stávajú ťažšie a intenzívnejšie prežívané. Je prekvapivé, že takmer 15% záchránárov nepovažuje žiadnu situáciu za náročnú. Považujeme to skôr za príznak profesionálnej exhauscie a následnej nebezpečnej rutiny v práci, avšak verifikácia nášho predpokladu by si vyžadovala psychologickú validizáciu.

U záchránárov sa významne zvýšilo vnímanie stresu po službe, v ktorej realizovali KPR. Zatiaľ čo na začiatku služby záchránára dosahovala priemerná hodnota vnímaného stresu 20,76 bodu, na jej konci po KPR priemerná hodnota stúpila takmer až na 21,52. Z nášho zistenia vyplýva, že aj napriek tomu, že samotnú KPR nepovažovali záchránári za stresujúcu, významne sa podieľa na vnímanej záťaži v priebehu služby. Záchránári považujú túto situáciu za rovnocennú iným náročným situáciám. Na ich zásahu závisí život postihnutého a zároveň musia v danom okamžiku vykonávať fyzicky aj psychicky namáhavú prácu. Tieto fakty robia z tejto situácie ťažkú a intenzívnu a v konečnom dôsledku to môže mať vplyv na výsledky škály na vnímanie stresu na konci služby, v ktorej bola realizovaná KPR. Z výsledkov vyplynulo, že vnímaný stres už pri nástupe do služby presahuje normu o takmer 8 bodov. Pripisujeme to nielen náročnosti povolania, ale aj neadekvátnej starostlivosti o vlastné psychické zdravie záchránárov.

Medzi vnímaním stresu u záchránárov a vzdelaním nie je významný vzťah. Prospešnou metódou na odbúravanie stresu pri práci záchránára sú praktické nácviky, súťaže, školenia nozologických jednotiek, samo štúdium, ktoré sú súčasťou práce záchránára.

Medzi vnímaním stresu u záchránárov a dĺžkou ich praxe, nie je vzťah. Naznačená pozitívna korelácia však poukazuje na tendenciu k zvyšovaniu vnímaného stresu s narastajúcou dĺžkou praxe, čo môže byť následkom dlhoročnej kumulácie faktorov ako je opakovaný kontakt so smrťou, psychicky a fyzicky náročná práca, práca na zmeny, spánkový deficit.

Medzi vnímaním stresu a pohlavím nie je u záchránárov významný vzťah. Predpokladáme, že dôležitým faktorom vnímania stresu nie je pohlavie, ale osobné prežívanie záchránára, obranné psychické mechanizmy, odborná, osobnostná, fyzická aj psychická pripravenosť zvládať túto prácu. Vplyv na výsledky môže mať aj fakt, že náročnosť profesie vyselektuje po istej dobe len osobnostne (psychicky) zdatných záchránárov, bez ohľadu na to, či sa jedná o mužov alebo ženy.

Medzi vnímaním stresu a úspešnosťou KPR nie je významný vzťah. Takisto medzi vnímaním stresu a tým, či je objektom KPR dieťa alebo dospelý tiež nie je významný vzťah. Vnímanie stresu je viazané skôr na osobnostné predispozície záchránára (hardiness, emocionálna stabilita) a zručnosti, ako na samotný výsledok alebo objekt KPR.

Z analýzy výsledkov vyplynulo, že záchránári považujú nahlásenie výjazdu KOS a oboznámenie sa zo zdravotným stavom postihnutého za najstresujúcejšiu fázu výjazdu (28,6%). Je to prvá informácia, ktorá predpokladá náročnosť výjazdu, pre záchránára začína obdobie psychickej záťaže. Uvedená fáza výjazdu je náročná aj z toho dôvodu, že nevie, čo môže na mieste zásahu očakávať, pretože prvotné informácie bývajú často chybné a

nedostačujúce. Avšak vysoké percentuálne zastúpenie odpovedí poukazuje aj na fázu ukončenia KPR pri jej neúspešnosti ako náročnú (23,8%). Myslíme si, že to vyplýva hlavne z prítomnosti príbuzných pri KPR, ich oboznámenia o jej neúspešnosti. Záchranárom prekáža pri vykonávaní KPR prítomnosť príbuzných a okolia (skôr áno 52,8%). Vysoké percento odpovedí vyplýva z náročnosti sklbiť odborné výkony v časovej tiesni a súčasne pracovať pod kritickým a emotívne ladeným dohľadom príbuzných postihnutého. Avšak výsledky poukazujú aj na percentá záchranárov, ktorým táto situácia neprekáža, na čo môžu mať osobnostné predispozície a zručnosti záchranára.

Diskusia

Zdravotnícky záchranár sa počas vykonávania svojho povolania stretne s množstvom náročných a záťažových situácií. Niektoré sa stanú pre profesionála, vzhľadom na prax, rutinu, na druhej strane sú mnohé kritické situácie odohrávajúce sa medzi životom a smrťou. Jednou z týchto situácií je aj KPR, pri ktorej je často snaha záchranára márna a na mieste zásahu ešte komplikovaná rôznymi okolnosťami. Sprievodcom záchranára sa v týchto situáciách stávajú negatívne pocity, stres a práve tu veľmi dôležitú úlohu zohrávajú obranné mechanizmy organizmu so svojou ochrannou úlohou. Úroveň, nakoľko je situácia pre jednotlivca záťažová, závisí od vonkajších podmienok, ale aj od jej subjektívneho hodnotenia, preto sa rovnaké situácie v hodnotení ich náročnosti, aj medzi profesionálmi môžu navzájom líšiť. Problematike stresu v práci zdravotníckeho záchranára sa začína venovať mimoriadna pozornosť a začína byť predmetom skúmania rôznych štúdií. Tejto problematike sa venuje aj prieskum, ktorý uvádza Janiczeková (2007). Je zameraný na zdravotníckych záchranárov, ako najrizikovejšiu skupinu zdravotníckych pracovníkov ohrozených stresom a uvádza, že záchranári pociťujú len mierne ťažkosti spôsobené stresom a problémy si zatiaľ dokážu vyriešiť sami. Buriánková (2009) uvádza výskum, ktorý bol realizovaný u zamestnancov Zdravotnej záchrannej služby hlavného mesta Prahy (ZZS HMP) v Českej republike (ČR), zameraný na identifikáciu traumatizujúcich udalostí a intenzitu ich prežívania, stanovenie hladiny opotrebovania psychiky a identifikovanie akceptovateľnej formy psychosociálnej intervenčnej služby (PIS). Výskumom sa preukázalo, že záťažové situácie naozaj zaťažujú psychiku záchranára a až 37% respondentov uviedlo, že následky tejto situácie u nich doznievajú až do jedného týždňa. 140 respondentov zo 150 považujú za žiaducu PIS zo strany zamestnávateľa po psychicky náročnej situácii.

V našej prieskumnej štúdii sme sa zamerali na jednu konkrétnu záťažovú situáciu v praxi záchranára, ktorou je KPR. Naše výsledky sú v súlade aj s výsledkami prieskumu, ktorý uvádza Janiczeková (2007), kde 60% respondentov uviedlo prácu záchranára ako viac náročnú po psychickej stránke, ako po fyzickej. Získané výsledky prieskumu potvrdzujú, že záchranári, ktorí sú často vystavení veľkému stresu a riešia krízové situácie akou je aj KPR, sú ohrozenou skupinou, u ktorých sa môže posttraumatický stres kumulovať, vyvolať posttraumatickú stresovú poruchu až syndróm vyhorenia (burn-out). James (2000) udáva vo výskume, ktorý realizoval u 3100 pracovníkov záchranných služieb z Welshu a 1500 ich

príbuzných, a bol zameraný na každodenný, kumulatívny a posttraumatický stres, že až 40% respondentov zažilo obtiaže, a to najmä vtieravé myšlienky a únik do hyperaktivity, po riešení náročnej situácie.

Vzhľadom na to, že zdravotnícki záchranári sa počas svojich služieb stretávajú s množstvom náročných situácií a vychádzajúc z výsledkov nášho prieskumu prežívania stresu vzhľadom ku KPR u záchranára, uvádzame niekoľko rád a postupov ako získať kontrolu nad stresujúcimi situáciami a ako ich čo najlepšie zvládať:

- praktické nácviky (kolegovia, supervízor),
- defusing (kolegovia, supervízor),
- rast osobnosti (vzdelávanie sa),
- aktívne copingové stratégie (aktívny šport, fyzická práca),
- pozitívne myslenie – optimizmus,
- sebaúcta, sebadôvera, pocit spokojnosti sám so sebou,
- naučiť sa ovládať negatívne emócie, nepoddávať sa hnevu,
- získavanie pomoci a emocionálnej opory od ostatných (sociálne väzby s dôveryhodnými osobami),
- kontrola fyziologických a emocionálnych reakcií (relaxácia, meditácia),
- zlepšenie pracovných podmienok,
- dostatočný spánok.

Vyrovnať sa so stresom je pre záchranárov niekedy ťažké, pretože si sami veľa krát neuvedomujú, že ním trpia. Sú zdravotnícki záchranári, ktorí vedia zvládnuť nemalú stresovú záťaž a vyhnúť sa jej škodlivým účinkom, zároveň dokážu odhaliť nepriaznivý vplyv opakujúcich sa podnetov skôr, ako by mohli ovplyvniť ich zdravie. Naopak sú záchranári, ktorí si nevedia vytvoriť voči stresu odolný životný štýl. Neexistuje jediné riešenie stresovej situácie, lebo čo je stresom pre jedného záchranára, nemusí byť pre iného, takže konečná zodpovednosť za svoje zdravie, spočíva na samotných záchranároch.

Zoznam použitej literatúry

- [1] BAŠTECKÁ, B. a kol. 2005. *Terénní krízová práce, psychosociální intervenční týmy*. Praha : Grada Publishing, 2005. 300 s. ISBN 80-247-0708-X.
- [2] BAŠTECKÁ, B. a kol. 2009. *Psychologická encyklopedie : aplikovaná psychologie*. 1. vyd. Praha : Portál, 2009. 520 s. ISBN 978-80-7367-470-0.
- [3] BURIÁNKOVÁ, H. 2009. Systém psychosociální intervenční služby - PIS na ZZS hl. m. Prahy. In *Urgentní medicína*. ISSN 1212-1924, 2009, roč. 12, č. 2, s. 35 – 37.

- [4] GURŇÁKOVÁ, J. – LUKÁČOVÁ, K. 2009. *Stratégie zvládania záťaže zdravotníckych profesionálov*: príspevok v rámci projektu Osobnostné aspekty efektívnej sebaregulácie a rozhodovania v situáciách emočnej záťaže. Bratislava: Vega, 2009. 14 s.
- [5] JAMES, A. 2000. Posttraumatická stresová porucha u personálu záchranných služieb. In *Urgentní medicína*. ISSN 1212-1924, 2000, roč. 3, č. 2, s.18.
- [6] JANICZEKOVÁ, E. 2007. Stres v práci zdravotníckeho záchranára. In *Urgentní medicína*. ISSN 1212-1924, 2007, roč. 10, č. 1, s. 29 – 32.
- [7] VYMĚTAL, J. 2003. *Lékařská psychologie*. 3. vyd. Praha : Portál, 2003. 400 s. ISBN 80-7178-740-X.

Kontakt na autorku

PhDr. Daniela Rybárová, PhD.

FZO PU Prešov

rybdan@unipo.sk

HROZBA RADIOLOGICKÉHO TERORISMU A JEHO MOŽNÉ DŮSLEDKY

Doc. Ing Jozef Sabol, DrSc.^{1,2}, prof.MUDr. Leoš Navrátil, CSc.¹, prof.Ing. Bedřich Šesták, DrSc.²

1. České vysoké učení technické v Praze, Fakulta biomedicínského inženýrství se sídlem na Kladně, katedra lékařských a humanitních oborů

2. Policejní akademie České republiky v Praze

Abstrakt:

Příspěvek se zabývá některými aktuálními aspekty, které souvisí s možností použití vysokoaktivních radioaktivních látek v tzv. radiologické disperzní zbraň. Jejím primárním účelem je vyvolání rozsáhlého radioaktivního zamoření ve vybraných místech, kde se nachází velký počet osob, které jsou potom zasaženy vysokými dávkami vnějšího ionizujícího záření a také vnitřní radioaktivní kontaminací. Takový zákeřný útok na nic netušící dav lidí, kromě škodlivých účinků v důsledku ozáření, může vyvolat paniku, strach a zmatek, což je v podstatě jedním z hlavních záměrů teroristů k prosazení svých partikulárních zájmů. V referátu jsou diskutovány možné důsledky radiologického napadení včetně některých základních postupů, které vedou k minimalizaci dopadů takového aktu násilí.

Klíčová slova: radiologický terorismus, radionuklidy, disperzní zbraň, ozáření osob

Abstract:

The paper deals with some current aspects related to the possible use of high activity radioactive substances in a so-called radiological dispersive device. Its primary aim is to create extensive radioactive contamination in selected locations with a big number of people who are then affected by high doses due to the external ionizing radiation as well as by the internal radioactive contamination. Such a malicious attack against a nothing suspecting crowd of people, besides harmful effects of the exposure, can cause panic, fear and confusion, which is in fact one of the main objectives of terrorists in enforcing their particular interests. The paper discusses potential consequences of a radiological assault including some principal procedures aimed at the minimization of the impacts of such violent act.

Key words: radiological terrorism, radionuclides, dispersion device, exposure of persons

Úvod

V současné době ve světě i u nás jsou aktuální otázky spojené s nebezpečím terorismu v jeho různých podobách. O tom svědčí i zmínka v jednom z posledních vyjádření premiéra vlády České republiky Petra Nečase, který situaci charakterizoval následujícími slovy: *Dnes už nehrozí invaze "spojeneckých" vojsk, ale invaze projevů radikalismu, nesnášenlivosti a extremismu, jak jsme svědky v řadě zemí. Tento extremismus různého zabarvení může kdykoli, dnes i v blízké budoucnosti, ohrožovat svobodu a demokracii* [1].

Tyto projevy mohou vyústit v různé formy teroristických útoků, kde jedním z hojně diskutovaných způsobů je i použití jaderných nebo radiologických zbraní. Zatímco složitost jaderných zbraní a také jejich relativně spolehlivé zabezpečení nepředstavuje momentálně aktuální teroristickou hrozbu, využití vysokoaktivních radioaktivních látek je již značně realističtější, neboť stále ještě existují určité možnosti zmocnit se takových látek a následně je zneužít pro zákeřné útoky.

Přitom radioaktivní zdroje jsou charakterizovány jak samotnou aktivitou, což je počet radioaktivních přeměn za jednotku času, tak i ionizujícím zářením, které je emitováno při těchto přeměnách. Nebezpečí radioaktivních látek je třeba vidět ve dvou rovinách, a to jako zdrojů pronikavého vnějšího záření (které člověka ozařuje zevně) nebo jako zdrojů vnitřní kontaminace, která nastává při vniknutí radioaktivních látek do lidského organismu. Odtud potom emisí záření zasahuje okolní orgány a tkáně. Z hlediska působení těchto dvou složek ozáření jsou v prvním případě zdraví nebezpečné zejména látky vyzařující pronikavé záření gama, zatímco v případě interní kontaminace nejvíce toxické jsou radioaktivní zářiče emitující částice alfa.

Je celá řada vysokoaktivních radioaktivních zdrojů, které svými vlastnostmi představují „vhodnou“ látku pro konstrukci radiologické zbraně. Takové zářiče se využívají v radioterapii, defektoskopii, radioaktivních ozařovačích a v dalších aplikacích radiačních a jaderných technologií v průmyslu, medicíně a výzkumu. Ačkoli se zabezpečení všech takových zdrojů a zařízení věnuje zvýšená pozornost [2,3], existují stále určité možnosti, které by mohly vést k tomu, že se vysokoaktivní látky dostanou do nepovolaných rukou. V tomto ohledu je velmi důležitá přísná kontrola těchto zdrojů, kde je nutné věnovat zvýšenou pozornost těm nejnebezpečnějším zdrojům v souladu s mezinárodní kategorizací radioaktivních zářičů [4].

Charakteristika radiologické disperzní zbraně

Radioaktivní látky mohou být v zásadě rozptýleny explozí pomocí výbušnin a munice, mechanicky pomocí rozprašovačů, sprejů, ventilačních zařízení a podobných disperzních

zařízení a rovněž cílenou činností, např. kontaminací vodních zdrojů, útokem na civilní jaderná zařízení (jaderné reaktory, sklady a mezisklady jaderného materiálu) a na kontejnery jaderného paliva při jeho přepravě. Nejpravděpodobnější konstrukce radiologické zbraně však bude spíše v podobě relativně jednoduchého systému sestávajícího z vhodné radioaktivní látky o dostatečně vysoké aktivitě a patřičného disperzního mechanismu. Přitom se nemusí vždy jednat o výbušninu, vše závisí na fyzikální a chemické formě dané radioaktivní látky.

Typické radionuklidy

Radioaktivní látky, které přicházejí v úvahu pro použití v radiologické disperzní zbraně (RDZ), jsou zejména radionuklidy používané v některých specifických aplikacích, jako jsou např. v radioterapeutických ozařovačích (Co-60, někde ještě stále i Cs-137), v průmyslových defektoskopických zařízeních (Co-60, Ir-192), v zdrojích pro karotážní aplikace (Co-60, Ir-192, Am-241, Cs-137), v radioaktivních termoelektrických generátorech (Sr-90) a v řadě dalších aplikací (Cf-252, Pu-238, Po-210, Ra-226). Hlavní charakteristické parametry těchto radionuklidů jsou uvedeny v tab. 1.

Některé z těchto zářičů lze prakticky použít v původní formě (zejména pokud jsou v práškové podobě), zatímco další mohou vyžadovat určitou úpravu potřebnou k vyvolání zvýšené cílené kontaminace. Rozprášená radioaktivní látka potom působí jednak jako zdroj vnějšího záření (především v případě, že daný radionuklid emituje pronikavé záření gama) a jednak jako zdroj vnitřního ozáření zejména v důsledku inhalovaného radioaktivně kontaminovaného vzduchu, čímž se určitá část radioaktivních látek dostává do organismu zasažených osob. Tam se potom tyto látky chovají jako vnitřní zdroj záření, který, s ohledem na vlastnosti a formu příslušné látky, může působit i po relativně dlouhou dobu následující po příjmu takových látek.

Kromě přímého ohrožení osob v místě použití RDZ, může dojít i ke značnému radioaktivnímu zamoření okolního životního prostředí, které potom musí být dekontaminováno s vynaložením obrovských finančních prostředků. Jako příklad možného scénáře může posloužit radiační případ opuštěného radioterapeutického zdroje Cs-137 v Goianii [5], kde dva lidé si tento zářič odvezli a který potom za přítomnosti řady dalších lidí rozebrali, a tak se dostali až k samotnému zdroji, který představoval práškový chlorid cesia o aktivitě kolem 51 TBq. Nikdo z nich neměl tušení o tom, že se jedná o mimořádně silný zářič, který v této formě kontaminoval desítky osob a roznesl se do poměrně širokého okolí inkriminovaného místa miliónového města.

Tab. 1. Charakteristika radionuklidů, které se s největší pravděpodobností mohou vyskytnout v RDZ neboli tzv. špinavé bombě ($1 \text{ TBq} = 10^{12} \text{ Bq}$)

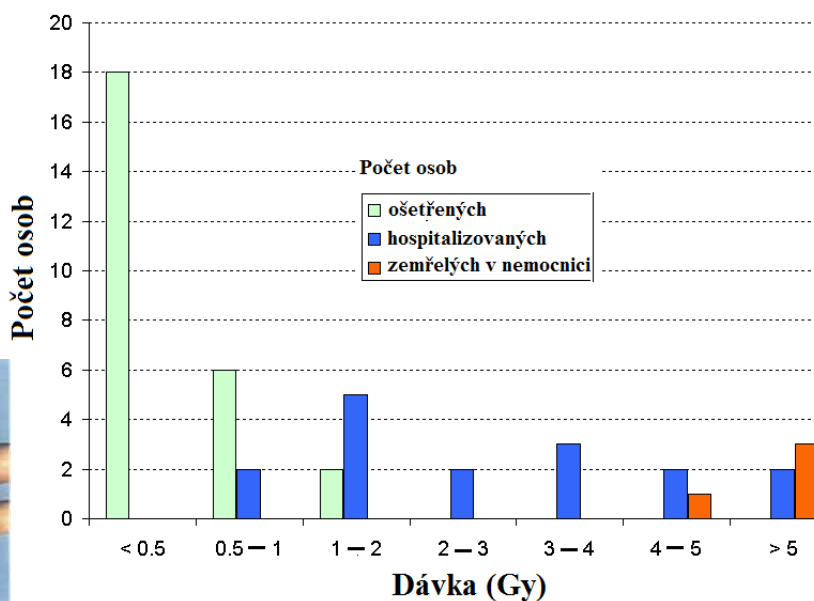
Radio-nuklid	Emitované záření	Typická forma	Aplikace zdrojů a jejich aktivita
Co-60	$E_{\beta\text{max}}=0,32 \text{ MeV}$ $E_{\gamma}=1,17 \text{ a } 1,33 \text{ MeV}$	Kovová (může být rozpuštěn v kyselině nebo sešrotován)	Sterilizační ozařovače (aktivita až 400 000 TBq), teleterapeutický ozařovač (až 1 000 TBq)
Sr-90	$E_{\beta\text{max}}=0,55 \text{ MeV}$	Keramická (SrTiO_3), také jako prášek	Radionuklidový termoelektrický generátor (1 000 – 10 000 TBq)
Cs-137	$E_{\beta\text{max}}=1,17 \text{ MeV}$ $E_{\gamma}=0,66 \text{ MeV}$	Sůl (CsCl), po rozpuštění kapalná forma	Sterilizační ozařovače (aktivita až 400 000 TBq), teleterapeutický ozařovač (až 1 000 TBq)
Ir-192	$E_{\beta\text{max}}=0,54 \text{ a } 0,67 \text{ MeV}$ $E_{\gamma}=0,32 \text{ a } 0,47 \text{ MeV}$	Kovová, převoditelný na prášek	Defektoskopie (až 50 TBq)
Ra-226	$E_{\alpha}=4,8 \text{ a } 4,6 \text{ MeV}$ $E_{\gamma}=0,186 \text{ MeV}$	Sůl (RaSO_4), lze ho převést na prášek	Staré terapeutické zdroje (až do 5 TBq)
Pu-238	$E_{\alpha}=5,46 \text{ a } 5,50 \text{ MeV}$	Keramická (PuO_2), lze ho převést na prášek	Radionuklidový termoelektrický generátor (5 000 TBq)
Am-241	$E_{\alpha}=5,44 \text{ a } 5,49 \text{ MeV}$ $E_{\gamma}=0,59 \text{ MeV}$	Zpresovaný keramický prášek (AmO_2)	Karotáž (až do 1 TBq)
Cf-252	$E_{\alpha}=6,08 \text{ a } 6,12 \text{ MeV}$ Neutrony (štěpné)	Keramická (Cf_2O_3)	Karotáž (až do 0,1 TBq)



a)



b)



c)

Obr. 1. Radiologická havárie v Goianii, a) radioaktivní zářič Cs-137, b) ruka pacienta po ozáření, c) počet osob, které bylo nutné vyšetřit, hospitalizovat a které na následky ozáření zemřely.

Vnější a vnitřní ozáření zasažených osob

U osob, které se vyskytnou v místě po použití RDZ, se projeví ozáření v důsledku vnějšího záření emitovaného radionuklidy na povrchu terénu i vnitřní kontaminace vlivem inhalace (ingesce se může uvažovat pouze při dlouhodobém zamoření životního prostředí). K tomu může ještě za určitých okolností přistoupit i příspěvek od povrchové kontaminace a také ozáření z rozptýlené radioaktivní látky ve vzduchu (ponoření se do radioaktivního mraku). Kvůli alespoň přibližné představě o tom, jaký je rozdíl mezi jednotlivými radionuklidy, uvádíme v tab. 2 některé konzervativní odhady jejich důležitých parametrů (odvozeno na základě [6,7]).

Tab. 2. Některé charakteristické parametry vybraných radionuklidů ilustrující jejich potenciální příspěvky v důsledku vnějšího a vnitřního ozáření.

Radio-nuklid	Dávkový příkon ve vzdálenosti 1 m od bodového zdroje ($\mu\text{Sv/h.MBq}$)	Dávkový příkon ve vzdálenosti 1 m od plošného zdroje ($\mu\text{Sv/h.MBq.m}^{-2}$)	Převodní faktor příjmu aktivity ($\mu\text{Sv/MBq}$)	
			Inhalace	Ingesce
Co-60	0,33	9,6	0,000 029	0,000 003 4
Sr-90	0,071 (pouze kůže)	0,61 (pouze kůže)	0,000 077	0,000 15
Cs-137	0,092	3,7	0,000 006 7	0,000 013
Ir-192	0,13	7,2	0,000 006 2	0,000 001 4
Ra-226	0,001 2	0,026	0,003 2	0,000 28
Pu-238	0,000 021	0,017	0,043	0,000 23
Am-241	0,005 6	0,19	0,039	0,000 2
Cf-252	1,9 (neutrony) 0,000 017 (gama)	42 (neutrony) 0,015 (gama)	0,018	0,000 09

Ochrana proti vnějšímu záření spočívá především v aplikaci třech základních principů redukce tohoto ozáření, tj. ochrana vzdáleností, časem a stíněním, případně jejich kombinací. Je známo, že dávkový příkon se čtvercem vzdáleností od zdroje klesá. To znamená, je-li tento příkon ve vzdálenosti 1 m např. 2 nGy/h, ve vzdálenosti 2 m se sníží tento příkon na jednu čtvrtinu původní hodnoty. Na druhé straně je výsledné ozáření při stejném dávkovém příkonu přímo úměrné době, kterou osoba stráví v daném místě. Účinným prostředkem snížení ozáření způsobeného vnějším zářením je i vhodné stínění, které redukuje počet prošlých fotonů, resp. neutronů, a tím přímo úměrně i dávkový příkon. Pro záření gama jsou nejlepšími stínicími materiály olovo nebo jiné prvky s vysokým protonovým číslem Z a hustotou. Pro stínění rychlých neutronů jsou efektivní látky bohaté na vodík, zatímco ke stínění tepelných neutronů se s výhodou používá látek obsahujících izotop bóru 10.

Pokud jde o ochranu před vnitřní kontaminací, je důležité použít vhodné filtry k zachycení radioaktivních aerosolů, které se vyskytují v místě radiologického útoku. I velmi jednoduchá filtrace prachových částic obyčejnou rouškou nebo jakoukoli tkaninou může značně snížit příjem radioaktivních látek inhalací. Mnohem účinnější jsou pochopitelně speciální masky.

Možnosti boje proti radiologickému terorismu

Boj proti domácímu a zejména pak mezinárodnímu terorismu zůstává i nadále jednou z priorit vlády České republiky a její zahraniční politiky. ČR vnímá zapojení do mezinárodního úsilí v boji proti terorismu jako vyjádření solidarity se státy jím postiženými a zároveň jako odpověď na bezpečnostní hrozbu, která má vliv na mezinárodní mír a stabilitu, což ovlivňuje i bezpečnostní situaci v ČR. V tomto kontextu má své místo i boj proti jakémukoli radiologickému terorismu, jehož potlačování patří k nezpochybnitelným imperativům současnosti.

Je tomu tak především proto, že řada analýz (např. [8]) považuje tzv. špinavou bombu za perspektivní zbraň teroristů. K její konstrukci je však zapotřebí přístup k vhodným radioaktivním látkám. Kontrola radioaktivních zdrojů je ve vyspělých zemích na poměrně vysoké úrovni především díky snaze Mezinárodní agentury pro atomovou energii (MAAE), která dbá na to, aby v členských zemích byla vytvořena spolehlivá infrastruktura pro důslednou kontrolu zejména vysokoaktivních radioaktivních zářičů.

Touto kontrolou jsou pověřeny příslušné dozorné orgány, v ČR je to Státní úřad pro jadernou bezpečnost (SÚJB). Činnost a pravomoci SÚJB vycházejí z tzv. Atomového zákona [9], který je konzistentní s relevantními mezinárodními směrnici a doporučeními v oblasti radiační ochrany. Požadavky na konkrétní zabezpečení této ochrany jsou aktualizovány ve specifických vyhláškách, jimiž se musí všichni provozovatelé zdrojů záření řídit. Důsledná kontrola a evidence všech zdrojů záření, podpořená inspekci pracovišť s těmito zdroji, je

nejúčinnější prevencí proti zneužití resp. odcizení zdrojů záření, které by potom mohly posloužit k výrobě RDZ. Kontrola zdrojů musí zahrnovat celý jejich cyklus, to znamená počínaje výrobou, přepravou, použitím a nakonec likvidací po ukončení jejich životnosti.

Kromě MAAE, která vydala k této problematice řadu dokumentů a doporučení (např. [9-12]), se boji proti radiologickému terorismu věnují i hlavní mezinárodní organizace či seskupení včetně Organizace spojených národů a v našem regionu je to především Evropská unie. Společné úsilí na mezinárodním poli se projevilo jako velmi účinná zbraň proti nezákonnému pašování silných radioaktivních zdrojů, případně i některých jaderných materiálů ze zemí, kde tyto zdroje a materiály nejsou pod dostatečnou kontrolou, do dalších zemí s cílem provedení teroristických akcí. K tomuto účelu slouží speciální detekční zařízení na hraničních přechodech, v přístavech a mezinárodních letištích. Tato zařízení jsou dostatečně citlivá k zachycení a identifikaci všech běžných radioaktivních zářičů.

Je zřejmé, že samotná detekční technika není sama o sobě postačující, je žádoucí, aby personál, který s těmito přístroji pracuje, byl dostatečně vyškolen a měl potřebné znalosti nejenom z jejich správné obsluhy a interpretace výsledků monitorování, ale také základní znalosti z radiační ochrany a z havarijní připravenosti.

Závěr

Radiologický terorismus představuje stále potenciální nebezpečí a hrozby, jimž je nutné čelit důslednou kontrolou radioaktivních zdrojů, včetně zvýšené pozornosti jejich zabezpečení při skladování a přepravě. Zvláštní úsilí je třeba věnovat zejména zamezení nelegálnímu transportu radioaktivních zdrojů z jedné země do druhé. Tento úkol vyžaduje důslednou mezinárodní spolupráci a koordinaci, což zahrnuje i součinnost při řešení radiologických mimořádných situací, které mohou vést k zamoření rozsáhlých ploch i mimo území státu, kde došlo k uvolnění radioaktivních látek do životního prostředí. V rámci ČR hrají v tomto směru, vedle dozorného orgánu SÚJB, důležitou roli i příslušné specializované složky Integrovaného záchranného systému, Policie ČR a Armády ČR.

Seznam použité literatury

- [1] Nečas, P.: Dnes nehrozí invaze "spojeneckých" vojsk, ale invaze projevů radikalismu, nesnášenlivosti a extremismu; <http://www.petr-necas.cz/clanek/17232>
- [2] Směrnice Rady 2003/122/EURATOM ze dne 22. prosince 2003 o kontrole vysokoaktivních uzavřených zdrojů záření a opuštěných zdrojů, Úřední věstník Evropské unie, L346/57; překlad právního předpisu Evropského společenství
- [3] Vyhláška SÚJB č. 307/2002 Sb. O radiační ochraně ve znění vyhlášky č. 399/2005 Sb.

- [4] Categorization of Radioactive Sources, IAEA Safety Standards Series, Safety Guide No. RS-G-1.9, IAEA, Vienna, 2005
- [5] The Radiological Accident in Goiania, STI/PUB/815, IAEA, Vienna 1988
- [6] Delacroix, D et al.: Radionuclide and Radiation Protection Data Handbook 2002, Radiat. Prot. Dosimetry Vol. 98, No.1, 2002
- [7] Turner, J.E.: Atoms, Radiation, and Radiation Protection, Second Edition, Wiley-VCH Verlag GmbH, Weinheim, 1995
- [8] „Špinavá bomba“ – perspektivní zbraň teroristů, Revue politika 10/2003; <http://www.revuepolitika.cz/clanky/867/spinava-bomba-perspektivni-zbran-teroristu>
- [9] Code of Conduct on the Safety and Security of Radioactive Sources, IAEA, Vienna, 2004
- [10] Guidance on the Import and Export of Radioactive Sources, IAEA, Vienna, 2005
- [11] Nuclear Security – Measures to Protect against Nuclear Terrorism, Report by the Director General, IAEA, Vienna, 2006
- [12] Combatting Illicit Trafficking in Nuclear and other Radioactive Material, IAEA Nuclear Security Series No. 6, IAEA, Vienna, 2007

Kontakt na autora

Doc. Ing. Jozef Sabol. DrSc.

FBMI ČVUT v Praze

Policejní akademie České republiky v Praze

jozef.sabol@gmail.com

GD 2010. CO JE NOVÉHO V KPR A PROČ?

MUDr. Roman Sviták^{1,2}, MUDr. Roman Bosman², MUDr. Robin Šín¹

1. Zdravotnická záchranná služba Plzeňského kraje, Česká republika
2. Anesteziologicko-resuscitační klinika Fakultní nemocnice Plzeň a Lékařská fakulta Univerzity Karlovy v Plzni, Česká republika

Abstrakt

Změny v nových doporučeních vycházejí z důkladného přehodnocení nových vědeckých poznatků v oblasti resuscitační medicíny a snahy o zjednodušení stávajících Guidelines 2005. Nejdůležitějším postupem základní i rozšířené neodkladné resuscitace zůstává nadále kvalitní nepřímá srdeční masáž. Komprese hrudníku musí být prováděny rázně do hloubky alespoň 5 centimetrů a frekvencí nejméně 100krát za minutu. Velký důraz je kladen na častější používání automatizovaných externích defibrilátorů a zvýšení dostupnosti přístrojů k provedení časně defibrilace. V rozšířené neodkladné resuscitaci bylo provedeno několik změn. Nadále již není doporučena intratracheální aplikace léků ani podání atropinu v algoritmu asystolie, větší důraz je kladen na léčbu syndromu po srdeční zástavě. Srdeční masáž, časná defibrilace a časná terapeutická hypotermie patří mezi nejdůležitější postupy kardiopulmonální resuscitace s příznivým vlivem na klinický výsledek.

Klíčová slova Kardiopulmonální resuscitace – Guidelines 2005 – Guidelines 2010 – doporučení – léčba – Evropská rada pro resuscitaci

Abstract

The changes in the new recommendations are based on recent scientific evidence in resuscitation medicine and an effort to make them simpler compared to the last 2005 Guidelines. Chest compression remains the most important action in both basic and advanced life support. The victim's chest must be pushed hard into the depth of at least 5 centimetres with a frequency of at least 100 per minute. Higher employment of automated external defibrillators and better availability of devices to deliver early defibrillation are encouraged. Some steps in the advanced life support algorithm have also changed. Neither tracheal administration of drugs nor atropine in asystole have been recommended, a treatment of the post-cardiac arrest syndrome has been emphasized. Chest compressions, early defibrillation, and early therapeutic hypothermia are the key procedures of cardiopulmonary resuscitation affecting favourable outcome.

Keywords Cardiopulmonary resuscitation – Guidelines 2005 – Guidelines 2010 – guidelines – treatment – European Resuscitation Council

Doporučené postupy pro resuscitaci a jejich význam

Snahy o obnovení života se objevují v historii lidstva od nepaměti. Moderní resuscitace začíná v 50. letech minulého století řadou dílčích objevů – průkazem účinnosti dýchání z plic do plic, průkazem účinnosti nepřímé srdeční masáže a ověřením účinnosti defibrilace v léčbě komorové fibrilace. Hlavní roli při vypracování jednotných postupů kardiopulmonální resuscitace (KPR) sehrál Peter Safar, který prokázal, že kombinace nepřímé srdeční masáže s dýcháním z plic do plic je univerzálně použitá metoda při léčbě náhlé zástavy oběhu. Safarova příručka Kardiopulmonální resuscitace byla vydána v roce 1974 i v českém překladu. Postup KPR publikovaný v této příručce sloužil bez podstatných změn po několik desetiletí a didaktická srozumitelnost příručky dala základ pro sjednocení výuky KPR na všech úrovních vzdělávání. Safarem zavedené resuscitační pravidlo ABC se dostalo do povědomí široké zdravotnické veřejnosti jako iniciální fáze léčení všech závažných život ohrožujících stavů. Další rozvoj resuscitace je podložen širokým výzkumem a koordinovanou mezinárodní spoluprací. Mezinárodní výbor pro resuscitaci ILCOR (International Liaison Committee on Resuscitation) od roku 2000 reviduje v pětiletých intervalech doporučené postupy (Guidelines) pro neodkladnou resuscitaci a na základě nově zjištěných poznatků koordinuje jejich inovaci. První drobné změny původních Safarových doporučení přinesly až Guidelines 2000 for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. Následující Guidelines 2005 přišly s radikálními změnami postupů a přepracovaly desítky let užívané algoritmy. Poslední Guidelines 2010 publikované v říjnu 2010 a navazující na Guidelines 2005, se snaží omezit změny na minimum, aby nová doporučení byly jednodušší zejména pro laickou veřejnost. Je kladen důraz hlavně na provádění minimálně přerušované účinné masáže, kterou by měli zvládnout všichni zachránci. V posledních letech se vedla řada diskusí o významu dýchání při KPR. Podle nových doporučení umělé dýchání zůstává důležitou součástí KPR při sekundární asfyktické zástavě oběhu. Samotná srdeční masáž je doporučována při laické resuscitaci, pokud zachránce neovládá techniku umělého dýchání a pokud nemůže, nebo nechce s nemocným dýchat. Důraz je kladen na zkrácení doby přerušování masáže pro provedení defibrilace, masáž je doporučeno provádět i během nabíjení defibrilátoru a výboj má být podán v krátké pauze přerušování masáže o trvání maximálně 5 sekund. Bezpečnost zachránců zůstává nadále základní prioritou, připouští se ale skutečnost, že rizika plynoucí z provádění KPR jsou malá. Je snížen důraz na nutnost časné intubace v nepřítomnosti zkušeného záchranáře. Při podání léků se upustilo od jejich podávání do dýchacích cest, atropin nadále není indikován u asystolie a bezpulsové elektrické aktivity, adrenalin se podává spolu s amiodaronem až po třetím defibrilačním výboji. Ve strategii defibrilace nejsou změny, pouze je v určitých situacích definována možnost podání tří výbojů. Velký důraz je kladen na léčení tzv. syndromu po srdeční zástavě, kde se objevuje řada konkrétních doporučení. Celkově lze shrnout, že nevelké změny, které Guidelines 2010 přináší, přispívají ke zjednodušení postupů a zvýšení jejich účinnosti. Nedávno nově ustavena Česká resuscitační rada velice aktivně spolupracuje nejen na dodržení jednoty české terminologie, ale i na přípravě českých překladů Guidelines 2010. Pro názornost a jednotu při výuce KPR v duchu nových doporučení je jistě velkým přínosem dostupnost českých

překladů schémat postupů KPR na webových stránkách European Resuscitation Council (www.erc.edu) i České resuscitační rady (www.resuscitace.cz).

Seznam použité literatury

- [1] Evans, T. R. ABC o resuscitaci, Dona, Brno-Horní Heršpice 1992, s. ix-x.
- [2] Jiránek P. VI. Anesteziologické dny Vysočiny. Sborník přednášek a abstrakt, Ekon, Jihlava 2010, s. 25 – 29.
- [3] Nolan, J. P., Soar, J., Zideman, D.A. European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2010. Section 1. Executive summary. Resuscitation, 2010, 81, p. 1219-1276.

Kontakt na autora

MUDr. Roman Sviták

Zdravotnická záchranná služba Plzeňského kraje

email: roman.svitak@zzspk.cz

Podpořeno

Projektem Spolupráce 21. století.

ZÁSADY BEZPEČNÉ PŘEPRAVY RADIOAKTIVNÍCH MATERIÁLŮ

Prof. Ing. Bedřich Šesták, DrSc.¹, Ing. Lubomír Polívka^{1, 2}, doc. Ing. Jozef Sabol, DrSc.,

¹Policejní akademie České republiky v Praze, ²FBMI ČVUT v Praze

Abstrakt

Príspevok sa zaoberá niektorými aktuálnymi otázkami dopravy nebezpečných látok v Českej republike so zvláštnym dôrazom na radioaktívne látky. Vzhľadom k možnému zneužití radioaktívnych materiálov pro teroristické účely, ve světě je věnována zvýšená pozornost zavedení spolehlivých kontrolních mechanismů zaměřených na prevenci, detekci a identifikaci nezákonné přepravy těchto nebezpečných látek. V České republice byla přijata celá řada opatření k zamezení ilegálního pohybu radioaktivních zářičů, přičemž zvláštní opatření byla zavedena zejména na mezinárodních letištích. V oblasti dopravy radioaktivních a jaderných materiálů se Česká republika důsledně řídí příslušnými mezinárodními předpisy a doporučeními, zvláště pak těmi, které jsou vypracovány Mezinárodní agenturou pro atomovou energii ve Vídni. Tato doporučení se promítají do příslušné české legislativy týkající se jaderné a radiační bezpečnosti.

Klíčová slova

Radioaktivní materiál, doprava, bezpečnost, zabezpečení, radiační ochrana, Česká republika

Abstract

The paper deals with some current aspects of the transport of dangerous goods in the Czech Republic with special emphasis on the shipment of radioactive materials. Due to the potential misuse of these materials for terroristic acts, there has been paid increased attention to implementing reliable controlling mechanisms aimed at prevention, detection and identification of illegally transported dangerous substances. In the Czech Republic, a number of measures has been introduced in order to prevent illegal movement of radioactive sources, where exceptional measures were adopted at international airports including the installation of appropriate detection devices. In the field of the transport of radioactive and nuclear materials, the Czech Republic is strictly following relevant international procedures and recommendations especially those issued by the International Atomic Energy Agency in Vienna. These recommendations have been transposed into the Czech legislature addressing nuclear and radiation safety.

Key words

Radioactive material, transport, safety, security, radiation protection, Czech Republic

1. Úvod

Je známo, že v uplynulých dvou dekáдах bylo zaznamenáno několik pokusů o nelegální přepravu radioaktivních látek přes hraniční přechody nebo mezinárodní letiště. Velká část těchto látek měla svůj původ v zemích bývalého SSSR, kde byly tyto látky relativně snadno dostupné v důsledku nedostatečného systému evidence a kontroly radioaktivních zdrojů. Po rozpadu SSSR, v nových nezávislých státech se jen pomalu vytvářely dozorné orgány, jejichž hlavním úkolem je zajistit plnou kontrolu nad těmito zdroji. K tomu by měly sloužit přísné licenční postupy, doprovázeny inspekcemi pracovišť s radioaktivními látkami. Důležitou složkou takového kontrolního systému jsou i sankce za porušování příslušných zákonů nebo vyhlášek. V tomto směru mají nezastupitelnou roli dozorné orgány, které by měly disponovat náležitými pravomocemi k zavedení spolehlivého a transparentního kontrolního systému k zajištění adekvátní radiační ochrany pracovníků, obyvatel i životního prostředí.

Velkou zásluhu na nastolení mechanismů pro kontrolu radioaktivních látek má zejména Mezinárodní agentura pro atomovou energii (MAAE), která v tomto směru poskytuje členským zemím všemožnou pomoc a podporu, zaměřenou na formování dozorných orgánů, které by měly být pokud možno nezávislémi na uživatelích a podporovatelích aplikací jaderných a radiačních technologií. Součástí tohoto programu je i rozsáhlá publikační činnost MAAE, která umožňuje členským zemím využívat různé agenturní odborné materiály, sloužící jako podklady pro legislativní národní dokumenty, vycházející ze soudobých mezinárodních standardů a doporučení v této oblasti. Je zřejmé, že čím budou tyto kontrolní mechanismy účinnější, tím budou i možnosti získání radioaktivních látek obtížnější, což v konečném důsledku se projeví i na snížení nebezpečí jejich nezákonné přepravy a tedy i jejich případného zneužití.

2. Situace v České republice

Dozor nad jadernou bezpečností a radiační ochranou vykonává ze zákona Státní úřad pro jadernou bezpečnost (SÚJB), který má statut ústředního orgánu státní správy pro danou oblast. SÚJB vykonává státní správu a dozor při bezpečném využívání jaderné energie a ionizujícího záření ve smyslu vymezení Atomovým zákonem (zákon č. 18/1997 Sb.) o mírových aplikacích jaderné energie a ionizujícího záření [1]. V souladu s tímto zákonem do působnosti SÚJB, mimo jiné, patří povolování výkonu činností souvisejících s umísťováním a provozem jaderného zařízení a pracoviště s velmi významnými zdroji ionizujícího záření, nakládáním se zdroji ionizujícího záření a radioaktivními odpady, přepravou jaderných materiálů a radionuklidových zářičů.

Jak Atomový zákon, tak i navazující vyhlášky SÚJB a také další předpisy platné pro kontrolu radioaktivních zdrojů a ochranu osob před účinky ionizujícího záření, jsou plně kompatibilní se základními směrnici a doporučeními Evropské unie (EU) [2,3] a také MAAE [4].

Pokud jde o radiační ochranu a dopravu radioaktivních materiálů, jsou důležité zejména vyhlášky SÚJB o radiační ochraně (Vyhláška č. 307/2002 Sb.) [5] a o přepravě jaderných a radioaktivních materiálů (Vyhláška č. 317/2002 Sb.) [6]. Tato vyhláška, mimo jiné, upravuje podrobnosti a postup typového schvalování obalových souborů pro přepravu, skladování nebo ukládání jaderných materiálů a radioaktivních látek.

O aktivitách SÚJB v potírání jakéhokoli nezákonného nakládání s radioaktivními látkami svědčí i údaje z Výroční zprávy za r. 2007 [7], kdy bylo nahlášeno a šetřeno kontrolou SÚJB, mimo oblast jaderných zařízení, 59 mimořádných případů souvisejících se zdroji ionizujícího záření, či činnostmi vedoucími k ozáření. Kromě jiného, tyto případy zahrnovaly také:

- a) 30 záchytů vozidel (železničních vagónů a automobilů) transportujících železný šrot; vozidla byla zachycena měřicími zařízeními na vstupech do hutních závodů a na šrotiště, z toho ve 14 případech, kdy byly zachyceny materiály kontaminované přírodními radionuklidy (zejména Ra-226), ve 3 případech byl zachycen materiál kontaminovaný umělým radionuklidem (Co-60), ve 2 případech nebyl radionuklid specifikován, v 11 případech byl kontaminovaný materiál vrácen do zahraničí bez dohledání;
- b) 19 záchytů sběrných vozů s komunálním odpadem na vstupu do spaloven, ve 14 případech se jednalo o kontaminovaný zdravotnický materiál, resp. materiál pocházející z činností souvisejících s používáním radioaktivních látek (Tc-99m, I-131, Co-56, Co-58, Sm-153), ve 4 případech byly zachyceny materiály kontaminované přírodními radionuklidy (zejména Ra-226), v jednom případě se jednalo o záchyt zdroje ionizujícího záření (Cs-137);
- c) 2 záchyty při třídění zavazadel na letišti (jednalo se o předměty s obsahem přírodních radionuklidů, které byly zachyceny citlivými přístroji).

Mimořádné případy byly řešeny v souladu s příslušnými vnitřními předpisy držitelů povolení a v souladu s pokyny SÚJB. Pokud se přítomnost kontaminovaných materiálů (látek, předmětů) potvrdila, byly na základě rozhodnutí SÚJB tyto materiály dohledány, izolovány, bezpečně uskladněny nebo uloženy, příp. uvolněny do životního prostředí.

3. Role MAAE a dalších mezinárodních organizací

Významnou úlohu v zajištění globální bezpečnosti při mírovém využívání jaderných a radiačních technologií bezesporu hraje MAAE, která se v poslední době velice intenzivně angažuje také v prevenci a odhalování nezákonné přepravy radioaktivních látek. Stěžejním dokumentem pojednávajícím o zásadách bezpečné přepravy radioaktivních materiálů je především specifické doporučení pro tuto oblast [8,9]. Tento dokument se stal vodítkem pro formulování bezpečnostních předpisů pro dopravu radioaktivních látek v řadě členských zemí MAAE a realizace příslušných doporučení nesporně přispívá ke zlepšení kontrolních mechanismů a koordinovaného mezinárodního přístupu v řešení tohoto problému, který také

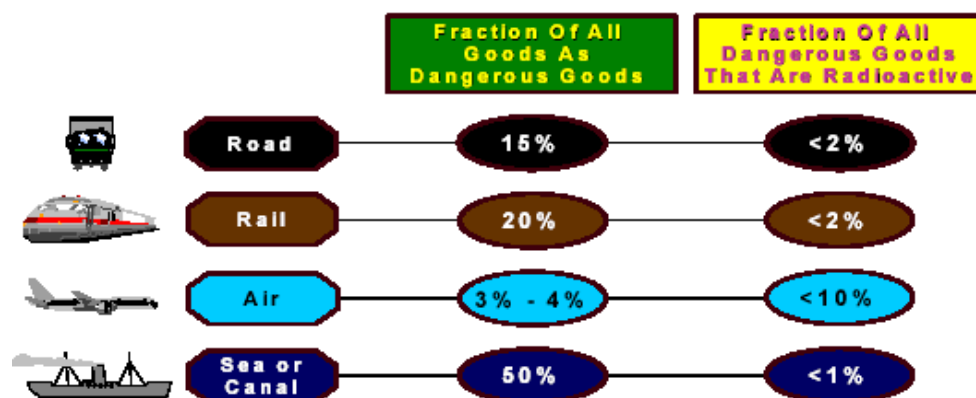
bezprostředně souvisí i s bojem proti přepravě ilegálních zásilek obsahujících radioaktivní látky.

Ve své snaze zabezpečit důslednou kontrolu nad jadernými a radioaktivními materiály, MAAE úzce spolupracuje s dalšími mezinárodními expertními sdruženími, jako např. Mezinárodní komisí pro radiologickou ochranu (International Commission on Radiological Protection – ICRP), jakož i organizacemi a institucemi, které se touto problematikou ve světě zabývají.

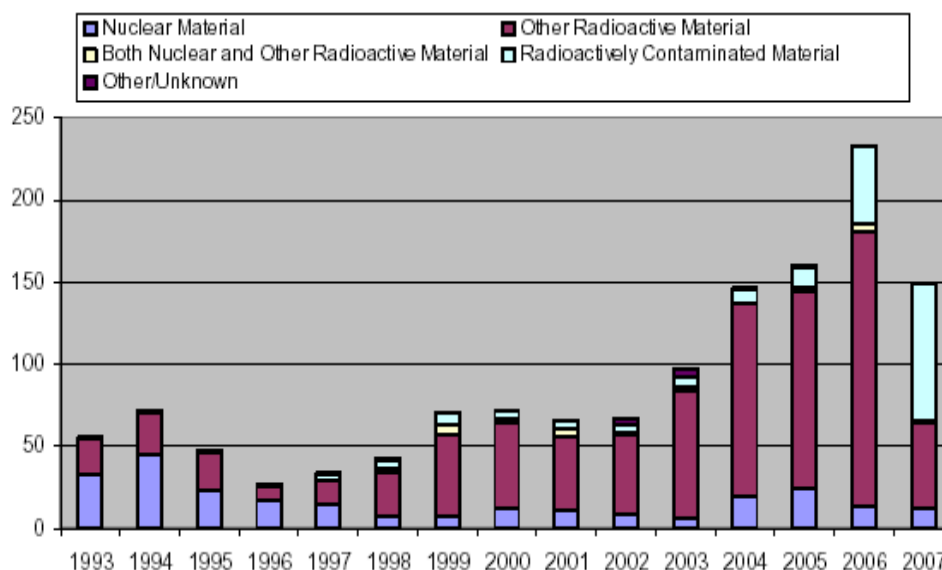
V současné době se přepravuje tisíce zásilek a kontejnerů s radioaktivními látkami a to jak vozidly, vlaky, letadly a loděmi. Pro představu o podílu jednotlivých způsobů dopravy, na obr. 1 jsou uvedeny informace o zastoupení nebezpečných látek a radioaktivních látek v procentech celkového přepravovaného objemu. V tomto případě se jedná o legální přepravu radioaktivních látek, povolených příslušnými dozornými orgány. Při takové přepravě musí se však věnovat náležitá pozornost, aby se tyto látky neztratily, nepoškodily nebo nebyly zcizeny.

Ve spolupráci s členskými zeměmi a dalšími mezinárodními organizacemi, MAAE vede od roku 1993 databázi nezákonně přepravovaných jaderných a radioaktivních materiálů (Illicit Trafficking Database – ITDB) [10]. Ačkoliv v posledních letech, díky zpřísněným opatřením zaměřeným na prevenci, vykazuje tento trend sestupnou tendenci, lze očekávat, že v důsledku současné renesance rozvoje jaderných technologií se snahy o nelegální nakládání s jadernými a radioaktivními materiály se mohou opět zintenzivnit. Jak je vidět z obr. 2, v posledních letech bylo zaznamenáno na 1400 pokusů o nelegální přepravu těchto materiálů, přičemž většina z nich měla svůj původ v zemích bývalého SSSR.

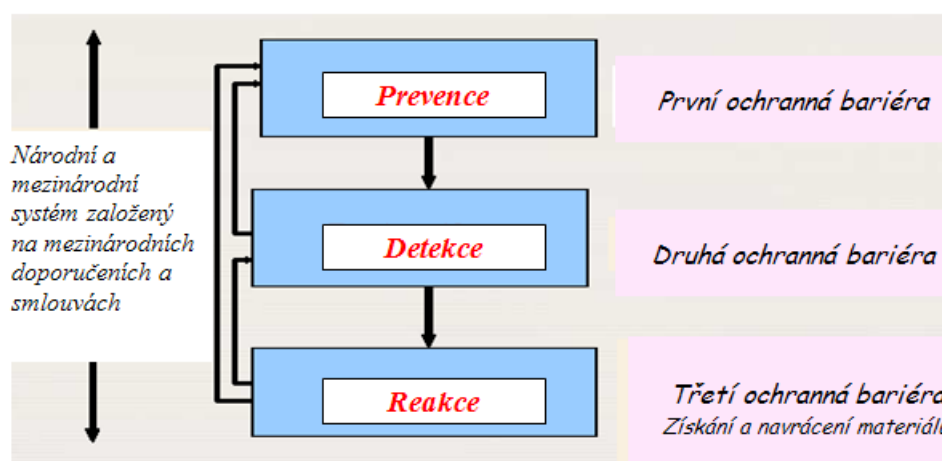
K zavedení účinných opatření proti nezákonné přepravě radioaktivních látek, MAAE poskytuje členským zemím rozsáhlou pomoc ve formě technických dokumentů, přístrojů a školení pracovníků zabývajících se touto oblastí. Důraz se přitom klade na prevenci, detekci a identifikaci těchto materiálů a rovněž tak optimální postupy pro jejich zabezpečení (obr. 3).



Obr. 1. Ilustrace podílu nebezpečného zboží (NZ) na celkové dopravě po souši, na kolejích, vzduchem a po vodě. Uveden je rovněž podíl radioaktivních látek (RL) na této přepravě.



Obr. 2. Přehled údajů z databáze MAAE o případech pokusů o ilegální přepravu jaderných a radioaktivních materiálů [10].



Obr. 3. Ochranné bariéry zaměřené na prevenci a detekci ilegálně přepravovaných materiálů včetně reakce na takové případy.

4. Potenciální zneužití radiačních a jaderných technologií

Jaderné materiály a radioaktivní látky je možné využít pro teroristické účely v zásadě třemi způsoby:

- Odcizením jaderné zbraně, případně jejím zkonstruováním. Pravděpodobnost takové možnosti je v současné situaci relativně malá, avšak případné použití takové zbraně by mělo katastrofální důsledky.
- Sabotáž nebo útok na jaderné zařízení (zejména jadernou elektrárnu) nebo zařízení, kde se využívá zářičů s velmi vysokou aktivitou (výzkumné a průmyslové ozařovače,

radioterapeutické zářiče). Pravděpodobnost takového aktu je zde mnohem vyšší než případě sabotáže, ale účinky jsou podstatně menší.

- c) Použití odcizeného vhodného radioaktivního zářiče v kombinaci s klasickou výbušninou - radiologická zbraň neboli tzv. disperzní “špinavá bomba”.

Pravděpodobnost tohoto činu je větší než v předchozím případě, dopad by však byl menší a jeho rozsah by závisel od typu zářiče a jeho aktivity. Takový teroristický útok by zřejmě způsobil více škody tím, že by vyvolal paniku a chaos mezi obyvatelstvem než skutečnými radiologickými účinky.

Pro konstrukci špinavé bomby připadá v úvahu následujících sedm umělých radionuklidů, případně jejich směs. Jako vnitřní zářiče jsou to zejména Am-241, Cf-252 a Pu-238, zatímco zářiče Cs-137, Co-60 a Ir-192 představují nebezpečí vyvoláním jak vnitřního, tak i vnějšího ozáření. Navíc, se zde musí počítat i s použitím Sr-90, které by vyvolalo především vnitřní ozáření.

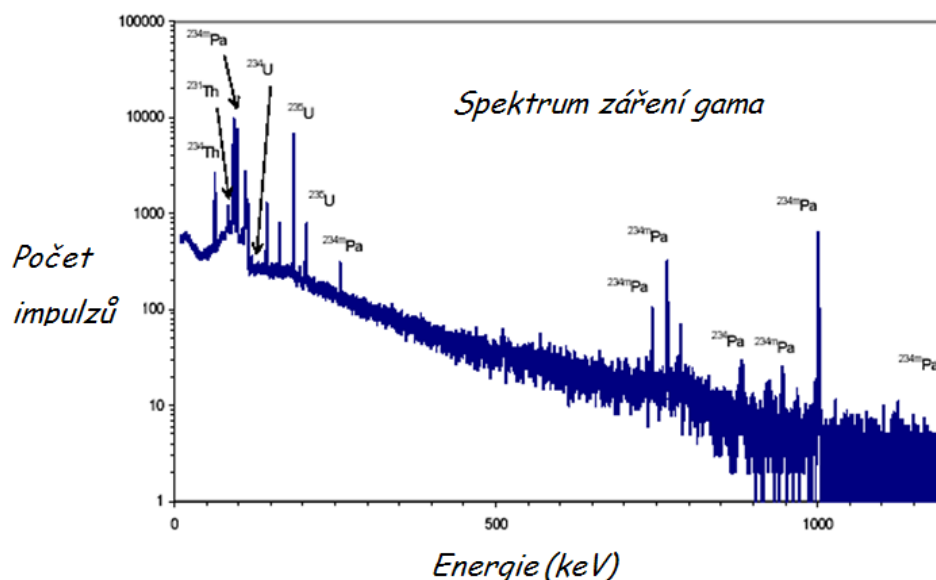
5. Metody prevence nezákonné přepravy RL

Účinnou prevencí je především spolehlivé fungování kontrolních mechanismů, zejména pak důkladná inventarizace všech radioaktivních látek, důsledný systém povolovacího řízení a inspekce spojené se sankcemi, které dozorný orgán je oprávněn udělovat v případě porušení příslušných bezpečnostních předpisů a nařízení.

Další významné nástroje k zamezení nezákonné přepravy a držení radioaktivních zářičů představuje monitorování ve vybraných uzlech, jako jsou hraniční přechody, letiště, a vstupy do jaderných nebo radiačních zařízení případně i do budov strategického významu nebo míst shromažďování velkého počtu lidí (stadiony, divadla, kina atd.).

Pokud jde o jaderné materiály, zejména pak obohaceny uran, monitorování přítomnosti těchto materiálů je založeno na spektrometrii gama (obr. 5). V případě detekce radioaktivních látek se využívá rovněž monitorů na bázi spektrometrie gama, která je dostatečně citlivá a umožňuje také identifikaci typu použitého radionuklidu. Toto měření bylo prováděno za účelem získání referenčních hodnot radiačních úrovní, které by byly východiskem pro srovnání s úrovněmi po případném radioaktivním zamoření letištních prostor. Výsledky monitorování prokázaly, že v místech mimo kontrolovaného pásma, kde se skladují zásilky s radioaktivními látkami, radiační úroveň nepřekročila běžné hodnoty přírodního pozadí, které se pohybuje kolem 80-150 nSv/h v závislosti na konkrétním místě (mimo budov, na silnici, na volném prostranství) a především pak na okolních materiálech, které obvykle vykazují různou koncentraci přírodních radionuklidů.

V případě radionuklidů emitujících záření beta nebo alfa je nutno použít dalších speciálních monitorů, které vykazují dostatečnou citlivost na takové méně pronikavé záření.



Obr. 6. Průběh spektra získaného polovodičovým detektorem, z něhož lze získat informaci o přítomnosti uranu v měřeném vzorku.

6. Závěr

V dnešní době, která se vyznačuje rozsáhlým použitím jaderných a radiačních technologií v průmyslu, medicíně, zemědělství a ve vědě a výzkumu, bude neustále hrozit potenciální možnost zneužití těchto technických vymožeností a zejména pak silných radioaktivních zářičů pro teroristické a jiné zákeřné cíle. K zamezení nebo snížení pravděpodobnosti takových akcí je nezbytné zavést důslednou kontrolu nad všemi zdroji, které by pro toto odsouzeníhodné použití připadaly v úvahu. Úsilí je třeba rovněž zaměřit na odvrácení a prevenci zneužití nukleárních technologií, kde velkou roli hraje fyzická ochrana zdrojů, jejich průběžné monitorování a účinná kontrola jejich pohybu nebo přepravy tak, aby jakékoli pokusy o nezákonné získání přístupu k takovým zdrojům byly včas zachyceny a tyto zdroje se tak nedostaly do nepovolaných rukou. Neméně, významnou součástí těchto opatření je školení a odborná příprava personálu zaměřené na radiační ochranu a řešení havarijních situací s cílem minimalizovat jejich dopad na obyvatele.

Lze konstatovat, že v České republice jsou vytvořeny příznivé předpoklady ke zvládnutí tohoto úkolu. Bude však zapotřebí věnovat i nadále pozornost inovaci stávajících a instalací dalších radiačních monitorů k včasné detekci přítomnosti ilegálních radioaktivních látek. Je třeba také pokračovat ve specializovaných kurzech pro vybrané kategorie pracovníků. Kromě toho, i v budoucnosti musí pokračovat spolupráce s MAAE, příslušnými orgány EU a dalšími mezinárodními organizacemi a institucemi neboť hrozba spočívající ve zneužití radioaktivních látek má mezinárodní rozměr a problémy s tím spojené se musí řešit koordinovaně v globálním měřítku.

Seznam použité literatury

- [1] Zákon č. 18/1997 Sb. ze dne 24. ledna 1997 o mírovém využívání jaderné energie a ionizujícího záření.
- [2] Směrnice Rady 96/29/Euratom z 13. května 1996, kterou se stanoví základní bezpečnostní standardy na ochranu zdraví pracovníků a obyvatelstva před riziky vyplývajícími z ionizujícího záření.
- [3] Směrnice Rady 2003/122/Euratom z 22. prosince 2003 o kontrole vysokoaktivních uzavřených zdrojů záření a opuštěných zdrojů.
- [4] International Basic Safety Standards for Protection against Ionizing Radiation and for the Safety of Radiation Sources, IAEA, Vienna, 1996.
- [5] Vyhláška 307/2002 Sb. Státního úřadu pro jadernou bezpečnost ze dne 13. června 2002 o radiační ochraně.
- [6] Vyhláška č. 317/2002 Sb. Státního úřadu pro jadernou bezpečnost ze dne 13. června 2002 o typovém schvalování obalových souborů pro přepravu, skladování a ukládání jaderných materiálů a radioaktivních látek, o typovém schvalování zdrojů ionizujícího záření a o přepravě jaderných materiálů a určených radioaktivních látek.
- [7] Zpráva o výsledcích činnosti SÚJB při výkonu státního dozoru nad jadernou bezpečností a radiační ochranou za rok 2007, Část I, SÚJB, Praha 2008.
- [8] Regulations for the Safe Transport of Radioactive Material, Safety Standards Series No. TS-R-1, IAEA, Vienna, 2004.
- [9] SABOL, J., KOHOUT, P., HANÁK, M. and JIROUT, L: Safe Transport of Radioactive Materials in the Czech Republic. International Congress on Transport Telematics – Prague '09, 30 March-1 April 2009).
- [10] A. NILSSON: Combating Illicit Trafficking – Gloval Perspective, AAAS Annual Meeting, 14-18 February 2008 (<http://www.google.cz/search?hl=cs&q=IAEA%2C+Anita+Nilsson%2C+terrorism&lr=&aq=o&oq=>).

Kontakt na autora

Doc. Ing. Jozef Sabol, DrSc.

FBMI ČVUT v Praze

jozef.sabol@gmail.com

ETICKÉ PROBLÉMY V OBLASTI APLIKACE ELIMINAČNÍCH METOD

Mgr. Martina Šliková

České vysoké učení technické v Praze, Fakulta biomedicínského inženýrství se sídlem na
Kladně, katedra lékařských a humanitních oborů

Abstrakt

Příspěvek je zaměřen na aktuální etické problémy spojené s alokací především finančních zdrojů s ohledem na možnosti a limity dialyzační léčby v České republice. V úvodní části ukazuje původní etické problémy, které byly spojeny s historií vzniku chronické hemodialyzační léčby.

Dále se zabývá aktuálně vzniklými etickými problémy dialyzační léčby v souvislosti s pojetím koncepce zdravotní péče. Zahrnuje okruhy etických problémů, které souvisí především s nárůstem počtu nemocných a vysokou nákladovostí dialyzační léčby.

Klíčová slova

chronická hemodialýza, dialyzační přístroj, alokace zdrojů, možnosti, limity, léčba, etický problém

Abstract

The paper focuses on current ethical problems associated with the allocation of financial resources, especially with regard to the possibilities and limits of dialysis treatment in the Czech Republic. In the introductory section shows the original ethical problems that were associated with a history of chronic hemodialysis treatment. It also deals with ethical problems currently arising dialysis treatment in relation to the concept of the concept of health care. Includes areas of ethical issues that relate primarily to the increase in the expenses of patients and high dialysis treatment.

Keywords

chronic hemodialysis, dialysis unit, allocation of resources, possibilities, limits, the treatment, an ethical problem

Od prvního úspěšného pokusu o přístrojovou náhradu funkce ledvin, kdy se prof. Kolffovi v Holandsku podařilo zachránit z uremického kómatu první pacientku umělou ledvinou, uběhlo již více než 60 let. Později tato metoda přístrojové náhrady ledvin zachraňovala životy amerických vojáků trpících akutním selháním ledvin v korejské válce. Léčba pomocí některé z metod náhradních funkcí ledvin má od té doby velmi zajímavý vývoj, který se týká nejen samotného rozvoje medicínských postupů, ale i eticko právní problematiky. Rozvoj tohoto druhu léčby sebou od počátku nesl nejen úspěchy, ale i mnoho

problémů a to jak technického rázu (např. napojení pacienta na mimotělní cévní okruh), tak eticko právního charakteru (např. organizaci pravidelného dialyzačního léčení s nedostatkem umělých ledvin).

Je třeba zmínit, že v roce 1955 byl v tehdejším Československu úspěšně použit první dialyzační přístroj a to v Praze ve Všeobecné fakultní nemocnici a dlouho zůstal také jediným pro pacienty ve východní Evropě. (Sulková, 2000)

Bohužel, i přes tento úspěch a prvenství ve východním bloku, byla před rokem 1989 situace ohledně nemocných potřebujících náhradní funkci ledvin katastrofální. Koncem 60. let se začala organizovat chronická dialyzační léčba, ale vzhledem k nedostatku přístrojů byla pro pacienty omezena věkem (nárok na léčení měli nemocní mladší 50 let) a diagnózou (léčba se umožnila jen nemocným „se selháváním ledvin“, tak se z programu vyřadili diabetici a nemocní se systémovými chorobami). Veřejnosti byly však problémy a jejich řešení utajeny. Každý rok zemřelo mnoho nemocných z důvodu pouhého nedostatku dialyzačních přístrojů. Tyto okolnosti nesli těžce nejen sami nemocní a jejich blízcí, ale i zdravotníci. Po roce 1989 vlivem především politických změn, ale i medicínského pokroku, došlo k výraznému zlepšení situace. (Haškovcová, 1997)

V posledních letech dostupnost dialyzačního léčení v České republice není, na rozdíl od ekonomicky méně rozvinutých zemí, limitována věkem, přidruženými chorobami a ani sociální situací pacienta. Přístrojová náhrada funkce ledvin se stala rutinní klinickou metodou, považovanou za zcela běžnou, jednoduše proveditelnou, dostupnou a samozřejmou. Pacient může se selháním ledvin žít řadu dalších let. Dialyzační léčba je u nás v současnosti na srovnatelné úrovni s ekonomicky vyspělými zeměmi. Používáme nejmodernější diagnostické postupy, dialyzační techniku, farmakoterapii a stejně tak transplantační program je kvalitní. (Sulková, 2006)

V České republice bylo např. v roce 2009 celkem 97 dialyzačních středisek poskytujících léčbu celkem 5763 pacientům (k 31. 12. 2009), celkem se jednalo o 798787 výkonů RRT. (Rychlík, Lopot, 2009). Pokud tyto statistické údaje srovnáme s nedávnou minulostí, např. s rokem 1992, kdy bylo v tehdejší Československé republice 27 hemodialyzačních pracovišť, zaměřených na poskytování hemodialýzy (peritoneální dialýza byla u nás ojedinělá), musíme konstatovat obrovský nárůst počtu nemocných, léčených některou z metod náhrady funkce ledvin. (Sulková, 2000)

Přestože je úroveň znalostí a dialyzační technologie na vysoké úrovni a kvalita života nemocných se zvýšila, zůstává dialýza daleko za funkcí nativních ledvin. Jedná se o léčbu s četnými doprovodnými komplikacemi akutního i chronického charakteru. Tyto komplikace lze považovat za následek základního onemocnění, důsledek urémie a také stárnutí. Terminální selhání ledvin se stává nemocí vysokého věku. (Sulková, 2006) Populace dialyzovaných pacientů se oproti minulosti posouvá do vyšších věkových kategorií. Dle Statistické ročenky je nejvíce pacientů starších 60 let (68%). Nejvíce narůstá počet nově zařazovaných pacientů nad 75 let. (ČNS, 2011)

Důvodů tohoto stavu je několik, např. demografický vývoj s prodloužením střední délky života, změna hlavních příčin úmrtí (ČSÚ, 2011) a také vyspělý technický stav současné medicíny. V neposlední řadě můžeme hovořit o vlivu historického vývoje spojeného s vývojem ekonomiky a politické situace.

Je logickým následkem, že z uvedených důvodů se při dialýze kombinují jednak větší problémy medicínského charakteru související s vyšším věkem nemocných (polymorbidita, vytvoření funkčního cévního vstupu, malnutrice, poruchy hybnosti, poruchy kognitivních funkcí), ale přibývají problémy související s kvalitou života, tzn. psychické i sociální.

Dá se konstatovat, že zmiňovaná úroveň intenzivní medicíny v podpoře základních životních funkcí, umožňuje udržovat naživu poměrně dlouhou dobu i pacienti, kteří mají jednoznačně beznadějnou prognózu. (Kořenek, 2004)

Oproti minulosti tak vyvstává etická otázka zařazení či vyřazení nemocných z pravidelného dialyzačního léčení z důvodu nikoliv limitované nabídky (dostupnosti) techniky a vybavení, ale zvažování kam a za jakých okolností ještě s dialýzou směřovat, přestože možnosti dialyzačního léčení z technického hlediska jsou dnes obrovské. (Sulková, 2006)

V posledních dvou desetiletích se udály významné změny v oblasti zdravotnického práva. Zrovnoprávnění vztahu lékaře a pacienta na podkladě přijetí Úmluvy o lidských právech a biomedicíně vede k podstatnému nárůstu autonomie nemocných. Původní model paternalistický nahrazuje model partnerský. (Haškovcová, 1997) Pacienti dnes častěji než dříve chtějí spolurozhodovat o své léčbě. Opět z etického hlediska může dojít ke kolizi dvou etických povinností: ochraňovat zdraví a život pacienta a respektovat jeho autonomii. Narůstající tendence pacientů a jejich blízkých volat v případě nepříznivých léčebných výsledků zdravotníky k právní odpovědnosti vede často k právní nejistotě zdravotníků. Někdy si nemocní a jejich příbuzní dokonce nárokují neomezená práva k poskytování intenzivní péče. Je prokázáno, že se to většinou odehrává v zemích, kde nejsou přímé finanční platby v nemocnici (náklady hrazené pojišťovnami), takže si současně neuvědomují vysokou finanční náročnost takové léčby. Zdravotníci běžně problém řeší cestou tzv. defenzivní medicíny, charakterizovanou obavami ze stížností či žalob pro nedostatečnou či chybnou léčbu. Pro zdravotníka se v tuto chvíli nabízí nejsnazší řešení, čímž je ordinování mnoha vyšetření, nasazování všech možných dostupných léčebných postupů bez uvažování, zda má pacient skutečně z léčby prospěch. (Kořenek, 2004)

Vysoké náklady a správná alokace zdrojů v péči o nemocné s chronickým selháním ledvin patří od počátku jejího rutinního uplatnění v klinické praxi k největším problémům. V koncepci české nefrologie na rok 2010 se hovoří o následujících částkách, kterých je pro dialyzační léčbu třeba: 555 360 Kč/1 nemocného na hemodialýzu za /rok, 918 528 Kč/1 nemocného na hemofiltraci či hemodiafiltraci /rok, 630 448 Kč/1 nemocného na CAPD (kontinuální ambulantní peritoneální dialýza)/rok a 756 537,6 Kč/1 nemocného na APD/rok (ambulantní peritoneální dialýza). Vyčíslení těchto nákladů je relativně dobře podloženo. Výše uvedené sumy pokrývající vlastní dialýzu tvoří zhruba 40 % veškerých nákladů, které péče o dialyzované vyžaduje. Zbývajících 60 % představuje farmakoterapie, položky za hospitalizace, laboratorní a jiná vyšetření, transport nemocných, aj. (Opatrný et al. 2004).

Náklady na terapii u dialyzovaných nemocných se snaží analyzovat všechny vyspělé státy. V USA, jejichž rozbor dialyzační léčby mají vysokou úroveň a opírají se o velké soubory nemocných, jsou tyto údaje samozřejmostí. Z novějších amerických výzkumů je třeba upozornit na zajímavou skutečnost a to, že v rámci jedné země mohou existovat rozdíly

v léčebné strategii a nákladech na základní léky podávané nitrožilně a rozdíly jsou dány tím, kdo je majitelem dialyzačních středisek (www.usrds.org.)

Soukromé obchodní společnosti, provozující dobře finančně hodnocené dialýzy, neposkytují komplexní péči o nemocné v celém spektru. Je pravdou, že se snaží v rámci ambulantních služeb poskytovat kvalitní péči a mají zpracovány strategie, jak zajistit nejen kvalitní léčebnou proceduru, tak zkvalitnit i život pacienta závislého na přístroji. Na druhou stranu je stále nedostatečná koncepce gerontonefrologie a případné paliativní péče, není dořešena síť návazné další péče, pokulhává i kontinuita péče a není jasné, jak vysoké jsou vlastně náklady na další související služby, spojené s výkony pravidelného dialyzačního léčení.

S výše zmíněným problémem souvisí dnes až nadpočetné množství drahých přístrojů i hrozící nadužívání medikací, využívání pacientů jako finančních zdrojů a spolu s tímto fenoménem jsou motivováni zdravotníci (zejména lékaři) k nadužívání léčby bez ohledu na mnohdy marnou léčbu a s ní spojenou nízkou kvalitou života nemocných.

Sami lékaři uvádějí, že pacientům je přednostně nabízena méně šetrná klasická hemodialýza než metoda levnější, doma prováděné peritoneální dialýzy, a to často vzhledem k naplnění kapacity hemodialyzačního střediska.

Prof. Haškovcová uvádí ve své Lékařské etice z roku 1997: “Není pochyb o tom, že alokace zdrojů je stejně tak ekonomickým problémem, jakož i etickým problémem číslo jedna.” (Haškovcová, 1997) Tento problém přetrvává a dokonce dle mého názoru v posledních několika letech narůstá v souvislosti se stálým nedostatkem zdrojů na zdravotnictví.

Při vymezení distributivní a sociální spravedlnosti jde o etický problém rozhodnutí o tom, kdo má právo na aplikaci podpůrného medicínského systému, jehož provozní cena i náklady jsou extrémně vysoké a jsou na úkor standardní medicínské péče, kterou garantují veřejnoprávní instituce. (Ondok, 2005)

Rozhodování v oblasti nezačínání nebo ukončení dialyzační léčby je nesnadné. K řešení této problematiky byla vyvinuta řada skórovacích systémů, zaměřených na ohodnocení závažnosti onemocnění, včetně účinnosti, kvality, účelnosti a výkonnosti péče. Zatím však neexistuje skórovací systém, který by zhodnotil prognózu kvality života v případě přežití, což je stejně důležité jako mortalita.

Při rozhodování o dalším postupu nesmíme zapomínat na hodnoty pacienta, rodiny, ošetřujícího personálu i celé společnosti. Tyto hodnoty mohou být ve vzájemném konfliktu. Z hlediska lékařské etiky při respektování důstojnosti, jedinečnosti a integrity nemocného je třeba dbát, abychom mu neposkytli zbytečnou, marnou léčbu.

Na zdravotníky je tak kladen nárok na klinicky a eticky správné rozhodování v prognózování a léčbě. Snaha zachránit a zachovat život se může dostat do konfrontace jednak s nízkou kvalitou takto prodlužovaného života, jednak s ekonomickými a právními aspekty péče. V závěru života je péče nákladná a zdravotníci jsou nuceni rozhodovat i o efektivní alokaci omezených prostředků na takto poskytovanou péči. Vzhledem k tomu, že nemají profesionální povinnost pouze k jednomu nemocnému, ale k celé společnosti, jedná se o závažnou eticky dilematickou situaci, kterou je potřeba zodpovědně řešit. (Kořenek, 2004)

V období, kdy se ukázalo, že současné koncepce řízení zdravotnictví nemohou být dlouhodobě udržitelné, jsou upozornění na problémy a veřejné diskuse i v této problematice možnou cestou vedoucí ke změně a zlepšení kvality zdravotní péče.

Seznam použité literatury:

- [1] BUKAČ, P. Chcete být léčeni zadarmo, nebo kvalitně? www.mesec.cz. [Online] [Citace: 2. Březen 2011.] Dostupné z WWW: <<http://www.mesec.cz/clanky/chcete-byt-leceni-zadarmo-nebo-kvalitne/>>
- [2] ČESKÁ LÉKAŘSKÁ KOMORA. Doporučení představenstva ČLK č. 1/2010 k postupu při rozhodování o změně léčby intenzivní na léčbu paliativní u pacientů v terminálním stavu, kteří nejsou schopni vyjádřit svou vůli. Praha : Česká lékařská komora, 2010.
- [3] ČESKÁ NEFROLOGICKÁ SPOLEČNOST. www.nefrol.cz. [Online] [Citace: 12. 2 2011.] <http://www.nefrol.cz/index.php?&desktop=clanky&action=view&id=579>.
- [4] ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. www.czso.cz. [Online] [Citace: 20. 1 2011.] <http://www.czso.cz/csu/katalog.nsf/hledat?SearchView&count=20&searchorder=1&searchfuzzy=1&query=%28%28st%C5%99edn%C3%AD%20d%C3%A9lka%20%C5%BEivota%29%29&database=all&kraje=all&skupiny=all&start=1>.
- [5] GRÜN, R.P. A KOL. Náklady na dialyzační léčbu pro seniory ve Velké Británii. *Nephrology Dialysis Transplantation*. 18, 2003, Sv. 10, 2003.
- [6] HAŠKOVCOVÁ, H. *Lékařská etika*. Praha : Karolinum, 1997. str. 65.
- [7] HENDRYCH, J., THURNVALDOVÁ, J. *Přednáška Systém zdravotnictví v ČR*. Kladruby u Vlašimi : Rehabilitační ústav Kladruby, 2008.
- [8] JIRKA, T.: Česká dialýza se nemusela nikdy červenat. www.medicaltribune.cz [Online] 22. březen 2007. [Citace: 22. Březen 2011.] Dostupné z WWW: <file:///E:/doktor%C3%A1t/%C4%8Cesk%C3%A1%20dial%C3%BDza%20se%20nikdy%20nemusela%20%C4%8Dervenat.htm>
- [9] KNAUF FELIX., ARONSON PETER.S. ESRD as a window into America's cost crisis in health care. *Journal of the American Society of Nephrology* : JASN 2009; 20(10):2093-7 [Online] 3. Zář 2009. [Citace: 20. únor 2011.] Dostupné z WWW: <http://www.asnonline.org/policy_and_public_affairs/docs/ESRD%20as%20a%20Window%20into%20America%27s%20Cost%20Crisis%20in%20Health%20Care.pdf>
- [10] KOŘENEK, J. *Lékařská etika*. Praha : Triton s.r.o., 2004. str. 105.
- [11] MERTL, J. *Přístupy k hodnocení efektivnosti sociálních služeb v národním hospodářství*. Praha : VÚPSV, 2007. ISBN 978-80-87007-72-3.

- [12] MOSQUES, J-, PARIS, V. *Zdravotní politika a ekonomika. Fungování nemocnic v šesti zemích*. Kostelec nad černými lesy : Institut zdravotní a sociální politiky, 2004.
- [13] ONDOK, P.J. *Bietika, biotechnologie a biomedicína*. Praha : Triton s.r.o., 2005.
- [14] OPATRŇY, K.,TESAŘ V., SCHÚCK, O.BARTOŠ, V., SOBOTOVÁ, TŘEŠKA, V., NÝVLT, M. Koncepce oboru nefrologie v České republice. *Aktuality v nefrologii* 2. 2004, str. 10.
- [15] POLE, R. Life-Saving Care at Great Risk and Cost. *Web Pro Publica Journalist in the public interest*. [Online] In *Dialysis*.2011[Citace: 5. březem 2011.] Dostupné z WWW: <[www.propublica.org. http://www.aarp.org/health/conditions-treatments/news-11-2010/in_dialysis_life_saving_care_at_great_risk_and_cost.html](http://www.aarp.org/health/conditions-treatments/news-11-2010/in_dialysis_life_saving_care_at_great_risk_and_cost.html)>
- [16] RYCHLÍK, I., LOPOT, F. Statistická ročenka dialyzační léčby. [Online] 2009. [Citace: 25. 2 2011.] http://www.nefrol.cz/resources/upload/data/230_Dialyza_prehled_zakl_udaju2009.pdf.
- [17] SULKOVÁ, S. *Hemodialýza*. Praha : Maxdorf, 2000. Str. 13-33.
- [18] SULKOVÁ, S. Možnosti a limity dialýzy. www.zdn.cz. [Online]2006. [Citace: 23.2.2011]. Dostupné z WWW: <<http://www.zdn.cz/clanek/postgradualni-medicina/moznosti-a-limity-dialyzy-170711>>
- [19] *United states renal data systém*: www.usrds.org. [Online] USRDS Coordinating Center. [Citace: 23. 2 2011.] Dostupné z WWW: < <http://www.usrds.org/adr.htm>.

Kontakt na autora

Mgr. Martina Šliková

ČVUT FBMI Kladno
marslik@volny.cz

KPR A ŠANCE PACIENTA - RZP VERSUS RLP?

MUDr. Tomáš Vaňatka, Miloslava Havlíková

ZZS kraje Vysočina

Tato přednáška nemá jako svůj cíl rozhodnout jestli je „lepší“ pro pacienta posádka RLP nebo RZP. Přednáška reaguje na vývoj ve struktuře záchranné služby v našich zemích. S růstem výskytu posádek RZP se objevují znepokojivé zprávy charakteru: „Méně lékařů na záchrance, nebezpečí pro pacienty...“. Je zbytečné polemizovat o potřebě lékaře v posádkách záchranné služby, ale na druhou stranu je nutné dobře využít potenciálu lékařů, kteří na záchrance pracují. Dále je nezbytné seznamovat laickou veřejnost a i politiky na všech úrovních veřejného života, že práce posádek RZP není jen posádka RLP bez lékaře, nýbrž že se jedná o svébytnou a velmi dobře připravenou posádku, schopnou perfektně zajistit pacienta i v život ohrožujících stavech. I naše práce má za cíl na tuto skutečnost poukázat a sloužit nám jako argument, že rozšiřování posádek RZP není na úkor zdraví pacienta.

Retrospektivně jsme rozebrali výjezdy posádek RZP v součinnosti s RV a RLP posádky v oblasti Pelhřimov – ZZS kraje Vysočina za 18 měsíců. Jednalo se jen o výjezdy, které byly doprovázeny KPR. Celkem se jednalo o 86 výjezdů posádek RL (44výjezdů) a RZP+RV (42 výjezdů). V naší oblasti máme dvě posádky RZP – Počátky a Pacov, které dojíždí lékař RV z Pelhřimova (Počátky 21 km, Pacov 22km) a dvě posádky RLP – Pelhřimov a Humpolec. Kompetence posádek RZP vzhledem ke KPR jsou dané vnitřními předpisy kopírující zákonné normy ČR .

Výsledky:

Posádky RZP ve spolupráci s RV resuscitovaly 42 pacientů za 18 měsíců.

Tabulka č.1

RZP	42
dojezd. čas - RZP	8,82 min (0.5 -17min)
dojezd. čas - RV	17,97min(8 - 33min)
rozdíl časů	9,15 min
GCS	3
kombitubus	30 (1x nelze,1x exitus s jistými zn smrti)
ETI - prim.	10
ETI - sec.	8
defibrilace	11
předání	7 ARO , 1 TC
exitus	34

Průměrný dojezdový čas posádek RZP byl 8,82 min (rozptyl časů 0,5 min – 17 min), vždy je dojížděla posádka RV nebo LZS (1x , jejichž dojezdový čas byl průměrně 23,8 min (rozptyl

časů 8min - 33min). V 30 ti případech posádka RZP zavedla kombitubus, 1x nebylo možné zavedení pro křeč čelistí (ambuing) a v jednom případě posádka ventilovala ambuvakem (dlouhý dojezdový čas, ale prakticky shodný RZP a RV, kdy lékař RV konstatoval smrt). GCS bylo vždy 3. Endotracheální intubace byla primárně použita v 10 ti případech (téměř shodné časy RZP/RV), pokud byl pacient indikován k transportu, ve všech případech to bylo s endotracheální intubací. Posádky RZP defibrilovaly v 11 ti případech. Pacienti byli 7x předáni na odd. ARO a 1x do traumacentra. KPR skončila v 34 případech úmrtím pacienta.

Posádky RLP resuscitovaly 44 pacientů za 18 měsíců.

Tabulka č. 2

RLP	44
dojezd. čas - RLP	5,7min (0.5 - 24min)
GCS	3
ETI - prim.	44
Defibrilace	18
Předání	15 ARO , 2x PCI
Exitus	27

Průměrný dojezdový čas posádek RLP z Pelhřimova a Humpolce byl 5,7 min (rozptyl časů 0,5 – 24 min). GCS bylo vždy 3 a posádky ve všech případech dýchací cesty zajistily endotracheální intubací. 18 x RLP posádka defibrilovala, 15x předala pacienta na ARO a 2x do kardiocentra Jihlava k PCI. KPR byla ukončena jako neúspěšná v 27 případech.

Dále jsme zpracovali úspěšné KPR posádek RZP+RV a RLP.

Tabulka č. 3

úspěšná KPR - RZP	8
dojezd. čas - RZP	8,25min(2-14min)
dojezd. čas - RV	15,57min(11-21min)
rozdíl časů	7,32min
GCS	3
Kombitubus	5
ETI - prim.	3
ETI - sec.	5
Defibrilace	4
Předání	7 ARO, 1 TC

Tabulka č. 4

úspěšná KPR - RLP	17
dojezd. čas - RLP	2.26 min (0.5 - 6min)
GCS	3
ETI - prim.	17
Defibrilace	4
předání	15 ARO, 2x PCI

Jednotlivé výsledky sledování RZP+RV a RLP posádek jsme sjednotili do společné tabulky, porovnali jsme dojezdové časy a úspěšnost KPR.

Tabulka č.5

úspěšná KPR - RZP	8	úspěšná KPR - RLP	17
dojezd. čas - RZP(úsp.)	8, 25min (2-14min)	dojezd. čas - RLP(úsp.)	2.26 min (0.5 - 6min)
doj.čas - RZP neúsp.	8,95 min (0.5 -17min)	doj.čas - RLP neúsp.	7,22 min (1- 24min)
čas - RZP/úsp.KPR	3,65 x delší	čas RZP /neúsp. KPR	1,23 x delší
čas - RZP do 5min	11 26,19%	čas RLP do 5min	32 72,73%
poměr 5min/úspěch	1,375	poměr 5min/úspěch	1,882
úsp.KPR - RZP	19,04%	úsp.KPR – RLP	38,60%
rozdíl úsp.KPR %	19,56%	poměr úsp.KPR	2,02
rozdíl čas do 5min%	46,54%	poměr čas do 5min	2,78
defibrilace celkem	11 26,19%	defibrilace celkem	18 40,9%

Posádky RZP z Pacova a Počátek ve spolupráci s RV měly 8 úspěšných KPR s předáním pacienta do nemocnice, posádky RLP Pelhřimov a Humpolec jich měly 17. Průměrný dojezdový čas posádek RZP k úspěšné KPR byl 8,25 min (rozptyl časů 2-14min.), posádky RLP měly tento čas 2,26min (s rozptylem 0,5 – 6 min). Posádky RZP měly v poměru k RLP čas 3,65x delší. Průměrný dojezdový čas k neúspěšné KPR byl u posádek RZP 8,95 min (rozptyl 0,5 – 17min), u posádek RLP byl tento čas 7,22 min (rozptyl 1-24 min). Posádky RZP měly v poměru k RLP čas 1,23 x delší. Posádky RZP měly ze všech dojezdových časů 11x čas do 5 min včetně, což činilo 26,19%. Posádky RLP měly dojezdový čas do 5min včetně 32x, to je 72,73%. Poměr úspěšná KPR a dojezdový čas do 5min včetně byl u posádek RZP 1,375. U posádek RLP byl tento poměr 1,882. Úspěšnost KPR u posádek RZP byla 19,04% a u posádek RLP 38,60%, rozdíl v úspěšnosti KPR byl mezi posádkami RZP a RLP 19,56%, poměr v úspěšnosti byl 2,02. Rozdíl v dojezdových časech do 5min včetně byl mezi posádkami RZP a RLP 46,54%, poměr byl tedy 2,78. Posádky RZP defibrilovaly 11x (26,19% všech KPR), posádky RLP defibrilovaly 18x (40,9% všech KPR). U úspěšných KPR posádky RZP primárně zavedly kombitubus v 5 ti případech (62,5%) a lékař RV intuboval 3x (37,5%).

Diskuze

Na první pohled je zřejmé, že úspěšnost posádek RLP byla 2,02x vyšší – 38,60%/19,04%, což by mohlo vést k nesprávné interpretaci, že posádky RZP mají poloviční úspěšnost KPR oproti RLP. Pokud však porovnáme dojezdové časy k úspěšným KPR, mají posádky RZP tento čas 3,65x delší a poměr dojezdových časů do 5ti min ze všech časů RZP (26,19% a RLP 72,73%) je 2,78. Znamená to tedy, že posádky RLP mají 2,78x vyšší šanci dopravit se k pacientovi do 5ti min a z toho vyplývá i jejich relativně vyšší úspěšnost KPR. Výsledek dojezdových časů RZP k úspěšným KPR by se dal také interpretovat vyšší sebraností posádek RZP a rychlejším

zajištěním pacienta na počátku KPR, kdy nevýhodu delšího času dojezdu oproti posádkám RLP dokážou posádky RZP eliminovat. 3 úspěšné KPR RZP+RV posádek s přibližně stejnými dojezdovými časy, znamenají že systém spolupráce RZP a RV je funkční a pro pacienta výhodný. Posádka RZP zahájí KPR a dále již pokračuje ve spolupráci s RV. Dalším významným faktorem je nižší hustota obyvatelstva v okolí výjezdových středisek RZP a tím delší dojezdové časy. Posádky RLP jsou umístěny v aglomeraci města Pelhřimov a Humpolec s nesrovnatelně vyšší hustotou obyvatelstva. Poměr zavedení kombitubusu a endotracheální intubace (5: 3) u úspěšných KPR posádek RZP byl ovlivněn dojezdovými časy RV posádky.

Závěr

Naše práce ukázala, že posádky RZP jsou stejně dobře, možná i díky souhře lépe připraveny k zajištění pacienta. Jsou však znevýhodněny delšími dojezdovými časy, čímž mají menší možnosti dopravit se k pacientovi do 5min. Z toho i vyplývá bez dalšího rozboru relativně nižší úspěšnost KPR u posádky RZP, pokud porovnáme jen holá čísla úspěšnosti KPR. Pokud však vezmeme v úvahu dojezdové časy a poměry dojezdových časů posádek RZP a RLP rozdíl v úspěšnosti posádek RLP se stírá.

Důležitým závěrem pro obyvatele našeho kraje i pro regionální politiky na všech úrovních je to, že ke zlepšení péče není nutné navyšovat posádky RLP a tím prodražovat systém, posádky RZP jsou schopny v součinnosti s posádkami RV tuto službu pro obyvatele zajistit bez nebezpečí snížení úrovně péče v akutních stavech jako je KPR pacienta.

Kontakt na autora

MUDr. Tomáš Vaňatka

ZZS kraje Vysočina

vanatka@zsvysocina.cz

PORODNICTVÍ V PNP TEORIE A PRAXE - PROBLEMATIKA NÁCVIKŮ

MUDr. Tomáš Vaňatka

ZZS kraje Vysočina

Ročně se mimo zdravotnická zařízení porodí přibližně 400 dětí, což je v počtu výjezdů záchranné služby téměř zanedbatelné číslo. Na druhou stranu s porodem v terénu se záchranář setkat může a díky sporému výskytu porodů v přednemocniční péči (PNP) může tím být zaskočen. Problematika nácviků porodu v PNP a dělí na teoretickou a praktickou část. Teorie i praxe musí být přizpůsobena podmínkám PNP a není možné vycházet ze standardních textů porodnictví pro potřeby nemocniční péče.

Teorie

V PNP teorie má samozřejmě nezastupitelnou úlohu, ale je nutné více dbát na popis samotného průběhu porodu, fyziologii postupu hlavičky porodními cestami, které je nutné jen velmi jednoduše vysvětlit a popsat. Na základě postupu hlavičky, vysvětlit možnosti patologie vstupování hlavičky a oprostít záchranáře strachu z patologie, která je vlastní brzdou spontánního porodu v terénu a záchranář bude mít dostatek času k převozu rodičky do porodnice. Problematika postupu hlavičky porodními cestami je velmi důležitá pro pochopení vlastních pocitů a bolesti rodičky v průběhu jednotlivých kontrakcí. Otázka konce pánevního je i PNP velmi důležitá, protože i s tím se může záchranář setkat a pokud bude průběh porodu v takové fázi, že již je transport kontraindikovaný, musí porod dokončit na místě.

Základní pojmy teorie porodu

- Porodní cesty – kostěná pánev a měkké porodní cesty (svaly a vazivo)
- Pánevní oddíly – vstup do pánve, nejhlubší místo pánve (hlubina), nejužší místo pánve (úžina) a východ pánevní
- Kontrakce – stav, kdy dojde ke stažení svaloviny dělohy (častost v závěru porodu 2-3min)
- Postup hlavičky – vstup do pánve (záhlaví je orientováno směrem k jedné z lopat kostí kyčelních), průchod pánví – hlubina, kde hlavička rotuje záhlavím ke stydké sponě, úžina, kde musí rodička velmi intenzivně tlačit a hlavička již začíná prořezávat přes stydké pysky, ale po kontrakci se zase trochu vrací a samotný průchod východem pánve s prořezáním hlavičky přes stydké pysky a důležitá zevní rotace hlavičky pro snadný průstup ramínek pánví.
- „vypuzení (porod jako takový) – identifikace kontrakce, správné instrukce rodičce – hluboký nádech (aby bylo možné využít břišní lis), zadržetí dechu (bez něhož břišní lis funguje nedostatečně), silné tlačení do konečníku a výdech, tento postup opakovat během kontrakce.

- Poloha rodičky – nejlépe na zádech s pokrčenými dolními končetinami v kolenou a přitaženými k břichu s rozevřenými stehny.
- Psychická podpora rodičky, zachování intimity, tepelný komfort
- Ošetření novorozence, podvaz pupečníku a resuscitace novorozence
- Konec pánevní – odlišnost vstupování dítěte do porodních cest, hlavička následuje tělíčko, kontraindikace transportu je vystupující zadeček z východu pánve, prořezává mezi stydkými pysky. Na porod se nesmí spěchat a je nezbytně nutný praktický nácvik. Jedná se o problematiku porodu ručiček a hlavně porodu hlavičky.
- Strangulace pupečníkem – znalost přetažení pupečníku přes záhlaví, uvolnění pupečníku a dokončení porodu.
- Dystokie ramínek – zadržení ramínek za stydkou sponou – Mc.Robersův hmat – maximální přitažení dolních končetin s maximálním rozevřením a tlakem pěstí na symfýzu.

Teorie přidružené patologie porodu a těhotenství

Je nutné probrat tyto patologie jen okrajově a s důrazem na možnost řešení patologií v PNP s vybavením, které je v sanitce k dispozici. Je zbytečné se zabývat patologiemi, s kterými z porodnického hlediska není možné nic dělat a spíše zdůraznit základní zajištění životních funkcí s ohledem na matku i plod.

Patologie, které je možné řešit v PNP

- Výhřez pupečníku – zajištění vysunutí naléhající části plodu nad pánevní vstup se sledováním tepu pupečníku s vhodným polohováním rodičky na levém boku a v trendelenburgu
- Vcestná placenta – placenta, která překrývá vstup do pánve a hrozí nebezpečí krvácení nebo již žena krvácí. Je nutné se orientovat v těhotenské průkazce, kde je tato patologie zaznamenána a v žádném případě ženu vaginálně nevyšetřovat.
- Předčasné odloučení lůžka – abruptce placenty – většinou následkem úrazu, nutný rychlý transport, kontraindikace tokolýzy a je nutná infuzní terapie- náhrada krevní ztráty, snaha o udržení syst. Tk na úrovni 100torr. Je vhodná i analgosedace pro výraznou bolestivost stavu.
- Primární postpartální hemorrhagie – primární krvácení po porodu – vhodné zajištění iv.linky u každého porodu, znalost zevní masáže dělohy a aplikace uterotonik po vymasírování obsahu dutiny děložní. Komplexní terapie hemorrhagického šoku.
- Syndrom dolní duté žíly – útlak dolní duté žíly těhotnou dělohou cca od 20 týdne gravidity, čímž se sníží krevní návrat k srdci, sníží se plnění komor a dochází k hypotenzi rodičky, která může způsobit akutní hypoxii plodu a dále nevolnost rodičky, zvracení až poruchy vědomí. Znalost je důležitá pro transport rodičky.
- Preeklampsie – onemocnění, které postihuje gravidní ženy přibližně od 20 týdne gestace, a to především starší prvorodičky nebo ženy s anamnézou hypertenze. Projevuje se elevací tlaku a proteinurií. Důležitá je anamnéza, klinické projevy – elevace tlaku, /proteinurie nelze v PNP zjistit, maximálně dle těhotenské průkazky),

vedlejší projevy jako je bolest v nadbřišku, bolest hlavy a otoky. Terapie – aplikace magnesia a diazepamů intravenózně. Je nezbytné zmínit, že neléčená preeklampsie může přejít v eklampsii – tonicko-klonické křeče, které bezprostředně ohrožují matku na životě. Zajištění ventilace pacientky, antikonvulzivní terapie (magnesium a diazepam, event. barbituráty), transport do perinatologického centra.

Praktické nácviky

Nácviky v běžném provozu porodnice musí být se souhlasem rodičky, problematika je i zodpovědnost za možné poškození dítěte nebo rodičky, takže se bude jednat o vysloveně výjimečnou situaci, kdy se záchranář opravdu dostane k porodu. Vhodnou náhradou nácviku porodu jsou тренаžéry, bohužel jsou v různé kvalitě a ne vždy odpovídají realitě. Na druhou stranu jsou nejvhodnější тренаžéry, kde je možné kontrolovat postup plodu pánví, čímž je možné nacvičit různé situace. Pro tyto modely je však nezbytná dokonalá znalost fyziologie porodu k ovládnutí modelu a k zacvičení záchranáře. Vhodným doplněním nácviků, jsou nácviky přímo s modelem v sanitce, kde je možné nacvičit si i umístění členů posádky a připravit se i na řešení patologií, hlavně resuscitace novorozence.

Nácviku na тренаžéru by měla předcházet teoretická příprava, spojená i s filmy nebo s animacemi postupu hlavičky. Praktická příprava musí být v malých skupinkách, aby každý záchranář si mohl vyzkoušet opakovaně porod záhlavím, komplikace pupečníku a dystokie ramínek a porod konce pánevního.

Závěr

Porodnická problematika je v PNP spíše okrajovou záležitostí, avšak při neznalosti základní teorie a praxe může dojít k poškození matky i dítěte. Proto je nezbytné určitý čas věnovat porodnické problematice, vždy však s ohledem na limity péče v PNP a klást důraz jen na jednoduché postupy a základní pomoc u porodu.

Kontakt na autora

MUDr. Tomáš Vaňatka
ZZS kraje Vysočina
vanatka@zsvysocina.cz

SEBEVRAŽEDNÉ JEDNÁNÍ – PROBLÉM CELÉ RODINY: VLIV RODINNÉHO PROSTŘEDÍ NA VZNIK SUICIDÁLNÍHO JEDNÁNÍ A VLIV SUICIDÁLNÍHO JEDNÁNÍ NA FUNGOVÁNÍ RODINY

Mgr. Alena Vozáb Gabrielová

VOŠ Kladno

Abstrakt

V literatuře bylo mnohokrát popsáno, jak jedinec, který vyrůstá v nepříznivých rodinných podmínkách, může být více náchylný k sebevraždě. Jak rodina může posilovat dispoziční k sebevražděmu jednání, pokud nedochází k uspokojování základních potřeb a to především potřeby jistoty a bezpečí.

Příspěvek prezentuje výsledky výzkumu, který byl zaměřený na porovnání aspektů, které k tomuto jednání vedly, jak z pohledu samotného sebevraha, tak z pohledu jeho nejbližšího sociálního okolí. Jak rodinné prostředí a vztahy v něm ovlivnily jedince, který následně suicidoval a jaký vliv mělo proběhlé suicidální jednání na další fungování rodiny. Dále jaké podobnosti nebo naopak odlišnosti byly vysledovány jak na straně suicidantek, tak na straně nejbližšího sociálního okolí.

V případové studii byly provedeny polo-strukturované rozhovory celkem s šesti účastníky, přičemž dva byly suicidantky a čtyři členové rodiny. Téma rozhovorů byla zaměřena na rodinu, rodinné soužití, vztahy v rodině, na okolnosti, které vedly k sebepoškozování a suicidálnímu jednání, na samotný průběh suicidia a na vývoj postojů a vztahů po proběhlém suicidiu.

Na základě provedeného výzkumu bylo zjištěno několik významných poznatků. Obě suicidantky pocházejí z neúplných a dysfunkčních rodin, kde postrádají nejenom fungujícího otce, ale i fungující matku. V případě jedné suicidantky, sice byla pomoc prarodičů, ale ta zřejmě díky jejich pokročilému věku, jejich předsudkům, alibistickému omlouvání skutečností, povrchnímu nahlížení na dění kolem nich a na materiálně zaměřené nahlížení na svět, byla nedostačující. Veškerá jejich péče a snaha byla přepočítávána na peníze a materiální zajištění a ve vztahu zcela postrádáme jakoukoli emoční zainteresovanost obou prarodičů. Velkou roli také sehrála vzájemná rivalita, která se vyskytovala, jak na úrovni manželské a rodičovské, ale především na úrovni mezigenerační. V obou rodinách byly zaznamenány také zdravotní problémy, jak somatického, tak psychického rázu. Také bylo hojně zaznamenáno agresivní chování a nadužívání alkoholu i drog.

Zajímavým poznatkem také byla skutečnost, jak všichni účastníci shodně popisovali, jaký význam pro jejich životy právě rodina a rodinné zázemí mají, ale současně shodně uvádějí, že suicidantky rodinu nemají, rády by jí měly a že jí hledají. Nepřehlédnutelné také byli ambivalentní pocity obou suicidantek vůči některým členům

rodiny. Zajímavé také bylo to, jak při hledání původu chování obou suicidantek docházelo k obviňování a přenosu viny. Pouze v jediném případě participantka částečně připustila svůj díl viny.

Dalším, velmi významným zjištěním je ta skutečnost, že po proběhlém suicidiu nikdo z rodinných příslušníků nezměnil svůj pohled na suicidantku, svůj postoj k celé situaci, ani náznakem nikdo nezapochyboval o tom, že by to, v čem obě suicidantky žijí a vyrůstaly, mohlo být, jak se lidově říká „závadné prostředí“. Naopak, překvapivým zjištěním byla motivace

Klíčová slova: Sebevražda, sebepoškozování, demonstrativní sebevražda, rodinné prostředí, dysfunkční rodina.

Abstract

The literature often describes how individuals, who grow up in adverse family circumstances, may be more prone to suicide. How family may strengthen the predisposition to suicidal acts if there aren't satisfied the basic needs for security and safety.

The paper presents the research results which focused on comparing the aspects that led to this action - both from the perspective of the self-murderer and his social environment. How the family environment and relationships affected the individual, who subsequently committed a suicide and what effect had the suicidal act on the further family functioning. Furthermore, what similarities or differences have been discovered in the life of the suicidant and their closest social environment.

In a case study semi-structured interviews were made with six participants. Two of them were suicidants and four were their family members. The topics of the interviews were focused on family, family cohabitation, family relationships, the circumstances that led to self-harm and suicidal act, the actual course of the suicide and the development of attitudes and relationships after the suicide.

Several significant things were found based on the research. Both suicidants came from broken and dysfunctional families where they missed a father but also the role mother. One of the suicidants had the assistance of grandparents but the help was not adequate because of their advanced age, prejudices, they attempted to excuse everything and they had superficial view on what is happening around them. All their care and effort has been converted into money and material security and the relationship completely missed any emotional involvement of both grandparents. A big role had the rivalry which occurred both at marriage and parent level, but especially at the level inter-generational. In both families somatic and psychological health problems were detected. Aggressive behavior and abuse of alcohol and drugs has also been widely detected.

Very interesting was the fact that all participants identically described the importance of family and family background in their lives. At the same time the suicidants say that they

don't have any family, that they would like to have one and are searching for it. Highly visible were also the ambivalent feelings of both suicidants towards some family members. Interesting as well was that when the participant was supposed to identify why they tried to commit a suicide, they blamed everybody else. Only in one case participant partially admitted his responsibility.

Another very important finding is the fact that after the suicide none of the family members changed their view on the suicidant or the whole situation. Nobody had doubted that the family environment in which both suicidants lived and grown up could be called "defective environment". Surprising finding was the motivation and determination of both suicidants which led them to change

Key words: Suicide, self harm, demonstrative suicide, family environment, dysfunctional family.

Kontakt na autora:

Mgr. Alena Vozáb Gabrielová

email: AlcaVG@email.cz

KOMUNIKACE - JEDEN Z LIMITUJÍCÍCH FAKTORŮ ZÁCHRANNÝCH OPERACÍ

Mgr. Pavel Wiener
manažer projektu ČČK
Přátelská místa

Abstrakt

- seznámení s novou normou Českého červeného kříže „Přátelská místa“;
- vysvětlení důležitosti správné komunikace s lidmi handicapovanými i seniory - její neznalost vede k nedorozuměním, průtahům a možnému ohrožení zachraňovaných osob;
- pochopení nutnosti správného praktického zvládnutí těchto činností na základě vlastního prožitku;
- nácvik důležitých činností (komunikace se smyslově či mentálně postiženými, manipulace s invalidním vozíkem, specifika u seniorů);
- ukázky videozáznamů ze školení.

Klíčová slova

Přátelská místa - Služby pro lidi se specifickými potřebami - Vzdělávání zaměstnanců/ personálu - Služby bez bariér - Český červený kříž - Komunikace s lidmi se specifickými potřebami - Nácvik na základě vlastního prožitku

Abstract

- new training norm of Czech Red Cross;
- importance to be able to communicate professionally with persons with disabilities and also seniors;
- understanding of necessity of correct practical management this activities through self experience training;
- training of important activities (communication with persons with sensual or mental handicap, manipulation with wheelchair, specific by seniors);
- presentation of video from courses.

Key words

Human friendly places - Services for people with specific needs - Training of personnel- Services without barriers - Czech red cross - Communication with people with specific needs - Self experience training

Komunikaci s handicapovanými lidmi a správnému chování k nim je, bohužel, stále věnována minimální pozornost. V hodinách občanské výchovy byly dějiny mezinárodního dělnického hnutí nahrazeny sexuální výchovou, event. základy romštiny - ale o tom, jak správně poskytnout pomoc člověku s handicapem ani slovo.

Všichni jsme tak zcela nepřípraveni tuto pomoc poskytnout správně i za podmínek zcela běžných, natož za mimořádné situace.

Jakmile nastane jakákoli mimořádná situace, okamžitě vzniká zmatek a panika. V tu chvíli jsou vlastně handicapováni všichni, protože nikdo není plně pánem svého rozumu, nedokáže se správně orientovat a na vzniklou situaci reagovat adekvátně.

A panicky - či nesprávně nebo nevhodně - se může zachovat i záchranář či policista (protože je taky člověk a o správné komunikaci s handicapovanými neví nic). Tím ovšem může celou situaci zbytečně zkomplikovat nebo zdržet, v některých případech může dojít i ke zcela zbytečným úrazům. Mnohdy se totiž i ze zdrojů, které vypadají velmi důvěryhodně a odborně, dozvíte celou řadu absolutních nesmyslů: i v „desaterech komunikace“, která vydala Národní rada osob se zdravotním postižením, se např. dozvíte, že s „nevidomým máte navázat oční kontakt“, či že „komunikace s neslyšícími ‘přes papír’ je většinou neúčinná... protože nemají dostatečnou slovní zásobu, takže psaný projev pro ně neznamena žádnou úlevu“. V jednom materiálu ČČK jsem se zase dozvěděl, že „pokud zachraňujete osobu na elektrickém vozíku, odstraňte jeho ruku z ovladače o vozík ovládejte sami“ (!?!).

Podobné je to s pravidelným školením základů první pomoci. Ta jsou rovněž velmi často zanedbávána, což může mít v případě mimořádné situace následky až fatální.

To byly hlavní důvody, proč byla v září 2009 schválena nová norma Českého červeného kříže „Přátelská místa“. Jde o školení v rozsahu 20 hodin, v jehož průběhu jsou vysvětleny - a hlavně prakticky nacvičeny - zásady správné komunikace s handicapovanými lidmi i seniory a život zachraňující úkony.

Školení je určeno všem lidem, kteří se ve své profesi stýkají i s lidmi handicapovanými a seniory. Jde tudíž o veřejné služby (hotely, stravování, muzea atd.), jakož i orgány státní správy a samosprávy. Kromě školení personálu, který přichází do přímého kontaktu s návštěvníkem či hostem, je provedeno vyhodnocení architektonické přístupnosti objektu a jeho vybavení.

Úřad ČČK vystaví příslušné organizaci, jakož i jednotlivým účastníkům **certifikát o splnění podmínek** na určitém stupni. Tyto certifikáty jsou číslovány, s platností 5 let. Evidence (tedy i číslování) certifikátů organizací a jednotlivců je vedena odděleně.

Tyto informace ČČK (jakožto organizace s celostátní působností) každoročně zveřejňuje na svých webových stránkách a poskytuje je rovněž relevantním organizacím zastupujícím jednotlivé skupiny obyvatel.

Vnějškově jsou takto certifikované objekty opatřeny logem „Přátelské místo“ a získaným počtem „hvězdiček“ (= červený kříž). Logo Červeného kříže se ukázalo být v předběžném průzkumu pro lidi jednoznačně chápáno zárukou kvality, neutrality a odbornosti.

Počet křížků je odstupňován v počtu 1 - 5 takto:

- podle přístupnosti zařízení pro osoby se zdravotním handicapem (částečně, celé) = max. 2
- podle procent proškoleného personálu (30%, 60%, 100%) = max. 3.



Školení prováděné minimálně 2 lektory ČČK je prováděno ve skupinách v maximálním počtu 10 osob (bezpečnost, prostoje). Praktické činnosti jsou snímány videokamerou, po skončení každého zaměstnání probíhá rozbor záznamů (podrobný obsah školení - norma ČČK viz příloha).

Každý účastník školení obdrží manuál kurzu se shrnutím hlavních informací a pravidel, organizace obdrží DVD s videozáznamem školení.

Pochopení nutnosti správného praktického zvládnutí těchto činností vychází z vlastního prožitku účastníků (nikdo si totiž nedovede představit, co to znamená, když svět přestane být vidět, je rovněž dobré si prakticky vyzkoušet ovládání invalidního vozíku a zvládnout základní manipulaci s ním atd.). Lektori jsou vybaveni potřebnými speciálními pomůckami (klapky na oči, vozík pro invalidy atd.) i technikou (videokamera), jeden je nevidomý, což samozřejmě podstatně zvyšuje hodnotu jeho hodnocení podaných výkonů při nácviku komunikace a průvodcovství zrakově postižených. Školení je dvoudenní, organizováno vždy pro max. 10 osob. Cena je 30 000,- Kč + DPH (20%).

Objednat možno na adrese: Úřad OS ČČK Hradec Králové, Mostecká 290/3, 500 03 Hradec Králové, nebo na e-mailové adrese: info@pratelskamista.cz, nebo na tel.: 733 127 857 (manažer projektu).

Je mi jasné, že pro potřeby policie či záchranářských týmů bude třeba obsah školení obsahově modifikovat (asi by byl nesmysl je učit základům prvním pomoci). Drobné „nastavbové modifikace“ provádíme samozřejmě už teď: např. v hotelích se víc zaměřujeme na obsluhu a jídlo, v muzeích na pravidla prohlížení exponátů (za jakých podmínek je může nevidomý ohmatat, optimální počet prohlížených exponátů, úhel pohledu pro vozičkáře atd.), v Botanické zahradě hl. m. Prahy už přímo při vstupu dostane nevidomý brčko, aby si mohl prohlédnout i kaktusy a sukulenty, 3 záložní invalidní vozíky, které je možno si bezplatně zapůjčit, činí tuto zahradu přístupnou i obtížně chodícím lidem.

Ale ten základní obsah by měli znát opravdu všichni, aby každý mohl být i nadále profesionálem v činnosti, kterou už vykonává a umí; aby ho nic „nevyvádělo z míry“.

Jde o vytvoření podmínek k dosažení „společného světa“, kde každému může být dobře - díky tomu, že ho nic zbytečně neznervózňuje. Nejistota plynoucí z neinformovanosti u lidí tzv. zdravých - tedy bez viditelného handicapu a v produktivním věku - a obavy člověka se zdravotním handicapem (nebo jen staršího) z toho, jak se k němu bude okolí chovat, jestli zase nebude muset hrát tu hru „já zvládnu všechno“ (protože musím).

Když se nám podaří tyhle nejistoty a obavy odstranit, bude nám všem zas o kousek líp.

Příloha - norma ČČK „Přátelská místa“

Téma		Počet hodin		
		Teorie	Praxe	
Celkem				
1.	Úvod do problematiky, vysvětlení postupů a cílů	1	0,5	1,5
2.	ZP - zážitková část (pohyb a orientace v podmínkách uměle navozené slepoty, usednutí ke stolu, nápoj, jednoduché jídlo...)	-	0,5	0,5
3.	Rozbor videozáznamu	-	0,5	0,5
4.	Základy komunikace a průvodcovství se ZP (výklad a nácvik - komunikace, průvodcovství, jídelníček, popis jídla na talíři, obsluha)	0,5	1,5	2
5.	Rozbor videozáznamu	-	0,5	0,5
6.	TP - zážitková část (jízda na invalidním vozíku exteriér i interiéru, projetí dveřmi, toaleta, mytí rukou...)	-	0,5	0,5
7.	Rozbor videozáznamu	-	0,5	0,5
8.	Specifické problémy osob s tělesným postižením, základy zacházení s invalidním vozíkem (výklad a nácvik - konstrukce invalidního vozíku a jeho ovládání, auto - vyložení a naložení, pomoc při přesunu handicapované osoby na vozík)	0,5	1,5	2
9.	Rozbor videozáznamu	-	0,5	0,5
10.	Základy poskytování první pomoci	0,5	-	0,5
11.	Masivní krvácení	0,5	0,5	1
12.	Postižení základních životních funkcí	0,5	2,0	2,5
13.	Výklad základních zásad komunikace se sluchově a mentálně postiženými	1,5	-	1,5
14.	TP, ZP - procvičování (probíhá paralelně - 1 vozík, zbytek skupiny ZP)	-	3	3
15.	Rozbor videozáznamu	0,5	1,5	2
16.	Specifické problémy u seniorů	0,5	0,5	1
Celkem		6	14	20

Pozn.: ZP – zrakově postižení

TP – tělesně postižení



...aby bylo všem lépe

Seznam použité literatury

- [1] Desatero pro lepší komunikaci, NRZP, ČR 2008;
- [2] Dokument 30 Evropské konference civilního letectví část I oddíl 5 a jeho související přílohy, a zejména Kodex správného chování při pozemním odbavování osob s omezenou schopností pohybu a orientace uvedený v příloze J uvedeného dokumentu;
- [3] Národní plán pomoci zdravotně postiženým, VVZP 1992;
- [4] Národní plán opatření pro snížení negativních důsledků zdravotního postižení (1993), VVZP 1993;
- [5] NAŘÍZENÍ EVROPSKÉHO PARLAMENTU A RADY (ES) č. 1107/2006 ze dne 5. července 2006 o právech osob se zdravotním postižením a osob s omezenou schopností pohybu a orientace v letecké dopravě;
- [6] Vyhláška 369/2001 Sb. Ministerstva pro místní rozvoj ze dne 10. října 2001 o obecných technických požadavcích zabezpečujících užívání staveb osobami s omezenou schopností pohybu a orientace;
- [7] Wiener P., Rucká R.: Terapie zrakového handicapu, Institut rehabilitace zrakově postižených UK FHS, Praha, 2006;
- [8] Wiener a kol.: Přátelská místa, OS ČČK HK, Hradec Králové, 2010;

ageismus:

<http://www.pecujici.cz/priruckyonline.shtml?x=197777>

desatera komunikace:

<http://www.vzp.cz/cms/internet/cz/Lekari/Informace-pro-praxi/desatera-nrzp>

Kontakt na autora

Mgr. Pavel Wiener
Český červený kříž v Praze

ZDRAVOTNÁ STAROSTLIVOSŤ V STREDOVEKU

ThDr. Monika Zaviš, PhD.

Inštitút kontextuálnej teológie

Evanjelická bohoslovecká fakulta Univerzity Komenského v Bratislave

Abstrakt

Stredoveký boj s nemocou¹² je zmesou racionálnych, spirituálnych a magických prvkov. Cirkevní predstavitelia považovali seba za kompetentných v určovaní medzí akademickej lekárskej vede, čo malo čiastočne pozitívny rozmer, ale hlavne negatívny dopad na jej racionálno-empirické smerovanie.

Kľúčové slová

Stredovek, spiritualita, pomoc, zdravotníctvo, cirkev, mágia

Abstract

Fighting the disease in the Middle Ages consists of rational, spiritual and magical elements. Church authorities considered themselves to be competent for determination of limits of academic medical science. This attitude had partially positive dimension, but in capite negative impact on advancement of medicine in rational and empirical direction.

Key words

Middle Age, Spirituality, helping, health care, church, magic

Úvod

Začiatok stredoveku je poznačený snahou o zachovanie gréckeho antického dedičstva. Preklady arabských a židovských učencov, ako aj ich vlastné diela určili smer vývoja medicíny na európskej pôde. V kláštoroch dominoval duchovný aspekt choroby a procesu uzdravenia, pričom sa dbalo aj o využitie darov, ktoré Boh dal človeku v podobe prírody na mnohokrát nedokázala rozlíšiť hranicu medzi nimi a svojou praxou ľud v tomto smere ešte

¹² Bližšie pozri: *Definition of Medieval Medicine*. History of Medicine. [online]. [citované 2004-09-24]. Dostupné na: <http://www.wordiq.com/definition/Medieval_medicine>

len upevňovala. Príčiny choroby, jej priebeh a uzdravenie záviseli v poňatí ľudu predovšetkým od ich hriechov a Božieho hnevu na nich ako hriešnikov, ale aj od konštelácie hviezd, na čo prihliadali vzdelaní lekári. Záznamy o pôsobení vzdelaných lekárov sa zachovali v archívoch nemocníc. Celkovú lekársku či liečiteľskú starostlivosť mali na starosti okrem spomenutej kategórie lekárov aj tri ďalšie skupiny a to: ženy – vzdelané lekárky a praxou zaučené pôrodné baby, mnísi/mníšky, ľudoví liečitelia využívajúci tradičné recepty z prírodných látok a zaklínadlá.

V štúdií si priblížime stredovekú inštitúciu nemocnice, bežné stredoveké liečebné metódy a pôsobenie lekárov i mníchov.

1. Stredoveká inštitúcia nemocnice

Podnetom na založenie nemocníc v kresťanskom svete bolo posolstvo evanjelií, odkazu Ježiša Krista, že máme milovať svojho blížneho ako seba samého. Akt milosrdenstva, starania sa o nemocných, bol realizovaný v zmysle príbehu o milosrdnom Samaritánovi¹³. V príbehu sa nad na smrť zraneným a okradnutým človekom nezľutuje ani kňaz ani levita, ale anonymný Samaritán. Poskytol zranenému neodkladnú prvú pomoc, na hoviadku ho transportoval do hostinca, tam ho opatroval do nasledovného rána, a keď už musel odísť, zaplatil hostinskému za ďalšie ošetrenie nemocného s prísľubom, že v prípade vyšších finančných výdajov mu pri návrate pridá viac denárov. Podstatou príbehu, resp. Ježišovho pedagogického rozprávania bolo poukázanie na pohotovosť slúžiť tým, ktorí to potrebujú, a to z každého aspektu, z ktorého nám je to možné. Založenie nemocníc v stredoveku teda vyplývalo z myšlienky lásky ku každému človekovi. Jednu z prvých nemocníc v Byzancii založila bohatá Rimanka Fabiola.

Moslimská časť sveta mala podobne ako kresťanská náboženské zdôvodnenie starostlivosti o nemocných, ktorí majú byť ošetrovaní na slávu Allaha. Oficiálne úpravy starostlivosti o nemocných sú zhrnuté v dokumente *Waqf*: „Nemocnica sa musí postarať o všetkých pacientov, mužov a ženy, až do času, keď sú celkom vyliečení. Všetky finančné náklady má znášať nemocnica, už či ide o ľudí z ďaleka alebo blízka, či sú obyvateľmi alebo cudzincami, silní alebo slabí, bohatí alebo chudobní, zamestnaní alebo nezamestnaní, slepí alebo vidomí, fyzicky alebo mentálne nemocní, vzdelaní alebo negramotní. Neexistujú okolnosti, za ktorých by mala byť zvažovaná možnosť platby pacientom... Celá služba je

¹³ L 10:25-37.

vykonávaná na velebu Allaha, toho, ktorý štedro rozdáva.“¹⁴ ¹⁵ Milosrdenstvo k blížnemu je službou samotnému Bohu: „Vy, čo slúžite Bohu, uzdravujte!“¹⁵.

Za vlády kalifa Haruna-ul-Rashida (786-809) bola v Bagdade otvorená prvá moslimská nemocnica, ktorú volali *bimartisan*. Na post riaditeľa nemocnice bol pozvaný chýrečný lekár Jibrail Bakhtishu. Nemocnica sa stala natoľko vplyvnou svojou dobrou povest'ou, že podnietila vznik nových nemocníc v Bagdade. Nemocnica *Audidi*, ktorú okolo roku 800 založil známy moslimský lekár a autor Rhazes bola výnimočnou od samotného začiatku jej existencie.¹⁶ Vhodnú lokáciu na stavbu nemocnice zvolil Rhazes nasledovným postupom: v rozličných častiach mesta zavesil kus čerstvého mäsa a pozoroval, kde podľahne hnitiu najskôr, a kde vydrží najdlhšie bez známkov hnilobného procesu. Miesto, na ktorom hnilobný proces progredoval najpomalšie, odporučil Rhazes kalifovi na stavbu nemocnice. Tento postup pri stanovení lokalizácie nemocnice nezostal bez odozvy: „Toto bol začiatok koncepcie prenosu choroboplodných zárodkov vzduchom.“¹⁷ Pri svojom otvorení mala nemocnica 24 zamestnaných lekárov, pričom boli diferencovaní podľa špecializácie na fyziológov, oftalmológov, chirurgov a ortopédov. V nemocnici sa nachádzali osobitné priestory pre ženy, mužov a mentálne nemocných. Islamský svet mal v 9. storočí nemocnicu v každom väčšom meste, pričom putovné kliniky boli prevádzkované asi od roku 1000. Každá nemocnica mala aj svoju lekárňu, v ktorej pôsobili absolventi lekárskej školy. Nemocnica *Mansuri*, ktorá bola ukončená v roku 1248 v Caire, patrí medzi najväčšie nemocnice v tejto časti sveta. Založená bola panovníkom sultánom Qalawunom. Mala svoju vlastnú lekárňu, knižnicu a prednáškové siene. Okrem starostlivosti o telo pacientov sa v areáli nemocnice postarali aj o ich dušu, a to podľa príslušnosti k náboženstvu – pre moslimov bola postavená mešita, a pre kresťanov kaplnka.

¹⁴ SPRINGER, Ilene: *The Invention of the Hospital. A Credit to Islamic Medieval Medicine*. [online]. [citované 2005-07-08]. Dostupné na: <<http://www.touregypt.net/featurestories/hospital.htm>>

¹⁵ RALBOVSKÁ, R.: *Multikulturní přístup pro pomáhající profese*. Praha: EVC. 2010. ISBN 978-80-87386-09-5

¹⁵ *Boh zosiela chorobu i vyliečenie*. In: SCHOTT, Heinz: *Die Chronik der Medizin*. München: Chronik Verlag im Bertelsmann Lexikon Verlag, GmbH, Gütersloh, 1994. Z nemčiny preložil kolektív odborných prekladateľov. Bratislava: Fortuna Print, 1994. 69 s.

¹⁶ Bližšie pozri: *Islam. Empire of Faith – Innovative – Medicine*. [online]. [citované 2005-07-09]. Dostupné na: <<http://www.pbs.org/empires/islam/innomedicine.html>>

¹⁷ SPRINGER, Ilene: *The Invention of the Hospital. A Credit to Islamic Medieval Medicine*. [online]. [citované 2005-07-08]. Dostupné na: <<http://www.touregypt.net/featurestories/hospital.htm>>

Inštitúcia nemocnice¹⁸ bola dlho vo funkcii útulku pre chudobných. *Xenodochie* mali oddelenia, vedúceho lekára a ošetrovatelky. V Byzancii¹⁹ vznikali *taberny* – ošetrovne, ako aj veľmi dobré známe *valetudinariá*, ktoré sa úspešne etablovali ako ošetrovne vojakov ešte v Ríme. *Infirmatóriá* boli určené pre nemocných mníchov. Výnimku tvorili nemocnice pre malomocných, pacientov s vodnateľnosťou a ergotizmom, tzv. *ohňom sv. Antona*, o ktorých sa starali špitálnici – bratia rádu sv. Antona. Nemocnice zamerané na ošetrovanie a starostlivosť o pacientov s rovnakou diagnózou, aj ergotizmu, vznikajú asi od 13. storočia²⁰, hoci už od 12. storočia je zaznamenaný prudký nárast inštitúcií, ktoré by sme mohli zhrnúť pod názov nemocnice, ktoré ale neboli vždy spravované vyštudovanými lekármi. Pomenovanie *hospitale* je doložené už v 9. storočí. Koncom 13. storočia bolo na území západnej Európy okolo 19 000 nemocníc, ktoré „...poskytovali prístrešie, jedlo a modlitby pútnikom, starým a chudobným ľuďom rovnako ako nemocným.“²¹ Kráľ Ľudovít IX. založil nemocnicu pre nevidomých – *Quinze-Vingts*, a neskôr, v roku 1326, založil aj detský domov pre nezaopatrené siroty. Leprosáriá boli samozrejme omnoho včasnejšieho dáta. Kapacita jednotlivých stredovekých nemocníc sa líšila; Konštantínopol mal nemocnicu, v ktorej bolo miesto pre 7000 pacientov. Vo Florencii vznikla koncom 13. storočia nemocnica *Santa Maria Nuova*, ktorá mala začiatkom 15. storočia 300 lôžok a 9 zamestnaných lekárov.

Väčšina ošetrovní bola izolovaná od iných budov. V opátstve *Fountains* bola ošetrovňa vybavená vlastnou kaplnkou, kuchyňou a pivnicou. Biskup z Winchesteru, Henry de Blois, založil nemocnicu *Svätý kríž* v rokoch 1133-1136. Jej chod mali na starosti johaniti²². Slúžila

¹⁸ K dejinám nemocnice bližšie pozri: WALSH, James J: *Hospitals*. The Catholic Encyclopedia, Volume VII. Online Edition. [online]. [citované 2005-09-08]. Dostupné na: <http://www.yushanth.org.tw/lib/The%20Catholic%20Encyclopedia/cathen/07480a.htm>

¹⁹ O medicíne v Byzantskej ríši bližšie pozri: JUNAS, Ján - BOKESOVÁ-UHEROVÁ, Mária: *Dejiny medicíny a zdravotníctva*. Martin: Osveta, 1985. 75-78 s.

²⁰ Bližšie pozri: POUCHELLE, Marie-Christine: *Lékařství*. In: LE GOFF, Jacques-SCHMITT, Jean-Claude: *Encyklopedie středověku*. Praha: Vyšehrad, 2002. 332-343 s.

²¹ DUINOVÁ, Nancy-SUTCLIFFOVÁ, Dr. Jenny: *Historie medicíny. Od pravěku do roku 2020*. Praha: Slovart, 1997. 24 s.

²² Rád sv. Jána bol na začiatku iba malým bratstvom, ktoré pomáhalo chudobným a nemocným pútnikom v Jeruzaleme. Keďže skupina zbožných kupcov z Amalfi investovala do opravy benediktínskej kaplnky Panny Márie Latinskej, ktorá sa nachádzala neďaleko Ježišovho hrobu, nastal problém organizácie starostlivosti o dochádzajúcich pútnikov. Bratstvo mníchov postavilo nemocnicu, špitál, a zasvätili ho sv. Jánovi Krstiteľovi. Bolo to asi 25 rokov pred prvou križiackou výpravou. Rád sv. Jána sa stal v roku 1113 samostatným, oficiálnym rádom. Gerard, vedúci špitálu, sa stal aj vodcom bratstva, keď bolo potrebné získať od pápeža Paschala II. konštitučnú bulu nového rádu. Rád bol priamo podriadený pápežovi. Členmi rádu boli za Gerardovho života klerici i laici, ale od nástupu Raimunda de Puy, sa rád pretransformoval na bratstvo vojakov. Do rádu pribúdali stále noví členovia, ktorí boli rytiermi. V tomto sa poslanie rádu zmenilo na plnenie vojenských úloh. Tieto vykonávali spolu s templármi. Podobnosť týchto dvoch rádov spočívala aj v laickosti mníchov, členov bratstva, ktorí museli skladať sľuby chudoby, čistoty a poslušnosti. Symbolom johanitov bol biely kríž; templárov symbolizoval červený kríž. V roku 1308 po neúspechu na bojiskách a sklamaní zo straty zmyslu križiackych

prevažne ako starobinec. Johanitom bola začiatkom 12. storočia pridelená známa *Nemocnica sv. Remiáša* v Toulouse, v oblasti City, ktorú reorganizovali. Toulouse mal začiatkom 12. storočia spolu 7 leprosárií a 12 nemocníc, ktoré koexistovali.²³ Veľmi dôležité európske nemocnice sa nachádzali v Siene a Beaune. Pôvodne slúžili ako útočisko pre pútnikov, ale vďaka štedrým darom, ktoré dostávali, sa ich priestory značne rozšírili, a tak aj využitie.

Medzi rytierskymi charitatívnymi rádmi vynikali okrem už spomenutého Rádu sv. Jána aj dva ďalšie: Rád sv. Lazára a Rád nemeckých rytierov. *Domus hospitalis s. Mariae Teutonicorum* bola známa nemocnica, ktorú mal v kompetencii Teutonický rád²⁴. Nemocnica vznikla v Jeruzaleme a schválená bola pápežom Klementom III. v roku 1191. Členovia rádu museli zložiť prisahu, že budú slúžiť chorým a že kdekoľvek rád bude pôsobiť, tam sa postaví aj nemocnica. Centrum pôsobnosti rádu sa neskôr presunulo do Európy. Príchodom do Európy sa mnohé, už existujúce nemocnice dostali pod právomoc rádu. Koncom 15. storočia v dôsledku finančných ťažkostí rád takmer úplne zanikol.

Nemocnice zakladali majetní ľudia, ktorí sa v nejednom prípade potrebovali duchovne etablovať, keďže ich trápilo zlé svedomie. Postavenie a prevádzka nemocnice akoby kompenzovali ich hriechy v očiach cirkvi, čo sa reálne aj dialo. Snahu o zabezpečenie si spasenia po márnotratnom živote mnohí prejavili tým, že v testamente zanechali svoje imanie kláštrom alebo mestským nemocniciam. V iných prípadoch, keď nešlo o donorstvo celého majetku, darovala sa aspoň posteľ kajúcnika: „Staršia mníšska tradícia povzbudzovala umierajúceho kajúcnika, aby venoval svoju posteľ na službu nemocnice alebo kláštora, a občas i podnecovala, aby usporiadal rituálne jedlo v kláštore alebo chráme na pamiatku dňa svojej smrti... kajúcnik však dokázal dotiahnuť túto myšlienku tak ďaleko, že si zabezpečil, by

výprav, sa johanitom podarilo získať ostrov Rhodos. Tento urobili svojím novým centrom. Keď pápež vydal v roku 1312 bulu na rozpustenie rádu templárov, prikázal ich majetok zveriť rádu johanitov. Johanitom sa však nedostal celý majetok, pretože si ho privlastnil i francúzsky kráľ. Bližšie pozri: LAWRENCE, Hugh: *Dějiny středověkého mnišství*. Praha: Vyšehrad, 2001. 205-214 s. O dôkladnej starostlivosti o pacientov a organizácii chodu johanitskej nemocnice v Jeruzaleme bližšie pozri: OHLER, Norbert: *Pilgerstab und Jakobsmuschel. Wallfahren in Mittelalter und Neuzeit*. Düsseldorf-Zürich: Patmos Verlag, 2000. Z nemčiny preložil Vladimír Marek. Praha: Vyšehrad, 2002. 141-143 s.

²³ Bližšie pozri: MUNDY, John Hine: *Hospitals and Leprosaries in Twelfth and Early Thirteenth-Century Toulouse*. In: Ed. MUNDY, John H.-EMERY, Richard W.-NELSON, Benjamin N.: *Essays in Medieval Life and Thought*. New York: Biblo and Tannen, 1965. 181-205 s.

²⁴ Tento rád vznikol na pôde poľnej nemocnice pri Akre, kde chorým a zraneným slúžili knieža Adolf z Holsteinu s niekoľkými obyvateľmi Bréma a Lübecku. Bližšie pozri: WALSH, James J: *Hospitals*. The Catholic Encyclopedia, Volume VII. Online Edition. [online]. [citované 2005-09-08]. Dostupné na: <<http://www.yushanth.org.tw/lib/The%20Catholic%20Encyclopedia/cathen/07480a.htm>>

sa toto rituálne jedlo na jeho pamiatku podávalo každoročne v priestore jeho vlastného domu.²⁵

2. Liečebné metódy stredovekom svete

Základným východiskom realizácie konkrétnych liečebných postupov bola teória 4 humorov, ktorú stredovek prevzal z antiky. Z tohto dôvodu sa prirodzený pôvod každej nemoci hľadal v narušení rovnováhy humorov v tele. Dominantnou liečebnou metódou sa stalo púšťanie žilou²⁶. Za Karla Veľkého bolo povinne predpísané všetkým kláštorom. Nemohlo sa realizovať kdekoľvek, iba v na tento cieľ vyhradenej budove. Na odstránenie nadmerného množstva určitých humorov z tela sa využívali prehánadlá, kloktadlá, prikladanie baniek, prikladanie pijavíc, parné a horúce kúpele.

Urinoskopia patrila k základným vyšetrovacím metódam a pozostávala z 29 krokov. Informuje o nej aj dielo Jána Actuaria z 13. storočia. Lekári mali zhotovené tabuľky, pomocou ktorých konštatovali určitú nemoc – sfarbenie urínu v kombinácii s prehľadom planét boli východiskom na stanovenie diagnózy a zahájenie liečby. Lekár si musel všímať aj celkový výzor pacienta, vypočítať si jeho subjektívne sťažnosti a nahmatať mu pulz. Astrologické tabuľky využívali lekári i pri rozhodovaní, aký zákrok smú alebo nesmú urobiť pacientovi, ktorý sa narodil v konkrétnom astrologickom znamení – uvediem niekoľko príkladov: Blížencom sa nesmela robiť incízia ramena ani flebotómia v oblasti ruky alebo dlane; Levom sa nesmel rezať chrbát; Pannám zasahovať do rán na bruchu.²⁷

Skúmali sa exkrementy i krv. V kombinácii ich vyšetrenia s urinoskopiou sa prišlo ku konečnému záveru o rovnováhe humorov v tele človeka. Krv bola skúmaná z aspektu jej: „...viskozity, teploty či chladu, mastnoty, chuti, penivosti, rýchlosti koagulácie, ako aj povahy jej vrstiev, ktoré sa dali identifikovať.“²⁸

Ďalšími bežnými metódami boli diéty a požívanie liekov, ktorých účinnosť však bola otáznna, keďže sa ich zloženie prevažne tradovalo z generácie na generáciu a často súviselo

²⁵ MUNDY, John Hine: *Hospitals and Leprosaries in Twelfth and Early Thirteenth-Century Toulouse*. In: Ed. MUNDY, John H.-EMERY, Richard W.-NELSON, Benjamin N.: *Essays in Medieval Life and Thought*. New York: Biblo and Tannen, 1965. 189 s.

²⁶ Bližšie pozri: SILVERMAN, Benjamin C.: *Monastic Medicine: A Unique Dualism Between Natural Science and Spiritual Healing*. HURJ Issue 1, Spring 2002. [online]. [citované 2004-10-19]. Dostupné na: <<http://www.jhu.edu/hurj>>

²⁷ Bližšie pozri: *Medicine in the Middle Ages*. [online]. [citované 2005-07-11]. Dostupné na: <http://www.historylearningsite.co.uk/medicine_in_the_middle_ages.htm>

²⁸ *Healing and Hospitals*. In: *Medieval Medicine*. [online]. [citované 2004-09-24]. Dostupné na: <<http://www.intermaggie.com/med/index.php>>

s presvedčením o magickej moci ich ingrediencií. Rastliny sa chápali ako sprostredkovatelia komunikácie medzi nebom a zemou, resp. nadprirodzena a ľuďmi. Boli súčasťou pestrého symbolického systému, v ktorom veľmi dôležitú úlohu zohrávali tvar, farba a vôňa liečebného prostriedku. Využívali sa také rastliny a látky živočíšneho či minerálneho pôvodu, o akých máme správy aj z obdobia antickej medicíny. Na území Anglicka sa našli manuskripty, v ktorých sa ľudová tradícia využitia mediteránskych rastlín pestovaných v kláštorňoch záhradách kombinuje s pôsobnosťou rozličných božstiev z niekoľkých náboženstiev. Tento prístup je taktiež prítomný už v rímskej magickej ľudovej liečbe, kde sa kvôli posilneniu účinku liečiva vzývalo pri jeho podávaní čo najviac mien všelijakých božstiev. Cirkev zo začiatku nezasahovala do kombinácie podávania liečivého prostriedku s odriekaním kúzelných formuliek, ale neskôr dovoľovala výlučne odriekanie Otčenáša alebo iných biblických statí.²⁹

Iatro-mágia ovplyvňovala dejiny medicíny veľmi intenzívne až do 17. storočia. A. Labisch konštatuje v *Medzinárodnej encyklopédii sociálnych a behaviorálnych vied* nasledovné: „Ešte aj dnes, mágia založená na podobnosti [imitatívna, homeopatická] - (napríklad použitie ginsengových koreňov) alebo mágia založená na singularite (napríklad použitie talizmanov, symbolov, kúziel) sa nachádzajú v ľudovej medicíne, prírodnej liečbe, a v tzv. komplementárnej medicíne.“³⁰ Okrem mágie aplikovanej v kombinácii s prírodnými liečivými látkami, ľudia využívali aj mágiu v kombinácii s náboženstvom: „...posledné pomazanie považovali za účinný liek, zbierali prach alebo oškrabávali kameň z náhrobku svätých a potom ho jedli, alebo náhodne otvárali Písmo, aby zistili, ako sa ich nemoc bude vyvíjať. Modlitby, ktoré pri sebe ľudia nosili, či už z preventívnych, či liečebných dôvodov, slúžili skôr ako talizmany, než aby boli znamením viery.“³¹

Z 11. storočia pochádza známy lekársky sprievodca zdravým spôsobom života určený laikom, ktorý zostavil kresťanský lekár z Bagdadu menom Abul Hasan al-Mukhtar ibn-Bultan, v latinčine známy ako Elluchasem Elimithar. Toto dielo sa volá *Tacuinum sanitatis* a obsahuje nádherné ilustrácie, ktoré značne uľahčujú čitateľovi pochopenie konkrétnych zranení a chorôb, liečebných metód, ale aj presného výzoru popisovaných rastlín, ktoré človek potrebuje na prípravu liečiva.

²⁹ Bližšie pozri: Bližšie pozri: *Medicine and Religion in the Middle Ages – The Cure Comes from God*. In: *Medieval Medicine*. [online]. [citované 2004-09-24]. Dostupné na: <<http://www.intermaggie.com/med/index.php>>

³⁰ LABISCH, A.: *Medicine, History of*. In: INTERNATIONAL ENCYCLOPEDIA OF THE SOCIAL & BEHAVIORAL SCIENCES. Volume 14. Elsevier-Amsterdam-Paris: A. L. Greil, 2001. 9539 s.

³¹ POUCHELLE, Marie-Christine: *Lékařství*. In: LE GOFF, Jacques-SCHMITT, Jean-Claude: *Encyklopedie středověku*. Praha: Vyšehrad, 2002. 337 s.

3. Dominantný ošetrojúci personál: lekári a mnísi

Starostlivosť o nemocných a ich ošetrovanie³² patrili prevažne do kompetencie lekárov³³ a mníchov, avšak najmä na vidieku boli veľmi rozšírené magické praktiky liečby, ktoré sprostredkovali údajným spojením so supranaturálnym svetom ľudoví liečitelia. Činnosť mníchov sa častokrát menila na zárobkovú činnosť. Niektorí mnísi sa dokonca úplne preorientovali na liečebnú činnosť s tým, že opustili svoje prvotné povinnosti vyplývajúce z príslušnosti k rádu. Cirkev z týchto dôvodov pristúpila k právnej regulácii liečebnej činnosti mníchov. Uvádzame niektoré opatrenia podľa rokov ich uznesenia:

- 1130 – na koncile v Clermonte bolo mníchom zakázané štúdium medicíny za cieľom obohacovania v časnom živote. Žiadne námietky však neboli vznesené proti súkromnému štúdiu medicíny a jej praktizovaniu formou vedľajšej, nezárobkovej činnosti mníchov;³⁴
- 1163 – na koncile v Tours bolo zakázané mníchom praktizovať medicínu kvôli získaniu častých výhod, ako aj navštevovať prednášky medicíny na univerzitách; edikt *Ecclesia abhorret a sanguine* stanovil, že chirurgické úkony majú vykonávať osoby bez lekárskeho vzdelania;
- 1215 – na 4. lateránskom koncile bolo zakázané mníchom v najdôležitejších rádoch vykonávať konkrétne zákroky: „...vypaľovať rany a prevádzať chirurgické incízie.“³⁵;
- 1219 – vydaný bol pápežský dekrét, v ktorom sa zakazovalo kňazom vo farnostiach opustiť cirkevné záväzky za cieľom štúdia medicíny;
- 1220 – pápež Honorius III. vymenoval kardinála Conrada, aby dozeral na lekársku školu v Montpellier³⁶.

³² Bližšie pozri: *A Short History of Medical Careers*. Medieval Medicine. [online]. [citované 2004-10-27]. Dostupné na: <<http://library.thinkquest.org/15569/hist-6.html>>

³³ O lekárstve v stredoveku bližšie pozri: BENIAK, Milan - JANOTKA, Miroslav - ROSIVAL, Ladislav - VALENT, Michal a kol.: *Zdravoveda*. Martin: Osveta, 1990. 9-11 s.

³⁴ Bližšie pozri: SILVERMAN, Benjamin C.: *Monastic Medicine: A Unique Dualism Between Natural Science and Spiritual Healing*. HURJ Issue 1, Spring 2002. [online]. [citované 2004-10-19]. Dostupné na: <<http://www.jhu.edu/hurj>>

³⁵ DUINOVÁ, Nancy-SUTCLIFFOVÁ, Dr. Jenny: *Historie medicíny. Od pravěku do roku 2020*. Praha: Slovart, 1997. 24 s.

³⁶ Táto francúzska škola sa stala konkurentkou talianskej salernskej školy od 12. storočia. Hlavným zdrojom arabskej lekárskej vedy sa na tejto škole stali Avicennove spisy. Bližšie pozri: NIKLÍČEK, L.- ŠTEIN, K.: *Dějiny medicíny v datech a faktech*. Praha: Avicenum, 1985. 34 s.

Do dejín medicíny sa zapísal najmä pápež Petrus Hispanus (13. storočie), ktorý bol pôvodne lekárom.³⁷ V 14. storočí francúzska cirkev vyobcovala ženy-lekárky, pretože nespĺňali požiadavku cirkvi, že lekárom môže byť iba muž. Lekárska prax žien musela byť obmedzená na činnosť pôrodnej baby, čím sa vlastne prispelo k regresu medicíny, nakoľko s istotou vieme o úspešnosti niektorých lekároch zo školy v Salerne, medzi ktorými vynikala Trotula.³⁸ Jej najznámejším dielom je spis venovaný gynekológii a pôrodníctvu - *De mulierum passionibus*.

Nie všetci mnísi, ktorí pomáhali nemocným k uzdraveniu, zastávali názor, že sa má pomoc lekárov využívať a lieky, ktoré pripravia, požívať. Príkladom je Bernard z Clairvaux, ktorý v liste datovanom pred rokom 1153 píše bratom *Opátstva svätého Anastázia* v Campagni pri Ríme. Táto oblasť bola postihnutá maláriou, na čo si ešte všetci živo spomínali. Bernard bratom radí, aby volili cestu jednoduchosti v živote, aj v liečbe: „Použitie bežných bylín, aké využívajú chudobní, môže byť niekedy tolerované, a taký je aj náš zvyk. Ale kupovať špeciálne druhy liekov, vyhľadávať lekárov a prehľtať ich všeliaky, toto nie je cesta viery, je to protirečenie jednoduchosti, a je zvlášť nezlučiteľné s mravnosťou a skromnosťou vášho rádu.“³⁹ Bernard počíta s tým, že je ešte mnoho bratov nemocných, ale svoje rady podporuje argumentom, že verí, že má Ducha Božieho a znalosť Jeho vôle. Povzbudzuje ich tým, že nemoc duše je omnoho horšia, než nemoc tela. Slabosť tela má však posilniť silu Krista v ich duši. Takéto slová mohli adresátom aj uškodiť aj pomôcť. Uškodiť v zmysle pasivity nemocných a ich predčasnej smrti, a pomôcť tým, že sa mohli ušetriť pravdepodobnej škodlivosti látok, ktoré by im vtedajší lekári predpísali ako liek.

Petrarca sa v liste z 10. decembra 1365 uzdravenému Boccacciovi priznáva, že pozná mnohých lekárov, a z toho dôvodu mu radí, aby ani v budúcnosti nehľadal ich pomoc: „Neexistuje lepší spôsob na uzdravenie ako pomôcť si bez lekára. Toto sa môže zdať zarážajúce pre niekoho, kto nemal s nimi skúsenosť; ale tomu, kto cez to prešiel, sú tieto slová zrejmé, odskúšané a pravdivé. Tí lekári, ktorí tvrdia, že sú nápomocní prírode, často konajú úplne proti prírode a bojujú na strane nemoci.“⁴⁰ Kritizuje lekársku ctižiadostivosť a ziskuchtivosť, spoliehanie sa na šťastie, nevzdelanosť a prázdne budenie nádeje v nemocnom, že bude v poriadku. Lekári chodia oblečení v prepychovom rúchu s ozdobami

³⁷ Bližšie pozri: DUINOVÁ, Nancy-SUTCLIFFOVÁ, Dr. Jenny, 28 s.

³⁸ Bližšie pozri: *Women*. [online]. [citované 2004-09-24]. Dostupné na: <<http://www.intermaggie.com/med/index.php>>

³⁹ *From Bernard of Clairvaux to the Brethren of St. Anastasius*. In: MORIARTY, Catherine (ed.): *The Voice of the Middle Ages in Personal Letters 1100-1500*. New York: Peter Bedrick Books, 1989. 302 s.

⁴⁰ *From Petrarch to Boccaccio*. In: MORIARTY, 305 s.

zo zlata a veľa purpuru, majú na rukách lesklé prstene, a sú vlastne obchodníkmi so smrťou. Petrarca sa im vysmieva, že zakazujú jesť ovocie a zeleninu, ktoré si ľudia po celý život pestujú v záhradkách, a určite im z nich nikdy nič zlé nebolo. Niektorí ľudia vôbec nedokážu stráviť jedlo, ktoré im lekári predpíšu. Zaujímavé je, že Petrarca podporuje prax púšťania žilou, a to na základe vlastnej skúsenosti. Sám podstupoval výdatné púšťanie krvi vždy na jar a na jeseň, čo mu činilo dobre a veril, že aj predĺžilo roky života. Podobne chválil aj pitie veľkého množstva vody, čo taktiež niektorí lekári odsudzovali. Po uvedení mnohých faktov v neprospech pôsobenia lekárov končí rozsiahly list slovami: „...ak sa mi stane čokoľvek vážneho, žiaden z radov týchto pánov [lekárov] nebude narábať s mojim telom, ale sa má nechať priestor prírode, nech koná, alebo radšej Boh, ktorý ma stvoril a stanovil dĺžku môjho života, ktorá nemôže byť prekonaná...“⁴¹.

Reguláciu lekárskej činnosti vykonal už Roger II. Sicílsky (1095-1154), v ktorého stopách pokračoval jeho pravnuke Fridrich II. (1194-1250): „...zveril zodpovednosť za tieto skúšky [o ktorých vydal príkaz Roger II. Sicílsky, že ich musia absolvovať všetci, ktorí chcú praktizovať medicínu] majstrom zo Salerna. Fridrich taktiež stanovil pevné ceny lekárskeho výkonu (chudobní boli ošetrovaní zdarma) a bránil lekárom v tom, aby okrádali svojich pacientov tak, že sa dohodnú s lekármi a budú predpisovať zbytočne drahé lieky.“⁴². O požiadavke absolvovania štátnej skúšky na výkon lekárskeho povolania vieme však aj zo skoršieho obdobia, konkrétne z roku 931, keď ju v Bagdade zrealizovali pod názvom *idžáza*. Počet kandidátov dosiahol číslo 880.

Výkon pitiev a vývoj odboru anatómie podporovala právnická fakulta, nakoľko boli poznatky o príčine smrti človeka veľmi užitočné pre právnickú prax. V skutočnosti sa pitva redukovala na identifikáciu častí tela, ktoré boli popísané v lekárskejších knihách, a tak sa iba od 14. storočia dá hovoriť o nejakom prograse v zmysle, v akom to požadovala právnická fakulta. Ešte v roku 1299 vydal pápež Bonifác VIII. bulu *De sepulturis*, ktorá sa stala, ďakujúc jej výkladu, argumentom cirkvi proti výkonu pitiev. Do zoznamu pápežov, ktorí najintenzívnejšie bojovali proti výkonu pitiev vo všeobecnosti patria aj Gregor IX. a Sixtus VI. Kto by sa dopustil manipulácie s telom mŕtveho, podliehal trestu upálením alebo inému druhu surového trestu. Cirkev však v jednej výnimočnej situácii dokonca prikazovala otvoriť a zasiahnuť do tela mŕtveho – ide o prípad, keď prišlo k úmrtiu tehotnej ženy, z ktorej tela museli vybrať dieťa.⁴³ Ak by to dieťa aj neprežilo, cirkev vysvetľovala, že jeho duša bola

⁴¹ *From Petrarch to Boccaccio*. In: MORIARTY, 308 s.

⁴² DUINOVÁ, Nancy-SUTCLIFFOVÁ, Dr. Jenny, 27 s.

⁴³ K problematike zmŕtvychvstania detí sa vyjadruje Aurélius Augustín v diele *De civitate Dei*. O deťoch, ktoré umreli pred narodením sa mu ťažko hovorí, a preto nechce jednoznačne tvrdiť, či vstanú alebo nevstanú z mŕtvych. Rozhodne však považuje túto tému za dôležitú. Myslí si, že pri zmŕtvychvstaní budú mať všetci svoje telá, a preto sa tak stane i tým deťom, ktoré umreli ešte v matkinom tele. Takéto deti v ďalších úvahách posudzuje teda rovnako, ako tie, ktoré umreli po narodení, ako samostatné ľudské bytosti. O všetkých deťoch

zachránená.⁴⁴ Prvú súdnu pitvu vykonal v roku 1302 B. da Varignana v Bologni. Mondino dei Liucci vykonal v roku 1315 v Bologni (alebo v Padove?) prvú verejnú pitvu. O 61 rokov neskôr povolil vojvoda z Anjou, aby fakulta v Montpellier mala ročne k dispozícii jednu mŕtvolu popraveného na účel lekárskeho vzdelania. V rôznych vyspelých častiach Európy však boli nemalé problémy s týmto druhom vzdelania pomocou pitiev až do 16. storočia.

Od 13. storočia nastala zmena v rozdelení lekárskeho úkonu na tie, ktoré robil univerzitne vzdelaný lekár, a tie, ktoré vykonávali chirurgovia, liečitelia kúpeľmi a holiči, ktorí sa učili zo samotnej praxe. Týmto trom kategóriám ošetrovateľov boli určené metódy ako napr. naprávanie zlomenín, incízie, prikladanie baniek, ošetrovanie chrupu. Mnohí z nich boli negramotní a svojou prehnanou reklamnou činnosťou si znepriatelili vzdelané kruhy lekárov i celé univerzity. Parížska univerzita vyžadovala od svojich budúcich študentov zloženie prísahy, že nikdy nevykonajú chirurgický zákrok.

Chirurgia mala veľmi dôležité miesto v lekárskej starostlivosti o pacienta v islamskom svete. Nasvedčuje tomu aj encyklopedické dielo v 30 zväzkoch, ktoré tejto oblasti venoval chirurg Abu-I-Kásim. Dielo pochádza z 11. storočia a vzniklo v Córdobe. Opisuje v ňom rozličné spôsoby použitia skalpelu, ďalej rôzne chirurgické zákroky a kresbami znázorňuje vyše 200 rôznych lekárskeho nástrojov, ktoré vynášiel.⁴⁵ Na lekárskej škole v Salerne vzniklo dielo *Chirurgia*, ktoré napísal Roger zo Salerna v 12. storočí. Obsahovalo 96 prehľadných ilustrácií, podľa ktorých sa mohol chirurg orientovať, čo všetko patrí do jeho kompetencie a ako ošetriť pacienta. Na dôkladnejšie zoznámenie sa s problematikou prezentovanou na ilustrácii bolo však nevyhnutné poznať aj text, ktorý ju sprevádzal. Na základe poznatkov poskytnutých v tomto diele vznikla v 14. storočí chýrečná *Chirurgia magna* od Guya de Chauliac. Ilustrácie, ktoré autor využíva na objasnenie niektorých vecí pravdepodobne nie sú unikátne, ale boli kopírované z jedného rukopisu do druhého⁴⁶. Práve z tohto dôvodu bol iba text tou progredujúcou časťou diela, ktorá rozšírila základnú chirurgických poznatkov podľa Rogera zo Salerna.

hovorí, že ich schopnosť rastenia môže byť Bohom využitá na to, aby vstali z mŕtvych v dospelom tele. Keďže Boh dokázal stvoriť všetko z ničoho, nevidí Augustín problém v tom, že by nemohol slabučké a maličké telá detí zmeniť na veľké. Možno jeho predstava o všetkých vzkriesených telách ako o dospelých súvisela s pozorovaním krehkosti a následnej veľkej úmrtnosti detí. Sám bol otcom. Bližšie pozri: AUGUSTÍN, Aurelius: *Boží štát, II. zväzok*. Trnava: Spolok svätého Vojtecha, 1948. 352-353 s.

⁴⁴ Bližšie pozri: *Surgery and Dissection*. In: *Medieval Medicine*. [online]. [citované 2004-09-24]. Dostupné na: <<http://www.intermaggie.com/med/index.php>>

⁴⁵ MOKTEFI, Mochtár: *Aux premiers siècles de l'Islam*. Paris: Hachette, 1985. Z francúzštiny do slovenčiny preložila Elena Wetzlerová. Bratislava: Fortuna Print, 1998. 55 s.

⁴⁶ MATTHEW, Donald: *Atlas of Medieval Europe*. New York: Facts On File Publications, 1984. 155 s.

Záver

Historická perspektíva stredovekého obrazu a koexistencie medicíny a teológie má svoj perpetuálny odkaz pre súčasnosť; konkrétne pre:

1. zdravotnícky personál – že mechanistický a materialistický prístup k človeku nestačí, pretože nedokáže obsiahnuť hĺbku osoby pacienta, ktorá je celá zaintegrovaná do procesu nemoci a uzdravenia;
2. teológov – že Boh určitých ľudí obdaroval nádhernými poznatkami o anatómii a funkčnosti vrcholu jeho stvorenstva, človeka; dal im zručnosť a autoritu viesť človeka v otázkach zdravia;
3. cirkev – že je lekárska veda jej najexistenciálnejším partnerom v starostlivosti o človeka;
4. medicínu – že cirkev má ten istý cieľ – pomoc človeku, avšak robí to vo sfére transcendentnej, spirituálnej, resp. psychickej, ktorej veličiny síce nie sú kvantitatívne merateľné a hypotézy laboratórne verifikovateľné ako v medicíne, čo ale neznamená ich neexistenciu;
5. pomáhajúce profesie – že je človek ako somato-psycho-eko-spirituálna bytosť komplexným systémom, ktorý bude v prípade akéhokoľvek redukcionistického prístupu nespokojný a nedosiahne tú kvalitu života, na ktorú má kapacitu.

Kontakt na autorku

ThDr. Monika Záviš, PhD.

Inštitút kontextuálnej teológie

Evanjelická bohoslovecká fakulta Univerzity Komenského v Bratislave

Seznam autorů a spoluautorů

PhDr. Ivana Argayová

PhDr. Hana Belejová, PhD.

PhDr. Anna Bérešová, PhD.

Ing. Adam Bohunčák

Bc. Martina Boráňová

MUDr. Roman Bosman

Mgr. Tibor A. Brečka

MUDr. Marcel Brenner

Doc. PhDr. Darina Brukkerová, MPH, PhD.

Ing. Katarína Bugarová, PhD.

Mgr. Kateřina Čermáková, DiS.

PhDr. Mgr. Eva Dirgová, PhD.

Prof. MUDr. Ivan Dylevský, DrSc.

PhDr. Monika Gulášová

Mgr. Simona Hájková, Ph.D.

Ing. Jiří Halaška, Ph.D.

Miloslava Havlíková

Bc. Martina Havlová

Mgr. Zdeněk Hon

Ing. Mária Hudáková, PhD.

Ing. Jana Hudzietzová

MUDr. Markéta Janatová

Hynek Kadečka

Bc. Viera Kaplánová,

Mgr. Kateřina Klevarová

Ing. Pavel Klička

Mgr. Jana Koišová

MUDr. Marián Liberko

PhDr. Beáta Kollárová, PhD.

PhDr. Renata Knezović, PhD.

Prof. MUDr. Oto Masár, PhD.

Prof. MUDr. Leoš Navrátil, CSc.

Ing. Václav Navrátil

plk. gšt. prof. MUDr. Jan Osterreicher, Ph.D.

Doc. MUDr. Jan Pokorný. DrSc.

Ing. Lubomír Polívka

Radek Přecechtěl, DiS.

PhDr., Mgr. Rebeka Ralbovská, Ph.D.

Doc. MUDr. Kvetoslava Rimárová, CSc.

Mgr. Elena RIMEKOVÁ

Mgr. Lukáš Ryba

PhDr. Daniela Rybárová, PhD.

doc. Ing. Jozef Sabol, DrSc.

MUDr. Roman Sviták

PhDr. Dušan Sysel, PhD

prof. Ing. Bedřich Šesták, DrSc.

MUDr. Robin Šín

Mgr. Martina Šliková

MUDr. Marie Tichá

MUDr. Tomáš Vaňatka

Mgr. Alena Vozáb Gabrielová

Mgr. Pavel Wiener

ThDr. Monika Záviš, PhD.

Aspekty práce pomáhajících profesí

Sborník z konference 12. 9. 2011

ČVUT FBMI v Praze

Editor: PhDr. Mgr. Rebeka Ralbovská, Ph.D.

MUDr. Marián Liberko

Vydavatel: MANUS, s.r.o. Praha, 2011

ISBN 978-80-86571-12-6