

České vysoké učení technické v Praze, Fakulta biomedicínského inženýrství

SBORNÍK

**Ochrana obyvatelstva v případě krizových situací a mimořádných událostí
nevojenského charakteru VI.**

Název: Ochrana obyvatelstva v případě krizových situací a mimořádných událostí
nevojenského charakteru VI

Účel: Sborník

Autoři: PhDr. Mgr. Rebeka Ralbovská, Ph.D., Ing. Jiří Halaška, Ph.D. a kol.

Kolektiv autorů

PhDr. Václav Adámek

Bc. Jana Aradská

PhDr. Bc. Ivana Argayová, PhD.

Bc. Anežka Bayerová

Ing. Bc. Danka Boguská, PhD. MSc.

Bc. Anna Bowers

MUDr. Jan Bříza, CSC., MBA

Mgr. Martina Dingová Šliková

Bc. Lucie Dokoupilová

Mgr. Monika Donevová

Bc. Kateřina Drbohlavová

Ing. Jiří Halaška, Ph.D.

Bc. Antonín Hanzlík

PhDr. Andrea Hašková

RNDr. Tomáš Holec

Ing. Tomáš Chlapec

Bc. Dominika Jevčáková

Bc. Miroslav Kadavý

Mgr. Radim Kuba

Ing. Veronika Křivánková

Ing. Tomáš Kučera

Ing. Michaela Lodinská

Mgr. Jiří Majstr
Petr Malíř
Ing. Zdeněk Melichařík
pplk. doc. Ing. Pavel Otřísal, Ph.D. MBA
Bc. Aloiz Písečný
Mgr. Pavel Procháška
Bc. Aleš Příhoda
Ing. Denisa Charlotte Ralbovská,
PhDr. Mgr. Rebeka Ralbovská, Ph.D.
PhDr. Martina Reľovská, PhD
Ing. Roman Říha
kpt. Mgr. Jan Smetana
Ing. Martin Smetana
plk. Mgr. Jan Šmíd
plk. Ing. Pavel Šmídek
pplk. Ing. Břetislav Štěpánek, Ph.D.
prof. Ing. Josef Tlustý, CSc.
Bc. Veronika Vejražková
doc. PaedDr. ThDr. Monika Zaviš, PhD.

Seznam recenzentů:

PhDr. Eva Biedermannová
Mgr. Martina Dingová Šliková
Mgr. Simona Hájková, Ph.D.
Ing. Jiří Halaška, Ph.D.
Ing. Lucie Jelínková
Ing. René Mildorf
PhDr. Mgr. Rebeka Ralbovská, Ph.D.

prof. Ing. Gustav Šafr, DrSc.

por. Ing. Mgr. Matěj Tejmar

V případě příspěvků, které uváděly výsledky bakalářských nebo diplomových prací jsou jako recenzenti uvedeni oponenti těchto závěrečných prací.

Tento sborník vznikl na podkladě uskutečněné mezinárodní studentské vědecké konference Aspekty práce pomáhajících profesí (AWHP) 2018

Publikace neprošla jazykovou úpravou

Autor fotografie na obálce: Bc. Alena Hybnerová

Vydavatel: ČVUT v Praze

Vydání první, Praha 2018

© ČVUT, Fakulta biomedicínského inženýrství

ISBN 978-80-01-06418-4

Obsah

BIOLOGICKÉ AGENS A BIOTERRORISMUS NA POČÁTKU 21. STOLETÍ	7
MOTIVÁCIA DOBROVOLEŇÍKOV V OBČIANSKOM ZDRUŽENÍ ANIMÁTORI DONA BOSCA	19
ANALÝZA A KOMPARACE POVODŇOVÝCH UDÁLOSTÍ V ORP BEROUN V LETECH 2002 A 2013.....	31
KRIZOVÁ PŘIPRAVENOST ZDRAVOTNICKÉ ZÁCHRANNÉ SLUŽBY KRÁLOVÉHRADECKÉHO KRAJE.....	51
PROBLEMATIKA BOLESTI A MOŽNOSTÍ JEJÍHO OVLIVNĚNÍ V INTENZIVNÍ OŠETŘOVATELSKÉ PÉČI	71
RIZIKA POSKYTOVÁNÍ PRVNÍ POMOCI DĚTEM VYŽADUJÍCÍM ZVLÁŠTNÍ PÉČI.....	97
MOŽNOSTI ŘEŠENÍ NÁSLEDKŮ PLOŠNÉHO VÝPADKU ELEKTRICKÉ ENERGIE NA REGIONÁLNÍ ÚROVNI.....	113
ANALÝZA BEZPEČNOSTNÍCH OPATŘENÍ SPOLEČNOSTI LETIŠTĚ VÁCLAVA HAVLA V PRAZE, A. S., NA VYBRANÉ BEZPEČNOSTNÍ HROZBY SOUČASNOSTI	136
AKTUÁLNÍ STANDARDY PÉČE O PACIENTY S DUCHENNOVOU SVALOVOU DYSTROFIÍ.....	144
ANALÝZA PŘIPRAVENOSTI ZDRAVOTNICKÝCH ZÁCHRANÁŘŮ K ZVLÁDÁNÍ HROMADNÉHO NEŠTĚSTÍ.....	148
POSKYTOVANIE PREDNEMOCNIČNEJ NEODKLADNEJ ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI MIGRANTOM NA ÚZEMÍ SLOVENSKEJ REPUBLIKY	163
KOMPARACE ÚROVNĚ POHYBOVÝCH SCHOPNOSTÍ ŽÁKŮ PRVNÍCH ROČNÍKŮ STŘEDNÍ ŠKOLY VOJENSKÉHO TYPU A STŘEDNÍ ŠKOLY JINÉHO TYPU	180
RESPEKTOVÁNÍ LIDSKÉ DŮSTOJNOSTI PŘI POSKYTOVÁNÍ PRVNÍ PSYCHICKÉ POMOCI.....	192
ANALÝZA PSYCHICKÉ PŘIPRAVENOSTI ČLENŮ INTEGROVANÉHO ZÁCHRANNÉHO SYSTÉMU NA MIMOŘÁDNÉ UDÁLOSTI	198

REÁLNÉ POSTŘEHY Z ČINNOSTI ZDRAVOTNICKÉ SLOŽKY PŘI DVOU NEHODÁCH AUTOBUSŮ	213
DÔSLEDKY UŽÍVANIA OMAMNÝCH LÁTOK Z POHLADU ZÁCHRANNEJ ZDRAVOTNEJ SLUŽBY	229
MOŽNOSTI VYUŽITÍ AED U JEDNOTEK SBORU DOBROVOLNÝCH HASIČŮ	247
ÚTOK NA CIVILNÍ OBYVATELSTVO V ODĚSE JAKO PRVEK VÁLKY O UKRAJINU ...	257
OCHRANA MĚKKÝCH CÍLŮ PŘED TERORISMEM	280
FENOMÉN MIGRACE V BEZPEČNOSTNÍCH STRATEGIÍCH ČESKÉ REPUBLIKY	300
NOVÉ PŘÍSTUPY V OBLASTI ZAJIŠŤOVÁNÍ OBRANY STÁTU	310
VYBRANÉ ASPEKTY NEVERBÁLNÍ KOMUNIKACE VE VZDĚLÁVACÍM PROCESU....	320
DROGY A DROGOVÁ PROBLEMATIKA V HLAVNÍM MĚSTĚ PRAZE	330

BIOLOGICKÉ AGENS A BIOTERRORISMUS NA POČÁTKU 21. STOLETÍ

Biological Agens and Bioterrorism in the Beginning of the 21st Century

PhDr. Václav Adámek

ČVUT v Praze, Fakulta biomedicínského inženýrství

Abstrakt

Příspěvek se zabývá tématem biologického terorismu na počátku 21. století, jako významné hrozby pro civilní obyvatelstvo. Pro širší ukotvení tématu je první část věnována obecnému úvodu, který definuje pojem biologická zbraň a obecnému nasazení těchto prostředků v historii. Pro konkrétnější představu jsou uvedeny a popsány dva známé útoky pomocí biologických agens, a to sektou Osho z roku 1984 a sektou Óm šinrikjó z roku 1993. Jednotlivé oddíly práce se věnují mezinárodním dokumentům, které problematiku biologických zbraní řeší, dále konkrétním teroristickým útokům, jež se odehrály na počátku 21. století za použití biologických agens a také problematice možnosti proliferace biologických agens uvnitř České republiky.

Klíčová slova: bioterrorismus, biologické zbraně, antrax, ricin, mezinárodní smlouvy

Abstrakt

This article is focused on biological terrorism on the first part of 21st century like huge threat for civilian. First part is dedicated to general preamble and brings biological weapon definition together with description of general use of these agents in history. Two historical events in which biological agents were used are described specifically – attack by Osho sect in USA in 1984 and attack by Om shinrikyo sect in Japan in 1993. Three other parts of this paper follow focusing on biological weapons international agreements, discussing particular terrorist attacks by biological agents

during first part of 21st century and describing threats of proliferation of biological agents in the Czech Republic.

Key Words: Bioterrorism, Biological Weapon, Anthrax, Ricin, International Convention

Úvod

Biologické agens, zneužité pro potřeby terorismu, představují jedno z největších rizik pro civilní obyvatelstvo každého státu. Zbraně biologické povahy pravděpodobně používalo lidstvo vždy. S nástupem moderních států je vidět cílená snaha striktně kontrolovat veškerý výzkum, výrobu a skladování biologických látek, zneužitelných proti civilnímu obyvatelstvu. Obecně sdílený názor o nemorálnosti použití těchto látek vedl v průběhu 20. století k jejich vyřazení ze zbrojních arsenálů. Tento krok neznamenal však zánik rizika proliferace biologických agens a jejich zneužití pro teroristické účely. Realnost tohoto nebezpečí prokázalo i několik případů uskutečněných teroristických útoků za pomoci biologických agens. Zcela nový rozměr dostala obava z bioterrorismu na počátku 21. století, kdy se nebezpečí zneužití biologických látek stalo klíčovým tématem administrativy prezidenta G. W. Bushe.[1]

Obecná definice biologických zbraní

Biologické zbraně patří podle členění do řady zbraní hromadného ničení (ZHN), jejich základním popisem je, že jsou „nerozlišující v povaze a mají značný destruktivní či masově destruktivní potenciál k ničení živé síly“. [2] Do tohoto rámce řadíme ještě zbraně jaderné a chemické. Popsané skupiny se liší od zbraní konvenčních, které jsou právě definovány jako zbraně, které nejsou biologické, chemické a jaderné. Za biologické zbraně jsou považována zařízení, která vypouštějí, rozptylují nebo jinak šíří choroboplodné mikroorganismy nebo toxiny. Biologické zbraně mohou být zaměřeny jak proti lidem, tak i živočichům, zejména hospodářským zvířatům, ale také proti hospodářským plodinám. Každá biologická zbraň se skládá ze dvou částí a to

biologického agens-samotné látky a nosiče, který tuto látku dopravuje k cíli. Prakticky každý organismus, který je schopen šířit chorobu, je možné využít jako základ biologické zbraně, rozlišujeme viry, bakterie, rickettsie a plísně. Určitým specifikem jsou toxiny, jedovaté sloučeniny produkovány živými buňkami nebo organismy.[3] Toxiny stojí na pomezí mezi chemickými a biologickými zbraněmi. Jedná se o produkty organismů, které povětšinou slouží jako ochrana organismu. Známe toxiny rostlinné, živočišné i bakteriální povahy. Patrně nejznámější je toxin ricin ze semen rostliny Skočec obecný a botulotoxin, který má bakteriální povahu. Biologickými agens nemusí být jen výše popsané mikroorganismy a toxiny v čisté podobě, ale i zvířecí přenašeči, kteří nemoc šíří, například klíšťata, hmyz, dobytek nebo drůbež. Specificky může být nákaza též v šatstvu, dekách, součástkách strojů, munice atp.

Obecná historie použití biologických zbraní

Můžeme říci, že člověk se setkával s látkami biologické povahy od prvopočátku dějin. Tuto linku nedokážeme uspokojivě vystopovat v důsledku chybějící pramenné základny. V rámci historie můžeme hovořit o dvou způsobech, kterými se člověk staral o šíření biologických látek a to:

- Plánované využití a nasazení
- Neplánované užití

V obou případech uvažujeme využití látek pro získ obživy, popřípadě prosazení svých zájmů vůči konkurentům, a to jak v rovině vojenské, tak politické, či osobní. Aktivní nasazení biologických agens k dosažení vítězství nebo získání strategické výhod tak můžeme prokazatelně doložit ve většině historických kultur, které v minulosti vznikly.[4]

20. a 21. století přinesly rozdíl proti historickým epochám v systému vývoje a nasazení těchto zbraní. Přestože existoval cílený vojenský vývoj v řadě států světa, došlo jen k omezenému nasazení biologických látek v průběhu vojenských konfliktů.

Velkým nebezpečím se místo klasických armád, stala teroristická hnutí a jednotlivci. Obě skupiny chtěly využít potenciál masového zabíjení ukrytý v biologických agens k prosazení svých cílů. Možnosti takového zneužití lze dokládat na dvou modelových útocích z konce 20. století.

1984 sekta Osho

Jedná se o nejrozsáhlejší útok pomocí biologických agens na půdě USA ve 20. století. Strůjcem tohoto útoku se stali následovníci guru Baghwana Shree Rajneeshe též známého pod jménem Osho. Jejich cílem bylo zaútočit na výsledky místních voleb do zastupitelstva ve státě Oregon. Svůj útok provedli ve městě The Dalles. Agens, které nasadili, byla salmonela, kterou infikovali vodu a salátovou zálivku v řetězci rychlého občerstvení. Celkově se nakazilo 751 osob po konzumaci infikovaného jídla a následně bylo několik desítek osob hospitalizováno. Útok lze označit za terorismus s politicko-náboženskou konotací, ale s velmi malým nebo žádným přímým dopadem na populaci v USA. Sekta Osho byla lokální záležitostí státu Oregon a působení mimo tento stát buď nebylo zjištěno, popřípadě se jednalo o jednotlivce. Celá událost je spíš zajímavá pro mediální ohlas, který útok přinesl městu The Dalles a sektě Osho.[5]

1993 sekta Ómšinrikjo

Sekta cíleně šířila spory antraxu do ovzduší nad Tokiem. Cílem bylo vyvolat masou epidemii v ulicích hlavního města. Místem šíření byla střecha budovy, kde sekta se svým vůdcem Šokou Asaharem sídlila. Představa vyvolání masové nemoci naprosto selhala. Jediným reálným výsledkem byl zvýšený počet stížností na kvalitu ovzduší. Neúspěch útoku byl vyvolán několika faktory a nejspíše nejvíce k neúspěchu přispělo použití špatných spor, primárně sloužících pro vakcinaci skotu. Platí, že civilní oběti, tak byly dílem náhody a dílčí neschopnosti sekty zajistit si jiný typ spor antraxu.[6]

Mezinárodní smlouvy o biologických zbraních

Základní úmluvou, která řeší problematiku biologických zbraní, je smlouva BWC (*Biological Weapons Convention-smlouva o biologických zbraních*), celým názvem *Úmluva o zákazu vývoje, výroby, hromadění biologických zásob a jejich zničení*. Dohoda byla podepsána 10. dubna 1972 mezi hlavními aktéry tehdy probíhající studené války USA, SSSR a Velkou Británií. Dohoda vstoupila v platnost 26. března roku 1975. Smlouva BWC navazovala na *Ženevský protokol* z roku 1925, ale jedná se o výrazně přísnější úmluvu, která oproti smlouvě z roku 1925, která deklarativně zakazovala čisté použití biologických zbraní ve válečném konfliktu, řeší i vývoj a skladování takovýchto prostředků. Smlouva BWC tak postavila mimo zákon i výzkumné projekty a výrobu látek s biologickou povahou. Do současné doby byla smlouva signována a ratifikována většinou států, konkrétně 181 státy, výjimky tvoří jen některé státy z Afriky například Čad, Jižní Súdán, Eritrea a Angola, celkově 10 států.[7] Česká republika je signatářem smlouvy BWC. Od roku 1975 je tak vývoj na poli útočných biologických prostředků oficiálně postaven mimo zákon, plné dodržování této úmluvy hlídají pravidelná zasedání a pravidelné zprávy hodnotící komise v pětiletých cyklech. Smlouva samotná je tvořena 15 články.[8]

Preamble se odvolává na vyšší cíl úplného odzbrojení na poli zbraní biologické povahy a deklaruje smlouvu jako první krok k přijetí účinných opatření v rámci biologických zbraní. Následují další články, první je patrně nejdůležitější. Článek I zavazuje státy, aby nevyvíjely, nevyráběly, nehromadily a nezískávaly jakýmkoli způsobem a to za žádných okolností, látky biologické povahy a toxiny. Výjimku tvoří výzkumné nebo ochranné účely. Článek I ve stejné dikci zakazuje i držení, hromadění a získávání zbraní a nosičů zbraní, které by umožnily přenos biologických látek v rámci konfliktu.

Článek II navazuje na článek I a definuje lhůty na zničení zbraní po přistoupení k smlouvě. Článek III se týká předání agentů a nosičů. Následující články řeší

implementace do právního pořádku států, kontrolu dodržování smlouvy a případné postupy, pokud státy nebudou spolupracovat, popřípadě pokud se zjistí nesrovnalosti.

Smlouva BWC je poměrně komplexní materiál, ale její nevýhodou je slabá kontrolní složka nestátních aktérů, která je závislá na vůli daných států tyto subjekty kontrolovat. BWC je prostá kontrolního preventivního systému a není ani explicitně dořešena otázka sankcí.

Za mezinárodní smlouvy na poli zákazu biologických zbraní, tak můžeme označit tyto dokumenty:

- Ženevský protokol z roku 1925, který zakazuje použití látek biologické povahy v boji.
- Ženevské úmluvy z roku 1949, včetně dodatkových protokolů.
- Rezoluce Rady bezpečnosti číslo 1540 z 28. dubna 2004, která stanoví, že proliferace ZHN ohrožuje mezinárodní mír.
- Smlouva BWC z roku 1972, platná od 1975, která zakazuje jak vývoj, skladování tak i nasazení zbraní biologické povahy.

Bioterorismus na počátku 21. Století

Zásadní událostí pro vývoj v 21. století na poli bezpečnosti se stalo 11. září 2001, kdy teroristická skupina al-Kaidá provedla doposud největší a nejmasovější teroristický útok na civilní cíle v USA. Za pomoci unesených letounů, které použila jako létající bomby, zaútočila na čtyři cíle na východním pobřeží USA. Obecně známý útok odstartoval i nové kolo debaty o možné proliferaci biologických zbraní, které v případě vhodného nasazení by se mohly stát nejúčinnější zbraní v arzenálu teroristických skupin napříč světem, přičemž důraz byl kladen na radikální skupinu al-Kaidá. Stejně jako ve 20. století doposud nedošlo k nasazení biologických zbraní ve vojenských konfliktech a ani nedošlo k masovému použití biologických zbraní ze

strany teroristických skupin. V omezené míře došlo k proliferaci biologických agens a následné medializaci případů. Specifickým tématem, byla debata o iráckém zbrojním programu před invazí do Iráku v roce 2003. [9]

Antraxové dopisy usa 2001 případ „Amerithrax“

Po 11. září 2001 byly americkou poštou na několik adres, zejména na sídla médií a dvou senátorů za demokratickou stranu, zaslány dopisy, které obsahovaly bílý prášek se sporami antraxu. Senátory byli Patrick Leahy za stát Vermont a Tom Daschle za stát Jižní Dakota. V rámci kampaně bylo nakaženo 22 lidí a pět jich následně zemřelo v nemocnicích. V rámci vyšetřování FBI bylo odhaleno, že za útoky stál pracovník z výzkumného střediska Fort Detrick, Bruce Edwards Ivins, který však spáchal v roce 2008 sebevraždu, nejspíše pod tíhou důkazů svědčících proti němu. Série dopisů byla rozeslána v období vyostřené bezpečnostní situace po útocích 11. 9. 2001. První dopis byl zachycen 18. září a další následovaly až do 9. října téhož roku. Dopisy kromě prášku s antraxem obsahovaly výhružné poselství, které provolávalo smrt USA, Izraeli a končilo provoláním Alláh je veliký, ale nikoli v arabské transkripci, ale v obecné angličtině. Dopisy podobného znění došly i do redakcí CBS News, NBS News a ABC News. Po 9. říjnu roku 2001 již žádný dopis zaslán a nalezen nebyl. Všechny útoky se odehrály na východním pobřeží USA a ve městech Kansas a Indianapolis ve středu USA. Rozsáhlé vyšetřování, které následovalo, bylo ukončeno oficiálně v roce 2010 s výsledkem, že atentátníkem je bývalý vědec Ivins, který měl k bakteriím antraxu jako vědecký pracovník ve Fort Detrick přístup. Motiv činu odhalen nebyl, bylo debatováno snad psychické vyšinutí, ale spekulovalo se také o teroristických motivech, ale z důvodů smrti pachatele je tato otázka nezodpovězená. V rámci všeobecné hysterie docházelo i k zasílání falešných zásilek, které měly obsahovat antrax, ale objem byla jiná neškodná látka, jako například moučkový cukr. Podobných dopisů bylo nejen v USA zachyceno několik desítek a všeobecně tak odpovídaly vypjaté situaci po 11. září 2001. Za šířením těchto dopisů nestála, žádná teroristická

skupina, ale pouze nezodpovědní lidé, kteří chtěli šířit paniku. Obecně se o období šíření těchto falešných dopisů hovoří jako o aféře Anthrax Hoax.[10]

Invaze do Iráku 2003 a existující/neexistující hrozba biologických zbraní

Téma proliferace biologických zbraní razantně vstoupilo do celosvětové debaty na přelomu let 2002/2003. V té době neokonzervativní administrativa G. W. Bushe připravovala invazi do Iráku. Režim Saddáma Husajna byl opakovaně obviněn z výroby, skladování a možného šíření biologických zbraní dalším teroristickým skupinám. Téma iráckého vojenského programu bylo opakovaně použito jako hlavní důvod nátlaku na Saddáma Husajna. USA nikdy nedodaly, i když jejich rétorika byla velmi radikální, věrohodné doklady o skutečném programu biologických zbraní v Iráku před rokem 2003. Stejně tak nikdy nebylo prokázáno cílené šíření biologických agens ze strany Iráku do rukou teroristů. Absence jasných důkazů, nakonec nestála v cestě přímé invazi a následnému svržení diktátora Husajna v průběhu roku 2003.[11] V případě debaty o iráckém programu je zajímavé, že hrozba byla cíleně nadsazována, byť potenciální riziko bylo vydávané za skutečné a opodstatněné. Hrozba biologických zbraní v Iráku před rokem 2003, tak byla spíše tématem pro politickou debatu, než reálnou hrozbou.

Ricinové útoky 2001-2017

Po 11. září 2001 narostl počet záchytů zpráv hovořících o ricinu. Nejčastějším zdrojem jsou opět Velká Británie a USA, v omezené míře jsou známé zprávy z Ruska, které uvolnilo některé informace týkající se možného použití ricinu čečenskými separatisty. Ve spekulativní rovině zůstávají zprávy o použití, popřípadě testování ricinu, skupinou Ansar-al islám, která jej měla testovat v příhraničních oblastech Iráku na počátku roku 2003 před počátkem operace Irácká svoboda. [12] Z dostupných informací nelze tato tvrzení relevantně ověřit. V podobném duchu se nese i případ tzv. „ricinové buňky“ z Velké Británie, která byla zadržena v lednu 2003. Ricin nebyl

prokázán, ale zpráva o této události vedla ke spekulativním tvrzením, že se jedná o jednu z buněk organizace Ansar –al islám na půdě VB. Známou kauzou byl záchyt několika dopisů obsahující prášek se stopami ricinu. Dopisy byly zadrženy v roce 2003 na několika místech USA, nikdo nebyl hospitalizován. Mezi další známé události patří zadržení otce a syna Davisonových z Velké Británie z roku 2009. Policie našla v jejich domě určité množství ricinu. Oba dva byli odsouzeni za přípravu teroristického útoku. V posledních letech jsou známé případy z let 2013, 2014 a 2015, kdy opět došlo k zadržení osob s ricinem. V případě roku 2013 se jednalo o posílání tří dopisů, událost je známá jako případ Shannon Richardson, podle jména aktérů. V případě se pravděpodobně jednalo o psychické problémy jedince. Poslední velký případ se odehrál v roce 2015, kdy byl zadržen Mohhamed Ali, který se prostřednictvím tzv. dark webu snažil získat určité množství ricinu. Ali byl zatčen a odsouzen na osm let vězení, v jeho případě bylo motivem pravděpodobně získání látky pro teroristické účely.

Antrax v České republice

Určitou mediální stopu zanechala vzrušená debata ohledně nebezpečí útoků antraxem i na půdě České republiky. V bouřlivém období před invazí do Iráku v roce 2003, byla možnost proliferace biologických agens reálně diskutována i v rámci parlamentu ČR. Debata byla do značné míry ovlivněna mediální kampaní ohledně možnosti zneužití iráckého programu biologických zbraní. Hlavním aktérem byl tehdejší ministr obrany Jaroslav Tvrdík za ČSSD. Ten donesl menší množství mrtvých spor antraxu i do parlamentu, kde tímto demonstroval, jak snadné je získat a zneužít biologické agens k teroristickým účelům.[13] V druhé řadě ministr dokazoval, že je ohrožována jeho bezpečnost a bezpečnost celé rodiny, právě v souvislosti s kampaní proti Iráku. Dalším cílem celé eskapády bylo přimět poslance k vyslání protichemické jednotky do Iráku. Snaha ministra byla spíše kontraproduktivní. Tato marginální

událost je tak českým, mediálně známým příspěvkem do debaty o nebezpečí zneužití biologických agens na počátku 21. století.

Závěr

Zneužití biologických agens k teroristickým účelům, je reálnou a vysoce nebezpečnou hrozbou pro civilní obyvatelstvo jakéhokoli státu. Tuto skutečnost, můžeme potvrdit z několika již realizovaných akcí, které v průběhu 20. a 21. století zasáhly svět. Nikdy naštěstí nedošlo k útoku velkého rozsahu, který by vyvolal epidemii. Naneštěstí i parciální útoky, přinášejí velké riziko šíření nákazy. Nebezpečí a eticky negativní rozměr použití biologických zbraní znamenalo postavení těchto zbraní pod dohled mezinárodních smluv. Mezinárodní terorismus žádnou kontrolu nemá. Právě růst mezinárodního terorismu na počátku 21. století, spojený s rozmachem organizace al-Kaida, znamenal další hlubokou debatu o nebezpečí proliferace biologických agens. Obava z použití biologických zbraní, popřípadě jejich nekontrolované cílené šíření, stály mimo jiné i za invazí do Iráku v roce 2003. Přes vysoký potenciál způsobit masové ztráty zůstalo zneužití biologických agens teroristy jen v rukou jednotlivců. Ti naneštěstí nedosáhli žádného hmatatelného úspěchu. Debata o bioterorismu byla na počátku 21. století, díky tomu, převážně mediální bitvou politiků.

Seznam použité literatury

1. EICHLER, J.: *Terorismus a války v době globalizace*. Karolinum, Praha 2010. s 274-278, ISBN 978-80-246-1790-9.
2. Úřad pro obrannou standardizaci, katalogizaci a státní ověřování jakosti, odbor obranné standardizace AAP-6, *Slovník termínů a definic NATO*, Praha 2014, s. 126.
3. www.sukl.cz/leciva/vyr-32-seznam-definic, online [cit. 25. 8. 2017]
4. LEVEN, K. H. *Biological Warfare-Perspectives from Premodern History*. Nova Acta Leopoldina, 2005, Vol. 92, s. 20-22.

5. KLIETMANN, W., RUOFF, K. *Bioterrorism: Implications for the Clinical Microbiologist*, in: *Clinical Microbiology Reviews*, 2001, Vol. 14, No. 2, s. 368.
6. KLIETMANN, W., RUOFF, K. *Bioterrorism: Implications for the Clinical Microbiologist*, in: *Clinical Microbiology Reviews*, 2001, Vol. 14, No. 2, s. 366.
7. UNOG, *Membership of the Biological Weapons Convention*, dostupné z: [https://www.unog.ch/80256EE600585943/\(httpPages\)/7BE6CBBEA0477B52C12571860035FD5C?OpenDocument](https://www.unog.ch/80256EE600585943/(httpPages)/7BE6CBBEA0477B52C12571860035FD5C?OpenDocument), online [cit. 18. 8. 2018].
8. Úmluva o zákazu výroby a hromadění zásob bakteriologických a toxinových zbraní a o jejich zničení, vydaná jako vyhláška v zákonu č. 96/1975 Sb. dostupné z: [tps://www.sujb.cz/zakaz-biologickych-zbrani/umluva-o-zakazu-vyvoje-vyroby-a-hromadeni-zasob-bakteriologickych-biologickych-a-toxinovych-zbrani-a-o-jejich-zniceni/](https://www.sujb.cz/zakaz-biologickych-zbrani/umluva-o-zakazu-vyvoje-vyroby-a-hromadeni-zasob-bakteriologickych-biologickych-a-toxinovych-zbrani-a-o-jejich-zniceni/), online [cit 18. 8. 2018].
9. EICHLER, J. *Terorismus a války v době globalizace*. Karolinum, Praha 2010. s. 270-311. ISBN 978-80-246-1790-9.
10. *Amerithrax or Anthrax Investigation*. dostupné z: <https://www.fbi.gov/history/famous-cases/amerithrax-or-anthrax-investigation>, online [cit 19. 8. 2018]
11. EICHLER, J. *Terorismus a války v době globalizace*. Karolinum, Praha 2010. s 270-311, ISBN 978-80-246-1790-9.
12. Warrick, J.: *Vzestup Islámského státu*, s. 102-103. Jota, Brno 2016. ISBN 978-80-7462-968-6.
13. ADAMÍČKOVÁ, N.: *Tvrdík přinesl do sněmovny antrax*. dostupné z: <https://www.novinky.cz/domaci/947-tvrdik-prinesl-do-snemovny-antrax.html>, online [cit 20. 8. 2018]

Kontakt na autora**PhDr. Václav Adámek**

student doktorského studijního programu

ČVUT v Praze

Fakulta biomedicínského inženýrství

Katedra zdravotnických oborů a ochrany obyvatelstva

e-mail: ksklibus@seznam.cz

Recenze: prof. Ing. Gustav Šafr, DrSc. (ČVUT v Praze, Fakulta biomedicínského inženýrství)

MOTIVÁCIA DOBROVOĽNÍKOV V OBČIANSKOM ZDRUŽENÍ ANIMÁTORI DONA BOSCA

The Motivation of Volunteers in Civil Association Animators of Don Bosco

Bc. Jana Aradská, doc. PaedDr. ThDr. Monika Zaviš, PhD.

Univerzita Komenského v Bratislave, Pedagogická fakulta

Abstrakt

Vykonávať dobrovoľnícku činnosť je možné v podstate všade. Dobrovoľníci pracujú v rôznych oblastiach a na rôznych pozíciách, pričom bežne poskytujú pomoc sociálne najzraniteľnejším skupinám. Aby sa mohol dobrovoľník v plnom rozsahu realizovať a naplňovať ciele organizácie, je nevyhnutné, aby organizovanie, vedenie, hodnotenie a ostatné súčasti manažmentu dobrovoľníctva boli vykonávané efektívne. Na docieľenie efektívnosti je nevyhnutné poznať motívy, pre ktoré sa ľudia rozhodli pracovať v konkrétnej organizácii. V našom príspevku je predstavené Občianske združenie Animátori Dona Bosca, ktoré pôsobí v Komárne, a prieskum sme zamerali na motiváciu dobrovoľníkov, ktorí zabezpečujú chod a rôzne aktivity tohto združenia.

Kľúčové slová: dobrovoľníctvo, dobrovoľník, motivácia, služba, spoločenstvo

Abstract

Carrying out volunteering is basically possible everywhere. Volunteers work in different areas and in different positions, usually providing assistance to the socially most vulnerable groups. In order to enable the volunteer to be fully implemented and to meet the organization's goals, it is essential that the organization, leadership, evaluation and other components of the volunteer management are carried out effectively. So as to achieve efficiency, it is necessary to know the motives for which people have decided to work in a specific organization. Our contribution introduces the Civil Association Animators of Don Bosco, which operates in Komarno, and we

focus on the motivation of volunteers who ensure the running and various activities of this association.

Key words: volunteering, volunteer, motivation, service, community

Úvod

Dobrovoľníci vykonávajú činnosti, na ktoré štátny sektor nemá prostriedky, a o ktoré súkromný sektor nejaví záujem. Dobrovoľník ponúka v rámci tretieho sektora konkrétnej organizácii svoje schopnosti, vedomosti, skúsenosti a zručnosti za určitých dohodnutých podmienok bez nároku na finančnú odmenu. Dobrovoľníctvo je neodmysliteľnou súčasťou každej modernej spoločnosti, prispieva k sociálnemu a aj hospodárskemu rozvoju, nie je však fenoménom a výdobytkom súčasnosti, pretože v rôznych formách tu existovalo už v dávnej minulosti. Podstata tejto činnosti sa však za celé stáročia nemenila a hlavnou myšlienkou dobrovoľníctva stále zostáva altruistická pomoc tým, ktorí ju potrebujú. Naplňa sociálne potreby, potreby sebarealizácie a pozitívneho názoru na samého dobrovoľníka a na spoločnosť.

Skúmame motiváciu mladých ľudí vo veku 15-27 rokov, dobrovoľníkov, ktorí pôsobia v Občianskom združení Animátori Dona Bosca (OZ ADB) v Komárne na Slovensku. Použili sme kvantitatívnu metódu dotazníka a po analýze a interpretácii výsledkov sme sa snažili koncipovať konkrétne odporúčania pre prax, ktorá dobrovoľníctvo podporuje a prispieva k osobnostnému rastu každého záujemcu/-kyňu o túto vznešenú činnosť.

Fenomén dobrovoľníctva

V odbornej literatúre nachádzame viaceré alternatívy, ako definovať dobrovoľníctvo. Müllerová uvádza nasledovnú definíciu: „Dobrovoľníctvo je vedomá, slobodne zvolená činnosť v prospech druhých, ktorú poskytujú ľudia bezplatne. Dobrovoľníctvo môže byť profesionálne organizované, napriek tomu nestráca svoju

spontánnosť. Je pravidelným a spoľahlivým zdrojom pomoci pre organizácie, otvára priestor ako osloviť širokú verejnosť“ (Müllerová 2011). Marček hovorí o dobrovoľníctve, že je veľmi prínosné pre spoločnosť a osobitne pre organizácie občianskej spoločnosti. Tiež uvádza, že dobrovoľníctvo zvyšuje účasť občanov na spoločenskom živote, pomáha budovať miestne vzťahy a vytvára pocit zodpovednosti za riešenie problémov danej komunity (Marček 2008). Dobrovoľníci pracujú najmä v oblasti sociálnych služieb (Oláh – Iglárová 2015), životného prostredia, kultúry a umenia, športu, náboženských a cirkevných aktivít, detských a mládežníckych organizácií, v rámci vzdelávania a výskumu, humanitárnej pomoci, etc.

Lake uvádza 4 negatíva, ktoré môžu viesť nadšených dobrovoľníkov k dočasnej strate ich záujmu o túto činnosť alebo dokonca k definitívnemu odchodu z radu dobrovoľníkov:

1. **časová náročnosť** – ak je niekto pracujúci, alebo má rodinu, musí si veľmi dobre a dôkladne premyslieť, koľko hodín môže tomu venovať, aby nebol prepracovaný;
2. **nedostatok financií** – aj keď niečo robíme zadarmo, emocionálne by sa nám to malo vrátiť, preto je dobré túto prácu dobrovoľníka robiť popri zamestnaní, lebo človek musí z niečoho žiť a dobrovoľníctvo nie je o peniazoch;
3. **personálne konflikty** – keďže ide o prácu s ľuďmi, ktorí môžu byť a aj sú častokrát úplne odlišní od osoby dobrovoľníka, prirodzene môže nastať situácia, že sa nemusia zhodnúť, dokonca môžu vzniknúť konflikty, čo pre niekoho môže byť stresujúce. Výsledkom môže byť veľký odklon od tej cesty, ktorou chcel dobrovoľník ísť; tiež ho môže hnevať správanie ľudí, s ktorými sa musí kontaktovať. Dôležité však je, aby nestratil prvotný cieľ pomáhať;
4. **vplyv na zdravie** – dobrovoľníctvo výrazne pôsobí na mentálne, emočné aj fyzické problémy spojené so zdravím dobrovoľníka, pričom platí, že čím viac niekto pracuje v dobrovoľníctve, tým viac je vystavovaný situáciám, keď je pod stresom, frustráciou alebo strachom. Tieto negatívne emócie môžu viesť k zhoršeniu fyzického stavu. Pri

pomoci iným sa môže zdravotný stav dobrovoľníka zhoršiť. Paradoxom je, že dobrovoľník síce pomáha, ale jemu sa pohorší (Lake, 2018).

Osoba dobrovoľníka a jeho motivácia

Slovo dobrovoľník po latinsky znie *voluntarius*, čo znamená ochotný, naklonený. Známejšia je anglická verzia, ktorá, zrejme, pochádza z tej latinskej, t.j. *volunteer*. Zmyslom života dobrovoľníka je ponúknuť seba ako nástroj, pomôcť druhým a nečakať za to žiadnu odmenu. Skúsení dobrovoľníci sú zvyčajne ľuďmi s veľkým srdcom, ako uvádza Šípošová: „Patria sem aj tí, ktorí sú dostatočne ekonomicky zabezpečení a ktorí často hovoria: „Mám čo jesť, mám si čo obliecť, mám strechu nad hlavou, mám svoju rodinu a už nič nepotrebujem – chcem teda pomáhať druhým, ktorí to ešte nemajú“ (Šípošová 2011). Dobrovoľníctvo dáva okrem pocitu spolupatričnosti, sebarealizácie, uspokojenia a množstva praktických skúseností najmä príležitosť pomôcť človeku a tým ho urobiť šťastným.

Podľa *Zákona o dobrovoľníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov, zákon č. 406/2011 Zbierky zákonov* je dobrovoľník definovaný ako „fyzická osoba, ktorá na základe svojho slobodného rozhodnutia bez nároku na odmenu vykonáva pre inú osobu s jej súhlasom v jej prospech alebo vo verejný prospech dobrovoľnícku činnosť založenú na svojej schopnosti, zručnosti alebo vedomosti a splňa podmienky ustanovené týmto zákonom, ak dobrovoľnícku činnosť

- a) vykonáva mimo svojich pracovných povinností, služobných povinností a študijných povinností vyplývajúcich jej zo zákona, z pracovnej zmluvy, zo služobnej zmluvy, zo študijného poriadku alebo z iného obdobného pre neho záväzného dokumentu,
- b) nevykonáva pre orgán alebo funkcionára právnickej osoby, ktorej je členom, zamestnancom, žiakom alebo študentom,
- c) vykonáva mimo svojho podnikania alebo inej samostatnej zárobkovej činnosti.“

Podľa Gymerovej môžeme na Slovensku rozlíšiť tri základné typy dobrovoľníkov. V prvom rade, sú to *ľudia pracujúci v organizácii bez akejkoľvek finančnej náhrady a kompenzácie*, ktorým stačí pocit, že pomáhajú a sú užitoční, robia to z presvedčenia. Nie je pravidlom, že dobrovoľníci musia pôsobiť v rámci nejakej konkrétnej organizácie. Ako príklad uvádzame žiakov a študentov, členov istých združení a organizácií, ktorí sa popri svojej špecializovanej činnosti (turisti, dobrovoľní hasiči, členovia klubov dôchodcov apod.) venujú dobrovoľníckej činnosti ako doplnkovej aktivite, do ktorej sa zapájajú individuálne, alebo v týchto záujmových skupinách. Druhým typom dobrovoľníkov sú *odborníci, ktorí poskytujú vysoko špecializované služby a ktorí sú hodnotení nejakou kompenzáciou finančnej odmeny*, avšak len v malej miere. Napokon sú to *členovia správnych rád mimovládnych organizácií*, ktorých činnosť pozostáva napríklad z toho, že sa venujú získavaniu finančných prostriedkov na dobrovoľníctvo, zostavujú plány aktivít, venujú sa okrem iného vzdelávaniu a tréningom dobrovoľníkov apod. (Gymerová 2007).

Mydlíková uvádza tieto najčastejšie motívy a očakávania dobrovoľníkov:

- pocit sebanaplnenia a zmysluplnej obete (25 %),
- láska k blížnemu, dávanie a prijímanie milosrdenstva (29 %),
- pocit užitočnosti a potrebnosti (15 %),
- vytváranie a prijímanie sociálnych kontaktov (12 %),
- získanie istých skúseností (8 %),
- citové a vedomostné obohatenie (7 %),
- možnosť vykonávať zmeny v spoločnosti (3 %),
- objavenie v sebe novej skrytej dimenzie (1 %) (Mydlíková 2002).

Udržať si dobrovoľníkov v organizácii znamená aj predchádzať nebezpečenstvu ich vyhorenia. Príčiny vyhorenia dobrovoľníkov sú rôzne:

- veľký rozdiel medzi očakávaním a skutočnou činnosťou,
- pocit, že ich pomoc je zbytočná,
- žiadna spätná väzba, pochvala ani ocenenie,

- úlohy sú príliš rutinné, bez rozmanitosti,
- nedostatočná podpora spolupracovníkov – aj zamestnancov organizácie,
- úloha, tím im neprináša takmer žiadnu prestíž,
- činnosť im nedáva možnosť osobného rastu,
- príliš malé možnosti prejavu iniciatívy či tvorivosti,
- napätie medzi spolupracovníkmi (Tošner - Sozanská 2006).

Empirická časť

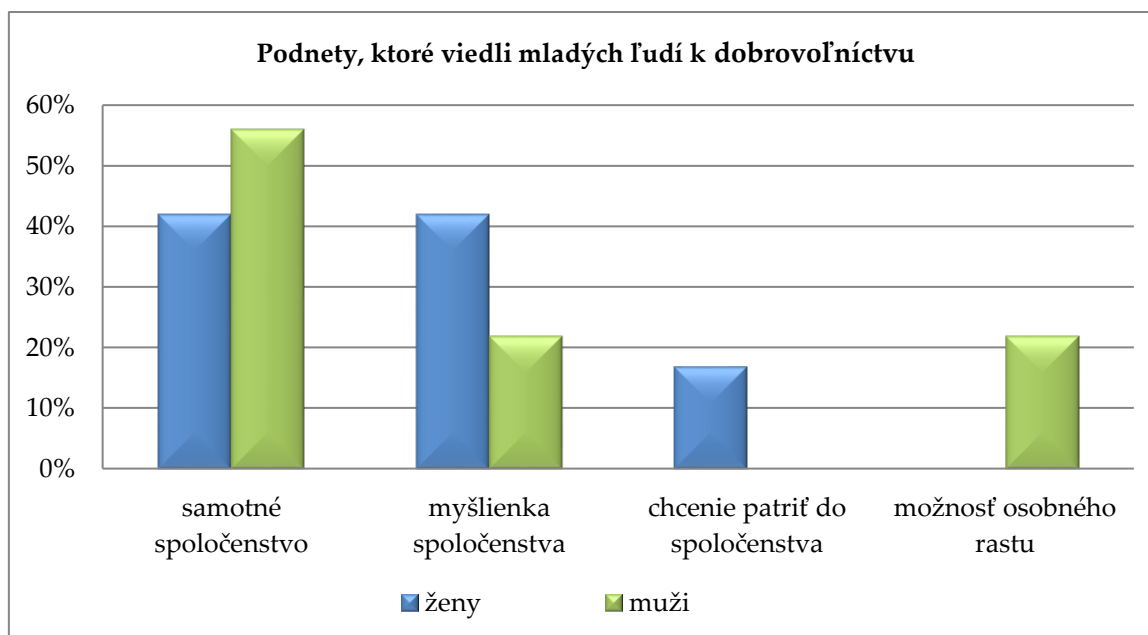
Prieskum motivácie dobrovoľníkov sme realizovali v Občianskom združení Animátori Dona Bosca v Komárne, ktoré oficiálne vzniklo 4. novembra 2015. Ide o združenie mladých lídrov, ktoré hľadá odpovede na otázky: kto, čo, prečo, ako a s kým. Nadväzuje na činnosť známeho rehoľníka Dona Bosca, ktorý svojou radosťou, rodinnosťou, nápadmi, nádejou a víziou ovplyvnil životy mnohých. Don Bosco, občianskym menom Giovanni Melchior Bosco, sa narodil 16. augusta 1815 v Turíne. V detstve osirel a keďže pochádzal z chudobnej rodiny, ako 11-ročný musel odísť z domu. Pracoval u sedliakov, ale každú nedeľu, ktorá bola jediným voľným dňom, sa venoval apoštolátu medzi chlapcami; oboznamoval ich s kresťanstvom a učil ich prežívať život naplno v duchu lásky a dobra. Túto jeho prácu medzi chlapcami si všimol jeden starší kňaz a viedol ho k tomu, aby sa Giovanni vzdelával. Ako 16-ročný nastúpil na štúdiá teológie, neskôr ho vysvätili za kňaza a od roku 1846 začal pôsobiť ako duchovný v turínskom predmestí Valdocco, ktoré malo veľmi zlú povesť. Pre Dona Bosca to však bola výzva. Zámerne chcel pôsobiť medzi mladými chlapcami z týchto pomerov a vyhľadával aj takých, ktorí sa práve vrátili z väzenia a potrebovali pomoc. Don Bosco postavil svoju výchovnú činnosť na preventívnom systéme s 3 piliermi – láskavosť, nábožnosť a rozum. Práve tieto motivovali aj mladých ľudí zo združenia Animátori Dona Bosca v Komárne. Základným prostriedkom naplňovania cieľa združenia je dlhodobá, pravidelná činnosť stretávania.

Typickými formami pôsobenia združenia sú:

- tábory, výlety a športové aktivity,
- spoločenské podujatia, kultúra a umenie (hudba, divadlo, organizovanie plesov apod.),
- duchovné obnovy, duchovné cvičenia a iné duchovné aktivity,
- vzdelávanie (kurzy, školenia, semináre, vedomostné súťaže).

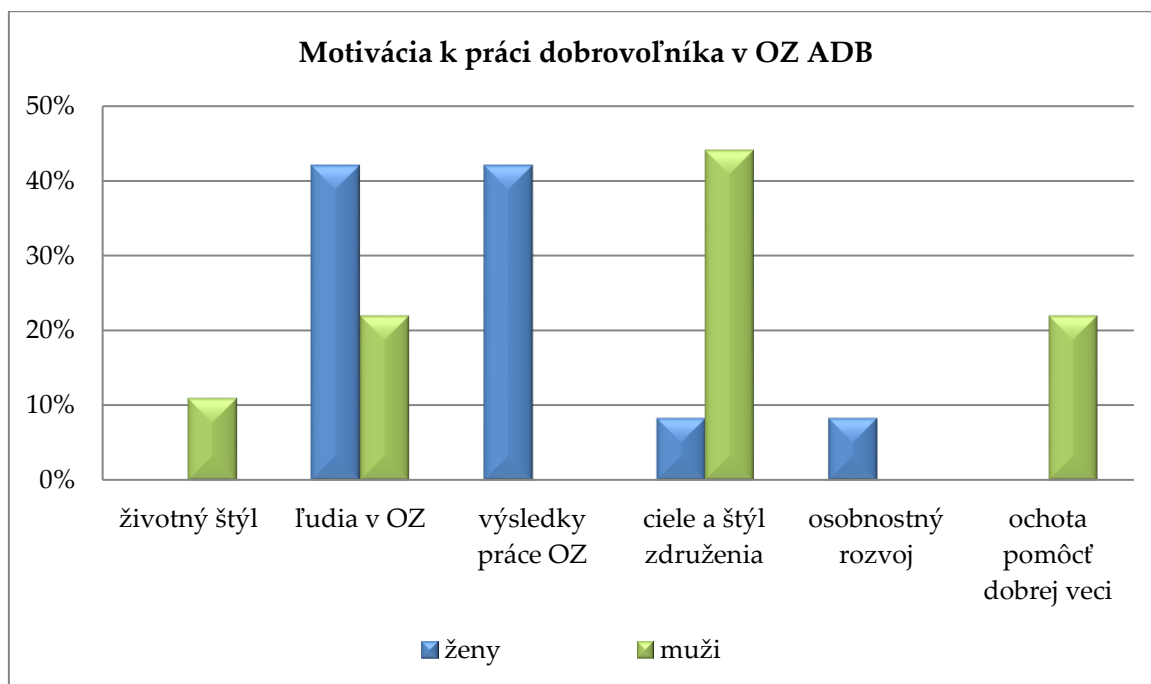
Prieskum sme uskutočnili v marci 2017 prostredníctvom dotazníka, ktorý bol respondentom zaslaný emailom. Do prieskumnej vzorky bolo oslovených 25 respondentov, dobrovoľníkov OZ ADB, z ktorých dotazník vyplnilo 21 respondentov. Z celkového počtu respondentov bolo 44 % mužov a 56 % žien. Najviac respondentov bolo vo veku od 17 do 22 rokov, z celkového vekového rozpätia respondentov, t.j. 15 – 27 rokov. Dotazník pozostával celkovo z 13 otázok, z ktorých pre potreby nášho článku vyberáme nasledovné 4, aj s uvedením percentuálneho prehľadu odpovedí:

1. Ktoré podnety u vás spustili záujem o dobrovoľnícku činnosť?



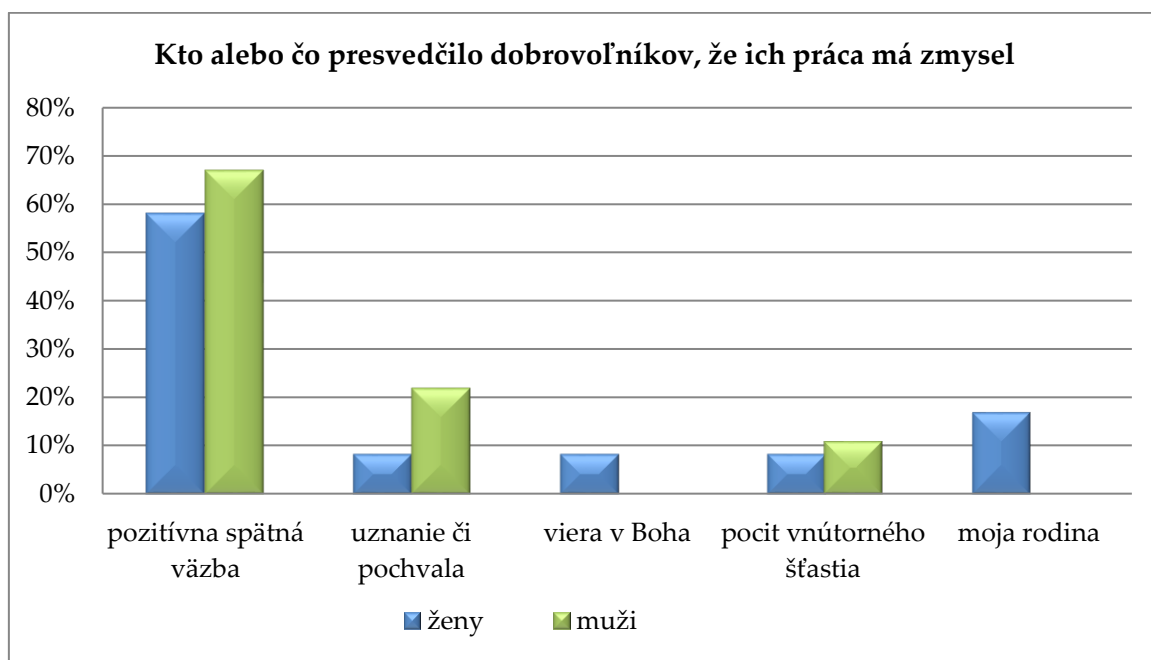
Graf č. 1: Podnety, ktoré viedli mladých ľudí k dobrovoľníctvu [zdroj: vlastný]

2. Čo vás motivovalo k práci dobrovoľníka OZ ADB?



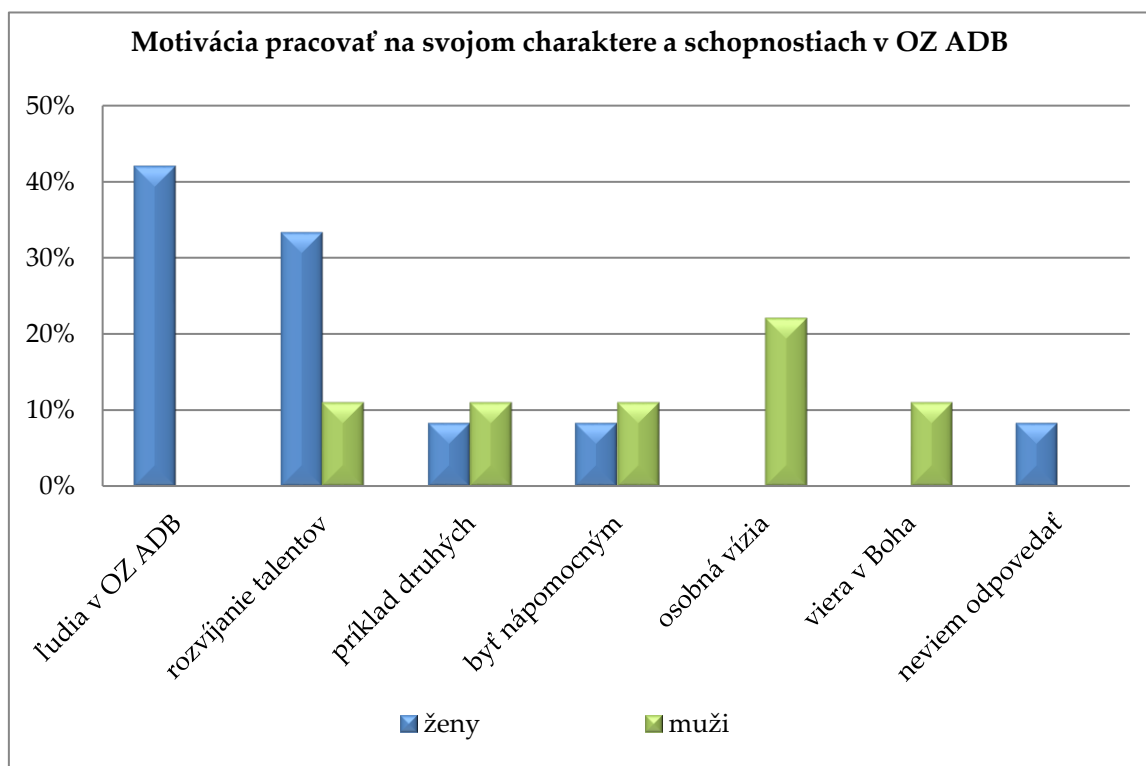
Graf č. 2: Motivácia k práci dobrovoľníka v OZ ADB [zdroj: vlastný]

3. Kto alebo čo vás presvedčilo, že vaša práca, ako práca dobrovoľníka OZ ADB má zmysel?



Graf č. 3: Kto alebo čo presvedčilo dobrovoľníkov, že ich práca má zmysel [zdroj: vlastný]

4. Kto alebo čo je zdrojom vašej motivácie pracovať na svojom charaktere a schopnostiach v OZ ADB?



Graf č. 4: Motivácia pracovať na svojom charaktere a schopnostiach v OZ ADB [zdroj: vlastný]

Na základe odpovedí sme zistili, že väčšine opýtaných respondentov sa dobrovoľníctvo spája so službou druhým, ktorú s radosťou vykonávajú bez nároku na mzdu. Väčšina opýtaných sa rozhodla pre dobrovoľníctvo preto, že chceli byť v spoločenstve mladých ľudí, farníkov mesta, ktorí svoj voľný čas venovali tomu, aby motivovali a inšpirovali obyvateľov svojho mesta k lepšiemu, hodnotnejšiemu spôsobu života.

Konštatujeme, že osobnostné zmeny dobrovoľníkov po vstupe do OZ ABD uviedli všetci respondenti, veriaci mladí ľudia, ktorí popri dobrovoľníckej činnosti mali možnosť byť odborne vyškolení, absolvovali kurzy, duchovné cvičenia, čo malo vplyv na ich osobnosť v štyroch oblastiach, ako je viera, rodina, vzdelávanie a zmysluplné

trávenie voľného času s tými, s ktorými dobrovoľník pracuje. Tieto štyri oblasti sú zahrnuté do 4 pilierov preventívneho systému Dona Bosca, ktorým sa riadia všetky akcie organizované OZ ADB. Pozitívnym motivátorom bola pochvala od priateľov alebo rodiny, ale aj uznanie. Vízia dobra ich utvrdzuje v tom, že to, čo robia, je správne. Oslovení dobrovoľníci pocítili obohatenie aj v súkromnom živote, konkrétne v aspekte osobnostného rastu.

Záver a odporúčania pre prax

Práca dobrovoľníkov je pre komunitu a spoločnosť veľmi dôležitá a prospešná. Z toho dôvodu je potrebné udržať záujem dobrovoľníkov o tieto aktivity a vytvárať im podmienky, aby sa tejto práci mohli venovať naplno, čím dlhšie a s osobným uspokojením. Na základe prieskumu, ale aj osobnej dobrovoľníckej skúsenosti autoriek tohto príspevku, formulujeme niekoľko odporúčaní pre prax:

- Jednotlivé aktivity dobrovoľníkov je potrebné organizovať a usmerňovať tak, aby dobrovoľníci nemali pocit, že ich práca je zbytočná. S tým súvisí racionálny odhad toho, na čo je zameraná činnosť, do akej miery je efektívna a či je dobre rozložená s prihliadnutím na čas a možnosti dobrovoľníkov, aby nedošlo k ich preťaženiu.
- Ak zisťujeme u dobrovoľníkov rozdiel medzi ich očakávaniami a skutočnou činnosťou, tak túto situáciu je potrebné riešiť pohovorom, trpezlivým vysvetľovaním a porovnávaním názorov dobrovoľníka s celkovým cieľom skupiny dobrovoľníkov, v ktorej pôsobí.
- Motiváciou v práci dobrovoľníka je pochvala, hoci aj za malý pokrok, pretože musíme mať na zreteli, že pozitívny postoj k výsledkom práce a citlivá formulácia hodnotenia dokážu zázraky, povzbudia a prinášajú pocit uspokojenia. Spätná väzba v skupine dobrovoľníkov je nevyhnutná. Častokrát upozorní na chybný krok a dokáže dobrovoľníka usmerniť, aby jeho výkon bol správny a ešte lepší.
- Malé možnosti prejaviť iniciatívu a tvorivosť poukazujú na fakt, že ten, kto vedie dobrovoľníkov, prejavuje prílišnú dominanciu, nedostatočne rešpektuje názory iných,

nie je schopný kompromisov a diskusie. Dôsledkom toho je dusivá atmosféra medzi dobrovoľníkmi, nezáujem o prácu, rutina a nezriedka aj koniec práce dobrovoľníka. Formálne či neformálne skupiny dobrovoľníkov by mali veľmi dobre zvážiť, kto stojí na ich čele, ako sa správa, ako zvláda svoju pozíciu koordinátora. Je na škodu veci, keď práve takéto osoby svojím pôsobením, hoci s dobrým úmyslom, demotivujú dobrovoľníkov.

- Nedostatočná podpora je znakom toho, že tí, ktorí vedú dobrovoľníkov, sú málo empatickí voči nim, aj keď sa venujú ušľachtilým cieľom. Toto má za následok, že dobrovoľník, hlavne v mladom veku, sa cíti nedocenený, stráca motiváciu a chuť pokračovať v tejto činnosti, po čase sa stáva apatickým a neraz stráca záujem.
- Osobnostný rast by mal byť samozrejmosťou súčasťou práce dobrovoľníka. Je potrebné s ním neustále komunikovať, pravidelne sa stretávať, pýtať sa na jeho názory, postoje, očakávania a pripomienky, aby mal pocit, že je záujem nielen o jeho prácu, ale aj o to, čo mu to prináša, ako sa cíti, čo ho teší i trápi. Tento prístup je podľa nášho názoru veľmi dôležitý hlavne medzi mladými dobrovoľníkmi, pretože v opačnom prípade ich nadšenie rýchlo opadne a to ovplyvní ich názor, či sa budú naďalej venovať dobrovoľníctvu, alebo stratia záujem.

Zoznam použitej literatúry

1. GYMERSKÁ, M. et al. 2007. *Dobrovoľníctvo – efektívna študentská prax*. Bratislava: Asociácia supervízorov a sociálnych pracovníkov, 2007. ISBN 978-80-968713-4-6.
2. LAKE, R. 2018. Disadvantages of Volunteer Work. 2018. In *Classroom, Leaf Group* [cit. 2018-04-15]. Dostupné na internete: <https://classroom.synonym.com/disadvantages-volunteer-work-2250.html>.
3. MARČEK, E. 2008. *Dobrovoľníctvo a právna úprava*. Bratislava: Nadácia otvorenej spoločnosti. Open Society Foundation, 2008. ISBN 978-80-969271-6-6.
4. MÜLLEROVÁ, M. et al. 2011. *Dobrovoľníctví pro kulturu*. Praha: Publikace Institutu umění – Divadelního ústavu, 2011. ISBN 978-80-7008-268-3.

5. MYDLÍKOVÁ, E. et al. 2002. *Dobrovoľníctvo na Slovensku alebo čo si počať s dobrovoľníkom*. Bratislava: ASSP, 2002. ISBN 80-968713-0-7.
6. OLÁH, M. – IGLIAROVÁ, B. 2015. *Sociálne služby v legislatíve a praxi*. Bratislava: Iris, 2015. ISBN 978-80-89726-35-9.
7. ŠÍPOŠOVÁ, I. 2011. Dobrovoľníctvo – služba so srdcom. In *Sociálna práca* 4/2011, roč. 11. Brno: Asociace vzdelávateľů v sociální práci, 2011. ISSN 1213-6204. S. 20 - 21.
8. TOŠNER, J. - SOZANSKÁ, O. 2006. *Dobrovoľníci a metodika práce s nimi v organizáciach*. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-178-6.
9. Zákon NR SR č. 406/2011 Z. z. o dobrovoľníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov [cit. 2017-03-04]. Dostupné na internete: www.zakonypreludi.sk/zz/2011-406.

Kontakt na autorku

doc. PaedDr. ThDr. Monika Zaviš, PhD.

Univerzita Komenského v Bratislave

Pedagogická fakulta

Katedra pedagogiky a sociálnej pedagogiky

e-mail: zavis@fedu.uniba.sk

Recenze: Mgr. Martina Dingová Šliková (ČVUT v Praze, Fakulta biomedicínského inženýrství)

ANALÝZA A KOMPARACE POVODŇOVÝCH UDÁLOSTÍ V ORP BEROUN V LETECH 2002 A 2013

Analysis and Comparison of Flood Events in the Municipality with Extended Competence Beroun in years 2002 and 2013

Bc. Anežka Bayerová

ČVUT v Praze, Fakulta biomedicínského inženýrství

Abstrakt

Cílem bakalářské práce bylo provedení analýzy a následné komparace průběhu a následků povodní, které zasáhly území obce s rozšířenou působností (dále jen ORP) Beroun v letech 2002 a 2013. K vypracování byly využity metody analýza, rozhovor a komparace. V praktické části byla provedena analýza průběhu povodní, provedení evakuace, nasazení sil a prostředků, následků a škod vzniklých během povodní na území ORP Beroun v letech 2002 a 2013. Výsledky analýzy byly následně porovnány a byla navržena opatření na zlepšení protipovodňové ochrany.

Klíčová slova: obec s rozšířenou působností Beroun, povodně, protipovodňová ochrana

Abstract

The aim of the bachelor paper is to perform an analysis and subsequent comparison of the course and consequences of floods, which affected the territory of municipality with extended competence Beroun (ORP) in the years 2002 and 2013. The methods of analysis, interview and comparison were used to perform the research.

The practical part includes an analysis of the course of floods, evacuation procedure, deployment of forces and means, consequences and damages caused by floods in the Beroun territory in the years of 2002 and 2013. The results of the analysis were

subsequently compared and measures were proposed to improve the anti-flood protection.

Keywords: municipality with extended competence Beroun, floods, anti-flood protection

Úvod

Bezpečnostní strategie České republiky (dále jen ČR) definuje základní hrozby, jejichž působení může mít zásadní dopad na zájmy státu, jimiž jsou především zajištění svrchovanosti, územní celistvosti, demokratických zásad a principů právního státu, zajištění ochrany života, zdraví a majetku obyvatel. Jednou z nejčastějších hrozeb, které musí obyvatelé ČR čelit, jsou pohromy přírodního charakteru. Z hlediska polohy státu, meteorologických a hydrologických poměrů se jedná především o povodně. Povodně se na území ČR vyskytují často a nezávisle na ročním období, působí značné škody především na obecním a soukromém majetku, na životním prostředí a ohrožují život a zdraví obyvatel. Vzniku přirozených povodní nelze zabránit, avšak vybudováním účinného systému protipovodňové ochrany lze minimalizovat jejich následky.

Významným rokem v historii povodní je rok 2002, ve kterém území ČR postihly ničivé povodně, jejichž následky byly přímo katastrofální. Tyto povodně byly hnací silou k přehodnocení stávajících mechanismů v oblasti ochrany před povodněmi. Mnoho měst si po zkušenosti s povodněmi v roce 2002 v následujících letech vybudovaly či inovovaly protipovodňová opatření.

Příčiny povodně v roce 2002

Srpnové povodně v roce 2002 byly zapříčiněny působením dvou tlakových níží, které postupně přešly přes území ČR. 6. 8. začala první tlaková níže ovlivňovat jižní, západní a střední Čechy a jižní Moravu trvalým deštěm a přívalovými srážkami.

Nejvyšší úhrny srážek pohybující se v rozmezí od 130 – 200 mm byly naměřeny na jihu Šumavy a Novohradských hor. Toky v jižních a západních Čechách během první vlny srážek kulminovaly na úroveň Q100. 8. 8. tlaková níže opustila území ČR a vydatné srážky ustaly (1).

11. 8. 2002. dorazila z jihu další tlaková níže a zasáhla vydatnými trvalými srážkami postupně celé území ČR. Nejvyšší intenzity srážek byly naměřeny převážně v horských oblastech, přičemž nejvíce srážek spadlo v oblasti Krušných hor a to místy až 200-300 mm. Následně krátkodobé, přesto intenzivní srážky způsobily v závislosti na předchozím nasycení půdního profilu prudký vzestup hladin toků. Kulminační stavy znovu přesáhly Q100. Srážky na území ČR začaly slábnout 13. 8. a následující den zcela ustaly (1).

Popsaná hydrometeorologická situace na území ČR zapříčinila vznik dvou vln povodní, které zasáhly území okresu Beroun. První povodeň zasáhla toto území ve dnech 8. - 9. 8. a druhá probíhala v rozmezí od 12. - 18. 8. (1).

Příčiny vzniku povodně v roce 2013

Rozsáhlé povodně, které v roce 2013 zasáhly území ČR převážně v červnu, byly způsobeny několika etapami srážek, což vyplývá z předběžné zprávy o povodni zpracované Českým hydrometeorologickým ústavem. První srážky spadly v Čechách již 26. 5. a další od 29. 5. až do konce měsíce. Po těchto srážkách byla povodí už značně nasycena vodou. Velice rychle reagovalo právě povodí Berounky, které bylo nasycené již 27. 5. (2; 3).

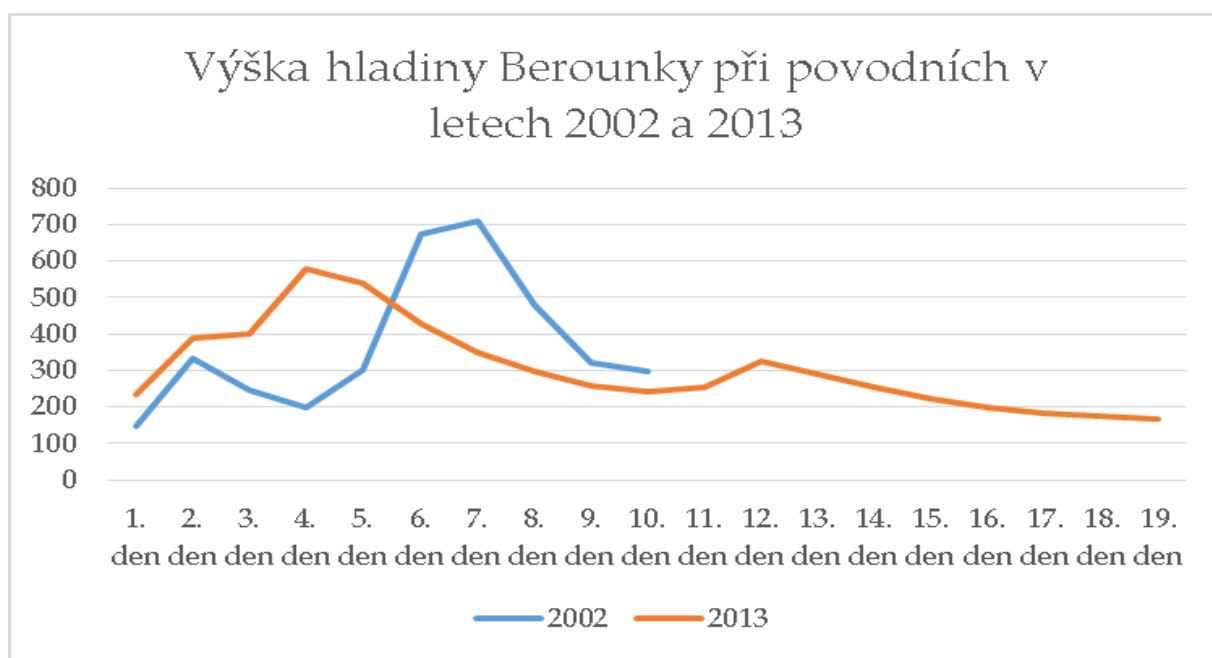
Nejvíce srážek spadlo 1. - 2. 6. na západní a střední části území ČR. V tomto období průměrně napršelo až 100 mm, někde až 180 mm. Další vydatné srážky spadly v rozmezí dní od 9. - 10. 6. Přívalové srážky spojené s bouřkovou činností se v tomto období vyskytovaly na území Čech a v oblasti Jeseníku. Spadlé srážky zapříčinily vznik již podstatně nižší povodňové vlny, která byla zaznamenána na Berounce

a dalších přítocích Vltavy (2). Na základě dosažených kulminačních stavů byla povodeň vyhodnocena jako 20letá až 50letá (4).

24. 6. další vydatné srážky zasáhly převážně východ Čech, oblast Českomoravské vrchoviny a Moravu. Na tuto vlnu srážek již Berounka zvednutím hladiny nereagovala (2).

Porovnání povodňových událostí v orp beroun v letech 2002 a 2013

Při analýze povodňových událostí, které se odehrály na území ORP Beroun v letech 2002 a 2013, jsme se přesvědčili o rozdílném průběhu zmíněných povodní a o jejich stěží srovnatelné intenzitě. Obrázek 1 znázorňuje graf vytvořený na základě informací ze závěrečných zpráv o povodních zpracovaných Městským úřadem Beroun ve spolupráci se zasaženými obcemi. Z grafu je patrné, že popsane povodně mají společný rys v podobě dvou na sebe navazujících vln. V případě povodně z roku 2002, která se odehrála v srpnu, jsme zjistili, že první vlna měla v závislosti na kulminaci při 333 cm na řece Berounce daleko menší dopad, než následující vlna dosahující během kulminace na hodnotu 709 cm. Mezi vlnami byl znatelně kratší interval než v případě červnových povodní v roce 2013. Povodně v roce 2013 měly opačný průběh než v roce 2002. Nejdříve zasáhla území ORP Beroun vlna s vyšší intenzitou, během jejíž kulminace byla na hlásném profilu kategorie A v Berouně naměřena výška hladiny Berounky 578 cm. Druhá již menší vlna přišla až sedm dní po kulminaci první vlny, po které začala hladina Berounky postupně klesat. Berounka podruhé kulminovala při výšce hladiny 327 cm.



Obrázek 1: Výška hladiny Berounky při povodních v letech 2002 a 2013 [zdroj: vlastní]

Během povodní jak v roce 2002 tak i v roce 2013 vyhlásila vláda nouzový stav. Nouzový stav v roce 2002 byl vyhlášen 12. 8. a s prodloužením od 22. 8. trval do 31. 8. Vzhledem ke skutečnosti, že nebylo možné odstranit všechny následky povodní do ukončení nouzového stavu a i nadále docházelo k ohrožování života, zdraví a majetku osob, byl 4. 9. vyhlášen přednostou okresního úřadu Beroun stav nebezpečí, který byl odvolán 23. 9. V případě povodně v roce 2013 byl vyhlášen pouze jeden krizový stav a to nouzový stav. Nouzový stav trval od 2. 6. do 28. 6. 2013.

Evakuace

V tabulce 1 jsme porovnali počty evakuovaných osob při povodních z roku 2002 a 2013, přičemž jsme zjistili, že v roce 2002 bylo evakuováno celkem 1528 osob, zatímco v roce 2013 je evidována evakuace pouze 347 obyvatel. V obcích Hýskov, Králův Dvůr, Nižbor a Zadní Třebáň nebyla v roce 2013 evakuace nutná. Naopak obce Hlásná Třebaň a Karlštejn vykázaly více evakuovaných osob v roce 2013 než v roce 2002. To bylo způsobeno rychlejším nástupem povodně, než tomu bylo v roce 2002.

Tabulka 1: Srovnání počtů evakuovaných při povodních v letech 2002 a 2013[zdroj: vlastní]

obec	počet evakuovaných osob	
	2002	2013
Beroun	900	47
Bavoryně	15	9
Hlásná Třebaň	36	84
Hýskov	101	0
Karlštejn	40	150
Králův Dvůr	70	0
Loděnice	0	1
Nižbor	79	0
Nový Jáchymov	0	2
Srbsko	137	54
Zadní Třebaň	150	0
celkem	1 528	347

Porovnání nasazení sil a prostředků

Informace o aktuálních stavech na tocích a vyhlášených stupňů povodňové aktivity (dále jen SPA) předávala zasaženým obcím v roce 2002 povodňová komise okresu Beroun a v roce 2013 povodňová komise ORP Beroun, která v obou případech brzy přešla pod krizový štáb. Povodňová komise dále řídila nasazení a koordinaci příslušníků HZS a evidovala počty evakuovaných osob. Po skončení povodní vždy zjišťovala povodňové škody a řídila odstraňování následků.

Při analýze činnosti HZS OÚ Beroun během povodní jsme zjistili, že v roce 2002 zasahovali příslušníci HZS až během druhé vlny povodní a součinnost jim poskytovalo 52 SDH, zatímco v roce 2013 již při první vlně a za pomoci 29 SDH. V roce 2013 bylo evidováno 370 událostí souvisejících s povodní, což je o 601 událostí méně,

než tomu bylo při povodních v roce 2002. Činnost příslušníků HZS a pomáhajících SDH byla zaměřena na evakuaci, stavění protipovodňových hrází, pytlování a likvidaci povodňových škod. SDH v obcích zaznamenávaly stav hladin toků a ve městě Beroun sledovala hladinu Berounky a Litavky na hlásných profilech městská policie.

PČR asistovala při evakuaci obyvatel, zajišťovala ochranu majetku v opuštěných obydlích a při červnových povodních v roce 2013 vyzývala obyvatele k přeparkování vozidel z ohrožených oblastí. Kontrolu kvality vody ve veřejných vodovodech a zasažených studních zajišťovala v roce 2013 krajská hygienická stanice stejně tak, jako okresní hygienická stanice v roce 2002. Odvoz a likvidaci uhynulých zvířat prováděla v roce 2002 okresní veterinární správa a v roce 2013 krajská veterinární správa. VaK Beroun, a.s. zajišťovala v letech 2002 a 2013 cisterny pro obce bez pitné vody.

Srovnání následků povodní z let 2002 a 2013

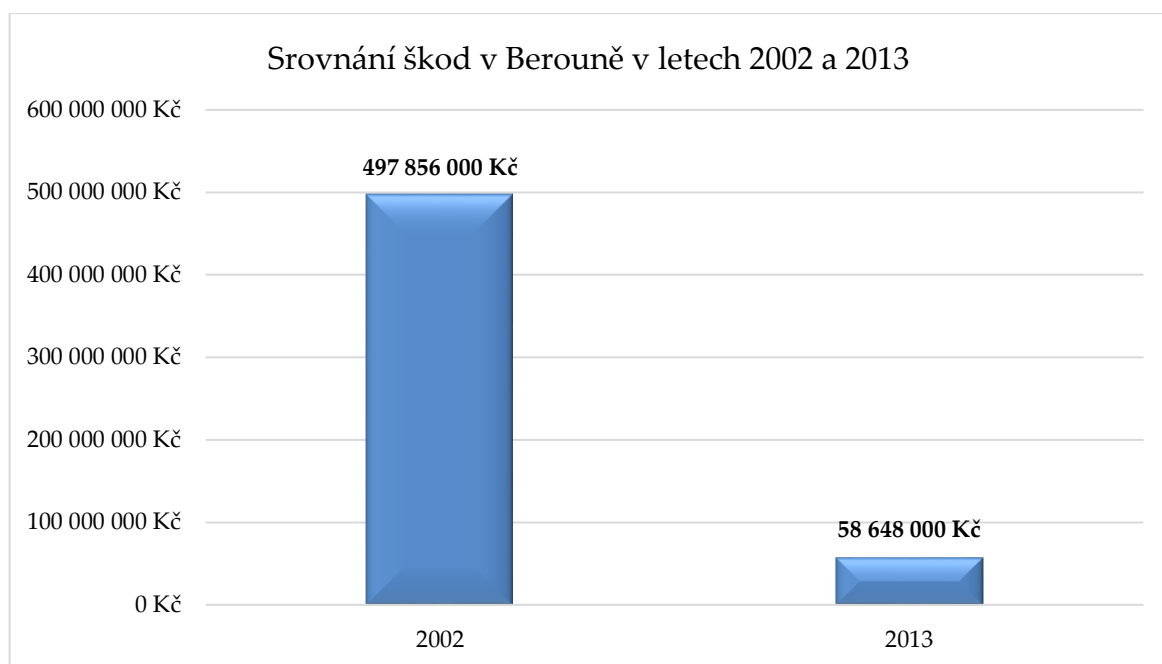
Při analýze následků povodní z let 2002 a 2013 jsme zjistili, že v jejich průběhu bylo nutné z důvodu poškození nebo sesuvů půdy uzavřít několik úseků silnic II. a III. třídy. Během povodně v roce 2002 byly na území okresu Beroun (ORP Beroun a ORP Hořovice) stanoveny uzavírky na 14 silnicích, z toho 4 silnice II. třídy a 10 silnic III. třídy. Na stejném území bylo při povodni v roce 2013 uzavřeno 10 úseků, z toho 3 silnice II. třídy a 7 silnic III. třídy. Na různých úsecích silnic II/116, II/118, II/605 se vyskytovaly problémy s dopravou v obou letech. Společným rysem je taktéž uzavření silnice III/1172 v obci Hředle (ORP Hořovice). Naopak rozdílem je poškození železničních tratí ve směrech z Berouna na Příbram, Prahu a Rakovník, čímž byla při povodni v roce 2002 přerušena železniční doprava. V roce 2013 k narušení plynulosti železniční dopravy nedošlo.

Z analýzy vyplývá, že během obou povodní došlo k odstavení zdrojů pitné vody v několika obcích. Zatímco v roce 2013 bylo nutné zajistit náhradní zdroje pitné vody

ve 14 obcích, v roce 2002 byly povodní znehodnoceny zdroje pouze ve 3 obcích. Náhradní zdroje v obou případech zajistila VaK Beroun, a.s. a v případě povodně v roce 2013 se zapojila i Správa státních hmotných rezerv (dále jen SSHR). SSHR zajistila kontejnery na pitnou vodu pro 7 obcí. Kontaminace vody ve studních v roce 2002 byla na území dnešního ORP Beroun zaznamenána v 6 obcích. V roce 2013 byly v ORP Beroun zasaženy studny v 17 obcích, v důsledku rozvodnění většího počtu vodních toků.

Fenoménem povodně z roku 2013 byly četné sesuvy půdy, které byly zdokumentovány ve 4 obcích. Sesuvy půdy byly způsobeny vysokým podmáčením půdy, což zapříčinilo opakované působení vydatných trvalých srážek již od konce měsíce května. V roce 2002 sesuvy půdy nebyly zaznamenány.

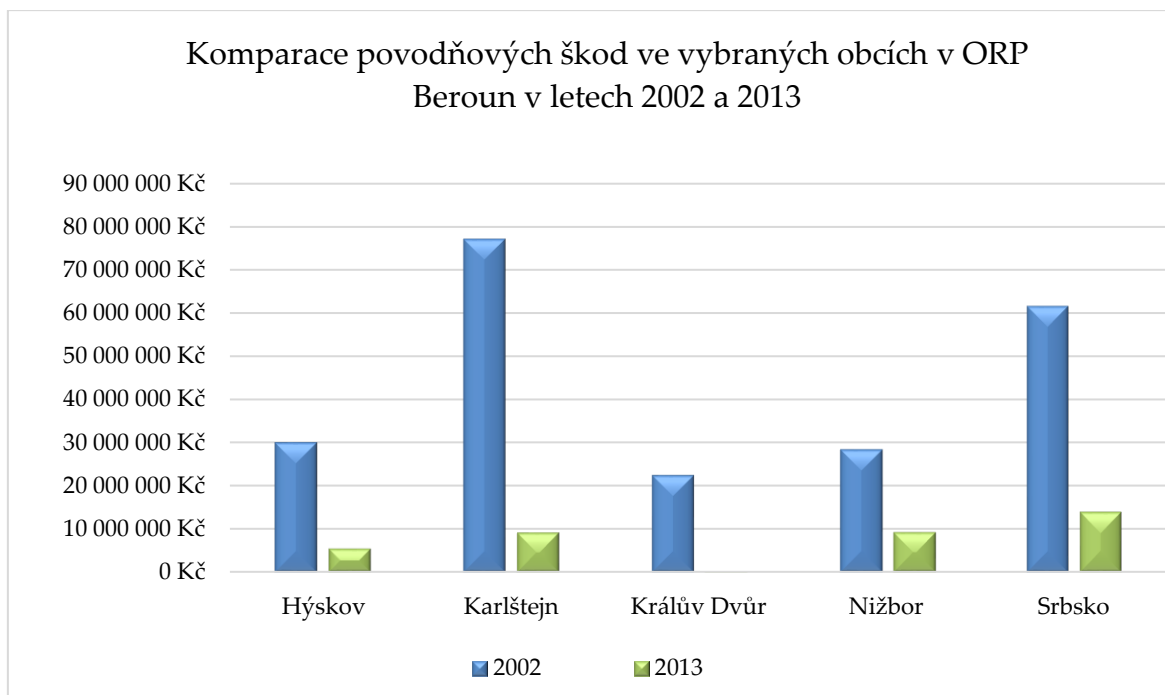
Z analýzy a následné komparace škod vykázaných obcemi spadajícími pod území dnešního správního obvodu ORP Beroun vyplynulo, že škody způsobené povodní v roce 2002 byly několikanásobně vyšší než škody, které byly následkem povodně v roce 2013. Tento fakt demonstruje ničivou sílu povodně v roce 2002. Pro potřeby komparace jsme vybrali města Beroun a Králův Dvůr a obce Hýskov, Karlštejn, Nižbor a Srbsko. Rozdíl mezi škodami v Berouně z obou let jsme znázornili na obrázku 2. Při srovnání jsme zjistili, že povodňové škody v Berouně z roku 2013 byly o přibližně 88,21 % nižší než v roce 2002. Škody byly nižší díky tomu, že nejvyšší dosažená hodnota výšky hladiny řeky Berounky byla o více než 1 m nižší než v roce 2002. Navíc v tomto případě nedošlo k devastaci lávek přes řeku Berounku a poškození místních komunikací bylo výrazně nižší. Dalším faktorem bylo vybudování systému protipovodňové ochrany, který přestože nebyl v roce 2013 ještě dostavěn, splnil svůj účel. Na rozdíl od povodně v roce 2002, kdy bylo v Berouně zaplaveno 240 objektů, v roce 2013 došlo k zaplavení jen 80 objektů, tedy o 160 objektů méně než v roce 2002.



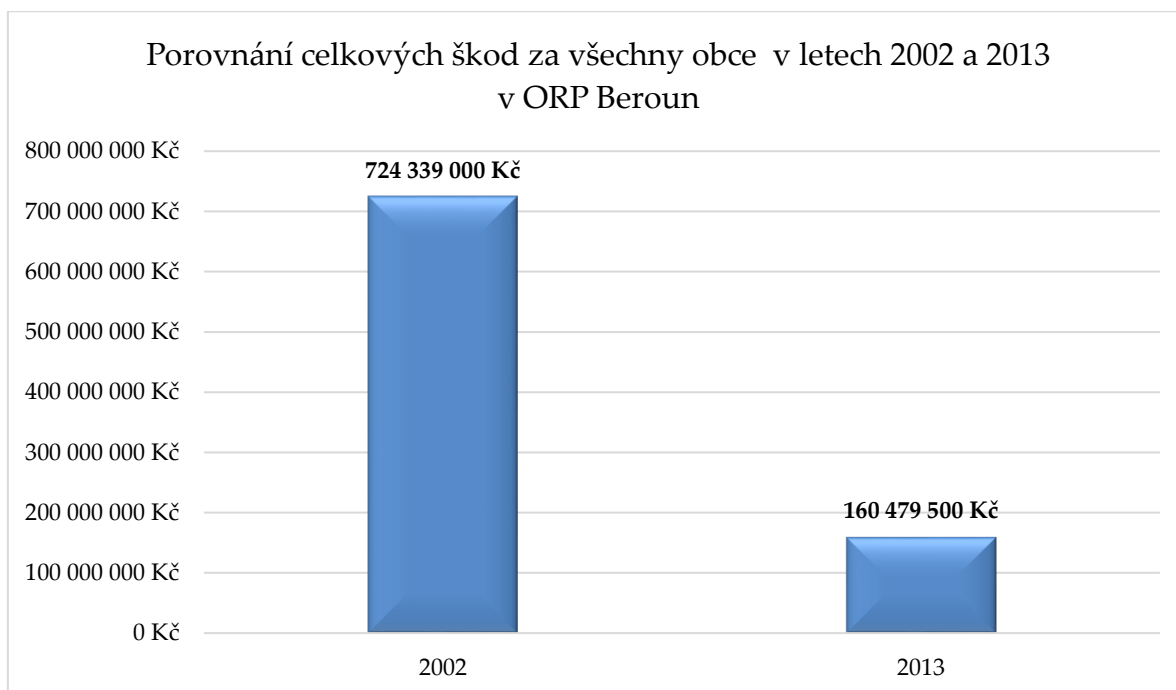
Obrázek 2: Vlastní - Srovnání povodňových škod v Berouně v letech 2002 a 2013 (1; 5)

Pro srovnání škod v ostatních vybraných obcích jsme vypracovali obrázek 3, z nějž je patrné, že povodňové škody vzniklé v roce 2013, byly několikrát nižší než v roce 2002. Např. v případě Králova Dvora činily škody v roce 2002 celkem 22,4 milionu korun, zatímco v roce 2013 dosáhly pouhých 221 tisíc korun. Z toho vyplývá, že škody v roce 2013 byly přibližně stokrát nižší než v roce 2002. V rámci obcí uvedených na obrázku 3 byly v průměru škody z roku 2013 nižší o 83% oproti povodňovým škodám z roku 2002.

Pro celkové srovnání povodňových škod za všechny obce, které dnes přísluší ke správnímu obvodu ORP Beroun, jsme vytvořili obrázek 4. Při sčítání škod jsme zjistili, že povodňové škody v roce 2002 dosáhly na cca 724,3 milionů korun, zatímco škody po povodních v roce 2013 činily cca 160,5 milionu korun. Škody z červnových povodní v roce 2013 byly tedy o přibližně 77,85% nižší. Nejvyšší podíl na povodňových škodách z obou let mělo poškození na místních komunikacích a stavebních objektech.



Obrázek 3: Vlastní - Komparace povodňových škod ve vybraných obcích v ORP Beroun v letech 2002 a 2013



Obrázek 4: Vlastní - Porovnání celkových škod za všechny obce v letech 2002 a 2013 v ORP Beroun

DISKUZE

Předmětem práce bylo provedení analýzy povodňových událostí v území správního obvodu ORP Beroun. Jako zdroj informací byly využity závěrečné zprávy z povodní, povodňové plány a rozhovory s tajemnicí krizového štábu města Beroun. V tabulce 2 je uvedena komparace zjištěných poznatků.

Tabulka 2: Vlastní - Shrnutí výsledků komparace povodní v letech 2002 a 2013 v ORP Beroun

Celkové srovnání povodní		
rok	2002	2013
typ povodně	letní	letní
kulminační stav a průtok Berounky	333 cm	578 cm, 960 m ³ /s (Q20)
kulminační stav a průtok Berounky	709 cm, 1 801 m ³ /s	327 cm, 320 m ³ /s
mrtví	0	0
počet evakuovaných	1 528	347
škody v celém ORP Beroun	724 339 000 Kč	160 479 500 Kč
zničená lávka v Berouně	ano	ne (zdvižena)
vyhlášení nouzového stavu	ano	ano
vyhlášení stavu nebezpečí	ano	ne
využití sil a prostředků AČR	ano	ne
přerušení železniční dopravy	ano (Beroun - Praha, Beroun - Rakovník, Beroun - Příbram)	ne
počet uzavřených silnic v okrese Beroun	14	10
zatopení autokempu v Berouně	ano	ano
zatopení autobusového nádraží	ano	ano
počet zasažených obcí	11 (ORP Beroun) + 9 (ORP Hořovice)	32 (ORP Beroun)
počet odstavených zdrojů pitné vody	3	14
sesuvy půdy	ne	ano (Bavoryně, Nižbor, Nový Jáchymov, Chodouň)
počet zaplavených objektů v Berouně	240	80

Porovnání povodní z let 2002 a 2013

Srovnávané povodně jsou letním typem povodní, při nichž území ORP Beroun zasáhly dvě povodňové vlny. Pokud srovnáme výsledky analýz průběhu povodní z obou let, zjišťujeme, že v roce 2002 byla první vlna nižší, než ta která následovala. V roce 2013 byla situace zcela opačná. Nejvyšší kulminační stav hladiny Berounky byl v roce 2002 vyšší o 131 cm než v roce 2013. Z výsledků komparace tedy vyplývá, že z porovnávaných povodní byl rozsah větší při povodni v roce 2002. Tento výsledek se opírá také o skutečnost, že došlo k nasazení AČR a k dodatečnému vyhlášení stavu nebezpečí z důvodu dlouhotrvajících a rozsáhlých likvidačních prací, v roce 2013 nikoliv.

O intenzitě povodně z roku 2002 vypovídá i celkový počet evakuovaných osob, který byl oproti roku 2013 o 1181 osob vyšší. Nejvyšší rozdíl byl zaznamenán v Berouně, kde v důsledku účinnosti vybudované protipovodňové ochrany města bylo nutné evakuovat pouze 47 seniorů z domova důchodců. Některé obce však vykázaly vyšší počet evakuovaných v roce 2013, což bylo způsobeno rychlým nástupem povodně. Z roku 2002 ani z roku 2013 nejsou hlášené žádné ztráty na životech související s povodněmi. Zajímavé je porovnání s údaji o úmrtnosti během povodně v roce 1872, při níž údajně zahynulo cca 240 až 340 osob.

Provedli jsme sčítání celkových povodňových škod měst a obcí v celém ORP Beroun. Výsledné částky jsme následně porovnali a zjistili jsme, že škody v roce 2013 byly přibližně o 563,9 milionů korun nižší než v roce 2002. Naše výsledky v oblasti sčítání povodňových škod z roku 2013 jsme porovnali s prvotními odhady škod uvedenými v Souhrnné zprávě o povodni v dílčích povodích horní Vltavy, Berounky, dolní Vltavy a ostatních přítoků Dunaje z června 2013. Zjistili jsme, že odhady ve zprávě činí 115 milionů korun, tedy o 45,5 milionu korun méně než je náš výsledek. Porovnali jsme škody v několika vybraných obcích a nejznatelnější rozdíl byl zaznamenán u měst Beroun a Králův Dvůr. Po povodni v roce 2002, která

se vyznačovala přímo katastrofálními následky, si města začala postupně budovat systémy protipovodňové ochrany. Naše výsledky porovnání škod způsobených povodní v roce 2013 v Berouně a Králově Dvoře dokazují, že vybudovaná protipovodňová ochrana obou měst již v roce 2013 spolehlivě zabránila vzniku rozsáhlých škod na zástavbě, přestože ochrana měst nebyla ještě zcela kompletní. Jestliže porovnáme naše zjištění v oblasti efektivity protipovodňových opatření vystavěných v Berouně a Králově Dvoře s výsledky z vyhodnocení funkčnosti protipovodňových opatření uvedeném v Předběžné zprávě o vyhodnocení povodní v červnu 2013, kterou zpracoval ČHMÚ, zjistíme, že se naše závěry shodují.

Ponaučení z povodní a následné změny

Následky ničivých srpnových povodní v roce 2002 přiměly společnost zabývat se důsledněji problematikou ochrany před povodněmi. Řada měst si v rozmezí následujících let vybudovala vlastní protipovodňové systémy. Města Beroun a Králův Dvůr nebyla výjimkou.

V rámci programu Podpora prevence před povodněmi II byla v Berouně v letech 2012 – 2014 vybudována protipovodňová ochrana (Q100+30 cm) za téměř 125 milionů korun. Systém protipovodňové ochrany dlouhý 3 km se skládá z pevných zdí a mobilního hliníkového hrazení chránících přibližně 1600 objektů zasažených povodní v roce 2002. Protipovodňová opatření chrání město na levém a pravém břehu Berounky a na levém břehu Litavky (6; 7). Ochrana města před povodněmi je dále zajištěna prostřednictvím jednokomorových pytlů, dvoukomorových pytlů, čerpadel a tzv. big bag vaků. Polypropylénový big bag vak je základem pro stavbu vakového hrazení (8). Součástí systému protipovodňové ochrany byla dále instalace horních a dolních branek na Berounce a zpětných klapek na kanalizaci. Výrazné změny se uskutečnily v oblasti varování před povodněmi. V roce 2004 byl pořízen AVS se zpětnou vazbou, který byl o rok později rozšířen o databázi umožňující jeho propojení s mapovými podklady v digitálním povodňovém plánu města Beroun.

Osoby, které již dříve odevzdaly podklady pro vypracování povodňového plánu vlastníka nemovitosti, byly zařazeny do databáze, což jim zaručilo automatické vyrozumění v případě vzniku povodní prostřednictvím AVS. Každý první čtvrtek v měsíci probíhá zkouška AVS, postupně jsou vybírány jednotlivé lokality, tak aby spojení s každým ohroženým objektem bylo minimálně jednou ročně ověřeno. Propojení mapových podkladů digitálního povodňového plánu s AVS umožňuje zobrazení přehledu o vyrozuměných nemovitostech přímo v mapě (9).

Po srpnové povodni v roce 2002 začala výstavba nové lávky spojující centrum města Beroun a autobusové nádraží, která byla povodní zcela zničena. Díky zvedacímu zařízení bude lávka při povodních preventivně zdvižena, jestliže hladina Berounky dosáhne na hlásném profilu kat. A výšky 403 cm. Po dalších povodních bylo zjištěno, že při 455 cm výšce hladiny Berounky dochází k zaplavení autobusového nádraží. To bylo jedním z podnětů k jeho přesunu v roce 2015. Další problém představují spodní vody. Bylo zjištěno, že při 578 cm výšky hladiny Berounky se voda dostává na Husovo náměstí kanalizací. Již před touto hodnotou je nutné přestěhovat přízemí městské radnice (10).

Další významnou změnou bylo vybudování protipovodňové ochrany města Králův Dvůr (Q100), na niž byly vynaloženy náklady okolo 234 milionů korun, byla vybudována ve dvou časových úsecích, v rozmezí let 2008 – 2009 a 2012 – 2014. Je složena ze sypané zemní hráze, železobetonových stěn chránících oba břehy Litavky a zpětných klapek, které zabraňují zpětnému vzduť. Protipovodňovou ochranu doplňuje pět úseků s prvky mobilního hrazení převážně v městských částech Počaply a Popovice. Délka protipovodňového systému města činí bez prvků mobilního hrazení 4,6 km. Město též disponuje dostatečnou zásobou pytlů a plničkou (11).

V ostatních obcích je protipovodňová ochrana realizována převážně prostřednictvím pytlů a plniček, které jsou majetkem obce. Čerpadla vlastní SDH obcí. Ostatní prostředky mohou poskytnout místní podnikající subjekty, společnost AVE

CZ odpadové hospodářství, s.r.o. nebo budou vyžadovány cestou krajského operačního a informačního střediska HZS Středočeského kraje. Cisterny s pitnou vodou bude poskytovat společnost VaK Beroun a.s (10).

Návrhy na zlepšení protipovodňové ochrany v ORP Beroun

Na základě získaných poznatků z povodní v roce 2002 a 2013 při rozhovorech s tajemnicí krizového štábu města Beroun jsme navrhli následující opatření, které slouží ke zkvalitnění ochrany před povodněmi a ke snížení jejich následků.

- **Zlepšení komunikace mezi obcemi**

Komunikace mezi obcemi během povodní byla všeobecně spíše kladně hodnocena. Mezi některými obcemi však komunikace vázla, především v oblasti vyhlásování SPA. Obce vyhlášující SPA neinformovaly ostatní obce po proudu Berounky.

- **Předcházení svahové nestabilitě**

Při povodni v roce 2013 se jako problém ukázala nestabilita některých svahů. Sesuvy způsobilo značné podmáčení půdy a voda stékající z lesů a ze svahů. Sesunutá půda následně komplikovala dopravu ve zmíněných obcích. Za účelem zajištění stability svahů navrhujeme osázet kritická místa rostlinstvem s hlubšími kořeny, které zajistí zpevnění půdy. V místech kde dochází ke stékání vody ze svahů, je vhodným řešením vybudování účinných odvodňovacích systémů. Místa, u kterých lze předpokládat, že zde může dojít k sesuvu úlomků hornin, by bylo vhodné zabezpečit ochrannými sítěmi.

- **Motivace občanů obývajících záplavové území k odevzdání podkladů pro vypracování povodňových plánů vlastníků nemovitostí**

Z hlediska zvýšení účinnosti a zjednodušení procesu varování obyvatel před povodněmi a jejich následného informování o průběhu povodně je účinným

řešením jejich motivace k odevzdání podkladů pro vypracování povodňových plánů vlastníků nemovitostí. Jestliže vlastník ohrožené nemovitosti podklady odevzdá, bude následně zařazen do databáze AKIS, jenž je propojena se systémem AVS se zpětnou vazbou. Vlastník nemovitosti tak bude prostřednictvím SMS automaticky informován o hrozbě vzniku povodně, výšce hladiny a vyhlášení evakuace. Zapojením více osob do tohoto systému lze výrazně urychlit jejich evakuaci. Přestože v povodňovém plánu města Beroun je uvedeno cca 1600 ohrožených objektů, byly zatím odevzdány podklady přibližně za polovinu z nich.

- **Dokončení projektu pasportizace ohrožených objektů**

V roce 2014 byl zahájen projekt, při kterém město Beroun zajistilo vypracování pasportů vytipovaných skupin ohrožených objektů, jež nechrání protipovodňová ochrana města. Přestože pasporty byly vypracovány, k realizaci jejich ochrany před povodní již nedošlo. Někteří vlastníci ohrožených nemovitostí o projekt neprojevili zájem a protipovodňová ochrana by bez zapojení všech objektů nebyla efektivní. Doporučujeme tedy znovu se pokusit o zapojení občanů do projektu, případně zajistit výstavbu zemních valů ve vytipovaných oblastech.

- **Omezení výstavby obytných a rekreačních objektů v záplavovém území**

Výstavba obytných či rekreačních objektů je v aktivní zóně záplavového území zakázána. V roce 2002 došlo k zaplavení a někdy úplné destrukci mnoha rekreačních objektů, přesto v těchto místech byly chaty znovu vybudovány. Jedinou možností je důsledná kontrola stavebních povolení hned při zahájení stavby nového objektu. Tento úkol výrazně ztěžuje možnost podvodů v oblasti získávání stavebního povolení.

- **Pořádání besed s obyvateli o chování během povodní**

Při povodni jak v roce 2002 tak v roce 2013 došlo k tomu, že několik obyvatel v ohrožených oblastech se odmítlo evakuovat. Takové chování často komplikovalo provádění záchranných prací. Je proto nezbytné obyvatele záplavových území

opakovaně informovat o zásadách chování, které je žádoucí dodržovat během mimořádných událostí a tím snížit riziko opakování podobných situací. Vhodným prostředkem je pořádání pravidelných besed a zasílání informačních letáků osobám žijícím v záplavovém území.

- **Zpracování digitálních povodňových plánů obcí**

Dále navrhuje obcím v ORP Beroun, které zatím nemají zpracovaný digitální povodňový plán obce, tento plán zpracovat. Výhodou digitálního povodňového plánu je jeho dostupnost a provázanost informací s mapovými podklady, které jsou součástí grafické části plánu.

- **Navýšení počtu zaměstnanců na oddělení krizového řízení v Berouně**

Posledním doporučením je přijetí alespoň jednoho nového zaměstnance na oddělení krizového řízení. V současné době zde pracuje pouze jediný zaměstnanec.

Závěr

Bakalářská práce se zabývala problematikou povodní, které zasáhly území správního obvodu ORP Beroun v letech 2002 a 2013. Hlavním cílem práce bylo provedení analýzy a komparace povodňových událostí s pomocí především interních materiálů poskytnutých od Městského úřadu Beroun.

V teoretické části byly vymezeny klíčové pojmy a základní postupy v oblasti ochrany obyvatelstva před povodněmi. Dále byla představena související legislativa, historie povodní v ORP Beroun a hydrometeorologické příčiny povodní v letech 2002 a 2013.

V praktické části byla provedena analýza obou povodní a výsledky z ní byly následně porovnány. Značná pozornost byla věnována následkům povodní včetně vyčíslení celkové výše škod za ORP Beroun. Porovnání škod z obou let dokazuje

výrazné zlepšení v oblasti ochrany před povodněmi především ve městech Beroun a Králův Dvůr.

Přestože porovnávané povodně měly podobný průběh tím, že obě udeřily ve dvou vlnách a přesáhly výšku hladiny 5 m, následky byly zcela odlišné. Dopad povodně v roce 2002 byl horší z důvodu absence systému protipovodňové ochrany a vyšší intenzity povodně. Na základě zjištěných skutečností bylo následně navrženo osm doporučení, která mohou přispět k dalšímu zlepšení ochrany před povodněmi v ORP Beroun.

ČR je svou geografickou polohou, meteorologickými podmínkami a charakterem krajiny předurčena k potýkání se s povodněmi. Povodně tak jsou a nadále budou součástí života obyvatel ČR. Je nutné se z povodní poučit a sledovat nové trendy v oblasti protipovodňových opatření. Přestože vzniku povodní zabránit nelze, je možné alespoň jejich následky snížit na co nejnížší možnou úroveň prostřednictvím vybudování protipovodňové ochrany.

Seznam použité literatury

- (1) Souhrnná hodnotící zpráva o povodni v srpnu 2002 na území okresu Beroun. Beroun, 2002.
- (2) Závěrečná zpráva o hodnocení krizové situace v rámci správního obvodu ORP Beroun 2.6. – 28.6.2013. Beroun, 2013.
- (3) Vyhodnocení povodní v červnu 2013: Předběžná zpráva. Ministerstvo životního prostředí [online]. 2013 [cit. 2018-04-12]. Dostupné z: <http://voda.chmi.cz/pov13/pov2013.pdf>
- (4) Souhrnná zpráva o povodni v dílčích povodích horní Vltavy, Berounky, dolní Vltavy a ostatních přítoků Dunaje: Povodeň červen 2013. Centrální vodohospodářský dispečink Povodí Vltavy, státní podnik [online]. 2014 [cit. 2018-04-12]. Dostupné z:

<http://www.pvl.cz/files/download/hydrologicke-informace/zpravy-o-povodni/2013-06-zprava-o-povodni-spravce-povodi.pdf>

- (5) Zpráva o povodni ve městě Berouně ve dnech 1.6 – 12.6.2013. Beroun, 2013.
- (6) Protipovodňová opatření uvede do provozu ministr zemědělství. Městský úřad Beroun [online]. b.r. [cit. 2018-04-17]. Dostupné z: <http://www.mesto-beroun.cz/obcan/aktuality/?pageshowing=79&more=4120#news4120>
- (7) V Berouně začala výstavba protipovodňových opatření. Městský úřad Beroun [online]. b.r. [cit. 2018-04-17]. Dostupné z: <http://www.mesto-beroun.cz/obcan/aktuality/?ftshow=2609&ftresult=protipovod%C5%88ov%C3%A1+ochrana#news2609#news2609>
- (8) JURÁŇ, Marek a Jiří MATĚJKA. *Mobilní protipovodňové systémy*. Praha: MV GŘ Hasičského záchranného sboru ČR, 2010. ISBN 978-80-86640-62-4.
- (9) PAPEŽ, Jan. *Povodňový plán města Beroun*. Beroun, 2010.
- (10) Rozhovor - Protipovodňová ochrana v ORP Beroun: Tajemnice krizového štábu města Beroun. b.r. Beroun. Uděleno 16. 4. 2018.
- (11) RADVANSKÝ, Luboš. *Povodňový plán města Králův Dvůr* [online]. b.r. [cit. 2018-04-17]. Dostupné z: http://stredocesky.dppcr.cz/web_533203/
- (12) BAYEROVÁ, Anežka. *Analýza a komparace povodňových událostí v ORP Beroun v letech 2002 a 2013*. Kladno, 2018. Bakalářská práce. České vysoké učení technické v Praze. Fakulta biomedicínského inženýrství. Katedra zdravotnických oborů a ochrany obyvatelstva. Vedoucí práce Ing. Jiří Halaška, Ph.D.

Kontakt na autorku

Bc. Anežka Bayerová

studentka magisterského studijního programu

ČVUT v Praze

Fakulta biomedicínského inženýrství

e-mail: anezka.bayerova10@seznam.cz

Recenze: Článek uvádí výsledky bakalářské práce, kterou oponoval kpt. Ing. Mgr. Hynek Černý (HZS Středočeského kraje, územní odbor Beroun)

KRIZOVÁ PŘIPRAVENOST ZDRAVOTNICKÉ ZÁCHRANNÉ SLUŽBY KRÁLOVÉHRADECKÉHO KRAJE

Crisis Preparedness of the Medical Emergency Service of the Hradec Králové Region

Bc. Anna Bowers, Ing. Denisa Charlotte Ralbovská

ČVUT v Praze, Fakulta biomedicínského inženýrství

Abstrakt

Príspevek se zabývá problematikou zdravotnické záchranné služby jako takové a následně se zaměřuje na Zdravotnickou záchrannou službu Královéhradeckého kraje, a to především z pohledu připravenosti výjezdových základen v případě mimořádné události či krizové situace a jakým způsobem by mohly být v takovém případě narušena jejich činnost. Cílem práce bylo na základě pozorování, strukturovaných rozhovorů se zaměstnanci a rozboru příslušné dokumentace vytvořit přehled zdrojů rizik a jejich možných dopadů na konkrétní výjezdové základny v rámci Královéhradeckého kraje. Výsledky jsou prezentovány ve formě tabulek a grafů.

Klíčová slova: zdravotnická záchranná služba, krizová připravenost, analýza rizik

Abstrakt

This article deals with the issues related to medical emergency service in general, and it is further focused on the crisis preparedness of the Medical Emergency Service of Hradec Králové region. Primarily, we were interested in the preparedness of selected emergency stations for emergencies and crisis situations. In addition, we analyzed how their action could be disrupted. Using observation, structured interviews with employees and analysis of applicable documentation, we review possible sources of risks and their impact on selected emergency stations in Hradec Králové region. We present the main outcomes in tables and graphs.

Key Words: medical emergency service, crisis preparedness, risk analysis

Úvod

Současná společnost musí stále častěji čelit různým typům nebezpečí. Nejedná se pouze o hrozby živelné, ale také antropogenní. Musíme být připraveni na různé typy mimořádných a krizových situací. Jejich řešení má na starosti Integrovaný záchranný systém, jehož základní složkou je i zdravotnická záchranná služba, která se stará o poskytování přednemocniční neodkladné péče na základně tísňové výzvy.

Díky své rodině jsem vždy měla velmi blízko ke zdravotnictví, a to bylo impulzem pro zvolení tohoto tématu pro mou bakalářskou práci. Především mě zajímalo, jak je Zdravotnická záchranná služba Královéhradeckého kraje připravena na jednotlivé mimořádné či krizové situace, které se mohou vyskytnout.

Naším cílem je nejprve shrnutí relevantních informací, které se zdravotnické záchranné služby týkají obecně a dále se zaměřujeme na vytvoření přehledu zdrojů rizik a následné vyhodnocení, jaká rizika a do jaké míry mohou některé z výjezdových základen a jejich provoz ohrozit. Rovněž se soustředíme na porovnání připravenosti konkrétních základen na různé mimořádné situace a na vylepšení některých opatření, která se některých základen týkají.

Zdravotnická záchranná služba v České republice

Zdravotnická záchranná služba je ustanovena zákonem č. 374/2011 Sb., o zdravotnické záchranné službě a dle tohoto zákona je definována jako „zdravotní služba, v jejímž rámci je na základě tísňové výzvy, není-li dále stanoveno jinak, poskytována zejména přednemocniční neodkladná péče osobám se závažným postižením zdraví nebo v přímém ohrožení života“.

Zákon o zdravotnické záchranné službě dále vymezuje několik dalších činností, které tato služba zahrnuje. Jedná se o nepřetržitý příjem tísňového volání na národní

číslo 155 k tomu určené a dále příjem výzev, které ZZS předalo jiné operační středisko jiné základní složky IZS, operátorem ZOS nebo pomocného střediska. ZZS dále vyhodnocuje stupně naléhavosti tísňového volání, rozhoduje o nejvhodnějším okamžitém řešení dané tísňové výzvy na základě indicií ohledně zdravotního stavu pacienta a rovněž rozhoduje o vyslání výjezdové skupiny či jejím přesměrování a stará se o operační řízení jednotlivých výjezdových skupin. Na místě události řídí a organizuje přednemocniční neodkladnou pomoc a spolupracuje s velitelem zásahu IZS. [1,2]

Zdravotnická záchranná služba Královéhradeckého kraje

Zdravotnická záchranná služba Královéhradeckého kraje (ZZS KHK) je příspěvkovou organizací, kterou zřizuje Královéhradecký kraj. Území kraje se rozprostírá na rozloze o 4759 km² a počet obyvatel k 1. 1. 2017 dle Českého statistického úřadu činí 550 804 osob. Hlavní úkolem ZZS KHK je přijmout tísňovou výzvu, na jejímž základě následně poskytne PNP osobám se závažným postižením zdraví nebo v přímém ohrožení života přímo na místě události. ZZS KHK zabezpečuje dvě základní zdravotní služby, mezi které patří jednak zdravotnická záchranná služba a jednak převoz pacientů neodkladné péče (PPNP). V případě PPNP se jedná o přepravu pacientů neodkladné péče mezi poskytovateli zdravotních služeb výhradně za podmínek soustavného poskytování neodkladné péče během přepravy. [3]

ZZS KHK vznikla v roce 2004 sloučením všech zdravotnických záchranných služeb na území kraje. V té době bylo k dispozici 18 posádek v rámci 12 měst. V případě měst Jičín, Nový Bydžov, Hořice, Opočno, Rychnov nad Kněžnou a Náchod byly tyto posádky součástí okresních nebo městských nemocnic. V dalším případě se jednalo o příspěvkové organizace, které zřizovaly okresní úřady. Tak tomu bylo i v případě ZZS okresu Trutnov a ZZS okresu Náchod. Další příspěvkovou organizací zřízenou Ministerstvem zdravotnictví České republiky bylo Územní středisko záchranné

služby v Hradci Králové. V současné době se jedná o jeden celek a jednoho poskytovatele.

Organizační struktura ZZS KHK

Základní organizační struktura je dána zákonem o ZZS a tvoří ji ředitelství, zdravotnické operační středisko, výjezdové základny s výjezdovými skupinami, pracoviště krizové připravenosti a vzdělávací a výcvikové středisko. V případě ZZS KHK je pracoviště krizové připravenosti zodpovědné přímo řediteli ZZS a sídlí ve stejné budově. Území pokrytí výjezdovými základnami se dělí na oblast Jih (6 základen) a oblast Sever (7 základen).

Výjezdové skupiny a jejich činnost

V rámci ZZS KHK momentálně provádí svou činnost 31 výjezdových týmů, které jsou dislokovány na 15 výjezdových základnách ve 13 městech kraje. Výjezdové skupiny dělíme na ty s lékařem a bez lékaře. ZZS KHK disponuje 10 výjezdovými skupinami s lékařem, z toho jedna je v rámci letecké záchranné služby v Hradci Králové, dále tři RLP v Broumově, Novém Bydžově a Vrchlabí a 6 RV v Hradci Králové, Trutnově, Náchodě, Jičíně, Rychnově nad Kněžnou a Jaroměři. Výjezdových skupin bez lékaře (tedy RZP) je 21 (5x Hradec Králové, 2x Trutnov, 2x Náchod, 2x Jičín, 2x Rychnov nad Kněžnou, 2x Jaroměř, 1x Dvůr Králové nad Labem, 1x Opocno, 1x Broumov, 1x Vrchlabí, 1x Nová Paka a 1x Hořice). [3]

V roce 2017 bylo uskutečněno 50413 výjezdů, což znamenalo nárůst o 460 výjezdů oproti roku předchozímu. Počet výjezdů každoročně narůstá, ale nárůst se postupně zpomaluje. Průměrně tedy v tomto roce provedla ZZS KHK na 138 výjezdů denně. V celých 23 % případů ze všech výjezdů byl vyslán lékař. Ve zbylých 77 % výjezdů se jednalo o skupiny bez lékaře. [4]

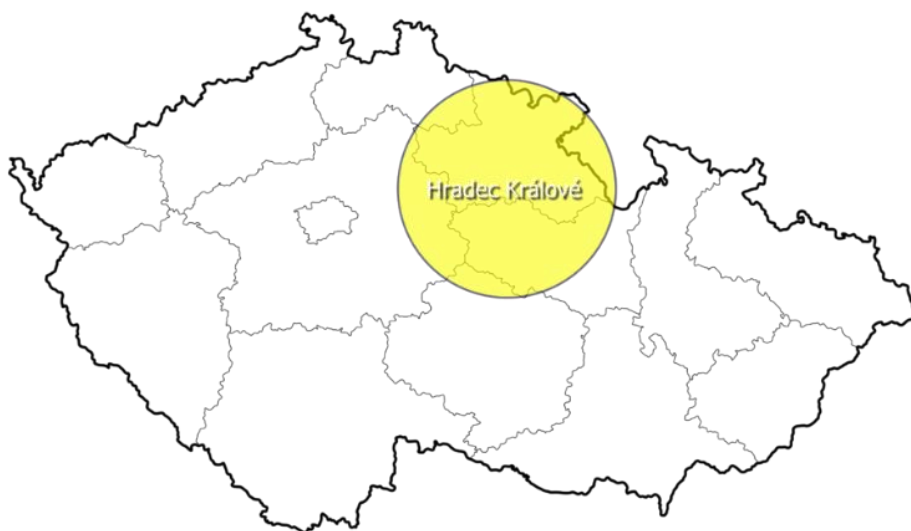
Biohazard tým ZZS KHK

V rámci královéhradecké výjezdové základny v areálu LZS Fakultní nemocnice funguje nepřetržitě 1 RZP posádka, která zároveň pracuje jako Biohazard tým v případě náhlého výskytu či podezření na výskyt vysoce nakažlivé nemoci. Tato výjezdová skupina má k dispozici speciální vybavení a jejím cílem je včas rozpoznat a případně izolovat pacienta s vysoce nakažlivou nemocí bez toho, aby byly ohrožené další nezúčastněné osoby. Pacientovi je poskytnuta maximální zdravotní péče. V roce 2016 byl pořízen ze státní dotace Ministerstva zdravotnictví České republiky tzv. biobox, který slouží k transportu pacientů s podezřením na výskyt či skutečným výskytem vysoce nakažlivé nemoci. Společně s tímto bioboxem pořídila ZZS KHK rovněž dekontaminační zařízení pro potřeby Biohazard týmu.

Letecká záchranná služba Hradec králové

Středisko letecké záchranné služby bylo v Hradci Králové otevřeno v roce 1990. Jeho volací znak je Kryštof 6 a používá se jak v rámci komunikace s operačním střediskem ZZS, tak i s řízením letového provozu, které mu umožňuje absolutní přednost v rámci tohoto provozu. V případě záchrany života se mu tak musí jiná letadla vyhnout. V roce 2000 byl otevřen nový heliport LZS, který je dodnes jedním z nejmodernějších v České republice, a hangár pro trojici vrtulníků. Součástí areálu je i provozní budova, kde sídlí od roku 2003 také výjezdové stanoviště ZZS, garáž pro 4 sanitní vozidla a osvětlená přistávací plocha o rozměrech 20 x 20 metrů. Rychlost startu je do 3 minut, což umožňuje ZZS KHK dostat se i do nejvzdálenějších míst Královéhradeckého kraje do 20 minut, jak je dáno zákonem o ZZS. Posádku vrtulníku běžně tvoří pilot (pracovník společnosti DSA), lékař a zdravotnický záchranář (oba pracovníci ZZS), který rovněž plní úlohu tzv. technického člena posádky HEMS (Helicopter Emergency Medical Services). To znamená, že absolvoval školení zaměřující se na pomoc pilotovi s navigací, komunikací a s naváděním. Je výjimkou,

když jsou ve službě dva piloti či je tříčlenná posádka ještě doplněna leteckým záchranářem Hasičského záchranného sboru ČR. [5]



Obrázek 1 Akční rádius vrtulníku Kryštof 06 [6]

Systém first responderů

V roce 2016 jako první spustila Královéhradecká zdravotnická záchranná služba systém tzv. first responderů. Jedná se o systém, který se již nějakou dobu úspěšně využívá například ve Spojených státech amerických, Velké Británii, Austrálii, Izraeli či v Norsku. Ve své podstatě je first responder člověk, který je proškolený v první pomoci a je registrovaný v rámci systému zdravotnické záchranné služby. Může se jednat jak o profesionální záchranáře mimo službu, tak i policisty, hasiče (tedy spolupracovníky v rámci základních složek IZS), členy horské služby, ale rovněž laiky, kteří, aby se first respondery mohli stát, musí absolvovat intenzivní šesti hodinový kurz první pomoci certifikovaný Evropskou resuscitační radou, který pořádá ZZS KHK.

Snaha zdravotnické záchranné služby je co nejvíce zvýšit pravděpodobnost přežití pacienta při život ohrožujících stavech. V průměru má ZZS KHK dojezd k případu

něco okolo 9 minut. Ve větších městech se toto číslo samozřejmě snižuje, ale stále je to čas okolo 5 minut. V hůře osídlených oblastech je to pak již 11 minut. Díky systému first responderů se ale šance člověka na přežití výrazně zvyšuje, protože se často dostanou na místo události daleko dříve než posádka ZZS a mohou zahájit úkony spojené se záchranou života. [7]

Metodika výzkumu

V rámci této práce byla použita kvalitativní metoda výzkumu, která se zakládala na strukturovaných rozhovorech se zaměstnanci ZZS KHK. Dále byla použita analýza a rozbor dokumentů, které se vztahují ke krizové připravenosti ZZS KHK, tedy Plán krizové připravenosti a Traumatologický plán.

V části, která se věnuje prezentaci našich výsledků, je provedena na základě získaných informací analýza rizik, jejich dopady a přijatá opatření, která jsou přehledně doplněna v tabulce s následným komentářem. Následně bylo vytvořeno hromadné hodnocení rizik podle bodové polokvantitativní metody PNH. V rámci této jednoduché metody vyhodnocujeme rizika ve třech proměnných. Jedná se o **odhad pravděpodobnosti (P)**, kde uvažujeme, zda může konkrétní nebezpečí skutečně nastat. Míra pravděpodobnosti je pak dána číslem v rozsahu od 1 do 5 (Tab. 1)

Tabulka 1 P - pravděpodobnost vzniku nebezpečí [zdroj: vlastní]

Nahodilá	1
Nepravděpodobná	2
Pravděpodobná	3
Velmi pravděpodobná	4
Trvalá	5

Stejným způsobem postupujeme i v případě další proměnné, tj. **stanovení pravděpodobnosti následků (N)**

Tabulka 2 Následky ohrožení [zdroj: vlastní]

Poškození zdraví bez pracovní neschopnosti, žádné nebo zanedbatelné poškození majetku či objektu	1
Absenční úraz (s pracovní neschopností), menší poškození majetku či objektu	2
Vážnější úraz vyžadující hospitalizaci, rozsáhlejší poškození majetku či objektu	3
Těžký úraz a úraz s trvalými následky, velmi závažné poškození majetku či objektu	4
Smrtelný úraz, nenávratné poškození majetku nebo objektu	5

Totožně postupujeme i v případě poslední proměnné, kterou je **názor hodnotitele (H)**, který zohledňuje jednak míru závažnosti nebezpečí, čas působení, počet ohrožených osob, ale i předpokládání chyb pracovníků apod. Opět hodnotíme na stupnici od 1 do 5 (Tab. 3).

Tabulka 3 Názor hodnotitelů [zdroj: vlastní]

Zanedbatelný vliv na míru nebezpečí a ohrožení	1
Malý vliv na míru nebezpečí a ohrožení	2
Větší, nezanedbatelný vliv na míru ohrožení a nebezpečí	3
Velký a významný vliv na míru ohrožení a nebezpečí	4
Více významných a nepříznivých vlivů na závažnost a následky ohrožení	5

Pro celkové vyhodnocení rizika je třeba všechny tři proměnné mezi sebou vynásobit a výsledným součinem je **ukazatel míry rizika (R)**. Na základě tohoto ukazatele následně vyhodnocujeme stupně nebezpečí pro jednotlivá rizika. Čím vyšší číslo nám vyjde, tím větší nebezpečí představuje (Tab. 4).

Tabulka 4 Celkové hodnocení míry rizika [zdroj: vlastní]

Rizikový stupeň	R	Míra rizika
I. stupeň	> 100	Nepříjatelné riziko
II. stupeň	51 – 100	Nežádoucí riziko
III. stupeň	11 - 50	Mírné riziko
IV. stupeň	3 - 10	Akceptovatelné
V. stupeň	< 3	Bezvýznamné riziko

Na základě výsledných bodů nám vychází, jaká je míra naléhavosti přijetí konkrétních opatření, aby bylo dané riziko co nejvíce sníženo. Stejně jako u jiných metod hodnocení rizik jsou závěry autora vždy subjektivní, protože hodnotí rizika na základně vlastních znalostí a zkušeností. [8]

Výsledky

Identifikace možných zdrojů rizik a jejich dopady na činnost ZZS KHK:

- **Silniční havárie:** v případě dopravní nehody může dojít k poškození sanitního vozu či zranění případně úmrtí zaměstnanců ZZS KHK. Dojde tak k narušení plynulosti činnosti ZZS KHK.
- **Narušení dodávek elektrické energie:** často se jedná o situaci, která je oznámena dodavatelem elektrické energie předem, proto není pro ZZS KHK problém se na takovou situaci připravit. V případě náhlého přerušení dodávek elektrické energie může být narušen až přerušen provoz výjezdových základen i sanitní vozů či rádiové komunikace.
- **Narušení dodávek pitné vody.** Opět se jedná o situaci, která je často známá předem a ZZS KHK je schopná se na takovou situaci připravit náhradními zdroji dodávek. V případě náhlého přerušení dodávek pitné vody ale může dojít k narušení provozu konkrétních výjezdových základen.

- **Narušení dodávek tepla.** Jako v předchozích případech je pro ZZS KHK tento problém narušení dodávek mnohdy oznámen předem, ale v případě náhlého přerušení dodávek v rámci topné sezóny je narušeno vytápění budov ZZS KHK a je narušen provoz výjezdových základen.
- **Narušení dodávek ropy.** V rámci narušení dodávek ropy dochází k omezení provozu sanitní vozidel a zároveň i omezení činnosti ZZS KHK, kdy může dojít k prodloužení dojezdových časů k zásahům.
- **Požár či výbuch.** V případě požáru nebo výbuchu na některé z výjezdových základen by samozřejmě došlo k zásadnímu narušení provozu dané výjezdové základny ať už v rámci poškození vybavení včetně sanitních vozů, nebo v rámci zranění či úmrtí zaměstnance ZZS KHK či následné evakuace prostor.
- **Epidemie.** V rámci epidemie by byl narušen celý chod ZZS KHK od výjezdových základen až po KZOS, protože by došlo k nedostatku zaměstnanců, a tudíž k celkovému omezení provozu a neschopnosti poskytování PNP jako za běžného provozu. Dále by mohla nastat situace, kdy dané výjezdové základny postihne nedostatek léčiv a zdravotnického materiálu. Tato situace má ale často postupný vývoj a ZZS KHK je na ni připravena.
- **Živelné pohromy.** V případě Královéhradeckého kraje naštěstí nedochází k živelným pohromám nikterak často. V podmínkách kraje se lze bavit o živelních pohromách typu bouřek, vichřice či sněhové kalamity nebo námraz. V těchto případech poté dochází ke zhoršené dostupnosti výjezdových skupin při zásahu, prodloužení dojezdových časů na místo události, přerušení dodávek elektrické energie, narušení radiového spojení či k nedostatku léčiv a zdravotnického materiálu. Povodně jsou v rámci kraje také možné, ale netýkají se daných výjezdových základen a v tomto případě by neměl být narušen jejich chod. Nicméně pravděpodobně by opět došlo k omezení schopnosti poskytování ZZS v daných dojezdových časech vzhledem k narušení pozemní dopravní infrastruktury.
- **Úmyslné ohrožení základny ZZS KHK.** Pod tímto spojením máme na mysli především ohlášení či zjištění výbušného systému na některé ze základen či KZOS

ZZS KHK, dále vniknutí nepovolané osoby či výhružný telefonát. V takovém případě by jednoznačně došlo k celkovému narušení a přerušení provozu dané základny a v některých případech i následné evakuaci objektu do jiných bezpečných prostor.

- **Narušování zákonnosti velkého rozsahu.** V tomto případě máme na mysli násilné nepokoje, cílené útoky a poškozování objektů a prostředku, případně teroristický útok na objekty či prostředky ZZS KHK. V takovém případě by hrozilo fyzické ohrožení zaměstnanců ZZS a v případě KZOS ohrožení jeho funkce. [9]

Postupy řešení dopadů mimořádných událostí na činnosti ZZS KHK

V případě mimořádné události či krizové situace se nijak nemění organizační struktura, činnosti vymezené zákonem ani právní postavení. I během těchto situací provádí ZZS KHK včetně KZOS stejnou činnost jako v běžných podmínkách, včetně spolupráce na řešení následků mimořádných událostí velkého rozsahu v rámci IZS. Všichni zaměstnanci se dle své uzavřené smlouvy podílí na zajištění plnění úkolů v rámci této instituce.

Dále se předpokládá, že ve většině případů se dopady mimořádných událostí na poskytování ZZS vzhledem k permanentní připravenosti ZZS KHK nijak citelně neprojeví na pracovním režimu zaměstnanců a jejich běžně rozložené pracovní doby v týdnu, tudíž nebude nutné mimořádné svolání. Avšak pokud jsou průběh a dopady mimořádné události složitější a vyžadují časově i v rámci lidských zdrojů větší opatření, přijímá ředitel ZZS KHK mimořádné organizační opatření, kterým je nařízení pracovní pohotovosti vybraným zaměstnancům k vykonání přesčasové práce s ohledem na aktuální situaci a potřeby. Především se jedná o provádění a technické zajištění protiepidemických opatření, provoz náhradních zdrojů energie, bezpečnostní ochrany objektu KZOS, nouzový režim funkce KZOS mimo objekt, evakuaci ohrožených objektů výjezdové základny do nouzových prostor a zajištění poskytování ZZS v režimu vyhlášení krizového stavu.

V následujících tabulkách spojujeme konkrétní ohrožení, která jsou výše uvedena v přehledu možných zdrojů rizik, s jejich dopady na činnost ZZS KHK a přijatá opatření, která ZZS KHK v takovém případě zajistí, aby to její činnosti ohrozilo co nejméně.

Tabulka 5 Silniční havárie [zdroj: vlastní]

Ohrožení	Dopady na činnost	Opatření
Silniční havárie	Poškození sanitního vozu, zranění či úmrtí zaměstnance	Náhradní sanitní vůz, povolání zaměstnanců

V případě dopravní nehody se počítá s nahrazením výjezdové skupiny jinou výjezdovou skupinou. Náhradní sanitní vůz je přistaven, co nejrychleji je to možné. Ve většině výjezdových základen se s náhradním sanitním vozem počítá a mají ho ve svém vozovém parku. Jestliže se některý zaměstnanec zraní či dojde k jeho úmrtí, povolává KZOS zaměstnance z domova.

Tabulka 6 Narušení dodávek elektrické energie [zdroj: vlastní]

Ohrožení	Dopady na činnost	Opatření
Narušení dodávek elektrické energie	Omezení či přerušení činnosti v rámci ohrožené výjezdové základny. Možnost omezení či přerušení radiového spojení Kolaps KZOS	Vyloučení technické závady v rámci základny. Informování havarijních služeb. Zajištění náhradního zdroje elektrické energie případně přesun na stanice HZS KHK.

Při narušení dodávek elektrické energie je zapotřebí nejdříve zjistit, zdali se jedná o technickou závadu v rámci výjezdové základny. V případě vyloučení technické závady je nutno informovat havarijní služby.

Pokud se jedná o dlouhodobý výpadek, ZZS KHK zajistí či spustí náhradní zdroj energie, typicky dieselaagregát, který zaručí, že není nijak narušen další provoz výjezdových základen či KZOS. Testování agregátů se zpravidla vykonává každý měsíc. V případě, že ani náhradní zdroj energie není funkční a vypadá to na delší výpadek elektrické energie, dochází k přesunu výjezdové skupiny na stanice HZS KHK, aby nebyla narušena plynulost provozu ZZS KHK. Co se týká výpadku elektrické energie v případě KZOS, buď by byl spuštěn diesel agregát, který má v této budově na starosti HZS KHK, nebo by došlo k evakuaci KZOS do záložních prostor. Za evakuaci zodpovídá vedoucí lékař KZOS, vedoucí operátor KZOS, zástupce vedoucího operátora KZOS či vedoucí směny KZOS. V rámci evakuace by došlo ke sbalení mobilního technického vybavení, které má KZOS k dispozici, aby zajistilo svou běžnou činnost. Pracovníci KZOS by se přesunuli do náhradních prostor, nejpravděpodobněji do budovy ředitelství.

Tabulka 7 Narušení dodávek pitné vody [zdroj: vlastní]

Ohrožení	Dopady na činnost	Opatření
Narušení dodávek pitné vody	Omezení provozu výjezdových základen	Vyloučení technické závady, kontaktování havarijních služeb, u dlouhodobého výpadku zajištění přednostního zásobování pitnou vodou

Narušení dodávek pitné vody je obvykle problém, který je nahlášen předem, nicméně v případě náhlého přerušení dodávek je nutné vyloučení technické závady a informování havarijních služeb. Pokud by došlo k dlouhodobému výpadku, je zapotřebí zajistit u konkrétních výjezdových základen přednostní zásobování pitnou vodou.

Tabulka 8 Narušení dodávek tepla [zdroj: vlastní]

Ohrožení	Dopady na činnost	Opatření
Narušení dodávek tepla	V rámci topné sezóny porucha vytápění budov ZZS	Kontaktování havarijních služeb, v případě mrazů či nízkých teplot vytápění vybraných prostor budov výjezdových základen prostřednictvím elektrických ventilátorů

Stejně jako v předchozích případech narušení dodávek i v této situaci je instituce o problému informována předem, tudíž jsou jednotlivé základny schopné se na tento typ problému připravit. Pokud dojde k náhlému přerušení dodávek tepla v rámci topné sezóny, je třeba informovat havarijní služby. Dále je nutné zajistit vytápění prostor objektů výjezdových základen náhradními elektrickými zdroji tepla.

Tabulka 9 Narušení dodávek ropy [zdroj: vlastní]

Ohrožení	Dopady na činnost	Opatření
Narušení dodávek ropy	Nedostatek pohonných hmot k výjezdům na zásah nebo k pohonu náhradních zdrojů elektrické energie	Čerpání pohonných hmot dle čerpacích stanic určených pro přednostní zásobování

Každé vozidlo má k dispozici tankovací kartu, na kterou lze tankovat u všech benzínových stanic. Pokud dojde k akutnímu nedostatku pohonných hmot, zajišťuje řešení této situace vedoucí dopravy. Doplnění pohonných hmot se zabezpečuje prostřednictvím HZS KHK. V případě narušení dodávek ropy a ropných produktů velkého rozsahu přichází na řadu regulace pohonných hmot, resp. zásobování v systému nouzového hospodářství. V takovém případě určuje Státní správa hmotných rezerv (SSHR) síť čerpacích stanic, která bude zásobována přednostně.

Tabulka 10 Požár či výbuch [zdroj: vlastní]

Ohrožení	Dopady na činnost	Opatření
Požár či výbuch	Narušení elektroinstalace, budov a majetku ZZS KHK, u KZOS narušení fungování příjmu a vyhodnocování tísňového volání	EPS, hasičské přístroje, vypnutí přívodů energií, evakuace výjezdových základů na stanice HZS KHK a evakuace KZOS do záložních prostor

V případě požáru se jedná na základě požárního poplachového plánu. Následně by mělo dojít k vypnutí přívodů energií. Na požár v mnoha budovách ZZS KHK upozorňuje elektrická požární signalizace (EPS), ale není nainstalována ve všech. V případě požáru či výbuchu jsou v každé budově k dispozici hasičské přístroje. Mezi následující opatření patří dozajista evakuace dané výjezdové základny na stanice HZS KHK. Také KZOS by se přesunulo do náhradních prostor.

Tabulka 11 Epidemie [zdroj: vlastní]

Ohrožení	Dopady na činnost	Opatření
Epidemie	Narušení provozu z důvodu nedostatku zaměstnanců	Standardní protiepidemická opatření: včasná preventivní profylaktická opatření dle konkrétního původce infekční nemoci a dle pokynu orgánu ochrany veřejného zdraví, dále zajištění hygienického režimu, operativní změny místa výkonu práce v souladu s pracovní smlouvou, zajištění nezbytného sociálního zázemí (ubytování a stravování)

Za epidemii se v tomto případě považujeme onemocnění více než 30 % zdravotnického personálu. ZZS KHK má k dispozici 321 zdravotnických pracovníků ve stálém pracovním poměru, 115 zdravotnických pracovníků na dohodu o pracovní činnosti. Dispozici má tedy celkem 436 zdravotnických pracovníků, kteří jsou

v případě vysoké nemocnosti nebo epidemie svolávání do směn. Z tohoto vyplývá, že v případě vysoké nemocnosti je možné povolat 30 lékařů, 211 zdravotnických pracovníků, z nichž 186 má smlouvu také na řízení sanitního vozu, a 15 řidičů. Z výše uvedeného tedy plyne, že ZZS KHK má dostatek pracovních sil, aby v případě epidemie byla schopna zajistit, že nebude omezena její činnost.

Tabulka 12 Živelné pohromy [zdroj: vlastní]

Ohrožení	Dopady na činnost	Opatření
Živelné pohromy	Prodloužení dojezdových časů, omezení provozu výjezdových základen, přerušení dodávek el. energie, narušení radiového spojení, narušení dodávek léčiv a materiálu	Rozmístění základen dle plánu plošného pokrytí, náhradní zdroje elektrické energie, zajištění dalších zaměstnanců do provozu

Jak již bylo uvedeno výše, živelné pohromy se v tomto kraji nevyskytují tak často, ale i na ně je ZZS KHK schopná se připravit tak, aby nebyl z větší části narušen její provoz. Základny jsou po celém kraji rozmístěny tak, aby běžná činnost byla narušena minimálně, a pokud narušena je, dochází k reorganizaci pracovního režimu a povolání dalších zaměstnanců do provozu. V případě výpadku elektrické energie se počítá se spuštěním náhradních zdrojů. Při narušení radiového spojení spolu budou zaměstnanci komunikovat telefonicky.

Tabulka 13 Úmyslné ohrožení základny ZZS KHK [zdroj: vlastní]

Ohrožení	Dopady na činnost	Opatření
Úmyslné ohrožení základny ZZS KHK	Narušení provozu základny či KZOS, ohrožení zaměstnanců	Evakuace na služebny PČR či stanice HZS KHK, evakuace KZOS

Pokud by došlo k výhružnému telefonátu, nahlášení bomby či nějakému fyzickému napadení základny, nejprve bude vyrozuměna PČR a poté nastane reorganizace pracovního režimu, například dojde k evakuaci dané základny či KZOS do náhradních prostor.

Tabulka 14 Narušování zákonnosti velkého rozsahu [zdroj: vlastní]

Ohrožení	Dopady na činnost	Opatření
Narušování zákonnosti velkého rozsahu	Ohrožení zaměstnanců, ohrožení základny či KZOS	Preventivní bezpečnostní opatření, zajištění funkce KZOS mimo objekt

Pro případ násilných nepokojů, které jsou spojené s útoky na objekty, majetek či zaměstnance ZZS KHK jsou zavedena konkrétní preventivní bezpečnostní opatření v rámci jednotlivých základů jako je například kamerový systém, oplocení či kontrola vstupu. U KZOS došlo po přesunu do nové budovy k vylepšení zabezpečení proti neoprávněnému vniknutí. V případě ohrožení KZOS, dochází k evakuaci zaměstnanců s mobilním vybavením do náhradních prostor. Krizové opatření dle Krizového plánu Královéhradeckého kraje počítá i v tomto případě s možností, že hejtman omezí určitá práva osob. Při vyhlášení stavu nebezpečí může nařídít zákaz vstupu, pobytu nebo pohybu osob na vymezených místech či území, jak je uvedeno v zákoně č. 240/2000 Sb., o krizovém řízení a o změně některých zákonů. [9]

Závěr

Zdravotnická záchranná služba Královéhradeckého kraje je příspěvkovou organizací zřizovanou krajem. Jejím úkolem je zejména poskytování přednemocniční neodkladné péče. Stejně jako celá společnost i tato organizace musí být připravena čelit různým nebezpečím, která mohou ohrozit její nepřetržité a plynulé fungování. V této

práci jsme se tedy zaměřily na krizovou připravenost výjezdových základen Zdravotnické záchranné služby Královéhradeckého kraje.

Nejprve jsme identifikovaly a vyhodnotily jednotlivá ohrožení a míru dopadů, která by ovlivnila činnost výjezdových základen. Následně jsme na základě získaných dat upřesnily jednotlivá opatření, která musí být v případě daného ohrožení provedena. Nakonec jsme porovnaly několik výjezdových základen v Královéhradeckém kraji a navrhly jsme v několika případech zlepšení některých opatření, která nám připadala nedostatečná vzhledem k pravděpodobnosti výskytu ohrožení či míry jeho dopadů.

Na základě porovnání jsme zjistily odlišnosti v připravenosti jednotlivých základen na mimořádné události či krizové situace. Nejlépe připravenou a zabezpečenou základnou byla bez pochyby základna, která se nachází ve stejné budově, kde sídlí Hasičský záchranný sbor Královéhradeckého kraje a také Krajské zdravotnické operační středisko Zdravotnické záchranné služby Královéhradeckého kraje. Nejhůře zabezpečenou základnou byla potom výjezdová základna v Rychnově nad Kněžnou, která je součástí areálu nemocnice. Zdravotnická záchranná služba Královéhradeckého kraje si v tomto případě budovu pronajímá, takže má poměrně omezené možnosti, týkající se jejího zabezpečení. Na základě vlastního vyhodnocení rizik, jsme vyzkoumaly, že nejnebezpečnějšími ohroženími výjezdových základen jsou požár, živelné pohromy a úmyslné ohrožení základny. [9]

Seznam použité literatury

- [1] DVOŘÁČEK, David. Historie zdravotnické záchranné služby v ČR. In *Urgentní medicína*. České Budějovice: MEDIPRAX CB, 2010. s. 33 – 34. ISSN 1212-1924
- [2] ČESKÁ REPUBLIKA. Zákon č. 374/2011 Sb., o zdravotnické záchranné službě. In: *Sbírka zákonů*. 2011, ročník 2011, částka 131

- [3] Zachraňujeme Vaše životy od roku 2004. In: *Zdravotnická záchranná služba Královéhradeckého kraje*[online]. ZZS KHK, 2017 [cit. 2018-02-14]. Dostupné z: <https://www.zzskhk.cz/cs/zachranujeme-vase-zivoty-od-roku-2004>
- [4] NOVÁK, Ivo. Královéhradečtí záchranáři bilancovali výsledky své práce v uplynulém roce. In: *Zdravotnická záchranná služba Královéhradeckého kraje* [online]. ZZS KHK, 2018, 14. 2. 2018 [cit. 2018-02-17]. Dostupné z: <https://www.zzskhk.cz/cs/kralovehradecti-zachranari-bilancovali-vysledky-sve-prace-v-uplynulem-roce>
- [5] Letecká záchranná služba Hradec Králové „Kryštof 6“. In: *Zdravotnická záchranná služba Královéhradeckého kraje*[online]. ZZS KHK, 2017 [cit. 2018-02-15]. Dostupné z: <https://www.zzskhk.cz/cs/letecka-zachranna-sluzba-hradec-kralove-krystof-6>
- [6] Obrázek 6. Akční rádius vrtulníku Kryštof 06 Zdroj: Wikiwand.com
- [7] NOVÁK, Ivo. KRÁLOVÉHRADECKÁ ZÁCHRANKA SPOUŠTÍ UNIKÁTNÍ MOBILNÍ APLIKACI. In: *First responder národní registr: ZZS KHK spustila unikátní aplikaci pro dobrovolné first respondery* [online]. 2016, 20. června 2016 [cit. 2018-04-06]. Dostupné z: <http://www.firstresponder.estranky.cz/clanky/zzs-khk-spustila-unikatni-aplikaci-pro-dobrovolne-first-respondery.html>
- [8] KOUDELKA, Ctirad a Václav Vrána. Rizika a jejich analýza. In: *Vysoká škola báňská - Technická univerzita Ostrava: Fakulta elektroniky a informatiky* [online]. VŠB-TU Ostrava, 2006, září 2006 [cit. 2018-05-07]. Dostupné z: <http://fei1.vsb.cz/kat420/vyuka/Magisterske%20nav/prednasky/web/RIZIKA.pdf>
- [9] BOWERS, A. *Krizová připravenost Zdravotnické záchranné služby Královéhradeckého kraje*. Kladno, 2018. Bakalářská práce. České vysoké učení technické v Praze. Fakulta biomedicínského inženýrství. Katedra zdravotnických oborů a ochrany obyvatelstva. Vedoucí práce Ing. Denisa Charlotte Ralbovská

Kontakt na utorky**Bc. Anna Bowers**

Studentka bakalářského studijního oboru

ČVUT v Praze

Fakulta biomedicínského inženýrství

Katedra zdravotnických oborů a ochrany obyvatelstva

Ing. Denisa Charlotte Ralbovská

ČVUT v Praze

Fakulta biomedicínského inženýrství

Katedra zdravotnických oborů a ochrany obyvatelstva

e-mail: denisa-charlotte.ralbovska@fbmi.cvut.cz

Recenze: Článek uvádí výsledky bakalářské práce, kterou oponovala MUDr. Jana Šeblová, Ph.D. (ZZS Středočeského kraje)

PROBLEMATIKA BOLESTI A MOŽNOSTÍ JEJÍHO OVLIVNĚNÍ V INTENZIVNÍ OŠETŘOVATELSKÉ PÉČI

The Issue of Pain and Possibilities of its Influence in Intensive Nursing Care

Mgr. Martina Dingová Šliková, Bc. Kateřina Drbohlavová

ČVUT v Praze, Fakulta biomedicínského inženýrství

Abstrakt

Pro pojem bolest existuje v současné době řada definic. Většina z nich se shoduje v tvrzení, že bolest představuje nepříjemný tělesný a emoční prožitek, spojený s hrozcím, či reálným poškozením tkání [1, 2]. Subjektivní stránku vnímání bolesti nelze jednoduše objektivně hodnotit a tím je svízelné úspěšně bolest ovlivnit. Z uvedeného důvodu představuje management bolesti značně problematickou oblast ošetrovateľské péče. Předložený příspěvek je zaměřen na management bolesti a posouzení reálně poskytované ošetrovateľské péče při řešení pooperační bolesti u pacientů hospitalizovaných na vybraných jednotkách intenzivní péče.

Klíčová slova: Analgetika. Bolest. Intenzivní péče. Pooperační bolest.

Abstract

Currently, the term "pain" includes many definitions. Most of them says: The pain is a subjective unpleasant physical and emotional experience and comes from tissue damage [1, 2]. The perception of pain cannot be objectively detected or measured, so it is difficult to solve it. Management pain is a big nursing problem. This article focuses on the issue of post-surgical pain in intensive care departments.

Keywords: Analgesics. Pain. Intensive Care. Post-Operative Care.

Úvod

Vznik a šíření bolesti jsou složité procesy, a proto existuje v současnosti několik teorií o mechanismech vzniku bolesti (např. Melzackova a Wallova vrátková teorie řízení bolesti z roku 1965). Jednou z nejnověji formulovaných je teorie Štětkářové, která uvádí, že vnímání, vyhodnocení a výsledná reakce jedince na bolest je komplexní záležitostí. Pokud určitý podnět vyvolá bolestivý vjem, šíří se bolestivý impuls nervovými vlákny do míchy, podkoří a mozkové kůry, kde se dostává do vědomí člověka. Bolestivé podněty vznikají podrážděním receptorů nervových buněk na periférii. Při poškození tkáně se uvolňují různé mediátory, které nociceptory dráždí. Vzniká bolestivý signál, který je veden nervovými vlákny směrem do centrálního nervového systému. Buněčná těla prvních neuronů dráhy bolesti jsou uložena v gangliích zadních míšních kořenů a mají synaptická spojení s nervovými buňkami zadních rohů míšních. Jejich axony jsou dále vzruchy vedeny do senzitivních jader thalamu a dále do somatosenzorické oblasti mozkové kůry. Četná propojení s mozkovým kmenem a retikulární formací zajišťují reflexní děje spojené s vnímáním bolesti. Spojení s limbickým systémem a hypotalamem má souvislost s emočními změnami při vnímání bolestivého podnětu. Důležitými neurotransmitery v dráze bolesti jsou substance P, serotonin, GABA, noradrenalin a různé opioidní peptidy. Modulace bolesti se děje pomocí sestupných drah, které spojují hypothalamus, mezencefalon a prodlouženou míchu a končí na nocicepčních neuronech zadních rohů míšních. Bolest ale rovněž zahrnuje složku emocionální. Emocionální zpracování bolestivého podnětu se však definuje velice obtížně. Na způsobu vnímání bolesti má svůj podíl i paměť. Prožitek stejného typu bolesti u různých jedinců je totiž výrazně ovlivněn jejich předchozími zkušenostmi. [3].

Psychosociální složka tedy může významně ovlivnit vnímání bolesti pacienta i jeho motivaci ke zvládnutí nemoci a života samého. Důležitým úkolem ošetrovatelské péče je zmírnění či odstranění bolesti. Nezbytnou složkou je psychická podpora pacienta a úspěšný management bolesti je tak nezbytnou podmínkou pro další léčbu pacienta.

Otázkou současné praxe zůstává, zda jsou využívány a aplikovány všechny známé prostředky, které mohou bolest ovlivnit žádoucím směrem. S pomocí kvalitativního výzkumu pomocí kazuistik konkrétních případů byly pro účely tohoto příspěvku zjišťovány reálné postupy ošetrovatelské praxe ve dvou zdravotnických zařízeních (jednotky intenzivní péče). Hodnoceno bylo, jakým způsobem je monitorována, diagnostikována a zda je dostatečně řešena akutní pooperační bolest. Stav byl porovnán se současnými trendy moderní ošetrovatelské péče.

Materiál a metodika

Pro účely výzkumu byla zvolena metoda kvalitativního výzkumu, podrobný rozbor čtyř kazuistik pacientů se stejným typem operačního výkonu – totální endoprotéza kolenního kloubu. Důvodem volby metodiky byla možnost dobré ilustrace řešení pooperační bolesti u jednotlivých pacientů, a hloubkový rozbor situace jednotlivých případů. Pacienti se stejnou diagnózou, stejného pohlaví a přibližně i věku byli vybráni proto, aby byla zajištěna co největší možná eliminace faktorů ovlivňujících bolest a výsledky bylo možné porovnávat.

Od jednotlivých pacientů byla odebrána podrobná vstupní anamnéza, provedena analýza dokumentace a zúčastněné pozorování v období před operací a tří dnů po operaci. Ošetrovatelská péče včetně managementu bolesti byla vždy řešena podle zvyklostí daného oddělení. Následně byl vyhodnocen způsob řešení pooperační bolesti a jeho úspěšnost u jednotlivých pacientů. Získané výsledky jsou zpracovány jako soubor čtyř kazuistik, doplněných přehlednými tabulkami. Každá kazuistika se skládá z předoperační části (příjmová lékařská a ošetrovatelská anamnéza, předoperační vyšetření), popisu operačního výkonu a popisu ošetrovatelské pooperační péče včetně řešení bolesti.

Pro účely výzkumu byly požádány etické komise zdravotnických zařízení o souhlas s výzkumem. Taktéž byly vyžádány a podepsány informované souhlasy jednotlivých pacientů v souladu s platnou legislativou.

Výsledky

Kazuistika 1

58letá žena byla dne 25. 4. 2018 plánovaně přijata k hospitalizaci k provedení totální náhrady kolenního kloubu pro primární gonartrózu pravého kolene.

Příjmová lékařská anamnéza:

Jedná se o polymorbidní pacientku, která se chronicky léčí s hypertenzí kombinací antihypertenziv (Carzap HCT, Concor), hypercholesterolémií (Atorvastatin) a oboustranným glaukomem (Xalatan). Pro fibrilaci síní je pacientka rovněž na antiagregační léčbě Godasalem. V minulosti byla vícekrát operována. V roce 1973 prodělala laparotomickou apendektomii, v roce 2003 hysterektomii pro myomatózu dělohy a v roce 2012 parciální menisektomii po úraze. Jinak je její anamnéza bez pozoruhodností, pacientka je nekuřačka, alkohol pije příležitostně, lékové a potravinové alergie neguje.

Příjmová ošetrovatelská anamnéza: na pracovišti se rutinně neprovádí.

Předoperační vyšetření a další péče:

Pacientka byla obézní (aktuální výška 170 cm, hmotnost 100 kg, BMI 34,6 kg/m²), její vitální funkce byly v normě (TK 127/61, TF 70 /min, DF 18 /min, TT 36,5 °C), byla při vědomí, plně orientovaná. Pravé koleno bylo oteklé s patrnou varózní deformitou. Ostatní fyzikální nález i další předoperační vyšetření (základní biochemické vyšetření, krevní obraz, sedimentace erytrocytů, EKG a rentgenové vyšetření hrudníku) bylo bez výraznějších patologií. Pacientka byla schopna operačního výkonu v celkové anestezii. Pacientka lačnila 8 h před výkonem a byla jí podána premedikace dle ordinace anesteziologa.

Operační výkon a den operace:

Operace (totální náhrada pravého kolenního kloubu) proběhla druhý den hospitalizace. Výkon proběhl bez komplikací s přiměřenou krevní ztrátou (400 ml). Do operační rány byl zaveden Redonův drén. Pacientka byla k další pooperační péči převezena na jednotku intenzivní péče chirurgického oddělení. Na jednotce intenzivní péče byla pacientka při vědomí spontánně ventilující, kardiopulmonálně kompenzována, její vitální funkce byly v normě, pro mírné desaturace byla zahájena oxygenoterapie kyslíkovými brýlemi. Orientační neurologické vyšetření bylo v normě, pacientka močila dostatečně, byla schopna přijímat tekutiny i stravu per os. Operační rána byla sterilně kryta, neprosakovala, periferie byla dobře prokrvena, Redonův drén odvedl 50 ml sanguinolentní tekutiny. Dle Málkova principu chráněného koagula¹ byla pacientka léčena intravenózně antibiotiky (Azepo). Jako prevence tromboembolické příhody byla provedena vysoká bandáž dolních končetin a subkutánní aplikace Fraxiparinu.

Na oddělení byl zaveden speciální režim monitorování a řešení pooperační bolesti. Subjektivní vnímání bolesti pacientky bylo monitorováno ošetřující sestrou dotazováním každou hodinu pomocí vizuální analogové stupnice (VAS), intenzitu bolesti poté zaznamenala do ošetrovatelské dokumentace a hlásila lékaři při každé vizitě nebo zhoršení stavu pacientky. V případě bolesti (VAS >2) byla lékaři indikována analgetická terapie. Ordinováno bylo neopioidní analgetikum paracetamol (Paracetamol KABI 1000 mg ve 30minutové intravenózní infuzi, maximálně 4x denně), nesteroidní antiflogistikum ketoprofen (Ketonol 100 mg v 30minutové intravenózní infuzi maximálně 2x denně) nebo po obnovení perorálního příjmu ibuprofen (Ibalgin 600 mg tbl. p.o., maximálně 3x denně) a při nedostatečném efektu opioidní analgetikum piritramid (Dipidolor inj. 15 mg i.m., minimální rozestup mezi jednotlivými dávkami 4 h).

¹ Jedná se o preventivní protiinfekční opatření, kdy je před operačním zákrokem podáno antibiotikum, které se rozšíří po organismu a po zákroku se dostane i do krevních sraženin, kde brání usídlení bakterií [5].

Farmakologická terapie byla účinná do 30 minut od podání léku. Fyzikální ani jiná terapie bolesti nebyla aplikována. Pacientčiny bolesti byly na nastavené terapii pouze mírné, subjektivní vnímání bolesti a použití analgetik je shrnuto v tabulce 2.

Další pooperační péče:

Pacientka byla následující den přeložena na standardní ortopedické oddělení. Subjektivně se cítila dobře, byla kardiopulmonálně kompenzována, afebrilní, plně orientována, dolní končetiny byly bez známek tromboembolické nemoci, periferie byla dobře prokrvená, citlivost zachována, hybnost končetin byla pro bolest omezena. Byly opakovaně provedeny převazy rány sterilním krytím, rána nekrvácela, byla bez známek infekce. Do vertikalizace pacientky pokračovala bandáž dolních končetin a antikoagulační terapie Fraxiparinem.

Subjektivní vnímání bolesti pacientky bylo monitorováno ošetřující sestrou dotazováním pomocí škály VAS každé 3 hodiny, intenzitu bolesti poté zaznamenala do ošetrovatelské dokumentace a hlásila lékaři při každé vizitě nebo zhoršení stavu pacientky. Z fyzikálních metod analgezie bylo použito chlazení operované končetiny pomocí ledových sáčků, případná mírná elevace končetiny. Různá analgetika byla podávána dle stupně bolesti – neopioidní analgetika paracetamol a metamizol a opioidní analgetikum morfin.

Jiná alternativní terapie bolesti nebyla použita. Na analgetické terapii byly bolesti pacientky minimální a velmi dobře snesitelné.

Tabulka 1 Předepsaná analgetika dle stupně bolesti [zdroj: vlastní]

VAS 2-4	Metamizol STADA tbl. 500 mg, max. 4x denně p.o.
VAS 5-7	Paracetamol KABI 1000 mg, max. 4x denně, 30minutová i.v. infuze
VAS >8	Morphin Biotika 10 mg, max. 3x denně s.c.

Tabulka 2 Hodnocení pooperační bolesti [zdroj: vlastní]

Hodina od operace	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
VAS	2-3	2	1	1	3	1	-	-	-	-	1	1
Analgetika	Paracetamol	-	-	-	Ketonal	-	-	-	-	-	-	-
Hodina od operace	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
VAS	1	2-3	1	1	1	2-3	1	1	1	4	2	2
Analgetika	-	Ketonal	-	-	-	Paracetamol	-	-	-	Dipidolor	-	-

U této pacientky byla monitorována pooperační bolest výhradně pomocí VAS. Jako terapie bolesti byla užívána farmakoterapie a fyzikální terapie chlazením. Fyzikální metody přinesly pacientce pouze momentální úlevu od bolesti. Analgetika byla podávána dle aktuální bolesti pacientky, preventivní podávání léků nebylo v tomto konkrétním případě užito. Celkem bylo podáno 5 dávek různých analgetik (2x neopioidní analgetika, 2x nesteroidní antiflogistika a 1x opioidní analgetika). Management bolesti byl vcelku úspěšný, maximální hodnota VAS v celém pooperačním období byla 4, ve většině času bylo subjektivní hodnocení bolesti pacientkou hodnoceno jako VAS 1 nebo méně.

Kazuistika 2

73letá žena byla dne 26. 4. 2018 plánovaně přijata k hospitalizaci k provedení totální náhrady kolenního kloubu pro primární gonartózu pravého kolene.

Příjmová lékařská anamnéza:

Jedná se o polymorbidní pacientku, která se chronicky léčí s hypertenzí kombinací antihypertenziv (Tenaxum, Sortis, Kapidin, Tensiomin), pankreatitidou (Kreon), diabetes mellitus druhého typu (Glucophage, Januvia), s algickým břišním syndromem při chronické gastropatii (Lyrica), funkční dyspepsií (Kinito, Zulbex, Ursosan), varixy na dolních končetinách a depresivním syndromem (t.č. bez medikace). V minulosti byla pacientka vícekrát operována. V roce 1976 prodělala hysterektomii s adnexektomií, v roce 1980 laparotomickou cholecystektomii, následně v letech 2012 a 2013 prodělala plastiku kýly v jizvě. Jinak je její anamnéza bez pozoruhodností, pacientka je nekuřačka, alkohol pije příležitostně, lékové a potravinové alergie neguje.

Příjmová ošetrovatelská anamnéza: na pracovišti se rutinně neprovádí.

Předoperační vyšetření a další péče:

Pacientka měla nadváhu (aktuální výška 160 cm, hmotnost 71 kg, BMI 27,7 kg/m²), její vitální funkce byly bez výraznějších patologií (TK 141/70, TF 68 /min, DF 14 /min, TT 36,5 °C), byla při vědomí, plně orientovaná. Pravé koleno bylo nateklé s patrnou varózní deformitou. Ostatní fyzikální nález i další předoperační vyšetření (základní biochemické vyšetření, krevní obraz, sedimentace erytrocytů, EKG a rentgenové vyšetření hrudníku) bylo bez výraznějších patologií. Pacientka byla schopna operačního výkonu ve spinální anestezii. Pacientka lačnila 8 h před výkonem a byla jí podána premedikace dle ordinace anesteziologa.

Operační výkon a den operace:

Operace (totální náhrada pravého kolenního kloubu) proběhla druhý den hospitalizace. Výkon proběhl bez komplikací s přiměřenou krevní ztrátou (300 ml). Do operační rány byl zaveden Redonův drén a rána byla sterilně kryta. Pacientka byla k další pooperační péči převezena na jednotku intenzivní péče chirurgického oddělení.

Na jednotce intenzivní péče byla pacientka při vědomí, spontánně ventilující, kardiopulmonálně kompenzována, její vitální funkce byly v normě. Orientační neurologické vyšetření bylo v normě, pacientka močila dostatečně, byla schopna přijímat tekutiny i stravu per os. Operační rána byla sterilně kryta, neprosakovala, periferie byla dobře prokrvena, Redonův drén odvedl 200 ml sanguinolentní tekutiny. Dle Málkova principu chráněného koagula byla pacientka léčena intravenózně antibiotiky (Azepo). Jako prevence tromboembolické příhody byla provedena vysoká bandáž dolních končetin a subkutánní aplikace Fraxiparinu.

Na oddělení byl zaveden speciální režim monitorování a řešení pooperační bolesti. Subjektivní vnímání bolesti pacientky bylo monitorováno ošetřující sestrou dotazováním každou hodinu pomocí škály VAS, intenzitu bolesti poté zaznamenala do ošetřovatelské dokumentace a hlásila lékaři při každé vizitě nebo zhoršení stavu pacientky. V případě bolesti (VAS >2) byla lékaři indikována analgetická terapie. Ordinováno bylo neopioidní analgetikum paracetamol (Paracetamol KABI 1000 mg ve 30minutové intravenózní infuzi, maximálně 4x denně), nesteroidní antiflogistikum ketoprofen (Ketonol 100 mg v 30minutové intravenózní infuzi maximálně 2x denně) nebo po obnovení perorálního příjmu ibuprofen (Ibalgin 600 mg tbl. p.o., maximálně 3x denně) a při nedostatečném efektu opioidní analgetikum piritramid (Dipidolor inj. 15 mg i.m., minimální rozestup mezi jednotlivými dávkami 4 h).

Farmakologická terapie byla účinná do 30 minut po podání léku. Na žádost pacientky probíhaly změny polohy končetiny ke zmírnění bolesti a střídání flexe a extenze končetiny, fyzikální terapie bolesti nebyla aplikována. Pacientčiny bolesti byly na nastavené terapii pouze mírné, pacientka charakterizovala bolest jako tupou bolest pravé dolní končetiny.

Tabulka 3 Hodnocení pooperační bolesti [zdroj: vlastní]

Hodina od operace	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
VAS	0	3	0	0	0	4	0	0	0	0	4	2
Analgetika	-	Paraceta	-	-	-	Ketonal	-	-	-	-	-	-
Hodina od operace	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
VAS	1	1	3	4	4	3	1	1	1	1	4	1
Analgetika	-	-	-	-	Dipidolo	-	-	-	-	-	Dipidolo	-

Další pooperační péče:

Pacientka byla následující den přeložena na standardní ortopedické oddělení. Subjektivně se cítila dobře, byla kardiopulmonálně kompenzována, afebrilní, plně orientována, dolní končetiny byly bez známek tromboembolické nemoci, periferie byla dobře prokrvená, citlivost zachována, hybnost končetin byla pro bolest omezena. Byly opakovaně provedeny převazy rány sterilním krytím, rána nekrvácela, byla bez známek infekce. Do vertikalizace pacientky pokračovala bandáž dolních končetin a antikoagulační terapie Fraxiparinem.

Subjektivní vnímání bolesti pacientky bylo monitorováno ošetřující sestrou dotazováním pomocí škály VAS každé 3 hodiny, intenzitu bolesti poté zaznamenala do ošetrovatelské dokumentace a hlásila lékaři při každé vizitě nebo zhoršení stavu pacientky. Z fyzikálních metod analgezie bylo použito chlazení operované končetiny pomocí ledových sáčků, případná mírná elevace končetiny. Různá analgetika byla podávána dle stupně bolesti – neopioidní analgetika paracetamol a metamizol a

opioidní analgetikum morfin. Jiná alternativní terapie bolesti nebyla použita. Na analgetické terapii byly bolesti pacientky minimální a velmi dobře snesitelné.

Tabulka 4 Předepsaná analgetika dle stupně bolesti [zdroj: vlastní]

VAS 5-7	Paracetamol KABI 1000 mg, max 4x denně, 30minutová i.v. infuze
VAS >8	Morphin Biotika 10 mg, max. 3x denně s.c.

U této pacientky byla monitorována pooperační bolest výhradně pomocí VAS. Jako terapie bolesti byla užívána farmakoterapie a fyzikální terapie chlazením. Fyzikální metody přinesly pacientce pouze momentální úlevu od bolesti. Analgetika byla podávána dle aktuální bolesti pacientky, preventivní podávání léků nebylo v tomto konkrétním případě užito. Celkem bylo podáno 5 dávek různých analgetik (2x neopioidní analgetika, 1x nesteroidní antiflogistika a 2x opioidní analgetika). Management bolesti byl vcelku úspěšný, maximální hodnota VAS v celém pooperačním období byla 4, ve většině času bylo subjektivní hodnocení bolesti pacientkou hodnoceno jako VAS 1 nebo méně.

Kazuistika 3

65letá žena byla dne 19. 4. 2018 plánovaně přijata k hospitalizaci k provedení totální náhrady kolenního kloubu pro primární gonartrózu pravého kolene.

Příjmová lékařská anamnéza:

Jedná se o polymorbidní pacientku, která se chronicky léčí s hypotyreózou při autoimunitní tyroiditidě (Euthyrox), s chronickou bronchitidou, gastroexofageálním refluxem (Rabeprazol, Kinito), spondylolistézou L4/5 a inkontinencí (Solifenacin mylan). Pacientka je po léčbě rakoviny děložního čípku roku 2000 (hysterektomie s adenexekomií) a v minulosti byla vícekrát operována. V letech 1979 a 1983 prodělala oboustrannou menisektomii, dále je pacientka po plastice jícnu. Jinak je její anamnéza

bez pozoruhodností, pacientka je nekuřačka, alkohol pije příležitostně, lékové a potravinové alergie neguje.

Příjmová ošetřovatelská anamnéza a vyšetření:

Pacientka byla orientovaná, při vědomí. Byla bez známek dušnosti, spolupracovala, pacientka byla soběstačná bez bolesti. Pacientka uváděla, že má narušený spánek a byla bez dietního omezení. Pacientka má své osobní pomůcky, a to brýle, hůl a berle. Pacientka uváděla lehké potíže s močením, a to občasnou inkontinenci, problémy se stolicí neuváděla. Pacientka bydlí sama, nemá žádné spirituální potřeby a osobní věci měla u sebe. Změny na kůži nebyly pozorovány.

Předoperační vyšetření a další péče:

Pacientka měla nadváhu (aktuální výška 169 cm, hmotnost 85 kg, BMI 29,8 kg/m²), její vitální funkce byly v normě (TK 105/75, TF 75 /min, DF 15 /min, TT 36,7 °C), byla při vědomí, plně orientovaná. Pravé koleno bylo bolestivé a viklavé s patrnou varózní deformitou. Ostatní fyzikální nález i další předoperační vyšetření (základní biochemické vyšetření, krevní obraz, sedimentace erytrocytů, EKG a rentgenové vyšetření hrudníku) bylo bez výraznějších patologií. Pacientka byla schopna operačního výkonu ve spinální anestezii. Pacientka lačnila 8 h před výkonem a byla jí podána premedikace dle ordinace anesteziologa.

Operační výkon a den operace:

Operace (totální náhrada pravého kolenního kloubu) proběhla pátý den hospitalizace. Výkon proběhl bez komplikací s přiměřenou krevní ztrátou. Do operační rány byl zaveden Redonův drén a rána byla sterilně kryta. Na předsálí bylo provedeno rentgenové zobrazení operovaného kolena. Pacientka byla k další pooperační péči převezena na jednotku intenzivní péče chirurgického oddělení. Na jednotce intenzivní péče byla pacientka při vědomí spontánně ventilující, kardiopulmonálně kompenzována, její vitální funkce byly v normě. Orientační neurologické vyšetření bylo v normě, pacientka močila dostatečně, byla schopna přijímat tekutiny i stravu per

os. Operační rána byla sterilně kryta, neprosakovala, periferie byla dobře prokrvena. Dle Málkova principu chráněného koagula byla pacientka léčena intravenózně antibiotiky (Anexite). Jako prevence tromboembolické příhody byla provedena vysoká bandáž dolních končetin a subkutánní aplikace Clexanu.

Tabulka 5 Hodnocení pooperační bolesti [zdroj: vlastní]

Čas	16.30	17.10	18.00	18.30	19.00	19.30	22.00	22.30	01.00	01.30
VAS	6	2	4	2	4	2	6	2	4	2
Analgetika	Dipidolor	-	-	-	Neodolpas	-	-	-	Paracetam	-
Signály bolesti	HP BL	-	-	-	HP	-	-	-	HP	-
Vegetativní signály bolesti	TP	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Čas	05.00	05.30	08.45	09.45	11.45	12.45	14.00	15.00	22.00	23.00
VAS	6	2	4	2	6	2	4	1-2	6	2
Analgetika	Dipidolo	-	-	-	Dipidolo	-	-	-	Novalgin	-
Signály bolesti	N HP BV	-	-	-	N HP BV	-	-	-	HP BV	-
Vegetativní signály bolesti	TP HT	-	-	-	HT	-	-	-	TP HT	-

Zkratky: HP – hlasový projev, BV – bolestivý výraz, TP – tachypnoe, HT – hypertenze

Na oddělení byl zaveden speciální režim monitorování a řešení pooperační bolesti. Subjektivní vnímání bolesti pacientky bylo monitorováno ošetřující sestrou

dotazováním každou hodinu pomocí škály VAS, intenzitu bolesti poté zaznamenala do ošetrovatelské dokumentace a hlásila lékaři při každé vizitě nebo zhoršení stavu pacientky. V případě bolesti (VAS >2) byla lékaři indikována analgetická terapie. Ordinována byla neopioidní analgetika paracetamol (Paracetamol 1000 mg v 15minutové intravenózní infuzi, maximálně 4x denně), metamizol (Novalgin 1 g ve 30minutové intravenózní infuzi, maximálně 4x denně), nesteroidní antiflogistikum diklofenak (Neodolpasse 250 mg ve 2hodinové intravenózní infuzi maximálně 2x denně) a při nedostatečném efektu opioidní analgetikum piritramid (Dipidolor inj. 15 mg i.m., minimální rozestup mezi jednotlivými dávkami 4 h).

Farmakologická léčba přinesla úlevu do 30 minut po podání léku. Fyzikální ani jiná terapie bolesti nebyla aplikována. Pacientčiny bolesti byly na nastavené terapii pouze mírné, pacientka charakterizovala bolest jako ostrou, akutní, šířící se i při klidovém režimu.

Další pooperační péče:

Pacientka byla následující den přeložena na standardní ortopedické oddělení. Subjektivně se cítila dobře, byla kardiopulmonálně kompenzována, afebrilní, plně orientována, dolní končetiny byly bez známek tromboembolické nemoci, periferie byla dobře prokrvená, citlivost zachována, hybnost končetin byla pro bolest omezena. Byly opakovaně provedeny převazy rány sterilním krytím, rána nekrvácela, byla bez známek infekce. Do vertikalizace pacientky pokračovala bandáž dolních končetin a antikoagulační terapie Clexanem.

Subjektivní vnímání bolesti pacientky bylo monitorováno ošetřující sestrou dotazováním pomocí škály VAS přibližně 6x denně, intenzitu bolesti poté zaznamenala do ošetrovatelské dokumentace a hlásila lékaři při každé vizitě nebo zhoršení stavu pacientky. Z fyzikálních metod analgezie bylo použito chlazení operované končetiny pomocí ledových sáčků, případná mírná elevace končetiny. Do ošetrovatelské péče zde byla zařazena a zaznamenána i psychická podpora pacientky

a sledování signálů bolesti. Na dotaz pacientka uváděla intenzitu a charakter bolesti, který pacientka charakterizovala jako ostrou šířící se bolest i při klidovém režimu. Dále sledování vegetativních signálů bolesti. Různá analgetika byla podávána dle stupně bolesti – neopioidní analgetika paracetamol a metamizol a opioidní analgetikum piritramid. Jiná alternativní terapie bolesti nebyla použita. Na analgetické terapii byly bolesti pacientky dobře snesitelné.

Tabulka 6 Předepsaná analgetika dle stupně bolesti [zdroj: vlastní]

VAS 3-10	Novalgin 1 g, max 4x denně, 30minutová i.v. infuze
VAS 4-10	Paracetamol 1000mg, max 4x denně, 15minutová i.v. infuze
VAS >6	Dipidolor 15mg, max 4x denně i.m.

U této pacientky byla monitorována pooperační bolest pomocí škály VAS a sledování signálů bolesti, které pacientka vykazovala. Jako terapie bolesti byla užívána farmakoterapie, fyzikální terapie chlazením a psychická podpora pacientky. Fyzikální metody přinesly pacientce pouze momentální úlevu od bolesti. Analgetika byla podávána dle aktuální bolesti pacientky, preventivní podávání léků nebylo v tomto konkrétním případě užito. Celkem bylo podáno 6 dávek různých analgetik (2x neopioidní analgetika, 1x nesteroidní antiflogistika a 3x opioidní analgetika). Management bolesti vcelku úspěšný, maximální hodnota VAS v celém pooperačním období bylo 6, ve většině času bylo subjektivní hodnocení bolesti pacientkou hodnoceno jako VAS 2.

Kazuistika 4

72letá žena byla dne 23. 4. 2018 plánovaně přijata k hospitalizaci k provedení totální náhrady kolenního kloubu pro primární gonartrózu levého kolene.

Příjmová lékařská anamnéza:

Jedná se o polymorbidní pacientku, která se chronicky léčí s hypertenzí (Betalloc zok, Nitresan), ischemickou chorobou srdeční (Stacyl, stav po perkutánní koronární intervenci r. interventricularis superior), hypercholesterolémií (Ezetrol) a revmatoidní artritidou (aktuálně bez medikace). Pacientka již byla vícekrát operována. Přibližně ve 30 letech věku prodělala laparotomickou cholecystektomii, v roce 2004 byla u pacientky provedena totální endoprotéza pravého kolenního kloubu pro gonartrózu, roku 2012 byla na operaci pravého ramene z blíže nespecifikovaných příčin. Jinak je její anamnéza bez pozoruhodností, pacientka je nekuřáčka, alkohol pije příležitostně, udává alergii na Doxybene, potravinové alergie a jiné lékové alergie neguje.

Příjmová ošetřovatelská anamnéza a vyšetření:

Pacientka byla při vědomí, orientovaná, spolupracovala, byla soběstačná. Byla bez bolesti, bez známek dušnosti, negovala problémy s močením a problémy s vyprazdňováním stolice. Dietní omezení neměla. Pacientka se potýkala s mírným zrakovým handicapem, stěžovala si na narušený spánek. Na kůži nebyly pozorovány žádné patologické změny. Osobní věci měla pacientka u sebe včetně brýlí a horní zubní protézy. Pacientka bydlela sama, neměla žádné spirituální potřeby.

Předoperační vyšetření a další péče:

Pacientka byla obézní (aktuální výška 157 cm, hmotnost 80 kg, BMI 32,5 kg/m²), její vitální funkce byly v normě (TK 125/80, TF 64 /min, DF 16 /min, TT 36,4 °C), byla při vědomí, plně orientovaná. Pravé koleno bylo bolestivé bez otoku a náplně. Ostatní fyzikální nález i další předoperační vyšetření (základní biochemické vyšetření, krevní obraz, sedimentace erytrocytů, EKG a rentgenové vyšetření hrudníku) bylo bez výraznějších patologií. Pacientka byla schopna operačního výkonu v celkové anestezii. Pacientka lačnila 8 h před výkonem a byla jí podána premedikace dle ordinace anesteziologa.

Operační výkon a den operace:

Operace (totální náhrada levého kolenního kloubu) proběhla druhý den hospitalizace. Výkon proběhl bez komplikací s přiměřenou krevní ztrátou. Do operační rány byl zaveden Redonův drén a rána byla sterilně kryta. Na předsálí bylo provedeno pooperační rentgenové vyšetření. Pacientka byla k další pooperační péči převezena na jednotku intenzivní péče chirurgického oddělení. Na jednotce intenzivní péče byla pacientka při vědomí spontánně ventilující, kardiopulmonálně kompenzována, její vitální funkce byly v normě. Orientační neurologické vyšetření bylo v normě, pacientka močila dostatečně, byla schopna přijímat tekutiny i stravu per os. Operační rána byla sterilně kryta, neprosakovala, periferie byla dobře prokrvena. Dle Málkova principu chráněného koagula byla pacientka léčena intravenózně antibiotiky (Amoksiklav). Jako prevence tromboembolické příhody byla provedena vysoká bandáž dolních končetin a subkutánní aplikace Clexanu.

Na oddělení byl zaveden speciální režim monitorování a řešení pooperační bolesti. Subjektivní vnímání bolesti pacientky bylo monitorováno ošetřující sestrou dotazováním každou hodinu pomocí škály VAS, intenzitu bolesti poté zaznamenala do ošetřovatelské dokumentace a hlásila lékaři při každé vizitě nebo zhoršení stavu pacientky. V případě bolesti (VAS >2) byla lékaři indikována analgetická terapie. Ordinována byla neopioidní analgetika paracetamol (Paracetamol 1000 mg v 15minutové intravenózní infuzi, maximálně 4x denně), metamizol (Novalgin 1 g ve 30minutové intravenózní infuzi, maximálně 4x denně), nesteroidní antiflogistikum diklofenak (Neodolpasse 250 mg ve 2hodinové intravenózní infuzi maximálně 2x denně) a při nedostatečném efektu opioidní analgetikum piritramid (Dipidolor inj. 15 mg i.m., minimální rozestup mezi jednotlivými dávkami 4 h). Farmakologická léčba přinesla úlevu do 30 minut od podání léku. Fyzikální ani jiná terapie bolesti nebyla aplikována. Pacientčiny bolesti byly na nastavené terapii pouze mírné, pacientka charakterizovala bolest jako ostrou, přetrvávající i při klidovém režimu.

Tabulka 7 Hodnocení pooperační bolesti [zdroj: vlastní]

Čas	11.45	12.15	17.00	17.30	20.00	20.30	02.00	02.30
VAS	6	2	4	2	4	2	6	2
Analgetika	-	-	Novalgin	-	Dipidolo	-	Novalgin	-
Signály bolesti	BV	-	BV	-	BV	-	BV HP	-
Vegetativní signály bolesti	TP	-	-	-	-	-	TP	-
Čas	05.00	05.30	09.15	10.15	14.45	15.45	22.00	22.30
VAS	6	1	4	1-2	6	1-2	6	1-2
Analgetika	Dipidolo	-	-	-	Dipidolo	-	-	-
Signály bolesti	BV HP	-	-	-	BV	-	-	-
Vegetativní signály bolesti	TP	-	-	-	-	-	-	-

Zkratky: BV – bolestivý výraz, HP – hlasový projev, TP – tachypnoe

Další pooperační péče:

Pacientka byla následující den přeložena na standardní ortopedické oddělení. Subjektivně se cítila dobře, byla kardiopulmonálně kompenzována, afebrilní, plně orientována, dolní končetiny byly bez známek tromboembolické nemoci, periferie byla dobře prokrvená, citlivost zachována, hybnost končetin byla pro bolest omezena. Byly opakovaně provedeny převazy rány sterilním krytím, rána nekrválala, byla bez

známek infekce. Do vertikalizace pacientky pokračovala bandáž dolních končetin a antikoagulační terapie Clexanem.

Subjektivní vnímání bolesti pacientky bylo monitorováno ošetřující sestrou dotazováním pomocí škály VAS přibližně 6x denně, intenzitu bolesti poté zaznamenala do ošetrovatelské dokumentace a hlásila lékaři při každé vizitě nebo zhoršení stavu pacientky. Z fyzikálních metod analgezie bylo použito chlazení operované končetiny pomocí ledových sáčků, případná mírná elevace končetiny. Do ošetrovatelské péče zde byla zařazena a zaznamenána i psychická podpora pacientky a sledování signálů bolesti. Na dotaz pacientka uváděla intenzitu a charakter bolesti, který pacientka charakterizovala jako ostrou akutní bolest přítomnou i při klidovém režimu. Dále sledování vegetativních signálů bolesti. Různá analgetika byla podávána dle stupně bolesti – neopioidní analgetika metamizol a opioidní analgetikum piritramid. Jiná alternativní terapie bolesti nebyla použita. Na analgetické terapii byly bolesti pacientky dobře snesitelné.

Tabulka 8 Předepsaná analgetika dle stupně bolesti [zdroj: vlastní]

VAS 3-10	Novalgin 1 g, max 4x denně, 30minutová i.v. infuze
VAS >6	Dipidolor 15mg, max 4x denně i.m.

U této pacientky byla monitorována pooperační bolest pomocí škály VAS a sledování signálů bolesti, které pacientka vykazovala. Jako terapie bolesti byla užívána farmakoterapie, fyzikální terapie chlazením a psychická podpora pacientky. Fyzikální metody přinesly pacientce pouze momentální úlevu od bolesti. Analgetika byla podávána dle aktuální bolesti, preventivní podávání léků nebylo v tomto konkrétním případě užito. Celkem bylo podáno 5 dávek různých analgetik (2x neopioidní analgetika a 3x opioidní analgetika). Management bolesti byl průměrně úspěšný, maximální hodnota VAS v celém pooperačním období bylo 6, ve většině času bylo subjektivní hodnocení bolesti pacientkou hodnoceno jako VAS 2.

Diskuze

Hlavním cílem předloženého kvalitativního výzkumu bylo zhodnotit, jakým způsobem probíhá sledování a management bolesti u pacientů podstupujících operační zákrok (totální endoprotéza kolenního kloubu) ve dvou různých zdravotnických zařízeních.

První a druhá pacientka: 58letá a 73letá žena byly hospitalizovány ve zdravotnickém zařízení (ZZ), pracovně označené jako A. Překvapením bylo, že se v tomto ZZ rutinně neprovádí příjmová ošetřovatelská anamnéza, která by v současnosti měla být prováděna dle platné legislativy při každé hospitalizaci. Na jednotce intenzivní péče byly každou hodinu od operace monitorovány bolesti pacientek, které uváděly intenzitu svých bolestí na škále VAS, charakter bolestí a na základě uváděných informací byla pacientkám podána farmakologická léčba dle indikace lékaře. Z hlediska ošetřovatelské péče existuje několik nefarmakologických možností tišení bolesti (např. psychologické metody nebo využití tepla). V těchto případech byla použita terapie chlazením, změnou polohy dané končetiny a manuální léčba v podobě rehabilitace, která měla za úkol obnovit pohyblivost kloubů.

Třetí a čtvrtá pacientka: 65letá a 72letá žena byly hospitalizovány v ZZ, pracovně označeném jako B. V tomto ZZ byla u pacientek zaznamenána příjmová ošetřovatelská anamnéza, kde byly uvedeny mj. údaje, které by mohly být prospěšné pro poskytování ošetřovatelské péče, protože se jedná o faktory, které mohou vnímání bolesti ovlivnit, např. dietní omezení, některé další obtíže, psychosociální potřeby a další informace. Byl zde veden také pooperační analgetický list, na němž byla monitorována bolest každou půlhodinu od konce operace. V analgetickém listu byla uvedena intenzita bolestí na škále VAS, charakter bolestí, mapa bolestí, kde bylo vyznačeno místo bolesti a její projekce uváděné pacientkami. Zaznamenávaly se zde i objektivní signály bolesti (např. pláč, hlasový projev, bolestivý výraz, neklid, sevřené pěsti a jiné) a vegetativní signály bolesti (tachykardie, tachypnoe, hypertenze, pocení, nauzea nebo zvracení),

kteřé byly na pacientkách pozorovány ošetřujícím personálem. V těchto dvou konkrétních případech nepřineslo sledování známek bolesti žádný benefit oproti pouhému hodnocení subjektivního vnímání bolesti pacientkami, zaznamenání těchto objektivních známek bylo vždy spojeno se subjektivními stížnostmi patientek (viz **Tabulka 6 a 8**). Objektivní sledování známek bolesti je jistě velkou pomocí při managementu bolesti u pacientů s omezenými komunikačními schopnostmi. Zůstává otázkou, zda je nutné objektivně sledovat tyto známky rutinně u všech pacientů po operaci, což by bylo zajímavé téma pro další výzkum v této oblasti. Obdobné hodnocení známek bolesti samozřejmě probíhalo i ZZ označeném jako A, ale jen u vybraných pacientů. S tímto přístupem ubyla práce a administrativní zátěž ošetrovatelského personálu a získaný čas mohl být věnován další, pravděpodobně i účelnější péči o pacienty.

Na základě uváděné intenzity bolesti byla pacientkám podána farmakologická léčba dle indikace lékaře. Ošetrovatelská péče týkající se bolesti byla zaznamenána v analgetickém listu, kde se zaznamenávaly kromě použité farmakoterapie i alternativní metody léčby bolesti. Z fyzikálních metod je v literatuře doporučeno využívání chladu, jelikož chlad zvyšuje práh bolesti, snižuje místní otok a svalový spasmus. S velkou obezřetností se v pooperačním řešení bolesti musí využívat terapie teplem, jelikož může být zvýšeno riziko krvácení a tvorby otoků. Proto je pozitivních efektů tepla (uvolnění svalového spasmu, zlepšení pohyblivosti kloubů) doporučeno začít používat nejdříve 48 hodin po operaci. Psychologické metody se považují spíše za doplňkovou terapii, přestože bylo prokázáno, že snižují úzkost pacientů z bolesti a zvyšují spokojenost pacientů s léčbou [4].

V našich konkrétních případech nebylo možné v době hospitalizace patientek na intenzivních odděleních terapii teplem využít, protože v době časně po operaci by převažovaly rizika této terapie nad jejím možným přínosem. Byla ale vcelku úspěšně použita terapie chlazením pomocí chladících sáčků. Patientky byly s touto terapií

velmi spokojeny a opakovaně se jí dožadovaly i v situacích, kdy jejich subjektivně vnímaná bolest dle VAS škály byla velmi mírná (VAS <2) nebo žádná.

Neméně úspěšná byla i psychická podpora ošetrovatelského personálu. Největší výhodou psychologických metod je to, že prakticky nemají žádné kontraindikace a pacientovi mohou ve vhodnou chvíli výrazně pomoci při jeho subjektivním snášení bolesti [4]. Obě výše popsané alternativní metody léčby bolesti mají velmi důležité místo v managementu pooperační bolesti. Ačkoli byla psychická podpora pacientů zaznamenávána do dokumentace pacienta pouze v ZZ B, obdobná péče probíhala i v ZZ. Opět zde zůstává otázkou, jak moc je přínosné a efektivní veškeré činnosti ošetrovatelského personálu přesně zaznamenávat. Ani v jednom ZZ nebyl pacientům po operaci k dispozici klinický psycholog, jehož péče by mohla pacientům přinést další pomoc ve velmi stresujícím perioperačním období.

Nezbytnou součástí pooperační péče je časná mobilizace pacienta prováděná zkušeným fyzioterapeutem. Rehabilitace byla zahájena u všech sledovaných pacientek první pooperační den. Byla zaměřena zejména na měkké tkáně a klouby operovaných končetin, jejich uvolnění a obnovení jejich pohyblivosti [4]. Časná mobilizace pacientů po operaci je nezbytná nejen k úspěšnému řešení jejich pooperační bolesti, ale také jako prevence tromboembolické nemoci, vzniku dekubitů i jako prevence imobilizačního syndromu zejména u starších polymorbidních pacientů [1].

Literatura se zmiňuje rovněž o imobilizaci, která sice může snižovat bolest, ale zároveň také u pacienta zvyšuje riziko žilní trombózy a následné plicní embolie, vzniku dekubitů a svalové atrofie [4]. Z těchto důvodů se imobilizace v pooperačním řešení bolesti využívá minimálně (např. při řešení fraktur, kde může imobilizace postižené části těla být nutnou podmínkou ke správnému srůstu kosti). Ani u jedné mnou sledované pacientky nebyla imobilizace užita jako součást terapie bolesti.

Návrh optimálního postupu řešení pooperační bolesti

Ideální ošetrovatelská péče při tišení pooperační bolesti by měla začít vstupní ošetrovatelskou anamnézou, která nám o pacientovi může hodně napovědět. Dále je nezbytné kvalitní vedení dokumentace (nejlépe pomocí jednoduchého analgetického listu), které by mělo zahrnovat vhodně zvolenou metodu vyjádření subjektivního vnímání bolesti pacienta. Ve většině případů se pravděpodobně bude jednat o vizuální analogovou škálu bolesti. V některých případech, kdy není pacient schopen této škále porozumět (například malé děti nebo starší pacienti se syndromem demence), je vhodné použít jednodušších a pro takové pacienty názornějších metod (např. obličejová škála bolesti nebo využití panenek). U některých pacientů se budeme muset spokojit s vyhodnocováním pozorování signálů bolesti (bolestivé grimasy, pláč, neklid aj.) a vegetativních signálů bolesti (pocení, tachykardie, tachypnoe, hypertenze aj.). U pacientů s dobrou mentální kondicí může analgetický list obsahovat např. také tzv. mapu bolesti, na kterou pacient může vyznačit lokalizaci, případně i šíření bolesti [1]. Rovněž bude u takových pacientů vhodné hodnotit charakter bolesti (pacientům dáme na výběr z jednotlivých typů bolesti – pálivá, bodavá, řezavá, tupá, ostrá, pulsující, kolikovitá, tlaková) a případně okolnosti, které bolest vyvolávají (např. zda se jedná o bolest klidovou nebo se bolest objevuje jen při pohybu).

Z výše uvedeného vyplývá, že neexistuje ideální jednotná forma analgetického listu vhodná pro všechny pacienty, což může přinášet praktické problémy při zaznamenávání, rozhodně by se však nemělo jednat o další administrativní zátěž pro personál. Je nutné tuto formu individualizovat dle stavu a schopností konkrétního pacienta. Nezbytná je vysoká frekvence monitorování pooperační bolesti. Bolest je pak řešena relativně brzy a pro pacienta je rovněž důležité cítit zájem ze strany ošetrovatelského personálu.

Farmakoterapie bolesti je základní a nenahraditelnou metodou při léčbě pooperační bolesti. Rovněž v případě sledovaných nemocných přinesla prokazatelně největší

úlevu. Výběr analgetického přípravku, jeho dávka i způsob jeho podání zůstává plně v kompetenci lékařů, není tedy úkolem této práce zvolenou farmakoterapii hodnotit. Ošetrovatelský personál je ale přesto pro úspěšnou analgetickou farmakoterapii nezbytný. Je s pacienty v neustálém kontaktu, získává si jejich důvěru a na základě informací, které od nich obdrží, vyhodnotí charakter a intenzitu bolesti a je zodpovědný za vlastní podání analgetik.

Současně je nezbytné respektování subjektivního charakteru bolesti. Pacient pak sám na základě svého prožitku *de facto* rozhoduje o tom, kdy se lék proti bolesti podá. Stává se tím vlastně tak trochu pánem situace nad svou bolestí. Zdravotníkům tak zůstává zodpovědnost, aby množství podaných léků nepřekročilo maximální doporučenou dávku, a pacient tak nebyl ohrožen možnými toxickými účinky. Použití alternativních metod při tišení bolesti je naopak minimálně částečně v kompetenci ošetrovatelského personálu. Tyto metody jsou sice stále vnímány spíše jako doplňková terapie, jedná se o velmi důležitou, ale mnohdy opomíjenou součást léčby pooperační bolesti.

V uvedených případech se osvědčila terapie chladem, která by dle mého názoru rozhodně neměla být opomínána. Samotný efekt chladu nepopíratelně snižuje pocit bolesti pacientů. Neméně důležitý je i sociální charakter této terapie. Jedná se o další kontakt pacienta s ošetrovatelským personálem. Fakt, že je mu věnována další péče, může přispět k celkové spokojenosti pacienta s léčbou. Může tak začít fungovat i dobře známý placebo efekt, kdy pacient díky tomu, že léčbě více důvěřuje, subjektivní vnímání bolesti může dále snižovat.

V rozporu se zavedenými postupy by bylo žádoucí do perioperační péče zahrnout u všech pacientů psychologickou podporu zkušeným klinickým psychologem, jelikož psychický stav pacienta se výrazně podílí na intenzitě vnímané bolesti i na schopnosti pacienta se s bolestí vypořádat. Špatný psychický stav pacienta může vést ke zhoršení

stavu a k nechuti spolupráce se zdravotnickým personálem (odmítání jídla, odmítání rehabilitovat atd.) [4]. Podpora pacienta může i účinně snížit stres před operací i po ní. Ideální ošetrovatelská péče o pacienta s bolestí by tedy měla začít kvalitní ošetrovatelskou anamnézou. Dále by měl být veden individualizovaný analgetický list, pacientovi by také měla být poskytnuta účinná farmakoterapie dle indikace lékaře. Vynechány by neměly být ani alternativní metody tišení bolesti a psychická podpora pacienta. Zdravotnický personál by měl vždy myslet na to, že bolest je subjektivní záležitostí a tím pádem tak trochu nechat pacienta řídit situaci na základě jeho subjektivních stesků.

Závěr

Předložený příspěvek zabývající se problematikou bolesti v intenzivní péči měl stanoven hlavní cíl, a to zjistit a zhodnotit, jak funguje ošetrovatelská péče o pacienty s pooperační bolestí ve dvou různých zdravotnických zařízeních.

Z výsledků výzkumu na toto téma vyplývá, že každé ZZ k fenoménu bolesti přistupuje jiným způsobem, a to zejména ohledně jejího zaznamenávání do dokumentace. Zvolená diagnostika, farmakoterapie i alternativní metody tišení bolesti, v těchto případech použití chladu, byly sice relativně úspěšné ve všech čtyřech případech, nicméně jak v diagnostice, tak především v terapii pomocí alternativních metod a psychické podpoře má ošetrovatelská péče určité rezervy, a proto byl na základě praktických výstupů výzkumu zformulován návrh optimálního postupu řešení pooperačních bolestivých stavů v rámci kompetencí ošetřujícího personálu.

Seznam použité literatury

1. ROKYTA, Richard, Miloslav KRŠIAK a Jiří KOZÁK, ed. Bolest: monografie algeziologie. 2. vyd. Praha: Tegis, 2012. ISBN 978-80-87323-02-1.
2. ROKYTA, Richard a Cyril HÖSCHL, ed. Bolest a regenerace v medicíně. Praha: Axonite CZ, 2015. Axonite review., ISBN 978-80-88046-03-5.

3. ŠTĚTKÁŘOVÁ, Ivana. Farmakoterapie bolesti. Praha: Maxdorf, 2016. Jessenius., ISBN 978-80-7345-466-1.
4. MÁLEK, Jiří a Pavel ŠEVČÍK. Léčba pooperační bolesti. 3., dopl. vyd. Praha: Mladá fronta – Medical Services, 2014. Aeskulap., ISBN 978-80-204-3522-4.
5. Chráněné koagulum. In: Velký lékařský slovník [online]. Maxdorf [cit. 2018-05-13]. Dostupné z: <http://lekarske.slovniky.cz/pojem/chanene-koagulum>

Kontakt na autorky

Bc. Kateřina Drbohlavová

Studentka bakalářského studijního oboru

ČVUT v Praze

Fakulta biomedicínského inženýrství

Katedra zdravotnických oborů a ochrany obyvatelstva

Mgr. Martina Dingová Šliková

ČVUT v Praze

Fakulta biomedicínského inženýrství

Katedra zdravotnických oborů a ochrany obyvatelstva

e-mail: martina.slikova@fbmi.cvut.cz

Recenze

Článek uvádí výsledky bakalářské práce, kterou oponovala: Mgr. Lada Hlaváčková (VFN Praha)

RIZIKA POSKYTOVÁNÍ PRVNÍ POMOCI DĚTEM VYŽADUJÍCÍM ZVLÁŠTNÍ PÉČI

Risks of Providing First Aid to Children Requiring Special Care

Bc. Lucie Dokoupilová, Mgr. Monika Donevová
ČVUT v Praze, Fakulta biomedicínského inženýrství

Abstrakt

Bakalářská práce se zabývá možnými riziky vzniklými při poskytování první pomoci dětem vyžadujícím zvláštní péči. Jedná se o problematiku, která je v současné době velmi opomíjena a zdravotničtí záchranáři neznají správné postupy a pravidla při komunikaci s osobou s určitým postižením. Výjezdy posádek ZZS k těmto osobám nejsou sice časté, nicméně by měly být očekávané.

Teoretická část je zaměřena na děti se zdravotním postižením, jsou zde uvedeny základní etické náležitosti související s dětským pacientem a s tím navazující jejich práva, věnovaná odlišnostem komunikace při kontaktu s postiženými dětmi. Zbytek teoretické části se zabývá jednotlivými skupinami dětí s postižením, klasifikací daných postižení, správnou komunikací a kompenzačními pomůckami při komunikaci s nimi.

Praktická část obsahuje čtyři kazuistiky dětí s různým sluchovým postižením, zakončena porovnáním jednotlivých kazuistik mezi sebou a poukazuje na odlišnosti sluchového postižení u každého jedince. Součástí je odborná praktická přednáška první pomoci na škole pro neslyšící, postupy první pomoci při KPR, zástavě krvácení, popáleninách a zlomeninách. Výsledky znalostí dětí před a po přednášce jsou prezentovány prostřednictvím grafů. Pro doplnění informací jsou formou polostandardizovaných rozhovorů zhodnoceny zkušenosti zdravotnických pracovníků po setkání s dětmi se sluchovým postižením. Jsou navržena opatření k eliminaci rizik poskytování první pomoci dětem vyžadujícím zvláštní péči. Závěr

práce vyhodnocuje splnění cíle bakalářské práce, dále je zde uveden i přínos bakalářské práce.

Klíčová slova: Děti; komunikace; první pomoc; sluchové postižení; zdravotní postižení; zdravotnický záchranář.

Abstract

The bachelor thesis is about the possible risks caused by providing first aid to children requiring special care. This is a problem that is currently neglected and paramedics do not know the correct process and rules of communication with someone with a particular disability. Ambulance services to these people are not frequent, however, they should be expected.

The theoretical part is focused on children with disabilities. In the first part are presented the basic ethical requirements and rights related to the child patient. The second part informs about publications according to classification of individual diagnoses and determines the degree of disability. Next part defines general communication with children, the subchapter is dedicated to communication differences with disabled children. The rest of the theoretical part deals with individual groups of children with disabilities, classification of disabilities, correct communication and compensatory aids in communication with them.

The practical part contains four case history of children with different hearing loss. At the end of each case, there is an evaluation of that case. This section ends with a comparison of each case between each other and points out the differences of the hearing disability of each individual. This part also contains a practical lecture of first aid at a school for deaf children. Children were shown first aid procedures for CPR, heavy bleeding treatment, burns and bone fractures. The results of the children's knowledge before and after the lecture are presented via graphs. To supplement the information, there are semi-standardized interviews with healthcare workers about

their experiences after meeting the hearing impaired children. In the end, measures are proposed to eliminate the risks of providing first aid to children requiring special care.

In closing of the thesis is evaluated the aim of the bachelor thesis. This aim was to assess the risks of health care provision and subsequently to find elimination measures of these risks. The contribution of the bachelor thesis is also given here.

Keywords: Children; communication; disability; hearing loss; first aid; paramedic.

Úvod

Se zdravotním postižením se děti mohou již narodit, jedná se tedy o postižení vrozené, anebo je způsobeno v průběhu dětství následkem úrazu či nemoci. Zdravotní postižení je individuální a u každého dítěte záleží na diagnóze a stupni postižení, věku dítěte a dále na osobních charakteristikách důležitých pro překonání následků postižení. Diagnóza nemoci či zdravotního postižení je vyjádřena Mezinárodní klasifikací nemocí (MKN). Stupeň postižení ukazuje míru daného postižení a hodnotí se podle Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví (MKF) [2].

Při komunikaci zdravotnických záchranářů s dětským pacientem je snaha o dodržení určité zásady důležité k omezení vzniku psychických problémů. Jedná se například o přítomnost rodiny nebo známých, která napomáhá udržet dítě v klidu a umožňuje jeho lepší spolupráci se zdravotnickým pracovníkem. Při prvotním setkání se starším dítětem je možné osobní představení se a dále oslovování jeho křestním jménem. Kontakt s dítětem se udržuje formou mluvení a doteky i mimo léčebnou a ošetrovatelskou péči. Každý zdravotní úkon se dítěti předem popisuje, a tak ho připravuje, co bude následovat. Hovoří se s ním i o nynějším onemocnění a o jeho léčbě. Při nutném podání léků se volí neinvazivní, nebolestivé vstupy. V rozhovoru s dětmi se nikdy nelže, nezastírá. V neposlední řadě je užíváno krátkých jasných vět s

jednoduchými slovy a vhodným pokládáním otázek se zjišťuje jeho správné pochopení [2, 3, 4].

Skupina dětí se sluchovým postižením je velmi nesourodá, jsou zde zohledněny faktory ovlivňující situaci dítěte. Především závisí na stupni a druhu sluchového postižení, věku dítěte při ztrátě sluchu, mentálních předpokladech a komplexní úrovni rozvoje osobnosti. Záleží například i na kombinaci sluchového postižení s jiným postižením. Dále do hodnocení zapadají i faktory sociokulturní, jedná se například o prostředí, ve kterém dítě vyrůstá a kde se pohybuje [5].

Komunikace s dítětem se sluchovým postižením

Důležitý je vztah dítěte k okolnímu prostředí a jeho komunikační schopnosti. Ty jsou však u dětí se sluchovým postižením různě omezeny, a tím i možnost získávání informací o světě. Při nemožnosti komunikovat slovy ani jinými prostředky může být narušen celkový vývoj dítěte. Zaostává jak rozumově, tak i v sociální a emoční úrovni. Schopnost vnímání, a s tím související užívání jazyka, je nutná k rozvoji myšlení a vytvoření zdravého sebevědomí a vlastní identity [5, 6, 7].

Z důvodu narušení dorozumívacího procesu sluchovou cestou, je nutné zaměřit se na další smysl – zrak. Při komunikaci se využívá především očního kontaktu, vhodné je užití konkrétních předmětů, obrázků nebo fotografií. Avšak i přirozená gesta dokážou zprostředkovat potřebné sdílení informace. Nicméně nejdůležitějším komunikačním prostředkem neslyšících je znakový jazyk, založený na vizuálně-motorické komunikaci pomocí symbolů. Dítě díky němu dostane možnost vyjadřování a sdílení pocitů s okolním světem [3, 8, 9].

- **Znakový jazyk.** Dětský znakový jazyk je zjednodušenou projevovou formou znakového jazyka a obsahuje nižší znakovou zásobu. Jeho vývoj probíhá pomaleji než mluvená řeč u slyšících dětí [8, 9].

- **Mluvená řeč.** Orální způsob komunikace není pro malé děti vhodným komunikačním prostředkem. Je dobré kombinovat mluvený jazyk se znakovou řečí, kdy jsou ukazovány pouze významově nejdůležitější znaky. S věkem se tyto znaky postupně zvyšují a dodávají co nejúplnější jazykový projev [6].
- **Odezírání.** Odezírání je vnímání a přijímání informací pomocí zraku na základě pohybu úst, mimiky, výrazu očí, gestikulace rukou a celkového postoje těla. Jedná se o složitý proces, kdy je třeba velkého soustředění k porozumění mluveného kontextu. Podmínky pro správné odezírání mohou být vnitřní a vnější. Mezi vnitřní předpoklady řadíme například dosaženou úroveň vývoje řeči, znalost slovní zásoby, emoční stav a celkový stav organismu. Kategorie vnějších podmínek zahrnuje dokonalý zrakový kontakt. Souvisí s tím dobré světelné podmínky, správná výšková úroveň obličeje a dobrá konverzační vzdálenost [6, 8, 9].
- **Psaná podoba jazyka.** Psaná podoba jazyka je pro děti poměrně obtížnou formou dorozumívání. Pochopení daného textu je znesnadněno odlišnou stavbou věty a je velmi náročné sladit rozdíly mezi psanou a zvukovou stránkou jazyka. Není zde možnost posouzení situace na základě mimiky, gest a posunků.
- **Další způsoby komunikace.** Mezi další způsob, který lze využít při komunikaci s neslyšícím dítětem je komunikace prostřednictvím tlumočníka. Ten převádí mluvenou podobu jazyka do dohodnutého jazyka znakového [8].

Technické kompenzační pomůcky

Nejčastějšími kompenzačními pomůckami u osob s postižením sluchu jsou sluchadla a kochleární implantát.

- **Sluchadla.** Sluchadla se většinou využívají jako první alternativa u dětí s potvrzenou sluchovou vadou a jsou tedy nejčastější kompenzační pomůckou. Čím

dřív je dítě začne nosit, tím lepší výsledek se dostaví. Jsou použitelná u vad lehkých, středně těžkých, ale i těžkých [6, 10]. Fungují na principu zesílení vnímaného zvuku na takovou úroveň, kterou je již daný jedinec schopen zachytit. Každá vada vyžaduje jiné naprogramování, aby co nejlépe kompenzovala sluchové postižení a co nejvíce zvýraznila zvuky mluvené řeči. Toto nastavení se u malých dětí mění opakovaně z důvodu neschopnosti dítěte potvrdit správnost seřízení.

- **Kochleární implantát.** Při špatném dosažení výsledku po půl roce nošení sluchadla, je nutno ke kompenzaci zavést kochleární implantát. Ten je užíván u dětí se závažnější sluchovou vadou buď již s ní narozenou, nebo vytvořenou až v pozdějším věku dítěte. Nenahrazuje však sluch dokonale, i při adekvátních výsledcích dítě vnímá okolní zvuky jako při lehké nebo středně těžké poruše. Kochleární implantát elektricky stimuluje sluchový nerv nacházející se v hlemýždi vnitřního ucha, který dále vede signály do mozku, a tím umožňuje vnímat sluchové vjemy [6].

Cíle práce

Cílem bakalářské práce je vyhodnocení rizik při poskytování první pomoci dětem vyžadujícím zvláštní péči a navržení opatření vedoucích k eliminaci těchto rizik. Jako dílčí úkol byl zvolen v teoretické části seznámit čtenáře s jednotlivými skupinami dětí s daným postižením a objasnit správnou komunikaci s nimi. Důraz je kladen na použití technických kompenzačních pomůcek pro úspěšnou komunikaci. Dalším dílčím úkolem bylo seznámit sluchově postižené děti s náplní zdravotnických záchranářů, jejich schopnostmi a dovednostmi formou odborné praktické přednášky. Další část je zaměřena na zkušenosti zdravotnických pracovníků po setkání s pacienty se sluchovým postižením. Vyhodnocení získaných výsledků je znázorněno formou grafů [1].

Vybrané kazuistiky se zaměřují na děti se sluchovým postižením, popisují různé stupně a typy vad sluchového postižení, a tím i individuální vývoj dítěte a jeho

začlenění do společnosti. Uvedené kazuistiky se týkají dětí, které se vzájemně liší velikostí, typem, ale i vznikem sluchového postižení. Velký význam má i jejich schopnost verbální komunikace, a tím i začlenění do společnosti.

Když se zaměříme na porovnání kazuistik vzhledem k době vzniku sluchové vady, můžeme výše zmíněné poruchy rozdělit na vrozené a dědičné nebo získané. U chlapce č. 1 se jedná o vadu vrozenou, avšak ne dědičnou, jelikož oba jeho rodiče i blízcí příbuzní jsou bez sluchového postižení. Naopak u dívky č. 2 a chlapce č. 4 se v rodině již vyskytovalo sluchové postižení, v obou případech tedy jde o postižení zděděné po matce. Dívka č. 3 se narodila bez sluchového postižení slyšícím rodičům, avšak po prodělané meningitidě začala o sluch přicházet, její vada je tedy získaná následkem onemocnění.

Podle velikosti ztráty sluchu lze rozdělit osoby na neslyšící a osoby nedoslýchavé. Ve všech těchto případech se jedná o děti nedoslýchavé. Liší se však stupněm nedoslýchavosti. Nejméně závažnou ztrátu sluchu z výše uvedených trpí chlapec č. 1, jeho diagnóza je středně těžká nedoslýchavost. Dívka č. 2 a chlapec č. 4 mají stejný stupeň, tedy těžkou nedoslýchavost. Největší ztrátou sluchu disponuje dívka č. 3, která má potvrzenou percepční vadu sluchu velmi těžkého stupně [1].

V běžném životě jejich ztrátu sluchu kompenzují sluchadla. U chlapce č. 1 se středně těžkou nedoslýchavostí je ještě tato pomůcka účinná, chlapec je schopen vnímat zvuky kolem sebe. Dívka č. 2 se po indikaci sluchadla docela dobře orientuje ve zvucích, avšak při rušivých efektech se musí spoléhat na odezírání.

U dívky č. 3 byla nejdříve využita sluchadla, avšak po roce jí byl implantován kochleární implantát, díky němuž rozumí běžnému hovoru. Chlapci č. 4 byla přidělena sluchadla, která však k plné kompenzaci nestačí. O kochleárním implantátu se u chlapce neuvažovalo z důvodu jeho výchovy v neslyšící rodině a předpokladu, že mluvenou řeč pravděpodobně nikdy využívat nebude.

Posledním prvkem k porovnání byla vybrána jejich schopnost verbální komunikace, tedy způsob komunikace v rodině i ve společnosti. Každý z výše uvedených dětí je na toms mluvenou řečí na jiné úrovni. Ta je daná podle osob i prostředí, ve kterém vyrůstají. Chlapec č. 1 je vychováván slyšící matkou, mluvená řeč tedy v jejich rodině zaujímá důležitou pozici. Chlapec je schopen verbální komunikace, avšak objevují se zde lehké poruchy jako je snížená výbavnost slov, sklon k záměnám významově a zvukově příbuzných slov, dále také větné agramatismy a komolení artikulačně obtížných slov. Dívce č. 2, která je vychovávána neslyšící matkou a slyšícím otcem, se po nástupu na školu pro neslyšící její mluvení zhoršilo z důvodu komunikace prostřednictvím převážně znakového jazyka nebo odezírání. Kvůli tomu mluvenou řeč nevyužívá a ta časem zaostává. Naopak dívka č. 3 komunikuje verbálně, a to díky kochleárnímu implantátu, přítomnosti jejích slyšících rodičů a ztráty sluchu až po dokončení vývoje řeči. Dívka užívá rozvité věty, ptá se a odpovídá na otázky, avšak její řeč je méně srozumitelná, přetrvává dyslálie. Chlapec č. 4 vyrůstá v rodině s neslyšící matkou i neslyšící sestrou, proto je jeho komunikace výhradně prostřednictvím znakového jazyka. Matka má snahu vést chlapce k orální komunikaci, avšak v jeho blízkosti se nevyskytuje žádná osoba, která by s ním mohla procvičovat verbální komunikaci, a tudíž jeho řeč zůstane nadále nesrozumitelná [1].

Odborná praktická přednáška pro děti se sluchovým postižením

Odborná praktická přednáška se konala v základní škole pro sluchově postižené v Praze. Neslyšící děti se během hodinové přednášky seznámily se základními, a přitom nejzávažnějšími stavy vyžadujícími první pomoc, a následně si vše i prakticky vyzkoušely. Přednáška obsahovala ukázkou a nácvik KPR, zástavu krvácení, ošetření popálenin a pomoc při zlomeninách. V úplném závěru proběhlo celkové shrnutí praktických dovedností, a tím i zjištění právě získaných vědomostí.

Odborná přednáška probíhala prostřednictvím tlumočnicka, s kterým jsem se ještě před začátkem seznámila a sdělila mu potřebné informace. Dále jsem se seznámila s

ředitelem školy a paní učitelkou, která byla sama také sluchově postižená. Pak již následovala samotná přednáška v páté třídě, kde bylo celkem deset žáků. Každý žák měl jiný stupeň a jiný typ vady sluchu. Dvě z přítomných dětí měly částečně zachovaný sluch, z toho dívka byla schopna verbální komunikace [1].

Prvním závažným stavem bylo bezvědomí doprovázené bezdeším a následné zahájení KPR. U téhle problematiky mě zajímala, jaká je znalost dětí správného poměru stlačení hrudníku k dýchání. Poté jsem nejprve dětem i paní učitelce ukázala správný postup, tedy příchod k pacientovi, správné zkontrolování dechu, záklon hlavy a okamžitou masáž srdce. Záklon hlavy jsem jim názorně ukázala na figurantovi, masáž srdce jsem prováděla na resuscitační figuríně. Poté si děti jednotlivě samy vyzkoušely tento úkon, nejdříve na figuríně dospělého, následně na figuríně dítěte, která má při stlačení hrudníku menší odpor.

Během nácviku jsem opravovala chyby a ukazovala správný postup.

Při zástavě krvácení jsem dětem vysvětlila, jak správně ránu ošetřit. Moje následující otázka zjišťovala, zda vědí, co je to tlakový obvaz. Na tuto otázku se mi nedostala ani jedna kladná odpověď. Poté jsem na figurantovi ukázala, jak vypadá tlakový obvaz a v jaké situaci ho využít. Vysvětlila jsem jim, že mohou použít maximálně tři tlakové obvazy, a pokud krvácení stále neustává, je třeba použít zaškrcovadlo a jak ho správně přiložit. Následně si děti samy vyzkoušely zástavu krvácení s tlakovými obvazy i zaškrcovadlem. Žáky také zajímalo, jak postupovat při krvácení na hlavě, což jsem jim vše objasnila. Posledním bodem byl správný přístup

k pacientovi s krvácením z nosu. Toto téma děti velmi zaujalo a rozvinula se dlouhá debata zahrnující vlastní zkušenosti dětí [1].



Obrázek 1 Přístup k bezvědomému [vlastní zdroj]



Obrázek 2 - Zástava krvácení [vlastní zdroj]

Tabulka 1 – Počet správných odpovědí před přednáškou [zdroj: vlastní]

Typ znalosti	Absolutní početnost	Procentuální podíl
Znalost přivolání ZZS	10	100%
Znalost resuscitačního poměru	1	10%
Znalost tlakového obvazu	0	0%
Postup při popáleninách	5	50%
Postup při zlomeninách	7	70%

Tabulka 2 – Počet správných odpovědí po přednášce [zdroj: vlastní]

Typ znalosti	Absolutní početnost	Procentuální podíl
Znalost přivolání ZZS	10	100%
Znalost resuscitačního poměru	10	100%
Znalost tlakového obvazu	9	90%
Postup při popáleninách	10	100%
Postup při zlomeninách	10	100%

Dalším stavem vyžadujícím první pomoc byly popáleniny. Před názornou ukázkou jsem se dětí zeptala, jak by samy postupovaly při tomto úrazu. Polovina z dětí by vzniklou popáleninu správně začala chladit, tři by si přivolaly ZZS, jeden by na popáleninu aplikoval mast a jeden pouze přiložil krytí. Nato jsem žákům vysvětlila správnou techniku ošetření a co při popálení dělat, a co naopak nikdy neprovádět. Opět následovala diskuze dětí vycházející z jejich vlastních zkušeností nebo zkušeností rodinných příslušníků. Do debaty se zapojila i paní učitelka, která také přispěla svým zážitkem.

Posledním tématem přednášky byla pomoc při zlomeninách. Nejprve jsem se dětí zeptala, jak by postupovaly. Většina by si došla k lékaři nebo zavolala rodiče, některé

by se však zlomenou končetinu pokoušely samy reponovat. Ty jsem hned opravila a vysvětlila, že zlomeniny nikdy nerovnáme, ale jedeme rovnou do nemocnice nebo si zavoláme ZZS. Dále jsem žákům na figurantovi ukázala správné použití trojcípého šátku. V závěru paní učitelka přidala dotaz, jak postupovat při možném poranění páteře. Odpověděla jsem, že s pacientem co nejméně hýbat a co nejrychleji zavolat ZZS.

V závěru přednášky proběhlo souhrnné opakování probírané problematiky, kdy jsem se dětí znovu ptala na stejné otázky jako v průběhu přednášky. Jednalo se celkem o pět okruhů (přivolání ZZS, KPR, zástava krvácení, popáleniny a zlomeniny), ke každému okruhu byla přiřazena jedna otázka. Následným vytvořením a porovnáním grafů znázorňujících vědomosti dětí před a po praktické přednášce, jsem zjistila lepší výsledek správných odpovědí [1].

Na začátku přednášky bylo znát, že děti jsou ostýchavé a mají strach, avšak později se plně zapojovaly do konverzace, zkoušely si probírané postupy, pokládaly otázky přes tlumočníka a vyprávěly vlastní příběhy ze života. Důležitým článkem byla paní učitelka, která si s dětmi velmi dobře rozuměla, zapojovala se do debat a zkoušela si společně s dětmi jednotlivé úkony [1].

Přínosem odborné přednášky týkající se základní první pomoci je možná budoucí spolupráce mezi školou pro sluchově postižené děti a studenty Fakulty biomedicínského inženýrství. Mohly by se zde pravidelně provádět cvičení první pomoci nejen pro žáky, ale i vyučující a tím zlepšit informovanost a především komunikaci mezi osobou se sluchovým postižením a zdravotním pracovníkem.

Návrhy opatření k eliminaci rizik

Největším rizikem při poskytování první pomoci nejen dětem, ale i dospělým se sluchovým postižením je kvalita dorozumění. Ta je zhoršena odlišnou formou komunikace jednotlivých účastníků. Důsledkem špatného porozumění může dojít

ke špatné diagnóze a podcenění stavu pacienta, a tedy k následnému zanedbání péče. Ta může vést až k tragickým následkům.

Výše uvedenému riziku by se dalo předcházet větší informovaností zdravotnických záchranářů o problematice sluchově postižených. Informovanost by mohla být zlepšena na základě povinných školení zdravotnických záchranářů, kde by se dozvěděli zásady a pravidla při komunikaci s neslyšícím. Dále by mohly být vyučovány lekce základního znakového jazyka prováděné buď tlumočnickem, nebo přímo neslyšící osobou. Přínosem neslyšícího učitele by byla možnost kontaktu záchranářů s osobou se sluchovým postižením, a tím získání vlastní zkušenosti. V případě možného výjezdu k neslyšící osobě by pak situace nebyla tak ohromující a nová. Další zkušenosti se sluchově postiženými by se získávaly na základě pořádání praktických přednášek ať již konaných na školách pro neslyšící, nebo veřejně pro spolky a kluby. Tyto přednášky by především napomohly k poznání komunity Neslyšících, jejich chování a způsobu komunikace [1].

Po osvětě záchranářů pomocí školení a kurzů, by k zvýšení kvality dorozumění mohla být zřízena spolupráce s tlumočnickou organizací. Tato spolupráce by probíhala na základě možnosti kontaktu tlumočnicka pomocí videohovoru na dohodnutém telefonním čísle. V případě výjezdu k neslyšícímu by byl tento tlumočnick zkontaktován ještě před dojezdem na místo události, a tím připraven na možnou interakci. Toto opatření by pomohlo nejen záchranářům při ošetřování, ale i k zajištění přirozené komunikace sluchově postiženého a přispění ke zmírnění stresové situace.

Menší riziko vyplývající z poskytování první pomoci sluchově postižené osobě je zanechání duševní újmy způsobené neprofesionálním chováním zdravotnických záchranářů. I přes sluchovou vadu mohou totiž neslyšícímu zůstat zbytky sluchu nebo může být uživatelem technických pomůcek kompenzujících jeho postižení. Při neznalosti tohoto faktu se mohou záchranáři chovat neadekvátně, nebo dokonce

urážet pacienta, nevědomky tomu, že je může částečně slyšet. Toto jednání může mít vliv na psychiku pacienta a může ho to odradit od budoucího volání ZZS. Opatřením by mělo být profesionální chování výjezdové skupiny a chápat zdravotně postiženého jako rovnocenného. Díky zmíněným opatřením by mohlo v budoucnu dojít ke zlepšení situace. Všechny návrhy k eliminaci rizik nejsou náročné, jde jenom o ochotu naučit se něco nového a být otevřený ke změnám.

Cílem bakalářské práce bylo vyhodnocení rizik při poskytování první pomoci dětem vyžadujícím zvláštní péči a navržení opatření vedoucích k eliminaci těchto rizik. Zaměření bakalářské práce bylo na děti se sluchovým postižením. Pomocí kazuistik dětí s vadou sluchu proběhlo podrobné seznámení s danou problematikou a porovnání sluchových vad dětí. Při odborné přednášce ve škole pro neslyšící, bylo toto téma uvedeno na praktickou úroveň, kdy došlo k osobnímu setkání a získání vlastních zkušeností s osobami s postižením sluchu. Žáci základní školy s vadami sluchu byli seznámeni s náplní zdravotnických záchranářů, jejich schopnostmi a dovednostmi. Pro doplnění dané problematiky byly vedeny rozhovory se zdravotnickými pracovníky, z kterých vyplynula nejčastější rizika, s kterými se v PNP můžeme setkat. Dílčí úkoly této bakalářské práce byly splněny.

Zjištěním rizik vyplývajících z praktické části bakalářské práce, byla vyhodnocena a navržena opatření k eliminaci těchto rizik. Tímto byl cíl bakalářské práce naplněn. Tato opatření by mohly v budoucnu přispět k větší spolupráci ZZS s osobami se sluchovým postižením a ke zmírnění rizik při poskytování zdravotnické péče [1].

Seznam použité literatury

[1] DOKOUPILOVÁ, Lucie. *Rizika poskytování první pomoci dětem vyžadujícím zvláštní péči*. Kladno, 2018. Bakalářská práce. České vysoké učení technické v Praze. Fakulta biomedicínského inženýrství. Katedra zdravotnických oborů a ochrany obyvatelstva. Vedoucí práce Mgr. Monika DONEVOVÁ.

- [2] PTÁČEK, Radek a Petr BARTŮNĚK. *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada, 2011, 528 s. Edice celoživotního vzdělávání ČLK. ISBN 978-80-247-3976-2.
- [3] KNEZOVIC, Renata a Rebeka RALBOVSKÁ. *Komunikace pro pomáhající profese 2*. Praha: Evropské vzdělávací centrum, 2010, 124 s. ISBN 978-808-7386-057.
- [4] ANDRŠOVÁ, Alena. *Psychologie a komunikace pro záchranáře: v praxi*. Praha: Grada, 2012, 120 s. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4119-2.
- [5] NOVÁKOVÁ, Zita a Marie VÍTKOVÁ, BENDOVI, Petra, ed. *Základy speciální pedagogiky nejen pro speciální pedagogy*: [metodická příručka pro učitele]. Hradec Králové: Gaudeamus, 2015, 225 s. ISBN 978-80-7435-422-9.
- [6] Šance dětem: Děti se zdravotním pojištěním [online]. 2017 [cit. 2018-02-21]. © Obecně prospěšná společnost Sirius, o.p.s. Dostupné z: <https://www.sancedetem.cz/cs/hledam-pomoc/deti-se-zdravotnim-postizenim.shtml>
- [7] JUNGWIRTHOVÁ, Iva. *Dítě se sluchovým postižením v MŠ a ZŠ*. Praha: Portál, 2015, 192 s. ISBN 978-80-262-0944-7.
- [8] KRAHULCOVÁ, Beáta. *Komunikace sluchově postižených*. Vyd. 2. Praha: Karolinum, 2002, 303 s. ISBN 80-246-0329-2.
- [9] MUKNŠNÁBLOVÁ, Martina. *Péče o dítě s postižením sluchu: pro mediky, lékaře a ošetřující personál*. Praha: Grada, 2014, 128 s. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-5034-7.
- [10] JANOTOVÁ, Naděžda, Zita NOVÁKOVÁ a Marie VÍTKOVÁ. *Reedukace sluchu sluchově postižených dětí v předškolním věku*: [metodická příručka pro učitele]. Praha: Septima, 1996, 16 s. ISBN 80-858-0190-6.

Kontakt na autorky

Bc. Lucie Dokoupilová

ČVUT v Praze

Fakulta biomedicínského inženýrství

Studentka magisterského studijního oboru

Mgr. Monika Donevová

ČVUT v Praze

Fakulta biomedicínského inženýrství

Katedra zdravotnických oborů a ochrany obyvatelstva

e-mail: monika.donevova@fbmi.cvut.cz

Recenze

Článek uvádí výsledky bakalářské práce, kterou oponovala: Mgr. Eva Nechlebová, Ph.D.

(VŠTVS Palestra spol.s r. o.)

MOŽNOSTI ŘEŠENÍ NÁSLEDKŮ PLOŠNÉHO VÝPADKU ELEKTRICKÉ ENERGIE NA REGIONÁLNÍ ÚROVNI

Options for resolving widespread power failure consequences at regional level

Ing. Jiří Halaška, Ph.D.¹, plk. RNDr. Tomáš Holec², prof. Ing. Josef Tlustý, CSc.¹

1. ČVUT v Praze, Fakulta biomedicínského inženýrství.

2. HZS Středočeského kraje Kladno.

Abstrakt

Práce pojednává o možných metodách řešení plošného výpadku elektrické energie na úrovni regionu. Cílem práce je analyzovat organizační a technická řešení pro překonání krizového stavu při rozsáhlém a dlouhodobém výpadku elektrické energie. Rovněž budou zhodnoceny možné priority, zdroje a postupy pro zajištění základních služeb obyvatelstvu a státní správě ve vážných a rozsáhlých krizových situacích spojených s blackoutem. Práce se dále zabývá možností použití technických řešení pro urychlení obnovy dodávek elektrického proudu.

Klíčová slova: Plošný výpadek elektrické energie, krizové řízení, ochrana obyvatelstva

Abstract

The lecture deals with possible methods of solution widespread power failure at region level. The aim of this work is to analyze the organizational and technical solutions to overcome the State of crisis in large and long power outage. Will also be evaluated possible priorities, resources, and procedures for the provision of basic services to the population and State administration in serious and large-scale emergency situations associated with power outage. The lecture also deals with possibility of using technical solutions to speed up the restoration of electrical power supply.

Keywords: Area power failure, emergency management, population protection

Úvod

Plošné dlouhodobé výpadky elektrické energie – blackoutu ve velké městské aglomeraci byly zaregistrovány v řadě států světa, vždy většinou se závažnými dopady na životy, zdraví lidí a zejména ekonomické hodnoty. Blackout je původem anglický název pro rozsáhlý výpadek dodávky elektrické energie. První blackout moderní historie nastal v USA a v Kanadě 9. listopadu roku 1965 a zasáhl 30 milionů lidí na ploše větší než 80 tisíc čtverečních mil. Největší porucha v historii udeřila ve večerní špičce a trvala více než 12 hodin. V podzemních drahách městských metropolí bylo uvězněno více než 800 000 cestujících, zastavila se železnice, zkolabovala silniční doprava. Od té doby bylo ve světě zaznamenáno více než 80 velkých dlouhodobých výpadků elektrické energie. Nejvíce jich zaznamenala Amerika (cca 45), následuje Evropa (cca 20) a zbývající blackoutu se odehrály v Asii, Austrálii a Africe. V Americe naprostá většina velkých poruch byla způsobena přírodními živly. Mezi největší výpadky ve světě se řadí blackout v USA a Kanadě v roce 2003, kdy výpadek trval 42 hodin a bylo postiženo více než 50 milionů obyvatel v New Yorku, pěti amerických státech a kanadské provincii Ontario, Nejvíce obyvatel bylo postiženo při výpadku v Indii v roce 2012, který trval dva dny a bez elektřiny bylo více než 600 milionů obyvatel. Výpadky elektrické energie se nevyhnuly ani Evropě, Dánsko a Švédsko (4 miliony odběratelů) bylo bez proudu několik hodin v roce 2003, v témže roce byla také postižena celá Itálie (57 milionů odběratelů) po dobu 5 hodin. V roce 2004 postupně zkolaboval celý elektrizační systém jižního Řecka na řadu hodin. V roce 2006 v částech Německa, Francie, Itálie, Belgie, Španělska a Portugalska bylo bez proudu 5 milionů lidí po velkém kaskádním zhroucení, kdy se propojená Evropa rozpadla na tři nezávislé části po řadu hodin. Vážné následky měl blackout v Aucklandu, Nový Zéland v roce 1998. Zasáhl asi 1 milion obyvatel, s důsledky blackoutu se město vyrovnávalo velmi dlouho. Zpočátku jednoduchá porucha na vysokonapěťovém

kabelu vyvolala řetězec poruch na dalších kabelech. Po každé opravě kabelu a následném připojení napětí došlo k závadě na dalších místech. Tento stav, kdy centrum města bylo zcela mimo provoz, trval 5 týdnů. Denně spotřebovaly nouzové agregáty 1 milion litrů nafty. Za tu dobu opustila město velká část obyvatel, ale také banky, univerzity, významné firmy.

1. Organizace pomoci obyvatelstvu regionu při rozsáhlém blackoutu s využitím procesů a nástrojů ochrany obyvatelstva

Dle názorů odborníků v České republice rozsáhlý výpadek nehrozí zejména pro dostatek zdrojů a kapacit elektrické energie a také vzhledem k moderním a zálohovaným přenosovým trasám. Přesto by bylo vhodné vzhledem k některým negativním zahraničním zkušenostem analyzovat možnosti řešení rozsáhlého výpadku elektrické energie ve velké městské aglomeraci nejen z hlediska energetického, ale i z hlediska ochrany obyvatelstva, tedy analyzovat nezbytné postupy a nástroje, jak a zejména kým poskytnout základní pomoc obyvatelstvu při nouzovém přežití v rámci blackoutu. Typový plán: Narušení dodávek elektrické energie velkého rozsahu, zpracovaný Ministerstvem průmyslu a obchodu ČR řeší spíše energetické a technické postupy a souvislosti překonání blackoutu. Havarijní a krizové plány krajů také do důsledku tento stav neřeší. Např. hlavní město Praha s více než 1.4 miliony obyvatel by k překonání blackoutu z hlediska ochrany obyvatelstva jistě potřebovalo rychle povolat řadu záložních lidských sil i technických prostředků a zjevně by pomoc mohla být poskytnuta jen malé části obyvatelstva. Největší potřeba sil a prostředků by byla hned v prvních okamžicích vzniku blackoutu a byla by spojena zejména s chaosem v dopravě, potřebou uvolnit řadu lidí z výtahů, elektronických závor, řešení situace zákazníků a bezpečí v nákupních centrech a obchodech. V první fázi by byly zahájeny záchranné a likvidační práce jako společné nasazení všech dostupných složek IZS. Pro tato krátkodobá prioritní opatření (záchrana životů, zdraví lidí, či majetku) může např. Hasičský záchranný sbor (HZS) HMP nasadit v první fázi zhruba 200 – 400 osob, což samozřejmě na velkou pražskou

aglomeraci nestačí. Důležitá by zde byla okamžitá pomoc a synergické působení havarijních a odborných pracovníků dotčených organizací (nemocnice, školy, dopravní podniky, železnice, nákupní střediska apod.), dále svépomoc a osobní připravenost občanů tyto situace řešit a také rychlé krizové plánování příslušných orgánů ve smyslu přípravy provizorních opatření a okamžité povolání dalších sil a prostředků. Dopady první fáze blackoutu ve všech důsledcích a oblastech by byly rozsáhlé a těžko zvládatelné (kolaps dopravy a zásobování, zásobování vodou, teplem a pohonnými hmotami, částečný výpadek telekomunikačních služeb, odpady, zastavení důležitých výrobních provozů, nedostatek informací, panika apod.).

Při delším pokračování blackoutu a při negativní prognóze situace do budoucnosti by bylo nutné svolat příslušné krizové štáby a rozhodnout o dalším postupu s ohledem zejména na zabezpečení zdravotnických a školských zařízení, domovů důchodců, kritické infrastruktury a záchranných sborů. Nejméně výhodná situace by nastala při kumulaci dalších negativních jevů, např. velká vedra, mrazy, námraza, povodeň, požáry, bezpečnostní incidenty apod. Zde by musela být v krátké době provedena rychlá analýza situace a potřeb v příslušných městských částech, která by stanovila rozsah a posloupnost provedení opatření ochrany obyvatelstva, zejména poskytování informací a priority a způsob nouzového zásobování, popř. evakuace některých skupin obyvatelstva. K těmto již rozsáhlým opatřením by bylo nutné povolat značné doplňkové síly, zejména krajskou výpomoc HZS ČR, jednotky sboru dobrovolných hasičů (JSDH), AČR a všechny další akceschopné složky (městské policie, další ozbrojené a záchranné sbory, humanitární a zdravotnické organizace). Zkušenost v těchto situacích někdy ukazuje, že nejvíce času v krizovém rozhodovacím procesu se věnuje na sběr a vyhodnocení informací z terénu a na rozhodování a jednání nejvyšších orgánů, tedy na vlastní realizaci opatření podřízených složek, včetně jejich přesunu na místo nasazení příliš času nezbyvá. Zdůrazňuji, že rozhodnutí a vydání nařízení k nasazení doplňkových sil by muselo být učiněno velmi rychle.

Schopnost obyvatelstva samostatně přežít při rozsáhlém blackoutu spojeném s jinými negativními jevy (mrazy, vedra) je možné ve městě odhadnout na 2 – 4 dny a u specifických kategorií obyvatelstva (nemocní, starší občané, děti, zdravotně oslabení, handicapovaní, bezdomovci) ještě mnohem méně. Velkým problémem (vzhledem k blackoutu) by bylo informování obyvatelstva o situaci, přijatých opatřeních a zpětná vazba o skutečných potřebách zásob, evakuace, nouzového ubytování apod. Zde by musela být rychle vytvořena síť styčných terénních pracovníků, kteří by regionálně řešili požadavky obyvatel a přinášeli reálné podklady k rozhodování krizových orgánů. Bylo by nutné vytvořit elektrifikovaná spádová humanitární a informační centra, kde by lidé dostali informace, potraviny, vodu, základní zdravotnickou pomoc a odkud by postupně byly po kategoriích důležitosti evakuovány. Také by bylo nutné prověřit situaci zejména u handicapovaných a zdravotně oslabených osob a zařídit jejich přednostní evakuaci, či hospitalizaci mimo postiženou oblast. Důležitou součástí krizových opatření v rámci blackoutu by byly činnosti epidemiologické, veterinární, dopravní, bezpečnostní, logistické, informační, psychologická pomoc a jiná opatření.

Ochrana obyvatelstva, jako zákonná a obecně v ČR zvládnutá a zabezpečená forma pomoci, by se v této specifické situaci zaměřila zejména na varování (informování), částečnou evakuaci, nouzové přežití obyvatelstva a další nezbytná opatření k zabezpečení ochrany životů, zdraví a majetku. Pomoc by mohly (vzhledem ke specifice blackoutu) poskytovat jen dobře vybavené a organizované složky IZS disponující autonomním spojením, přepravní kapacitou včetně zásob pohonných hmot a mobilními prostředky velení a logistiky. Ostatní síly a dobrovolníci by se museli přidat k výše uvedeným složkám jako jejich podpora. Část řídicích a logistických kapacit by musela být věnována na zabezpečení činnosti orgánů krizového řízení až do nejnižší úrovně. Praktický postup krizových štábů při blackoutu by spočíval zejména v:

- trvalé analýze situace a realizaci odpovídajících krizových opatření a opatření ochrany obyvatelstva,

- včasném informování obyvatel a základní komunikaci s nimi,
- zajištění, nasazení a řízení sil, prostředků a zdrojů pro řešení krizové situace,
- zajištění základního nouzového zásobování a přežití pro většinu postiženého obyvatelstva dle určených priorit,
- zajištění evakuace pro postižené obyvatelstvo životně závislé na el. energii, do míst, kde je dodávka el. energie zajištěna,
- zajištění bezpečnosti a pořádku v postižené oblasti, kontrole dodržování regulačních opatření,
- zajištění nouzového zásobování prioritních odběratelů elektrickou energií,
- provedení nezbytných oprav elektroenergetických zařízení,
- obnovení dodávek elektrické energie a postupné obnově funkcí veřejné správy a běžného života.

Prioritní roli při řešení ochrany obyvatelstva v rámci blackoutu by sehrával **Hasičský záchranný sbor ČR**, včetně JSDH. Je zřejmé, že při rozsáhlých problémech by byl vyhlášen krizový stav, který by umožnil i další organizační a materiálová opatření. HZS ČR a orgány samosprávy jsou a při vyhlášení vyšších krizových stavů i zůstanou hlavní výkonnou i řídicí složkou pro řešení opatření ochrany obyvatelstva. HZS ČR je profesionální, akceschopná, autoritativní a dobře technicky vybavená organizace s celostátní dislokací a velkou zkušeností v oblasti ochrany obyvatelstva. 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 komplexním řešení rozsáhlého blackoutu.

Policie České republiky by v rámci opatření blackoutu prioritně řešila bezpečnostní a pořádkové problémy spojené s částečnou evakuací a nouzovým přežitím, ochranu objektů a prostorů (např. evakuačních středisek), doprovody logistických a evakuačních kolon, dopravní a hospodářské kontroly, vyšetřování

trestné činnosti apod. K tomuto úkolů by ze zákona mohla být posílena asistencí příslušníků AČR.

Zdravotnická záchranná služba (ZZS) jako moderní výkonná organizace s kvalitním plošným pokrytím a technikou by společně s nemocničními a zdravotnickými zařízeními řešila prioritně akutní případy a dále částečnou evakuaci pacientů z nemocnic a zařízení postižených blackoutem. Kladem zdravotnických organizací je zkušený a připravený personál a také krátké dojezdové časy ZZS do většiny míst. Odborný personál ZZS by bylo možné posílit v případě potřeby o odborné lékaře z nemocnic, případně ambulantní lékaře (i soukromé) a také volnými lékaři z jiných rezortů, např. ministerstva obrany.

Správa státních hmotných rezerv (SSHR) by pro řešení krizových opatření v rámci blackoutu hrála velmi důležitou roli. Její činnost předpokládá vyhlášení krizového stavu a soustřeďuje se na vykrývání materiálních požadavků (technika, materiál, potraviny, léky apod.) orgánů krizového řízení. Typické potřeby pro řešení blackoutu jsou např.: elektrocentrály, nádrže na vodu, materiál humanitárního charakteru, ubytovací a proviantní materiál, osvětlovací soupravy, mobilní TV a radiové vysílací aparatury apod. V současné době eviduje SSHR ve svých zásobách více než 220 elektrocentrál různého výkonu, 250 nádrží na vodu, více než 20 osvětlovacích souprav a další vhodný materiál. SSHR je velmi pružná organizace a díky informačním systémům hospodářských opatření pro krizové stavy je schopna požadavky vykrývat v řádu hodin. Důležité však je, aby je odpovědné orgány krizového řízení a další instituce, které budou blackout řešit, byly schopny požadavky v krátkém čase a úplně nárokovat. Dalším důležitým protikrizovým krokem v rámci blackoutu je realizace nezbytných regulačních opatření v dopravě, zásobování a bankovníctví, které může ze zákona nařídít vláda, kraj či obec s rozšířenou působností.

2. Společné součinnostní cvičení orgánů krizového řízení kraje jako efektivní metoda přípravy na plošný výpadek elektrické energie

Vhodnou formou přípravy všech zainteresovaných složek IZS, orgánů a organizací krizového řízení, technicko – hospodářských a dalších kompetentních organizací na řešení plošného výpadku elektrického proudu je společné koordináční cvičení na krajské úrovni. Význam takového cvičení je ve třech rovinách. V přípravné fázi se partneři navzájem poznají, pochopí své role v rámci kraje a představí své kapacity a schopnosti pro eliminaci blackoutu. Při vlastním cvičení se procvičí způsoby spolupráce, koordinace, poskytování pomoci a metody návratu do normálního stavu. Ve fázi vyhodnocení cvičení se analyzují zejména nedostatky, slabá místa a vytýčí se úkoly pro zlepšení stavu.

Tento způsob přípravy a řízení cvičení se osvědčil na společném taktickém cvičení složek IZS Středočeského kraje s názvem: Činnost složek IZS, orgánů krizového řízení a vybraných orgánů a organizací Středočeského kraje (dále jen SČK) při řešení krizové situace „Narušení dodávky elektrické energie velkého rozsahu“ v kraji.

Cvičení mělo následující hlavní cíle:

- prověřit připravenost a akceschopnost složek IZS, orgánů krizového řízení a dalších vybraných orgánů a organizací v kraji na řešení dopadů krizové situace,
- prověřit vzájemnou komunikaci složek IZS, orgánů krizového řízení a vybraných orgánů a organizací kraje,
- prověřit průnik prvotní informace o rozsahu výpadku elektrické energie od dodavatelů energií,
- prověřit připravenost a funkčnost náhradních zdrojů elektrické energie, možnosti dodávek PHM do těchto náhradních zdrojů,
- zhodnotit možné dopady krizové situace na základní životní potřeby obyvatelstva a infrastrukturu v kraji,
- vyhodnotit získané poznatky a přijmout reálná opatření pro fázi přípravy a řešení následků krizové situace.

Cvičení proběhlo ve dnech 4. – 5. 9. 2018 na mnoha místech kraje, s centrální rozehrrou z Krajského úřadu SČK a KOPIS HZS kraje. Cvičení bylo velmi pečlivě a dlouhodobě připravováno pracovníky HZS kraje a Krajského úřadu SČK s řadou předběžných jednání a konzultací, které řešily nejen efektivitu cvičení, ale hlavně odolnost kraje proti blackoutu. Cvičení se zúčastnily základní a některé ostatní složky IZS, dále řada důležitých organizací stání správy a také průmyslové firmy z řad energetiky, vodárenství, z oblasti dopravy, dodávky plynu, teplárenství, telekomunikačních služeb, zdravotnictví a řada dalších participantů. Výběr účastníků byl proveden tak, aby zahrnoval všechny důležité organizace, či složky, které působí v oblasti řešení blackoutu, nebo blackout může ovlivnit plnění jejich úkolů pro společnost.

Cvičení bylo provedeno štábní formou na pracovištích krizových štábů obcí s rozšířenou působností a krizového štábu kraje. Na krajské úrovni představitelé cvičících subjektů prezentovali členům bezpečnostní rady kraje stav, připravenost, možné dopady a potřebu pomoci při řešení rozsáhlého výpadku elektrické energie u své infrastruktury. Formou dotazníkového šetření byla zjišťována energetická odolnost a potřeby obcí na území kraje. Dotazníky byly zaslány na všech 1144 obcí v rámci kraje, s tím, že ORP měly povinnost je vyplnit. Vrátilo se zpět cca 400 vyplněných dotazníků.

Následující vybrané činnosti a úkoly byly provedeny prakticky.

- svolání a svoz části krizového štábu kraje bez použití komunikačních prostředků,
- zpohotovení pracovišť krizových štábů ORP a kraje,
- zasedání členů krizových štábů a pracovních skupin,
- funkčnost prostředků systému včasného vyrozumění a ověření funkčnosti spojení prostřednictvím radiostanic,
- rozvoz pohonných hmot (dále jen „PHM“) a zásobování náhradních zdrojů elektrické energie u prioritně důležitých objektů,

- činnost Policie České republiky a zdravotnické záchranné služby v terénu a prověření připravenosti cvičících subjektů.

Cvičící subjekty v rámci cvičení dokladovaly důležité údaje, kapacity a schopnosti:

- popis situace u subjektu bezprostředně po výpadku elektrické energie,
- předpokládané dopady výpadku elektrické energie na činnost subjektu s predikcí obnovy,
- připravenost subjektu z hlediska:
 - náhradního zdroje elektrické energie (existence, typ, rozsah pokrytí),
 - druhu PHM pro provoz agregátu, vlastní zásoba PHM včetně doby provozu,
 - zásob vody a základních potravin pro zaměstnance nebo pro klienty zařízení (např. nemocnice, speciální zařízení, věznice),
 - možnosti způsobů komunikace s okolím (např. typ spojení, vlastní komunikace, náhradní způsob spojení),
 - předpokládané požadavky na pomoc z okolního prostředí (od jiných subjektů).

V rámci praktických činností druhého dne cvičení byly procvičeny následující úkoly:

- systém nouzového zásobování pitnou vodou v obci Poříčí nad Sázavou,
- start ze tmy pomocí plynové turbíny až do sfázování,
- zkouška náhradních zdrojů el. energie (zjišťování průměrných spotřeb),
- distribuce pohonných hmot vybraným subjektům a zjištění možností tankování,
- ostraha některých subjektů,
- zkouška funkčnosti digitální a analogové rádiové sítě.

V analytické části cvičení byla identifikována slabá místa systému ochrany před blackoutem v SČK:

- nedostatek nainstalovaného výkonu v elektrárnách, které jsou schopné ostrovního provozu na území Středočeského kraje a Prahy,
- využitelný výkon pro Středočeský kraj z ostrovního systému je cca 300 MW,

- z výkonové bilance vyplynulo, že nebude možné zapojit všechny důležité objekty kraje,
- vyplynula nutnost nejprve obnovit dodávky pro nemocnice a vodohospodáře z důvodu přímého ohrožení obyvatelstva na životech,
- zásoby pohonných hmot některých důležitých objektů za předpokladu plných nádrží jsou jen v rozmezí 8 – 12 hod. provozu,
- 98% čerpacích stanic PHM je bez náhradního zdroje,
- spotřeba pohonných hmot za blackoutu několikanásobně vzroste,
- uvolnění zásob PHM od SSHR je až 5 dní za splnění zákonných podmínek, což je neakceptovatelné z hlediska důležitých činností pro obyvatelstvo,
- je nutné uzavřít smlouvy na přednostní dodávky pohonných hmot pro důležité objekty,
- většina subjektů krizového řízení nedrží zásoby potravin a pitné vody, tedy po čase by měly problémy s vlastním provozem,
- řada subjektů by měla problémy zajistit vyrozumění a dopravu vlastních zaměstnanců na pracoviště z důvodů výpadku dopravy a telekomunikačních služeb.

V rámci analytické části cvičení byla zpracována doporučení na řešení výše uvedených nedostatků:

- změna legislativy pro rychlejší množnosti distribuce PHM: (rychlejší reakce a možnosti ze strany SSHR),
- začlenění PHM do pohotovostních zásob (odpadá podmínka vyhlášení „Nouzového stavu“ pro dodání zásob),
- automatické rozhodovací procesy při vyhlášení stavu nouze v energetice,
- zodolnění vybraných čerpacích stanic PHM, zejména jejich vybavení elektrocentrálami,
- zasmluvnění důležitých objektů s dodavateli PHM, kteří jsou schopni zásobovat za krizových stavů (např. s Čepro a.s.),

- zvětšení objemu skladovaných zásob PHM důležitých objektů kraje na dobu reálnou pro možné doplnění zásob při blackoutu (min. 15 hod při zasmluvnění dodávek).

Celkově cvičení Blackout 2018 přispělo k lepší komunikaci, koordinaci a spolupráci důležitých subjektů krizového řízení, státní správy a technicko – hospodářských subjektů SČK při přípravě a zvládnutí plošného výpadku elektrického proudu v kraji. Velmi cenné jsou analytická doporučení pro odstranění slabých míst v kapacitách a schopnostech výše uvedených subjektů. V neposlední řadě cvičení procvičilo procedury organizační práce krizových štábů a subjektů krizového řízení při zvládnutí rozsáhlé krizové situace.

3. Technické možnosti řešení následků plošného výpadku elektrické energie

Energetická odolnost, bezpečnost dodávek elektrické energie a problematika krizových stavů elektroenergetického systému je zakotvena v řadě legislativních a nelegislativních dokumentů.

Technická řešení se opírají zejména o následující dokumenty:

- Státní energetická koncepce (SEK).
- Pravidla provozování přenosových soustav (PS).
- Pravidla provozování distribučních soustav (DS).
- Pravidla provozování lokálních distribučních soustav (LDS).
- Havarijní plány PS, DS a LDS.
- Krizové plány ministerstev a ústředních správních úřadů.
- Plány krizové připravenosti subjektů kritické infrastruktury, právnických a podnikajících fyzických osob plnících opatření z krizových plánů a územních správních úřadů.

Zásadním dokumentem v této oblasti je Státní energetická koncepce (SEK), která se pravidelně aktualizuje, vytváří plány v řádu desítek let a také navrhuje posílení elektrizační soustavy s následujícími indikativními ukazateli a cílovými hodnotami:

- Vybudovat řídicí systémy a propojení zajišťující ostrovní napájení elektřinou všech aglomerací nad 50 tisíc obyvatel.
- Zajistit implementaci systému inteligentních sítí a decentralizovaného řízení umožňující dálkové řízení všech zdrojů s výkonem nad 1MW a významné části (až 80%) spotřeby.
- Implementovat účinné nástroje pro zamezení šíření poruch a řízený přechod do ostrovních subsystémů a zabezpečit nezávislou schopnost startu ze tmy jednotlivých ostrovů.
- Připravit náhradní varianty funkčnosti energetického systému k dodávce nezbytné elektrické energie prioritním odběratelům.
- Upravit územní energetické koncepce tak, aby zajišťovaly nezbytné dodávky energie a rychlou a účinnou reakci v případech rozsáhlých poruch nebo živelných katastrof.
- Zajistit a pravidelně prověřovat nástroje účinné koordinace stavů nouze v elektroenergetice, teplárenství a plynárenství na centrální i krajské úrovni.
- Zabezpečit schopnost DS pracovat v případě rozpadu PS v ostrovních provozech a zajistit minimální úroveň dodávek elektřiny nezbytnou pro obyvatelstvo a kritickou infrastrukturu.
- Zajistit aktualizaci územních energetických koncepcí krajů tak, aby směřovaly k zabezpečení schopností ostrovního provozu v havarijních situacích.

Uvedené body státní koncepce mají největší význam pro elektrárny pracující do distribuční soustavy s možností přímého zásobování přilehlých městských aglomerací elektřinou a teplem. Zároveň předávají část odpovědnosti na krajské úřady.

Energetické strategie formulované v SEK v delším horizontu kladou prioritu na zvýšení energetické bezpečnosti a odolnosti ČR a posílení schopnosti zajistit nezbytné

dodávky energií v případech kumulace poruch, vícenásobných útoků proti kritické infrastruktuře a v případech déle trvajících krizí v zásobování palivy.

Z technického hlediska je nutno při dlouhodobém výpadku PS způsobeným živelnými událostmi nebo teroristickým či kybernetickým útokem zajistit pokrytí minimálních technologických potřeb hospodářství a nezbytné spotřeby obyvatelstva lokálními zdroji, v ostrovním provozu distribuční soustavy.

Krizová situace (KS) nastává v případě závažného narušení elektroenergetického systému výroby, přenosu a distribuce elektrickou energií, kdy odstranění následků a uvedení systému do ustáleného režimu není řešitelné mechanizmy postupu havarijních sil, provozovatelů výrobních zdrojů ani provozovatelů distribučních a přenosových sítí. Dle energetického zákona je nezbytně nutné vyhlášení krizového stavu.

Příčiny energetické krizové situace vedoucí k vyhlášení krizového stavu jsou:

- přerušení nebo dlouhodobé podstatné snížení dodávek elektrické energie, kdy nelze dodávku zabezpečit náhradním způsobem,
- chybná funkce (závada) řídicího systému distribuční nebo přenosové soustavy,
- lidské selhání na dispečinku (nevhodný zásah nebo manipulace),
- přímé poškození, havárie nebo kumulace poruch výrobního zařízení nebo zásadního prvku vedení,
- nedostatek paliva (uhlí, plyn, nafta),
- nerovnováha mezi poptávkou a nabídkou (bilance mezi výrobou a spotřebou), které už nelze regulovat špičkovými zdroji,
- živelní pohroma,
- teroristický útok,
- přenesení poruchy ze zahraniční přenosové soustavy,
- rozpad elektrizační soustavy – BLACKOUT.

Nastane-li stav nouze na celém území ČR, vyhláší ho provozovatel přenosové soustavy (PPS), který též řídí jeho likvidaci. V případě rychlého rozpadu může být stav nouze vyhlášen dodatečně. PDS přitom s PPS spolupracuje a řídí se jeho pokyny. Stav nouze na svém vymezeném území vyhlásí provozovatel distribuční soustavy (PDS) bez prodlení a oznamuje ho provozovateli PS, Ministerstvu průmyslu a obchodu, Energetickému regulačnímu úřadu, Ministerstvu vnitra a příslušnému Krajskému úřadu.

Při stavech nouze a při předcházení stavu nouze je PDS oprávněn využívat v nezbytném rozsahu výrobních a odběrných zařízení účastníků soustavy, kteří jsou povinni podřídit se omezení spotřeby nebo změně dodávky elektřiny.

Současná legislativa v České republice obsahuje pojem stav nouze (rozdíl oproti nouzovému stavu vyhlášenému vládou ČR dle zákona 240/2000 Sb.), ovšem neřeší situaci nacházející se za tímto stavem. Při rozpadu přenosové soustavy není provozovatel distribuční soustavy odpovědný za škody způsobené výpadkem v jeho síti. Distributor proto v případě, kdy nedokáže svými kroky zajistit dodržení kvality elektřiny dle Kodexu DS a příslušných vyhlášek o kvalitě dodávek elektřiny a souvisejících služeb v elektroenergetice, vyhlásí stav nouze. Provozovatelé distribučních soustav mají několik možností omezování spotřeby v mimořádných situacích v síti vedoucím ke stavu nouze. Pokud hrozí reálné riziko vyhlášení stavu nouze, provozovatel DS vyhlásí výstražný stupeň, který je součástí regulačního plánu.

Nástroje na omezení nebo změnu dodávky elektřiny jsou tyto:

- opatření pro snížení odběru a zajištění regulačního plánu,
- možnosti a systému ovládání pomocí hromadného dálkového ovládání (HDO),
- napěťová hladina, ve které je zákazník připojen,
- rezervovaný příkon uvedený ve smlouvě o připojení,
- zařazení do regulačních stupňů určují příslušné vyhlášky (zařazení do regulačních stupňů se samozřejmě nevztahuje na prvky KI a další prvky důležité k fungování a obraně státu). Bezpečnostní minimum je nejnižší hodnota

odebíraného výkonu, která je nutná pro zajištění bezpečnosti pracovníků v objektu, odstavení technologie a zamezení negativních vlivů na okolní prostředí,

- přerušení dodávky podle vypínacího plánu,
- automatické frekvenční vypínání podle frekvenčního plánu,
- operativní vypnutí částí DS v rozsahu nezbytném pro vyrovnaní výkonové bilance,
- použití volných výrobních kapacit,
- omezení dodávaného výkonu.

Veškerá omezení na straně spotřeby při stavu nouze řídí technický dispečink PDS nebo PPS. Regulační plán v rozsahu regulačních stupňů č. 1 až č. 7 má za úkol operativním vypínáním předem vytipovaných částí vyrovnat výkonovou bilanci dotčené oblasti elektrizační soustavy.

Vznik ostrovního provozu nastává, pokud frekvence vybočí z mezí 49,8 – 50,2 Hz a výrobní blok pomocí proporcionální otáčkové regulace začne měnit svůj výkon v závislosti na odchylce od žádané hodnoty frekvence. Dle definice je to ustálený, stabilní provoz části ES po oddělení od ostatní soustavy, ve kterém může pracovat několik zdrojů a tzv. schopnost ostrovního provozu se řadí mezi podpůrné služby zajišťující systémové služby provozovatele PS. Bloky poskytující PPS schopnost ostrovního provozu musí být schopny na pokyn dispečera PS měnit výkon a tím frekvenci k dosažení frekvence vhodné k fázování ostrova.

Každý blok usilující o získání certifikace provozovatele přenosové soustavy pro ostrovní provoz (PPS OP) musí mít instalováno vhodné frekvenční relé. Při náhlé změně frekvence a tím vzniklé bilanční nerovnováze činného nebo jalového výkonu zareaguje a vyvolá tak následující akce:

- změna režimu bloku na proporcionální regulaci otáček,
- odpojení dálkové regulace výkonu,

- odpojení výroby od sítě do provozu pouze na vlastní spotřebu (VS) přechod na otáčky vhodné pro napájení VS musí být stabilní,
- přepnutí blokových regulátorů do režimu OP.

V Ústavě České republiky je státní moci dána povinnost zajistit základní hodnoty, mezi které neodmyslitelně patří:

- ochrana života, zdraví a majetku občanů,
- vytváření dostatku zásob přírodních zdrojů energie,
- zajištění činnosti orgánů územní samosprávy.

Aby byla tato povinnost splněna i v případě nejhorší možné energetické situace, celkového rozpadu sítě a výpadku elektřiny v elektrizační soustavě, je nutné realizovat následující opatření:

- efektivní komunikace mezi krajskými orgány a distribučními společnostmi,
- analýza komplexních dopadů výpadku elektřiny velkého rozsahu,
- zpracování plánů pro výpadky elektřiny velkého rozsahu,
- angažování subjektů kritické infrastruktury a koordinace jejich plánů krizové připravenosti směrem k sekundárním účinkům rizik,
- poskytování informací o délce výpadků, využití právních či ekonomických nástrojů jak tyto informace zodpovědně poskytovat a využívat,
- snížení dopadu výpadku do stavu energetického nedostatku, kdy je však zachována kontinuita zásobování elektřinou v omezeném rozsahu,
- zainteresování dodavatelů energií na snižování rizik na straně spotřebitelů.

Zásobování prvků kritické infrastruktury a prioritních objektů v době energetické krize

Proces výběru jednotlivých prvků kritické infrastruktury má na starost příslušné ministerstvo či ÚSU. Ve svém správním území stanoví životně důležité objekty, tzv.

prvky kritické infrastruktury včetně jejich základní identifikace. Analýzu výběru můžeme rozlišovat ze dvou hledisek:

- Společenská důležitost – zachování funkcionality územního celku.
- Energetická náročnost – závisí nejen na požadovaném objemu dodávané energie, ale i na časovém intervalu (tedy kdy a na jak dlouho).

Je logické, že pro zajištění funkcionality zájmového území jsou některé objekty extrémně důležité a některé méně. Bez některých se v případě nouze bez větších potíží obejdeme.

Tyto důležité objekty je dále nutné rozřadit do prioritních skupin následovně:

- Priorita 1, což jsou klíčové objekty (existenční) které zajišťují nezastupitelné činnosti pro zabezpečení základních potřeb (fyziologické potřeby, bezpečnost, komunikace apod.). Tato skupina má nejvyšší prioritu pro zásobování elektrickou energií.
- Priorita 2, což jsou podpůrné objekty – patří sem prvky KI, které nezajišťují klíčové procesy, ale z dlouhodobého hlediska jsou nutné pro druhotné činnosti. Není nutné jejich okamžité zásobování elektrickou energií.
- Priorita 3, což jsou doplňující objekty. V krátkodobém horizontu jejich nedostupnost nepředstavuje ohrožení základních potřeb ani bezpečnosti obyvatelstva.

U každého vytipovaného objektu nejprve musíme zjistit (změřit) jeho diagram zatížení během pracovního dne. Takové měření běžně distributor neprovádí, ale na žádost je měření možné udělat. Z těchto údajů lze vytvořit průběhy jednotlivých subjektů během dne a vybrat tak čas a trvání maxim a minim zatížení. Zajímají nás tedy následující parametry:

- Maximální spotřeba objektu.
- Minimální spotřeba objektu.
- Časová vytíženost objektu (trvalý provoz, omezená pracovní doba).
- Existence záložního zdroje elektrické energie (diesel agregát, UPS).

Stávající energetická řešení předpokládají výpadek přenosové části soustavy především z důvodů zvyšujícího se množství intermitentních obnovitelných zdrojů a z důvodu výpadku velkých zdrojů. V případě vzniku blackoutu z těchto důvodů lze předpokládat relativně krátký výpadek a následnou rychlou obnovu dle připravených plánů.

Jako opatření k předcházení mimořádných stavů využíváme následující postupy:

- Redispečink (tj. změna výkonu elektráren).
- Rekonfiguraci (tj. změna zapojení rozvodny).
- Transformátory s regulací fáze.
- Při předcházení stavu nouze nebo stavu nouze i omezení spotřeby.

Plán obrany energetického systému je souhrn opatření, která zamezují vzniku a šíření poruch s cílem omezit riziko kolapsů a vedou ke zkrácení doby trvání případného výpadku. Jde o technická opatření proti poklesu a vzrůstu frekvence, poklesu a vzrůstu napětí, kývání, ztrátě synchronismu a přetížení. Použití plánu obnovy je aplikováno, když se soustava nachází v nouzovém stavu v souladu s kritérii uvedenými v nařízení (EU) 2017/1485 (SO GL), případně je soustava stabilizována po aktivaci opatření obsažených v Plánu obrany, či nastal stav blackout.

Prioritně je nutno zajistit úvodní postup:

- Určit rozsah poruchy (postižené oblasti) a příčiny, je-li to možné,
- Ověřit zajištění napájení vlastní spotřeby (VS) jaderných elektráren,
- Ověřit zajištění napájení vlastní spotřeby (VS) klasických systémových elektráren,
- Stanovit strategii obnovy napájení po poruše.

Obvykle je užít následující postup:

- Zajištění vlastní spotřeby jaderných elektráren, zajištění vlastní spotřeby systémových elektráren, obnova napájení spotřeby hl. m. Prahy, obnova

napájení dalších velkých aglomerací, nakonec obnova napájení ostatního území.

- Obnova se může začít ze zahraničí, či ostrovů v ČR v přenosové soustavě (PS), z elektráren, které se udržely v provozu na vlastní spotřebě, případně z elektráren schopných startu ze tmy (obvykle jsou to vodní elektrárny).

Blackout ovšem může nastat též rozsáhlou přírodní katastrofou, případně teroristickým činem. Jedná se především o vyřazení (destrukci) venkovních vedení 400 kV, v Evropě, případně v ČR. Obnova (oprava) systému v takovém případě potrvá řádově jednotky dnů a možná i týdnů. V tomto případě je možno využít ostrovních provozů distribuční sítě s uvažováním případných disfunkcí i uvnitř distribučního systému. Z toho důvodu je nutné sdílení informací mezi technickým a krizovým řízením. Tato vazba umožní optimalizaci chování orgánů krizového řízení, složek IZS a dalších významných subjektů podle reálné energetické situace a naopak podle potřeb výše uvedených entit bezpečnostního systému je možno v Smart grid řídit toky energie a využívat lokálních zdrojů objektů k zlepšení odolnosti zasažené oblasti. Do budoucna se nabízí i využití stejnosměrných sítí (DC), již hojně využívaných při připojování obnovitelných zdrojů (větrných farem) v off shore aplikacích. Tento způsob omezí problémy stability ostrovních sítí a zvýší možnosti zásobování velkých měst z větší vzdálenosti. Rovněž se do budoucna předpokládá využití skladování energie v bateriových systémech (energy storage) a obnovitelných zdrojů pro zvýšení spolehlivosti a bezpečnosti řízení ostrovních systémů.

Typickým zdrojem pro lokální ostrovní napájení je elektrárna Kladno II. Zařízení označované TG8 v Kladně Dříně o jmenovitém výkonu 43,2 MW tvoří výrobní blok plynové turbosoustrojí GT8M. Protože tato technologie výroby elektřiny je z ekonomického hlediska nevhodná pro nepřetržitou výrobu, využívá se k pokrytí špičkových výkonů. Zdroj splňuje podmínky pro zařazení do Podpůrných sužeb jako Start ze tmy. Součástí bloku jsou plynové kompresory, které zvyšují tlak sítě na tlak

potřebný pro provoz turbíny. Dvourotorová plynová turbína typu LM 6000 PD SPRINT společnosti General Electric je stacionární spalovací plynová turbína, odvozena od proudových leteckých pohonných turbín řady CF6. Turbína je vybavena anulární spalovací komorou s nízkoemisními hořáky. Pro účely zvyšování výkonu a omezení emisí NO_x je do spalovací komory vstřikována demineralizovaná voda. Turbína je přes měřicí a filtrační stanici zemního plynu připojena k distribučnímu vysokotlakému plynovodu NET4GAS., což zajišťuje dodávku plynu i v případě dlouhodobého plošného výpadku elektrické energie. Vzhledem ke konstrukci, vycházející z proudových leteckých motorů pohánějících dopravní letadla jako např. Boeing 747-400 je schopna startu s minimální potřebou externí energie (hřídele jsou roztáčeny pomocí hydromotoru) a sníženým tlakem plynu v síti, což ji činí velice vhodnou pro účely startu ze tmy pomocí nouzového dieselaagregátu o výkonu 750 kWe. Elektrina z tohoto zdroje zároveň umožňuje i opětovné spuštění dalších elektráren v oblasti.

Závěr

Ve výše uvedeném textu jsme se pokusili nastínit hlavní zásady a postupy jak řešit rozsáhlý a dlouhodobý blackout. Část úkolů se může řešit již v rámci prevence, havarijního a krizového plánování a také technické připravenosti zařízení. Zejména bylo by vhodné prověřit autonomnost a schopnosti přežití kritické infrastruktury a dalších důležitých organizací a firem při blackoutu. Prověřit celkové kapacity a rozmístění záložních zdrojů energie v rámci velkých aglomerací a možnost jejich sdíleného využití (možný úkol pro studenty krizových oborů). Připravit rámcové plány pomoci obyvatelstvu při blackoutu. V plánech odrazit zejména priority v poskytování pomoci obyvatelstvu a zásobování, vytvoření záchytných bodů humanitární pomoci pro obyvatelstvo. Asistenční operaci na pomoc obyvatelstvu pojmout jako komplexní operaci všech složek IZS – zejména s využitím kapacit HZS, JSDH, AČR, dalších složek IZS a dobrovolníků. Bylo by žádoucí mít připraven katalog sil, prostředků, zdrojů a postupů pro konkrétní řešení blackoutu, který bude

procvičen třeba na části jedné městské aglomerace. V rámci prevence a vzdělávání připravovat obyvatelstvo na schopnost nouzového přežití, vzájemné pomoci a svépomoci při krizových stavech. Vhodnou formou prevence a přípravy je výše zmíněné společné taktické cvičení subjektů krizového řízení kraje s tematikou blackoutu. V rámci vědy a výzkumu nacházet nové informační postupy a technická řešení, které by dokázaly nebezpečí blackoutu eliminovat, či zmírnit jeho následky. Např. výzkum a projektování procesního modelu řízení elektrárny a distribuční sítě při výpadku přenosové sítě, nebo procesního modelu pro hodnocení bezpečnostních požadavků území z hlediska energetiky.

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 2015
- [5] Zdeněk Procházka, *Humanitární pomoc v České Republice*, MV GŘ HZS, Praha 2006,
- [7] Generální ředitelství Hasičského záchranného sboru Ministerstva vnitra České republiky, *Statistická ročenka 2017*, Česká republika, Praha 2017.
- [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] RESPO Projekt 2A-1TP1/065 „Zvýšení odolnosti distribuční soustavy proti důsledkům dlouhodobého výpadku přenosové soustavy ČR s cílem zvýšení bezpečnosti obyvatel“. 10/2011. Praha, zadavatel: MPO.

[11] STATUTÁRNÍ MĚSTO KLADNO. T-Soft a.s., Plošný výpadek elektrické energie a jeho následky: Případová studie - analýza situace. Září 2012.

Kontak na autory

Ing. Jiří Halaška, Ph.D.

ČVUT v Praze

Fakulta biomedicínského inženýrství

Katedra zdravotnických oborů a ochrany obyvatelstva

e-mail: jiri.halaska@fbmi.cvut.cz

plk. RNDr. Tomáš Holec

HZS Středočeského kraje Kladno

e-mail: tomas.holec@sck.izscr.cz

prof. Ing. Josef Tlustý, CSc.

Fakulta biomedicínského inženýrství

Katedra zdravotnických oborů a ochrany obyvatelstva

e-mail: tlusty@fel.cvut.cz

Recenze: Ing. René Mildorf (HZS Středočeského kraje Kladno)

**ANALÝZA BEZPEČNOSTNÍCH OPATŘENÍ SPOLEČNOSTI LETIŠTĚ
VÁCLAVA HAVLA V PRAZE, A. S., NA VYBRANÉ BEZPEČNOSTNÍ HROZBY
SOUČASNOSTI**

**Analysis of Security Measures of the Prague Airport inc. on the Selected Security
Threats of the Present**

Bc. Antonín Hanzlík, PhDr. Mgr. Dana Rebeka Ralbovská, Ph.D.

ČVUT v Praze, Fakulta biomedicínského inženýrství

Abstrakt

Příspěvek se zabývá definicí bezpečnostních hrozeb na základě analýzy několika událostí a zhodnocení trendů v bezpečnostních hrozbách na konci dvacátého a začátku dvacátého prvního století v letecké dopravě. Následuje výčet bezpečnostních opatření k zajištění veřejného a neveřejného prostoru Letiště Václava Havla v Praze před protiprávními činy. V teoretické části jsou popsány základní definice terorismu, protiprávních činů a bezpečnostních opatření na letišti Václava Havla v Praze. V praktické části bude provedena analýza rizik Letiště Václava Havla v Praze před protiprávními činy. Dále bude navazovat nestandardizovaný dotazník, který má za cíl zkoumat vnímání bezpečnostní situace pracovníky letiště a cestujícími. V praktické části bude dále provedena komparace dosažených výsledků s výsledky dalších autorů, kteří se podobnými tématy také zabývají.

Klíčová slova: Bezpečnostní opatření; letiště; hrozby; analýza rizik; teroristický útok; únos letadla.

Abstract

The article deals with the definition of security threats based on an analysis of several incident and an evaluation of trends in security threats in the civil aviation at the end of the 20th and the beginning of the 21st century. Subsequently, there is a list of

security measures to ensure the public and non-public areas of Vaclav Havel's airport against unlawful acts. The theoretical part describes basic definitions of terrorism, unlawful acts, and security measures at the Vaclav Havel's airport in Prague. This part furthermore depicts organisations ensuring aviation security and related legislation. The practical part performs a risk analysis of Vaclav Havel's airport in Prague against unlawful acts. A non-standardized questionnaire is employed with the aim to assess the perception of security by airport employees and passengers. The practical part furthermore compares the acquired results with the results of another authors dealing with this issue.

Keywords: Security measures; airport; threats; risks analysis; terrorist attack; abduction of the aircraft.

Úvod

Terorismus se stává od začátku 20. století stále větší hrozbou pro společnost. Od prvotních projevů v 90. letech 20. století, kdy byl vnímán jako bezpečnostní výzva nebo přinejhorším jako riziko, se vyvinul až po jedno z největších nebezpečí pro civilizovaný svět. Bezpečnost, jedna z nejdůležitějších lidských priorit, je vážně ohrožena. Strach z terorismu se však původně týkal především propojení terorismu a zbraní hromadného ničení. Využití konvenčních a snadno dostupných metod nebyla dříve věnována taková pozornost. Letadlo využitě jako zbraň nebylo častou metodou teroristických činů. Nejčastěji šlo o únos letadla s následným držením rukojmích.

Významným milníkem pro leteckou bezpečnost byla 80. léta 20. století. Útoky na letiště byly do té doby spíše minoritním způsobem ohrožení. Na sklonku předchozího století však došlo k nárůstu napadení vzdušných přístavů. Příkladem může být napadení letišť v Římě a ve Vídni v roce 1985. Promyšlenějším byl ovšem útok z roku 2011 na letišti Domodědovo v Moskvě a významným se stal i útok z roku 2016 na letišti v Bruselu. Teroristé však své útoky ne vždy plánují. Dokazuje to například incident

označovaný jako teroristický útok na letišti Orly v Paříži z roku 2017. Na všech výše jmenovaných letištích byl použit způsob, který kombinoval střelné zbraně s výbušninami ve veřejných prostorách letiště, kam mají lidé přístup bez kontroly. Zatím nejúčinnějším způsobem ochrany je zde monitoring bezpečnostními kamerami.

Útoky z 11. září 2001 světu dokázaly, že terorismus není jen latentní hrozba a že jeho propojení s leteckou dopravou může mít fatální následky. Vysoký počet obětí a téměř živý přenos průběhu šokoval celý svět a měl za následek změnu v přístupu k letecké bezpečnosti srovnatelnou s důsledky palestinského terorismu v 60. letech 20. století.

Dle Auditů národní bezpečnosti, zpracovávaného ministerstvem vnitra, je Letiště Václava Havla v Praze, a.s., začleněno mezi takzvané hard targets (dobře zabezpečené cíle). Musíme však mít na zřeteli, že ve veřejném prostoru letiště nebo před letištěm je zabezpečení pouze na úrovni soft targets (měkké cíle), přičemž útok na měkké cíle je dle auditu stále běžnější metodou útoku teroristických skupin i osamělých fanatiků.

Podklady ke zpracování předloženého průzkumného šetření vycházely zejména z hypotézy, že zvýšení bezpečnostních opatření na palubě letadla a preventivních opatření na letišti zabraňujících únosu letadel (například přísnější prověřování cestujících) může vést k eskalaci útoků v pozemních prostorách letiště. Cílem práce bylo provést analýzu rizik pro nejpravděpodobnější hrozbu v prostoru letiště.

Sekundárním cílem práce pak bylo zjistit vnímání bezpečnostní situace cestujícími a komparace výsledků s pracovníky letiště. K získání výsledků byla použita primárně analýza rizik za pomoci softwarového nástroje RISKAN a metody KARS. Sekundární metodou získání dat bylo nestandardizované dotazníkové šetření u 179 respondentů.

Jako první byla zvolena metoda dedukce, poté následovala analýza rizik v softwarovém nástroji RISKAN a metoda SWOT analýzy. Na základě analýzy rizik v softwarovém nástroji RISKAN a dat získaných metodou analýzy vybraných případů narušení bezpečnosti na mezinárodních letištích ve 21. století byl vytvořen

nejpravděpodobnější scénář teroristického činu na Letišti Václava Havla Praha, a.s. Následně byl vybraný scénář podrobněji zkoumán SWOT analýzou.

Vybraná aktiva, která je zapotřebí chránit, lze rozdělit do několika skupin. Přednostně je potřeba chránit životy a zdraví obyvatelstva, poté životní prostředí a v neposlední řadě majetek, případně vybavení zasahujících složek. Vybrané hrozby byly rozděleny na dvě skupiny. První skupina hrozeb představuje následky případného teroristického útoku a druhá vystihuje možné doprovodné jevy.

Jako nejzranitelnější cíle byly vyhodnoceny:

- děti a školní mládež
- těhotné ženy

Dalšími vysoce ohroženými cíli jsou na Letišti Václava Havla Praha, a.s.:

- lidé v produktivním věku
- zdravotně postižení, imobilní občané a senioři
- zaměstnanci letiště
- zaměstnanci subjektů působících na letišti:
 - příslušníci HZS
 - příslušníci LZS
 - příslušníci Policie ČR

Ke středně ohroženým skupinám na Letišti Václava Havla Praha, a.s., patří:

- příslušníci HZS odjinud
- příslušníci ZZS
- stavby a budovy v areálu nebo v prostorách letiště
- tranzitní prostory

Tabulka 1 Analýza nejpravděpodobnějšího scénáře metodou SWOT [zdroj: vlastní]

Silné stránky	Slabé stránky
dokumentace nad rámec nařízení nadstandardní využití přístrojů a techniky pravidelné analýzy rizik zavádění odpovídajících bezpečnostních prvků monitorování hrozby LIS	slabá informovanost pasažérů ohledně chování v případě nebezpečí kapacitní přetížení asymetrie zabezpečení veřejného a neveřejného sektoru
Příležitosti	Hrozby
dlouhodobé hodnocení ČR jako bezpečné země letišť standardně řazené mezi hard targets poloha Letiště Václava Havla	pověst ČR jako tranzitní země dlouhodobé podceňování hrozeb vývoj mezinárodní scény zacílení terorismu na ČR v důsledku zahraniční politiky

Výběr nejpravděpodobnějšího scénáře teroristického útoku byl proveden již zmíněnou analýzou vybraných případů napadení mezinárodních letišť ve světě a dále pak analýzou rizik v softwarovém nástroji RISKAN (viz příslušná tabulka).

Výsledky nestandardizovaného anonymního dotazníkové šetření

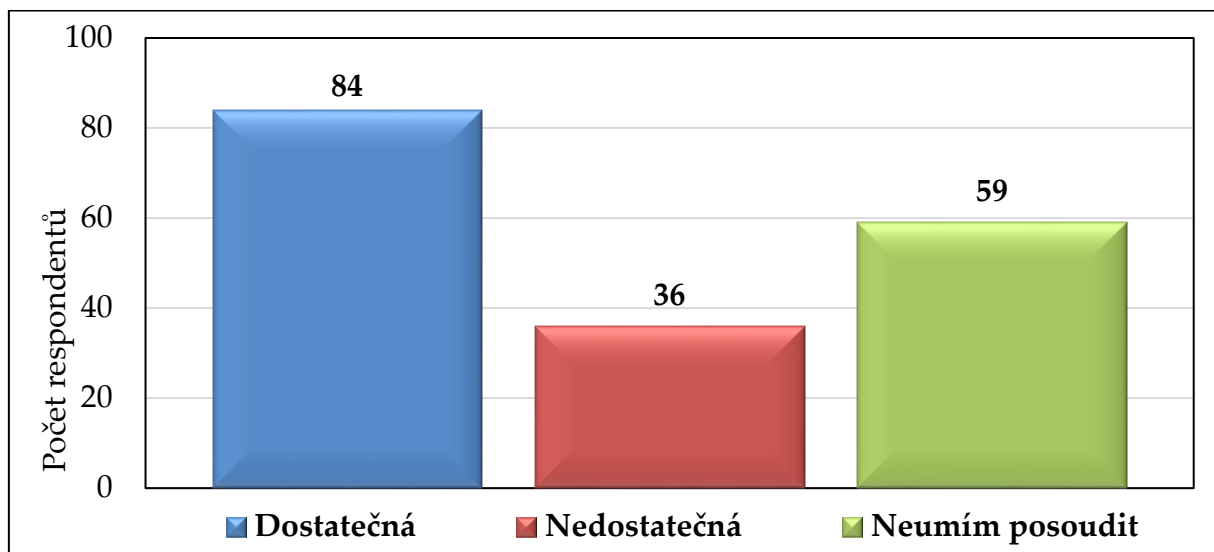
Dotazník obsahoval otázky zaměřené na vnímání bezpečnostní hrozby cestujícími letiště a pracovníky, kteří na Letišti Václava Havla Praha, a.s., vykonávají svoji pracovní činnost, ať už se jedná o přímé zaměstnance letiště, nebo jiné pracovníky. Celkem bylo validně vyplněno 179 dotazníků, z toho 43 pracovníky letiště.

Hypotéza 1: Předpokládáme, že více než 50 % respondentů vnímá bezpečnostní opatření na Letišti Václava Havla jako dostatečná, **se nepotvrdila** (viz následující graf 1).

Graf 1 přináší analýzu odpovědí respondentů na otázku: *Jsou, dle Vašeho názoru, bezpečnostní opatření dostatečná?*

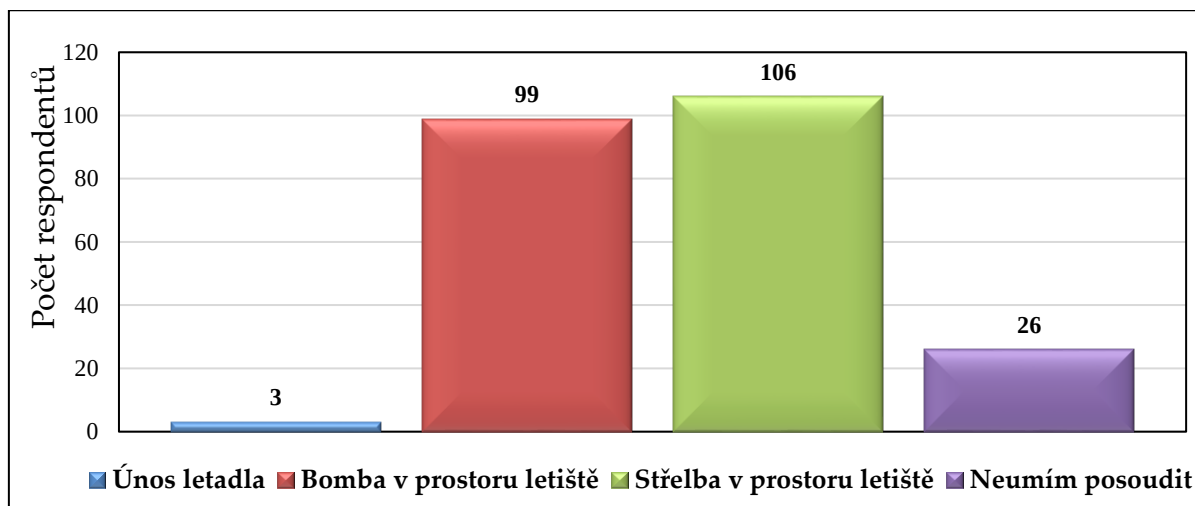
Varianty odpovědí: ☐ Dostatečná ☐ Nedostatečná ☐ Neumím posoudit

Graf 1 Názory respondentů na dostatečnost bezpečnostních opatření [zdroj: vlastní]



Hypotéza 2: Předpokládáme, že dle mínění více než 50 % respondentů hrozí spíše útok ve veřejném prostoru Letiště Václava Havla než únos letadla (viz následující graf)

Graf 2 Názory respondentů na nejčastější mimořádnou událost, která hrozí na letišti [zdroj: vlastní]



Graf 2 přináší analýzu odpovědí respondentů na otázku: *Která nabídnutá mimořádná událost hrozí, dle Vašeho názoru, na letišti nejvíce?* (bylo možno označit více odpovědí)

Varianty odpovědí:

- ☐ Únos letadla
- ☐ Bomba v prostoru letiště
- ☐ Střelba v prostoru letiště
- ☐ Neumím posoudit

Na otázku týkající se povinnosti upozornit na nebezpečí a podivné chování 126 (70,4 %) respondentů odpovědělo, že je nutné upozornit na nebezpečí i podivné chování. 32 (17,9 %) respondentů odpovědělo, že je nutné upozornit pouze na nebezpečí a 21 (11,7 %) respondentů odpovídalo, že žádná povinnost na upozornění nebezpečí či podivného chování není. Tato povinnost se vztahuje pouze na pracovníky vykonávající pracovní činnost na Letišti Václava Havla Praha, a.s. Na cestující se povinnost upozornit na nebezpečí nebo podivné chování nevztahuje ze zákona, nicméně je doporučena interními předpisy Letiště Václava Havla Praha, a.s.

Závěr

Z výsledků výzkumného šetření vyplynulo, že největší pravděpodobností teroristického útoku je veřejný prostor, především pro svoji podobnost s měkkými cíli. Tento fakt by měl vliv na široký soubor prvků. Především jsou ohroženy životy, zdraví a životní prostředí. Finanční náročnost obnovy po provedení případného teroristického útoku by vysoce přesáhla náročnost zavedení řešení. Letiště Václava Havla v Praze, a.s. nicméně provádí kontinuální analýzu možných ohrožení a v reakci na zjištěné mezery zavádí opatření, která je minimalizují nebo eliminují. Plní nejen přísná nařízení ohledně bezpečnosti vyplývající z mezinárodních standardů, ale i pouze doporučená nastavení, která jsou nadstandardem v bezpečnosti letišť. Nevyhnutelným se do budoucna stává následování opatření, která jsou zavedena v Izraeli. Profilace cestujících, která není pro letiště Václava Havla Praha, a.s. novinkou, budou postupně zdokonalována.

Seznam použité literatury

1. EICHLER, Jan. *Mezinárodní bezpečnost na počátku 21. století*. Praha: Ministerstvo obrany České republiky – AVIS, 2006. ISBN 80-7278-326-2.
2. KOVERDYNŠKÝ, Bohdan. *Letecká security: historie, organizace, standardy a postupy*. Cheb: Svět křídel, 2014. ISBN 978-80-8756-751-7.
3. ČESKO. Audit národní bezpečnosti Ministerstva vnitra. In: *Vlada.cz* [online]. Praha 2016 [cit. 2018-4-1]. Dostupné z: <https://www.vlada.cz/assets/media-centrum/aktualne/Audit-narodni-bezpecnosti-20161201.pdf>.

Kontakt na autory

Bc. Antonín Hanzlík

Student magisterského studijního programu

ČVUT v Praze

Fakulta biomedicínského inženýrství

Katedra zdravotnických oborů a ochrany obyvatelstva

PhDr. Mgr. Rebeka Ralbovská, Ph.D.

ČVUT v Praze

Fakulta biomedicínského inženýrství

Katedra zdravotnických oborů a ochrany obyvatelstva

e-mail: rebeka.ralbovska@fbmi.cvut.cz

Recenze

Článek uvádí výsledky bakalářské práce, kterou oponoval: Ing. Zdeněk Truhlář
(Letiště Václava Havla v Praze, a. s.)

AKTUÁLNÍ STANDARDY PÉČE O PACIENTY S DUCHENNOVOU SVALOVOU DYSTROFIÍ

Current Standards for Patients with Duchenna Muscle Dystrophy

PhDr. Andrea Hašková^{1,2}; Bc. Aleš Příhoda¹

1. ČVUT v Praze, Fakulta biomedicínského inženýrství
2. Dětský rehabilitační stacionář „Zvonek“ Kladno

Abstrakt

Diagnostika a péče u Duchennovy svalové dystrofie

Klíčová slova: DMD, degenerace, dystrofin, multidisciplinární

Abstract

Diagnosis and management of Duchenne dystrophy

Keywords: DMD, degeneration, dystrophyn, multidisciplinary

Úvod

Duchennova svalová dystrofie (DMD) je závažné, progresivní neuromuskulární onemocnění, které významně ovlivňuje kvalitu života pacienta, ale má dopad i na kvalitu života celé rodiny. Přestože výzkum této nemoci probíhá v mnoha zemích světa, účinný lék neexistuje. Chlapci se při dobré péči dožívají věku mezi 20. a 30. rokchromozom X.

DMD nastává v důsledku mutací (hlavně delecí) dystrofinového genu (DMD; locus Xp21.2). Mutace vedou k absenci nebo vadě v proteinu dystrofinu, jejichž následkem dochází k progresivní degeneraci svalů se ztrátou schopnosti samostatné chůze do 13. roku věku. Nejčastěji bývají diagnostikováni kolem 5. roku věku, kdy se jejich fyzické schopnosti od zdravých vrstevníků již výrazněji liší. U daných jedinců můžeme sledovat opožděný vývoj motorických fcí. Nejsou většinou kvůli slabosti proximálního

svalstva schopni řádně běhat a skákat a při vstávání ze země je přítomno typické Gowersovo znamení.

V roce 2010 byly zveřejněny standardy péče o pacienty s DMD , avšak od té doby došlo k rozvoji multidisciplinární péče o pacienty s tímto závažným neuromuskulárním onemocněním. V roce 2014 byl zřízen řídicí výbor odborníků z různých oborů, jehož úkolem bylo aktualizovat standardy péče o pacienty s DMD z roku 2010 a jehož cílem bylo zlepšení péče o pacienty. V souvislosti s prodloužením délky přežití se pozornost obrátila k diagnostickým a terapeutickým metodám, které se soustředily především na kvalitu života pacienta po celou dobu jeho života.

Na základě klinického výzkumu a odborných znalostí bylo v roce 2014 řídicím výborem pracovní skupiny pro standardy péče o DMD stanoveno 11 témat, která jsou součástí aktualizací standardů péče o DMD z roku 2010. **Osm z nich:** diagnostika, neuromuskulární péče, rehabilitační péče, gastrointestinální a nutriční péče, respirační péče, kardiologická péče, ortopedická a chirurgická péče a psychosociální péče, bylo řešeno již v původních standardech. **Tři témata jsou nová:** primární péče a péče o urgentní stavy, endokrinologická péče (růst, puberta, adrenální insuficience a zdraví kostí) a změna péče při přechodu mezi dětským a dospělým věkem.

Včasné a přesné stanovení diagnózy DMD je zásadním aspektem péče. Screening novorozenců se v současné době neprovádí. Rodinní příslušníci pacientů s DMD by měli mít možnost genetického poradenství. Ženy přenašečky musí pro případ budoucí reprodukce počítat s nezbytností dalšího testování. Dle sekce o kardiologické péči, která je také součástí standardů, potřebují ženské přenašečky DMD pravidelná vyšetření a sledování zdravotního stavu. Pokyny pro péči o přenašeče DMD, jsou nejdůležitější součástí nových standardů péče.

Po stanovení diagnózy by se měl stát hlavním ošetřujícím lékařem neurolog, a to po celou dobu života pacienta s DMD. *Neurolog - specialista je nejvhodnějším průvodcem pacientů a jejich rodin stále komplexnější oblastí současné péče o pacienty s DMD. Součástí*

této péče je stále více diagnostických a terapeutických technologií.

Vývoj léků pro DMD se od zveřejnění standardů péče z roku 2010 dramaticky změnil a seznam studií o léčbě DMD se neustále mění; aktualizované informace jsou k dispozici na webu ClinicalTrials.gov a na International Clinical Trials Registry Platform WHO.

Fyzioterapie a léčba glukokortikoidy zůstává základem léčby DMD

DMD je typická dobře známými vzorci progresivní svalové degenerace a slabosti, posturální kompenzace, rizikem progresivních kontraktur a deformit a ztrátou funkce svalů vyplývající z nedostatku dystrofinu. Lepší léčba vede k prodloužení chodící fáze, dochází k omezení výskytu závažných kontraktur a deformit, a to včetně skolióz. To pro pacienty znamená možnost prodloužit aktivní účast na všech sférách života.

Ambulantní zařízení a školy by měly poskytovat rehabilitaci, ergoterapii a péči logopeda.

Koordinovaný multidisciplinární přístup k péči je nezbytný pro optimální zvládnutí primárních projevů a sekundárních komplikací DMD. Multidisciplinární přístup v ČR zajišťuje patientská organizace PARENT PROJECT, z.s. PARENT PROJECT, z.s. je patientská organizace založená rodiči, jejichž děti se narodily se svalovou dystrofií Duchenne/Becker. Organizace působí v ČR oficiálně od roku 2001.

Seznam použité literatury

Standardy péče o pacienty s Duchennovou svalovou dystrofií, vydal PARENT PROJECT, z.s., duben 2018

www.parentproject.cz

Kontakt na autory:

PhDr. Andrea Hašková

Dětský rehabilitační stacionář „Zvonek“

Dánská 2344, Kladno, 272 01

e-mail: abagr8@gmail.com

Bc. Aleš Příhoda

ČVUT v Praze

Fakulta biomedicínského inženýrství

Katedra zdravotnických oborů a ochrany obyvatelstva

e-mail: Prihoal1@fbmi.cvut.cz

Recenze: Mgr. Simona Hájková (ČVUT v Praze, Fakulta biomedicínského inženýrství)

ANALÝZA PŘIPRAVENOSTI ZDRAVOTNICKÝCH ZÁCHRANÁŘŮ K ZVLÁDÁNÍ HROMADNÉHO NEŠTĚSTÍ

An Analysis of the Preparedness of Paramedics to Deal with Mass Casualty

Ing. Tomáš Chlapec, PhDr. Dana Rebeka Ralbovská, Ph.D.

Ing. Denisa Charlotte Ralbovská

ČVUT v Praze, Fakulta biomedicínského inženýrství

Abstrakt

Obsahem příspěvku je problematika zdravotnické záchranné služby jako poskytovatele přednemocniční neodkladné péče. Především zanalyzování připravenosti zdravotnických výjezdových skupin k zvládání hromadného neštěstí a rovněž přinést ucelený náhled na tuto problematiku. Příspěvek je zaměřen na zjištění odborných znalostí zaměstnanců zdravotnické záchranné služby o krizových stavech, o činnostech spojených se zásahem v místě hromadného postižení osob, dále pak zmapovat subjektivní hodnocení odborných znalostí a dovedností respondentů a okruhy ve kterých cítí potřebu se v rámci celoživotního vzdělávání zdokonalovat. Cílem výzkumného šetření bylo zjistit, zda nadpoloviční většina respondentů má znalosti o zkoumané problematice. Zpracovaná výsledná data jsou přehledně zobrazena ve formě grafů. V závěru jsou shrnuty námi zjištěné výsledky.

Klíčová slova: mimořádná událost, zdravotnická záchranná služba, hromadné postižení osob, krizová připravenost, traumatologický plán

Abstract

The article thesis deals with the issue of medical rescue service as a provider of pre-hospital emergency care. In particular it is about the analysis of medical emergency group preparedness to deal with mass disasters and it also brings a comprehensive overview of this issue. The aim of the research was to find out whether the majority of

respondents have knowledge of the issue. The resulting data are displayed in the form of graphs. In conclusion, we summarize our results.

Key words: emergency situation, medical rescue service, mass disability, crisis preparedness, traumatology plan

Úvod

Mimořádné události (dále jen MU) a s tím spjaté hromadné postižení osob (dále jen HPO) je stále častější realita této doby. V tomto příspěvku, který je především o analýze připravenosti zdravotnických záchranářů k zvládnutí HPO, se budeme zabývat přednemocniční neodkladnou péčí. A to vzhledem k tomu, že správný a rychlý postup zaměstnanců poskytovatele zdravotnické záchranné služby během organizace v okruhu operačního střediska a během samotného zásahu na místě mimořádné události má klíčový efekt pro celkový dopad akce. Proto jsou potřebné jednotné postupy pro optimální spolupráci, které zaručí zvyšování kvality a vyšší počty živých pacientů.

Pro jednotné postupy jsou zapotřebí u zaměstnanců každé výjezdové skupiny poskytovatele zdravotnické záchranné služby znalosti v krizové legislativě, traumatologickém plánu a v samotných postupech pro řešení HPO. Každý člen u výjezdové skupiny musí minimálně umět podání situační zprávy, organizační členění během zásahu, princip třídění metodou START, vyplňování třídící karty a ovládat pravidla odsunu.

Zdravotnická záchranná služba

Zákonem č. 372/2011 Sb., o zdravotnických službách, se v současné době zdravotnickou záchrannou službou (dále jen ZZS) rozumí zejména poskytovaná zdravotní služba. Podle zákona č. 374/2011 Sb., o zdravotnické záchranné službě,

můžeme ZZS definovat jako zdravotní službu, jejichž hlavním úkolem je na základě vyhodnocení tísňové zprávy poskytnout odbornou přednemocniční neodkladnou péči.

V každém kraji je dostupnost ZZS dána plánem pokrytí, který zajistí pokrytí výjezdovými základnami celého území kraje a je zpracován poskytovatelem ZZS. Složení plánu pokrytí je uspořádáno tak, aby dojezd ZZS po celém území kraje byl zajištěn do 20 minut. V rámci příslušné legislativy ZZS je povinna nepřetržitě poskytovat své speciální zdravotní služby. Podle platné legislativy se zařízení ZZS skládá pokaždé z ředitelství, zdravotnického operačního střediska (dále jen ZOS), výjezdových základen, výjezdových skupin, pracoviště krizové připravenosti a vzdělávacího a výcvikového střediska. (Šín a kol, 2017)

Krizová připravenost ve zdravotnictví

Krizovou připravenost ve zdravotnictví lze charakterizovat jako schopnost zdravotnických zařízení, tedy poskytovatelů zdravotních služeb zajistit pro obyvatelstvo poskytnutí nutné zdravotní péče v místě příslušného správního celku v průběhu mimořádných událostí, či za vyhlášení některého krizového stavu a tuto zdravotní péči zajišťovat odborně způsobilým personálem. Během přípravy systému pro zajišťování zdravotní péče v průběhu mimořádných událostí (dále jen MU), či za uplatnění jednoho z krizových opatření je významným faktorem poskytovat péči v souladu s medicínskými postupy, které jsou schváleny a zakotveny ve zdravotních právních předpisech. Tyto postupy jsou neustále samozřejmě vyvíjeny a na základě nově získaných poznatků vědy a výzkumu, utváří poskytování zdravotní péče základní sféru v jednotlivých medicínských oborech, jako je například urgentní medicína (Hlaváčková a kol., 2007).

Krizová připravenost poskytovatele ZZS je zajištěna činností na pracovišti krizové připravenosti, vytvořením a pravidelnou aktualizací traumatologického plánu,

systemem výcviku a vzdělávání, účastí na cvičeních a pomocí vybavení určeného pro vyřešení MU. Poskytovatel ZZS se ze své činnosti připravuje hlavně na řešení hromadného postižení osob (dále jen HPO), které je obvykle místo, kam je pro rozsah či povahu dané události nutno vyslat pět a více výjezdových skupin, které poskytnou přednemocniční neodkladnou péči pro patnáct a více osob postižených na zdraví (Fišer, 2006).

Traumatologický plán poskytovatele ZZS

Traumatologický plán je každý poskytovatel ZZS ze zákona (č. 374/2011 Sb. o zdravotnické záchranné službě) povinen zpracovat a nejméně 1x za 2 roky jej aktualizovat. Návrh tohoto plánu a jeho změny vypracovává pracoviště krizové připravenosti. Během přípravy a nutných aktualizací je nezbytné tento plán projednat s kompetentním krajským úřadem. Traumatologický plán tvoří 3 části – základní, operativní, pomocná. Vyhláška č. 240/2012 Sb., kterou se provádí zákon o zdravotnické záchranné službě, stanovuje obsah jednotlivých součástí plánu.

V traumatologickém plánu se obecně řeší postup určitého zdravotnického systému, který si plán zpracoval, tedy prvky během situací s HPO. Traumatologický plán neobsahuje žádné určité medicínské postupy, proto ho nelze omezit jen na určité místo MU nebo pacienty, kteří jsou bezprostředně ohroženi na životě (Fišer a kol. 2006).

Klíčovým významem pro krizové plánování mají především analýzy a hodnocení zdrojů rizik. Ty pomáhají k zabezpečení připravenosti řešit konkrétní MU velkého rozsahu (Krömer, 2010).

Pomocí analýzy můžeme zmapovat potenciální výskyt vnitřních i vnějších hrozeb vyplývajících pro dané zdravotnické zařízení. Během analýzy se berou v potaz různé negativní dopady na běžný chod zdravotnického zařízení, které by mohly mít za důsledek vážné ba dokonce nevratné narušení provozuschopnosti zdravotnického zařízení (Urbánek, 2014).

Metodika průzkumného šetření

Pro potřeby zpracování diplomové práce jsme jako metodu získání dat využili kvantitativní anonymní průzkumné šetření, které následně proběhlo pomocí nestandardizovaného dotazníku. Dotazníková metoda byla využita z jednoznačného důvodu, a to z důvodu oslovení většího počtu respondentů, kteří jsou zaměstnanci poskytovatele ZZS (pozice: lékař, zdravotnický záchranář, sestra pro intenzivní péči, pracovník zdravotnického operačního střediska, řidič). Výzkumné šetření zahájeno 15. 12. 2017 a následně ukončeno 31. 3. 2018.

Vyhodnocení cílů práce

V rámci průzkumného šetření jsme si určili několik cílů. Prvním cílem bylo zjistit, jestli zaměstnanci ZZS disponují znalostmi o organizaci a struktuře IZS. Na základě vyhodnocení odpovědí na otázky, které byly cíleně zaměřeny na ověření znalostí o organizaci a struktuře IZS.

Na podkladě vyhodnocení získaných dat z dotazníkového šetření můžeme konstatovat, že nám z celkového počtu 164 respondentů správně odpovědělo:

- 109 (66,5 %) respondentů na otázku týkající se definice pojmu IZS
- 104 (63,4 %) respondentů na otázku: *Jaké jsou základní složky IZS?*
- 99 (60,4 %) respondentů na otázku: *Pod jakým číslem je ve Sbírce zákonů ČR publikovaný zákon o IZS?*

Druhým cílem bylo zjistit, jestli zaměstnanci ZZS disponují znalostmi o krizových stavech a znalostí důvodů jejich vyhlášení. Tomuto problému byly v dotazníkovém šetření věnovány otázky č. 9, 10 a 11. Otázka číslo 9 se zaměřovala na krizové stavy, které na území ČR mohou být vyhlášeny. Z celkového počtu 164 respondentů, 85 (51,8 %) odpovědělo správně stav nebezpečí, nouzový stav, stav ohrožení státu, válečný stav. Otázka číslo 10 se týkala ověření, jaký krizový stav může hejtman kraje vyhlásit. 84 (51,2 %) respondentů odpovědělo stav nebezpečí. Otázka číslo 11 se zaměřovala na

znalost ZZS o koordinaci složek IZS na místě mimořádné události. Koordinace velitelem zásahu na místě MU probíhá na taktické úrovni, kterou označilo 110 (67,1 %) respondentů. 27 (16,5 %) zvolilo úroveň strategickou.

Třetím cílem bylo zanalyzovat znalosti zaměstnanců ZZS v oblasti činností, které jsou spojeny s činností zaměstnanců ZZS v místě HPO provedením záchranných a likvidačních prací.

Na podkladě vyhodnocení získaných dat z dotazníkového šetření můžeme konstatovat, že nám z celkového počtu 164 respondentů správně odpovědělo:

- 107 (65,3 %) respondentů na otázku: *Kdo oznamuje dotčeným orgánům vznik HPO?*
- 94 (57,3 %) respondentů na otázku: *Kdo rozhoduje o ukončení činnosti ZZS na místě HPO?*
- 119 (72,6%) respondentů na otázku: *Jaká je první činnost, kterou provede další posádka ZZS, která přijede na místo HPO?*

Čtvrtým cílem bylo zjistit subjektivní hodnocení odborných znalostí a dovedností respondentů a rovněž okruhy vědomostí a dovedností, které si mají zájem rozšiřovat. Otázka číslo 27 se zaměřovala na subjektivní zhodnocení odborných znalostí a dovedností v oblasti krizové připravenosti pracovníků ZZS. Z celkového počtu 164 respondentů by se ohodnotilo 86 (52,4 %) známkou dvě, tedy chvalitebně. 42 (25,6 %) respondentů se hodnotilo známkou tři a 34 (20,7 %) se hodnotilo známkou jedna. Otázka číslo 28 se zaměřovala na zjištění zájmu o doplnění či rozšíření znalostí a dovedností pracovníků ZZS. Největší skupina (77,4 %) si chce rozšiřovat vědomosti v metodě START. 118 (72 %) respondentů si chce vylepšovat praktické dovednosti v rámci zvládání HPO.

Vyhodnocení hypotéz

Hypotéza č. 1 *Předpokládáme, že více než 75 % respondentů má znalosti o obsahu a struktuře traumatologického plánu poskytovatele ZZS.*

S touto hypotézou souvisela otázka č. 12, 13 a 14.

Otázka č. 12 nám pomohla zjistit povědomí pracovníků poskytovatele ZZS o traumatologickém plánu a z jakých částí se skládá. Z celkového počtu 164 respondentů nám odpovědělo 111 (67,8 %) správně, že se traumatologický plán dělí na části základní, operativní a pomocnou.

V otázce č. 13 jsme se snažili zjistit, znalost pracovníků ZZS o obsahu operativní části traumatologického plánu poskytovatele ZZS. Obsah operativní části samotného plánu, kde se mimo jiné řeší především postupy pro třídění postižených osob v daném místě s HPO vědělo 106 (64,7 %) respondentů.

V otázce č. 14 jsme zjišťovali, zda respondenti vědí, kdo je zodpovědný za aktualizaci údajů v traumatologickém plánu. Správnou odpověď – ředitel ZZS daného kraje zvolilo 71 (43,3 %) respondentů.

Na základě vyhodnocených výsledků můžeme konstatovat, že hypotéza č. 1 byla **falzifikována**.

Hypotéza č. 2 *Předpokládáme, že více než 75 % respondentů uvede všechny správné odpovědi v testovacích otázkách týkajících se připravenosti správně určovat třídící priority pomocí metody START u zásahu s hromadným postižením osob.*

S touto hypotézou souvisela otázka č. 20, 21, 22.

Otázka č. 20 byla zaměřena na ověření vědomostí o existujících třídících prioritách raněných pacientů metodou START v místě HPO. Správnou odpověď zvolilo 128 (78%) respondentů. Tedy odpověď červená, žlutá, zelená a černá.

Otázka č. 21 byla zaměřena na pořadí postupu pomocí metody START v místě HPO. Pouze 45 % respondentů dokázalo určit správné pořadí. Prvním ukazatelem je schopnost chůze, která určí postiženou osobu okamžitě do zelené skupiny. Dále je

dechová frekvence, na arteria radialis hmatný tep, pak kapilární návrat a až jako poslední je rozhodující stav vědomí.

V otázce č. 23 jsme se respondentů dotazovali, v jakých případech využíváme metodu třídění tzv. JumpSTART. Tato metoda se využívá u dětí do 8 let. Správnou odpověď vybralo 113 (69 %) respondentů.

Na základě vyhodnocených výsledků můžeme konstatovat, že hypotéza č. 2 byla **falzifikována**.

HYPOTÉZA č. 3 *Předpokládáme, že více než 75 % respondentů uvede všechny správné odpovědi v testovacích otázkách týkajících se priorit stanovujících pořadí odsunu a možnosti využití odlišných odsunových prostředků pro všechny zraněné osoby z místa hromadného postižení osob.*

S touto hypotézou souvisela otázka č. 24 a 25.

Otázkou č. 24 jsme se respondentů dotazovali, kteří pacienti mají z místa HPO po přetřídění nejvyšší odsunovou prioritu. 136 (82,9 %) respondentů odpovědělo správně, že nejvyšší prioritu odsunu má pacient s červeným označením.

Otázka č. 25 se týkala metody třídění START, která měla ověřit znalost pracovníků poskytovatele ZZS ohledně transportu pacientů s označením P1. Správnou odpověď uvedlo 125 (76,25 %) respondentů, tedy že pacient s označením P1 by měl být do zařízení nemocniční neodkladné péče převezen pomocí výjezdové skupiny rychlé lékařské pomoci.

Na základě vyhodnocených výsledků můžeme konstatovat, že hypotéza č. 3 byla **verifikována**.

SWOT analýza

Získané výsledky našeho anonymního dotazníkového šetření jsme následně využili pro vypracování SWOT analýzy, díky které jsme generovali strategie dalšího vývoje traumatologického plánování. Rovněž jsme pomocí SWOT analýzy navrhli další opatření vedoucí ke zlepšení pro praxi, která budou spojena především s výcvikem a vzděláváním členů výjezdových skupin.

SWOT analýza je jednoduchá a vysoce efektivní pomůcka, kterou lze zjistit skutečný stav, potřebné změny, případná rizika i nezbytné kroky pro změnu slabých stránek na silné stránky. Do silných stránek spadají pozitivní podmínky vnitřního charakteru. Jde především o jasně stanovené kompetence, zdroje anebo schopnosti, které umožňují organizaci získat určitou výhodu. Do slabých stránek řadíme negativní podmínky, které mohou zapříčinit nižší výkonnost organizace. Současné anebo budoucí podmínky v daném prostředí spadají do příležitostí, které jsou příhodné potencionálním (současným anebo budoucím) výstupům organizace. Tyto příležitosti je nezbytné analyzovat nejenom pro současné podmínky okolí, ale nezapomínat i na budoucí podmínky. Hrozby můžeme charakterizovat jako negativní působení prostředí, které nám ovlivňují současný či budoucí stav organizace.

Do **silných stránek** řadíme kvalitní úroveň krizové připravenosti a traumatologického plánování, které je legislativně pevně ukotvena. Toto tvrzení můžeme konstatovat, protože dle zákona 374/2011 Sb. si zařízení poskytovatele ZZS tvoří mimo jiné i přímo pracoviště krizové připravenosti. Toto pracoviště je určeno ke koordinaci různých úkolů, které jsou stanoveny takzvanou krizovou legislativou, kde jeho částí je i krizový manager. Krizový manager provádí plánovací činnost v rámci traumatologického plánu, kde se řeší postupy u MU s HPO a plán krizové připravenosti k řešení krizové situace. Dále do silných stránek můžeme zařadit kvalitní právní ukotvení v rámci systému IZS. Celý systém je provázaný, má své pravidla spolupráce i koordinace složek, orgánů a osob pro společné provádění ZaLP

během MU. S tím je spjatá silná stránka v celostátním pokrytí výjezdových základen, kde dojezdová doba k MU nepřesáhne 20 minut. Poskytovatelé PNP i NNP mají pevně danou organizaci, strukturu a personální obsazení.

Slabé stránky poukazují na fakt, že vzdělávání a výcvik urgentní medicíny, také medicíny katastrof a krizového řízení není na nejvyšší úrovni, chybí i následná zpětná vazba. Bez zpětné vazby se nevyužívají data, která by jinak mohla být využita ke zlepšení výuky a cvičení. Systém zpětné vazby by pak zlepšoval aktuální postupy v praxi. Další slabé stránky jsou průměrné znalosti v krizovém plánování a v krizovém řízení, průměrné znalosti předpisů traumatologického plánování a samotného TP poskytovatelů ZZS a s tím související znalosti třídění postižených metodou START. Sami respondenti hodnotí své znalosti a dovednosti v rámci krizové připravenosti ve většině případů známkou 2 a 3.

Příležitosti například jsou, že členové výjezdových skupin poskytovatele ZZS se mohou účastnit odborných konferencí v okruhu medicíny katastrof a stáží na pracovišti krizového plánování u jiné složky IZS. Tato příležitost v detailu ukáže zaměstnancům funkci a postupy ostatních základních složek IZS. Dále příležitost u náboru nových členů, u kterých se přihlíží na znalosti v krizové připravenosti a znalosti postupů u MU s HPO. Příležitostí je i školení přímých specialistů pro řešení MU.

Do **hrozeb** můžeme zařadit nedostatečnou odbornou vzdělanost jednotlivých poskytovatelů ZZS v postupech a legislativě. Ta může následně vést ke špatné činnosti samotné složky ZZS, špatné součinnosti s dalšími složkami IZS či špatné komunikaci s velitelem zásahu na místě MU. Například odsun postižených osob provedený pracovníkem bez potřebných odborných znalostí ohrozí správný postup, pořadí a použití druhu odsuvných dopravních prostředků. Chybně stanovená priorita vede ke špatnému ošetření a odsunu, který se projeví na celkovém počtu obětí dané MU. Za další hrozbu považujeme nejednotnost postupů během zásahů a následné likvidaci

hromadného neštěstí. V praxi může způsobovat nesjednocenost převážně velké množství třídících metod a dokumentace, které jsou u jednotlivých poskytovatelů ZZS rozdílné. To může během řešení MU s HPO, kde bude vyžádána pomoc od dalších výjezdových skupin z jiných krajů, dospět k nežádoucím bariérám, jejichž důsledkem mohou vzniknout nedorozumění, zmatky i prodlevy. Ty mají negativní dopad na poskytnutí nezbytné péče pacientům. Např. zpomalení činnosti a zapříčinění vzniku nejasností a chyb, které mohou mít mimo jiné vliv i na špatnou evidenci odsunu zraněných osob.

Pomocí SWOT analýzy nám vyšly výsledky, které poukázaly především na slabé stránky a hrozby. Z nich nám vyplývají možná doporučení pro praxi. Nejdůležitější činnost dle mého názoru je navýšení množství cvičení a školení. Školící blok nemusí trvat celý den, stačí pár hodin ročně, na kterém proběhne opakování základních znalostí v oblasti krizové připravenosti a traumatologického plánování a daný školící blok bude zakončený rychlým testem, který bude účinnější než samostudium a jednoduché podepsání zaměstnance, že byl se vším srozuměn. Tímto způsobem by měla být zajištěna vysoká úroveň vědomostí ve všech směrech a jejich dlouhodobé udržení. Například v naší práci hodnotilo své znalosti a dovednosti pouze 20 % respondentů známkou 1, tedy své znalosti považují za výborné. S tím je spjata také potřebné stanovení minimálního ročního počtu cvičení, kterých by se každý zaměstnanec měl účastnit. Důraz by se měl klást nejen na cvičící zaměstnance, ale také na samotný personál, který cvičení na MU s HPO připravuje. Analyzování dat po vykonání cvičení je dle mého názoru nejdůležitější část. Z výsledků analýzy se dají určit následné úpravy, nové návrhy či nějaké změny stávajících postupů ke zlepšení řešení daných situací a využít je v praxi u poskytovatele ZZS. V tomto směru v ČR chybí jednotný koncept. Koncept způsobu cvičení či přípravy a následný systém se zpětnou vazbou pro zlepšování postupů. Cvičit zaměstnance bez pořádného vytěžení dat ztrácí smysl. V některých případech samozřejmě vyhodnocení proběhne, ale výsledek není potřebně využit.

Tabulka 1 Vyhodnocení SWOT analýzy [zdroj: vlastní]

Silné stránky	Slabé stránky
Krizová připravenost a traumatologické plánování je na slušné úrovni a legislativně pevně ukotveno. Kvalitní právní ukotvení v rámci systému IZS a celostátní pokrytí výjezdových základů. Pevná organizace, struktura, personální obsazení. Zájem zaměstnanců vycházející z našich výsledků práce se neustále vzdělávat a zlepšovat.	Vzdělávání a výcvik urgentní medicíny, dále medicíny katastrof a krizového řízení není na nejvyšší úrovni, chybí zpětná vazba a tím se nevyužívají získané informace. Systém zpětné vazby by mohl přispět ke zlepšení aktuálních postupů. Průměrné znalosti v krizovém plánování a v krizovém řízení. Průměrné znalosti předpisů traumatologického plánování a traumatologického plánu poskytovatelů ZZS. S tím související znalosti třídění postižených metodou START. Respondenti hodnotili své znalosti a dovednosti většinou známku 2 a 3.
Příležitosti	Hrozby
Členové výjezdových skupin poskytovatele ZZS se mohou účastnit odborných konferencí v okruhu medicíny katastrof a stáží na pracovišti krizového plánování u jiné složky IZS. Nábor nových členů, u kterých se přihlíží na znalosti v krizové připravenosti a znalosti postupů u MU s HPO. Školení specialistů pro řešení MU.	Nedostatečné odborné vědomosti v postupech a zákonech mohou vést ke špatné součinnosti s dalšími složkami IZS či špatné komunikaci s velitelem zásahu na místě MU. Velké množství třídících metod a dokumentace může mít za následek zpomalení činnosti a zapříčinit vznik nejasností a chyb, které mají vliv na pacienta. Odsun postižených osob pracovníkem bez potřebných odborných znalostí ohrozí správný postup, pořadí a druh použitých dopravních prostředků. Chybně stanovená priorita vede ke špatnému ošetření a odsunu, který se projeví na celkovém počtu obětí MU. Hrozbou je také špatná evidence odsunu zraněných osob.

Závěr

Pro co největší počet přeživších osob při MU s HPO je nejdůležitější perfektní činnost celého zdravotnického záchranného řetězce, který určí kvalitu dalšího života jednotlivce. Na činnost řetězce se váže dokonalá sladěnost v rámci IZS. Jak už bylo zmíněno, nejdůležitějším článkem řetězce je poskytovatel ZZS, který pouze správným a rychlým přístupem dokáže do celého řetězce záchrany zapojit i nemocnice. Aby v časovém tlaku mohl být pacient zachráněn, musí být zajištěna jednoduchost, jednotnost a kvalita činností poskytovatele ZZS na jakékoliv úrovni zásahu během HPO.

V práci byla snaha znázornit i velký rozdíl ideálního stavu v traumatologickém plánování se skutečným stavem znalostí a funkčnosti systému. Částečně z tohoto důvodu byly stanoveny hypotézy na vysoké procento úspěšnosti. Dvě hypotézy pomocí výsledků práce byly falzifikovány a jedna hypotéza verifikována. Jelikož poskytovatel ZZS je nejdůležitější článek zdravotnického záchranného řetězce, tak na něj musí být vyvíjen i takový tlak. Tlak poskytovateli ZZS určí minimální laťku kvality a výkonnosti. Samozřejmě by následně měli být zaměstnanci přiměřeně platově ohodnoceni.

Hlavní cíl práce byl zjistit znalosti zaměstnanců výjezdových skupin poskytovatele ZZS v rámci krizové připravenosti na řešení HPO. Tento cíl byl kompletně splněn a z výsledků práce lze poukázat na stálé možnosti zlepšování.

Závěrem lze doporučit zvýšení počtu cvičení a výuky teorie, na které by se měli zaměřit všechna pracoviště krizové připravenosti a vzdělávací a výcviková střediska poskytovatele ZZS.

Seznam použité literatury

1. FIŠER, V. *Krizové řízení v oblasti zdravotnictví*. MV GR HZS ČR - Modul J: učební text pro kurs zvláštní odborné způsobilosti Ochrana obyvatelstva a krizové řízení [online]. Praha, 2006. ISBN neuvedeno

2. HLAVÁČKOVÁ, D., ŠTOREK, J., FIŠER, V. *Krizová připravenost zdravotnictví*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2007. ISBN 978-80-7013-452-8.
3. CHLAPEC, T. *Analýza připravenosti zdravotnických záchranářů k zvládnutí hromadného neštěstí*. Kladno, 2018. Diplomová práce. České vysoké učení technické v Praze, Fakulta biomedicínského inženýrství. Vedoucí práce: PhDr. Mgr. Dana Rebeka Ralbovská, Ph.D.
4. KRÖMER, A. a kol. *Mapování rizik*. Ostrava: SPBI. 2010. 978-80-7385-086-9
5. ŠÍN, R a kol. *Medicína katastrof*. Praha: Galén. 2017. ISBN 978-80-7492-295-4
6. URBÁNEK, P, URBÁNEK, J. Krizová připravenost a příprava zdravotnických záchranných služeb a zdravotnických zařízení. *Urgentní medicína*. 2014. roč. 17, č. 4. s. 6 -12. ISSN 1212-1924

Kontakt na autory

Ing. Tomáš Chlapec

Student magisterského studijního programu

ČVUT v Praze

Fakulta biomedicínského inženýrství

Katedra zdravotnických oborů a ochrany obyvatelstva

PhDr. Mgr. Rebeka Ralbovská, Ph.D.

ČVUT v Praze

Fakulta biomedicínského inženýrství

Katedra zdravotnických oborů a ochrany obyvatelstva

e-mail: rebeka.ralbovska@fbmi.cvut.cz

Ing. Denisa Charlotte Ralbovská

ČVUT v Praze

Fakulta biomedicínského inženýrství

Katedra zdravotnických oborů a ochrany obyvatelstva

e-mail: denisa-charlotte.ralbovska@fbmi.cvut.cz

Recenze

Článek uvádí výsledky diplomové práce, kterou oponovala: Ing. Petra Zvolánková
(ZZS Karlovarského kraje)

**POSKYTOVANIE PREDNEMOCNIČNEJ NEODKLADNEJ ZDRAVOTNEJ
STAROSTLIVOSTI MIGRANTOM NA ÚZEMÍ SLOVENSKEJ REPUBLIKY**
**Providing the Pre-hospital Care to Migrants in the Territory of the Slovak
Republic**

Bc. Dominika Jevčáková¹, PhDr. Bc. Ivana Argayová, PhD.²

PhDr. Martina Reľovská, PhD²

¹FALCK záchranná a.s, Košice

²Prešovská univerzita v Prešove, Fakulta zdravotníckych odborov

Abstrakt

Úvod: Globalizáciou sveta sa otvorili nové možnosti, ktoré zabezpečili voľný vstup na naše územie zahraničným kultúram a národnostiam z celého sveta. Vzrastajúca migrácia je problémom a je potrebné klásť väčší dôraz na zvyšovanie vedomostí a informovanosti zdravotníckych pracovníkov v oblasti multikultúrneho ošetrovateľstva.

Cieľ: V našom príspevku chceme poukázať na rozdiely v kultúre migrantov, ktorí žijú na našom území a pátrať po dodržiavaní špecifík, ktoré sa pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti etnickým skupinám vyžaduje. V úvode do problematiky sme predstavili čo je to migrácia, zoznámili sme sa s najpočetnejším etnikom na Slovensku.

Metódy: V empirické časti sme sa sústredili na hľadanie odlišností, s ktorými sa mali možnosť zdravotnícki záchranári pri poskytovaní pomoci migrantom vo výjazdoch stretnúť. Údaje z výjazdových lístkov sme spracovali do kazuistiky.

Výsledky: Hlavným cieľom praktickej časti príspevku bolo prostredníctvom kazuistiky vyhľadať kultúrne rozdiely, s ktorými sa stretávajú záchranári pri poskytovaní pomoci migrantom.

Kľúčové slová: migrant, multikulturalizmus, migračná politika, zdravotnícky záchranár, prednemocničná neodkladná zdravotná starostlivosť.

Abstract

Introduction: The world globalization has opened up new possibilities that have ensured free access to our territory to foreign cultures and nationalities from near and distant surroundings. In view of the increasing migration of the Slovak Republic greater emphasis has to be put on increasing entitlements, knowledge and awareness of health workers in the field of multicultural nursing.

Goals: In our contribution we want to point out the differences between the cultures of migrants in our territory and to look for the specifics that the provision of health care to ethnic groups requires. In the introduction to the issue we are introduced what migration is and we became acquainted with the most numerous ethnic groups and their influence on Slovakia. Then we also deal with multiculturalism, the basic terminology and the difference in selected cultures.

Methods: In the empirical section we are focused on identifying the differences that paramedics were able to encounter in the helping migrants in the exits. We are processed the data from the exit cards into case reports and we are briefly talked to a Muslim doctor about differences in the provision of healthcare at our country and at his homeland.

Results: The main objective of the practical part of the contribution was through case reports to look for cultural differences encountered by rescuers in providing health care to migrants and of course getting acquainted with the foreign operation of ZZS.

Key words: migrant, multiculturalism, migration policy, paramedic emergency medical care.

Úvod

Globalizáciou sveta sa otvorili nové možnosti, ktoré zabezpečili voľný vstup na naše územie zahraničným kultúram a národnostiam z blízkeho ale i vzdialeného okolia. Vzhľadom na vzrastajúcu migráciu je preto nutné dávať väčší dôraz na zvyšovanie

nárokov, vedomostí a informovanosti zdravotníckych pracovníkov v oblasti multikultúrneho ošetrovateľstva. Snaha migrantov prispôbiť sa novej krajine ešte neznamená, že zahadzujú svoj starý spôsob života, ktorý vyznávali v rodnej vlasti. Preto popri poskytovaní adekvátneho profesionálneho prístupu týmto osobám myslíme predovšetkým na svoju vlastnú bezpečnosť.

Pri stretnutí zdravotníckeho pracovníka s migrantom často dochádza k nepochopeniu a neuspokojeniu jeho potrieb na základe multikultúrnych odlišností v porovnaní s majoritnou spoločnosťou. Jazyková bariéra, negramotnosť a slabý záujem pacienta o spoluprácu znižujú možnosti správnej diagnostiky zdravotného stavu osoby, ktorej bola privolaná pomoc. V takýchto prípadoch je nám veľkou oporou tlmočník, ktorý ovláda nie len jazyk cudzinca ale môže nám priblížiť aj možné špecifiká kultúry danej krajiny. Ak však takúto možnosť nemáme, musíme sa držať pravidiel „iný kraj, iný mrav“ a sústrediť sa hlavne na znaky neverbálnej komunikácie pacienta.

Migračná vlna na Slovensku

Migračné procesy, teda presun obyvateľov v priestore, predstavujú dôležitý historicko – demografický fenomén, ktorý je determinovaný mnohými aspektmi spoločenského politického a ekonomického života (Harbuľová 2009). Migrácia „migratio“ slovo latinského pôvodu má viacero významov – sťahovanie, pohyb, presun, presídľovanie, sťahovanie národov (Bolečeková 2010). Patrí k základným ukazovateľom demografickej dynamiky, ktorý poukazuje na premiestňovanie obyvateľstva v čase aj priestore a je súčasne základným údajom modelovania prognóz a rozvoja každého územného celku. Migračná politika krajín býva často pre cudzincov rozhodujúcou a významnou bariérou. Vďaka nej sa jednotlivé krajiny snažia regulovať a selektovať príliv imigrantov na svoje územie (Bilic, Krogmann 2015).

Podľa účelu pobytu je oprávnený Policajný útvar SR udeľovať cudzincom povolenie na:

- **prechodný pobyt** – platí najviac jeden rok, je udelený na určité obdobie s konkrétnym účelom,
- **trvalý pobyt** – po podaní žiadosti prvý krát, sa povolenie na trvalý pobyt udeľuje na päť rokov. Po uplynutí piatich rokov sa môže po podaní žiadosti migranta na policajný útvar pobyt predĺžiť na neobmedzený čas,
- **tolerovaný pobyt** – povolenie sa udeľuje na 180 dní a možno ho opakovane predĺžiť. Migrant ho získava ak sa ocitne v situácii, kedy nemôže zo Slovenska vycestovať a zároveň nesplňa podmienky na udelenie iného typu pobytu (IOM 2010).

Vzhľadom na obšírnosť pojmu migrácia je potrebné zahraničnú migráciu vyčleniť, bližšie definovať a poukázať na rôznorodosť tohto pojmu. Legislatíva migračnej politiky SR je obsiahnutá v týchto hlavných právnych dokumentoch:

- Zákon č.480/2002 Z.z o azyle cudzincov,
- Zákon č. 48/2002 Z.z o pobyte cudzincov,
- Zákon NR SR č. 73/1995 Z.z o podmienkach pobytu cudzincov na území SR,
- Zákon č. 381/1997 Z.z o cestovných dokladoch,
- Koncepcia migračnej politiky Slovenskej republiky.

Pokrok v oblasti celosvetovej migrácie sa dosiahol aj na úseku spolupráce medzinárodných organizácií, ktoré sa podieľajú na riešení otázok migrácie, a to so zastupiteľským úradom Vysokého komisára pre OSN pre utečencov (UNHCR), Medzinárodnou organizáciou pre migráciu (IOM), Európskym výborom pre migráciu, Výborom expertov pre legálne aspekty teritoriálneho azylu utečencov a osôb bez štátnej príslušnosti (Koncepcia migračnej politiky SR). O migrantov na Slovensku sa stará Medzinárodná organizácia pre migráciu. Úrad IOM v Bratislave vznikol na základe dohody medzi vládou Slovenskej republiky a Medzinárodnou organizáciou pre migráciu, ktorá bola podpísaná v roku 1996. Od roku 2009 je IOM aj národný kontaktný bod Európskej migračnej siete na Slovensku. Jeho hlavnou úlohou je

prispievať k humánnej a organizovanej migrácii a v súlade s tým poskytuje poradenstvo a služby vládam štátov a migrantom (Bolečeková 2010).

Povinnosťou štátov je chrániť svojich občanov. Pokiaľ štáty nechcú alebo nemôžu poskytovať svojim občanom ochranu, dochádza k porušovaniu ľudských práv jednotlivcov. Medzinárodná ochrana utečencov spočíva hlavne v tom aby boli obhajované práva osôb, ktoré boli nútené opustiť svoju krajinu. Bolo potrebné vytvoriť špeciálne normy pre utečencov, ktorí pri pozbavení akejkoľvek formy národnej ochrany nemôžu využívať štandardné normy medzinárodného práva určeného osobám mimo krajín pôvodu. Na ochranu utečencov a azylantov sa vzťahujú medzinárodné dokumenty týkajúce sa ochrany ľudských práv a osôb. Hostiteľské krajiny však rozhodujú o tom, ktoré práva priznané ich občanom sa utečencov netýkajú (Žáková 2006).

Azylové zariadenia na Slovensku

Na Slovensku máme dva pobytové tábory a to v Opatovskej Novej Vsi a v Rohovciach, záchytný tábor v Humennom a integračné stredisko vo Zvolene, ktoré sú v úplnej kompetencii MV SR. Určenie jednotlivých azylových zariadení, podľa reálnych potrieb na umiestnenie žiadateľov o udelenie azylu upravuje riaditeľ migračného úradu ministerstva svojím pokynom. Jednotlivé zariadenia sa od seba líšia v rámci poskytovaných služieb. Ich kvalita ako i splnenie základných životných, hygienických a spoločenských služieb je priebežne monitorované Úradom Vysokého komisára OSN pre utečencov v SR (Bilic, Krogmann 2015). Na východnom Slovensku je nám z azylových zariadení najbližšie záchytný tábor v Humennom. Stretneme sa tu so žiadateľmi o azyl ale i s osobami so štatútom utečenca. Tábor migrantom poskytuje ubytovanie, stravu, základné hygienické potreby, neodkladnú zdravotnú starostlivosť, komplexnú sociálnu starostlivosť i psychologické poradenstvo. Má kapacitu 524 osôb a spravuje ho Migračný úrad Ministerstva vnútra SR. Ubytovanie poskytuje iba pre 150 osôb na maximálne šesť mesiacov. Žiadatelia o azyl sa

zdržiavajú v tábore 21 - 30 dní. V tomto čase je nevyhnutné absolvovanie vstupnej lekárskej prehliadky na odhalenie prípadných cudzokrajných ochorení, ktoré by mohli predstavovať riziko pre obyvateľov nášho štátu. Po prehliadke a prvom pohovore sa žiadateľ o azyl presúva do pobytového tábora migračného úradu, kde sa zdržiava až do doby právoplatného ukončenia konania o udelení azylu. Ukončením tohto konania môže azylant získať krátkodobú priepustku a voľne sa pohybovať mimo tábora. Cudzinci so štatútom utečenca predstavujú tzv. presídlencov – sú to osoby pod ochranou UNHCR a v tábore sú umiestňovaní na dlhší čas ako žiadatelia o azyl. Po uplynutí niekoľkých mesiacov na Slovensku sa presúvajú do krajín ako je USA, Nemecko, Austrália alebo Kanada. So záchytným táborom spolupracuje humenská nemocnica, ktorej personál je odborne školený na prácu s migrantmi. Pre poskytovanie kvalitnej a hlavne bezpečnej zdravotnej starostlivosti pacientom sa kladie dôraz na protiepidemiologické opatrenia zamestnancov. Pacientov s vážnejšími diagnózami, ktoré presahujú odborné zameranie nemocnice prevážajú do špecializovaných zariadení v Michalovciach a Košiciach. Ochranu osôb a objektu tábora zabezpečujú pracovníci súkromnej bezpečnostnej služby a exteriérový kamerový systém (Anonym 2015).

Využitie multikulturalita v prednemocničnej neodkladnej zdravotnej starostlivosti

Vplyvom migrácie sa zvyšuje podiel pacientov rôznych kultúr, čo predstavuje nové nároky na zdravotnícky personál. Je potrebná pripravenosť personálu plniť úlohy odborne, teoreticky aj prakticky v prospech obnovy a podpory zdravia, byť schopný nájsť nové kreatívne prístupy, postupy pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti a získať nové skúsenosti v rámci profesie (Tkáčová, Wiczmándyová 2010). Multikulturalizmus predstavuje nový smer pre budúcnosť. Ide o ideál harmonickej existencie odlišných kultúr a etnických skupín v pluralitnej spoločnosti. Môžeme ho definovať ako doktrínu, ktorá hovorí o tom, že samostatné etnické skupiny majú právo sa kultúrne odlišovať od majoritnej spoločnosti a rovnako mať právo na vlastnú

kultúru. V politickej rovine multikulturalizmus presadzuje zdôrazňovanie ľudských práv a slobôd, ktoré nesmú byť ohrozované privilegiami určitých rasových, etnických či náboženských skupín (Kutnohorská 2013).

Komunikačná bariéra u pacienta inej kultúry

Človek je spoločenská bytosť a komunikácia je pre neho dôležitá v každej etape života. Efektívna komunikácia má na ľudí sociálny, myšlienkový, citový a intelektuálny vplyv. V komunikačnom procese dochádza k zošlachťovaniu medziľudských vzťahov a k šíreniu skutočných ľudských hodnôt, ako je dôvera, priateľstvo a porozumenie. Migranti často ovládajú jazyk iba svojej etnickej skupiny a v momente, keď navštívia naše zdravotnícke zariadenia nastáva problém, pretože nedokážu z dôvodu jazykovej bariéry popísať svoje ťažkosti. Dochádza k nepochopeniu inštrukcií ohľadom liečby a neuspokojujúcej komunikácii. Komunikačná bariéra a s ňou súvisiaci nedostatok informácií môže vyvolať strach, úzkosť, frustráciu, hnev a mnoho ďalších stavov z dôvodu neuspokojenia základných ľudských potrieb. Je známych viacero možností komunikovania v oblasti multikulturality. Komunikujeme verbálne a neverbálne prostredníctvom gestikulácie, mimiky, pohybu, priamo cez sprostredkovateľa – pomôcku, osobu. V praxi je neverbálna komunikácia dôležitejšia, pretože sa aplikuje v situáciách neznalosti jazyka druhej strany. Pri komunikácii by sa mala dodržiavať komunikačná etiketa. Jej najväčšie kultúrne rozdiely vznikajú v súvislosti s osobným priestorom (proxemikou), očným kontaktom, dotýkaním sa (haptikou), urážlivými gestami. Dotyk a všeobecne telesný kontakt je na prvom stretnutí nevhodný no v zdravotníctve má veľký význam, pretože je súčasťou vyšetrenia (Kutnohorská 2013).

Špecifiká poskytovania PNZS u minoritných skupín na Slovensku.

Existuje mnoho rád ako zvládnuť starostlivosť o pacientov minoritných etník v rámci majority, ktoré sa odvíjajú od konkrétnej kultúry. Sú známe aj univerzálne

odporúčania pre všetky etniká žijúce v odlišnej kultúre. Avšak komunikácia o duchovných postojoch a hodnotách viery, obecných veciach a živote si stále vyžaduje veľmi citlivý prístup, aby prípadný kultúrny rozdiel nebol prekážkou v dorozumievaní sa či účinnej spolupráce (Ralbovská, 2010).

Pri verbálnej komunikácii s moslimom je nutné, no často veľmi obťažné dodržiavať isté komunikačné tabu. To, čo býva v islamskej kultúre neprístupné u nás chápeme ako súčasť anamnézy. Komunikačné tabu sa týka hlavne žien. Ak je to možné, rodinnú a osobnú anamnézu u moslimskej ženy by mala odoberať lekárka alebo zdravotníčka. Dôvodom je spokojnosť manžela ale aj pacientka sama bude v intímnych témach otvorenejšia. Žena nepreberá so svojim manželom tehotenstvo. Ak náhodou začne krváčať nerozpráva o tom, pretože má strach, aby jej niekto nepoprial niečo zlé, alebo aby sa niečo zlé nestalo. Nevhodné je pýtať sa slobodnej ženy na deti alebo na pohlavný styk. Pri neverbálnej komunikácii je tabu vizuálny kontakt moslimského pacienta alebo pacientky s opačným pohlavím, pretože je to chápané ako vyzývavosť. Dotyk ako jedna z vyšetrovacích metód má v zdravotníctve svoje nezastupiteľné miesto. V islamskom svete sa smie muž dotknúť ženy iba ak je z jeho vlastnej rodiny. Ak vyšetruje ženu muž – zdravotník jeho dotyk je na určitých miestach zakázaný. Zdravotník mužského pohlavia by sa mal k moslimskej žene chovať čo najviac rezervovane pretože manžel pacientky môže reagovať prudko. Pri pokuse o rozhovor s opačným pohlavím sa môže stať, že pacient reaguje veľmi vyhýbavo alebo vôbec. Je to preto, že je pre neho neobvyklé aby sa o svojich problémoch bavil s osobou nevyznávajúcou islam. Podanie ruky je tiež ovplyvnené kultúrou a národom. Oddávna toto gesto chápeme ako pozdrav a dobrý úmysel. V súčasnosti je prejavom zdvorilosti a vyjadrením dohody. V islamskej kultúre však podávanie rúk ako prejav pozdravu či zdvorilosti nie je obvyklé. U ortodoxných moslimov je celkový kontakt medzi mužom a ženou tabu. Ak sa ocitne žena tejto kultúry v našej kultúre, rieši to tak, že podávanú ruku neodmietne, no prehodí si cez svoju ruku kúsok látky aby nedošlo k priamemu kontaktu.

Ortodoxní moslimovia nezvyknú ruku podávať ani zdravotníkom svojho pohlavia. Svoj pozdrav a vďaka vyjadria rukou položenou na srdci. Tí, ktorí toto gesto úplne odmietajú si nechajú ruky založené za chrbtom. Ďalším špecifikom islamskej kultúry je rozlišovanie podávania vecí ľavou a pravou rukou. Pravou rukou sa môžu podávať iba čisté veci a naopak ľavou iba špinavé. Podanie čohokoľvek ľavou rukou je považované za urážlivé a nevychované (Kutnohorská 2013).

Pre zdravotníkov je náročné hlavne obdobie pôstu – ramadán, pretože islamský pacienti v tomto čase odmietajú užitie akejkolvek perorálnej medicíny. Prikláňajú sa iba k možnosti parentálneho podania liekov do krvného obehu. Nesmie sa však jednať o zámer rehydratácie alebo podania nutričných roztokov. Ak je potrebné riediť liek v infúznom roztoku používa sa iba jeho najnižšie množstvo. Problém môže nastať aj pri snahe podať očné či nosné kvapky. Sublinguálne podanie liekov, kedy je liek rýchlo absorbovaný sliznicou sa za porušenie pôstu nepovažuje. Avšak rozpustenie cukru pod jazykom považujeme za porušenie pôstu, pretože nevieme odhadnúť rýchlosť vstrebania tejto látky a tak vzniká možnosť, že sa živina do tráviaceho traktu dostane pomocou slín. Taktiež sú zakázané inhalátory výnimkou je iba život ohrozujúci stav. Povolené je užívanie krémov, masť, gélov a analgetických alebo nitrátových náplastí. Povolenie užívať lieky akéhokoľvek charakteru majú iba pacienti trpiaci závažným ochorením, ktorý majú kvôli svojmu zdravotnému stavu aj celkový dištanc od pôstu. Invazívne výkony sa tiež ramadánu vyhýbajú, výnimkami sú malé akútne zákroky, ktoré by bolo možné vykonať po dohode s lekárom v noci. Pri nutných urgentných zákrokoch sa neberie ohľad na pôst a pacient dostáva dlhodobý dištanc od pôstu, ktorý si však po svojom uzdravení nemusí nahrádzať (Hájek, Bahbouh 2016).

Vzhľadom na neustále stúpajúcu migráciu vo svete je výhodou zdravotníckych záchranárov poznať kultúrne odlišnosti minorít, ktoré vznikali v priebehu obdobia na našom území. Pred pár rokmi bolo vidieť osobu inej farby pleti alebo kultúry na uliciach, v supermarketoch či v nemocnici raritou. Dnes je to naopak. Vysoký počet

výjazdov záchrannej zdravotnej služby smeruje práve k týmto občanom, pri ktorých je treba využívať určitú dávku trpezlivosti, sústredenia a špecifik vzhľadom na rozdiely pri ošetrovaní. Záleží už iba na regióne a lokalite s akou kultúrou sa stretneme. V ďalšej časti príspevku sa zameriavame na postupy zdravotníckych záchranárov pri poskytovaní PNZS etnickým skupinám na našom území. Hľadáme, či boli posádkou dodržané špecifické postupy, ktoré sa uplatňujú pri ošetrovaní zahraničných pacientov a poukazujeme na správanie pacienta minoritnej kultúry pri život ohrozujúcom stave..

Ciele:

- Vypracovanie kazuistík z výjazdových lístkov ZZS a vyhľadanie špecifik pri ošetrovaní migrantov,
- Zvýrazniť kultúrne rozdiely pri poskytovaní PNZS etnickým skupinám,
- Navrhnuť nové postupy pre zefektívnenie výjazdov ZZS k minoritným skupinám.

V kazuistikách popisujeme postupy posádok pri poskytovaní prednemocničnej neodkladnej zdravotnej starostlivosti v špecifických prípadoch, kedy pacient pochádzal z etnickej skupiny.

Kazuistika č. 1: bolesť v podbrušku

Anamnéza

Meno: XX

Pohlavie: žena

Vek: 25 rokov

Výjazd: posádka RZP

Adresa: Záchytný tábor Humenné.

Krajina pôvodu: Irán, legálna migrantka.

Zdroj údajov: Záznam o zhodnotení zdravotného stavu osoby.

Hlásenie výjazdu: 10.12.20XX posádka ZZS má hlásený výjazd z Krajského operačného strediska. Záchranári boli smerovaní do záchytného tábora k pacientke s

nepríjemnou bolesťou v podbrušku pretrvávajúcou 2 dni. Čas hlásenia bol o 18:50:45 hod. Výjazd posádky 18:51.

Terajšie ochorenie: Pacientka zo záchytného tábora má gynekologické ťažkosti. Jedná sa o nepríjemnú bolesť v podbrušku. Tiež udáva pálenie, svrbenie, výtok z rodidiel a bolesti pri močení, „chodí na široko“. Tieto ťažkosti pretrvávajú 2 dni a objavili sa prvý krát.

Osobná anamnéza: Pacientka neprekonala vážnejšie ochorenie, nefajčiarka, nepije alkohol. **Alergická anamnéza:** Neudáva žiadne alergie.

Lieková anamnéza: Pacientka užíva lokálnu masť bez názvu a bez priamej indikácie ochorenia, „užíva ju na všetko“.

Gynekologická anamnéza: Pacientka neguje iné gynekologické ochorenia, menštruačný cyklus má pravidelný, 1x spontánny abortus.

Poznámka: prítomný manžel a tlmočníčka.

Fyzikálne vyšetrenie

Pacientka pri vedomí, orientovaná v čase, priestore a osobe, poloha aktívna, normostenického habitu. Koža je rúžová, kapilárny návrat do 2 sekúnd. Pacientka udáva ťažkosti v oblasti podbruška. Výsledky nameraných vitálnych funkcií: tlak krvi - 135/80 mmHg, srdcová frekvencia - 70/min, dychová frekvencia - 15/min, saturácia - 98%, telesná teplota - 36,8°C, GCS - 15, EKG - nevyšetrené. Normopnoe, pulz pravidelný. Neurologický nález bol v norme.

Hlava: Mezocefalická, bez deformít, očné bulby v strednom postavení, zrenice izokorické, veľkosť 2 mm, fotoreakcia prítomná. Jazyk vlhký, mierne povlečený, plazí sa v strednej čiare. Dýchacie cesty priechodné. Krk: Súmerný, bez poranení, krčné tepny – pulzácie prítomné obojstranne, trachea bez deviácie.

Hrudník: Auskultačne a palpačne nevyšetrený.

Brucho: Nevyšetrené.

Končatiny: Bez deformít.

Diagnóza posádky: N76.2 akútna vulvitída. Terapia: F1/1 250ml i.v.

Polohovanie: Semifowlerova poloha.

Transport: Gynekologické oddelenie, NsP.

Ukončenie výjazdu: 19:35 hod.

Čas trvania výjazdu: 45 min., 11 km.

Katamnéza

Dňa 10.12.20XX o 18 hodine 50 minúte a 45 sekunde nahlásilo krajské operačné stredisko prvý výjazd záchranárom nočnej služby ZZS. Popis výjazdu operátorkou udával jasné indície smeru a dôvodu odchodu posádky zo stanice. Jednalo sa o 25 ročnú ženu iránskeho pôvodu, ktorá bola ako legálna migrantka umiestnená v záchytnom tábore. Pacientka vraj mala už 2 dni gynekologické ťažkosti – bolesť v oblasti podbruška. Pre krátku vzdialenosť tábora od stanice ZZS bola posádka na adrese už o 18 hodine a 57 minúte. Pred bránami tábora záchranárov čakala ochranka, ktorá aj napriek častej návštevnosti tábora vyžadovala uviesť ich osobné údaje a informovať o tom načo, prečo a pre koho prišli. Administratíva netrvala dlho a záchranári sa so sprievodom tlmočnice presunuli k pacientke. Podľa informácií, ktoré dostali od operátorky im na ošetrenie stačila výbava zásahového vaku. Po príchode posádky žena ležala na ošetrovni a na prvý pohľad jej stav nevyzeral byť závažný. Bola pri vedomí, na oslovenie tlmočnice reagovala. Manžel sedel ticho vedľa nej na stoličke a celú situáciu mlčky sledoval. Tlmočnica pacientke vysvetlila postup, ktorý bude nasledovať. Krátke vyšetrenie vitálnych funkcií a zistenie čo možno najpodrobnejšej anamnézy. Po porozumení, informovaní o postupoch a schválení výkonov manželom, záchranár – vodič podišiel k pacientke a v ramennej časti ruky nad kubitálnou jamkou jej naložil manžetu tlakomera a tiež pulzný oxymeter na ukazovák ľavej ruky. Podal jej aj teplomer a ukázal ako ho treba zastrčiť do axilárnej jamky. Kým prebiehalo meranie druhý záchranár sa snažil v spolupráci s

prekladateľkou zistiť a zapísať základnú anamnézu terajšieho ochorenia, čo presne sa stalo, na čo sa pacientka lieči, či mala už predtým takéto ťažkosti alebo čo mohlo spôsobiť takýto stav, aké má alergie a podobne. Výsledné hodnoty základného vyšetrenia vodič - záchranár nadiktoval záchranárovi aby si ich zapísal do výjazdového lístka. TK: 135/80mm Hg, HR: 70/min, DF: 15/min, saturácia: 98%, TT:36,8°C, GCS: 15. Počas vyšetrenia pacientka kludne ležala a neprotestovala. Vyhybať sa odpovediam začala až v otázkach osobnejšieho charakteru ohľadom zdravotného stavu, kvôli ktorému bola záchranná zdravotná služba privolaná. Ďalší problém nastáva, keď sa záchranár –vodič snaží pokračovať vo vyšetrovaní EKG, auskultácie pľúc a srdca, pre vylúčenie vzniku ťažkostí z inej ako gynekologickej príčiny a v rámci základného monitoringu. Manžel tieto vyšetrenia okamžite, rovnako ako pacientka odmietajú. Tlmočníčka navrhne svoju pomoc pri EKG vyšetrení, no manžel aj napriek tomu nesúhlasí s druhom tohto vyšetrenia vzhľadom na prítomnosť dvoch cudzích mužov a všetku počestnosť svojej ženy. Právo a etika kultúry každého pacienta sú prvoradé preto záchranári nenamietajú a vyšetrovanie pacientky ukončia. Záchranár však skúsi ešte posledný pokus, zaistenie intravenózneho vstupu. Tlmočníčka manželom vysvetlí, že je to výkon potrebný pre príjem do nemocnice a preto obaja súhlasia. Podľa aktuálneho stavu pacientky, znesiteľnej bolesti v podbrušku, pálenia, svrbenia a prispôsobenia sa kompetenciám podávania liekov záchranári ako terapiu použijú fyziologický roztok 250 ml. Do inej terapie sa nebolo potrebné púšťať z dôvodu krátkeho dojazdového času do nemocnice. Útlm bolesti tiež nebol vhodný, pretože mohol negatívne ovplyvniť vyšetrenie pacientky lekárom na oddelení. Záchranár podľa zistených symptómov stanovil ako diagnózu suspektný zápal vonkajších pohlavných orgánov. Na presun pacientky z izby do ambulancie použila posádka transportnú pomôcku schodolez. Po konečnom pripútaní pacientky na nosidlá ZZS prebehol bezproblémový transport do NsP na gynekologické oddelenie.

Diskusia

V určitých oblastiach Slovenskej republiky sa kvôli rozličnému sociálnemu správaniu stretávame s upravenými postupmi ošetrovania pacientov. Ide obyčajne o oblasti s vyšším počtom obyvateľov, v ktorých stúpa zastúpenie etník rôznej kultúry. Zameraním tejto kazuistiky bolo priblížiť správanie moslimskej ženy, ktorá sa ocitla v cudzine a popísať špecifiká jej prednemocničného vyšetrenia. Základným problémom výjazdov k zahraničným pacientom býva jazyková bariéra. Migranti nepobudnú v tábore dostatočne dlho na to aby sa stihli naučiť a ovládať jazyk majority alebo sami túto možnosť z hrdosti odmietajú. Veľkou pomocou je preto tlmočník, ktorý v pobytových zariadeniach pracuje. Býva to najčastejšie osoba, ktorá bola v tábore najskôr sama obyvateľom a až časom po získaní trvalého pobytu danej krajiny a vyštudovaní školského cudzineckého programu sa zaradila medzi personál tábora. Tlmočníci sú veľkou oporou záchranárov. V našej kazuistike nám preklad vyšetrovacích postupov zabezpečil, že pacientka spolupracovala. Výnimkou bol odber osobnej i gynekologickej anamnézy, EKG vyšetrenie, auskultačné vyšetrenie pľúc a srdca. Kutnohorská (2013) píše, že moslimské ženy sú v rámci intímnejších tém a osobných problémov otvorenejšie ženskému pohlaviu, no naša pacientka sa otázkam tohto charakteru vyhýbala i napriek zapojeniu tlmočnice do vyšetrenia. Nepresvedčil ju ani fakt, že išlo o otázku jej zdravia a dôvod výjazdu ZZS. Nespolupráca mohla byť zapríčinená aj prítomnosťou dvoch cudzích mužov - záchranárov a vlastného manžela. Auskultačné vyšetrenie srdca a hrudníka bolo pre záchranárov úplne tabu. Cudzí muž, ktorý nie je členom rodiny sa podľa práva nesmie na určitých miestach moslimskej ženy dotýkať. To isté platí čo i len o odhalení hrudníka, pretože by to mohlo vyvolať agresívne správanie u manžela. Môžeme tiež už iba predpokladať, že manželia patrili do názorovej skupiny konzervatívnych moslimov, ktorá prísne dodržiava tradíciu predkov a náboženstva. A keďže nešlo o život ohrozujúci stav, boli neoblomní v dodržiavaní pravidiel.

Odporúčania pre prax

- Pred prvým stretnutím s pacientom sa v rýchlosti informovať o jeho názorovej skupine, vyznaní alebo kultúre.
- Rozšíriť vzdelanie zdravotníckych záchranárov v obore multikulturálneho ošetrovateľstva a to hlavne v oblastiach, kde je koncentrácia migrantov najvyššia.
- Vypracovať jednoduché manuály špeciálnych postupov ošetrovania etnických skupín s najväčším zastúpením na Slovensku.

Záver

Podnetom vzniku nášho príspevku bol nielen vysoký nárast migrantov na našom území ale chceli sme poukázať na špecifiká poskytovania PNZS. V teoretickom úseku sme sa snažili čo najlepšie spracovať a predstaviť problematiku migrácie, multikulturalizmu, komunikačnú bariéru a samotné špecifiká poskytovania prednemocničnej neodkladnej starostlivosti nami vybratým etnitám. Neustále vzdelávanie zdravotníckych záchranárov v oblastiach odborných, kultúrnych či etických je veľkým prínosom nie len pre nich samých ale rovnako aj pre spoločnosť. Všeobecnou informovanosťou sa zefektívňuje práca ZZS s minoritou a znižujú sa nedorozumenia a následné neuspokojenie pacientov z ošetrovania.

Zoznam použitej literatúry

1. Anonym, 2015. *Záchytný tábor v Humennom obývajú utečenci i žiadatelia o azyl* [online]. [cit. 2017-04-12]. Dostupné z: [http://www.teraz.sk/regiony/zachytny-tabor-humenne-utecenci/140363-clanok.html](http://www.teraz.sk/regiony/zachytny-tabor-humennehttp://www.teraz.sk/regiony/zachytny-tabor-humenne-utecenci/140363-clanok.html)
2. Anonym. *Koncepcia migračnej politiky Slovenskej republiky* [online]. Dostupné z: www.minv.sk/?zamer-migracnej-politiky-slovenskej-republiky&subor=10500

3. BILIC, M., a A. KROGMAN, 2015. *Zahraničná migrácia a jej vplyv na obyvateľstvo a krajinu Slovenska*. Nitra: Univerzita Konštantína Filozofa. ISBN 978-80-558-0870-3.
4. BOLEČEKOVÁ, M., 2010. *Migračná politika*. Banská Bystrica: Univerzita Mateja Bela. ISBN 978-80-557-0044-1.
5. HÁJEK, M., a CH. BAHBOUH, 2016. *Muslimský pacient princípy diagnostiky, terapie a komunikace*. Praha: Grada Publishing, a.s. ISBN 978-80-5631-8.
6. HARBUĽOVÁ, V., ed., 2009. *Migrácia obyvateľov východnej Európy na územie Slovenska a Čiech*. Prešov: Filozofická fakulta Prešovskej univerzity. ISBN 978-80-555-0092-8.
7. KELNEROVÁ, J., a E. MATĚJKOVÁ, 2009. *Psychologie a komunikace pro zdravotnické asistenty*. Praha: Grada Publishing, a.s. ISBN 978-80-247-2831-5.
8. KUTNOHORSKÁ, J., 2013. *Multikulturní ošetrovatelství pro praxi*. Praha: Grada Publishing, a.s. ISBN 978-80-247-4413-1.
9. MIGRAČNÉ INFORMAČNÉ CENTRUM, 2010. *Vitajte na Slovensku. Užitočné informácie o živote a pobyte: informačná brožúra*. ISBN 978-80-89506-04-0.
10. RALBOVSKÁ, R. *Multikulturní přístup pro pomáhající profese*. Praha: Evropské vzdělávací centrum. 2010. ISBN 978-80-87386-09-5.
11. WICZMÁNDYOVÁ, D., TKÁČOVÁ, Ľ. *Sociálno-ekonomický aspekt migrácie sestier*. In:
12. *Vzdelávanie v nelekárskych odboroch – zborník príspevkov zo 4. medzinárodnej vedeckej konferencie*. Bratislava: SZU, 2010. ISBN 978-80-89352-47-0, s. 62-70.
13. Zákon č. 480/2002 Z.z. o azyle a zmene a doplnení niektorých zákonov.
14. Zákon č. 48/2002 Z.z. o pobyte cudzincov v zmene a doplnení niektorých zákonov.
15. Zákon č. 381/1997 Z.z o cestovných dokladoch.
16. Zákon č. 73/1995 Z.z o pobyte cudzincov na území Slovenskej republiky.
17. ŽÁKOVÁ, M., 2006. *Azylová problematika na Slovensku z pohľadu sociálnej práce: vedecká práca*. Bratislava: Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety.

Kontakt na autorky**Bc. Dominika Jevčáková**

Prešovská univerzita v Prešove

Fakulta zdravotníckých odborov

e-mail: Dominika.jevcakova@unipo.sk

PhDr. Bc. Ivana Argayová, PhD.

Prešovská univerzita v Prešove

Fakulta zdravotníckých odborov

e-mail: Ivana.argayova@unipo.sk

PhDr. Martina Reľovská, PhD

Prešovská univerzita v Prešove

Fakulta zdravotníckých odborov

e-mail: martina.relovska@unipo.sk

Recenze: PhDr. Mgr. Dana Rebeka Ralbovská, Ph.D. (ČVUT v Praze, Fakulta biomedicínského inženýrství)

**KOMPARACE ÚROVNĚ POHYBOVÝCH SCHOPNOSTÍ ŽÁKŮ PRVNÍCH
ROČNÍKŮ STŘEDNÍ ŠKOLY VOJENSKÉHO TYPU
A STŘEDNÍ ŠKOLY JINÉHO TYPU**

**Comparison of the Level of Pupils' Physical Abilities in their First Year at a
Secondary School of the Military Type and the Secondary School of Another Type**

Bc. Miroslav KADAVÝ¹, Ing. Zdeněk MELICHAŘÍK¹,

doc. Ing. Pavel OTŘÍŠAL, Ph.D., MBA²

1. Fakulta tělesné kultury, Univerzita Palackého v Olomouci
2. Ústav ochrany proti zbraním hromadného ničení Univerzity obrany v Brně

Abstrakt

Článek pojednává o studiu a porovnání úrovně pohybových schopností žáků prvních ročníků střední školy vojenského typu a střední školy jiného - civilního typu. Porovnání výsledků testovaných osob bylo provedeno pomocí testové baterie Unifittest (6 – 60). Jednotlivé testy testové baterie Unifittest, které byly k porovnání použity, ukázaly, že úroveň pohybových schopností žáků střední školy vojenského typu byla ve všech testech lepší. Obdobných výsledků bylo dosaženo i v testu dlouhodobé běžecké vytrvalostní schopnosti. Výrazně lepší úroveň pohybových schopností prokázali žáci střední školy vojenského typu v testu dynamické, vytrvalostně silové schopnosti břišního svalstva a bedrokyčlostehenních flexorů (leh – sed opakovaně).

Klíčová slova: adolescence, pohybová schopnost, pohybová aktivita, zdatnost, UNIFITTEST (6 – 60)

Abstract

This paper deals with the study and comparison of the level of fitness and motoric abilities of pupils applying to study at a secondary school of a military type with those

of pupils visiting another – civilian type of the secondary school. Comparison of results has been performed with the help of the test battery of Unifittest (6 – 60). Results of each and every test of the test battery Unifittest (6 – 60) has shown that pupils of the secondary school of the military type have achieved better results in all compared disciplines. They have, however, achieved comparable results in some disciplines, namely Pacer test. The students of military type college have scored significantly better in sit ups.

Key words: adolescence, motor skills, physical activities, fitness, UNIFITTEST (6 – 60)

Úvod

V současné době lze zcela jistě pozorovat změny, které poukazují na snižující se úroveň dětí zejména na základních tak i studentů na středních školách v rámci České republiky (ČR) v oblasti tělesné výchovy. Rozmach civilizačních onemocnění, jejichž původ tkví v našem současném životním stylu v interakci s faktory životního prostředí a faktory sociálního prostředí, ve kterém se nacházíme, zcela jistě vede k neochotě mladých lidí se aktivně zapojovat do sportovních aktivit jak v době mimo školní docházku, tak i zejména na hodinách tělesné výchovy. Atributem dnešní doby zejména na základních školách, ale i některých středních škol je, se tělesné výchově formou omezení úmyslně vyhýbat. Pohyb, jenž neodlučitelně patří k životu člověka, se řadí k jeho nejvýznamnějším potřebám a prostředkům napomáhajícím udržovat kvalitu bytí, se z našich životů pomalu vytrácí. Pokles výkonnosti, tělesné a psychické zdatnosti průměrného člověka, velmi významně ovlivňují jeho zdraví a přispívají k pasivnímu způsobu trávení volného času.

Válka, armáda a podobně zaměřená témata, jsou oblasti, jež přitahují pozornost nejen široké veřejnosti, ale i odborníků. Problematika významu ozbrojených sil v demokratické společnosti, která zahrnuje přípravu občanů k obraně státu, její význam včetně úkolů ozbrojených sil při řešení krizových situací jak vojenského, tak

i nevojenského charakteru, je zahrnuta i v přípravě budoucích učitelů na vysokých školách [1]. Lze zcela jistě konstatovat, že fyzická zdatnost je jedním ze základních pilířů vysoké úrovně občanů k přípravě obrany státu. Povolání vojáka z povolání je obecně náročné jak na fyzickou, tak i na psychickou zátěž. Profesionální voják by měl být nejen připravený vykonávat speciální dovednosti, efektivně plnit požadované vojenské úkoly ale zejména vysoce fyzicky zdatný, neboť to je jeden ze stěžejních faktorů potřebných k vykonávání bojových úkolů. Důležitost úrovně fyzické zdatnosti se zcela jistě projevuje v rozdílnosti přístupu základních škol tak i různých typů středních škol.

1. Zdatnost

Zdatnost je možné například charakterizovat jako schopnost organismu vykonat práci při jakýchkoli vnějších vlivech a za jakýchkoli podmínek [2]. Zdatností se rozumí schopnost lidského organismu zvládat stres přicházející z vnějšího prostředí, je podmínkou pro vyvážené a účinné fungování organismu, který se připravuje na vykonání fyzické nebo psychické práce a to bez přihlédnutí k tomu, o jakou formu práce se bude jednat. Zdatnost je předpokladem existence člověka, zahrnuje zdatnost tělesnou, sociální, duševní a emocionální, tedy vše, co přispívá k jeho harmonickému stavu. Zdatnost je možné chápat i jako soubor různých předpokladů, které jsou určeny pro určitou činnost [3].

Tělesná zdatnost je jednou ze složek všeobecné zdatnosti. Kovář [4] uvádí, že: „Tělesná zdatnost je schopnost řešit dané úkoly s dostatkem energie a pohotově, bez zjevné únavy a s dostatečnou rezervou pro příjemné trávení volného času“. Zdatnost je tedy jedním z faktorů ovlivňující životní styl, předpokladem k dosažení určité úrovně výkonu v jakýchkoli oblastech lidských činností. Úroveň zdatnosti je závislá na věku, pohlaví a zdravotním stavu. Nevztahuje se pouze k tělesnému zatížení. Tělesná zdatnost je výsledkem postupné adaptace organismu na pohybové činnosti [3]. Díky ní se vyrovnáváme s nástrahami každodenního života, s nároky, jež na nás

klade zaměstnání, díky ní lze prožívat volný čas příjemně a adekvátně vzhledem k našim zájmovým oblastem. Je tedy evidentní, že tělesná zdatnost je dána složkou vytrvalostní, svalovou silou, pohyblivostí a koordinací pohybu. Jejím cílem však není specializovaný sportovní výkon, ale všestranný rozvoj [4,5].

Aktuální zdatnost jedince je podmíněna fyziologickými funkcemi organismu, z části je dána genetickými predispozicemi, z části úrovní motorického rozvoje, do něhož řadíme i osvojené pohybové a intelektuální dovednosti odpovídající požadavkům současného života. Dále je podmíněna úrovní speciálního rozvoje organismu dosaženého působením tělovýchovného a pracovního procesu a úrovní psychické a sociální odolnosti vůči vlivům prostředí. Tělesnou zdatnost bychom měli neustále rozvíjet a udržovat pomocí tělesných cvičení, otužování, zdravé výživy a správné životosprávy.

2. Zjišťování úrovně zdatnosti

Mezi testové baterie hodnotící motorické schopnosti patří např. UNIFITTEST, EUROFITTEST nebo FITNESSGRAM. Pro zjištění úrovně fyzické zdatnosti u zkoumaných středních škol byl využit motorický test Unifittest (6-60).

Unifittest (6 – 60) patří mezi testové systémy hodnotící motorické schopnosti obyvatelstva ve věku 6 až 60 let. Vznikl v ČR za účelem nahrazení testovacího programu PPOV (připraven k práci a obraně vlasti) a stal se součástí běžných hodin tělesné výchovy. Autoři současně navrhovali jeho využití pro hodnocení fyzické kondice dospělých. U dospělých našel uplatnění převážně při testování uchazečů o zaměstnání vyžadující odpovídající výkonnostní úroveň, jakými jsou Policie ČR nebo Armáda ČR [6].

3. Charakteristika výzkumného souboru

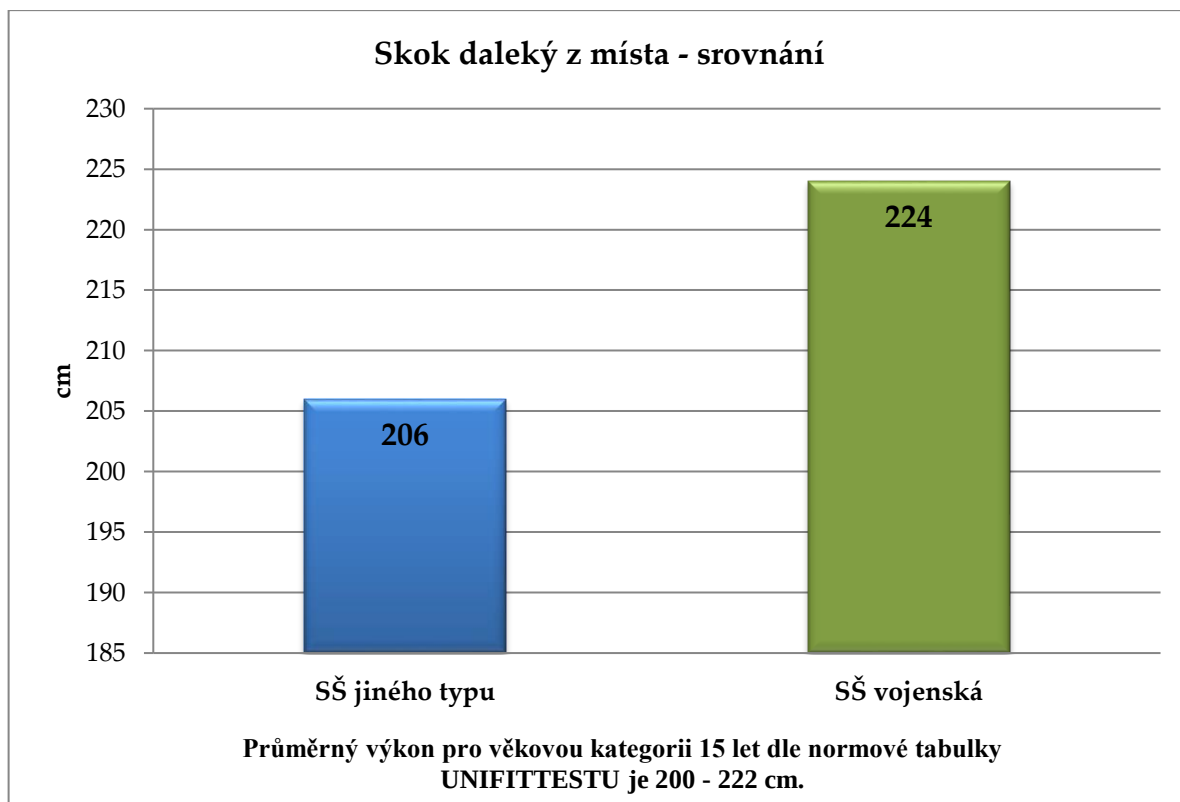
Jednou ze škol zvolených k provedení výzkumného šetření byla střední škola vojenská. Celkový počet žáků v prvních ročnících střední školy vojenského typu byl orientačním kritériem pro volbu střední školy jiného typu, aby bylo možné otestovat přibližně stejný počet žáků v prvních ročnících obou středních škol. Probandi pocházeli ze středních škol nacházejících se v Pardubickém kraji a v Olomouckém kraji. Měření podstoupilo celkem 165 žáků prvních ročníků. Věkový průměr celého souboru byl 15,2 roky. Hmotnostní průměr byl 66,6 kg. Výškový průměr souboru byl 173,7 cm. Průměrný BMI (Body mass index) byl 22,1. Pro vlastní hodnocení bylo stanoveno: Soubor 1 – střední škola jiného typu.

Soubor 2 - střední škola vojenského typu.

4. Srovnání výsledku souboru 1 a 2

4.1 Skok daleký z místa odrazem snožmo

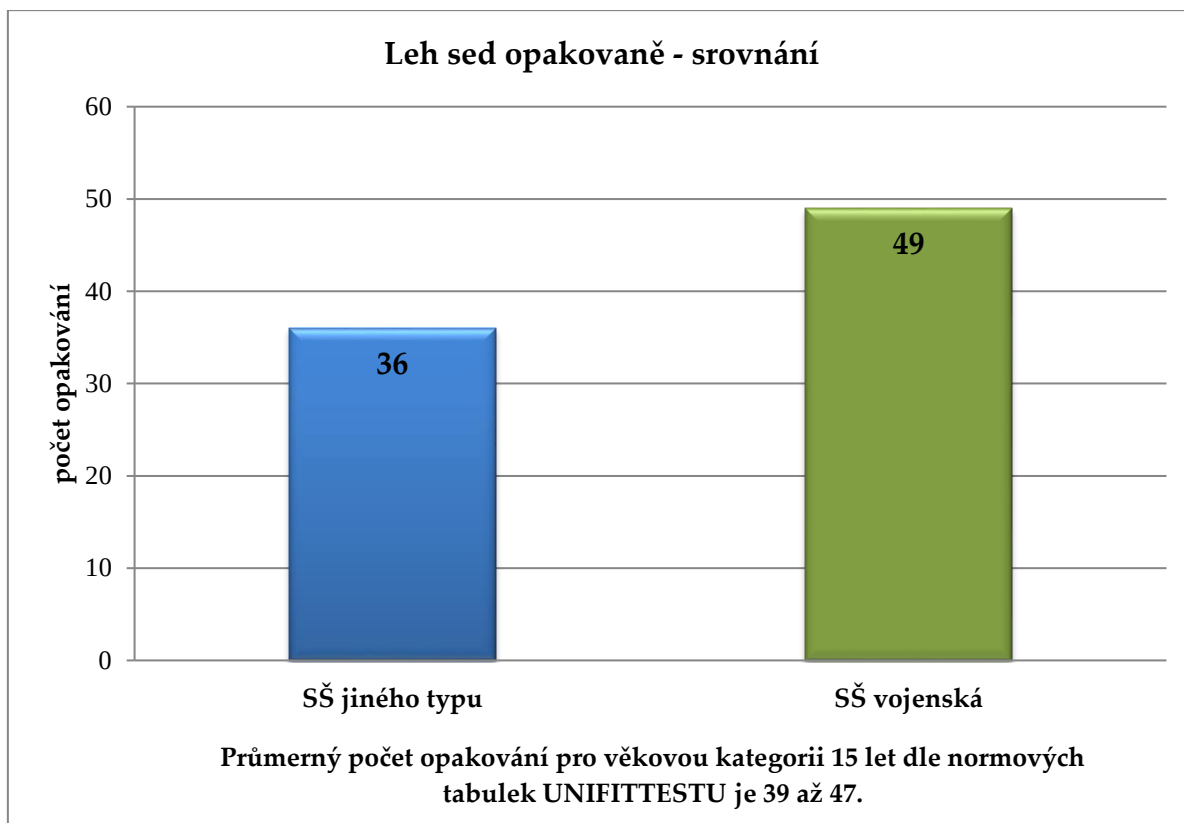
V testu dynamické, explozivně silové schopnosti dolních končetin dosáhly testované osoby (TO) střední školy vojenského typu lepších výsledků než žáci střední školy jiného typu. Výkon TO střední školy vojenského typu lze dle normových tabulek UNIFITTESTU hodnotit jako nadprůměrný. Výkon TO střední školy jiného typu je podle stejných normových tabulek hodnocen jako průměrný. Nejvyšší individuální výkon mezi TO střední školy vojenského typu byl 270 cm, nejnižší maximální pak 177 cm. Nejvyšší dosažený individuální výsledek mezi TO střední školy jiného typu byl 252 cm, nejnižší maximální pak 160 cm (obrázek 1).



Obrázek 1 Srovnání průměrných výsledků skoku z místa odrazem snožmo [zdroj: vlastní]

4.2 Leh – sed opakovaně

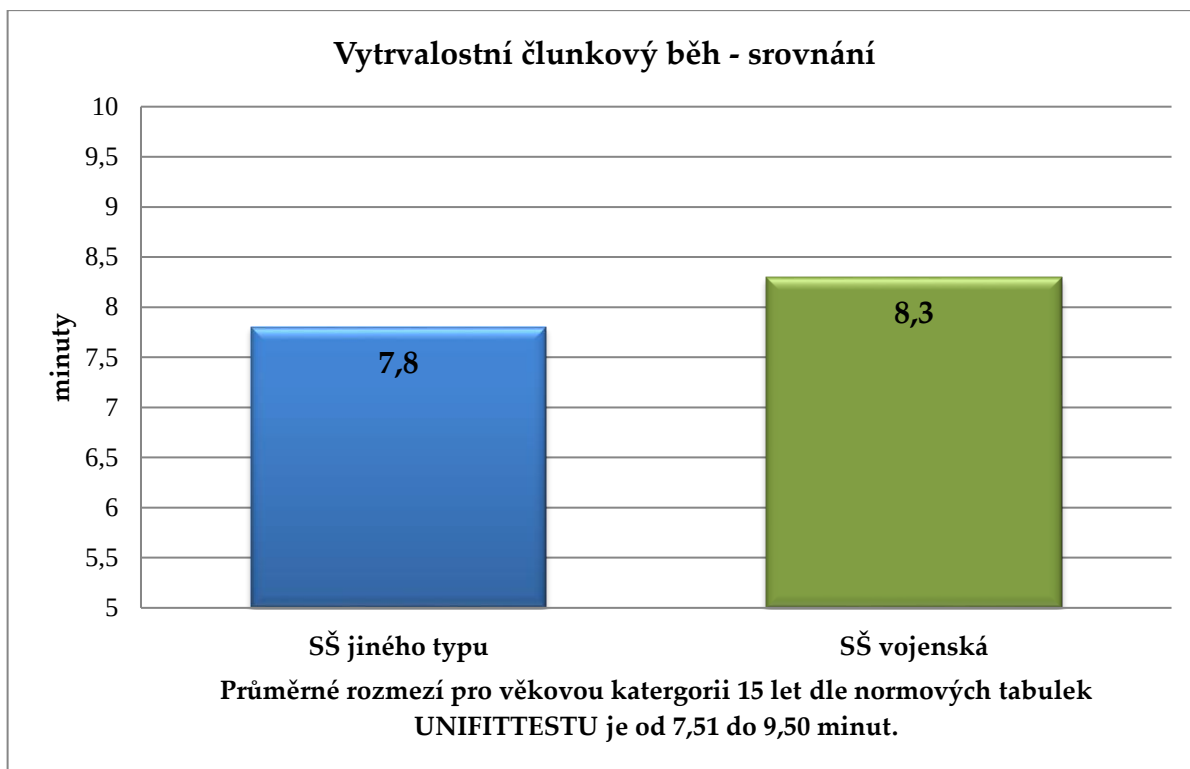
V testu dynamické, vytrvalostně silové schopnosti břišního svalstva a bedrokyčlostehenních flexorů dosáhli TO střední školy vojenského typu výrazně lepších výsledků než TO střední školy jiného typu. Výkon TO střední školy vojenského typu lze dle normových tabulek UNIFITTESTU hodnotit jako nadprůměrný, zatímco výkon TO střední školy jiného typu podle stejných normových tabulek jako podprůměrný. Nejvyšší individuální výkon mezi TO střední školy vojenského typu byl 69 opakování, nejnižší pak 37 opakování. Nejvyšší dosažený individuální výsledek mezi TO střední školy jiného typu byl 67 opakování, nejnižší pak 17 opakování (obrázek 2).



Obrázek 2 Srovnání průměrných výsledků lehů – sedů opakovaně [zdroj: vlastní]

4.3 Vytrvalostní člunkový běh na vzdálenost 20 m

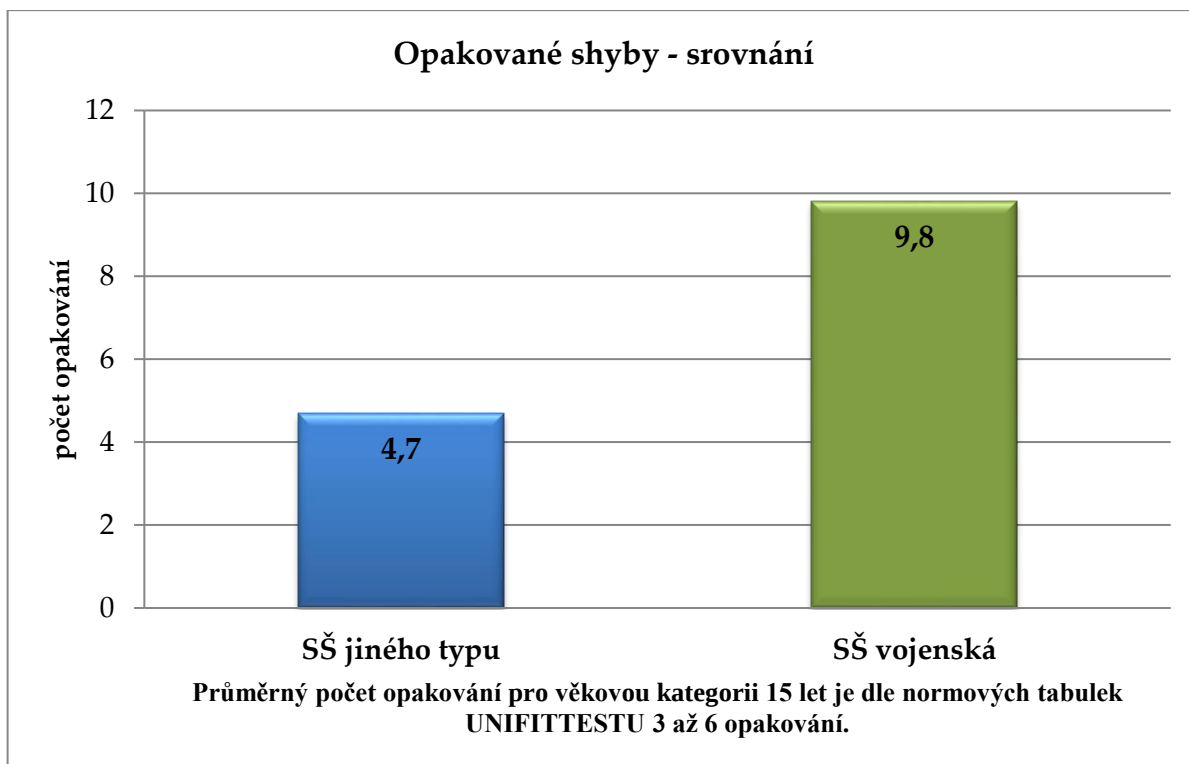
V testu dlouhodobé běžecké, vytrvalostní schopnosti dosáhli TO střední školy vojenského typu lepších výsledků, než TO střední školy jiného typu. Podle normových tabulek UNIFITTESTU lze hodnotit výkony obou souborů jako průměrné. Nejvyšší individuální výkon mezi TO střední školy vojenského typu byl 12 minut, nejnižší pak 5,5 minut. Nejvyšší dosažený individuální výsledek mezi TO střední školy jiného typu byl 10 minut, nejnižší pak 4,5 minut (obrázek 3).



Obrázek 3 Srovnání průměrných výsledků vytrvalostního člunkového běhu na 20 m [zdroj: vlastní]

4.4 Opakované shyby

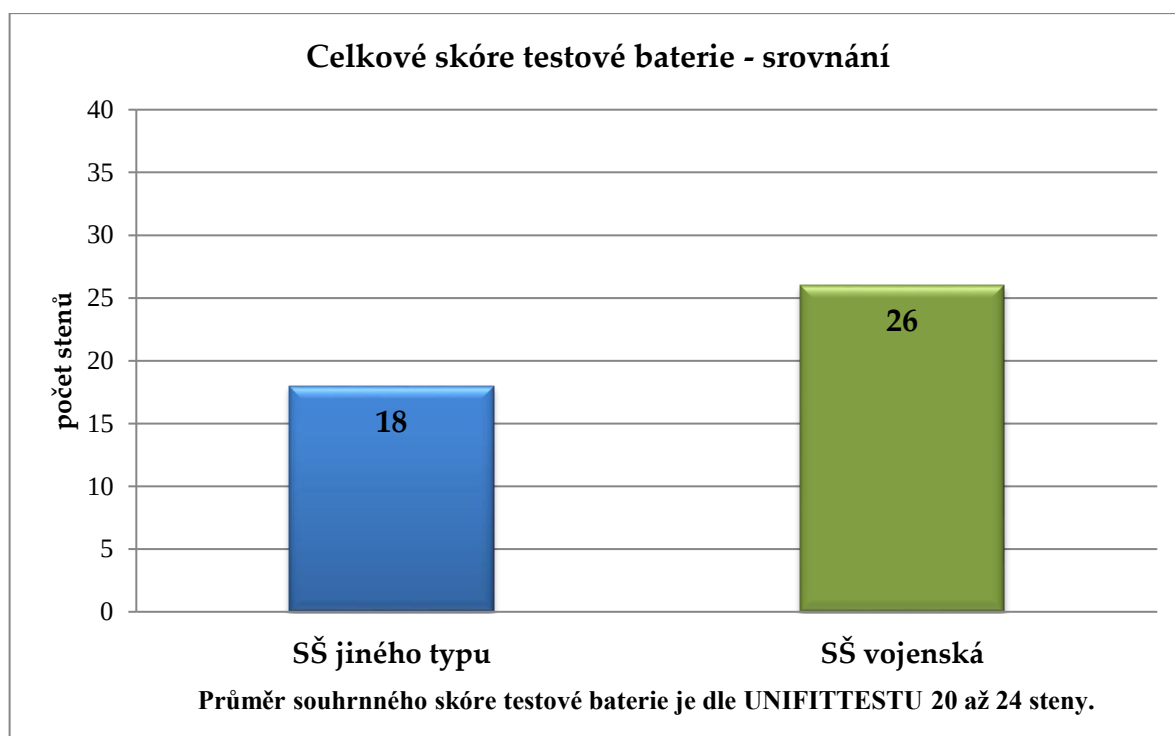
V testu vytrvalostně silové schopnosti horních končetin a pletence ramenního dosáhly TO střední školy vojenského typu výrazně lepších výsledků než TO střední školy jiného typu. Průměrný výkon TO střední školy vojenského typu lze podle normových tabulek UNIFITTESTU hodnotit jako nadprůměrný. Průměrný výkon TO střední školy jiného typu podle stejných normových tabulek jako průměrný. Nejvyšší individuální výkon mezi TO střední školy vojenského typu byl 20 shybů, nejnižší pak 2 shyby. Nejvyšší dosažený individuální výsledek mezi TO střední školy jiného typu byl 21 shybů, nejnižší byl však 0 shybů (obrázek 4).



Obrázek 4 Srovnání výsledků opakovaných shybů [zdroj: vlastní]

4.5 Celkové dosažené výsledky

Po sečtení stenů získaných za jednotlivé výkony byl zjištěn souhrnný výsledek testové baterie. Souhrnný výsledek TO střední školy vojenského typu lze dle normové tabulky UNIFITTESTU hodnotit jako nadprůměrný. Souhrnný výsledek TO střední školy jiného typu lze dle stejných normových tabulek hodnotit jako podprůměrný. Nejvyšší dosažený individuální výsledek mezi TO střední školy vojenského typu byl 36 stenů, nejnižší pak 16 stenů. Nejvyšší dosažený individuální výsledek mezi TO střední školy jiného typu byl taktéž 36 stenů, nejnižší byl však 5 stenů (obrázek 5).



Obrázek 5 Srovnání celkového skóre testové baterie [zdroj: vlastní]

Závěr

Rozdílnost úrovně pohybových schopností žáků prvních ročníků střední školy vojenského typu a střední školy jiného typu může mít mnoho atributů. Podle současného běžného standardu musí uchazeči o studium na střední škole projít přijímacím řízením. To sestává z jednotné přijímací zkoušky – český jazyk a literatura a matematika. Dalším kritériem přijímacího řízení běžně bývá průměr prospěchu v 1. a 2. pololetí 8. ročníku a 1. pololetí 9. ročníku. Zřejmě nejdůležitějším atributem rozdílnosti pohybových schopností je skutečnost, že oproti středním školám jiného typu musí uchazeči o studium na střední škole vojenského typu navíc absolvovat přijímací testy z tělesné výchovy a tzv. psychotesty. Disciplíny prověřující fyzické zdatnosti u chlapců jsou běh na 1000 m a shyby, u dívek pak běh na 1000 m a šplh na tyči 4 m.

U uchazečů a studentů střední školy vojenského typu je předpoklad pravidelné pohybové aktivity a výsledků vyšší úrovně. V průběhu studia se bude jejich fyzická

zdatnost zvyšovat a na jeho konci bude dosahovat takové úrovně, která jim umožní co nejsnadnější vstup do Armády ČR a ulehčí začátky kariéry vojáka z povolání.

Bohužel současný stav úrovně v oblasti tělesné výchovy na základních školách, bude tento rozdíl úrovně pohybových schopností žáku středních škol vojenského typu a středních škol jiného typu, zřejmě ještě více prohlubovat. Vzhledem k současným proklamacím ministerstva obrany ČR týkajících se znovuzavedení, resp. obnovení odvodové povinnosti bude nutné tyto trendy dále studovat a přijímat účinná nápravná opatření nejenom v rámci edukační činnosti, ale i při organizaci volnočasových aktivit.

Seznam použité literatury

1. Začlenění tématik Ochrana člověka za mimořádných událostí, péče o zdraví a dopravní výchova do studijních programů pedagogických fakult (usnesení vlády č. 734 ze dne 5. října 2011).
2. SVATOŇ, V., & TUPÝ, J. (1997). *Program zdravotně orientované zdatnosti*. Praha: NS SVOBODA, 1997.
3. NOVOTNÁ, V., ČECHOVSKÁ, I., & BUNC, V. (2005). *Fit program pro ženy*. Praha: Grada Publishing, a.s.
4. MĚKOTA, K., & CUBEREK, R. (2007). *Pohybové dovednosti – činnosti – výkony*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
5. MACHOVÁ, J., & KUBÁTOVÁ, D., a kol. (2009). *Výchova ke zdraví*. Praha: Grada Publishing, a.s.
6. MĚKOTA, K., & KOVÁŘ, R. (1996). *UNIFITTEST (6 – 60)*. Praha: Pedagogická fakulta Ostravské univerzity.
7. Komparace úrovně pohybových schopností žáků prvních ročníků střední školy vojenského typu a střední školy jiného typu. Bakalářská práce, Univerzita Palackého v Olomouci, Fakulta tělesné kultury, Olomouc 2018.

Kontakt na autory**Bc. Miroslav Kadavý**

Univerzita Palackého v Olomouci

Fakulta tělesné kultury

Třída Míru 115, 77111 Olomouc,

e-mail: Miroslav-kadavy@seznam.cz.

Ing. Zdeněk Melichařík

Univerzita Palackého v Olomouci

Fakulta tělesné kultury

Třída Míru 115, 77111 Olomouc

e-mail: zdenek.melicharik@upol.cz.

doc. Ing. Pavel Otřísal, Ph.D., MBA

Univerzita obrany v Brně

Ústav ochrany proti zbraním hromadného ničení

Víta Nejedlého, 682 01 Vyškov

e-mail: pavel.otrisal@unbo.cz.

Recenze: Mgr. Simona Hájková (ČVUT v Praze, Fakulta biomedicínského inženýrství)

RESPEKTOVÁNÍ LIDSKÉ DŮSTOJNOSTI PŘI POSKYTOVÁNÍ PRVNÍ PSYCHICKÉ POMOCI

Respect of Human Dignity in First Psychological Care

Ing. Veronika Krivánková, Ing. Roman Říha

ČVUT v Praze, Fakulta biomedicínského inženýrství

Abstrakt

Článek pojednává o lidské důstojnosti a jejím respektování členem týmu posttraumatické péče. Lidská důstojnost představuje uznání práv člověka, vyjadřuje úctu k němu a respektování jeho vlastní osoby. Členové týmu posttraumatické péče musí tyto úkony zvládnout a znát jej, z toho důvodu, že se setkávají s lidmi, kteří trpí akutní stresovou reakcí.

Klíčová slova: lidská důstojnost, posttraumatické péče, akutní stresová reakce, respektování

Abstract

The article deals with human dignity and its respect for a member of a posttraumatic care team. Human dignity represents acknowledgment of human rights, expresses esteem and respect for its own person. The members of the posttraumatic team have to cope with these tasks and also know them, therefore they meet with people with an acute stress response.

Key words: Human dignity, posttraumatic care, acute stress response, respect.

Lidská důstojnost

Lidská důstojnost je termín, se kterým se setkáváme především v ošetrovatelství a zdravotnické etice. Tento pojem není přesně vymezen, ale přitom je každé zdravotní

sestře, lékaři, psychologovi dobře známý. Diderot (1999) definuje lidskou důstojnost ve všeobecné encyklopedii jako zdůrazňující vědomí člověka a uznání jeho práv ve společnosti. Popovičová (2009) uvádí, že lidská důstojnost se realizuje v přístupu k člověku, ke svobodě člověka, svobodě myšlení, v přístupu jednoho člověka k druhému, k etnickým skupinám, k lidem s odlišným náboženským smýšlením, k umírajícím, vězněným apod., lidská důstojnost se realizuje zastáváním hodnoty lidského života, hodnoty člověka a respektováním jeho potřeb fyzických, duchovních, duševních i sociálních, vyjadřováním úcty člověka k člověku pouze na základě jeho lidství; lidská důstojnost vyjadřuje požadavek zacházení s člověkem jako s člověkem a nikoli jako s věcí, vyjadřuje požadavek respektování všeho, co lidství představuje, požadavek, aby člověk byl vždy účelem a nikoli prostředkem.

Slovo důstojnost pochází z latinského jazyka od slova – *dignus, dignita*, což přeložíme jako povinnost určitého respektu. S termínem lidská důstojnost se setkáváme v Úmluvách o lidských právech a biomedicíně, kde stojí: Smluvní strany budou chránit důstojnost a identitu všech lidí a v souvislosti s aplikací biologie a medicíny ji zaručí každému, bez diskriminace, respektování integrity, ostatních práv a svobod (Heřmanová, 2012).

Věci, které jdou proti lidské důstojnosti, můžeme charakterizovat následovně: vnucování řádu lidem, kteří ho nechtějí, nedovolení vlastního projevu, nerespektování jejich názoru, opomíjení nebo zapomínání základních lidských potřeb. Přehlížení, ignorování, ale i komunikace bez očního kontaktu může být pro druhého člověka nedůstojným projevem vůči jeho osobě (Heřmanová, 2012).

Každý má právo na zachování lidské důstojnosti, jak uvádí Listina základních práv a svobod v článku 10 (Česká republika, 1993).

Tým posttraumatické péče a jeho činnost v pojetí ochrany lidské důstojnosti

Týmy posttraumatické péče fungují v rámci integrovaného záchranného systému České republiky, konkrétně u Policie České republiky, Hasičského záchranného sboru České republiky (dále jen HZS ČR), zdravotnických záchranných služeb, neziskových organizací a občanských sdružení.

Konkrétně u HZS ČR se členové týmu posttraumatické péče stávají příslušníci HZS ČR po absolvování tří kurzů: První psychické pomoci I., první psychické pomoci II. a posttraumatické péče. Každoročně probíhá instruktážně metodické zaměstnání celého týmu, v rámci kterého se všichni zúčastnění seznamují s novými přístupy, dobrovolnými organizacemi, občanskými sdruženími a odborníky z oboru, kteří mohou přispět a rozšířit vědomosti a znalosti jednotlivých členů. Tato setkání pomáhají obohatit pohled na různé životní osudy, se kterými se ve své praxi mohou členové setkat a jimž budou čelit.

Člen týmu u HZS ČR je vyslán krajským operačním střediskem na místa neštěstí. Jedná se o situace, kdy někomu někdo zemře, blízký je těžce zraněn nebo se jedná o stres v souvislosti se zničením majetku (např. po požáru domu). Při první psychické pomoci chrání posttraumatický dobrovolník v první řadě bezpečnost a lidskou důstojnost zasaženého, snaží se zajistit základní lidské potřeby – potřebu přežití, dostatek informací a kontakt s blízkými (Psychologická služba HZS ČR, 2012).

První psychická pomoc

První psychickou pomoc můžeme definovat jako první pomoc při poskytování základních psychosociálních potřeb pro zasažené osoby (Baštecká, 2005). Cílem první psychické pomoci je stabilizace psychického stavu tak, aby se situace pro zasaženého již nezhoršovala, byly zajištěny základní lidské potřeby včetně podpory pocitu zajištění provizorního bezpečí.

Při poskytování první psychické pomoci se uplatňuje pravidlo šesti „P“: promluv, podepři, připomínej realitu, podpoř, pečuj, předej (Hubová, 2007). K obecným zásadám, které členové týmu respektují, patří: nebát se navázat kontakt, představit se, hledat potřeby oběti, naslouchat a porozumět, nepotlačovat emoce, podávat pravdivé a ověřené informace, mluvit jednoduše a klidně, zároveň krátce a důrazně, držet za ruku, pokud je to potřeba, zajistit bezpečí a chránit lidskou důstojnost, vždy popsat každou činnost, kterou dělám, chránit před zrakem médií, podporovat zasaženého/ zasaženou v běžných činnostech, někomu zasaženého/ zasaženou předat (Křivánková, 2014; HZS ČR, 2010).

Pokud nastane při navázání kontaktu na mlčení klienta, je důležité jej respektovat. Mlčením člověk vyjadřuje úzkost, strach, nedůvěru v osobu, která za ním přišla, může se jednat i o znaky odporu (Špatenková, 2011). I tím, že necháme klientovi prostor pro mlčení, dáváme tím najevo, že jej plně respektujeme a chráníme jej. Ačkoliv se zdá, že chvílka je dlouhá a mlčení trvá mnohdy nepřiměřenou dobu, je na nás si uvědomit fakt, že klientovi v hlavě právě probíhá myšlenkový pochod, který je nutné tolerovat a nechat ho proběhnout.

Člen týmu dbá při setkání se zasaženou osobou na to, aby měla zajištěny všechny základní potřeby: jídlo, pití, soukromí, kontakt s blízkými lidmi. Na místě zásahu jsou faktory, které zabraňují naší práci. Mezi ně patří reportéři z médií, kteří se snaží v místě neštěstí zachytit co možná nejexkluzivnější záběr, případně rozhovor s přímým poškozeným, zasaženým, pozůstalým. Před těmito lidmi je důležité chránit lidskou důstojnost zasažené osoby. Metody, jak chránit lidskou důstojnost nejsou přesně vymezeny. Je důležité dbát na soukromí, osobní prostor, nenutit dělat věci, která zasažená osoba nechce, případně vysvětlit nezbytné kroky, které jsou nutné pro další postup.

Závěr

Na první pohled se může zdát, že některé činy, které vykonáváme v běžném životě, jako je například komunikace s druhými lidmi, nemůže narušit lidskou důstojnost. Na místě zásahu se členové týmu posttraumatické péče setkávají s lidmi, kteří se střetli s určitou překážkou, došlo k narušení jejich osobní integrity a jsou citlivější vůči svému okolí. V tyto chvíle i sebemenší slet písmen, slov, které normálně používáme v běžném životě, dokáží vyvolat reakci, která není žádoucí a dokáže narušit právě lidskou důstojnost. Toto „nabourání“ může mít za následek vývoj psychické poruchy, vybudování nedůvěry v okolní svět a jiné. Proto je důležité se ke každému chovat tak, jak bychom chtěli, aby se druzí chovali k nám.

Děkujeme Studentské grantové soutěži ČVUT, za financování tohoto výzkumného projektu (SGS18/101/OHK4/1T/17).

Seznam ooužit  literatury

1. BAŠTECKÁ, B. *Terénní krizová práce: Psychosociální intervenční týmy*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, a.s., 2005. 300 s. ISBN: 978-80-247-6715-4.
2. Česká republika. *Listina základních práv a svobod*. In Sbíрка zákonů, Česká republika. 1992, roč. 1993, částka 1, usnesení předsednictva České národní rady č. 2, s. 17-23. Dostupný také z WWW: <<http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/ViewFile.aspx?type=z&id=22426>>. ISSN 1211-1244.
3. DIDEROT, D. *Velká všeobecná encyklopedie*. 2. vydání. Praha: Diderot, 2002. 482 s. ISBN: 80-86613-06-2.
4. HEŘMANOVÁ, J., Vácha, M., Svobodová, H., Zvoníčková, M., Slovák, J. *Etika v oš třovatelské praxi*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, a.s., 2012. 200 s. ISBN: 978-80-247-3469-9.
5. HUBOVÁ, A. (2007). Analýza stresu a poskytování posttraumatické intervenční péče u základních složek IZS. (Bakalářská práce). Vysoká škola báňská.

6. Kolektiv autorů. *Standarty psychosociální krizové pomoci a spolupráce zaměřené na průběh a výsledek*. (2010). Praha: Generální ředitelství Hasičského záchranného sboru České republiky.
7. KŘIVÁNKOVÁ, V. (2014). *Mimořádné události a jejich vliv na psychiku hasičů*. (Diplomová práce). České vysoké učení technické v Praze.
8. POPOVIČOVÁ, D. (2009). *Lidská důstojnost jako filozoficko-právní pojem*. Časopis pro právní vědu a praxi (225-230). Získáno 4. března 2018 z <https://journals.muni.cz/>.
- Psychologická služba HZS ČR. (2012). *První psychická pomoc I* [Film]. Praha: HZS ČR.
9. ŠPATENKOVÁ, N. *Krizová intervence pro praxi*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2011. 200 s. ISBN: 978-80-247-2624-3.

Kontakt na autory

Ing. Veronika Křivánková

studentka doktorského studijního programu

ČVUT v Praze

Fakulta biomedicínského inženýrství

email: verca.krivankova@gmail.com

Ing. Roman Říha

student doktorského studijního programu

1. ČVUT v Praze

Fakulta biomedicínského inženýrství

2. Univerzita Karlova Praha

Přírodovědecká fakulta

Katedra učitelství a didaktiky biologie,

e-mail: romanriha@post.cz

Recenze: PhDr. Eva Biedermannová (HZS Středočeského kraje)

ANALÝZA PSYCHICKÉ PŘIPRAVENOSTI ČLENŮ INTEGROVANÉHO ZÁCHRANNÉHO SYSTÉMU NA MIMOŘÁDNÉ UDÁLOSTI

Analysis of Psychological Readiness of IRS Members for Emergencies

Ing. Michaela Lodinská¹, PhDr. Mgr. Dana Rebeka Ralbovská, Ph.D.¹

Ing. Denisa Charlotte Ralbovská ^{1,2}, PhDr. Bc. Ivana Argayová, PhD³

1. ČVUT v Praze, Fakulta biomedicínského inženýrství.

2. ZZS Plzeňského kraje.

3. Prešovská univerzita v Prešove, Fakulta zdravotnických odborov

Abstrakt

Obsahem příspěvku je problematika analýzy psychické připravenosti členů IZS na mimořádné události. Aktuálnost tématu vychází z nárůstu agresivních útoků proti pracovníkům složek IZS. Práce je rozdělena na teoretickou a výzkumnou část. Teoretická část je zaměřena na definování pojmu agrese a agresivita, na její příčiny vzniku, druhy a stupně. Dále jsou definována a podrobněji rozebrána témata jako jsou možnosti prevence vzniku agresivity na místě mimořádné události, zvládání agresora a potřebná sebeobrana. Na teoretickou část navazuje výzkumná část, kde jsou definovány cíle, hypotézy a charakterizován výzkumný nástroj i metody. Cílem výzkumného šetření bylo zmapovat četnost agresivních útoků na členy IZS a povědomí o možnostech využití odborné psychické pomoci. Také nás zajímala míra vzdělání v oblasti jednání s agresory a obsahová dostatečnost vzdělávacích kurzů. Pro vyhodnocení cílů jsme zvolili anonymní dotazníkové šetření, které bylo distribuováno mezi příslušníky Hasičského záchranného sboru ČR, Policii ČR a zaměstnance Zdravotnické záchranné služby ČR.

Klíčová slova: agresivita, agresor, konflikt, integrovaný záchranný systém, sebeobrana

Abstract

The subject of the article is the issue of psychological preparedness analysis of members of the Integrated Rescue System (IRS) for extraordinary events. The up-to-date nature of the topic is based on an increase in aggressive attacks against the staff of the IRS. The thesis is divided into the theoretical and research part. The theoretical part is aimed at defining the concept of aggression and aggressiveness, its causes of origin, types and degrees. Furthermore, topics such as the possibilities of prevention of emergence of aggressiveness at the site of an extraordinary event, aggressor coping, and the need for self-defence are defined and discussed in more detail. Last but not least, the theoretical part is devoted to the IRS members, what consequences the attacks can bring to the staff, what forms of assistance the staff can use and the way of their training. The theoretical part follows the research part, where objectives, hypotheses are defined and the research tool and methods are characterized. The aim of the research was to map out the frequency of aggressive attacks on IRS members and awareness of the possibilities of using the psychological help. We were also interested in the level of education in dealing with aggressors and the content sufficiency of training courses. To evaluate the goals, we chose an anonymous questionnaire survey that was distributed among members of the Fire Rescue Service of the Czech Republic, the Police of the Czech Republic and employees of the Czech Republic's Medical Emergency Service. Thanks to this survey, we found out that the members of the Fire Rescue Service, the Police of the Czech Republic and the Medical Emergency Service staff most often encounter verbal aggression by the drunk person

Key words: aggression, aggressor, conflict, integrated rescue system, self-defence.

Úvod

Poslední dobou se stále častěji objevují informace o agresivních útocích na jednotlivé členy IZS, kteří pomáhají zasaženým osobám při mimořádných událostech.

Je pak zarážející, že zrovna lidé, kteří se svojí prací snaží chránit životy a zdraví, nezřídka nasazují svůj vlastní život, se stávají terčem agresivního jednání.

Podle světové zdravotnické organizace (WHO) je považováno násilí za narůstající fenomén. Tato organizace eviduje až 38 % fyzického napadení záchranářů v průběhu jejich praxe. Dle systematické literární revize dochází u zdravotnických záchranářů průměrně k incidenci 63% verbálního násilí a k 21% fyzického násilí (Pourshainkhiana a kol., 2015).

Agrese a agresivní konání

Pod pojmem agrese rozumíme násilné, útočné a nepřátelské jednání, směřované proti nějakému objektu za účelem mu uškodit, či ho donutit, aby našemu požadavku vyhověl. Jedná se o vyjádření agresivity v chování osoby. Rozeznáváme následující stupně agresivity:

- **agrese bez zevních projevů** (agrese odehrávající se jen v myšlenkách agresora, která ale může gradovat do vyšší fáze)
- **agrese projevující se navenek** (verbální agrese, která je charakterizována sarkasmem, výhružkami, používáním nevhodných slov atd.)
- **agrese s destruktivním chováním** (agrese směřující proti předmětům např. házení věcí, ničení vnějšího prostředí, bouchání dveří atd.)
- **brachiální agrese** (fyzická agrese směřující proti živé bytosti) (Edelsberg a kol., 2000)

Osobitý druh agrese představuje **sebepoškozování**, které se může odehrávat jednorázově nebo opakovaně a představuje vědomé poškozování vlastního zdraví. Lze jej rozdělit na **patické sebepoškozování** (např. u hraniční poruchy osobnosti, pervazivních vývojových poruch, poruch vyvolaných užíváním psychoaktivních látek apod.) nebo **bilanční sebepoškozování**, které je konáno za záměrem dosažení užitku, výhody, či úniku z určitého stavu. Sebepoškozování úzce souvisí se suicidálním konáním, se kterým se při výkonu povolání členové IZS setkávají.

Možnosti zvládání agresivního konání při mimořádných událostech

V případech, kdy jednotliví členové zasahující posádky IZS na místě mimořádné události vyhodnotí oběť, rodinné příslušníky anebo přihlížející osoby za potencionálního agresora, je vhodné již v průběhu poskytování odborné pomoci zahájit proces deeskalace napětí a zklidnění agresivního jedince.

Za efektivní postup zvládání a prevence další eskalace agresivního jednání lze primárně považovat vyhodnocení dané situace (získání údajů o mimořádné události, známky užívání psychotropních nebo omamných látek, vhodné cesty úniku, předchozí zkušenosti s obětí mimořádné události atd.).

Postoj člena IZS by měl být přiměřeně uvolněný, což vyjadřuje pozornost o oběť. Aby zasahující člen IZS nepůsobil dominantně, neměl by mít výškovou přesilu. V jistých případech, kdy tomuto pravidlu vyhovět nelze, je dobré aspoň zmenšit výškový rozdíl mezi pracovníkem IZS a obětí mimořádné události (např. přisednutí k oběti). Taktika vyjednávání je poslední částí procesu zklidnění agresora. *„Základním cílem vyjednávání je změnit konfrontaci na diskusi. Z tohoto důvodu se vyhýbáme výhružkám a ultimátům. Vystupujeme jako osoba ochotná a schopná pomoci.“* (Vevera a kol., 2014, str. 52).

Za nejznámější taktiku vyjednávání se považuje tzv. „technika pokažené gramofonové desky“. Jde o nenásilný způsob dosažení svých oprávněných požadavků, ve formě trvalého opakování – pořád dokola – toho, čeho chci dosáhnout (Ralbovská, Knezovič, 2010). Za další taktiku lze použít tzv. „dveře otevřené“. Jedná se o taktiku kdy *„připustíte, že by agresor mohl mít „pravdu“ a dáme mu najevo snahu o „nápravu příkoří“, které se mu děje.“* (Boháček, 2008, str. 34).

Nepostradatelnou součástí je i profesionálně vedená krizová komunikace s agresorem, adekvátní taktika vyjednávání a poskytnutí psychické první pomoci (v souladu se společnou typovou činností 12/IZS, v případě demonstrování úmyslu sebevraždy pak 02/IZS nebo v případě Amoku – útoku aktivního střelce pak 14/IZS) a

využívání prvků empatie pomocí které lze za určitých okolností agresivní osobu uklidnit a současně přesvědčit, že jí bude poskytnuta profesionální odborná péče.

Jak uvádí Pavlovský (2009), verbální agresivita je častou předehrou pro přímou fyzickou konfrontaci. Jde především o útočení formou urážek, vulgárních nadávek, zesměšňování, mluvení ironickým tonem ba dokonce o vyhrožování. S tímto se bezmála každý den setkávají členové pomáhajících profesí, během zásahů v terénu, ale i na operačních střediskách. Projev nebo pouhý náznak verbální agrese zpravidla bývá mnohdy rozpoznán při vyhodnocování tísňové zprávy a je tak indikátorem pro součinnost s Policií České republiky.

Díky velkému zájmu o danou problematiku útoků na členy IZS proběhlo v roce 2014 metodické cvičení Pražské 155 s názvem „*Napadení*“. Účastnilo se ho celkem 14 týmů, které byly podrobeny komunikační úloze v místech staré továrny. Tam je napadli bezdomovci. Výsledek byl jednoznačný, pokaždé se prokázalo, že poklidný a neprovokativní jednání má rozhodující vliv na vyjednávání a deeskalaci útoků (Pekara, 2016).

Fyzické omezení agresora je velmi problematické řešení, neboť musí být napřed důkladně uváženo. Problematickým se jeví nedostatečné prostředky pro zdárné zabránění agresorovi v pohybu. Hasičský záchranný sbor nedisponuje žádnými těmito prostředky. Zdravotnická záchranná služba je v každém sanitním voze vybavena kurty nebo má i možnost využití farmakoterapie. Policie České republiky je vybavena donucovacími prostředky a je oprávněna zákonem č. 273/2008 Sb. o Policii České republiky „*omezit možnost volného pohybu osoby, která fyzicky napadá policistu nebo jinou osobu.*“ (zákon č. 273/2008 Sb., § 25).

Použití fyzického omezení lze až v těžších situacích, však dříve, než použijeme farmakologický způsob uklidnění. Toto omezení používáme i v době po přímé aplikaci psychofarmak až do nástupu jejich účinku. Na fyzickém omezení agresora se musí pokaždé účastnit více osob. „*Ideální je zásah tehdy, pokud na každou končetinu je k dispozici jedna osoba. Pacient má být co nejrychleji šetrně položen na záda. Jedna osoba má mít volné ruce pro případnou aplikaci psychofarmak a zároveň hlídat, zda pacient volně dýchá.*“

(Dušek, Večeřová - Procházková, 2005, str. 51). Doba omezení je jen po dobu agresivního chování osoby, po uklidnění je uvolněna. Provádět omezení by měla vždy policie, za přítomnosti lékaře, pokud to vyžaduje agresorův zdravotní stav. Rodina agresora by do omezování neměla být zapojována. Rovněž je potřebné, aby rodina byla informována o jeho stavu a byl jí vysvětlen důvod použití fyzického omezení (Bydžovský, 2008).

Na adekvátní zvládnutí agresivního jednání ze strany obětí mimořádných událostí, jejich rodinných příslušníků nebo kolemjdoucích jsou členové IZS systematicky připravováni v průběhu jejich studia a rovněž i v rámci celoživotního vzdělávání.

Vliv agresivního konání na psychiku členů IZS

Psychické následky agresivního jednání ze strany obětí mimořádných můžeme rozdělit na krátkodobé anebo dlouhodobé. Do krátkodobých následků patří zejména akutní stresová reakce, pocit viny a osobního selhání, nejistota během výkonu práce atd. Do dlouhodobých následků můžeme začlenit neúměrný strach ze styku s dalšími oběťmi mimořádných událostí společně s přeceňováním hrozby agrese. Dále sem můžeme zařadit rozvoj posttraumatické stresové poruchy a syndromu vyhoření.

V návaznosti na složitost, psychickou i fyzickou náročnost výkonu povolání u IZS byl vytvořen systém odborné pomoci. U HZS ČR byla založena psychologická služba a krajským ředitelům HZS ČR byla v roce 2002 uložena povinnost, aby zřídili psychologická pracoviště. K poskytování psychické pomoci nebo následné posttraumatické péči po těžkém zásahu příslušníkům HZS ČR, jsou v jednotlivých krajích jmenováni členové tzv. **Týmu posttraumatické péče**. V roce 2016 byl schválen a přijat Pokyn policejního prezidenta č. 231/2016, o psychologických službách. Jeho obsahem je zejména systém zřízený k rozšíření psychologické podpory, které lze charakterizovat jako „*systém kolegiální psychické podpory policistů a zaměstnanců, tzv. systém kolegiální podpory, a systém krizové intervence*“. Dalším pilířem je **služba**

policejních psychologů, kteří poskytují odbornou konzultaci, krizovou intervenci, psychologické poradenství, psychoterapii atd.

Pro potřeby zvládání psychické zátěže u ZZS byl od roku 2010 budován **Systém psychosociální intervenční služby (SPIS)**, který je v gesci Ministerstva zdravotnictví.

Pro členy IZS je zprovozněna i **Anonymní linka pomoci v krizi**, která se řadí mezi další formy odborné pomoci. Mohou ji využívat všichni z řad HZS ČR, Policie ČR i zaměstnanci resortu Ministerstva vnitra ČR, včetně jejich rodinných příslušníků. Tato služba je ve formě tísňového volání pro takové, kteří se vlivem traumatické mimořádné události obtížně rozhodují anebo jsou pod tlakem životních okolností.

Výzkumné šetření

Cílem výzkumného šetření bylo získat názory a zkušenosti členů základních složek IZS s agresivními osobami při výkonu svého povolání. Od příslušníků HZS ČR jsme získali 112 vyplněných dotazníků (41,2%). Od příslušníků Policie ČR jsme získali 59 vyplněných dotazníků (21,7 %). Od zaměstnanců ZZS ČR jsme získali 101 vyplněných dotazníků (37,1%).

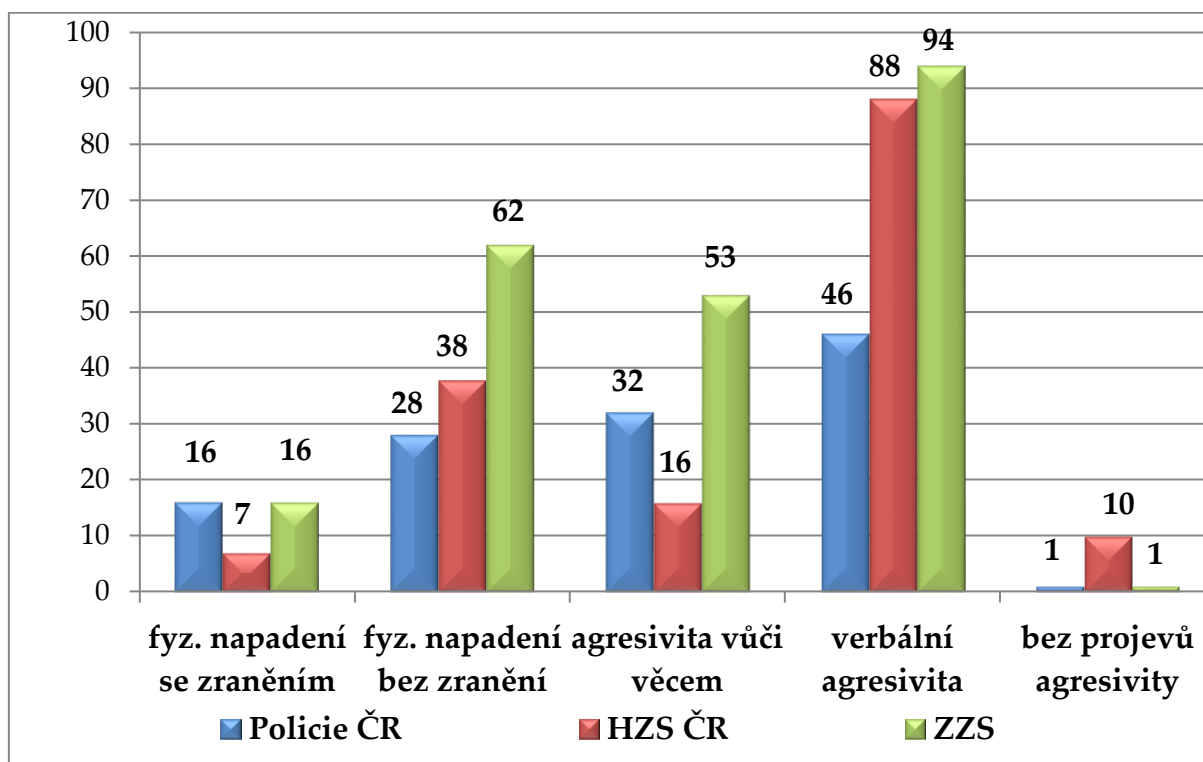
Jako výzkumný nástroj jsme pro potřeby získání dat použili anonymní nestandardizovaný dotazník vlastní konstrukce.

Otázka č. 6 byla cíleně zaměřena na **detekci četnosti styku členů IZS s agresivní osobou**. 128 respondentů, což představuje 47,1 %, se setkává s agresorem 1x ročně. 1x měsíčně se s agresorem setkává 88 respondentů, což představovalo 32,4 %. 1x týdně se s agresorem setkává 22 respondentů, což představovalo 8,1%. Nejmenší zastoupení měla kategorie „setkání s agresorem každou směnu“, tu volilo pouze 6 respondentů, což tvořilo 2,2%. Celkem 28 respondentů, což tvořilo 10,3%, se doposud nikdy nesetkalo s agresorem.

Pomocí otázky č. 7 jsme získali bližší informace o styku s agresorem během výkonu práce u IZS. Útok agresivní osoby proti sobě anebo svým kolegům zažilo celkem 128 respondentů (47,1 %). Z toho s útokem směřující pouze na vlastní osobu se setkala

celkem 66 respondentů (24,3%). Naopak s útokem, který směřoval proti kolegům, se setkala 42 respondentů (15,4%). Jen 35 respondentů (12,9%) se nesetkalo s útokem agresivní osoby. 1 z dotazovaných respondentů (0,4%) nechtěl uvést odpověď.

Graf č. 1 Míra agresivního konání v průběhu výkonu povolání u IZS [zdroj: vlastní]



Prostřednictvím otázky č. 9 jsme zjišťovali nejčastější **volbu ochrany ze strany členů IZS před útokem agresivní osoby**. Jednotlivý respondenti mohli volit mezi jednou nebo více možnostmi odpovědí z nabídky námi vytvořených možností. Nejpočetnější skupinou respondentů mělo zastoupení forma verbální ochrany, celkem 192 respondentů (70,6%). Druhou nejpočetnější skupinou byla forma zavolání Policie České republiky, celkem 156 respondentů (57,4%). Fyzickou formu ochrany volilo celkem 77 respondentů (28,3%). Další možnou formou ochrany byli donucovací prostředky (hmaty, chvaty, slzotvorný prostředek, pouta, teleskopický obušek), kterou volilo celkem 70 respondentů (25,7%). Zastoupení 31 respondenty (11,4%) měla možnost ochrany formou farmakoterapie. V možnosti „jiné“ 10 respondentů (3,7%)

uvádělo tyto odpovědi: vlídný přístup, soucítění, využitím interventů posttraumatické péče, předvídání, nevstupování do nebezpečné zóny a asertivní chování.

Dále nás zajímalo, kdo představuje agresora. Následující tabulka uvádí jednotlivé typy agresorů.

Tabulka 1. Procentuální zastoupení typu agresora v souvislosti s druhem napadení [zdroj: vlastní]

	Fyzické napadení se zraněním	Fyzické napadení bez zranění	Fyzická agrese vůči věcem	Verbální agrese
oběť MU	19,04 %	6,52 %	3,77 %	4,68 %
rodina	7,14 %	10,14 %	12,26 %	11,48 %
účastník MU	4,76 %	9,42 %	9,43 %	11,91 %
kolemjdoucí	0 %	2,89 %	1,88 %	2,12 %
opilý člověk	54,76 %	55,79 %	53,77 %	57,76 %
drogově závislý člověk	14,28 %	15,21 %	18,86 %	17,02 %

Pomocí otázky č. 10 jsme zjišťovali, zda respondenti **využívají možnosti posttraumatické péče** pro zvládání psychicky náročných zákroků, ke zmírnění nebo eliminaci důsledků v souvislosti s agresivním útokem během výkonu jejich povolání. Z analýzy vyplněných dotazníků vyplývá, že celkem 240 respondentů (88,2%) nepotřebovalo odbornou psychickou pomoc po útoku. Z toho 101 respondentů bylo z řad členů HZS, 53 respondentů z řad Police ČR a 86 respondentů z řad ZZS.

Odbornou psychickou pomoc formou kolegiální pomoci po útoku využilo 18 respondentů (6,6%), formou posttraumatické péče využilo 7 respondentů (2,6%), formou soukromé psychologické ambulance volili 4 respondenti (1,5%) a pouze psychologa u jiné složky IZS volili 2 respondenti (0,7%).

V otázce č. 11 jsme zjišťovali, zda jsou respondenti **dostatečně připraveni v oblasti krizové komunikace a vyjednávání** s agresorem. Celkem 38 respondentů, což představovalo 14 % je přesvědčeno, že jsou zcela dostatečně vzdělaní, jak jednat s agresivní osobou. Největší zastoupení měla kategorie „spíše ano“, kterou zvolilo celkem 105 respondentů, což představovalo 38,6%. Druhou nejpočetnější skupinou byla varianta „spíše ne“, kterou zvolilo 71 respondentů, což představovalo 26,1%. Variantu „ne“ volilo celkem 28 respondentů, což představovalo 10,3%. 30 respondentů z celkového počtu, což představovalo 11%, nedovede svou vzdělanost posoudit.

Pomocí otázky č. 13 jsme zjišťovali, zda respondentům **obsahově postačují vzdělávací kurzy v oblasti jednání s agresorem**. Z toho 122 respondentů (43,3%) uvedlo, že vzdělávací kurz byl pro ně dostačující. Variantu „byl nedostačující, rozšířil/a bych ho“ volilo 78 respondentů (27,6%), kteří uvedli, že v kurzech postrádají více praktických a modelových situací pro zvládání agresivity a prvky krizové komunikace a vyjednávání s problémovými osobami. 13 respondentů (4,6%) nechtělo na tuto otázku odpovědět a 69 (24,5 %) respondentů se kurzu se zaměřením na jednání s agresorem nezúčastnilo.

Závěr

Pro vytvoření návrhu opatření k vylepšení podmínek pracovníků IZS proti styku s agresivními osobami během zásahu jsme použili tzv. metodu SWOT analýzy. Na základě analýzy jsme určili dílčí činitele stránek silných (Strenghts), stránek slabých (Weaknesses), příležitostí (Opportunities) i hrozeb (Threats). Během tvorby SWOT matice a dosazování do jejich jednotlivých kvadrantů dle nejvýznamnějších činitelů

jsme vycházeli z dostupné odborné domácí i zahraniční literatury, z dat získaných na základě našeho výzkumného šetření a z problematik doposud řešených v diskuzích.

Do **silných stránek** řadíme **včasné rozpoznání možného agresora**. K tomuto momentu dochází už na operačních střediscích složek IZS, kdy operátor vyhodnotí mimořádnou událost za rizikovou a současně s výjezdovou skupinou pošle na místo události posádku Policie ČR. **Spolupráci Policie ČR s dalšími složkami IZS** považujeme též za velmi kladnou stránku. Jelikož Policie ČR jako jediná je oprávněna zákonem č. 273/2008 Sb. o Policii České republiky omezit agresivní osobu ve volném pohybu formou připoutání a prochází v rámci základní odborné přípravy taktickou přípravou, pro zvládání agresivních osob. Na místě mimořádné události je převážná většina pracovníků IZS schopna předem vytipovat možného agresora, ať už se jedná o oběť mimořádné události, rodinného příslušníka, či ve většině případů o opilého a závislého člověka na drogách. Pozitivem je rovněž **schopnost členů IZS řešit případné konfliktní situace**. Jak již bylo uvedeno, aby se členové vyhnuli konfliktním situacím, využívají tzv. proces deeskalace, který zahrnuje celkové vyhodnocení dané situace, krizové komunikace s agresorem a adekvátně volenou taktikou vyjednávání. Ve většině případů dochází k verbální agresi ze strany útočníka, kterou se pracovníci IZS snaží efektivně vyřešit prostřednictvím verbální složky krizové komunikace. Pokud verbální agrese propukne ve fyzický konflikt, tak většina členů IZS, v případech, kdy klidné řešení je vyloučené, ustupuje agresorovi a volá o posily. Takovýto způsob řešení je považován za správný, samozřejmě v situacích, kdy agresor člena IZS na místě zásahu zadržuje, je obtížné ho uskutečnit. Proto je nezbytné, v takových to situacích mít aspoň základní přehled o možnostech vyřešení konfliktních situacích svými fyzickými silami. V neposlední řadě do silných stránek řadíme **psychickou odolnost členů IZS**. I během našeho dotazníkového šetření jsme zjistili, že většina členů IZS (88,6 %) po napadení nemuselo navštívit odbornou psychologickou pomoc a neprojevovaly se u nich následně žádné zdravotní problémy.

Mezi **slabé stránky** na první místo řadíme **nedostatečné množství vzdělávacích kurzů**, se zaměřením na jednání a zvládání agresivních osob a sebeobranu. Kompaktní a systematický trénink v tomto směru však napříč celou Českou republikou je nedostatečný. Často se členové IZS připravují na zvládání agresora ve volném čase za využití vlastních finančních prostředků. Výjimkou je Policie ČR, která to má v rámci základní odborné přípravy. Další slabou stránkou je **nedostatečné množství ochranných prostředků** pro členy HZS a ZZS, které slouží k prevenci, a hlavně k eliminaci útoků ze strany agresora. Za slabou stránku považujeme i **absenci statusu úřední osoby pro ZZS**, který další základní složky IZS mají. Útokem na úřední osobu se agresivní osoba právně páchá závažný trestný čin. V neposlední řadě mezi slabé stránky řadíme **nízké právní postihy pro agresory**.

Pokud se společnost k celému problému nepostaví zcela nekompromisně, nebude docházet k mediálnímu zdůraznění závažnosti celého problému a tím tak k informovanosti společnosti, nemají samotní pracovníci IZS možnost problém vyřešit. Nárůst útoků proti výjezdovým posádkám stále roste, což vede k zamyšlení krajských ředitelů k adekvátnímu řešení. Tím je posílení fyzické ochrany posádky a technického vybavení výjezdových vozidel. Například ZZS hlavního města Prahy rozhodla o investici do ochranných prvků, jako jsou balistické vesty a přilby, které mají jen bezpečnostní složky. Výjezdová vozidla by měla být vybavena bezpečnostními prvky v podobě mříží. Ovšem nesmíme zapomínat na ostatní ZZS, kde vedení také uvažuje o podobné investici. Je velmi pravděpodobné, že do budoucna tak dojde k zavedení plošného bezpečnostního vybavení v každém kraji. Dále je potřeba zajistit pravidelnost a povinnost vzdělávacích kurzů v rámci komunikace s agresivní osobou a sebeobranou. Nyní existují různé školení a semináře, které jsou většinou jednorázové a nepovinné. Samozřejmě se jakákoliv iniciativa cení, i kdyby si členové IZS měli osvojit pouze teoretické poznatky a základní pravidla jednání, mělo by to zajistit jistý přínos. Nicméně je potřeba, aby do budoucna byl vytvořen ucelený systém vzdělávání. Zlepšení spolupráce s Policií ČR.

Za **hrozbu** lze považovat, že **agresivita osob se začíná stávat vážným celospolečenským problémem**. Při nynějším stavu společnosti, tolerování chování některých osob, čtené užívání alkoholu, anebo jiných návykových látek, se lze domnívat, že současný problém bude mít rostoucí tendenci. Za další hrozbu považujeme **nedostatek finančních prostředků** jednotlivých krajů, který může zapříčinit nedostatečnou vybavenost výjezdových skupin a připravenost na konfliktní situace. Dále se nedostatek financí může odrazit v zajištění a přípravě vzdělávacích kurzů, které tak mohou být neúčinné.

Po provedené SWOT analýze jsme zjistili, že vážnou slabinou je nedostatečnost vzdělávacích kurzů. Proto bychom doporučovali, aby byl vytvořen ucelený vzdělávací systém, který by byl povinný především pro výjezdové skupiny a pro operátory operačních středisek. Zaměřoval se hlavně na komunikaci s agresivními osobami, asertivní chování a způsoby ochrany, které by byly prováděny ve formě praktických příkladů. Rovněž bychom navrhovali, aby kurzy nebyly jednorázové, ale pravidelné, tj. aby se opakovaly 1x za rok.

Dále bychom doporučovali, aby v rámci IZS probíhala odborná školení, která by se zaměřovala na osvojování si psychické zátěže, aby členové IZS byli odolnější proti stresu atd. Společně s odborným školením by měli být členi IZS informováni o možnostech odborné psychické pomoci a tím i zvyšována důvěryhodnost této pomoci. Vymýtit tak pocit, že vyhledat odbornou pomoc a projevit jakékoliv emoce znamená profesní i osobní selhání.

Seznam použité literatury

1. BOHÁČEK, P. Agresivní chování vůči zdravotnickému personálu. *Sestra*. 2008, roč. 18, č. 1, s. 33-34. ISSN 12-10-0404
2. BYDŽOVSKÝ, J. *Akutní stavy v kontextu*. Praha: Triton, 2008. ISBN 978-80-7254-815-

3. DUŠEK, L., VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, A. *První pomoc v psychiatrii*. Praha: Grada, 2005. ISBN 8024701979
4. EDELSBERGER, L. a kol. *Defektologický slovník*. 3. upr. vyd. Jinočany: H & H, 2000. ISBN 80-86022-76-5
5. LODINSKÁ, M. *Analýza psychické připravenosti členů IZS na mimořádné události*. Kladno, 2018. Diplomová práce. České vysoké učení technické v Praze. Fakulta biomedicínského inženýrství. Katedra zdravotnických oborů a ochrany obyvatelstva. Vedoucí práce PhDr. Mgr. Dana Rebeka Ralbovská, Ph.D.
6. PAVLOVSKÝ, P. *Soudní psychiatrie a psychologie*. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-2618-2
7. PEKARA, J. Metodické cvičení Pražská 155. *Urgentní medicína*. 2016, roč. 19, č. 4, str. 37, ISSN 1212-1924
8. POURSHAIKHIAN, M., ABOLGHASEM, H. ARYANKHESAL, A., KHORASANI-ZAVAREH, D., BARATI, A. *Systematic Literature Review: Workplace Violence Against Emergency Medical Services Personnel*. Archives Trauma Research. 2016, issue. 1, vol. 5. ISSN 2251-953X
9. RALBOVSKÁ, R., KNEZOVIC, R. *Komunikace pro pomáhající profese 2*. Praha: Evropské vzdělávací centrum s.r.o., 2010. ISBN 978-80-87386-05-7
10. VEVERA, J. a kol., *Násilné chování a možnosti jeho ovlivnění I. díl – výskyt, rozdělení a klinické koreláty*. *Psychiatrie pro praxi*. 2002, roč. 3, č. 5, s. 226-229. ISSN 1803-5272

Kontakt na autorky

Ing. Michaela Lodinská

studentka magisterského studijního programu

ČVUT v Praze

Fakulta biomedicínského inženýrství

Katedra zdravotnických oborů a ochrany obyvatelstva

PhDr. Mgr. Rebeka Ralbovská, Ph.D.

ČVUT v Praze

Fakulta biomedicínského inženýrství

Katedra zdravotnických oborů a ochrany obyvatelstva

e-mail: rebeka.ralbovska@fbmi.cvut.cz

Ing. Denisa Charlotte Ralbovská

ČVUT v Praze

Fakulta biomedicínského inženýrství

Katedra zdravotnických oborů a ochrany obyvatelstva

ZZS Plzeňského kraje

Útvar krizového řízení

e-mail: denisa.ralbovska@zzspk.cz

PhDr. Ivana Argayová, Ph.D.

Prešovská univerzita v Prešove

Fakulta zdravotnických odborov

Katedra urgentnej starostlivosti

e-mail: Ivana.argayová@unipo.sk

Recenze: Článek uvádí výsledky diplomové práce, kterou oponovala: kpt. Mgr. Martina Wolf Čapková (Psychologické pracoviště odboru integrovaného záchranného systému a výkonu služby, MV- GŘ HZS, Praha)

REÁLNÉ POSTŘEHY Z ČINNOSTI ZDRAVOTNICKÉ SLOŽKY PŘI DVOU NEHODÁCH AUTOBUSŮ

Real Insights of Traffic Accidents of Two Buses

Mgr. Jiří Majstr¹, Mgr. Pavel Procháska², MUDr. Jan Bříza, CSc., MBA¹

ČVUT v Praze, Fakulta biomedicínského inženýrství

Abstrakt

V prezentaci jsou porovnány dvě nehody autobusů, ke kterým došlo v roce 2016 a 2017 na území Jihočeského kraje. Události jsou popisovány z pohledu zdravotnické záchranné služby. Je prezentována činnost zdravotnické složky při výskytu mimořádné události s hromadným postižením osob, kdy je při poskytování přednemocniční neodkladné péče nutné postupovat jiným způsobem než při běžných událostech v rámci urgentní medicíny. Dle platné legislativy a doporučených postupů jsou vybrána kritéria, které by měla zdravotnická složka při mimořádné události plnit. Reálná situace se však od doporučeného postupu může někdy (z různých důvodů) lišit.

Klíčová slova: dopravní nehoda, mimořádná událost, hromadné postižení osob, vedoucí zdravotnické složky

Abstract

In the presentation are compared two bus accidents, of the year 2016 and 2017 on the territory of South Bohemia Region. Events are described from the point of view the medical rescue service. Is presented the activity of the health department in the event a mass distability of persons. In this case is necessary to proceed differently than in the usual emergency medicine. According to legislation and expert recommendations are selected criteria, that the healthcare provider should perform in an extraordinary events. However, the real

Key words: traffic accident, extraordinary event, mass disability of persons, master of a health component situation may differ (for various reasons) from the recommender procedure.

Úvod

Mimořádné události s hromadným postižením osob vyžadují od zdravotníků poskytujících přednemocniční neodkladnou péči (PNP) odlišný přístup oproti událostem všedního dne, kdy je akutní poskytnutí zdravotní péče zaměřeno na jednotlivce. Dopravní nehody autobusů představují v úvodu poskytované zdravotní péče riziko vyššího počtu postižených osob oproti zasahujícím výjezdovým skupinám příslušné zdravotnické záchranné služby (ZZS). Průvodním jevem je tedy počáteční nepoměr záchranných sil a prostředků k osobám vyžadujícím akutní zdravotní péči. Rozsah zdravotních postižení pasažérů bývá rozličný, zahrnující osoby bez klinického nálezu, dále se vyskytují povrchová poranění, zhmoždění příslušných tkání, exkoriace, středně závažná poranění až závažná traumata ústící v některých případech do stavu neslučitelného se životem. Při dopravních nehodách hromadných prostředků osobní přepravy lze očekávat postižení osob v různé věkové hranici, mezi cestujícími mohou/nemusí být rodinné nebo jiné vazby, u turisticky disponovaných lokalit lze očekávat cizojazyčně mluvící pasažéry.

1 Vybrané dopravní nehody autobusů v Jihočeském kraji

Níže jsou popsány dvě dopravní nehody autobusů, ke kterým došlo v časovém rozpětí přibližně jednoho roku. U obou dopravních nehod je dále analyzována činnost zdravotnické složky při mimořádné události (MU) s hromadným postižením osob (HPO). Akcent je kladen na reálný pohled a postup zasahujících zdravotníků.

1.1 Dopravní nehoda autobusu na Českokrumlovsku v roce 2016

K první popisované dopravní nehodě autobusu došlo v září 2016. Jednalo se o srážku školního autobusu převážejícího 31 dětí (a pedagogický doprovod) s osobním automobilem Škoda Felicia. K nehodě došlo v dopoledních hodinách poblíž obce Zubčice. Řidič osobního automobilu utrpěl zranění neslučitelná se životem. Autobus sjel po čelní srážce z pravé krajnice mimo vozovku a částečně se naklonil na pravý bok. Na místo události bylo vysláno zdravotnickým operačním střediskem (ZOS) 5 výjezdových slupin včetně aktivace letecké záchranné služby (LZS). Do zdravotnických zařízení poskytující akutní lůžkovou péči bylo transportováno celkem 11 dětí (6 do Č. Budějovic, 5 do Č. Krumlova). Jednalo se o nezávažná poranění (pohmožděniny a drobné hematomy v různých tělesných lokacích). Poslední pacient byl z místa události transportován 53 minut od tísňového volání. Na místě MU zasahovaly všechny základní složky integrovaného záchranného systému (IZS) včetně 4 členů intervenčního týmu Hasičského záchranného sbor (HZS) Jihočeského kraje (JčK) a 1 psychologa.

Obrázek 1 Dopravní nehoda autobusu 2016 (zdroj: autor)



Obrázek 2 Dopravní nehoda autobusu 2016 (zdroj: autor)



Z pohledu zdravotnické složky ZZS JČK byla situace na místě přehledná, jednalo se o optimální klimatické podmínky, bezproblémovou viditelnost, dostupný terén k pacientům (evakuace dětí nouzovým východem probíhala bez potíží), vhodné příjezdové i odjezdové trasy. Od počátku byl známý přesný počet transportovaných dětí včetně dostupnosti jmenného seznamu. Na místo MU se v akceptovatelné době dostavil optimální počet zdravotnických sil a prostředků. Navázání spojení a další komunikace stran ZOS a velitele zdravotnické složky byla bezproblémová. V důsledku předpokládaného hladkého průběhu řešení následků MU došlo již v úvodu ke sloučení pozic „vedoucí zdravotnické složky“ a „vedoucí lékař“. Po primární triáži dětských pacientů metodou START byla u všech poraněných stanovena úroveň III (zelení) označující pouze nezávažné zdravotní komplikace. Vzhledem k existenci jmenného seznamu dětí, který předložil pedagogický doprovod, nevznikla potřeba realizace navazujícího lékařského třídění za využití identifikačních a třídících karet.

1.2 Dopravní nehoda autobusu na Českobudějovicku v roce 2017

Ke druhé popisované dopravní nehodě autobusu došlo v listopadu 2017. Jednalo se o linkový autobus, který v ranních hodinách sklouzl mimo vozovku na zasněžené pozemní komunikaci v blízkosti obce Ločenice. Při náklonu autobusu vpravo došlo bočně k nárazu o strom, následovala katapultace 2 osob z autobusu. Na místě bylo postiženo 15 osob, z čehož 1 osoba zemřela a 2 osoby utrpěly závažná poranění. ZOS ZZS JČK vyslalo k řešení MU s HPO 9 výjezdových prostředků, včetně LZS a vozu pro řešení MU. Celkem 11 osob bylo transportováno k poskytovatelům akutní lůžkové péče v Č. Budějovicích a v Č. Krumlově. Na místě spolupracovaly všechny základní složky IZS.

Z pohledu zdravotnické složky ZZS JČK byl problém v dosažení místa z důvodu nepříznivých klimatických podmínek (0 °C, kluzká zasněžená pozemní komunikace, mlha, nárazový vítr, sněžení). Příznivým faktorem pro řešení MU byla vzdálenost místa MU od předchozího výjezdu (dojezd 1. výjezdové skupiny ZZS na místo události za 5 minut). Obtížné navázání spojení se ZOS z důvodu absence signálu pro vysílačku. Další komunikace se ZOS vedena služebním telefonem. Většina osob se nacházela toho času v autobuse. Bylo je nutné evakuovat nouzovým východem, a to za asistence HZS JČK. Z důvodu očekávaného postupného vyprošťování osob z autobusu došlo ke sloučení pozic „vedoucí zdravotnické složky“ a „vedoucí odsunu“. Obtížné dohledání velitele zásahu (HZS) z důvodu označení páskou na paži. V úvodu řešení MU vedoucí lékař samostatně vyšetřoval postižené osoby, neboť vedoucí zdravotnické složky řešil logistické zabezpečení MU včetně průběžné informovanosti ZOS. Postupně přijíždějící zdravotníci se výjimečně hlásí vedoucímu zdravotnické složky. Za komplikované viditelnosti přistála LZS a transportovala 2 pacienty. Došlo k přeskupení ostatních pacientů určených pro pozemní transport. Došlo k nejasnostem u transportu 2 osob, které byly po vyšetření lékařem shledány bez zdravotních potíží, a byly následně transportovány náhradním autobusem HZS bez vyrozumění vedoucího zdravotnické složky. Některé osoby přešly z důvodu

tepelného komfortu do kolem stojících osobních aut. Z důvodu klimatických podmínek byla většina aktivit zdravotnické složky (třídění, poskytování PNP) realizována ve vozech ZZS.

Obrázek 3 Dopravní nehoda autobusu 2017 (zdroj: autor)



Obrázek 4 Dopravní nehoda autobusu 2017 (zdroj: autor)



2 Metody a materiály

Postupu zdravotnické složky v místě MU s HPO je legislativně zastřešen § 6-11 vyhlášky 240/2012 Sb., kterou se provádí zákon o ZZS. K dalším stěžejním dokumentům patří jednotlivé doporučené postupy České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně, Společnosti urgentní medicíny a medicíny katastrof (doporučený postup č. 15, 18, Třídící a identifikační karta pro lékařské třídění při hromadném postižení zdraví na území ČR). Zásah složek IZS u mimořádné události s velkým počtem postižených osob, kam lze zařadit výše dotčené dopravní nehody autobusů, vymezuje Katalogový soubor typové činnosti STČ 09/IZS. Pro konkrétní činnost zdravotnické složky na místě MU s HPO jsou na území České republiky stanoveny také postupy jednotlivých provozovatelů ZZS, které se mohou, dle specifik jednotlivých krajů, lišit.

Při zohlednění výše uvedených odborných kritérií lze z pohledu časové osy a z pohledu reálného využití mezi základní činnosti zdravotnické složky při řešení MU s HPO zařadit: přijetí informace o MU s HPO a následnou komunikaci výjezdových skupin se ZOS na definovaném komunikačním kanále; potvrzení dosažení místa MU s HPO včetně nahlášení identifikace výjezdové skupiny (první na místě = vedoucí zdravotnické složky) s užitím odlišovacího označení (reflexní vesta); rekognoskace místa, zohlednění typu MU a možných rizik pro výkon zdravotnické složky; orientační zjištění počtu postižených osob, zjištění příjezdových a odjezdových tras; hlášení zjištěných (orientačních) informací na ZOS, které funguje v aktivaci traumatologického plánu; podstatné informace k ZOS je nutné předávat průběžně; navázání spojení s velitelem zásahu (většinou příslušník HZS příslušného kraje), dojednání konkrétních postupů a vytyčení vhodných ploch pro jednotlivé činnosti; rozdělení místa MU s HPO na 3 úseky (třídění, PNP, odsun); určení vedoucího lékaře; určení vedoucího odsunu; rozřazení přijíždějících výjezdových skupin ZZS do jednotlivých úseků; zahájení třídění (START/identifikační třídící karta); poskytování adekvátní PNP, přetřídění zaléčených osob; transport postižených osob k jednotlivým

poskytovatelům akutní lůžkové péče; průběžná evidence jednotlivých postupů složek IZS, zaznamenávání podstatných událostí v čase, pořizování foto/video dokumentace; případné vyžádání dalších sil a prostředků pro řešení MU cestou ZOS nebo požádání velitele zásahu; po odsunu posledního pacienta kontakt s velitelem zásahu a oznámení ukončení činnosti zdravotnické složky na ZOS.

Reálné postřehy vybraných činností zdravotnické složky při řešení zmiňovaných MU s HPO u dopravních nehod autobusů lze shrnout v tabulce níže, přičemž pro jednoduchou orientaci ve správnosti postupu je vyznačený výsledek potvrzující splnění kritéria označen jako „ano“. Nutno podotknout, že některé činnosti označené ve smyslu „ne“ nebylo možné realizovat i při snaze zdravotnické složky o jejich splnění. Podstatná kritéria jsou v rámci komparace legislativy a doporučených postupů zmíněna níže v kapitole Výsledky.

3 Výsledky

Kapitola Výsledky upřesňuje výše uvedenou tabulku, zahrnující jednotlivá vybraná kritéria činnosti zdravotnické složky na místě MU.

1. V rámci posloupnosti jednotlivých sledovaných kritérií je v úvodu uvedeno dosažení místa MU s HPO. Tento úkon byl splněn u obou událostí. V současnosti je ZOS ZZS JČK o dosažení místa události informováno prostřednictvím lokátoru GPS standardně umístěného ve výjezdových prostředcích. Výjezdová skupina potvrdí status dosažení místa události prostřednictvím dotykového displeje.
2. Přejít z zainteresovaných výjezdových skupin ZZS na specifický komunikační kanál je v případě MU s HPO nutný z několika důvodů. Jedním je např. personální rozdělení ZOS na běžný provoz a na provoz MU. U dopravní nehody 2016 komunikoval vedoucí lékař/vedoucí zdravotnické složky především prostřednictvím mobilního telefonu (doporučený postup pro komunikační kanál při řešení MU nebyl tedy zcela naplněn), vedoucí odsunu komunikoval předepsaným způsobem, tedy

prostřednictvím vysílačky na předvoleném kanále pro MU. U nehody 2017 nebylo opakovaně možné z důvodu absence signálu pro vysílačku navázat komunikaci předepsaným způsobem. Stran výjezdové skupiny tedy byla snaha řídit se předepsaným způsobem, ale z technických důvodů nebylo možno definované spojení navázat.

3. Určení vedoucích pozic zdravotnické složky bylo realizováno u obou nehod. V obou případech však došlo ke kumulaci vedoucích pozic (2016 vedoucí lékař/vedoucí zdravotnické složky, 2017 vedoucí zdravotnické složky/vedoucí odsunu). Pozice vedoucího odsunu má svá specifika, která vyžadují samostatné personální obsazení.

4. Specifické označení vedoucích pozic zdravotnické složky bylo užito v obou případech. Dodržení postupu usnadňuje orientaci zdravotnického personálu. Legislativa v rámci IZS umožňuje užití pásek na paži, což v reálné situaci (za snížené viditelnosti, při velkém počtu zasahujících) snižuje přehlednost.

5. Zhodnocení rizik je stran zdravotnické složky subjektivní krok. V obou případech byla hodnocena možnost vznícení/exploze havarovaných vozů, stabilita nakloněných vozů a bezpečná evakuace postižených osob.

6. Zjištění počtu postižených osob se u obou nehod lišilo. V roce 2016 byl od počátku k dispozici jmenný seznam žáků včetně jasného počtu ostatních postižených osob. V roce 2017 byl celkový počet osob upřesňován až v průběhu MU, neboť některé postižené osoby svévolně přešly (z důvodu klimaticky nepříznivých podmínek) do kolem stojících osobních vozů.

7. Orientační hlášení ZOS bylo realizováno v obou případech. Struktura hlášení se týkala definice MU, předpokládaného počtu postižených osob, závažnosti stavu a bylo upřesňováno vyslání dalších zdravotnických sil a prostředků. ZOS bylo z místa události v roce 2017 upozorněno na špatnou viditelnost, mlhu, padající sníh. Tyto informace byly podstatné pro bezpečný dojezd výjezdových prostředků ZZS a dolet LZS.

8. Koordinace příjezdových/odjezdových tras nebyla zdravotnickou složku řešena. V obou případech bylo místo události dobře dostupné. Další koordinaci provozu na pozemní komunikaci převzala PČR.
9. Průběžné informování ZOS o vývoji události bylo realizováno v obou případech. V roce 2017 byla komunikace prostřednictvím služebního mobilního telefonu nepatrně prodlužována přepojováním na řídicího operátora pro MU. Při zpětné vazbě (s odstupem od obou MU) bylo vedoucím pracovníkem ZOS uvedeno, že byly z místa události sděleny všechny podstatné informace a pracovníci ZOS měli ucelenou představu o vývoji situace.
10. Navázání kontaktu s velitelem zásahu proběhlo v obou případech. V roce 2016 byl velitel zásahu (HZS) označen páskou na paži, což komplikovalo jeho dohledání. Stejný problém nastal v úvodu řešení MU v roce 2017. Po výměně velitele zásahu v roce 2017 a jeho užití reflexní vesty již bylo jeho dohledání snadné. V obou řešených případech byl velitel zásahu na dohled a bylo relativně snadné jeho dosažení.
11. Rozdělení místa MU na 3 úseky (třídění, PNP, odsun) bylo realizováno v roce 2016, kdy byla situace přehledná, a byly příznivé klimatické podmínky. Spektrum postižení bylo (až na úmrtí řidiče v osobním vozu) vyhodnoceno u dětí jako lehká poranění (START III – zelení).
12. Primární třídění osob metodou START bylo realizováno v obou případech dopravních nehod pouze vedoucími zdravotnické složky. Jiní zdravotničtí pracovníci ani příslušníci IZS se na předtřídění postižených osob nepodíleli.
13. Identifikační třídící karta byla užitá pouze v roce 2017, neboť v roce 2016 byl od počátku k dispozici jmenný seznam a byl jasný počet postižených osob, které měly zdravotní postižení ve shodné kategorii.
14. Přetřídění postižených osob bylo snadněji realizovatelné v roce 2016. V roce 2017 bylo vhodnější umístění postižených osob rovnou do výjezdových prostředků ZZS (klimatické podmínky), tzn., že jednotlivý vývoj zdravotního stavu u postižených osob monitorovala vždy konkrétní výjezdová skupina.

15. Průběžnou evidenci součinnosti složek IZS z pohledu času začleněných sil a prostředků, která se standardně vykazuje ve zprávě vedoucího zdravotnické složky po ukončení MU s HPO nebylo možné v reálném čase kompletně podchytit. V roce 2017 byly síly a prostředky složek IZS dokumentovány po telefonické domluvě velitelů HZS a PČR. Užitý postup reflektuje časovou náročnost a komplikovanou možnost reálného podchycení jednotlivých (podstatných) úkonů zasahujících složek IZS, které má VZS za povinnost ve zprávě o likvidaci následků MU uvést. Z reálného postupu vyplývá, že bylo v silách VZS monitorovat pouze některé činnosti složek IZS a komplexní pohled pro zápis do výše uvedené zprávy bylo možné uskutečnit až po dodatečném telefonickém dotazu k jednotlivým zasahujícím velitelům. VZS monitoroval především činnosti zdravotnické složky, která spadá kompetenčně do jeho sektoru řízení.

16. V roce 2016 byla pořizována stran zdravotnické složky fotodokumentace nehody, postižených osob a jmenného seznamu. V roce 2017 bylo z důvodu nepříznivých klimatických podmínek (sníh s deštěm) a nemožnosti standardního zápisu do předtištěného checklistu, přistoupeno k videozáznamu na mobilní telefon. Bylo monitorováno třídění za využití identifikačních třídících karet, výjezdové prostředky ZZS a rozmístění postižených osob pro následnou identifikaci cílového poskytovatele akutní lůžkové péče.

17. U obou nehod bylo po konzultaci s veliteli zásahu (HZS) informováno ZOS o ukončení řešení MU s HPO na místě zásahu a připravenost na řešení standardních záležitostí v rámci plnění PNP. Se ZOS byly upřesněny počty a směrování postižených osob.

Závěr

Z výše uvedených sledovaných kritérií u reálně řešených MU s HPO vyplývá v rámci zpětné vazby a následnému zvýšení připravenosti zdravotnické složky několik doporučení. Užití mobilního telefonu není z místa MU primárně vhodné,

neboť ZOS funguje v odlišném režimu než za standardních podmínek. Velitel odsunu je pověřen specifickými úkoly a kumulace vedoucích pozic zdravotnické složky je organizačně náročná činnost. Je vhodnější vedoucí pozice nekumulovat z důvodu možného výskytu neočekávaných komplikací. Ohledně zhodnocení rizik je nutné konzultovat dle časových možností událost s velitelem zásahu (HZS), který je ovšem při označení páskou na paži obtížně dohledatelný. Legislativa zdravotnickým záchranářům umožňuje neposkytovat PNP, pokud by k požadované činnosti neměli dostatečné proškolení, vybavení nebo by při činnosti bylo vážně ohroženo jejich zdraví nebo život (zákon č. 374/2011 Sb. o ZZS, § 19 odst. 3). V případě nutnosti je nutné dojednat přes velitele zásahu pověření PČR o jednosměrném provozu výjezdových prostředků IZS. Pokud by měla být komunikace s velitelem zásahu vedena prostřednictvím vysílaček, situace by byla za současných podmínek obtížně řešitelná. Třídění postižených osob za použití identifikačních a třídících karet má být realizováno i v přehledné situaci, postup není v důsledku nízké frekvence výskytu zcela zažitý a za optimálních podmínek může posloužit k nácviku mechanismu. Využití sil a prostředků složek IZS je v průběhu MU obtížné exaktně monitorovat. Následný telefonický kontakt s veliteli složek může objasnit podstatné náležitosti. Pořizování videozáznamu velice usnadňuje následnou analýzu situace a slouží jako korektní zdroj informací využitelný pro zápis o likvidaci následků MU s HPO, předkládaný vedoucím zdravotnické složky.

MU s HPO nejsou ve svém konkrétním průběhu nikdy stejné, ale v základních rysech se většinou shodují. Z tohoto důvodu je nutné při řešení MU s HPO vycházet z platné legislativy a doporučených postupů. Konkrétní činnosti se však mohou od protokolárního postupu z obhajitelných důvodů v nezbytné míře odklonit.

Tabulka 1 Realizované činnosti zdravotnické složky při dopravních nehodách autobusů

Číslo kritéria	Sledovaná činnost zdravotnické složky při MU s HPO	Dopravní nehoda autobusu 2016	Dopravní nehoda autobusu 2017
1	oznámení dosažení místa MU s HPO na ZOS	ano	ano
2	přechod výjezdové skupiny na specifický komunikační kanál pro MU s HPO	ne/ano *	ne
3	určení vedoucích pozic zdravotnické složky	ano (sloučení)	ano (sloučení)
4	použití rozlišovacího označení vedoucích pozic zdravotnické složky	ano	ano
5	zhodnocení rizik	ano	ano
6	orientační zjištění počtu postižených osob	ano	ano
7	orientační hlášení na ZOS	ano	ano
8	koordinace příjezdových/odjezdových tras	ne	ne
9	průběžná informovanost ZOS o vývoji stavu	ano	ano
10	navázání kontaktu s velitelem zásahu	ano	ano
11	rozdělení místa MU s HPO na 3 úseky (třídění, PNP, odsun)	ano	ne
12	třídění START	ano	ano
13	užití identifikačních třídících karet	ne	ano
14	přetřídění zaléčených osob	ano	ano
15	průběžná evidence jednotlivých postupů složek IZS	ne	ano/ne **
16	pořizování foto/video dokumentace	foto	foto/video
17	oznámení ukončení MU s HPO na ZOS	ano	ano

Zdroj: autor, (* blíže upřesněno v kapitole 3, odstavec 2, ** blíže vysvětleno v kapitole 3, odstavec 15).

Seznam použité literatury

1. Česká lékařská společnost J. E. Purkyně, Společnost urgentní medicíny a medicíny katastrof. [online]. 2011. [cit. 2018-08-04]. Hromadné postižení zdraví – postup řešení ZZS v terénu – Doporučený postup výboru ČLS – spol. UM a MK č. 18. Dostupné z: http://www.urgmed.cz/postupy/2011_HPZ.pdf
2. Česká lékařská společnost J. E. Purkyně, Společnost urgentní medicíny a medicíny katastrof. [online]. 2011. [cit. 2018-08-04]. Organizace příjmu pacientů na vstupu nemocnice při mimořádných událostech (Příjmové místo pro hromadný příjem raněných a nemocných – rozvržení, členění, značení a zajištění) – Doporučený postup výboru ČLS – spol. UM a MK č. 15. Dostupné z http://www.urgmed.cz/postupy/2009_organizace_prijmu.pdf
3. Česká lékařská společnost J. E. Purkyně, Společnost urgentní medicíny a medicíny katastrof. [online]. 2009. [cit. 2018-08-04]. Třídící a identifikační karta pro lékařské třídění při hromadném postižení zdraví na území ČR – Doporučený postup výboru ČLS – spol. UM a MK. Dostupné z https://www.urgmed.cz/postupy/2009_visacka.pdf
4. Česká republika. Vyhláška Ministerstva zdravotnictví č. 240/2012 Sb., ze dne 26. června 2012 kterou se provádí zákon o zdravotnické záchranné službě. In Sbírka zákonů. 2012, částka 82.
5. CHOCHOLOUŠ, Ilja. Snadné třídění a rychlý transport - praktické poznatky z výcviku příslušníků HZS. *Urgentní medicína: časopis pro neodkladnou lékařskou péči*. 2008, č. 2, s. 4-6. ISSN 1212-1924.
6. Katalogový soubor typové činnosti STČ 09/IZS - Zásah složek IZS u mimořádné události s velkým počtem raněných a obětí. Praha Ministerstvo vnitra - generální ředitelství Hasičského záchranného sboru ČR odbor IZS a výkonu služby, 2008. 39 s.

7. Při nehodě u Kaplice se v autobuse lehce zranilo 11 dětí, řidič auta zemřel. iDnes.cz: Budějovice a jižní Čechy [online]. 2016 [cit. 2018-08-10]. Dostupné z http://budejovice.idnes.cz/nehoda-autobusu-u-kaplice-0yo-/budejovice-zpravy.aspx?c=A160923_110620_budejovice-zpravy_khr
8. Zdravotnická záchranná služba Jihočeského kraje. Činnost zdravotnické složky při MU. České Budějovice, 2016, 3 s. Dostupné z Pracoviště krizové připravenosti, Zdravotnická záchranná služba Jihočeského kraje, Boženy Němcové 1931/6, 370 01 České Budějovice.
9. Zdravotnická záchranná služba Jihočeského kraje. Identifikační a třídící karta (IaTK). České Budějovice, 2016, 6 s. Dostupné z Pracoviště krizové připravenosti, Zdravotnická záchranná služba Jihočeského kraje, Boženy Němcové 1931/6, 370 01 České Budějovice.
10. Zdravotnická záchranná služba Jihočeského kraje. Identifikační a třídící karta, doporučené zařazení pacientů dle stavu. České Budějovice, 2013, 21 s. Dostupné z Pracoviště krizové připravenosti, Zdravotnická záchranná služba Jihočeského kraje, Boženy Němcové 1931/6, 370 01 České Budějovice.
11. Zdravotnická záchranná služba Jihočeského kraje. Traumatologický plán Poskytovatele Zdravotnické záchranné služby Jihočeského kraje. České Budějovice, 2013, 21 s. Dostupné z Pracoviště krizové připravenosti, Zdravotnická záchranná služba Jihočeského kraje, Boženy Němcové 1931/6, 370 01 České Budějovice.
12. Zdravotnická záchranná služba Jihočeského kraje. Třídění osob metodou START. České Budějovice, 2016, 4 s. Dostupné z Pracoviště krizové připravenosti, Zdravotnická záchranná služba Jihočeského kraje, Boženy Němcové 1931/6, 370 01 České Budějovice.

13. Zdravotnická záchranná služba Jihočeského kraje. Třídění zraněných osob, lékařské třídění s využitím IaTK. České Budějovice, 2016, 3 s. Dostupné z Pracoviště krizové připravenosti, Zdravotnická záchranná služba Jihočeského kraje, Boženy Němcové 1931/6, 370 01 České Budějovice.

Kontakt na autory

Mgr. Jiří Majstr

student doktorského studijního programu

ČVUT v Praze

Fakulta biomedicínského inženýrství

Katedra zdravotnických oborů a ochrany obyvatelstva

e-mail: jiri.majstr@seznam.cz

Mgr. Pavel Procháška

Zdravotnická záchranná služba Jihočeského kraje

Vzdělávací a výcvikové středisko

B. Němcové 1931/6, 370 01 České Budějovice

e-mail: prochaskap@zsjck.cz

MUDr. Jan Bříza, CSc., MBA

ČVUT v Praze

Fakulta biomedicínského inženýrství

Katedra zdravotnických oborů a ochrany obyvatelstva

e-mail: jan.briza@fbmi.cvut.cz

Recenze: prof. Ing. Gustav Šafr, DrSc. (ČVUT v Praze, Fakulta biomedicínského inženýrství)

DÔSLEDKY UŽÍVANIA OMAMNÝCH LÁTOK Z POHLADU ZÁCHRANNEJ ZDRAVOTNEJ SLUŽBY

Consequences of the Various Substances Abuse from the Survey of Emergency
Medical Service

Bc. Aloiz Písečný¹, PhDr. Ivana Argayová, PhD.²,

Ing. Bc. Danka Boguská, PhD. MSc.²

1. Nemocnica Malacky

2. Fakulta zdravotníckych odborov PU v Prešove

Abstrakt

Príspevok sa zaoberá užívaním omamných a psychotropných látok u mládeže vo vybraných lokalitách v Slovenskej republike. Cieľom príspevku je v teoretickej časti preniknúť hlbšie do problematiky, aby sme boli dostatočne pripravení podať odbornú pomoc človeku v núdzi najmä z pohľadu správnej diagnostiky, liečby a adekvátnemu prístupu k pacientovi. Zaoberáme sa najnovšími poznatkami o omamných látkach – či už tradičných prírodných alebo nových syntetických a snažíme sa objektívne zanalyzovať situáciu v slovenskej spoločnosti. V praktickej časti sa venujeme analýze reálnej situácie v terénnej praxi záchranej zdravotnej služby v kontexte k pacientom zneužívajúcich omamné látky, a to ako z pohľadu posádky rýchlej zdravotnej služby, tak aj rýchlej lekárskej služby.

Kľúčové slová: Omamné látky. Akútna intoxikácia. Abstinenčný syndróm. Suicidalita. Záchranná zdravotná služba.

Abstract

The paper deals with the use of narcotics and psychotropic substances in young people in selected localities in the Slovak Republic. The goal of the contribution is to go deeper into the theoretical part in order to be adequately prepared to provide expert assistance to a person in need, especially from the perspective of proper diagnosis,

treatment and adequate access to the patient. We deal with the latest findings on narcotics - whether traditional natural or new synthetic ones - and we try to objectively analyze the situation in Slovak society. In the practical part we analyze the real situation in the field of emergency health service in the context of narcotics abusers, both from the point of view of the crew of the fast health service and of the fast medical service.

Keywords: Narcotics. Acute intoxication. Abstinence Syndrome. Suicidality. Emergency medical service.

Úvod

Užívanie omamných a psychotropných látok patrí k ľudstvu už od jeho počiatkov. V dnešnej dobe sú okrem prírodných látok dostupné aj syntetické, ktoré nie menej poškodzujú ľudský organizmus a triežve zmýšľanie. S pribúdajúcimi rokmi sa okrem rozširujúceho sa spektra nových drog zväčšuje aj komunita abúzerov – ľudí závislých na úniku od reality. Či už je to dostupnosťou a pestrosťou ponúkaných drog, alebo pribúdajúcim životným tempom čo zvyšuje ich počty, je jasné, že problém sa začína týkať každého z nás. Slovensko po svojej vyše dvadsať ročnej púti nedokázalo svojou politikou zabrániť tejto nepríjemnej „chorobe“ spoločnosti – závislosti od omamných látok. Pri prechádzke nočnými ulicami slovenského mesta človek sme svedkami stretnutí s realitou. Tento príspevok nevznikol len za účelom osobného odborného rastu v danej problematike, ale najmä ako ukazovateľ reálnej situácie v medziach tohto celospoločenského problému.

Spoločnosť ako odborná, tak i laická, neustále rieši kontroverznosť obdobných tém, no efektívne zabezpečenie zdravotníckej, pedagogickej, ale hlavne ľudskej pomoci na vyslobodenie sa z okov závislosti a osobnostných ťažkostí, nám stále uniká.

Cieľ: Cieľom príspevku je v teoretickej časti preniknúť hlbšie do problematiky, aby sme boli dostatočne pripravení podať odbornú pomoc človeku v núdzi najmä z

pohľadu správnej diagnostiky, liečby a adekvátnemu prístupu k pacientovi. Zaoberáme sa najnovšími poznatkami o omamných látkach – či už tradičných prírodných alebo nových syntetických a snažíme sa objektívne zanalyzovať situáciu v slovenskej spoločnosti. S ohľadom na vyvíjajúcu sa situáciu môžeme predpokladať, že rozširujúci sa zoznam synteticky pripravovaných omamných substancií nám dáva za úlohu nemlčať a poukázať na veľký spoločenský problém, a ako odborníkom morálnu povinnosť napredovať poznatkami medicíny rezkým krokom spolu s drogovými výrobcami.

Metodika: Vo výskumnej časti sa zaoberáme rovinou reality výjazdov záchrannej zdravotnej služby spojených s užívaním omamných látok v porovnaní so zahraničnými či slovenskými štúdiami, hľadajúc možné východisko zo súčasného stavu. Základným cieľom uskutočneného výskumu je objektívne zanalyzovať reálnu situáciu v terénnej praxi záchrannej zdravotnej služby v kontexte k pacientom zneužívajúcich omamné látky, a to ako z pohľadu posádky rýchlej zdravotnej služby, tak aj rýchlej lekárskej služby. Tieto informácie budú získavané formou obsahovej analýzy dokumentov Záznamu o zhodnotení zdravotného stavu osoby na staniciach rýchlej zdravotnej služby. Na základe určených cieľov sme sa rozhodli zvolené kritériá rozdeliť do dvoch hlavných problémových okruhov a následne určiť hypotézy, s ktorými budeme pracovať. Prvý (všeobecný) okruh bude pracovať so všeobecnými objektívnymi údajmi (počet výjazdov, indikovanosť...) a druhý okruh (nozologické jednotky) bude popisovať konkrétne zvolené údaje. Podobne sme sa interpretáciou získaných výsledkov snažili opísať aktuálnu situáciu s adiktologickými pacientmi v podmienkach prednemocničnej neodkladnej zdravotnej starostlivosti, a poukázať na nedostatky v polyrezortnom systéme protidrogovej politiky Slovenskej republiky, ktorá by po zvážení niektorých krokov mohla v budúcnosti dosahovať uspokojivejšie výsledky. Ak by sme mali navrhnúť zmeny do širokej verejnej sféry na základe nadobudnutých skúseností a znalostí z našej obsahovej analýzy, rozdelili by sme ich

do troch celkov, a to pre sektor školstva, sektor vedy a výskumu a sektor zdravotníctva.

Vzhľadom k nami získaným údajom sa preukázalo, že v mesiacoch letných prázdnin sa výskyt intoxikácií u detí a mladých dospelých výraznejšie znížil oproti ostatným ročným obdobiam. Predpokladáme že tento jav by mohol vzniknúť dôsledkom lepšie využitého a predovšetkým po záujmoch organizovaného voľného času u školop povinnej mládeže. U tejto vekovej kategórie sa u predisponovaných jedincov (slabé rodinné zázemie, sociálne problémy, drobná kriminalita, záškoláctvo a i.) ukazuje byť prvotným impulzom pre zneužitie omamnej látky práve nuda v spojení s frustráciou z okolitých javov.

Záver: Príkladom pre naše účely je protidrogový program Islandu, ktorý tohto roku prezentoval výsledky svojej práce od roku 1998. Táto protidrogová stratégia ukazovala práve na vekovú kategóriu mladých a detí, v ktorej na začiatku roka 1998 Island dosahoval v získaných európskych štatistikách nelichotivé čísla. Výskum formou dotazníka bol realizovaný na základných a stredných školách a bol koncipovaný na zistenie skutočností, či mali mladí za posledný mesiac skúsenosť s marihuanou či inými drogami, a či boli za minulý mesiac opití. Z prvého výskumu bolo jasné, že približne 42 % z opýtaných bolo za posledný mesiac opitých, 17 % z nich užilo posledný mesiac marihuanu a 23 % z nich bolo aktívnymi fajčiarmi. V dotazníku realizovanom v roku 2016, odpovedalo len 5 % mladých na otázku či boli posledný mesiac opití, 7 % že užili marihuanu a len 3 % boli aktívnymi fajčiarmi. Na týchto číslach sa práve odzrkadľuje, ako dôležitá je práca s deťmi a mládežou v ich voľnom čase. Islandská protidrogová stratégia totiž v prvotných krokoch obmedzila možnosť vychádzok školop povinnej mládeže do 22. hodiny cez školský rok a do 24. hodiny v letných mesiacoch, posilnila väzbu učiteľ-rodíč formou rodičovských organizácií, ktoré museli byť v každej škole, zakázala reklamu alkoholických a tabakových produktov a posunula hranicu predaja na 18 rokov pre tabakové výrobky a na 20 rokov pre alkohol. Nasledovala potom o to dôležitejšia práca s deťmi, kedy za podpory

regionálnych inštitúcií bol podporovaný záujem školákov o voľnočasové aktivity, predovšetkým zo sociálne slabších a problémových rodín. Záujmy boli podporované či už v športovej, vzdelávacej alebo umeleckej činnosti – základným kameňom bol najmä záujem samotného dieťaťa a následne pedagogická či rodičovská podpora týchto aktivít. V rámci slovenského protidrogového programu treba poznamenať, že takéto výrazné pokroky zaznamenané neboli, skôr naopak. Slovenská politika proti omamným látkam sa zameriava predovšetkým na bezpečnosť, liečbu a až následne na primárnu prevenciu, ktorá je prezentovaná v rámci edukácie rôznych projektov na školách.

Základnou ideou príspevku je rozobrať problematiku okolo ohrozenej skupiny obyvateľstva, ktorá je príležitostným alebo pravidelným užívateľom omamných látok. Spoločnosť ako odborná, tak i laická, neustále rieši kontroverznosť obdobných tém, no efektívne zabezpečenie zdravotníckej, pedagogickej, ale hlavne ľudskej pomoci na vyslobodenie sa z okov závislosti a osobnostných ťažkostí, nám stále uniká. Cieľom príspevku je v teoretickej časti preniknúť hlbšie do problematiky, ktorá sa potenciálne týka nás všetkých, aby sme boli dostatočne pripravení podať odbornú pomoc človeku v núdzi najmä z pohľadu správnej diagnostiky, liečby a adekvátnemu prístupu k pacientovi. Praktická časť už rozoberá rovinu reality výjazdov ZZS spojených s užívaním omamných látok v porovnaní so zahraničnými či slovenskými štúdiami, hľadajúc možné východisko zo súčasného stavu.

Omamné látky a komplikácie spojené s ich užívaním.

Omamná alebo psychotropná látka (droga) *„je prirodzená alebo syntetická chemická látka s rýchlym a výrazným účinkom na ľudskú psychiku (náladu, správanie)“* (Dobiáš et al. 2012, s. 511). Prakticky sa dá povedať, že za omamnú môže byť označená každá látka, ktorá má:

1. **Psychotropný efekt** – modifikuje naše prežívanie, mení to, ako svet vidíme a prežívame.

2. **Potenciál závislosti** – dlhodobé, pravidelné užívanie môže vyvolať závislosť a viesť ku strate kontroly nad jej užívaním (Kalina et al. 2015).

Existuje mnoho spôsobov členenia v tejto tematike, avšak podľa vyššie spomenutých vlastností sme substancie roztriedili z pohľadu dvoch významných hľadísk.

Prvá vlastnosť – schopnosť modifikovať ľudské prežívanie a samotný somatický vplyv látky na vnímanie a fyziológiu užívateľa, delí chemicky rôznorodé substancie do troch jednotných skupín:

1. **Depresanty** – spomaľujú psychomotorické tempo; malé dávky upokojujú, vyššie navodzujú spánok, kómu až zástavu životných funkcií.
2. **Stimulanty** – zbavujú človeka únavy, urýchľujú myšlienkové tempo a aktivujú motoriku.
3. **Halucinogény** – vyvolávajú zmeny vnímania od obyčajného zostrenia až po stavy podobné schizofrenii (Kalina et al. 2015).

Z pohľadu medicínskeho a adiktologického delíme omamné látky na:

1. **Omamné látky vyvolávajúce fyzickú závislosť** – „používaná látka sa stane nutnou súčasťou metabolizmu a jej vynechanie potom vedie k vzniku abstinenčných príznakov ” (Janík, Dušek 1990, s. 73).
2. **Omamné látky vyvolávajúce psychickú závislosť** – fyzická závislosť nie je prítomná – jedná sa o „zvláštne ladenie psychiky, ktoré núti jedinca k periodickému používaniu látky. Užívateľ tak koná preto, aby si navodil príjemný psychický stav alebo aby zabránil vzniku nepríjemných pocitov a nálad ” (Janík, Dušek 1990, s. 73).

Komplikácie užívania

Užívatelia psychotropných látok najčastejšie siahajú po istej substancii najmä pre jej schopnosti spôsobovať zmeny prežívania. Či už k takémuto rozhodnutiu vedie

predstava začlenenia sa do určitej sociálnej vrstvy, alebo túžba po úniku pred realitou, snaha o spomalenie životného tempa alebo určitá kompenzácia vzhľadom na zložitú životnú situáciu, žiadaný efekt omamnej látky môže vyústiť do komplikácií, ktoré si často užívatelia neuvedomujú. Tieto komplikácie môžu byť dvojakého typu – na jednej strane akútne, spôsobené neprimeranou dávkou požitej drogy, alebo chronického rázu vzniknuté na podklade somatického poškodenia z dôvodu dlhodobej závislosti.

Ťažiskové okruhy tohto spoločenského problému sú:

1. Akútna intoxikácia – je náhle vzniknuté „negatívne pôsobenie toxickej látky v organizme. *Následky pôsobenia na organizmus:*

1. morfologické poškodenie buniek (tkanív, orgánov)
2. funkčné poškodenie buniek
3. kombinované poškodenie” (Straka et al. 2012, s. 16).

2. Komorbidity – „heterogénna skupina ochorení, ktorá vzniká v súvislosti s užívaním drog. Somatické komorbidné ochorenia môžu byť vážnejším problémom než závislosť ako ochorenie. Niektoré sú neliečiteľné a možno ich len stabilizovať (infekcia HIV/AIDS, cirhóza pečene), u iných je liečba sťažená, náročná na adherenciu klienta časovo i finančne (vírusová hepatitída typu C), poškodenia môžu byť nezvratné (strata oka pre kandidovú endoftalmitídu), a prakticky vždy platí že závislosť ako ochorenie prognózu zhoršuje” (Kalina et al. 2015, s. 232).

3. Abstinenčný syndróm – „sa vyvíja u fyzicky závislého jedinca v okamžiku odňatia/zníženia dávky návykovej látky. Jeho klinický priebeh je veľmi variabilný a u jednotlivých typov látok sa prejavuje rôzne. Zjednodušene sa ale dá povedať, že rada príznakov abstinénčného syndrómu má opačný charakter ako účinok danej látky. Stav sa väčšinou nedá zvládnuť bez hospitalizácie. Za určitých okolností môže byť letálny.” (Ševčík et al. 2014, s. 813).

4. Duálne diagnózy – „pojem je v adiktologickej a psychiatrickej literatúre používaný pre súbeh poruchy z užívania návykových látok a iných psychických porúch. V podstate ide o

špecifický typ psychiatrickej komorbidity, čím sa všeobecne myslí výskyt dvoch a viac psychických porúch u jedného pacienta.” (Kalina et al. 2015, s. 211).

5. Suicidalita – samovražda (latinsky suicidium) je čin vedomého a úmyselného ukončenia vlastného života. Medzi najčastejšie nájdené prediktory suicidálnych pokusov a suicidálnej tenzie patria okrem depresívnej poruchy a impulzivity taktiež závislosť na návykových látkach. Suicidalitu môže zvyšovať samotná intoxikácia, syndróm z vysadenia a príznaky chronickej závislosti spolu s ich interpersonálnymi, pracovnými a sociálnymi dôsledkami. Pretože problémy so závislosťou sú častejšie u pacientov s osobnostnou patológiou, tak ako aj u ľudí, ktorí majú psychické interpersonálne a sociálne problémy je často ťažké určiť, ktorý z týchto faktorov sa na zvýšenej suicidalite podieľa najvýraznejšie. Zdá sa však, že užívanie návykových látok môže byť vedľa depresívnej poruchy a impulzivity nezávislým faktorom, ktorý sa na náraste suicidality a suicidálnych pokusov podieľa. Frekvencia suicidálnych pokusov sa zdvojnásobuje s každou ďalšou závislosťou (Látalová et al. 2015).

Prednemocničná neodkladná zdravotná starostlivosť o pacienta po zneužití omamných látok.

Z povahy záchrannej zdravotnej služby vyplýva, že by mala ošetrovať predovšetkým stavy, u ktorých môže dôjsť k vážnemu ohrozeniu zdravia či života. K tejto kategórii sa pridávajú rovnako aj stavy pri nadmernom užití OL, kedy nie je nikdy isté, či sa u pacienta podarí včasná intervencia.

Medicínsky prístup

Pravidlá pri ošetrovaní pacientov pri ZOL sa štandardne až tak neodkláňajú od klasického ošetrovania pacienta, špecifikujú sa až po určení noxy a tvoria hlavnú ideu nášho príspevku, avšak rozhodne treba mať na pamäti pár základných bodov. Z medicínskeho prednemocničného hľadiska sa postupy veľmi nevymykajú

štandardným postupom. V prvom rade treba zabezpečiť vitálne funkcie pacienta. Pri bezvedomí spôsobeným ZOL hovoríme predovšetkým o zabezpečení dýchacích ciest pred regurgitáciou a následnou aspiráciou cestou intubácie, či supra-/subglotických pomôcok. Prevencia aspirácie v týchto prípadoch jednou z hlavných úloh ZZS pri zabezpečení pacienta. S týmto úkonom ide ruka v ruke aj efektívna ventilácia pacienta, či už len z použitia kyslíka pri zachovanej aktivite dýchacieho centra, alebo umelej pľúcnej ventilácie ručným, alebo automatickým prístrojom. V poradí druhým zlatým štandardom ostáva zabezpečenie intravenózneho (resp. intraoseálneho) prístupu a následná podpora obehu, či už infúzioterapiou, farmakoterapiou, alebo mechanickou či elektrickou stimuláciou.

Z pohľadu farmakoterapie sa jedná napríklad o nevyhnutnú liečbu kŕčov a halucinácií, korekciu krvného tlaku a minerálového dysbalancu či prípadných arytmii. V rámci infúzioterapie treba dbať o doplnenie objemu a glukózy u ohrozených pacientov. Monitoring základných životných funkcií ostáva počas celého zásahu dôležitou súčasťou, a dáva nám objektívny prehľad o stave pacienta a efektívnosti vykonanej liečby. Dôležitým markerom v týchto prípadoch býva okrem objektívnych ukazovateľov obehového systému hlavne teplota tela, ktorú treba regulovať buď fyzikálnym chladením a infúziami, alebo naopak zábalom do deky a izotermických folií a následnej aplikácií zahriatych roztokov. Rovnako sa netreba uspokojiť s prvotným zhodnotením stavu, ale poctivým druhotným vyšetrením ďalej pátrať po relatívne možných ohrozujúcich faktoroch. Ak je to možné, čo najefektívnejšie treba vyťažiť príslušných svedkov za zistením čo najpodrobnejšej anamnézy (v týchto prípadoch najmä psychiatrickej a návykovej). Transport pacienta sa, ako v iných prípadoch, rieši osobitne podľa najviac ohrozujúceho stavu a to s prihliadnutím na profit z umiestnenia do jednotlivých nemocníc či formy transportu.

U liečby konkrétnych komorbidít treba postupovať symptomaticky ako u iných ochorení, niektoré stavy však majú svoje špecifiká. U komorbidít alkoholového typu sa jedná predovšetkým o krvácanie z GITu pri portálnej hypertenzii indukovanej

cirhózou. V týchto prípadoch je veľká pravdepodobnosť krvácania z pažerákových varixov, ktoré si vyžadujú použitie Sengstakenovej-Blackmoorovej sondy. Rovnako dôležitá je u pacientov s cirhózou korekcia hypertenzie a potlačenie hypertenznej krízy, ktoré by mohli stav pacienta výrazne zhoršiť. U užívateľov opiátov a stimulancií treba pri problémoch s dýchacím ústrojenstvom vždy pátrať po príznakoch rozvíjajúceho sa syndrómu heroínových pľúc a následne ho urgentne liečiť. U intravenózných užívateľov je dôležité odobratie anamnézy s dôrazom na výskyt infekčných ochorení, či už HIV alebo hepatitídy. Pri prípadoch infekčných pacientov treba dbať o zvýšené ochranné opatrenia, ak nie je nevyhnutne treba intravenóznym prístupom nezavádzať ho a pri predávaní pacienta upozorniť nemocničný personál na výskyt tohto ochorenia. Rovnako so zvýšenou opatrnosťou treba jednať u intravenózných užívateľov s bercovými vredmi či abscesmi (Kalina et al. 2015).

Psychologický prístup

Situácie pri ZOL môžu v niektorých prípadoch eskalovať až do slovnej či fyzickej agresie, ktorej treba preventívne predchádzať jednak citlivejším prístupom, a rovnako aj súčinnosťou s posádkou štátnej či mestskej polície. Najviac bývajú prípady pri agitovanom intoxikovanom pacientovi s poruchou správania, alebo pacientoch v bezvedomí, kde okolie podľahne emóciám a dokáže ohroziť posádku aj pri malom náznaku zaváhania či prudšieho vystupovania. Človek v povolání zdravotníckeho záchranára by mal mať osvojené určité techniky intervencie, ktoré by mali eliminovať možnosť vyhrotenia situácie. Medzi spomínané schopnosti by v prvom rade mala patriť vlastnosť triezveho zváženia rizika. Potenciálneho agresora treba rýchle vyhodnotiť a pri určení vyššieho rizika dbať na svoju bezpečnosť a radšej počkať na posádku PZ SR.

Vodítkom k možnej agresii môže byť reč tela agresora: dlhé, neprerušované pohľady do očí, motorický nepokoj, nervozita, začervenanie v tvári či vyhľadávanie potenciálnej zbrane. Ak už sa vyskytne zdravotnícky záchranár v takejto situácii, mal

by sa snažiť vytvoriť si priestor medzi agresorom a sebou aspoň na dvojnásobnú dĺžku svojich predpažených rúk, nájsť si voľnú únikovú cestu a nezatláčať agresora do kúta, nakoľko ho to môže priviesť k eskalácii heteroagresie. V rámci komunikácie sa snažíme eliminovať provokujúce faktory (direktívne rýchle rozprávanie zvýšeným hlasom, rýchle pohyby, zvýšená úroveň našich očí a celého tela, zdravotné výkony bez informovania a pod.) a naopak sa snažíme nájsť kompromis a pochopiť dôvod agresie.

Ďalším extrémom v rámci ZOL, na ktorý treba byť pripravený je suicidalita abúzerov. Jedná sa o jednu z kritických skupín, u ktorých často treba vykonávať krízovú intervenciu. Predispozícia spočíva najmä v kombinácii rôznych negatívnych faktorov počnúc toxicitou látky, jej abstinенčnými príznakmi a sprievodnými ochoreniami a končiac u depresií a zlého finančného či sociálneho stavu. Samotná krízová intervencia v takýchto situáciách začína v jednom spoločnom bode: pacienta neodsudzujeme a nehodnotíme. Na úspešne vykonanú intervenciu neexistuje presný návod, vyžaduje sa celková vysoká sociálna inteligencia vyjednávateľa a osvojenie základných pravidiel. Reč tela by mala byť pokojná rovnako ako pri agresívnom pacientovi, bez rýchlych pohybov, s kontrolovaným hlasom bez prejavu paniky, strachu či výsmechu a mali by byť eliminované rýchle pohyby (ak nie sme dostatočne blízko pacientovi a nemôžeme priamo zabrániť samovražde). Obsah reči by sa nemal zameriavať témou dôvodu samovraždy, snažíme sa pacientovi dokázať náš záujem, ukázať úctu k jeho individualite a snažiť sa svetlý bod, ktorý by vedel pacienta odpútať od suicidálnych myšlienok. Tieto vyjednávania sú často psychicky a časovo veľmi náročné, avšak treba si uvedomiť že v opačnom prípade (podnecovania k samovražde, resp. zanedbania starostlivosti) sa z právneho hľadiska jedná o trestný čin (Andršová 2012).

Obsahová analýza dokumentov

Analýza dokumentov patrí k štandardným technikám kvalitatívneho výskumu. Dokumenty – všetko napísané alebo jednoducho zaznamenané – môže byť podrobené

analýze. V dokumentoch sa prejavujú osobné alebo skupinové vedomé alebo nevedomé postoje, hodnoty a idey. Dokumenty sú knihy, novinové články, články na internete, záznamy z porád, denníky, plagáty, obrazy, filmy, videá, diskusie na internete, diskusie na sociálnych sieťach, blogy apod. Textové dokumenty, ako zhmotnené prostriedky sociálnej komunikácie, tvoria bohatý zdroj údajov pre výskum.

Obsahová analýza má svoje výhody a nevýhody.

Výhody: umožňuje analyzovať jazyk a slová, dosiahnuteľná bez ohľadu na dobu; informácie sú starostlivo spracované.

Nevýhody: môže ísť o chránené informácie, vyžaduje vyhľadávanie informácií, vyžaduje sa prepis alebo skenovanie do počítača, materiál môže byť nekompletný, materiál nemusí byť presný a autentický.

Pre náš výskum uplatníme: tradičnú analýzu dokumentov Záznamu o zhodnotení zdravotného stavu osoby (ďalej ZoZZSO). Obsahová analýza je výskumná technika spočívajúca objektívnom systematickom a kvantitatívnom opise manifestovaných (prejavených) obsahov komunikácií. Vychádza z predpokladu, že symboly majú pre všetkých zúčastnených v komunikačnom procese rovnaký význam (obsah) a z predpokladu, že početnosť výskytu určitých symbolov má pre komunikačný proces vôbec význam. Táto výskumná technika spočívajúca objektívnom systematickom a kvantitatívnom opise manifestovaných (prejavených) obsahov komunikácií. Hodnota obsahovej analýzy sa znásobuje kombinovaním s inými metódami a môže byť použitá ako hlavná alebo vedľajšia metóda. V podmienkach SR je málo využívaná (Hendl et al. 2005).

Základným cieľom uskutočneného výskumu je objektívne zanalyzovať reálnu situáciu v terénnej praxi ZZS v kontexte k pacientom zneužívajúcich omamné látky (ďalej ZOL), a to ako z pohľadu posádky RZP, tak aj RLP. Tieto informácie budú

získavané formou obsahovej analýzy dokumentov Záznamu o zhodnotení zdravotného stavu osoby.

Hlavné ciele by sa dali zhrnúť nasledovne:

- zistiť pomer všetkých výjazdov ku výjazdom spojených so ZOL,
 - zistiť indikovanosť týchto výjazdov,
 - zistiť rodový pomer pacientov.

Hypotézy

- Počet výjazdov k ZOL bude zo všetkých výjazdov za rok 2016 na skúmaných staniciach činiť aspoň 10%.
- Všetky výjazdy uskutočnené k pacientovi so ZOL budú hodnotené ako indikované.
- Pacienti zneužívajúci omamné látky budú prevažne (viac ako 55%) mužského pohlavia.

Výberový súbor tvorili dokumenty ZoZZSO za kalendárny rok 2017. V tomto období bolo realizovaných dokopy 7655 výjazdov ZZS.

Prvá hypotéza, hovoriaca že počet výjazdov k ZOL bude zo všetkých výjazdov za rok 2017 na skúmaných staniciach činiť aspoň 10% sa nám nepotvrdila. Priemer skúmaných troch staníc činí 6,01%. Negatívny výsledok mohol byť ovplyvnený viacerými faktormi:

1. ani jedna zo staníc sa nenachádza na periférii väčších miest s rušným nočným životom a má vo svojom zásahovom teritóriu prevažne vidiecku oblasť a menšie mestá,
2. v prípadoch týkajúcich sa komorbidít a duálnych diagnóz môže ísť o mylné určenie diagnózy, respektíve neúplné odobranie anamnestických údajov (najmä návykovej), a tým spôsobené nezariadenie diagnózy abúzuči závislosti,

3. do štatistiky bol pomer skúmaných staníc RLP ku RZP číselne vyjadrený 2:1; pri opačnom pomere v závislosti od polohy staníc by sa čísla mohli líšiť, ba až prekročiť predpokladaný limit

Druhá hypotéza, pojednávajúca o indikovanosti v znení Všetky výjazdy uskutočnené k pacientovi so ZOL budú hodnotené ako indikované sa nám potvrdila. V súčasnosti, nie len v prípadoch spojených s ZOL, nie je v záchranných službách preferovaný trend neindikácie výjazdu. Z jedného pohľadu sa môže jednať o právnu bezpečnosť zasahujúcej posádky, ktorá je v prípade prevozu či liečby „krytá“, alebo môže ísť o zložitú vymáhateľnosť legislatívnych sankcií, najmä u niektorých slabších sociálnych vrstiev, u ktorých sa o neindikovaný výjazd (zneužitie) jedná pomerne často. V každom prípade, z analyzovaných 7655 výjazdov za rok 2017, sa takýto prípad nevyskytol ani jeden.

V poradí **tretia predpokladaná situácia**, tvrdiaca že Pacienti zneužívajúci omamné látky budú prevažne (viac ako 55%) mužského pohlavia sa nám potvrdila. Priemer všetkých troch staníc totiž činil dokopy 78,6%, pričom najviac sa k nášmu predpokladu priblížila stanica RZP na južnom Slovensku (73,6%) a najväčšia odchýlka bola u RLP na východnom Slovensku (82,4%). Výsledné čísla veľmi ťažko interpretovať – náš predpoklad vychádzal len z pomyselnéj spoločenskej dogmy, ktorá iracionálne prezentuje pitie alkoholu (resp. užívanie omamných látok) za „chlapské“.

Diskusia

Ak chceme prejsť k porovnávaniu získaných výsledkov s podobnými výskumami oficiálnych inštitúcií, treba najprv zhodnotiť relevantnosť našich údajov. Táto potreba vznikla z realizácie, že niektoré údaje môžu byť a sú ovplyvnené ľudským faktorom, a preto nemusia mať celkom presnú výpovednú hodnotu.

Pri zbere údajov sa vyskytovali diametrálne odlišnosti medzi jednotlivými dokumentmi ZoZZSO. Týkalo sa to najmä popisu situácie a dôkladného odobratia anamnézy – návyková anamnéza bola v tomto prípade skôr milým prekvapením ako rutinnou záležitosťou. Pole pre diagnózy bolo rovnako ovplyvnené týmto pôsobením. V rámci anamnézy sa často vyskytoval podrobnejší popis situácie a predchorobie, a u intoxikácií aj prípadný abúzus iných substancií.

V európskom merítku sme neboli schopní nájsť väčšiu štúdiu, ktorá by sa zaoberala pacientmi užívajúcimi omamné látky (a ich zapríčinenými ťažkosťami) v prednemocničných podmienkach. V roku 2016 však bola Európskym centrom pre drogy a drogové závislosti (EMCDDA) vydaná štúdia zaoberajúca sa intoxikovanými pacientmi na urgentných príjmoch a ich najčastejšími ťažkosťami, čo sa najviac približuje k zámeru nášho výskumu (Wood et al. 2016). EMCDDA zozbierala pre vznik tejto správy údaje z urgentných príjmov 20 miest v 14 krajinách Európy (vrátane Slovenska). Na druhej strane je možná konfrontácia ostatných látok: EMCDDA udáva že najčastejšie užívanou látkou v Európe (okrem alkoholu) je heroín, za ktorým nasledujú v tesnom závесе kokaín, marihuana, psychofarmaká a i. Látky sú v tomto prípade jednotlivo menované, nie zovšeobecňované. Ak by sme sa snažili pre porovnanie zovšeobecniť dáta z EMCDDA podľa našich kategórií, poradie by bolo nasledovné: najčastejšie zneužívanou kategóriou sú psychofarmaká, za nimi nasledujú stimulanciá, opioidy, kanabioidy a tanečné drogy. Okrem vyššie popísanej celoslovenskej štúdie sa v roku 2017 v menšom formáte vyskytla práca, odprezentovaná na odbornom medicínskom seminári, do ktorej boli zahrnuté aj údaje hodiace sa pre porovnanie do našej práce (Trenkler et al. 2017).

Z podmienok záchranej služby bola vytvorená ucelená štatistika prezentujúca výskyt psychiatrických stavov v prednemocničnej fáze, pričom vysoký podiel tvorili práve stavy spojené so ZOL. Jednalo sa v najväčšej miere o zneužitie alkoholu, sedatív a opiátov, za ktorými nasledovali skupiny kanaboidov, halucinogénov, solvencií a stimulancií. Rozdiely v našich číslach nie sú až tak diametrálne odlišné, skôr sa viacej

podobajú. Odchýlky v našich údajoch mohli byť spôsobené konkrétnym zameraním analýzy, pričom v našom príspevku sme sa zameriavali len na výskyt samotnej intoxikácie, no kolektív okolo doktora Trenklera fokusoval najmä psychiatrické zmeny a poruchy, zapríčinené ZOL.

Z pohľadu demografických údajov sa tiež vyskytla menšia odchýlka od nášho výsledku – v tomto prípade bol najpočetnejšou skupinou pacientov súbor v rozmedzí 41-50 rokov. Odôvodniť by sme tento výsledok mohli faktom, že psychiatrické ochorenia sa v spojitosti so ZOL vyskytujú a vyvíjajú po dlhšom čase, kde môže byť rizikovou práve táto veková kategória.

Návrhy pre prax

Ak by sme mali navrhnúť zmeny do širokej verejnej sféry na základe nadobudnutých skúseností a znalostí z našej obsahovej analýzy, tak by sme sa zamerali na oblasť zdravotníctva. Sektor zdravotníctva ako jedna z ťažiskových strán, zúčastňujúcich sa na riešení drogovej situácie v každej krajine, by potenciálne mohla prebehnúť mnohými reformami a ich riešenie by bolo na obširnu debatu. Z nášho pohľadu by sme chceli podoknúť len zopár faktov. V prvom rade treba v našich pomeroch prijať (možno pre nás nepríjemný) fakt, že závislosť akéhokoľvek druhu je ochorením človeka ako každé iné. Preto by sa k nemu malo pristupovať profesionálne, bez určitých predsudkov či podceňovania. Z hľadiska liečby nevieme posúdiť súčasný stav, rozhodne by však malo platiť rovnaké pravidlo ako u ostatných odborov medicíny, a to držanie sa moderných postupov založených na evidence based výskumoch a netrvať slepo na nepodložených teóriách. V oblasti harm reduction patríme medzi popredné európske krajiny, čiže v tomto prípade by bol akýkoľvek komentár nemiestny. (EMCDDA)

Z nadobudnutých skúseností z nášho výskumu treba zdôrazniť, že prioritou pre slovenské zdravotníctvo by mala byť predovšetkým kvalitná príprava a celoživotné

vzdelávanie zdravotníkov, lekárov nevynímajúc. Už samotná administratívna práca v rámci vypisovania dokumentov ZoZZSO sa v niektorých prípadoch javila byť problémová, čo by sa dalo tiež považovať za určitý indikátor kvality našich služieb. Čo by sme chceli zdôrazniť je hlavne zvyšovanie kvality vzdelávacích inštitúcií, pripravujúcich budúcnosť nášho zdravotníctva. Už dnes máme na Slovensku vysokú úroveň školstva, pripravujúcu kvalitných zdravotníckych pracovníkov. Tento trend stúpania kvality by sme sa mali pokúsiť udržať, a to nie len v ťažiskových predmetoch (v našom prípade) urgentnej, internej či inej medicíny, ale rozvíjať aktívne schopnosti uchádzačov aj v takých odvetviach ako je medicína katastrof, toxikológia či psychiatria.

Záver

Užívanie omamných a psychotropných látok patrí k ľudstvu už od jeho počiatkov. V dnešnej dobe sú okrem prírodných látok dostupné aj syntetické, ktoré nie menej poškodzujú ľudský organizmus a trieze zmysľanie. S pribúdajúcimi rokmi sa okrem rozširujúceho sa spektra nových drog zväčšuje aj komunita abúzerov – ľudí závislých na úniku od reality. Či už je to dostupnosťou a pestrosťou ponúkaných drog, alebo pribúdajúcim životným tempom čo zvyšuje ich počty, je jasné, že problém sa začína týkať každého z nás.

Zoznam použitej literatury

1. ANDRŠOVÁ, A., 2012. *Psychologie a komunikace pro záchranáře v praxi*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4119-2
2. DOBIÁŠ, V. et al., 2012. *Prednemocničná urgentná starostlivosť*. Martin: Osveta. ISBN 978-80-8063-387-5
3. HENDL, J. et al., 2005. *Kvalitativní výzkum*. Praha: Portál. ISBN 80-7367-040-2
4. JANÍK, A. a K. DUŠEK, 1990. *Drogy a společnost*. Praha: Avicenum. ISBN 08-083-90
5. KALINA, K. et al., 2015. *Klinická adiktologie*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4331-8

6. LÁ TALOVÁ, K. et al., 2015. *Suicidalita u psychických poruch*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4305-9
7. LÜLLMANN, H. et al., 2002. *Farmakologie a toxikologie*. Praha: Galén. ISBN 807-16-9976-4
8. MZ SR, 2015. *Stav drogovej problematiky na Slovensku*. Bratislava: NMCD
9. NERAD, J. et al. 1998. *Drogy a mýty*. Olomouc: Votobia. ISBN 80-7198-309-8.
10. STRAKA, L. et al., 2012. *Kompendium súdnolekárskej toxikológie*. Martin: Osveta. ISBN 978-80-8063-378-3
11. ŠEVČÍK, P. et al., 2014. *Intenzivní medicína*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7492-066-0
12. TRENKLER, Š., E. HAVLÍKOVÁ a M. HUMAJ, 2017. *Manažment psychiatrického pacienta vo FZ: odborná prednáška*. Martin: Falck Záchranná a.s.
13. WOOD, D. M. et al., 2016. *Hospital emergency presentations and acute drug toxicity in Europe*. 1. vyd. Luxembourg: EMCDDA. ISBN 978-92-9168-932-3

Kontakt na autorov

Bc. Alojz Písečný

Nemocnica Malacky

e-mail: pisecny.a@zoznam.sk

PhDr. Ivana Argayová, Ph.D.

Prešovská univerzita v Prešove

Fakulta zdravotníckych odborov

Katedra urgentnej starostlivosti

e-mail: Ivana.argayová@unipo.sk

Recenze: PhDr. Mgr. Dana Rebeka Ralbovská, Ph.D. (ČVUT v Praze, Fakulta biomedicínského inženýrství)

MOŽNOSTI VYUŽITÍ AED U JEDNOTEK SBORU DOBROVOLNÝCH HASIČŮ

Possibilities of using AED for Volunteer Firefighters

Ing. Roman Říha^{1,3}, Bc. Ing. Veronika Křivánková¹, Petr Malíř², Mgr. Radim Kuba³

1. ČVUT v Praze, Fakulta biomedicínského inženýrství, 2. JSDH Tetín,

3. Univerzita Karlova Praha, Přírodovědecká fakulta

Abstrakt

Jednou z obvyklých součástí motivace ke vstupu do dobrovolné hasičské jednotky je odpovědnost a touha pomáhat sousedům a obci. Nemusí se však jednat pouze o hašení požárů, či odstraňování popadaných stromů. Dobrovolní hasiči mohou zachraňovat i zdraví a životy při náhlých život ohrožujících stavech, jako je například náhlá zástava oběhu (NZO). V této snaze jim mohou pomoci přístroje (AED), které bohužel stále nejsou rozšířeny ve větším množství.

Klíčová slova: Jednotka sboru dobrovolných hasičů, JSDH, automatizovaný externí defibrilátor, AED, dobrovolnictví.

Abstract

The volunteer firefighters usually want to help neighbors and the community. They can do more than extinguish or remove grabbed trees only. Volunteer firefighters can also save health and lives in sudden life-threatening conditions. In this situations can help automated external defibrillator AED. Unfortunately the number of AEDs for volunteer firefighters isn't sufficient.

Key words: Volunteer firefighters, automated external defibrillator, AED, voluntary.

Úvod

Pokud člověk nedýchá a je nutné zahájit kardiopulmonální resuscitaci (dále jen KPR), může k záchraně života velkou měrou přispět tzv. automatizovaný externí defibrilátor (dále jen AED), který v průběhu oživování podá léčivý elektrický výboj. Takovýto výboj může navrátit správnou srdeční činnost a obnovit tak zastavený oběh (Owen et al., 2018; Pollack et al., 2018, Stein et al., 2017; Truhlář et al., 2015; Ringh et al., 2015; Blom et al., 2014, Berdowski et al., 2011).

Jednu ze zásadních součástí motivace k působení v jednotkách sborů dobrovolných hasičů (dále jen JSDH) spatřujeme v odpovědnosti vůči societě a podílení se na její ochraně. Sdružení dobrovolných hasičů (dále jen SDH), která bývají s JSDH úzce provázány, mívají totiž důležitou (a často dlouhotrvající) kulturně-sociální roli v dané obci, což bývá jednou se základních perspektiv k dobrovolnictví (Frič & Pospíšilová, 2010). Lze tedy přepokládat, že budou chtít aktivně participovat i na záchraně života a zdraví svých sousedů a spoluobčanů. Členové jednotky jsou navíc pravidelně školeni v poskytování předlékařské první pomoci a mohou tedy zajistit základní životní funkce zasaženému do příjezdu profesionálů ze zdravotnické záchranné služby (dále jen ZZS) (Ministerstvo vnitra-generální ředitelství Hasičského záchranného sboru České republiky, 2014). I z tohoto důvodu jsou ideálními kandidáty na tzv. „first respondery“.

Úkolem first responderů je se na základě výzvy zdravotnické záchranné služby (formou sms či speciální aplikace v chytrém telefonu) dostavit k zasaženému člověku a poskytnout mu adekvátní první pomoc a provést život zachraňující úkony (www.zzskhk.cz). Zájemci z řad laické veřejnosti musí před zařazením do systému absolvovat speciální kurz. V této perspektivě představují dobrovolní hasiči ideální skupinu, protože jsou trénovaní, v problematice se orientují a zpravidla mají zkušenosti se spoluprací s dalšími složkami IZS.

Modelový příklad využití AED u JSDH – Jednotka Tetín

K problematice využití AED přistoupila s cílem otestovat a zvýšit efektivitu systému i JSDH v obci Tetín. Přístroj AED byl zakoupen díky dotaci z rozpočtu Středočeského kraje ze Středočeského Fondu podpory dobrovolných hasičů a složek IZS v rámci Tematického zadání „Podpora občanských sdružení a veřejně prospěšných organizací působících na poli požární ochrany“ v první polovině roku 2016. Z rozpočtu Sdružení dobrovolných hasičů Tetín byl zakoupen i „dětský klíč“, umožňující podávání léčebného výboje i dětem do 25 kg jejich hmotnosti.

Cílem je zvýšení dostupnosti a využitelnosti AED v rámci místní komunity, což plně koresponduje s kategorií jednotky JPO V, která je primárně určena pro působení v katastru obce (Vyhláška č. 247/2001 Sb.) s dojezdem na místo do 10 min (Zákon č. 133/1985 Sb.). Z tohoto důvodu není u jednotky uskladněn AED na hasičském vozidle, ale ve skříňce ve zbrojnici. Zbrojnice je dostupná skrze plastové bezpečnostní vchodové dveře s číselným zámekem – obr. 2. Kód k otevření dveří v případě potřeby sdělí na lince 155 zdravotnická záchranná služba. Po vstoupení do zbrojnice uvidí záchránce AED (obr. 3 a 4.), které lze vyzvednout. Budova je zajištěna bezpečnostním a kamerovým systémem.



Obrázek 1: Hasičská zbrojnice jednotky Tetín, Na Parkáně 133, Tetín [zdroj: vlastní]



Obrázek 2: Vstupní dveře do zbrojnice s číselným otevíráním dveří [zdroj: vlastní]



Obrázek 3: V případě sdělení kódu k otevření dveří se skříňka s defibrilátorem rozblíká zeleným světlem. Skříňka je umístěna na pravé stěně zbrojnice z pohledu od vchodu. Nalezení defibrilátoru by měla být otázka vteřin.

Jednotka sboru dobrovolných hasičů obce Tetín je vybavena svolávacím zařízením FIREPORT, který umožňuje v případě vyhlášení poplachu od operačního střediska Hasičského záchranného sboru kraje, v jednu chvíli vyrozumět všechny přihlášené členy jednotky (resp. všechny osoby, které velitel jednotky určí). Vyrozumění proběhne prostřednictvím SMS a vzápětí systém „zatelefonuje“ a volaný pomocí číselníku potvrdí či zamítne svoji účast na výjezdu k mimořádné události (www.fireport.cz). V případě obce Tetín jsou do „seznamu volaných“ zařazeny i učitelky z MŠ a ZŠ, které jsou v těsné blízkosti hasičské zbrojnice. Vyučující jsou zároveň vyškoleny v poskytování první pomoci a používání defibrilátoru. Tímto postupem byla zajištěna neustálá dostupnost vyškoleného dobrovolníka, který dokáže použít defibrilátor. Pedagogové mohou vzhledem k blízkosti svého pracoviště velmi vhodně činnost JSDH doplnit, neboť ostatní členové mohou být ve větší vzdálenosti (např. ve svých zaměstnáních, a to i mimo obec). Jak je uvedeno výše, je defibrilátor dostupný i pro veřejnost po kontaktu se zdravotnickou záchrannou službou na lince 155, která má přehled o zaregistrovaných defibrilátorech. Pro použití AED u této jednotky jsou tedy nejpravděpodobnější dva scénáře. Prostřednictvím linky 155 (zdravotnické operační středisko – ZOS) přímo. Anebo nepřímo, kdy dojde k předání informace z linky 155 (ZOS) operačnímu středisku Hasičského záchranného sboru kraje (KOPIS) a prostřednictvím svolávacího zařízení FIREPORT jednotce/vyučujícím (viz tabulka 1). Přístroj AED zároveň může být využit při zajišťování zdravotnických asistencí dále pak při NZO zasahujícího člena jednotky, nebo jiných osob přímo u probíhajícího zásahu například požáru, technické pomoci, dopravní nehody, nebo jiné činnosti jednotky (výcvik) atd.

modelová situace 1	modelová situace 2
náhodní svědci NZO v blízkosti zbrojnice volání na 155 (ZOS) využití TANR vyzvání k použití AED sdělení kódu ke zbrojnici použití AED	náhodní svědci NZO v Tetíně a okolí volání na 155 (ZOS) využití TANR v blízkosti není volná posádka RZP/RLP žádost ZOS o jednotku na KOPIS aktivace jednotky (FIREPORT) shromáždění jednotky na zbrojnici výjezd techniky s AED příjezd a použití AED

Tabulka 1: možnosti „aktivace“ a použití defibrilátoru v obci Tetín [zdroj: vlastní]



Obrázek 4: Umístění defibrilátoru ve skřínce [zdroj: vlastní]

ZÁVĚR

Závěrem je nutné vyzdvihnout možnosti použití defibrilátoru, který je dostupný přímo v obci pro její obyvatele, neboť použití léčebného výboje může mít při oživování zásadní význam. Pokud je k dispozici včas „laický“ automatizovaný externí defibrilátor může být šance na přežití či zachovanou kvalitu života mnohem vyšší. V případě dotazů k systému zpřístupnění defibrilátoru pro veřejnost nebo zájmu o prohlídku hasičské zbrojnice můžete kontaktovat přímo člena jednotky Petra Malíře na e-mailové adrese: petr.malir1@seznam.cz.

Děkujeme Studentské grantové soutěži ČVUT, za financování tohoto výzkumného projektu (SGS18/101/OHK4/1T/17).

Seznam zkratk

AED – automatizovaný externí defibrilátor

HZS – Hasičský záchranný sbor

JSDH – jednotka sboru dobrovolných hasičů

KOPIS – krajské operační a informační středisko

KPR – kardiopulmonální resuscitace

NZO – náhlá zástava oběhu

NZP – neodkladná zdravotnická pomoc

PP – první pomoc

SDH – sdružení dobrovolných hasičů

ZOS – zdravotnické operační středisko

ZZS – zdravotnická záchranná služba

Seznam použité literatury

1. BERDOWSKI J, BLOM MT, BARDAI A, et al. *Impact of onsite or dispatched automated external defibrillator use on survival after out-of-hospital cardiac arrest*. Circulation 2011;124:2225-32.
2. BLOM, M.T., BEESEMS, S.G., HOMMA P.C., et al. *Improved survival after out-of-hospital cardiac arrest and use of automated external defibrillators*. Circulation 2014;130:1868-75.
3. FRIČ, P., POSPÍŠILOVÁ, T. *Vzorce a hodnoty dobrovolnictví v české společnosti na začátku 21. století*, Praha: Agnes, 2010, ISBN: 978-80-903696-8-9
4. OWEN, D. Daphne, et al. *Association of race and socioeconomic status with automatic external defibrillator training prevalence in the United States*. Resuscitation, 2018, 127: 100-104.
5. Ministerstvo vnitra-generální ředitelství Hasičského záchranného sboru České republiky. Příloha č. 1 k Pokynu GR HZS ČR č. 3/2014 - Obsah základní odborné přípravy člena dobrovolné jednotky PO, Česká republika, 2014
6. POLLACK, Ross A., et al. *Impact of bystander automated external defibrillator use on survival and functional outcomes in shockable observed public cardiac arrests*. Circulation, 2018, 137.20: 2104-2113.
7. RINGH M, ROSENQVIST M, HOLLENBERG J, et al. *Mobile-phone dispatch of laypersons for CPR in out-of-hospital cardiac arrest*. The New England journal of medicine, 2015; 372:2316-25.
8. STEIN, PHILIPP, et al. *Impact of city police layperson education and equipment with automatic external defibrillators on patient outcome after out of hospital cardiac arrest*. Resuscitation, 2017, 118: 27-34.
9. TAKEI Y, NISHI T, KAMIKURA T, et al. *Do early emergency calls before patient collapse improve survival after out-of-hospital cardiac arrests?* Resuscitation 2015; 88:20-7.

10. TRUHLÁŘ, A. ČERNÝ, V., ČERNÁ PAŘÍZKOVÁ, R. et al. *Doporučené postupy pro resuscitaci ERC 2015*. Urgentní medicína: časopis pro neodkladnou lékařskou péči. Mediprax CB s.r.o., 2015, 18 (mimořádné vydání). ISSN 1212-1924.
11. Vyhláška č. 147/2001 Sb. Ministerstva vnitra ze dne 22. června 2001, o organizaci a činnosti jednotek požární ochrany. In: Sbírka zákonů, 23. 7. 2001, částka 95. ISSN 1211-1244.
12. Zákon č. 133/1985 Sb. ze dne 17. prosince 1985, o požární ochraně. In: Sbírka zákonů. 17. 12. 1985, částka 34. ISSN 0322-8037

Internetové zdroje

<https://www.fireport.cz/>

<https://www.zzskhk.cz/cs/first-responderi>

Kontakt na autory

Ing. Roman Říha

student doktorského studijního programu

1. ČVUT v Praze.

Fakulta biomedicínského inženýrství,

Katedra zdravotnických oborů a ochrany obyvatelstva,

2. Katedra učitelství a didaktiky biologie,

Univerzita Karlova

Přírodovědecká fakulta

e-mail: romanriha@post.cz

Ing. Veronika Křivánková

studentka doktorského studijního programu

ČVUT v Praze.

Fakulta biomedicínského inženýrství,

Katedra zdravotnických oborů a ochrany obyvatelstva,

Petr Malíř

Jednotka sboru dobrovolných hasičů Tetín

Na Parkáně 133, Tetín

Mgr. Radim Kuba

1. Katedra učitelství a didaktiky biologie

Přírodovědecká fakulta, Univerzita Karlova

Viničná 7, 128 44 Praha 2

2. Katedra filosofie a dějin přírodních věd

Přírodovědecká fakulta, Univerzita Karlova

Viničná 7, 128 44 Praha 2

Recenze: Ing. Lucie Jelínková (HZS Středočeského kraje, oddělení ochrany obyvatelstva a krizového řízení)

ÚTOK NA CIVILNÍ OBYVATELSTVO V ODĚSE JAKO PRVEK VÁLKY

O UKRAJINU

Attack on Civil Population as a Part of the War in Ukraine

kpt. Mgr. Jan Smetana

ČVUT v Praze, Fakulta biomedicínského inženýrství

Abstrakt

Převrat na Majdanu odstartoval „Válku o Ukrajinu“, která má několik front na různých zeměpisných místech země. Jsou v ní užity různé bojové metody na obou stranách, jako je asymetrický způsob vedení boje nebo informační válka. Autor se zde pokouší zaměřit na Oděsu, která se stala jedním z nejdůležitějších míst války v roce 2014. Oděský masakr není tak známou tragédií, jako je násilný převrat na Majdanu, ale rovněž představuje zásadní událost války. Autor se pokouší analyzovat informace a fotografický materiál posbíraný při jeho studijní cestě na Ukrajinu v létě 2018 a zasadit ho do kontextu války.

Klíčová slova: Bezpečnost, Civilní oběti, Dům odborů, Oděsa, Ukrajina, Válka o Ukrajinu.

Abstract

The Maidan coup has started War of Ukraine which has had many battle fields in different geographic places of the country. There were used many combat methods by both sides of the war, like asymmetric warfare or information war. Author tries to focus on place of Odessa, which has become one of the most important places of the year of 2014. Odessa massacre is not as known as tragedy of the violent coup of Maidan Square. Nevertheless, it is one of the key parts of the war. Author has tried to analyze the information and photographical material collected during his educational stay in Ukraine in Summer 2018 and put it on the context of whole war.

Key Words: Civilian Victims, House of the Trade Union, Odessa, Security, Ukraine, War of Ukraine.

Úvod

Rok 2014 představuje jeden z hlavních mezníků současných ukrajinských dějin, současně znamená významný moment ve vztazích mezi Ruskou federací a západními aktéry. Odpověď na otázku, zda tento rok vejde do dějin z dlouhodobého historického hlediska pozitivně, či negativně zatím nelze vyslovit, neboť tyto události jsou stále „živé“ a objektivní hodnocení bude možné provést až s odstupem času. Nyní každý aktér hledí na tento rok ze svého pohledu a hodnotí ho na základě vlastních zisků nebo ztrát. Tento článek nemá za cíl hodnotit události „černobíle“ a zjednodušovat pohled na aktéry roku 2014 na „dobré“ a „špatné“, ale klade si za cíl ukázat veřejnosti malý zlomek oněch událostí, který často zůstává poněkud v pozadí za hlavním místem převratu, kterým byl kyjevský Majdan. Jde tak o malou, ale přesto důležitou součást autorova rozsáhlého výzkumu na téma informační Války o Ukrajinu a jeho dopadu na tamní civilní obyvatelstvo. Současně se autor snaží událost z Oděsy zasadit do širšího kontextu událostí i celkové geopolitické situace.

Události v období Války o Ukrajinu i převratu na Majdanu je třeba vnímat právě v kontextu celého regionu, světové geopolitické situaci i doby, ve které k vypuknutí války došlo. Je nezbytné zohlednit události i vzhledem k rozloze Ukrajiny (603 550 km² se započítáním Krymu a Doněcké i Luhanské oblasti, které již fakticky nejsou pod správou Kyjeva), jejímu počtu obyvatel, kterých bylo v roce 2017 více, než 44 000 000 (CIA 2018, on line) a její kulturní a historické rozmanitosti. Ukrajina se před vypuknutím války skládala ze 24 oblastí, dvou měst se zvláštním statutem (Kyjev a Sevastopol) a Autonomní republiky Krym (Cabada et al. 2008: 411). Rovněž její obyvatelstvo není tvořeno jen etnickými Ukrajinci. Na jejím území se nachází 78 % Ukrajinců, 17 % Rusů a méně, než jedno procento Bělorusů, Moldavanů, Krymských Tatarů, Bulharů, Maďarů, Rumunů, Poláků, Židů a dalších, což značně komplikuje

celou situaci. Rovněž náboženské složení jejích obyvatel je velice bohaté, neboť se jedná mimo jiné o Ukrajinskou i Ruskou pravoslavnou církev nebo o na Ukrajině tradiční židovskou menšinu. Další podstatnou skutečností je jazyková rozmanitost obyvatel, kdy 68 % obyvatel používá ukrajinštinu, 30 % ruštinu a zbylá dvě procenta další jazyky. Jediný oficiální úřední jazyk je však ukrajinština, což působí značné problémy a rusky mluvícím obyvatelům dodává pocit diskriminace, neboť mají pocit práva výuky Ruštiny ve školách, jejího používání na úřadech a dalších oficiálních místech. (CIA 2018: on line) Na základě autorova subjektivního pozorování lze potvrdit značnou rozšířenost ruštiny i na současné Ukrajině v běžném životě (Smetana 2018, 2017). Strategický význam země představuje další zásadní aspekt, se kterým je třeba počítat při hodnocení současné situace v zemi. Z geopolitického hlediska je významným prvkem možné členství Ukrajiny v NATO. Její strategický význam vyplývá nejen z historie, ale především z rozlohy, zeměpisného umístění, počtu obyvatel, ale také významného počtu příslušníků ozbrojených sil a jejího vybavení, čímž se případ Ukrajiny zcela odlišuje od některých jiných zemí regionu (především z hlediska síly ozbrojených sil). (Hamilton et al. 2008: 284)

Všechny tyto skutečnosti podtrhují historickou, kulturní, jazykovou i náboženskou rozmanitost země, která by za normálních okolností mohla přinášet zisk v podobě mnoha lákavých turistických cílů nebo ekonomicky prospěšné orientace země na obchodní partnery ve všech směrech (především Ruskou federaci, země Evropské unie, případě EU jako celek nebo Spojené státy americké). Již před vypuknutím války se Ukrajina nalézala na více rozcestích, ať už šlo o politický režim v zemi, kulturně-politické směřování (rozpor mezi východem a západem země) nebo oblast geopolitiky, ve které se Ukrajina nachází opět mezi Ruskou federací a Evropskou unií, což vytvářelo další prostor pro konfliktní potenciál. (Cabada et al. 2008: 414) Tento konfliktní potenciál se později ukázal jako zásadní faktor pro budoucnost země, když na pomezí let 2013 a 2014 způsobil vypuknutí Války o Ukrajinu. Vzhledem k rozpoutané válce však tato ukrajinská rozmanitost hraje roli zcela

kontraproduktivní a vzhledem k další budoucnosti se zdá, že bude Ukrajině spíše ke škodě, než k užitku. Jednotlivé skupiny obyvatel (ať už náboženské, etnické, či jiné) tak místo užitku ze své rozmanitosti zažívají následky škod způsobené rozdělením obyvatelstva a sváděním různých bojů (vojenských, diplomatických, ideologických) mezi jednotlivými skupinami. Tyto skupiny obyvatel jsou všemožně podporovány dalšími vnějšími aktéry, kteří se snaží se na vzniklém konfliktu přiživit, nebo alespoň v něm hájit své ekonomické, mocenské, bezpečnostní nebo politické zájmy v regionu. Nicméně, je třeba tuto rozmanitost brát za realitu a počítat s ní při hledání řešení současné války, ať už bude jakékoliv.

Tento článek se primárně zaměřuje na situaci v Oděské oblasti a jejím hlavním městě. Sama Oděsa patří k významným centrům Ukrajiny. Jde o strategicky významné město, neboť se jedná o mezinárodní přístav a letiště, tedy důležitý dopravní uzel a obchodní centrum. Její přístup k Černému moři je pro Ukrajinu zcela zásadní, zejména v době, kdy ztratila Krym. Na druhou stranu se jedná o jednu z problematických oblastí (pro kyjevskou vládu) z hlediska přesvědčení a politické orientace obyvatelstva (jak bude vysvětleno v dalších kapitolách). Rovněž Besarábie, součást Oděské oblasti tvoří zeměpisně i kulturně specifické území, které je se zbylou částí Ukrajiny spojeno „Strategickým mostem“ a naopak odděleno ústím řeky Dněstr do Černého moře a Moldávií na severu. Jedná se tak o území se specifickou kulturou, historií i podnebím, které z ní dělá tradiční oblíbenou turistickou destinaci (kromě u Ukrajinců je Besarábie oblíbená především u Bělorusů nebo Moldavanů). Kromě mořského pobřeží (např. přímořská letoviska Lebeděvka nebo Zátoka) tak nabízí turistům historické skvosty jakým je Akkermanská pevnost. Relativní dobrá ekonomická úroveň oblasti však jde ruku v ruce s politickou orientací obyvatel, kteří nejsou tak blízcí kyjevské vládě, jako obyvatelé chudších částí Ukrajiny (především západu země). Místní obyvatelé jsou značně nakloněni pro-rusky orientované části obyvatel východu (jak bude ukázáno níže). Tato nejednoznačná orientace obyvatel a její částečná náklonnost Moskvě byla důvodem k tragické smrti několika desítek obyvatel Oděsy. Pozdější interpretace

události i vyšetřování jsou více, než nejednoznačné. Tyto události představují zvláštní místo v informační válce, která na Ukrajině probíhá. Současně tyto události lze považovat za jeden z nejvýznamnějších útoků proti civilnímu obyvatelstvu, ke kterým na Ukrajině došlo od vypuknutí povstání na Majdanu a od začátku války vůbec. Nelze je omezit jen na vlastní útok na civilní obyvatelstvo, ale je třeba vnímat jejich přesah do oblasti mezinárodních vztahů, diplomacie, propagandy a celkové situace minimálně ve zkoumaném regionu.

Odpovědi na hlavní výzkumnou otázku se autor snaží ukázat na základě vlastního místního pozorování a porovnání s oficiálně publikovanou literaturou, jak události v Oděse ve skutečnosti probíhaly, kdo byli aktéři těchto události a jak tyto události zapadají do celého kontextu „Války o Ukrajinu“.

Metoda a teorie

Metodologicky je článek psán jako analýza faktografického materiálu, fotografií a informací, které autor pořídil a posbíral během své studijní cesty na Ukrajinu v létě 2018. Jde tak o rozbor událostí prováděný po 4 letech od jejich průběhu, což je krátká doba na to, aby informace byly pamětníky zapomenuty a relativně dlouhá doba na to, aby autor mohl popisovat skutečnosti s určitým historickým odstupem. Přínosem článku je tak návštěva a pořízení autentického fotografického materiálu přímo v místě událostí a rozhovory s některými Ukrajinci. Limitem výzkumu a sběru informací je kvantitativní nedostatek materiálu (především výpovědi svědků z řad místních obyvatel), nicméně s ohledem na autorovu vlastní bezpečnost při procesu sběru takovýchto materiálů v zemi postižené válkou je tento sběr velmi komplikovaný. Rovněž vlastní autorova fotodokumentace zachycuje některé informace, které jsou však v rozporu s některými oficiálními ukrajinskými publikacemi. Autor se tak musí potýkat s hledáním pravdy mezi oficiálním tvrzením a jím často odporujícími indiciemi, což je poměrně komplikované. Limitem je rovněž jeho nepřítomnost na

místě v době průběhu událostí, ale zpětné hledání pravdy. Tento limit se autor snaží kompenzovat právě zde předloženou analýzou fotodokumentace a tamní literatury.

Článek je sice převážně analýzou materiálů získaných ve zkoumaném místě. Je však zasazen do tamní současné geopolitické situace a proto v částech, kde se dotýká mezinárodních vztahů, tak vychází z neorealisticke tradice. Situace na Ukrajině a v celém regionu potvrzuje některé myšlenky J. Mearsheimera, který patří mezi ofenzivní neorealisty. Věří tak, že konec Studené války přinesl regionu spíše nestabilitu a klíčoví hráči volí k zajištění své vlastní bezpečnosti ofenzivní přístup. (Kratochvíl et al. 2009: 22) Tento přístup koresponduje jak s postojem Moskvy, tak Kyjeva a částečně některých evropských aktérů. Celkově jde o vnímání mezinárodních vztahů jako anarchického systému, kde však státy nejsou jedinou entitou. Nestátní aktéři hrají podstatnou roli právě pro zde předložený článek, neboť oběťmi i pachateli jsou určité skupiny obyvatel, nikoliv stát, který však rovněž hraje klíčovou roli. Jednání zmiňovaných skupin se téměř okamžitě promítlo do určitého vývoje mezinárodní situace. Válka o Ukrajinu se tak stala součástí širšího konfliktu mezi Ruskou federací a Ukrajinou a některými západními aktéry, ať už konkrétními státy nebo mezinárodními organizacemi jakou je NATO.

Tímto konfliktem mezi Ruskou federací a západními aktéry, jakým je právě NATO, však není myšlena nejostřejší fáze konfliktu, tedy válka. Tímto konfliktem je zde míněn spor o ruský přístup k Válce o Ukrajinu nebo ruskou podporu dříve legitimního prezidenta V. Janukovyče proti opozici a násilnému převratu v zemi. Součástí tohoto konfliktu je rovněž spor o západní podporu tehdejší ukrajinské opozice proti tehdy legitimnímu prezidentovi. Obecně konflikt zapadá do teorie, podle které rozšíření NATO vytvořilo novou „frontu“ mezi členskými státy a těmi ostatními, mezi které patří právě Ruská federace, které bylo americkými představiteli přímo sděleno, že nepatří na seznam potenciálních členů NATO, čímž se samo NATO vůči Ruské federaci vymezilo po již ukončené studné válce. (Mearsheimer 2014: 70) Právě Ukrajina, která leží zeměpisně mezi NATO a Ruskou federací se stala strategicky

důležitým územím, na kterém obě strany podporují svého „favorita“, aby zamezily šíření vlivu soupeřící strany ke svým hranicím.

Stručná specifika Oděské oblasti

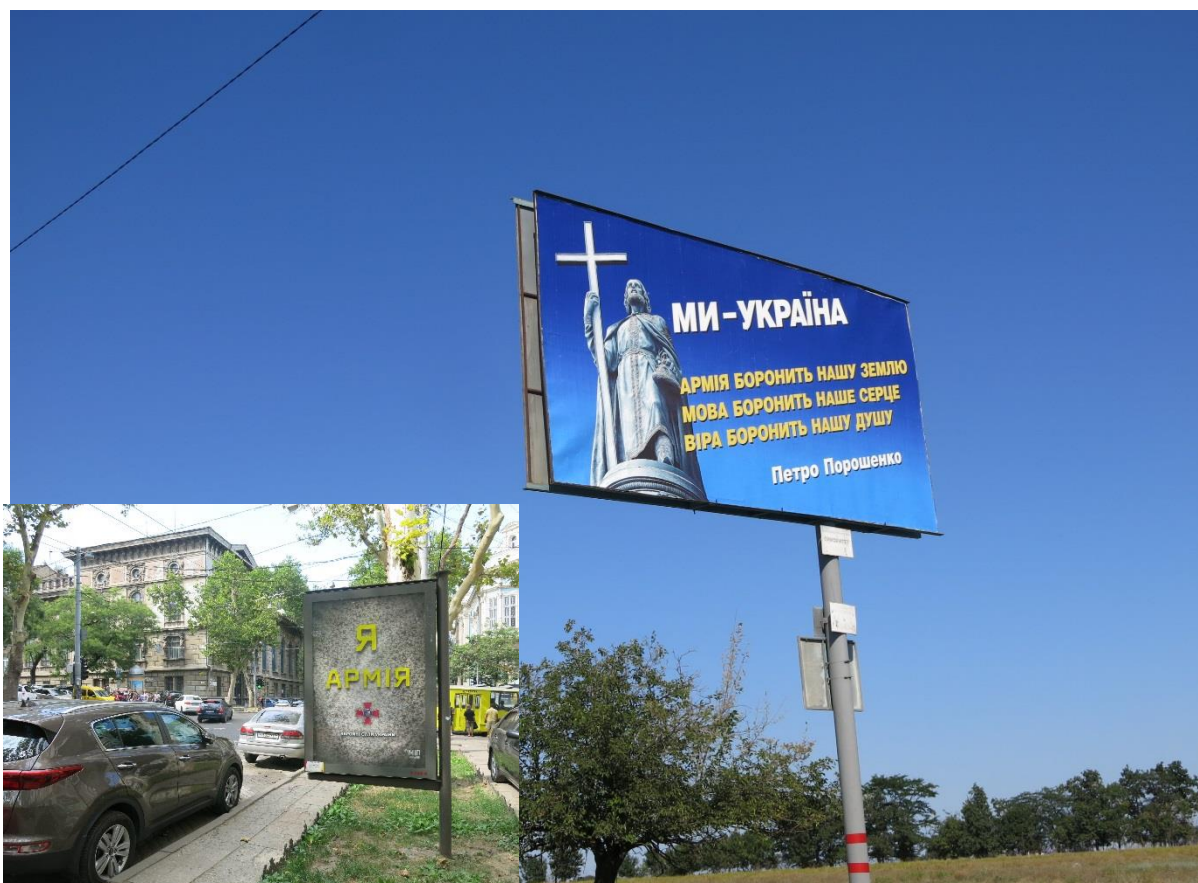
Oděská oblast ležící na jihovýchodě Ukrajiny představuje specifickou část země. Nejen zeměpisně, ale také kulturou, podnebím nebo historií. O této specifičnosti vypovídá například socha Kateřiny Veliké, která je stále umístěna v nadživotní velikosti v Oděse a která tak podtrhuje ruský původ města.

Oděská oblast patří z hlediska zkoumaného konfliktu k těm oblastem, kde údajně nejvíce působí ruské složky (bezpečnostní služby nebo vojenská přítomnost v ruském pohraničí) a Ruská federace se tak pokouší destabilizovat tento region a podpořit tamní ruskou menšinu proti ukrajinským úřadům. Právě v Oděse mělo dojít k pokusu o ovládnutí ukrajinských úřadů, blokování nasazení Ukrajinské armády a Národní gardy (Horbulin 2017: 49). Při pohledu z druhé strany však určitou polarizaci ukrajinské společnosti, kam neoddiskutovatelně patří i ruská menšina, zapříčinila sama ukrajinská vláda a ukrajinští představitelé, kteří přispěli k šíření nenávisti mezi dvěma skupinami obyvatel země především zavedením ukrajinštiny jako jediného úředního jazyka nebo jmenováním válečného zločince S. Bandery za národního hrdinu. To vzbudilo na východě a jihu země silný odpor obyvatel. (Syrůček 2015: 208) Tak bylo uměle tvořeno „podhoubí“ pro možné budoucí násilnosti a další dělení již tak různorodé společnosti. Všechny tyto faktory tak postupně přispěly právě k událostem, které se v Oděse později staly.

Polarizace Ukrajiny a její společnosti sahá však mnohem hlouběji, než pouze k převratu na Majdanu na přelomu let 2013 a 2014. Již v době „Oranžové revoluce“ v roce 2004 došlo na Ukrajině po vyhlášení výsledků voleb, ve kterých zvítězil V. Janukovyč k masovým protestům. Rozdělení demonstrantů přesně odpovídá i pozdější většinové orientaci jednotlivých částí Ukrajiny. Kyjev a západ země

podporoval V. Juščenko, zatímco jih a východ naopak V. Janukovyče. Některé politické elity se dokonce zabývaly již tehdy myšlenkou na odtržení od Ukrajiny. (Cabada et al. 2008: 404) Tehdejší události vyústily v roce 2014 k výsledku v podobě tvorby nezávislých republik nebo alespoň k pokusu o ně.

Další charakteristikou Oděské oblasti je skutečnost, že probíhající válka je v této patrně neviditelná. Jde především o rekreační oblast (zejména pobřeží Černého moře) a přítomnost války naznačují jen občasné propagandistické plakáty podél silnic, jak ukazuje obrázek 1. Skutečnost, že tamní obyvatelé s občasnými válečnými atributy žijí běžný život, poukazuje na nezbytnost žít běžný život i za válečných podmínek, ale stejně tak i skutečnost, že si obyvatelé na přítomnost války již zvykají a téměř neřešitelný konflikt se stává konfliktem zamrzlým.



Obr. 1, Plakát mající budit pocit vlastenectví s uvedením třech atributů (armáda, jazyk a víra) se jménem současného prezidenta Ukrajiny P. Porošenka a reklama lákající ke vstupu do armády v Oděse (Smetana 2018)

Požár Domu odborů jako součást hybridní války

Události na kyjevském Majdanu na přelomu let 2013 a 2014 odstartovaly konflikt, kterým je „Válka o Ukrajinu“ s rozsáhlým mezinárodním dopadem i zapojením mnoha zahraničních aktérů. Tento konflikt není klasickou válkou o dvou fyzických frontách, ale jakousi hybridní formou války s mnoha bojišti i různými způsoby vedení boje. Ve zde předloženém textu se autor snaží popsat a zanalyzovat jedno konkrétní bojiště, kterým byla Oděsa, přesně Dům odborů (Дом Профсоюзів). Autor toto místo navštívil v létě 2018 a tudíž popisuje události na základě tamní oficiálně publikované literatury a svých vlastních poznatků z místa. V závěru kapitoly se snaží zanalyzovat své poznatky v kontextu uvedené literatury.

Na prvním místě je třeba pro úplnost kontextu zmínit skutečnost, že Oděsa i celá Oděská oblast je součástí Ukrajiny řízené z Kyjeva. Podléhá tak řízení kyjevské vlády a rovněž v probíhajícím konfliktu je tak oficiálně na straně Kyjeva. Přesto byla v dubnu 2014 právě v Oděse vyhlášena „Oděská lidová republika“ a separatisté volali po jejím začlenění do „Novoruska“, jako součásti autonomní oblasti Ukrajiny. V té době byla Oděsa z hlediska složení obyvatel z 80 % ruským městem. Podle některých zdrojů (Hladka et al. 2017: 76) byla konfrontace mezi odpůrci Majdanu a jejími přívrženci podporována skupinami „Titušků“, kteří přijeli z Ruska podpořit odpor k převratu na Majdanu. „Tituškové“ jsou oficiálně deklarovaní jako skupiny násilníků, kteří vyvolávají násilné střety na podporu právě proruských skupin obyvatel na Ukrajině a údajně sehráli klíčovou roli při masakru v Oděse. Odpor v Oděse proti událostem na Majdanu a kyjevské vládě byl však zlomen. Projevy jejích obyvatel proti vládě však zůstávají patrné i nadále a tak Oděsa i nyní zaujímá poněkud specifické postavení na Ukrajině. Skutečnost, že tyto projevy zůstávají viditelné na oficiálních místech (jak ukazuje obrázek 3), kde jsou tolerovány, může poukazovat buď na laxnost tamních úřadů a bezpečnostních složek nebo dokonce na jejich možnou skrytou podporu projevům odporu vůči vládě. Tato teoretická podpora odporu převratu na Majdanu by byla logická vzhledem k vysokému počtu ruských obyvatel v Oděse. Jde však o

pouhou autorovu tezi na základě takovéto úvahy a získaných fotografických materiálů. Tuto tezi je třeba ověřit dalším výzkumem.

Oděsa se vymanila z „Ruského jara“, jak je tehdejší situace na Ukrajině nazývána ukrajinskou literaturou (Ibid.: 76) dne 2. května 2014 během pochodu za jednotnou Ukrajinu, kterého se zúčastnili fotbaloví fanoušci při zápasu klubů z Oděsy a Charkova, stejně tak jako obyčejní obyvatelé Oděsy. Proti nim se postavili odpůrci převratu na Majdanu, kteří se s pro-ukrajinskými aktivisty prvně střetli v centru města na ulici Deribasovskaja (Дерибасавская) a Řecké náměstí (Греческая площадь). Tyto střety vyvrcholily na Kulikově poli (Куликово поле) a masakrem v Domě odborů. Policie se pokusila neúspěšně obě strany pouličních nepokojů oddělit hned po jejich vypuknutí. Ukrajinská literatura dále uvádí, že pochodující fotbaloví fanoušci byli napadeni jako první u Ruského divadla A. Ivanova v Oděse. A. Birukov dokonce podlehl střelnému poranění plic. Odpůrci převratu na Majdanu byli údajně ozbrojeni i samopaly. Navzdory jejich údajnému ozbrojení automatickými střelnými zbraněmi přívrženci vlády v Kyjevu začali pronásledovat své odpůrce a zahnali je do Domu odborů, který jim sloužil jako štáb a ze kterého pak začali podle uvedené literatury vést palbu na své pronásledovatele. Sama uvedená literatura však uvádí, že zápalné láhve byly házeny z obou stran, což potvrdil jeden z místních obyvatel, se kterým autor vedl na toto téma rozhovor a který si však přál zůstat v anonymitě (Smetana 2018). Jednoduchou úvahou navíc lze vyvodit závěr, že lidé, prchající před davem pronásledovatelů si jen stěží sami zapálí své jediné a poslední útočiště. Neprodleně po vypuknutí požáru byla údajně zahájena evakuace osob z osudného místa. Ve stejné knize je však uveden rozhovor s O. Hončarenkem, tehdejší hlavou Oděské regionální státní administrativy, který sám přiznal, že je nemožné určit, kdo „vrhl první kámen“. Současně upřesňuje počet obětí na 48, při čemž jich podle jeho slov 40 uhořelo nebo přišlo o život během pádu z oken budovy (požárem uvěznění lidé se snažili zachránit si život skokem z oken). Hasiči byli prý přivoláni po zachvácení celé budovy požárem během 40 minut, což bylo příliš pozdě (Hladka et al. 2017: 79). Rovněž jeden z místních

obyvatel potvrdil jejich pozdní příjezd (Smetana 2018). Kromě 48 mrtvých bylo ještě 200 obyvatel (mezi nimi i 20 policistů) zraněno (Hladka et al. 2017: 79).

K výše uvedeným informacím oficiálně publikovaných v současné ukrajinské literatuře působí poněkud kontrastně fotodokumentace pořízená na místě vyhořelého Domu odborů z léta 2018. Navzdory oficiální podřízenosti Oděsy vládě v Kyjevu je na místě stále zachováno neoficiální pietní místo, připomínající tragédii. Nutno doplnit, že je na něm viditelná snaha „kohosi“ o alespoň občasné odstraňování nápisů připomínající hrdinství obyvatel Oděsy, kteří se postavili na odpor majdanskému převratu a podle nápisu u pietního místa padli právě za Oděsu. Navzdory této snaze toto pietní místo stále existuje a scházejí se na něm lidé k uctění památky obětí. Rovněž mnoho fotografií obětí, popisů událostí i vzpomínkových textů věnovaných jejich památce je na místě možno vidět i v současnosti, jak to zachycuje obrázek 2, který ukazuje celkový pohled na improvizované pietní místo před Domem odborů tak, jak vypadalo v létě 2018.



Obr. 2, Celkový pohled na improvizované pietní místo před Domem odborů (Smetana 2018)

Na první pohled viditelný nápis „Padli za Oděsu“ (Они погибли за Одессу) se seznamem 24 obětí na levé straně plechového plotu poukazuje na sounáležitost současných obyvatel města (pochopitelně patrně té části, která sympatizuje s pro-ruskou orientací Ukrajiny) a oběťmi a jejich heroizací v boji za Oděsu proti fašistům (ten je zmíněn na jednom z nalepených plakátků). O kus dále je umístěn seznam obětí s rokem narození, který je podrobně zachycen na obrázku 2. Z toho vyplývá, že obětí bylo skutečně 47, což koresponduje s počtem 48 obětí uvedených ve výše umíněné knize, kde 48. obětí může být údajně zastřelený A. Ivanov. Co však budí pozornost je věk obětí. Nejmladší oběti bylo necelých 18 let a takto mladého věku dosahoval pouze jeden člověk, který 2. května 2014 přišel o život, jak je zachyceno na obrázku 4. Byl jím V. P. Vadimovič, který údajně uhořel v Domě odborů jako nejmladší oběť požáru. Naopak nejstarší oběti bylo tehdy 70 let. Obětí, kterým bylo 60 a více let bylo 8 a obětí ve věku od 50 do 59 let bylo 9. Naopak obětí, kterým bylo od 18 do 30 let, bylo 10. U jedné oběti rok narození není uveden. Tyto počty obětí podle věku poněkud zpochybňují tvrzení, podle kterého se jednalo o agresivní ozbrojence (i když ho pochopitelně nevylučují), neboť agresivní ozbrojence používající střelné zbraně a vrhající zápalné láhve bychom většinou hledali v nejmladší věkové skupině, která zde představovala spíše menšinu. Tato analýza spíše podporuje (nikoliv definitivně potvrzuje) tu verzi, že šlo o běžné občany (alespoň ve většině případů), kteří jen přišli vyjádřit nesouhlas s převrácením na Majdanu. Pro úplnost přehledu, podle pohlaví se většinou jednalo o muže a pouze o 6 žen, což však nepotvrzuje ani jednu verzi.

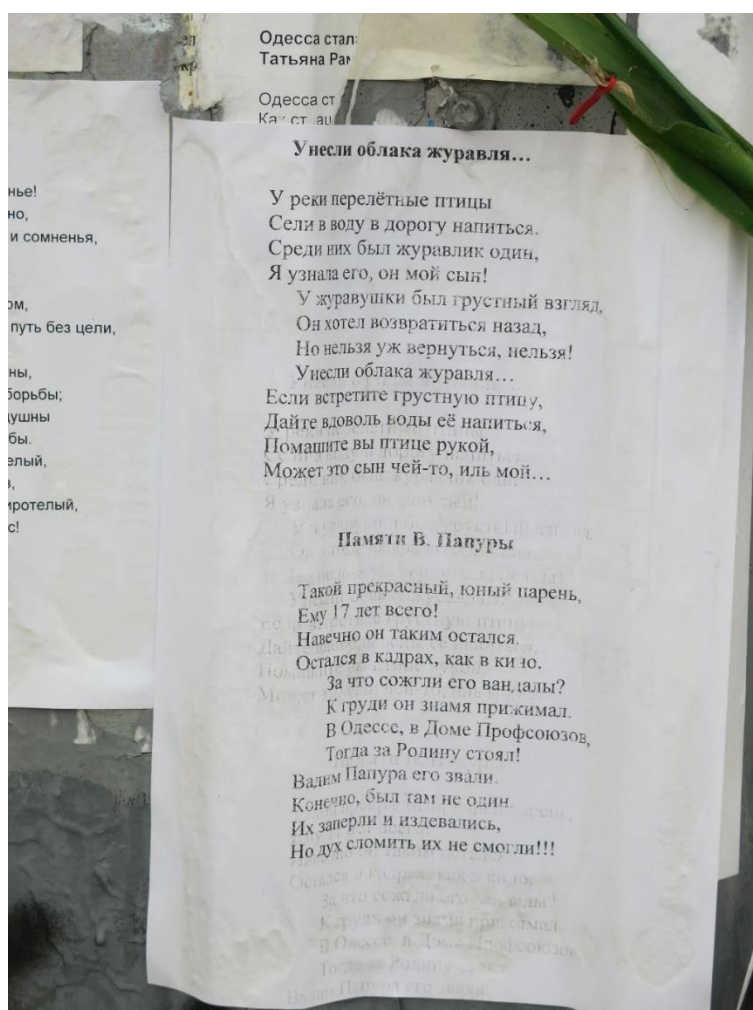


Obr. 3, Seznam obětí s rokem narození na improvizovaném pietním místě (Smetana 2018)

Další zajímavostí jsou příběhy posledních okamžiků života některých obětí, které jsou uveřejněny na improvizovaném pietním místě. Takovým příběhem je osud P. A. Anatolievny, které bylo 52 let, vystudovala v Oděse univerzitu (Chemickou fakultu), což je v rozporu s představou ozbrojených „Titušků“. Údajně se zúčastnila pochodu jako umírněná členka průvodu, aby vyjádřila podporu boje proti fašistům. O život přišla otravou kouřem z požáru ve třetím patře Domu odborů. B. A. Genadievič, 27 letý programátor je další z obětí, jejíž památka je zde připomenuta s popisem smrti. Při údajném příchodu fašistů se zapsal do Národní družiny Oděsy. Účastnil se protestů na Řeckém náměstí, následně se přesunul na Kulikovo pole, kde se snažil bránit stanový tábor protestujících. Později ustoupil s ostatními do Domu odborů, který byl napaden podporovateli převratu na Majdanu a následně zapálen (dodnes neznámým viníkem). V době požáru se nacházel v jednom z vrchních pater a pokusil se před ním zachránit skokem z okna. Po dopadu na zem byl údajně ještě živý. Místo poskytnutí první pomoci mu však byly způsobeny davem příznivců převratu na Majdanu další zranění údery a kopy. Po převozu lékařům ještě vypověděl o zločinu, kterého se na něm údajně dopustil dav, následně však zraněním podlehl. Oficiální lékařská zpráva hovoří o smrti způsobené mnohočetnými zlomeninami zapříčiněnými

pádem z výšky. Takovýchto podobných příběhů je na plechovém plotě Domu odborů k vidění mnoho. Všechny jsou vytištěny na obyčejném papíře a nalepeny na plotě, občas patrně odstraněny a nahrazeny novými. Pro doplnění si tam lze přečíst mnoho veršů složených k příležitosti uctění jejich památky nebo jen vhodných k podobné příležitosti, jako jsou vybrané verše M. J. Lermontova. (Smetana 2018) Nezodpovězenou otázkou k zamyšlení zůstává, zda by tyto informace nalepené na plotě před Domem odborů tamní úřady nechaly, pokud by byly zcela nepravdivé.

Skutečnost, že na místě, kde i oficiální úřady připouští tragickou smrt 48 civilních obyvatel Oděsy, stále není žádný oficiální památník, poukazuje na neschopnost ukrajinských úřadů se vypořádat se vzniklou situací. Uctění památky lidí, kteří přišli tragicky o život během protestu proti demonstrantům na kyjevském Majdanu, není krok, který by patrně někdo na oděské radnici zkoušel prosadit. To však poukazuje na existující informační válku, neboť absence takového pomníku z politických (propagandistických) důvodů je jasný příklad vládní propagandy a vedení informační války Kyjevem. Existence improvizovaného pietního místa poukazuje na stejnou skutečnost, avšak z druhé strany. Celkově tak lze shrnout situaci na Kulikově poli a před Domem odborů jako existující ukázkou šíření oficiální vládní propagandy (v podobě snahy o potlačení vzpomínek na tragickou událost, která se do propagandy nehodí, neboť zde došlo k násilným zločinům páchaným patrně převážně oficiálně „demokratickými silami Majdanu“) společně se šířením informací neoficiální cestou mezi lidmi za možné určité tolerance ze strany oficiálních oděských orgánů. Ty patrně možná ani nemají skutečný zájem na úplném zrušení popisovaného pietního místa z různých důvodů. Těmi důvody mohou být určité sympatie oficiálních představitelů k obětem z řad vlastních obyvatel města, stejně tak jako snaha o zamezení rozdmýchávání dalších případných nepokojů, které by úplné zrušení improvizovaného pietního místa mohlo mít za následek.



Obr. 4, Připomenutí nejmladší oběti V. P. Vadimoviče na plotě u Domu odborů (Smetana 2018)

Nelze opomenout ani skutečnost, že Oděsa byla před rokem 2014 převážně ruské město a proto je třeba ji z hlediska národnostní a politické orientace považovat na Ukrajině za poněkud specifickou. Tuto skutečnost doplňuje zajímavá informace, že všechny připomínkové texty na improvizovaném pietním místě jsou v ruštině, což jen zvýrazňuje skutečnost, že které strany většina obětí pocházela. Jejich památka je úzce spojena s městem Oděsou, neboť v mnoha textech je zdůrazněno, že se jednalo o oděské obyvatele a hrdiny. Viditelné je tam i odvolání se na historii druhé světové války, kdy město získalo titul „Město hrdina“ a jehož slávu si tvůrci improvizovaného pietního místa připomínají, jak je vidět i na obrázku 2.

Za zmínku stojí rovněž příklad ruské interpretace události. Jako příklad je zde představena interpretace ruského autora N. Starikova, který se problematikou intenzivně zabývá. Uvedená ruská literatura se v podstatě shoduje v průběhu událostí kolem požáru Domu odborů v Oděse s výše uvedeným popisem, provedeným na základě ukrajinské literatury a vlastní autorovy fotodokumentace místa. Rozdílem však je počet obětí, kterých ruský autor uvádí více, než 100. Prvních 48 je tedy potvrzeno z obou stran, nicméně o dalších více, než 50 chybí informace jak v oficiálních ukrajinských zdrojích, tak v těch neoficiálních, které lze vidět například na improvizovaném pietním místě před Domem odborů. Starikov dále poukazuje na již uvedenou skutečnost, že „umírnění protestující“ (jak bojovníky nacionalistických skupin nazývala ukrajinská i západní média) zranili, dobili a zaživa upálili oficiálně na 50 a neoficiálně více, než 100 lidí. (Стариков et al. 2016: 29). Popis některých těchto násilností odpovídá informacím na improvizovaném pietním místě.

Z hlediska doplnění analýzy fotografií je zajímavé podívat se na stránky internetových novin Dnes.ua (Сьогодні.уа), kde byl publikován v dubnu 2015 chronologický popis událostí, včetně uvedení videí. Vzhledem k tomu, že hlavním cílem článku je maximální objektivita a nezájatost, tak se tato analýza zaměří jen na rozebírání obrazové části publikace, neboť vlastní text není produktem oficiálního zdroje a není zaručena jeho nestrannost. Na videu umístěným u času 18:00 je zachycen první útok násilníků s ukrajinskými stánými vlajkami na již opuštěný stanový tábor odpůrců převratu na Majdanu a házení kamenů na Dům odborů. Žádný viditelný odpor zde kladen není. Na videu u času 19:20 je vidět obrana odpůrců převratu na Majdanu v Době odborů (v době, kdy jejich tábor již je v plamenech), rovněž za použití zápalných láhví, stejně jako útok zápalnými láhvemi na Dům odborů. Je slyšet i střelba, není však patrné, ze které strany pochází. Na videu umístěným nad časem 19:34 je vidět muž v neprůstřelné vestě, civilním oděvu a s ukrajinskou vlajkou na rukávě, jak vede palbu z pistole směrem k oknům Domu odborů, který již začíná hořet. Působí zcela klidně a bez jakéhokoliv afektu. Jedno z videí pod časem 19:40

ukazuje útočníky, jak vnáší hořící pneumatiku ke dveřím Domu odborů za doprovodu dalších zápalných láhví. U času 19:43 je zachycen jásající dav u hořícího domu. Vedle času 19:47 je zachycen již plně rozvinutý požár střední části domu a odsouvání některých zraněných od domu. Přítomni jsou i uniformovaní příslušníci bezpečnostních složek, nicméně profesionální záchranáři i hasiči stále chybí. Poskytovaná první pomoc je na první pohled více, než amatérská. O dvě minuty později je vidět padající osoby z oken, poskytování první pomoci a záběry na osoby, které vyskočili z oken a přicházející kordon „těžkooděnců“. Na konci je i hasičské vozidlo. Jde však o sestřih, proto není možné určit přesný čas. U času 19:50 je v levém spodním okraji videa stojící osoba, která dlouhým předmětem v ruce napadá ležícího člověka. Další lidé skáčou z oken a následně je viditelná první pomoc, kterou převážně poskytují policejní „těžkooděnci“, zatímco dav jen přihlíží nebo v horším případě pokračuje v páchání zločinu. O minutu později jsou zachyceni příznivci převratu na Majdanu, jak nečinně přihlíží požáru budovy a občas „cosi“ hodí na lidi, kteří sedí na okenních římsách ve snaze se zachránit před požárem. Na druhém videu v čase 19:54 je vidět agresivita příznivců povstání na Majdanu, neboť v době, kdy je část budovy zachvácená plně rozvinutým požárem, tak na budovu létají další zápalné láhve, místo jakékoliv snahy o záchranu lidských životů. Teprve na následujícím videu je vidět snaha části davu, přinést jakési konstrukce na improvizovanou záchranu osob z hořící budovy. V té době profesionální hasiči stále nebyli na místě. Teprve v čase 20:11 je první záběr profesionálních hasičů, jak připravují žebřík k záchraně osob z hořící budovy. Na druhém záběru stejného času je vidět improvizovaná záchrana osob z hořící budovy, kterou provádí příslušníci policejních „těžkooděnců“. Následuje jejich obrana proti běsnícímu davu. (Segodnya.ua 2015, on line) Záměrně zde není rozebírán text, který lze upravit ve prospěch kterékoliv ze stran. Rovněž videa jsou zde uvedena pouze ta, která lze jednoznačně přiřadit k určitému chování davu nebo jednotlivců, místu a události a zkrátka jednoznačně je lze interpretovat. Na základě těchto videí lze vyvodit závěr, že obě strany používaly násilí, včetně zápalných láhví. Strana těch sil, které jsou v Kyjevu a na Západě označovány jako demokratické a pro-

evropské, však mají na svědomí zločin, s výsledkem oficiálně přiznaných 48 mrtvých civilistů. Už nečinné přihlížení davu, který sledoval hořící budovu a z oken skákající lidi, aniž by jim poskytoval jakoukoliv pomoc, je v civilizovaných zemích kvalifikováno jako trestný čin. Skutečnost, že i v době již plně rozvinutého požáru budovy přihlížející dav podpořil tento požár dalšími zápalnými láhvemi, jen podtrhuje závažnost tohoto zločinu a to bez ohledu na skutečnost, že násilníci byli na obou stranách. Viditelný případ osoby, která fyzicky napadla přeživšího, který vyskočil z okna hořící budovy, jen podtrhuje skutečný charakter tak zvaných „demokratických sil Majdanu“. Z hlediska ochrany obyvatelstva byla událost ukázkou naprosté neschopnosti záchranných složek. Příjezd hasičů trval minimálně několik desítek minut, první pomoc zraněným podávali především příslušníci policie (těžkooděnci), místo toho, aby zabezpečili vyklizení přilehlé oblasti a uklidnění situace. Zdravotní personál rovněž dorazil na místo se zpožděním. Celý systém složek, které by dohromady měly tvořit jakýsi ekvivalent integrovaného záchranného systému tak zcela selhal (každá složka plnila úkoly jiných složek a hlavní úkol při požáru, kterým je požární útok na hořící budovu neplnil nikdo), pokud k tomu nebyly jiné důvody. Je jen stěží uvěřitelné, že záchranné složky v Oděse byly natolik neschopné, a záchranný systém při požáru takového rozsahu naprosto nefunkční, že teorie o tom, že toto zpoždění bylo cílenou součástí hybridní války, se jen nabízí. Důkazy pro toto tvrzení však žádné neexistují.

Celkově lze výše uvedené zdroje shrnout na základě provedení analýzy a vyvodit z nich průběh událostí tak, jak k nim s nejvyšší pravděpodobností skutečně došlo. Podle všech výše uvedených zdrojů shodně došlo k demonstraci odpůrců převratu na Majdanu a jeho přívrženců, kteří se účastnili pohodu za jednotnou Ukrajinu. Během něho došlo k prvním střetům a násilnostem. Kdo tyto násilnosti vyvolal, jako první je dnes prakticky nezjistitelné. Na Kulikově poli měli odpůrci převratu vybudovaný stanový tábor, který byl napaden davem. Obránci se stáhli do Domu odborů, ze kterého se patrně fyzicky bránili útočníkům. Opět nelze objektivně zhodnotit a

jednoznačně prokázat, kdo hodil zápalnou láhev jako první, i když stanový tábor byl v plamenech dříve, než Dům odborů, což nasvědčuje (nikoliv prokazuje) prvotní vinu útočníkům. Policie navzdory své přítomnosti (která byla patrně nedostatečná) nebyla schopna nebo z jiného důvodu nechtěla efektivně zasáhnout. Záchranné složky rovněž v té době byly velice pasivní. Po vypuknutí násilností a zapálení Domu odborů trvalo značnou dobu (patrně minimálně desítky minut), než přijeli hasiči, jejichž zásah byl stejně neefektivní. Policie dále nijak zásadně nezasahovala a dav přihlížel tragédii, která se v hořící budově odehrávala. Při snaze o záchranu před uhořením se obránci pokoušeli vyskočit z oken. Po pádu, který někteří přežili, byla některým poskytnuta první pomoc (především odsunutí z místa), kterou nejvíce prováděli příslušníci policie a někteří demonstranti. Přesto však ani tato pomoc nebyla dostatečná, aby zabránila úmrtí tolika osob. Současně prokazatelně docházelo k násilnostem, kdy útočníci místo poskytnutí první pomoci napadali přeživší obránce po jejich skoku nebo pádu z budovy. Přítomní příslušníci policie těmto excesům nezabránili. Ani později nedošlo k vyšetření a potrestání pachatelů těchto zločinů. Výsledkem je téměř 50 mrtvých civilistů, kteří většinou uhořeli, udusili se zplodinami hoření nebo zemřeli v důsledku poranění způsobených pádem z výšky, případně páchaným násilnostem. Zajímavé je, že ani tragická smrt téměř 50 občanů Oděsy nemotivovala příslušné úřady k vybudování důstojného pomníku a to ani po 4 letech od událostí. Místo spíše působí, že úřady si s událostí samy neví rady, neboť patrně nechtějí nebo nemohou uctívat oběti demonstrantů, kteří jsou oficiálně v Kyjevu a v mnoha západních zemích nazýváni jako „demokratické síly Majdanu“, ale současně si tyto oděské oficiální úřady netroufnou nebo nechtějí rušit improvizované pietní místo na památku mrtvých z řad obyvatel vlastního města. Toto bojiště války o Ukrajinu tak zůstává jako stále živá připomínka skutečnosti, že realita války není nikdy jen „černá“ nebo jen „bílá“ a také Ti, kteří jsou na té „správné straně“ se mohou dopouštět zločinů, byť se to oficiální propaganda snaží zakrýt a raději o tom mlčí.

Závěr

Na základě výše uvedené analýzy fotografického materiálu, doplněného o další příslušné zdroje lze definovat hlavní aktéry událostí v Oděse v první řadě jako skupiny běžných občanů, kteří chtěli vyjádřit veřejně svůj názor (ať už protest proti převratu na Majdanu nebo jeho schvalování). Tyto skupiny tvořily patrně většinu. Dále na Kulikově poli byly skupiny násilníků, kteří páchali nejzávažnější zločiny (fyzická napadení, ublížení na zdraví, vraždy a další). Patrně se jednalo o násilníky na obou stranách, nicméně zásadní negativní roli s fatálními důsledky sehráli právě ti násilníci, kteří podporovali převrat na Majdanu. Ti představovali „demokratické síly Majdanu“ a pod záminkou jejich podpory způsobili smrt 48 lidí. Kromě těchto sil lze na Kulikově poli definovat třetí skupinu, kterou byli nečinně přihlížející občané. Ti se provinili především neposkytnutím první pomoci poraněným a pouhým přihlížením k událostem. Naopak poslední skupina, tvořená tamními bezpečnostními složkami patrně nezasáhla tak, jak měla (nezabránily násilnostem), ale patrně pomáhala poskytovat první pomoc právě zraněným.

Organizace tamního záchranného systému (včetně sboru hasičů) zcela jednoznačně naprosto selhala. Zajímavé je, že ani k zodpovědnosti za naprosté selhání tamních záchranných a bezpečnostních složek se nikdo nepřihlásil a nebyl nijak (kázeňsky ani trestně) postihnut. Tuto neschopnost záchranných složek tak doplňuje i policie, která násilnostem nedovedla zabránit nebo případně ani zabránit nechtěla (což je však pouhá nepotvrzená možnost). Průběh násilností a nečinnost příslušných záchranných a bezpečnostních složek, včetně pozdější laxnosti úřadů k vyšetřování (viník nebyl dodnes dopaden, ani potrestán) svědčí buď o naprostém nezájmu úřadů věc vyšetřit a jejich trvalé laxnosti (což poukazuje na zoufalý stav těchto institucí na současné Ukrajině) nebo o jejich cíleném nezájmu. Ten druhý případ by poukazoval na událost u Domu odborů, jako na součást hybridní války, kdy nehodící se násilnosti zůstávají záměrně nevyšetřeny, aby nemusela padat obvinění do vlastních řad.

Z hlediska Války o Ukrajinu lze zařadit požár Domu odborů k násilnému aktu spáchaného silami, které podporují oficiálně převrat na Majdanu v oblasti, která není zdaleka názorově homogenní. Tato nejednotnost se projevuje především neschopností se s událostí oficiálně vypořádat v podobě oficiálního uzavření vyšetřování, potrestání viníků a uctění památky obětí. To znamená stále využívání události na jedné straně a potlačování veřejného vědomí o ni na straně druhé. Tak lze vnímat požár Domu odborů, jako prvek stále probíhající hybridní Války o Ukrajinu. Jedná se tak o jedno z bitevních polí této války, kde opět umírali především ti nevinní, tedy civilisté.

Z geopolitického hlediska šlo o událost, která mohla silně podpořit pozici sil proti Majdanu na Ukrajině a byla součástí snahy o oddělení oblasti od Ukrajiny. Tato snaha však byla vládou z Kyjeva potlačena a zůstala viditelná pouze v jakémsi „duchu Kulikova pole“, který nad místem přetrvává v podobě stále se měnícího improvizovaného pietního místa, které část místních navštěvuje pro připomínku mrtvých spoluobčanů, vyjádření odporu vůči kyjevské vládě nebo naopak neschopností nebo nechutí místních úřadů vybudovat důstojný pomník obyvatelům města, kteří měli odlišný názor od oficiální ukrajinské politiky. Ti za tento názor zaplatili cenu života, který jim vzal požár, při nejmenším podporovaný těmi silami, které podporují oficiálně demokratickou vládu země.

Seznam zkratk:

EU – Evropská unie

NATO – North Atlantic Treaty Organization – Organizace zemí severoatlantické smlouvy

Seznam použité literatury

1. CABADA, L, et al. 2008. *Komparace politických systémů: Nové demokracie střední a východní Evropy*. 1. vydání, Praha: VŠE, Nakladatelství Oeconomica, ISBN 978-80-245-1388-1.
2. CIA. 2018. *The World Factbook – Europe - Ukraine*, 26. 9. 2018. Dostupné na: <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/up.html> (on line)
3. HAMILTON, D., MANGOTT, G. 2008. *The Wider Black Sea Region in the 21st Century. Strategic, Economic and Energy Perspectives*. 1. vydání, Washington, D.C.: Center for Transatlantic Relations, ISBN 978-0-9801871-3-7.
4. HLADKA, K. et al. 2017. *Volunteer battalions*. 1. vydání, Charkov: Folio, ISBN 978-966-03-7969-5.
5. HORBULIN, V., 2017. *The World Hybrid War: Ukrainian Forefront*. 1. vydání, Charkov: Folio and Ukrainian Institute for the Future, ISBN 978-966-03-7830-8.
6. KRATOCHVÍL, P., DRULÁK, P. 2009. *Encyklopedie mezinárodních vztahů*. 1. vydání, Praha: Portál, s.r.o., ISBN 978-80-7367-469-4.
7. MEARSHEIMER, J., J. 2014. *The tragedy of Great Power politics*. New York: Norton & Company, Inc., eISBN 978-0-393-07624-0.
8. SEGODNYA.UA, 2015. *Детальная хронология событий 2 мая в Одессе: видеоматериалы и рассказы очевидцев*, 21. 1. 2014. Dostupné na: <https://www.segodnya.ua/regions/odessa/detalnaya-hronologiya-sobytyiy-2-maya-v-odesse-videomaterialy-rasskazy-ochevidcev-609722.html> (on line, 28. 9. 2018).
9. SMETANA, J. 2017. *Studijní cesta do zkoumaného regionu*, Kyjev.
10. SMETANA, J. 2018. *Studijní cesta do zkoumaného regionu*, Oděsa, Besarábie.
11. SYRUČEK, M. 2015. *Rusko-ukrajinské vztahy. Mýty a skutečnost*. 1. vydání, Praha: Grada Publishing, a. s., ISBN 978-80-247-5843-5.
12. СТАРИКОВ, Н., БЕЛЯЕВ, Д. 2016. *Россия, Крым, История*. Москва: Питер, ISBN 978-5-496-01363-5.

13. EUROPEAN COMMISSION, 2008. *Emergency Humanitarian Aid Decision 23 02 01*.
Decision reference number: ECHO/-EE/BUD/2008/03000, Dostupné na:
http://ec.europa.eu/echo/files/funding/decisions/2008/georgia_03000.pdf (on line,
1. 9. 2017).

Kontakt na autora

kpt. Mgr. Jan Smetana

student doktorského studijního programu

ČVUT v Praze

Fakulta biomedicínského inženýrství

Katedra zdravotnických oborů a ochrany obyvatelstva

e-mail: smetana@c4ss.cz

Recenze: Ing. Jiří Halaška, Ph.D. (ČVUT v Praze Fakulta biomedicínského inženýrství)

OCHRANA MĚKKÝCH CÍLŮ PŘED TERORISMEM

Protection of soft Targets before Terrorism

Ing. Martin Smetana

Nejvyšší kontrolní úřad Praha

Abstrakt

Článek se zaměřuje na teoretické a koncepční vymezení problematiky ochrany měkkých cílů. Zejména na zkoumání vybraných aspektů (strategická významnost, symbolická významnost a časovost). V textu jsou využita a vizualizována statistická data z databáze teroristických činů *Global terrorism database*.

Klíčová slova: Terorismus, Ochrana měkkých cílů, Global Terrorism database

Abstract

The article focuses on theoretic and conceptual definition of problems related to protection of soft targets. It places emphasis especially on research of specific aspects such as strategic and symbolic importance or whether any places are more likely to be targeted. Statistical data from Global terrorism database have been used and afterwards also visualized.

Keywords: Terrorism, Protection of soft targets. Global Terrorism database

Metodika

Hlavním zdrojem statických dat o teroristických činech, jsou volně přístupná data Global terrorism database (GTD). Server je provozován Marylandskou univerzitou a data jsou pro nekomerční účely, akademickou a výzkumnou činnost volně přístupná. Databáze obsahuje činy z období 1970-2016. Pro zkoumání byly předdefinovány tři parametry, které splňují všechny zahrnuté teroristické činy:

1. *Násilný čin byl proveden se záměrem dosažení politických, ekonomických, náboženských nebo sociálních cílů.*
2. *Násilný čin je průkazně spojen s činností vedoucí k úmyslnému manipulování, zastrašování nebo předání jiné zprávy široké veřejnosti nebo lidem, kteří nejsou přímou obětí činu.*
3. *Násilný čin byl v rozporu s mezinárodním humanitárním právem. [1]*

O každém jednotlivém útoku v databázi je uvedeno maximum informací, které se výzkumníkům podařilo zjistit z důvěryhodných zdrojů. S pomocí metodické příručky, tak lze z databáze čerpat nejen statistické údaje, ale i řadu další informací o útoku:

- datum a místo včetně GPS lokace,
- stručné slovní shrnutí informací o útoku,
- druh útoku,
- způsob vedení útoku,
- cíl útoku,
- informace o útočnickovi (název organizace nebo jméno jednotlivce, motivace k útoku),
- počet usmrcených a zraněných při útoku,
- materiální škody,
- doplňující informace a další informační zdroje o útoku. [2]

Databázi lze využít jak k obecné statistické analýze, tak i k podrobnějším kvalitativním rozborům jednotlivých útoků. Databáze je velmi kvalitně zpracována a díky vytvořeným kategoriím, lze v databázi velmi efektivně filtrovat.

K rozboru vybraných teroristických útoků je použita analýza dostupných informací z veřejných zdrojů a na vybrané útoky je aplikována analýza komunikační strategie. V komunikační strategii se rozumí pod pojmy:

- **Transmitter** – Jedná se o teroristu nebo teroristickou organizaci.

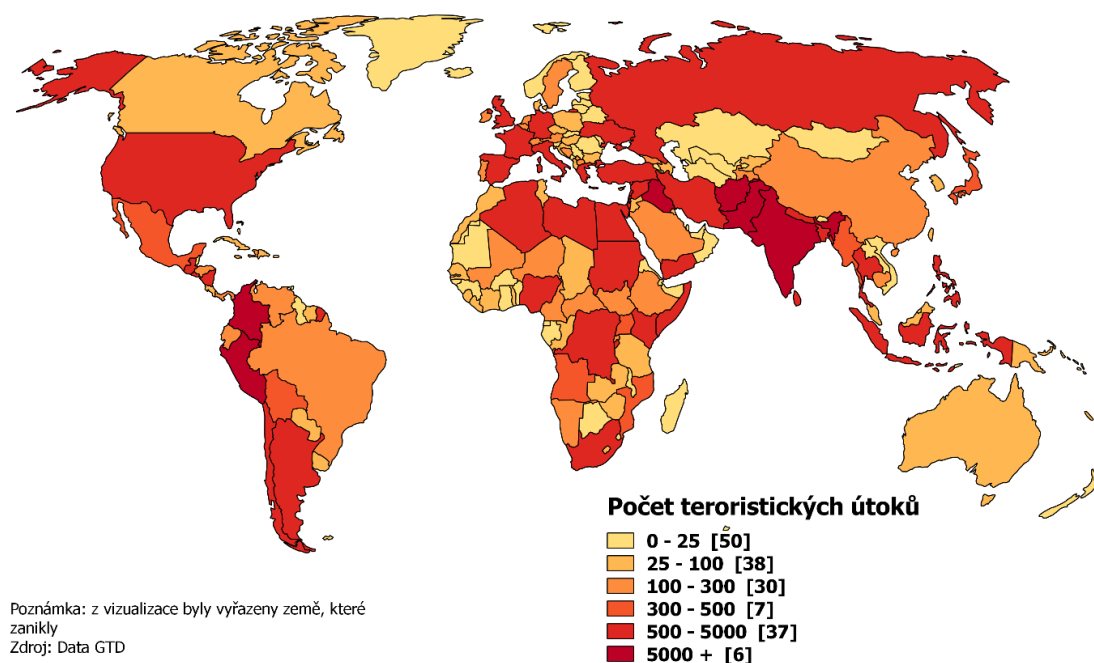
- **Target** – Konkrétní cíle útoku nejčastěji náhodně vybraní civilisté, kteří sami nejsou příjemci poselství celého dokonaného teroristického činu, ale slouží jako prostředek k dosažení cílů.
- **Message** – Zpráva nebo konkrétní požadavek, který je určen politickým činitelům nebo obecněji lidem disponujícím rozhodovací pravomocí.
- **Feed – back** – Reakce politického zastoupení na teroristický čin. [3]

Pro geografické zobrazení dat je v práci použit open source program QGIS. [5] Zasazení dat do reálné geografie umožňuje další rozměr analytického přístupu, jak z pohledu vizualizace zjištění, tak i pro bezpečnostní plánování.

Úvod do problematiky

Boj proti terorismu je integrální součástí bezpečnostní politiky de facto každého funkčního státu. Právě terorismus jako nelegální násilná forma prosazování politických cílů, je nejvážnější vnitřní hrozbou pro jakékoliv státní zřízení. Mohou mu tak čelit demokratické parlamentní státy stejně jako nedemokratické autoritativní státy. Terorismus tedy lze vnímat jako globální hrozbu, nicméně při snaze o konkrétní stanovení univerzální definice terorismu, narážíme na celou řadu problémů. Zejména v ideové roztržitosti, koho za teroristu lze označit.

Obrázek 1: Celkový počet teroristických útoků ve světě dle dat GTD



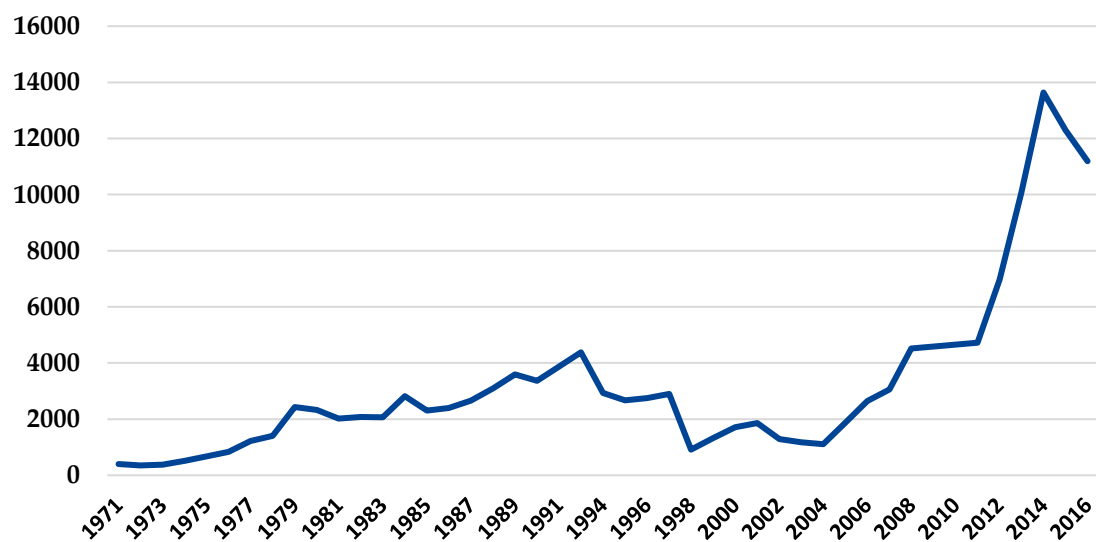
Zdroj: Data [1], vlastní zpracování autora

V rámci Severoatlantické aliance nenajdeme jedinou zemi, která by neměla hrozbu terorismu zanesenou ve své ústřední bezpečnostní strategii. Hrozbě terorismu se věnují všechny evropské bezpečnostní organizace. Například Evropská Unie v oblasti boje proti terorismu vyvíjí značnou aktivitu a to jak v oblasti vnitrostátní, tak zahraniční. [6] Aktivní jsou ale i organizace jako Rada Evropy, OBSE a další. Obdobně k hrozbě terorismu ale přistupují i další země světa. Ucelený postup proti terorismu tak pravidelně deklarují na summitech i zástupci zemí BRICS. [7] To, jak velkou hrozbu terorismu představuje, ilustruje i fakt, že k oficiálně jedinému uplatnění hojně citovaného čl. 5 Washingtonské smlouvy [8] došlo v případě reakce na teroristické útoky 11. září 2001. [9]

Celkově se dle GTD na celém světě v období mezi lety 1970 – 2016 událo 146 713 teroristických činů, které si vyžádaly 447 295 zraněných a 297 298 usmrčených. Vývoj a frekvenci v průběhu let, lze sledovat na níže zobrazených grafech. Z grafů jasně

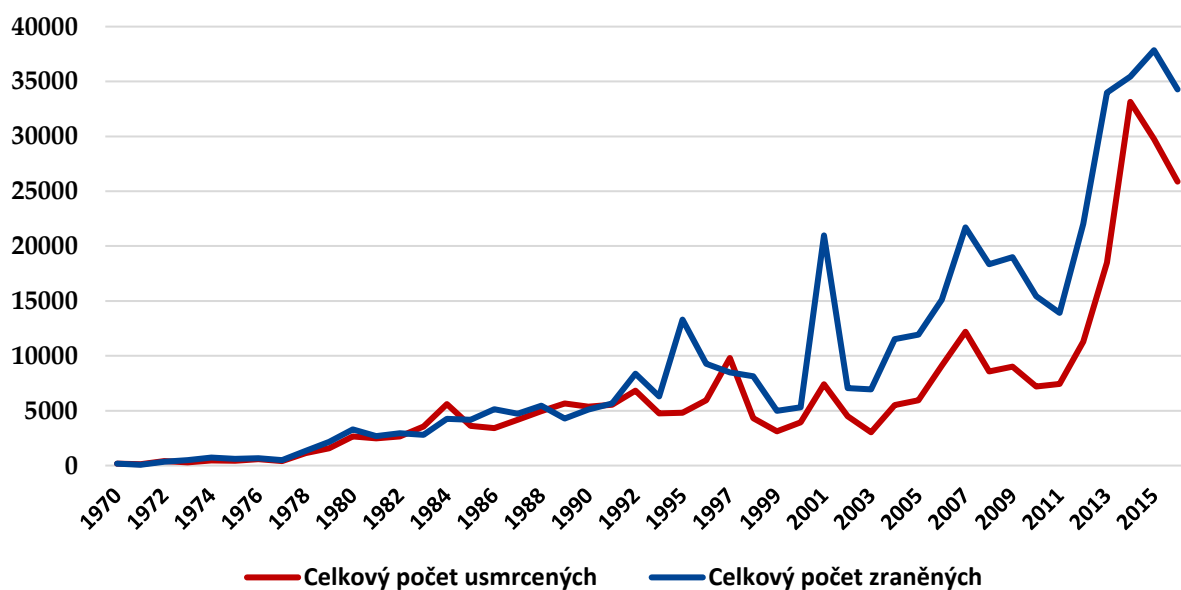
vyplývá, že v posledních letech dochází ke skokovému nárůstu počtů útoků. Čemuž odpovídá i růst celkového počtu raněných a obětí.

Graf 1: Celkový počet teroristických útoků v období 1970 - 2016



Zdroj: [1]

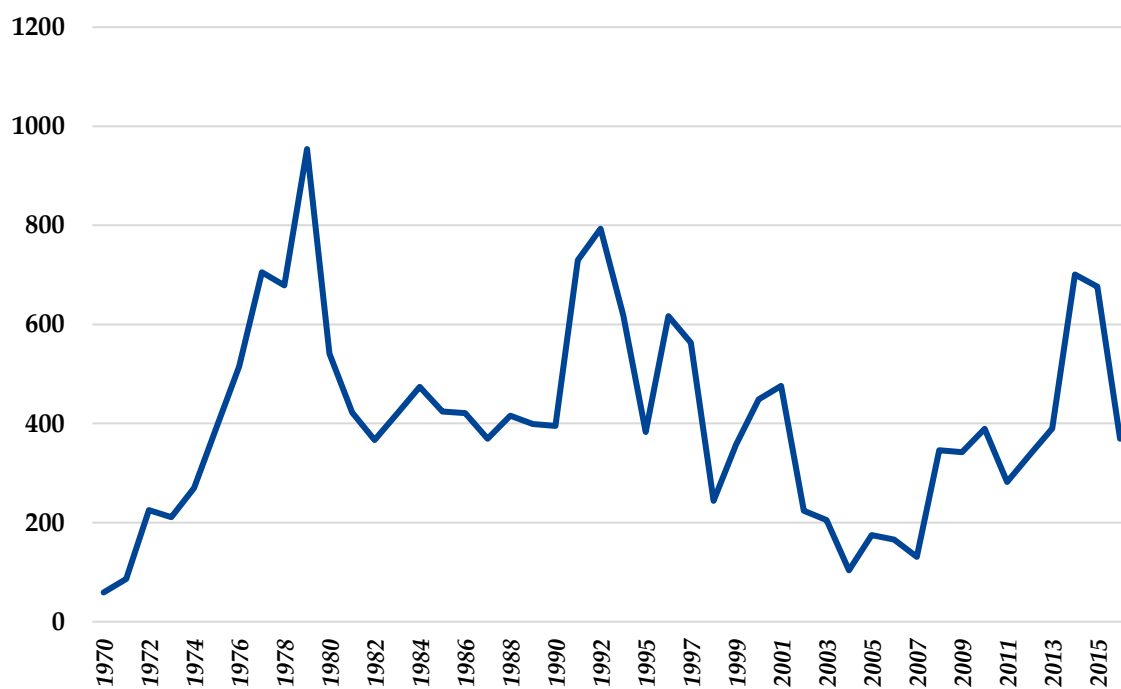
Graf 2 : Celkový počet usmrcených a zraněných při teroristických útocích mezi léty 1970 - 2016



Zdroj: [1]

Zaměříme-li se blíže jen na Evropu, tak se zde dle GTD událo celkem 18 811 teroristických činů. Při těchto útocích bylo zraněno celkem 266 344 lidí a 11 288 z nich bylo usmrceno.

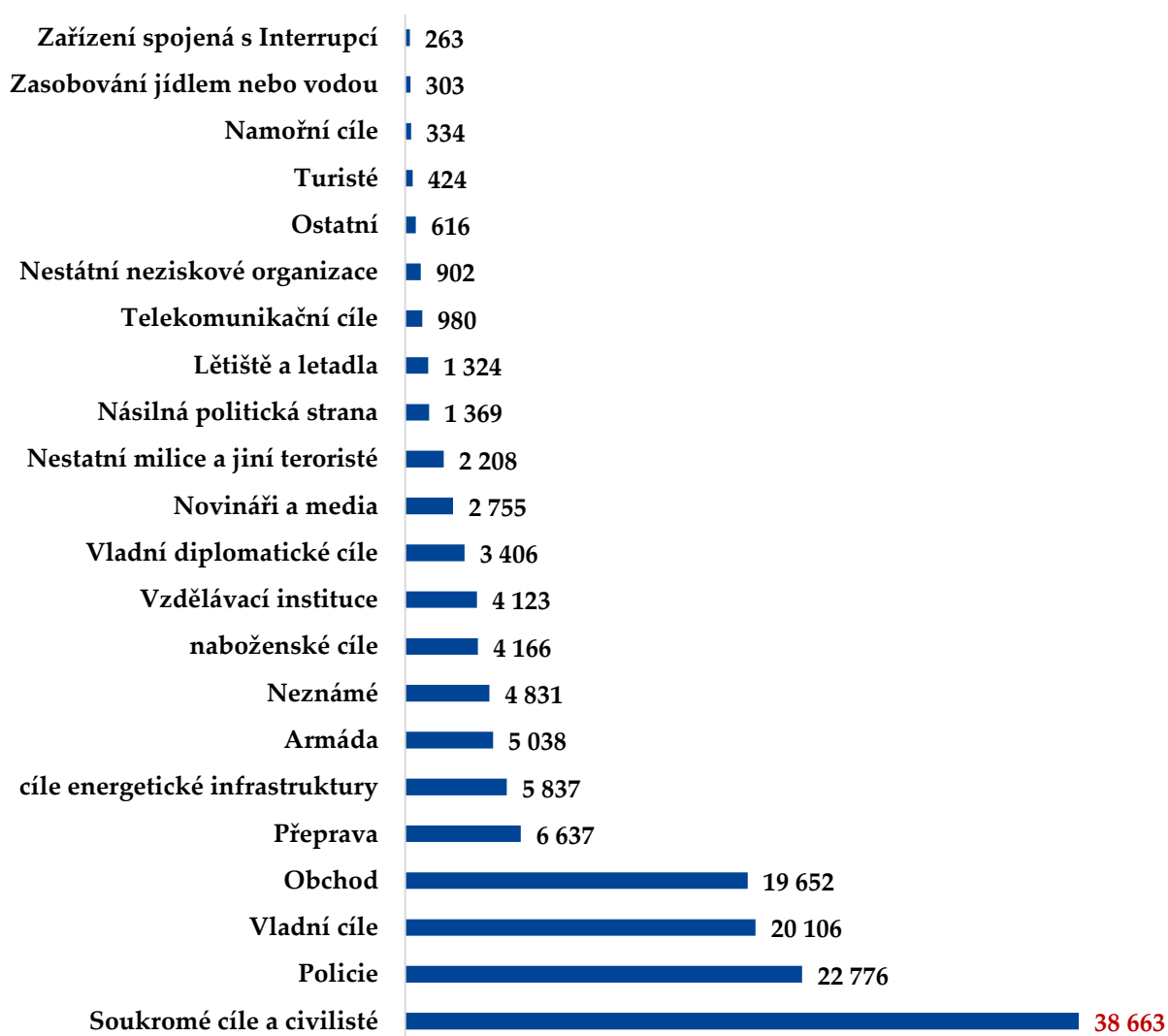
Graf 3: Celkový počet teroristických činů v Evropě v období mezi 1970 - 2016



Zdroj: [1]

Vzhledem k zaměření práce, je stěžejní oblastí zkoumání, na jaké cíle teroristé útočí. Při rozboru dat zjistíme, že z celkového počtu 146 713 útoků, jich bylo mířeno právě na civilní sektor 38 663, což činí více než 26%.

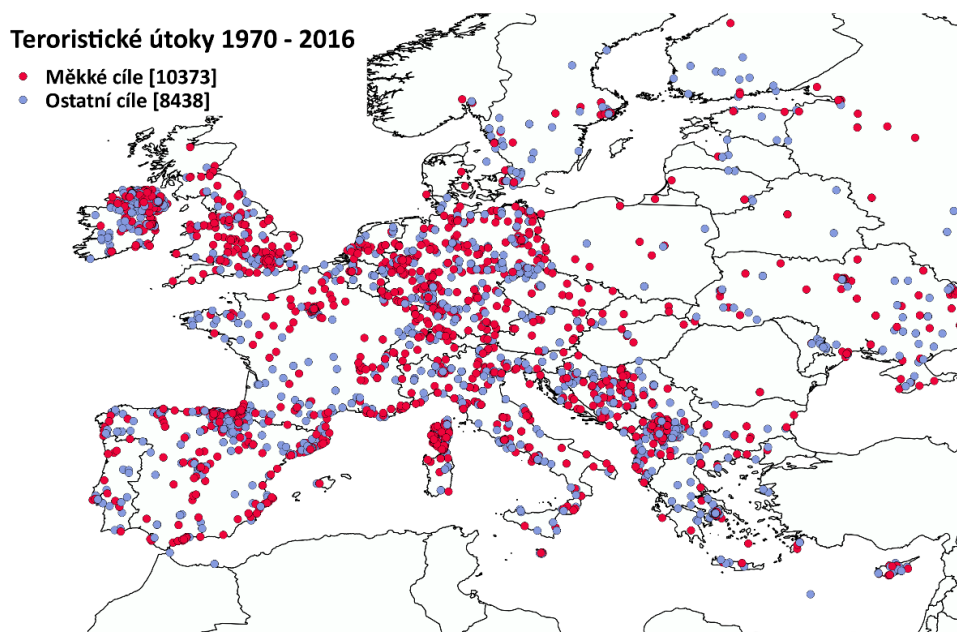
Graf 4: Celkový počet teroristických útoků v období 1970 – 2016 rozděleno dle cílů



Zdroj: [1]

V databázi GTD není uvedena specifická kategorie měkký cíl. V databázi jsou ale evidovány kategorie, které definici měkkého cíle odpovídají. Pro názornější ilustraci, je tak možné pracovní vytvořit kategorii měkký cíl. Pro kategorii měkký cíl zvolíme součet kategorií „soukromé cíle a civilní cíle“, „obchodní sektor“, „přeprava“, „náboženské cíle“, „vzdělávací instituce“, „novináři a média“, „nestátní neziskové organizace“ a „zařízení spojená s interrupcí“. Na takto navrženou kategorii měkký cíl bylo namířeno celkem 77 586 útoků, což činí více než 52% všech teroristických útoků. Obdobně se lze podívat i na situaci jen v Evropě pomocí mapové vizualizace.

Obrázek 2: Celkový počet teroristických útoků na měkké cíle v Evropě v období 1970 – 2016



Zdroj: Data [1], vlastní zpracování autora

Poznámka: Mapa byla vytvořena pro ilustraci počtu útoků směřovaných na měkké cíle. Do kategorie „měkký cíl“ byly zařazeny útoky, z kategorií cílů vedených GTD jako „soukromé cíle a civilní cíle“, „obchodní sektor“, „přprava“, „náboženské cíle“, „vzdělávací instituce“, „novináři a media“, „nestátní neziskové organizace“, „zařízení spojená s interrupcí“.

Tzv. měkké cíle jsou tedy bezpochyby nejčastějším cílem teroristických útoků. Tato data jednoznačně potvrzují, že v oblasti prevence a eliminace terorismu segment ochrany potencionálních měkkých cílů musí hrát klíčovou roli.

Ochrana měkkých cílů

K ucelenému pochopení pojmu měkký cíl, který není možné zcela konkrétně definovat, je žádoucí popsat i jeho antagonistu, tedy tvrdý cíl. V obecné rovině, lze

tvrdý cíl označit jako objekt s vysokým stupněm zabezpečení. Nejčastěji se tedy jedná o objekty státní a na jejich zabezpečení se tedy podílí bezpečnostní složky nebo ozbrojené síly daného státu. Toto ale není pravidlem, a za tvrdé cíle, lze jednoznačně považovat i některé civilní objekty, které buď samy, nebo i s přispěním státu mají vysokou úroveň zabezpečení. Velmi důležité je i na jaké objekty tuto optiku posuzování zaměříme, v našem případě tedy na velmi širokou kategorii potenciálních cílů teroristických útoků. Britský slovník definuje měkký cíl jako „osobu nebo věc, která je relativně nechráněna, zejména proti vojenskému nebo teroristickému útoku“ Definici uvozuje velmi názorným dodatkem, že „farmy jsou měkkým cílem pro žháře“ [10], což je samozřejmě jen lingvistickým vysvětlením pojmu, ale ve skutečnosti tím velmi dobře ilustruje důležitost, v jakém prostředí pojem definujeme.

V českém prostředí můžeme nalézt definici měkkého cíle například v terminologickém slovníku MV ČR: „*veřejně frekventovaná místa, snadno napadnutelné objekty nebo místa nevojenského charakteru, která nejsou permanentně střežena ozbrojenými složkami nebo jiným způsobem, případně nejsou střežena vůbec. Takováto místa a objekty se vyznačují zejména stálou nebo dočasně vysokou koncentrací osob, symbolickým, kulturním či náboženským významem nebo tvoří významnou součást infrastruktury státu, jejíž narušení má negativní dopad na fungování systému a tím i na společnost.*“ [11]

Tato definice zohledňuje i další prvky, které jsou pro definování měkkého cíle důležité. V první řadě se jedná o fakt, že se v daném místě nebo objektu **dočasně** nebo **trvale** pohybuje vysoký počet osob. Tímto se velmi široké spektrum potencionálních cílů zužuje, dle počtu osob, které si pro zkoumání nadefinujeme jako kritický. Prvek **časovosti** má velký význam, což lze demonstrovat na příkladu. Na náměstí, kde se za normálních okolností pohybují maximálně desítky lidí, se koná demonstrace, které se účastní několik stovek lidí. Náhle se z místa, které bychom za normálních okolností nehodnotili jako významný měkký cíl, významný cíl stává. Toto se může týkat také kulturních nebo sportovních akcí. Jako konkrétní příklad útoku na dočasně významný měkký cíl lze uvést teroristický čin na bostonském maratonu. [12]

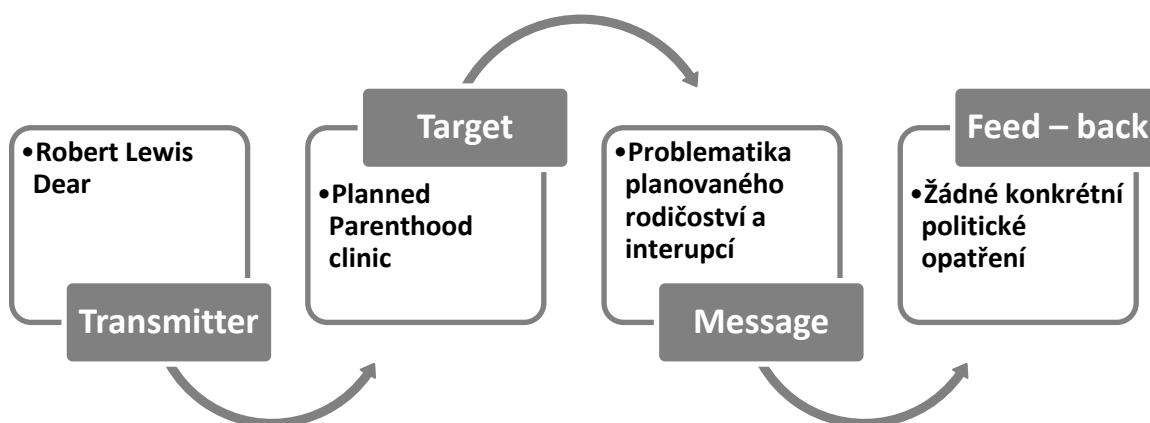
V druhé řadě je to pak **významnost** cíle. Tu lze ještě rozdělit do kategorie **strategická** významnost, kdy útokem je snaha o dosažení nějaké výhody, nebo paralyzování systému. Jednalo by se pak zejména o útoky na prvky infrastruktury, na potravinové zdroje, vodní zdroje a podobně.

Dále pak druhá kategorie **symboličnost**. Tento souhrnný pojem zahrnuje jak náboženské aspekty tak kulturně civilizační. Symboličnost cíle je pak odvozena od motivace potenciálního útočníka. Nelze určit objektivně univerzální atributy, které by toto splňovaly. Lze ale stanovit vybrané prvky, které potenciálně zvyšují symboličnost cíle, ale jen pro jasně definovaný typ potencionálních útočníku. Jeho motivace pramení z jeho ideového zakotvení.

Symboličnost lze lépe demonstrovat na několika příkladech. Jako první si rozebereme, méně častou formu terorismu, která je směřovaná vůči jedné problematice. Dle oficiální typologie terorismu Europol tuto formu označuje jako monotematickou (ang. single – issue). [13] Konkrétně si rozebereme příklad odpůrců potratu a plánovaného rodičovství. V roce 2015 v Coloradu Robert Lewis Dear zaútočil na Planned Parenthood clinic v Colorado Springs. Na klinice mimo jiné provádí i interrupci. [14]

Rozebereme-li si tento konkrétní útok z pohledu komunikační strategie. Odesílatel (ang. Transmitter) je v tomto případě jednotlivec a ne skupina, cílem (ang. target) je instituce, ta i charakterizuje to, proti čemu ideologicky útočník bojuje, tedy plánované rodičovství a potraty. Zprávou (ang. message) nebo-li sdělení útoku je v tom to případě poukázat na zmíněnou problematiku. Útočník se pak dokonce sám označoval za bojovníka za děti (ang. a warrior for the babies). Odezvou (ang. feed-back) na tento útok, který si vyžádal několik raněných a tři usmrcené, nebylo krom rozvíření debaty o problematice žádný konkrétní politický krok. Útočník tedy činem nedosáhl požadovaného výsledku.

Obrázek 3: Schéma komunikační strategie - útok Roberta Lewise Deara [vlastní zpracování autora]



Kdyby v tomto konkrétním případě, byly posuzovány interrupční kliniky jako potencionální měkké cíle, bylo by možné posuzovat i jejich symboličnost. Jejich symboličnost, ale není přenositelná napříč ideologický spektrem teroristických organizací a vezmeme-li v potaz významnost, tohoto monotematického terorismu, tak by pro celkové hodnocení potenciálního rizika nehrála symboličnost významnou roli.

Jako druhý příklad si rozebereme jeden ze série útoků ve Francii. Jedná se o útok na obchod s košer potravinami v roce 2015, ten následoval po mediálně sledovanějším útoku na redakci časopisu Charlie Hebdo. V tomto případě útočil jednotlivec Amedy Couliba a jako cíl si vybral obchod s košer potravinami. Tedy jednoznačná motivace, při výběru cíle byla právě symbolika. Symboličnost lze vnímat ve dvou směrech, jako obecný útok na židovství jako etnickou popřípadě kulturní příslušnost nebo zprostředkovaný útok na symbol Izraele. Izrael jako symbol se díky dlouholetému konfliktu s arabským světem, stával záminkou celé řady teroristických útoků. Zprávou v tomto případě bylo primárně podpora aktivit tzv. Islámského státu (dále

také ISIL), což vyplývá i z videa, které útočník sám zveřejnil. [15] Vzhledem k načasování a průběhu útoku, se dále v mediích polemizovalo o snaze zajistit propuštění členů jeho skupiny, která měla na svědomí zmiňované útoky na redakci Charlie Hebdo. [16] Z výběru cíle lze dovozovat sekundární sdělení útoku, tedy snahu o šíření strachu mezi židovskou menšinou ve Francii. Odezvu na tento útok lze rozdělit do dvou kategorií. Celá série těchto útoků si z politického hlediska vyžádala celou řadu zvýšených bezpečnostních opatření. Dále je třeba mezi reakci zařadit i rostoucí počet emigrujících Židů z Francie. [17]

Obrázek 4: Schéma komunikační strategie útok – Amedy Coulibaly [vlastní zpracování autora]



V tomto druhém případě je faktor symboličnosti daleko významnější, než v prvním zkoumaném případě, jelikož četnost a dopady teroristických útoků, které jsou motivovány radikální islamistickou ideologií, jsou nepoměrně větší. Při bezpečnostním plánování by tedy aspekt židovství byl faktor zvyšující míru rizika napadení cíle.

Obdobným způsobem je možné posuzovat symboličnost u libovolných měkkých cílů. Vždy se ale jedná o vztah vybraného cíle, k vybranému okruhu potenciálních

útočníků. Což jsme jasně demonstrovali na dvou příkladech. Proto je nutné zohlednit co nejširší pole relevantních ideových zdrojů útočníků, ale zároveň posuzovat jejich významnost. Významnost se v průběhu času mění, opět se tedy dostávám k atributu časovosti, kdy ani v tomhle případě nelze stanovovat univerzální závěry a je nutné je v průběhu času měnit, podle dominující formy politického násilí.

Plánování ochrany měkkých cílů

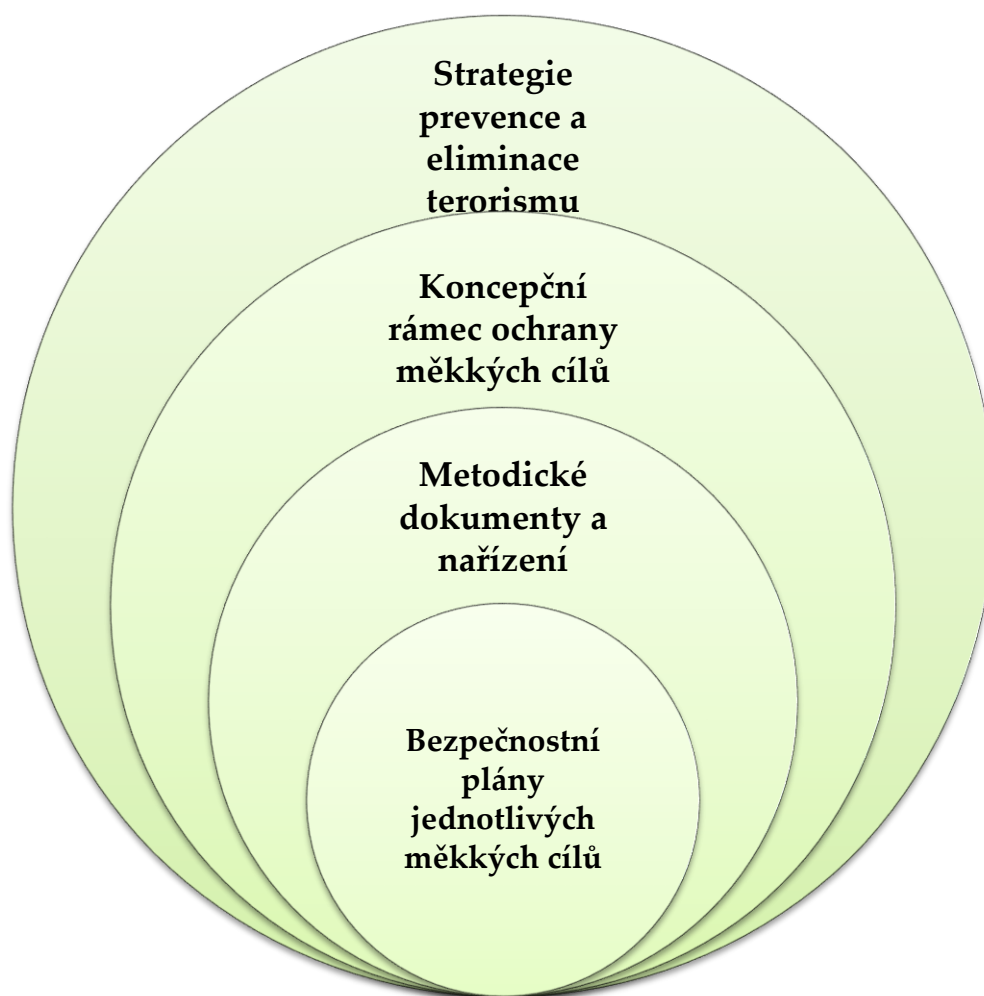
Základem efektivního postupu je jasná strategie a cíl, kterého je nutno dosáhnout. Ochrana měkkých cílů musí být pevnou součástí komplexní strategie boje proti terorismu. Pouze strategie ale nestačí a je nutné ji rozpracovat v dalších koncepčních a metodických dokumentech. Z těchto dokumentů pak vycházejí dílčí bezpečnostní plány jednotlivých měkkých cílů.

Rozdělení měkkých cílů do jednotlivých segmentů může výrazně přispět k tomu, aby metodika akceptovala výlučná specifika. V této situaci, je pak možné přijímat konkrétně bezpečnostní opatření, která mají větší přínos pro zlepšování bezpečnostní situace.

Pro příklad lze uvést dva měkké cíle. Prvním je obchodní centrum a druhým nemocniční zařízení. Ačkoliv u obou těchto cílů můžeme nalézt společné prvky, jako je snadná přístupnost a velká koncentrace osob, tak jednoznačně najdeme i celou řadu odlišností, které je při bezpečnostním plánování nutné zohlednit. Lze namátkou zmínit například velký počet imobilních osob, pacienti závislé na zdravotnické technice, výskyt nebezpečných chemických látek a směsí a další.

Obecné metodiky tak mohou přinést základní směr, ale je potřeba je rozpracovat do jednotlivých operačních plánů, které mohou zohlednit specifika jednotlivých cílů. Dále je nutné strategické a koncepční plány opravdu naplňovat a realizovat. Popřípadě základní aspekty vynucovat jako je to v případě prevence ostatních hrozeb jako jsou požáry a podobně.

Obrázek 5: Komplexní rámec plánování ochrany měkkých cílů [vlastní zpracování autora]



Ochrana měkkých cílů v České republice

Riziko útoku na měkké cíle je v České republice vyhodnoceno v rámci Národní auditu bezpečnosti. Riziko je v auditu stanovené jako střední, což je odůvodněno tím že, „měkké cíle jsou zřejmě nejpravděpodobnějším terčem možného hypotetického teroristického útoku na českém území, je relevanci této hrozby pro ČR nutné hodnotit jako střední.“ [18] Za metodické řízení problematiky ochrany měkkých cílů je zodpovědné Ministerstvo vnitra, které si na základě výsledku auditu zřídilo pro tuto oblast Centrum proti terorismu a hybridním hrozbám (dále také CTHH). [19]

Ústředním strategickým dokumentem, který se zaměřuje na možnosti eliminace terorismu, je Strategie České republiky pro boj proti terorismu od r. 2013. Hlavním cílem strategie je minimalizace rizik a dopadů potenciálních teroristických útoků na území České republiky. Strategie definuje pojem měkký cíl jako „*snadno dostupné objekty/místa s převážně vysokým počtem a koncentrací osob v převážné míře s nižším zabezpečením proti teroristickým útokům nebo jinému narušení.*“ [20] Ochranu měkkých cílů zmiňuje i Koncepce ochrany obyvatelstva do roku 2020 s výhledem do roku 2030. V části úkoly státní správy koncepce uvádí: „*Ochrana soft targets musí jít ovšem za hranici koncepce ochrany obyvatelstva; je nutné se zaměřit na nastavení preventivních opatření před pácháním trestné činnosti a na vytvoření spolehlivého systému, který nastaví komplexní řešení celé problematiky soft targets také v oblasti vnitřní bezpečnosti. Tento systém bude konstituován v širokém rámci, vyžadujícím spolupráci napříč celostátní správou při důsledném respektování gescí stanovených právními předpisy.*“ [21]

Hlavním koncepčním dokumentem této oblasti je Koncepce ochrany měkkých cílů pro roky 2017-2020. Ta si jako cíl dala vytvoření komplexního systému ochrany měkkých cílů. Koncepce klade hlavní důraz na nutnost spolupráce veřejné sféry a provozovatelů měkkých cílů a vyzdvihuje důležitost koordinačních a komunikačních procesů. Pro koordinaci celé oblasti byl zřízen stálý poradní sbor Ministerstva vnitra, který je tvořen zástupci veřejné správy a bezpečnostními experty. K ochraně měkkých cílů budou dále realizovány neinvestiční dotační programy a to v období 2019-2021. Dotace v celkové výši až 359 mil. Kč budou rozděleny dle zaměření jednotlivých resortů. [22] Provozovatelé měkkých cílů mohou dotace využít pro vypracování analýzy hrozeb, analýzy bezpečnostních opatření, školení zaměstnanců a cvičení.

Konkrétně pak ochranu měkkých cílů rozpracovává metodika **Základy ochrany měkkých cílů**. Metodika stanovuje doporučení k identifikaci zařízení a jeho potencionálních hrozeb. Předkládá také návrhy prevence a metody k řešení vzniklých problémů. Dokument je koncipován univerzálně a jeho doporučení jsou použitelná napříč pestrrou strukturou měkkých cílů.

Dále lze zmínit také další dokumenty, které se problematice věnují. Jedná se například o technické normy, informační brožury nebo jiná doporučení. Nejvýznamnější normou je technická norma ČSN 73 440022 Prevence kriminality - řízení bezpečnosti při plánování, realizaci a užívání škol a školských zařízení. V případě dalších dokumentů je to například brožura vydaná CTHH 10 principů zvýšení odolnosti měkkého cíle a bezpečnostní standardy pro pořádání kulturních a jiných veřejných akcí. Pro provozovatele měkkých cílů byla rovněž zřízena HOTLINE policejního prezidia kam se mohou obracet provozovatelé měkkých cílů s dotazy. Sama Policie ČR, je v této oblasti rovněž aktivní. Tato oblast jako celá problematika terorismu a extremismu spadá do kompetencí Národní centrály proti organizovanému zločinu. Nejvýraznějším počinem v této oblasti bylo instruktážní video jak se chovat v případě probíhajícího útoku aktivním střelcem. Tedy základní rady uteč, schovej se nebo boj. [23] Koncept toho postupu je celosvětově rozšířen a v anglickém znění Run, Hide a Fight ho radí například americká FBI. [24]

Pro komparaci odlišného přístupu k problematice se blíže podíváme na plánovací dokumenty Spojeného království. Konkrétně pak na dokumenty, které se zaměřují na oblast ochrany měkkých cílů. Mimo pojem měkký cíl se v anglickém prostředí daleko častěji používá anglický pojem crowded places. Pojem v sobě tedy obsahuje informaci o koncentraci osob místo bezpečnostního aspektu. Základní dokumenty, které se zabývají projektováním bezpečnostních opatření měkkých cílů, jsou zejména National Counter Terrorism Security Office: Crowded places: the planning system and counter-terrorism a Protecting crowded places: design and technical issues. [25] Základní aspekty těchto dokumentů jsou komunikace s veřejností a spolupráce veřejného a soukromého sektoru při přípravě a ochraně těchto míst. Plány se nesou v duchu třech základních principů, které se označují akronymem 3D (ang. Deter, Detect, Delay), které lze přeložit jako odradit, odhalit a zpozdit. [26]

Dále jsou to pak konkrétní metodické manuály, které zvlášť upravují specifika pro:

- stravovací zařízení,

- nákupní střediska,
- stadiony,
- návštěvnické akce (muzea, výstavy, vánoční trhy a další),
- hotely,
- akce za účasti velkého množství osob (např. hudební festivaly),
- obchodní střediska,
- vzdělávací zařízení,
- zdravotnická zařízení,
- modlitebny. [26]

Seznam použité literatury

- [1] *National Consortium for the Study of Terrorism and Responses to Terrorism (START): Global Terrorism Database* [online]. b.r. [cit. 2018-04-01].
Dostupné z: <https://www.start.umd.edu/gtd/>
- [2] *Codebook: Inclusion Criteria And Variables: Global Terrorism Database* [online]. 2017 [cit. 2018-04-01]. Dostupné z:
<https://www.start.umd.edu/gtd/downloads/Codebook.pdf>
- [3] EICHLER, Jan. *Terorismus a války v době globalizace*. 2., dopl. vyd. Praha: Karolinum, 2010. ISBN 9788024617909.
- [4] *TARGET ANALYSIS PROCESS: Criticality, Accessibility, Recuperability, Vulnerability, Effect, And Recognizability Factors* [online]. Federation of American Scientists, b.r. [cit. 2018-04-01]. Dostupné z:
<https://fas.org/irp/doddir/army/fm34-36/appd.htm>
- [5] *QGIS: A Free and Open Source Geographic Information System* [online]. b.r. [cit. 2018-04-01]. Dostupné z: <https://qgis.org/en/site/>
- [6] *EU fight against terrorism* [online]. European Council - Council of the European Union, 2018 [cit. 2018-03-01]. Dostupné z:
<http://www.consilium.europa.eu/en/policies/fight-against-terrorism/>

- [7] *BRICS Summit 2017: Counter-terrorism* [online]. Firstpost, b.r. [cit. 2018-03-01]. Dostupné z: <https://www.firstpost.com/search/BRICS%20Summit%202017>
- [8] *Washingtonská smlouva: Plné znění zakládajícího dokumentu NATO* [online]. Informační centrum o NATO, b.r. [cit. 2018-04-01]. Dostupné z: http://www.natoaktual.cz/na_zpravy.aspx?y=na_summit/washingtonskasmlouva.htm
- [9] *AFTER THE ATTACKS: THE ALLIANCE; For First Time, NATO Invokes Joint Defense Pact With U.S.* [online]. The New York Times Company, 2001 [cit. 2018-05-01]. Dostupné z: <https://www.nytimes.com/2001/09/13/us/after-attacks-alliance-for-first-time-nato-invokes-joint-defense-pact-with-us.html>
- [10] *Oxford Living Dictionaries* [online]. Oxford University Press, b.r. [cit. 2018-04-01]. Dostupné z: https://en.oxforddictionaries.com/definition/us/soft_target
- [11] *Terminologický slovník - krizové řízení a plánování obrany státu* [online]. Ministerstvo vnitra České republiky, 2016 [cit. 2018-05-01]. Dostupné z: <http://www.mvcr.cz/clanek/terminologicky-slovník-krizove-rizeni-a-planovani-obrany-statu.aspx>
- [12] *Boston Marathon Terror Attack Fast Facts* [online]. CNN, b.r. [cit. 2018-04-01]. Dostupné z: <https://edition.cnn.com/2013/06/03/us/boston-marathon-terror-attack-fast-facts/index.html>
- [13] *Single-Issue Terrorism* [online]. EUROPOL, b.r. [cit. 2018-04-02]. Dostupné z: https://www.europol.europa.eu/tesat/2017/6.SINGLE-ISSUE_TERRORISM.html
- [14] *3 Are Dead in Colorado Springs Shootout at Planned Parenthood Center* [online]. The New York Company, 2015 [cit. 2018-04-01]. Dostupné z: <https://www.nytimes.com/2015/11/28/us/colorado-planned-parenthood-shooting.html?smid=pl-share>

- [15] *Amedy Coulibaly video* [online]. Youtube, b.r. [cit. 2018-05-01]. Dostupné z: https://www.youtube.com/results?search_query=Amedy+Coulibaly+video+eng+subs
- [16] *Gunman takes hostages at Paris kosher supermarket* [online]. The Guardian, b.r. [cit. 2018-04-05]. Dostupné z: <https://www.theguardian.com/world/2015/jan/09/gunman-hostages-paris-kosher-supermarket-amedy-coulibaly>
- [17] *Au revoir and shalom: Jews leave France in record numbers* [online]. CNN, b.r. [cit. 2018-04-01]. Dostupné z: <https://edition.cnn.com/2016/01/22/middleeast/france-israel-jews-immigration/index.html>
- [18] *AUDIT NÁRODNÍ BEZPEČNOSTI* [online]. Praha, 2016 [cit. 2018-04-01]. Dostupné z: <https://www.vlada.cz/assets/media-centrum/aktualne/Audit-narodni-bezpecnosti-20161201.pdf>
- [19] *Centrum proti terorismu a hybridním hrozbám* [online]. Praha: Ministerstvo vnitra České republiky, b.r. [cit. 2018-04-06]. Dostupné z: <http://www.mvcr.cz/cthh/clanek/centrum-proti-terorismu-a-hybridnim-hrozbam.aspx>
- [20] *Strategie České republiky pro boj proti terorismu od r. 2013* [online]. b.r. [cit. 2018-04-01]. Dostupné z: <http://www.mvcr.cz/soubor/3-nap-2013-material-pdf.aspx>
- [21] *Koncepce ochrany obyvatelstva do roku 2020 s výhledem do roku 2030* [online]. Praha, 2013 [cit. 2018-05-01]. Dostupné z: https://www.vlada.cz/assets/ppov/brs/dokumenty/Koncepce-ochrany-obyvatelstva-2020-2030_1_.pdf
- [22] *Na ochranu tzv. měkkých cílů půjde 359 mil. Kč, schválila vláda* [online]. ČTK - České noviny, 2017 [cit. 2018-04-01]. Dostupné z: <http://www.ceskenoviny.cz/zpravy/na-ochranu-tzv-mekkych-cilu-pujde-359-mil-kc-schvalila-vlada/1509427>

- [23] *Uteč, schovej se, bojuj, radí lidem klip policie v případě útoku* [online]. b.r. [cit. 2018-04-01]. Dostupné z: https://www.lidovky.cz/utec-schovej-se-bojuj-radi-lidem-klip-policie-v-pripade-utoku-pr9-/zpravy-domov.aspx?c=A170607_152104_ln_domov_ELE
- [24] *Responding to an Active Shooter Crisis Situation* [online]. FBI, b.r. [cit. 2018-04-01]. Dostupné z: <https://www.fbi.gov/about/partnerships/office-of-partner-engagement/active-shooter-resources/responding-to-an-active-shooter-crisis-situation>
- [25] *Crowded places: the planning system and counter-terrorism* [online]. GOV.UK, b.r. [cit. 2018-04-01]. Dostupné z: <https://www.gov.uk/government/publications/crowded-places-the-planning-system-and-counter-terrorism>
- [26] KRULÍK, Oldřich. Spojené království a ochrana kritické infrastruktury a „crowded places“. *Ochrana & Bezpečnost* [online]. b.r., , 13 [cit. 2018-04-01]. ISSN 1805 - 5656. Dostupné z: http://ochab.ezin.cz/O-a-B_2014-2015_D/2014-2015_D_05_krulik.pdf

Kontakt na autora

Ing. Martin Smetana

Nejvyšší kontrolní úřad

Jankovcova 1518/2

170 04 Praha 7

e-mail: martinsmetana@email.cz

Recenze: prof. Ing. Gustav Šafr, DrSc. (ČVUT v Praze, Fakulta biomedicínského inženýrství)

FENOMÉN MIGRACE V BEZPEČNOSTNÍCH STRATEGIÍCH ČESKÉ REPUBLIKY

Migration Phenomenon in Security Strategies of the Czech Republic

plk. Mgr. Jan Šmíd¹, pplk. doc. Ing. Pavel Otřísal, Ph.D. MBA²

¹ náčelník osobního štábu velení Vojenské policie

² Univerzita Obrany, Ústav ochrany proti zbraním hromadného ničení

Abstrakt

Článek pojednává o tom, jakým způsobem se pracuje s pojmem migrace v bezpečnostních strategiích České republiky, jak je tento problém popsán a v jakém kontextu je uváděn. Stěžejní částí článku jsou navrhovaná řešení rizik a hrozeb spojených s tímto fenoménem současné doby.

Klíčová slova: Migrace, legální migrace, nelegální migrace, masová migrace, bezpečnostní strategie

Abstract

A paper deals with ways in which the term of migration has been used in security strategies of the Czech Republic, how this issue has been described and in what context it has been presented. Proposed measures to deal with risks and threats that are connected with this phenomenon of current time are the crucial part of the paper.

Key words: Migration, legal migration, illegal migration, mass migration, security strategy

Úvod

Ačkoliv je mezinárodní migrace dlouhodobým fenoménem, zejména v posledních letech stále tíživěji doléhá i na evropský kontinent. Migrace, která je definována jako: „Změna sídliště skupin obyvatelstva; přemisťování vůbec;“ [1] je ale v současné době

vnímána a prezentována odlišně, a to jako přesuny obyvatelstva, často bez jakékoliv kontroly, mezi státy. Mezi hlavní faktory, jenž působí její znatelnější nárůst, patří, kromě tak často skloňované snahy po získání lepší životní úrovně, zejména ozbrojené konflikty v zemích původu migrantů a přírodní katastrofy mající za následek hladomor nebo prudké zhoršení životních podmínek místních obyvatel. Vzhledem k existenci různých a často i rozporuplných definic, tak pro potřeby tohoto článku bude pro mezinárodní migraci používán pouze zkrácený termín „migrace“.

1. Bezpečnostní strategie České republiky

Zásadním strategickým dokumentem, který mimo jiného řeší potenciální rizika a hrozby vůči České republice (ČR) je Bezpečnostní strategie České republiky (dále jen „bezpečnostní strategie“). Ačkoliv tento dokument není právně závazný, poskytuje zásadní východiska pro tvorbu strategií, dílčích koncepcí, ale i právních a jiných předpisů. Na jeho přípravě se kromě vlády, Kanceláře prezidenta republiky a Parlamentu ČR zásadní měrou rovněž podílí i komunita bezpečnostních expertů. Z tohoto důvodu by mělo být garantováno, že se jedná o platný dokument neodtržený od reality.

Bezpečnostní strategie byla poprvé přijata v roce 1999 těsně před vstupem ČR do Severoatlantické aliance (dále jen „NATO“). Od té doby je v nepravidelných intervalech novelizována, nebo zpracovávána zcela nově. K takovýmto úpravám či přepracováním došlo v letech 2001, 2003, 2011 a naposledy v roce 2015.

Přestože docházelo ke změnám v názvech kapitol a podkapitol, vnitřní struktura bezpečnostní strategie se za dobu její existence radikálně nezměnila. Po obecném úvodu, který přináší vhled do problematiky, obecná východiska a bezpečnostní zájmy ČR, kde jsou definovány životní, strategické a další důležité zájmy ČR, se pokračuje popisem bezpečnostního prostředí, v němž se ČR nachází a výčtem možných trendů, rizik a z nich plynoucích hrozeb, dále je charakterizována bezpečnostní politika státu

včetně prosazování jeho zahraničně-politických, hospodářských a bezpečnostních zájmů, definování prvků zajištění bezpečnosti ČR, a to popisem struktury bezpečnostního systému státu včetně vymezení odpovědnosti, kompetencí povinností jednotlivých subsystémů a shrnutí problematiky v závěru.

1.1 Výskyt termínu „migrace“ v bezpečnostních strategiích

Termín migrace a přistěhovalectví se v nejrůznějších formách těchto slov objevuje ve všech bezpečnostních strategiích. Nejčastěji je používán ve slovních spojeních – nelegální/ilegální migrace a zároveň v kontextu navázaném na organizovaný zločin a další hrozby nevojenského charakteru. Výraz přistěhovalec a přistěhovalectví je používán zejména v kontextu přistěhovalecké politiky a integrace přistěhovalců do většinové společnosti. Sumace výskytu výše uvedených a návazných pojmů je uvedena v tabulce 1.

Tabulka 1 Četnost uvedených termínů v jednotlivých bezpečnostních strategiích

Tvary hledaných slov	Rok vydání bezpečnostní strategie				
	1999	2001	2003	2011	2015
Nelegální / ilegální migrace	3	2	4	2	3
Politická a ekonomická migrace		1			
Imigrant		1			
Migrační politika			1	1	1
Masová nekontrolovatelná migrace				1	2
Migrační tlaky				1	1
(Mezinárodní) migrace				2	4
Migrační jevy				1	
Legální migrace				2	2
Přistěhovalec/přistěhovalectví				5	4
Celkem	4	4	6	15	17

Zdroj: Autoři

Vzhledem k tomu, že bezpečnostní strategie, popisuje, analyzuje a koncepčně řeší potenciální rizika a hrozby vůči ČR, je zřejmé, že autoři dokumentu analyzují pojem migrace právě z tohoto hlediska. Termín migrace se tak logicky objevuje v seznamu hrozeb, zejména nevojenských, s nimiž se ČR musí vypořádat. Z hlediska četnosti výskytu je na první pohled zjevné, že s časem narůstá, jak se zvyšuje jeho aktuálnost.

1.2 Pojem migrace v ojedinělém kontextu bezpečnostních strategií

Ačkoliv se pojem migrace objevuje v jednotlivých bezpečnostních strategiích v podobném kontextu, existují zde tři oblasti, které se kontextuálně odlišují.

V roce 1999 je použit termín „rozsáhlé migrační vlny“ v kapitole Bezpečnostní rizika a hrozby. Kapitola nejprve definuje bezpečnostní rizika jako jevy a procesy, které mohou přímo nebo nepřímo negativně působit na společnost, funkce státu či občany ČR a které mohou v některých případech přerůst v bezpečnostní hrozby. Text následně pokračuje seřazením bezpečnostních rizik podle míry pravděpodobnosti, přičemž „rozsáhlé migrační vlny“ jsou čtvrté v pořadí, a tak dle mínění autorů aktuální. Pouze v této bezpečnostní strategii je explicitně uveden text, který uvozuje seznam rizik takto: *„Bezpečnostní rizika, k jejichž eliminaci budou legitimně použity všechny prostředky státu včetně vojenské síly v omezeném nebo plném rozsahu, klasifikuje Bezpečnostní strategie z hlediska pravděpodobnosti jejich aktivace v hrozby.“* [2]

V následujících bezpečnostních strategiích se možnost použití všech prostředků včetně vojenské síly objevuje pouze implicitně.

Dalším zajímavou skutečností je, že teprve bezpečnostní strategie z roku 2011 a následně 2015 zasazuje termín migrace nejen do neutrálního kontextu, v němž se například konstatuje ať již vlastní existence migrační politiky ČR nebo Evropské unie, nebo práce na jejich úpravách, ale přímo do kontextu s pozitivním vyzněním, a to opět v části věnované výčtu rizik a hrozeb. Je uvedeno, že: „Pozitivní přínosy legální

migrace pro kulturní, politický a ekonomický rozvoj společnosti může oslabit nedostatečná integrace přistěhovalců.“ V části Strategie prevence a potlačování bezpečnostních hrozeb je dále uvedeno: „V případě legální migrace ČR prosazuje ucelený a aktivní přístup k ekonomickému přínosu přistěhovalectví s ohledem na potřeby pracovního trhu. Integrace cizinců je na národní úrovni nadále řešena prostřednictvím koncepčního přístupu za účasti širokého spektra aktérů včetně nestátních organizací. ČR nadále usiluje o prolnutí cizineckých komunit a většinové společnosti a zajištění sociální a ekonomické soběstačnosti jednotlivých přistěhovalců.“ [3]

Bezpečnostní strategie z roku 2015 [4] pak text z roku 2011 v části Strategie prevence a potlačování bezpečnostních hrozeb nejen do značné míry parafrázuje ale i dále rozvádí takto: „Pro prevenci případných rizik je klíčové řízení přistěhovalectví, včetně integrace cizinců pobývajících na území ČR. ČR si v této oblasti dosud uchovává velkou míru suverenity. V případě legální migrace ČR prosazuje ucelený a aktivní přístup k ekonomickému přínosu přistěhovalectví s ohledem na potřeby pracovního trhu. Integrace cizinců je na národní úrovni nadále řešena prostřednictvím koncepčního přístupu za účasti širokého spektra aktérů včetně nestátních organizací. ČR nadále usiluje o prolnutí cizineckých komunit a většinové společnosti a zajištění sociální a ekonomické soběstačnosti jednotlivých přistěhovalců.“

Třetím ojedinělým momentem v bezpečnostních strategiích je vydání z roku 2015 [4], v němž se pojem migrace objevuje již v samotném úvodním slovu předsedy vlády České republiky. Je uvedeno, že: „Celá řada východisek a hrozeb identifikovaných v Bezpečnostní strategii 2011 zůstává v platnosti. I nadále zůstává riziko přímého vojenského napadení našeho území nízké. Avšak zvyšující se závažnost nevojenských hrozeb, jako je například přerušení dodávek strategických surovin, negativní aspekty mezinárodní migrace, riziko rostoucí globální nerovnosti, nebo závažná hospodářská a finanční kriminalita, překračují hranice a omezují schopnost ČR reagovat

samostatně. Při řešení těchto globálních hrozeb a výzev vnímám jako nezastupitelnou roli systému OSN s jeho důrazem na principy kolektivní bezpečnosti.“

Je možné se oprávněně domnívat, že se tento termín objevil již v úvodním slovu předsedy vlády ČR je s největší pravděpodobností zapříčiněno událostmi z roku 2014 a počátku roku 2015, kdy do Evropy proudily rozsáhlé migrační vlny, došlo k několika výrazným teroristickým útokům spojeným právě s migrací a nárůstem počtu vojenských konfliktů v relativní blízkosti ČR.

2. Hodnocení zakotvení pojmu migrace v bezpečnostních strategiích

Rašek [5] uvádí, že: „Vědomí, že jsme obklopeni jistým bezpečnostním valem spojenců NATO, a faktu, že ČR byla zatím ušetřena významnějších projevů terorismu, extremismu, kybernetických útoků, energetických omezení nebo problémů spojených s imigrací, snížilo naši ostražitost vůči hrozbám, které jsou povětšinou považovány za něco abstraktního, vzdáleného, a tím méně urgentního.“

Události spojené s masovým přílivem migrantů do Evropy zejména v roce 2014 a následně 2015 jednoznačně poukázaly na to, jak naivní a potenciálně nebezpečné může být toto přesvědčení, zejména ve vztahu k hrozbě nevojenského charakteru – masové migraci, a to i přesto, že se hlavní projevy ČR vyhnuly.

Think-tank Evropské hodnoty hodnotí poslední bezpečnostní strategii pozitivně i z toho důvodu, že aktuálně reagovala na vývoj bezpečnostní situace v Evropě: Je uvedeno, že: „Administrativa ve vhodný čas reaguje na rapidní zhoršení mezinárodního bezpečnostního prostředí, kterému došlo v roce 2014.“ Velmi pozitivně je dále hodnocena skutečnost že: „V souvislosti s negativními aspekty mezinárodní migrace si Strategie nově všímá zvyšování míry nelegální migrace v důsledku rostoucího počtu lokálních ozbrojených konfliktů v našem sousedství.“ [6]

Bezpečnostní strategie dlouhodobě rozebírají nelegální migraci v kontextu organizovaného zločinu a negativních dopadů masové migrace na většinovou společnost. Tyto termíny jsou již pevně zakotveny v kapitole definující bezpečnostní prostředí, v němž se ČR nachází. Trvale jsou uváděny v seznamu rizik a hrozeb, jimž ČR musí čelit a zároveň jsou pevně zarámovány v detailním rozboru strategií prosazování bezpečnostních zájmů ČR.

Teprve v posledních dvou vydáních bezpečnostní strategie se hovoří o pozitivním přínosu migrace pro ekonomický rozvoj ČR. Vzhledem k aktuální míře nezaměstnanosti a nenaplněnému trhu práce, je tento trend pozitivní a autoři nového vydání by s ním měli dále pracovat.

Skutečností ale nadále zůstává, že v žádné bezpečnostní strategii se nehovoří o možném pozitivním přínosu migrace na demografický vývoj ČR. Z textu: „S mechanickým přejímáním hrozeb souvisí i jejich vnímání, typickým příkladem je migrace. Proč je zmiňována převážně jako negativní jev? ČR imigraci i potřebuje. Má-li se zachovat sociální a ekonomická stabilita v následujících desetiletích, tak vzhledem k demografickým trendům je migrace pro nás naopak faktorem zvyšujícím naši bezpečnost. Migrace má logicky i určité limity, míru schopnosti integrovat nová etnika, a při jejich překročení se může stát i bezpečnostní hrozbou.“ [5]. Přírůstky obyvatelstva ČR 2008 – 2017 jsou názorně uvedeny v tabulce 2.

Tabulka 2 Přírůstek obyvatelstva ČR 2008 – 2017 [7]

	Střední stav obyvatel	Živě narození	Zemřelí	Přistěh ovalí	Vystěhovalí	Přírůstek (úbytek)		
						přirozený	stěhováním	celkový
2008	10 429 692	119 570	104 948	77 817	6 027	14 622	71 790	86 412
2009	10 491 492	118 348	107 421	39 973	11 629	10 927	28 344	39 271
2010	10 517 247	117 153	106 844	30 515	14 867	10 309	15 648	25 957
2011	10 496 672	108 673	106 848	22 590	5 701	1 825	16 889	18 714
2012	10 509 286	108 576	108 189	30 298	20 005	387	10 293	10 680
2013	10 510 719	106 751	109 160	29 579	30 876	-2 409	-1 297	-3 706
2014	10 524 783	109 860	105 665	41 625	19 964	4 195	21 661	25 856
2015	10 542 942	110 764	111 173	34 922	18 945	-409	15 977	15 568
2016	10 565 284	112 663	107 750	37 503	17 439	4 913	20 064	24 977
2017	10 589 526	114 405	111 443	45 957	17 684	2 962	28 273	31 235

Zdroj: Český statistický úřad, veřejná databáze

V údajích zveřejněných Českým statistickým úřadem za posledních 10 let je patrné, že přirozený přírůstek ČR se od roku 2011 počítá maximálně v řádu tisíců, přičemž v 2013 a 2015 došlo dokonce k přirozenému úbytku obyvatelstva. Po započítání přírůstku stěhováním dojde, s výjimkou roku 2013, k celkovému přírůstku obyvatelstva v úhrnu vyšším než 10 000 za daný rok.

ZÁVĚR

Pojmy migrace a přistěhovalectví jsou obsaženy ve všech pěti bezpečnostních strategiích publikovaných od roku 1999 do roku 2015. Frekvence jejich výskytu v tomto zásadním dokumentu s časem narůstá, stejně jako narůstá míra pravděpodobnosti případných rizik s nimi spojených. Důležitým úkolem autorů příští verze bezpečnostní strategie ale zůstává posouzení dopadů migrace na populační

vývoj ČR, analýza rizik s tím spojených a návrh opatření podporujících eliminaci negativních dopadů diskutovaného rizika v podmínkách ČR s důrazem na úspěšnou integraci migrantů do většinové společnosti.

Vzhledem k výrazné komplexnosti, dynamice a nadnárodnímu přesahu tohoto jevu, je migraci nutno řešit na mezinárodní úrovni. Základním předpokladem ale samozřejmě je, že na národní úrovni je problém plně uchopen, popsán a řešen.

Je tedy evidentní, že během prací na aktualizované bezpečnostní strategii, která by měla být vydána v roce 2019, by její tvůrci měli zohlednit i populační data Českého statistického úřadu a měli tak více pracovat s hlediskem pozitivního přínosu imigrace na demografický vývoj ČR. Z pohledu možných rizik pro ČR ale zůstává nadále v platnosti klíčový moment podmiňující skutečně pozitivní dopad migrace na vývoj ČR, kterým je úspěšná integrace migrantů do většinové společnosti, která musí jít ruku v ruce s jejich ekonomickou soběstačností.

Seznam použité literatury

1. PETRÁČKOVÁ, Věra, KRAUS, Jiří, et al., *Akademický slovník cizích slov*, 1. vyd., Praha: Academia, 1998, 495 s., ISBN 80-200-0607-9.
2. *Stránky ministerstva obrany ČR* [online]. C1999. Bezpečnostní strategie České republiky 1999. [citováno 2018-10-01]. Dostupné z: <<https://1url.cz/WM17Y>>
3. *Stránky ministerstva obrany ČR* [online]. C2011. Bezpečnostní strategie České republiky 2011. [citováno 2018-10-01]. Dostupné z: <<https://1url.cz/KM17m>>
4. *Stránky ministerstva obrany ČR* [online]. C2015. Bezpečnostní strategie České republiky 2015. [citováno 2018-10-01]. Dostupné z: <<https://1url.cz/ctfRq>>
5. RAŠEK, Antonín, K aktualizaci Bezpečnostní strategie České republiky 2011, *Vojenské rozhledy*, 2012, roč. 21 (53), č. 1, s. 99–121. ISSN 1210-3292.

6. *Stránky think-tanku Evropské hodnoty* [online]. c 2015, HOKOVSKÝ, Radko; JANDA, Jakub, „Bezpečnostní strategie ČR 2015; kvalitní koncepce, které by se politici měli držet“ [citováno 2018-10-01]. Dostupné z: <<https://1url.cz/9M177>>
7. *Stránky Českého statistického úřadu* [online]. C2018. Informace o pohybu obyvatelstva na daném území. [citováno 2018-10-10]. Dostupné z: <<https://1url.cz/4M17y>>
8. *Stránky ministerstva obrany ČR* [online]. C2001. Bezpečnostní strategie České republiky 2001. [citováno 2018-10-01]. Dostupné z: <<https://1url.cz/FM17x>>
9. *Stránky ministerstva obrany ČR* [online]. C2003. Bezpečnostní strategie České republiky 2003. [citováno 2018-10-01]. Dostupné z: <<https://1url.cz/3M17A>>

Kontakt na autory:

plk. Mgr. Jan Šmíd

náčelník osobního štábu velení Vojenské policie

Rooseveltova 620/23, Praha 6 – Bubeneč

tel. 973 215 798

pplk. doc. Ing. Pavel Otřísal, Ph.D., MBA

vedoucí oddělení chemického vojska

Ústav ochrany proti zbraním hromadného ničení

Víta Nejedlého, Vyškov, 682 01, Česká republika,

tel. 973 452 335

e-mail: pavel.otrisal@unob.cz.

Recenze: Ing. Jiří Halaška, Ph.D. (ČVUT v Praze, Fakulta biomedicínského inženýrství)

NOVÉ PŘÍSTUPY V OBLASTI ZAJIŠŤOVÁNÍ OBRANY STÁTU

New Approaches in the Area Delivery Defences of the State

plk. Ing. Pavel Šmídek¹, pplk. doc. Ing. Pavel Otřísal Ph.D., MBA²

1 Ministerstvo obrany ČR, Sekce plánování schopností MO

2 Univerzita obrany, Ústav ochrany proti zbraním hromadného ničení

Abstrakt

Příspěvek se zabývá problematikou plánování obrany státu, jejím vymezením a objasněním v rámci opatření operační přípravy státního území České republiky jako nezbytné složky zajištění obrany České republiky. Příspěvek popisuje základní dokumenty pro zajišťování obrany státu, včetně nastínění jejich obsahu. Popisuje současné postupy k rozpracování stanovených opatření operační přípravy státního území v dílčích plánech obrany a specifikuje některé významné problematické aspekty Ústředního plánu obrany státu.

Klíčová slova: ústřední plán obrany, plánování obrany státu.

Abstract

A paper deals with problems planning defence of a state, its delimitation and illustration in terms of procurement of the military infrastructure of the Czech Republic as a crucial component of the Czech Republic defence reservation. The paper describes essential documents for provision of the state defence, including adumbration of their content. It describes current data procedures related to elaboration of determined measures of procurement of the military infrastructure of the Czech Republic in a partial defence scheme and describes some significant problematic aspects of the Central State Defense Plan.

Key words: Central plan defences, planning defence of the state.

Úvod

Jednotlivá opatření operační přípravy státního území (OPSÚ) tvoří důležitou složku obranyschopnosti České republiky (ČR) jako součásti přípravy státu k obraně. Z hlediska obsahu se ve své podstatě jedná o opatření realizovaná v dlouhodobém horizontu v oblasti rozvoje obranné infrastruktury, jejichž cílem je s předstihem zajistit výstavbu a přípravu přesně stanovených prvků této infrastruktury k plnění úkolů vyplývajících z potřeb obrany státu, včetně potřeb ozbrojených sil.

Právně je problematika OPSÚ zakotvena v zákonu č. 2/1969 Sb., o zřízení ministerstev a jiných ústředních orgánů státní správy ČR, ve znění pozdějších předpisů-kompetenční zákon [1] a v zákonu č. 222/1999 Sb., o zajišťování obrany ČR, ve znění pozdějších předpisů [2]. Tímto zákonem je OPSÚ zahrnuta do problematiky řízení a organizace obrany státu jako jedna z jejich činností.

1. Dokumenty zbývající se problematikou OPSÚ

Nařízení vlády o plánování obrany

Cílem nařízení vlády č. 139/2017 o plánování obrany [3] je nastavit efektivní proces plánování obrany státu v rámci celého systému obrany státu a vytvořit podmínky, které umožní vládě lépe koordinovat činnost státu v případě vyhlášení stavu ohrožení státu a válečného stavu. Dále je cílem stanovit strukturu dokumentů, které jsou materiálními nosiči informací pro soubor činností označených jako plánování obrany státu (viz § 2 odst. 8 zákona č. 222/1999 Sb.). Tyto dokumenty se svým obsahem týkají obranného plánování, plánování operací, mobilizačního plánování a plánování připravenosti obranného systému státu.

Metodické pokyny pro zpracování a aktualizaci dílčích plánů obrany

Účelem Metodických pokynů pro zpracování a aktualizaci dílčích plánů obrany je sjednotit formální úpravu dílčích plánů obrany a zpracovatelům umožnit v praxi

využívat vzorové tiskopisy usnadňující zpracování dokumentace dílčích plánů obrany.

Dílčí plány obrany

Dílčí plány obrany vytváří podmínky pro zajištění a plnění funkcí státu a úkolů operační přípravy státního území v období míru, za stavu ohrožení státu nebo za válečného stavu. Dílčí plány obrany obsahují popis opatření, kterými si zpracovatel v oboru své působnosti s přihlédnutím ke specifikům svého území, úkolů, počtu obyvatel apod. stanoví nezbytný rámec k zabezpečení životních potřeb obyvatel, fungování státní správy a samosprávy, plnění úkolů operační přípravy státního území a zabezpečení výběrového doplnění a mobilizace ozbrojených sil ČR.

Pro dosažení jednotnosti praxe a potřebné úrovně informovanosti zpracovatelů o evidenci objektů obranné infrastruktury a specifickém rozsahu o nich vedených údajů je nezbytné využívat sdílení dat ve veřejné správě tak, jak je to stanoveno v konkrétních právních předpisech. Vzhledem k proměnlivosti rozsahu vedených údajů může podle aktuálních potřeb zajišťování obrany státu docházet k jejich upřesňování ze strany Ministerstva obrany.

Dílčí plány obrany jsou plánovací dokumenty, kterými zpracovatelé průběžně rozpracovávají v oboru své působnosti úkoly z těchto plánů obrany státu:

- Ústřední plán obrany státu;
- Plán operační přípravy státního území ČR;
- Seznam opatření Národního systému reakce na krize pro potřeby řízení obrany státu.

Ústřední plán obrany státu

V souladu s úpravou obranného plánování provedenou zákonem č. 222/1999 Sb. [2] a na základě dosavadní vyhovující praxe by plánování obrany státu mělo být zejména realizováno na základě Ústředního plánu obrany státu a dále:

- plánu odpovídajících sil a prostředků nezbytných k zajišťování obrany státu za stavu ohrožení státu nebo za válečného stavu;
- plánu doplňování sil a prostředků;
- plánů hospodářské mobilizace;
- **plánu operační přípravy státního území ČR;**
- předběžných operačních plánů;
- stálých obranných plánů;
- Seznamu opatření Národního systému reakce na krize pro potřeby řízení obrany státu;
- Katalogu opatření Národního systému reakce na krize;
- plánu přípravy občanů k obraně státu.

Nařízením vlády [3] je stanoven obsah jednotlivých dokumentů plánování oblasti státu a pravidla pro jejich zpracovávání, popřípadě schvalování, a to především ve prospěch vytvoření zpracovatelských podmínek pro dílčí plány obrany, jejichž zpracovateli jsou:

- příslušná ministerstva a další ústřední správní úřady;
- Česká národní banka;
- krajské úřady;
- obecní úřady obcí s rozšířenou působností.

Uvedené správní úřady, Česká národní banka a úřady územních samosprávních celků předkládají také Ministerstvu obrany podklady pro tvorbu Ústředního plánu obrany státu. Ústřední plán obrany státu obsahuje:

- plán zajištění obrany státu;
- scénáře použití ozbrojených sil za stavu ohrožení státu nebo za válečného stavu;
- plány činnosti státních orgánů a orgánů územních samosprávných celků zpracovaných v rámci systému obrany státu pro období míru, za stavu ohrožení státu nebo válečného stavu;
- plán nezbytných dodávek zpracovaný v souladu se zákonem č. 241/2000 Sb., o hospodářských opatřeních pro krizové stavy a o změně některých souvisejících zákonů [4];
- základní organizační a komunikační vazby v rámci systému obrany státu.

Ústřední plán obrany státu je zpracován na základě nařízení vlády č. 139/2017 Sb., o plánování obrany státu [3]. Při jeho tvorbě byla uplatněna ustanovení právních předpisů z oblasti bezpečnosti ČR, zajišťování obrany ČR a krizového řízení. Ústřední plán obrany státu je zpracován v souladu s principy obsaženými v Bezpečnostní strategii ČR [5], Obranné strategii ČR [6] a souvisejících dokumentech Severoatlantické aliance a Evropské unie.

Ústřední plán obrany státu je základním dokumentem k plánování přípravy, řízení a zajišťování obrany státu a ke splnění požadavků na zabezpečení mezinárodních smluvních závazků o společné obraně. Popisuje odpovědnost jednotlivých součástí bezpečnostního systému ČR při zajišťování obrany státu a podmínky koordinace jejich činností, charakterizuje proces plánování obrany státu a jeho jednotlivé fáze a uvádí základní postupy těchto součástí při zajišťování obrany státu a zásady jejich organizace a řízení za stavu ohrožení státu vyhlášeného v souvislosti se zajišťováním obrany ČR před vnějším napadením, válečného stavu a za dalších situací zejména vojenského charakteru, jež se významně dotýkají bezpečnostních zájmů ČR.

Tento plán dále obsahuje scénáře použití ozbrojených sil ČR a plány činnosti státních orgánů a orgánů územních samosprávných celků zpracované v rámci systému zajišťování obrany státu pro období míru, stav ohrožení státu a válečný stav.

Součástí Ústředního plánu obrany státu je rovněž plán nezbytných dodávek a popis základních organizačních a komunikačních vazeb v rámci systému zajišťování obrany státu.

Ústřední plán obrany státu se zpracovává ve čtyřletém cyklu. K mimořádné aktualizaci dochází na základě hodnocení rizik ohrožení státu v případě, že dojde k zásadním změnám v euroatlantickém bezpečnostním prostředí nebo při zásadních změnách v disponibilních lidských, věcných a finančních zdrojích státu a ozbrojených sil ČR.

Ústřední plán obrany státu umožňuje vládě koordinovat činnost věcně odpovědných součástí bezpečnostního systému ČR při realizaci krizových opatření při hrozbě vzniku nebo po vzniku krizové situace, související s vnějším napadením ČR, za stavu ohrožení státu a za válečného stavu. Ústřední plán obrany je výchozím dokumentem pro zpracování dílčích plánů obrany ústředními správní úřady, Českou národní bankou, krajskými úřady a obecními úřady obcí s rozšířenou působností.

Dílčí plány obrany jsou uvedené subjekty povinny zpracovat do jednoho roku od schválení Ústředního plánu obrany státu vládou a rozpracovat v nich opatření k zajišťování obrany státu ve své působnosti. Zpracování dílčích plánů obrany je předpokladem k úspěšné realizaci opatření k zajišťování obrany ČR v míru, po vyhlášení stavu ohrožení státu nebo válečného stavu.

Při zpracování Ústředního plánu obrany státu byly identifikovány oblasti, které nejsou současnými právními předpisy řešeny, nebo jsou řešeny nedostatečně. Opatření k zajišťování obrany státu jsou realizována v míru i za stavu ohrožení státu a válečného stavu. Zatímco opatření a povinnosti jednotlivých součástí bezpečnostního systému ČR k zajišťování obrany státu v míru jsou upraveny právními předpisy dostačujícím způsobem, opatření, která by následovala po vyhlášení stavu ohrožení státu nebo válečného stavu jsou upravena minimálně a nedostatečně (kapitola 2).

Plán operační přípravy státního území ČR

Zpracovatelé ve svém dílčím plánu obrany rozpracovávají v oboru své působnosti opatření k plnění úkolů OPSÚ vycházející z Plánu operační přípravy státního území ČR [9].

Při rozpracování úkolů stanoví:

- pořadové číslo úkolu nebo opatření v dané oblasti;
- název úkolu nebo opatření;
- subjekt, který odpovídá za organizaci a plnění úkolu nebo opatření;
- subjekt, který úkol nebo opatření provádí;
- termín splnění;
- subjekt, kterému je na základě právního předpisu určena spolupráce při plnění úkolu nebo opatření;
- v poznámce další podrobnosti.

Přehledy objektů obranné infrastruktury jsou vedeny v elektronické podobě s využitím aplikačního programového vybavení (APV) Informačního systému mobilizačních příprav (ISMP) modulu OPSÚ podle ustanovení Směrnice pro vyhodnocování, výběr a ochranu objektů obranné infrastruktury a stanovení rozsahu zpracovávané dokumentace [8].

Jedná se o:

- centrální přehled objektů důležitých pro obranu státu (ODOS). Vzhledem ke stupni utajení je dokument uložen odděleně od dílčího plánu obrany, jako samostatný dokument.
- přehled objektů, které mohou být napadeny (OMN) je uložen odděleně od dílčího plánu obrany, jako samostatný dokument.

Ministerstvo obrany k realizaci úkolů OPSÚ předává ostatním zpracovatelům potřebné dokumenty a výpisy ze souvisejících dokumentů k přípravě jejich dílčích plánů obrany.

2. Některé problematické aspekty řešení problematiky se zaměřením na ústřední plán obrany státu

Za zcela zásadní nedostatek Ústředního plánu obrany státu je možné považovat to, že není řešena situace, kdy nebude ani jedna z komor Parlamentu ČR usnášeníschopná a nebude tak možné vyhlásit stav ohrožení státu nebo válečný stav, případně vykonávat zákonodárnou moc, vydávat souhlas k ratifikaci mezinárodních smluv či vyslovit souhlas s vysláním Armády ČR mimo území státu, resp. s pobytem cizích vojsk na území ČR. Rovněž situace, kdy nebude prezident republiky anebo předseda vlády schopen plnit své výlučné pravomoci, není současným právním řádem upravena. V případě prezidenta republiky by tak nebylo možné například nařídit a vyhlásit mobilizaci, v případě předsedy vlády jmenovat předsedu Ústředního krizového štábu. Taktéž realizace mobilizace není právními předpisy z časového hlediska řešena optimálně. Na základě zákona č. 585/2004 Sb., o branné povinnosti a jejím zajišťování (branný zákon) [7], ji nelze nařídit, vyhlásit ani provést dříve, než po vyhlášení válečného stavu, což může být pro potřeby zajišťování obrany státu pozdě.

Dalším sporným bodem je výčet důvodů k vyhlášení stavu ohrožení státu. Ten lze vyhlásit pouze: „Je-li bezprostředně ohrožena svrchovanost státu nebo územní celistvost státu anebo jeho demokratické zásady“. Při nesplnění těchto podmínek jej tedy nelze vyhlásit pro plnění spojeneckých závazků v zahraničí.

Lze si však představit situaci, že v takovém případě bude nutné přijmout některá opatření k rozšíření schopností ozbrojených sil nebo k přípravě na možnou další eskalaci konfliktu (např. zahájení odvodů a výcviku odvedenců) přípustná jen za stavu ohrožení státu.

V neposlední řadě, v právních předpisech není řešena neschopnost vlády přijímat rozhodnutí v situacích souvisejících se zajišťováním obrany, které nesnesou odkladu, například prostřednictvím aktu ratihabice.

3. Návrh na řešení současného stavu

Na základě dosavadních zkušeností se dlouhodobě ukazuje jako velmi přínosné k uvedeným problémům ustanovit mezirezortní expertní pracovní skupinu, která na základě provedené analýzy navrhne vládě řešení popsaného stavu včetně návrhu věcného záměru zákona upravujícího opatření, jež budou realizována po vyhlášení stavu ohrožení státu nebo válečného stavu a který bude přijat až po vyhlášení těchto stavů. V uvedeném období může podle aktuálního vývoje ještě dojít k přijímání dalších právních předpisů, které budou upravovat v dnešní době těžko předvídatelné situace.

Závěr

Oblast zajišťování obrany státu nabývá zejména v současném značně nepředvídatelném bezpečnostním prostředí na stále větším významu a důležitosti. Operační příprava státního území je průřezovou oblastí a je jedním ze spojovacích článků mezi vojenským a civilním sektorem v oblasti plánování a realizace opatření směřujících k zabezpečení obrany státu z hlediska požadavků na obrannou infrastrukturu.

Seznam použité literatury

1. Zákon číslo 2/1969 Sb., o zřízení ministerstev a jiných ústředních orgánů státní správy ČR, ve znění pozdějších předpisů – kompetenční zákon. Praha: MV ČR, 1969.
2. Zákon číslo 222/1999 Sb., o zajišťování obrany ČR, ve znění pozdějších předpisů. Praha: MV ČR, 1999.

3. Nařízení vlády číslo 139/2017 Sb., o *plánování obrany*. Praha MV ČR, 2017.
4. Zákon číslo 241/2000 Sb., o *hospodářských opatřeních pro krizové stavy a o změně některých souvisejících zákonů*. Praha MV ČR, 2000.
5. *Portál Úřadu vlády ČR* [online]. Bezpečnostní strategie ČR. Dostupné z: <<https://www.vlada.cz/assets/ppov/brs/dokumenty/bezpecnostni-strategie-2015.pdf>>
6. *Portál Ministerstva obrany ČR* [online]. Obranná strategie ČR. Dostupné z: <http://www.mocr.army.cz/images/id_40001_50000/46088/STRATEGIE_ce.pdf>
7. Zákon číslo 585/2004 Sb., o *branné povinnosti a jejím zajišťování (branný zákon)*. Praha MV ČR, 2004.
8. *Směrnice pro vyhodnocování, výběr a ochranu objektů obranné infrastruktury a stanovení rozsahu zpracovávané dokumentace*. Schválená usnesením vlády č. 1436 ze dne 19. prosince 2007.
9. *Plán operační přípravy státního území ČR*. Schválen usnesením vlády č. 180 ze dne 8. března 2017.

Kontakt na autory

plk. Ing. Pavel Šmídek

Sekce plánování schopností MO,

Vítězné náměstí 1500/5, Praha 6

email: smidekp@army.cz.

pplk. doc. Ing. Pavel Otrísal Ph.D., MBA

Univerzita obrany

Ústav ochrany proti ZHN ve Vyškově

Sídlíště V. Nejedlého, 68201 Vyškov

e-mail: pavel.otrisal@unob.cz.

Recenze: Ing. Jiří Halaška, Ph.D. (ČVUT v Praze, Fakulta biomedicínského inženýrství)

VYBRANÉ ASPEKTY NEVERBÁLNÍ KOMUNIKACE VE VZDĚLÁVACÍM PROCESU

Selected Aspects of Nonverbal Communication in Educational Process

pplk. Ing. Břetislav Štěpánek, Ph.D. ¹, pplk. doc. Ing. Pavel Otřísal, Ph.D. MBA ²

1. Vojenská střední škola a Vyšší odborná škola Ministerstva obrany, Moravská
Třebová

2. Univerzita obrany, Ústav ochrany proti zbraním hromadného ničení

Abstrakt

V článku jsou řešeny vybrané aspekty neverbální komunikace ve vzdělávacím procesu. Problematika studovaná v tomto článku vychází ze stručné charakteristiky základních vztahů mezi odesílateli a příjemci a specifikace vnímání pojmů souvisejících s gestikou a mimikou. Článek se snaží podat vyvážený pohled na problematiku neverbální komunikace a to nejenom z její kladné, ale i záporné stránky.

Klíčová slova: Aspekty, neverbální, komunikace, vzdělávací, proces.

Abstract

Some selected aspects of educational process are solved in the article. The issues studied in this article are based on the brief characteristics of the basic relationships between senders and recipients and the perceptions of gesture and mimics. The article tries to give a balanced view of the issue of non-verbal communication not only from its positive but also from the negative side.

Key words: Aspects, nonverbal, communication, educational, process.

Úvod

Sdílení informací ve škole je založeno nejenom na verbální (mluvené a písemné) komunikaci, ale i komunikaci neverbální. Je však zřejmé, že mezi těmito dvěma druhy

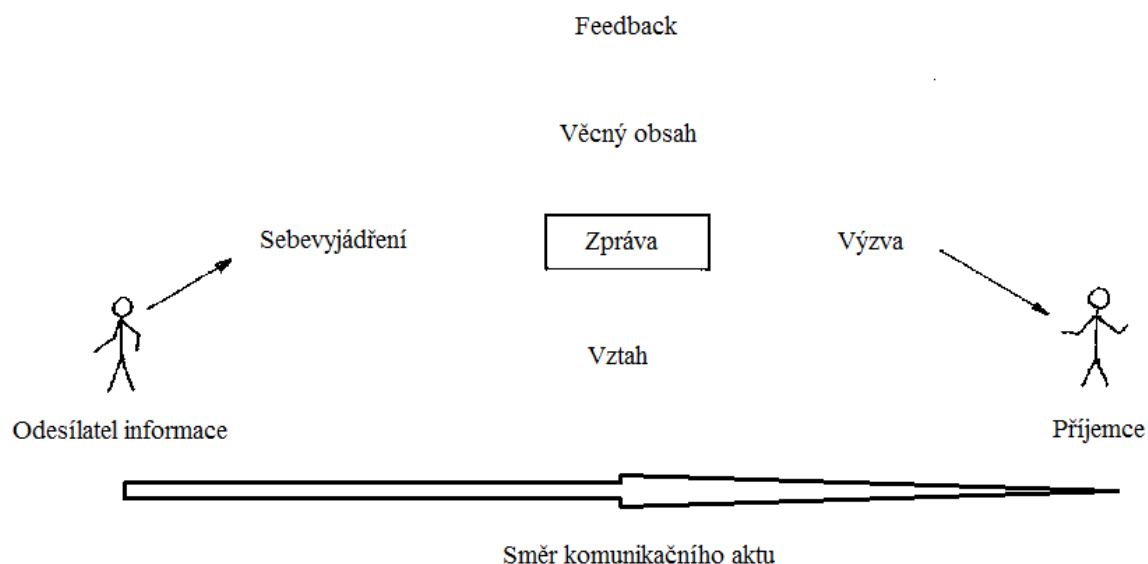
komunikace není možné udělat dělicí čáru, to znamená, že je není možné jednu od druhé oddělit. V situaci, kdy spolu učitel a žák, případně skupina žáků komunikují přímo, tak se vždy uplatňuje verbální i neverbální komunikace. V případě, kdy probíhá vzájemná slovní komunikace, tak se projevuje oboustranná snaha věnovat pozornost tomu, co je sdělováno. V průběhu tohoto procesu jsou účastníci komunikace ovlivňováni nejenom obsahem informace, ale podvědomě i tím, jak se ten či onen tváří, co je prezentováno tím či oním výrazem, postojem těla či gesty. Na projevy těchto aspektů mezilidské komunikace jsou lidé odlišně citliví, což z nás všech činí jedinečné osobnosti.

1. Neverbální komunikace ve vzdělávacím procesu

Potřebnost tématu rozpracovaného v tomto článku je možné doložit citací Grecmanové [1], která uvedla, že: „V přípravě učitelů by nemělo ovšem chybět ani zvládnutí komunikačních dovedností. Žádoucí je osvojit si verbální a neverbální druhy komunikace.“ Nechť tato citace poslouží jako motto článku a uvozuje ho jako sdělení, které je z hlediska studia velmi nutné, a mnohdy podceňované a to i přesto, že Průcha [2] a Urbanovská [3] význam neverbální komunikace zdůrazňují konstatováním, že mimoslovní sdělování je vývojově starší než slovní komunikace.

1.1 Základní pojmy komunikace

Základní pojmy problematiky komunikace budou představeny na jednoduchém modelovém vztahu „odesílatel“ - „příjemce“ tak, jak bylo naznačeno v úvodu a jak schematicky ukazuje obrázek 1.



Obrázek 1 Vztah mezi aktéry informačního toku [zdroj: vlastní]

Základní děj mezilidské komunikace ve vzdělávacím procesu je všem povědomě znám. V dalším textu bude pro zjednodušení uváděn učitel jako odesílatel a žák respektive jejich skupina jako příjemce a to i přesto, že role odesílatele a příjemce mohou být ve vzdělávacím procesu za jistých okolností a v jistých formách výuky zaměňovány.

Na jedné straně je zde tedy odesílatel, který chce cílové skupině příjemců něco sdělit, informačně ji obohatit, a tím zvýšit úroveň jejich vědomostí. Odesílatel kóduje své sdělení k příjemci pomocí známých znaků - zprávy. Na druhé straně příjemce musí tuto zprávu dešifrovat či jinak dekódovat. Obě role se přirozeně střídají, když následně příjemce chce vyslat zprávu odesílateli původní informace. Příjemce však svoje postoje či názory obvykle nemůže vyjádřit okamžitě, ale s jistým časovým zpožděním, což jeho neverbální komunikaci značným způsobem ovlivní [4,5].

Pod pojmem neverbální komunikace je potřeba chápat souhrn mimoslovních sdělení, která jsou vědomě nebo nevědomě předávána člověkem jiné osobě nebo lidem. V literatuře se lze velmi často setkat s pojmem nonverbální komunikace, což je synonymum k výše uvedeného pojmu. Neverbální komunikace se používá k tomu, aby byly odesílatelem vyjádřeny pocity, které jsou příjemcem přijímány pomocí

několika smyslových orgánů. Neverbální komunikace je permanentní složkou komunikace a je nutno ji chápat vždy v kontextu celé komunikační situace [6-8].

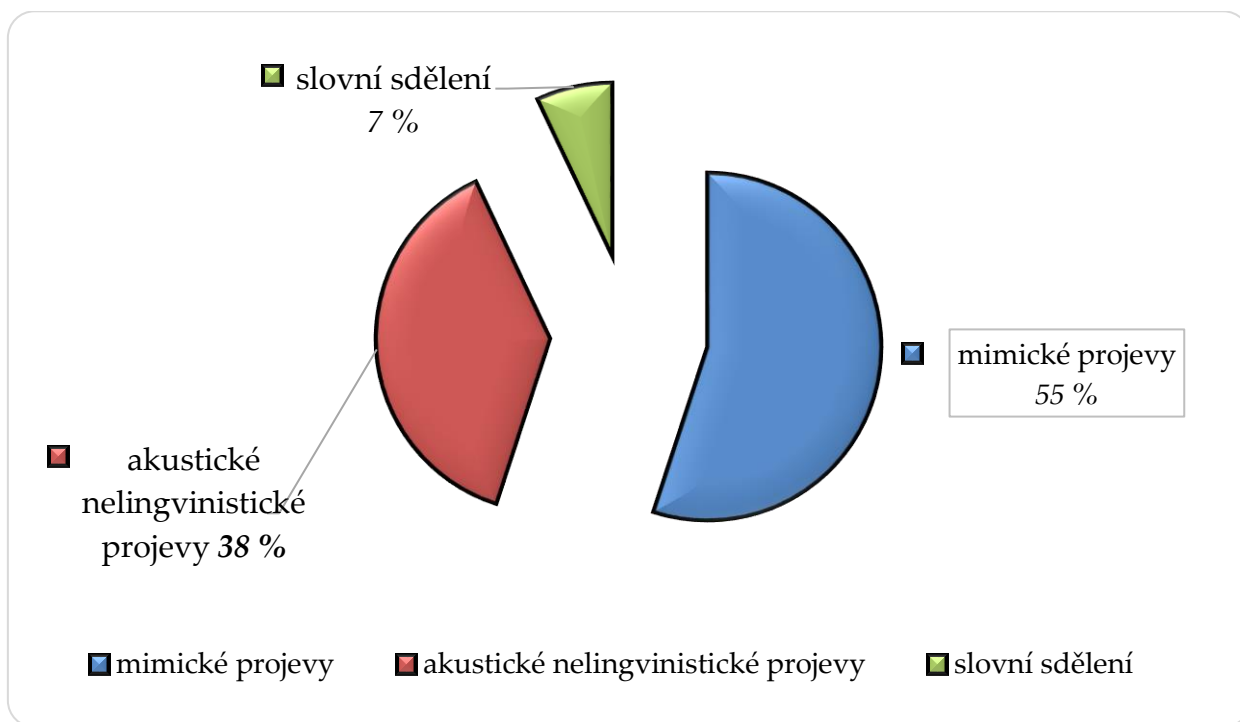
Gestika a mimika jsou dvě z významných skupin neverbálních projevů. Termín gestika definoval Kohoutek [9] jako: „Výrazové pohyby rukou, které doplňují nebo do jisté míry i nahrazují slovní, řečový, mluvní projev.“ Stejný zdroj definuje pojem mimika jako „doprovázení projevu pohyby, gesty, výrazem tváře“. Gestika a mimika jsou kategorie spadající do kineziky. Thiele [10] ke kinezice uvádí, že se jedná o aplikovanou psychologii těla a výrazu a to, že se zabývá popisem a vysvětlením signálů, které lidé vysílají prostřednictvím řeči těla. Z obecného pojetí školní didaktiky vyplývá, že kinezika se zaměřuje na pohybovou činnost odesílatele a příjemce i na pohybovou souhru skupin odesílatelů a příjemců.

Odlišných vysvětlení a definic pojmů gestika a mimika je možné v literatuře najít poměrně značné množství. Do aplikační sféry tyto pojmy překlápí například Nekvapilová [11], která gestiku dává do souvislosti s výrazem tváře, který je nejčastěji doplněn pohyby rukou - gestikulací a mimiku dává do souvislosti s obličejem, který považuje za zrcadlo komunikace. Stejně tak chápe význam pojmu gestika i Tegze [12], který gesto považuje za posunek spojený hlavně s našima rukama. O gestech pojednává v souvislosti s pohyby nohou, celé hlavy a i jejich jednotlivých částí - mimických svalů. Ve školní praxi vysvětluje pojem gestika Vališová [13,14], která uvádí, že výrazy, pohyby a postoje je možné velmi dobře indikovat momentální prožitky jedince. Medicínskými aspekty mimiky se zabývá Arenbergerová [15], která uvádí, že: „Včasným znehybněním správných partií nepřijdete o mimiku, ale tam, kde nechcete, vám vrásky nevzniknou.“

1.2 Význam neverbální komunikace v mezilidské komunikaci

Neverbální komunikace, jinými slovy také mluvení beze slov, je pohybovým chováním, v němž jsou gesta, mimika, pozice těla a další výrazové prostředky vzájemně

propojeny do smysluplných sdělení. Podle Kalhouse [16] má mimoslovní sdělování nezastupitelné místo v jakékoli komunikaci, školní prostředí nevyjímaje. Graficky jsou sdělovací prostředky uvedeny v grafu na obrázku 2.



Obrázek 2 Mimoslovní sdělování v komunikaci [16]

Petrufová [17] sděluje, že studium výrazů odesílatele je problematikou velmi potřebnou a dodává, že do současné doby byl popsán asi milion neverbálních signálů, které jsou při komunikaci vysílány. Význam neverbální komunikace by bylo možné uvést citátem, který použila Heilmannová [18] při shrnutí problematiky hodnoty výrazu. Tato autorka napsala: že: „Nelze nekomunikovat tělem.“

Podle Křivohlavého [19] odesílatel a příjemce neverbálně komunikuje nejenom výrazem obličeje, oddálením, dotekem, postojem, pohyby, gesty, pohledy, tónem řeči, jejím tempem a dalšími paralingvistickými projevy, ale i úpravou svého zevnějšku či darováním předmětů apod.

Neverbální komunikace je velice významným aspektem mezilidské komunikace vůbec. Například Špačková [20] uvádí, že: „Profesor chicagské univerzity Albert Mehrabian propočítal, že účinek vyslaného poselství závisí z 55 % na signálech řeči těla, z 38 % na barvě a melodii hlasu a jen ze 7 % na obsahu mluveného slova“, což respektuje údaje uvedené na obrázku 1. Stejně poměry účinku neverbální komunikace uvádí i Klapetek [21]. Z významu tohoto citátu lze odvodit, že řeč může být chápána jako zdroj nedorozumění a to vzhledem k velmi nízkému účinku na příjemce a značnou nerovnováhou mezi verbální a neverbální složkou sdělení.

Význam neverbální komunikace zdůrazňuje i Pease [22], který uvádí, že: „Profesor Birdwhistell se zabýval odhadem rozsahu neverbální mezilidské komunikace. Došel k závěru, že průměrný člověk mluví asi deset nebo jedenáct minut denně a že průměrná věta trvá 2,5 sekundy. Stejně jako Mehrabian zjistil, že verbální složka přímé komunikace zaujímá pouhých 35 % a více než 65 % komunikace se odehrává v neverbální rovině.“ Z tohoto sdělení jednoznačně vyplývá, že neverbální složka komunikace jednoznačně převládá, a proto je více než nutné se aspekty její správné aplikace zabývat.

Balík [23] uvádí, že: „Lidé ale nekomunikují pouze slovy, nýbrž celým svým tělem; reagují na sebe navzájem nejen verbálně, ale mnohostranně je ovlivňují i jejich těla. Z toho plynoucí formy komunikace jsou shrnuty pod pojem neverbální komunikace. Mnohdy na ně pohlížíme jako na méně významné - jak se mezitím ukázalo neprávem. Ve skutečnosti je tomu tak, že - samozřejmě v závislosti na situaci a vztahu partnerů v rozhovoru - se asi 70 až 80 % celkového účinku osoby záleží na použití nejazykových prvků.“

Kohout [24] uvádí, že: „80 % informací o světě člověk získává očima: kdykoli hovoříme s druhým člověkem, díváme se na jeho tvář, zaznamenáváme jeho mimiku, gesta, celkový postoj, a tím vším dokresluje řeč, pomocí níž s námi onen člověk komunikuje verbálně“. Aforismus de Musseta [25], který zní: „Nevím, co si myslet o

člověku, jehož oči mi nic neříkají“, v zásadě jenom dokresluje význam neverbální komunikace a významu očí v ní. Gallo [26] k využití očí v neverbální komunikaci uvádí, že jsou nejdůležitější částí obličeje. Dovedou věrně zvýraznit pohledy, označované slovy: pohled mdlý, pohnutý, energický, měkký, nejistý, vyjevený, napjatý apod.

Jůva [27] definuje tři skupiny kvalit, které zabezpečují účinné pedagogické působení z hlediska dovedností a návyků. Hovoří o dovednostech komunikačních, organizátorských a rétorických. Pomineme-li organizátorské dovednosti, které jsou zcela mimo téma tohoto článku a rétorické dovednosti, které jsou záležitostí spadající primárně do oblasti verbální komunikace, tak za nejdůležitější je možné považovat komunikační dovednosti. Tyto dovednosti umožňují odesílatelův kontakt s příjemci, jejich sblížení, živou interakci i pozitivní ovlivnění příjemcova myšlení a chování. Tato tvrzení podporuje i Skalková [28], která dovednosti a návyky odesílatelů dává do souvislosti s funkcionalitou odesílatelů jako pozitivních vzorů pro příjemce, kteří přebírají vzory neverbální komunikace a berou je za své.

ZÁVĚR

Důkazů o tom, že neverbální komunikace je velmi důležitým aspektem mezilidské komunikace, existuje velmi mnoho. Je přínosné, že problematika gestiky a mimiky je studována v kontextu praktických dopadů do vzdělávacího procesu. K tomu jsou využívány nástroje analytické i syntetické vycházející ze studia vědecké i vědecko-populární literatury. Důležité je, že teoretické aspekty dopadů nezvládnutí zásad neverbální komunikace jsou studovány také vědecky. Je velmi cenné, že existuje celá řada vědeckých výzkumů a pojednání, které mají za cíl pozvednout efekt dopadu gestiky a mimiky do vzdělávacího procesu žáků.

Seznam použité literatury

1. GRECMANOVÁ, Helena; HOLOUŠOVÁ, Drahomíra. *Pedagogika*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2006. 76 s. ISBN 80-244-1470-8. s. 36.
2. PRŮCHA, Jan; WALTEROVÁ, MAREŠ, Jiří. *Pedagogický slovník*. 4. vyd. Praha: Nakladatelství Portál, s. r. o., 2008. 322 s. ISBN 978-80-7367-416-8. s. 137.
3. URBANOVSKÁ, Eva. *Sociální a pedagogická psychologie*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2006. 98 s. ISBN 80-244-1410-4. s. 28.
4. BALÍK, Stanislav, MATAL, Zdeněk, NOVÁKOVÁ, Monika, NEČAS, Josef. *Komunikace s veřejností a sdělovacími prostředky*. 1. vyd. Vyškov: Vojenská akademie, 1999. 60 s. s. 21-22, 48.
5. PLAMÍNEK, Jiří. *Komunikace a prezentace*. 2. vyd. Praha: Grada Publishing, 2012. 200 s. ISBN 978-80-247-4484-1. s. 21-25.
6. ALTRICHTEROVÁ, Barbora, NASTUNEAKOVÁ, Magdaléna. *Rétorika pro každého*. 1. vyd. Praha: ČVUT, 1997. 57 s. ISBN 80-01-01575-0. s. 11.
7. BLAŽEK, Vladimír. *Komunikace a lidské tělo: antropologie chování 5*. 1. vyd. Plzeň: Západočeská univerzita, 2011. 115 s. ISBN 978-80-261-0033-1.
8. HÁJKOVÁ, Eva. *Rétorika pro pedagogy*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2011. 208 s. ISBN 978-80-247-1990-0. s. 156-157.
9. *Stránky ABZ: Slovníku cizích slov* [online]. c 2005-2006. Pojem gestika. [citováno 2014-11-12]. Dostupné z: <<http://slovník-cizich-slov.abz.cz/web.php/slovo/gestika>>
10. THIELE, Albert. *Jak na „špinavé“ triky a útoky v komunikaci*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2010. 236 s. ISBN 978-80-247-3310-4. s. 24.
11. NEKVAPILOVÁ, Ivana. *Podstat sociální komunikace (modul č. 1)*. 1. vyd. Vyškov: Vysoká vojenská škola pozemního vojska, 2003. 63 s. ISBN 80-7231-100-X. s. 40-41.
12. TEGZE, Oldřich. *Neverbální komunikace*. 1. vyd. Praha: Computer Press, 2003. 482 s. ISBN 80-7226-42-X. s. 254-274.
13. VALIŠOVÁ, Alena; KASÍKOVÁ, Hana. *Pedagogika pro učitele*. 2. vyd. Praha: Grada Publishing, 2010. 456 s. ISBN 978-80-247-3357-9. s. 230.

14. VALIŠOVÁ, Alena; KASÍKOVÁ, Hana. *Pedagogika pro učitele*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2007. 404 s. ISBN 978-80-247-1734-0. s. 223-226.
15. BLAŽKOVÁ, Jana. Žít začínáme večer. *Rodina dnes*, 2014, roč. 1, č. 4, s. 5-7. ISSN nepřiděleno.
16. KALHOUS, Zdeněk; OBST, Otto a kol. *Školní didaktika*. 1. vyd. Praha: Nakladatelství Portál, s. r. o., 2002. 447 s. ISBN 80-7178-253-X. s. 256-262.
17. PETRUFOVÁ, Mária. *Rozvoj komunikačných zručností – modelovanie cvičných situácií*. 1. vyd. Liptovský Hrádok : LIA – Lesnická informačná agentúra, 2004. 88 s. ISBN 80-969149-0-1. s. 32.
18. HEILMANNOVÁ, M. Christa. *Řeč těla: Gesta - mimika - emoce*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2013. 144 s. ISBN 978-80-247-4394-3. s. 30.
19. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Konflikty mezi lidmi*. 2. vyd. Praha: Portál, 2008. 189 s. ISBN 978-80-7367-407-6.
20. ŠPAČKOVÁ, Alena. *Moderní rétorika: Jak mluvit k druhým lidem, aby nám naslouchali a rozuměli*. 3. vyd. Praha: Grada Publishing, 2009. 141 s. ISBN 978-80-247-2965-7. s. 55.
21. KLAPETEK, Milan. *Komunikace, argumentace, rétorika*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2008. 256 s. ISBN 978-80-247-2652-6. s. 113-114.
22. PEASE, Allan. *Řeč těla: Jak porozumět druhým z jejich gest, mimiky a postojů těla*. 1. vyd. Praha: Portál, 2001. 144 s. ISBN 80-7178-582-2. s. 9.
23. BALÍK, Stanislav. *Mediální komunikace*. 1. vyd. Vyškov: Vojenská akademie, 2002. 56 s. s. 59-60.
24. KOHOUT, Jaroslav. *Rétorika: Umění mluvit a jednat s lidmi*. 2. vyd. Praha: Management Press, Ringier, a. s., 1998. 159 s. ISBN 80-85945-54-9. s. 54.
25. BREZINA, Ján. *Aforizmy*. 1. vyd. Košice: Východoslovenské vydavateľstvá, 1988. 286 s. s. 41.
26. GALLO, Ján. *Rétorika v teórii a praxi*. 1. vyd. Prešov: Doc. Ing. Peter Gallo, CSc. - Dominanta, 2004. 137 s. ISBN 80-967349-1-1. s. 47.
27. JŮVA, Vladimír. *Úvod do pedagogiky*. 1. vyd. Brno: Paido - edice pedagogické literatury, 1997. 108 s. ISBN 80-85931-39-7. s. 62.

Kontakt na autory:

pplk. Ing. Břetislav Štěpánek, Ph.D.

náčelník oddělení vzdělávání,

Vojenská střední škola a Vyšší odborná škola Ministerstva obrany,

Jevíčská 7, Moravská Třebová, 570 01,

e-mail: stepanek@vsmt.cz.

pplk. doc. Ing. Pavel Otřísal, Ph.D., MBA

vedoucí oddělení chemického vojska,

Ústav ochrany proti zbraním hromadného ničení,

Víta Nejedlého, Vyškov, 682 01,

e-mail: pavel.otrisal@unob.cz.

Recenze: Mgr. Monika Donevová (ČVUT v Praze, Fakulta biomedicínského inženýrství)

DROGY A DROGOVÁ PROBLEMATIKA V HLAVNÍM MĚSTĚ PRAZE

Drugs and its Problematics in the Capital City Prague

Bc. Veronika Vejražková, PhDr. Mgr. Rebeka Ralbovská, Ph.D.

ČVUT v Praze, Fakulta biomedicínského inženýrství

Abstrakt

Článek pojednává o drogové problematice na území hlavního města Prahy v souvislosti s věkovou skupinou 15-26 let. Především se zabývá okolnostmi, které mohou jedince v konečném důsledku přimět k užití drogy nebo jejímu opakovanému užívání.

Výzkumná část článku popisuje výzkumný vzorek, vymezuje cíle a hypotézy. Cílem výzkumu bylo zjistit, jaké povědomí mají respondenti v oblasti drogové problematiky, stejně jako zjistit jejich názorové vymezení a osobní zkušenost. Získaná data byla zpracována do grafů. Na závěr byly shrnuty výsledky a cíle práce.

Klíčová slova: droga; závislost; adolescence; škola; prevence

Abstract

This article's purpose is the subject of drug problematics in the capital city of Prague connected to the age group 15-26. It mainly deals with circumstances that may ultimately lead individuals to drug use or its repeated use.

The research part of the article describes research sample, defines the objectives and hypotheses. The aim of this research was to determine the awareness of respondents about the drug problematics as well as to determine their opinions and personal experience. Obtained data were compiled in graphs. In conclusion, the results and objectives of the work were summarized.

Key words: drug; addiction; adolescence; school; prevention

Úvod

Drogová problematika je tématem, které prošlo v rámci moderních dějin již několika etapami naprosto protichůdných myšlenkových proudů: od extrémní laxnosti v přístupu a omezování drog, až po urputnou kontrolu užívání a prodeje drog, až po naprostý zákaz jejich užívání a jiné manipulace. Ačkoliv se dá říci, že si v otázce protidrogové politiky v rámci evropského měřítka nestojíme zásadně špatně, stále existují oblasti, kterým by se Česká republika měla i nadále věnovat. Prostor, kterému bychom se v budoucnu mohli stále věnovat je například úsek prevence, která může být účinným nástrojem proti mnoha hrozbám, které jsou s užíváním drog spjaty.

Prevence jako taková je důležitou součástí systému, který se snaží o potlačení nežádoucích efektů užívání a jiné manipulace s nelegálními návykovými látkami. Zejména primární prevencí (probíhající na úrovni rodiny, školy, zájmových kroužků apod.) je možné dospívajícím představit životní styl, jehož součástí nelegální látky a jiné návykové substance nejsou. Osvojením pozitivního sociálního chování je možné předcházet také jiným jevům, jako například agresí, šikaně, násilí, vandalismu apod.

Spolupráce všech subjektů v rámci primární prevence (rodina, zájmové kroužky, škola apod.) je ideální kombinací pro dosažení lepších výsledků v oblasti zkušeností s drogami u nezletilých.

Plnohodnotným začleněním generace Z (tzv. net generation; narození od r. 2000 – doposud) do už tak složité situace v oblasti drog problémů nebylo, právě naopak. Generace Z, objevující svět kolem sebe zejména skrze média, prostřednictvím sociálních sítí a internetu, často s problémy s hledáním vlastní identity, identifikování sama sebe s určitou skupinou, a především žijící v době informačního přehlcení může z výše zmíněných důvodů volit návykové substance a jiné nelegální látky ve snaze pocítit něco „skutečného“, pro vytržení sebe samých z jejich digitální reality. Zkostnatělost systému v oblasti školství, vize ideálního dospělého života v rozporu s reálnými možnostmi dosažení tohoto stavu či hledání své vlastní cesty v době téměř

nekonečných možností-to vše může nahraovat nelegálním látkám jako prostředkům k adaptaci na dobu, se kterou se tato generace nemůže sžít.

Průběh výzkumného šetření

Pro potřeby výzkumného šetření byla zvolena metoda kvantitativního výzkumného šetření pomocí nestandardizovaného anonymního dotazníku. Výzkumné šetření bylo zahájeno 10. 1. 2018 a ukončeno bylo 10. 4. 2018.

Stanovení výzkumného vzorku

Výběr respondentů pro výzkumné šetření probíhal na základě splnění kritéria věku, tedy mezi 15 a 26 lety. Zároveň byl distribuován osobám, které žijí nebo se pohybují v hlavním městě Praze.

Charakteristika výzkumného vzorku

V první části šetření jsme se zabývali zjištěním základních informací o respondentech, jako jejich věk, sociální prostředí, vzdělání aj. Celkem 56% dotázaných tvořily ženy, zbylých 44% muži. Většina dotázaných byla žáky či studenty (83%), respondentů s již ukončeným vzděláním byla asi šestina všech dotázaných (17%). Největší část (66%) studujících tvořili studenti vysokých škol, 25% respondentů uvedlo střední stupeň vzdělání. 17% uvedlo, že již není studenty. Nejvíce dotázaných tvořila skupina osob ve věku 21-23 let (40%), druhou nejvíce početnou skupinu tvořily osoby ve věku 24-26 let (23%).

Cíle a hypotézy

Mezi cíle patřilo provedení analýzy informovanosti respondentů o znalostech v oblasti drogové problematiky a zmapování jejich názorového vymezení.

Následně byly stanoveny hypotézy:

Hypotéza 1: Předpokládáme, že více než 50% respondentů bude souhlasit s legalizací marihuany.

Hypotéza 2: Předpokládáme, že více než 50% respondentů bylo v oblasti drogové problematiky edukováno.

Hypotéza 3: Předpokládáme, že více než 55% respondentů má zkušenost s nelegální drogou.).

Výsledky průzkumného šetření

V rámci nosné části výzkumného šetření byly zjištěny následující údaje.

Téměř všichni (90% dotázaných a více) uvedli, že za drogu považují heroin, metamfetamin, kokain, extázi a LSD. Nadpoloviční většina dotázaných označila za drogu také lysohlávky, hašiš, marihuanu, cigarety a tvrdý alkohol.

V otevřené otázce: „Jaká droga a proč je, podle Vás, nejvíce užívaná v České republice?“ respondenti uváděli libovolný počet odpovědí. Celkem 35% označilo jako nejužívanější drogu v České republice marihuanu, dále 28% uvedlo metamfetamin a 16% respondentů takto označilo alkohol.

Tab. 1: Nejužívanější droga v ČR [zdroj: vlastní]

nejužívanější droga v ČR	počet respondentů	procentuální podíl
marihuana	76	35%
metamfetamin	61	28%
alkohol	35	16%
cigarety	18	8%
kokain	15	7%
extáze	13	6%
heroin	11	5%
cukr	4	2%

Tab. 2: Naplnění definice drogy [zdroj: vlastní]

naplnění definice drog	počet respondentů	procentuální podíl
heroin	208	95%
metamfetamin	202	92%
kokain	200	91%
extáze	198	90%
LSD	198	90%
lysohlávky	185	84%
hašiš	180	82%
marihuana	168	77%
cigarety	123	56%
tvrdý alkohol	115	53%
kofein	96	44%
šalvěj divotvorná	81	37%
víno	64	29%
pivo	62	28%
káva	36	16%
čaj	28	13%
jiné	13	6%

Tab. 3: Důvody pro užívání marihuany [zdroj: vlastní]

důvody pro užívání	počet respondentů	procentuální podíl
dostupnost	33	43%
cena	25	33%
oblíbenost	17	22%
přírodní původ	8	11%
lehká droga	5	7%
módní trend	4	5%
zdravotní hledisko	2	3%

Respondenti, kteří uvedli, jako nejčastěji užívanou drogu marihuanu dále upřesnili, že k takovému jednání je dle jejich názoru vede zejména snadná dostupnost této látky (43 %), její nízká cena (33 %) a její celková obliba ve společnosti (22 %).

Tab. 4: Důvody pro užívání metamfetaminu [zdroj: vlastní]

důvody pro užívání	počet	procentuální podíl
cena	43	70%
dostupnost	37	61%
snadná výroba	15	25%
levnější náhražka jiné drogy	7	11%
znám dealera	2	3%

Dotázaní, kteří označili, jako nejčastěji užívanou drogu v České republice metamfetamin dále uvedli, že zejména cena (70 %), dostupnost (61 %) a snadná výroba (25 %) jsou podle nich důvody pro užívání této drogy.

Tab. 5: Zisk znalostí o návykových látkách [zdroj: vlastní]

původ znalostí	počet respondentů	procentuální podíl
z výuky ve škole	142	65%
od kamarádů	131	60%
z internetu	125	57%
z televize	59	27%
od rodiny	56	26%
jiné	28	13%

Nejpočetnější skupinu dotázaných tvořili ti, kteří zisk svých znalostí v oblasti drog a návykových látek připisují zejména školní výuce (65%). Druhým nejčastějším zdrojem informací v této oblasti jsou podle dotázaných jejich kamarádi (60%), dále celkem 57% uvedlo jako zdroj informací internet, 27% televizi a 13% respondentů uvedlo možnost jiné.

Tab. 6: Věnování dostatečného prostoru drogové problematice ve výuce [zdroj: vlastní]

Dostatečný prostor drogové problematiky ve výuce	počet respondentů	procentuální podíl
ne	113	52%
ano	60	27%
neumím posoudit	46	21%

V otázce číslo 8 jsme zjišťovali, zda se respondenti domnívají, že je v rámci výuky na školách věnován dostatečný prostor vzdělávání v oblasti drogové problematiky. O nedostatečném času věnovaném této problematice je přesvědčeno celkem 52% respondentů. Naopak celých 27% respondentů současnou míru vzdělávání v oblasti návykových látek považuje za dostatečnou. Zbylých 21% respondentů uvedlo, že danou skutečnost neumí posoudit.

Tab. 7: Legalizace marihuany v ČR [zdroj: vlastní]

Legalizace marihuany v ČR	počet respondentů	procentuální podíl
ano	121	55%
ne	89	41%
nevím/nechci se vyjádřit	9	4 %

V otázce číslo 9 jsme zjišťovali, zda respondenti souhlasí s legalizací marihuany, a to nejen pro lékařské účely či nikoliv. Celých 55% respondentů uvedlo, že s její legalizací souhlasí. Dalších 89 respondentů, což tvořilo 41%, uvedlo, že s legalizací marihuany nesouhlasí. Zbylá 4% se v této věci nechtěla vyjádřit nebo nevěděla, jak odpovědět.

Tab. 8: Souhlasný postoj k politice harm reduction [zdroj: vlastní]

Souhlas s politikou harm reduction	počet respondentů	procentuální podíl
ano	142	65%
nevím/nechci se vyjádřit	48	22%
ne	29	13%

V otázce číslo 10 jsme zjišťovali postoj respondentů k politice harm reduction, tedy programy na minimalizaci rizik spojených s užíváním drog současných uživatelů, zejména pak bezplatné výměny injekčního a jiného materiálu, edukace a kontaktního poradenství. Souhlasný názor s praktikováním politiky harm reduction vyjádřilo 142 respondentů, což tvořilo 65%. Naopak záporně se k této politice stavělo 29 respondentů, což tvořilo 13%. Celých 22% (48 respondentů) dotázaných nevědělo, jak na tuto otázku odpovědět nebo se nechtělo vyjádřit.

Tab. 9: Důvody pro pravidelné užívání drog [zdroj: vlastní]

Důvody pro pravidelné užívání drog	počet respondentů	procentuální podíl
závislost	48	22%
řešení problémů	32	15%
únik z reality	30	14%
deprese	18	8%
rekreace	17	8%
touha po něčem novém	14	6%
pocit štěstí/uvolnění	13	6%
frustrace, nespokojenost	13	6%
sociální prostředí	10	5%
dostupnost	8	4%
zvýšení sociální prestiže	5	2%
slabá osobnost	4	2%

V otevřené otázce číslo 11 jsme zjišťovali, jaké jsou důvody pro užívání drog. Celkem ve 22% odpovědí se respondenti shodli, že příčinou užívání drog je závislost. Celkem 15% respondentů uvedlo, že příčinou užívání je řešení problémů, 14% potom, že se tímto způsobem snaží uniknout z reality.

Tab. 10: Užití nelegální drogy alespoň jedenkrát v životě [zdroj: vlastní]

Užití nelegální drogy alespoň jedenkrát v životě	počet respondentů	procentuální podíl
ano	173	79%
ne	46	21%
nechci uvést odpověď	0	0%

V otázce číslo 12 jsme se zabývali zjištěním, zda respondenti užili nelegální drogu alespoň jedenkrát v životě. Kladnou odpověď na tuto otázku uvedlo celkem 173 respondentů (79%). Celkem 46 respondentů (21%) uvedlo, že nelegální drogu nikdy neužilo.

Tab. 11: Věk v čase prvního užití nelegální drogy [zdroj: vlastní]

Věk v čase prvního užití nelegální drogy	počet respondentů	procentuální podíl
méně než 14	24	11%
15-17	90	41%
18-20	46	21%
20-22	15	7%
23 a více	4	2%
nikdy jsem nelegální drogu neužil/a.	40	18%

V otázce číslo X jsme zjišťovali, v kolika letech respondenti poprvé užili nelegální drogu. Největší část respondentů (41%) uvedla, že nelegální drogu poprvé zkusili

mezi 15-17 rokem života. Druhou nejpočetnější skupinu (21%) tvořily osoby, které poprvé užily nelegální drogu mezi 18-20 rokem.

Tab. 12: Pravidelné užívání drog [zdroj: vlastní]

Pravidelní užívání drog	počet respondentů	procentuální podíl
ne	157	72%
ano	53	24%
nechci uvést odpověď	9	4%

Otázka číslo 14 se týkala zjištění, zda respondenti užívají nějaké drogy pravidelně. Celkem 72% dotázaných uvedlo, že žádnou drogu pravidelně neužívá. Dále 24% respondentů uvedlo, že pravidelně nějakou drogu užívá. Výzkumná otázka nespécifikovala, zda se jedná o drogy legální nebo nelegální. Jako nejčastější odpovědi respondenti uváděli zejména cigarety, alkohol a marihuanu.

Tab. 13: Výskyt drog v sociálním okolí [zdroj: vlastní]

Výskyt drog v sociálním okolí	počet respondentů	procentuální podíl
ano	172	78%
ne	43	20%
nechci uvést odpověď	4	2%

Respondenti, kteří uvedli, že se nelegální drogy vyskytují v jejich nejbližším sociálním okolí (mezi kamarády, ve škole, v rámci rodiny...), tvořili 78%. Ti, u kterých se nelegální návykové látky v okolí nevyskytují, tvořili celkem 20%. Odpověď nechtěla uvést celkem 2% dotázaných.

Závěr

V tomto příspěvku byly prezentovány výsledky našeho výzkumu, který se zaměřoval na názorové vymezení respondentů v oblasti drogové problematiky, jejich

zkušenost s drogami a jejich povědomí o často diskutovaných problémech v oblasti drog. Zaměřili jsme se na otázky edukace v oblasti drogové problematiky, osobní zkušenostmi s nelegálními drogami a souhlasu s legalizací marihuany nejen pro lékařské účely. Výsledky výzkumu ukazují, že více než 50% respondentů bylo v oblasti drogové problematiky edukováno, zejména pak ze školní výuky, od kamarádů a prostřednictvím internetu. Další výsledky ukázaly, že 79% dotázaných má zkušenost s nelegální drogou, ale pouze 24% dotázaných užívá nějakou drogu (bez rozdílu, jestli jsou drogy legální nebo ne) pravidelně. Souhlasný postoj s legalizací marihuany nejen pro lékařské účely vyslovilo celkem 55% dotázaných. Na základě vyhodnocení výsledků lze konstatovat, že se nám všechny stanovené hypotézy potvrdily.

Protidrogová politika je důležitým a stále aktuálním tématem na mezinárodním poli, do kterého stále vstupují nově vznikající návykové látky, a roste jejich dostupnost. Naše pozornost by od protidrogové problematiky neměla být odvrácena, což dokazuje i průměr monitorovaných zemí ESPAD rovnající se 18% celoživotní prevalence užití nedovolených drog v rámci Evropské školní studie o alkoholu a jiných drogách. V České republice se tato hodnota rovná 37%. Stejně tak v rámci celé populace v případě celoživotní prevalence užití drogy výsledky ČR (30,5 %) převyšují průměr EU (více než 25%).

Pro efektivní boj s drogovou kriminalitou, negativními dopady drogové činnosti a jiných jevů spjatých s užíváním drog je třeba soustavného vzdělávání všemi dostupnými prostředky, výměny informací s jinými zainteresovanými subjekty a důsledné spolupráce.

Seznam použité literatury

1 MRAVČÍK, V., a kol. 2017. Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2016 [Annual Report on Drug Situation 2016 – Czech Republic] MRAVČÍK, V. (Ed.). Praha: Úřad vlády České republiky. ISBN 978-80-7440-200-5.

2 KRAUS, L. a kol. ESPAD Report 2015: results from the European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs. Luxembourg: Publications Office of the European Union, 2016. ESPAD Report, 2015. ISBN 978-92-9168-918-7.

Kontakt na autorky

Bc. Veronika Vejražková

ČVUT v Praze

Fakulta biomedicínského inženýrství

Katedra zdravotnických oborů a ochrany obyvatelstva

e-mail: ve.vejrazkova@gmail.com

PhDr. Mgr. Rebeka Ralbovská, Ph.D.

ČVUT v Praze

Fakulta biomedicínského inženýrství

Katedra zdravotnických oborů a ochrany obyvatelstva

e-mail: rebeka.ralbovska@fbmi.cvut.cz

Recenze: por. Ing. Mgr. Matěj Tejmar (Policie ČR, Oddělení obecné kriminality, Praha venkov – západ)

Název: Ochrana obyvatelstva v případě krizových situací a mimořádných událostí
nevojenského charakteru VI

Účel: Sborník

Autoři: PhDr. Mgr. Rebeka Ralbovská, Ph.D., Ing. Jiří Halaška, Ph.D. a kol.

Vydavatel: ČVUT v Praze

Vydání první, Praha 2018

Počet stran: 342

© ČVUT, Fakulta biomedicínského inženýrství

ISBN 978-80-01-06418-4