



AWHP 2014

České vysoké učení technické v Praze, Fakulta biomedicínského inženýrství
Společnost pro radiobiologii a krizové plánování České lékařské společnosti

Jana Evangelisty Purkyně



ASPEKTY PRÁCE POMÁHAJÍCÍCH PROFESÍ
ASPECTS OF WORK OF HELPING PROFESSIONS
(AWHP)

16. 9. 2014 v Praze

Sborník z mezinárodní konference

AWHP 2014

Sborník z mezinárodní konference

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

Vydavatel: MANUS, spol. s r.o., Převoznická 738/6, 143 00 Praha 4

Vydání první, Praha 2014

© ČVUT, Fakulta biomedicínského inženýrství

ISBN 978-80-86571-24-9

Vědecký výbor konference:

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

prof. MUDr. Ivan Dylevský, DrSc. – FBMI, ČVUT v Praze

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

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

Ing. Josef Hendrych, MBA - ředitel Rehabilitačního ústavu Kladruby MUDr. Martin Houdek

- ředitel Územního střediska záchranné služby Středočeského kraje

brig. gen. MUDr. Božetěch Jurenka - náčelník Vojenské zdravotnické služby, Praha

PhDr. Beáta Kollárová, PhD. - vedoucí katedry urgentnej zdravotnej starostlivosti. PU Prešov

prof. MUDr. Otto Masár, PhD. - přednosta kliniky urgentnej medicíny a medicíny katastrof

LF UK v Bratislavě

prof. MUDr. Leoš Navrátil, CSc. - vedoucí katedry zdravotnických oborů a ochrany obyvatelstva FBMI, ČVUT v Praze

doc. MUDr. Vojtech Ozorovský, CSc. - vedoucí SOKRZ pro Bratislavský kraj, MZ SR, přednosta Ústavu sociálneho lekárstva a lekárskej etiky LF UK v Bratislavě

plk. gšt. prof. MUDr. Jan Österreicher, Ph.D. - ředitel Vojenského zdravotního ústavu, Praha

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

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

genmjr. v. z. Ing. Miroslav Štěpán - emeritní generální ředitel HZS ČR

doc. MUDr. Miroslav Tichý, CSc. - děkan FZS UJEP v Ústí nad Labem

Organizační výbor:

PhDr. Mgr. Rebeka Ralbovská, Ph.D.

Ing. Jiří Halaška, Ph.D.

Mgr. Zdeněk Hon, Ph.D.

Ing. Jana Fišerová

Konference byla realizována za finanční podpory Středočeského Fondu hejtmána a zmírnění následků živelních katastrof

Středočeský kraj

Partner a organizátor konference



V.M.E.S.T, a.s.

Boleslavova 17, 140 00 Praha 4

Kontaktní osoba: Oto Kubík

e-mail: kubik@vmest.cz

mob: +420 606 628 221

tel: +420 261 215 542

fax: +420 261 221 448

skype: vmest2

web: www.vmest.cz

Recenze

Příspěvky z oblasti: krizového managementu, krizového řízení, odstraňování následků katastrof a problematiky ochrany obyvatelstva při mimořádných situacích

Ing. Jiří Halaška, Ph.D.

Mgr. Zdeněk Hon, Ph.D.

Příspěvky z oblasti: medicíny katastrof a urgentní medicíny

prof. MUDr. Leoš Navrátil, CSc.

MUDr. Robin Šín, MBA.

MUDr. Jana Vidunová

Příspěvky z oblasti: psychických a etických aspektů traumy, aspektů zdravotní péče a fyzioterapie

PhDr., Mgr. Rebeka Ralbovská, Ph.D.

PhDr. Renata Knezović, Ph.D.

PhDr. Kateřina Čermáková, Dis.

PREDNEMOCNIČNÁ NEODKLADNÁ ZDRAVOTNÁ STAROSTLIVOSŤ O PACIENTA S KRVÁCANÍM DO HORNÉHO GASTROINTESTINÁLNEHO TRAKTU	8
INOVACE PŘEDMĚTU MASÁŽ A MĚKKÉ TECHNIKY V RÁMCI STUDIJNÍHO PROGRAMU FYZIOTERAPIE NA KATEDŘE ZDRAVOTNICKÝCH OBORŮ A OCHRANY OBYVATELSTVA FBMI ČVUT V PRAZE	26
KRIZOVÁ PŘIPRAVENOST ZDRAVOTNICTVÍ – „NOVÝ“ PŘÍSTUP	29
REHABILITACE NOVODOBÝCH VÁLEČNÝCH VETERÁNŮ V DOMÁCÍM PROSTŘEDÍ- KAZUISTIKA VÁLEČNÉHO VETERÁNA	36
MOŽNÉ SMĚRY ROZVOJE OCHRANY OBYVATELSTVA V ČESKÉ REPUBLICE	38
OCHRANA OBYVATELSTVA V PODMÍNKÁCH STÁTU	52
SPECIFIKA PERIOPERAČNÍ PÉČE U OSOB S MENTÁLNÍ DISABILITOU	61
ANALÝZA ÚČINKŮ ODRAŽENÝCH PROJEKTILŮ	67
NA BIOLOGICKÉM FYZIKÁLNÍM MODELU	67
ŠPECIFICKÁ SYMTÓMOV SYNDRÓMU VYHORENIA U ZDRAVOTNÍCKYCH PRACOVNÍKOV	82
ODOLNOST KRITICKÉ INFRASTRUKTURY V POJETÍ INFORMAČNÍHO SYSTÉMU	90
SPECIFIKA PERIOPERAČNÍ PÉČE O OSOBY SE SLUCHOVOU DISABILITOU	96
SPECIFIKA PERIOPERAČNÍ PÉČE U OSOB S TĚLESNOU DISABILITOU	103
AKÚTNE STAVY SPOJENÉ S ASTMA BRONCHIALE V PRVOM KONTAKTE	110
KOMPARACE ABUSU ALKOHOLU U KLIENTŮ V PŘEDNEMOCNIČNÍ NEODKLADNÉ PÉČI V ČESKÉ REPUBLICE A V PORTUGALSKU	113
AGRESE A ZDRAVOTNIČTÍ PRACOVNÍCI V PRVNÍ LINII	122
PILOTNÁ ČASŤ PRIESKUMU SPOLUPRÁCE FYZIOTERAPEUTA A SESTRY PRI POSKYTOVANÍ ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI	129
VPLYV BOBATH KONCEPTU NA VÝSKYT KOMPLIKÁCIÍ U PACIENTOV S HEMIPARÉZOU	138
VYUŽITÍ POZNATKŮ Z MULTIKULTURALITY A ASPEKTŮ MULTIKULTURNÍHO PŘÍSTUPU U ČLENŮ POMÁHAJÍCÍCH PROFESÍ	145
STRES A ZÁŤAŽ V PRÁCI HASIČA – ZÁCHRANÁRA	161
VADNÉ DRŽENÍ TĚLA Z PŘEVAHY EXTENČNÍCH NEBO FLEKČNÍCH SVALOVÝCH ŘETĚZCŮ	179
SYNDRÓM VYHORENIA – MEDICÍNSKE I SOCIÁLNE DÔSLEDKY	187
URGENTNÍ MEDICÍNA – KŘÍŽOVATKA OBORŮ	194
VLIV 2. SVĚTOVÉ VÁLKY NA KVALITU ŽIVOTA	201
SPECIFIKA PERIOPERAČNÍ PÉČE O OSOBY SE ZRAKOVOU DISABILITOU	203
PŘÍLOHY	209

PREDNEMOCNIČNÁ NEODKLADNÁ ZDRAVOTNÁ STAROSTLIVOSŤ O PACIENTA S KRVÁCANÍM DO HORNÉHO GASTROINTESTINÁLNEHO TRAKTU

PhDr. Ivana Argayová¹

PhDr. Daniela Rybárová, PhD.²

PhDr. Beáta Kollárová, PhD.¹

¹ Prešovská univerzita v Prešove, Fakulta zdravotníckych odborov

² Klinika anestéziológie a intenzívnej medicíny Fakultnej nemocnice J.A. Reimanna
v Prešove.

Abstrakt

V súčasnom období s rastom životnej úrovne sa rozširuje aj počet ochorení a úrazov. Medzi takéto ochorenia patrí aj krvácanie z hornej časti tráviaceho traktu. Zdokonaľovanie sa, získavanie nových teoretických a praktických znalostí tejto problematiky v prednemocničnej neodkladnej zdravotnej starostlivosti je v dnešnej dobe nevyhnutné.

Krvácanie z hornej časti gastrointestinálneho traktu predstavuje zdravotný problém, ktorý môže priamo ohroziť život pacienta. Táto skutočnosť rozširuje celú problematiku aj o vzťahoch a väzbách urgentnej a akútnej medicíny a o dôsledkoch krvácania na jednotlivé orgány a celý organizmus. Krvácanie do horného gastrointestinálneho traktu patrí k závažnejším stavom. Samotný priebeh je dramatický a pre pacienta je to stav, ktorý ho bezprostredne ohrozuje na živote. Prakticky každá choroba sa v určitej fáze môže prejavovať tak akútnym ako aj chronickým krvácaním rôzneho rozsahu a závažnosti. Často sa jedná o masívne, život ohrozujúce krvácanie s dramatickým priebehom, ktoré si vyžaduje racionálny, terapeutický prístup. Dôraz má byť kladený na včasné odobratie anamnézy, rýchle rozpoznanie príčin krvácania, možnosti a vhodnosti správnej a rýchlej liečby a transportu pacienta na správnu ambulanciu. Naš príspevok sa zaoberá manažmentom práce zdravotníckeho záchranára v prednemocničnej neodkladnej zdravotnej starostlivosti práve u týchto stavov.

Kľúčové slová: Prednemocničná neodkladná zdravotná starostlivosť. Zdravotnícky záchranár. Krvácanie z horného gastrointestinálneho traktu. Prípadová štúdia.

Krvácenie z hornej časti gastrointestinálneho traktu (ďalej GIT), predstavuje zdravotný problém, ktorý môže priamo ohroziť život pacienta. Táto skutočnosť rozširuje celú problematiku aj o vzťahoch a väzbách urgentnej a akútnej medicíny a o dôsledkoch krvácania na jednotlivé orgány a celý organizmus. Krvácenie do GIT patrí k najrozsiahljším a najzávažnejším v medicíne. Prakticky každá choroba sa v určitej fáze môže prejavovať tak akútnym ako aj chronickým krvácaním rôzneho rozsahu a závažnosti. Často sa jedná o masívne, život ohrozujúce krvácanie s dramatickým priebehom, ktoré si vyžaduje racionálny, terapeutický prístup. Dôraz má byť kladený na včasné odobratie anamnézy, rýchle rozpoznanie príčin a príznakov krvácania, možnosti a vhodnosti správnej a rýchlej liečby. Skorá a rýchla diagnóza urýchľuje správne rozhodnutie pre riešenie pacienta s akútnym krvácaním. K akútne krvácajúcejmu pacientovi je potrebné sa postaviť podľa najnovších doporučených postupov a využiť všetky dostupné možnosti liečby. Podcenenie významu prípravy záchranára na zásah pri akútnom krvácaní z hornej časti tráviaceho traktu môže ľahko viesť k ohrozeniu života pacienta.

Najčastejšie príčiny krvácania z horného tráviaceho traktu

Rozlišujeme traumatické a netraumatické krvácanie a dochádza k nemu pri poranení ciev, pri erózii ciev alebo formou diapedézy, keď krv z ciev presakuje do okolitých tkanív. Podľa charakteru postihnutej cievy rozlišujeme krvácanie arteriálne, venózne, kapilárne a zmiešané (Krška a kol. 2007). Podľa Šantu a kol. (2006) medzi najčastejšie príčiny krvácania z hornej časti GIT patrí krvácanie z pažerákových varixov, nádory, vredy žalúdka, dvanástnika, zápalové ochorenia a iné.

✓ *Krvácanie z ústnej dutiny*

V orofaciálnej oblasti dochádza najčastejšie ku krvácaniam po extrakciách a úrazoch zubov, po poraneniach mäkkých tkanív tváre, pri zlomeninách tvárových kostí, pri nádoroch a cievnych malformáciách. Najčastejšie príčiny sú pri krvácaní z drobných ciev čeľustných kostí, pri poraneniach väčších ciev, pri fibrinolýze infikovaného trombu, pri hemoragických diatézach, antikoagulačnej a antitrombotickej liečbe (Krška a kol. 2007)

✓ *Krvácanie pri poraneniach mäkkých tkanív tváre*

Krvácanie v oblasti tváre a ústnej dutiny môže vyvolať ventilačnú a respiračnú insuficienciu. Akútne a respiračné zlyhávanie sú situácie, ktoré bezprostredne ohrozujú život postihnutého. V praxi sa vyskytuje pomerne často (Firmant, Studená a kol. 2009). U pacienta hrozí tichá aspirácia. To je zatekanie krvi, žalúdočných a iných sekrétov. Postihnutý nevie

rozprávať, dýchať a rýchlo sa vyvíja edém tváre a krku. Má cyanózu tváre a pier (Šanta a kol. 2006). Ďalšou príčinou krvácania je poranenie veľkých krčných ciev. Najčastejšie bývajú poranené a. carotis communis a jej vetvy a. carotis interna a externa. S týmto poranením sa môžeme stretnúť pri poraneniach krku alebo pri otvorených poraneniach (strelnými ranami, bodnými, sečnými, pri tracheotómii pri odstraňovaní lymfatických uzlín postihnutých nádorovými metastázami a pod.) (Krška a kol. 2007).

✓ ***Krvácanie pri zlomeninách tváre***

Dochádza k nemu pri dislokovaných a trieštivých zlomeninách, keď ku zlomeniu kosti došlo aj k poraneniu cievy. Pri zlomeninách dolnej čeľuste sa v ústnej dutine nachádzajú krvné koagula alebo presakuje čerstvá krv. (Krška a kol. 2007). Najľahšie sa lámajúce kosti sú nosové a naopak najťažšie sú nadočnicové oblúky (Dobiáš a kol. 2012).

✓ ***Krvácanie z ORL oblasti***

Treba myslieť aj na krvácanie z dýchacích ciest, pretože krv s tejto oblasti zateká i do GIT (Krška a kol. 2007).

✓ ***Epistaxa***

Epistaxa môže mať dve príčiny : miestne a celkové. Miestne príčiny sa vyskytujú zriedkavejšie ako symptomatické, celkové. Sú zapríčinené mechanickým podráždením, poškodením sliznice. Celkové sú napríklad v dôsledku vysokého TK (Tanušková internet)

✓ ***Krvácanie z nosohltanu***

Je menej časté, prevládajú tu nádory u starších pacientov. U dospievajúcich chlapcov treba vylúčiť angiofibrom. Poranenie nosohltanu je aj pri adenotómii (Krška a kol. 2007).

✓ ***Krvácanie z dutiny ústnej a mezofaryngu***

Najčastejšie u detí, keď si strkajú ostré predmety do úst. U starších ľudí sú to zhubné nádory tonzíl a jazyka. Smrteľné môže byť krvácanie z varixov na koreni jazyka alebo ústnej spodine (Krška a kol. 2007).

✓ ***Krvácanie z hrtanu***

Má dve príčiny – úrazy a nádory. Dá sa dobre odlíšiť od krvácania z GIT. Pri úraze hrtanu je nutné varovať pred intubáciou, hlavne ak je hrtan neprehľadný. Doporučuje sa previesť tracheotómia. Silnejšie krvácania môžu byť pri hemangióme hrtanu, ktorý je dosť vzácny (Krška a kol. 2007).

✓ ***Nevariceálne krvácania do pažeráka***

Najčastejším zdrojom krvácania sú pažerákové varixy ako dôsledok portálnej hypertenzie. Jej častou príčinou je pečeňová cirhóza a cirhóza pri chronických hepatitídach. Nevariceálne

príčiny sú však štatisticky významnejšie. Podieľajú sa až 22 % na krvácaniach horného gítu. Bývajú zdrojom chronickej anemizácie (Krška a kol. 2007).

✓ *Refluxná ezofagitída*

Je najčastejším zdrojom krvácania (až 12%). Toto časté ochorenie je skôr zdrojom chronických krvných strát. Ak dochádza ku krvácaniu do pažeráku je to väčšinou až keď dochádza k vzniku ulcerácie (Krška a kol. 2007).

✓ *Malloryho- Weissov syndróm*

Najčastejšie vzniká po namáhavom zvracaní, dvíhaní ťažkých vecí, epilepsií a je zapríčinené drobnými trhlinami v sliznici, kde je gastroezofagálne spojenie. Prejaví sa hematemézou a melenou (Klimo a kol. 1999).

✓ *Cievne malformácie pažeráka*

Výnimočné sa v pažeráku môžu vyskytnúť arteriálne malformácie typu Dieulafoy, ktorá môže byť zdrojom život ohrozujúceho krvácania. Prevažne sa vyskytuje v oblasti proximálneho žalúdka.

✓ *Krvácanie ako dôsledok požitia cudzích telies*

Väčšinou sa jedná o sebapoškodzovanie u špecifických skupín pacientov (väzni, psychiatrický pacienti, často deti). U pacienta hrozí aspirácia - vdýchnutie krvi a iných žalúdočných sekrétov (Šanta a kol. 2006).

✓ *Hernie a krvácanie z pažeráka*

Hernie v oblasti prechodu pažeráka bránicou sú dôsledkom vysokého vnútrobrušného tlaku a je predpoklad, že vznikajú v priebehu starnutia organizmu.

V oblasti hiátovej hernie môže vzniknúť žalúdočný – Cameronový vred, ktorý sa v priebehu dýchania pohybuje. Prejavuje sa substernálnou alebo epigastrickou bolesťou.

✓ *Iatrogénne poškodenie pažeráka*

Vznikajú v dôsledku inštrumentálnych zákrokov, zavedením nazogastrickej sondy. V prípade endoskopického vyšetrenia dochádza k poraneniu častejšie v prípade inštrumentálnych zákrokov (biopsia, sklerotizácia, koagulácia). Riziko je 10x vyššie u výkonov s rigidným ezofakoskopom (Krška a kol. 2007).

✓ *Benígne a malígne nádory*

Pri leiomyómoch dochádza ku krvácaniu málokedy, väčšinou v dôsledku nekrózy nádoru. Krvácanie v 5 až 10 % je popisované u dlaždicového karcinómu. Tu vznikajú aj ezofagopulmonálne píšťaly. Dramaticky stúpa frekvencia adenokarcinómu (Krška a kol. 2007).

✓ *Ďalšie príčiny*

Krvácenie môže vzniknúť ako komplikácia u imunokompromitovaných pacientov (HIV pozitívni, po transplantácii, po imunosupresívach) a u pacientov, ktorí sa liečia nesteroidnými antiflogistikami (NSA) (Krška a kol. 2007).

K ďalším príčinám patria predovšetkým úrazy pri dopravných nehodách, násilných trestných činoch, pri pádoch z výšky, pri rôznych domácich a rekreačných športoch, taktiež hromadné úrazy (Pokorný 2010).

✓ *Pažerákové varixy*

Podľa Kršku a kol. (2007) najčastejšou príčinou krvácania do GIT pri portálnej hypertenzii je krvácanie z pažerákových varixov u pacientov s pečňovou cirhózou. Je to závažný až život ohrozujúci akútny stav, ku ktorému dochádza až u 60 % chorých s pečňovou cirhózou. Primárnu príčinu vzniku varixov má len malá časť pacientov. Sú to pacienti, kde je príčina nezistená alebo vrodená. Väčšinou sú príčiny druhotné, vznikajú v dôsledku iného ochorenia. V našich podmienkach sa stretávame prevažne s cirhózou pečene a len zriedka sú to zápaly, či upchatie pečňových alebo slezinových žíl (Klucho, 2011).

✓ *Príčiny krvácania do žalúdka*

Najčastejším zdrojom krvácania do horného GIT patria erózie žalúdka. Ide o slizničný defekt, ktorý má tendenciu ku spontánnemu zahojeniu. **Peptický vred žalúdka** je štatistický najvýznamnejší zdroj krvácania. Hlavnou príčinou je infekcia helicobacterom pylori a používanie NSA. **Varixy žalúdka** sú prejavom portálnej hypertenzie a vyskytujú sa ako subkardiálne varixy. Najčastejším zdrojom krvácania sú karcinómy žalúdka (Krška a kol. 2007).

Krvácanie z telesných otvorov, rán a krvácanie do dutých orgánov je príhoda, ktorá ohrozuje život. Na účinné poskytnutie zdravotníckej pomoci stačí poznať niekoľko zásad ako zvládnuť túto na prvý pohľad dramatickú situáciu. Pri strate krvi viac ako pol litra u starších ľudí a strate jeden a pol litra u mladších ľudí, dochádza k ohrozovaniu života (Dobiáš 2007).

Celkový objem krvi u dospelého je asi 4,5 – 6 l (70 ml/kg u dospelých, 80 ml/kg u detí).

Vykrvácanie (exsanguinácia) preťatím veľkej tepny môže nastať už do 60 – 90 sekúnd (Bydžovský 2008).

✓ *Anamnéza a diagnostika krvácania do gastrointestinálneho traktu*

Podľa Kircha a kol. (1995) pre správne stanovenie diagnózy má rozhodujúci význam anamnéza a klinický obraz. Netreba sa uspokojiť iba s údajmi, ktoré nám pacient poskytol, naopak cielenými otázkami treba pátrať po prítomnosti iných symptómov a dopracovať sa k zmysluplnej pracovnej anamnéze.

Anamnéza – u pacienta zisťujeme predchádzajúcu vredovú chorobu, užívanie analgetík, antipyretík alebo iných liekov, požitie alkoholu, fajčenie, úraz, cudzie teleso v GIT, okrem toho zisťujeme farbu krvi a stolice, či ide o čerstvú červenú krv alebo čiernu stolicu (Marko 2001). Je veľmi dôležité aby sme zistili odkedy pacient krváca, koľkokrát a v akom množstve. Zdravotnícky záchranár skontroluje biologicky materiál, či ide naozaj o krv. Preveruje sa pacientov stav, či nie je alkoholik. Práve alkoholizmus je častá príčina krvácania z hornej časti tráviacej trubice. Práve u týchto skupín treba dávať pozor na vracanie červeného vína, ktoré môže byť zachytené okom okoloidúceho, a môže byť považované za vracanie krvi. Netvorí však krvné koaguló a má charakteristickú vôňu (Dobiáš a kol. 2012).

V rámci diagnostiky okrem známk krvácania a príznakov šoku môžeme klinickým vyšetrením spozorovať portálnu hypertenziu (caput medusae periumbilikálne), zväčšenú a stvrdnutú pečeň, pavúčkovité névy v okolí pupka a ramien (Beťková a kol. 2008). Treba dať pozor na lieky a potraviny, ktoré môžu napodobňovať zmenenú farbu stolice (cvikla, špenát, železo). V diferenciálnej diagnostike treba odlíšiť melenu od čiernej stolice, ktorá môže byť po požití čierneho uhlia alebo čučoriedok (Dobiáš a kol. 2012).

Pri hemateméze zisťujeme, či pacient najprv opakovane zvracal obsah žalúdka a až potom bola v zvratkoch čerstvá krv (Mallory – Weissov syndróm) alebo šlo o masívne zvracanie krvi a koagúl (pažerákové varixy) alebo len čierne prúžky (kávová usadenina). Netreba zabúdať, že môže byť viac zdrojov krvácania (Marko 2001).

U starších ľudí sa môže objaviť aj bolesť na hrudi, ktorá je prvým príznakom hypoxickej a anemickej stenokardie. Je potrebné EKG. Ak sú výraznejšie príznaky a minimálne znaky zranenia treba dávať pozor na vnútorné krvácanie. Pri neúrazovom krvácaní je veľmi dôležité zistiť v rámci anamnézy údaje o predchádzajúcich krvácaniach po chirurgických výkonoch a úrazoch. V rámci anamnézy pátrame po odreninách, ktoré môžu byť spôsobené aj malým poranením. Na sliznici a na koži pátrame po krvných podliatinách, ktoré sú väčšie ako 5 cm v priemere. U detí pozorujeme krvácanie pri prerezávaní prvých zubov a krvácanie z nosa, ktoré je veľmi časté (Dobiáš a kol. 2012).

Základom u pacienta s krvácaním do GITu je vyšetrenie tlaku krvi, pulzu a počtu dychov. Podľa toho stanovíme štádium hemoragického šoku. Dôležitý je celkový stav, farba kože, slizníc, vedomie a komunikácia s okolím. Je nutné vykonať základné fyzikálne vyšetrenie pohľadom, pohmatom, poklopom, posluhom. Laboratórne vyšetrenie je hneď na urgentnom prijme, rovnako endoskopia, laparoscopia a rádiodiagnostika (USG, CT), (Marko 2001).

Princíp prvej pomoci pri krvácaní

Všeobecne platí pri poskytovaní prvej pomoci:

1. Zmierniť prietok krvi v postihnutej časti
2. Tlakom v rane uzavrieť čo najskôr poškodenú cievu
3. Celkovo a miestne znížiť krvný tlak v mieste poškodenia (upokojením pacienta a prevenciou šoku) (Dobiáš a kol. 2012).

Prednemocničná neodkladná starostlivosť o pacienta pri vonkajšom krvácaní

Skrátiť čas kedy krvácanie začalo a chirurgickým zastavením krvácania.

Využiť škrtidlo súčasne s tlakovým obvazom pri otvorených, strelných, arteriálnych, amputáciách a pri poraneniach tlakovou vlnou. Nesmie byť však naložené viac ako 2 hodiny, hrozí ischémia.

Prvotné a druhotné vyšetrenie a určiť rozsah krvácania, mechanizmus úrazu, fyziológie pacienta a anatomickej lokalizácie. Kritickými mechanizmami sú pád z výšky 6 m a viac, tupé alebo prenikajúce poranenie dutín, rýchla decelerácia, bodné alebo strelné poranenie. (Dobiáš a kol. 2012, s. 120).

- Normoventilácia, nie však pri cerebrálnej herniácii.
- Polohovanie pacienta.
- Zaviesť hrubší periférny plastický katéter a zaistiť jednu alebo dve žily.
- Podat' kryštaloidne alebo koloidné roztoky, kryštaloidný roztok v dávke 3 až 4 krát väčšej ako je odhadovaná krvná strata.
- Udržať tlak 80 -100 mm Hg systolické tlaku (permisívna hypotenzia)
- Pravidelne kontrolovanie fyziologických funkcií.
- Zabrániť stratám tepla a hypotermii a dbať na protišokové opatrenia.
- Rátať s urgentným operačným výkonom z vitálnej indikácie (Dobiáš a kol. 2012).

Prednemocničná neodkladná starostlivosť o pacienta pri vnútornom krvácaní

Pri tomto krvácaní alebo len podozrení naň je nutné postupovať ako pri šoku.

Treba dbať na rýchly, šetrný transport do zdravotníckeho zariadenia s dodržaním bezpečnosti. Dôležité je prvotné a druhotné vyšetrenie ako aj protišokové opatrenia a polohovanie v protišokovej polohe, pri úrazoch brucha v úľavovej.

Tlak na aortu, päšťou oproti chrbtici pod processus xiphoideus je užitočný pri krvácaní do brušnej dutiny. Vykonať ho môžeme u chudých ľudí, ktorý majú priehmatné brucho.

Doplňovanie tekutín a udržanie krvného tlaku na nižších hodnotách ako sú normálne (permisívna hypotenzia).

- Použiť kyslík, kyslíkovou maskou.
- Informovať prostredníctvom operačného strediska príchod do nemocnice. Informovať chirurgiu, traumatológiu a anestéziológiu.

Hemostyptiká sú dostupné ako terlipresín (Remestyp, podať dávku 2 mg i. v. bolusovo) alebo etamsylát (Dicynone, podať dávku 500mg i. v.)

Podanie týchto liekov nie je kontraindikované ale nesmie byť kvôli tomu obmedzený transport, ktorý musí byť včasný (Dobiáš a kol. 2012).

Prednemocničná neodkladná starostlivosť o pacienta pri akútnom krvácaní v gastroenterológii

V prvej pomoci bez pomôcok stačí pacienta uložiť do protišokovej alebo stabilizovanej polohy v prípade bezvedomia. Nepodávať lieky, ktoré znižujú tlak a lieky vyvolávajúce krvácanie. Pacientom pri vedomí s hematemézou do prízjazdu ZZS môžeme podať studenú vodu, pri vracaní krvi a zhoršujúcich sa prejavov treba okamžite volať ZZS.

V prednemocničnej neodkladnej zdravotnej starostlivosti je dôležitá protišoková poloha. Zabezpečiť i. v. prístup dvakrát. Urýchlene nahradiť objem kryštaloidmi a koloidmi. Udržiavať nižšie hodnoty tlaku a ak sa neupraví tlak po podaní 2000 ml treba podať krvné deriváty. Pri bezvedomí a rozvíjajúcom sa šoku roztoky podať pretlakom a skúsiť dosiahnuť tlak minimálne 80 / 40. Pri stenokardiách je nevyhnutný 12 zvodový EKG- monitoring. Pri masívnom krvácaní možno podať ako bolus remestyp 1 mg i. v. Noradrenalín je indikované podať pri nedostatočnej cerebrálnej perfúzii a to v dávke 2 mg do 20 ml, lineárnym dávkovačom 10 ml / hod. Pri pažerákových varixov je užitočný metoklopramid 1 amp i. v. Skúsení lekári môžu zaviesť Sengstakenovú - Blakemoreovú sondu pri krvácaní z pažeráku. Pacientom v bezvedomí treba zaviesť orotracheálnu kanylu a nazogastričnú sondu. Je dôležité vedieť že liečba terlipresínom je rovnako účinná ako fybroskopický výkon. Podávanie K – vitamínu a Pamby je úplne zbytočné a EKG- monitoring je nevyhnutný pre vznik arytmií. Zavedenie trojcestnej sondy je efektívne ale predstavuje väčšie riziko až o 10 %. Metoklopramid znižuje tlak v žilovom systéme pažeráka a znižuje aj rýchlosť krvácania (Dobiáš a kol. 2012).

Poranenia ústnej dutiny a tváre – hneď po zranení treba odstrániť nebezpečenstvo, ktoré hrozí z asfyxie, z krvácania a šoku. Krvácania z oblasti ústnej dutiny a tváre iba zriedka bezprostredne ohrozujú život poraneného (Krška a kol. 2007).

Príčinou krvácania z úst môže byť poranený jazyk, ďasna, zuby a sliznica ústnej dutiny.

K zastaveniu krvácania treba priložiť hrubý tampón. Pacienta vyzveme aby tampón stlačil tlakom zubov oproti sebe. Tampón alebo poskladaný štvorec musí byť dostatočne veľký aby pacient nemohol spojiť zuby, len zatlačil na tampón.

- Ústnu dutinu pacientovi nevyplachovať.
- Tampón zatlačiť na 15 minút, ak sa krvácanie nezastaví je potrebný nový tampón a výkon robiť ešte raz.
- Nepiť horúce nápoje a nejest' tuhú stravu po zastavení krvácania najmenej 2 hodiny.
- Ak je zub vyrazený aj s koreňom treba ho odložiť bez opláchnutia do nádoby s roztokom 0,9 % NaCl (nie aqua destilata).

Zastaviť krvácanie je možné za použitia fibrínovej peny navlhčenej do roztoku 0,9 % NaCl alebo jedna z variant je tampón navlhčený pár kvapkami adrenalínu. (Dobiáš, 2012)

Krvácanie po extrakciách a úrazoch zubov – ošetrovanie spočíva v kompresii lôžka prstami, spravíme tamponádu rôznymi vstrebateľnými látkami (kolagén) alebo nevstrebateľnými (mul).

Poranenie jazyka je veľmi časté a je dôležité myslieť na asfyxiu. Pri dusení jazyk uchopíme a vytiahneme. Ťažšie formy asfyxie sa riešia tracheotómiou.

Krvácanie pri čel'ustných zlomeninách sa rieši tamponádou a kompresiou. Pri strate vedomia je nutné pacienta uložiť do takej polohy aby sa vylúčila možnosť aspirácie krvi. Pri **krvácaní z nosa, epistaxe** je prvá pomoc aj liečba často úspešná. Je potrebné pritlačiť nosné krídličko palcom a predkloniť hlavu, aby krv nezatekala do nosohltanu. (Krška a kol. 2007). Do nosnej dutiny zavádzame zvlhčenú želatínovú hubku Gelaspon. Pri ťažšom krvácaní hlavne u starších ľudí je potrebná predná tamponáda sterilnými longetami s vazelínou. Po vykonaní tamponády kontrolujeme hltan (Pokorný a kol. 2010).

Pri krvácaní z nosohltanu, z dutiny ústnej a mezofaryngu, z hypofaryngu a krvácaní z hrtanu je nutné spraviť tamponádu, krvácanie dočasne zastaviť a pacienta okamžite transportovať na ORL oddelenie (Krška a kol. 2007).

Pri **poleptaní GIT** vzniká dysfágia, bolesť v oblasti pažeráka, zvracanie a môže dôjsť k perforácii pažeráka alebo žalúdka. Netreba vyvolávať zvracanie aby nedošlo k opakovanému poškodeniu (Bydžovský 2008). Dôležité je zistiť typ látky a vzorku odoslať

na toxikologické vyšetrenie. V prvom rade zabezpečiť protišokovú polohu a opatrenia. Môžeme sa pokúsiť o neutralizáciu požitej látky. Zaisťujeme vstup do žily a zabezpečíme transport do nemocnice (Pokorný a kol. 2010). Zabezpečíme kyslík, kyslíkovou maskou. Vhodné je sedatívum diazepam v dávke 5 mg. Opatrne odstránime žalúdočný obsah (Bydžovský 2008).

Mallory-Weissov syndróm je ďalšia príčina krvácania. Je nevyhnutné stabilizovať krvný obeh podaním plazmaexpanderov a krvných derivátov. U 90 % pacientov dochádza k spontánnemu zastaveniu krvácania.

Cievne malformácie pažeráka sú riešené endoskopicky, s použitím mechanických prostriedkov hemostázy.

Krvácanie ako dôsledok požitia cudzích telies sa rieši rigidnou ezofagoskopiou, ktorú treba urýchlene spraviť, na odstránenie cudzieho telesa. V nemocnici sa robí rtg snímok a endoskopický zákrok.

Akútne krvácanie z pažerákových varixov v úvode treba rozhodnúť o príčine krvácania. Zdravotník by mal zaisťovať prístup do žily a aplikovať vazoaktívnu liečbu – terlipresin 1 mg i. v. V ďalšom priebehu je nutné stabilizovať vitálne funkcie. Pri obehovej nestabilite sa používajú plazmaexpandéry alebo kryštaloidy. Pre zaistenie priechodných dýchacích ciest a saturácie je nutná intubácia a riadená ventilácia. Tamponáda balónikovou sondou bola mnoho rokov voľbou číslo jedna. Pôvodná trojcestná Sengstakenová sonda sa zavádza do pažeráka nosom, kde je fixovaná balónikom nafúknutým v žalúdku. Druhý balónik naplnený vzduchom v pažeráku komprimuje pažerákové varixy. Pacienta transportujeme na jednotku intenzívnej starostlivosti (Krška a kol. 2007).

Balóniky Sengstakenovej – Blakemoreovej sondy sa plnia 80 a 150 ml studenej vody a privesia sa so závažím (napr. vrečko z vodou) 250g, sonda sa necháva 1- 2 dni. Behom dvoch dní sa vypúšťa horný balónik, odstraňuje závažie a nakoniec sa celá sonda vyberie. Plnenie sondy vzduchom je nevhodné pre vzduchovú embóliu pri prasknutí sondy.

Alternatívou je dvojcestná Lintonova sonda, ktorá má iba jeden balónik na prechode pažeráka a žalúdka. Plní sa 300 až 450 ml a záťaž je 500 až 1000 g (Bydžovský 2008).

Kazuistika pacienta s pažerákovými varixami a hematemézou

Anamnéza a fyzikálne vyšetrenie pacienta

Meno a priezvisko: B.H

Vek: 69 rokov

Pohlavie: mužské

Stav: nezistené

Deti: **Zamestnanie:** nezistené

Bydlisko: Prešovský kraj **Váha:** 65 kg

Spolupráca s: príbuzní pacienta **Výška:** 185 cm

Zdroj údajov: pacient, príbuzní, výzva KOS

Rodinná anamnéza: nezistená

Osobná anamnéza: lieči sa na arteriálnu hypertenziu, cirhózu pečene v.s. toxometabol. Genézy, DM II. typu na inzulíne, hospitalizovaný v 01/2014 na OAIM pre hematemézu a pažerákové varixy.

Lieková anamnéza: užíva Coryol 2x6.25 mg tbl, Ursofalk 2-1-0 tbl, Verospiron 25 mg 1-1-0 tbl, Pyridoxin 1 tbl R, Ac. folicum 1 tbl.R, Lagosa 2-0-2 dr, Tiapridal V p.p., Diazepam 5 mg tbl noc, Beloderm ung lok.

Alergická anamnéza: na potraviny a lieky alergiu neguje

Sociálna anamnéza: žije s príbuznými

Návyková anamnéza: pacient udáva, že už nepije alkohol asi 1 rok

Lekárska diagnóza: Varixy pažeráka s krvácaním (I 85.0), Hemateméza (K 92.0)

Terajšie ochorenie: bolesti brucha v oblasti epigastria, celková slabosť a nevoľnosť, vomitus krvi – hemateméza.

Status presens generalis: pacient pri vedomí (GCS 15), orientovaný správne, poloha aktívna. Bez porúch reči. TK 167/95, PF 130/min, FD 20/min., SpO₂ 99%, TT 35,5 °C, Glykémia 9,7 mmol/l, Kap. návrat do 2 s.

Status presens localis:

Koža: bledá, žltá, spotená, viditeľné pavúčkovité névy na čele, kap. návrat v norme

Hlava: facies alcoholica, fotoreakcia prítomná, izokória, zrenice 3 mm obojstranne, jazyk červený - vyhladený, uši a nos bez výtoky, skléry ikterické

Krk – šija:, krk súmerný, šija pohyblivá, bez meningeálneho dráždenia, náplň krčných žíl prítomná, prítomný pulz na a. carotis

Hrudník: súmerný, bez deformít, bez krepitácií, eupnoe, frekvencia 16/min, auskultačne dýchanie čisté bez vedľajších dychových fenoménov, bez krepitácií, bez emfyzému. Poklop plný, jasný. Srdce: akcia pravidelná, ozvy ohraničené, počuteľné

Brucho: na pohľad vyklenutie pravého podrebria, palpačne zistená splenomegália, poklepom zistená hepatomegália, hmatateľná rezistencia

Končatiny: tenké končatiny bez fraktúry, mierne edémy DK, na a. radialis hmatateľný tvrdý, rýchly pulz (PF 130/min), erytémy na dlaniach

Dýchanie: eupnoe, dýchanie vezikulárne, čisté, bez vedľajších dychových fenoménov

Terapia: Dicynone 1 amp. i.v. F1/1 250 ml i.v. + Dicynone 1 amp. i.v.

Výkony, pomôcky, materiál, použitá výbava: rukavice, teplomer, glukometer, periférny venózný katéter veľkosti 16 G, 12-zvodové EKG, emitná miska, buničitá vata, F1/1 250 ml i.v.

Poloha pri transporte: fowlerova poloha

Ukončenie výjazdu: 6:50

Čas trvania výjazdu a km: 38 min a 1.5km

Katamnéza

Dňa 23.2.2014 o 6:12 bolo na operačné stredisko ZZS prijaté tiesňové volanie. Volal postihnutý 69-ročný muž: „*Prosím Vás, som v obchode s potravinami a zrazu mi prišlo veľmi zle od žalúdka, zvracal som krv a cítim sa veľmi nedobre.*”

Operátorka po prevzatí správy a jej vyhodnotení vyslala na určené miesto posádku rýchlej lekárskej pomoci. Ako predbežnú diagnózu uviedla hematémézu a bolesti brucha v epigastriu. Ambulancia záchranej zdravotnej služby s lekárom o 6:13 vyrazila s výstražnými signálmi sirény, na určenú adresu. Cesta jej trvala 4 minúty. Na adrese bola o 6:17. Po príchode RLP pacient v sprievode príbuzných, prišiel k ambulancii. Pacient komunikoval a odpovedal na pozdrav. Na lôžku v ambulancii bolo prevedené prvotné a druhotné vyšetrenie pacienta.

Prvotným vyšetrením bola zistená prítomnosť plného vedomia, dostatočného dýchania a srdcovej frekvencie. Pripojeným monitorovacím prístrojom boli zmerané hodnoty základných vitálnych funkcií a a kapilárny návrat. Podľa glasgowskej stupnice bezvedomia bol zistený plný počet bodov 15, čo značilo že pacient je pri plnom vedomí. TK- tlak krvi 167/95, PF- pulzová frekvencia 130/min, FD- frekvencia dýchania 20/min., SpO₂ saturácia hemoglobínu kyslíkom 99%, TT- telesná teplota 35,5 °C, Glykémia 9,7 mmol/l a a kapilárny návrat bol do 2 sekúnd. EKG- monitoring vykazoval normálny sínusový rytmus. Pacient v anamnéze udával začiatok bolesti asi o 6:00, kedy mu náhle prišlo zle a zvracal krv. Množstvo krvi odhadol asi na pol litra, krv bola jasnočervenej farby. Uviedol, že ráno nejedol, vypil len pohár čistej vody. V ďalšej časti rozhovoru uviedol choroby a užívané lieky. „*Pane na aké choroby sa liečite?*” opýtal sa lekár. Pacient odpovedal: „*Liečim sa na*

vysoký krvný tlak, diabetes mellitus 2. typu a cirhózu pečene. Ďalej som bol hospitalizovaný na ARE v januári 2014 pre krvácanie z pažeráka. Alergie na lieky, potraviny nemám. Alkohol nepijem vôbec.” Pri neskoršom doplnení anamnézy, príbuzní uvádzali: „Pán Doktor, on každý deň vypije 5 poldeci.”

Ošetrojúci lekár na základe odobranej anamnézy a objektívnych príznakov stanovil predbežnú diagnózu ako krvácanie z pažerákových varixov a hematemézu. Postihnutému bola zavedená do periférnej žily pravej hornej končatiny i. v. linka kanylou veľkosti 16G. Záchranári podali infúziou fyziologický roztok F1/1 250 ml i.v. Následne lekár podal 1 ampulku 250 mg Dicynone i. v. Pacientovi v rámci druhotného vyšetovania od hlavy po päty bolo zistené zvýšené napätie brušnej steny, hmatateľná rezistencia, hepatomegália a splenomegália. Na rukavici pri vyšetrení per rektum bola normálna farba stolice.

Na tvári a na hrudníku boli viditeľné pavúčkovité névy, žlté sfarbenie kože a sklér. Postihnutý počas vyšetrenia bol bledý, pociťoval nevoľnosť a do emitnej misky ešte vyvracal asi 2dcl čerstvej krvi. Lekár mu podal opakovane 1 ampulku Dicynone i. v. Pacientovi boli opätovne merané vitálne funkcie, a to: TK 155/90 mmHg, PF 120 pravid., Df 16, SpO₂ 98%, GCS 15.

Za stáleho monitorovania vo fowlerovej polohe bol urýchlene transportovaný do nemocnice. Z hľadiska krátkeho dojazdového času do nemocnice (1,5 km), pacient bol rýchlo odovzdaný o 6:40 na chirurgickú ambulanciu. Po odovzdaní pacienta na chirurgickej ambulancii bola hemateméza asi 1 liter krvi. Následne pacienta transportovali na oddelenie OAIM, kde mu bola zavedená Sengstakenova-Blakemoreová sonda.

Diskusia

Predchádzajúca kazuistika opisuje výjazd ZZS k postihnutému s bolesťami brucha a následným zvracaním krvi- hematemézou. Operátorka tiesňovej linky vyhodnotila s rozhovorom a opisom udalostí stav volajúceho ako život ohrozujúci stav. Z tohto dôvodu rozhodla sa k postihnutému vyslať posádku rýchlej lekárskej pomoci.

Hemateméza- vracanie krvi je objektívnym príznakom krvácania z gastrointestinálneho traktu. Kelnarová (2013) uvádza, že hemateméza, pri postihnutí v oblasti pažeráka sa prejaví ako zvracanie jasnočervenej krvi.

Podľa Dobiáša a kol. (2012) do príchodu špecializovanej pomoci sa operátor musí usilovať volajúcemu poskytnúť odbornú radu na zvládnutie stavu. To má byť prevedené, ale takým spôsobom aby bolo postihnutému jasné, že ide o zmysluplné využitie času do príchodu RLP na miesto a nie o zdržiavanie výjazdu.

Posádka RLP sa podľa uvedených časových údajov dostavila k pacientovi v krátkom čase.

Podľa Dobiáša a kol. (2012, s. 44) na mieste zásahu je za anamnézu, vyšetrenie pacienta, stanovenie postupu a smerovanie zodpovedný vedúci posádky- lekár, alebo zdravotnícky záchranár s vyššou kvalifikáciou, alebo služobne starší. V tomto prípade to bol lekár. Dobiáš a kol. (2012) uvádza, že postup prvého vyšetrenia stanovuje jeho kroky a poradie skratkou ABC- airway, breathing, circulation (and bleeding), čo je priechodnosť dýchacích ciest, prítomnosť dýchania, prítomnosť krvného obehu a krvácania. Dôležitosť týchto krokov a ich poradie je pre pacienta prvoradé. Babčák a kol. (2009) udáva, že následnú anamnézu charakterizujeme ako súhrn údajov získaných počas rozhovoru s pacientom alebo jeho príbuznými.

Po skončení rozhovoru a odobraní anamnézy sa snažili záchranári dodržať chronologický postup objektívnym vyšetrením.

Fyzikálne vyšetrenia inšpekcia, palpácia, perkusia, auskultácia a vyšetrenie per rectum tvoria súčasť objektívneho vyšetrenia pacienta. Ako udáva Babčák a kol. (2009) pomocou nich zisťujeme zmenu farby kože a slizníc, zmenu tvaru a veľkosti jednotlivých orgánov.

Lekár ZZS cielene hľadal známky pečeneňového postihnutia- pavúčkové névy, ikterus, hepatosplenomegáliu, ascites, krvácavé prejavy, kolaterálny obeh na koži, gynekomastiu a pod. Krvácanie z pažerákových varixov je závažným a život bezprostredne ohrozujúcim akútnym stavom. Ku krvácaniu dochádza až u 60% chorých s pečeneňovou cirhózou a mortalita prvého krvácania býva často prvou známkou ochorenia a dosahuje v dnešnej dobe 15-20%. Podľa stupňa pečeneňového postihnutia je vysoké aj riziko recidívy krvácania, ktoré môže dosiahnuť 25-70% , ako udáva Krška a kol. (2007).

Lekár posádky RLP na základe zistenej predchádzajúcej anamnézy a to hlavne nedávnej hospitalizácie pacienta opakovanej hemateméze, zmenou tlaku krvi, pulzu a počtu dychov diagnostikoval krvácanie do horného tráviaceho traktu. Podľa Marka (2001), ak sa jedná o krvácanie z pažeráka, hemateméza je zvracanie jasnočervenej krvi, ktorá vo väčšom množstve býva tekutá bez krvných koagúl.

Podľa zisteného klinického stavu lekár mohol stanoviť prítomnosť hemoragického šoku a jeho štádium. Zdravotnícki záchranári zabezpečili intravenózný prístup a podali infúzny roztok F1/1 250 ml.

Lekár následne aplikoval 1 ampulku (250mg) Dicynone, čo je antihemoragikum schopné znižovať krvácaivosť, čas krvácania a krvné straty. Po vyšetrení a následnej hemateméze menšej intenzity pred transportom lekár opakovane podal 250mg i. v. Dicynone. Ako udáva Dobiáš a kol. (2012) podávanie analógov K-vitamínu Dicynon a pamby je neefektívne

a zbytočné. V súčasnej dobe je Terlipresín liekom voľby v liečbe akútneho krvácania z pažerákových varixov.

Podanie hemostyptík nie je kontraindikované, ale nie na úkor zdržiavania transportu postihnutého do zariadenia pripraveného na príjem takýchto akútnych stavov. Účinnosť liečby Terlipresínom (remestyp) je približne rovnako úspešná ako fibroskopiou, udáva Dobiáš a kol. (2012).

Podľa Kršku a kol. (2007) pri krvnej strate 40% celkového krvného objemu a manifestujúcich príznakoch hemoragického šoku je nutné zaistenie obehovej stability a postihnutého za prebiehajúcej resuscitácie obehu transportovať na príslušné nemocničné oddelenie. Základný význam pri krvácaní do horných častí GIT prejavujúcej sa hematemézou je určenie veľkosti krvnej straty a zistenie, či krvácanie ešte trvá, ako udáva Krška a kol. (2007).

Zdravotníci záchranári pacienta transportovali vo fowlerovej polohe za sústavného monitorovania vitálnych funkcií na chirurgickú ambulanciu, kde krátko po odovzdaní bol vomitus asi 1 litra krvi. Preto bol pacient posádkou RLP transportovaný na oddelenie OAIM, kde mu bola zavedená Sengstakenova- Blakemoreova sonda.

Záver a odporúčania pre prax

Krvácanie do hornej časti gastrointestinálneho traktu, hlavne akútne, je stav často dramatický a náročný na rýchlosť a kvalitu prednemocničnej liečby. Neúrazové vnútorné krvácanie sa vyskytuje častejšie ako úrazové, a k najčastejším z nich patrí krvácanie do tráviaceho traktu. Najväčšia intenzita krvácania je z jeho horných častí, s pažerákových varixov, vredov a nádorov žalúdka a z vredu dvanástniku.

Na základe teoretických poznatkov a nami opísanej kazuistiky sme navrhli tieto odporúčania pre prax:

- uskutočniť teoretické školenie pozvaním cievneho chirurga so skúsenosťami v liečbe pacientov s krvácaním do hornej časti GIT a prípadnými možnosťami prednemocničnej liečby, napríklad farmakologicky alebo ináč už v teréne, a toto precvičiť v praktických modelových situáciách,
- zväziť doplnenie pojazdných ambulancií farmakologickými prípravkami a zdravotníckymi pomôckami (Sengstakenová - Blakemoreová sonda, hemostyptiká, antihemoragiká), prípadne ďalšie pomôcky a preparáty, ktoré sú svojím účinkom vhodné pre riešenie pacienta s krvácaním do hornej časti GIT,

- zabezpečiť po prijatí tiesňového hovoru správne vyhodnotenie operačného stre-
diska, závažnosti stavu postihnutého a vyslanie vhodnej ambulancie RZP -
z hľadiska náročnosti a spôsobilosti je veľmi často v takýchto prípadoch nutná
prítomnosť lekára.

Krvácanie z horného tráviacieho traktu je život ohrozujúci stav, ktorý potrebuje okamžitú pomoc a pri zvládnutí akútneho stavu je nutné pacienta odovzdať do rúk špecialistov.

Záverom

Poslaním zdravotníckeho záchranára je byť včas u človeka, ktorý potrebuje pomoc pri záchrane svojho života. Slová z českej piesne od Z. Borovca vystihujú podstatu práce zdravotníckeho záchranára.

*Rád, tak rád bych žil
a mám jen zbytek sil,
a času má, než se mi zdálo
před půl hodinou*

*Příteli chvátej SOS,
ať jsem i zítra čím jsem dnes,
zbav mě tíhy mé, rány mé co nejdřív,
příteli chvátej píšu vzkaz,
dej mi co ztrácím dej mi čas,
vrať mi víru mou, lásku mou
a té nejvíc.*

Zoznam použitej literatury

1. BEŇUŠKA, J. a kol. 2008. *Anatómia pre nelekárske študijné odbory*. 2. vyd. Bratislava: Univerzita Komenského, 2008. 145 s. ISBN 978-80-223-2527-1.
2. BEŤKOVÁ, M. a kol. 2008. *Učebnica chirurgie pre záchranárov*. 1. vyd. Nitra: Univerzita Konštantína Filozofa v Nitre, Fakulta sociálnych vied a zdravotníctva, 2008. 205 s. ISBN 978-80-8094-356-1.
3. BUNGANIČ, I., FEDURCO, M. a kol. 2006. *Choroby pažeráka*. 2. vyd. Prešov: Privatpress, 2006. 141 s. ISBN 80-89215-03-3.

4. BYDŽOVSKÝ, J. 2011. *Předlékařská první pomoc*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. 117 s. ISBN 978-80-247-2334-1
5. BYDŽOVSKÝ, J. 2008. *Akutní stavy v kontextu*. 1. vyd. Praha: Triton, 2008. 450 s. ISBN 978-80-7254-815-6.
6. CVACHOVEC, K. 2006. Hemoragický šok jako příčina úmrtí nemocných s krvácením do GIT. In *Bulletin HPB chirurgie* [online]. 2006, roč. 14, č. 1-2 [cit. 2012-09-12]. Dostupné na internete: <<http://www.hpb.cz/index.php?pId=06-1-2-07>>.
7. DOBIÁŠ, V. 2007. *Urgentní zdravotní péče*. 1. vyd. Martin : Osveta, 2007. 178 s. ISBN 978-80-8063-258-8.
8. DOBIÁŠ, V. a kol. 2012. *Prednemocničná urgentná medicína*. 2. vyd. Martin : Osveta, 2012. 739 s. ISBN 978-80-8063-387-5.
9. ERTLOVÁ, F. a kol. 2004 *Prednemocniční neodkladní péče*. 2. vyd. Brno: Mikadapress s.r.o., 2004 368 s. ISBN 57-855-03.
10. FIRMENT, J., STUDENÁ, A. a kol. 2009. *Anestéziológia a intenzívna medicína*. 1. vyd. Košice: Aprilla, 2009. 387 s. ISBN 978-80-89346-16-5.
11. KELNAROVÁ, J. a kol. 2013. *První pomoc II*. 1. vyd. Praha: Grada, 2013. 180 s. ISBN 978-80-247-4200-7.
12. KRŠKA, Z., ZAVORAL, M. a kol. 2007. *Krvácení do gastrointestinálního traktu*. 1. vyd. Praha: Triton, 2007. 384 s. ISBN 978-80-7254-994-8.
13. KIRCH, W. a kol. 1995. *Chybné diagnózy ve vnitřním lékařství*. 1. vyd. Martin : Osveta, 1995. 339 s. ISBN 80-217-0491-8.
14. KLIMO, F. a kol. 1999. *Praktické a rodinné lékařstvo*. 1. vyd. Senica: Prognóza vydavateľstvo, 1999. 1065 s. ISBN 80-968295-4-8.
15. KLUCHO, J. 2011. *Varixy hornej časti tráviacej trubice* [online]. Nové Zámky: Klucho, J., 2011. 2013 [cit. 2012-09-12]. Dostupné na internete: <http://www.gastroenterolog.com/index.php?option=com_content&view=article&id=81:varixy-hornej-asti-traviacej-trubice&catid=77:naliehave-situacie-v-gastroenterologii>.
16. MAŘATKA, Z. 2007. *Trávicí obtíže v lékařské praxi*. 1. vyd. Praha : Galén, 2007. 161 s. ISBN 978-80-7262-472-0.
17. MAČÁK, J., MAČÁKOVÁ, J., DVOŘÁČKOVÁ, J. 2012. *Patologie*. 2. vyd. Praha : Grada, 2012. 347 s. ISBN 978-80-247-3530-6.

18. MARKO, Ľ. 2001. *Praktický manažment pacienta s krvácaním do tráviaceho traktu*. vyd. Banská Bystrica: Marko, 2001. 79 s. ISBN 80-968076-1-7.
19. MIKLOŠOVÁ, M. 2006. *Anatómia človeka pre poslucháčov Prírodovedeckej fakulty*. vyd. Košice : Univerzita Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach, 2006. 322 s. ISBN 80-7097-619-5.
20. POKORNÝ, J. a kol. 2010. *Lékařská první pomoc*. 2. vyd. Praha : Galén, 2010. 474 s. ISBN 978-80-7262-322-8.
21. ŠANTA, M. a kol. 2006. *Prvá pomoc*. 1. vyd. Martin : Osveta, 2006. 179 s. ISBN 80-8063-207-3.
22. ŠEBLOVÁ, J., KNOR, J. a kol. 2013. *Urgentní medicína v klinické praxi lékaře*. 1. vyd. Praha: Grada, 2013. 400 s. ISBN 978-80-247-4434-6.

Kontakt na autorku:

Ivana Argayová

FZO PU v Prešove

Partizánska 1

Prešov

e-mail: ivana.argayova@unipo.sk

**INOVACE PŘEDMĚTU MASÁŽ A MĚKKÉ TECHNIKY V RÁMCI
STUDIJNÍHO PROGRAMU FYZIOTERAPIE NA KATEDŘE
ZDRAVOTNICKÝCH OBORŮ
A OCHRANY OBYVATELSTVA FBMI ČVUT V PRAZE**

Mgr. Radka Dušková, Mgr. Monika Kimličková
ČVUT v Praze, Fakulta biomedicínského inženýrství

Abstrakt

Článek podává souhrnné informace o realizaci schváleného projektu, který se zabývá inovací předmětu Masáž a měkké techniky v bakalářském oboru Fyzioterapie na Fakultě biomedicínského inženýrství ČVUT v Praze. Autorky tak poukazují na problematiku inovace předmětů po obsahové a metodologické stránce k zajištění kvalitní výuku fyzioterapie.

Klíčová slova: inovace, fyzioterapie, masáž, měkké techniky

Abstract

The article provides a summary of the implementation of the approved project, which deals with the innovation of the subject Massage and soft techniques in bachelor study programme Physiotherapy on the Faculty of Biomedical Engineering of the Czech Technical University (CTU) in Prague. The authors also highlight the issue of innovations subjects in terms of content and methodology to ensure high-quality teaching physiotherapy.

Keywords: innovation, physiotherapy, massage, soft techniques

Projekt s názvem „Multimediální studijní materiály pro praktickou výuku předmětu „Masáž a měkké techniky“ v bakalářském oboru Fyzioterapie“ je podpořen účelovou dotací na podporu rozvojových projektů mladých týmů (RPMT) ČVUT FBMI v rámci Institucionálního plánu ČVUT pro rok 2014.

Zkušenosti s výukou v oboru Fyzioterapie na KZOOO v průběhu několika akademických let dávají prostor a možnost upozornit i další pracoviště, která podobnou výuku zavádí, na některé problémy, těžkosti a postřehy, které byly během výuky zaznamenány.

V současné době jsou materiály pro praktickou výuku předmětu „Masáž a měkké techniky“ nedostačující a nevyhovují moderním metodám výuky na vysoké škole. V případě prezenční výuky činí hodinová dotace pouze tři hodiny týdně pro cvičení a nepředpokládá se, že by se tyto časové podmínky měnily. S ohledem na rozsah vyučovacích hodin se předpokládá, že přibližně 40 % času potřebného ke zvládnutí daného předmětu bude souviset s přímou výukou. Dalších 60 % bude nutné vyhradit pro samostudium a další vlastní přípravu na vyučovaný předmět.

Při výuce, která zahrnuje pouze cvičení, jsou využívány prezentace ve formě Power-Point a praktický nácvik jednotlivých masážních technik. Chybí zde multimediální prostředky, které by přispívaly ke snazšímu pochopení probírané látky a k samostatné studijní činnosti studentů, jak je již běžné na jiných vysokých školách.

Samotný projekt je zaměřen na tvorbu vysokoškolských multimediálních podpor pro výuku předmětu „Masáž a měkké techniky“ v bakalářském studijním oboru Fyzioterapie. Hlavním cílem je zefektivnění a zkvalitnění výuky předmětu za pomoci nově vytvořených multimediálních studijních materiálů pro praktickou výuku a inovace zastaralých podpor, které se dnes využívají při výuce, avšak již neodpovídají současnému trendu.

Vytvořené elektronické materiály budou dostupné studentům i mimo praktické hodiny výuky na fakultě, při kterých se s danou problematikou mají možnost seznámit. Obsahem multimediálních studijních materiálů budou textové materiály, které budou doplněny obrazovou přílohou a videoukázkami technického provedení jednotlivých masážních hmatů klasické masáže, které umožní studentům lepší osvojení dané problematiky. Zpracované textové materiály se budou zakládat na nejnovějších poznatcích a publikacích z oboru, budou doplněny názornými fotografickými podklady a videoukázkami. Vytváření těchto materiálů bylo vytvořeno ještě před probíhající výukou předmětu „Masáž a měkké techniky“ v akademickém roce 2014/2015 tak, aby již samotné obrazové podklady zmíněných materiálů byly již pro současné studenty přínosem.

Finální podoba projektu by měla sloužit jako studijní materiál pro potřebu praktických cvičení z předmětu „Masáž a měkké techniky“, pro kapitolu klasická masáž. Funkční textové materiály doplněné názornými fotografiemi a praktickými videoukázkami jednotlivých masážních hmatů budou na webové stránce fakulty snadno dostupné v rámci domácí přípravy studentů na praktickou výuku. Jednotlivé kapitoly studijního materiálu budou korespondovat s náplní cvičení, přičemž svým rozsahem budou zahrnovat všechna cvičení v semestru a budou jej svým obsahem vhodně doplňovat a rozšiřovat. Výstupy tohoto projektu budou tedy následně využívány jako základní zdroj informací pro studium a samostudium studentů FBMI.

Studijní materiály dále budou studentům a dalším zájemcům k dispozici na médiu CD-ROM či DVD-ROM, které bude taktéž umístěno v knihovně ČVUT FBMI.

Udržitelost a dostupnost výstupů projektu bude zajištěna pomocí intranetu FBMI ČVUT a podpory Katedry zdravotnických oborů a ochrany obyvatelstva, kde budou materiály dostupné studentům po celou dobu studia, minimálně do roku 2016. Forma a obsah výukových materiálů však dává předpoklad k jejich dlouhodobějšímu využití pro výuku v daném oboru, popř. k jejich dalšímu rozšíření či doplnění v rámci zkvalitnění výuky.

Závěr

Výuka předmětu Masáž a měkké techniky v oboru Fyzioterapie je podstatnou součástí přípravy budoucích fyzioterapeutů. V každém zdravotnickém zařízení se vykonává vysoce erudovaná činnost, která je úzce spojená se specifickou přístrojovou technikou, zdravotnickými pomůckami a odbornými znalostmi, jejichž osvojení musí student nezbytně získat již v průběhu studia.

Snahou autorského kolektivu je didaktiku odborného předmětu Masáž a měkké techniky v oboru Fyzioterapie nadále inovovat a zkvalitňovat. Pomocí multimediálního výukového materiálu a dalším dovybavením odborné učebny speciálními pomůckami si studenti budou moci získané teoretické znalosti sami procvičit. Studenti si tak rychleji a logicky osvojí jednotlivé masážní techniky, což jim umožní i lepší a rychlejší aplikaci nabytých teoretických a praktických činností následně při praktické výuce na klinických pracovištích. Ve výsledku bude absolvent fakulty odborně způsobilý pro výkon profese fyzioterapeuta v soukromém i veřejném sektoru zdravotnictví.

Kontakt na autorky:

Mgr. Radka Dušková (radka.duskova@fbmi.cvut.cz)

Mgr. Monika Kimličková (monika.kimlickova@fbmi.cvut.cz)

České vysoké učení technické v Praze

Fakulta biomedicínského inženýrství

nám. Sítná 3105 272 01 Kladno 2

Tel: 224 357 946, 224 357 948

KRIZOVÁ PŘIPRAVENOST ZDRAVOTNICTVÍ – „NOVÝ“ PŘÍSTUP

Ing. Václav Fišer

Zdravotnická záchranná služba, p.o. Kamenice

Abstrakt

Stále platná „Koncepce krizové připravenosti zdravotnictví ČR“ z roku 2007 charakterizuje krizovou připravenost komplexně, jako stav pohotovosti celého systému subjektů k zajištění péče o zdraví obyvatelstva při mimořádných událostech a za krizových situací.

Za sedm let od přijetí dokumentu se ve zdravotnictví a mimo něj událo mnoho změn. Také v naplňování obecné politiky státu a v krizové připravenosti zdravotnictví. Zde je ale zřejmé, že nejde o připravenost systémovou. Příspěvek konstatuje nezbytnost změn současného pojetí krizové připravenosti zdravotnictví a uvažuje směry, kterými mají být změny orientovány. Vychází přitom z programů Zdraví 21, Zdraví 2020 a obecné definice zdraví v kontextu bezpečnostní politiky státu.

Klíčová slova: bezpečnost, krizová připravenost, ochrana obyvatelstva, politika, zdraví.

Abstract

The “Concept of the disaster preparedness of the health sector in the Czech Republic”, in force from 2007, characterizes the disaster preparedness in complexity, as the state of readiness of the whole system of subjects for providing medical care for inhabitants during extraordinary situation or crisis.

Seven years after approval of this document, many changes occurred in the health sector, and in other areas, too. Many tasks of the national security policy were fulfilled, also in the sphere of disaster preparedness of the health sector. But in this case, the preparedness does not seem to be systemic.

The paper calls attention to the necessity to change existing approach to the disaster preparedness in the health sector. The way for these changes is proposed, based on the Programme Health 21, Health 2020 and on general definition of human health in the context of the national security policy.

Key words: security, disaster preparedness, civil protection, policy, health

Úvodem

Práce zdravotníků a také dalších pracovníků ve zdravotnictví zajišťujících poskytování zdravotních služeb je zcela jistě pomáhající profesí. Zkoumáme-li aspekty této práce, nezbytně narazíme na problematiku poskytování zdravotních služeb za působení negativních faktorů při mimořádných událostech a za krizových situací. Řekněme za nestandardních podmínek, přičemž za ně budeme považovat obecně podmínky významně obtížnější než je obvyklé.

Rámcově k tomu lze odkázat na vymezení rámce obsažené v dokumentu Koncepce krizové připravenosti zdravotnictví ČR z roku 2007 (dále jen „Koncepce“). Kritikou způsobu naložení s touto Koncepcí, tedy faktického opuštění podstaty dokladované neplněním úkolů a záměrů, se zabýval příspěvek v loňském ročníku konference. Následující text bude na loňský navazovat se zaměřením pozornosti na další pravděpodobné příčiny stavu a na možnosti, jak krizovou připravenost zdravotnictví opět „nastartovat“ s použitím kontextu s jinými aktivitami zajišťování bezpečnosti.

1. Krizová připravenost zdravotnictví/Koncepce 2007 – proč se nedaří?

Ústředním bodem dosud platné (ve smyslu nezrušené) Koncepce byla (je) definice krizové připravenosti zdravotnictví:

„je stavem schopnosti systému orgánů veřejné správy, poskytovatelů léčebně preventivní péče, orgánů a zařízení ochrany veřejného zdraví a dodavatelů léčiv a zdravotnických prostředků za mimořádných situací odborně způsobilými pracovníky zajistit zdravotní péči obyvatelstvu v rozsahu přiměřeném reálné situaci a na základě schválených postupů, a to při vnitřní i vnější operabilitě systému“.

V návaznosti na loňskou (2013) kritiku či analýzu příčin dlouholetého přešlapování kolem naplňování Koncepce k tomu lze dodat, že další důvody jsou zřejmě skryty již v jádru této definice.

S několikaletým odstupem lze totiž rozeznat dva zásadní faktory. V prvním jde zřejmě o to, že v důsledku limitujících faktorů působících v době vzniku definice, respektive na jejím základě pojaté Koncepce, byl rezortně akceptován pohled na krizové řízení a připravenost v rezortu jako na záležitost jakéhosi běžnému stavu paralelního systému reakce s cílem návratu do předchozího stavu. Nenápadně přitom došlo k narušení až přerušení nezbytné vazby budované schopnosti rezortní reakce od (snad) mezirezortně koordinované prevence vzniku mimořádných událostí a od podstaty chráněného zájmu. Tedy od běžné péče o život a zdraví jednotlivců i obyvatel souhrnně. Základním motivem krizové připravenosti byl „boj proti terorismu“,

ovšem jaksí vedle obvyklého poskytování zdravotních služeb (včetně ochrany veřejného zdraví).

Druhým faktorem je související zredukování zdrojů financování připravenosti. Zcela jasně převládající financování zajištění zdravotních služeb cestou zdravotních pojišťoven bylo pominuto, když nebyly pojišťovny exaktně uvedeny v definičním výčtu stěžejních prvků systému zdravotnictví. Naivně jsme spolehli na poukazování jejich zahrnutí v systému mezi orgány veřejné správy (spravují přece veřejné prostředky a zajišťují tak veřejný zájem?). Umožnilo to nenápadně odkázat financování krizové připravenosti pouze na zvláštní kapitoly státního rozpočtu vyčleněné k zajišťování bezpečnosti (státu), protože zajišťování bezpečnosti = krizové připravenosti přece není poskytováním zdravotních služeb, ani např. výrobou a distribucí léčiv... Trochu dost se přitom „zapomnělo“ na to, že veškerá architektura systému zdravotnictví musí být postavená tak, aby systém pro běžný provoz byl spojitě schopen plnit úkoly = poskytovat zdravotní služby i za nestandardních podmínek (v rozsahu přiměřeném objektivní situaci). Za nestandardních situací bude zdravotní služby poskytovat totéž zdravotnictví! A tento imperativ musí nezbytně splňovat i financování zdravotnictví obecně, přičemž dotace z jiných kapitol státního rozpočtu mají být účelově využité jen na podporu přechodu do jiného režimu činnosti systému tam, kde skutečně nejde o přímou spojitost se zajištěním péče o zdraví obyvatel a přitom je to nezbytné (například investice do z odolňování zdravotnických zařízení pro případ „black-outu“, činnost specializovaných útvarů apod.). Tedy když nejde o ochranu zdraví včetně prevence, jako například o schopnost poskytovatelů zvládnout výskyt vysoce nebezpečné nemoci (např. biohazard týmy u zdravotnických záchranných služeb nebo biohazard vybavení infekčních klinik nemocnic). Jak však ukazuje vývoj (pokud je ochota jej analyzovat a analýzy akceptovat), tak právě tyto dva faktory ukazují na zásadní nedostatek současného „krizařského“ paradigmatu pro zdravotnictví. Neodpovídá prostě nezbytné komplexitě krizové připravenosti od počátku, protože je stavěna až od vzniku důvodu pro reakci a na základní podstatě – na budování a ochraně zdraví.

2. Zdravotnictví, zdraví a bezpečnost

O co tedy má v krizové připravenosti zdravotnictví jít? No přece o zdraví ve smyslu jeho definice podle WHO (Světová zdravotnická organizace - World Health Organization), implementované do našeho vlastního prostředí. Ve volném překladu totiž již v roce 1948 WHO říká, že „**zdraví je celkový stav tělesné, duševní a sociální pohody, a ne pouze nepřítomnost nemoci nebo slabosti**“. Na tomto základě definoval zdraví zákon o zdraví lidu č. 20 z roku 1966 (který je dnes již zrušen): „*Zdraví je stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody,*

nejen nepřítomnost choroby; je výsledkem vztahů mezi lidským organismem a sociálně-ekonomickými, fyzikálními, chemickými a biologickými faktory životního prostředí, pracovního prostředí a způsobu života".

Že je to přes půl století staré? Aktuálně na toto prvotní vymezení zdraví navazuje tzv. **Ottawská charta podpory zdraví** z roku 1986: „K dosažení stavu úplné fyzické, duševní a sociální pohody (= zdraví) musí být jednotlivec nebo skupina lidí schopni stanovit a realizovat své cíle, uspokojit své potřeby, změnit své prostředí nebo se s ním vyrovnat“. **Zdraví tedy není nahlíženo jako cíl, ale jako zdroj každodenního života. Jako komplexní pozitivní pojem zdůrazňující spojitost sociálních, enviromentálních a osobních zdrojů právě tak jako fyzických schopností.**

V naší legislativě dnes nacházíme konkrétní implementaci této charakteristiky například v zákoně č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví pod pojem zdraví veřejné: „**Veřejným zdravím je zdravotní stav obyvatelstva a jeho skupin. Tento zdravotní stav je určován souhrnem přírodních, životních a pracovních podmínek a způsobem života**“. Stejný zákon dále říká, že:

- **Ochrana a podpora veřejného zdraví** je souhrn činností a opatření k vytváření a ochraně zdravých životních a pracovních podmínek
- **Ohrožením veřejného zdraví** je stav, při kterém jsou obyvatelstvo nebo jeho skupiny vystaveny nebezpečí, z něhož míra zátěže rizikovými faktory přírodních, životních nebo pracovních podmínek překračuje obecně přijatelnou úroveň a představuje významné riziko poškození zdraví.

Na okraj zbývá dodat, že zdraví je pokládáno za základním lidské právo. Jak WHO (svým 51. Světovým zdravotnickým shromážděním v roce 1998 přijala Světovou deklaraci zdraví: „... výsada nejvyšší dosažitelné úrovně zdraví je jedním ze základních práv každého lidského jedince; ... každému člověku důstojnost, hodnotu, stejná práva a povinnosti i společnou odpovědnost za zdraví“), tak i ústavním pořádkem ČR (kde v komplementu komplexního pojetí zdraví nalezneme také další práva, třeba na příznivé životní prostředí).

Zůstaneme-li u našeho právního prostředí, dostaneme se přes pojmy **ochrana a ohrožení zdraví** v zákoně o ochraně veřejného zdraví přímo k tématice bezpečnosti. V aktuální Bezpečnostní strategii České republiky je totiž návazně ústavnímu pořádku (a jinak ani nelze) deklarována **ochrana zdraví a života obyvatel jako životní bezpečnostní zájem státu!** Po-
tažmo – za životní bezpečnostní zájem na úseku zdravotnictví a předmět politiky krizové připravenosti je třeba považovat ne pouze připravenost k řešení postižení stavu zdraví jednotliv-

ců i skupin, ale především aktivní preventivní opatření k dosažení zdraví a bránění narušení tohoto stavu. Opět poznámka, že mezi základní předpoklady zdraví patří také přiměřené životní prostředí a sociální pohoda a tedy nezbytnost mezirezortní dělby a koordinace.

Nic nového pod sluncem, tato koordinace se provádí, jen zatím bohužel v politikách zdraví a krizové připravenosti zdravotnictví odděleně, paralelně. V ČR se totiž v gesci Ministerstva zdravotnictví uskutečňuje dlouhodobý program WHO „Zdraví 2020“, kontinuálně navazující na předchozí program „Zdraví 21“. Počátkem realizace je usnesení vlády č. 1046 z roku 2002, zavazující řadu rezortů koordinovaně naplňovat „Dlouhodobý program zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva ČR – Zdraví pro všechny v 21. století“, který byl v návaznosti na kroky WHO aktualizován usnesením vlády č. 23/2014 do podoby „**Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí Zdraví 2020**“ (ISBN: 978-80-85047-47-9). Problémem je přitom pohled na předmět Koncepce, tím na krizovou připravenost vůbec, jako na aktivitu rezortu zdravotnictví nevlastní, spadající do gescí rezortů bezpečnostních. Tedy především vnitra, obrany a státních hmotných rezerv.

Komplexní pojetí zdraví včetně environmentálního a sociálního parametru má zřetelně již poměrně dlouhou historii, byť hodnocení komplexnosti, formy a efektivity příslušných vládních programů bude zřejmě plné i ostrých protikladů. Z pohledu tématu je však podstatné něco jiného, a sice že bez ohledu na obsah a (ne)naplňování současné Koncepce je zrovna tak zřetelný i nevyhnutelný průnik péče o zdraví s bezpečnostní politikou – krizovou připraveností. A průnik je přitom právě tou spojitostí, výše zmíněným faktorem, která je vytrvale přehlížena, respektive akceptována pouze v omezené míře. I v programu Zdraví 2020 je totiž v rámci Prioritní oblasti 3 sice stanoveno „*posilovat zdravotnické systémy zaměřené na lidi, zajistit použitelnost a dostupnost zdravotních služeb z hlediska příjemců, soustředit se na ochranu a podporu zdraví a na prevenci nemoci, rozvíjet kapacity veřejného zdravotnictví, zajistit krizovou připravenost, průběžně monitorovat zdravotní situaci a zajistit vhodnou reakci při mimořádných situacích*“. Ovšem akcent je v rámci mezinárodního zdravotního řádu a závazků z Rozhodnutí Evropského parlamentu a Rady č. 1082/2013/EU o vážných přeshraničních zdravotních hrozbách a rozvoje mezinárodní spolupráce v rámci EU kladen na epidemie infekčních chorob. V textu použitý termín krizová připravenost není také nijak vysvětlen či odkázán.

Vyplývá z toho, že jednak sama Koncepce a současná konstrukce krizové připravenosti zdravotnictví musí být doplněna o novou základní úroveň připravenosti cílenou na činnosti preventivní, na budování zdraví populace v komplexním smyslu. Spolu s tím ale musí být i v praxi programu Zdraví 2020 zřejmé, že s Koncepcí úzce souvisí a tvoří s ní jeden celek, oba

„pod jednou střešou působnosti ministerstva zdravotnictví. Pouze tak se budeme moci v rámci krizové připravenosti návazně na „kvalitu života“ zabývat i otázkami „kvality přežití“ jako předpokladu zachování existence a rozvoje společnosti po překonání krize/krizí. Bylo by to pravda mnohem jednodušší, kdyby obě problematiky spojovala léta chybějící koncepce rozvoje odvětví v celém rozsahu působnosti.

3. „Nový“ koncepční přístup

Dosud byl příspěvek věnován odhalení příčin, proč navzdory existující Koncepci, programům Zdraví 21 a aktuálně Zdraví 2020, příprava rezortu ke krizové připravenosti vcelku selhává. Podstatné ale je při vědomí dřívějších i nově se objevujících krizových hrozeb najít na základě odhalení příčin způsob, jak pro krizovou připravenost zdravotnictví připravit lepší podmínky.

Jde o aktualizaci stávající Koncepce. Úkol to bude náročný, jako vždy, když je zapotřebí měnit způsob myšlení, změnit paradigma. V podstatě to znamená obrat od technologického potlačování a překonávání následků anomálií (mimořádných událostí) nástroji odpoutanými od obyvatelstva ke zdraví lidí jako předmětu ochrany. K budování odolnosti zdraví obyvatelstva vůči dopadům anomálií za účelem kvalitního přežití - včetně použití oněch nástrojů. Budiž nám jistým uklidněním, že nezačneme na tzv. zelené louce. Víme, že musíme skloubit dosavadní „Koncepci“ s programem „Zdraví 2020“ a vzhledem ke věcné souvislosti také s jiným zásadním dokumentem na úseku zajišťování bezpečnosti. Jde o aktuální „Koncepci ochrany obyvatelstva do roku 2020 s výhledem do roku 2030“, schválené vládou 23. října 2013 usnesením č. 805. Koncepce krizové připravenosti zdravotnictví je si přitom s koncepcí ochrany obyvatelstva v lecčem podobná, což splnění záměru usnadní.

Co bude například zpracování „nové“ koncepce krizové připravenosti zdravotnictví znamenat? V návaznosti na právní prostředí zajišťování bezpečnosti a Bezpečnostní strategie ČR a související uvedené dokumenty bude například nezbytné dosáhnout obratu v nahlížení Ministerstva zdravotnictví na kritickou infrastrukturu (a také obratu ve vnějším obecném nahlížení na zdravotnictví jako součást bezpečnostního systému státu). Z tohoto pohledu nelze zdravotnictví vnímat (a řídit) jako soubor jednotlivých poskytovatelů zdravotních služeb, správních úřadů, výrobců a distributorů léčiv a ... finančních ústavů. Jediným možným přístupem je vnímat jej jako systém se společným úkolem a za tím úkolem jej organizovat a řídit. Nelze proto dlouhodobě akceptovat současný stav, kdy jsou z celého systému rezortu jedinými prvky kritické infrastruktury pouze operační střediska zdravotnických záchranných služeb krajů. Navíc neurčená ministerstvem zdravotnictví, ale ministerstvem vnitra! Je na místě

otázka, jakým způsobem bude chtít takto rezort zdravotnictví za krizových situací zajistit ochranu zdraví jakožto životního bezpečnostního zájmu státu (viz výše) za nějž odpovídá? Je naopak celkem logické, jestliže se obyvatelé budou v nouzi obracet právě na zdravotnická zařízení s očekáváním, že budou schopna i za krize schopna funkce a pomoci zřejmě nejen zdravotnické. Nebudou-li však prvky kritické infrastruktury

4. Na závěr

K hutnému zakončení předchozí kapitoly již jen pár slov. Především, že tento příspěvek problematiku nastavení pravidel a cesty k dosažení cílového stavu krizové připravenosti neřeší. Je pouze nahlédnutím do prostoru možností řešení komplexního úkolu, který začíná, ale začíná zásadní změnou přístupu. Každá snaha o změnu, a v tomto případě zřejmě změnu zásadní, ovšem znamená překonat odpor setrvačnosti. Proto současně nelze očekávat přílišnou aktivitu k vypracování nového dokumentu bezpečnostní politiky ze strany nositelů současného paradigma, tedy vysokých orgánů oficiální struktury bezpečnostního systému. K tomu je zapotřebí tyto orgány nejprve dovést, přesvědčit. Zde je nezastupitelná role různých odborných společností a sdružení zabývajících se bezpečnostní tematikou napříč rezorty, ve spolupráci s vysokými školami. Vůdčí skupinou by mohla (či spíše měla) být Společnost krizové připravenosti zdravotnictví, pro niž by to mělo být přirozeným naplněním smyslu své existence. Současně je však třeba si klást reálné cíle a ani za příznivých okolností v zájmu kvality neočekávat výsledek v podobě vládou schváleného dokumentu dříve než za dva roky a spíše za tři. Nezbyvá než si přát, aby nás k rychlejšímu postupu nedonutily krizové okolnosti.

Kontakt na autora

Ing. Václav FIŠER

Zdravotnická záchranná služba, p.o.

Kamenice 798/1d

Brno-Bohunice 625 00

tel.: 545 113 116; e-mail: fiser.vaclav@zszjmk.cz, fiservaclav@seznam.cz

S poděkováním Ing. Neklapilové za spolupráci při překladech.

REHABILITACE NOVODOBÝCH VÁLEČNÝCH VETERÁNŮ V DOMÁCÍM PROSTŘEDÍ- KAZUISTIKA VÁLEČNÉHO VETERÁNA

Mgr. Simona Hájková, Ph.D., Zuzana Malá

ČVUT v Praze, Fakulta biomedicínského inženýrství

Abstrakt

Cílem naší práce, bylo zpracování důležitých poznatků a zkušeností s intenzivní rehabilitací v domácí péči, kterou jsme pozorovali po dobu dvou let s válečným veteránem. Zaměřili jsme se na problematiku, která se týká každého, kdo ukončí ústavní péči. Narážíme na problém, že je velmi těžké najít osobu patřičně kvalifikovanou, která by intenzivně pracovala s klientem v domácím prostředí. Součástí rehabilitačního odborného týmu, by měl být fyzioterapeut se specializací na danou diagnózu, lékaři a další odborníci na hipoterapii, canisterapii, logopedi, ergoterapeuti a neposlední řadě taky psychologové. O částečné financování následné rehabilitace, se mohou starat z velké části fundraisoři, nedílnou součástí hraje také významný vliv rodiny a přátel.

Klíčová slova: domácí péče, rehabilitační péče, válečný veterán

Key words: home care, rehabilitative care, military veteran

Kazuistika - jméno pacienta: J. Schams, narodil se 22. 9. 1972 v Praze. Bydlí sám v panelovém bytě s výtahem. Pacient je novodobý válečný veteránem, byl profesionální voják a členem elitní jednotky SOG (Special Operations Group). Zúčastnil se několika zahraničních misí.

V Afghánistánu, byl 17. 3. 2008 těžce zraněn střepinou, při útoku sebevražedného atentátníka. Bezprostředně po výbuchu se probral, se záchranným sborem komunikoval, vše nasvědčovalo tomu, že se mu nic vážného nestalo, až na malou lehce krvácející ranku za pravým uchem. Náhle se mu zhoršil zdravotní stav a v tu chvíli začalo jít o čas. Při následném CT hlavy se potvrdilo střelné poranění. Poruchy se jeví jako paleocerebellární a neocerebellární porucha cerebella s CMP symptomy (levostranná hemiparéza) a dalšími ne plně rozvinutými patologiemi. Střepina je stále v pravém frontálním laloku. Symptomy, které se u pacienta projevují, jsou porucha stability, asynergie pohybu, intenční třes, ataxie, hypermetrie, snížené

elementární posturální reflexy, prolongace reflexů- s kyvadlovým rázem, zvýšená pasivita. Do roku 2011 prodělal několik operací. Následná rehabilitace probíhala např. v Rehabilitačním ústavu Kladruby, vždy bohužel s půlročními přestávkami. U pacienta se díky tomu, pozorovalo velké zhoršování stavu. O klienta se od roku 2012 do současnosti stará osobní fyzioterapeut. Nyní, každý den probíhá systematická, kontinuální rehabilitační péče. Jezdí na hipoterapii, plavání, probíhá kondiční cvičení, nácvik ADL, ILTV- zaměřeny na hluboký stabilizační systém, posturální svaly, nácvik chůze, nácvik jemné motoriky, stability a rovnováhy, normalizace svalového tonu, uvolnění spasmů a nácvik přesunů. V srpnu 2013 absolvoval třítydenní rehabilitaci v Sanatoriu Klimkovic.

Výsledkem skoro dvouleté práce od roku 2012 do současnosti je u pacienta zlepšení stability, koordinace pohybů, orientace v prostoru, řeči, dovedností v oblasti ADL (hygiena, příjem potravy, oblékání, práce s PC), přesunů (auto, postel, wc, vozík – nyní již pouze s dozorem bez větší asistence), redukce hmotnosti a v neposlední řadě i psychického stavu.

Kontakt na autorky:

Mgr. Simona Hájková, Ph.D.,

Fakulta biomedicínského inženýrství, ČVUT v Praze

simona.hajkova@fbmi.cvut.cz

Zuzana Malá

Fakulta biomedicínského inženýrství, ČVUT v Praze

MOŽNÉ SMĚRY ROZVOJE OCHRANY OBYVATELSTVA V ČESKÉ REPUBLICCE

Ing. Jiří Halaška, Ph.D., prof. MUDr. Leoš Navrátil, CSc.,

ČVUT v Praze, Fakulta biomedicínského inženýrství

Abstrakt

Přednáška pojednává o možných formách a metodách dalšího rozvoje ochrany obyvatelstva se zaměřením na provádění opatření ochrany obyvatelstva při vyšších krizových stavech. Cílem přednášky je analyzovat možné priority, zdroje a postupy pro zabezpečení ochrany obyvatelstva ve vážných a rozsáhlých krizových situacích s využitím všech sil a schopností státu i občanů.

Práce se dále zabývá možnostmi vyšší efektivity opatření ochrany obyvatelstva při vyhlášení vyšších krizových stavů cestou generování doplňkových sil a prostředků a metodami pro řízení těchto opatření. Cílem práce je mimo jiné poukázat na skutečnost, že opatření ochrany obyvatelstva musí být připravována perspektivně a komplexně a musí odrážet možná rizika, včetně nadprojektových, které na teritoriu mohou působit.

Klíčová slova: Ochrana obyvatelstva, krizové řízení, synergické působení

Abstract

The lecture discusses the possible forms and methods for further development of Population protection, focusing on implementation of measures to protect the population at higher crisis status. The aim of the lecture is to analyze possible priorities, resources, and procedures for population protection in serious and large-scale crisis situations using all available forces and capabilities of the State and citizens.

The work also deals with the possibility of more effective measures of population protection during announcement of higher crisis status generating additional forces and means and methods for the management of these measures. The aim of the work is among other things to point out the fact that the measures of population protection must be prepared in perspective and comprehensive and must reflect the potential risks, including the large scale crisis, which may be occur in the territory.

Keywords: Population protection, Emergency management, synergistic action

Úvod

Přijetí krizových zákonů v roce 2000 přineslo nové reálnější a efektivnější přístupy ke krizovému řízení a ochraně obyvatelstva (OOb). V oblasti OOb bylo cílem změnit transformovat systém civilní ochrany ve smyslu Dodatkového protokolu I. k Ženevským úmlouvám z roku 1949 na systém, který bude efektivně využívat svého potenciálu nejen k ochraně obyvatelstva před následky válečných konfliktů, ale i před následky vzniku mnohem pravděpodobnějších krizových situací v důsledku živelních pohrom, průmyslových havárií, nález, požárů, výpadků kritické infrastruktury a jiného nebezpečí. Výsledkem je stav, kdy OOb, dříve orientována na ochranu obyvatelstva za války, je dnes převážně spojována s připraveností řešit širokou škálu krizových situací nevojenského charakteru. A to včetně legislativy, personálu, procedur a materiálního vybavení pro OOb.

OOb je v Koncepti OOb charakterizována jako soubor činností a postupů věcně příslušných orgánů, dalších subjektů i jednotlivých občanů, směřujících k minimalizaci dopadů mimořádných událostí na životy a zdraví obyvatelstva, majetek a životní prostředí. (2) Toto širší pojetí OOb propojuje tuto činnost s celým spektrem úkolů krizového řízení, bezpečnosti, obrany státu a umožňuje spolupráci a synergii při plnění těchto úkolů.

Systém OOb je v ČR plně etablovaným a fungujícím prvkem bezpečnosti občanů a státu. Jeho efektivita pramení mimo jiné i z toho, že tento systém ochrany před mimořádnými událostmi se vyvíjel pod tlakem reálných hrozeb a je periodicky prověřován – naposledy při povodních v létě 2013. Do tohoto prvku národní bezpečnosti lze zařadit i působení IZS a systém krizového řízení. Pokud odhlédneme od legislativní úpravy a závazně organizačního

přístupu, lze konstatovat, že v ČR postupně dochází k ustavení regionálních vazeb a procedur ochrany obyvatelstva, v nichž spolupracují orgány státu, regionální i místní samosprávy, územně příslušné bezpečnostní sbory a havarijní služby, firmy, občané a subjekty občanského sektoru. Tedy vedle oficiálního, zákony a předpisy daného systému fungují také neformální prvky, zvláště osobní komunikace mezi odpovědnými aktéry, dobrovolnictví, svépomoc a humanitární pomoc, které výrazně pozitivně ovlivňují efektivitu řešení krizových situací.

Na druhou stranu však některé kroky (snižování potenciálu pro OOb v rámci úsporných škrtů u AČR a částečně HZS, stárnutí techniky a materiálu CO, snižování počtů a akceschopnosti JSDH apod.) vytvářejí potenciální rizika, že v případě nadprojektových pohrom a katastrof, či rychlého vzniku krizového stavu vojenského charakteru nebude dostatek sil a prostředků k jejich eliminaci.

Koncepce OOb do roku 2020 s výhledem do roku 2030 uvádí, že problematika plnění úkolů ochrany obyvatelstva za stavu ohrožení státu a válečného stavu a spolupráce jednotlivých odpovědných orgánů není popsána odpovídajícím způsobem.(1)

Chybí přesnější rozčlenění úkolů, vazeb, sil a prostředků pro řešení opatření OOb za vyšších krizových stavů. Předpokládá se, že krizové situace včetně OOb by byly řešeny komplexním nasazením všech dostupných sil a prostředků s využitím díkce a zkušeností krizových zákonů.

Zákon o zajišťování obrany České republiky stanoví, že ústřední správní úřady, správní úřady, orgány krajů a orgány obcí jsou povinny při plnění úkolů zajišťování obrany státu vzájemně spolupracovat a vyměňovat si v nezbytně nutném rozsahu informace z informačních systémů, které vedou. Při plnění úkolů zajišťování obrany státu využívají pracovišť krizového řízení, pracovních a poradních orgánů zřízených podle zvláštních právních předpisů.(10)

Plán obrany je realizací národních norem a principů, který určuje základní směry přípravy a použití zdrojů státu pro obranu za stavu ohrožení státu a válečného stavu. Ukládá zpracovat jednotlivá opatření pro ochranu obyvatelstva do připravovaných dílčích plánů obrany a aktualizovat již zpracované dokumenty. Plán obrany státu tvoří obranné plánování, operační plánování, mobilizační plánování, plánování připravenosti obranného systému státu a plánování příprav k záchranným pracím a k plnění humanitárních úkolů.

Je tedy zjevné, že řada konkrétních specifických úkolů OOb by se za vyšších krizových stavů řešily s využitím dosavadních sil, prostředků a procedur krizového a havarijního plánování, avšak pro tzv. nadprojektové pohromy, či katastrofy by bylo nutné použít „nadprojektové síly a prostředky“, které v tuto chvíli nejsou ani popsány, ani připraveny. Cílem práce tedy je analyzovat možnosti generování a použití takových sil a prostředků v rámci České republiky.

Možné hrozby vedoucí k vyhlášení vyšších krizových stavů

Hrozby vedoucí k vyhlášení stavu ohrožení státu (SOS) či válečného stavu (VS) jsou v Bezpečnostní strategii ČR popsány podrobně s odkazem, že díky našemu členství v NATO nejsou příliš aktuální. Myslíme, že rychlé a překvapivé rozpoutání bojových operací na východní Ukrajině a zatím marný boj s rozšířením eboly v Africe tento názor změní. Agresivní prosazování zahraničně - politických zájmů s použitím vojenské síly, nestabilní prostředí zhroucených států, zastavení dodávek strategických surovin a spory o jejich kontrolu, nedostatek finančních a materiálních zdrojů, výpadky základních služeb a zásobování spojené s masovou vlnou migrantů, kriminalitou a násilím to jsou hrozby, kterým dnes mohou čelit i státy střední Evropy.

Pokud se výše uvedené krizové stavy setkají s nadprojektovou pohromou (viz povodně 2002), či katastrofou, nebo s časovým a místním souběhem několika pohrom, katastrof, či bezpečnostních ohrožení může poměrně rychle a neočekávaně vzniknout stav vyžadující mimořádná opatření v oblasti bezpečnosti státu, ale také o OOb. Tedy dostupnost (zejména časová) a kvalita sil a prostředků pro obranu státu včetně opatření OOb zde získává novou naléhavost.

1. Síly a prostředky pro řešení opatření OOb při vyšších krizových stavech

Hasičský záchranný sbor České republiky

Hasičský záchranný sbor České republiky je a při vyhlášení vyšších krizových stavů i zůstane hlavní výkonnou a zřejmě i řídicí složkou pro řešení opatření OOb. HZS ČR je profesionální, akceschopná, autoritativní a dobře technicky vybavená organizace s celostátní dislokací a velkou zkušeností v oblasti OOb. (V roce 2013 provedly jednotky požární ochrany

112281 zásahů, evakuovaly celkem 32035 osob, při počtu 9330 příslušníků HZS ČR ve služebním poměru).(11)

Důležité je rovněž řídicí, analytické a plánovací propojení kompetencí, které jsou dány HZS ČR zejména na základě Zákona o IZS a Krizového zákona a dalších právních norem a které je možné využít i při vyhlášení vyšších krizových stavů.

K mírným nedostatkům současného stavu je dílčí nenaplněnost a podfinancování HZS ČR.

Za SOS a VS zejména při nadprojektových pohromách, či souběhu několika pohrom, či katastrof s dlouhodobým působením by však zřejmě síly a prostředky HZS ČR byly nedostatečné a hlavně nebyly by zálohy pro neočekávané situace. Pomohla by mezikrajská výpomoc, nasazení JSDH, ale stále se ukazuje jako nutné za vyšších krizových stavů mobilizačně rozšířit počty i vybavení HZS, zvýšit početně a technicky jeho systém pohotovosti, popř. HZS částečně převést do kasárenského stavu a zvýšit jeho kompetence v některých oblastech, zejména v oblasti řízení operací. Navýšení počtů HZS by bylo nejlépe provést profesionalizací vytypovaných JSDH, ale také bude nezbytné doplnění některých specifických schopností a funkcí i pro SOS a VS, zejména pyrotechniků, chemiků, logistiků a dalších.

Důležitou otázkou je, zda při vyhlášení vyšších krizových stavů nevytvořit jednotný záchranný sbor ČR zahrnující současný HZS a ZZS krajů doplněný o důležité a akceschopné organizace např. Horská služba, Báňská záchranná služba, Vodní záchranná služba, svazy kynologů apod. a tyto převést do společného profesionálního stavu.

Z hlediska procedurálních otázek bude nutné dopracovat typové plány na společné operace specifické pro SOS a VS.

Jednotky sboru dobrovolných hasičů (JSDH)

Jednotky sboru dobrovolných hasičů (JSDH) zařazené do plošného pokrytí a poplachových plánů IZS, tedy vybavené, vycvičené a akceschopné jednotky by byly v době vyhlášení SOS, či VS přirozeným a významným doplněním a zálohou pro všechny krizové situace spojené s opatřeními OOb. Jen pro ilustraci: JSDH obcí provedly v roce 2013 32,4 % zásahů z celkového počtu všech zásahů v ČR. V současné době je evidováno celkem 7 130

JPO , z toho v kategorii JPO II celkem 232, v kategorii JPO III celkem 1 330, v kategorii JPO V celkem 5 568. Celkem SDH obcí a podniků má v současné době 71 053 hasičů. (3)

Omezením pro jejich použití při vyhlášení vyšších krizových stavů by byla zejména skutečnost, že část jejich členů by mohla být povinně angažována dle jiného zákona, například pro ozbrojené síly, mobilizační hospodářská opatření a jinde. Dále také skutečnost, že nejsou přímo ve služebním postavení a nelze s nimi libovolně působit dle potřeby krizové operace. Tyto JSDH, byť v poslední době jsou vybavovány i moderním zásahovým materiálem a technikou, přece jen nedisponují všemi schopnostmi a kapacitami pro širokou škálu zásahů a rovněž je nízká jejich mobilita mimo region, zejména logistická udržitelnost v operaci.

Řešením by bylo zřejmě regionální personální a technické posílení JSDH podle skutečných rizik na základě analýz havarijních plánů a jejich částečná profesionalizace již v míru. Při vyhlášení SOS a VS potom převedení předem připravené části JSDH do profesionálního stavu na základě zákona a vytvoření posíleného režimu jejich hotovostí.

Zdravotnická záchranná služba a její nasazení

Zdravotnická záchranná služba v ČR je moderní výkonná organizace s kvalitním plošným pokrytím. Kladem je zkušený a připravený personál a také krátké dojezdové časy do většiny míst ČR.

Zdravotnická záchranná služba (ZZS) je zřizována krajskými úřady a neexistuje její centrální organizační řízení. Koordinace mezi jednotlivými kraji je často založena na osobních kontaktech ředitelů a je překvapivě funkční. Významnější problémy nebyly ani v době rozsáhlých povodní. Otázkou však je, jak by tato koordinace fungovala v případě ohrožení obyvatelstva značného rozsahu. Nejednotnost metodiky ze strany centrálních orgánů se objevuje u ZZS například u sanitních vozů. Např. lékař, pokud přeseďne do vozu jiného kraje a někdy i střediska, se musí, mnohdy složitě, orientovat ve vnitřním uspořádání.

Odborný personál ZZS je možné posílit v případě potřeby o odborné lékaře z nemocnic, případně ambulantní lékaře (i soukromé) a také volnými zdravotnickými silami AČR. Především jde o chirurgy, anesteziology, traumatology a internisty. Pro pomocné odborné práce lze doporučit vybrané studenty bakalářského studijního oboru „Zdravotnický

záchranář“, který je akreditován na některých fakultách v ČR. Až na výjimky však nelze počítat s posluchači lékařských fakult a to ani vyšších ročníků. Na většině lékařských fakult jsou obory jako urgentní medicína či medicína katastrof řadou, i zkušených učitelů, podceňována. Příčin je více a přesahují rozsah tohoto článku.

Podle našeho názoru, má-li být zdravotnická služba připravena na možné rozsáhlé katastrofy, případně i válečný stav, je nutné vybudovat při Ministerstvu zdravotnictví koordinační orgán, který bude mít oprávnění za přesně definovaných podmínek, řídit krajská centra ZZS. Toto centrum mimo dalších povinností bude definovat takové vybavení sanitních vozů, aby byly obsahově a prostorově jednotné a personál tak byl lehce zaměnitelný při střídání směn. Buď státní správa hmotných rezerv, nebo Ministerstvo zdravotnictví musí zabezpečit v každém kraji jeden až dva sanitní vozy, které budou vybaveny větším množstvím zdravotnického materiálu a některých přístrojů a které budou moci v rychlém čase dojet na pokyn centra na místo katastrof a poskytovat materiálovou pomoc.

Možné úkoly AČR v rámci ochrany obyvatelstva

AČR má úkoly k OOb stanoveny přímo v zákoně. Podle zákona 219/1999 Sb. o ozbrojených silách České republiky armáda může být (v rámci ochrany obyvatelstva a krizového řízení) použita k:

- záchraným pracím při pohromách nebo při jiných závažných situacích ohrožujících životy, zdraví, značné majetkové hodnoty nebo životní prostředí nebo k likvidaci následků pohromy,
- odstranění jiného hrozícího nebezpečí za použití vojenské techniky,
- zabezpečení letecké zdravotnické dopravy,
- plnění humanitárních úkolů civilní ochrany.

Doktrína AČR k tomuto uvádí: „Hlavním úkolem vojsk jsou v závislosti na charakteru katastrofy záchranné a likvidační práce v součinnosti se složkami integrovaného záchranného systému. Síly AČR mohou být nasazeny k podpoře IZS, k plnění úkolů PČR nebo plnění jiných úkolů v souladu s nařízením vlády. V případě potřeby se nasazují veškeré dostupné síly a prostředky AČR včetně aktivní zálohy“. (6)

Legislativní základ je tedy dostatečný pro použití AČR při OOb, ale ani v míru nejsou vždy plně využity kapacity AČR (viz povodně 2013).

Armáda by tedy za SOS a VS mohla použít část svých jednotek, které by byly volné pro domácí vojenské i nevojenské operace. Nesmíme ale zapomenout, že jejich složení nebude jasné vzhledem k vojenským úkolům s vyšší prioritou. AČR již nezabezpečuje celorepublikovou koncentraci svých útvarů, tedy ani jednotkami vyčleněnými pro teritorium není schopna okamžitě působit. Zde by bylo nutné předem identifikovat jednotky a jejich schopnosti, které by byly pevně vyčleněny pro naše teritorium s převahou úkolů OOb. Tyto jednotky (prezenční i záložní) dovybavit, vycvičit a připravit k zásahům v místech s předpokládanými největšími ztrátami a škodami (velká sídla, průmyslové aglomerace, tábory běženců, či migrantů apod.). Jako typové jednotky by bylo přínosné vybudovat válečně na bázi aktivních záloh 2 - 3 samostatné prapory Civilní ochrany s určením pro úkoly záchranných a likvidačních prací a civilní ochrany při rozsáhlých krizových situacích s dislokací poblíž velkých sídelních a průmyslových aglomerací.

Použití aktivních záloh pro plnění úkolů ochrany obyvatelstva

V současnosti disponuje naše armáda oficiálně 1 184 příslušníky takzvané Aktivní zálohy (AZ). Jedná se o necelou polovinu z plánovaného počtu 2 500 záložních vojáků. Záložní vojáci jsou organizováni do 14 pěších rot při každém krajském velitelství (KVV), dále 2 mechanizovaných čet, 1 tankové roty, 1 roty u 601. skupiny speciálních sil, 1 průzkumné čty, 1 záchranné čty, jednotky vojenské policie a skupiny polních kaplanů. Aktivní zálohy existují na základě zákona č. 585/2004Sb.

AZ trpí nedostatkem lidí a rovněž materiální vybavení není příliš kvalitní. Jejich příslušníci mají různou odbornou úroveň, jsou zde značné věkové rozdíly a tím i fyzická připravenost. Vedle vojáků, kteří prošli základní vojenskou přípravou a někdy i cvičením jsou v sestavě rovněž příslušníci, kteří nebyli na vojně. Lze je označit jako tým nadšenců, většinou s vlasteneckým smýšlením. Je však nejasné, jakou by takové jednotky měly bojovou hodnotu ve válce či při provádění úkolů ochrany obyvatelstva. Na závalu je i nepružný systém povolávání na cvičení a neochota zaměstnavatelů vojáky na cvičení uvolňovat.

AZ či povinné zálohy by v případě povolání mohly sehrávat určité pomocné role v rámci ochrany obyvatelstva, ale musely by projít dodatečným výcvikem, být doplněné speciální technikou a materiálem k provádění OOb a být zařazené do havarijních a poplachových plánů. Další možností by bylo některé jednotky (zejména pěší roty KVV)

cíleně na plnění úkolů OOb připravovat již v míru. Jsme přesvědčeni, že by to byl vhodný a potřebný úkol pro tyto jednotky. Zahraniční zkušenosti některých států (například Švédsko nebo Švýcarsko) tuto možnost potvrzují. AČR se však v poslední době vyvazuje (či je vyvazována) z plnění úkolů OOb a civilního krizového řízení, příkladů z minulosti je pro to dostatek. Je to nelogické, protože armáda má stále dostatek schopností a kapacit k plnění těchto úkolů.

Využití dobrovolných humanitárních a zájmových organizací

Dobrovolné a zájmové organizace tvoří důležitou součást sil a prostředků použitelných při OOb za vyšších krizových stavů. Většina z těchto organizací má pevnou řídicí strukturu a akceschopnou členskou základnu. Část těchto organizací je registrována i jako ostatní složka IZS (Červený kříž, Horská služba apod.). Část z těchto organizací má zpracován katalog sil a prostředků a má rovněž domácí i mezinárodní zkušenosti z krizových či humanitárních akcí a umí získat a organizovat zahraniční humanitární pomoc. Podstatné je, že s většinou z nich se dá relativně pevně počítat pro případné nasazení, i když celkově jejich kapacity nejsou rozsáhlé. (5)

Důležité jsou však řídicí a organizační schopnosti těchto organizací a jejich schopnost motivovat, podchycovat a řídit i další neorganizované dobrovolníky. Z hlediska celkového řízení operací při plnění úkolů OOb by však bylo nutné v místě pohromy či nasazení pro dobrovolné humanitární a zájmové organizace zřídit společné koordinační a informační centrum a práce řídit tak, aby nedocházelo k duplicitám, či sporům. Což je zkušenost z některých zahraničních humanitárních operací.

Dobrovolné humanitární a zájmové organizace tedy představují významný potenciál sil a prostředků pro plnění úkolů OOb. Je však nutné jejich úkoly či použití včas plánovat, koordinovat a tyto organizace podporovat a rozvíjet.

Pro SOS a VS by potom zřejmě bylo nutné vytvořit nový typ dobrovolnických organizací bojových i nebojových se zaměřením na specifika dané situace (zdravotní služba, specifické pracovní činnosti, logistika operací, péče o zraněné, obsluha míst evakuace apod.).

Využití neorganizovaných dobrovolníků

V nedávné minulosti byly zaznamenány doma i v zahraničí příklady pozitivního zájmu určité části společnosti pomoci lidem v nouzi. Lidská solidarita a ochota pomáhat bude jedním z pomocných faktorů OOb za vyšších krizových stavů. Problémové otázky vždy budou; v jakém počtu, v jaké kvalitě a na jak dlouho bude možné dobrovolníky využít. V případě vyhlášení vyšších krizových stavů bude řada lidí angažována ve státní sféře, výrobě, pracovní povinnosti, či pomocných službách ve svých regionech a nebude možné je využít. Pravdou však je, že pro první hodiny a dny po vzniku rozsáhlé mimořádné události, či krizové situace bude pomoc dobrovolníku vždy vítána.

Bylo by tedy vhodné alespoň obsahově rozpracovat nezbytné úkoly, procedury a mechanismy pro využití neorganizovaných dobrovolníků. Zejména jednotnou metodiku pro jejich nábor, využití, právní postavení a zabezpečení při práci. Efektivní by bylo i využít speciálních služeb a dovedností dobrovolníků, např. speciální stroje, speciální práce, řemesla, nouzové ubytování a služby. K tomu by mohl být dopředu zpracován rámcový regionální katalog sil a prostředků dobrovolníků.

Zahraniční humanitární pomoc

Zahraniční humanitární a materiální pomoc při vyhlášení SOS, či VS by byla organizována na principu úmluv v rámci NATO a EU. Opět však není možné odhadnout, v jaké situaci budou spřátelené státy a jaké budou transportní schopnosti a kapacity. Je tedy důležité trvale spolupracovat s příslušnými orgány v rámci NATO a EU v této oblasti, mít zpracován vlastní katalog sil, prostředků a materiálu pro humanitární pomoc a být připraven technologicky i kapacitně pro přijetí a rychlé rozdělení humanitární a materiální pomoci. Zkušenosti z povodní v roce 2002 ukázaly, že pokud se pomoc rychle dojedná a příjemce deklaruje připravenost k přijetí, potom pomoc rychle a efektivně proběhne. Naopak, když se v jednání vyjasňují stanoviska, kladou podmínky apod., pomoc přijde pozdě nebo vůbec.

Celkově však není možné na zahraniční humanitární a materiální pomoc spoléhat jako na podstatný, ale spíše komplementární způsob pomoci.

2. Řízení opatření OOb za SOS a VS

Opatření OOb za SOS a VS by musela být řízena v kontextu celkové politicko-vojenské situace na teritoriu, na základě upravených či nově přijatých zákonů a dalších právních aktů. Zejména by musela být vyřešena koordinace mezi vojenskou a civilní částí řízení a také závaznost místně přijatých rozhodnutí v oblasti OOb a krizového řízení pro celostátní uniformované složky. Model ad hoc krizových štábů v dnešním pojetí by asi nebyl plně účinný, zejména pro omezené řídicí schopnosti, vybavení a pravomoci. Systém řízení krizových opatření a OOb se totiž potýká již v míru s nedostatkem odborně vyškoleného a zkušeného personálu. Bylo by nutné krizové štáby připravit jako permanentní a profesionální řídicí orgány. Větší pravomoci a samostatnost v řízení opatření OOb by měl získat HZS ČR. Nově by bylo třeba koncipovat řídicí a informační role hejtmána a starosty vůči uniformovaným složkám i občanům na jejich teritoriu, propojení a koordinaci vojenských, bezpečnostních a civilně krizových operací, využívání civilních zdrojů pro potřeby voj. operací a podporu opatření OOb ze strany ozbrojených sil. Naopak opatření a požadavky OOb by se měly stát součástí vojenských i nevojenských operací a plánů ozbrojených sil.

3. Specifické činnosti OOb za SOS a VS

Za SOS a VS by se opatření OOb musela mnohem více přiblížit původnímu pojetí civilní ochrany v duchu Ženevských úmluv zejména; budování a poskytování úkrytů, zjišťování a označování nebezpečných oblastí (odstraňování výbušnin a nevybuchlé munice), okamžitou pomocí při obnově a udržování pořádku v postižených oblastech, dlouhodobé nouzové ubytování, rozsáhlé evakuace, pohřbívání ostatků, speciální veterinární opatření a další opatření, která doposud nebyla v prioritách běžné OOb. Tato opatření by bylo třeba organizačně, personálně a materiálně připravit vzhledem ke specifikům daných regionů. HZS ČR by pro tyto činnosti měl rozpracovat typové plány a odsoučinit jejich vazby a spolupráci jednotlivých aktérů.

4. Technika a materiál pro OOb

Materiální zdroje (technika a materiál) pro OOb za vyšších krizových stavů by byla vedle personálu rozhodující složkou efektivity opatření OOb. Bohužel v době finančních

úspor jde tato oblast stranou, ale minimálně v oblastech, které jsou vyhodnoceny v rámci havarijního plánování jako nejvíce rizikové by vybavení HZS, JSDH, profesionálních hasičských sborů podniků a zařízení CO mělo být udržováno na odpovídající úrovni.

Bylo by nutné prověřit či obnovit zařízení civilní ochrany zejména ve velkých sídelních celcích, v blízkosti výrobních a skladovacích kapacit a objektů kritické infrastruktury. Vytypované JSDH přednostně doplňovat moderní technikou a materiálem. Materiál a techniku AČR - ženižní, chemickou, logistickou a další vhodnou techniku, včetně mostních provizorií uvést do provozuschopného stavu a uchovat jako mobilizační zálohu. Zachovat nezbytné rozměry humanitárních a logistických zásob pro složky IZS. Mít vytypovány výrobní kapacity v rámci ČR, které by materiál pro OOb (techniku, potraviny, stany, oblečení, zdravotnický materiál apod.) mohly v rámci mobilizačních dodávek urychleně poskytovat.

Závěr

Narýsovat dnes přesně všechna opatření pro OOb při vyhlášení vyšších krizových stavů zřejmě není plně možné, přesto však je žádoucí vytypovat priority, metody řízení, síly a prostředky, kterými by se tato opatření prováděla. Důležité bude vždy počítat při této činnosti se synergickým působením všech dostupných sil a prostředků na základě principu subsidiarity a maximálně využívat činnost dobrovolníků.

K dalšímu rozvoji ochrany obyvatelstva zejména za SOS a VS v ČR považujeme za nutné:

- mít připravené dostatečné mírové síly pro plnění opatření OOb, tyto průběžně modernizovat a využívat včetně dobrovolníků;
- mít připraven katalog sil, prostředků, zdrojů a postupů pro OOb, který bude reálný byť na úrovni projektů a plánů. Tento zřejmě bude částečně postaven na základě mobilizačního, či nouzového rozvinutí;
- identifikovat klíčové schopnosti, útvary a organizace napříč IZS, krizových a bezpečnostních organizací, které musí být pro OOb trvale udržovány i v období mimo krizové stavy;
- více využívat synergii působení všech organizací pro ochranu obyvatelstva: státních, soukromých i dobrovolných. Sdílet kapacity již za nižších krizových stavů a tím dosáhnout rozvoje společných operačních schopností. Např. během povodní dříve a více využít uni-

kátních schopností AČR – schopnosti ženiijní, logistické, zdravotní, chemické a další. Lépe využívat organizovaných dobrovolníků;

- posílit koordinační a regulační roli státu a veřejné správy směrem k ostatním subjektům, tedy především k složkám IZS, krizového řízení a podnikajícím právnickým a fyzickým osobám;
- zefektivnění výkonu vlastních bezpečnostních kapacit (bezpečnostních sborů a služeb, orgánů krizového řízení veřejné správy), efektivnější implementace a vymáhání legislativy a tvorba nových režimů pro spolupráci státu, soukromého a nevládního sektoru a občanů.

Zdroje pro výše uvedené navýšení kapacit ochrany obyvatelstva by bylo možné najít například v unifikaci nebo sdílení společných kapacit pro ozbrojené síly, ozbrojené bezpečnostní a záchranné sbory. Máme na mysli zejména společnou logistickou, výcvikovou, vzdělávací, zdravotní a informační základnu těchto sborů, která by ušetřila peníze nutné pro jejich modernizaci.

Seznam použité literatury:

- [1] Koncepce ochrany obyvatelstva do roku 2020 s výhledem do roku 2030, MV – generální ředitelství HZS ČR, Praha 2014
- [2] Koncepce ochrany obyvatelstva do roku 2013 s výhledem do roku 2020, schválená usnesením vlády č. 165 ze dne 25. února 2008, Praha 2008,
- [3] Vyhláška č. 328/2001 Sb., o některých podrobnostech zabezpečení integrovaného záchranného systému, ve znění vyhlášky č. 429/2003 Sb.
- [4] Bezpečnostní strategie České republiky, MZV, Praha 2011
- [5] Zdeněk Procházka, Humanitární pomoc v České Republice, MV GŘ HZS, Praha 2006,
- [6] Doktrína AČR v operacích na území ČR pod národním velením, MO, Praha, 2013.
- [7] Generální ředitelství Hasičského záchranného sboru Ministerstva vnitra České republiky, Statistická ročenka 2013, Česká republika, Praha 2014.
- [8] Dodatkový Protokol I k Ženevským úmluvám z 12. srpna 1949, o ochraně obětí mezinárodních ozbrojených konfliktů, 1977,
- [9] Josef JANOŠEC, David ŘEHÁK, Česká republika a krizové stavy při vojenských hrozbách, THE SCIENCE FOR POPULATION PROTECTION 2/2010,

[10] Zákon č. 222/1999 Sb., Zákon o zajišťování obrany České republiky,

[11] Statistická ročenka 2013, MV – GŘ HZS, Praha 2014,

Kontakt na autory

Ing. Jiří Halaška, Ph.D. jhalaska@seznam.cz,

prof. MUDr. Leoš Navrátil, CSc., leos.navratil@fbmi.cvut.cz

Katedra zdravotnických oborů a ochrany obyvatelstva,

Fakulta biomedicínského inženýrství Českého vysokého učení technické v Praze.

OCHRANA OBYVATELSTVA V PODMÍNKÁCH STÁTU

doc. Ing. Rudolf HORÁK, CSc.

Vysoká škola Karla Engliše, a. s. v Brně

Abstrakt:

Autor v článku vychází z obecného pojetí bezpečnosti jako základu k vysvětlení úlohy jednotlivých subjektů veřejné správy, právnických osob a obyvatelstva k ochraně společnosti. Připomíná určité problémy a navrhuje dílčí řešení. Dochází k závěru, že přípravu obyvatelstva k jejich ochraně před mimořádnými událostmi nevojenského charakteru je nutno rozšířit o činnosti k přípravě obyvatelstva k obraně státu, tj. k ochraně před mimořádnými událostmi vojenského charakteru. K této činnosti musí být obyvatelé motivováni a odpovědné orgány kontrolovány.

Klíčová slova: Ochrana obyvatelstva, obrana státu, systém vzdělávání, bezpečnost

Abstract:

The author based on general concept of security as a basis to explain the roles of the various public administration subjects, business persons and populations to protect a society. He reminds some problems and proposes partial solutions. He concludes that prepare of a populations for their protection against non-military emergencies, it is necessary to expand the activities to prepare the population for the defence of the State, i.e. to protect against military emergencies. To this activity population must be motivated and responsible authorities checked.

Key words: Civil protection, state defence, education system, security

Úvod

Pojem bezpečnost se váže k pojmu bezpečnostní prostředí a z toho vyplývající případné ohrožení obyvatelstva. Pojem bezpečnost vystupuje vždy do popředí, když se cítíme něčím nebo někým ohroženi a bývá používán v různých souvislostech a v různých významech. Bezpečnost lidstva by měla vycházet z přirozených vztahů mezi lidmi a s jejich inklinací k životu ve společnosti, dodržování morálních, etických a mravních zásad apod. V tomto

pojetí by bezpečnost byla zachována za předpokladu zajištění stavu státu, kdy je zajištěn mír na základě všeobecně dodržovaných smluv a spravedlivých zákonů. Lidé zákony respektují, ve své činnosti se jimi řídí a tyto zákony garantují vnitřní a vnější stabilitu bez zneužívání moci. Moc je určena výhradně k ochraně práva, životů, zdraví a majetku obyvatelstva. Takto nastolená společnost musí převzít odpovědnost k ochraně obyvatelstva všemi prostředky a nástroji.

Pojem bezpečnosti je možné také posuzovat z několika principů jako je např.:

- **nedělitelnost** odpovědnosti za bezpečnost obyvatelstva, která spočívá zabezpečování komplexních univerzálních nástrojů, metodik a z nich vyplývajících postupů. Jejich cílem je efektivně využívat všechny dostupné síly a prostředky (dále jen SaP) k včasnému nasazení potřebných SaP při vzniku mimořádných událostí (dále jen MU) nebo krizových situací (dále jen KS). Předpokládá se, že do tohoto úkolu budou zapojeny nejen SaP ČR, ale v případě potřeby také SaP ze států Evropské unie (dále jen EU), případně Aliance NATO.
- **udržitelnost** připravenosti SaP vyčleněných do bezpečnostního systému státu. Do této oblasti také spadá připravenost obyvatelstva k sebeochraně za participace právnických a podnikajících fyzických osob. Tento princip předpokládá, že plánované finanční a další prostředky, např. z veřejných zdrojů, budou efektivně využívány a směřovány do oblastí, sloužících k ochraně obyvatelstva a k ochraně regionů, včetně vzdělávání profesionálních pracovníků.
- **institucionálnost** předpokládá, že systém ochrany obyvatelstva je součástí bezpečnostního systému (dále jen BS) České republiky (dále jen ČR). Z tohoto principu vyplývá, že systém ochrany obyvatelstva je řízen institucemi, které mají stanoveny povinnosti, pravomoci a odpovědnost v souladu s jejich postavením na jednotlivých stupních řízení. Současně se předpokládá, že na ochraně obyvatelstva se aktivně podílí jak instituce, tak právnické osoby, fyzické podnikající osoby a obyvatelstvo samo.

1 Aspekty ochrany obyvatelstva

Zajištění bezpečnosti vyžaduje kromě jiného také ochranu společnosti před nežádoucími událostmi, zejména vytvoření systému ochrany obyvatelstva. Ten se vyvíjí v souladu s rozšiřujícím se poznáním. Takže oblast sebeochrany se během času vygenerovala až do současného období, kdy máme plánovitého jednání sestávající z oblastí prevence, represe a renovace. Současné zabezpečení ochrany obyvatelstva, je odrazem vyspělosti společnosti,

ekonomických možností států a z toho vyplývajícího finančního zabezpečení. Důležitou podmínkou jsou také politické a bezpečnostní prostředí, zahraničně-politická orientace států, přístupy orgánů veřejné správy k ochraně a obyvatelstva k sebeochraně, postoje právnických a podnikajících fyzických osob k této oblasti. V historii ochrany obyvatelstva v ČR jsou určité mezníky, např. konec dvacátých a začátek třicátých let nebo přelom v devadesátých letech minulého století.

V roce 1990 byla zahájena transformace civilní obrany do nového systému s cílem vytvoření moderního spolehlivého systému ochrany obyvatelstva. Za tím účelem v roce 1993 bylo přijato usnesení vlády č. 126/1993, Sb., [1] jehož obsahem byla Opatření civilní ochrany ČR. Z usnesení vyplynuly úkoly k zachování funkčnosti systému civilní ochrany a to ve smyslu ustanovení Dodatkového protokolu I k Ženevským úmluvám [2] z 29. srpna 1949 o ochraně obětí mezinárodních ozbrojených konfliktů a to realizací civilní ochrany v mírové době. Jednotlivá opatření k naplňování civilní ochrany byla oddělena od úkolů plněných za branné pohotovosti státu. Příprava obyvatelstva k sebeochraně a vzájemné pomoci byla zabezpečována v součinnosti se společenskými organizacemi, spolky, s občanskými sdruženími a humanitárními společnostmi v ČSFR a záchranářskými organizacemi za využití hromadných sdělovacích prostředků [3]. Pojem civilní ochrana byl přijat v roce 1992. Tento pojem lze vykládat jako civilní obranu ve smyslu mezinárodního humanitního práva, tj. jako opatření k ochraně životů, zdraví a majetku obyvatelstva.

Vzhledem nové bezpečnostní situaci a se změnou bezpečnostního prostředí je ochrana obyvatelstva zaměřena zejména na mimořádné události nevojenského charakteru a to jak v oblasti prevence, tak také v oblasti represe. Zásady účasti obyvatelstva na prevenci a řešení mimořádných událostí se dostaly do oblasti dobrovolnosti. Řízení civilní ochrany bylo přeneseno do působnosti Ministerstva vnitra, s účinností od 1. ledna 2000.

V počátcích devadesátých let minulého století nebyla ochrana obyvatelstva podporována zákonnou normou. V situaci nastala změna až přijetím „krizových zákonů“ v roce 2000. Pro oblast ochrany obyvatelstva jsou důležitá zejména ustanovení zákona č. 239/2000 Sb., o integrovaném záchranném systému (dále jen IZS), který ukládá orgánům kraje úkoly k zajištění přípravy na MU a KS, provádění záchranných a likvidačních prací. Obdobné úkoly jsou stanoveny orgánům obcí, kteří také zajišťují připravenost obcí na MU (KS) a podílejí se na provádění záchranných a likvidačních prací a na ochraně obyvatelstva. Těž zajišťují varování, evakuaci a ukrytí osob před hrozícím se nebezpečím. Z dikce zákona je potřebné upozornit také na povinnost obce seznamovat právnické a fyzické osoby v obci s charakterem možného ohrožení, s připravenými záchrannými a likvidačními pracemi a ochranou

obyvatelstva. Za tímto účelem organizuje obec jejich školení. Z hlediska ochrany obyvatelstva je obec považována za dotčený orgán ve stavebním a územním řízení. V zákoně není stanovena periodicita přípravy obyvatelstva a také vymahatelnost, případně sankce při neplnění.

V tomto zákoně byla ustanovena změna IZS s cílem zabezpečit kooperaci a propojení řídicích, koordinačních a výkonných funkcí při řešení MU (KS) a při uskutečňování konkrétních krizových opatření [4], tj.

- preventivní práce (materiální, plánovací, organizační opatření a vzdělávací činnosti, které mají předcházet možnostem vzniku MU, KS, redukovat pravděpodobnost a snížit dopady po jejich případném vzniku). Provádění preventivních prací je určeno pro právnické, podnikající fyzické osoby a fyzické osoby buď ve svém zájmu anebo na základě povinností stanovených ve zvláštních zákonech a to z vlastních zdrojů. Pro orgány veřejné správy je stanoveno provádět preventivní práce ve své působnosti s vyčleněním prostředků ze svých rozpočtů a s využitím prostředků z veřejných zdrojů.

- záchranné práce (činnosti, které při zásahu složek IZS je nutné provést v prostoru zásahu v okamžiku, kdy je to možné s ohledem na zdraví a životy zasahujících osob. Týká se to také vytváření přiměřených bezpečnostních podmínek pro jejich ochranu, ochranu lidí, jejich majetku, zvířat a životního prostředí.)

- likvidační práce (činnosti určené k odstranění následků způsobené MU, KS, které je nutno vykonat bez zbytečného odkladu, včetně práce, které jsou provedeny ze závažných důvodů na základě rozhodnutí velitele zásahu).

Ukončení záchranných prací a počátek likvidačních prací je stav, kdy jsou odstraněna možná ohrožení, která vyplývají z MU (KS), je poskytnuta odborná lékařská a veterinární pomoc postiženým osobám a zvířatům. O tom rozhoduje velitel zásahu [5].

- obnovovací (asanační) práce (činnosti spočívající v revitalizaci a únosné obnově životního prostředí, společenského života a materiálních hodnot na postiženém území).

Obnovovací práce se zahajují nejdříve v okamžiku ukončení zásahu složkami IZS. Velitel zásahu může připustit jejich souběh s likvidačními, výjimečně i se záchrannými pracemi.

Obdobná ustanovení o ochraně obyvatelstva je v zákoně č. 240/2000 Sb., o krizovém řízení. Z něho vyplývá např. povinnost obecního úřadu, aby organizoval přípravu obce na řešení krizové situace. Pokud se jedná o obec s rozšířenou působností (dále jen ORP), starosta zřizuje bezpečnostní radu obce jako poradní orgán (§ 24, zákon 240/2000, Sb.) a krizový štáb obce jako svůj pracovní orgán k řešení krizových situací. Z dikce zákona 240/2000, Sb.

vyplývají další povinnosti, které slouží ke zvládnutí MU (KS) jako je poskytování podkladů hasičskému záchrannému sboru (dále jen HZS) kraje a potřebné informace ke zpracování krizového plánu kraje. Také obce shromažďují údaje o počtu a totožnosti osob, které v době krizového stavu přechodně změnily pobyt a nachází se na správním území obce, tyto údaje předávají krajskému úřadu a do ústřední evidence o přechodných změnách pobytu osob, podílejí se na zajištění veřejného pořádku, seznamují právnické a fyzické osoby způsobem v místě obvyklým s charakterem možného ohrožení, s připravenými krizovými opatřeními a se způsobem jejich provedení apod. Z uvedeného zákona je patrné, že za připravenost obce k řešení krizových situací, za údržbu a provoz informačních a komunikačních prostředků a pomůcek krizového řízení určených Ministerstvem vnitra odpovídá starosta obce.

Z dalších povinností bezprostředně se dotýkajících ochrany obyvatelstva je zřejmé, že v období platnosti krizových stavů starosta je povinen zabezpečit varování osob na teritoriu obce, pokud to situace vyžaduje, zabezpečuje evakuaci osob z ohroženého území obce, zajišťuje činnost obce v podmínkách nouzového přežití, případně využije právnické a fyzické osoby pro dobrovolnou pomoc apod. Ve své činnosti plní zejména úkoly a opatřeními z krizového plánu ORP.

V ochraně obyvatelstva sehrály svou roli také dokumenty řešící ochranu obyvatelstva, jako byly „Koncepce ochrany obyvatelstva“. V poslední Koncepti ochrany obyvatelstva do roku 2020 s výhledem do roku 2030 [6] je ochrana obyvatelstva definována je široká „multiresortní“ disciplína, kterou není možné vysvětlovat a řešit jen jako plnění úkolů civilní ochrany, tj. zejména varování, evakuaci, ukrytí a nouzové přežití obyvatelstva (ve vazbě na Ženevské úmluvy z 12. srpna 1949 a dodatkový protokol o ochraně obětí mezinárodních ozbrojených konfliktů, přijatého v Ženevě dne 8. června 1977 a publikovaného sdělením pod. č. 168/1991 Sb.), ale jako soubor činností a úkolů odpovědných orgánů veřejné správy, právnických a podnikajících fyzických osob a také občanů, které vedou k zabezpečení ochrany života, zdraví, majetku a životního prostředí, v souladu s platnými právními předpisy. Bylo konstatováno, že je nezbytné přehodnotit dosavadní pojetí ochrany obyvatelstva. Také se zde hovoří o tom, že „stálá pozornost musí být věnována rizikům provozních havárií a živelních pohrom, otázkám epidemií a ekologickým nebezpečím, jaká představují klimatické změny, úbytek pitné vody a jiná ohrožení.

V Koncepti 2020/2030 jsou stanoveny strategické cíle a priority ochrany obyvatelstva. Z toho vyplývají další postupy rozvoje oblastí ochrany obyvatelstva a to se zaměřením na síly a prostředky, věcné zdroje, úkoly ochrany obyvatelstva, krizové řízení, výchovu a vzdělávání, vědu a výzkum, vývoj, inovace. V ní jsou rozpracovány jednotlivé úkoly pro realizaci

stanovených priorit ochrany obyvatelstva a také jejich vyhodnocování. Tato Koncepce představuje dokument, který komplexně stanovuje rozvoj systému ochrany obyvatelstva. Jsou zde formulovány základní principy ochrany obyvatelstva a definovány její významné oblasti a nástroje realizace.

Do této oblasti spadá také stupeň připravenosti obyvatelstva k sebeochraně a vzájemné pomoci. Vzhledem k tomu, že neexistuje ucelený systém přípravy a úroveň obecného povědomí o nutnosti této přípravy je nedostatečná a často i podceňovaná, je připravenost obyvatelstva na nízké úrovni. Obdobně lze hodnotit veřejnou informovanost o charakteru možného ohrožení, připravených záchranných a likvidačních pracích a o ochraně obyvatelstva. Dalším dokumentem, který řeší uvedenou oblast je Bezpečnostní strategie ČR z roku 2011. Strategie mj. formuluje úkoly k ochraně obyvatelstva v tom smyslu, že "jedním z nástrojů realizace bezpečnostní a obranné politiky je rovněž příprava občanů na krizové situace a k obraně státu." [7]

2 Příprava občanů k obraně státu

Na přelom roku 2010 a 2011 Ministerstvo obrany (dále jen MO) vytvořilo podmínky k naplnění některých ustanovení zákona o zajišťování obrany České republiky [8] a to ve vztahu k přípravě občanů k obraně státu. Uvedený zákon kromě jiného stanovuje, že „Příprava občanů k obraně státu je dobrovolná, pokud tento zákon nebo zvláštní právní předpis (například branný zákon) nestanoví jinak. Příprava občanů k obraně státu zahrnuje zejména zdravotnickou přípravu, přípravu k civilní ochraně, zájmovou činnost s technickým a sportovním zaměřením, přípravu obyvatelstva k sebeobraně a vzájemné pomoci a další činnosti spojené s branností a se zabezpečením přípravy k obraně státu. Příprava občanů k obraně státu má charakter vzdělávání a provádí se v rámci základního a středního vzdělávání i v rámci jiné státem uznané vzdělávací činnosti. Občany k obraně státu připravují zejména školy, školská zařízení a další vzdělávací zařízení. Na přípravě občanů k obraně státu se mohou podílet i občanská sdružení, církve, náboženské společnosti a další právnické osoby podle svého účelu a poslání v součinnosti s příslušnými obecními úřady obcí s rozšířenou působností, krajskými úřady a obcemi.“ Z těchto opatření je potřebné vyvodit závěr, že se jedná o zpracování koncepce přípravy obyvatelstva k obraně státu. Tedy rozšířit vzdělávání a přípravu dospělých občanů také na vojenská ohrožení. Příprava občanů není povinná, ale může být její absolvování stanoveno jako povinnost ve výjimečných případech, které bude vyžadovat obrana státu.

Koncepce přípravy obyvatelstva k obraně státu vychází z institucionálního chápání zajišťování obrany, a ze základního principu, že za přípravu a zajišťování obrany státu odpovídá vláda, přičemž odpovídající díl odpovědnosti nesou rovněž instituce státní správy a územní samosprávy a také občané. Z obsahu koncepce vyplývá, že jejím cílem není jen popsat cílový stav systému provádění přípravy občanů k obraně státu z pohledu rezortu MO, ale jde o zajištění připravenosti obyvatelstva z hlediska celospolečenské potřeby. Tato koncepce respektuje platné zákonné normy, které jsou nutné pro implementaci koncepčních záměrů a vytvoření potřebného organizačního a procesního rámce. Přijetím uvedené koncepce došlo k posílení úlohy MO a ostatních zainteresovaných rezortů při zvyšování připravenosti občanů k obraně v případě krizové situace vojenského charakteru. Předpokládá se, že budou vytvořeny podmínky pro jejich aktivní zapojení k obraně státu. Naplnění úkolů Koncepce přípravy obyvatelstva k obraně státu předpokládá rovněž splnění opatření k zajištění integrovaného a komplexního přístupu orgánů státní správy a územní samosprávy k zajištění obrany státu v celém spektru možných situací. V Koncepci je zdůrazněna klíčová role samotného občana a nutnost jeho samostatného, zodpovědného a aktivního přístupu k získání potřebných informací, základních znalostí, dovedností a způsobů chování využitelných v případě nutnosti jeho participace na zajišťování obrany státu.

Závěr

Z charakteristiky pojmu bezpečnost obyvatelstva, která je chápána jako souhrn opatření k zajištění vnitřní bezpečnosti a pořádku ve státě, k zabezpečení respektování listiny lidských práv a svobod občanů a demokratického zřízení je vidět, že tento pojem se týká nejen bezpečnosti, ale také obrany státu, ochrany obyvatelstva a životního prostředí jako naplnění základních povinností státu s podílem orgánů veřejné správy, všech institucí, organizací, právnických a podnikajících fyzických osob a obyvatelstva.

Je ji možno také chápat jako proces založený na zvyšování vzdělanosti, schopností a připravenosti zainteresovaných složek k plnění úkolů k ochraně lidí a jejich majetku. Do naplnění tohoto pojmu, kromě jiného také spadá varování a poskytování potřebných informací, zapojení obyvatelstva do zvyšování schopností vlastní sebeochrany s aktivním zapojením právnických a podnikajících fyzických osob, ukrytí, individuální ochrana, evakuace, dekontaminace, nouzové přežití a humanitární pomoc.

Pokud nebude obyvatelstvo motivováno k přípravě k sebeochraně a přístup povinných orgánů v této oblasti směřován do přijatelné podoby a kontrolován, dotud nebude dosahovat

přípravenost společnosti potřebné úrovně. Potom je zřejmé, že společnost se bude potýkat s problémy možného negativního dopadu MU (KS) charakteru jak nevojenského, tak vojenského. Ochrana obyvatelstva, která je v současném pojetí zaměřena na plnění úkolů v oblasti plánování, organizování a výkonu činností za účelem předcházení vzniku, zajištění připravenosti ke zvládnutí MU nevojenského charakteru a realizaci úkolů k ochraně obyvatelstva, je jí nutno ještě rozšířit o činnosti k přípravě obyvatelstva k obraně státu.

Na tuto skutečnost reaguje jak Koncepce ochrany obyvatelstva do roku 2020 s výhledem do roku 2030, tak také Koncepce přípravy obyvatelstva k obraně státu. Z těchto dokumentů vyplývají úkoly k širšímu zapojení občanů do systému ochrany obyvatelstva cestou zvýšení jejich schopnosti sebeochrany za využití informací a znalostí získaných v rámci plošného a cíleného systému výchovy a přípravy. Také se předpokládá širší zapojení právnických a podnikajících fyzických osob do přípravy a řešení MU a KS vojenského i nevojenského charakteru, jejich spolupráce s orgány veřejné správy. Bude vyžadován zvýšený podíl na realizaci konkrétních úkolů u subjektů představujících zvýšené riziko pro své okolí. U subjektů kritické infrastruktury se předpokládá zvýšení odolnosti a ochrany prvků kritické infrastruktury a zajištění jejich širšího zapojení do procesu přípravy k ochraně. Cílená podpora vědy a výzkumu, vývoje a inovací s využíváním dosažených výsledků v aplikační sféře v rámci systému vzdělávání a přípravy odborníků je jeden z dalších požadavků ochrany obyvatelstva. Výsledkem by měly být vyvážené a komplexně využitelné úkoly a nástroje ochrany obyvatelstva a státu umožňující efektivní prevenci na zvládnutí MU a KS a jejich řešení, založené na přesně definovaném a zakotveném systému ochrany obyvatelstva.

Seznam použité literatury:

- [1] LINHART, P. a ŠILHÁNEK, B. *Ochrana obyvatelstva*. Praha: MV GR HZS ČR. ISBN 80-86640-55-8, 2005. s.
- [2] *Dodatkový protokol I k Ženevským úmluvám z 29. srpna 1949 o ochraně obětí mezinárodních ozbrojených konfliktů*.
- [3] DUŠIČKA, J. *S novou koncepcí*. Zpravodaj civilní obrany, 1992, roč. 24, č. 1, s. 8.
- [4] HORÁK, R., DANIELOVÁ, L. KYSELÁK, J., NOVÁK, L. *Průvodce krizovým plánováním pro veřejnou správu*. Praha: Linde Praha, a.s., 2011. ISBN 978-80-7201-827-7
- [5] *Vyhláška č. 328/2001, Sb. o některých podrobnostech zabezpečení integrovaného záchranného systému*.
- [6] *UV ČR č. 805/2013, ke Koncepci ochrany obyvatelstva do roku 2020 s výhledem do roku*

2030.

[7] *Bezpečnostní strategie ČR*. Praha: MZV ČR, 2011, ISBN 978-80-7441-005-5.

[8] *Zákon č. 222/1999 Sb.*, o zajišťování obrany České republiky, ve znění pozdějších předpisů.

Kontakt na autora:

Rudolf Horák, doc. Ing., CSc.,

Vysoká škola Karla Engliš, a. s. v Brně

tel.: 00420 774620106,

e-mail: rh47@seznam.cz

SPECIFIKA PERIOPERAČNÍ PÉČE U OSOB S MENTÁLNÍ DISABILITOU

Bc. Barbora Janáková, Mgr. Markéta Moravcová

Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií

Abstrakt: Příspěvek prezentuje část výsledků výzkumu, který byl proveden v rámci Studentské grantové soutěže Univerzity Pardubice a je zaměřen na specifika perioperační péče u pacientů s vybranými typy disability. Tento příspěvek se věnuje klientům mentální disability.

Klíčová slova: perioperační péče, mentální disability, specifika péče, komunikace

Abstract: The paper presents results of the research, which was conducted under the Student Grant Competition and focuses on the specifics of perioperative care of patients with specific types of disability. This paper deals with mental disability.

Keywords: perioperative care, mental disability, specifics of care, communication.

Úvod: Lidé s mentální disability představují mezi postiženými jednu z nejpočetnějších skupin, a i přesto se o nich ví poměrně málo. Podstatným prvkem v péči o jedince s mentálním postižením v současné době je jejich začlenění do života zdravé populace a to především v oblasti sociální (Švarcová, 2011, s. 13). Mentální retardaci definuje Valenta jako vývojovou poruchu rozumových schopností demonstrující se především snížením kognitivních, řečových, pohybových a sociálních schopností s prenatální, perinatální i časně postnatální etiologie, která oslabuje adaptační schopnosti jedince (Valenta, 2012, s.31).

Perioperační péče je definována jako péče o pacienta před operačním výkonem, v průběhu a bezprostředně po operačním výkonu (Wichsová, 2013, s. 133). Jedná se o vysoce specializovanou péči, kterou vykonává specializovaný a vyškolený personál, mezi který patří anesteziologická sestra, všeobecná a porodní asistentka v perioperační péči (Jedličková, 2012, s.3).

Cíl práce: Cílem studie bylo zjistit, jak jsou oslovené české nemocnice připraveny na pobyt pacienta s mentální disabilitou především z hlediska zabezpečení specifické komunikace.

Metodika: V únoru 2014 byl vytvořen dotazník, který se skládal ze dvou částí. První část obsahovala základní údaje o zařízeních, druhá část byla zaměřena na jednotlivé typy disabilit. Tento příspěvek se bude zabývat pouze položkami, které byly zaměřeny na mentální disabilitu. Dotazník byl sestaven za pomoci Národní rady osob se zdravotním postižením České republiky.

Dle informací Ústavu zdravotnických informací a statistiky (2014) bylo na území České republiky evidováno k 31.12.2013 celkem 188 nemocnic. V rámci výzkumu byla oslovena všechna tato zařízení. V prvním kole (červen 2014) byla zařízení oslovena elektronicky a byla jim zaslána elektronická verze dotazníku. V druhém kole (červenec 2014) byla tato zařízení oslovena písemně a byla jim zaslána tištěná verze dotazníku. V tomto případě byla vždy přiložena odpovědní ofrankovaná obálka. Celkem se vrátilo 110 dotazníků, návratnost tedy činí 58,5 %. Tento příspěvek byl zpracován pouze na základě 89 dotazníků, které byly vyplněny nemocnicemi, které poskytují perioperační péči. Výsledky byly následně zpracovány pomocí deskriptivní statistiky.

Výsledky výzkumu: První část dotazníku je určena na získání informací o zkoumaných souborech formou obecných otázek. Do výzkumu bylo zahrnuto 89 nemocnic České republiky, z nichž 9 jich bylo fakultních. Jako nejčastější zřizovatel nemocnic byl uváděn kraj, druhým nejčastějším bylo město a obce, na třetím místě jsou jiné právnické osoby. Nejvíce nemocnic se řadí podle kapacity do kategorie 300 – 399 lůžek. Z uvedených 89 nemocnic bylo 41 nemocnic, které měly akreditaci Spojené akreditační komise (SAK), zbylých 48 zařízení bylo neakreditováno. Medián počtu hospitalizovaných pacientů byl 15 935, medián počet operovaných pacientů byl 5368.

Otázka č. 1: Jednoduché orientační nápisy.

Tab. 1 Jednoduché nápisy

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Ano	73	82,0
Ne	16	18,0
Celkem	89	100,0

Z dotazníku vyplývá, že 73 nemocnic (82 %) používá jednoduché orientační nápisy pro klienty s mentální disabilitou a pouze 16 nemocnic (18 %) tyto nápisy nepoužívá.

Otázka č. 2: Povolání klinického psychologa k vyšetření

Tab. 2 Klinický psycholog

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Ano	67	75,3
Ne	22	24,7
Celkem	89	100,0

Možnost služby klinického psychologa má 67 (75,3 %) oslovených nemocnic a 22 (24,7 %) nemocnic tuto službu neposkytuje.

Otázka č. 3: Vyškolený personál pro komunikaci s osobou s mentální retardací.

Tab. 3 Vyškolený personál

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Ano	35	39,3
Ne	54	60,7
Celkem	89	100,0

Jak je patrné z výše uvedených výsledků tabulky 3 pouze 35 (39,3 %) nemocnic má vyškolený personál pro komunikaci s osobami s mentální disabilitou a 54 (60,7 %) nemocnic nemá personál takto proškolený.

Otázka č. 4: Užití alternativní komunikace (obrázky, piktogramy).

Tab. 4 Alternativní komunikace

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Ano	61	68,5
Ne	28	31,5
Celkem	89	100,0

Alternativní komunikaci pomocí obrázků a piktogramů využívá 61 (68,5 %) nemocnic a pouhých 28 (31,5 %) nemocnic tuto alternativní metodu nevyužívá.

Otázka č. 5: Možnost doprovodu (asistenta).

Tab. 5 Doprovod

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Ano	85	95,5
Ne	4	4,5
Celkem	89	100,0

Možnost doprovodu s asistentem umožňuje 85 (95,5 %) nemocnic a pouze 4 (4,5 %) nemocnice uvedly, že doprovod neumožňují.

Otázka č. 6: Možnost doprovodu (asistenta) při hospitalizaci.

Tab. 6 Doprovod při hospitalizaci

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Ano	78	87,6
Ne	11	12,4
Celkem	89	100,0

Z otázky řešící doprovod v průběhu hospitalizace vyplývá, že 78 (87,6 %) nemocnic umožňuje hospitalizaci s doprovodem a pouze 11 (12,4 %) nemocnic doprovod neumožňuje.

Otázka č. 7: Hospitalizace s asistenčním psem.

Tab. 7 Asistenční pes

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Ano	55	61,8
Ne	34	38,2
Celkem	89	100,0

Z tabulky 8 vyplývá, že 55 (61,8 %) nemocnic umožňuje hospitalizaci s asistenčním psem a 34 (38,2 %) nemocnic toto neumožňuje.

Závěr: Výsledky ukazují, že připravenost oslovených českých nemocnic na pobyt pacienta s mentální disabilitou z hlediska komunikace s ním je poměrně dobrá. Z průzkumu vyplývá, že v otázce komunikace sice personál není ve většině případů vyškolený, ale dle vyjádření

některých respondentů není speciální komunikace v těchto případech potřeba. Zůstává otázkou, co je míněno vyškoleným personálem. V základních kompetencích porodních asistentek a všeobecných sester je jednou ze základních součástí i komunikace napříč celým spektrem klientů zdravotnických zařízení. Nelze však všechna specifika pojmut v celé své šíři a ne každý pracovník v perioperační péči je natolik všestranný, aby mohl být připraven na jakoukoli komunikační situaci. Většina nemocnic uvedla, že používá alternativní komunikaci pomocí obrázku a piktogramů, které ulehčují komunikaci mezi pacientem a personálem. Je to jistě jedna z metod, která může přispět adekvátní komunikaci a v řadě případů usnadnit komunikaci mezi ošetřujícím personálem a klienty. Doprovod a hospitalizaci s asistentem umožňuje převážná část oslovených nemocnic. Méně rozšířená je možnost případné přítomnosti asistenčního psa. Na základě výše uvedených výsledků bychom doporučovaly zaměřit se na vyškolení zdravotnického personálu v komunikaci s pacienty s mentální disabilitou. V neposlední řadě jednoznačně řadu zkoumaných faktorů ovlivňuje i finanční stránka věci. Je samozřejmé, že možnost klinického psychologa, specializované komunikační prostředky, ale i možnost asistenta či asistenčního psa v průběhu ošetření, jsou nákladné finančně, personálně i z časového hlediska. Jednoznačně zůstává v péči o klienty s různými typy disability ve zdravotnických zařízeních prostor pro zlepšení a zdokonalení komunikace a služeb. Toto zdokonalování vede ke spokojenosti klientů, ale i k zefektivnění a racionalizaci práce personálu zdravotnických zařízení.

Seznam použité literatury:

1. ŠVARCOVÁ, Iva. Mentální retardace. 4. vyd. Praha: Portál, 2011, s. 221. ISBN 978-80-7367-889-0.
2. VALENTA, Milan, MICHALÍK, Jan, LEČBYCH, Martin a kol. Mentální postižení v pedagogickém, psychologickém a sociálně právním kontextu. 1. vyd. Praha: Grada, 2012, s. 352. ISBN 978-80-247-3829-1.
3. WICHSOVÁ, Jana, PŘIKRYL, Petr, POKORNÁ, Renata a Zuzana BITTNEROVÁ. Sestra a perioperační péče. 1. vyd. Praha: Grada, 2013, 192 s. ISBN 978-802-4737-546.

Kontakt na autorky:

Bc. Barbora Janáková

Fakulta zdravotnických studií, Univerzita Pardubice

Průmyslová 395, 532 10 Pardubice

Email: barcajanakova@seznam.cz

Mgr. Markéta Moravcová

Fakulta zdravotnických studií, Univerzita Pardubice

Průmyslová 395

532 10 Pardubice

Tel: 466037754

Email: marketa.moravcova@upce.cz

ANALÝZA ÚČINKŮ ODRAŽENÝCH PROJEKTILŮ NA BIOLOGICKÉM FYZIKÁLNÍM MODELU

Doc. Ing. Ludvík Juříček, Ph.D.¹, MUDr. Norbert Moravanský, PhD.²

MUDr. Viktor Rekeň²

1. Vysoká škola Karla Engliša, a.s., Brno
2. Ústav súdneho lekárstva, LF UK Bratislava

Abstrakt:

Autoři analyzují účinek odraženého projektilu (ricochet bullet) konkrétní ráže na biologickém modelu stehna prasete. Balistický experiment simuluje reálné použití služební zbraně s definovaným střelivem pistolového náboje ráže 9 mm vz. 82 příslušníkem Policejního sboru SR v podmínkách zastavěné městské aglomerace. Dosažené výsledky ukazují na vysoký ranivý potenciál odraženého projektilu. Použitý matematický model simuluje a vhodně doplňuje teoretická východiska ranivé balistiky odražených střel a ukazuje konkrétní závislost účinku projektilu na vzdálenosti mezi odraznou tuhou plochou a potenciálně zraněnou osobou. Vyhodnocení výsledků experimentu přispívá k porozumění účinků odražených projektilů a vymezuje možnosti výběru použitého střeliva při zásazích v zastavěných městských aglomeracích s možností poranění civilního obyvatelstva při policejním zásahu.

Klíčová slova: experimentální ranivá balistika, účinek odražené střely, biologický fyzikální model, střelné poranění, ranivý potenciál projektilu.

Abstract:

The authors analyse the ricochet bullet effect on biological model of swine leg. The experiment simulates the real professional Slovak police action using the ammunition of 9 mm (type 82) in the municipal city zones. The results reveal the high ricochet bullet wound potential. The numeric model of the ballistics simulation points out the theory of the ricochet bullet terminal effect and the correlation of the terminal effects and the distance between ballistic barrier and wounded person. The evaluation of conclusions contribute to understanding the ricochet bullet wound effects and the principles of special forces ammunition selection for use in municipal city zones with lower risk of the other person gunshot injury.

Keywords: The experimental wound ballistics, ricochet bullet effect, biological physical model, gunshot wound.

ÚVOD

Účinky *přímo* se pohybujících malorážových střel jsou neustále velmi podrobně analyzované a zkoumané v balistických experimentech různého zaměření. Ranivý potenciál a účinek *odražených* projektilů na organismus člověka ovšem představuje výrazně méně prozkoumanou oblastí ranivé balistiky a rovněž balistických experimentů.

Zájem autorů předložených skript o studium ranivého potenciálu MRS byl vyvolán případem střelby v Bratislavě-Devínskej Novej Vsi z roku 2010, kdy bylo nutné odpovědět na otázku, zda mohlo dojít působením projektilů vystřelených z palných zbraní příslušníků ozbrojených bezpečnostních sborů (OBS) také střelným poraněním civilních osob (Moravanský, 2012). Uvedenou problematiku lze zkoumat z pohledu válečné chirurgie a soudně lékařského hodnocení účinků simulací v podmínkách balistického experimentu (Moravanský, 2008). Případný předexperimentální matematický model ranivého působení odražené střely může vhodně dotvářet komplexní pohled na tuto specifickou problematiku. Odražený projektil (*ricochet projectile*), je balistické těleso, které se při svém pohybu odchýlí od svého směru tím, že před zásahem cílového subjektu kontaktuje odolný objekt, který se nachází mezi střelcem a zasaženým.

Vlastní odraz vystřeleného projektilu od tuhé překážky je poměrně složitý děj, který je ovlivněn řadou faktorů: ráže a hmotnost střely, tvar střely, konstrukce střely a použitý materiál, rychlost a úhel dopadu střely na tuhou překážku, ale také mechanické vlastnosti této překážky (Moravanský, 2012). Balistická simulace s využitím fyzikálního modelu (stehna prasete), jako substituce reálné tkáně, umožňuje získat dobře popsitelné a analyzovatelné výsledky. Přispěla k tomu velmi dobrá shoda biomechanických a histologických vlastností použitých tkání prasete a člověka.

1 CÍLE BALISTICKÉHO EXPERIMENTU

Vedle základního cíle balistické simulace, kterým je prokázání vysokého ranivého potenciálu odražených MRS střel pistolového náboje ráže 9 mm vz. 82 a ověření funkčnosti použitého biologického modelu (Moravanský, 2008), vhodnosti použité metody kvantifikovaného hodnocení ranivého potenciálu střely posuzovaného pistolového náboje, reprodukovatelnosti dosažených výsledků za srovnatelných podmínek a jejich archivace, byly stanoveny tyto dílčí cíle:

- posoudit chování biologické substituce, a to zejména z hlediska její reakce na dynamické působení střely,
- posoudit velikost (objem) tkáňového defektu (střelného kanálu) v biologickém fyzikálním modelu (kýta prasete) v závislosti na množství *předané kinetické energie* $E_{PŘ}$ střely a její stabilitě (poloze) při jejím proniku a
- predikovat vývoj střelných poranění zasažené měkké svalové tkáně a dlouhých končetinových kostí při změněných ranivě balistických podmínkách.

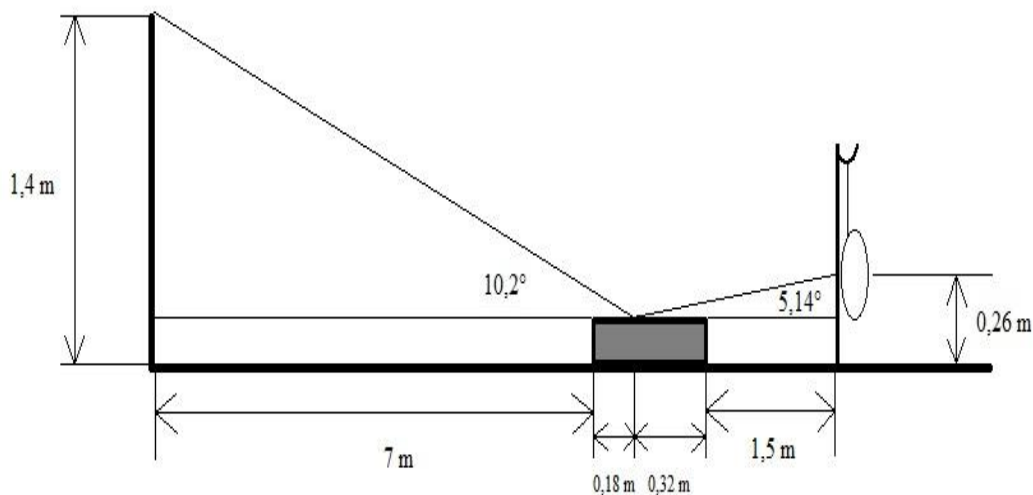
2 BALISTICKÁ CHARAKTERISTIKA EXPERIMENTU

Vlastní balistický (střelecký) experiment byl proveden za účelem simulace reálné situace z praxe zasahujícího příslušníka Policejního sboru Slovenské republiky (PZ SR). Jednalo se o balistický experiment se sérií výstřelů z krátké kulové zbraně (KKZ) s náhodným zásahem stěny panelového domu, nebo horizontální pevné plochy (živcový povrch vozovky) s následným očekávaným odrazem „homogenního“ projektilu.

V experimentu byl použit malorážový zbraňový systém CZ vz. 82 s nábojem ráže 9 mm vz. 82, který je v současné době používán ve výzbroji PZ SR. Uspořádání střeleckého a měřicího stanoviště byl sestaven tak, aby byla prioritně splněna podmínka bezpečné realizace série opakovaných výstřelů, reprodukovatelnosti výsledků a jejich archivace, ale také nízké finanční náročnosti vybavení tohoto stanoviště. Z tohoto důvodu měřicí řetězec neobsahoval žádné snímací zařízení pro sledování pohybu střely ani nekontaktní hradla pro měření rychlosti jejího pohybu.

Uspořádání střeleckého stanoviště je zřejmé z obr. 2.1.

Obr. 2.1 Uspořádání střeleckého (měřicího) řetězce balistické simulace



3 ROZMĚROVÉ POMĚRY STŘELECKÉHO STANOVIŠTĚ

Prostor, kde probíhala mířená střelba, byl ohraničen zadním záchytným valem vysokým 5 m a bočními ochrannými valy vysokými 2,5 m. Na začátek střeleckého stanoviště byl v jeho podélné ose upevněn dřevěný kolík vysoký 140 cm. Od tohoto místa, byla ve vzdálenosti 7 m horizontálně umístěna betonová deska o rozměrech 50x50x10 cm, kterou byla simulována stěna obytného domu (Moravanský, 2012). Na konci střeleckého stanoviště, 150 cm od betonové desky, byla umístěna ocelová konzola se závěsem pro biologický model (kompletní zadní kýta prasete včetně kožního krytu), který byl orientován do přirozené anatomické pozice zadní končetiny dárce (obr. 2.1). Takto byla vytvořena základní osa balistické soustavy, kterou tvořily:

- ústí hlavně krátké palné zbraně (KPZ),
- betonová deska a
- stehno prasete.

Mířená střelba z pistole probíhala s oporou tak, aby byla vedena na horní plochu desky do jejího geometrického středu (průsečíku úhlopříček čtverce) s následným odrazem střely ve směru zavěšeného stehna prasete.

Vlastní balistické simulaci předcházela střelba 10 nástřelů do cílové plochy terče tvořeného lepenkou ve formátu A2. Tímto způsobem byly zjištěny průměrná výška zásahu a také jejich stranové úchytky od podélné osy dráhy střely. Pro zvýšení pravděpodobnosti zásahu heterogenního biologického modelu, byla touto střelbou určena přesná poloha modelu.

V rámci provedené simulace byly postupně postřelované 4 ks prasečích stehen tak, že *model č. 1* - byl zasažen 4 krát, *model č. 2*-1 krát, *model č. 3*-4 krát a *model č. 4*-1 krát. Biologický model č. 4 byl pro potřeby pozdějšího porovnání charakteru střelného poranění zasažen i přímou střelbou bez předchozího odrazu od pevné překážky. Po každém výstřelu byla zaznamenána vzdálenost stopy (vryp) na vrchní ploše betonové desky od svislého průmětu ústí hlavně palné zbraně a výška místa zásahu na kůži prasečího stehna od země. Jednotlivé zásahy v modelech byly označeny pořadovými čísly a byla pořízena fotodokumentace všech zásahů (vstřelů). Všechny modely byly následně zabaleny do polyetylenové fólie a převezeny na soudně-lékařské pracoviště Úradu pre dohľad nad zdravotnickou starostlivosťou v Bratislave, kde byly tyto modely podrobeny RTG snímkování ve dvou na sebe kolmých projekcích (předozadní a boční). Místa zásahu (vstřely), střelné kanály, střelné zlomeniny stehenní kosti (femuru), stejně také finální polohy projektilů (při zástřelu) a místa výstřelů (při průstřelech)

byly revidované preparací biologických modelů pitevní technikou za účelem sodně-lékařského zhodnocení balistického experimentu.

4 PŘEDEXPERIMENTÁLNÍ MATEMATICKÝ MODEL

4.1 Teoretická východiska matematického modelu

Průbojný účinek střely je jednou ze složek *celkového ranivého účinku* a obecně je definován schopností MRS (střepiny) pronikat do určité hloubky v překážce. Pro potřeby ozbrojených bezpečnostních sborů (OBS) se průbojnost zpravidla definuje tloušťkou překážky, po jejímž překonání má střela teoreticky nulovou rychlost. Tedy největší možnou tloušťkou překážky, kterou střela svoji kinetickou energií, kterou disponuje v okamžiku nárazu na překážku, ještě probije. Schopnost střely pronikat překážkou je dána její schopností vykonat v cíli práci, tedy energií, kterou má při dopadu na cíl (průbojný potenciál střely). Proto větší průbojnost bude vykazovat střela o vyšší energii (střela s vyšší hmotností a rychlostí) v okamžiku dopadu na cíl¹.

Průbojnost střely je rovněž dána odporem prostředí probíjené překážky. Pro vysoký průbojný účinek musí být odpor prostředí co nejmenší (Juříček, 2013). Ten závisí kromě mechanických vlastností překážky, především na ploše *příčného průřezu střely*. K posuzování průbojných schopností střely byla proto zavedena konstrukční charakteristika *průřezové zátěžení střely* C_P , která je definována jako poměr hmotnosti střely a plochy jejího příčného průřezu, tedy:

$$C_P = \frac{4 \cdot m_q}{\pi \cdot d^2} \quad [\text{kg} \cdot \text{cm}^{-2}] \quad (4.1)$$

Při stejné *dopadové rychlosti* v_d a stejné *hmotnosti* m_q , bude disponovat větší průbojností střela s větším *průřezovým zatížením* C_P , tedy střela menší *ráže* d .

Měřítkem ranivého účinku střely při jejím průbojném působení může být také *objem střelného kanálu* V , vytvořený střelou v probíjené překážce (Kneubühl, 2001). Tento objem v sobě zahrnuje jak plochu průřezu kanálu S , tak i hloubku vniku střely s , tedy:

¹ Protože *rychlost a hmotnost střely* má pro možný *průbojný účinek* zásadní význam, zavedli někteří autoři pro běžné ráže jako relativní měřítko průbojnosti *hybnost střely* p (součin její hmotnosti a dopadové rychlosti $p = m_q \cdot v_d$). Absolutní posouzení průbojnosti na základě tohoto měřítka není ovšem možné. Lze jej proto využít jen pro přibližné porovnání průbojných schopností dvou posuzovaných střel.

$$V = \frac{\pi \cdot d^2}{4} \cdot s \quad [\text{cm}^3] \quad (4.2)$$

Účinek střely tedy roste jak s hloubkou vniku s , tak i (kvadraticky) s její ráží d . Pro relativní posouzení možného ranivého účinku se v minulosti používal jako kritérium ranivosti *objem střelného kanálu* V , který vznikne při střelbě do suchého bezsukového smrkového nebo jedlového dřeva. Na základě provedených balistických experimentů v roce 1975 odvodil Wolfgang WEIGEL (Kneubühl, 2001) empirické vztahy pro výpočet *hloubky vniku* a *objem střelného kanálu*, aniž by bylo nutné provádět pokusnou střelbu:

$$s = 0,03 \cdot \frac{m_q \cdot v_d^{1,5}}{d^2} \quad [\text{cm}] \quad (4.3)$$

$$V = 0,024 \cdot m_q \cdot v_d^{1,5} \quad [\text{cm}^3] \quad (4.4)$$

Podle tohoto kritéria byla ranivost střel nejběžnějších malorážových nábojů do pistolí a revolverů seřazeny do tab. 4.1.

Tabulka 4.1 *Objem střelného kanálu ve dřevě vybraných Pi a Re nábojů.*

(Wolfgang Weigel, 1975)

<i>Druh náboje</i>	<i>Objem kanálu ve dřevě</i>
	[cm ³]
6,35 mm Browning	2,65
7,65 mm Browning	3,50
38 Special S & W	9,30
9 mm Luger	11,00
45 ACP	14,70

Přičemž při objemu střelného kanálu menším jak 5 cm³ se ranivý účinek pokládá za *velmi slabý*, 5-7 cm³-*slabý*, 7-10 cm³-*střední*, 10-12 cm³-*silný* a přes 12 cm³-*velmi silný*. Toto kritérium ranivosti je však relativní a slouží pouze pro vzájemné kvantifikované porovnání ranivého potenciálu střel nábojů různých ráží a konstrukčního provedení. Pro posouzení minimálních vlastností střely nutných pro zranění nebo dokonce usmrcení člověka, je nevyuži-

telné. Transformace objemu střelného kanálu ve dřevě na rozsah zranění člověka není možná pro rozdílnost fyzikálně mechanických vlastností biologické tkáně a dřeva jako její substitute.

Velmi důležitým kritériem ranivého účinku je samotná *hloubka vniku střely* do organismu člověka. Touto otázkou se již v 70. a 80. létech minulého století zabývala řada autorů (a to i experimentálně), avšak pouze z hlediska možnosti *úplného průstřelu* hlavy, hrudníku a břicha nebo končetin z pistolí a revolverů různých ráží. Poukazovali na to, že krátké zbraně s malým balistickým výkonem a ráží menší jak 7,65 mm mohou způsobit úplný průstřel některé z uvedených částí těla jen ve výjimečných případech. V praxi se však ukázalo, že v některých případech k úplným průstřelům přece jen došlo², stejně jako ke vzniku zástřelů i u balisticky výrazně výkonnějších zbraňových systémů.

Průchod lidskou tkání lze popsat i matematicky. Z celé řady experimentálních měření vyplývá, že odpor proti vniku střely do přibližně tekutého prostředí (voda, syplý písek, želatina, kůže, mozková tkáň nebo svalstvo), je úměrný druhé mocnině okamžité rychlosti střely (*Kvadratický zákon odporu prostředí z r. 1943*).

Změna rychlosti (její pokles) při průchodu tkání má exponenciální charakter (Liška, 1980). Postupnou integrací byl odvozen vztah pro stanovení zůstatkové rychlosti střely v_z po průchodu dráhy v tkáni s při dopadové (vstupní) rychlosti v_d .

$$v_z = v_d \cdot e^{-b \cdot s} \quad [\text{m} \cdot \text{s}^{-1}] \quad (4.5)$$

Pro parametr b , který vyjadřuje funkční vztah mezi zpožděním (negativním zrychlením) a čtvercem rychlosti střely při proniku tkáněmi. Tento parametr v sobě zahrnuje všechny faktory ovlivňující průchod střely hustým prostředím a jeho odpor (ráže, tvar, hmotnost, balistické vlastnosti a vlastnosti pronikaného prostředí).

Pro výpočet parametru b platí empirický vztah³:

$$b = \frac{\rho \cdot S \cdot C}{2 \cdot m_q}, \quad [\text{cm}^{-1}] \quad (4.6)$$

² J. H. Stammel např. ve své práci „*Mit gebremster Gewalt*“ (Stuttgart, 1974) uvádí, že při použití pistole ráže 7,65 mm Browning existuje 85% pravděpodobnost úplného průstřelu hlavy. U nižších ráží s menším balistickým výkonem se pravděpodobnost vzniku úplného průstřelu hlavy velmi dramaticky snižuje.

³ Uvedený vztah pro přibližný výpočet parametru b platí pro Pi a Re střely se zaoblenou špičkou (monoogivální). Pro střely jiného tvaru (zašpičatělým nebo plochým čelem) nebo střely dopadajících na cíl se změněným úhlem náběhu o úhel α je nutné do výpočtu parametru b zavedení opravných koeficientů k_1 resp. k_2 .

kde ρ - hustota prostředí [$\text{g}\cdot\text{cm}^{-3}$]; pro biologické materiály $\rho = 1 \text{ g}\cdot\text{cm}^{-3}$; S -plocha příčného průřezu střely [cm^2]; m_q -hmotnost střely [g] a C -koeficient zahrnující vlastnosti prostředí (voda-0,30, platí i pro tělní tekutiny nebo mozkovou tkáň; 20% roztok želatiny-0,35; svalová tkáň-0,45).

Přibližný výpočet parametru b pomocí vztahu (4.6) je možný pouze pro *FMJ střely se zaoblenou špičkou* (monoogivální), které pronikají tkáněmi v ideální stabilní poloze a dopadají na překážku kolmo. Pro střely špičaté (střely většiny puškových nábojů) je nutné do vztahu zavést *opravný koeficient* $k_1 < 1$ a pro střely s plochou přední částí (některé revolverové střely) $k_1 > 1$. Jestliže je osa střely při dopadu na tkáň odkloněna od vektoru její rychlosti (tečny k její dráze) o *úhel náběhu* δ , zavádí se další *opravný koeficient* k_2 , který lze vypočítat podle vztahu:

$$k_2 = 1 + \left(\frac{\delta}{13} \right)^2 \quad (4.7)$$

Výše uvedené vztahy lze v praxi použít k orientačním výpočtům průchodu střely libovolnou anatomickou částí lidského těla tvořenou biologickými tkáněmi různých fyzikálních a mechanických vlastností včetně jejich syntetických substitucí (Liška, 1980). Na základě experimentálně zjištěných poznatků se při těchto výpočtech rovněž předpokládá jednorázová ztráta $50 \text{ m}\cdot\text{s}^{-1}$ rychlosti střely při proniku *kožního krytu* v místě zásahu.

S využitím vnějšně balistické teorie plochých drah byly stanoveny základní balistické parametry dráhy střely a předpokládaný ranivý potenciál odražené střely. Matematický model byl zaměřen na predikci postupného poklesu rychlosti střely posuzovaného pistolového náboje ráže 9 mm vz. 82 v průběhu proniku homogenním zkušebním blokem tvořeným směsí 20 % balistické želatiny, která zde tvořil substituci svalové tkáně.

Pro potřeby matematického modelování byly stanoveny tyto konstrukční a balistické charakteristiky střely posuzovaného náboje a pronikaného prostředí:

- d – ráže střely [cm],
- m_q – hmotnost střely [g],
- v_d – dopadová rychlost střely [$\text{m}\cdot\text{s}^{-1}$],
- v – okamžitá rychlost střely v daném místě proniku [$\text{m}\cdot\text{s}^{-1}$],
- ρ – hustota pronikaného prostředí (pro substituci měkké biologické tkáně je $\rho = 1 \text{ g}\cdot\text{cm}^{-3}$),
- S – okamžitá odporová plocha střely [cm^2],

- C – koeficient zahrnující vlastnosti pronikajícího prostředí (20% želatinový roztok-0,35) [1].

4.2 Přijatá zjednodušení

Nestabilita odražené střely nebyla posuzována hodnotou *úhlu náběhu* δ v okamžiku nárazu na cíl, ale byly posouzeny dvě úrovně stability [45]:

- střela stabilní (ideální stav), kdy hodnota *úhlu náběhu* v okamžiku dopadu odražené střely na cíl je nulová ($\delta_0 = 0^\circ$) a
- střela nestabilní (balisticky nepříznivý stav), kdy hodnota *úhlu náběhu* dosahuje v okamžiku dopadu střely na cíl svoji maximální hodnotu ($\delta_{90} = 90^\circ$) a střela zaznamenává plochý dopad na cíl.

Pro analytický výpočet poklesu *okamžité rychlosti* v [$m \cdot s^{-1}$] odražené střely po proniku dráhy s v náhradním materiálu svalové tkáně byly použity hodnoty efektivního průřezu těla střely S_0 a S_{90} , které odpovídají výše uvedeným polohám úhlů náběhu δ_0 a δ_{90} (viz tab. 4.2).

5 VÝSLEDKY BALISTICKÉ SIMULACE

Na základě provedených 10 výstřelů bylo zjištěno, že vystřelené a následně odražené projektily zasahovaly betonovou desku v průměrné vzdálenosti 7,18 m od roviny ústí hlavně palné zbraně a zásahy v biologickém modelu se nacházely v průměrné výšce 0,26 m nad povrchem země (Moravanský, 2013). Ze známé výšky ústí hlavně zbraně, průměrné vzdálenosti místa odrazu na betonové desce od ní a průměrné výšky zásahů biologického modelu byly analyticky vypočteny průměrné hodnoty *úhlu dopadu* θ_d projektilů na plochu desky – $10,20^\circ$ a *úhlu odrazu* θ_o střel od betonové desky směrem k modelu – $5,14^\circ$ (viz obr. 2.1).

Další zadané a vypočítané hodnoty:

$d = 9,27 \text{ mm}$; $m_q = 4,7 \text{ g}$; $v_d = 391 \text{ m} \cdot \text{s}^{-1}$; ($b_0 = 0,02368 \text{ cm}^{-1}$ a $b_{90} = 0,050377 \text{ cm}^{-1}$); $s = 5$; 10 ; 15 ; 20 ; 25 a 30 cm ; $\rho = 1 \text{ g} \cdot \text{cm}^{-3}$; $S_0 = 0,636 \text{ cm}^2$; $S_{90} = 1,353 \text{ cm}^2$; $C = 0,35$.

V tab. 4.2 jsou uvedeny vypočítané okamžité rychlosti odražené střely pistolového náboje ráže 9 mm vz. 82 v jednotlivých předem stanovených úsecích pronikajícího zkušební bloku 20 % želatiny. Dopadová rychlost posuzované odražené střely na zkušební blok byla stanovena na hodnotu $391 \text{ m} \cdot \text{s}^{-1}$.

Tabulka 4.2 Okamžitá rychlost odražené střely v v hloubce s pronikáním želatinovým bloku

$\delta = 0^\circ$						
s [cm]	5	10	15	20	25	30
v [$\text{m}\cdot\text{s}^{-1}$]	347	309	274	243	216	192
$\delta = 90^\circ$ ¹⁾						
s [cm]	5	10	15	20	25	30
v [$\text{m}\cdot\text{s}^{-1}$]	304	236	184	143	111	86

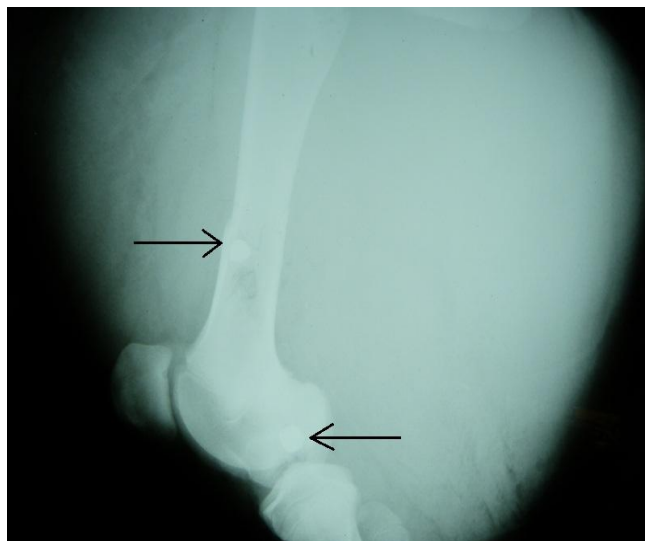
Poznámka:

- 1) Úhel náběhu $\delta = 90^\circ$ znamená maximálně nepříznivou situaci, kdy střela dopadá na zkušební blok v nestabilní poloze (plochý dopad střely na cíl).

6 SOUDNĚ LÉKAŘSKÉ HODNOCENÍ POŠKOZENÍ REÁLNÝCH BIOLOGICKÝCH TKÁNÍ

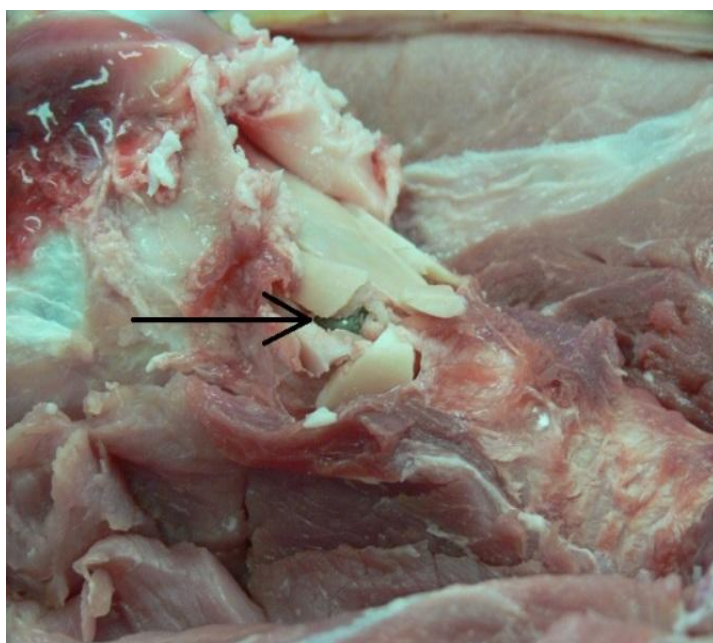
Biologický model č. 1 byl zasažen celkem čtyřmi ranami odražených projektilů. Zasažena byla ale pouze měkká tkáň bez zásahu stehenní kosti, což bylo objektivně potvrzeno RTG vyšetřením. Na RTG snímku *modelu č. 2* nebylo prokázáno zřejmé střelné poranění stehenní kosti, ale po preparaci byl na diafýze kosti vizualizovaný defekt charakteru *tangenciálního ostřelu* s vývojem motýlovité linie lomu. Na *biologickém modelu č. 3* bylo po provedeném RTG snímkování popsáno vícenásobné poškození femuru ve smyslu přítomných dvou různě velkých zastínění lokalizovaných v kostní tkáni, přičemž jeden útvar pronikal do hloubky laterálního kondylu femuru a druhý byl popsán v oblasti distální třetiny diafýzy, kde byla zjištěna také porušená linie kosti imponující jako motýlkovitá zlomenina (viz obr. 6.1).

Obr. 6.1 *Nativní RTG snímek biologického modelu č. 3. Šipky ukazují na oválná zastínění (boční projekce)*



Provedením pitvy bylo verifikováno, že v hloubce 4,5 cm pod kožním krytem se nachází tříštivá zlomenina v distální třetině diafýzy femuru s motýlovitým průběhem tříštivých úlomků. Fraktura byla způsobená přední ogivální částí homogenní střely pistolového náboje ráže 9 mm vz. 82 vyrobené ze spěkaného železa přibližné délky 5 mm (obr. 6.2).

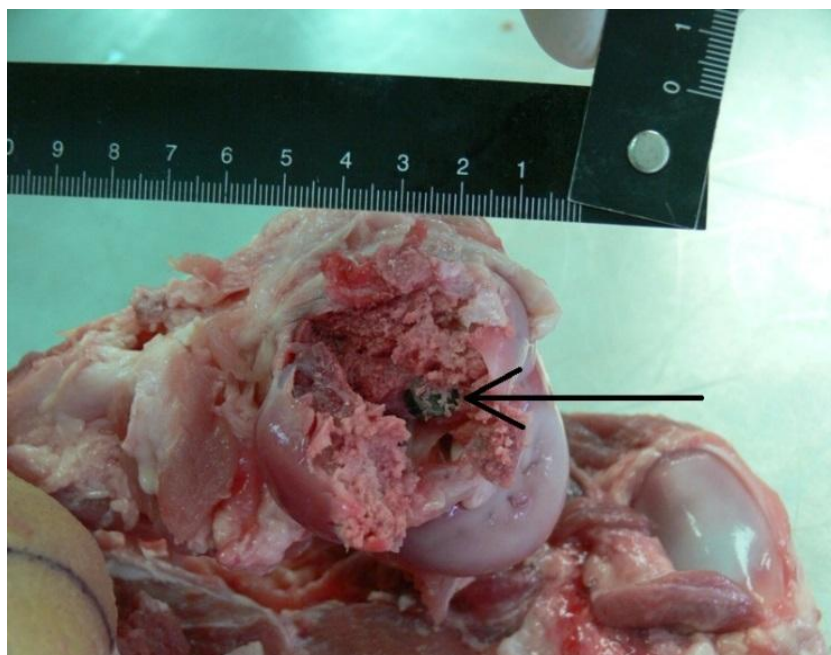
Obr. 6.2 *Fotografie defektu diafýzy femuru způsobeným předním ogiválem střely. (Šipka ukazuje na přední ogivální část těla střely)*



Další preparací stehenní kosti a přilehlého svalstva distálním směrem byl odhalen defekt v oblasti laterálního kondylu femuru nepravidelného kruhovitěho tvaru s průměrem *cca 4 cm* a v hloubce *3 mm* pod chrupavčítým povrchem laterálního kondylu femuru byl nalezen fragment projektilu bez jeho předního ogiválu. Tento fragment měl tvar válce s přibližnou délkou *6 mm* (viz obr. 6.3). Vizualizací poškozeného úseku kosti a její extirpací ze svalstva kýty byl blíže popsán komplexní střelný defekt vytvořený projektilem v kostní tkáni femuru prasete (Moravanský, 2013). Po celkové revizi a hodnocení tohoto střelného poranění lze předpokládat, že střela vnikla do kosti po proniku kožního krytu přes laterální kondyl femuru, kde došlo k jeho fragmentaci na dvě hmotnostně různé části (přední ogivál a zbylou válcovou část těla střely).

Ogivál po rozdělení pronikal kostní tkáni přibližně *8 cm* směrem proximálně a mírně mediálně až do oblasti distální třetiny diafýzy, kde způsobil tříštivou zlomeninu motýlovitého charakteru.

Obr. 6.3 Fotografie defektu laterálního kondylu femuru s viditelným fragmentem projektilu. (Šipka ukazuje na fragment těla střely)



Na RTG snímku *biologického modelu č. 4* byl popsán kruhovitý defekt v oblasti distální epifýzy femuru. Pitva modelu prokázala, že se jedná o střelné poranění – průstřel kosti v oblasti distální epifýzy femuru s kruhovitým vstřelem průměru *cca 1 cm* typu „drill hole“, lokalizovaným na vnější straně laterálního epikotylu femuru a výstřelem v kosti

nepravidelného tvaru, průměru rovněž 1 cm , přičemž lomová linie na chrupavčitém povrchu epikotyly směřovala asi $2,5\text{ cm}$ dovnitř kloubní dutiny (Moravanský, 2013). Pitvou bylo zjištěno, že projektil směřoval z laterální strany mediálně a došlo k průstřelu značné části laterálního epikondylu femuru, izolovaně - bez poškození další kostní tkáně, přičemž střelný kanál dosahoval délku $4\text{ až }5\text{ cm}$. Průmětem pozice laterálního epikondylu na povrch kůže biologického modelu je zřejmé, že toto střelné poranění bylo způsobeno přímým neodraženým projektilem, který byl vystřelen na biologický model za účelem plánované komparace střelných poranění vzniklých odlišným mechanismem.

ZÁVĚREČNÁ DISKUSE A KRÁTKÝ POHLED DO BUDOUCNA

Z výsledků realizované simulace na heterogenním fyzikálním modelu je možné odvodit, že se plně projevila správnost a účelnost použitého zbraňového systému, který je zaveden do výzbroje Policajného zboru SR. Tato krátká palná zbraň (9 mm Pi vz. 82) a především náboj stejné ráže 9 mm vz. 82 disponují poměrně vysokým ranivým potenciálem. Značně zajímavým, ale nežádoucím fenoménem, který byl v balistickém experimentu rovněž prokázán, je vysoká odrazivost homogenní střely od tuhé překážky, která si uchovává značnou průbojnou složku ranivého účinku (Moravanský, 2013). To do značné míry může ohrozit i nezúčastněné osoby pohybující se v blízkosti odražené střely. U jednoho nástřelu biologického modelu došlo při zásahu odraženou střelou k proniku projektilu přes kloubní plochu stehenní kosti k rozpadu těla střely na dvě části. S vysokou pravděpodobností k tomuto jevu došlo z důvodu stále vysoké kinetické energie střely po jejím odrazu od horní plochy betonové desky. Výsledky balistického experimentu ukázaly na skutečnost, že pro úroveň ranivého účinku odražené střely má spíše poloha střely v průběhu jejího proniku tkáněmi než případný pokles její rychlosti, ke kterému dochází v důsledku jejího odrazu od pevné překážky. Nestabilně se pohybující střela je schopná zasáhnout výrazně větší objem tkání a předat tomuto prostředí větší množství své kinetické energie než střela, která se tkáněmi pohybuje stabilně a proto v reálné situaci zaznamená průstřel.

Řešení ranivě balistických úloh tohoto typu ovšem vyžaduje úpravu doposud používaných analytických vztahů tak, abychom byli schopni řešit také případy střelných poranění typu zástřel, kdy se střela v průběhu svého proniku zastaví a zůstane v zasažené tkáni na konci střelného kanálu (Moravanský, 2013). Exponenciální funkce, z nichž je stávající matematický model založen, tuto možnost nepředpokládají. Klíčové k dostatečné argumentaci ne toto téma by rozhodně bylo další pokračování v soustavném zdokonalování metodických postupů (např. v odvození nových matematických vztahů pro výpočet důležitých parametrů popisujících pro-

ces pronikání substitute biologické tkáně posuzovanou střelou a také stanovení podmínek použití balistického systému v praxi).

Charakter střelných defektů způsobených odraženými projektily vykazují stejné tendence vývoje lomové linie kosti jako v případech přímých střelných zlomenin kostí (tj. *drill hole*, resp. *butterfly effect*). V souvislosti s tímto reálným experimentálním poznatkem je nutné otevřít diskusi k otázkám výběru zbraní a střeliva příslušníků Policejního sboru SR.

V nejbližší době bude nutné potvrdit a doplnit současná zjištění na větším souboru fyzikálních modelů experimentálně postřelovaných širším sortimentem střeliva za současného použití rychloběžné kamery k měření průběhu rychlosti odražené střely na dráze jejího pohybu a snímání této dráhy až do okamžiku zásahu a vniku do modelu v reálném čase a prostoru. Tato měření by jistě umožnila verifikaci směřování projektilu modelem a ověření morfologického hodnocení poškozených anatomických struktur a z něho také průběh střelného kanálu.

Relativně izolovanou a nadstavbovou etapou v dalších experimentálních simulacích by bylo ověření chování jiného typu zbraňového systému, kterého projektil by svojí konstrukcí a balistickými vlastnostmi dobře plnil požadavky na jeho použití v zastavěných aglomeracích (např. střely typu *frangible* nebo střely *neletálních* palných zbraní).

Seznam použité a související literatury

JUŘÍČEK, Ludvík. *Ranivá balistika I. Úvod do studia ranivé balistiky*. Přednášky. Brno: VŠKE, a.s., 2013. 111 s. ISBN 978-80-86710-69-3.

KNEUBÜHL, B. P., SELIER, K. *Wundballistik und ihre ballistischen Grundlagen*. 2. Völlig überarbeitete und ergänzte Auflage. Berlin: Springer-Verlag, 2001, 526 s. ISBN 3-540-66604-4.

KNEUBÜHL, B. P. *Das Abprallen von Geschossen aus forensischer Sicht. (Le ricochet des projectiles en sciences forensiques)*. [Thèse de doctorat]. Lausanne: Université de Droid, Institut de Police Scientifique de Criminologie, 1999. 148 s. ISBN 2-940098-15-8.

LIŠKA, Přemysl. *Posuzování ranivého účinku střelné zbraně v trestním řízení*. Praha: Odborná sdělení Kriminalistického ústavu VB FSVB č. 7, 1980. 46 s.

LIŠKA, Přemysl. *Kriminalistické zkoumání možného ranivého a smrtícího účinku střelné zbraně*. [Kandidátská dizertační práce]. Praha, 1979.

MORAVANSKÝ, Norbert, REKEŇ, Viktor, JUŘÍČEK, Ludvík, ZUMMEROVÁ, Anežka, KOVÁČ, Peter. *The quantified evaluation of the wounding potential of a ricochet projectile of*

a handgun cartridge calibre 9 mm (type 82) in a ballistic experiment. Praha: *Česko-slovenská patologie a soudní lékařství*, ročník 58, 2013, No. 1, p. 6-11. ISSN: 1210-7875.

MORAVANSKÝ, N., REKEŇ, V., JUŘÍČEK, L. The experimental wound ballistics: the analyse of the ricochet projectiles effects in biological model. *7th Scientific International Conference „Crisis management“. Environmental Protection of Population. Conference Proceedings*, p. 197-205. Brno, 13. - 14. 6. 2012. ISBN 978-80-86710-61-7.

MORAVANSKÝ, N., JUŘÍČEK, L., KOMENDA, J., JEDLIČKA, L., NOVOMESKÝ, F., KOVÁČ, P. *Principles of experimental ballistics and its forensic application*. (Niektoré princípy aplikácie výsledkov balistických experimentov do súdnolekárskej praxe); *1. Slovensko-český vedecký kongres súdneho lekárstva s medzinárodnou účasťou*. Gabčíkovo, 18. - 21. 6. 2008. Zborník abstraktov, ISBN 978-80-223-2520-2. S. 33.

Kontakt na autory:

Doc. Ing. Ludvík JUŘÍČEK, Ph.D. Vysoká škola Karla Engliš, a.s., Mezírka 775/1, 602 00 Brno, Česká republika. E-mail: ludvik.juricek@vske.cz

MUDr. Norbert MORAVANSKÝ, PhD. Ústav súdneho lekárstva, LF UK Bratislava, Sasinkova 4, 811 08 Bratislava, Slovenská republika. E-mail: info@lekarznalec.sk

MUDr. Viktor REKEŇ. Ústav súdneho lekárstva, LF UK Bratislava, Sasinkova 4, 811 08 Bratislava, Slovenská republika. E-mail: viktor.reken@gmail.com

ŠPECIFICKÁ SYMTÓMOV SYNDRÓMU VYHORENIA U ZDRAVOTNÍCKYCH PRACOVNÍKOV

PhDr. Renata Knezović, PhD.¹, PhDr. et. Mgr. Rebeka Ralbovská, Ph.D.^{1,2}

PhDr. Anna Plačková, PhD.³

1. UK Bratislava, Lekárska fakulta, 2. ČVUT v Praze, Fakulta biomedicínskeho inžinýrství,
3. KU Ružomberok, Fakulta zdravotníctva

Abstrakt

Pozornosť venujeme špecifikám syndrómu vyhorenia, ktorý ovplyvňuje prácu sestry a vplýva na jej osobný život. Pracovný stres, ktorý vzniká pri práci s ľuďmi prináša mnohé riziká a úskalia, ktoré komunikátora môžu po určitom čase priviesť až k syndrómu vyhorenia. Prezentujeme výsledky prieskumu, ktorý bol zameraný na analýzu vplyvu syndrómu vyhorenia, ktorý ovplyvňuje sestry najmä v interakcii s pacientom.

Kľúčové slová: syndróm vyhorenia, komunikácia, psychika, symptómy syndrómu vyhorenia.

Abstract

Attention is paid to the specificities of burnout syndrome which affects the work of nurses and affects their personal lives. Work-related stress which arises when working with people brings many risks and pitfalls that may bring the communicator over the time to the burnout syndrome. We present the results of a survey aimed at analyzing the impact of burnout syndrome, which affects mainly nurses in interaction with patients.

Key words: burnout syndrome, communication, psychic, symptoms of the burnout syndrome.

Úvod

Interakcie a komunikácia pri práci s ľuďmi v profesijnom živote kladú na človeka mnohé odborné, etické ale aj emocionálne nároky. Pracovný stres, ktorý vzniká pri práci s ľuďmi prináša mnohé riziká a úskalia, ktoré komunikátora môžu po určitom čase priviesť až

k syndrómu vyhorenia (syndróm burn-out). Interakcia a komunikácia sú najzákladnejšími charakteristikami ľudskej spoločnosti. Tieto prvky sociálnych väzieb medzi sebou interferujú a sú neoddeliteľnou súčasťou práce zdravotníka.

Ďalšie komunikačné procesy, ktoré sú súčasťou diagnostiky, terapie, rehabilitácie a ďalších procesov, sú komunikácie s inými aktérmi, ktorí nie sú súčasťou základnej diády (alebo triády) – teda vzťahu sestry – pacient, resp. pacient – lekár – sestra. Je to komunikácia s inými pracovníkmi, zúčastňujúcimi sa na poskytovaní zdravotnej starostlivosti. Bolo by veľmi zjednodušené predpokladať, že úspech liečebného procesu závisí iba od zdravotníckych pracovníkov. Často sa ako významný vplyv na úspešnú službu podpíše ľudská, empatická komunikácia pracovníkov zdravotníckych alebo rehabilitačných zariadení, ktorí nie sú priamo zdravotníckimi pracovníkmi.

Komunikácia, ktorá je podmienkou úspešnej terapie neprebíha iba priamo s pacientom, ale aj s jeho príbuzným, alebo podporujúcim človekom.

Teoretické vedomosti a praktické schopnosti klientov sú závislé aj od výchovy k zdraviu a podpory zdravia, ktorá je obvyklá alebo normálna v prostredí, v ktorom žijú.

Príprava ľudí na výkon práce zdravotníka, sociálne prostredie, v ktorom sa služby poskytujú, emocionálny náboj, súvisiaci s poskytovaním zdravotnej starostlivosti i profesionálny stres sú špecifické charakteristiky, ktoré určujú výnimočnosť a náročnosť manažmentu ľudských zdrojov, zúčastňujúcich sa poskytovania zdravotnej starostlivosti.

Syndróm vyhorenia sa stal za posledných 30 rokov jednou z najsledovanejších premenných na celom svete, a to nielen v zdravotníctve. Čoraz viac sa stáva predmetom záujmu psychológov, sociológov, pedagógov a iných odborníkov pracujúcich s ľuďmi. Ide o závažný psychologicko – medicínsky problém s dopadom na kvalitu života jedinca a jeho výkon. Prejavuje sa stratou energie, ideálov, čo následne vedie k stagnácii, frustrácii a apatii.

Medzi profesie s vyšším rizikom výskytu vyhorenia sa radia tie, ktoré sú charakteristické vysokou pracovnou náročnosťou, nárazovitosťou, intenzívnym kontaktom s ľuďmi a často neadekvátnym ohodnotením. Práca v zdravotníctve sa k nim jednoznačne radí.

Ošetrovateľská starostlivosť je tímová práca, práca s človekom a prevažne pre chorého človeka. V práci sestier vznikajú stresové situácie, preťaženie, náročné prežívanie nevyhnutných prekážok v boji s utrpením, s chorobou, so smrťou, ktoré môžu viesť u sestry až k syndrómu vyhorenia.

1. Vymedzenie pojmu „syndróm vyhorenia“

Silvije Strahimir Kranjčević v 80 rokoch 19. storočia v svojej básni „Ja pregaram“, čo znamená v preklade „Ja vyháram“ opisuje syndróm vyhorenia nie ako medicínsky fenomén ale ako svoje pocity trápenia, pochybností, neistoty v svoje ideály.

Syndróm vyhorenia ako pojem sa po prvý raz objavil v odbornej literatúre v polovici 70. rokov minulého storočia. Jedným z prvých odborníkov, ktorí sa začali venovať tejto problematike, bol americký psychiater Heinrich Freudenberg. Svoju pozornosť upriamil na opis fyzického a psychického vyčerpania pracovníkov istého liečebného zariadenia.

Syndróm vyhorenia pôvodne označoval stav ľudí, ktorí prepadali alkoholu alebo drogám. Ich záujem sa sústreďoval iba na danú závislosť a o všetko ostatné stratili záujem. Mylne tento termín slúžil na označenie ľudí, ktorí boli tak nadšení svojou prácou, že nič iné okrem nej ich nezaujímalo. Začal sa pre nich používať pojem „workoholici“ (Křivohlavý, 1998).

Psychologický slovník popisuje, že syndróm vyhorenia pochádza z anglického burn-out, čo znamená vyhorenie, vypálenie, vyhasnutie. Definuje ho ako stratu profesionálneho záujmu a osobného zaujatia u príslušníka niektorej z pomáhajúcich profesií (Hartl, Hartlová 2002).

Autor Ján Gabura popisuje syndróm vypálenia ako prirodzené riziko a súčasť práce, kde poradca musí pozorovať, vnímať a prijímať celú škálu najrôznejších pocitov klienta (Gabura 2005). Túto úlohu má aj sestra, ktorá navyše sa vo svojej práci stretáva s rôznymi ťažko chorými pacientmi a vždy musí prispôbiť svoje postoje, vnímanie, komunikáciu danému pacientovi.

K všeobecným symptómom syndrómu vyhorenia patrí:

- *mimoriadne veľká únava*
- *negatívne sebahodnotenie a nízka miera sebaúcty vyplývajúce z pocitov zníženej profesionálnej kompetencie*
- *poruchy koncentrácie pozornosti*
- *dráždivosť a negativizmus*
- *príznaky stresu pri absencii organického ochorenia* (Křivohlavý, 1998).

Typické znaky zaťaženia sú: aktivizácia nastupuje už pri nepatrnej dávke stresu, aktivizácia je intenzívnejšia, zotavenie nastupuje pomalšie, vznikajú reakcie na záťaž a dlhodobé poškodenie (Košč, M., 1998).

V nepretržitom, chronickom strese sa subjekt dostáva do fázy vyčerpania, kde duševné, fyzické a citové zdroje trpia a organizmus prežíva „nadobličkové vyčerpanie“, keď hladina krvného cukru zníži, pretože sa nadobličky vyčerpali. Toto vedie k poklesu tolerancie voči stresu, progresívnemu duševnému a fyzickému vyčerpaniu, chorobe a kolapsu. (Křivohlavý, 1998).

Podľa autorky Ivanovej ošetrovatelstvo ako veda je známe svojím holistickým prístupom k jedincovi, rodine, komunite v zdraví a chorobe (Ivanová 2005).

Holistický prístup sestry voči pacientovi, by mala byť samozrejmosťou aj napriek tomu, že počas pracovnej doby sú na sestru kladené vysoké nároky. Tieto požiadavky na sestru sú zaťažujúce nie lenže po psychickej a fyzickej stránke ale aj emocionálnej.

Podľa E. Morovicsovej (2006) syndróm vyhorenia vzniká najčastejšie kombináciou subjektívnych a objektívnych príčin. K subjektívnym príčinám patria osobnostné charakteristiky jedinca. Ide predovšetkým o nízke sebahodnotenie, nutkavú potrebu pomáhať druhým, nadmernú zodpovednosť, úzkostlivosť, perfekcionalizmus, neschopnosť stanoviť si reálne ciele, neschopnosť požiadať iných o pomoc. V skupine sestier sú to tie sestry, ktoré si na seba často kladú vysoké nároky a nesplnenie cieľa im prináša pocit porážky alebo prehry. Vznik syndrómu vyhorenia môže v tomto smere posilniť súčasné pôsobenie pracovnej záťaže a stresových situácií zo súkromného života a stupeň odolnosti sestry voči záťaži.

2. Prevencia

Prevenciou sa zaoberá psychológia zdravia. Psychické (duševné) zdravie je v psychológii zadefinované ako optimálna psychická (duševná) funkčnosť, ktorá je podmienená biologicko-fyziologickou činnosťou mozgu a organizmu vôbec. Jeho základom, a zároveň aj akýmsi barometrom je duševná rovnováha. Tá je daná určitou štruktúrou psychických daností, schopností a zručností, použiteľných na primerané riešenie životných úloh človeka v rámci spoločenského, teda aj pracovného života, na uspokojovanie celej škály jeho potrieb. Poruchy duševnej rovnováhy sa okamžite prejavujú v úrovni a stabilite duševného zdravia. Stav, ktorý takto vzniknú nazývame negatívne psychické stavy a zhrňajú aj maladaptívne psychické stavy (in Szarková, 1998)

3. Cieľ prieskumu

Cieľom prieskumu je získať názory sestier pracujúcich v oblasti zdravotníctva na syndróm vyhorenia a zistiť, ako syndróm vyhorenia ovplyvňuje efektívnu komunikáciu, medzi sestrou a pacientom.

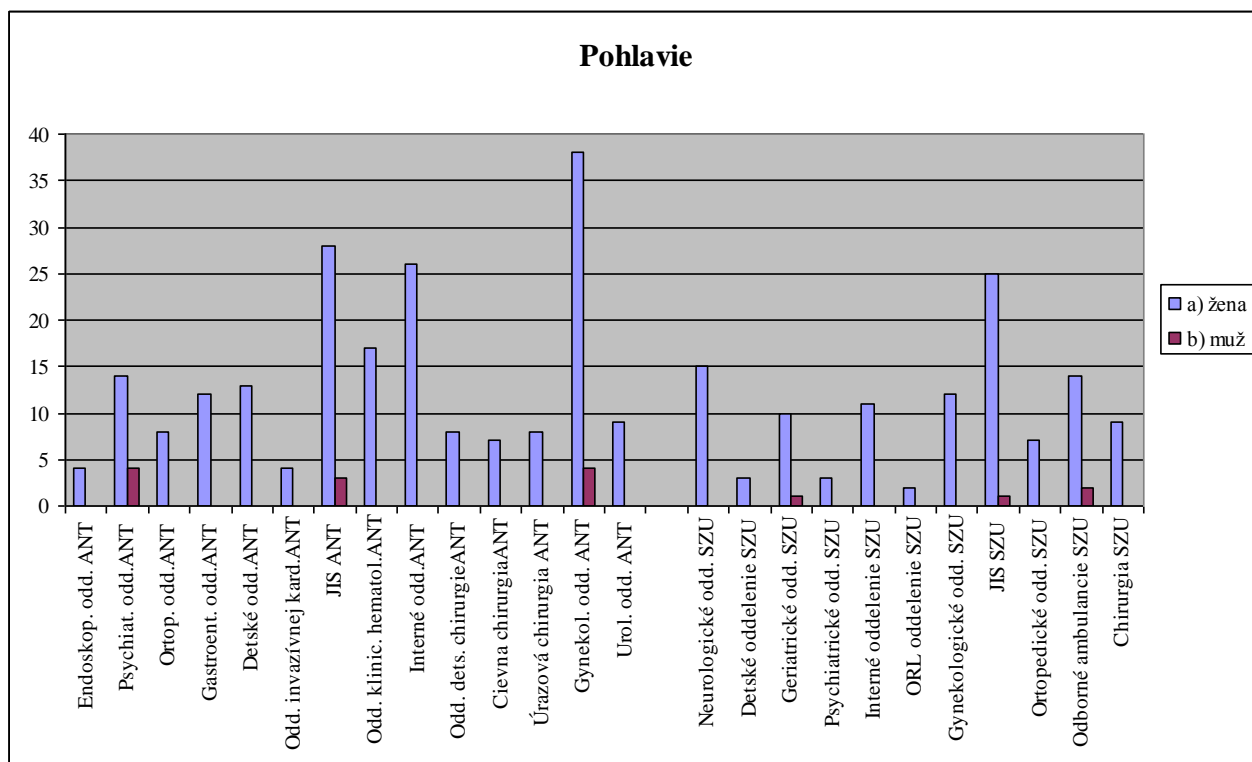
Prvou cieľovou skupinou bola skupina sestier z Fakultnej nemocnice s poliklinikou sv. Cyrila a Metoda Petržalka, Antolská č. 11, Bratislava v celkovom počte 207 respondentov.

Druhou cieľovou skupinou bola skupina sestier, ktoré študujú na Slovenskej zdravotníckej univerzite, Limbová 14, v Bratislave na I. stupni vysokoškolského štúdia Bc. Počet respondentov predstavoval 115 zúčastnených.

4. Prostriedok zberu údajov

Zisťovanie sme uskutočňovali pomocou štrukturovaného dotazníka. V úvodnom slove sme našich respondentov motivovali k pravdivému vyplneniu dotazníkov tým, že sme im zaručili diskretnosť osobných údajov. Naši respondenti sme vyberali podľa cieleného, stratifikovaného výberu. Pri osobnej návšteve pracovísk sme pozorovali vážnejší prístup respondentov SZU pri vyplňaní dotazníkov ako v nemocnici s poliklinikou na Antolskej ulici.

Graf. č. 1, „Pohlavie“

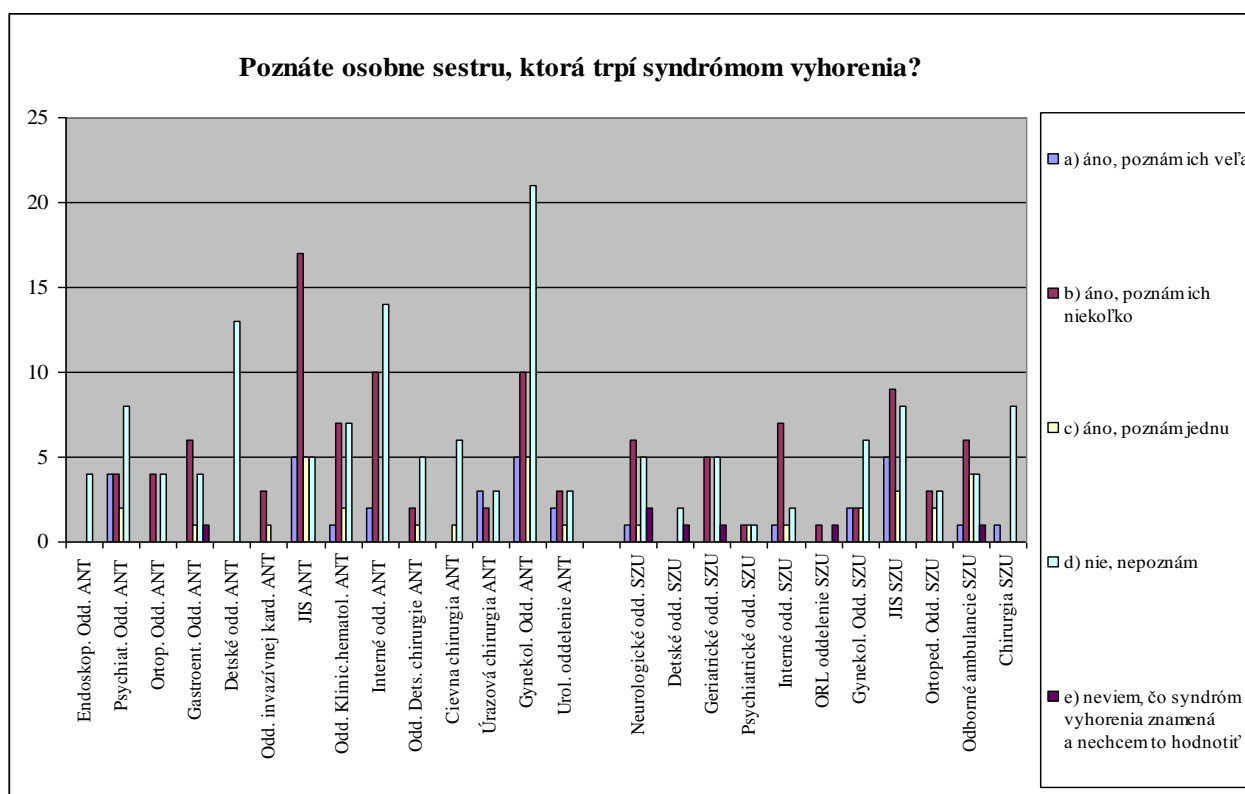


Z daného súboru respondentov sa zúčastnilo 207 pracovníkov z nemocnice na Antolskej ul., s ktorého počtu bolo 196 žien a 11 mužov. V percentuálnom vyjadrení to predstavuje 94,69% žien a 5,31% mužov.

S pracoviska SZU bolo 115 respondentov z toho 111 žien a 4 muži, čo v percentuálnom zobrazení predstavuje 96,52% žien a 3,48% mužov.

Z celkového počtu 322 respondentov z oboch pracovísk je 307 žien a 15 mužov. V percentuálnom vyjadrení to predstavuje 95,34% žien a 4,66% mužov. Z uvedeného vyplýva absolútna prefeminizovanosť žien. Nízke percento zastúpenia mužskej populácie v sledovaných pracovných zaradeniach je podľa nášho názoru v nízkom finančnom ohodnotení (neužil by rodinu) a v zaužívaných predstavách, ktoré predurčujú ženu vykonávať prácu, ako v patriarchálnej spoločnosti.

Graf č. 2, „osobne poznajú sestru trpiacu syn. vyhorenia, respondenti z nemocnice na Antolskej ul. a zo SZU spolu“



Z celkového počtu 322 respondentov znovu najviac 141 opýtaných, čo je 43,79% odpovedalo „nie, nepoznám“. Naopak 108 respondentov, čo je 33,54% odpovedalo „áno, poznám ich niekoľko“, 33 respondentov, čo je 10,25% odpovedalo „áno, poznám ich veľa“ a 33 respondentov, čo je 10,25% uvádza, že pozná 1 sestru trpiacu syndrómom vyhorenia. 7 respondentov, čo je 2,17% nevie, čo syndróm vyhorenia znamená a tento nechceli hodnotiť.

54,04% respondentov uviedlo, že vo svojom okolí pozná aspoň jednu sestru trpiacu syndrómom vyhorenia.

Výskum potvrdil, že viac ako polovica respondentov vo svojom okolí osobne pozná sestru trpiacu syndrómom vyhorenia,

Záver

Je nevyhnutné systémovo sa zamerať na prevenciu. Umožniť sestrám zúčastňovať sa jednotlivých špeciálnych kurzov zameraných na zvládanie a prevenciu syndrómu vyhorenia a podporovať všetky edukačné formy.

Výkon náročnej práce sestry pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti, ktorá predpokladá vynaloženie maximálneho úsilia, vyjadruje podporu relaxačných aktivít a vytvorenie tvorivého pracovného a spokojného osobného života.

Zoznam použitej literatúry:

1. GABURA, J. : Sociálne poradenstvo, Občianske združenie Sociálna práca, Bratislava 2005, 221 s., ISBN 80-89185-10-X
2. HARTL, P., HARTLOVÁ, H.: Psychologický slovník. 1. vyd. Praha: Portal, 2000. 774 s. ISBN 80-7178-303-X
3. JOBÁNKOVÁ, M. a kol.: Kapitoly z psychologie pro zdravotnické pracovníky. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 2002. 225 s. ISBN 80-7013-365-1
4. IVANOVÁ, K.: Využití metody kab při zjišťování přístupu jednotlivců k životnímu stylu. Zborník referátov z medzinárodnej konferencie, Sociálne dimenzie zdravotníctva, vyd. Sociologická spoločnosť pri SAV, 2005, s. 244, ISBN-80-85447-13-4

5. KOŠČ, M.: Základy psychológie. 3. vyd. Bratislava: SPN, 1998. 111 s. ISBN 80-08-02719-3
6. KRANJČEVIĆ S.S.: Zlatna knjiga hrvatskog pjesništva od početka do danas, Nakladny zavod Matice hrvatske, Zagreb 1971, s. 302-306.
7. KŘIVOHLAVÝ, J.: Jak nestratit nadšení. 1. vyd. Praha: Grada, 1998, 131 s. ISBN 80-7169-551-3
8. MOROVICSOVÁ, E.: Evalvačné prejavy v komunikácii sestry -pacient. ". In: Revue ošetrovateľstva, sociálnej práce a laboratórných metodík XII., 2006. č.1,s. 47-49. ISSN 1884-4371
9. BRUKKEROVÁ, D.: Sociológia zdravia a choroby. Bratislava: Slovenská Zdravotnícka Univerzita, HERBA s.r.o.. 2005. 64 s. ISBN 80-89171-29-X

Kontakt na autorky:

PhDr. Renata Knezović, PhD.

Sasinkova 2

LF UK Bratislava

813 72 Bratislava

renata.knezovic@fmed.uniba.sk

PhDr., Mgr. Rebeka Ralbovská, Ph.D.

Fakulta biomedicínskeho inženýrství

ČVUT v Praze

Fakulta biomedicínskeho inženýrství

ralbovska.rebeka@seznam.cz

PhDr. Anna Plačková, PhD.

Katolícka univerzita v Ružomberku

Fakulta zdravotníctva, Katedra fyzioterapie

Námestie A. Hlinku 48

034 01 Ružomberok

plackovaanna@azet.sk

ODOLNOST KRITICKÉ INFRASTRUKTURY V POJETÍ INFORMAČNÍHO SYSTÉMU

Ing. František Kovářik

MV – GŘ HZS ČR Institut ochrany obyvatelstva

Abstrakt:

Kritická infrastruktura je autonomní systém v systému infrastruktury společnosti. Principem ochrany infrastruktury je její odolnost a zvláště pak její jádro označované jako kritické. Odolnost má mnoho pojetí ve smyslu kontinuity adaptace na změny. Tento proces lze pojmut jako informační systém.

Klíčová slova: Kritická infrastruktura, odolnost, informační systém

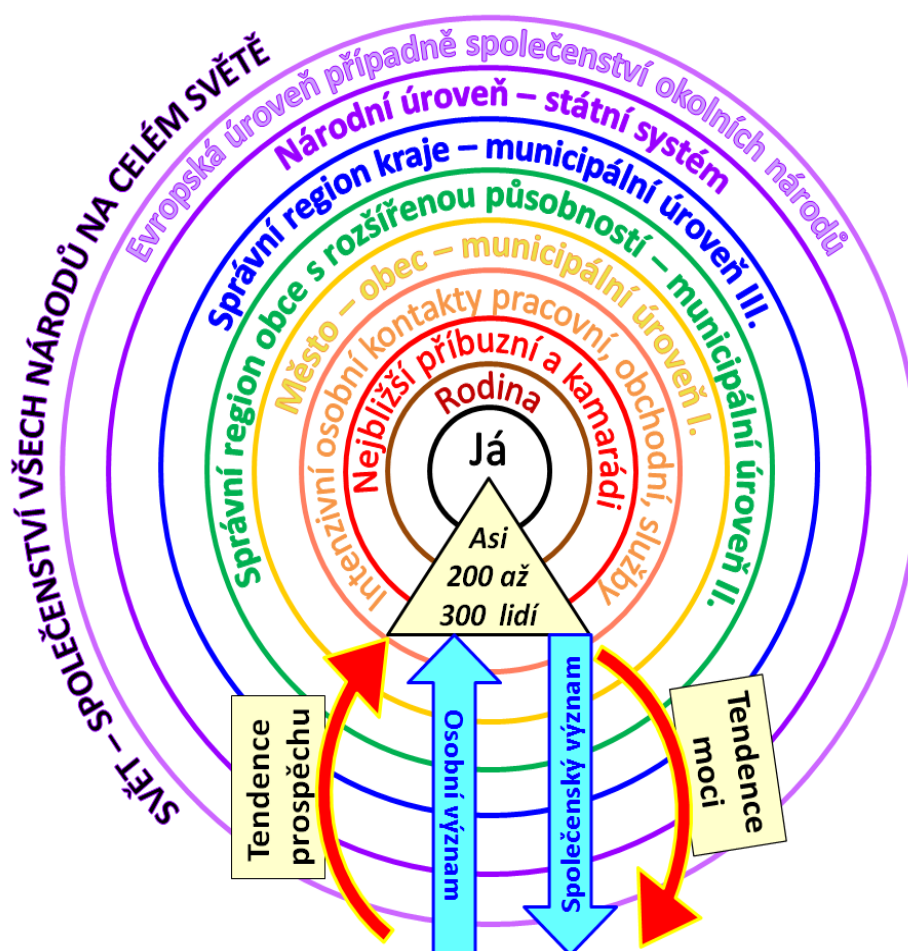
Abstract:

Critical infrastructure is an autonomous system in Infrastructure Systems Company. Infrastructure protection principles of its durability and especially their core known as critical. Resilience has many concepts in terms of continuity of adaptation to changes. This process from hold an information system.

Key words: Critical infrastructure, resilience, information system

Infrastruktura společnosti je přírodní systémový princip. Ten je přirozenou cestou adaptovaný do prostředí lidských vztahů. Je založený na komunikaci ve vztahu k symbiotickým procedurám služeb, které si lidé mezi sebou poskytují. Pod pojmem služba je přitom myšlena služba přímá, obecně přímá fyzická pomoc, nebo služba nepřímá, kdy poskytovatel služby svou prací nejprve působí prostřednictvím svých dovedností na zdroje, a ty mění na zboží, s kterým dále obchoduje. V přírodě je tento princip základním kamenem fungování ekosystémů. A tak jako v přírodě existuje určitá vyváženost daná teritoriální potřebou potravinové soběstačnosti živočichů kontra jejich druh a množství, tak v lidské infrastruktuře se tato paralela odráží v dlouhodobě budovaném systému vzájemně poskytovaných lidských potřeb. Z nich se pak dají sledovat další atributy jako například životní úroveň společenských vrstev, úroveň obchodní sféry, převažující průmyslová a zemědělská činnost apod.

Je zajímavé sledovat úrovně, nebo přesněji řečeno sféry existujících infrastruktur jako prolínajících se systémů, viz obr. č. 1.



Obr. č. 1 Sféry infrastruktury společnosti

Na obr. č. 1 je odhadnutý model, který může mít různá pojetí. V loňském roce jsem byl v Číně a v rámci svého pobytu jsem navštívil továrnu na zpracování nefritu - jadeitu. Z nefritu se vyrábí zajímavý symbol. Z jednoho kusu kamene jsou v sobě vyřezané perforované koule. Tento umělecký předmět v sobě nese skrytou symboliku sfér infrastruktury. Základní v sobě ponořené kuličky jsou tři. Uvnitř jsou děti, nad nimi rodiče a nad nimi prarodiče. Tento bábuškový systém jadeitových koulí má rekord 42 sfér viz ilustrační obr. č. 2 (zdroj: <http://www.odditycentral.com/pics/chinese-puzzle-balls-the-rubiks-cube-of-the-ancient-world.html>)



Obr. č. 2 Jadeitová kulička rodinného štěstí

Když jsem se v rámci bezpečnostního projektu zaměřeného na odolnost kritické infrastruktury začal zabývat principy odolnosti a terminologií odolnosti, bylo nutné překonat mnoho významových bariér tohoto slova. Proto jsem se nejprve orientoval na porovnání slova „odolnost“ s přírodními systémy. Jako logický systém jsem zvolil to co je nám nejbližší, a sice lidské tělo. Tímto jsem záhy mohl odložit různé matoucí termíny, jakými byly například robustnost, pružnost apod. a soustředit se jen na podstatu dějů, které v těle zabezpečují odolnost - adaptaci. Dospěl jsem k poznání, že lepší než používat slovo odolnost je zvolit slovo odolávání. Odolávání něčemu. A od tohoto už byl jen krůček k tomu, že odolávání je přirozený proces nastavený v těle tak, že se jedná o informační systém, který nepřetržitě monitoruje veškeré procesy v lidském těle. Lidské tělo je složenina nejrůznějších organizmů, které v konečném důsledku sami ze sebe vytvářejí jediný ucelený systém. Tedy autonomní symbiotický organický svět – osobnost člověka.

Informační systém těla je chemicko technologický aparát podněcující, možná trochu nepřesně především lymfatický systém (systém žláz), které ovlivňují nejrůznější vzruchy v těle a to od fyzických až po psychické. Přesněji asi nejdříve psychické a následně fyzické. Jsou i orgány, které zdánlivě pracují automaticky rytmicky, jako plíce, srdce, ale i tyto jsou silně ovlivňovány psychikou. Každý orgán má v těle svou specifickou funkci. Podobnost s infrastrukturou společnosti a potažmo s kritickou infrastrukturou je ohromující.

Kritická infrastruktura lidské společnosti je obrovský energetický kolos navazující svou funkčností na čerpání přírodních zdrojů. Kritická infrastruktura vlivem lidské práce

zdroje přetváří pro soubor lidských potřeb. Vše co může mít nějaký účel, význam nebo smysl pramení z přírodních zdrojů, včetně čisté energie.

Princip přeměny lidských zdrojů, přesněji lidmi využívaných zdrojů se odráží v technologiích a pro ně k tomuto vyrobených nástrojů původně také zdrojů. Tento okamžik je zajímavý v tom, že zde je vlastně skrytý princip technické evoluce. Evoluce, která slouží k tomu, aby lidské pozorování bylo natolik úspěšné, aby jej posunovalo k vyšší životní úrovni. Smyslem infrastruktury je růst životní úrovně.

Společenské struktury jako rezorty a správní úřady do určité míry kopírují funkčnost přírodních systémů zaměřenou na lidské potřeby. Jak bylo naznačeno, jedná se o technologický aparát. V principu jde o proces, kdy základní zdroj nebo jeho polotovary, vstupuje do technologického procesu recyklace s cílem výroby věcí nebo služeb. Pro tvorbu informačního systému se tedy děje to, že skládáním zdrojů vzniká jedinečný výrobek. Pokud tedy dokážeme pojmenovat jednotlivé soubory výrobků, pak dokážeme definovat všechny možné výrobní vstupy. Z těchto lze skládat systémové skupiny. Například v případě energií bude základní kategorie „energie“, tu budeme dělit dále na podkategorie „elektrická, tepelná, plyn, ropa apod.“ a ty pak dále například podle druhu surovin, vyroben čistých energií apod. Stejně tak lze provést ve všech odvětvích. Pro tvorbu informačního systému tak existují stavební kameny pro pozorování systému jako u organismu.

Protože různé zdroje mají různý životní význam pro lidstvo, je řada z nich klasifikována jako kritická. Pod pojmem kritický jsou myšleny veškeré zdroje, které mohou při své negaci či nefunkčnosti pro člověka narušit dosažené životní standardy lidí, běh společnosti a to tak, že lidé jsou ohroženi na životech, majetku a jím užívaném prostředí, které se pro ně stane nebezpečné, respektive nevyužitelné. Pro zajímavost uvádím, že při současném počtu lidí na Zemi připadá na osobu asi 3600 metrů čtverečných včetně pouští, hor a jiného průmyslově těžko využitelného prostředí. Pro občana v České republice je tato plocha asi 7000 metrů čtverečných. Zde je důkaz, že bez infrastruktury není schopno lidstvo existence. O toto prostředí se člověk samozřejmě dělí se vším co je na Zemi živé.

Z výše popsaného plyne, že i když lidská infrastruktura, která se vyvíjela po tisíce let, byla doposud schopná vlastního vývoje, došla dnes do bodu globálního přelidnění a je nutné zabývat se sestavením cíleného informačního systému pro zvyšování odolnosti kritické infrastruktury. V současnosti přebírá určitou divokou formu globálního systému internet. Pokud však budeme chtít cíleně odolnost infrastruktury řídit, nebude možné se bez expertního systému obejít. Schopnost pozorovatelnosti krizových tendencí v sociální, technologické i živelní oblasti ve vztahu ke zdrojům a životním podmínkám lidí je v současnosti poměrně kvalitní a

má mnoho integračních nástrojů jak tyto překlápet do analytických dat. Je tedy důležité přemýšlet o integraci integrit, tedy jinými slovy o stavbě systému systémů.

Za klíčový problém pro stavbu informačního systému považují současné pojetí zpolitizované společnosti, která je stále více paralyzována politickou demencí působící na řízení odborníků na rezortní a ostatní správní úrovni. Osobní zájmy často vítězí nad principy managementu a potencionální profesionální uživatelé nezátížených politikou klesají.

Zde bych chtěl zdůraznit, že nemá smysl budovat informační systém, pokud nebudou nastaveny úplné podmínky pro jeho existenci.

V rámci projektu jsme se pokusili sestavit rámcový algoritmus řízení odolnosti kritické infrastruktury v podmínkách České republiky. Myšlenkou bylo vytvořit gestorský avšak otevřený holistický systém napříč všem prvky kritické infrastruktury. Protože se jedná o řízení odolnosti, je základním vztahem řešení hrozeb kontra jednotlivé úrovně a podúrovně kódovaných vstupních prvků. V tomto příspěvku není dostatečný prostor pro vysvětlení algoritmu a proto ostatní jen rámcově.

Program by mohl být dotazovací, nebo sortovací systém, podle úrovně uživatelů a sestával by z těchto modulů:

1. Vztah prvky kritické infrastruktury versus hrozby
2. Vztah hrozby versus prvky kritické infrastruktury
3. Přehled subjektů kritické infrastruktury
4. Přehled gestorů, garantů nebo správců prvků oblastí nebo jednotlivých prvků kritické infrastruktury
5. Statistika versus kritické infrastruktury
6. Všechnálek o kritické infrastrukturu
7. Poptávka veřejnosti po funkcích prvků kritické infrastruktury
8. Znalci v oboru
9. Mapa GIS
10. Editace dat
11. Vzdělávání
12. Legislativa

Každá skupina je mezi sebou provázána tak, aby používaná data byla ukládána na jednom specifickém místě v programu v oblasti databázi - sestav, mapových podkladů, textových zpráv a webových informačních zdrojů. Uživatel postupně prochází jemu specifické oblasti a hledá analytické podklady, edituje informace apod. Je předpoklad, že pokud by byl systém

v budoucnu napojen na online sledování například vlivů počasí na těžbu zdrojů, na zásoby a dostupnost obnovitelných a neobnovitelných zdrojů, nákupních tendencí lidí, kteří v konečném důsledku nejvíce ovlivňují trh a tím i tvorbu hrubého hospodářského produktu země apod., mohl by se systém chovat i jako automaticky výstražný a analytický. Byla by to velká podpora pro plánování odolnosti kritické infrastruktury.

Závěr:

Historie informačních systémů na strategické úrovni neměla a nemá v České republice právě příznivý vývoj. Například krizový informační systém České republiky se doposud nepodařilo prosadit a existují spíše systémy na municipální úrovni. Vše špatné je pro něco dobré. Domnívám se, že informační systém zaměřený na odolnost kritické infrastruktury by mohl krizový informační systém nahradit a pravděpodobně by byl i efektivnější. Je zde také šance více propojit bezpečnostní výzkum, praxi a vzdělávání do jedné platformy.

Seznam použité literatury:

1. Martin HROMADA a kolektiv, Ochrana kritické infrastruktury ČR v odvětvích energetiky, SPBI, Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, monografie, 2014, ISBN 978-80-7385-144-6, Tiskárna Kleinwachter Frýdek Místek
2. Luděk LUKÁŠ a kolektiv, Bezpečnostní technologie, systémy a management I., Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, monografie, 2011 SBN 978-80-87500-35-4, Nosova Tiskárna Brno
3. Luděk LUKÁŠ a kolektiv, Bezpečnostní technologie, systémy a management III., Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, monografie, 2011 SBN 978-80-87500-05-7, Nosova Tiskárna Brno
4. Jiří ŠTĚTINA a kolektiv, Zdravotnictví a integrovaný záchranný systém při hromadných neštěstích a katastrofách, Grada 2014, ISBN 978-80-247-4578-7

Kontakt na autora:

Ing. František Kovářík

MV – GŘ HZS ČR Institut ochrany obyvatelstva

Pracoviště edukace a strategií, Na Lužci 204, Lázně Bohdaneč 533 41

frantisek.kovarik@ioolb.izscr.cz

SPECIFIKA PERIOPERAČNÍ PÉČE O OSOBY SE SLUCHOVOU DISABILITOU

Bc. Petra Kubíčková, Mgr. Markéta Moravcová
Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií

Abstrakt: Presentované výsledky jsou součástí výzkumu zaměřeného na specifika perioperační péče o osoby s různým typem disabilit v rámci Studentské grantové soutěže Univerzity Pardubice. Příspěvek prezentuje část výsledků výzkumu, které se týkají péče o osoby se sluchovou disabilitou.

Klíčová slova: perioperační péče, sluchová disabilita, specifika

Abstract: The presented results are a part of a research focused on the specifics of perioperative care for people with different types of disability in the context of the Student Grant Competition University of Pardubice. This article presents a part of the results of the research, which is included „Specifics of perioperative care about hearing-impaired patient.“

Keywords: perioperative care, hearing disability, specifics

Jeden z našich nejdůležitějších smyslů je sluch. Pomocí sluchu můžeme přijímat až 60 % informací z okolí. Nepoškozený sluch je považován za nezbytný předpoklad pro komunikaci, proto jeho poškození představuje obrovskou komunikační bariéru. Následně tato ztráta může představovat negativní dopad na celou osobnost člověka a kvalitu života. Společně s komunikací jsou dále ohroženy poznávací schopnosti, citová, sociální a psychická oblast a v neposlední řadě orientace v prostoru (Eliášová, 2012, s. 21). Perioperační péči definujeme jako péči před operačním výkonem, v průběhu a bezprostředně po něm (Wendsche, 2012, s. 13). Jedná se o vysoce specializovanou péči, kterou zastává vyškolený a specializovaný personál, do kterého zařazujeme anesteziologické sestry a porodní asistentky v perioperační péči (Jedličková, 2012, s. 3). Specifika perioperační péče u osob se sluchovou disabilitou personál a adekvátní systémová opatření v rámci daného zdravotnického zařízení.

Cíl práce: Cílem studie bylo zjistit, jak jsou oslovené české nemocnice připraveny na pobyt pacienta se sluchovou disabilitou.

Metodika: Pro účely sběru dat byl v únoru 2014 vytvořen dotazník zaměřující se na vybrané typy disabilit. Byl sestaven za pomoci Národní rady osob se zdravotním postižením České republiky. Dotazník byl rozdělen na dvě části. První část se zabývala získáním základních údajů o jednotlivých zařízeních, v nichž bylo výzkumné šetření prováděno, druhá část se už specializuje na jednotlivé typy disabilit. Autorky se v tomto příspěvku zaměřují pouze na druhou část dotazníku. Dle informací Ústavu zdravotnických informací a statistiky České republiky (2014) bylo na území České republiky evidováno k 31. 12. 2013 celkem 188 nemocnic. V rámci výzkumu byla oslovena všechna tato zařízení. V prvním kole (červen 2014) byla zařízení oslovena elektronicky a byla jim zaslána elektronická verze dotazníku. V druhém kole (červenec 2014) byla tato zařízení oslovena písemně a byla jim zaslána tištěná verze dotazníku. V tomto případě byla vždy přiložena odpovědní ofrankovaná obálka. K datu 31. 7. 2014 se vrátilo celkem 110 dotazníků, návratnost tedy činí 58,5 %. Tento příspěvek byl zpracován pouze na základě 89 dotazníků. Vzhledem k zaměření našeho výzkumného šetření byly vyřazeny nemocnice, které neposkytují perioperační péči. Výsledky byly následně zpracovány pomocí deskriptivní statistiky.

Výsledky výzkumu:

První část dotazníku je určena na získání informací o zkoumaných souborech formou obecných otázek. Do výzkumu bylo zahrnuto 188 nemocnic České republiky, z nichž 9 jich bylo fakultních. Jako nejčastější zřizovatel nemocnic byl uváděn kraj, druhým nejčastějším bylo město a obce, na třetím místě jsou jiné právnické osoby. Z uvedených 89 nemocnic bylo 41 nemocnic, které měly akreditaci spojené akreditační komise (SAK), zbylých 48 tuto akreditaci nemělo. Medián počtu hospitalizovaných pacientů byl 15 935, medián počet operovaných pacientů byl 5368.

Níže uvádíme stěžejní vybrané výsledky týkající se komunikace a jejího zajištění s osobami se sluchovou disabilitou ve sledovaných zařízeních.

Otázka č. 1: Podávání informací o léčbě a lécích v písemné formě

Tab. 1 Informace o léčbě a lécích

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Ano	77	86,5
Ne	12	13,5
Celkem	89	100

Z výsledků vyplývá, že 77 nemocnic (86,5 %) klientům se sluchovou disabilitou podává informace o léčbě a lécích v písemné formě a 12 nemocnic (13,5 %) informace ne.

Otázka č. 2: Jednoduché informační tabule

Tab. 2 Informační tabule

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Ano	80	89,9
Ne	9	10,1
Celkem	89	100

Z celkového počtu hodnocených nemocnic 80 nemocnic (89,8 %) využívá jednoduché informační tabule pro osoby se sluchovou disabilitou a pouze 9 (10,1 %) nemocnic jednoduché informační tabule nepoužívá.

Otázka č. 3: Vyškolený personál pro komunikaci s osobou se sluchovým handicapem

Tab. 3 Vyškolený personál

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Ano	49	55,1
Ne	40	44,9
Celkem	89	100

Z tabulky vyplývá, že z 89 nemocnic 49 (55,1 %) odpovědělo, že daná nemocnice má vyškolený personál pro komunikaci s osobou se sluchovou disabilitou a 40 (44,9 %) nemocnic vyškolený personál nemá.

Otázka č. 4: Možnost využití služeb tlumočnicka

Tab. 4 Využití služeb tlumočnicka

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Ano	70	78,7
Ne	19	21,3
Celkem	89	100

Přítomnost tlumočnicka je v řadě případů ve zdravotnickém zařízení pro osoby se sluchovou disabilitou bezesporu přínosem. Celkem 70 nemocnic (78,7 %) odpovědělo, že je možný doprovod tlumočnicka s osobou se sluchovým handicapem. Pouze 19 (21,3 %) nemocnic uvedlo, že tlumočnické služby nezajišťuje, ale nebylo však patrné, že by tlumočnické služby v případě doprovodu pacienta odmítli.

Otázka č. 5: Využití tabletu při komunikaci

Tab. 5 Tablet při komunikaci

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Ano	58	65,2
Ne	31	34,8
Celkem	89	100

Odpovědi na otázku, zda nemocnice využívají tablet při komunikaci s osobou se sluchovou disabilitou, uvádí, že 58 (65,2 %) zařízení využívá tablet při komunikaci a 31 (34,8 %) tablet při komunikaci nevyužívají.

Otázka č. 6: Možnost doprovodu (asistenta) při hospitalizaci

Tab. 6 Doprovod

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Ano	82	92,1
Ne	7	7,9
Celkem	89	100

Většina nemocnic 82 (92,1 %) souhlasí s tím, aby osoba se sluchovou disabilitou měla doprovod a pouze 7 zařízení (7,9 %) s doprovodem nesouhlasí.

Otázka č. 7: Znalost znakového jazyka

Tab. 7: Znalost znakového jazyka

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Ano	28	31,5
Ne	61	68,5
Celkem	89	100

Z celkového počtu 89 oslovených nemocnic pouze 28 (31,5 %) uvedlo, že personál ovládá znakový jazyk. Zbýlá část 61 (68,5 %) zařízení znakový jazyk neovládá.

Závěr: Z výsledků výzkumu vyplývá, že velkým pozitivem hodnocených nemocnic je to, že většina toleruje doprovod asistenta během hospitalizace. Ve velké většině také nemocnice souhlasí s využitím tlumočnických služeb a využití tabletu pro komunikaci. Zmíněné služby jsou na řadě pracovišť ovlivněny jednoznačně i finanční náročností. Je pozitivem, že poměrně velká část oslovených nemocnic je ochotna do těchto služeb investovat. Výsledky výzkumu také znázorňují, že zdravotnický personál podává informace o léčbě a lécích v písemné formě pro osoby se sluchovou disabilitou a ve většině nemocnic lze nalézt jednoduché informační tabule pro pacienty se sluchovým handicapem. Na druhou stranu za velký nedostatek je považována neznalost znakového jazyka zdravotnického personálu, který by usnadnil lepší komunikaci mezi pacientem a lékařem či zdravotní sestrou. Musíme však brát v potaz i fakt, že znalost znakového jazyka je vysoce specializovanou dovedností a nelze předpokládat, že bude běžnou dovedností veškerého personálu zdravotnických zařízení. Z výzkumu také vyplývá, že v mnohých nemocnicích personál není vyškolen pro komunikaci s osobou se sluchovou disabilitou. V případě specifické komunikace se jednoznačně přikláníme k názoru, že v základních kompetencích zdravotníků je zakomponována a tudíž by měla být jednoznačně užívána, dovednost komunikace i v případě specifík u vybraných skupin klientů. Zdravotnický personál by měl být více připraven na komunikaci s osobami jak se sluchovou, tělesnou, zrakovou či jinou disabilitou. Pacientům s daným handicapem adekvátní komunikace se zdravotnickým personálem umožní pocit klidu a celkově lepší adaptaci na nové prostředí a novou situaci. V neposlední řadě je nutné péči o klienty s různým typem disability ve zdravotnických zařízeních podpořit systémově a v neposlední řadě i finančně.

Seznam použité literatury:

- 1) ELIÁŠOVÁ, Anna. *Komunikácia zdravotníckeho pracovníka se sluchovo postihnutými*. Prešov: Prešovská univerzita, Fakulta zdravotníctva: 2010. ISBN 978-80-555-0271-7.
- 2) JEDLIČKOVÁ Jaroslava; MRÁZEK Jiří a Marie LINDOVSKÁ. *Ošetrovatelská perioperační péče: medicínské a sociální aspekty sluchových vad*. 1. vyd. Brno: Ostravská univerzita, 2012, 268 s. ISBN 978-807-0135-433.
- 3) WENDSCHE, Peter; POKORNÁ Andrea a Ivana ŠTEFKOVÁ. *Perioperační ošetrovatelská péče*. 1. vyd. Praha: Galén, 2012. 268 s. ISBN 978-807-2628-940.

Kontakt na autorky:

Bc. Petra Kubíčková

Fakulta zdravotnických studií, Univerzita Pardubice

Průmyslová 395

532 10 Pardubice

Email:petula.kubickova@seznam.cz

Mgr. Markéta Moravcová

Fakulta zdravotnických studií, Univerzita Pardubice

Průmyslová 395

532 10 Pardubice

Tel: 466037754

Email: marketa.moravcova@upce.cz

SPECIFIKA PERIOPERAČNÍ PÉČE U OSOB S TĚLESNOU DISABILITOU

PhDr. Marie Macková, Ph.D., Bc. Barbora Janáková, Bc. Barbora Zounková,
Bc. Petra Kubíčková

Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií

Abstrakt: Příspěvek prezentuje část výsledků výzkumu, který byl proveden v rámci Studentské grantové soutěže a je zaměřen na specifika perioperační péče u pacientů s vybranými typy disabilit. Tento příspěvek se věnuje tělesné disabilitě. Výsledky ukazují, že Nejčastějším nedostatkem v této oblasti je chybějící protiskluzová podlaha, neproškolení personálu v manipulaci s pacientem s tělesným postižením a nemožnost hospitalizace s asistenčním psem.

Klíčová slova: perioperační péče, tělesná disabilita, specifika

Abstract: The paper presents results of the research, which was conducted under the Student Grant Competition and focuses on the specifics of perioperative care of patients with selected disabilities. This paper is dedicated to physical disability. The results show that the most common deficiency in this area is the lack of non-slip floor, untrained staff in handling a patient with physical disabilities and inability to hospital with guide dog.

Key words: perioperative care, physical disability, specifics

Úvod: V České republice žije deset milionů obyvatel a každý desátý trpí nějakou zdravotní disabilitou. Co se týče rozdělení zdravotních disabilit, je odborná veřejnost nejednotná. Naše rozdělení vychází z dělení užívaného Národní radou zdravotně postižených. Mezi osoby s tělesnou disabilitou řadí i osoby, které trpí vnitřním onemocněním, protože často ani sami tyto osoby si nejsou jisty, zda tvoří zvláštní skupinu osob s disabilitou nebo ne.

Perioperační péči definujeme jako péči před operačním výkonem, v průběhu a bezprostředně po něm (Wendsche, 2012, s. 13). Perioperační péče je ovšem pojem, který může být chápán dvěma různými způsoby. První, užší vymezení, se zabývá pouze péčí těsně před operací,

během operace a krátce po ní. Druhé (širší) vymezení chápe perioperační péči jako péči od přijetí do nemocnice až po propuštění pacienta do domácího ošetření. V našem příspěvku chápeme perioperační péči v širším slova smyslu.

Cíl práce: Cílem studie bylo zjistit, jak jsou české nemocnice připraveny na pobyt pacienta s tělesnou disabilitou.

Metodika: Pro účely sběru dat byl v únoru 2014 vytvořen dotazník zaměřující se na vybrané typy disabilit. Byl sestaven za pomoci Národní rady osob se zdravotním postižením České republiky. Dotazník byl rozdělen na dvě části. První část se zabývala získáním základních údajů o jednotlivých zařízeních, v nichž bylo výzkumné šetření prováděno, druhá část se už specializuje na jednotlivé typy disabilit. Autorky se v tomto příspěvku zaměřují pouze na druhou část dotazníku. Dle informací Ústavu zdravotnických informací a statistiky České republiky (2014) bylo na území České republiky evidováno k 31. 12. 2013 celkem 188 nemocnic. V rámci výzkumu byla oslovena všechna tato zařízení. V prvním kole (červen 2014) byla zařízení oslovena elektronicky a byla jim zaslána elektronická verze dotazníku. V druhém kole (červenec 2014) byla tato zařízení oslovena písemně a byla jim zaslána tištěná verze dotazníku. V tomto případě byla vždy přiložena odpovědní ofrankovaná obálka. K datu 31. 7. 2014 se vrátilo celkem 110 dotazníků, návratnost tedy činí 58,5 %. Tento příspěvek byl zpracován pouze na základě 89 dotazníků. Vzhledem k zaměření našeho výzkumného šetření byly vyřazeny nemocnice, které neposkytují perioperační péči. Výsledky byly následně zpracovány pomocí deskriptivní statistiky.

Výsledky výzkumu: První část dotazníku je určena na získání informací o zkoumaných souborech formou obecných otázek. Do výzkumu bylo zahrnuto 89 nemocnic České republiky, z nichž 9 jich bylo fakultních. Jako nejčastější zřizovatel nemocnic byl uváděn kraj, druhým nejčastějším bylo město a obce, na třetím místě jsou jiné právnické osoby. Z uvedených 89 nemocnic bylo 41 nemocnic, které měly akreditaci spojené akreditační komise (SAK), zbylých 48 tuto akreditaci nemělo. Medián počtu hospitalizovaných pacientů byl 15 935, medián počet operovaných pacientů byl 5368. Níže uvádíme vybrané výsledky týkající se pobytu pacienta s tělesnou disabilitou v nemocničních zařízeních.

Otázka č. 1: Zajištění prostorové bezbariérovosti

Tab. 1 Prostorová bezbariérovost

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Ano	79	88,8
Ne	10	11,2
Celkem	89	100,0

Z tabulky č.1 vyplývá, že 79 nemocnic (88,6 %) je prostorově bezbariérových a 10 (11,2 %) sledovaných nemocnic není prostorově bezbariérových.

Otázka č. 2: Zajištění bezbariérové toalety

Tab. 2 Bezbariérová toaleta

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Ano	80	89,9
Ne	9	10,1
Celkem	89	100,0

Z tabulky č. 2 vyplývá, že z celkového počtu hodnocených nemocnic 80 nemocnic (89,8 %) má bezbariérovou toaletu a pouze 9 (10,1 %) nemocnic tyto bezbariérové toalety nemá.

Otázka č. 3: Zajištění výškově nastavitelného lůžka

Tab. 3 Výškově nastavitelné lůžko

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Ano	72	80,9
Ne	17	19,1
Celkem	89	100,0

Z tabulky č. 3 vyplývá, že z 89 nemocnic 72 (80,9 %) odpovědělo, že daná nemocnice má výškově nastavitelná lůžka a 17 (19,1 %) nemocnic je nemá.

Otázka č. 4: Zajištění polohovacího lůžka

Tab. 4 Polohovací lůžko

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Ano	81	91,0
Ne	8	9,0
Celkem	89	100,0

Z tabulky č. 4 vyplývá, že 81 (91,0 %) sledovaných nemocnic má polohovací lůžko a pouze 8 (9,0 % nemocnic) toto lůžko nemá.

Otázka č. 5: Zajištění protiskluzové podlahy

Tab. 5 Protiskluzová podlaha

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Ano	56	62,9
Ne	33	37,1
Celkem	89	100,0

Z tabulky č. 5 vyplývá, že 56 (62,9 %) nemocnic má protiskluzovou podlahu a 33 (37,1 %) nemocnic nemá protiskluzovou podlahu.

Otázka č. 6: Zajištění vyškoleného personálu pro manipulaci s osobou s tělesnou disabilitou

Tab. 6 Vyškolený personál pro manipulaci s osobou s tělesnou disabilitou

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Ano	59	66,3
Ne	30	33,7
Celkem	89	100,0

Z tabulky č. 6 vyplývá, že 59 (66,3 %) nemocnic má personál vyškolený pro manipulaci s osobou s tělesnou disabilitou a 30 (33,7 %) nemocnic nemá takto proškolený personál.

Otázka č. 7: Zajištění možnosti doprovodu asistenta

Tab. 7: Možnost doprovodu

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Ano	85	95,5
Ne	4	4,5
Celkem	89	100,0

Z tabulky č. 7 vyplývá, že 85 (95,5 %) nemocnic umožňuje doprovod asistentem a pouhé 4 (4,5 %) nemocnic toto neumožňuje.

Otázka č. 8: Zajištění možnosti doprovodu asistenta při hospitalizaci

Tab. 8: Možnost doprovodu asistenta při hospitalizaci

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Ano	80	89,9
Ne	9	10,1
Celkem	89	100,0

Z tabulky č. 8 vyplývá, že 80 (89,9 %) nemocnic umožňuje doprovod asistentem během hospitalizace a pouhých 9 (10,1 %) nemocnic toto neumožňuje.

Otázka č. 9: Zajištění možnosti hospitalizace s asistenčním psem

Tab. 9: Možnost hospitalizace s asistenčním psem

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Ano	56	62,9
Ne	33	37,1
Celkem	89	100,0

Z tabulky č. 9 vyplývá, že 56 (62,9 %) nemocnic umožňuje hospitalizaci s asistenčním psem a 33 (37,1 %) nemocnic ne.

Otázka č. 10: Zajištění možnosti bezplatného parkování automobilu v areálu nemocnice při hospitalizaci

Tab. 10: Možnost bezplatného parkování automobilu v areálu nemocnice během hospitalizace

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Ano	55	61,8
Ne	34	38,2
Celkem	89	100,0

Z tabulky č. 10 vyplývá, že 55 (61,8 %) nemocnic umožňuje bezplatné parkování v areálu nemocnice během hospitalizace a 34 (38,2 %) nemocnic toto neumožňuje.

Závěr: Výsledky ukazují, že připravenost českých nemocnic na pobyt pacienta s tělesnou disabilitou je velmi dobrá. Nedostatky byly zjištěny pouze u proškolení personálu v manipulaci s pacientem s tělesnou disabilitou. A nemožnosti hospitalizace s asistenčním psem. Řada nemocnic rovněž uváděla, že nemají protiskluzovou podlahu. Vzhledem k těmto výsledkům bych doporučovala zaměřit se v rámci celoživotního vzdělávání nelékařských profesí právě na manipulaci s pacientem s tělesnou disabilitou. Rovněž by bylo vhodné přehodnotit možnost hospitalizace pacienta s asistenčním psem. Toto právo je uzákoněno v Zákonu o zdravotních službách, který vstoupil v platnost 1.4.2012.

Seznam použité literatury:

1. Nemocnice v České republice v roce 2013. ÚZIS. [online]. 2014 [cit. 2014-04-09]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/registry/dalsi-registry/registr-zdravotnickych-zarizeni>
2. Zdravotně postižení občané. NRZP. [online]. 2014 [cit. 2014-04-09]. Dostupné z: <http://www.nrzp.cz/homepage.html>
3. WICHISOVÁ, Jana, PŘIKRYL, Petr, POKORNÁ, Renata a Zuzana BITTNEROVÁ. Sestra a perioperační péče. 1. vyd. Praha: Grada, 2013, 192 s. ISBN 978-802-4737-546.

Kontakt na autorky:

PhDr. Marie Macková, Ph.D.

Fakulta zdravotnických studií, Univerzita Pardubice

Průmyslová 395

532 10 Pardubice

Tel: 775 224 962

Email:marie.mackova@upce.cz

Bc. Barbora Janáková

Fakulta zdravotnických studií, Univerzita Pardubice

Průmyslová 395

532 10 Pardubice

Email: barcajanakova@seznam.cz

Bc. Barbora Zounková

Fakulta zdravotnických studií, Univerzita Pardubice

Průmyslová 395

532 10 Pardubice

Email:barborazounkova@seznam.cz

Bc. Petra Kubíčková

Fakulta zdravotnických studií, Univerzita Pardubice

Průmyslová 395

532 10 Pardubice

Email:petula.kubickova@seznam.cz

AKÚTNE STAVY SPOJENÉ S ASTMA BRONCHIALE V PRVOM KONTAKTE

Prof. MUDr. Oto Masár, Ph.D.¹, PhD., MUDr. Ivan Marget²

1. Klinika urgentnej a všeobecnej medicíny LF UK a UNM MB Bratislava
2. OAIM Špecializovaný ústav respir. chorôb Sv. Svorada Nitra

Astmatický záchvat, vo svojej najťažšej forme status astmaticus, je život ohrozujúci stav, ktorý môže vzniknúť náhle, bez akýchkoľvek prodrómov a u pacientov bez akejkoľvek anamnézy alergie, respektíve astmy bronchiale. Lekári prvého kontaktu, respektíve posádky RLP sú konfrontované so závažným stavom, ktorý môže počas niekoľkých minút vyústiť do zástavy dýchania a obehu.

Patofyziologicky je pre túto klinickú jednotku charakteristické:

- bronchospazmus,
- edém sliznice,
- stáza hlienu.

Príznaky klinicky závažnej akútnej astmy (prvých päť príznakov je ľahko hodnotiteľných i v teréne):

1. **dýchavica** – pacient nedokáže vypovedať vetu na jedno nadýchnutie,
2. **dychová frekvencia nad 25/min,**
3. **ortopnoe,**
4. **predĺžené expírimum s piskotmi a vrzgotmi,**
5. **pulzová frekvencia nad 110/min,**
6. **vrcholová výdychová rýchlosť (PEF) menej než 50% normy.**

Nález v krvných plynach pri astme ohrozujúcej život charakterizuje:

PaCO₂ > 8 kPa, PaO₂ < 8 kPa, nízke pH- respiračná acidóza.

Liečba

V prednemocničnej starostlivosti u pacientov s ťažkým astmatickým stavom, ktorí nie sú bezprostredne ohrození na živote sa snažíme stav zvládnuť ambulantne. Ak dôjde po liečbe k výraznej subjektívnej úľave, zníženiu dychovej frekvencie, tachykardii a ústupu expiračných fenoménov, môžeme pacienta ponechať v domácom ošetrovaní. U život ohrozujúceho astmatického stavu po začatí liečby na mieste, pacienta vždy transportujeme na hospitalizáciu.

Základná liečba spočíva v **podávaní O₂, inhalačných beta-mimetík a kortikosteroidov**. O₂ podávame v koncentrácii 40- 60% (maskou, predohriaty a zvlhčený). Liekom prvej voľby sú **beta2 mimetiká** v inhalačnej forme. Najčastejšie podávame salbutamol (v maximálnej jednotlivej dávke 5 mg) a fenoterol (do 1mg).

Kortikosteroidy - podávame minimálne 200 mg hydrokortizónu, či minimálne 60 – 80 mg metylprednizolónu. Ak sa stav nezlepší, je možné po 30 minútach opakovať inhaláciu beta2 mimetiká alebo podať **anticholinergikum** (ipratropium bromid 0,5 mg v jedn.d.), ak nebolo predtým podané s beta2 mimetikom (preparát Berodual).

Vzhľadom k značnému rozšíreniu inhalačných prípravkov dlhodobo liečení astmatici sú často predávkovaní beta2 mimetikami a odborná pomoc je prvolaná až potom, keď nedošlo k zlepšeniu stavu.

Ak nehrozí klinické nebezpečenie predávkovania, podávame pacientom, ktorí ho v posledných 12 hodinách nepoužili, **teofylín** v bolusovej dávke 5,6 mg/kg. Účinok tohto lieku sa zvyšuje pri pečenej ochoreniach a srdcovej nedostatočnosti, u fajčiarov má naopak kratšiu dobu eliminácie.

Doplňkovou liečbou je **horčík** (najskôr vo forme MgSO₄).

Beta2 mimetiká je možné podávať intravenózne - terbutalín v kontinuálnej infúzii 1,5- 5ug/min., alebo priamo v bólusoch, adrenalín 0,1- 0,5mg v 30-minútových intervaloch.

Umelá pľúcna ventilácia je poslednou možnosťou liečby pacientov, kde farmakoterapia zlyhala. Rozhodnutie u umelej pľúcnej ventilácii je najmä u starších a polymorbných pacientov závažné, hlavne v prípade umelej pľúcne ventilácie s intubáciou. Je preto vhodné uvažovať o neinvazívnej ventilácii maskou, pokiaľ sa nám závažný stav takto podarí zvládnuť. Pochopiteľne pri status astmaticus s vysokým stupňom obštrukcie (až tzv. nemým hrudníkom) je spravidla jedinou cestou intubácia.

Záver:

Prevenca akútnych stavov spojených s astmou bronchiale, zostáva najdôležitejším terapeutickým postupom. Súčasné farmaceutické prípravky minimalizujú výskyt ťažkých, životohrozujúcich stavov. Možno i to je jedným z dôvodov, prečo sa tieto závažné stavy podceňujú a adekvátne liečba nie je zahájená včas. Narastajúci počet astmatikov však núti túto problematiku pripomínať a zabezpečiť adekvátne teoretické i praktické vzdelávanie lekárov, ale i záchranárov tak, aby sa bola zabezpečená m

Kontakt na autora:

Prof. MUDr. Oto Masár, Ph.D.

Klinika urgentnej a všeobecnej medicíny LF UK a UNM MB Bratislava

KOMPARACE ABUSU ALKOHOLU U KLIENTŮ V PŘEDNEMOCNIČNÍ NEODKLADNÉ PÉČI V ČESKÉ REPUBLICE A V PORTUGALSKU

PhDr. Martina Muknšnáblová^{1,3}, Richard Urban, DiS.^{2,3}

¹Univerzita Karlova v Praze; ²ČVUT v Praze; ³Vyšší odborná škola Mills, s.r.o

Abstrakt

Odborná práce je cílena na problematiku abusu alkoholu, závislosti na alkoholu včetně její diagnostiky, léčby i prevence. Dále pak na epidemiologii v rámci populace ČR a popis trendů v konzumaci alkoholu napříč Evropskou Unií. Popsána jsou i možná somatická i psychická onemocnění vyvolaná nadměrnou konzumací alkoholu, včetně akutní intoxikace alkoholem a její terapie. Podstatným zkoumaným faktorem je také agresivita klientů vůči zdravotnickému personálu v přednemocniční neodkladné péči. **Zvolené proměnné ve vztahu k alkoholu v přednemocniční péči jsou porovnávány mezi českou a portugalskou strukturou respondentů.**

Klíčová slova: Abúzus alkoholu, alkoholismus, alkohol u dětí a mládeže, alkohol v přednemocniční neodkladné péči, agresivní pacient, konzumace alkoholu v EU.

Abstract

This thesis deals with the problems of alcohol abuse, alcohol addiction, its diagnosis, treatment and alcohol abuse prevention. Furthermore, epidemiology within the Czech population and the description of trends in alcohol consumption across the European Union are mentioned. Possible somatic and psychological damage caused by excessive alcohol consumption including acute alcohol intoxication and its treatment is described. In research investigation of important variables in relation to clients in pre-hospital emergency care who are under the influence of alcohol in Portugal and the Czech Republic is carried out.

Key words: Alcohol abuse, alcoholism, alcohol among children and youth, alcohol in pre-

hospital emergency care, aggressive patient, alcohol consumption in the EU.

V posledních letech zdánlivě přibývá počet lidí chovajících se rizikově ve vztahu k alkoholu. V důsledku excesivních projevů tohoto fenoménu by se tento zdánlivý nárůst měl ve velké míře projevit v takzvané „první linii“, konkrétně pak u výjezdů zdravotnické záchranné služby ke klientům, u nichž má zdravotnická intervence souvislost právě s požitím alkoholu.

Takový klient přináší jistá rizika pro posádky zdravotnického a dalšího zasahujícího personálu na místě události, konkrétně pak ve smyslu agresivity vůči svému okolí, což je stále více diskutovaným tématem laické i odborné veřejnosti. Dalším stěžejním aspektem je skutečnost, že si takový klient svým rizikovým chováním poškozuje nejen samotný organismus, čili dochází k poškození nikoli jen po biologické stránce, ale také na psychické i sociální úrovni klienta. Akutní intoxikace alkoholem patří mezi život ohrožující stavy a může končit infaustně.

V širším kontextu se jedná o problém zasahující celou společnost a zdaleka přesahuje možnosti zdravotní péče, je proto nutné k problematice přistupovat komplexně a řešit na multioborové úrovni ve smyslu preventivní péče, adiktologie, psychiatrie, a také na úrovni legislativních opatření v podobě regulací a alkoholové politiky státu. V celosvětovém měřítku zemře ročně na následky spojené s konzumací alkoholu přibližně 3,300,000 lidí, tato data se opírají o aktuální statistiky Světové zdravotnické organizace. Zajímavá je také skutečnost, že pouze 34 % zemí disponuje alespoň jedním programem ve vztahu k alkoholové politice. Světová spotřeba alkoholu činí k roku 2010 6,2 litrů alkoholu per capitam (na osobu včetně dětí, 100% alkohol).

Bylo dokázáno, že zvýšení spotřeby alkoholu v průměru na jednoho obyvatele zvyšuje mortalitu v populaci a v opačném případě vede k jejímu poklesu. [3]

Jako reprezentativní vzorek pro odbornou práci byli vybráni respondenti, zdravotníci z přednemocniční neodkladné péče, z České republiky a Portugalska z toho důvodu, že každá země je ovlivněna odlišným trendem v konzumaci alkoholu obyvatelstva. V jižní skupině států Evropské unie je pozorován dlouhodobější a pozvolný pokles konzumace, zatímco ve středovýchodní skupině států, kam patří Česká republika, dochází naopak k pozvolnému nárůstu. Z globálního hlediska však patří oba státy mezi země s vyšší

konzumací alkoholu na jednoho obyvatele za rok. Dalším faktorem pro výběr zemí pro komparaci je také zdánlivá podobnost z geografického hlediska, a to jak ve smyslu rozlohy země, tak i počtu obyvatel.

Trendy spotřeby alkoholu v ČR a v Portugalsku

Od počátku 90. let je v Portugalsku pozorován pokles konzumace alkoholu na osobu. Spotřeba klesá z výchozí hodnoty 15,14 litrů per capitam za rok. V České republice je v tomto období pozorován stoupající trend z hodnoty 11,2 litrů. Hodnoty spotřeby alkoholu obou zemí se ustalují v roce 2000, v Portugalsku pak činí 12,13 litrů per capitam, zatímco v České republice 13,22 litrů. Od roku 2000 do roku 2010 dochází k poklesu spotřeby obou zemí, v české populaci se jedná spíše o mírný pokles a poslední aktuální data (2010) se ustalují na 12,69 litrů a v Portugalsku 10,84 litrů. [1]

Nejstarší dostupná data z databáze GISAH vypovídají o skutečnosti, že v 70. letech byla spotřeba alkoholu nepoměrně vyšší u portugalské populace (19,21 l) než v ČR (10,7 l). Pro Českou republiku jsou v databázi zanesena i starší data k roku 1961, kdy průměrná spotřeba byla pouze 8,01 l na osobu. V závislosti na aktuálním posunu dat a odlišnými trendy v konzumaci alkoholu ve středovýchodní a jižní skupině států EU lze v ČR usuzovat i vyšší relativní četnost výskytu zdravotnických intervencí ve vztahu ke klientům v PNP, s jejichž ošetřením nějak souvisí úzus alkoholu. [1,2]

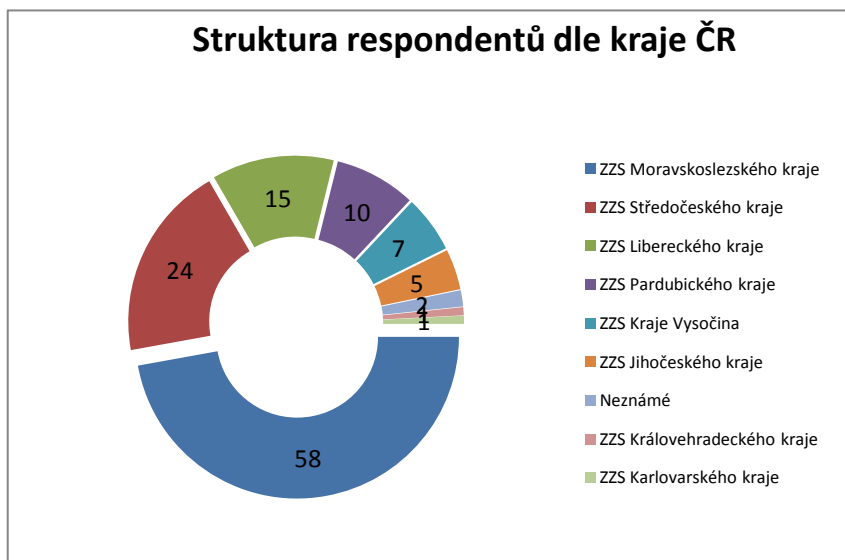
Odlišnosti v trendech konzumace alkoholu nepramení pouze z kvantitativního hodnocení, ale u obou zemí se liší i spektrum požívaných alkoholických nápojů. Výsadní postavení mezi alkoholickými nápoji v Portugalsku má víno (55,5 %), za ním následuje pivo (30,8 %), destiláty (10,9 %) a ostatní alkoholické nápoje (2,8 %). [1]

Z hlediska české populace je naproti tomu v největší míře konzumováno pivo s relativní četností 53,5 %, dále následují destiláty (26 %) a víno (20,5 %). [1]

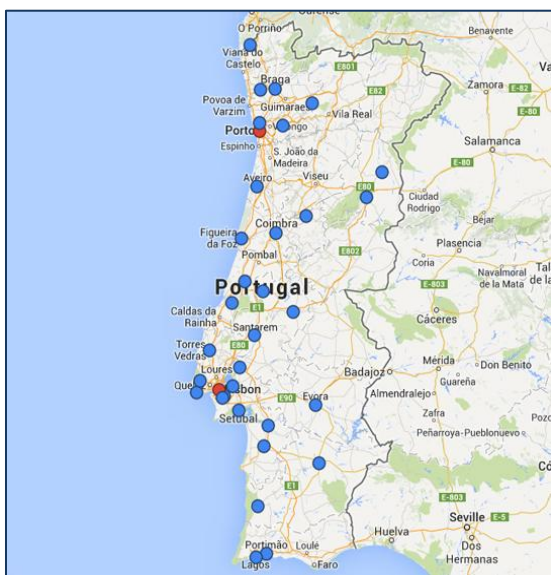
Alkohol ve vztahu k přednemocniční neodkladné péči v České republice a v Portugalsku

Hlavním cílem odborné práce bylo zjistit, v jaké míře se zdravotničtí pracovníci v přednemocniční neodkladné péči setkávají se situacemi, zapříčiněnými konzumací alkoholu klienta. Dalším zaměřením bylo zhodnotit i jiné proměnné ve vztahu k alkoholu, například byl výzkum dále zaměřen na zjištění, do jaké míry dochází u klientů v PNP ke zhoršování

dosavadního zdravotního stavu nadměrnou konzumací alkoholu, dále jak často se zdravotničtí záchranáři setkávají se stavy klasifikované jako intoxikace alkoholem, traumaty, dopravními nehodami, k nimž mohlo dojít v souvislosti s požitím alkoholu, prostor byl věnován i případům intoxikace alkoholem v dětském věku.



Graf 1 Struktura respondentů dle kraje ČR



Obrázek 1 Dislokace respondentů v Portugalsku. Google Maps, 2014

prospěšným prostřednictvím webové aplikace, vzhledem ke struktuře respondentů. Šetření mezi českými respondenty započalo ke dni 14. 12. 2014 a skončilo dne 8. 1. 2014 pro dostatečný počet vytěžených responses (123). Dotazníkové šetření v Portugalsku bylo zahájeno 6. 1. 2014 a skončilo ke dni 20. 6. 2014. Dotazník byl přeložen do anglického jazyka a následně do portugalštiny.

Cílovou skupinou byli zaměstnanci zdravotnické záchranné služby obecně, tedy lékaři, zdravotničtí záchranáři, všeobecné sestry se specializovanou způsobilostí a řidiči vozidla záchranné služby v případě České republiky a v Portugalsku, vzhledem

k odlišnostem v systému poskytování PNP, struktura respondentů zahrnuje zdravotnické záchranáře, řidiče ambulancí a hasiče se zdravotnickým kurzem.

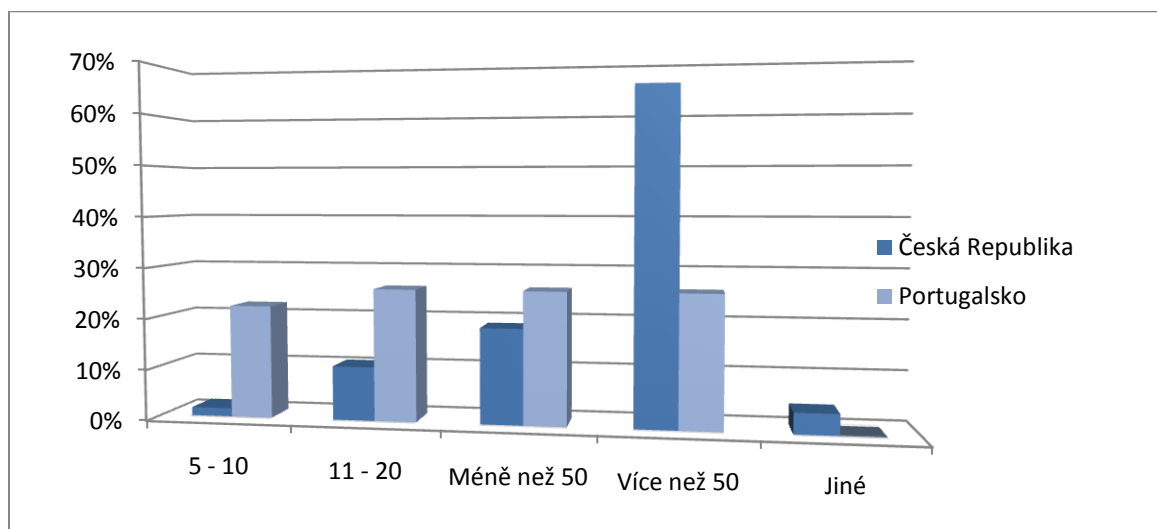
V rámci PNP v České republice bylo vytěženo celkem 123 responses. Vzorek zahrnuje respondenty z 8 krajských záchranných služeb. Struktura dat z portugalské PNP zahrnuje odpovědi jednotlivých respondentů tak, aby byla pokryta co největší možná rozloha země. Celkem v Portugalsku bylo vytěženo 54 responses.

Výzkum probíhal za pomoci dotazníkového šetření, konkrétně pak elektronickou formou

V dotazníku bylo zkoumáno celkem 19 proměnných týkajících se problematiky vztahu přednemocniční neodkladné péče a alkoholu. Byly zvoleny uzavřené i otevřené odpovědi.

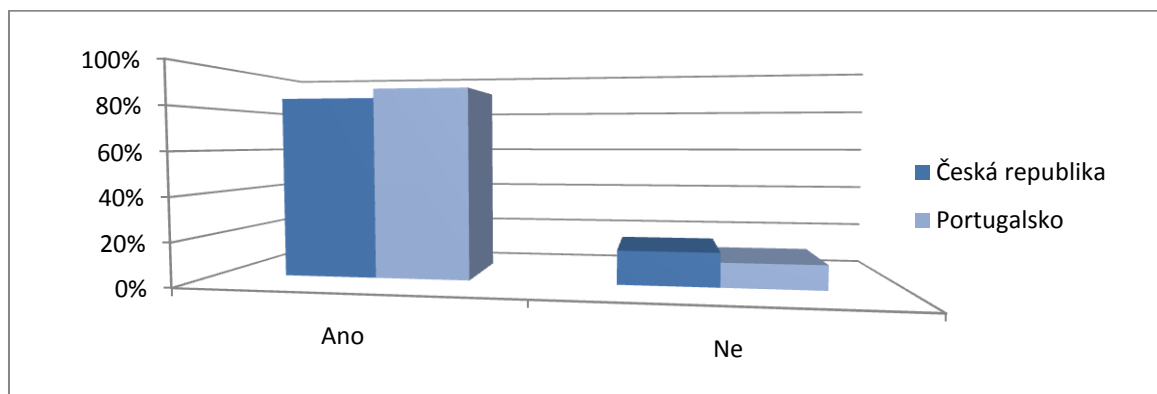
Byly stanoveny 2 hlavní hypotézy, které následně byly během šetření potvrzeny:

Hypotéza 1: Zdravotníci v přednemocniční neodkladné péči v České republice se s klienty pod vlivem alkoholu setkávají relativně častěji nežli zdravotníci v Portugalsku.



Graf Q 1 Relativní četnost ošetření klienta s abusem alkoholu za uplynulé 2 roky

Hypotéza 2: Více než 50 % zdravotníků v přednemocniční neodkladné péči se v obou zemích během své praxe setkala s klientem pod vlivem alkoholu, který vykazoval agresivní chování a zasahující personál se cítil být ohrožen.



Graf Q 16 Pocit ohrožení u zdravotnického pracovníka spojený s ošetřením klienta s abusem alkoholu

Hlavní zjištění výzkumu

Na základě vyhodnocení proměnné Q1 (relativní četnost ošetření klienta s abusem alkoholu za uplynulé 2 roky) je patrné, že se zdravotníci v PNP v České republice během posledních 2 let setkávali s klienty pod vlivem alkoholu častěji. Z analyzovaných dat lze usuzovat, že se záchranáři v ČR během své praxe setkávají s klienty s abusem alkoholu poměrně častěji, což potvrzuje hypotézu č. 1.

Odpovědi	ČR (123)	R [%]	PT (54)	R [%]
5 - 10	2	1,63	12	22,22
11 - 20	13	10,57	14	25,93
Méně než 50	23	18,70	14	25,93
Více než 50	80	65,04	14	25,93
Jiné	5	4,07	0	0

Tabulka Q 1 Relativní četnost ošetření klienta s abusem alkoholu za uplynulé 2 roky

S potvrzením první hypotézy souvisí také proměnná Q2, Průměrná frekvence ošetření klienta s abusem alkoholu:

Odpovědi	ČR (123)	R [%]	PT (54)	R [%]
Několikrát týdně	39	31,71	8	14,81
Min. 1x týdně	55	44,72	19	35,19
Min. 1x měsíčně	21	17,07	20	37,04
Jiné	8	6,50	7	12,96

Tabulka Q 2 Průměrná frekvence ošetření klienta s abusem alkoholu

Znepokojivým zjištěním výzkumu je také skutečnost, že 25,20 % záchranářů v PNP v ČR se setká s traumaty zapříčiněných požitím alkoholu průměrně vícekrát do týdne. V rámci portugalské PNP jsou tyto hodnoty nižší (9,26 %).

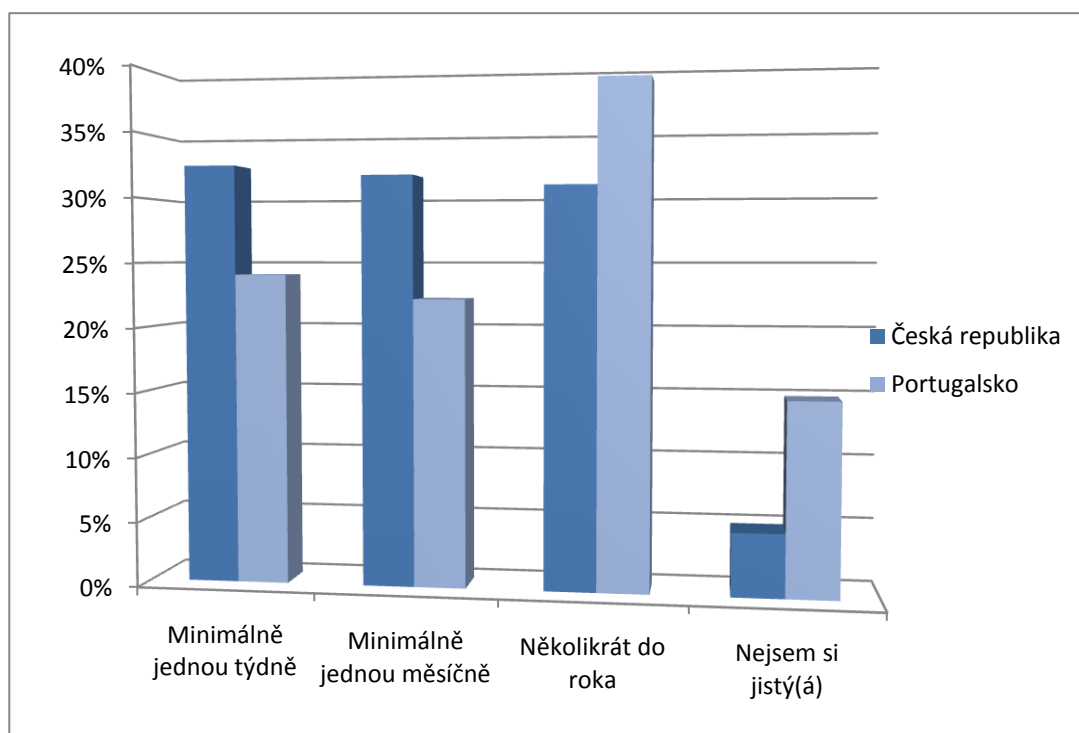
Relativní četnost incidence traumat způsobených alkoholem je v souvislosti s vytěženými daty vyšší v České republice. V rámci slovních odpovědí Portugalci většinou uvádějí

sporadičtější výskyt, jedno či několik traumat do roka, jeden respondent se s takovým případem dokonce nesetkal.

Odpovědi	ČR (123)	R [%]	PT (54)	R [%]
Jednou týdně	44	35,77	12	22,22
Vícekrát za týden	31	25,20	5	9,26
Jednou měsíčně	36	29,27	27	50
Jiné	12	9,76	10	18,52

Tabulka Q 6 Průměrná frekvence ošetření traumat u klientů s abusem alkoholu

S intoxikacemi alkoholem se 32,52 % respondentů z ČR setkává minimálně jedenkrát za týden, zatímco v Portugalské PNP se s takovými případy setká z hlediska stejné škály 24,07 % respondentů. Zastoupení responsí u odpovědi „jednou týdně“ je však znepokojující u obou zemí. Nutno podotknout, že tato proměnná sloužila k potvrzení korelace se subjektivním hodnocením respondentů v proměnné Q2, avšak ve vzorku portugalských respondentů spolu tato data nekorelují. Tento aspekt může být dán do souvislosti mj. i s obtížným výkladem termínu „intoxikace alkoholem“ a také se skutečností, že škály hodnocení u proměnné Q2 a Q6 nejsou sjednoceny.



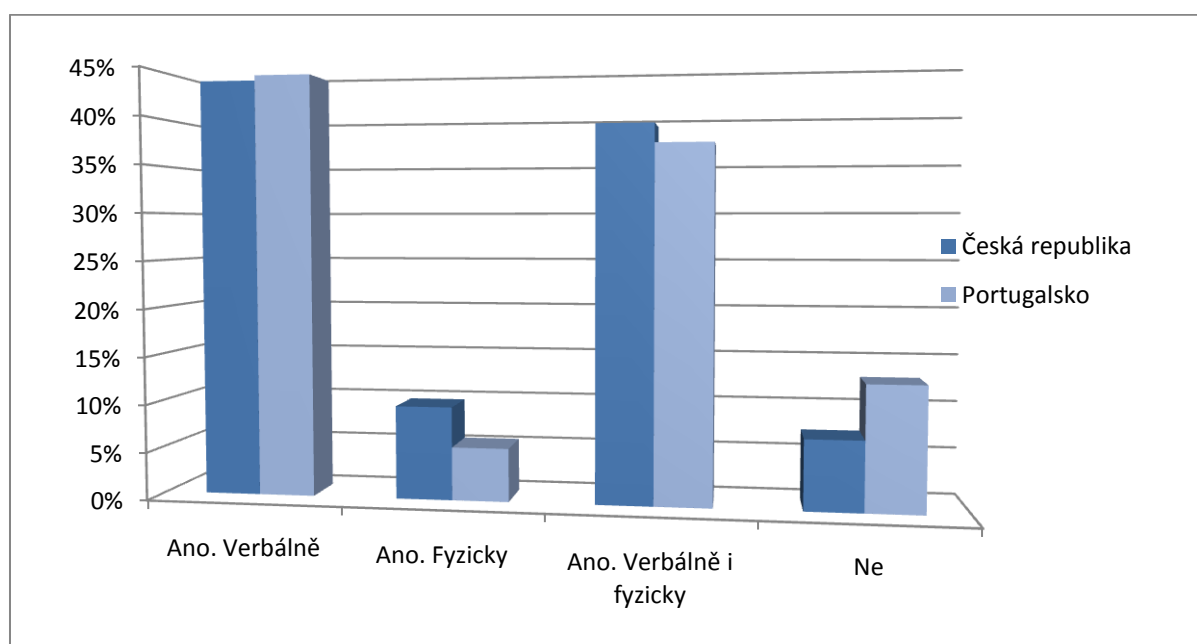
Graf Q 11 Průměrná frekvence ošetření klientů s akutní intoxikací

Odpovědi	ČR (123)	R [%]	PT (54)	R [%]
Ano	104	84,55	48	88,89
Ne	19	15,45	6	11,11

Tabulka Q 16 Pocit ohrožení u zdravotnického pracovníka spojený s ošetřením klienta s abusem alkoholu

S druhou hypotézou souvisejí proměnné Q16 – Pocit ohrožení u zdravotnického pracovníka spojený s ošetřením klienta s abusem alkoholu:

A Q18 – Charakteristika napadení zdravotnického pracovníka klientem pod vlivem alkoholu:



Graf Q 18 Charakteristika napadení zdravotnického pracovníka klientem pod vlivem alkoholu

Závěr

Byly potvrzeny stanovené hypotézy, z výzkumu vyplývá, že čeští záchranáři se s klienty pod vlivem alkoholu setkávají častěji než záchranáři v Portugalsku. Alkohol je dále významným faktorem ovlivňující vznik úrazových stavů. Za svou praxi bylo celkově jakkoli napadeno **92,68 %** českých respondentů a v Portugalsku **87,04 %**.

V širokém kontextu by do budoucna bylo vhodné klást větší důraz na prevenci abusu alkoholu ve společnosti, zejména na úrovni rodiny, školy, ambulantní péče a ordinací praktických lékařů. Dalším stěžejním aspektem celé problematiky je také konzumace alkoholických nápojů u dětí a adolescentů. Ta je totiž v rámci ČR nad celoevropským průměrem, zatímco v Portugalsku je tomu právě naopak. Významným krokem by mohla být zvýšená podpora projektů ve školských zařízeních, týkající se prevence rizikového a návykového chování ve vztahu k alkoholu a také posilování motivace jedince. Významným faktorem, který se týká nejen poskytování zdravotní péče na úrovni přednemocniční neodkladné péče, je právě **agresivita vůči zdravotnickému personálu**. Z pohledu zdravotnických pracovníků tato agrese v posledních letech narůstá a tato otázka by neměla být bagatelizována. Signifikantní roli v těchto případech hraje správná komunikace s agresivním klientem a větší důraz by měl být kladen i na non-verbální projevy komunikace.

Publikace dat a výsledků včetně kompletní odborné práce je možné nalézt na <http://www.deletesoft.eu/abusus-alkohol-vyzkum>. Se zálohou po expiraci domény na stránkách <http://zeus.asu.cas.cz/~urban/research>.

V rámci odborné práce vznikl i webový projekt, který má za cíl informovat veřejnost o negativních dopadech konzumace alkoholu. Návštěvník zde nalezne rady a svépomocné materiály z hlediska závislosti na alkoholu.

Seznam použité literatury:

1. *Global Information System on Alcohol and Health*. [online]. 2014. Dostupné online z <<http://apps.who.int/gho/data/node.main.GISAH>>
2. WHO Regional Office for Europe, *Status report on alcohol and health in 35 European countries 2013*. Copenhagen 2013. v, 170 s., ISBN 978-92-890-0008-6.
3. Her, M.; Rehm, J.: Alcohol and all-cause mortality in Europe 1982 - 1990: A pooled cross-section time-series analysis. *Addiction*, 93(9): 1335 - 1340, 1998. ISSN 1360-0443.

AGRESE A ZDRAVOTNIČTÍ PRACOVNÍCI V PRVNÍ LINII

Mgr. Veronika K. Netušilová, MBA

Bc. Michal D. Petržela, DiS,

Abstrakt

Agrese je stará jako lidstvo samo a má mnoho různých druhů. Je důležité identifikovat zdroje agrese, které by mohly negativně ovlivnit eskalaci agrese vůči zdravotníkům poskytujícím péči v první linii. Respondenti z řad zdravotníků zaměstnaných na urgentních příjmech nemocnic a záchranáři zdravotnické záchranné služby sami určili možné zdroje, které vnímají jako nejčastější spouštěče agrese a to i vůči zdravotníkům.

Klíčová slova: bezpečnost, riziko, zdravotničtí pracovníci, zdravotníci, první linie, agrese

Abstract

Aggression is as old as humanity itself, and there are many different types of aggression. It is important to identify sources of aggression that could negatively affect the escalation of aggression against healthcare professionals providing care in the first line. Respondents from the ranks of emergency departments of hospitals and medical rescue / paramedical services, determined potential sources, which they perceive as the most common triggers of aggression even to health professionals.

Key words: security, risk, health care staff, first-line response, aggression

Agrese je stará jako lidstvo samo. Z hlediska historie není agresivita původně nic negativního, patří mezi evoluční strategie. Pomáhala získat potravu, partnera, teritorium, postavení a zároveň sloužila jako regulátor počtu členů skupiny nebo druhu (přežijí nejsilnější). Negativní se stane až tehdy, kdy není zvládána nebo je zneužívána.

Existuje mnoho různých druhů agrese, v mnohých případech si ji okolí neuvědomuje, právě proto, že má agresi a agresivitu spojenou s hlučným a násilným jednáním. Dr. Klimeš ve svém článku [6] upozorňuje na některé zajímavé aspekty, které je dobře mít na paměti pro každodenní život. Na příkladu Švejka prezentuje jeho záludnou pasivní agresi často prezentovanou tzv. manipulativní výplatou a tento údajný symbol češství komentuje takto, „*Nejenže nebyl dobrým vojákem, ale především je to jedna z nejagresivnějších románových postav, které znám.*“ Dále Klimeš uvádí, že je dobré si uvědomit, že ten kdo křičí nebo je násilný, nemusí být totožný s agresorem, naopak někdy může jít o oběť agrese.

Teorie agresivity a násilí rozebírají ve svém článku Vevera, Černý a Král [11]. Agresivita je podmíněna různými faktory, jejichž výzkumu bylo věnováno nesčetně studií, zmiňme třeba i respondenty potvrzené faktory jako vysoká zevní teplota a vlhkost (nárůst ošetřených v letních měsících a nárůst negativních projevů v jejich chování), vysoká hlučnost, přeplněné prostory, výskyt agresivního jednání v okolí, návykové látky a v neposlední řadě metabolické vlivy, mezi kterými je signifikantní i snížená hladina glukózy v krvi. Agrese je velmi komplikovaným souborem, na něj má vliv mnoho faktorů z oblasti společenských a individuálních.

Autoři pod vedením P.Hávy [4] upozorňují mimo jiné i na nárůst četnosti a intenzity napadení zdravotníků v nemocnicích (frustrace pacientů, odebrání návykové látky, atd.). Zdravotnický pracovník by měl umět předcházet krizovým situacím a v případě jejich výskytu by se neměl nechat strhnout, ale naopak se všemi dostupnými způsoby snažit celou situaci vyřešit tak, aby se napětí snížilo. V současné době je velmi důležité, aby se zdravotnický pracovník snažil pochopit původ násilí u agresora a pokud je to možné, vyřešit jeho problém co nejelegantněji a souběžně tak snížit míru agrese. Vždy je důležitý holistický a individuální přístup ke každému pacientovi a snaha pochopit jeho aktuální sociální či ekonomické zařazení ve společnosti [2]. Neméně důležitou roli v potlačení agrese hraje vzájemná komunikace mezi zdravotnickým personálem ve snaze neurazit nebo nevyprovokovat agresora některými vlastními výroky.

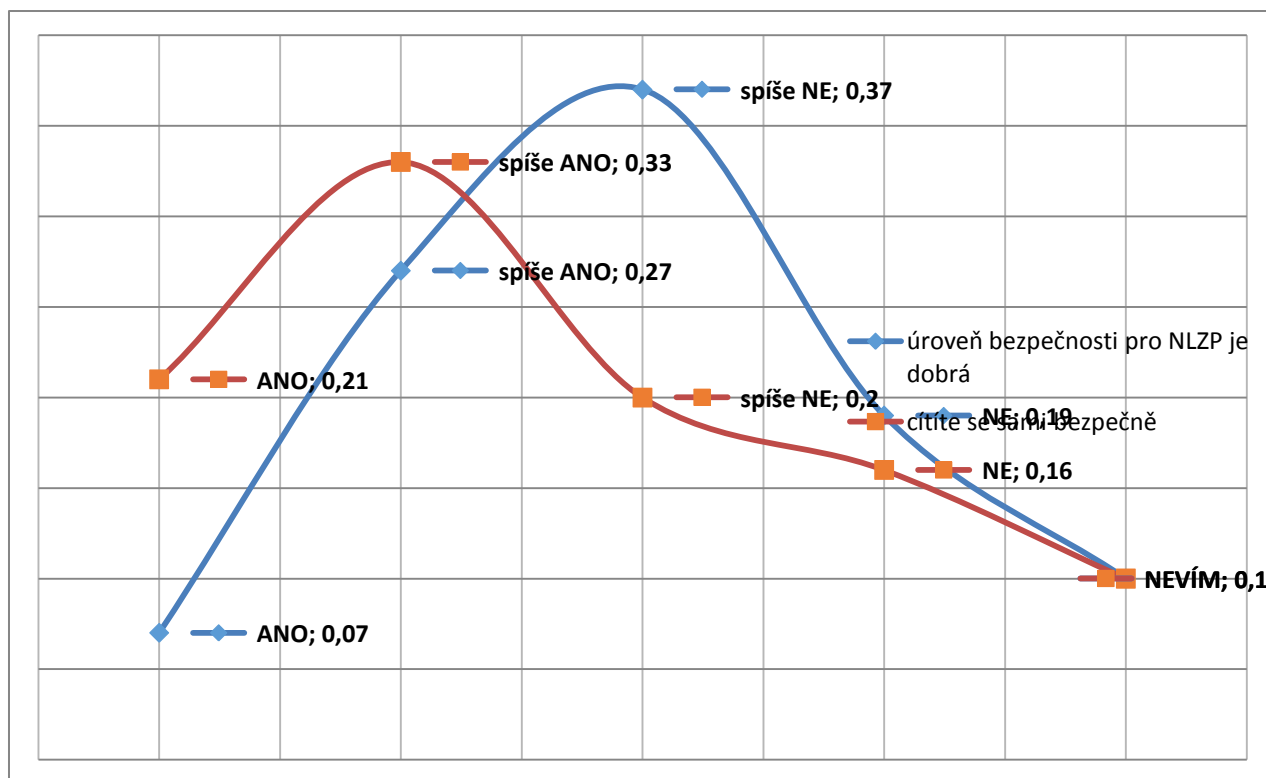
Otázkám násilí proti zdravotnickým pracovníkům v první linii péče o pacienta, tedy především na urgentních příjmech nebo v rámci činnosti zdravotnické záchranné služby, je věnována nejedna studie Emergency Nursing Association - ENA [3] a zabývá se jí průběžně Mezinárodní asociace bezpečnostních pracovníků ve zdravotnictví - IAHS [5 a 7].

Bezpečí a bezpečnost je oblast důležitá, především v dynamickém a neustále se proměňujícím prostředí první linie, prvního kontaktu s pacientem, vyžadujícím specifické a velmi různorodé

činnosti zdravotníků a rychlé efektivní rozhodování. Agrese projevovaná vůči pracovníkům NLZP v první linii se – jak patrně i z denního tisku – stupňuje.

Riziko tohoto typu můžeme definovat podle IAHSIS i jako neúnosné navýšení nejistoty ovlivňující schopnost poskytování neodkladné péče v první linii [8]. Pro činnost zdravotníků v první linii péče o pacienta je třeba neustále mít na paměti, že ohrožení není prostým výčtem jednotlivých položek působícím negativně na činnost, ale naopak, že jde o, do různé míry a závažnosti, vzájemně interferující prvky. Bezpečnostní vlivy dělíme pro přehlednost do základních skupin (prostředí vnitřní i vnější, spojená s lidským prvkem, technologická a procesní). Ohrožení samo o sobě je vždy výrazně ovlivňováno dalšími faktory a to především takovými, které působí akceleračně. Zajímalo nás, zda jsou k těmto faktorům negativním zjišťovány i pohledy pozitivní, trankvilizační techniky, postupy a jednání, protože bezpečnost je nutno vnímat v kontextu. Graf č. 1 ukazuje, že námi oslovení respondenti zjevně intuitivně vnímají působení ovlivňujících faktorů působících v rámci péče o pacienta jak na urgentním příjmu, tak i v rámci výjezdu ZZS, a proto je hodnotí jako rizikovější a v těchto případech definují svou bezpečnost jako nevyhovující (viz graf č. 1).

Graf č.1 Vizualizace pocitu osobní bezpečnosti a bezpečnosti činnosti NLZP v první linii péče o pacienta obecně.

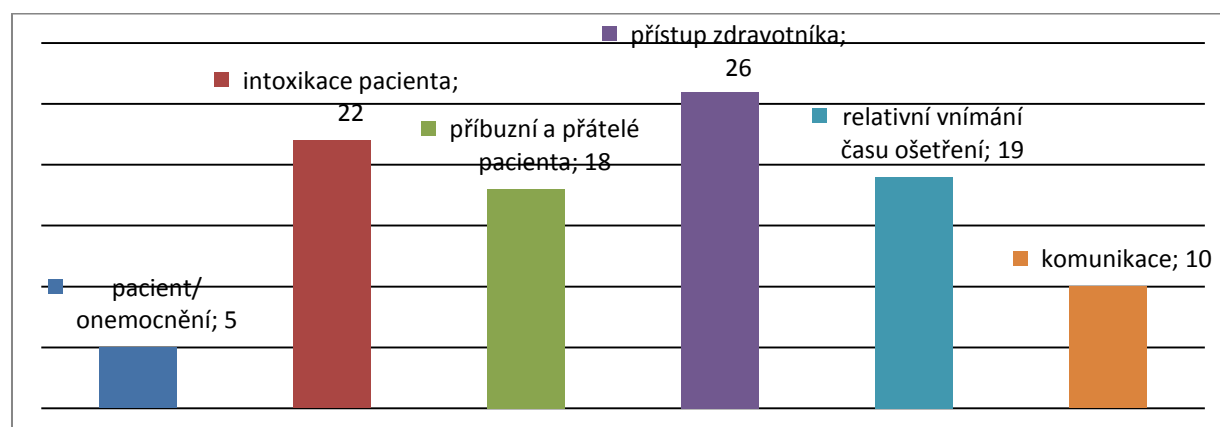


Jako referenční vzorek nám posloužili nelékařští zdravotničtí pracovníci (dále NLZP) a to aktivní členové posádek zdravotnické záchranné služby v Praze a ve Středočeském kraji, dále pak zaměstnanci urgentních příjmů nemocnic v Praze, Kladně a Hořovicích, účastnilo se celkem 75 respondentů. Sběr dat proběhl v několika krocích. Prvním byla kvantitativní metoda dotazníku obsahujícího uzavřené i otevřené otázky.

Po zmapování nejběžnějších zdrojů ohrožení prvoliniových zdravotníků jednoznačně jako výraznější zdroj rizik je **lidský faktor**, který je zároveň nejběžnějším zdrojem agrese. V dotazníku nás zajímalo, zda se respondenti setkali s agresí vůči své osobě. Kladná odpověď byla v 85% u verbálních projevů a 43% u fyzické agrese. Psychické následky agrese deklarovalo celých 38% dotázaných [9]. Při bližším zjišťování, jsme identifikovali překvapivě vysoké procento tzv. pasivní agresivity projevované pacienty vůči NLZP v první linii, jedná se o sice nenásilné chování, které ale aktivně neumožňuje dosáhnout rozumový kontakt (67% respondentů).

Po tomto zjištění jsme se dále zaměřili na to, zda respondenti vyhledali pomoc nebo by vyhledali pomoc po prožitku agrese vůči své osobě. Zde se projevy rozdíly mezi nemocničními provozy a zdravotnickou záchrannou službou. V případě napadení na urgentním příjmu nemocnice by 50% respondentů využilo pomoc kamarádů (spolupracovníků), 42 % hledá pomoc u rodiny a 6% u psychologa [8]. U ZZS se přiklání 38 % k profesionální službě peera a 18% k psychologovi a na kněze by se obrátila 3%. Ukazuje to na propracovanou psychosociální pomoc poskytovanou zaměstnancům ZZS a také na skutečnost, že jsou tito s touto pomocí seznámeni [1]. Požádali jsme respondenty dotazníků o to, aby vlastními slovy popsali nejběžnější spouštěče agrese vůči NLZP. Odpovědělo celkem 73 respondentů. Nejčtenější spouštěče agrese ukazuje graf č.2.

Graf č. 2 Nejčastější zdroje agrese vůči NLZP v první linii péče o pacienta



Zajímavým výstupem je skutečnost, že ve 26 % procentech NLZP sami uvádějí, že zdrojem a spouštěčem agrese může být samotná osoba zdravotníka. Zaměřili jsme se tedy blíže na tento fenomén a požádali respondenty o vysvětlení, proč podle jejich názoru mohou být zdravotníci sami zdrojem agrese vůči své osobě.

Odpovědi, které zazněly je možno shrnout do následujících oblastí:

- Přepřacování a únava NLZP s následným jednáním se sníženou empatií vůči pacientům a jejich okolí a blízkým (doprovody, rodiče a partneři pacientů). Sem patří i burn-out syndrom a s ním často spojená lhostejnost – podle posledních průzkumů je syndromem vyhoření postižena až třetina zdravotníků, stav před vyhořením udává až 32%. Podle odpovědí je prací vyčerpáno 10% respondentů, záporně odpovědělo 32% a 54% uvádí odpověď občas.
- Jednání NLZP po předcházejícím negativním a/nebo silném emocionálním prožitku v rámci péče o pacienty, může být provázeno zlehčováním onemocnění aktuálního pacienta (varovných 74%).
- Samotná podstata práce – rychlost a nutnost přijímat rozhodnutí pod tlakem, tento stav se týká všech zdravotníků v první linii, toto jednání může působit odlidštěně a bezohledně pro pacienta a jeho okolí, pokud nemá dostatečnou znalost postupů péče.
- Potlačení empatie jako sebeobrana zdravotníka - emocionální zatvrzení ANO 54%, NE 39%

Výše uvedené ukazuje, že tyto faktory mohou vést až k hostilitě zdravotníků (negativní nebo až nepřátelský postoj osoby k jiné nebo více osobám, nebývá primárně projevená násilně) a tak se stát aktivátorem agrese druhé strany [10].

Dalším zajímavým výstupem je relativní vnímání času ošetření (19%). Tento fakt negativně ovlivňuje pacienty jak čekající na ošetření nebo i na výsledky vyšetření na urgentech, tak i pacienty čekající na dojezd posádky ZZS. Zde jde v mnohých případech o neznalost lékařských a ošetrovatelských postupů laickou veřejností – tato neznalost ruku v ruce s nedostatečnou komunikací (10%) ze strany zdravotníků může vést až k agresivnímu jednání.

I z relativně drobného průzkumu vplynula závažná zjištění pro další výzkum.

Seznam použité literatury:

- [1] BRECKA, T. A. a NETUŠILOVÁ, V. *Impakt emocionální vazby a osobní religiozity na procesy klinického rozhodování a stres management při zásahu ZZS*. [online]. Přednáška z konference 2013. [citované 2013-12-18]. Dostupné na internetu: http://www.unob.cz/fvz/struktura/k309/Stranky/prednasky_psycho.aspx.
- [2] DAVID A. 2000. *Scenario methodology for teaching principles of emergency management*. 2.vydání. Disaster Prevention and Management, Vol. 9, s.89 – 97, ISSN: 0965-3562
- [3] ENA - Institute for Emergency Nursing Research. *Emergency Department Violence Surveillance Study*. Des Plaines, IL. USA 2010, [online] Internetový výzkum. [citované 2012-12-15].
- [4] HÁVA, P. a kol. 2004. *Násilí na pracovišti v oblasti zdravotnických a sociálních služeb v ČR*. Kostelec nad Černými lesy: IZPE – Institut zdravotní politiky a ekonomiky, 2004, 140 s. ISBN 80-86625-21-4
- [5] INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR HEALTHCARE SECURITY AND SAFETY - IA-HSS. Mezinárodní internetový portál pro profesionální pracovníky ve zdravotnictví zaměřený na bezpečnost dostupný na internetu: <http://www.iahss.org/Memebers> [online 2013-08-04]
- [6] KLIMEŠ, Jeroným. Neviditelné podoby agrese. *Naše psychologie* [online]. 2008 [cit. 2014-08-01]. Dostupné z: <http://klimes.mysteria.cz/clanky/psychologie/agrese.htm>
- [7] MIKOW-PORTO, V. – SMITH, T. 2011. The IAHS 2010 crime and security trends survey in *Journal of Healthcare Protection Management*, vydané International Association for Healthcare Security and Safety IAHS, Bayside, New York, USA, 2011 vol. 27, no.1, s.69-87.
- [8] NETUŠILOVÁ V.K. *Problematika bezpečnostních rizik a lidských zdrojů v rámci zdravotnické záchranné služby*. Praha, 2014. Diplomová práce. Univerzita Jana Amose Komenského.
- [9] PETRŽELA M.D. *Problematika násilí zaměřeného proti zdravotnickým pracovníkům na pracovištích urgentních příjmů*. Bakalářská práce. 2014. Příbram: Vysoká škola zdravotnictva a sociální práce Sv. Alžbety Bratislava, Ústav sv. Jana Nepomuka Neumanna
- [10] PONĚŠICKÝ, J. *Agrese, násilí a psychologie moci*. 2. vydání. Praha: TRITON, 2010. ISBN: 978-80-7387-378-3.
- [11] VEVERA, J., ČERNÝ, M., KRÁL, P. 2011. Agrese a násilné chování. In *Zdravi.e15* [online]. roč. 2011, č. 2 [cit. 2014-01-01]. Webmaster Copyright © 2007-2014

Kontakt na autory:

Mgr. Veronika Karolína Netušilová, MBA

NET-consult

Telefon +420 728 058 344, e-mail: net.consult@seznam.cz

Bc. Michal D. Petržela, DiS.

Life RESCUE – záchranáři Praha školicí středisko první pomoci, r.s.

Telefon +420 603 910 952, e-mail: info

PILOTNÁ ČASŤ PRIESKUMU SPOLUPRÁCE FYZIOTERAPEUTA A SESTRY PRI POSKYTOVANÍ ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI

PhDr. Anna Plačková, PhD.¹, PhDr. Renata Knezović, PhD.²,

PhDr. et. Mgr. Rebeka Ralbovská, Ph.D.^{2,3}

1. KU Ružomberok, Fakulta zdravotníctva, 2. UK Bratislava, Lekárska fakulta,
3. ČVUT v Praze, Fakulta biomedicínskeho inžinýrství

Abstrakt

Narastajúcim počtom ochorení vzniká potreba dlhodobej rehabilitačnej starostlivosti. Ku komplikáciám ohrozujúcim a predlžujúcim liečenie dochádza už v prvých dňoch hospitalizácie pacienta. Kritériom je aj zloženie ošetrovateľského tímu a organizácia práce. Následne je potrebné prehĺbovať spoluprácu sestry a fyzioterapeuta, kde výsledkom práce sa zvyšuje efekt liečebného procesu. V pilotnej časti prieskumu prostredníctvom dotazníkov sú zozbierané údaje od respondentov fyzioterapeutov a sestier z praxe, ktoré hodnotia poskytovanie zdravotnej starostlivosti z ich pohľadu. Zámerom nášho príspevku je poukázať na zlepšenie usporiadania denného pracovného režimu fyzioterapeutov v spolupráci so sestrami pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti.

Kľúčové slová: zdravotná starostlivosť, edukácia, kvalita, fyzioterapeut, sestra.

Abstract

With the increasing number of diseases arises the need for long-term rehabilitation care. Complications threatening and elongating healing occur already in the first days of hospitalization of the patient. One of the criteria is also the composition of the nursing team as well as the work organisation. Consequently, it is necessary to deepen the collaboration between the nurse and the physiotherapist, where the result of that work increases the effect of the healing process. In the pivotal part of the survey, data collected through questionnaires from respondents of physiotherapists and nurses from practice, evaluate the provision of

health care from their perspective. The aim of this paper is to highlight the refinement of daily working regime of the physiotherapists in joint work with nurses in providing health care.

Keywords: healthcare, education, quality, physiotherapist, nurse.

Úvod

Fyziatria ako odbor úzko súvisí s nelekárskymi odbormi ako je ošetrovatel'stvo, multikultúrne ošetrovatel'stvo, ošetrovatel'ský manažment, verejné zdravotníctvo.

V rámci poskytovania zdravotnej starostlivosti je potrebné uplatňovať rôzne prístupy k pacientovi na zlepšenie jeho celkového zdravotného stavu. Tieto prístupy možno rozdeliť do jednotlivých vedných odborov ako sú: etika, filozofia, psychológia, sociológia, pedagogika. Humanitné vedy nám pomáhajú správne sa rozhodovať v životných situáciách, nadobúdať istotu a hľadať odpovede na vzniknuté problémy.

Rehabilitácia je zložitým procesom, ktorého cieľom je vrátiť pacientom najväčšiu funkčnosť v oblasti psychickej, fyzickej, spoločenskej a pracovnej, ale tiež ekonomickú nezávislosť a zabezpečenie sociálnej integrácie. Preto sa stáva jednou zo základných liečebných metód každého medicínskeho odboru. Súčasná doba prináša tzv. civilizačné ochorenia, ale súčasne aj nové poznatky v oblasti fyzioterapie, možnosti liečby, prevencie týchto ochorení a skvalitnenie rehabilitačnej starostlivosti.

1. Špecifický prístup v jednotlivých vedných odboroch v rámci fyzioterapie.

✓ **Filozofia** je veda s vrcholným výtvorom intelektuálnej činnosti ľudského ducha, ľudského bytia. Znakom vedy je osvojovanie, výklad skutočnosti zložitej stavby sveta. Filozofia sa usiluje o syntézu poznania, o výstavbu uceleného vnútorne koherentného systému, ktorý by umožňoval interpretovať každý jav skutočnosti. Filozofia, najmä kresťanská, sa zaoberá človekom a zmyslom jeho života. (Bodnár, 2005)

Pomáha fyzioterapii v rámci rehabilitácie lepšie spoznať objekt svojej činnosti – chorého človeka.

✓ **Sociológia** je veda o spoločnosti, o sociálnom správaní, o vzájomnom pôsobení ľudí, o sociálnych skupinách, sociálnych vzťahoch a sociálnej štruktúre. Každá časť spoločnosti, každý sociálny jav plnia v spoločnosti svoju funkciu, sú funkčne späté s ostatnými javmi a spolu s nimi plnia svoju úlohu vo fungovaní spoločnosti. Sociológia sa zaoberá zákonmi vývoja a štruktúry spoločnosti. (Sopóci, Búzik, 2009)

V rámci fyzioterapie pomáha analyzovať, spoznávať a pretvárať prostredie, v ktorom človek žije a tak lepšie uspokojovať sociálne potreby pacientov.

✓ **Psychológia** objasňuje bio-psycho-sociálnu dimenziu človeka, pomáha hodnotiť osobnosť v rehabilitácii a ošetrovatelstve, vysvetľuje význam uplatňovania psychologických zákonitostí. Zdôvodňuje zákonitosti homeostatického procesu a jeho narušenie neuspokojením základných potrieb. Pomáha posúdiť prepojenosť vzťahov medzi psychickými a somatickými funkciami pacienta a mechanizmy psychickej adaptácie na vek a chorobu. Psychológia pomáha uľahčiť adaptáciu na zmenený zdravotný stav a na vynútený pobyt v nemocnici. Pomáha pacientovi udržať dobrý psychický stav a podporovať snahu o návratenie do normálneho života. Cieľom musí byť aj snaha samotného pacienta o nezávislý a samostatný život. (Křivohlavý, 2001)

Fyzioterapeuti využívajú poznatky z psychológie, ktorá apeluje na zdravie a kvalitu života pacientov z psychologického hľadiska. Pri poskytovaní rehabilitačnej starostlivosti fyzioterapeut nespoznáva len chorobu a jeho poškodenie, ale zároveň vníma pacientove postoje, prežívanie a správanie.

✓ **Komunikáciou** sa zlepšujú vzťahy medzi ľuďmi. Dôležité sú vedomosti, zručnosti a skúsenosti profesionálneho správania sa a sociálnej komunikácie. Kvalita poskytovania rehabilitačného ošetrovatelstva je podmienená profesionálnym prístupom sestry k pacientovi. Fyzioterapeut musí vedieť identifikovať problémy pacienta na základe verbálnej, neverbálnej a terapeutickkej komunikácie. Verbálna komunikácia zahŕňa priamy prenos slovných informácií. Slová majú nesmiernu hodnotu, môžu povzbudiť pacienta, ale môžu aj ublížiť.

Medzi neverbálne výrazové prostriedky patrí proxemika, mimika, gestika, haptika, vzhľad a úprava. (Kristová, Tomašková, 2002)

Efektívna komunikácia, aj keď si to mnohí z nás neuvedomujú je cestou k rýchlejšiemu určeniu problému pacienta a zároveň nám napomáha k dobrej psychickej pohode.

✓ **Multikultúrne ošetrovatel'stvo** sa definuje ako komparatívny, humanistický, teoretický a praktický odbor zameraný na podobnosti a rozdiely starostlivosti o rôzne kultúry s ich súborom hodnôt, životných zvyklostí a presvedčení. Cieľom multikultúrneho ošetrovatel'stva je poskytovať kultúrne špecifickú starostlivosť v podpore zdravia. (Líšková-Nádaská a kol. 2006)

Nové trendy v starostlivosti o zdravie prinášajú aj zmeny vo vzdelaní jednotlivých zdravotníckych odborov. Profesionálni zdravotníci pracujúci v zdravotníckych zariadeniach, by mali vedieť zhodnotiť reakcie pacientov v rehabilitačnom ošetrovatel'stve pri uspokojovaní potrieb, ktoré vyplývajú z odlišnej kultúry a podľa toho zostavovať individuálnu starostlivosť o pacientov. Vznikom Európskej únie sa zvyšuje migrácia obyvateľ'stva a aj možnosť stretnúť sa s pacientom inej etnickej skupiny, špecifickej svojimi kultúrnymi a náboženskými zvyklosťami. Preto je potrebné prispôbiť rehabilitačnú starostlivosť jedincom, rodinám a komunitám. (Líšková-Nádaská a kol. 2006)

✓ **Fyziatria** je medicínsky odbor, ktorý sa zaoberá prevenciou a liečbou porúch pohybového systému. Je jednou z oblastí rehabilitácie. Zahŕňa pohybovú liečbu a liečbu fyzikálnymi podnetmi. Do zdravotnej starostlivosti sú zaradené cvičenia a postupy, ktoré nadväzujú na liečebnú telesnú výchovu, ktorú vykonáva fyzioterapeut.

Úlohou fyzioterapeuta je využívanie umelých a prírodných fyzikálnych podnetov na ľudský organizmus, kde sa využívajú prírodné liečebné prostriedky a zároveň prostriedky liečebnej telesnej výchovy, pracovnej, psychosociálnej a výchovnej rehabilitácie pri terapii pacientov. Cieľom fyzioterapie je maximálna možná obnova, zachovanie, resp. zlepšenie telesných, duševných, sociálnych funkcií, pracovných zručností a schopností zameraných na urýchlenie reintegrácie pacienta do domáceho prostredia a ak je možné do pracovného zaradenia. Fyzioterapia je jednou z oblastí rehabilitácie. Rehabilitácia ako komplexný proces, zlepšuje priebeh ochorenia pacienta, znižuje deficit a urýchľuje zaradenie pacienta do rodinného a pracovného prostredia. Hlavným terapeutickým postupom je fyzioterapia, ktorá svojimi špecifickými prostriedkami zasahuje tam, kde pohyb a ostatné fyzické a psychické funkcie sú ohrozené chorobou, úrazom, vrodenuou chybou alebo procesom starnutia. V rámci zdravotnej starostlivosti je aj podpora a zachovanie zdravia, prevencia a edukácia. Kvalitu fyzioterapie charakterizuje zhodnotenie funkčného stavu a stanovenie komplexného fyzioterapeutického plánu. Uplatňovanie fyzioterapeutických postupov v starostlivosti o rizikové skupiny s cieľom ochrany zdravia a zvýšenia kvality života.

Zavedenie a rozvíjanie centier komunitnej rehabilitácie zameranej na starostlivosť a podporu integrácie osôb so zdravotným postihnutím. Posilňovanie edukácie a terapie osobám zameranej na prevenciu vzniku funkčných porúch pohybového aparátu a posilňovanie vedeckovýskumných aktivít a publikačnej činnosti. Dôležité je zavádzanie nových vyšetrovacích a liečebných metódik a poskytovanie fyzioterapeutickej starostlivosti podľa štandardizovaných postupov. Poskytovatelia zdravotnej starostlivosti zabezpečujú nepretržitý systém kvality, ktorého cieľom je poskytovanie minimálne štandardizovanej starostlivosti.

2. Charakteristika súboru a metodika

Pilotný výskum sme realizovali v Bratislave v zdravotníckych zariadeniach: UNB Ružinov a ŠNOP Záhradnícka – FBER. Výskumnú vzorku tvorili sestry pracujúce v týchto nemocniciach. Na pilotnom výskume sa zúčastnilo celkovo 40 respondentov. V dotazníku, ktorý obsahoval spolu 9 otázok sme z demografických údajov zisťovali dosiahnuté vzdelanie a dĺžku odbornej praxe. Sestier sme sa ďalej pýtali, koľko času a aké činnosti vykonávajú s pacientmi v rámci rehabilitačného procesu. Opýtali sme sa tiež na ich pohľad na vlastné kompetencie v oblasti rehabilitačného procesu.

Tabuľka č. 1 *Dosiahnuté vzdelanie respondentov*

Dosiahnuté vzdelanie	<i>n</i>	%
úplné stredné odborné s maturitou	10	25 %
vyššie odborné	5	12,5 %
vysokoškolské prvého stupňa (Bc.)	10	25 %
vysokoškolské druhého stupňa (Mgr.)	15	37,5 %
N	40	100 %

Z výskumnej vzorky 40 respondentov ukončilo až 15 respondentiek (37,5%) vysokoškolské vzdelanie II stupňa, 5 respondentiek (25%) má ukončené bakalárske vzdelanie. Vyššie odborné vzdelanie má ukončených 5 sestier (12,5%) a 10 sestier (25%) ukončilo stredoškolské vzdelanie s maturitou.

Vedomosti a zručnosť musia zodpovedať závažnosti ochorenia pacienta a problémom, ktoré znižujú kvalitu jeho života po stránke fyzickej, psychickej, sociálnej a ekonomickej.

Tabuľka č. 2 *Denné vyhodnotenie času venovaného rehabilitačnej starostlivosti pacientom*

Odpoveď	<i>n</i>	%
menej ako 2 hodiny denne	25	62,5%
od 2 do 3 hodín denne	10	25 %
viac ako 3 hodiny denne	5	12,5%
N	40	100 %

25 respondentiek (62,5%) sa venuje pacientom v rehabilitácii menej ako 2 hodiny denne. 10 sestier (25%) uviedlo čas od 2 do 3 hodín denne. Ostatných 5 sestier (13%) sa venuje pacientom viac ako 3 hodiny denne.

Tabuľka č. 3 *Spolupráca sestry a fyzioterapeuta*

Odpoveď	<i>n</i>	%
je na veľmi dobrej úrovni	10	25 %
je na slabej úrovni	18	45 %
je na veľmi slabej úrovni	8	20 %
sestra a fyzioterapeut nespolupracujú	4	10 %
N	40	100 %

Spolupráca sestry a fyzioterapeuta podľa pilotného výskumu nie je na požadovanej úrovni. Skoro polovica z opýtaných, t.j. 18 sestier (45%), uviedlo, že spolupráca je na slabej úrovni. Odpoveď spolupráce na veľmi slabej úrovni uviedlo 8 respondentiek (20%). Podľa 4 respondentiek (10%) sestra a fyzioterapeut nespolupracujú. 10 z opýtaných (25%) uviedlo dobrú úroveň spolupráce.

Sestra je osoba pomáhajúca pacientom, rodinám udržiavať ich fyzický, mentálny a sociálny potenciál v prostredí v ktorom žijú. Práca multidisciplinárneho tímu vychádza z celostného vnímania človeka zohľadňujúc jeho potreby bio-psycho-socio-spirituálne. Dôležitý je empatický prístup, profesionálna komunikácia, duchovná podpora.

Tabuľka č. 4 Cvičenia vykonávané s pacientom počas hospitalizácie

Odpoveď	<i>n</i>	%
aktívne cvičenia	15	37,5%
pasívne cvičenia	2	5 %
nácvik chôdze	20	50 %
vykašliavanie hlienov	2	5 %
cviky na zmiernenie bolesti pri zmene polohy	1	2,5%
iné	0	0%
N	40	100 %

Z uvedených položiek nácvik chôdze uviedla polovica z opýtaných respondentiek (20). Chôdza je dynamický stereotyp, definujeme ju ako striedanie pohybov dvoch dolných končatín. Sledujeme celkové držanie tela, stabilitu, sú pohyby horných končatín a pohyb dolných končatín. Sestra si všima celkové držanie tela a udržiavanie rovnováhy pacienta. Na druhom mieste bola uvedená položka aktívne cvičenie, uviedlo ju 15 opýtaných (37,5%). Malé percento uviedlo pasívne cvičenie (5%), vykašliavanie hlienov (5%) a cviky na zmiernenie bolesti pri zmene polohy (2,5%).

Záver

Fyzioterapeuti zastávajú kľúčovú a nezastupiteľnú úlohu pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti. Trávia s pacientmi všeobecne veľa času, preto dokážu eliminovať špecifické potreby, postoje, emócie a celkové správanie pacientov. Práca s ľuďmi je náročná, každý človek je svojím spôsobom individualitou, líši sa od ostatných naplnením svojich predstáv, ktoré očakáva od starostlivosti všetkých zdravotníckych pracovníkov, ktorí poskytujú zdravotnú starostlivosť.

V príspevku sú zahrnuté teoretické poznatky z rôznych prístupov ako (etický, psychologický...) na zdravotnú starostlivosť, charakteristika rehabilitačného procesu a vzťah k iným odborom.

V práci sa zameriavame tiež na problematiku liečebnej rehabilitácie, práce sestry a fyzioterapeuta, konštatovanie spolupráce celého tímu, ktorý pracuje v zdravotníckych zariadeniach.

Záver z nášho výskumu priniesli nové cenné poznatky pre sestry, fyzioterapeutov a vedeniu zdravotníckych zariadení.

Sme toho názoru, že fyzioterapeuti vykonávajú rehabilitáciu s pacientom kvalitne, ale myslia si, že by mali viac spolupracovať s celým tímom zdravotníckeho zariadenia. Fyzioterapeuti koordinujú svoju činnosť práce tak, aby zabezpečili aj emočnú podporu pacienta a zároveň komunikujú s rodinou, ktorá napomôže pacientovi pri doliečovaní v domácom prostredí.

Zoznam použitej literatúry:

1. BODNÁR, J. 2005. *Na hraniciach filozofie a vedy*. Bratislava: Veda, vydavateľstvo Slovenskej akadémie vied, 2005. 222 s. ISBN 80-224-0828-X.
2. KRISTOVÁ, J. – TOMAŠKOVÁ, Z. 2002. *Komunikácia v ošetrovatel'stve*. Martin: Osveta, 2002. 164 s. ISBN 80-8063-107-7.
3. KŘIVOHLAVÝ, J. 2001. *Psychologie zdraví*. Praha: Portál, 2001. 248 s. ISBN 80-7178-551-2.
4. LÍŠKOVÁ, M. – NÁDASKÁ, I. et. al. 2006. *Základy multikultúrneho ošetrovatel'stva*. Martin : Osveta, 2006. 67 s. ISBN 80-8063-216-2.
5. SOPÓCI, J. – BÚZIK, B. 2009. *Základy sociológie*. Bratislava: SPN, 2009. 127 s. ISBN 978-80-10-01444-6.

Kontakt na autorky:

PhDr. Anna Plačková, PhD.

Katolícka univerzita v Ružomberku

Fakulta zdravotníctva, Katedra fyzioterapie

Námestie A. Hlinku 48, 034 01 Ružomberok

plackovaanna@azet.sk

PhDr. Renata Knezović, PhD.

Sasinkova 2

LF UK Bratislava

813 72 Bratislava

renata.knezovic@fmed.uniba.sk

PhDr., Mgr. Rebeka Ralbovská, Ph.D.

Fakulta biomedicínského inženýrství

ČVUT v Praze

Fakulta biomedicínského inženýrství

ralbovska.rebeka@seznam.cz

VPLYV BOBATH KONCEPTU NA VÝSKYT KOMPLIKÁCIÍ U PACIENTOV S HEMIPARÉZOU

PhDr. Miriam Polhorská, PhD.

UK Bratislava, lekárska fakulta, Ústav sociálneho lekárstva a lekárskej etiky

Abstrakt

Bobath koncept je holistický prístup v komplexní péči o pacienta po cévní mozkové příhodě. Naším cílem bylo identifikovat vplyv Bobath konceptu na výskyt komplikací (dekubity, kontraktury kloubů, neglekt syndrom, bolest ramene) v intervenční skupině 118 pacientů po cévní mozkové příhodě. Pomocí Pearsonova chí-kvadrát testu jsme zjistili pozitivní vliv Bobath konceptu na snižování výskytu bolestí ramene. Bobath koncept neměl statisticky významný vliv na incidenci dekubitů, kontraktury kloubů, neglekt syndromu. V kontrolní skupině Bobath koncept nebyl realizován 63 pacientům, výskyt komplikací byl stejný při příjmu i při propuštění z nemocnice.

Klíčová slova: Bobath koncept. Pacient s hemiparézou. Komplikace po cévní mozkové příhodě.

Abstract

Bobath concept is based on a holistic approach in comprehensive care of patient after stroke. Our aim was to identify the Bobath concept effectiveness on complications incidence (pressure sores, joint contractures, neglect syndrome, shoulder pain) in intervention group with 118 patients after stroke. Using Pearson Chi – square test we found out that the Bobath concept has a positive effect on reducing incidence of shoulder pain complications. Bobath concept did not have a significant effect on incidence of pressure sores, joint contractures, neglect syndrome. 63 patients in the control group received no Bobath concept therapy and complications incidence was the same at admission and discharge time from hospital.

Key words: Bobath concept. Patient with hemiparesis. Post stroke complications.

Úvod

Výrazný vplyv na reintegráciu pacienta po náhlej cievnej mozgovej príhode (CMP) má kvalita poskytovanej starostlivosti, jej zameranie na prevenciu a liečbu komplikácií, s využitím holistických princípov Bobath konceptu v komplexnej starostlivosti.

Cieľ

Identifikovať a objektivizovať vplyv Bobath konceptu na výskyt komplikácií – dekubit, kontraktúra, neglekt syndróm, bolestivé plece, v komplexnej starostlivosti o pacientov po cievnej mozgovej príhode.

Charakteristika súboru

Sledovaný experimentálny súbor tvorilo 118 pacientov hospitalizovaných po cievnej mozgovej príhode, u ktorých bol v rámci komplexnej ošetrovateľskej a fyzioterapeutickej starostlivosti realizovaný Bobath koncept. V kontrolnej skupine bolo 63 hospitalizovaných pacientov po CMP, u ktorých nebol Bobath koncept realizovaný z rôznych dôvodov. Dĺžka hospitalizácie bola priemerne 12,09 dňa. Priemerný vek respondentov bol 62,55 rokov. Súbor sa skladal zo 110 mužov a 71 žien. Z hľadiska etiopatogenézy cievnej mozgovej príhody v 145 prípadoch išlo o ischemické postihnutie mozgu, intraparenchýmové krvácanie do mozgu bolo zistené u 36 sledovaných pacientov. Podľa topiky postihnutia 96 pacientov malo ľavostrannú hemiparézu až hemiplégiu, 85 pacientov malo postihnutie ľavej mozgovej hemisféry s pravostrannou hemiparézou až plégiou. Výsledky interpretujeme len na podmienky uvedeného súboru.

Metodika

V rámci Functional Independence Measure Testu sme pri vstupnom vyšetrení (T1) a výstupnom vyšetrení pacienta (T2) zároveň zisťovali prítomnosť týchto komplikácií: dekubit, kontraktúra, neglekt syndróm, bolestivé plece v závislosti na realizácii Bobath konceptu (RBK) alebo jeho nerealizácii (NBK) v komplexnej ošetrovateľskej a fyzioterapeutickej starostlivosti o pacientov po cievnej mozgovej príhode. Pearsonov Chi-kvadrát test sme použili na overenie štatistickej závislosti medzi výskytom komplikácií u sledovaných pacientov po cievnej mozgovej príhode a realizáciou (nerealizáciou) Bobath konceptu.

Výsledky

Pri štatistickej analýze vzájomných vzťahov medzi výskytom komplikácií – dekubit, kontraktúra, neglekt syndróm u pacientov po cievnej mozgovej príhode a realizáciou (nerealizáciou) Bobath konceptu sme pomocou Chi – kvadrát testu zistili štatisticky nesignifikantné rozdiely pri vstupnom vyšetrení - T1 a výstupnom vyšetrení – T2 pacientov v kontrolnom a experimentálnom súbore (vid'. Tabuľka 1). Realizácia Bobath konceptu v komplexnej starostlivosti nemala vplyv na výskyt kontraktúr, neglekt syndrómu a dekubitov v sledovanom súbore pacientov.

Tabuľka 1 Pearsonov Chi-kvadrát test štatistickej závislosti výskytu komplikácií u sledovaných pacientov po cievnej mozgovej príhode v kontrolnom a experimentálnom súbore.

Komplikácia	p-hodnota
Dekubit	0,5000
Kontraktúra	0,2534
Neglekt syndróm	0,2530
Bolestivé plece	0,0000

Štatisticky vysoko signifikantne preukázaný rozdiel medzi experimentálnou a kontrolnou skupinou respondentov sme zistili pri výskyte komplikácie bolestivé plece, p – hodnota bola 0,0000. Analýzu výskytu komplikácií u sledovaných pacientov v oboch skúmaných súboroch uvádzame v Tabuľke 2, 3, 4.

Tabuľka 2 Výskyt bolestivého pleca u sledovaných pacientov po cievnnej mozgovej príhode v experimentálnom a kontrolnom súbore vzhľadom na realizáciu (RBK) a nerealizáciu (NBK) Bobath konceptu v komplexnej starostlivosti.

Výskyt bolestivého pleca	RBK				NBK			
	T1		T2		T1		T2	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Áno	76	64,40	23	19,50	30	47,60	30	47,60
Nie	42	35,60	42	35,60	33	52,40	33	52,40
Zlepšenie	0	0,00	53	44,90	0	0,00	0	0,00
Zhoršenie	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Spolu	118	100	118	100	63	100	63	100

Komparáciou relatívnych početností výskytu bolestivého pleca v oboch súborech pacientov (viď. Tabuľka 2) sme zistili zlepšenie u 44,90 % respondentov pri výstupnom testovaní T2 v porovnaní so vstupným testovaním T1 iba v skupine pacientov, u ktorých bol Bobath koncept realizovaný (RBK) súčasne v ošetrovateľskej a fyzioterapeutickej starostlivosti o pacientov po cievnnej mozgovej príhode. V skupine respondentov, u ktorých Bobath koncept nebol realizovaný (NBK), výskyt bolestivého pleca bol pri výstupnom vyšetrení T2 rovnaký ako pri vstupnom vyšetrení T1.

V Tabuľke 3 uvádzame analýzu výskytu kontraktúr pri prijímaní a po prepustení pacientov v oboch skúmaných vzorkách. Zlepšenie sme zistili u 3,39 % respondentov pri výstupnom testovaní T2 v skupine pacientov, u ktorých bola komplexná starostlivosť realizovaná podľa princípov Bobath konceptu (RBK). V skupine respondentov, u ktorých koncept nebol realizovaný (NBK), sa výskyt kontraktúr pri výstupnom vyšetrení T2 v porovnaní so vstupným vyšetrením T1 nezmenil.

Tabuľka 3 Výskyt kontraktúry u sledovaných pacientov po cievnej mozgovej príhode v experimentálnom a kontrolnom súbore vzhľadom na realizáciu (RBK) a nerealizáciu (NBK) Bobathovej koncepcie v komplexnej starostlivosti.

Výskyt kontraktúr	RBK				NBK			
	T1		T2		T1		T2	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Áno	48	40,70	44	37,30	17	27,00	17	27,00
Nie	70	59,30	69	58,47	46	73,00	46	73,00
Zlepšenie	0	0,00	4	3,39	0	0,00	0	0,00
Zhoršenie	0	0,00	1	0,84	0	0,00	0	0,00
Spolu	118	100,00	118	100,00	63	100,00	63	100,00

Výskyt komplikácie neglekt syndróm, ktorý sme zistili pri prijíme a pri prepustení pacientov v oboch skúmaných vzorkách respondentov, uvádzame v Tabuľke 4. Zistili sme, že zlepšenie tejto komplikácie nastalo u 2,54 % pacientov, u ktorých bola starostlivosť realizovaná podľa Bobath koncepcie.

Tabuľka 4 Výskyt neglekt syndrómu u sledovaných pacientov po cievnej mozgovej príhode v experimentálnom a kontrolnom súbore vzhľadom na realizáciu (RBK) a nerealizáciu (NBK) Bobathovej koncepcie v komplexnej starostlivosti.

Výskyt neglekt sy	RBK				NBK			
	T1		T2		T1		T2	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Áno	13	11,00	10	8,47	11	17,50	11	17,50
Nie	105	89,00	105	89,00	52	82,50	52	82,50
Zlepšenie	0	0,00	3	2,53	0	0,00	0	0,00
Zhoršenie	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Spolu	118	100,00	118	100,00	63	100,00	63	100,00

V skupine respondentov, u ktorých koncept nebol realizovaný (NBK) výskyt neglekt syndrómu bol pri výstupnom vyšetrení T2 rovnaký ako pri vstupnom vyšetrení T1.

Realizácia Bobath konceptu v komplexnej starostlivosti nemala vplyv na výskyt kontraktúr, neglekt syndrómu a dekubitov v sledovanom súbore pacientov. Sme toho názoru, že príčinou uvedeného stavu môže byť krátka doba terapeutického pôsobenia vzhľadom na dĺžku hospitalizácie, prípadne heterogénnosť súboru respondentov od pseudochabého štádia až po štádium relatívneho zotavovania, kedy proces pozitívneho ovplyvnenia neprebíha u všetkých pacientov rovnako.

Záver

Realizácia Bobath konceptu v súčinnosti ošetrovateľskej a fyzioterapeutickej starostlivosti pozitívne ovplyvnila výskyt bolestivého pleca u pacientov po cievnej mozgovej príhode. Pri analýze výskytu kontraktúr, neglekt syndrómu, dekubitov neboli významné rozdiely vo výskyte týchto komplikácií medzi experimentálnou a kontrolnou skupinou. Goulding et al.

(2004) zdôraznil, že bolestivé plece je častým problémom pacientov po cievnej mozgovej príhode a každý, kto poskytuje starostlivosť hemiparetickému pacientovi, by mal poznať manažment starostlivosti o bolestivé plece. Zdieľame rovnaký názor ako Gialanella et al. (2004), Gúth (2004), Krobot (2005), Mayer et Hlušík (2004), že je nevyhnutná aktívna a cieleňá prevencia a špeciálny handling zo strany ošetrojúceho personálu. Z toho vyplýva, že v klinickej praxi by sa mali realizovať základné princípy Bobath konceptu v starostlivosti o pacienta po cievnej mozgovej príhode.

Zoznam použitej literatúry:

1. GIALANELLA, B. - BENVENUTI, P. - SANTORO, R. 2004. The painful hemiplegic shoulder: effects of exercises program according to Bobath. In *La Clinica Terapeutica*. [online]. 2004, Nov-Dec,155(11-12), p. 491-7. Dostupné na internete: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15861964>. ISSN 1972-6007.
2. GOULDING, R. - THOMPSON, D. - BEECH, C. 2004. Caring for patients with hemiplegia in an arm following a stroke. In *British Journal of Nursing*. [online]. 2004, 13, 9, p. 534-9. Dostupné na internete: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15215730>.
3. GÚTH, A. 2004. Liečebné metodiky v rehabilitácii pre fyzioterapeutov. Bratislava: LiečReh Gúth 2004, 468 s. ISBN 80-88932-16-5.
4. KROBOT, A. 2005. Rehabilitace ramenního pletence u hemiparetických nemocných. In *Neurologie pro praxi*, ISSN1213-1814, 2005, 6, s.296-301.
5. MAYER, M. - HLUŠTÍK, P. 2004. Ruka u hemiparetického pacienta, neurofyziologie, patofyziologie, rehabilitace. In *Rehabilitácia*, ISSN 0375-0922, 2004, 41, 1, s. 9-13.

Kontakt na autorku:

PhDr. Miriam Polhorská, PhD.

Ústav sociálneho lekárstva a lekárskej etiky, LF UK, Sasinkova 2, 813 72 Bratislava

miriam.polhorska@fmed.uniba.sk

miriam.polhorska@gmail.com

VYUŽITÍ POZNATKŮ Z MULTIKULTURALITY A ASPEKTŮ MULTIKULTURNÍHO PŘÍSTUPU U ČLENŮ POMÁHAJÍCÍCH PROFESÍ.

Bc. Denisa Charlotte Ralbovská¹, doc. PhDr. Darina Brukkerová, PhD, MPH.²,

PhDr., Mgr. Rebeka Ralbovská, Ph.D.¹

1. ČVUT v Praze, Fakulta biomedicínského inženýrství, 2. SZU Bratislava, Lekárska fakulta

Abstrakt

Obsahem příspěvku je problematika využití poznatků z multikulturality a aspektů multikulturního přístupu u členů pomáhajících profesí. Práce je zaměřená na zmapování povědomí o multikulturní komunikaci, jejího využití v podmínkách zahraničních misí, znalostí specifik jednotlivých kultur a přístupu k jedincům pocházejících z odlišných kultur. Dále přináší poznatky o pomáhajících profesích, vybraných organizacích a prvcích ozbrojených sil, ve kterých členové pomáhajících profesí působí. Ve výzkumné části práce jsou vymezeny cíle, hypotézy, je zde popsán výzkumný vzorek a metody. Cílem empirického výzkumu bylo zjistit povědomí a zájem členů pomáhajících profesí, kteří se ve svém profesním životě účastnili alespoň jedné zahraniční mise, o problematiku multikulturní komunikace a její využití v praxi. Získaná data jsou zpracována ve formě tabulek a grafů. V diskusi je provedena komparace námi zjištěných výsledků s výsledky jiných autorů. V závěru je shrnutí výsledků a cílů práce.

Klíčová slova: multikulturalita, komunikace, pomáhající profese, zahraniční mise

Abstract

This article's purpose is the subject of application of knowledge on multicuturality and of aspects of multicultural approach of members of aid proffesions. This dissertation is focused on mapping of knowledge on multicultural communication, its application on foreign

missions and campaigns, knowledge on particular cultures and of the approach towards individuals coming from different cultures. In the theoretical part, the basic concepts of multiculturalism subject and of communication in multicultural areas are defined. This dissertation also brings a knowledge of aid professions, selected organizations and the elements of armed forces in which members of aid professions act. In the research part of this dissertation, I define goals, purposes and hypothesis, and researched patterns and methods are also described. The main purpose of empirical part of this dissertations is to find out the concern of members of aid support professions who have taken part in at least of one foreign mission, and aspects of multicultural communication and its evaluation in practical process. The obtained data is processed in graphs and tables. In discussion, there are evidences of ours find outs compared to results of other authors. In conclusion of this dissertation, there are results of obtained data results and purposes of this dissertation.

Key words: multiculturalism, communication, helping professions, foreign missions

„Kdo nikdy neopustil svou vlast, je plný předsudků.“

Carlo Goldoni

Členové pomáhajících profesí vykonávají povolání, kterého smyslem je pomáhat ostatním lidem zvládat a překonávat větší i menší problémy různého druhu, které jim jejich život přináší. Jedním ze znaků pomáhající profese je, že členové pomáhajících profesí začínají fungovat tam, kde selhávají nebo jsou nedosažitelné možnosti běžné mezilidské pomoci a členové pomáhajících profesí jsou i v náročných podmínkách schopni spontánního sociálního jednání.

Multikulturalita je v dnešním propojeném a zároveň kulturně dosti rozdílném světě důležitým pojmem v každodenním životě. Zájem o přístup k jiným kulturám má v poslední době narůstající tendence, zejména otevřením jednotlivých států vůči okolnímu světu. Česká republika a potažmo většina světa není uzavřena ve vakuu a hraje určitou roli v mezinárodním postavení. Tato role se odvíjí od členství ve světových mezinárodních organizacích, zejména od vstupu České republiky do Severoatlantické aliance (dále jen NATO), v roce 1999. Na

základě tohoto členství vyplývají i závazky a jedním z těchto závazků je podílení se na mezinárodních operacích mírového charakteru. V rámci těchto operací se Armáda České republiky (dále jen AČR) stává dalším článkem NATO, který poskytuje humanitární pomoc okolnímu světu. Tato pomoc je poskytována často v sociokulturně odlišných oblastech, kde jsou kultura a náboženství určující faktory života místního obyvatelstva. Pro úspěšnou realizaci humanitární pomoci je často velmi důležité, aby pracovníci respektovali a zároveň se i orientovali v dané kultuře.

Mimo NATO poskytuje mnoho dalších organizací pomoc do zahraničí. Pro výzkumné šetření jsme si vybrali další dva světově uznávané hráče na poli humanitárních aktivit – Lékaři bez hranic (dále jen MSF) a Diakonie Českobratrské církve evangelické (dále jen DČCE).

Humanitární pomoc do zahraničí se poskytuje způsobem, který účinně naplňuje její cíle, zejména poskytnutím potřebného majetku ve formě daru do postižené oblasti „materiální pomoc“, zapojováním do záchranných operací vysláním záchranářů nebo odborníků s potřebným vybavením podle zákona o integrovaném záchranném systému „záchranářská pomoc“, peněžními dary do zahraničí, příspěvků mezinárodním organizacím a integračním seskupením a projekty humanitární pomoci. (www.mzv.cz)

Humanitární organizace poskytují humanitární pomoc, která je krátkodobá, zdravotní, sociální, materiální a logistická, poskytovaná z humanitárních důvodů, typicky jako důsledek humanitárních krizí. Základními cíli humanitární pomoci je tedy zachránit lidské životy, zajištění základních lidských potřeb a poskytnutí základní hygienické a zdravotnické pomoci.

Členové pomáhajících profesí v rámci zahraničních misí pracují často v naprosto odlišném sociokulturním prostředí a mnohdy také s významnou jazykovou bariérou. Ke složitosti situace přispívá skutečnost, že jejich aktuální klienti se nalézají v životní situaci, která je označována za kritickou, v mnohých případech ani nelze spoléhat na pomoc rodiny, nejbližších anebo komunity, protože ta je postižena stejnou krizí či katastrofou. Proto je potřeba, aby pracovníci mise uměli naslouchat, vyčkávat a snažit se porozumět, vyslyšet klienta. Měli by umět vyjádřit emocionální ocenění klientům, zdvihnout sebevědomí v tíživé situaci, pozitivní ovlivnění napomůže překonávání krize a také by se pracovníci měli snažit o zapojení klientů do řešení situace, samozřejmě pokud jim to jejich aktuální fyzický či psychický stav dovolí.

Popis výzkumného šetření

Pro potřeby zpracování výzkumného šetření jsme zvolili metodu kvantitativního výzkumného šetření pomocí nestandardizovaného anonymního dotazníku. Výzkumné šetření bylo zahájeno 1. 11. 2013 a ukončeno bylo 28. 2. 2014.

Stanovení výzkumného vzorku

Podmínkou výběru respondentů bylo absolvování mise vojenského nebo humanitárního charakteru. Podařilo se nám navázat kontakty na příslušníky Armády ČR, dobrovolníky ze sekulární humanitární neziskové organizace Lékaři bez hranic a neziskové organizace Diakonie Českobratrské církve evangelické.

Respondenti byli rozděleni dle příslušnosti k jednotlivým organizacím, nebyli limitováni věkem, pohlavím, vzděláním ani délkou profesní praxe. Každé z jednotlivých složek byly distribuovány nestandardní anonymní dotazníky v elektronické podobě a rovněž taky odkaz na umístění dotazníku na elektronickém portálu www.docs.google.com

Od příslušníků z řady Armády ČR jsme získali 58 respondentů, což představovalo 43 %. Od dobrovolníků z řad Lékařů bez hranic jsme získali k šetření 31 respondentů, což představovalo 23%. Od dobrovolníků z organizace Diakonie Českobratrské církve evangelické jsme získali 27 respondentů, což představovalo 20%. V kategorii jiné se nám vyskytlo 19 respondentů, což představovalo 14%. Celkově jsme tedy k výzkumnému šetření získali 135 respondentů z řad účastníků misí vojenského nebo humanitárního charakteru.

Vyhodnocení hypotéz

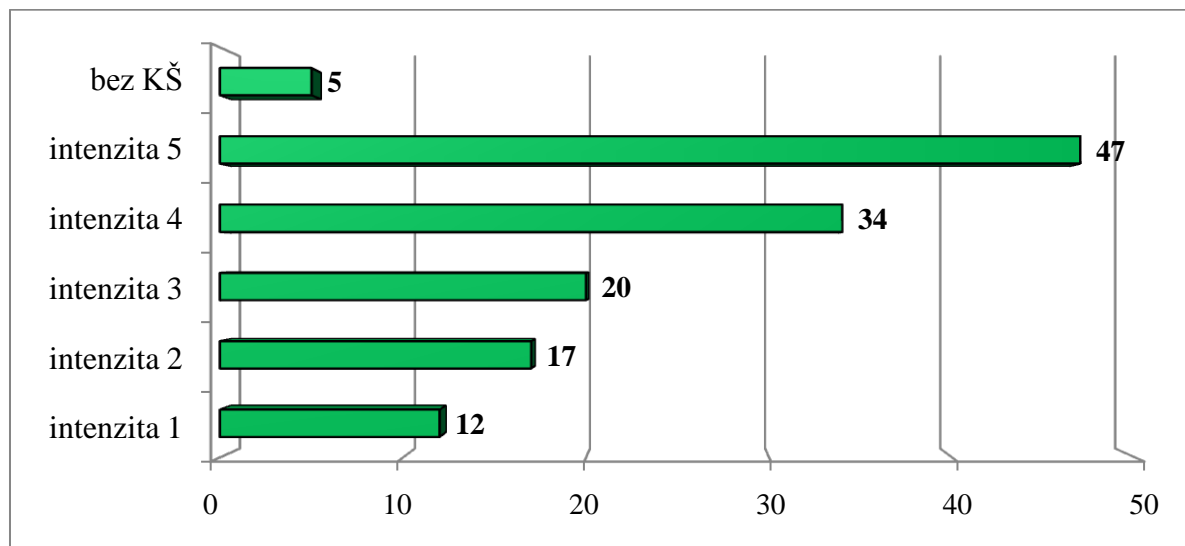
HYPOTÉZA 1 *Předpokládáme, že více než 50 % respondentů, kteří se účastnili zahraniční mise, prožívali při pobytu v multikulturním prostředí kulturní šok a v rámci dotazníku uvede vyšší hodnoty prožívaných negativních emocí.*

S hypotézou 1 souvisela otázka číslo 8.

V otázce číslo 8 jsme zjišťovali míru kulturního šoku a intenzitu negativních emocí na stupnici od 1 do 5. Vyšší intenzitu negativních emocí zažívalo 81 respondentů, což tvořilo 60 %. Nejvyšší, 5 stupeň negativních emocí uvedlo 47 (34,8 %) respondentů a 4 stupeň negativ-

ních emocí 34 (25,2 %) respondentů. Pouze 3,7% respondentů neprožívalo žádný kulturní šok. (viz Graf 1)

Na základě vyhodnocení výsledků lze konstatovat, že se nám Hypotéza 1 potvrdila.



Graf 1 - intenzita kulturního šoku u respondentů

HYPOTÉZA 2 Předpokládáme, že více než 50 % respondentů se v rámci absolvovaného vzdělávání nesetkali s výukou multikulturní komunikace.

S hypotézou 2 souvisely otázky číslo 9 a 10.

Znění otázky č. 9: *Absolvoval/la jste v průběhu vzdělávání výuku zaměřenou na všeobecnou nebo multikulturní komunikaci?*

V otázce 9 jsme zjišťovali, zda u respondentů proběhla výuka zaměřená na multikulturní komunikaci a to praktická i teoretická. Pouze 19 respondentů což tvořilo 14,1 %, se setkalo s prakticky i teoreticky zaměřenou výukou multikulturní komunikace. (viz Tab. 1)

Znění otázky č. 10: *Pokud jste na předchozí otázku uvedli kladnou odpověď, ohodnoťte na stupnici od 1 do 5 význam této výuky v rámci Vaší účasti na misi.*

Otázka číslo 10 se týkala významu absolvované komunikace v praxi v průběhu zahraniční mise. Pouze 9 (7,3 %) respondentů uvedlo, že výuka měla pro ně určující význam. 8,8% uvedlo, že pro ně výuka neměla téměř žádný význam. (viz Tab. 2)

Na základě vyhodnocení výsledků lze konstatovat, že se nám Hypotéza 2 potvrdila.

Tab. 1 absolvování výuky zaměřené na všeobecnou nebo multikulturní komunikaci

absolvování výuky zaměřené na všeobecnou nebo multikulturní komunikaci	počet respondentů	percentuálně podíl
ne, v průběhu vzdělávání jsem se nesetkal/la s výukou všeobecné komunikace a ani multikulturní komunikace	9	6,6 %
ano, ale pouze teoreticky zaměřenou výuku všeobecné komunikace	34	25,2 %
ano, teoreticky i prakticky zaměřenou výuku všeobecné komunikace	47	34,8 %
ano, ale pouze teoreticky zaměřenou výuku multikulturní komunikace	26	19,3 %
ano, teoreticky i prakticky zaměřenou výuku multikulturní komunikace	19	14,1 %
celkově	135	100 %

Tab. 2 význam absolvované výuky komunikace pro respondenty

význam absolvované výuky komunikace	počet respondentů	percentuálně podíl
1 - téměř žádný význam	11	8,8 %
2 - minimální význam	22	17,7 %
3 - částečný význam	47	38 %
4 - dostatečný význam	35	28,2 %
5 - určující význam	9	7,3 %
celkově	124	100 %

HYPOTÉZA 3 Předpokládáme, že více než 75 % respondentů v rámci dotazníku uvede vyšší hodnoty významu vlivu multikulturní komunikace na průběh poskytované pomoci klientům.

S hypotézou 3 souvisely otázky číslo 12 a 13.

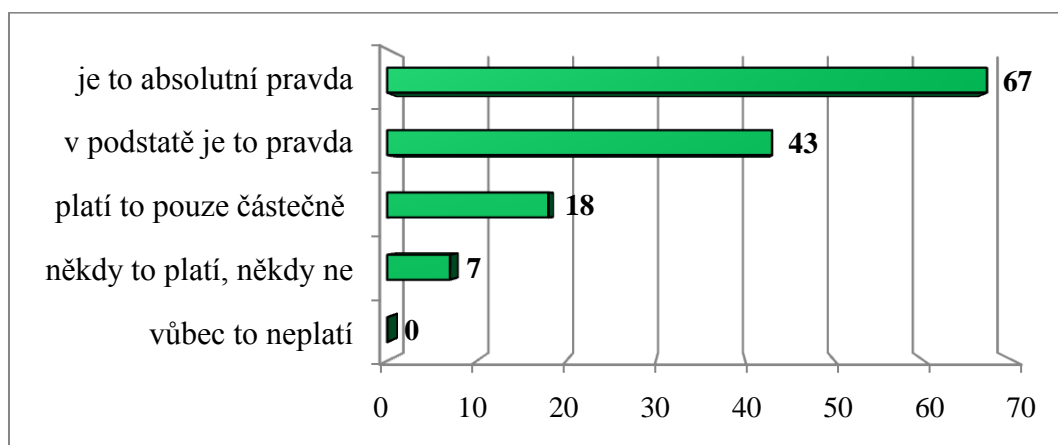
Znění otázky č. 12: *Na stupnici od 1 do 5 vyjádřete Váš názor na následující tvrzení: Při poskytování pomoci je nevyhnutná bohatá slovní zásoba, uplatňování aspektů multikulturní komunikace a používání výstižných formulací, které jsou jedinci pocházejícímu z jiné kultury srozumitelné*

V otázce číslo 12 jsme zjišťovali názor respondentů na tvrzení, že při poskytování pomoci jedincům z jiných kultur je důležité uplatňovat multikulturní komunikaci, bohatou slovní zásobu a používat výstižné formulace. Ohodnocení proběhlo na stupnici od 1 do 5. Vyšší hodnoty významu slovní zásoby, uplatňování aspektů multikulturní komunikace a používání výstižných formulací, při komunikaci s klientem pocházejícím z jiné kultury uvedlo 110 respondentů, což tvořilo 78,8 %. Odpověď typu v podstatě je to pravda uvedlo 43 (31,9 %) respondentů a odpověď typu je to absolutní pravda uvedlo 67 (46,9 %) respondentů. (viz Graf 2)

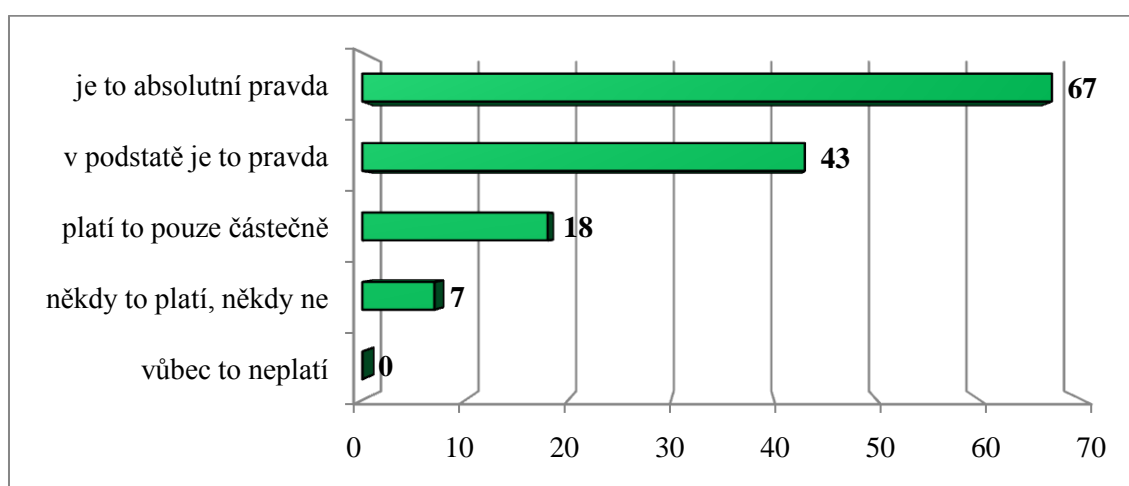
Znění otázky č. 13: *Na stupnici od 1 do 5 vyjádřete Váš názor na následující tvrzení: Jazyková bariéra a neschopnost adekvátně zprostředkovat informace má zásadní vliv na průběh poskytování odborné pomoci.*

Otázka číslo 13 se týkala názoru respondentů na tvrzení, že jazyková bariéra a neschopnost adekvátně zprostředkovat informace má zásadní vliv na průběh poskytování odborné pomoci. Vyšší hodnoty významu jazykové bariéry a neschopnosti adekvátně zprostředkovat informace na průběh poskytování odborné pomoci uvedlo 103 respondentů, což tvořilo 76,3 %. Odpověď typu v podstatě je to pravda uvedlo 54 (40 %) respondentů a odpověď typu je to absolutní pravda uvedlo 49 (36,3 %) respondentů. (viz Graf 3)

Na základě vyhodnocení výsledků lze konstatovat, že se nám Hypotéza 3 potvrdila.



Graf 2 - význam slovní zásoby, uplatňování aspektů multikulturní komunikace a používání výstižných formulací, při komunikaci s klientem pocházejícím z jiné kultury



Graf 3 význam jazykové bariéry a neschopnosti adekvátně zprostředkovat informace na průběh poskytování odborné pomoci

HYPOTÉZA 4 Předpokládáme, že více než 75 % respondentů uvede správnou odpověď v těch položkách dotazníku, pomocí kterých mapujeme znalosti z multikulturality a multikulturní komunikaci.

S hypotézou číslo 4 souvisely otázky číslo 20 a 21.

Znění otázky č. 20: *Následující otázka je zaměřena na rozpoznání Vašich vědomostí o rituálech a zvyklostech v jednotlivých kulturách. (k jednotlivým pojmům prosím uveďte jejich význam)*

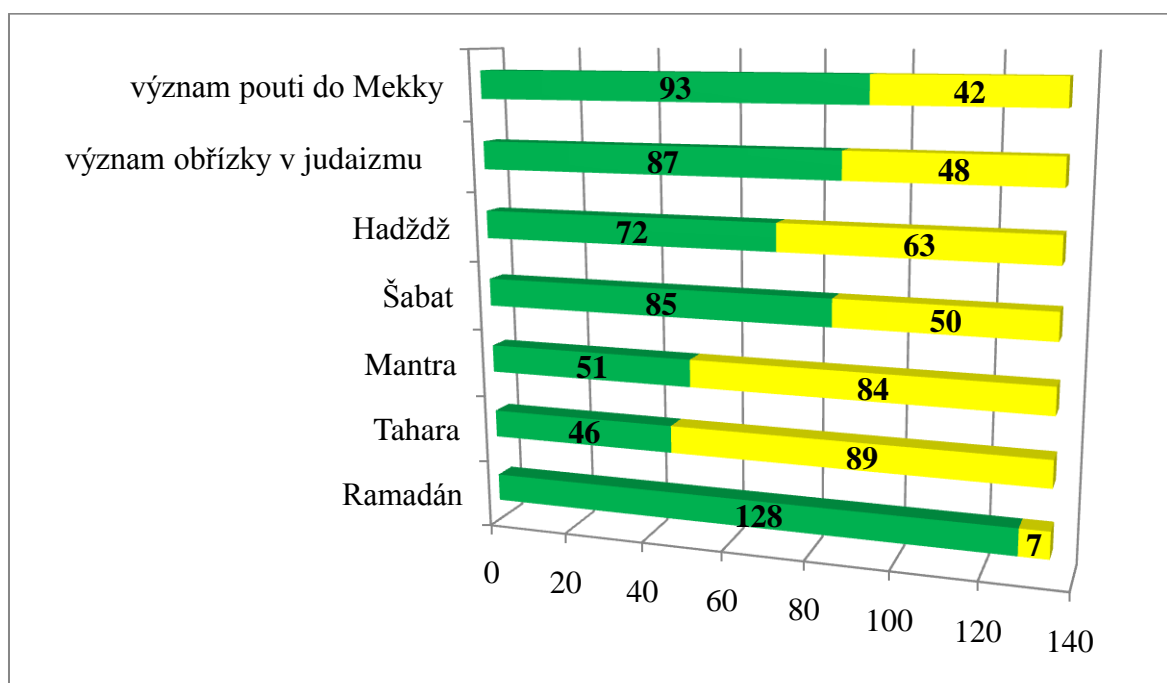
V otázce číslo 20 měli respondenti uvést význam k pojmům: Ramadán, Tahara, Mantra, Šabat, Hadždž, význam obřízky v judaismu, význam pouti do Mekky.

Pouze u jedné položky v seznamu dosahovaly správné odpovědi více než 75%. Touto položkou byl význam slova Ramadán, správně odpovědělo 94,8% respondentů. Dalším známým pojmem byl pro respondenty význam pouti do Mekky, zde správnou odpověď uvedlo 68,9% respondentů. Nejméně známým pojmem bylo slovo Tahara, správně odpovědělo 34,1%. (viz Graf 4)

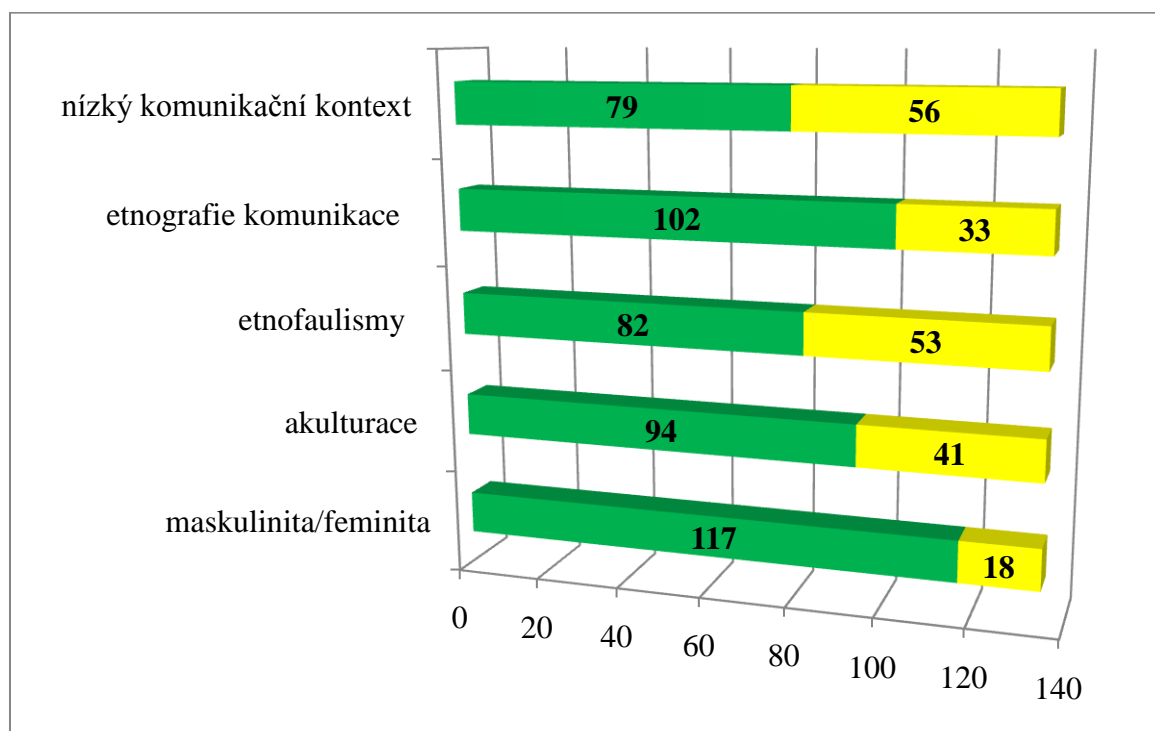
Znění otázky č. 21: *Následující pojmy jsou zaměřené na rozpoznání Vašich vědomostí o multikulturní komunikaci. (k jednotlivým pojmům prosím uveďte jejich význam)*

Otázka číslo 21 byla také zaměřena na zjištění povědomí o pojmech v oblasti multikulturality. Respondenti měli popsat význam pojmů: Maskulinita/feminita, Akulturace, Etnofaulismy, Etnografie komunikace a nízký komunikační kontext. U této otázky dosahovaly správné odpovědi vyšší čísla než u předchozí. Více než 75% respondentů odpovědělo správně na dva z pěti pojmů. Pojem maskulinita/feminita vyhovující popsal 86,7% respondentů. Dále byl pro ně známý pojem etnografie komunikace (75,6%). (viz Graf 5)

Na základě vyhodnocení výsledků lze konstatovat, že se nám Hypotéza 4 nepotvrdila.



Graf. 4 vědomosti respondentů o rituálech a zvyklostech v jednotlivých kulturách



Graf. 5 vědomosti respondentů o multikulturální komunikaci

HYPOTÉZA 5 Předpokládáme, že více než 75 % respondentů uvede, že se aktivně zajímá o poznatky z multikulturality.

S hypotézou číslo 5 souvisela otázka číslo 19.

Znění otázky č. 19: *Váš zájem o problematiku kulturně relevantní péči projevujete: (můžete vybrat více odpovědí)*

V otázce číslo 19 byli respondenti dotazováni na zájem o problematiku kulturně relevantní péče, a jakým způsobem získávají znalosti z tohoto oboru. Na tuto otázku bylo možno odpovědět více možnostmi. Nejoblíbenější metodou získávání informací (36%) představovalo samostudium odborné literatury. Druhým nejčastějším zdrojem (29,3%) byl Internet. Pouhé 2,2% respondentů odpovědělo, že nemá zájem o získávání vědomostí z této oblasti. (viz Tab 3)

Na základě vyhodnocení výsledků lze konstatovat, že se nám Hypotéza 5 potvrdila.

Tab. 3 způsob zájmu respondentů o problematiku kulturně relevantní péče

způsob zájmu respondentů o problematiku kulturně relevantní péče	počet odpovědí	percentuálně podíl
samostudiem odborné literatury	82	36 %
internetové zdroje	67	29,3 %
účastí na kurzech v rámci celoživotního vzdělávání	49	21,5 %
své vědomosti považují za dostačující a nemám potřebu je rozšiřovat	18	7,9 %
nemám zájem o získávání vědomostí v této oblasti	5	2,2 %
jiný způsob získávání vědomostí	7	3,1 %
celkově	228	100 %

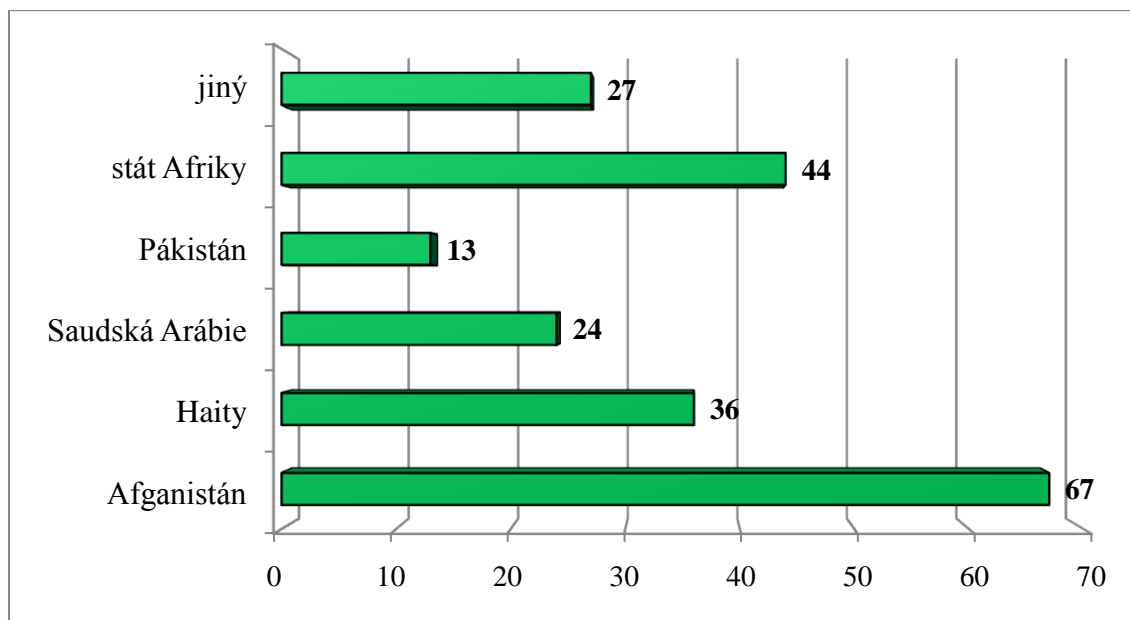
Diskuze

Zaměřili jsme se na zjištění, jak jsou pracovníci pomáhajících profesí erudováni v oblasti multikulturality a jaký je jejich zájem o tuto problematiku. Zajímalo nás, jestli při výkonu svého povolání na zahraniční misi prožívali kulturní šok, a pokud ano jaká byla jeho intenzita. Zároveň jsme se dotazovali, jak důležitá je otázka komunikace s jedinci jiných kultur v rámci poskytování pomoci.

Výzkumný soubor tvořili pracovníci pomáhajících profesí, kteří se minimálně jednou zúčastnili mise vojenského nebo humanitárního charakteru. Celkem se jednalo o 135 respondentů. Největší procento (43%) tvořili příslušníci Armády České republiky, druhou největší složku zastupovali pracovníci organizace Lékaři bez hranic a další velkou skupinu tvořili humanitární pracovníci z Diakonie českobratrské církve evangelické. 84,5% respondentů sestavovali vysokoškolsky vzdělaní lidé. Nevyšší podíl oslovených respondentů (24,4%) dosahoval věkovou hranici 41 - 45 let, druhou skupinu tvořili pracovníci v rozmezí 36-40 let.

V rámci dotazníku jsme zjišťovali charakter a počet absolvovaných misí. 57% respondentů se účastnilo mise humanitárního charakteru a zbylých 43% absolvovalo misi vojenského charakteru. Při dotazování na počet zahraničních misí nám nejvíce pracovníků odpovědělo, že se účastnili 2-5 krát (41,5%). Zajímavým faktem bylo, že další početní skupinu (31,8%) tvořili lidé, kteří misi absolvovali 6-10 krát. Přineslo to

zjištění, že odborníci v tomto oboru mají bohaté zkušenosti a za svůj profesní život se několikrát vracejí do zahraničního nasazení. Největší procento zastoupení (31,7%) měli pracovníci, kteří byli nasazeni do vojenské mise v Afghánistánu. Státy absolvovaných misí viz Graf 6.



Graf 6 stát absolvované mise

Dále nás zajímalo prožití kulturního šoku. Rozpracovali jsme hypotézu, která obsahovala tvrzení, že více než 50% respondentů, kteří se účastnili zahraniční mise, prožívali při pobytu v multikulturním prostředí kulturní šok a v rámci dotazníku uvede vyšší hodnoty prožívaných negativních emocí. Tato hypotéza se nám potvrdila. Vyšší intenzitu prožívání negativních emocí zažívalo v rámci mise 60 % respondentů. Pouze 3,7% neprožívalo žádný kulturní šok. Tento fakt popisuje i Zaccalová (2012), jenž se při kvalitativním výzkumu u vojáků, kteří se vrátili z mise, setkala s pojmem kulturní šok u každého dotazovaného. Že se kulturní šok netýká pouze vojenských pracovníků, zjistil Říkovský (2012), kdy se při hloubkových interview od humanitárních pracovníků dozvěděl, že při výkonu své profese v zahraničí prožívali negativní emoce spojené s cizí kulturou.

Další zajímavý fakt přineslo zjištění, které se týkalo absolvované výuky multikulturní komunikace. Pouze 14,1% respondentů se setkala s prakticky i teoreticky zaměřenou výukou multikulturní komunikace. Zároveň ale 28,2% respondentů uvedlo, že výuka měla pro ně dostatečný význam. Výuka multikulturní komunikace se velmi liší u vojenských a civilních pracovníků. Zaccalová (2012) uvádí, že výuka multikulturality v rámci teoretické přípravy na misi probíhala u všech dotazovaných vojáků v kvalitativním šetření. Naopak u civilních pra-

covníků je tato tématica velmi opomíjená. Škvrňáková (2009) popisuje nedostatečnost vzdělání v oboru multikulturality u středoškolsky vzdělaných sester.

Jedna z hypotéz se týkala vlivu multikulturní komunikace na průběh poskytované pomoci jedincům. Potvrdila se nám hypotéza, že více než 75% uvedlo vyšší význam této komunikace. To nasvědčuje faktu, že pracovníci pomáhajících profesí dospěli k názoru, že problematika multikulturality v rámci pomoci jiným kulturám má nezastupitelnou roli. K obdobnému názoru přišel i Říkovský (2012), který se při interview s pracovníky humanitárních organizací setkal s uvědoměním si odlišných kultur a potřebě zachovávat kulturní specifika v komunikaci. Braunerová (2011) ve své práci uvádí, že se při kvantitativních rozhovorech s pracovníky pomáhajících profesí dozvěděla o důležitosti znalosti multikulturního prostředí pro výkon povolání v zahraničí. Toto souvisí s pojmem kulturní inteligence. Kulturní inteligence zahrnuje schopnost rozeznat vhodné interakce a ne pouze vědomé povědomí emocí nebo sociálních událostí (Thomas, Inkson, 2004). Earley a Peterson (2004) uvádějí, že kulturní inteligence odráží individuální schopnost přizpůsobit se novým situacím a efektivně vytvářet nové, kulturně podmíněné prvky chování. Janssen a Brett (2006) popisují, že jednotlivcům, kteří nevědí jak efektivně uplatňovat interkulturní komunikaci, neovládají aspekty jednotlivých kultur a prvky řešení interkulturních konfliktů (mají tedy nižší míru kulturní inteligence) pravděpodobně hrozí nebezpečství nepřijetí ze strany příslušníků jiných kultur jako i neochoty sdílení informací. Wood a Bell (2008) poukazují na skutečnost, že vyšší míra kulturní inteligence pozitivně ovlivňuje úspěšnost výsledků interkulturní komunikace stejně jako proces řešení interkulturních konfliktů a to s adekvátním využitím aspektů kulturního pozadí, které eventuálně stojí za nedorozuměním.

Žádný z dotazovaných respondentů si nemyslí, že jazyková bariéra a neschopnost adekvátně zprostředkovat informace nemá vliv na průběh poskytování odborné pomoci. To souvisí s jazykovou přípravou pracovníků, kteří před vycestováním skládají zkoušky z cizího jazyka. U pracovníků humanitárních organizací je zároveň důležitá důkladná příprava i v historicko-sociologické oblasti v rámci dané země. Umění pohybovat se v dané kultuře a znát její specifika je nezbytnou součástí vzdělání pomáhajících profesí. Námi stanovená hypotéza číslo 5 se také týkala zájmu respondentů o poznatky z oboru multikulturality. Potvrdilo se nám, že více než 75% respondentů se aktivně zajímá o tuto problematiku a vyhledává si informace z různých zdrojů. Obdobně se vyjádřil Říkovský (2012) který uvádí, že sociokulturní znalost regionu je u pracovníků humanitárních organizací základní předpoklad mezinárodní pomoci a proto si tyto informace shánějí před vycestováním.

Dále jsme se v práci zabývali potvrzením či vyvrácením hypotézy, že více než 75% respondentů bude ovládat pojmy týkající se multikulturality. Tato hypotéza se nám nepotvrdila, což přineslo překvapivé výsledky. Jediný známý pojem byl Ramadán, který znalo 94,8% dotazovaných, což může souviset s přípravou pracovníků pomáhajících profesí na výkon povolání v muslimské zemi. U dalších pojmů dosahovaly správné odpovědi nižších čísel, než jsme předpokládali. Otevírá to prostor pro zamyšlení nad kvalitou a obsahovým zaměřením výuky multikulturality a multikulturní komunikace u pomáhajících profesí.

Závěr

Tento příspěvek pojednával o problematice multikulturality a využití multikulturního přístupu, včetně multikulturní komunikace u členů pomáhajících profesí, kteří se účastnili misí vojenského nebo humanitárního charakteru. Je nesporné, že výkon povolání v cizím kulturním prostředí s sebou přináší mnoho složitých emocí, prožitků, poznatků, nových a doposud nepoznaných situací, ve kterých se projevují rozličné postoje k zásadním životním otázkám. Profesionální přístup k jedincům pocházejícím z cizího sociokulturního prostředí a respektování odlišností v myšlení, chápání a konání druhého jedince musí stát na pevných základech empatie a sociálně-kulturní inteligence. Bez důkladné přípravy, studia odborné literatury, kurzů všeobecné i multikulturní komunikace je poskytování humanitární pomoci ztíženo a může přinášet mnoho negativních emocí. Proto by měl být kladen důraz na kvalitní vzdělávání v této oblasti zejména pro příslušníky pomáhajících profesí, kteří se ocitnou v kulturně odlišné zemi. Zde se do budoucnosti otvírá prostor pro zlepšení a praktické zaměření multikulturní komunikace.

Závěrem lze konstatovat, že poskytování humanitární pomoci musí být provázeno lidskostí a nelze jej hodnotně vykonávat s předsudky proti jedincům jiné rasy, kultury či náboženského vyznání.

Seznam použité literatury:

BRAUNEROVÁ, D. *Motivace humanitárních pracovníků pro pomoc na zahraničních misích v oblastech zasazených krizí*. Brno, 2011. Diplomová práce. Masarykova univerzita v Brně. Fakulta sociálních studií. Vedoucí práce Stanislava Ševčíková.

EARLEY, P. C., PETERSON, R. The elusive cultural chameleon: Cultural intelligence as a new approach to intercultural training for the global manager. In: *Academy of Management Learning and Education*, 2004, 3(1), 100-115.

JANSSENS, M., BRETT, J. Cultural intelligence in global team: A fusion model of collaboration. In: *Group Organization Management*, 2006, 31(1), 124-153.

ŘÍKOVSKÝ, J. *Profil humanitárního pracovníka pohledem českých humanitárních organizací*. Brno, 2012. Diplomová práce. Masarykova univerzita v Brně. Fakulta sociálních studií. Vedoucí práce Stanislava Ševčíková.

ŠKVRŇÁKOVÁ, J. *Multikulturní ošetrovatelská péče u klientů se specifickou náboženskou příslušností*. Pardubice, 2009. Bakalářská práce. Univerzita Pardubice. Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce Jana Ročková

THOMAS, D. C., INKSON, K. *Cultural intelligence: People skills for global business*. San Francisco, CA: Berrett-Koehler. 2004. ISBN 1-57675-256-9.

WOOD, V. F., BELL, P. A. Predicting interpersonal conflict resolution styles from personality characteristics. In: *Personality and Individual Differences*, 2008. 45(1), 126-131. ISSN 0146-1672.

ZACPALOVÁ, P. *Vliv pobytu v zahraniční misi na osobní život vojáků*. Brno. 2012. Diplomová práce. Masarykova univerzita v Brně. Pedagogická fakulta. Vedoucí práce Bohumíra Lazarová.

Kontakt na autorky:

Bc. Denisa Charlotte Ralbovská
Fakulta biomedicínského inženýrství
ČVUT v Praze
Fakulta biomedicínského inženýrství
denisa.ralbovska@gmail.com

PhDr., Mgr. Rebeka Ralbovská, Ph.D.
Fakulta biomedicínského inženýrství
ČVUT v Praze

Fakulta biomedicínského inženýrství

ralbovska.rebeka@seznam.cz

Doc. PhDr. Darina Brukkerová, PhD., MPH

Slovenská zdravotnícka univerzita Bratislava

Lekárska fakulta

darina.brukkerova@szu.sk

STRES A ZÁTĚŽ V PRÁCI HASIČA – ZÁCHRANÁRA

PhDr. Daniela Rybárová, PhD.

PhDr. Ivana Argayová, Stanislav Vojtek

Prešovská univerzita v Prešove, Fakulta zdravotníckych odborov

Abstrakt

Hasiči - záchranári vykonávajú svoje povolanie, pri ktorom sú vystavení ohrozeniam, ktoré vplývajú z ich práce. Podliehajú tak neočakávaným faktorom, ktoré častokrát môžu na nich pôsobiť zaťažujúco, môžu vyvolávať stres z práce a následne aj poruchy spôsobené stresom v práci. Ich výkon je povinný v akomkoľvek čase za akýchkoľvek podmienok a na akomkoľvek mieste. Prítom sa stretávajú s osudom ľudí, ktorým už niekedy nevedia pomôcť. Ich práca je psychicky a fyzicky vyčerpávajúca, vyžaduje odbornosť, zodpovednosť. Príspevok obsahuje výsledky prieskumnej štúdie zameranej na zistenie pociťovania stresu a záťaže vzniknutej u hasičov – záchranárov a na to, ako hasiči - záchranári kompenzujú vplyv stresu a záťaže vzniknutej v ich profesii realizovanej v marci 2013 formou neštandardizovaného dotazníka. Z výsledkov prieskumu vyplynulo, že aj keď sú situácie, ktoré sú pre hasiča - záchranára stresujúce a zaťažujúce, zvládnutie zásahov a samotná záchrana ľudského života prináša pocit spokojnosti z dobre vykonanej práce. Hasiči - záchranári vedia kompenzovať stresory a záťaže, predovšetkým vo vzťahoch s druhými ľuďmi.

Kľúčové slová: Hasič - záchranár. Stres. Záťaž. Príčiny stresu a záťaže. Posttraumatická stresová porucha.

Abstract

Firefighters – paramedic carry out their profession, when exposed to the risks that have an impact on their work. Subject to such unexpected factors that often can act on them burdensome, may cause stress from work and consequently disorders caused by stress at work. Their performance is required at any time under any conditions and in any place. In doing so, faced with the fate of people who have ever not help. Their work is physically and mentally exhausting, requires professionalism, accountability. Paper contains the results of an exploratory study aimed at finding experiencing stress and burden experienced by firefighters - rescuers and how firefighters - rescuers offset the impact of stress and burden incurred in their profession undertaken in March 2013 in the form of non-standardized questionnaire. The

survey showed that although there are situations that are for firefighters - rescuers stressful and burdensome, management interventions and safeguarding of human life itself brings a sense of satisfaction from a job well done. Firefighters – paramedic know compensate stressors and burdens, especially in relationships with other people.

Key words: Firefighter - Paramedic. Stress. Load. The causes of stress and burden. Post-traumatic stress disorder.

Úvod

Práca hasiča – záchranára je zameraná na poskytovanie pomoci v život ohrozujúcich alebo ináč nebezpečných a nezvládnuteľných situáciách, požiaroch či katastrofách, ktoré si vyžadujú tímovú a odbornú prácu. Táto pomoc je zákonom daná nepretržite a dostupná by mala byť pre každého človeka v núdzi. Ich práca je náročná fyzicky, tak aj psychicky. Toto vypätie vyplýva zo snahy splniť úlohy súvisiace so záchranou osôb v čo najkratšom čase. Pritom musí často prekonať veľký výškový rozdiel, dopraviť technické prostriedky veľkej hmotnosti, pracovať vo výškach alebo stiesnených priestoroch s výskytom toxických látok alebo vysokých teplôt. Medzi fyzickou a psychickou záťažou existuje priama súvislosť. Aj fyzicky zdatný jedinec nepodá plný výkon, ak nebude v psychickej pohode (ak bude pociťovať úzkosť, strach z vykonávanej činnosti alebo možných dôsledkov, ak bude mať súkromné problémy a podobne (Šebestová, 2004).

Hasiči – záchranári pracujú v náročných poveternostných podmienkach, požiaroch či nehodách. Stretávajú sa so smrteľnými úrazmi, plačom a bezmocnosťou ľudí, ktorí pomoc hasičov – záchranárov potrebujú. A keďže aj hasiči – záchranári sú len ľudia so srdcom, nie je možné aby takéto traumatizujúce situácie prešli bez povšimnutia a nezanechali spomienku, ktorú majú stále pred očami a pred ktorou majú rešpekt i spomienku pri každej podobnej situácii a to môže spôsobiť poruchu osobnosti, až psychické choroby, ktoré sa nazývajú posttraumatická stresová porucha.

Na poskytnutie pomoci je tiež potrebné materiálne - technické vybavenie, odborne a rozsiahle vyškolený personál, veľa skúseností z dobre vyriešených situácií, dobré vzťahy medzi kolegami pre dokonalú súhru v pracovnom nasedení. Rovnako netreba zabúdať ani na psychickú hygienu a relax, ktoré často krát prinášajú psychickú pohodu aj v tých najnáročnejších situáciách.

Práca a povinnosti hasiča záchranára

Vyhláška o hasičských jednotkách MV SR č. 611/2006 Z. z. o hasičských jednotkách bola vydaná v súvislosti s vypracovaním novely, ktorá mení a dopĺňa zákon č. 314/2001 Z. z. o ochrane pred požiarmi, a to zákona č. 562/2005 Z. z. Táto vyhláška nahrádza predchádzajúcu vyhlášku č. 169/2002 Z. z. V § 11 o hasičskej záchrannej službe uvádza nasledovné povinnosti pre hasiča – záchranára:

- vykonáva záchranu a poskytuje pomoc vtedy, ak je ohrozený život, zdravie osôb alebo životné prostredie a na záchranu je potrebná osobitná odborná pripravenosť a vybavenie,
- vyslobodzuje a zachraňuje osoby pri požiariach, živelných pohromách, dopravných nehodách, haváriách a pri iných mimoriadnych udalostiach,
- zachraňuje osoby z výšok, voľných hlbok a z ťažko prístupných terénov s použitím horolezeckej, speleologickej, špeciálnej, leteckej alebo zásahovej špeciálnej techniky,
- vyslobodzuje osoby zo závalov a tesných priestorov,
- poskytuje predlekársku pomoc postihnutým osobám na mieste zásahu a tiež vykonáva zásahy pri haváriách s únikom nebezpečných látok podľa svojho technického vybavenia.

Hasičská záchraná služba predkladá návrhy na obnovu a dopĺňanie prostriedkov hasičskej záchrannej služby a vykonáva odbornú prípravu používateľov prostriedkov hasičskej záchrannej služby.

Hasičské jednotky môžu zriadiť hasičskú záchranú službu, ak majú na túto činnosť odborne pripravených zamestnancov alebo členov a potrebné materiálne - technické vybavenie.

Príčiny záťaž a stresu hasiča - záchranára (Šebestová, 2004):

- neznalosť situácie pri výjazde na zásah (o čo skutočne ide zistí až na mieste udalosti),
- časová tieseň (rozhodnutie musí byť rýchle, často býva konečné a rozhodujúce pre vývoj celého zásahu), za bežných podmienok je človek schopný získať a spracovať 3 až 5 informácií za 1 sekundu. Pri záťaži sa táto schopnosť zníži na jednu informáciu za jednu sekundu (niektorí ľudia nie sú schopní v časovej tiesni reagovať a spracovať žiadnu informáciu),

- strach z možného priameho ohrozenia svojej osoby pri vykonávanej zásahovej činnosti, ako aj z možných následkov pri zásahu (napr. v prostredí s výskytom toxických látok a pod.),
- mlčanie – najneskôr do 72 hodín by sa mal hasič - záchranár sužovaný stresom zveriť so svojimi starosťami inej osobe (vyrozprávať sa).

Príčiny rozvoja stresu a záťaže u hasičov – záchranárov

Prácu záchranných tímov hasičov – záchranárov priamo v teréne môžeme charakterizovať ako traumatizujúcu aj kvôli práci v nepriaznivom počasí, prácu na zmeny, a tiež prácu vo sviatky, prácu vo dne i v noci, dlhšie zmeny, ale aj kvôli charakteru pracovných povinností chápaných ako poslanie pomáhať ľuďom v tom najhoršom a tiež sebaobetovanie často v tých najhorších podmienkach a pritom človek málokedy prejaví vlastnú bezradnosť a vďaku za pomoc.

V tejto práci vzniká nebezpečenstvo ohrozenia vlastného života, pri jeho nasadení a nepredvídateľnosť komplikácii, kedy málokedy všetko funguje na sto percent a je potrebné improvizovať a v sekundách riešiť zmeny, ktoré nastávajú pri riešení kritických situácií, záchrane života, či majetku. Zvyčajne tieto úkony vykonajú rýchlo, často v zhone a strese.

Medzi hlavné zložky záťaže hasiča záchranára môžeme zaradiť vonkajšie podmienky kladúce vysoké nároky na jeho psychickú a fyzickú pripravenosť. Pri likvidácii požiaru nastupuje aj záťaž, ktorá je ovplyvnená používaním dýchacieho prístroja (jeho hmotnosť a tvar masky), technických prostriedkov a špeciálnych ochranných oblekov. Jednou z najväčších záťaží na organizmus zasahujúcich hasičov záchranárov je pocit zodpovednosti voči zachraňovaným osobám, ktoré očakávajú profesionálnu pomoc v čo najkratšom čase, pocit nezvládnuteľnosti situácie, pohľad na vážne zranené alebo usmrtené osoby, ohrozené deti, pohyb v neznámom prostredí v tme s vedomím možnej dezorientácie v nebezpečnom priestore. Nemenej stresujúce sú aj vonkajšie extrémne tepelno – vlhkostné podmienky vytvorené vysokou teplotou v priestore požiaru a použitou vodou na jeho hasenie. Jej odparovaním dochádza k nárastu vlhkosti vzduchu v priestore zásahu. V dôsledku vysokej rizikovosti práce a nutnosti rýchleho a správneho rozhodovania dochádza k psychickej záťaži hasiča záchranára, pričom psychika jedinca má až 30% - ný podiel na jeho celkovej záťaži.

Tiež veľmi stresujúce v práci hasiča – záchranára je čakanie na telefón, či zazvoní, kedy zazvoní, komu bude potrebné pomáhať a na čo sa bude treba pripraviť. Takéto čakanie

je nutné vedieť vhodne využiť aby v nasadení boli pripravený vhodne komunikovať v krízových situáciách. Preto je aj potrebné potláčať vlastné emócie, čo môže byť prakticky veľmi ťažké a dokonca niekedy potrebné s vyhľadáním profesionálnej psychologickej pomoci. Ale to už môže byť vnímané ako zlyhanie v profesii (Kukumberg, Vinař, 2011).

V psychickej výhode pri zásahu sú tí hasiči záchranári, ktorí dokonale ovládajú svoju profesiu a poznajú možnosti, ktoré im poskytuje tréňovanosť a dokonalá znalosť zásahovej techniky. Ďalším predpokladom je zdravá výživa, primeraná hmotnosť, nefajčenie a aktívny odpočinok. Hasiči záchranári by sa preto mali usilovať o sebazpoznanie a konfrontáciu svojich predpokladov a schopností, aby poznali svoje silné i slabé stránky a mohli zdokonaľovať svoje schopnosti rýchle sa rozhodovať, primerane improvizovať a vžiť sa do situácie (Krajčovičová, 2002).

Výkon služby a pracovné povinnosti si musia hasiči – záchranári udržať pod kontrolou, a preto je nevyhnutná vysoká zodpovednosť, vysoké nároky na odbornosť teda teoretické vedomosti, tiež aj praktické zručnosti a vysoké nároky na charakter záchranára, psychickú stabilitu a správanie pre efektívne plnenie si svojej práce (Kukumberg, Vinař, 2011).

Posttraumatická stresová porucha

Skratka pre označenie posttraumatickej stresovej poruchy je Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD). Je odpoveďou organizmu na takú stresovú udalosť, ktorá by mohla spôsobiť hlboké rozrušenia a zlé, stresujúce spomienky. Tieto udalosti bývajú neobvykle hrozivého charakteru, rôzne ťažko nebezpečné situácie alebo katastrofy.

Príčinou posttraumatickej stresovej poruchy bývajú vonkajšie bezprostredné ohrozenia a pocity bezmocnosti ktoré môžu byť extrémne desivé. Vytvárajú traumy zo živých spomienok ktoré sa často vracajú aj proti jeho vôli.

Pacientovi sa snívajú sny spojené s úzkosťou. Človek môže trpieť nespavosťou alebo sa bojí zaspať. Hrozivé spomienky pripomínajú rôzne zvuky napríklad húkaním sanitky alebo hasičského auta, hlukom lietadla alebo auta, tiež aj hlasmi ľudí. Pacient sa snaží akýmkoľvek spôsobom týmto spomienkam vyhnúť. U takých pacientov vzniká zvýšená citlivosť na všetky vonkajšie podnety, poruchy koncentrácie a pozornosti, nadmerná podráždenosť a návaly hnevu, sú napätí a zrazu nedokážu ani relaxovať (Kukumberg, Vinař, 2011).

Vývoj ťažkostí a trvanie posttraumatickej stresovej poruchy je veľmi rozdielny ale, môže trvať aj dlhšiu dobu a môžu byť vyvolané čímkoľvek špecifickým pre daného pacienta, preto aj závažnosť príznakov v jej priebehu môže výrazne kolísať (Kukumberg, Vinař, 2011).

Kukumberg, Vinař (2001) uvádza, že závažnosť príznakov je najvyššia v prvých mesiacoch a následne až do piatich rokoch po takejto traumatizujúcej udalosti. Po tejto dobe nastupuje ich zmiernenie, čo sa považovalo za ústup choroby alebo za jej vyliečenie. Tiež udáva, že dlhodobé sledovanie takýchto pacientov prináša prekvapivé nálezy a výsledky ktoré ukázali, že po dvadsiatich rokoch prichádza k spätnému prejavu príznakov z minulosti dôsledkom posttraumatickej stresovej poruchy.

Spôsoby riešenia a liečba

Prvý spôsob riešenia stresu je obranný mechanizmus organizmu, ktorý okamžite reaguje aktiváciou nervového systému – sympatika a parasympatika. Túto aktiváciu zabezpečí vyplavenie adrenalínu a noradrenalínu, na ktorú organizmus reaguje svojimi obrannými mechanizmami, a to zvýšením tlaku krvi a zrýchlením frekvencie srdca. Organizmus si tak zabezpečí zvýšený prietok krvi telom, a tak je zabezpečené lepšie prekrvenie dôležitých telesných orgánov a svalov čím sa chráni pred preťažením pri zvýšenej fyzickej námahe vyvolanej stresom.

Posttraumatická stresová porucha sa dá úspešne liečiť viacerými možnosťami. medzi ne patria aj psychoterapeutické metódy, napríklad *skupinová psychoterapia, individuálna terapia, behaviorálna terapia aj orientovaná psychoterapia*. Okrem týchto metód tu môžeme zaradiť aj tradičnú liečebnú terapiu – hypnózu. Pri tejto terapii vie lekár pacientovi vsugerovať nanovo už prežitú traumatizujúcu situáciu a pacientovi tým umožní racionálnejšie zhodnotiť tento traumatizujúci zážitok v danej situácii v bezpečí terapeuta. Takéto psychoterapeutické metódy je možné vzájomne kombinovať pri liečení. Ich cieľom je naučiť sa pozitívne reagovať pri podnetoch, ktoré videli v stave úzkosti. Psychoterapeutické metódy môžu byť veľmi dobrým nástrojom pri liečení ťažkostí, a často sú aj veľmi účinné. Avšak výsledok a efektivita liečby závisia od dobrej erudícií terapeuta a jeho schopnosti takúto pomoc poskytnúť. Tieto metódy sú zvyčajne časovo veľmi náročné a to je namáhavé ako pre terapeuta, tak aj pre pacienta. Praktizujú sa len na miestach so špecializovaným pracoviskom.

V súčasnosti sa dostáva do popredia Critical Incident Stress Management (CISM), čo v preklade znamená posttraumatická intervenčná starostlivosť. Je to súbor techník, ktoré sú určené profesionálnym záchranným zložkám. Ich cieľom je prevencia nadmerného pôsobenia stresu a následnej psychologickej morbidity, kde patrí syndróm vyhorenia, posttraumatická stresová porucha, prípadne ďalšie psychopatologické príznaky. Medzi jednotlivé techniky, ktoré obsahuje CISM patrí: *debriefing, defusing, demobilizácia, podpora na mieste udalosti, preventívne prednášky, individuálny debriefing, odložený debriefing, debriefing v prípade*

rozsiahlej prírodnej katastrofy postihujúci celú komunitu (Šebestová, 2005). CISM vznikol ako systém preventívnej psychologickej starostlivosti o ľudí s potenciálnou psychotraumou. Je zameraný na osoby vystavené kritickej udalosti v dôsledku svojej profesie, teda na záchranárov. Nejedná sa o psychoterapiu, ani o psychologické poradenstvo či liečbu. Predstavuje systém jednotlivých prvkov a postupov, ktorých cieľom je predchádzať neskoršej psychickej morbidite, ale i zníženiu výkonnosti v práci. V Hasičskom a záchranom zbore znamená akúsi podpornú službu pre príslušníkov zboru, ktorí vykazujú veľmi silnú reakciu na zaťažujúcu udalosť a sú ohrození rozvinutím traumy, resp. posttraumatickej stresovej poruchy vyvolanej udalosťou. Je to emocionálna alebo psychická prvá pomoc, ktorej úlohou je pomôcť hasičovi vyrovnáť sa čo najrýchlejšie so situáciou a vrátiť sa k svojej práci. CISM pozostáva z niekoľkých metód účinného spracovania extrémne zaťažujúcej situácie pred jej vznikom, počas jej priebehu, ale aj po spracovaní jej následkov (Havran, 2011).

V dnešnej dobe sa posttraumatická stresová porucha lieči iba psychoterapiou len málokedy. Táto liečba sa kombinuje alebo dopĺňa aj *farmakoterapiou*, vďaka ktorej je požadovaná úľava dosiahnutá už za podstatne kratší čas. Pomáha kontrolovať príznaky PTSD, zvládať pridruženú depresiu, úzkosť, agresívne a impulzívne správanie a iné pridružené psychické poruchy. Môže zmierniť vtieravé príznaky a príznaky zvýšenej dráždivosti. Výhodou podávanie moderných psychofarmák je menšia časová náročnosť liečby, do istej miery rýchlejší efekt a široké spektrum účinku (prinajmenšom antidepresívny, anxiolytický, antiimpulzívny). I tu je úspešnosť liečby dobrá, ak chorý lieky správne a trpezlivo užíva. Pri farmakoterapii PTSD je potrebné vybrať také lieky, u ktorých nehrozí rozvoj závislosti (benzodiazepíny, ktoré možno užívať pri liečbe akútnej reakcie na stres). Dnes sú lieky prvej voľby v liečbe PTSD antidepresíva skupiny SSRI (bežne používaná skratka z anglického názvu serotonin selective reuptake inhibitors). K nim patria: citalopram (Citalec, Seropram), fluoxetin (Deprex, Prozac), fluvoxamin (Fevarin), faroxetin (Seroxat) a sertralin (Zoloft) (Longauerová a kol., 2008, Pidrman, 2007, Raboch a kol., 2001). Na druhej strane je farmakoterapia spojená s rizikom možnosti vzniku nežiaducich účinkov z podaných liekov, ku ktorým patrí často útlm vedomia, zvýšenie telesnej hmotnosti alebo zriedkavo aj závislosť na liekoch, ktorú prinášajú úľavu. A teda závislosť na lieky (Kukumberg, Vinař, 2011).

V tejto súvislosti sme sa rozhodli prieskumnou štúdiou zistiť prečo vzniká pri práci stres, aká je jeho intenzita, aké sú prejavy stresu a prípadne aj ako môže vplývať stres a obmedziť aj v súkromnom živote.

Cieľom nášho prieskumu bolo:

1. Zistiť, ktoré situácie sú zaťažujúce a stresové v práci hasiča – záchranára.
2. Zistiť, ako hasiči - záchranári kompenzujú, riešia a vyrovnávajú sa so záťažovými situáciami a stresom.
3. Navrhnuť, akými spôsobmi by sa dal dopad stresu a záťaže na hasičov – záchranárov kompenzovať.

Metodológia prieskumu

Prieskumná štúdia bola realizovaná v marci 2013 formou neštandardizovaného dotazníka, ktorý pozostával z 12 položiek prostredníctvom ktorých sme chceli zistiť zaťažujúce a stresové situácie v práci hasiča, následky záťaže a stresu na zdravotný stav, postoj voči práci a spôsob kompenzácie vzniknutých ťažkostí u hasičov - záchranárov. V úvode dotazníka boli zaradené položky týkajúce sa demografických údajov o respondentoch: pohlavie, vek, pracovné zaradenie, dĺžka praxe v hasiča – záchranára: vek, pohlavie, rodinný stav, najvyššie dosiahnuté vzdelanie, pracovisko, pracovné zaradenie, dĺžka praxe v profesii hasiča záchranára, dĺžka praxe na uvedenom pracovisku a mesto v ktorom pracujú. Dotazník bol po získaní písomného súhlasu okresného riaditeľstva Hasičského a záchranného zboru v Prešove administrovaný 40 hasičom – záchranárom na príslušnom pracovisku Hasičského a záchranného zboru v Prešove. Návratnosť dotazníka bola 77,5% (31 dotazníkov). Respondenti boli oboznámení s anonymitou a cieľom prieskumu.

Pri spracovaní a analýze získaných údajov prieskumu sme jednotlivé údaje uložili a zaradili do databázy vytvorenej pomocou programu Microsoft Excel pre Windows Office 2007 a boli spracované matematicko – štatistickými metódami: triedenie údajov, spracovanie údajov, výpočet početnosti, percentuálnych hodnôt. Výsledky sme interpretovali slovne, v tabuľkách a grafoch.

Charakteristika respondentov

Prieskum realizovaný v Hasičskom záchrannom zbore (HaZZ) tvorilo celkom 31 (100%) respondentov hasičov – záchranárov pracujúcich v HaZZ v Prešove v nepretržitej 24 hodinovej pracovnej prevádzke. Vek respondentov, ktorí sa ochotne zapojili do prieskumu bol od 20 do 55 rokov, ich priemerný vek je 34 rokov, z toho do 20 rokov 1 (3,2%), od 21-30 rokov 11 (35,5%), od 31-40 rokov 12 (38,7%), od 41-50 rokov 6 (19,4%) a nad 51 rokov 1 (3,2%), pričom 27 (87,1%) malo ukončené úplné stredoškolské vzdelanie a 4 (12,9%) mali vysokoškolské vzdelanie.

Pre lepšiu prehľadnosť ďalšie demografické údaje uvádzame v nasledujúcich tabuľkách:

Tabuľka 1 Rozdelenie respondentov podľa dĺžky praxe v profesii

Dĺžka praxe v profesii	n	%
Do 1 roka	4	12.9
Od 1 až 5 rokov	12	38.7
Od 6 až 10 rokov	8	25.8
Od 11 až 15 rokov	3	9.7
Od 16 až 20 rokov	3	9.7
21 rokov a viac	1	3.2
Spolu	31	100

Tabuľka 2 Rozdelenie respondentov podľa dĺžky praxe na pracovisku HaZZ Prešov

Prax na HaZZ Prešov	n	%
Do 1 roka	4	12.9
Od 1 až 5 rokov	13	41.9
Od 6 až 10 rokov	6	19.4
Od 11 až 15 rokov	4	12.9
Od 16 až 20 rokov	3	9.7
21 rokov a viac	1	3.2
Spolu	31	100

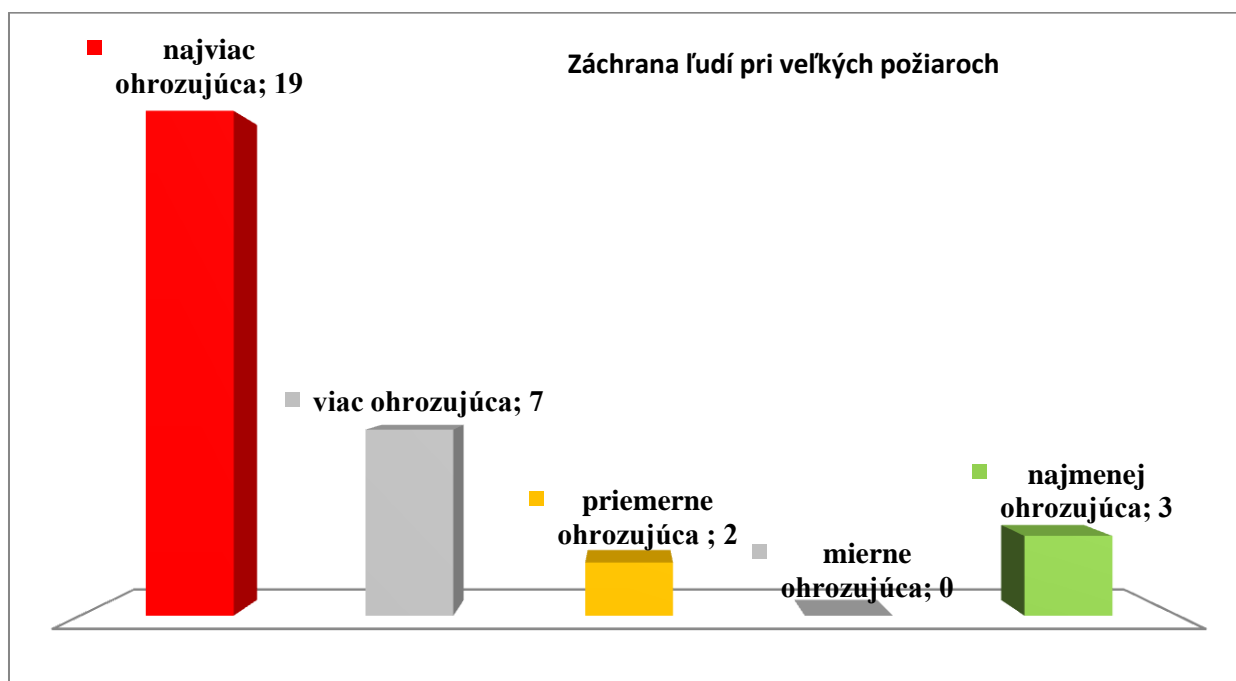
Výsledky prieskumu a ich interpretácia

Pri spracovaní a vyhodnotení získaných údajov z oboch častí dotazníka zameraného na zistenie stresu a záťaže v profesii hasiča - záchranára sme skonštatovali nasledujúce fakty, ktoré pre lepšie sprehľadnenie znázorňujeme vo forme grafov.

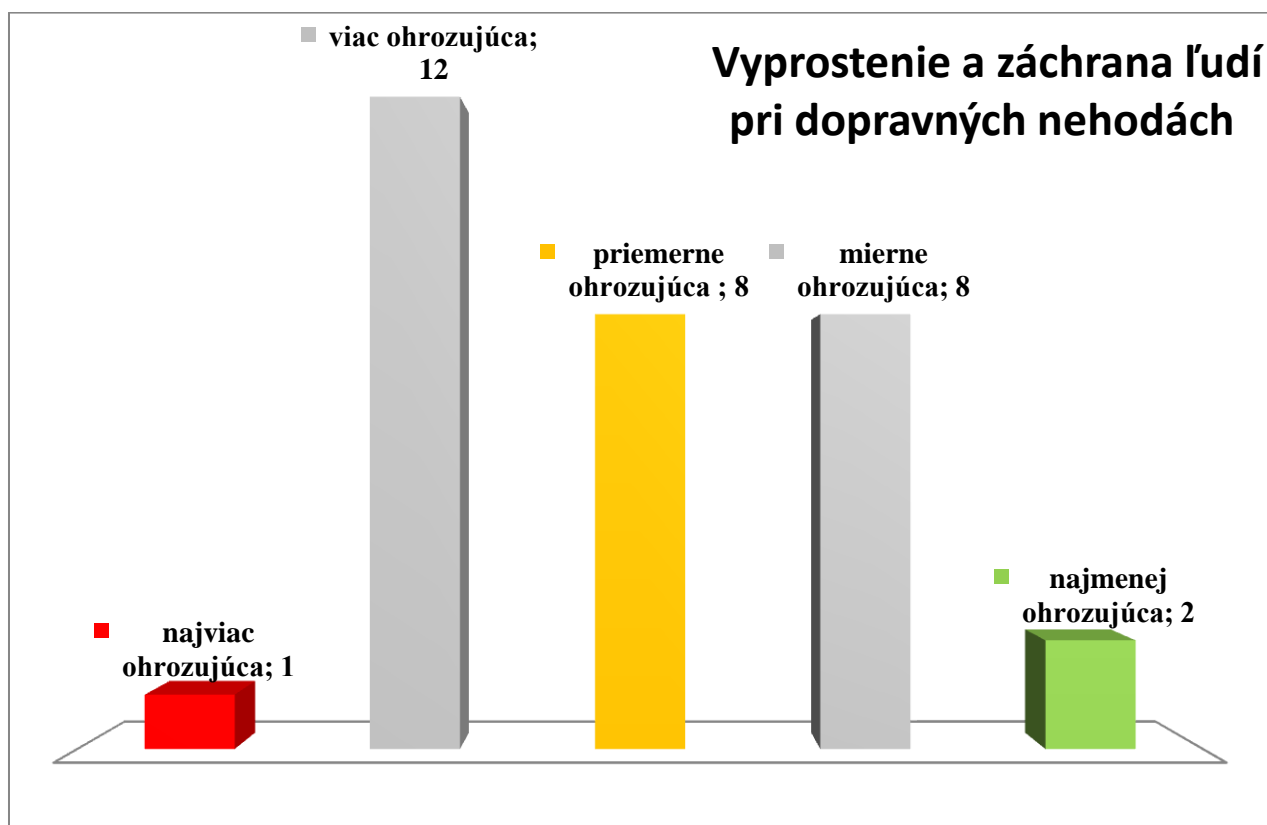
1. otázka: Uvedené situácie ohodnotíte a zoradíte číslicu od 1 - 5 podľa toho čo považujete vo výjazde za najviac ohrozujúce zdravie a život hasiča - záchranára (číslo 1 priradíte najviac ohrozujúcej situácii vo výjazde):

Z analýzy odpovedí respondentov na otázku, ktoré z uvedených situácií vo výjazde najviac ohrozujú život a zdravie hasiča – záchranára a v ktorej mali respondenti 100% (n=31) mali zoradiť situácie podľa ohrozenia sme z jednotlivých situácií zistili, že najmenej ohrozujúca situácia vo výjazde je práca v teréne a vznik neočakávaných sťažených podmienok podľa 71% (n=22). Mierne ohrozujúca situácia pre týchto respondentov je záchrana topiaceho, uvádza až 35,5% (n=11) respondentov. Priemerne ohrozujúcu situáciu uvádzajú respondenti ako záchranu ľudí pri živelných katastrofách 38,7% (n=12). Za viac ohrozujúce situácie považujú naši respondenti vyprostenie a záchranu ľudí pri dopravných nehodách 38,7% (n=12). Pre túto výskumnú vzorku hasičov – záchranárov, je najviac ohrozujúca situácia, záchranu ľudí pri veľkých požiaroch, uvádza až 61,3% (n=19) z celej výskumnej vzorky.

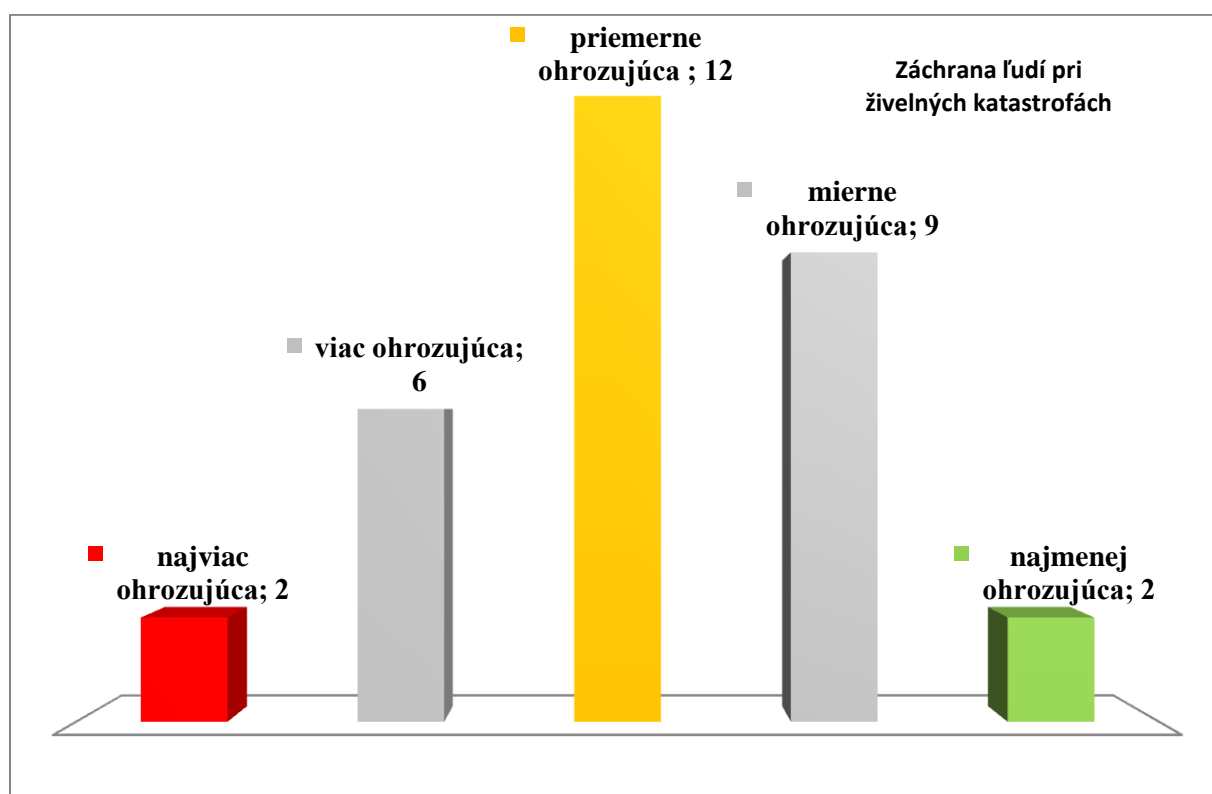
Lepší prehľad a porovnanie ohrozenia v daných situáciách aj s počtom hlasujúcich respondentov môžeme analyzovať z porovnaní grafov (Graf 1 až 5).



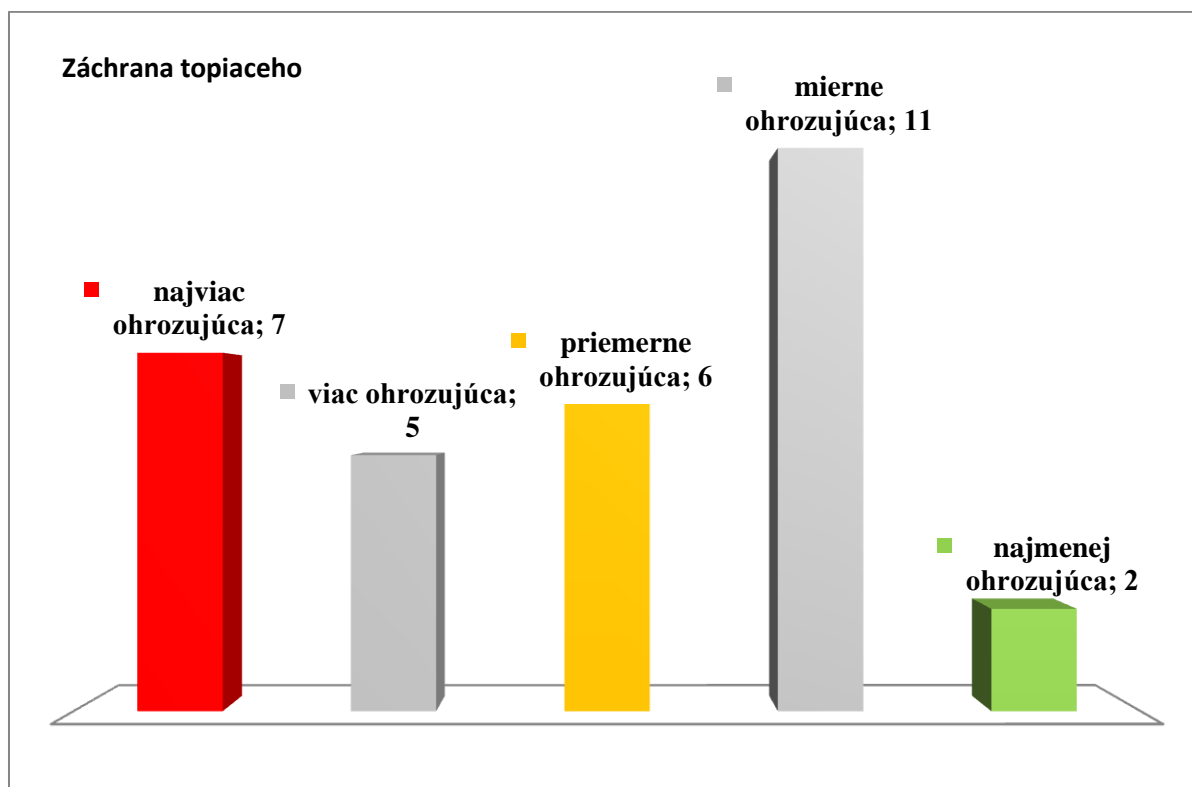
Graf 1 Porovnanie ohrozenia v situácii – záchranu ľudí pri veľkých požiaroch (n)



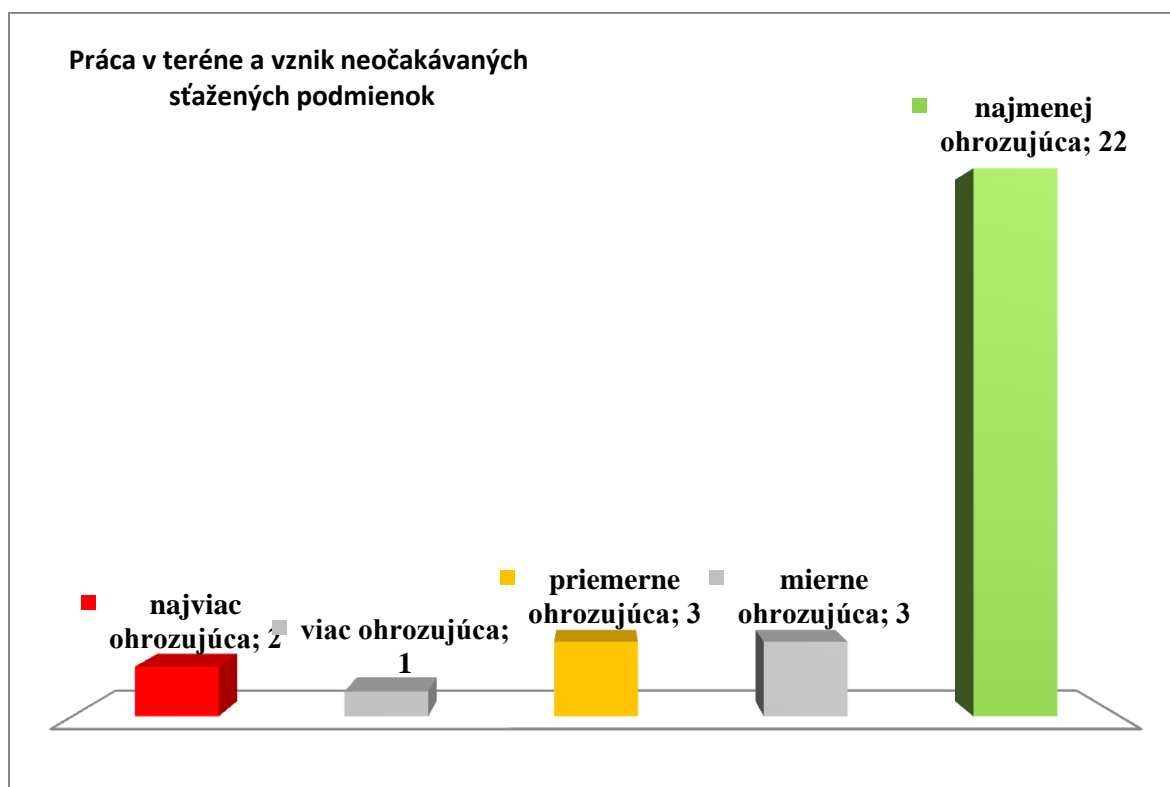
Graf 2 Porovnanie ohrozenia v situácií – vyprostenie a záchrana ľudí pri dopravných nehodách (n)



Graf 3 Porovnanie ohrozenia v situácií - záchrana ľudí pri živelných katastrofách (n)



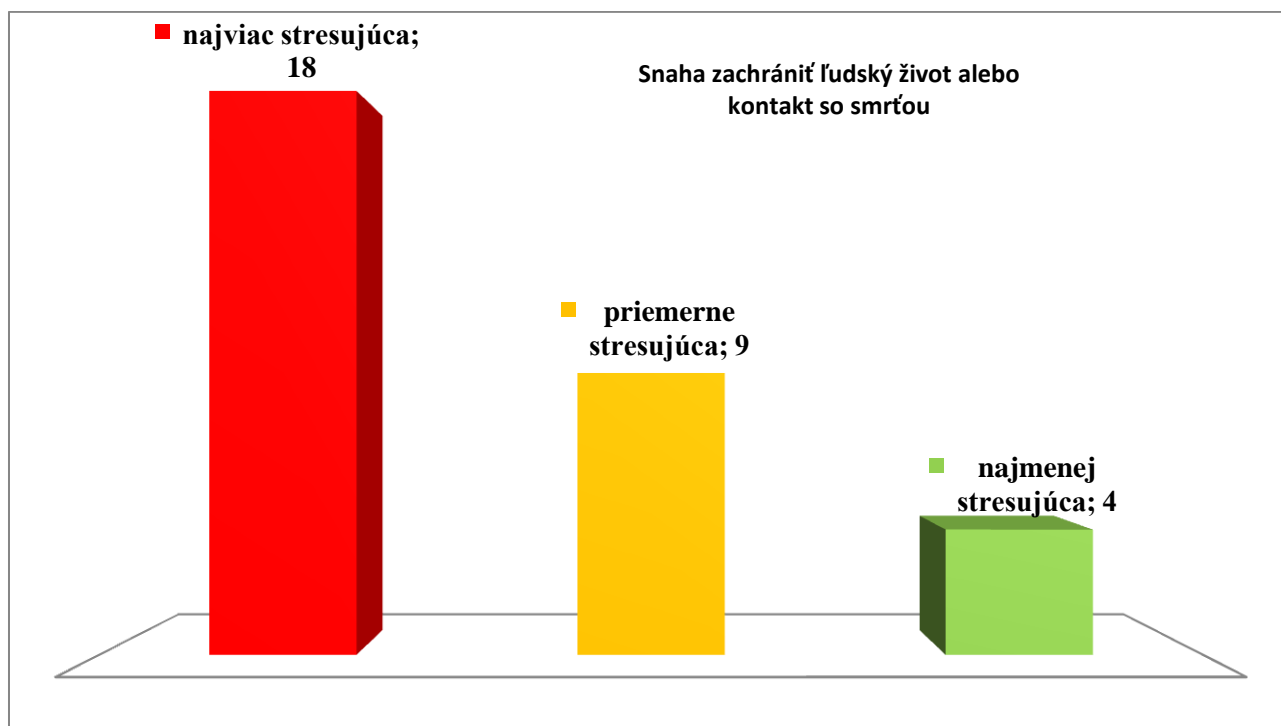
Graf 4 Porovnanie ohrozenia v situácií – záchrana topiaceho (n)



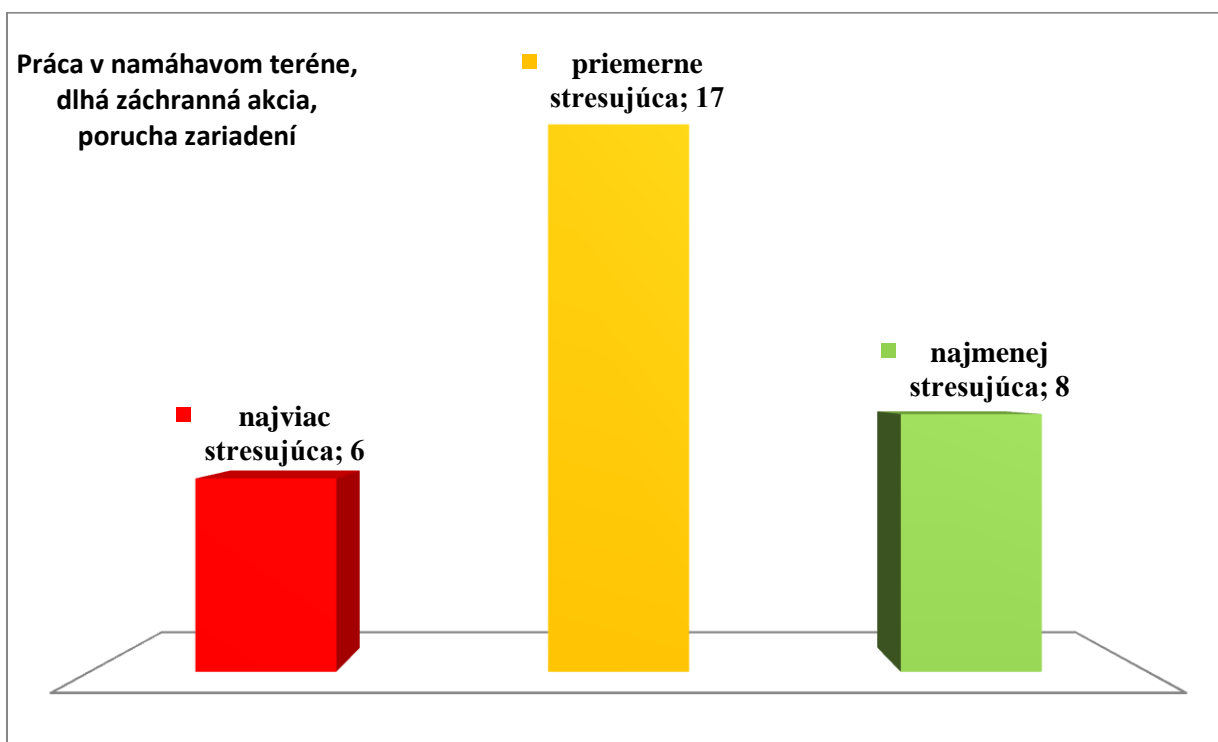
Graf 5 Porovnanie ohrozenia v situácií – práca v teréne a vznik neočakávaných sťažných podmienok (n)

2. otázka: Uvedené situácie ohodnotíte a zoradíte číslu od 1 – 3 podľa toho čo považujete vo svojej práci za najviac stresujúce (číslo 1 priradíte najviac stresujúcej situácii vo výjazde):

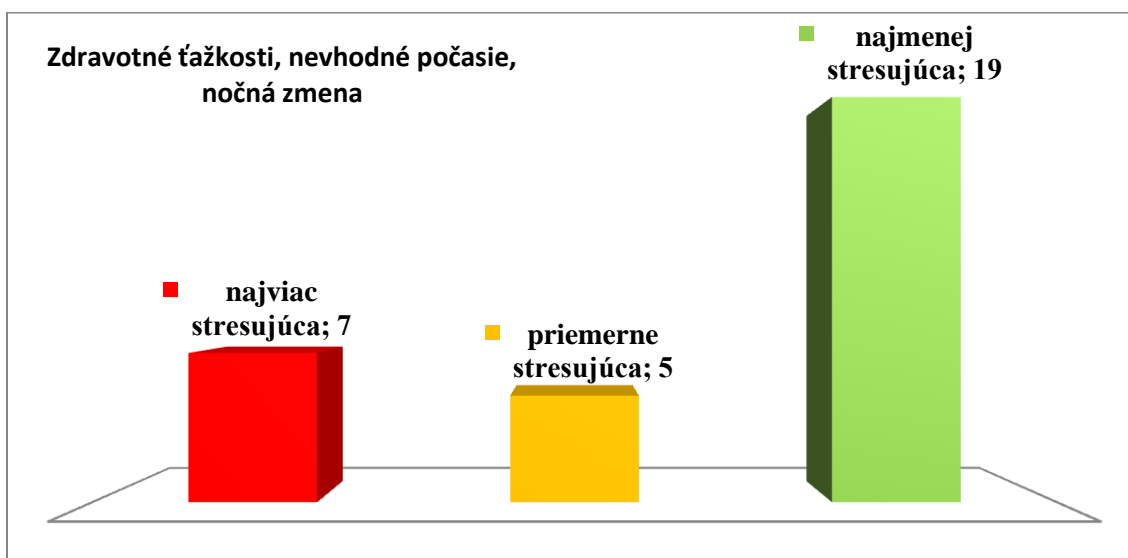
Z analýzy odpovedí na otázku, ktoré z uvedených situácií vo výjazde považujú hasiči - záchranári za najviac stresujúce sme na základe odpovedí, kde mali naši respondenti 100% (n=31) zoradiť situácie podľa účinkov a intenzity stresu sme zistili, že za najmenej stresujúce považujú naši respondenti nočné zmeny, nevhodné počasie či zdravotné ťažkosti, to uvádza 61,3% (n=19) respondentov. Za priemerne stresujúce situácie označila väčšina respondentov 54,8% (n=17) prácu v namáhavom teréne, dlhú záchrannú akciu či poruchu zariadení. Z prieskumu sme zistili že za najviac stresujúce situácie pre hasičov – záchranárov sú situácie so snahou zachrániť ľudský život alebo situácie pri kontakte so smrťou. To uvádza 58,1% (n=18) respondentov. Lepší prehľad uvedených situácií a porovnanie intenzity a účinku stresu v daných stresujúcich situáciách aj s počtom hlasujúcich respondentov je uvedený v grafoch 6 až 8.



Graf 6 Intenzita účinku stresu v situácii – snaha zachrániť život alebo kontakt so smrťou (n)



Graf 7 Intenzita účinku stresu v situácii - práca v namáhavom teréne, dlhá záchranná akcia, porucha zariadení (n)

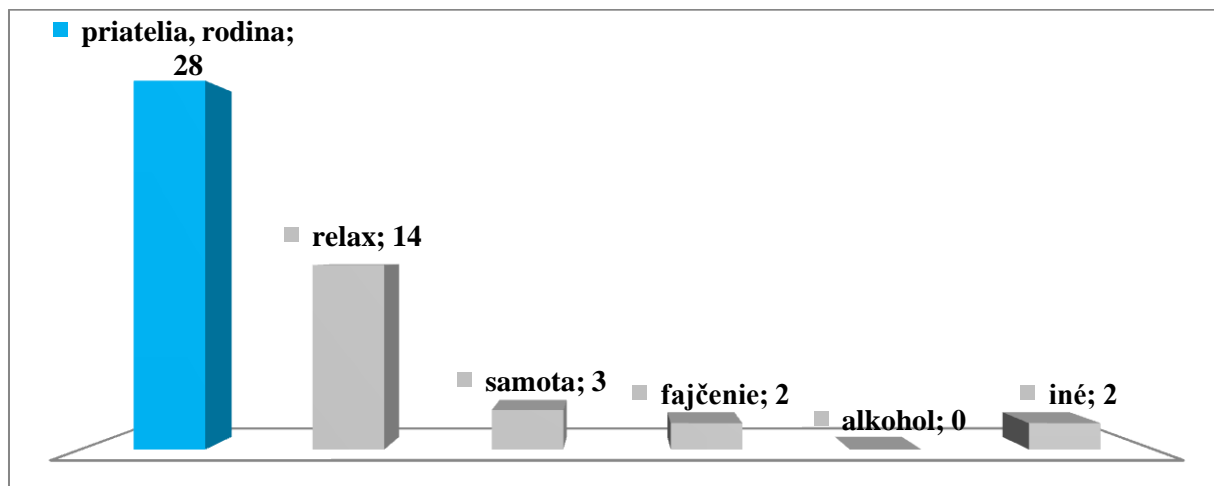


Graf 8 Intenzita účinku stresu v situácii - zdravotné ťažkosti, nevhodné počasie, nočná zmena (n)

3. otázka: Ako kompenzujete stres vo voľnom čase, resp. mimo pracovnej doby? (môžete označiť viacero odpovedí)

Analýzou odpovedí na otázku týkajúcu sa kompenzácie stresu mimo pracovného času, pričom respondenti mali možnosť vybrať si z viacerých odpovedí sme zistili, že najviac času trávia s priateľmi, blízkymi, či rodinou (n= 28). Ďalej relaxujú vo forme športu, turistiky

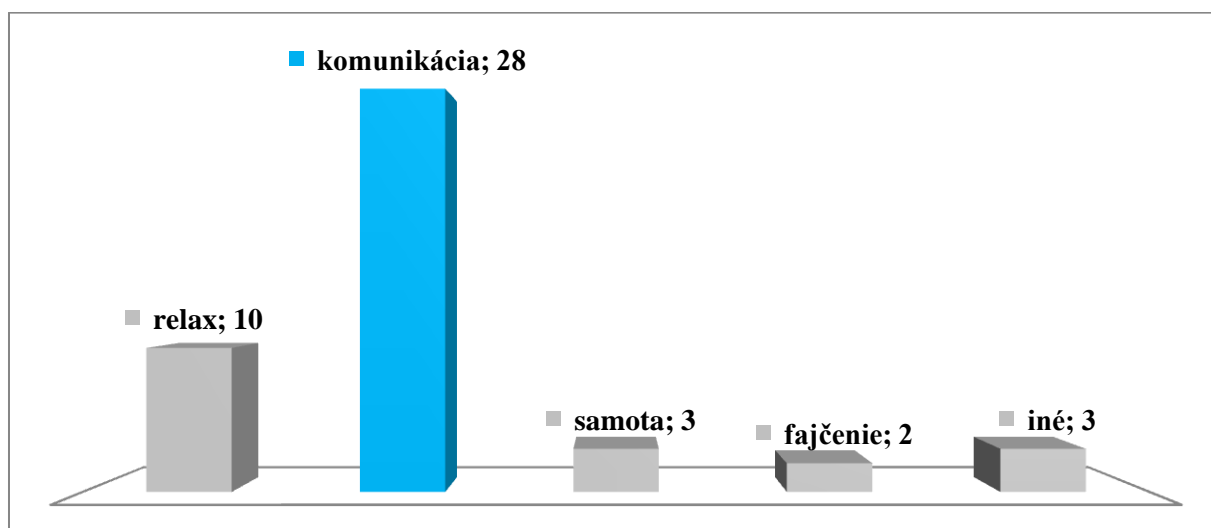
a oddychom doma pri knihe, filme a práci doma či v záhradke (n=14). Občas respondenti kompenzujú stres samotou (n=3). Niektorí respondenti (n=2) kompenzujú stres inou formou a to napríklad jazdou na motorke, folklórom, ľudovou hudbou. Z návykových látok sa ako dobrý kompenzátor stresu osvedčilo len fajčenie u dvoch respondentov (Graf 9).



Graf 9 Možnosti kompenzácie stresu vo voľnom čase (n)

4. otázka: Ako kompenzujete stres vo Vašom zamestnaní počas služby? (môžete označiť viacero odpovedí)

Z analýzy odpovedí na otázku ako naši respondenti kompenzujú stres počas služby, pričom respondenti mali možnosť vybrať si z viacerých odpovedí sme zistili, že najviac respondentov odbúravajú stres komunikáciou, a to (n=28) hlasujúcich respondentov. Ďalší respondenti (n=10) uvádzajú, že stres v práci kompenzujú aj relaxom vo forme televízie, spoločenských hier ale aj športom napríklad tenis, fitnes a iné druhy športu. Občas si respondenti kompenzujú stres samotou (n=3) alebo inou formou (n=3), ktorú uvádzajú ako štúdium. Fajčenie v práci ako kompenzátor stresu uvádzajú len (n=2) respondenti (Graf 11).



Graf 10 Možnosti kompenzácie stresu počas služby (n)

Diskusia

Cieľom prieskumnej štúdie prostredníctvom neštandardizovaného dotazníka bolo zistiť, prítomnosť stresu a záťaže v profesii hasiča – záchranára. Otázky, ktoré sme zaradili do dotazníka boli zamerané na zistenie situácií, ktoré by mohli vyvolávať stres a záťaž a akým spôsobom ho pracovníci dokážu kompenzovať a zvládnuť.

Výsledky nášho prieskumu sme porovnali s výsledkami výskumu Lacka (2012), ktorý bol realizovaný v decembri 2011 formou dotazníka zameraného na skúsenosti, názory a postoje na problematiku dôsledkov stresu, na spôsoby vyrovnávania sa so stresom a na úroveň ich znalostí o strese a jeho dôsledkoch u 123 hasičov - záchranárov (z toho 93 z OR HaZZ Prešov a 30 hasičov záchranárov z OR HaZZ Bardejov) a s výsledkami výskumu Ďžupaja (2006), ktorý bol realizovaný v máji 2006 formou dotazníka u 30 príslušníkov HaZZ vo Svidníku a v Bardejove a ktorý bol zameraný na zmapovanie zažívaných stresových situácií a mechanizmy ich zvládania.

Zistili sme, že za najviac ohrozujúcu a stresujúcu situáciu považujú hasiči – záchranári záchranu ľudských životov a akcie, pri ktorých dochádza k priamemu kontaktu so smrťou. Podľa našich prieskumov by v rámci našej vzorky šlo o záchranu ľudí pri veľkých požiaroch. Čo sa týka záchrany ľudských životov pri dopravných nehodách, hasiči – záchranári ju v našom prieskume označili za ohrozujúcu, avšak zásah pri dopravných nehodách nie je pre nich tak silne stresujúca situácia, ako zásah pri požiari. Zrejme to vyplýva z toho, že pri požiaroch je vyššie riziko ohrozenia života hasiča – záchranára ako pri dopravnej nehode, kde už v podstate stúpajúce riziko ohrozenia nie je. Z výsledkov výskumu Ďžupaja (2006) vyplynulo, že najviac stresujúce je pre hasičov – záchranárov: stretnutie so smrťou, nasleduje

kontakt s vážne zranenými osobami, ohrozenie vlastného života a ako posledné uvádzali obavu so zlyhania.

Čo sa týka formy kompenzácie stresu a záťaže a analýzou mechanizmov zvládania stresu sme zistili, že mimo pracovnej doby ide o čas s priateľmi a rodinou. V pracovnej dobe je to komunikácia s kolegami. Z výsledkov prieskumu Lacka (2012) vyplynulo, že až 51 (41%) hasičov – záchranárov uprednostňuje samotu doma alebo v prírode, 38 (31%) uviedlo, že im najviac vyhovuje spoločnosť kolegov alebo blízkych priateľov. Najmenej hasičov záchranárov vyhľadáva svojich najbližších rodinných príslušníkov. Z výsledkov Ďžupaja (2006) vyplýva, že hasičom – záchranárov najviac pomáha rozhovor s kolegom, nasleduje dobré vedenia vedúceho pracovníka, pomoc rodiny, priateľov, aktívny oddych.

Závery prieskumu a odporúčania pre prax

Práca hasiča - záchranára je na jednej strane náročná, vyčerpávajúca a unavujúca. Na druhej strane je zaujímavá a vzrušujúca. Aj keď sú situácie, ktoré sú pre hasiča - záchranára stresujúce a zaťažujúce, zvládnutie zásahov a samotná záchrana ľudského života prináša pocit spokojnosti z dobre vykonanej práce. Hasiči - záchranári zrejme vedia kompenzovať stresory a záťaže, predovšetkým vo vzťahoch s druhými ľuďmi. Či už na pracovisku s kolegami, alebo s rodinou a priateľmi v osobnom živote. Respondenti poznajú aj iné možnosti ako by mohli eliminovať vplyvy stresu.

Pre ďalšie skúmanie v tejto problematike odporúčame tieto možnosti:

- zvyšovať odbornú kvalifikáciu hasičov záchranárov o možnostiach prevencie a kompenzácie záťaže a stresu,
- zvyšovať úroveň poskytovania odbornej pomoci pri krízových situáciách,
- umožniť stretnutie s odborníkmi zaoberajúcimi sa touto problematikou na profesionálnej úrovni,
- nebrať na ľahkú váhu vplyv stresu a záťaže na človeka.

Zoznam použitej literatury:

DVOŘÁK, O., 2001. *Trpí celý svět PTSD?* [online]. 2001 [cit. 2013-03-10]. Dostupné na internete: <<http://akademon.cz/article.asp?source=ptsd>>.

ĎŽUPAJ, M. 2006. *Vybrané aspekty a riziká práce hasiča – záchranára*. Bakalárska práca. Žilinská univerzita v Žiline, fakulta špeciálneho inžinierstva, Katedra požiarneho inžinierstva.

HARVAN, M. 2011. Psychosociálna podpora pri traumatizujúcich udalostiach. In *Spravodajca - Protipožiarna ochrana a záchranná služba*. Roč. XLII, č.2, s. 58 - 60. ISSN 1335-9975.

KRAJČOVIČOVÁ, J. 2002. *Psychológia a fyziológia hasiča pri zásahu*. In: *Spravodajca – Protipožiarna ochrana a záchranná služba*, č. 3, s. 22.

KUKUMBERG, P., VINAŘ, O. 1997. *Panická porucha v lekárskej praxi*. Martin: Osveta 1997. 31 s. ISBN 80-88824-72-9.

LACKO, R. 2012. *Negatívne a pozitívne dôsledky stresu pri činnosti záchranárov*. Diplomová práca. Katolícka univerzita v Ružomberku: Teologická fakulta; Katedra sociálnej práce. 62 s.

LONGAUEROVÁ, A., BAČIŠINOVÁ, J., ŠANTA, M. 2008. *Posttraumatická stresová porucha*. [online]. 2008 [cit. 2013-03-10]. Dostupné na internete:

http://www.unipo.sk/public/media/files/docs/fz_veda/svk/dokument_146_31.pdf

PIDRMAN, V. 2007. Posttraumatická stresová porucha. In *Praktický lekář*. 2007, roč. 87, č.10, s. 615-617

Posttraumatická stresová porucha [online]. 2009 [cit. 2014-07-10]. Dostupné na internete:<http://www.pfizer.sk/svk/pacient/-/verejnost/ochorenia/posttraumaticka-stresova-porucha/uvod/>

RABOCH, J., ZVOLSKÝ, P. a kol. 2001. *Psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Galén. 2001. 622 s.

ŠEBESTOVÁ, D. 2004. Nadmerná psychická záťaž u hasičov záchranárov 1. Časť : Príčiny a prejavy. In *Spravodajca – Protipožiarna ochrana a záchranná služba*, roč. 35, č.3, s. 30-32. ISSN 1335-9975.

ŠEBESTOVÁ, D. 2005. Nadmerná psychická záťaž u hasičov záchranárov 3. Časť: Možnosti eliminácie. In *Spravodajca – Protipožiarna ochrana a záchranná služba*. roč. 36, č.2, s. 22-25. ISSN 1335-9975.

Vyhláška MV SR č. 611/2006 Z. z. o hasičských jednotkách

Zákon č. 314/2001 Z. z. o ochrane pred požiarmi v znení zákona č. 562/2005 Z. z.

Ministerstvo vnútra Slovenskej republiky ustanovuje v § 11 o hasičskej záchrannej službe

Kontakt na autorku:

PhDr. Daniela Rybárová, PhD.

Prešovská univerzita v Prešove, Fakulta zdravotníckych odborov

Daniela.Rybarova@unipo.sk

VADNÉ DRŽENÍ TĚLA Z PŘEVAHY EXTENČNÍCH NEBO FLEKČNÍCH SVALOVÝCH ŘETĚZCŮ

doc. MUDr. Miroslav Tichý, CSc.

Univerzita J. E. Purkyně v Ústí nad Labem, Fakulta zdravotnických studií,

Abstrakt

Vadné držení těla je jednou z nejčastějších diagnóz dětského věku. Dominantní roli přitom hraje nerovnováha (dysbalance) mezi na jedné straně svaly posturálními, které mají tendenci k hypertonu svalových vláken a ke zkracování svalového vaziva, na druhé straně mezi svaly fázickými, které mají sklon k hypotonii a ochabování svalových vláken. Posturální a fázické svaly tvoří typické dvojice. Vadné držení těla může nastat z převahy svalů posturálních (extenční mechanismy), ale také z převahy svalů fázických (flekční mechanismy). U první varianty, která je častější, dochází k prohloubení všech zakřivení páteře. Druhá varianta je vzácnější, převažují u ní svaly fázické nad posturálními a dochází při ní k oplošťování všech zakřivení páteře. Typickým příkladem může být konstituční hypermobilita. Strategii léčby je u vadného držení těla řešení uvedených svalových dysbalancí.

Klíčová slova: postura, posturální svaly, fázické svaly, svalové řetězce

Abstract

Faulty posture is one of the most common diagnoses of childhood. The dominant role is played by imbalances between postural muscles, which tend to hypertonus of the muscle fiber and shortening of the fibrous connective tissue, and between phasic muscles which tend to hypotonia and weakness of muscle fibers. Postural and phasic muscles form typical couples. Faulty posture may arise from the predominance of postural muscles (extension mechanisms), but also from the predominance of phasic muscles (flexion mechanisms). In a first variant, which is more frequent, occurs deepening of all spinal curvatures. The second variant is rare.

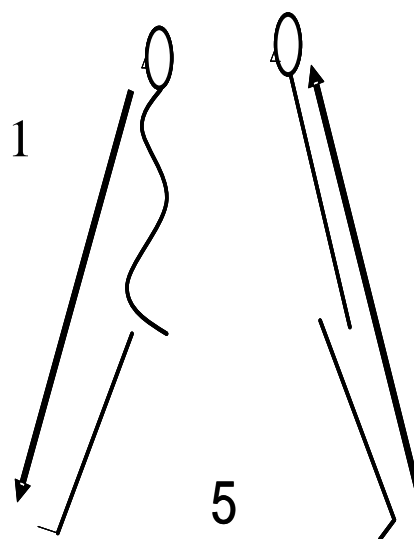
It arises from predominance of phasic muscles over postural ones. It results in flatten of all spinal curvatures. Constitutional hypermobility might be a typical example. Treatment strategy lies in solving of introduced muscle dysbalances.

Key words: posture, postural muscles, phasic muscles, muscle chains

1. Funkčnost páteře

Je všeobecně známo a anatomickými učebnicemi uváděno, že jednou z důležitých funkcí páteře je pružení během chůze (**Obrázek 1**). Při došlapu nohou na podložku (na obrázku vlevo), který zahajuje stojnou (extenční) fázi kroku, dochází k prohloubení všech zakřivení páteře. Při odrazu nohou od podložky (na obrázku vpravo), kdy je startována trojflexe dolní končetiny, je trup katapultován směrem nahoru, přičemž se všechna zakřivení páteře napřimují.

Z toho lze odvodit, že prohlubování všech zakřivení páteře (lordóz i kyfóz) patří k extenčním svalovým mechanismům, zatímco oplošťování celé páteře náleží k mechanismům flekčním.



2. Funkční vzorce kloubů

Funkčnost končetinových kloubů byla biomechaniky intenzivně studována po desítky let. Konečným výsledkem, o kterém dnes v biomechanické obci již nikdo nepohybuje, jsou funkční kloubní vzorce jednotlivých kloubů. Tyto kombinace pohybů kolem všech os, které má kloub k dispozici, provádí kloub při přirozených pohybech. To jsou pohyby, které provádíme automaticky, podvědomě, aniž bychom na ně soustředili pozornost a vědomě do nich vstupovali svou vůlí.

Kloubní funkční vzorec má svou flekční a extenční variantu. Pro bližší vysvětlení doporučujeme publikaci Tichý et al. (2010). Jejich základní přehled uvádí následující **Tabulka 1**.

Tabulka 1: Funkční vzorce velkých končetinových kloubů a páteře

Kloub	Flekční řetězec	Extenční řetězec
Lopatka	deprese + addukce + zevní rotace dolního úhlu	elevace + abdukce + vnitřní rotace dolního úhlu
Ramenní kloub	flexe + abdukce a zevní rotace	extenze + addukce + vnitřní rotace
Loket a předloktí	flexe + supinace	extenze + pronace
Zápěstí	dorzální flexe + radiální dukce	palmární flexe + ulnární dukce
Kyčelní kloub	flexe + addukce + vnitřní rotace	extenze + abdukce + zevní rotace
Kolenní kloub	flexe + zevní rotace	extenze + vnitřní rotace
Kotník	dorzální flexe + supinace	plantární flexe + pronace
Klenby nohy	vyvýšení	oploštění
Krční lordóza	oploštění	prohloubení
Hrudní kyfóza	oploštění	prohloubení
Bederní lordóza	oploštění	prohloubení
Křížová kost	vertikalizace	horizontalizace

3. Vzorcové a nevzorcové svaly

Z Tabulky 1 vyplývá, že kosterní svaly, které provádějí v příslušném kloubu pohyby, lze rozdělit na dvě skupiny. Na ty, které přesně provádějí uvedené funkční kloubní vzorce a pracují tedy přísně v jednom vzorci (flekčním nebo extenčním) a na ty, které pracují v obou vzorcích, protože některý pohyb/pohyby provádí ze vzorce flekčního a jiný pohyb/pohyby provádí ze vzorce extenčního. Tichý (2014, str. 145) označuje ty první jako svaly vzorcové a ty druhé jako svaly nevzorcové.

Vzorcové svaly se účastní především přirozených pohybů, proto je možné je považovat za svaly lokomoční. Jejich hypertonus vede ke vzniku funkční blokády kloubu (Tichý 2014, str. 180) a také ke vzniku patologických svalových řetězců (Tichý 2014, str. 227), které se táhnou celou polovinou lidského těla, popřípadě polovinami oběma.

Nevzorcové svaly se účastní především stabilizace kloubu, protože při své kontrakci pracují v obou kloubních vzorcích současně, flekčním i extenčním.

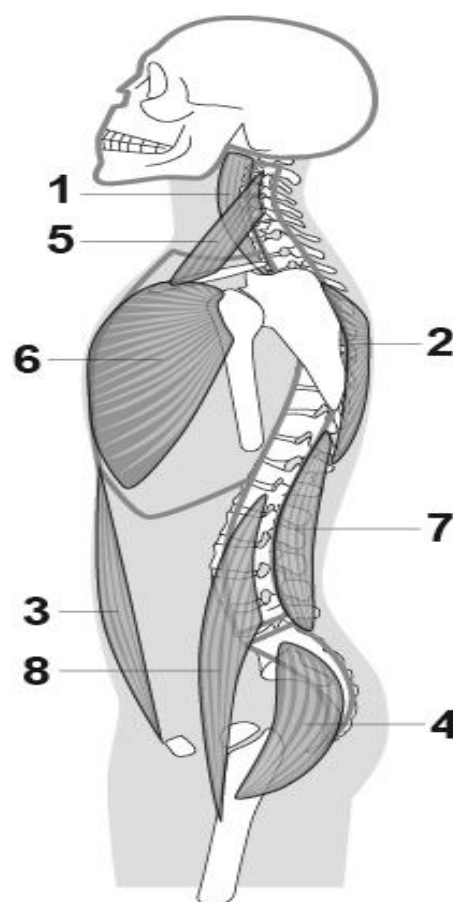
4. Flexorové a extenzorové svaly páteře

Připomeňme si (Tabulka 1), že oplošťování všech zakřivení páteře a vertikalizace křížové kosti patří k flekčním mechanismům, zatímco prohlubování všech zakřivení a horizontalizace křížové kosti patří k mechanismům extenčním.

Svaly, které se všemi zakřiveními (lordózy a kyfózy) pracují, se v rehabilitační praxi označují jako svaly posturální a svaly fázické (**Obrázek 2**). Tyto svaly tvoří typické dvojice. V oblasti krční lordózy to jsou fázické ohybače krku a posturální skalenové svaly, v oblasti hrudní kyfózy fázické mezi lopatkové svaly a posturální velké prsní svaly, v oblasti bederní lordózy fázické břišní svaly (především přímé) a posturální bederní vzpřimovače a v oblasti křížové kosti fázické velké hýžděvé svaly a posturální svaly bedrokyčlostehenní.

Dysbalance mezi nimi patří dle prof. Jandy (1984) k hornímu (dysbalance v oblasti krku a hrudníku) a k dolnímu (dysbalance v oblasti beder a pánve) zkříženému syndromu.

Mezi uvedenými svalovými dvojicemi existuje významný neurofyziologický vztah, dá se říci zákon, označovaný jako reciproční inhibice. Ten formuloval již na začátku 20. století zakladatel moderní neurofyziologie sir Sherrington. Zákon říká, že pracující sval vypojuje své antagonisty z činnosti. Uplatňuje se při jakémkoli fyziologickém pohybu, ale také při mnoha patologických stavech, jakým je například vadné držení těla.



Obr. 2 Posturální a fázické svaly trupu.

Fázické: 1 – ohybače (flexory) krku, 2 – mezi lopatkové svaly (dolní fixátory lopatek), 3 – břišní svaly, 4 – velký hýžděvý sval.

Posturální: 5 – skalenové svaly, 6 – velký prsní sval, 7 – bederní vzpřimovače, 8 - bedrokyčlostehenní sval (iliopsoas).

Z uvedeného vyplývá, že fázické svaly páteře jsou reprezentanty flekčních svalových řetězců, zatímco svaly posturální reprezentují řetězce extenční.

5. Vadné držení těla z převahy extenčních řetězců

Všichni rehabilitační pracovníci mají tu zkušenost, že ve většině případů vítězí svaly posturální, které mají tendenci ke zkracování, nad svaly fázickými, které mají naopak tendenci k ochabování. Převaha posturálních svalů vede k prohloubení všech zakřivení páteře a k horizontalizaci křížové kosti. Patologické extenční svalové řetězce pokračují i do horních a dolních končetin.

Vzniká tak naprosto typické vadné držení těla (**Obrázek 3**). Z obrázku je patrné, že všechna zakřivení páteře jsou prohloubená, hlava předsunutá, ramena rovněž, kolena jsou v rekurvaci, nožní klenby jsou propadlé. Toto držení můžeme označit jako vadné držení těla z převahy extenčních řetězců. Extenční patologické svalové řetězce se nacházejí v obou polovinách těla.



Vadné držení těla z převahy extenčních řetězců může být důsledkem tzv. lehké mozkové dysfunkce (LMD), ke které dochází při protrahovaných a komplikovaných porodech přirozenou cestou.

Patologické extenční řetězce se vyskytují také při některých typech poškození mozku, jako je například centrální mozková porucha (CMP). V tomto případě se patologický extenční řetězec vyskytuje pouze jednostranně (**Obrázek 4**).

Obrázek 4: Obraz pravostranné hemiparézy s extenčními neurofyziologickými řetězci v horní i dolní končetině (viz Tabulka

1)



Pozn. Zde je nutné se pozastavit u jednoho problému, který se traduje v rehabilitaci dlouhá léta a který se týká centrální mozkové příhody s následnou hemiparézou.

Je popisováno, že dolní končetina je v extenčním postavení. To je popis správný a na první pohled zřejmý. To při pohledu na dolní končetinu nikoho nepřekvapí. Kolenní kloub je natažený, nelze ho ohnout, kotník je v plantární flexi, nelze zvednout špičku nohy.

Ale je také popisováno, že horní končetina je v postavení flekčním! To však správné není! S tím nelze souhlasit. Pletenec ramenní (hlavně lopatka) je zvednutý nahoru (elevace) a odtažený od páteře (abdukce). Paže jako součást ramenního (glenohumerálního) kloubu je v addukci a ve vnitřní rotaci. To všechno jsou postavení, která zcela odpovídají extenčnímu neurofyziologickému řetězci (viz Tabulka 1). Loket je v pronaci (opět extenční vzorec) a přibližně ve 40ti stupňovém ohnutí. To to na extenční straně rozsahu pohybu v lokti, protože střední postavení lokte je přibližně v 70ti stupňovém ohnutí. Zápěstí je ohnuté na dlaňovou stranu (palmární flexe), prsty ruky jsou přitaženy k sobě (addukce). Palmární flexi zápěstí sice provádějí anatomické flexory, které se nacházejí na dlaňové straně předloktí, ale neurofyziologicky se rovněž jedná o extenční vzorec.

Na základě tohoto popisu se tedy domníváme, že u pacientů s CMP jsou obě končetiny (horní i dolní) v extenčním postavení.

6. Vadné držení těla z převahy flekčních řetězců

Při převaze flekčních mechanismů na páteři dochází k oplošťování všech zakřivení páteře a k vertikalizaci křížové kosti (Tabulka 1).

Takovéto postavení zad, které se často označuje jako plochá záda, nacházíme například u vrozené (konstituční) hypermobility. To znamená, že flekční patologické svalové řetězce vládnou v celém těle, v jeho obou polovinách. Neobjevují se u nich typické svalové dysbalance typu Jandových horních a dolních zkřížených syndromů, protože fázické svaly páteře (ohybače krku, mezilopatkové svaly, břišní svaly a velký hýžd'ový sval) patří k flekčnímu mechanismu páteře, protože oplošťují všechna její zakřivení, a jsou tudíž relativně hypertonické.

Končetinové klouby jsou i v klidu mírně vychýlené ve směru flekčních vzorců.

K patologickému stavu s převahou flekčních (fázických) svalů dochází také při virovém onemocnění. Viry výrazně snižují vodivost nervových vláken (Sato et al. 2011). Následkem toho jsou všechny svaly hypotonické. Na **Obrázku 5** je zachycena dívka, která prodělala virový zánět mozku. Mozek je nenapravitelně poškozen, dívka nekomunikuje. Povšim-

něte si jasného flekčního postavení těla (oploštění páteře, flekční držení horních i dolních končetin).

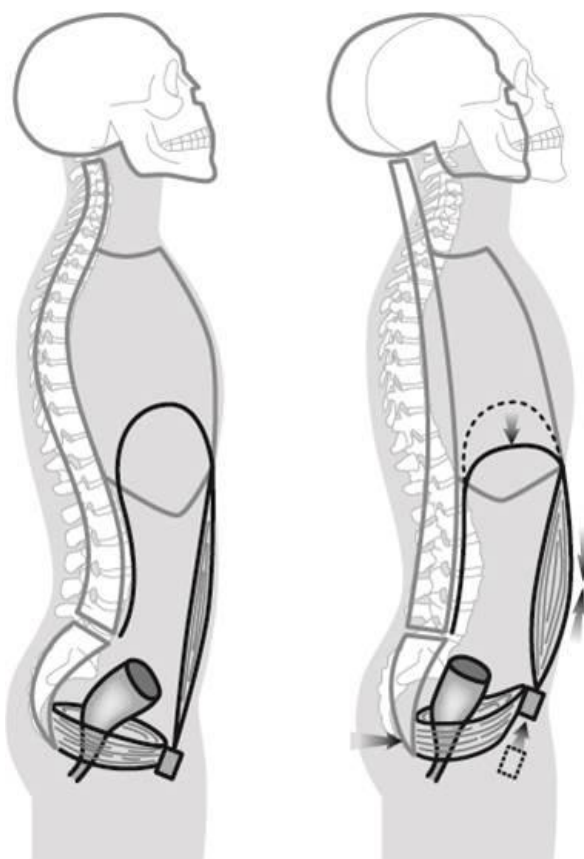
Patologické svalové řetězce (tj. řetězce hypertonických svalů) mohou leckdy vyvolat sestavu příznaků, které nemusí být přičítané pohybovému aparátu.

Na jednom neonatologickém kongresu jsme prezentovali vyšetření a terapii kojence, který se narodil s celou řadou různých patologií, jejichž společným jmenovatelem byla přítomnost patologických svalových řetězců v obou polovinách těla.

Pacientku jsme vyšetřili ve věku 5 měsíců. Ke zjištěným patologiím patřily především: diastáza břišních svalů, prohýbání zad, špatné sání a vyprazdňování stolice pouze s použitím rektální rourky, zaváděné až 5 cm hluboko. Objektivně byly zjištěny patologické flekční svalové řetězce v obou polovinách těla (převaha flexorových svalů nad extenzorovými) (**Obrázek 6**).

Patologické flekční svalové řetězce tedy:

- napřimují celou páteř a zaklánějí ji dozadu,
- způsobují hypertonus svalů břišního lisu (bránice, břišní svaly, svaly pánevního dna), což vede ke zvýšení nitrobřišního tlaku a podporuje diastázu břišních svalů,
- zvyšují tonus svěračů pánevního dna, což může vést k poruchám vyprazdňování stolice,
- způsobují částečně nádechové postavení hrudníku, což snižuje sací kapacitu a zhoršuje pití dítěte.



Závěr

Vadné držení těla je možné považovat za poruchu řízení svalového napětí. Přitom jsou typicky preferované extenční mechanismy s primárním hypertonelem a pozdějším případným vazivovým zkracováním posturálních svalů. Typickými příčinami jsou patologie, které méně nebo více poškozují centrální nervový systém. K lehčím poškozením CNS patří lehká mozková dysfunkce, k vážnějším pak CMP nebo roztroušená skleróza.

Bohužel si málokdo z rehabilitačních pracovníků dokáže představit, že by mohli získat silovou převahu svaly fázické nad svaly posturálními. A přitom k těmto patologiím dochází, i když mnohem vzácněji. Typickými příklady jsou konstituční hypermobilita nebo virové poškození centrální nervové soustavy.

Seznam použité literatury:

1. JANDA, V. 1984. Základy kliniky funkčních neparetických poruch. *Ústav pro další vzdělávání středních zdravotnických pracovníků*. Brno.
2. SATO, N., WATANABE, K., OHTA, K. et al. 2011. Acute transverse myelitis and acute motor axonal neuropathy developed after vaccinations against seasonal and 2009 A/H1N1 influenza. *Intern. Med.*, 2011, 50(5): 503-7. ISSN 1841-0987
3. TICHÝ, M., MACKOVÁ, E., JELÍNEK, M. et al. 2010. Svalový vzorec kloubu. *Kontakt*. 12(4): 464- 471. ISSN: 1212-4117
4. TICHÝ, M. 2014. *Dysfunkce kloubu. Podstata konceptu Funkční manuální medicína (Tichý)*. Druhé, přepracované a doplněné vydání. Praha: Miroslav Tichý, 303 s. ISBN: 978-80-254- 3963-0

Kontakt na autora:

doc. MUDr. Miroslav Tichý, CSc.

Univerzita J. E. Purkyně v Ústí nad Labem, Fakulta zdravotnických studií

miroslav.tichy@ujep.cz.

SYNDRÓM VYHORENIA – MEDICÍNSKE I SOCIÁLNE DÔSLEDKY

MUDr. Vanda Valkučáková¹, prof. MUDr. Oto Masár, PhD.²,

PhDr. Ing. Ingrid Slezáková³

¹ Klinika drogových závislostí KDZ SZU, Psychiatrická nemocnica P. Pinela v Pezinku

² Klinika urgentnej a všeobecnej medicíny LFUK a UN MB, Bratislava

³ Farmaceutická fakulta UK Bratislava

Úvod

Termín „vyhorenie“ (z ang. *burnout*) po prvýkrát v roku 1974 použil americký psychoanalytik Herbert Freudenberger, pričom zvýšenú pozornosť k problematike syndrómu vyhorenia v populácii je možné sledovať v posledných dekádach, špeciálne v kontexte vysokej prevalencie v medicínskych povolaniach. Práve práca zdravotníckeho profesionála je konfrontovaná s konštantnými potrebami a intenzívnymi interakciami s ľudskými fyzickými a psychickými potrebami. Syndróm vyhorenia býva asociovaný z nižšou efektivitou práce, nedostatočným uspokojením s pracovným miestom a nižšou mierou záväzkov voči pracovnej organizácii [Carrod-Artal, Vázquez-Cabrera, 2013], čo v zdravotníctve predstavuje riziko negatívnych dopadov nielen na jedinca, ale aj na zdravotnú starostlivosť vo všeobecnosti.

Aký dopad môže mať vyhorenie na vzťah lekár - pacient, ak lekár s plne rozvinutým syndrómom vyhorenia bude menej výkonný, náchylný k medicínskym chybám, rigidný v terapeutických stratégiách a bez adekvátneho záujmu o pacienta?

Ako ekonomicky vplýva vyhorenie na systém zdravotnej starostlivosti, ak dochádza k zvýšeným odchodom zo zamestnania/ profesie, zníženej efektívite v dôsledku možnej zvýšenej chybovosti lekárov a eventuálne zlyhávaniu implementácie inovatívnych postupov?

Ako vníma zdravotnícky segment verejnosť v súvislosti s prejavmi syndrómu vyhorenia u lekárov?

„Vyhoriť môže len to, čo horí.“

Samotní priekopníci výskumu syndrómu vyhorenia, Maslach a Leiter, popisujú vyhorenie nasledovne: „Vyhorenie je ukazovateľom nesúlady medzi tým, čím ľudia sú a tým, čo je od nich očakávané. Reprezentuje naštrbenie hodnôt, dôstojnosti, ducha a vôle - eróziu ľudskej duše [Maslach, Leiter, 1997].“ Maslach ďalej postuloval, že vyhorenie sa môže objaviť v prípade rozpojenia medzi individualitou a pracovnou organizáciou v základných oblastiach pracovného života ako: hodnoty, férovosť, komunitný život, kontrola a pracovná záťaž [Maslach, Schaufeli, 2001]. Vo všeobecnosti, syndróm vyhorenia vyplýva s prílišnej časovej pracovnej zaangažovanosti bez adekvátneho času na fyzickú či emocionálnu rekonvalescenciu [Felton, 1998]. Syndróm vyhorenia je asociovaný s denným chronickým stresom a nie s príležitostnými stres indukujúcimi udalosťami. Je popisovaný ako neschopnosť vyrovnávať sa (zlyhávajúci coping mechanizmus) s emočným stresom v práci [Felton, 1998]. V etiológii syndrómu vyhorenia sa zapájajú faktory individuálne, ako aj faktory pracovného prostredia, pričom súhrný výsledok súvisí s ich vzájomnou interakciou. Individuálne charakteristiky ako osobnosť, hodnotový rebríček, ciele, stupeň vzdelania, rodinná situácia interagujú s rizikovými faktormi prostredia a práce, pričom vzájomná interakcia buď efekt exacerbuje efekt alebo pôsobí tlmivo [Carod-Artal, Vázquez-Cabrera, 2013].

Faktory predisponujúce k vyhoreniu sú dlhodobá emočná záťaž, frustrácia, vysoké požiadavky na profesiálny výkon, rozhodovanie v časovej tiesni, ťažké pracovné podmienky, nadčasy, nedostatočná vybavenosť pracoviska. Náhylné sú osobnosti cieľavedomé, súťaživé, zameralné na výkon so sklonom k perfekcionizmu, s vysokou potrebou ocenenia a kariérneho úspechu [Andriášová, 2006].

Syndróm vyhorenia je v priamom vzťahu k výkonu určitého povolania - príznaky sa vyskytujú u jedincov bez primárnej psychiatrickej komorbidity. Znížená výkonnosť jednotlivca pri vyhorení súvisí s negatívnymi postojmi a sekundárne ovplyvneného správania, nehovoríme o zníženej kompetentnosti alebo insuficientných schopnostiach. [Křivohlavý, 1998].

Proces rozvoja syndrómu vyhorenia

Za rozvoj burn-out syndrómu zodpovedá nerovnováha medzi stresormi (*zaťažujúcimi, stres indukujúcimi faktormi*) a salutormi (*faktormi umožňujúcimi riešenie náročnej situácie*) [Andriášová, 2006]. Pre prevahe stresorov dochádza k nadlimitnej stresovej reakcii - distressu. Vyhorenie možno chápať ako posledný, tretí stupeň syndrómu GAS (*general adaptation syndrome*) popísaný Hansom Selyem, ako štádium exhauscie - vyčerpania

rezervých energetických zásob organizmu (1. štádium - alarm reaction/ fight or flight response - s prvotnou aktiváciou osi hypotalamus-hypofýza-nadoblička, 2. štádium rezistencie - ako odpoveď na prolongovanú expozíciu charakterizovanú zvýšenou hladinou glukózy v krvi ako energetického substrátu, s produkciou kortikosteroidov) [Kebza, Šolcová, 2003]. Hovoríme o chronickej hyperaktivite osy hypotalamus-hypofýza-nadobličky, sprevádzanej, hyperkortizolémiou, zvýšenou produkciou stresových hormónov (adrenalínu a noradrenalínu) a sympatikotóniu. [Andriášová, 2006]

Syndróm vyhorenia má z dynamického hľadiska nasledovné fázy:

- nadšenie - vysoké ideály, nereálne očakávania, angažovanosť
- stagnácia - zlyhanie v realizácii ideálov, požiadavky začínajú obťažovať, snaha zamerať sa ma iné ciele
- frustrácia - spochybňovanie užitočnosti práce
- apatia - vyhýbanie sa odborným aktivitám, neschopnosť zmeniť situáciu
- burn-out syndróm - strata zmyslu práce, odosobnenie, odcudzenie. [Křivohlavý, 1998]

Symptómy syndrómu vyhorenia

Symptómy burnout syndrómu rozdeľujeme na somatické, súvisiace predovšetkým s vyššie uvedenými patofyziologickými mechanizmami - s hyperaktivitou kardiovaskulárneho systému a zníženou obranyschopnosťou v dôsledku vysokej hladiny kortizolu - kardiovaskulárne ťažkosti (arteriálna hypertenzia, ischemická choroba srdca), tráviace (dyspepsia), imunitné (náchylnosť k infekčným ochoreniam, autoimunitné poruchy). Z psychický symptomov býva explorovaná: zvýšená dráždivosť, subdepresívna a depresívna nálada, redukcia motivácie k pracovným výkonom, apatia, poruchy koncentrácie, pamäti, spánku, pocity exhauscie, ale aj funkčné sexuálne poruchy. Častá býva zvýšená symptomatická konzumácia alkoholu, tabaku, zneužívanie liekov a eventuálne iných psychoaktívnych látok [Andriášová, 2006]. Na tomto mieste je nutné uviesť, že miera suicidalitty lekárov sa odhaduje 6-násobne vyššia oproti bežnej populácii a u cca 8-12% lekárov sa rozvinie syndróm závislosti od psychoaktívnych látok [Wallace et al, 2009]. V sociálnej sfére sú to prejavy redukovaného záujmu o pacientov, nezainteresovanosť poruchy v interpersonálnych vzťahoch nielen na pracovisku, ale aj v rodine [Carod-Artal, Vázquez-Cabrera, 2013].

Širšie konzekvencie syndrómu vyhorenia

Psychické poruchy a ďalšie so stresom súvisiace ochorenia môžeme považovať za vedúcu príčinu zníženej pracovnej produktivity, skoršieho odchodu do dôchodku, vysokých miery absencií, celkového zhoršenia zdravotného stavu jedinca. Rovnako môže byť vážne zasiahnutá oblasť sociálnych vzťahov a pracovnej výkonnosti - interpersonálne vzťahy bývajú negatívne ovplyvnené sekundárnym nedostatkom vzájomnej komunikačnej výmeny, ktorá má negatívny dopad na vzťahy medzi členmi tímu a inštitúcie [Schaufeli, 2003]. Ľudia s rizikom rozvoja syndrómu vyhorenia/ rozvinutým syndrómom vyhorenia a depresívnej poruchy môžu mať precipitujúci efekt na rozvoj vyhorenia u spolupracovníkov [Carod-Artal, Vázquez-Cabrera, 2013].

Ekonomický rozmer syndrómu vyhorenia nie je zanedbateľný, kompromitované zdravie a redukovaná kapacita zamestnancov môže spôsobovať ekonomickú stratu do 10-20% hrubého domáceho produktu krajiny [WHO, 1995]. Kvalita pracovného výkonu môže byť vážne narušená - zvýšená incidencia chýb bola pozorovaná u rezidentov so syndrómom vyhorenia [West et al., 2006]. V praxi vedie syndróm vyhorenia k častým absenciám a poklesu kvality ošetrovateľskej starostlivosti [Lu et al.2005].

Priame ekonomické straty sú spojené s nákladmi na dovolenku, recruitment aktivity a administračné poplatky, tréning a zaúčanie nových pracovníkov. Nepriame náklady súvisia s nestabilitou pracovnej sily, redukovanej produktivity, nepocit'ovaním záväzkov voči pracovnej organizácii a zvýšením rizika rozvoja syndrómu vyhorenia u spolupracovníkov. [Carod-Artal, Vázquez-Cabrera, 2013]

Syndróm vyhorenia v akútnej zdravotnej starostlivosti

Odhaduje sa, že medzi lekármi sa syndróm vyhorenia pohybuje na úrovni 2.4 až 72% [Roth et al., 2011]. Oblasť urgentnej a intenzívnej medicíny je špecificky ohrozená, nakoľko rizikové faktory rozvoja syndrómu vyhorenia sú značne extrapolované. Podľa francúzskej štúdie realizovanej na poli intenzívnej medicíny tretina ošetrovateľského personálu /n=2497/ a polovica z 878 intenzivistov vykazovala vysoké stupne syndrómu vyhorenia. Depersonalizácia bola zistená u 37% intenzivistov. Medzi sestrami bola vážnosť syndrómu vyhorenia asociovaná s nižším vekom, organizačnými faktormi, konfliktmi s pacientami, vzťahov k vrchným sestram a lekárom a starostlivosťou o zomierajúcich pacientov [Poncet et al., 2007]. Alarmujúci je

výsledok ďalšej francúzskej štúdie, podľa ktorej viac ako 50% sestier a intenzivistov by si želalo opustiť zamestnanie [Embriaco et al., 2007]. Niekoľko európskych štúdií sledovalo syndróm vyhorenia medzi sestrami a lekármi - sestry v porovnaní s lekármi, prípadne inými zdravotníckymi pracovníkmi, vykazujú vyššie známky vyhorenia [Carod-Artal, Vázquez-Cabrera, 2013].

ZÁVER - stratégie riešenia

Základ spočíva v prevencii syndrómu vyhorenia. Preventívne postupy zahŕňajú modifikáciu pracovného prostredia a zlepšovanie individuálnych coping mechanizmov na úrovni jednotlivca. Pod primárnou prevenciou rozumieme redukcii rizikových faktorov - efektívnu organizáciu práce a kooperácie tímu, elimináciu stresorov, odbremenenie od administratívnych povinností a adekvátnu psychohygienu. Sekundárne preventívne opatrenia sú fokusované na včasné rozpoznanie známkov vyhorenia a intervenciu, terciárna prevencia sa zameriava na prácu s coping mechanizmami zvládania následkov syndrómu vyhorenia, rehabilitáciu a profylaxiu relapsu. Prevencia vyžaduje aktívnu participáciu zamestnávateľa v zmysle výberu vhodných pracovníkov a tvorby adekvátnych pracovných podmienok. Samozrejmosťou edukácia ohrozených skupín.

Zoznam použitej literatúry

[Andriášová2006] ANDRIÁŠOVÁ, M. Syndróm vyhorenia v lekárskej praxi , možnosti jeho zvládania a prevencie. *Via pract.*, 2006, roč. 3 (12): 559–561.

[Carod-Artal, Vázquez-Cabrera2013] CAROD-ARTAL, FJ, VÁZQUEZ-CABRERA, C.: Burnout Syndrome in an International Setting. In: Bährer-Kohler, Sabine et al. *Burnout for Experts. Prevention in the Context of Living and Working.* Springer, 2013, s. 15-35. ISBN: 978-1-4614-4390-2

[Embriaco et al.2007] EMBRIACO, N., PAPAZIAN, L. et al. Burnout syndrome among critical care healthcare workers. *Current Opinion in Critical Care*, 2007, 13 , 482–488.

[Felton1998] FELTON, JS. Burnout as a clinical entity—its importance in health care workers. *Occupational Medicine*, 1998, 48 , 237–250.

[Křivohlavý1998] KŘIVOHLAVÝ, J.: Jak neztratit nadšení, Grada Publishing, Praha 1998, 131 s. ISBN 80-7169-551-3.

[Kebza, Šolcová2003] KEBZA, V., ŠOLCOVÁ, I. Syndrom vyhoření. 2. rozšířené a doplněné vydání Praha: Státní zdravotní ústav, 2003, s. 26. ISBN 80-7071-231-7.

[Lu et al.2005] LU, H. et al. Job satisfaction among nurses: A literature review. International Journal of Nursing Studies, 2005, 42 , 211–227.

[Maslach, Leither1997] MASLACH, C, LEITHER, MP. The truth about burnout. San Francisco: Jossey-Bass, 1997.

[Maslach, Schaufeli, 2001] MASLACH, C., SCHAUFELI, W. B., LEITER, M. P. Job burnout. Annual Review of Psychology, 2001, 52 , 397–422.

[Poncet et al.2007] PONCET, M. C., TOULLIC, P. et al. Burnout syndrome in critical care nursing staff. American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine, 2007, 175 , 698–704.

[Schanafelt et al.2002] SCHANAFELT, K.A., BRADLEY, J.E. et al. Burnout and self-reported patient care in an internal medicine residency program. Ann Intern Med, 2002, 136, pp. 358-367.

[Schaufeli2003] SCHAUFELI, W. B. Past performance and future perspectives of burnout research. South African Journal of Industrial Psychology, 2003, 29 , 1–15.

[Wallace et al.2009] WALLACE, J. E., LEMAIRE, J. B., GHALI, W. A. Physician wellness: A missing quality indicator. Lancet, 2009, 374 , 1714–1721.

[West et al.2006] WEST, C. P., HUSCHKA M. M., NOVOTNY, P. J. et al. Association of perceived medical errors with resident distress and empathy: A prospective longitudinal study. Journal of the American Medical Association, 2009, 296 , 1071–1078.

[WHO1995] World Health Organization. Global Strategy on occupational health for all the way to health at work. 2005, http://www.who.int/occupational_health/en/oehstrategy.pdf.

Dostupné k 10.4.2014.

Kontakt na autorku:

MUDr. Vanda Valkučáková

Klinika drogových závislostí KDZ SZU, Psychiatrická nemocnica P. Pinela v Pezinku

URGENTNÍ MEDICÍNA – KŘÍŽOVATKA OBORŮ

Jana Vidunová^{1,2,3}, Alexandra Židková⁴

¹Zdravotnická záchranná služba Plzeňského kraje

²Fakulta biomedicínského inženýrství ČVUT v Praze

³Zdravotnická záchranná služba Karlovarského kraje

⁴Klinika anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny LF UK a FN Plzeň

Abstrakt

Sdělení prezentuje různorodost oboru urgentní medicína na příkladu třech kazuistik. Uvedené kazuistiky alespoň částečně přibližují spektrum znalostí a dovedností, kterými musí v přednemocniční neodkladné péči disponovat lékař a do určité míry, dle svých kompetencí, i záchranář pracující ve výjezdové skupině. První kazuistika popisuje způsob ošetření a terapii u pacienta se závažným kraniocerebrálním poraněním. Druhá kazuistika přibližuje péči o pacienta se závažnou poruchou srdečního rytmu. Třetí kazuistika prezentuje nutné znalosti a dovednosti v urgentní medicíně v souvislosti s porodem.

Klíčová slova: urgentní medicína – kraniocerebrální poranění – porucha srdečního rytmu – porod – kazuistika

Abstract

The notice presents the variety of emergency medicine applying the example of three case reports. The case reports partially outline the spectrum of knowledge and skills necessary in the prehospital emergency care for a doctor and, to a certain extent and according to their competences, for a paramedic working in a crew. The first case report describes a method of treatment and therapy in a patient with a severe craniocerebral injury. The second case report shows the care about a patient with serious arrhythmia. The third case report presents the knowledge and skills necessary in emergency medicine in connection with a childbirth.

Key words: emergency medicine – craniocerebral injury – arrhythmia – delivery – case report

Úvod

Urgentní medicína je oborem zasahujícím do mnoha medicínských oborů. V České republice existuje obor urgentní medicína a medicína katastrof od roku 1999. Stal se postupem doby základním medicínským oborem, posléze tomu tak po přechodnou dobu nebylo, a v roce 2014 byla urgentní medicína mezi základní obory opět zařazena. Své místo má v přednemocniční i nemocniční péči. Je jedním z mála oborů, které pohlíží na pacienta komplexně a kdy si lékař, zejména v přednemocniční péči, musí poradit s život ohrožujícím stavem pacienta sám, bez možnosti konzultace s odborníkem v jiném oboru. Soubor následujících tří kazuistik zdaleka nezobrazuje široké pole urgentní medicíny. Díky prezentovaným kazuistikám může, alespoň částečně, poskytnout představu těm, kteří v daném oboru nepůsobí.

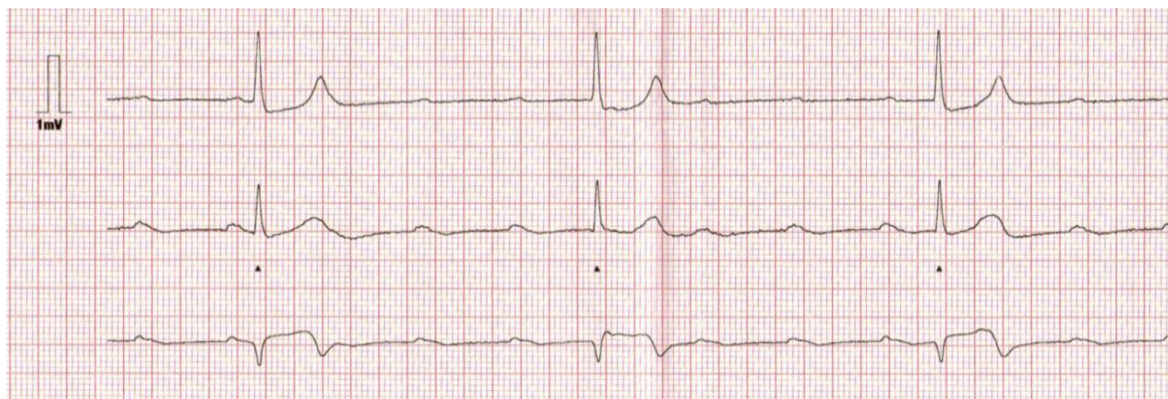
Kazuistika č. 1

56-letý pacient se střetl jako cyklista s osobním vozidlem ve vysoké rychlosti. Cyklista nebyl vybaven ochrannou přilbou. Bezprostředně po úrazu dýchal a byl v hlubokém bezvědomí. Nedaleko se nacházející výjezdová skupina s lékařem se dostavila na místo události asi po 5 minutách od střetu s vozidlem. Pacient byl nalezen ležící na silnici s poruchou vědomí a spontánně ventilující. Okamžitě bylo provedeno vyšetření a ošetření pacienta v duchu protokolu Advanced Trauma Life Support. [1] Byl ihned nasazen fixační krční límec, podán kyslík polomaskou a zajištěn intravenózní vstup. Během vstupního vyšetření byly zjištěné mimo jiné tyto parametry – krevní tlak 155/100 mmHg, tepová frekvence 100/min, dechová frekvence 20/min, saturace hemoglobinu kyslíkem 93 % před podáním kyslíku, Glasgow Coma Scale 5, glykémie 5,4 mmol/l. Vzhledem k předpokládanému závažnému poranění mozku a riziku dalšího sekundárního poškození mozku, bylo nutné po aplikaci anestetika (etomidát 20 mg intravenózně) a myorelaxancia (suxamethonium 100 mg intravenózně) provést intubaci a zahájit umělou plicní ventilaci. Nejen vzhledem k nutnosti dvojí fixace krční páteře byl pacient umístěn do vakuové matrace. Bylo pokračováno v další farmakoterapii – midazolam, cisatracurium, fentanyl. Dle traumaprotokolu bylo podáno 1500 ml krystaloidních roztoků. Za trvalé monitorace základních životních funkcí byl pacient transportován na emergency traumacentra. Během transportu došlo k rozvoji lehké asymetrie zornic, konkrétně rozšíření pravé zornice. V traumacentru byl pacient předán po 50 minutách od úrazu. Diagnózy stanovené v přednemocniční péči klinickým vyšetřením pacienta byly tyto – st. po dopravní nehodě cyklisty a osobního automobilu, bezvědomí, těžké kraniocerebrální poranění, tržná rána kolenní oblasti a dislokace česky levé dolní končetiny,

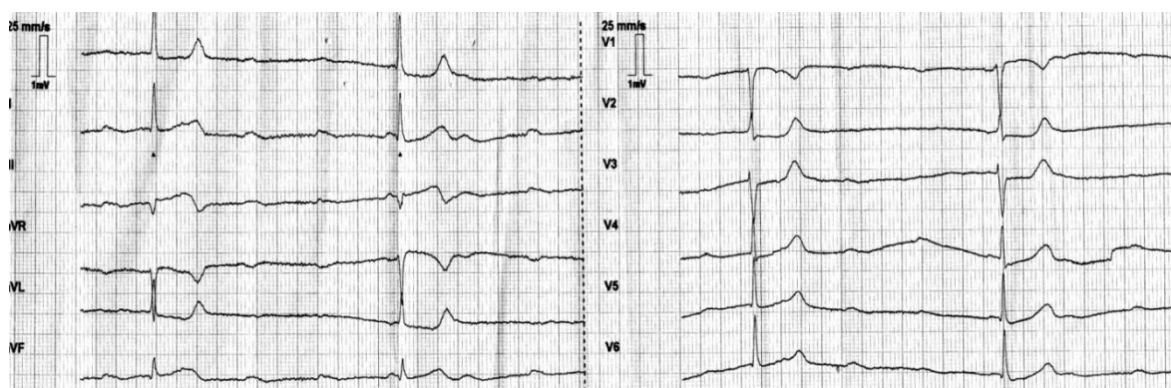
četné oděrky po těle. Během mnoha provedených vyšetření v nemocničním zařízení byly zjištěny mimo jiné tyto diagnózy – kortikální hemorhagie precentrálně vpravo, fisura lbi temporálně vlevo, fraktura stěny levé orbity, tříštivá zlomenina levého antra, fraktura zygomatického oblouku vlevo, kontuze hrudníku, zlomenina česky, levostranná hemiparéza. Po osmi dnech intenzivní terapie bylo možno pacienta extubovat, bez dalších komplikací stran dechových funkcí. Poranění mozku nevyžadovalo operační zákrok, poranění obličejového skeletu a levé dolní končetiny však ano. Během hospitalizace přetrvávala horší komunikace s pacientem (nebyla vyloučena jazyková bariéra – cizinec). Postupně došlo k úpravě stejně jako u levostranné hemiparézy. Pacient byl předán po necelých třech týdnech ve výrazně zlepšeném zdravotním stavu do dalšího zdravotnického zařízení k rehabilitaci.

Kazuistika č. 2

Výjezdové skupiny zdravotnické záchranné služby obdržely v nočních hodinách tísňovou výzvu k 57 - leté ženě, která si stěžovala na asi 2,5 hodiny trvající bolest na hrudi, mírnou dušnost a dále na celkovou slabost a nevolnost v trvání asi 2 dnů. Při příjezdu na místo byla odebrána kompletní anamnéza, kdy nebyla zjištěna kromě obezity žádná závažná onemocnění. Z klinického vyšetření bylo do dokumentace zaznamenáno – pacientka bledá, opocená, plně při vědomí a orientovaná, spojivky růžové, tepová frekvence 25/min, dýchání poslechově oboustranně čisté sklípkové, otoky dolních končetin oboustranně (údajně dlouhodobě, bez progresu), arteriální krevní tlak 80/50 mmHg, dechová frekvence 15 dechů/min, saturace hemoglobinu kyslíkem 97 – 98 %. Byl pořízen záznam všech standardních svodů ekg (obrázek 1, 2). Vzhledem k těžké bradykardii, při atrioventrikulární blokádě III. stupně, a podezření na akutní koronární syndrom s elevacemi ST úseků bylo kontaktováno pracoviště intervenční kardiologie krajské nemocnice a zároveň odeslána ekg křivka a domluven transport přímo na toto pracoviště.



Obrázek 1



Obrázek 2

Před transportem byly zajištěny 2 intravenózní vstupy, podán touto cestou atropin (celkem v dávce 2 mg) bez jakéhokoliv efektu, 0,9% NaCl 250 ml, byla zahájena oběhová podpora noradrenalinem a v té době odpovídající terapie akutního koronárního syndromu (heparin 5000 j., kyselina acetylsalicylová 500 mg intravenózně, clopidogrel 600 mg perorálně). Probíhala oxygenoterapie při přechodném poklesu saturace hemoglobinu kyslíkem. Z důvodu předpokládaných obtíží s transportem pacientky do sanitního vozu byla vyžádána asistence hasičského záchranného sboru. Na základě výše uvedených diagnóz byla zahájena zevní kardiostimulace pomocí samolepících multifunkčních elektrod. Nastavené parametry pro zevní stimulaci zpočátku v režimu „on demand“ byly - síla impulsu 75 mA,

frekvence 70/min. Během kardiostimulace za transportu bylo nutno přejít na režim „fixe rate“ a zároveň zvýšit velikost stimulačního proudu až na 85 mA. Během zevní kardiostimulace bylo podáno frakcionovaně celkem 5 mg midazolamu a fentanyl 100 µg, pacientka kardiostimulaci tolerovala velmi dobře i při poměrně malé celkové dávce farmak k analgosedaci. Během transportu bylo podáno ještě dalších 500 ml 0,9% NaCl intravenózně. Pacientka byla předána, po hodinu trvajícím transportu, přímo na katetrizačním sále již připravenému týmu s těmito pracovními diagnózami - atriioventrikulární blokáda III. stupně, akutní koronární syndrom STEMI spodní stěny, oběhová nestabilita korigovaná katecholaminy. Nemocná byla při vědomí, spolupracující, s krevním tlakem 120/80 mmHg, frekvencí pulsu (při zevní stimulaci) 70/min, saturací hemoglobinu kyslíkem 98 %. Po koronarografickém vyšetření, které prokázalo uzávěr a. coronaris dextra, se zavedením stentu, přetrvávala nutnost zevní stimulace. Pacientce byl implantován trvalý kardiostimulátor. Pacientka byla propuštěna po 8 dnech do domácí péče v dobrém stavu.

Kazuistika č. 3

Výjezdové skupiny zdravotnické záchranné služby byly v ranních hodinách vyslány k překotně rodící 26-leté pacientce. Do jejich příjezdu bylo dítě mužského pohlaví již porozeno, ještě matkou nikterak neošetřeno. Jednalo se o donošeného novorozence, zjevně nižší porodní váhy. Matka původně zamýšlela dítě umístit do baby boxu, ale přítel zpanikařil a zavolal na tísňovou linku. Rodička měla v anamnéze dlouholetou závislost na pervitinu a jednalo se o její již čtvrtý porod. Žádné z předchozích porozených dětí v péči neměla. Pacientka i dítě byly v dobrém klinickém stavu. Výjezdovými skupinami bylo provedeno poporodní ošetření novorozence (osušení, přerušení pupečnicku, zabaleno do termoizolační fólie). Byl odebrán vzorek pupečnickové krve pro potřeby neonatologů. Dítě nebylo přiloženo k matce a ani jí nebylo ukázáno, vzhledem k jejímu rozhodnutí dítěte se vzdát. Se svým transportem do porodnice matka souhlasila. U matky byl tedy zajištěn intravenózní vstup. Placenta nebyla porozena na místě zásahu, až během transportu. Vzhledem k chvilkové intenzivnější ztrátě krve a obavě z možné děložní hypotonie bylo podáno 5 jednotek oxytocinu intravenózně, aplikováno bylo 750 ml krystaloidního roztoku. Matka i dítě byli předáni zhruba jednu hodinu po porodu na porodním sále do péče nemocničního personálu v uspokojivém stavu. Další osud matky a novorozence se nepodařilo zjistit.

Diskuze

V urgentní medicíně musí být lékař (nebo i nelékařský zdravotnický pracovník v rámci svých kompetencí) připraven v kterýkoliv okamžik řešit široké spektrum medicínských, etických a právních problémů. To je naznačeno ve zvolených kazuistikách.

Závažně poraněný pacient vyžaduje moderní přístup v podobě uznávaných traumatologických protokolů. Prioritní řešení život ohrožujících stavů, rychlost, správný předpoklad možných poranění na základě mechanismu úrazu a následné správné směrování pacienta do zdravotnického zařízení do moderního přístupu patří. Zřízení traumatologických center a správné směrování pacientů na základě traumatologického třídění znamená pro mnoho pacientů vyšší šance na přežití při včasné adekvátní péči. [2]

Akutní koronární syndrom, i s jeho komplikacemi, je dnes možno již v přednemocniční péči diagnostikovat a farmakologickými i nefarmakologickými postupy ovlivnit až do úspěšného předání pacienta ve specializovaném centru. Někdy je toto centrum vzdálené mnoho desítek kilometrů a je třeba pacienta po dobu dlouhého transportu adekvátně monitorovat a na změny v jeho zdravotním stavu reagovat. Lékové a přístrojové vybavení v přednemocniční neodkladné péči v České republice nám dnes toto vše umožňuje. [3]

V poslední kazuistice je popsána problematika související s porodnictvím a neonatologií. Mezi velmi stresové situace v urgentní medicíně v přednemocniční péči patří porody v terénu, jelikož případné komplikace v jeden okamžik mohou ohrozit život matky i dítěte. Mezi takové komplikace patří např. závažná krvácení matky (až v podobě diseminované intravaskulární koagulopatie), závažná hypoxie plodu, komplikace spojené s polohou plodu a další. [4] Možnosti jsou pro řešení těchto komplikací v terénu velmi omezené. Toto si zřejmě neuvědomují některé matky a porodní asistentky, které patří mezi vášnivé příznivce domácích porodů. K různým komplikacím bohužel dochází a s nimi související případy patří mezi mediálně velmi sledované. Obavy ze strany zdravotníků poskytujících přednemocniční péči jsou tedy na místě.

Jako výrazně složitější, ve srovnání s výše uvedeným, je mnohými vnímána situace, kdy lékař musí pohlížet na řešení situace z pohledu medicíny katastrof, tzn. v okamžiku hromadného postižení zdraví. V této situaci se musí oprostít od zaběhlých postupů v urgentní medicíně, kdy má v péči většinou jednoho pacienta. Právě tato změna myšlení se stává pro některé problematická.

Závěr

Prezentované kazuistiky, z oborů traumatologie, kardiologie a ve zkratce i z porodnictví a neonatologie, ukazují jen zlomek problematiky, se kterou se můžeme v urgentní medicíně setkat. Zejména v prvních dvou kazuistikách je naznačeno, že adekvátní léčba zcela jistě přispěla k přežití a dobrému výslednému zdravotnímu stavu pacienta. Poslední kazuistika přináší zamyšlení nejen nad medicínskou problematikou.

Seznam použité literatury:

- [1] American College of Surgeons. Advanced Trauma Life Support Student Course Manual, 2012, ISBN 13:978-1-880696-02-6
- [2] Věstník Ministerstva zdravotnictví České republiky 6/2008. Dostupné online http://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/vestnik_3613_1774_11.html
- [3] Vidunová J., Pospíšil J., Lysý K. Elektroimpulsoterapie v přednemocniční neodkladné péči. In: Plzeňské dny urgentní medicíny 2012: sborník abstraktů, Plzeň, Zdravotnická záchranná služba Plzeňského kraje. ISBN 978-80-260-1929-9
- [4] Šeblová J., Knor J. et al. Urgentní medicína v klinické praxi lékaře. Praha. Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4434-6

Kontakt na autorku:

MUDr. Jana Vidunová

Zdravotnická záchranná služba Plzeňského kraje

Klatovská tř. 2960/200i

Plzeň 301 00

Tel.: +420 607 940 479

E-mail: jana.vidunova@zzspk.cz

VLIV 2. SVĚTOVÉ VÁLKY NA KVALITU ŽIVOTA

Bc. Eva Vydrželová, PhDr. Kateřina Čermáková, DiS.

Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií

Abstrakt

Téma našeho výzkumného šetření je vliv 2. světové války na kvalitu života přeživších holokaustu a válečných veteránů. Jedná se o výzkum, který má kvalitativní výzkumný design. Jako nástroj pro sběr dat byl použit polostrukturovaný rozhovor, který byl zaměřen na kvalitu života, fyzickou a psychickou stránku respondenta. V neposlední řadě nás zajímala otázka víry a vztahů v rodině. Rozhovory byly provedeny se 3 respondenty, kteří byli v koncentračním táboře jednak z rasových důvodů, ale také z protidobrové činnosti. Byli zadrženi převážně v Terezíně a ve Flossenbürgu. Respondenty byli také 3 váleční veteráni.

Klíčová slova: Holocaust, 2. světová válka, válečný veterán, transporty, židé, kvalita života

Abstract

The theme of our research is the impact of the second World War on the quality of life of Holocaust survivors and war veterans. This is research that is qualitative research design. As a tool for data collection was used a semistructured interview that focused on quality of life, physical and mental condition of the respondent. Finally, we were interested in the question of faith and family relationships. Interviews were conducted with three respondents who were in a concentration camp, second, on racial grounds, but also from protidobrové activity. They were arrested mainly in Theresienstadt and in Flossenburg. Respondents were also three war veterans.

Key words: Holocaust, Second World War, war veteran, transports, jews, quality of Life

Pro sběr dat byla použita technika polostrukturovaného rozhovoru, který probíhal v domácím prostředí respondentka. Kontakt na respondenty jsme získaly s pomocí Židovské obce Olomouc a zdravotnického zařízení určené pro válečné veterány. Respondenti podepsali informovaný souhlas. Průměrný věk respondentů byl 91 let.

Cílem mého výzkumu bylo zjistit, zda II. světová válka má vliv na zdraví respondentů, další život a vztahy v rodině. Tyto hrůzy zanechaly následky nejen na těch, kteří přežili koncentrační tábory. Projevují se v některých případech i na dalších generacích. Dopady holokaustu jsou transgenerační.

U skupiny respondentů přeživších holokaust lze pozorovat výrazný dopad na zdraví ve všech jeho dimenzích. Návrat domů z koncentračních táborů byl deprimující z mnoho důvodů. Silně stresující byla pro ně vyhublost a slabost, což je limitovalo v tom, aby mohli vykonávat práci, kterou vykonávali před válkou. Styděli se za to, jak vypadali a přibrat na váze byl často problém. Trvalo několik let, než se vrátili do normálu. Respondenti shodně udávali, že nikdy neměli sklony k obezitě, spíše se jejich váha držela v normálních hodnotách. Shodným znakem u nich je také to, že se celoživotně udržují v kondici. Nejoblíbenější pohyb je pro ně chůze, saunování a plavání. Dopady holokaustu na fyzickém zdraví dnes nepocítují. Respondenti cítili celý život dopady na psychiku.

Velkým problémem u této skupiny respondentů bylo navazování vztahů. U respondentů, kteří byli před válkou věřící, pozorujeme odklon od víry. Všichni respondenti shodně udávají, že se o holokaustu v rodině u nich nemluvalo. Děti se o prožitcích svých rodičů dozvěděli často až v dospělosti. Vztahy v rodině charakterizují jako vstřícné a bezproblémové.

U respondentů z řad válečných veteránů je rodinná situace opačná. Vztahy jsou problémové. V ostatních dimenzích zdraví je situace obdobná. Veteráni udávají nemoci pohybového aparátu jako kauzální souvislost s válkou. Psychicky je celý život tížil fakt, že museli v této době opustit rodinu. Problémy v dalším životě neudávají. Víra válkou ovlivněna nebyla. Obě skupiny respondentů využívají finančních příspěvků, které souvisejí s 2. světovou válkou, což jim zlepšuje kvalitu života.

Kontakt na autorku:

Bc. Eva Vydrželová,

Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií

SPECIFIKA PERIOPERAČNÍ PÉČE O OSOBY SE ZRAKOVOU DISABILITOU

Bc. Barbora Zounková, PhDr. Marie Macková, Ph.D.

Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií

Abstrakt

Příspěvek prezentuje část výsledků výzkumu, který je součástí diplomové práce na téma „Specifika perioperační péče o osoby se zrakovou disabilitou“. Výzkum se zaměřuje na specifika péče o osoby s různým typem disabilit a je prováděn v rámci Studenské grantové soutěže. Tento příspěvek se zabývá pouze péčí o pacienty s disabilitou zrakovou.

Klíčová slova: perioperační péče, zraková disabilita, specifika

Abstract

This article presents part of the results of the research, which is included in thesis on topic: „Specifics of perioperative care about visually impaired patients.“ The research focuses on specifics of care about patients with different kinds of disabilities and is conducted under the Student Grant Competition. This article deals only with the care about patients with visual disabilities.

Keywords: perioperative care, visual disability, specifics

Úvod

Dle WHO bylo v roce 2010 registrováno asi 285 miliónu lidí s poškozením zraku ve všech věkových skupinách (WHO, 2011). Ludvíková popisuje osobu se zrakovým postižením, jako jedince, u kterého poškození zraku ovlivňuje činnosti běžného života a běžná optická korekce není dostatečná (Ludvíková in Křejiřová, 2002). Skupinu zrakově postižených můžeme rozdělovat na slabozraké a nevidomé (Schindler, Pešák). Osoby se zrakovou vadou, ať už celkovou nebo částečnou, musí v životě překonávat mnoho překážek. Ve velkém množství případů jsou odkázáni na pomoc druhých a to je potřeba hlavně v pro ně neznámém prostředí, například v nemocnici. Proto je nutno péči o ně věnovat

více času, než běžnému pacientovi. Tito lidé mají také v určitých směrech zvýšené potřeby, na což ale není každá nemocnice řádně připravená. Zároveň by sestry a lékaři měli znát postupy, jak jednat s pacientem s tímto typem disability.

Jako perioperační péči označujeme péči o pacienta bezprostředně před, během a po operačním výkonu či péče během pobytu na operačním sále a poskytují ji zejména perioperační sestry (Wichsová et al., 2013). Zároveň můžeme tuto péči chápat jako ošetřování pacienta už od přijetí až po propuštění do domácí péče. Dostatečná perioperační péče nám slouží k snížení komplikací, které souvisejí s operačním výkonem. Podstatný je zejména první kontakt pacienta se sestrou či lékařem, kdy je potřeba si u pacienta vytvořit důvěru. To je důležité pro další práci s pacientem, zejména s pacientem s jakýmkoliv typem disability.

Cíl práce: Cílem studie bylo zjistit, jak jsou české nemocnice připraveny na pobyt pacienta se zrakovou disabilitou.

Metodika: Pro účely sběru dat byl v únoru 2012 vytvořen dotazník zaměřující se na vybrané typy disability. Byl sestaven za pomoci Národní rady zdravotně postižených. Dotazník byl rozčleněn na dvě části. První část se zabývala získáním základních údajů o jednotlivých zařízeních, v nichž bylo výzkumné šetření prováděno, druhá část se už specializuje na jednotlivé typy disability. Příspěvek je zaměřen pouze na druhou část dotazníku.

Dle informací ÚZIS (2014) bylo na území České republiky evidováno k 31. 12. 2013 celkem 188 nemocnic. V rámci výzkumu byla oslovena všechna tato zařízení. V prvním kole (červen 2014) byla zařízení oslovena elektronicky a byla jim zaslána elektronická verze dotazníku. V druhém kole (červenec 2014) byla tato zařízení oslovena písemně a byla jim zaslána tištěná verze dotazníku. V tomto případě byla vždy přiložena odpovědní ofrankovaná obálka.

K datu 31. 7. 2014 se vrátilo celkem 110 dotazníků, návratnost tedy činí 58,5 %. Tento příspěvek byl zpracován pouze na základě 89 dotazníků. Byly vyřazeny nemocnice, které neposkytují operační péči.

Výsledky byly následně zpracovány pomocí deskriptivní statistiky.

Výsledky výzkumu:

První část dotazníku je určena na získání informací o zkoumaných souborech formou obecných otázek. Do výzkumu bylo zahrnuto 89 nemocnic České republiky, z nichž 9 jich

bylo fakultních. Jako nejčastější zřizovatel nemocnic byl uváděn kraj, druhým nejčastějším bylo město a obce, na třetím místě jsou jiné právnické osoby. Nejvíce nemocnic (19) se řadí podle kapacity do kategorie 300 – 399 lůžek. Z uvedených 89 nemocnic bylo 41 nemocnic, které měly akreditaci spojené akreditační komise (SAK), zbylých 48 tuto akreditaci neměly. Medián počtu hospitalizovaných pacientů byl 15 935, medián počet operovaných pacientů byl 5368.

Otázka č. 1: *Vyškolený personál pro komunikaci s osobou se zrakovým handicapem.*

Tab. 1 Vyškolený personál

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Ano	44	49,4
Ne	45	50,6
Celkem	89	100,0

Z výsledků vyplývá, že jen 44 nemocnic (49,4 %) mají personál vyškolený k práci s osobami se zrakovou disabilitou. Zbylých 45 nemocnic, tedy 50, %, takto vyškolený personál nemá.

Otázka č. 2: *Vodící linie, popisky v Braillově písmu*

Tab. 2 Linie

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Ano	8	8,9
Ne	82	91,1
Celkem	90	100,0

Odpovědi na otázku, zda jsou nemocnice vybaveny vodícími liniemi a popisky v Braillově písmu, uvádí, že pouze 8 (8,9 %) zařízení je takto uzpůsobena. Naopak 82 (91,1 %) nemocnic tyto specifika nemá.

Otázka č. 3: *Možnost objednání na přesný čas*

Tab. 3 Objednání

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Ano	78	87,6
Ne	11	12,4
Celkem	89	100,0

Jak je patrné z tabulky 3 objednání na přesný čas umožňuje 78 (87,6 %) nemocnic. 11 (12,4 %) zařízení tuto službu neposkytuje.

Otázka č. 4: *Možnost doprovodu (asistenta) při hospitalizaci*

Tabulka 4 Doprovod při hospitalizaci

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Ano	78	87,6
Ne	11	12,4
Celkem	89	100,0

Tabulka znázorňuje, že 78 (87,6 %) nemocnic je uzpůsobeno pro přijetí pacienta spolu s doprovodem a jeho pobyt po celou dobu hospitalizace. U 11 (12,4 %) nemocnic takové služby nejsou možné.

Otázka č. 5: *Možnost hospitalizace s vodícím psem*

Tab. 5 Vodící pes

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Ano	56	62,9
Ne	33	37,1
Celkem	89	100,0

Na základě výsledků výzkumu bylo zjištěno, že v 56 (62,9 %) nemocnicích je možná hospitalizace spolu s vodícím psem, zatímco v 33 (37,1 %) nemocnicích takový pobyt přijatelný není.

Závěr:

Z výsledků výzkumu bylo zjištěno, že pouze část nemocnic v České republice je na pobyt pacienta se zrakovou disabilitou připravena. Velkým nedostatkem jsou zejména chybějící vodící linie a popisky v Braillově písmu, díky nimž se osoba se zrakovou disabilitou pohybuje v prostorách nemocnice a které chybí ve většině případů. Zároveň chybí i dostatečně proškolený personál a upravené webové stránky. Velkým pozitivem je ale možnost doprovodu, který může být s pacientem po celou dobu hospitalizace. Tuto službu nabízí ve většině českých nemocnic. Bohužel však to stejné neplatí pro hospitalizaci s vodícím psem, který může pobývat pouze v některých nemocnicích.

Vzhledem k faktu, že počet osob se zrakovou disabilitou neustále stoupá, měla by se každá nemocnice zaměřit na specifika péče o osoby s jednotlivými typy disabilit. Každý zdravotník, ať už se jedná o sestru či lékaře, by měl umět správný přístup k pacientovi s jakýmkoliv typem disability. Důležitý je ale také pobyt spolu s vodícím psem, který je pro pacienta se zrakovou disabilitou velmi důležitý, ale v řadách nemocnic je pokládán za problém a to i přes to, že podle zákona z roku 2012 je takový pobyt možný.

Seznam použité literatury:

1. Global data on visual impairment. In: *Global data on visual impairment* [online]. 2012 [cit. 2014-07-30]. Dostupné z: <http://www.who.int/blindness/publications/globaldata/en/>
2. REJČÍŘOVÁ, Olga. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 1. vyd. Praha: Eteria, 2002, 127 s. ISBN 80-238-8729-7.
3. Kdo je zrakově postižený. In: *Sjednocená organizace nevidomých a slabozrakých ČR SONS* [online]. [cit. 2014-07-30]. Dostupné z: <http://www.sons.cz/kdojezp.php>
4. WICHSOVÁ, Jana. *Sestra a perioperační péče*. 1. vyd. Praha: Grada, 2013, 192 s. Sestra (Grada). ISBN 978-802-4737-546.
5. GILMOUR, Diane. *Perioperative care* [online]. 2005 [cit. 30.7.2014]. Dostupné z: <http://www.elsevierhealth.com/media/us/samplechapters/9780702027574/9780702027574.pdf>

6. LESKOVÁ, Ivana. Vodicí psi už smí zůstat se svými pány i v nemocnici. In: *Helpnet.cz* [online]. 2012 [cit. 2014-08-04]. Dostupné z: <http://www.helpnet.cz/monitoring-medii/52541-3/prihlasit-se>

Kontakt na autorky:

Bc. Barbora Zounková

Fakulta zdravotnických studií, Univerzita Pardubice

Průmyslová 395

532 10 Pardubice

Email:barborazounkova@seznam.cz

PhDr. Marie Macková, Ph.D.

Fakulta zdravotnických studií, Univerzita Pardubice

Průmyslová 395

532 10 Pardubice

Tel: 775 224 962

Email:marie.mackova@upce.cz

PŘÍLOHY

Zkušenosti zdravotnického záchranáře z Majdanu, Kyjev
2014



PhDr. Mgr. Patrik Christian Cmorej, MSc.
Zdravotnická záchraná služba Ústeckého kraje, p.o.
Vysoká škola zdravotnictva a sociálnej práce sv. Alžbety,
Bratislava

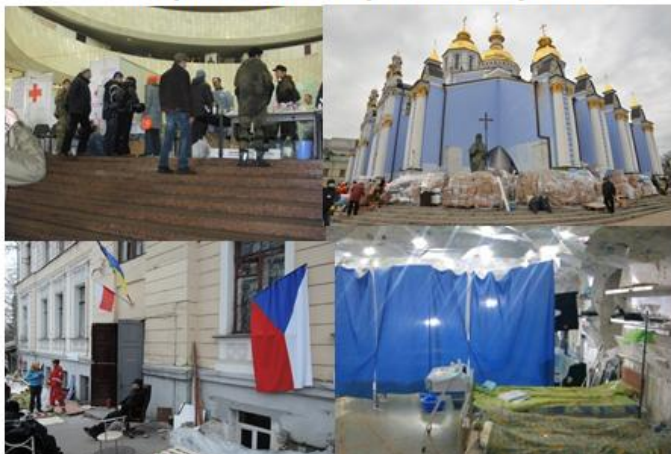


MUSTAFA NAYEM

Složení a vybavení týmu

- 2 x zdravotnický záchranář
- 1 x sestra ARIP
- 1 x lékař ARO
- 2 x koordinátor
- chirurgický materiál
- prostředky k zajištění DC
- prostředky k zajištění i.v. vstupu
- Fentanyl, Propofol, Calypsol

Dostupná zdravotní péče na Majdanu



Ošetrovna ČvT



- Ošetřování infikovaných ran
- Sutura ran
- Infekce HCD
- Bronchopneumonie
- Infekce močových cest
- Záněty spojivek
- Hypertenze
- Posttraumatické stresové poruchy
- Venerologická problematika

Spektrum postižení zdraví z Majdanu



- Kraniocerebrální poranění
- Popáleniny x omrzliny
- Dutinová střelná poranění letálními a neletálními náboji
- Střelná poranění končetin
- Poranění po pádu z výše
- Poranění očí
- Posttraumatické stresové poruchy
- Střepinová poranění

Medevac



Medevac I



Faktory ovlivňující výběr pacientů



- Absence zkušeností
- Absence triage kritérií
- Nedostatek relevantních medicínských informací
- Působení dalších zahraničních týmů
- Jazyková bariéra
- Ambivalence pacientů
- Doprava zraněných
- Koordinátorka zahraniční pomoci

30% zraněných osob zařazených do Medevacu I...



Přehled zahraniční pomoci



- Polsko 130
- ČR 38
- Německo 24
- Litva a Rumunsko 11
- Rakousko a Itálie 15
- Izrael 9

Fenomén



MASCAL

Hana KOĐOUSKOVÁ

MASCAL - osnova

- › Definice
- › Odpovědnost jednotlivých velících prvků při signálu „MASCAL“
- › Vyhlášení signálu „MASCAL“
- › Činnost po vyhlášení signálu
- › Jednotlivá odborná pracoviště

MASCAL - definice

- › **Mass casualty (MASCAL) = hromadné neštěstí**
- › Jedná se o **situaci, kdy dochází k nepoměru** mezi počtem zdravotnických ztrát a zdravotnickými kapacitami v místě dostupnými pro jejich řešení
- › **V rámci NATO je problematika řešena v dokumentech:**
 - › **AJP 4.10 (A)** Společná doktrína zdravotnického zabezpečení NATO
 - › **MC 326/3** Zásady a koncepce zdravotnického zabezpečení operací NATO
 - › **Stanag 2879 MED** Principles of media policy in the management of a Mass Casualty Situation (Principy mediální politiky v řízení situace hromadných ztrát)

MASCAL (Mass Casualty Plan)

- ▶ Jedná se o plán hromadného příjmu raněných a zasažených
- ▶ Řeší činnost a odpovědnost jednotlivých zúčastněných prvků
- ▶ Každá zdravotnická etapa má tento plán zpracovaný ve formě směrnice nebo standardního operačního postupu (SOP)
- ▶ V podmínkách polní nemocnice je realizován, dojde-li ke vzniku zranění, jejich počet, vážnost, povaha a lokalizace **vyžadují rozsáhlejší odbornou péči, než se dá zvládnout běžným provozem.**
- ▶ S ohledem na úroveň daného zdravotnického zařízení může být deklarován i např. v případě dvou a více těžce raněných nebo u mnohočetných případů neznámé povahy.

MASCAL – odpovědnost hlavních prvků

- ▶ Aktivace plánu MASCAL **není jen záležitostí odborného zdravotnického personálu**, ale na realizaci činnosti se podílí všichni příslušníci kontingentu
- ▶ **Odpovědnost jednotlivých prvků polní nemocnice:**
 - Náčelník nemocnice** – vyhláší signál MASCAL
 - Zástupce náčelníka nemocnice** – hlavní lékař
 - Hlavní sestra:** odpovídá za činnost zdravotnického nelékařského personálu
 - Náčelník logistiky:** odpovídá za logistické zabezpečení raněných, funkčnost zdrojů energie
 - Vojenská policie:** odpovídá za bezpečnost v prostoru příjmu raněných, za regulaci vozidel, za odběr, správné uskladnění a evidenci zbraní a munice odebrané raněným
 - Operační skupina:** zpracovává identifikační údaje přijatých osob, podává hlášení situací, o stavu a kapacitních možnostech polní nemocnice na nadřízené velitelství

Vyhlášení signálu MASCAL

- ▶ Je vydán v případě, že k poranění osob již došlo nebo také v případě, že je důvodný předpoklad, že k takové situaci.
- ▶ Je vyhlášen velitelem kontingentu nebo jeho odborným náčelníkem.
- ▶ **Signál je vyhlášen**
 - 1) rozhlasem
 - 2) sirénou sanity
 - 3) pojitky
 - 4) prostřednictvím spojky



MASCAL – činnost po vyhlášení signálu

- ▶ Po vydání signálu se všichni velící účastnických složek shromáždí v předem určeném prostoru, kde jsou seznámeni s **podrobnostmi aktivace**
- ▶ Dojde k eventuelnímu upřesnění a **rozdělení** do již předem určených pracovních **týmů**
- ▶ Připraví se jednotlivá pracoviště
 - místo pro odzbrojení
 - třídící plocha
 - prostor pro ošetření zraněných (P1 area, P2 area, P3 area, P1hold, prostory pro mrtvé)
 - všechna odborná pracoviště PN (operační sály, JIT, RTG, BHL, lékárna)

MASCAL – popis pracovišť (PN – KÁBUL 2007 – 2008)



MASCAL – TRIAGE – P systém

- ▶ Třídění je prováděno na každém stupni odsunového řetězce a jsou upravovány s ohledem na zhoršování nebo zlepšování klinického stavu.
- Priority One (P1)** – immediate - urgentní, vyžadující život zachraňující výkony
- Priority Two (P2)** - some delay – vyžadují operační výkon, ale jejich celkový stav umožňuje odklad
- Priority Three (P3)** - long delay - poranění méně závažného charakteru
- Priority For (P4 = P1 hold)** – expectant - závažná poranění vyžadující časově náročné ošetření se špatnou prognózou
- Dead** - mrtví

MASCAL – TRIAGE - T systém

- Je běžně používán v Royal Navy, Royal Air Force, členskými zeměmi NATO, Mezinárodním Červeným křížem, civilními záchrannými službami a složkami civilní ochrany

P1 odpovídá T1

P2 odpovídá T2

P3 odpovídá T3

P1 Hold odpovídá T4

DEAD odpovídá DEAD

MASCAL – třídící karta (PN AČR)

Identification and triage card	
Transportation	
TIME	
Time	
Priority	
Location	
Basic information	
Full name	
Police registration	
Identification card	
Medical Assessment	
DEAD	
1-7	
8-10	
11-12	
13-14	
15-16	
17-18	
19-20	
21-22	
23-24	
25-26	
27-28	
29-30	
31-32	
33-34	
35-36	
37-38	
39-40	
41-42	
43-44	
45-46	
47-48	
49-50	
51-52	
53-54	
55-56	
57-58	
59-60	
61-62	
63-64	
65-66	
67-68	
69-70	
71-72	
73-74	
75-76	
77-78	
79-80	
81-82	
83-84	
85-86	
87-88	
89-90	
91-92	
93-94	
95-96	
97-98	
99-100	
101-102	
103-104	
105-106	
107-108	
109-110	
111-112	
113-114	
115-116	
117-118	
119-120	
121-122	
123-124	
125-126	
127-128	
129-130	
131-132	
133-134	
135-136	
137-138	
139-140	
141-142	
143-144	
145-146	
147-148	
149-150	
151-152	
153-154	
155-156	
157-158	
159-160	
161-162	
163-164	
165-166	
167-168	
169-170	
171-172	
173-174	
175-176	
177-178	
179-180	
181-182	
183-184	
185-186	
187-188	
189-190	
191-192	
193-194	
195-196	
197-198	
199-200	
201-202	
203-204	
205-206	
207-208	
209-210	
211-212	
213-214	
215-216	
217-218	
219-220	
221-222	
223-224	
225-226	
227-228	
229-230	
231-232	
233-234	
235-236	
237-238	
239-240	
241-242	
243-244	
245-246	
247-248	
249-250	
251-252	
253-254	
255-256	
257-258	
259-260	
261-262	
263-264	
265-266	
267-268	
269-270	
271-272	
273-274	
275-276	
277-278	
279-280	
281-282	
283-284	
285-286	
287-288	
289-290	
291-292	
293-294	
295-296	
297-298	
299-300	
301-302	
303-304	
305-306	
307-308	
309-310	
311-312	
313-314	
315-316	
317-318	
319-320	
321-322	
323-324	
325-326	
327-328	
329-330	
331-332	
333-334	
335-336	
337-338	
339-340	
341-342	
343-344	
345-346	
347-348	
349-350	
351-352	
353-354	
355-356	
357-358	
359-360	
361-362	
363-364	
365-366	
367-368	
369-370	
371-372	
373-374	
375-376	
377-378	
379-380	
381-382	
383-384	
385-386	
387-388	
389-390	
391-392	
393-394	
395-396	
397-398	
399-400	
401-402	
403-404	
405-406	
407-408	
409-410	
411-412	
413-414	
415-416	
417-418	
419-420	
421-422	
423-424	
425-426	
427-428	
429-430	
431-432	
433-434	
435-436	
437-438	
439-440	
441-442	
443-444	
445-446	
447-448	
449-450	
451-452	
453-454	
455-456	
457-458	
459-460	
461-462	
463-464	
465-466	
467-468	
469-470	
471-472	
473-474	
475-476	
477-478	
479-480	
481-482	
483-484	
485-486	
487-488	
489-490	
491-492	
493-494	
495-496	
497-498	
499-500	
501-502	
503-504	
505-506	
507-508	
509-510	
511-512	
513-514	
515-516	
517-518	
519-520	
521-522	
523-524	
525-526	
527-528	
529-530	
531-532	
533-534	
535-536	
537-538	
539-540	
541-542	
543-544	
545-546	
547-548	
549-550	
551-552	
553-554	
555-556	
557-558	
559-560	
561-562	
563-564	
565-566	
567-568	
569-570	
571-572	
573-574	
575-576	
577-578	
579-580	
581-582	
583-584	
585-586	
587-588	
589-590	
591-592	
593-594	
595-596	
597-598	
599-600	
601-602	
603-604	
605-606	
607-608	
609-610	
611-612	
613-614	
615-616	
617-618	
619-620	
621-622	
623-624	
625-626	
627-628	
629-630	
631-632	
633-634	
635-636	
637-638	
639-640	
641-642	
643-644	
645-646	
647-648	
649-650	
651-652	
653-654	
655-656	
657-658	
659-660	
661-662	
663-664	
665-666	
667-668	
669-670	
671-672	
673-674	
675-676	
677-678	
679-680	
681-682	
683-684	
685-686	
687-688	
689-690	
691-692	
693-694	
695-696	
697-698	
699-700	
701-702	
703-704	
705-706	
707-708	
709-710	
711-712	
713-714	
715-716	
717-718	
719-720	
721-722	
723-724	
725-726	
727-728	
729-730	
731-732	
733-734	
735-736	
737-738	
739-740	
741-742	
743-744	
745-746	
747-748	
749-750	
751-752	
753-754	
755-756	
757-758	
759-760	
761-762	
763-764	
765-766	
767-768	
769-770	
771-772	
773-774	
775-776	
777-778	
779-780	
781-782	
783-784	
785-786	
787-788	
789-790	
791-792	
793-794	
795-796	
797-798	
799-800	
801-802	
803-804	
805-806	
807-808	
809-810	
811-812	
813-814	
815-816	
817-818	
819-820	
821-822	
823-824	
825-826	
827-828	
829-830	
831-832	
833-834	
835-836	
837-838	
839-840	
841-842	
843-844	
845-846	
847-848	
849-850	
851-852	
853-854	
855-856	
857-858	
859-860	
861-862	
863-864	
865-866	
867-868	
869-870	
871-872	
873-874	
875-876	
877-878	
879-880	
881-882	
883-884	
885-886	
887-888	
889-890	
891-892	
893-894	
895-896	
897-898	
899-900	
901-902	
903-904	
905-906	
907-908	
909-910	
911-912	
913-914	
915-916	
917-918	
919-920	
921-922	
923-924	
925-926	
927-928	
929-930	
931-932	
933-934	
935-936	
937-938	
939-940	
941-942	

MASCAL – centrální informační tabule

Identifikace
Priorita:
Číslo:
Jméno:
Národnost:
Rok narození:
Dg:



MASCAL – P1 area



Výkony neodkladné péče **bez předcházející stabilizace** stavu (střelná nebo střepinová poranění hrudníku, břicha, obstrukce dýchacích cest, ztrátová poranění...).

MASCAL – P2 area



Krátkodobě odložitelná **operační péče** (méně závažná poranění hrudníku a břicha, rozsáhlá poranění měkkých tkání, komplikované zlomeniny, větší nekomplikované popáleniny...)

MASCAL - P3 area



Poranění méně závažného charakteru vyžadující hospitalizaci, ale nevyžadující akutní ošetření lékařem (nekomplikované zlomeniny, popáleniny a zhmoždění tkání menšího rozsahu, drobná poranění ...).

MASCAL - P1 hold

- ▶ Závažná poranění vyžadující časově a materiálově náročná ošetření se špatnou prognózou.
- ▶ Možný je operační výkon po uvolnění kapacit (těžká poranění hlavy a páteře, zasažení vysokou dávkou radiace a rozsáhlé popáleniny...).
- ▶ Podpůrná léčba odpovídající stávajícím možnostem (analgetizace, MO, ...); přítomnost duchovního.



ÚVN
ÚSTŘEDNÍ VOJENSKÁ NEMOCNICE
Vojenská fakultní nemocnice
Praha

**Úskali repatriace z pohledu přijímacího
zdravotnického zařízení – MEDEVAC Ukrajina 2014**


plk. MUDr. Pavel Kupka
primář Emergency



- 2 fáze:
 - A: 27.2. 2014 po 20:00 – 8 pacientů
 - B: 6.3. 2014 po 22:00 – 3 pacienti

Celkem 39 osob do ČR

C: podzim 2014 ? (vojenský MEDEVAC)



MEDEVAC / STRATEVAC



Charakteristika příjmu

- Do poslední chvíle nebyly známe počty a čas přiletu, vážla **komunikace**, nejasné **kompetence**, kam se pacienti odvezou (FNM, VFN...UVN)
- VLS, NLZP Emergency, THP
- Za plného provozu Emergency (60 minut)
- reTriage na hale Emergency
- MRSA screening neproběhl kompletně
- Absence překladatele do UK
- Média
- Arcidiecézní charita Praha, *Člověk v tísni*





Emergency ÚVN Praha



Charakteristika pacientů

- Sekundární transporty, primárně kvalitní DC na UK
- Pouze následná péče, nikoliv akutní
- PZ v ukrajinštině
- Přivezení z domu, sporné indikace k transportu
- Bez dokladů, bez osobních věcí, ebrieta?
- Kolonizováni multirezistentními kmeny

Následné opakované ambulantní kontroly



- 1. muž 1964 -zástřely měkkých tkání lbi, OP 28.2, NCH, dimise 12.3
- 2. muž 1961 -kraniotrauma, dekomprese UK, RES, OCHRIP OL 4.4, EX 30.6.
- 3. muž 1975 -zástřel měkkých tkání lbi, fr.žebra,fr.prstu, CHIR, dimise 11.3.
- 4. muž 1953 -fr.předloktí, OP 1.3., tř.kýla 13.3., KG 19.3., ORT, dimise 25.3.
- 5. muž 1988 -fr.bérce, OP (ZF,COM.VAC), FNKV, lázně, ORT, dimise 23.5.
- 6. muž 1980 -akutrauma, komoče, OP ORL, NEU, dimise 10.3.
- 7. muž 1961 -středně poranění DB, DC na UK, stomie 2x, CHIR, dimise 11.3.
- 8. muž 1951 -kraniotrauma +OS, RES,INF,NEU,PSY,RHB,CHIR,dimise 26.5.

-
- 1. muž 1958 -kraniotrauma, dekomprese UK, revize NCH,dimise 4.4.
 - 2. muž 1986 -středně poranění MM, URO, dimise 21.5.
 - 3. muž 1992 -středně poranění KK + léze n. NEU, INF,RHB,ORT, dimise 4.7.



Negativa

- Sekundární transporty
- Neindikovaní pacienti
- Absence kvalitní zdravotnické dokumentace a osobních dokladů
- „Laická“ triage a indikace k transportu na místě
- Prezentace ZZSHMP při zájmu médií v 1. etapě, 2.etapa již bez zájmu médií
- Rodinní příslušníci
- „Generálky“ zdravotního stavu repatriovaných
- Ne zcela jasné financování čeho
- Problémy po dimisi z ÚVN a s překlady zpět na Ukrajinu
- Žádosti o politický azyl



Pozitiva

- Vstředně humanitární gesto
- Reálná akce, nácvik schopností záchranných složek
- Aktualizace vnitřních předpisů ÚVN
- Prezentace ČR a záchranných složek
- Arcidiecézní charita Praha, *Člověk v tísni*

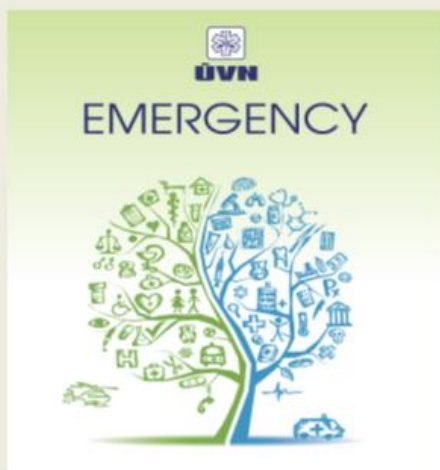


Závěr + poučení

- Myšlenka dobrá, realita provedení horší
- Rozvaha je nutná, nikoliv jen politické gesto, dotáhnout „věci do konce“
- Odborná triage na místě je zásadní
- **Nutná úprava legislativy**
- **Meziresortní dohody a financování (MV,MZV,MZd,MO,ZZS,NO)**
- **SOP pro repatriace (komunikace, kompetence) !!!**
- Politicky vysvětlit občanům ČR celou akci + zveřejnit celkové náklady na akci (schváleno 10 mil. Kč)

Pozitivní role Arcidiecézní charity Praha

- **Transport + příjem pacientů proběhl bez zásadních problémů**



Ochrana proti biologickým agens Armády ČR

Jan Österreicher
Vojenský Zdravotní Ústav
Armáda ČR

Ochrana proti biologickým agens

- Část CBRNe ochrany
- Zodpovědnost Vojenské Zdravotnické Služby
- Těsná součinnost s chemickým vojskem
- Klíčová jednotka – Vojenský Zdravotní Ústav

16SEP14 PRAHA

UNCLASSIFIED

2

Vojenský Zdravotní Ústav

- Součást Agentury Zdravotnictví AČR
- Zodpovědnost za:
 - Ochrana proti biologickým agens
 - Detekce, identifikace, prophylaxe, dekontaminace, transport, izolace a léčba infikovaných pacientů
 - V poli schopnost konzultací/zázemí (Reach-back)
 - Veřejné zdraví – hygiena a epidemiologie rezortu MO
 - Vakcinace – dle národních i aliančních norem
 - Sérová banka
 - Výzkum v dané oblasti

16SEP14 PRAHA

UNCLASSIFIED

3

Součásti biologické ochrany AČR

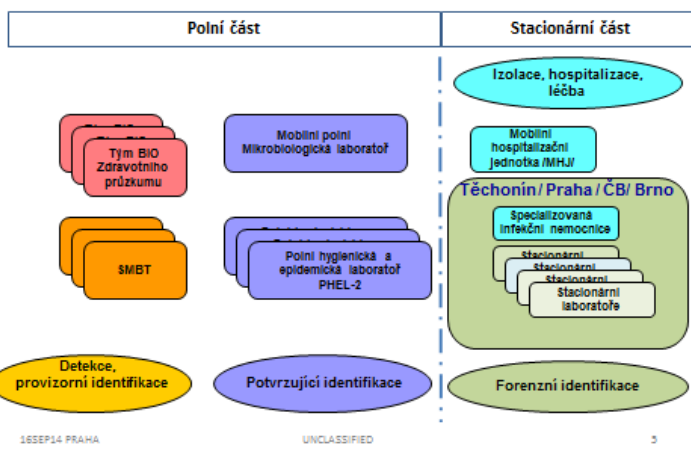
- Zdravotnický průzkum
- Speciální Mobilní Biologické Týmy
- Mobilní polní mikrobiologická laboratoř
- Stacionární laboratoře
- Izolační a hospitalizační kapacity
 - Speciální infekční nemocnice
 - Mobilní hospitalizační jednotka
 - Izolační prostory

16SEP14 PRAHA

UNCLASSIFIED

4

Systém biologické ochrany AČR

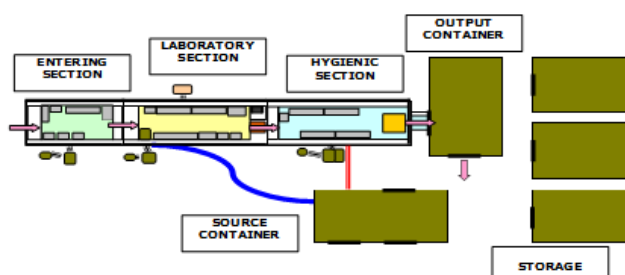


16SEP14 PRAHA

UNCLASSIFIED

5

CZE BIO LAB STRUCTURE



11SEP14 VYSKOV

UNCLASSIFIED

6



Dekontaminace

- ❑ Automatické dekontaminační cykly
- ❑ Proces trvající 9 minut ve 4 fázích:
 - Sprcha 1-3%-ního roztoku kyseliny peroctové 90 sekund
 - Expozice 5 minut
 - Hojný oplach 2 minuty
 - Osušení proudem vzduchu 30 sekund

(síla roztoku je závislá na formě agens či rezistenci např. spór)



11SEP14 VYSKOV

UNCLASSIFIED



AWHP2014



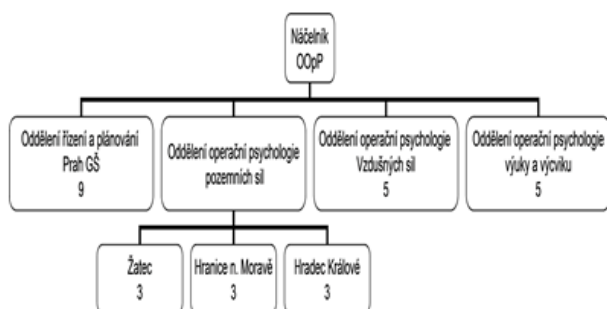
Vojenská psychologická služba při mimořádné události

Praha, 16.9.2014

pplk. Mgr. Marek NOVÝ
606710554
marek.novy@army.cz



Odbor operační psychologie AVZdr



Pojem operační psychologie



- Nejednoznačné užití pojmu operační psychologie
- OSS Assessment Staff (1945): Assessment of Men, Selection of Personnel for the Office of Strategic Services
- Unikátní směs klinické, forenzní, sociální a pracovní psychologie pro využití v ozbrojených složkách (Palarea, 2002)
- Military Psychology: Clinical and Operational Applications (Kennedy, Zillmer, 2006)
- Operational psychology- 1970 NYPD Harvey Schlossberg
- Duální kariéra- Army clinical and operational psychologist (od 2011 <http://www.wamc.amedd.army.mil/res/dbh/copr/Pages/default.aspx>)

Náplň činnosti psychologů u vojsk



- Plánovaná činnost
 - Psychologická příprava
 - Výcviky
 - Prevence
 - Lektorská činnost
 - Pravidelné poradenství
 - Výběrová řízení
 - Vytvoření systému PEER
 - Operativní (mimořádné události)
 - Nasazení psychologa v zahraniční operaci
 - Vojenské aktivity, výcvik a příprava
-

Mimořádné události- vyžadující operativní nasazení



- Ve prospěch vojáků, jejich rodin a veřejnosti
 - Systém dosahů a vyzumívání psychologů

 - Úmrtí ve službě nebo v souvislosti s ní
 - Použití zbraně
 - Katastrofy, hromadná neštěstí, teroristický útok
 - Zapojení psychologů OoP ve prospěch IZS
 - Využití členů systému PEER

 - KI (REMEDIIUM Praha)
 - Critical Incident Stress Management (CISM)
-

Výhody uspořádání při mimořádných událostech



Schopnost koordinované reakce
 Možnost zabezpečení rychlé reakce při událostech většího rozsahu
 Možnost práce v týmech, tvorba týmů
 Vzájemná zastupitelnost
 Vzájemná komunikace

Plošné zabezpečení všech jednotek
 Snížení finančních nákladů

Nastavení jednotného standardu
 Směrování ke standardům armád NATO

Literatura



Prostor pro dotazy a diskusi

- Kennedy C. H., Zillmer, E. A. (2006): Military Psychology, Clinical and Operational Applications, Guilford Press.
 - Palarea, R. E. (2007): Operational psychology: An emerging discipline. AP-LS NEWS
 - OSS Assessment Staff (1945): Assessment of Men, Selection of Personnel for the Office of Strategic Services, OSS
-



ÚVN

ÚSTŘEDNÍ VOJENSKÁ NEMOCNICE
Vojenská fakultní nemocnice
Praha

**Multiprofesionální péče o pacienta
po válečném poranění / polytraumatu
- kazuistika**

Michal Říha

AWHP 2014

Osnova přednášky

- ❖ Organizace vojenského zdravotnictví v polních podmínkách
 - ❖ MEDEVAC (Medical Evacuation)
- ❖ Neodkladná péče v poli
 - ❖ ATLS
 - ❖ Combat lifesaver
- ❖ Válečná traumata
 - ❖ IED
 - ❖ BLAST
- ❖ Kazuistika polytrauma



ÚVN
ÚSTŘEDNÍ VOJENSKÁ NEMOCNICE
Vojenská fakultní nemocnice Praha

Organizace vojenského zdravotnictví

- ❖ **ROLE 1** - primární péče (všeobecný lékař, stomatolog), život zachraňující prvotní ošetření (zastavení krvácení, podpora dýchání, stabilizace pro transport) a transport na vyšší Roli
- ❖ **ROLE 2** - *damage control surgery* - první úroveň, která má chirurgické schopnosti
- ❖ **ROLE 3** - specializovaná péče - např. maxilofaciální chirurgie, neurochirurgie
- ❖ **ROLE 4** - „kamenná“ nemocnice na území mateřského státu - ÚVN v ČR - specializovaná péče, rekonstrukční chirurgie + rehabilitace a doléčení



ÚVN
ÚSTŘEDNÍ VOJENSKÁ NEMOCNICE
Vojenská fakultní nemocnice Praha

MEDEVAC - Medical EVAcuation

- ❖ využití vojenských zdravotnických (pozemních i vzdušných) prostředků k transportu raněných
- ❖ STANAG 2546 je základní dokument NATO řešící zdravotnický odsun
- ❖ CASEVAC je transport raněných nezdravotnickými prostředky (běžná vozidla, vrtulníky, letadla) bez zdravotnického doprovodu



Neodkladná péče v poli






BATLS/BARTS
R-BATLS/R-BARTS
CLS Course
R-CLS Course
Základní kurz první pomoci v poli

- ❖ ATLS (*Advanced Trauma Life Support*) - americký kurs pro lékaře
- ❖ BATLS britský systém (v ČR) - kurs pro lékaře (*Battlefield Trauma Life Support*)
- ❖ BARTS - pro střední zdravotnický personál
- ❖ CLS kurzy (*combat lifesaver*)


ÚVN
 ÚSTŘEDNÍ VOJENSKÁ NEMOCNICE
 Vojenská fakultní nemocnice Praha

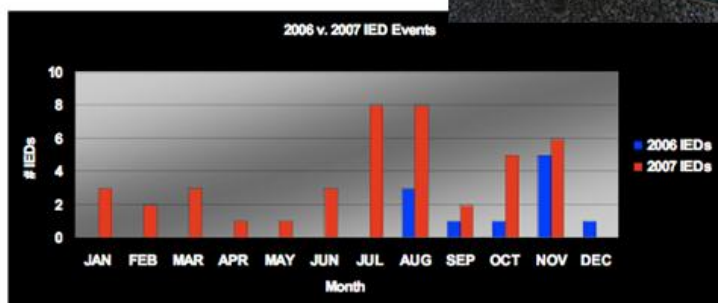
Combat lifesaver

- ❖ příslušníci jednotek zařazení na zdravotnické funkce jako druhá odbornost
- ❖ nezdravotnický personál cvičený v poskytování první pomoci
- ❖ hlavním úkolem je:
 - zastavit krvácení
 - uvolnit tenzní pneumotorax
 - obnovit dýchací cesty
 - přivolat MEDEVAC
 - předat pacienta zdravotnické službě
- ❖ „Care under fire“ - výcvik připravující CLS na provádění úkonů první pomoci ve stresových situacích imitujících bojové prostředí



IED - improvised explosive device

- ❖ definice
- ❖ trendy



IED - efekt



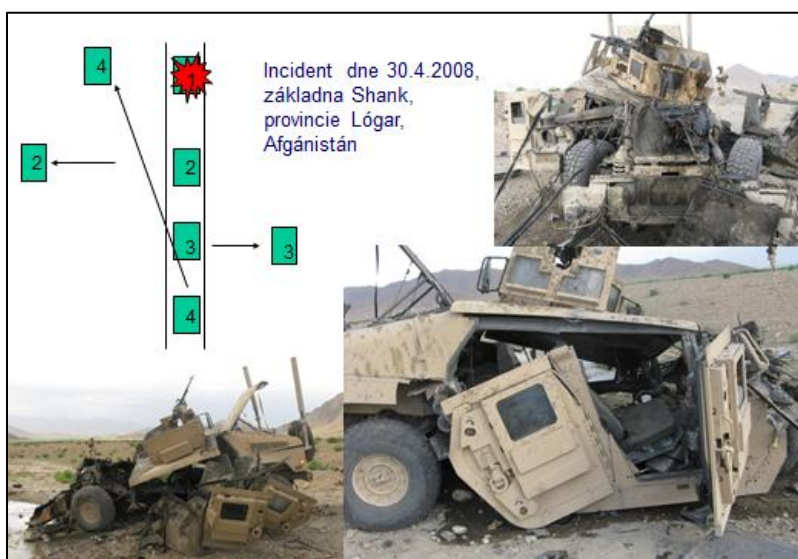
BLAST syndrom

- ❖ jedná se o poranění vznikající působením tlakové/rázové vlny exploze
- ❖ *prudká přeměna energie* (chemické, jaderné, apod.) vede k nárůstu teploty a tlaku plynu v místě exploze a k expanzi zplodin výbuchu do okolí
- ❖ k přeměně energie rázové vlny dochází na rozhraní *měkká tkáň - vzduch*, nebo *měkká tkáň - kost*
- ❖ *Poranění:*
 - **primární** - lokálně poranění orgánů s obsahem vzduch u (ucho, plíce, GIT... CNS)
 - charakteristická absence zevních poranění
 - **sekundární** - penetrující a perforující traumata s krvácením
 - **terciární** - amputace prudkým nárazem vzduchu či nárazem lidského těla proti překážce
 - **nepřímá** - v jiné souvislosti (např. zřícení staveb, ušlapání davem), popáleniny, crush syndrom...)



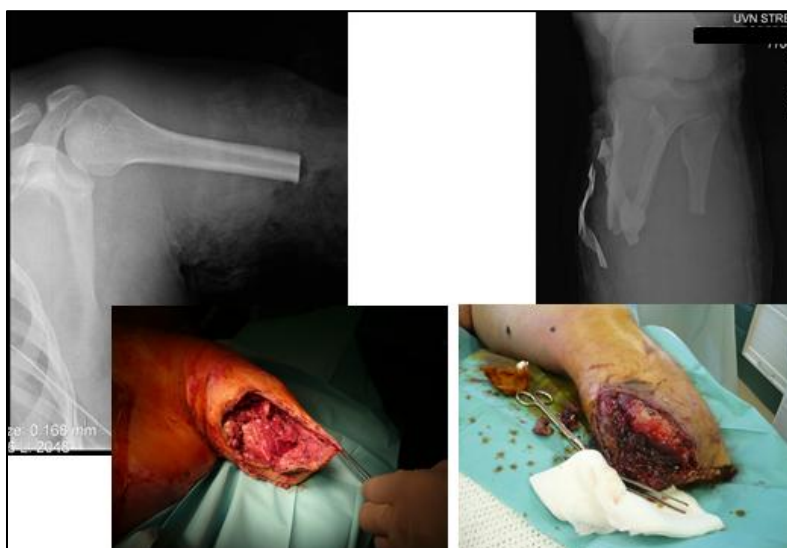
Kazuistika

- ❖ 31letý příslušník jednotky AČR PRT ISAF, provincie Lógar, Afghánistán





3.5.2008 MEDEVAC - převzat z
US Polní nemocnice ROLE III
Baghram, Afgánistán



Str: 7/8

ÚVN
CHUDÝ ROBERT ing (770425/5328)

Č.chor.: 219697

SOUHRN DIAGNÓZ:

Zákl. dg: T07 Neurčená mnohočetná poranění
Polytrauma 30.4.2008
Stp.nájezdu na protitankovou minu,mise Afghánistán
Hemoragický šok
Stp.masivních krevních náhradách (25 TU EBR,12 TU FFP, 8 TU
kryoprecipitát,Novoseven)
Stp.masivní volumoterapii (16 l krystaloidů/12 hod)
Stp.koniotomií (30.4.2008)
Stp.chirurgické tracheotomií (30.4.2008)
Kontuze plic bilat.
Hrudní drenáž na aktivní sání bilat.
Stp.aspiraci do plic
Atelektázy plicní dorsální bilat., susp.bronchopneumonie
Stp.splenectomií (30.4.2008)
Stp.revizí dutiny břišní pro krvácení (1.5.2008),rána krytá folií V.A.C.
Dehisence břišní stěny, prolaps břišních orgánů,peritonitis acuta v.s.
Stp.traumatické amputaci LHK v paži
Nekroza paží LHK, flegmona ramene a levého hemithoraxu, prosáknutí měkkých
tkání, v obl.l.pektorál.svalů koleckce tekutiny a bublinky vzduchu dle CT
Stp.traumatické amputaci LDK v bérci, nekroza paží
Stp.trištivě fract.ramus mandibulae bilat.
Stp.založení mezičelistní fixace
Stp.trištivě fr.levého maxil.sinu
Hemosinus l.dx.
Fansinusitis acuta dle CT
Stp.fr.přičného výběžku L1

Str: 7/8 ÚVN Č.chor.: 219697
 CHUDÝ ROBERT ing (770425/5328)

SOUHRN DIAGNÓZ:
 Zákl. dg: T07 Neurčená mnohočetná poranění
 Polytrauma 30.4.2008
 Stp.nájezdu na protitankovou minu,mise Afghánistán
 Hemorhagický šok
 Stp.masivních krevních náhradách (25 TU EBR,12 TU FFP, 8 TU kryoprecipitát,Novoseven)
 Stp.masivní volumoterapii (16 l krystaloidů/12 hod)
 Stp.koniotomie (30.4.2008)
 Stp.chirurgické tracheotomie (30.4.2008)
 Kontuze plic bilat.
 Hrudní drenáž na aktivní sání bilat.
 Stp.aspiraci do plic
 Atelektázy plicní dorsálně bilat.,susp.bronchopneumonie
 Stp.splenectomie (30.4.2008)
 Stp.revizi dutiny břišní pro krvácení (1.5.2008),rána krytá folií V.A.C.
 Dehiscence břišní stěny,prolaps břišních orgánů,peritonitis acuta v.s.
 Stp.traumatické amputaci LHK v paži
 Nekroza pažylu LHK,flegmona ramene a levého hemithoraxu,prosáknutí měkkých tkání,v obl.l.pektorál.svalů kolekce tekutiny a bublinky vzduchu dle CT
 Stp.traumatické amputaci LDK v bérci,nekroza pažylu
 Stp.trištítivé fract.ramus mandibulae bilat.
 Stp.založení mezičelistní fixace
 Stp.trištítivé fr.levého maxil.sinu
 Hemosinus l.dx.
 Fansinusitis acuta dle CT
 Stp.fr.příčného výběžku L1

Stp.fr.příčného výběžku L1
 Masivní plošné hematomy a četné exkoriace
 Popáleniny I.- II.st. na PHK
 Tržná rána na hlavě T dx.,sutura
 Dekubitus na sakru 5x7 cm a patě PDK I.st.
 Dekubitus na kalvě 2x3 cm I.st.
 Netraumatická spondylolyza L5 l.sin.
 Spina bifida l.sin.
 Stp.orchiektomie l.dx.po traumatu v 18 letech
 Hypothyreosa
 Postkontuzní změny P-O l.sin.,F subkortikálně dle CT
 Stp.second-look cavi peritonei,naložení V.A.C. (4.5.2008)
 Stp.revizi pažylu l.paže a pažylu l.bérce,debridement,nekrektomie (4.5.2008)
 Stp.punkci levé maxil.dutiny (4.5.2008)
 Stp.výměně V.A.C.systému v laparotomii (6.5.2008)
 Stp.revizi dutiny břišní,odsátí zkaleného výpotku,výměna V.A.C.systému (9.5.2008)
 Stp.revizi dutiny břišní,výměna V.A.C.systému (12.5.2008)
 Stp.revizi dutiny břišní,akut.cholecystitida - CHCE,výměna V.A.C.systému (15.5.2008)
 Stp.revizi dutiny břišní,sutura laparotomie,drenáž (18.5.2008)
 Stp.revizi pažylu LHK,nekrektomie,převaz (5.5.,6.5.,7.5.), + drenáž v hrud. obl.(6.5.),dále pravid.převazy denně či obden
 Stp.debridement,částečný uzavěr defektu pažylu LHK,COM 30(21.5.08 dr.Němec)
 Stp.debridement,transpl.def.pažylu HK mešováním DE štěpem (28.5.08 dr.Němec)
 Stp.revizi,nekrektomii a převazu pažylu LDK,pravid.převazy denně či obden
 Stp.zkrácení a úpravě pažylu LDK v bérci (28.5.2008 dr.Urbánek)
 Stp.repozici,osteosynthese dolní čelisti,miniplate,mezičelist.fixace,revize čelist.dutiny vlevo,dřn (9.5.2008 dr.Němec)
 Stp.zrušení mezičelist.fixace (30.5.2008),kontraktura čelisti
 Septický stav
 Fansinusitis akut.,mastoiditis
 Stp.punkci maxill.dutiny l.dx. (15.5.2008 dr.Mikolaj)

Stp.fr.příčného výběžku L1
 Masivní plošné hematomy a četné exkoriace
 Popáleniny I.- II.st. na PHK
 Tržná rána na hlavě T dx.,sutura
 Dekubitus na sakru 5x7 cm a patě PDK I.st.
 Dekubitus na kalvě 2x3 cm I.st.
 Netraumatická spondylolyza L5 l.sin.
 Spina bifida l.sin.
 Stp.orchiektomie l.dx.po traumatu v 18 letech
 Hypothyreosa
 Postkontuzní změny P-O l.sin.,F subkortikálně dle CT
 Stp.second-look cavi peritonei,naložení V.A.C. (4.5.2008)
 Stp.revizi pažylu l.paže a pažylu l.bérce,debridement,nekrektomie (4.5.2008)
 Stp.punkci levé maxil.dutiny (4.5.2008)
 Stp.výměně V.A.C.systému v laparotomii (6.5.2008)
 Stp.revizi dutiny břišní,odsátí zkaleného výpotku,výměna V.A.C.systému (9.5.2008)
 Stp.revizi dutiny břišní,výměna V.A.C.systému (12.5.2008)
 Stp.revizi dutiny břišní,akut.cholecystitida - CHCE,výměna V.A.C.systému (15.5.2008)
 Stp.revizi dutiny břišní,sutura laparotomie,drenáž (18.5.2008)
 Stp.revizi pažylu LHK,nekrektomie,převaz (5.5.,6.5.,7.5.), + drenáž v hrud. obl.(6.5.),dále pravid.převazy denně či obden
 Stp.debridement,částečný uzavěr defektu pažylu LHK,COM 30(21.5.08 dr.Němec)
 Stp.debridement,transpl.def.pažylu HK mešováním DE štěpem (28.5.08 dr.Němec)
 Stp.revizi,nekrektomii a převazu pažylu LDK,pravid.převazy denně či obden
 Stp.zkrácení a úpravě pažylu LDK v bérci (28.5.2008 dr.Urbánek)
 Stp.repozici,osteosynthese dolní čelisti,miniplate,mezičelist.fixace,revize čelist.dutiny vlevo,dřn (9.5.2008 dr.Němec)
 Stp.zrušení mezičelist.fixace (30.5.2008),kontraktura čelisti
 Septický stav
 Fansinusitis akut.,mastoiditis
 Stp.punkci maxill.dutiny l.dx. (15.5.2008 dr.Mikolaj)

Kazuistika - fáze péče

- ❖ Neodkladná péče v poli - 30.4.2008 (předlékařská)
- ❖ US polní nemocnice ROLE III, Baghram, Afgánistán
- ❖ MEDEVAC - 3.5.2008
- ❖ ROLE IV - ARO ÚVN Praha
- ❖ Rehabilitace - 11.6.2008



Fáze rehabilitační péče

- I. Fáze „aktivizace“ - ARO ÚVN 22.5 – 11.6.2008
- II. Fáze „vertikalizace“ - RHB 11.6. – 22.8.2008
- III. Fáze „myoprotetická“ - Duderstadt 9.3. – 25.3.09
- IV. Fáze „reedukační“ - RHB 19.10. – 29.10.2009
- V. Fáze „udržovací“ - RHB ambulantně



Nácvik dovedností potřebných pro práci pacienta



Závěr - souhrn faktů:

- ❖ Polytrauma, devastující, ztrátové, sekundární komplikace
- ❖ Neodkladná péče v poli
- ❖ Komprehensivní multiprofesionální péče ve fázi RHB
- ❖ Nadstandardní přístup pacienta
- ❖ Nadstandardní vybavení
- ❖ Výsledek je dokladem zdárné resocializace se všemi aspekty medicínskými a sociálními
- ❖ ICF úvaha - míra hendikepu?

**Zdroje**

- ❖ RTE Steelers, Actions on Improvised Explosive Devices, CAV June 4th 2007
- ❖ Archiv Ing. Robert Chudý
- ❖ Archiv plk. MUDr. Božetěch Jurenka - Ředitel Odboru vojenského zdravotnictví MO - náčelník Vojenské zdravotnické služby
- ❖ www.pmfhk.cz/BATLS
- ❖ <http://technet.idnes.cz/airbus>
- ❖ http://www.wikiskripta.eu/index.php/Blast_syndrom



Vojenská veterinární služba při mimořádné události

Hlavní veterinární lékař MO
plk. MVDr. Jaromír VOPRŠAL

1

Struktura vojenské veterinární služby

■ Řídící prvky

- Odbor vojenského zdravotnictví MO Praha
- Agentura vojenského zdravotnictví Hradec Králové

■ Výkonné prvky

- Vojenský veterinární ústav Hlučín (VVetÚ)
- Centrum vojenské kynologie Chotyně (CVK)

Ve prospěch IZS vyčleňován VVetÚ.

2

Vojenský veterinární ústav

■ Hlavní úkoly:

- Státní veterinární dozor v resortu MO
- Komplexní veterinární zabezpečení resortu MO
- Akreditovaná laboratorní diagnostika potravin, krmiv a nálezů zvířat
- Příprava a personální zabezpečení sil a prostředků vyčleňovaných pro IZS – **vojenské veterinární zásahové skupiny**

3

Veterinární zásahové skupiny VVetÚ

- Zařazeny v systému krizového řízení dle **Narižení NGŠ o vyčlenění sil a prostředků ve prospěch IZS**
- Využitelné při krizových situacích veterinárního charakteru jako posilový prostředek SVS ČR:
 - Výskytu nebezpečných nálezů zvířat (Influenza drůbeže, slintavka a kulhavka, antrax)
 - Živelných katastrofách (povodně), jaderných či chemických havárií

4

Veterinární zásahové skupiny VVetÚ

- Vyčleněny ve prospěch IZS na základě žádosti oprávněných funkcionářů (velitele zásahu, hejtmanů krajů, starostů obcí prostřednictvím OPIS MV- GR HZS) SOC MO a po schválení jejich nasazení Náčelníkem Generálního štábu
- Po svém vyčlenění jsou vojensky podřízeny Stálému operačnímu centru (SOC) MO

5

Veterinární zásahové skupiny VVetÚ

- Personální struktura VVetÚ umožňuje vyčlenit dvě veterinární zásahové skupiny
- Složení:
 - 2x veterinární lékař,
 - 1 veterinární technik,
 - řidič + speciální technika
 - v závislosti na druhu zásahu
- Pravidelné provádění praktických nácviků činnosti v chovech zvířat



6

Veterinární zásahové skupiny VVetÚ

- Souprava pro odběr vzorků na SLAK
- Souprava pro odběr vzorků na antrax
- Souprava pro činnost v ohnisku AI
- Souprava pro odchyt a imobilizaci zvířat VET 11
- Terénní automobil - Bioover
- Polní laboratoře PHEL 2,
- Polní veterinární pracoviště (PVP)



7

Veterinární zásahové skupiny VVetÚ

- **Izolační obleky:**
OPCH 90, OCHOM 99 FIRE +
Dýchací přístroj VDP60 PLUTO
- **Filtroventilační oblek:**
OCHOM 99 typ INT/M1, M2
- **Ochranné obleky:**
TYVEC – Classic Plus (overaly),
doplněné filtroventilační
jednotkou F-V CAMEDICAL



8

Veterinární zásahové skupiny VVetÚ

- Na základě vládní směrnice se vojenská veterinární služba podílí na likvidaci zavlečené nebezpečné nákazy lidí (ebola apod.), která k nám byla zavlečena leteckou cestou.
- Hlavní úkol spočívá v dekontaminaci zvířat doprovázejících své majitele na palubě letadla a následná péče o ně ve vymezeném ohnisku do doby vyšetření kontrolních vzorků.
- V případě positivity by vojenští veterinární lékaři prováděli eutanazii dotčených zvířat.

9

Polní veterinární pracoviště (PVP)

- PVP je určeno pro činnost veterinárního personálu k zabezpečení výkonu dozorové činnosti, vyšetření odebraných biologických vzorků, potravin a surovin a specializovaných vyšetření a ošetření zvířat v místě působení
- PVP je primárně určeno pro plnění úkolů veterinárního personálu v zahraničních misích AČR, je možné ho využít i ve prospěch IZS
- Široká paleta možností činnosti díky vestavěným modulům a soupravám (pro diagnostiku, léčebně preventivní péči, odchyt a imobilizaci, veterinární dozor...)

10

Polní veterinární pracoviště (PVP)



Operační zákrok



Celkový pohled

11

Polní veterinární pracoviště (PVP)

Laboratorní diagnostika



Mikroskopické vyšetření



Vyšetření krve

12

Vyvážené provedení



Politické zastoupení zemí



Vyjádření pro české sdělovací prostředky



Javier Solana v rozhovoru pro Radiožurnál

"Nemůžeme mluvit o Evropě a její obraně euroatlantických institucí, kdybychom opomenuli vaši zemi. Česká republika je nedílná součástí kontinentu, její politiky a má právo se zapojit do jeho bezpečnostních struktur. NATO chce, aby Evropa byla jednotná, a proto se rozšiřuje."
(tehdy generální tajemník NATO)



Bronisław Geremek v rozhovoru z Českého rozhlasu B

"Dnes s radostí a vdácností slavíme konec bipolárního světa symbolizovaný Železnou oponou. To přináší uspokojení zejména těm, kdo toho tolik očekávali v bojích za svobodu za minulých 50 let. Pro lid Polska Studená válka, která vyvolala nás, zemi se západu, končí vstupem do NATO."
(tehdy polský ministr zahraničí)



János Martonyi v rozhovoru pro světové agentury

"Pro Maďary, Čechy a Poláky byla svoboda žít bez rozdělení. Jsáme cenu svobody. Maďarsko opět zjednotění je teď opravdovou společností. Snažíme se vytvořit kvetoucí tržní ekonomiku a dnes jsme učinili historickou věc. My Maďari jsme si sami rozhodli o svobodě sami bez jakéhokoliv vnějšího směrování. Požadujeme o připojení k NATO neprosíme o bezpečnost, jakou kdy dějiny znaly, a přece toto rozhodnutí nebylo jen o bezpečnosti."
(tehdy maďarský ministr zahraničí)



Madeleine Albrightová pro Reuters

"Dějiny zaznamenají 12. března 1999 jako den, kdy se Maďarsko, Česká republika a Polsko prošly otevřenými dveřmi NATO a zaujaly své oprávněné místo v řadách NATO. Jim říkám, že slib prezidenta Billa Clintona je teď splněn. Nikdy více se nebude s vámi osudy pohazovat jako s žetony u vyjednávacího stolu. Ať už budete pomáhat přeskoumávat strategickou koncepci Aliance, nebo se zapojíte do strategického partnerství s Ruskem, slib, že nic o vás bez vás, je teď formalizován. Jste opravdovou spojnici, jste opravdu doma."
(tehdy americká ministryně zahraničí)

Děkují za pozornost

„...jste skutečnými spojenci, jste doma ...“

Madeleine Albright
Independence, 12. března 1999

„**Dokud občan nebude vědět co vlastně má bránit, co to je ta svoboda, kterou mu nabízí a garantuje demokratické zřízení, pokud nebude mít dostatečnou povědomost o nedávné historii své země a dokud nebude seznámen s příkladnými životy výjimečných osobností, občanů našeho státu, nebude nikdy kvalitně motivován**“

Luboš Dobrovský
2014

Projevy - Mr. Geremek

Madame Secretary of State,
Excellencies,
Ladies and Gentlemen,

Fifty-three years ago, in nearby Fulton, Missouri, Winston Churchill delivered his famous address. He said: "From Stettin in the Baltic to Trieste in Adriatic, an Iron curtain has descended across the Continent." Today, with joy and pride, we celebrate the end of the bipolar world symbolised by the Iron Curtain. This brings satisfaction especially to those who sacrificed so much in the struggle for freedom over the last fifty years.

For the people of Poland, the Cold War, which forbade our country from the West, ends with our entry to NATO. Poland, as member of the most powerful alliance, bringing together democratic nations of Western Europe and North America, joins the vital process of bringing old divisions and contributes to the security and stability in Europe.

This remarkable achievement would not have taken place without the leadership, vision and courage of individuals who have played the pivotal role in the process. We owe our deep gratitude to President Bill Clinton and Secretary of State Madeleine Albright. We are grateful to the American People, who have continuously expressed their support for our aspirations. Today's ceremony confirms that the Alliance is a community of values. The success of NATO over the last fifty years has been built on the principles of democracy, civil rights and liberties, shared by all of its members. The nations, who join this community today, were denied those values until 1989. On the streets of Budapest in 1956, Prague in 1968 and Gdansk in 1970 and 1981 they paid a heavy price. They have proved their democratic credentials, which give them the right to be here today.

Poland in the Alliance will be a good and credible ally, for "Good and bad weather". We are prepared to both take advantage of the rights of membership and bear the obligations the membership carries. We shall contribute substantially to bolstering the Organisation and to developing its political and military strengths. I want to assure our allies that we will not lack the determination, courage and imagination, needed to reinforce our own capability as a member of the Alliance. We are convinced that NATO must remain a defensive alliance, based on the principle of solidarity. To quote President Truman: "The security and welfare of each member of this community depend upon the security and welfare of all. None of us alone can achieve economic prosperity or military security. None of us alone can assure the continuance of freedom".

Projevy - Mr. Geremek

Senator Vandenberg, once called the Alliance "a fraternity of peace". We share the view that NATO has a wider role to play to further the cause of democracy, human rights and solidarity.

Ladies and Gentlemen,

Let me say a word about relations between America and Europe. Poland, shall be a dedicated advocate both of the process of European integration and the strong transatlantic link. The United States has given the Atlantic Community leadership, stability and strength. Europe continuously needs a firm American anchor for its security and growth. Conversely, American security and prosperity depend on the reliable and flourishing Europe.

We should keep the door open for those, who have fought for freedom. Another curtain must never again descend on Europe. Although it would lack the rigidity of the old, Iron one, it would almost certainly become as cruel. It would keep us divided economically, if not politically.

Based on common values and principles, NATO must promote value-oriented approach to democracy, stability and peace. The challenge facing us in the coming century, the challenge of creating a new international order, must accompany us all times, must be an indispensable and inseparable part of our agenda. To meet this challenge we must safeguard democratic values incorporated in the Washington Treaty, the ability to defend the strong transatlantic ties and ourselves. These are these sources of our strength. We can not let them fade away in future.

To wielki dzień dla Polski, jak i dla milionów Polaków rozproszonych po wszystkich kontynentach. Polska wraca na zawsze tam gdzie jest jej miejsce: do wolnego świata. Polska już nie jest osamotniona w obronie swojej wolności. Jesteśmy w NATO dla "naszej i waszej wolności".

This is a great day for Poland, as well as for millions of Poles scattered all over the World. Poland forever returns where she has always belonged - to the free World. Poland is no longer alone in the defence of her freedom. We are in NATO "for your freedom and ours".

Ladies and Gentlemen,

For Harry Truman Presidential Library, we have brought from Poland some records of history of our road to freedom, among them - the poster of 1938 elections with a picture of Gary Cooper from the film "High Noon". It helped us to win. For the people of Poland, high noon comes today.

Projevy - Mr. Kavan

Madame Secretary, Minister Martonyi, Minister Geremek, ladies and gentlemen,

My country's accession to the North Atlantic Treaty fills me with satisfaction and pride. The deposit of the ratification instruments seals off the entry of the Czech Republic into this successful and very important Alliance.

It is a very special and unique feeling for a Czech politician to deposit these ratification papers in a country where the basic ideas and principles of the new Czechoslovak state were first formulated and announced in 1918 in Philadelphia. It is therefore symbolic to mark today our historic accession to NATO in a country which stood at the birth of independent Czechoslovakia. We will always remember the invaluable role of Woodrow Wilson as the new Czechoslovakia was founded on treaties for which he was primarily responsible.

I am satisfied that we proved to be able to meet the Minimal Military Requirements in time for today's accession to this efficient and strong political and military alliance. We appreciate that we are now an integral part of NATO's collective defence system. We are determined not to become a burden to the Alliance, just the contrary, we are prepared to fulfil our part of the responsibilities and commitments of member states and to meet all the obligations and duties which stem from the membership.

We highly appreciate that our accession to NATO was fully supported by all member states of the Alliance, which we also interpret as recognition of the fact that we all share common values and interests.

Today, at the moment of joining the Alliance, allow me to express my conviction that the Czech traumas of this century have been now relegated forever only to history. I have in mind, for example, the dismemberment of the independent, democratic pre-war Czechoslovakia which was betrayed by its allies, the fascist protectorate, the horrors of the WWII, the 40 years of Communist dictatorship, and the death of the 1968 Prague Spring, which was crushed by the Soviet-led Warsaw Pact invasion.

At the same time, the entry of the three new member nations into NATO is also a great vindication for the renewed Czech democracy, helped to get on its feet also by the USA, and for the transformation reforms for which the Velvet Revolution opened the way almost 10 years ago. More generally, the admission of the first three new NATO members is a recognition of the strategic changes in Central and Eastern Europe after the fall of the Berlin Wall and a manifestation of NATO's adaptation to the challenges of the post-Cold War period.

Projevy - Mr. Kavan

The process of European integration of today would not be possible without the active and strong involvement of the United States since the WWII. We, the Central Europeans, will remember what the United States has done for the old continent. NATO is the strongest link between Europe and North America. The Czech Republic shares the interest to keep this transatlantic link strong in order to be able to deal with risks and threats of the 21st century security environment.

Czech Republic also appreciates the value USA and NATO attach to the concept of European Defence Identity. We fully support it, as we strongly believe that Europe should significantly contribute to its own defence and to the solutions of crises on its own continent. The NATO's new strategic concept will provide an updated political and conceptual basis for foreseeable future. It will have to define more clearly the basis for the non-article 5 missions, which are the most likely way of employing NATO's military power in the current situation. We look forward to the successful Washington summit, which should outline the future, develop of NATO, including the stages of its future enlargement.

NATO is not only the bedrock of our common defence but also an instrument for protecting co-operation, peace and stability beyond the treaty territory. The Partnership for Peace has become the most successful co-operative security project in the post-Cold War world. We very much appreciate that the Alliance's co-operation with both Russia and Ukraine. This is very important for the European security of the 21st century.

Let me allow a brief personal note. I was in this area only once in my life. It was few miles away from here, in Kansas City. And the date was 21st August 1968, the day Russian tanks rolled into Prague and the occupation of Czechoslovakia began. The powerless anger, which swept me then, is indescribable. While working for the Czech opposition for the subsequent 20 years and co-operating closely with Polish and Hungarian democratic opposition, I was dreaming about the day when Central and Eastern Europe will become independent, democratic and secure. It is for me symbolic that it is here, where today we accept a guarantee that my country will never again become a powerless victim of a foreign invasion.

Madame Secretary, ladies and gentlemen,

The Czech will remember the support of the American people and of its representatives for the country's entry into the Alliance. Today is a good occasion to thank the U.S. Congress, President Clinton, you personally and many others here in the United States for what you have done for us. Thank you all very much!

Projevy - Mr. Martonyi

Madam Secretary, Ministers, Senators, Congressmen, Ladies and Gentlemen, Dear Friends,

Next year, Hungary will celebrate a very special anniversary: a Thanksgiving for the millennium of her statehood. Ours has been a rich but stormy history. Through all the struggles for freedom and independence, Hungarians have developed a deep sense of belonging to a larger entity, to the community of Western democracies. For a long time, it has been our aspiration to become part of this family.

The best of Hungarians were dreaming of this when fighting foreign occupation and sinister ideologies forced upon them. This inspired Hungarians when they drove the first nail into the coffin of Communism in 1956. It is my duty and a privilege for me to pay tribute here to the heroes of that desperate and now victorious struggle. How symbolic it is that the revolution which shook the empire of oppression flamed up from demonstrations of solidarity with Poland. In 1956, alien boots stamped out that flame in Budapest. But sparks from it reappeared on the streets of Prague in 1968. They reappeared again in the shipyards of Gdansk in 1981. They reappeared ten years ago, when lawful revolutions swept through Central Europe to restore democracy there. It is not by chance that I share this rostrum with friends from Poland and the Czech Republic.

Thomas Paine wrote that "Tyranny is not easily conquered, yet we have this consolation within us, that the harder the conflict, the more glorious the triumph. What we obtain too cheap, we esteem too lightly." For Hungarians, Czechs and Poles, liberty was obtained very dear. We know the value of freedom.

Sovereign again, Hungary is now a genuine and stable democracy. A flourishing market economy has been established. And a historic choice has been made. We, Hungarians, made this decision on our own, free from any outside interference. We applied for joining NATO, the largest network of security that history has ever known. Yet, the decision was not only about security. NATO accession is also about returning Hungary to her natural habitat. It has been our manifest destiny to rejoin those with whom we share the same values, interests and goals.

Let me thank the governments and legislatures in the member states, all those who supported the cause of our membership. They understood that we wanted to join NATO for the same reason for which no member wants to leave it. They know that, by joining the Alliance, we want not to win but to prevent wars. They realize that NATO enlargement is not a zero-sum game, but part of a prudent strategy benefiting all nations of Europe, all members of the Atlantic Community.

Projevy - Mr. Martonyi

George Bernard Shaw once said: "Liberty means responsibility; that is why most people dread it." We do not, Hungarians know that membership in NATO is a combination of advantages to enjoy and obligations to meet.

Hungary will continue to focus her attention on Central and Southeastern Europe. We want all its nations to be stable, democratic, prosperous and secure. In terms of development, it is the most dynamic region of the world. We want it to keep this distinction.

We want human rights to be fully respected, national identities to be freely preserved and expressed. For us, it is a matter of vital importance that other states of the region remain committed to joining NATO. Hungary will support their aspirations in two ways. First, we shall prove that new members can indeed add to the weight of the Alliance. Second, we will continue to engage prospective members and to have a meaningful partnership with them.

Ladies and Gentlemen,
In the past, Hungarians often complained of abandonment, of standing up alone. At long last, that is over. Hungary has come home, we are back in the family. Together with all of you, we have just started a new chapter of history. From this day on, we are the closest allies in our great endeavour, the quest for peace and prosperity.

As said by President Truman fifty-four years ago, "We all look forward to the day when the law rather than force will be the arbiter of international relations. We shall strive to make that day come soon. Until it does come, let us make sure that no possible aggressor is going to be tempted by any weakness on our part."

Dear Friends,
We shall show the world the strength of this commitment and the spirit of our alliance.
Thank you.

Projevy - Madeleine Albright

Speech by
Secretary of State Madeleine K. Albright
on the Occasion of the
Accession of the Czech Republic, Hungary and Poland
to the North Atlantic Treaty Organization
at the Truman Presidential Library
Independence, Missouri
March 12, 1999

Thank you Senator Mikulski, for that introduction. And I want to thank you and your colleagues, Senators Roth and Smith, and Representatives Skelton, Lantos, and McCarthy for your bipartisan leadership on behalf of NATO and NATO enlargement. You have helped to make history, because without your support, we would not be here today.

Minister Kavan, Minister Martonyi, and Minister Geremek; Excellencies from the diplomatic corps; Admiral Gough; General Anderson and other leaders of our armed forces; officials of the Truman Library; honored guests, colleagues, and friends: Today is a day of celebration and re-dedication; of remembrance and renewal.

Today, we recognize in fact what has always been true in spirit. Today, we confirm through our actions that the lands of King Stephen and Cardinal Mindszenty; Charles the Fourth and Vaclav Havel; Copernicus and Pope John Paul II; reside fully and irrevocably within the Atlantic community for freedom.

And to that I say, to quote an old Central European expression, "Hallelujah."

History will record March 12, 1999 as the day the people of Hungary, the Czech Republic and Poland strode through NATO's open door and assumed their rightful place in NATO's councils.

To them, I say that President Clinton's pledge is now fulfilled. Never again will your fates be tossed around like poker chips on a bargaining table. Whether you are helping to revise the Alliance's Strategic Concept or engaging in NATO's partnership with Russia, the promise of "nothing about you without you," is now formalized; you are truly allies; you are truly home.

Projevy - Madeleine Albright

This is a cause for celebration not only in Prague, Budapest and Warsaw, but throughout the Alliance. For the tightening of trans-Atlantic ties that we mark today, inspired the vision of trans-Atlantic leaders half a century ago. That generation—which in Dean Acheson's famous phrase was "present at the creation"—emerged from the horror of World War II determined to make another such war impossible. They had seen, and paid in blood, the price of division; so their policies were inclusive. They wanted to help build a trans-Atlantic community of prosperity and peace that would include all of Europe.

But between the 1947 offering of the Marshall Plan and the forging of NATO two years later, it became evident that the reality of their times did not match the boldness of their vision.

The Iron Curtain descended. And across the body of Europe, a brutal and unnatural division was imposed. Now, due to bravery on both sides, that curtain has lifted and links that should have been secured long ago are being soldered together. Today is evidence of that. For this morning, NATO is joined by three proud democracies, countries that have proven their ability to meet Alliance responsibilities, uphold Alliance values, and defend Alliance interests.

Since the decision to invite new members was first made, President Clinton has argued that a larger NATO would make America safer, our Alliance stronger, and Europe more peaceful and united. Today, we see that this is already the case. For NATO's new members bring with them many strengths. Their citizens have a tradition of putting their lives on the line for liberty.

Witness Hungary's courageous freedom fighters in 1956, the students who faced down tanks in the streets of Prague 12 years later, and the workers of Gdansk whose movement for solidarity ushered in Europe's new dawn.

As young democracies, these countries have been steadfast in supporting the vision of an integrated Europe. Their troops are serving alongside NATO forces in Bosnia. And each is contributing to stability in its own neighborhood.

As a daughter of the region, and a former professor of Central and East European affairs, I know many Americans have not always had the understanding of this region they now do.

Projevy - Madeleine Albright

Earlier this century, when Jan Masaryk—son of the Czech President—came to the United States, an American Senator asked him, "How is your father? And does he still play the violin?" Jan replied, "Sir, I fear that you are making a small mistake. You are perhaps thinking of Paderewski and not Masaryk. Paderewski plays the piano, not the violin, and was President not of Czechoslovakia, but of Poland. Of our Presidents, Benes was the only one who played. But he played neither the violin nor the piano, but football. In all other respects, your information is correct."

Later, after his father had died and World War II had been fought, Jan Masaryk became Czechoslovak Foreign Minister—my father's boss. It soon became clear that the revival of Czechoslovak democracy and Czechoslovak aspirations to be part of the West would be short-lived.

Czechoslovakia was also invited to join the Marshall Plan. However, Foreign Minister Masaryk was summoned to Moscow and told that Czechoslovakia had to refuse the invitation. He returned to Prague to tell his colleagues, "I now know I am not the Foreign Minister of a sovereign country."

Masaryk's statement reminds us of another great gift the Czech Republic, Poland and Hungary bring to our Alliance for freedom: the living memory of living without freedom.

NATO's success has enabled generations protected by the Alliance to grow up and grow old under democratic rule. For that, we are enormously grateful. But we must also guard against a danger. For there is a risk that to people who have never known tyranny, an Alliance forged before they were born, to counter an enemy that no longer exists, to defend freedoms some believe are no longer endangered, may appear no more relevant than the fate of Central Europe did to some of our predecessors 60 years ago.

The Truman Library is a fit place for plain speaking. So let me speak plainly now. It is the job of each and every one of us, on both sides of the Atlantic, to bring home to the generations of today and tomorrow the compelling lessons of this century. We must never fall back into complacency, or presume that totalitarianism is forever dead, or retreat in the face of aggression.

Projevy - Madeleine Albright

We must learn from history, not repeat it. And we must never forget that the destinies of Europe and North America are inseparable. And that this is as true now as it was when NATO was founded 50 years ago.

Of course, there will always be differences between Europe and America. We have been aptly called cousins, but we will never be mistaken for clones. Today, there are spillovers on trade and other issues, some of which are quite controversial. But do not exaggerate, these are differences within the family.

However, I think I can speak for each of my Alliance colleagues when I say that, on the central questions that affect the security and safety of our people, our Alliance is and will remain united—as it must.

For the hopes of future generations are in our hands. We cannot allow any issue to undermine our fundamental unity. We must adapt our Alliance and strengthen our partnerships. We must anticipate and respond to new dangers. And we must not count on second chances; we must get it right—now.

This requires understanding that the more certain we are in preparing our defense, the more certain we may be of defending our freedom without war.

NATO is the great proof of that. For its success over five decades is measured not in battles won, but rather in lives saved, freedoms preserved and wars prevented. That is why President Truman said that the creation of NATO was the achievement in which he took the greatest pride.

Today, we, too, have grounds for pride. For NATO enlargement is a sign that we have not grown complacent about protecting the security of our citizens. The nations entering our Alliance today are the first new members since the Cold War's end, but they will not be the last. For NATO enlargement is not an event. It is a process.

It is our common purpose, over time, to do for Europe's east what NATO has already helped to do for Europe's west. Steadily and systematically, we will continue erasing—without replacing—the line drawn in Europe by Stalin's bloody boot.

Projevy - Madeleine Albright

When President Clinton welcomes his counterparts to Washington next month to mark NATO's 50th anniversary, they will affirm that the door of the Alliance does remain open, and they will announce a plan to help prepare aspiring members to meet NATO's high standards.

But enlargement is only one element. In our effort to prepare NATO for its second fifty years, the Washington Summit will be the largest gathering of international leaders in the history of Washington, D.C. It will include representatives from NATO and its partner countries, 44 in all. And it will produce a blueprint for NATO in the 21st Century.

Our leaders will, I am confident, agree on the design of an Alliance that is not only bigger, but also more flexible; an Alliance committed to collective defense and capable of meeting a wide range of threats to its common interests; an Alliance working in partnership with other nations and organizations to advance security, prosperity, and democracy in and for the entire Euro-Atlantic region.

The centerpiece of the Summit will be the unveiling of a revised Strategic Concept that will take into account the variety of future dangers the Alliance may face. Since 1949, under Article V of the North Atlantic Treaty, the core mission of our Alliance has been collective defense. That must not and will not change. NATO is a defensive Alliance, not a global policeman.

But NATO's founders understood that what our Alliance commits us to do under Article V, is not all we may be called upon to do, or should reserve the right to do. Consider, for example, that when French Foreign Minister Robert Schuman signed the North Atlantic Treaty, he characterized it as "insurance against all risks...a system of common defense against any attack, whatever its nature."

During the Cold War, we had no trouble identifying the risks to our security and territory. But the threats we face today and may face tomorrow are less predictable. They could come from an aggressive regime, a rampaging faction, or a terrorist group. And we know that, if past is prologue, we face a future in which weapons will be more destructive at longer distances than ever before.

Our Alliance is and must remain a Euro-Atlantic institution that acts by consensus. We must prevent and, if necessary, respond to the full spectrum of threats to Alliance interests and values. And when we respond, it only makes sense to use the unified military structure and cooperative habits we have developed over the past 50 years. This approach should not be controversial. We've been practicing it successfully in Bosnia since 1995.

Projevy - Madeleine Albright

We are also taking steps, as we plan for the Summit, to ensure that NATO's military forces are designed, equipped, and prepared for 21st Century missions. And we expect the Summit to produce an initiative that responds to the grave threat posed by weapons of mass destruction and their means of delivery.

Clearly, NATO's job is different now than when we faced a single monolithic adversary across a single heavily armed frontier. But NATO's purpose is enduring. It has not changed. It remains to prevent war and safeguard freedom.

NATO does this not only by deterring, but also by unifying. And let no one underestimate its value here, as well. For if NATO can assure peace in Europe, it will contribute much to stability around the globe.

The history of this century, and many before it, has been marked by shifting patterns within Europe as empires rose and fell, borders were drawn and redrawn, and ethnic divisions were exploited by aggressors and demagogues. Twice this century, conflicts arose which required American troops to cross the Atlantic and plunge into the cauldron of world war. NATO and NATO's partners have closed that book and are authoring a new one.

In collaboration with regional institutions, we are encouraging the resolution of old antagonisms, promoting tolerance, ensuring the protection of minority rights, and helping to realize, for the first time in history, the dream of a Europe whole and free.

So let us not hesitate to rebut those who would diminish the role of our Alliance, dispute its value, or downplay the importance of its unity and preparedness. For if NATO does not respond to the 21st Century security challenges facing our region, who will? If NATO cannot prevent aggressors from engulfing whole chunks of Europe in conflict, who can? And if NATO is not prepared to respond to the threat posed to our citizens by weapons of mass destruction, who will have that capability?

The 20th Century has been the bloodiest and most destructive in human history, and despite the Cold War's end, many threats remain. But we have learned some hard lessons from this history of conflict, and those lessons underlie all our planning for the Washington Summit.

We know that when the democracies of America and Europe are divided, crevices are created through which forces of evil and aggression may emerge. And that when we stand together, no force on Earth is more powerful than our solidarity on behalf of freedom.

Projevy - Madeleine Albright

That is why NATO is focused not only on welcoming new members, but also on strengthening its valuable partnerships with Russia, Ukraine and Europe's other democracies. Their inclusion and full participation in the trans-Atlantic community is essential to the future we seek. For NATO's purpose is not to build new walls, but rather to tear old walls down.

Five years ago, while serving as U.S. Permanent Representative to the UN, I traveled with General Shalikashvili to Central and Eastern Europe to outline President Clinton's plan for a Partnership for Peace.

That concept continues to deepen and pay dividends for countries whether or not they aspire to NATO membership. Today, former adversaries are talking to each other, training with each other, carrying out missions together, and planning together for the future. By fostering that process, we prevent potentially dangerous misunderstandings, address present problems, and lay a solid foundation for future cooperation.

We also remind ourselves, that although NATO stands tall, it does not stand alone. The EU, OSCE and NATO and its partners form the core of a broader system for protecting vital interests and promoting shared values.

We learned in Bosnia earlier this decade how vital such a system is. We face a test of that system now in Kosovo, and we welcome Russian Foreign Minister Ivanov's efforts in Belgrade today to help achieve our common goal.

There, together, we have backed diplomacy with tools ranging from humanitarian relief to OSCE verifiers to the threatened use of NATO force. Together, we have hammered out an interim political settlement that meets the needs and respects the rights of all concerned.

When talks resume next week, we must be firm in securing this agreement. We must be clear in explaining that a settlement without NATO-led enforcement is not acceptable because only NATO has the credibility and capability to make it work. And we must be resolute in spelling out the consequences of intransigence.

To those abroad and in my own country who have raised doubts, I reply that the plan we and our partners have developed is not risk-free. But we prefer that risk to the certainty that inaction would lead to a renewed cycle of repression and retaliation, bloodletting and ethnic cleansing. The path we have chosen for our Alliance in Kosovo is not easy, but it is right. It serves NATO interests, and it upholds the values our Alliance was created to defend.

Projevy - Madeleine Albright

Today, as NATO embarks upon a new era, our energy and vision are directed to the future. But we are mindful, as well, of the past. For as we welcome three new members, we have a debt we cannot fail to acknowledge.

In this room today are Ambassadors and Foreign Ministers, Generals and Members of Congress. In this room, there is great pride and good reason for it. But let us never forget upon whose shoulders we stand. We pay homage to our predecessors and to the millions of soldiers and sailors, aviators, and diplomats who throughout the past half-century have kept NATO vigilant and strong.

We pay homage, as well, to those who fought for freedom on the far side of freedom's curtain. For the Berlin Wall would be standing today, the Fulda Gap would divide Europe today, the Warsaw Pact would remain our adversary today, if those who were denied liberty for so long, had not struggled so bravely for their rights.

Let us never forget that freedom has its price. And let us never fail to remember how our Alliance came together, what it stands for, and why it has prevailed.

Upon the signing of the North Atlantic Treaty, President Harry Truman referred to the creation of NATO as a "neighborly act." "We are like a group of householders," he said, "who...express their community of interests by entering into a[n]...association for their mutual self-protection."

At the same time, Canadian Secretary of State Lester Pearson said, "The North Atlantic community is part of the world community and as we grow stronger to preserve the peace, all free men [and women] grow stronger with us."

Prime Minister Spaak of Belgium added, "The new [NATO] pact is purely defensive: it threatens no one; it should therefore disturb no one; [except those] who might foster the criminal idea of having recourse to war."

Though all the world has changed since these statements were made, the verities they express have not.

Projevy - Madeleine Albright

Our Alliance still is bound together by a community of interests.

Our strength still is a source of strength to those everywhere who labor for freedom and peace.

Our power still shields those who love the law and still threatens none except those who would threaten others with aggression and harm.

Our Alliance endures because the principles it defends are timeless and because they reflect the deepest aspirations of the human spirit.

It is our mission now, working across the Atlantic, to carry on the traditions of our Alliance and prepare NATO for the 21st Century. To that end, we take a giant step today. And we look forward with confidence and determination to the historic Summit in Washington and further progress tomorrow.

Thank you very much.

Zdravotní zabezpečení cvičících vojsk – teorie a praxe



npor. PhDr. Jaroslav Žďára
Agentura vojenského zdravotnictví
Oddělení zdravotnických služeb

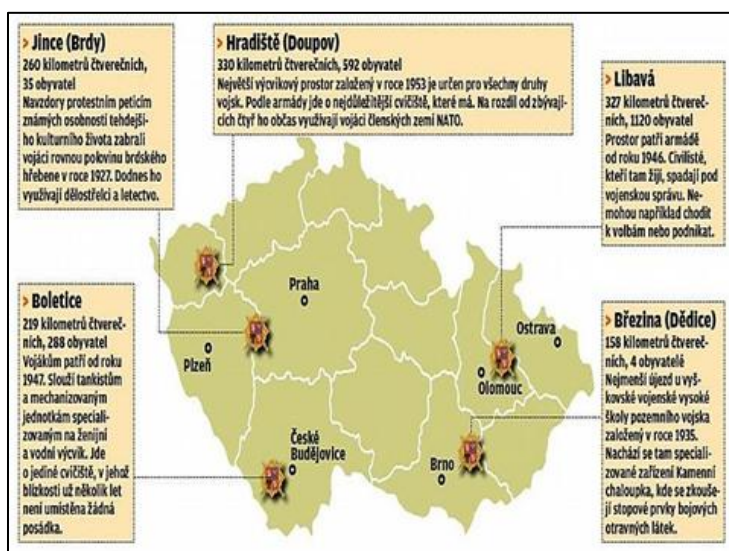
Proč tato přenáška?

- AČR je součástí IZS
- Řada posluchačů se podílí či bude podílet na krizovém managementu, na plánování činnosti IZS či legislativním rámci činnosti záchranných a podpůrných složek
- Činnost AČR přímo i nepřímo ovlivňuje i civilní život

VVP – vojenský výcvikový prostor

- K dnešnímu dni 5 výcvikových prostorů
- Hradiště, Boletice, Libavá, Březina a Brdy

Vojenský újezd je (v České republice) vymezená část území státu, určená k zajišťování obrany státu a k výcviku ozbrojených sil.



Zdravotnické zabezpečení vojenských újezdů - VVP

Hlavní úkoly zdravotnické služby AČR

- Zachraňovat životy a vracet zdraví raněným a nemocným, poskytovat odpovídající ošetření a léčení a obnova jejich bojeschopnosti.
- Zabraňovat vzniku a přenosu infekčních onemocnění, upevňovat zdraví vojáků a podílet se na zvyšování jejich fyzické a psychické odolnosti.
- **Tato přednáška se týká působení VZdrS za mírového stavu na území ČR**

Zdravotnické zabezpečení vojenských újezdů - VVP

- Zdravotní službou, která na základě tísňové výzvy poskytuje přednemocniční první pomoc je **Zdravotnická záchranná služba**.
 - Zákon 374/2011 o záchranné službě
 - Zákon 372/2011 o zdravotních službách
- Systém IZS : AČR není jeho základní složkou, je složkou vedlejší (na vyžádání)
 - Zákon 239/2000 o integrovaném záchr. systému

Zdravotnické zabezpečení vojenských újezdů - VVP

- Koho se tedy týká zdravotnické zabezpečení na území vojenského újezdu?
 - cvičící vojska
 - obyvatelé
 - hospodářští pracovníci (VLsS)
 - turisté

Zdravotnické zabezpečení cvičících vojsk

- AČR
cvičení se liší dle rozsahu (počtu cvičících jednotek) dle druhu vojsk a cvičebního záměru
- Cizí vojska
cvičení se liší viz výše
dále dle počtu zúčastněných národností

Pro potřeby armády vytvořeny předpisy (Zdrav 6-2), které problematiku řeší – předpis není zákon, ačkoliv z něj vychází.

Odpovědnost za zdravotnické zabezpečení

- Za vytvoření podmínek zabezpečení je odpovědný zřizovatel
- Za samotné provádění je odpovědná ZZS a to v rámci IZS

Pro AČR se tedy jedná o kooperativní činnost, jak na úrovni plánovací, tak na úrovni provádějí.

Příprava zdravotnického zabezpečení

Kvalitní plánování – základ úspěchu

Zdravotnické zabezpečení patří do logistické oblasti, stejně jako provoz techniky, PHM apod. Plánování se proto provádí ve spolupráci s prvky logistiky.

První fáze:

Specifikace úkolu – za co je v daném cvičení nesena Zdravotnickou službou zodpovědnost.

- Zdraví vojsk
- Hygienicko epidemiologická situace
- Léčebně odsunový plán
- Tok informací (nemocní, zranění, transporty, hospitalizace)

Příprava zdravotnického zabezpečení

Fáze dvě:

- Zmapování prostoru výcviku
- Provedení dohovorů s navazujícími zařízeními v prostoru výcviku (ZS daných krajů, nemocnice..)
- Analýza potřebných prostředků, personálu, pomůcek

Fáze tři:

- Zpracování TA (technická dohoda v případě cizích vojsk)
- zpracování zdravotnické přílohy do OPORD
- Využití HNS katalogu

Kdo provádí zdravotnické zabezpečení?

- CLS (combat life saver)
 - Není zdravotnický pracovník, pouze voják s kurzem
 - Vycvičen dle TCCC algoritmu (zásady první pomoci v poli)
 - Schopen a povinen použít postupy a prostředky laické první pomoci + komunikace s nadřazeným stupněm a IZS
- Zdravotníci (sestra/záchranář)
 - Střední zdravotnický personál
 - Vycvičen dle BARTS algoritmu
 - Schopen poskytnout rozšířenou první pomoc + komunikace
- Lékař

HNS katalog – zdravotnická příloha

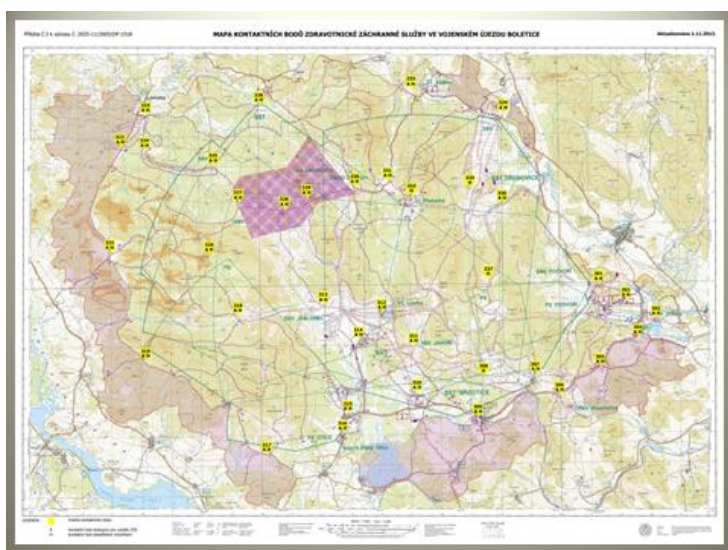
Military training area	VVP Březina
Military medical facilities	MOUL
Out patient clinic Vyškov	25.09.urs/7.09.urs
Phone	+020 778 031 801
Military Hospital Brno	MOUL II
	Surgical team plus men Serv. area
	Dental team plus men Serv. area
	Emergency department
	Dental Urgency care
Address	230 01.urs/13.8
	020 00.000
Phone	operator
	+020 778 005 555
	ambulance
	+020 778 003 000
	Dental care ambulance
	+020 778 003 000/000/000
Civilian medical facilities	MOUL III
Hospital VVŠKOV	25.09.urs/7.09.urs
	Surgical ambulance
	Dental ambulance
	Emergency department
	Dental Urgency care
Address	Prague, Republic
	020 01.urs/08.00
Phone	operator
	+020 027 812 555
	ambulance
	+020 027 812 555
	Dental care ambulance
	+020 027 812 555
Unit name	MOUL IV
TR.OURNACENTER - multinational	25.09.urs/7.09.urs
Health care	Emergency department
	ambulance
	Dental Urgency care
	Surgical team plus men Serv. area
	Dental team plus men Serv. area
	Emergency department
	Dental Urgency care
Address	020 00.000
	020 00.000
Phone	operator
	+020 027 812 555
	ambulance
	+020 027 812 555/000/000
	Dental care ambulance
	+020 027 812 555

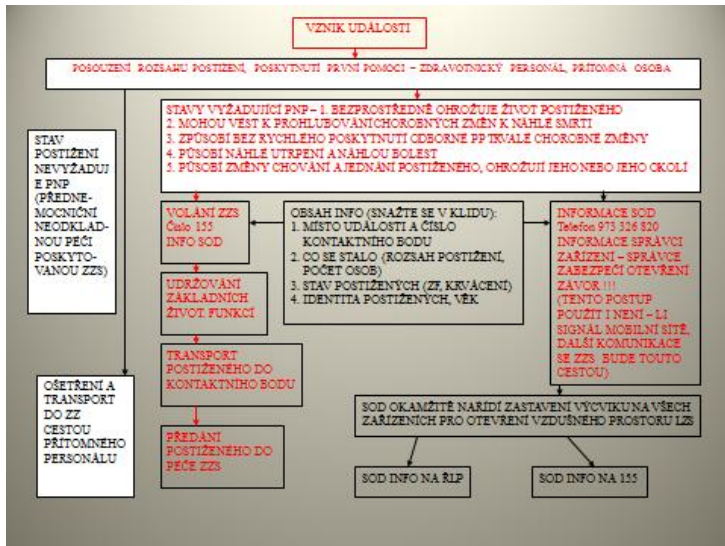
Projekt traumaplánů VVP

- Východiska
 - špatná dostupnost
 - nepravidelná hustota osídlení
 - nepříznivé klimatické podmínky
 - špatné pokrytí signálem mobilních operátorů
- nutnost zajištění dojezdového času ZZS
- zpřehlednění kontaktu mezi ZZS a postiženým
- usnadnění předání informací
- využitelnost v civilním i armádním sektoru

Projekt traumaplánů VVP

- Výstup
 - komplexní zpracování map a postupů dle požadavků jako první provedl újezd Boletice
 - proběhlo i stmelovací cvičení s IZP
 - mapy zpracovány i na dalších újezdech, ale bez jednotné formy
 - nyní snaha o centralizaci a ujednocení formátu
 - spolupráce s VLaS, zpracování mapových podkladů a cedulí, označující jednotlivé body
 - plánován přístup k dokumentaci na stránkách jednotlivých újezdů, předání mapových podkladů odpovídajícím centrům IZS (hasiči, ZZS, policie)
 - na podkladě těchto dokumentů dohovory s jednotkami IZS
 - **součástí i součinnostních dohovorů při plánování výcviku**





KONTAKTNÍ BOD č. 301 Ambulance Helicopter

Název: Podvoří - Pojízdná park techniky

Souřadnice: Zeměpisné: N 48° 50.336' E 014° 11.971'

Pracovní: 33U VQ 41262 09851

Popis: Plošná plocha parkovací 30 x 100 m

Mapový detail:

Foto: U ústřížky se nachází železničkové přístavy!

KONTAKTNÍ BOD č. 302 Ambulance Helicopter

Název: Podvoří - silytovny

Souřadnice: Zeměpisné: N 48° 50.036' E 014° 12.731'

Pracovní: 33U VQ 42186 09294

Popis: Adatbová přístavba plocha 30 x 30 m vešle anbačového kurtu.

Mapový detail:

Foto:

Název: AWHP 2014

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

Druh: Sborník z mezinárodní konference

Vydavatel: MANUS, spol s.r.o., Převoznická 738/6, 143 00 Praha 4

© ČVUT, Fakulta biomedicínckého inženýrství

ISBN: 978-80-86571-24-9

Náklad: 100

Počet stran: 257

Vydání: první

Rok: 2014