

UNIVERZITA PARDUBICE
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2018

Markéta Turečková

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií

Etické a psychosociální aspekty triage

Markéta Turečková

Bakalářská práce

2018

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2016/2017

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Markéta Turečková**
Osobní číslo: **Z15035**
Studijní program: **B5341 Ošetrovatelství**
Studijní obor: **Všeobecná sestra**
Název tématu: **Etické a psychosociální aspekty triage**
Zadávající katedra: **Katedra ošetrovatelství**

Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

1. Studium literatury, sběr informací a popis současného stavu řešené problematiky.
2. Stanovení cílů a metodiky práce.
3. Příprava a realizace výzkumného šetření dle stanovené metodiky.
4. Analýza a interpretace získaných dat.
5. Zhodnocení výsledků práce.

Rozsah grafických prací: **dle doporučení vedoucího**

Rozsah pracovní zprávy: **35 stran**


Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:


1. **DICK, Wolfgang, Peter KNUTH a F. W. AHNEFELD. Průvodce urgentní medicínou: algoritmy a přehledy postupů. Praha: Sdělovací technika, 2002. ISBN 80-901936-5-X.**
2. **DOMRES, B.D. Etika a třídění. [online] 5.2. 2010 [cit 29.5. 2017]. Dostupné z: <http://www.unbr.cz/Data/files/MEKA%20%C4%8D%C3%ADtanka/2%20Domres%20triageBrno.pdf>.**
3. **KOHOUTEK, Tomáš a Ivo ČERMÁK, ed. Psychologie katastrofické události. Praha: Academia, 2009. ISBN 978-80-200-1816-8.**
4. **MUNZAROVÁ, Marta. Zdravotnická etika od A do Z. Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-1024-2.**
5. **PTÁČEK, Radek a Petr BARTŮNĚK. Etické problémy medicíny na prahu 21. století. Praha: Grada, 2014. Edice celoživotního vzdělávání ČLK. ISBN 978-80-247-5471-0.**
6. **ŠTĚTINA, Jiří. Zdravotnictví a integrovaný záchranný systém při hromadných neštěstích a katastrofách. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4578-7.**

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Jitka Rusová, DiS.**
Katedra ošetřovatelství

Datum zadání bakalářské práce: **1. prosince 2016**
Termín odevzdání bakalářské práce: **23. července 2018**


prof. MUDr. Josef Fusek, DrSc.
děkan

L.S.


PhDr. Kateřina Horáčková, DiS.
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 19. března 2018

PROHLÁŠENÍ AUTORA

Prohlašuji, že tuto práci jsem vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Byla jsem seznámena s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., autorský zákon, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše.

Beru na vědomí, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb., o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších předpisů, a směrnicí Univerzity Pardubice č. 9/2012, bude práce zveřejněna v Univerzitní knihovně a prostřednictvím Digitální knihovny Univerzity Pardubice

V Pardubicích dne 22.7. 2018

Markéta Turečková

PODĚKOVÁNÍ

Především bych velmi ráda poděkovala vedoucí práce Mgr. Jitce Rusové DiS., za její čas, ochotu, cenné rady, pochopení a hlavně trpělivost při zpracování této bakalářské práce. Druhé poděkování patří respondentům za jejich ochotu a věnovaný čas při vyplňování dotazníků.

ANOTACE

Bakalářská práce je zaměřena na problematiku třídění (triage) raněných a nemocných v přednemocniční a nemocniční péči. Téma triage je koncipováno z pohledu medicínského, psychosociálního a etického. Průzkumná část zahrnuje analýzu výsledků dotazníkového šetření, které zjišťovalo pohled studentů zdravotnických oborů na třídění raněných, zvláště pak na etické a psychosociální aspekty triage.

Výsledkem práce bylo zjištění, že ačkoli se některé názory studentů lišili, povětšinou se shodli na takovém úsudku, že třídění raněných lze považovat za přijatelné a morální, ale je žádoucí, aby se nad touto tematikou více zamýšlelo nejen z pohledu medicínského, ale i morálního. Stejně tak se studenti poměrně shodovali na postupech u smyšlených modelových situací, ale byli také zřejmé mezioborové rozdíly ve znalostech tematiky triage.

KLÍČOVÁ SLOVA

emergency, etické aspekty, mimořádná událost, psychosociální aspekty, rozhodování, triage, třídění raněných

TITLE

Ethical and psychosocial aspects of triage

ANNOTATION

The bachelor thesis is focused on the issue of the classification of the injured and the patients in pre-hospital and hospital care. The topic of triage is conceived from medical, psychosocial and ethical point of view. The exploratory part includes an analysis of the results of the questionnaire survey which examined the view of the students of the medical branches for the classification of the wounded, especially the ethical and psychosocial aspects of the classification.

The result of the work was to find that although some of the views of the students were different, they generally agreed with such a judgment that the classification of the injured could be considered acceptable and moral, but it is desirable to focus more on this subject not only from a medical but also moral point of view. Likewise, the students were quite similar to the practices of fictitious model situations, but there were also obvious interdisciplinary differences in the triage knowledge.

KEYWORDS

decision making, emergency, ethical aspects, extraordinary event, psychosocial aspects, triage

OBSAH

ÚVOD	12
CÍLE PRÁCE.....	13
1 TEORETICKÁ ČÁST	14
1.1 TRÍDĚNÍ RANĚNÝCH / TRIAGE.....	14
1.2 PROSTŘEDÍ PRO VYUŽITÍ TRIAGE A POUŽÍVANÉ METODY	16
1.2.1 Přednemocniční péče	16
1.2.2 Metody přednemocniční triage	17
1.2.3 Nemocniční péče.....	21
1.2.4 Metody nemocniční triage	22
1.3 PSYCHOSOCIÁLNÍ A ETICKÉ ASPEKTY TRIAGE	23
1.3.1 Psychosociální aspekty	23
1.3.2 Etické aspekty	26
2 PRŮZKUMNÁ ČÁST	30
2.1 Průzkumné otázky.....	30
2.2 Metodika průzkumu	31
2.3 Prezentace a interpretace výsledků	32
3 DISKUZE	49
3.1 Průzkumné otázky a jejich vyhodnocení.....	49
4 ZÁVĚR	52
5 SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	53
6 SEZNAM PŘÍLOH.....	56

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1 Graf znalostí metod triage	32
Obrázek 2 Graf k otázce č. 3 (postup po zemětřesení)	33
Obrázek 3 Graf k otázce č.4.....	34
Obrázek 4 Graf argumentů pro a proti zahájení KPR oboru ZZ	35
Obrázek 5 Graf argumentů pro a proti zahájení KPR oboru VS	36
Obrázek 6 Priority ošetření ženy s otevřenou frakturou z pohledu studentů VS a ZZ	37
Obrázek 7 Priority ošetření muže s uzavřenou frakturou z pohledu studentů VS a ZZ	38
Obrázek 8 Priority ošetření ženy s těžkou klidovou dušností z pohledu studentů VS a ZZ.....	38
Obrázek 9 Priority ošetření muže s bolestmi břicha z pohledu studentů VS a ZZ.....	39
Obrázek 10 Priority ošetření dítěte s hořčnatým průjmovým onemocněním z pohledů studentů VS a ZZ	39
Obrázek 11 Graf výběru pořadí v ambulanci.....	41
Obrázek 12 Graf priorit k resuscitaci.....	42
Obrázek 13 Graf rozhodnutí při epidemii.....	43
Obrázek 14 Graf upřednostnění při třídění raněných	44
Obrázek 15 Důvody, proč je třídění raněných morální	45
Obrázek 16 Graf důležitosti morální problematiky třídění.....	46
Obrázek 17 Graf respondentů ve zkoumaném souboru (studijní obor).....	47
Obrázek 18 Graf znázorňující věk respondentů	47
Obrázek 19 Graf respondentů ve zkoumaném souboru (pohlaví)	48

SEZNAM ZKRATEK A ZNAČEK

ARO	Anesteziologicko-resuscitační oddělení
GSC	Glasgow Coma Scale
IZS	Integrovaný záchranný systém
JIP	Jednotka intenzivní péče
RLP	Rychlá lékařská pomoc
START	Simple triage and rapid treatment (Snadné třídění a rychlá terapie)
TIK	Třídící a identifikační karta
VS	Všeobecná sestra
ZZ	Zdravotnický záchranář
ZZS	Zdravotnická záchranná služba

ÚVOD

Boj o život, ať o vlastní nebo o cizí je jednou z nejpřirozenějších priorit lidské bytosti. Třídění raněných je proces vyžadující rychlé vyhodnocení, které určí naléhavost klinického stavu pacienta a jeho zařazení do kategorie či priority. (Hubáček at al., 2016, s. 40) První poznatky o třídění raněných jsou známy již z dávné historie, kdy se triage uplatňovala na bitevních polích, a to hlavně díky vojenskému chirurgovi Dominique-Jean Larreymu. Třídění raněných se ve světě vyvíjelo poměrně dlouho a ani dnes není úplně dokonalé a nese s sebou několik etických otázek. (Nakao at al., 2017, s. 379-384) Naopak netřídění můžeme též brát za nefunkční až neetické hledání mezi chaosem při katastrofách. Hromadný výskyt raněných je jedním z mála případů, kdy v medicíně převládá pravidlo užitečnosti, tedy úsilí přinést prospěch většímu počtu ohrožených před individuální péčí. (Domres, 2010, s. 1)

Dnes se však třídění raněných používá nejen ve válce, ale i při mimořádné události jako je třeba katastrofa, dále na urgentním příjmu a na jednotkách intenzivní péče. Při porovnání urgentní medicíny a medicíny katastrof, je zřejmé že v urgentní medicíně je péče zaměřena na ošetřování jednotlivce. Při mimořádných událostech vzniká nerovnováha mezi potřebami nemocných a kapacitou dostupného zdravotnického vybavení a personálu a je třeba si uvědomit, že ne každá onemocnění či poranění vyžadují okamžitou péči. Triage se provádí pouze v nouzové situaci a mohou zde vzniknout citlivé etické i psychosociální problémy, protože určovat priority znamená jednat proti nejlepšímu zájmu jednotlivce v zájmu většiny. (Domres, 2010, s. 1) Vzhledem ke specifickým obtížím jako je časová tíseň a nedostatek prostředků je proces třídění raněných velice náročná činnost. Rozhodnutí, která zdravotníci musí učinit nejsou snadná a můžou se v okamžiku stát původcem psychosociálních a etických dilemat a pochybení. V akutních případech a následné nutnosti použít triage se mohou objevit otázky specifického zacházení s určitými skupinami, přičemž se zamýšlíme nad tím, zda je možné určité skupiny (děti, matky, těhotné ženy, zraněného kolegu aj.) zvýhodnit před ostatními. (Rusová, 2017, s. 58) Rusová (2017, s. 58) dodává: „*k medicínským kritériím se tak přidávají kritéria sociální, popřípadě psychosociální a situace se tak ještě více komplikuje.*“ Útoky teroristů ve vyspělých městech a zemích připomínají aktuálnost tohoto tématu jak pro laickou veřejnost, tak i pro odbornou a nesou s sebou nespočetné množství nejen morálních dilemat. (Šeblová at al, 2009, s. 22) Proto je důležité, aby byli o možnostech třídění raněných informováni nejen členové integrovaného záchranného systému, ale i široká veřejnost. Zvláště pak zdravotníci by měli být na tyto situace vycvičeni a zaškoleni s důrazem na etické a psychosociální aspekty.

CÍLE PRÁCE

Cílem teoretické části je stručně popsat problematiku třídění raněných s důrazem na etické a psychosociální aspekty.

Cíle průzkumné části:

1. Zjistit, jaký mají respondenti názor na triage – zda se jedná o etický postup a zda by bylo správné někoho upřednostnit.
2. Zjistit, jak by respondenti pravděpodobně postupovali při třídění v rámci zadaných modelových situací, s ohledem na kritéria nejen medicínská, ale převážně sociální.

1 TEORETICKÁ ČÁST

Tato kapitola se dělí na dvě části. První část popisuje třídění raněných a nemocných z medicínského pohledu. Popisuje počátky třídění v historii, rozděluje možné metody a místa kdy a kde se triage používá. Druhá část se věnuje aspektům etickým a psychosociálním.

1.1 TŘÍDĚNÍ RANĚNÝCH / TRIAGE

Triage pochází z francouzského slova *treir*, znamená: síto / vytrítit. Lze také popsat jako rozdělení postižených podle druhu, tíže poranění a prognózy. Třídění se používá tehdy, kdy je na místě více zraněných či nemocných než záchránců. V rámci urgentní medicíny zdravotníci ošetřují jednoho pacienta a prostředky pro jeho péči jsou dostačující. Pokud ale nastane situace, při níž je zraněných více a zachraňujících méně, stejně tak i pomocného materiálu, musí členové integrovaného záchranného systému (IZS) okamžitě změnit způsob záchranného postupu. Hlavně vedoucí zásahu musí umět na situaci rychle reagovat, a tak změnit i způsob myšlení – zahájení triage. (Pokorný, 2008, s. 14)

Porovnáním dvou oborů – urgentní medicíny a medicíny katastrof a mimořádných událostí, je možné zjistit, že i když mají mezi sebou mnoho rozdílů tak se najdou i společné charakteristiky jako jsou shodné cíle a základní pravidla. Dále je důležité připomenout, že jak v urgentní medicíně, tak i v medicíně katastrof je náhlý vznik události a zdravotnický personál musí umět jednat rychle a rozhodně. Také snaha o co nejrychlejší odsun raněného do nemocnic ke komplexní péči je neméně důležitý společný cíl. (Štětina, 2014, s. 63)

U těchto dvou oborů je ale více rozdílů. Zdravotník urgentní medicíny v situaci, kdy na jednu posádku připadá jeden až dva pacienti, musí usilovat o co nejkvalitnější ošetření jedince. Připadá-li však na jednu posádku větší počet postižených, musí se zdravotník medicíny katastrof snažit dát šanci na přežití co největšímu množství z nich. Zásah v urgentní medicíně provádí vybavený, vyškolený personál, kterého je relativní dostatek a poskytnutí pomoci je provedeno během několika minut. Není zde nutná spolupráce s mimo regionálními složkami a transport je po nezbytném ošetření okamžitý. Při medicíně katastrof a hromadných neštěstí se tyto postupy liší. Doba zahájení pomoci může být různě dlouhá, kvůli počátečnímu nedostatku personálu. Ošetření provádí nejen různě zkušený zdravotnický personál ale i laik přítomný u události. Čím více raněných, tím více stoupá význam zahájení třídění a vzrůstá také riziko epidemie. Na rozdíl od urgentní medicíny je okamžitý transport postižených spíše výjimečný. Odlišností je tedy poměrně hodně. Problém může nastat, pokud první posádka

nesprávně komunikuje, organizuje a špatně odhadne rozsah události. Velká chyba nastane i při překotném, nepromyšleném odsunu raněných bez třídění a první pomoci. Jelikož IZS nevyjíždí, každý den na místa katastrof a hromadných neštěstí, tyto chyby a nedostatky se bohužel u těchto událostí opakují. (Štětina, 2014, s. 63-64)

Zranění či nemocní musí být roztříděni vždy co nejrychleji a zdravotníci jsou často pod psychickým tlakem. Je to tedy velice náročný úkol jak pro třídícího pracovníka, tak i pro pacienta. (Pokorný, 2008, s. 15)

Třídění se rozvíjelo velice obtížnou a dlouho cestou, než se začalo používat smysluplně, ale i dnes není úplně dokonalé a poukazuje nejen na několik etických problémů. Počátky triage začínají teprve až v 18. století do té doby třídění v podstatě neexistovalo. Ranění vojáci na bitevních polích spoléhali pouze na své kamarády – spolubojovníky a často podléhali svým zraněním. Triage se tedy vyvinula až počátkem roku 1812 ve válkách, a to hlavně díky francouzskému vojenskému chirurgovi Dominique-Jean Larrey. Patřil do Napoleonovy císařské gardy, kde svoji myšlenku začal využívat a dramaticky snížil úmrtnost na bitevních polích. Larrey vymyslel systém třídění založený na závažnosti ran a onemocnění, bez ohledu na hodnost vojáka. Zahrnoval tři stupně: nebezpečně raněný, méně nebezpečně raněný a mírně raněný. Do vývoje vojenské medicíny se velice zapojil i Pierre-Francois Percy, který vynalezl systém sanitních vozidel a zorganizoval lékařské týmy pro péči na bojištích. Záchrané týmy byly ale určeny jen pro vojenské důstojníky, ne pro pěšáky. V roce 1846 prohlásil britský námořní chirurg John Wilson, že by se měli chirurgové zaměřit na ty pacienty, kteří potřebují okamžitou léčbu a bude pro ně pravděpodobně úspěšná. Odložit ty pacienty, kteří mají méně závažné poranění a ty co mají smrtelné zranění. (Nakao at al., 2017, s. 379-384)

Americká armáda pomalu zaváděla systémy triage (1861-1865), byly ale špatně zorganizované a nedostatečné, neexistovala jednotná metoda třídění. Ošetření se tedy provádělo v pořadí: kdo dřív přijde, je dřív ošetřen a ti co byli ležící, museli trpělivě vyčkat v řadě. Velký pokrok v třídění nastal až v první a druhé světové válce. Ať už v americké armádě, německé či ruské tak teorie třídění se změnila. Zdravotníci pomáhali hlavně těm raněným, kteří se mohli nejrychleji vrátit do boje. V roce 1958 vznikla Severoatlantická smlouva, která popisuje třídění do tří kategorií: ti co jsou mírně ranění a mohou se vrátit do služby, ti, kteří jsou raněni vážně a potřebují okamžitou resuscitaci či operaci a smrtelně zranění. (Iserson a Moskop, 2007, s. 276-278)

Co se vývoje etického myšlení na vojenských polí týče, tak byl významný krok Henriho Dunanta. V roce 1859 byl velice šokován pohledem na velký počet vojáků, kteří leželi na místě bitvy u Solferina, bez veškeré pomoci. Díky němu v roce 1864 byli zahrnuti do První Ženevské úmluvy principy záchrany raněných bez ohledu na národnost a nedotknutelnost zdravotníků, zdravotnických zařízení a jednotek. (Domres, 2010, s.2)

V dnešní době se triage používá nejčastěji při hromadném výskytu raněných jako jsou katastrofy, hromadná neštěstí a nehody. Dále na urgentním příjmu a jednotkách intenzivní péče.

1.2 PROSTŘEDÍ PRO VYUŽITÍ TRIAGE A POUŽÍVANÉ METODY

Triage se používá v různém prostředí. Nejčastěji v přednemocniční péči u mimořádných událostí s větším počtem zraněných, ale i v nemocničním prostředí, a to na urgentním příjmu. Nesmí se opomenout i třídění nemocných či zraněných na jednotkách intenzivní péče, čemuž odpovídají případné použité metody. Triage vznikla ve válečných polích, a i dnes je zde využívána. Má zvláštní postup, při němž jsou nejdříve ošetřováni ti nejméně zranění, ale toto specifické použití je však mimo rámec této práce. (Bydžovský, 2008, s. 220)

1.2.1 Přednemocniční péče

V rámci přednemocniční péče se triage používá při **mimořádných událostech**. Mimořádná událost vzniká obvykle náhle, nečekaně a popisuje se jako stav, kdy dochází k nahromadění, úbytku či uvolnění hmot, energií a sil, které působí ničivě. Způsobuje negativní poškození obyvatelstva, majetku, životního prostředí, ekonomické rovnováhy a společenských vztahů. Bývá komplikovaná větším počtem postižených. Personál, kterého je většinou nedostatek musí zvládat stresové situace za pomoci techniky a zdravotnických prostředků, jehož je také velmi omezené množství. Při této události velmi často nastává časová tíseň, panika, emoční vypětí a chaos postižených i záchranářů. Do mimořádných událostí patří živelné pohromy (zemětřesení, povodně, laviny, extrémní zima či horko, hladomory, sucha, epidemie), pohromy způsobené člověkem (vátky, dopravní nehody, průmyslové havárie, výbuchy, terorismus, únik chemikálií) a sekundární události (epidemie, pandemie, hladomor, zřícení budov, kontaminace vody, přerušování dodávky energií). (Bydžovský, 2008, s. 227)

Dle počtu zasažených a rozsahu škod rozlišujeme mimořádné události na katastrofu, hromadné neštěstí rozsáhlé a hromadné neštěstí omezené. Mimořádnou situaci označovanou

jako **katastrofa** charakterizuje buď velký počet obětí, nebo rozsah škod, kterou není možné zvládnout běžnými a místními prostředky. Vzniká náhle, ale může i pomalu (sucho) a společenství musí čelit mimořádným situacím. Počet lidí postižených při katastrofě není zatím pevně určen. Nejvíce zdrojů uvádí, že tato mimořádná událost nastává, pokud **počet postižených překročí limit 50** bez rozdílu počtu mrtvých, těžce či lehce raněných. Katastrofa může být způsobena přírodními či lidskými zdroji. (Bydžovský, 2008, s. 227)

Při **rozsáhlém hromadném neštěstí** je zraněných nebo zasažených **více než 10, ale méně než 50**. I když limit zraněných nedosahuje stejnému počtu jako u katastrof, je to stále velmi náročná situace a je potřeba aktivovat traumatologické plány. Pokud je minimálně jeden zraněný v kritickém stavu, ale rozsah události **nepřesáhne 10** zasažených, nazýváme ji **hromadné neštěstí omezené**. Traumatologické plány aktivovány nejsou, ale musí vyjet několik skupin integrovaného záchranného systému (IZS). Dále může nastat i nehoda, při které je zraněno 2-5 lidí. (Štětina, 2000, s. 15-16)

1.2.2 Metody přednemocniční triage

Třídění pomáhá snížit emoční zátěž z prostředí a náročného rozhodování (Pokorný, 2008, s. 15). Cílem je poskytnout péči co největšímu počtu zraněných, a to v nejkratším čase a na vhodném místě. (Štětina, 2014, s. 380, 444) Štětina (2010, s. 268) ve své literatuře uvádí že: *„třídění musí pokračovat tak dlouho, dokud existuje nepoměr mezi počtem zraněných, prostředky k jejich léčbě a možnostmi zdravotnické služby ke konečnému a optimálnímu řešení zdravotní situace všech postižených.“* (Štětina, 2010, s. 268) Bohužel tento cíl je limitován počtem zdravotníků, vybavením zdravotnickými pomůckami, léky a zdravotnickou technikou. Triage se člení na primární (rychlé rozdělení raněných na místě události, dle životních funkcí), sekundární (přetřídění lékařem) a terciální (nemocniční péče). V přednemocniční péči se momentálně používají dva typy třídění. Lékařské, pomocí identifikačních karet a nelékařské „předtřídění“ metodou START. (Štětina, 2010, s. 255).

Lékařské třídění metodou TIK

Pokud to akutní situace umožní, dáváme přednost lékařskému třídění přímo v terénu pomocí třídící a identifikační karty. Lékařské třídění (přetřídění) může být ale také fáze druhá, která navazuje na nelékařské „předtřídění“. Pouze lékař rychlé záchranné služby rozhoduje o prioritách ošetření a dosunu. Vedoucí lékař zásahu je ten, který dorazí na místo zásahu jako první. Může být však vystřídán zkušeným lékařem, vyškoleným pro řešení hromadných postižení. Tato osoba musí umět zorganizovat a splnit velký počet úloh. Patří mezi ně

dostupnost a připravenost zdravotnické posádky, řízení zdravotnického zásahu, posouzení rizik pro zdravotníky, rozhodování o možnostech třídění a následném odsunu pacientů atd. (Štětina, 2014, s. 225–229) Urbánek (2008, s. 4) udává pro podporu třídění s kartou TIK (třídící a identifikační karta) heslo: „*chytím se visaček a třídím – nepochybím*“.

Třídící a identifikační karta (TIK) – viz. Příloha B

Přední strana obsahuje kromě identifikačních kódů dva oddíly, první je „Diagnóza“. Lékař postupně vyšetří vědomí, dýchání a oběh pacienta, údaje hlásí záchranáři, který vyplňuje podle pokynů TIK. Druhý oddíl přední strany je „Třídění“. Je to neméně důležitá část karty, do které se zaznamenává výsledek prvotního třídění a následného přetřídění při delším uložení na shromaždišti raněných. Je zde potřeba zaznamenat čas třídění, přetřídění a jméno třídícího lékaře. (Urbánek, 2008, s. 4)

Na **zadní straně** zbývá poslední oddíl a to je „Terapie“. Na této straně se zapíše léčebné opatření, infuzní terapie, podání léků, fixace, dekontaminace, poloha a oddělení na které bude pacient transportován a jakým prostředkem. Přesun se dále zaznamenává na Útržek. (Urbánek, 2008, s. 4)

Pacienti jsou tedy rozděleni do několika třídících skupin. První skupina – **přednostní terapie**, je pro ty postižené, kteří potřebují okamžité zajištění životních funkcí (ne KPR). Záchranář zajišťuje dostatečnou ventilaci, průchodnost dýchacích cest, drenáž hrudníku a pokročilé stavení krvácení. Tuto rychlou léčbu potřebují pacienti s těžkým zevním krvácením, přetlakovým pneumotoraxem, závažným kraniocerebrálním poraněním s poruchou vědomí atp. Skupina 2a – **přednostní transport**, označuje pacienty s úrazy břicha a hrudníku, poraněním velkých cév, poraněním páteře s neurologickým deficitem a s otevřenými zlomeninami. Jsou indikováni k časnému ošetření. Skupina 2b – **transport k odloženému ošetření**, tak jsou označeni pacienti, kteří mají poranění oka, rozsáhlá poranění měkkých tkání, zavřené zlomeniny a popáleniny na 15 – 30 % (dospělí). **Lehce zranění** patří do skupiny třetí. Tito pacienti (s popáleninami do 15 % u dospělých, poraněním měkkých tkání menšího rozsahu, malými zlomeninami a lehkými úrazy hlavy) čekají, dokud nejsou ošetřeni ti, kteří mají závažnější poranění, tedy skupiny: 1, 2a, 2b. **Mrtví** se značí jako skupina čtvrtá. (Urbánek, 2008, s. 5)

Záchranný tým postupuje při třídění tak, že má jen 1-2 minuty na jednoho pacienta, přičemž používá třídící set a karty pro hromadné postižení zdraví a postupně vyšetřuje a zároveň vyplňuje odshora dolů přední, poté zadní část karty. Vyplněnou třídící kartu zavěsí viditelně

postiženému nejlépe kolem krku. Záchranář, který vlastní pomůcky pro stabilizaci životních funkcí (škrtidla apod.) následně zajišťuje akutní první pomoc. Postupuje tedy dle předchozího barevného označení. Lékaři záchranné akce musí opakovaně kontrolovat správnost zařazení raněných do vybraných skupin sekundárním tříděním, jelikož může dojít ke zhoršení celkového stavu, nebo dokonce i k úmrtí. (Urbánek, 2008, s. 5)

Nelékařské třídění metodou START („předtřídění“) – viz. Příloha C

Správné třídění ať už lékařské či laické pomáhá vnést do chaosu organizaci. Zkratka START – Simple Triage and Rapid Treatment vznikla v Kalifornii v roce 1983. Tehdejší zemětřesení vedlo lékaře, pracovníky hasičského sboru a námořního záchranného sboru k vytvoření snadného algoritmu k vyhodnocení základních životních funkcí. Metoda START se v roce 1994 upřesnila a dnes je to osvědčený způsob třídění. Je to velmi jednoduchá a rychlá metoda bez použití jakéhokoliv základního přístrojového vybavení. Záchranář používá barevné značení (např. pásky). Takovéto základní třídění mohou používat zacvičení nelékaři, nejlépe záchranáři, ale i další složky IZS (hasiči, ale může to být i policie), pokud jsou zaučeni v použití této metody. (Pokorný, 2008, s. 16) Je potřeba aby třídící pracovníci ovládali jednoduché úkony (zprůchodnění dýchacích cest, zástava masivního krvácení) a znali hodnotící škály. Postup třídícího pracovníka je následovný: nejprve několikrát nahlas vyzve všechny raněné schopné pohybu, aby se přemístili na vyznačené místo, kde budou označeni zelenou visačkou a vyčkají na sekundární třídění. Zachránce pokračuje a vyhledává další raněné, kteří nejsou schopni samostatného pohybu, hodnotí je tedy podle toho, jak je potkává. U postižených zjišťuje přítomnost či nepřítomnost spontánního dýchání. Jestliže raněný nedýchá zachránce musí uvolnit dýchací cesty předsunutím čelisti a záklonem hlavy. Když nezačne dýchat ani poté, je označen černou visačkou a odeslán na shromaždiště nezachránitelných a zemřelých. Pokud raněný dýchá zjišťuje se počet dechů – pokud je to méně než 30 / minutu a kapilární návrat je pomalejší než 2 sekundy, musí raněného označit visačkou červenou a odeslat ho k neprodlené pomoci. Jestliže raněný dýchá rychleji než 30 dechů / minutu je též označen červenou a potřebuje neodkladnou pomoc. Pokud nastane možnost, že raněný dýchá a kapilární návrat má do 2 sekund musí záchranář prověřit stav vědomí. Jestliže postižený reaguje na oslovení je označen žlutou visačkou, pokud nereaguje musí být označen visačkou červenou – neodkladná pomoc. (Pokorný, 2008, s. 16) Třídící pracovník tedy označuje pacienty páskami, nebo visačkami, které znamenají určité priority. Do první priority (červená barva) patří postižení se selhávajícími vitálními funkcemi. Imobilní s možnou odloženou pomocí jsou označeni žlutě a mají prioritu 2. Priorita 3 (zelená barva) je

pro soběstačné, lehce raněné. Barva černá, priorita 4, značí nezachránitelné a mrtvé. Je velice důležité, aby se třídění několikrát opakovalo, protože může nastat situace kdy u pacienta s nejistou či minimální šancí na přežití (černá barva) nastane zvrát a bude zařazen do priority 1, neboli bude vyžadovat okamžitou péči, která mu může zachránit život. Je také možné, že pacient označen prioritou 1 se přesune do priority 4 a bude považován za zemřelého. (Štětina, 2014, s. 235)

Třídění JumpSTART – viz. Příloha D

Pokud je raněný mladší osmi let nemůžeme použít třídění metodou START. Rozpoznání věku dítěte kolem 8-10 let může být náročný úkol i pro zkušeného záchranáře, proto se doporučuje posoudit celkový fyzický vzhled. Vypadá raněný spíše jako dítě použijeme JumpSTART, blíží se konstituci více k dospělému použijeme metodu START. Dětské fyziologické parametry se liší od parametrů větších dětí a dospělých. Rozdíly se týkají dechové frekvence (15–45 / min.), pulzu (90–180 / min.) a hodnocení Glasgow Coma Scale. Postup při třídění dětí je podobný tomu u dospělých, všechny raněné chodící děti se odešlou na shromaždiště, kde musí počkat na sekundární přetřídění, a označí se zelenou barvou. Lehce zraněné děti mladší jednoho roku nemohou být zařazeny do skupiny chodících, proto musí být na shromaždiště odneseny. Další krok u těžce raněných dětí je zajištění průchodnosti dýchacích cest, začne-li dýchat dostane prioritu jedna a červenou značku. Nedýchá-li a nemá hmatný tep – označit barvou černou. Má-li dítě hmatný tep, nesmí záchranář zapomenout na provedení 5 umělých dechů. Pokud ale ani teď dítě nezačne dýchat musíme ho označit černou barvou, začne-li dýchat označit červeně, ale nepokračovat v umělém dýchání, třídít další raněné. Neposledním krokem je kontrola vědomí, soudíme dle reakce na bolest, je-li přiměřená označíme dítě žlutou barvou. Pokud nereaguje vůbec, je povinností záchránce označit dítě černou barvou. Pro posouzení vědomí může lékař při druhém přetřídění použít klasifikaci Glasgow Coma Scale. Třídění dětí při hromadných neštěstích je velice náročný úkol, který může být ovlivněn nejen emočním stavem záchránce. Důsledkem toho je možný vznik chybných postupů. (Pokorný, 2008, s.17-18) Stejně jako u dospělých je i zde důležitá opakovaná kontrola určené klasifikace skupin.

Shromaždiště raněných

Vytříděný pacient je přesunut na místo zvané shromaždiště (obvaziště) Toto místo se zařizuje vždy, když nastane mimořádná událost. Správně je výrazně označené a dobře přístupné. Slouží k tomu, aby zdravotníci, kteří jsou na tomto místě mohli zajišťovat vitální funkce a

stabilizovat raněné dle určené priority. Dále pak mají přehled nad všemi raněnými a mohou případně přetřídit a posunout dál na odsunové stanoviště, kde pacienti čekají na transport. Měli by se zde také nacházet veškeré zdravotnické pomůcky (přístroje, léky atd.) Postižení by měli být od sebe odděleni. Pacienti s prioritou 1 a s prioritou 2 jsou uloženi co nejbližší k odsunovému stanovišti, aby mohli být co nejrychleji transportováni. Ti, co jsou označeni prioritou 4 (mrtví) ukládáme nejlépe mimo plochu obvaziště. Pokud by byli uloženi poblíž ostatních raněných mohli by zhoršit situaci a jejich psychický stav. (Štětina, 2014, s. 235-237)

Odsunové třídění – viz. příloha E

Takto se nazývá pokračování podrobnějšího hodnocení vitálních funkcí. Je to úloha, která je důležitá, ale vyžaduje více zkušeností, znalostí, vybavení a také času. Lékař po stanovení diagnózy upravuje prioritu odsunu. Znovu se přehodnocuje (více podrobněji) frekvence dechu, krevní tlak, stav vědomí. Všechny vyhodnocené vitální funkce se ohodnotí příslušným skóre od nuly po číslo čtyři. Celková suma v rozmezí 0–12 pak znamená jednotlivou prioritu ošetření. Například zraněný s obličejovými popáleninami je klasifikován prioritou 3. Pokud při přehodnocování priorit jsou zjevné příznaky popálenin horních dýchacích cest, lze očekávat jejich spasmus a následnou obstrukci. Proto by měl být následovně zařazen do skupiny vyžadující okamžitou pomoc. (Gröger, 2014)

1.2.3 Nemocniční péče

Postižení po zvládnutém vytrídění jsou transportováni do okolních nemocnic. Transport je indikován pouze na příkaz vedoucího lékaře obvaziště, který také rozhoduje o tom, do jaké nemocnice bude pacient odvezen, tak aby nedošlo k zahlcení těch nejbližších. Následná nemocniční péče má zajistit přežití a zmírnění následků postižení způsobené událostí a transportem. Aby nedošlo k neorganizovanému davovému šílenství je potřeba zahájit traumatologický plán nemocnice. (Štětina, 2014, s. 242)

Příjem pacienta s prioritou 1 přebírají malé „traumatýmy“, které provázejí nemocného od vstupu do nemocnice až po uložení na lůžko. Tento tým se skládá z anesteziologa, traumatologa, nebo chirurga dle potřeby, dvou sester a také jednoho sanitáře. Dopomáhat může konzultant, který slouží jako dopomoc k určení diagnózy. Pacienty označené žlutou barvou, tedy prioritou 2 přebírá transportní tým s lékařem. Tým složený z nelékařských pracovníků ošetřuje pacienty označené zelenou barvou a případně kontroluje správnost označení. Všichni pacienti jsou uloženi na cílová oddělení, nejčastěji ARO, JIP, traumatologie či chirurgie. (Štětina, 2014, s. 241-245) V optimální situaci může pacient okamžitě přijmout

veškeré služby nemocnice. Ve více případech, kdy je nedostatek lůžek a prostředků pro pacienty se musí rozhodnout o tom, kdo bude přednostně přijat a kdo třeba i propuštěn. Nejčastější rozhodnutí o hospitalizaci, které zdravotníci musí učinit se týkají intenzivní péče. I v těchto případech je potřeba uplatnit metody triage a určit který z pacientů vyžaduje intenzivní péči více a který méně. (Iserson a Moskop, 2007, s. 278)

1.2.4 Metody nemocniční triage

Na urgentní příjem přicházejí pacienti v různorodém pořadí, bez ohledu na závažnost zranění a onemocnění. Erudovaná všeobecná sestra by měla správně roztrždit pacienty a určit pořadí v jakém budou ošetřeni. Proto je třeba si uvědomit, že pořadí, ve kterém pacienti přišli nemusí být dodrženo. Pokud přijde např. jako první člověk s prisátým klišťem a druhý pacient s otokem tváře. Nemocný, který přišel sice jako poslední, ale s bolestí na hrudi, bude mít přednost před pacientem prvním i druhým. Díky tomuto systému je zajištěna bezpečná péče o akutní pacienty. Dále také zmenšuje počet stížností a konfliktů mezi zdravotníky, příbuznými a pacienty. (Polák, 2015, s 1-2) Při odběru anamnézy se zlepšuje komunikace mezi pacientem a sestrou. Pokud však nemůže anamnézu odebrat přímo od pacienta, musí žádat nutné informace od doprovodu nemocného nebo člena záchranného týmu. Triage se používá ve většině míst světa, není to však pravidlo. Nejčastější používaná metoda ve světě i v České republice se nazývá **Emergency severity index (ESI)**. Tato stupnice rozděluje pacienty na pět skupin. Od nejnaléhavější po nejméně naléhavou. Cílem této třídící stupnice je, aby správný pacient byl na správném místě ve správný čas. Určení konkrétního pořadí provádí zkušená všeobecná sestra. Musí umět posoudit akutnost případu, ale i možná rizika. Jednotlivé priority závažnosti musí odpovídat rozmezí času ve kterém je nutné jejich ošetření. Priorita 1: ihned, priorita 2: od kontaktu s lékařem 1–14 minut, priorita 3: od kontaktu s lékařem 15–60 minut, priorita 4: od kontaktu s lékařem 1–2 hodiny, priorita 5: 2–24 hodin. V některých zemích se metody triage používají jiným způsobem. Například v Austrálii používají systém zvaný **Australian triage scale (ATS)**. Australský systém je navržen tak, aby se všem pacientům na emergency dostalo včas pomoci. ATS má též 5 kategorií od stavu život ohrožující až po méně naléhavý. Podle některých výzkumů se však zjistilo, že tento systém je méně účinný než systém ESI. Určující znaky tohoto systému jsou čtyři kritéria. Validita neboli platnost, která měří klinickou naléhavost. Reliabilita, nezávislost na sestře či lékaři vykonávající službu. Safety, bezpečnost a citlivé rozhodování. Poslední utility, která značí snadnou pochopitelnost pro všeobecné sestry a lékaře. (Poláková, 2013, s. 11-13)

Ať už nastane jakákoliv situace, válečný konflikt, mimořádná událost, požár v nemocnici, nebo větší příjem pacientů do nemocnice je vhodné, aby zdravotníci tuto možnost znali a mohli jí aktivně využít. Protože ti, co znají triage, mohou být lépe připraveni na možná úskalí v nepoměru mezi zdravotníky a nemocnými a na psychosociální a etické problémy.

1.3 PSYCHOSOCIÁLNÍ A ETICKÉ ASPEKTY TRIAGE

Urgentní přednemocniční i nemocniční zdravotnictví je zaměřeno na individuální péči o nemocného. Řídí se podle kodexů a je používána za běžných každodenních činností. Nerovnováha mezi postiženými a zdravotníky a kapacitou materiálu, vzniká při mimořádných událostech. Postupy pro kvalitní péči zaměřenou na individualitu nelze použít, jelikož ji nelze naplnit. (Domres, 2010, s. 3) Vzhledem ke specifickým obtížím jako je časová tíseň a nedostatek prostředků je proces třídění raněných velice náročná činnost. Rozhodnutí, která zdravotníci musí učinit nejsou snadná a můžou se v okamžiku stát původcem psychosociálních a etických dilemat a pochybení. (Rusová, 2017, s. 58)

1.3.1 Psychosociální aspekty

Třídění raněných vyžaduje rychlé vyhodnocení naléhavosti klinického stavu pacienta s jeho následným zařazením do prioritní kategorie. Tento proces vyžaduje několik zdrojů pro správný a smysluplný chod. Důležité je nejen množství spotřebního materiálu, ale také počet personálu, který musí být dostatečně psychicky i fyzicky odolný. Při jakémkoli procesu třídění se zdravotník dostává do vzájemné interakce s postiženým, a na oba je kladena nejen vysoká psychická zátěž. Hubáček a kol. (2017, s. 40) uvádí že: „výkon zdravotnických profesí patří mezi nejnáročnější obory lidské činnosti a jejich náročnost se zvyšuje v závislosti na potřebné práci při nedostatku času a nutnosti maximální profesní preciznosti“ (Hubáček at al, 2017, s. 40-41)

Zdravotníci by měli mít několik specifických osobnostních vlastností mezi které patří vysoká empatie, sociální inteligence, ohleduplnost, ochota, rychlost, rozhodnost a mnoho dalších. Jsou ohroženi nejen pochybení v profesi, ale také známým syndromem vyhoření. Při třídění raněných je důležité si zvolit vhodnou metodiku práce, podle které budou zdravotníci postupovat. Sníží se tím tlak na třídící pracovníky a také jejich možná nerozhodnost a pochybení. Komplikovanější situace nastávají v případě mimořádných událostí, které jsou výrazně psychicky náročnější. Proto při výběru metody třídění je nutné brát v potaz fyzickou i psychickou zátěž, která může mít vliv na práci zachraňujícího, ale i na reakce zraněných.

Kvalitu třídění ovlivňují i další faktory jako je na příklad rozhodování v časovém stresu, míra profesní jistoty, složitost komunikace, okolní rušivé vlivy, osobnostní rysy, tlak na odpovědnost atd. (Hubáček at al, 2017, s. 40-41)

Determinanty ovlivňující chování zdravotníků

Zdravotníci, kteří pracují v akutní péči mohou být zasaženi situací, která je pro ně velmi emočně náročná. Takto označené stavy bývají např.: resuscitace dětí, které končí smrtí, zážitek bezmoci, ošetřování zraněného kolegy, sebevražda kolegy a stavy vlastního ohrožení. (Hubáček at al, 2017, s. 40-41) Právě tyto situace ovlivňují rozhodování zachránců. Kromě medicínských kritérií vstupuje do rozhodování i zohlednění věku nebo i sociálního postavení (těhotné ženy, členy IZS, matky). Občas nastanou situace, kdy zachraňující má před sebou zraněnou těhotnou ženu, dítě, kolegu, nebo příbuzného. Zachraňující člen sice v krizové situaci při třídění raněných nemá informace o tom, zda je raněný bohatý nebo chudý, jaké náboženství vyznává, jaké je sexuální orientace a jestli je třeba HIV pozitivní. Obvykle však pozná cizince, těhotnou ženu, narkomana, dítě nebo seniora. Těhotná žena může být brána jako záchrana dvou životů. Dítě jako jedinec, který má před sebou mnoho let života. Kolega jako přítel, se kterým má zachránce společné zážitky, nebo jako možná pomocná síla pro další třídění. Pohled na rodinného příslušníka v bezvědomí není lehká situace. Další skupina, vyžadující možný zvláštní přístup mohou být i matky, které mají nezastupitelnou roli v péči o malé děti. Všechny tyto jmenované skupiny mohou být pozitivně diskriminovány. Jsou ale také takové sociální skupiny, které mohou být diskriminovány negativně. (Domres, 2010, s. 5, Rusová, 2017, s. 58)

Rozhodnout se tedy na příklad mezi raněnou těhotnou ženou a mladým narkomanem je velice složité. Čím důležitějším rozhodnutím se zabýváme, tím déle nad tím budeme přemýšlet. Problém však nastává, když i na důležitá rozhodnutí, jako je třeba otázka života a smrti, je omezený čas. (Chadim, 2002, s. 40, Nakonečný, 1995, s. 124-126) Na rozhodování se podílí mimo charakter rozhodující se osobnosti také psychosociální aspekty, schopnosti, hodnoty a víra. Dále etické zásady, které si jedinec osvojil a které uznává. Také životní zkušenosti a praxe. Tyto aspekty jsou nezbytným předpokladem pro zpracování problému etické povahy. Zdravotník se do jisté míry rozhoduje podle profesních požadavků a právních norem. Také záleží na jeho vlastním pohledu na profesní činnost, morální vývoj a motivaci. K rozhodování také napomáhají etické kodexy, kterými se ale nemůžeme řídit bez vlastních úsudků, protože nejsou odpovědí na vše. I morálka ovlivňuje lidské jednání, ale není nejsilnějším faktorem.

V určité situaci může dominovat například snaha o přežití, strach, přátelství, aj. To znamená, že pokud na jedince silně působí některé vlivy jako je nemoc, bolest a strach, můžou zásady morálního chování selhat. (Urmaničová, 2012, s. 7)

Pokud nastane situace tzv. morální dilema, kdy jedinec vybírá mezi více řešeními, ale ani jedno pro něj není správné, může se následně zachovat neeticky. K tomuto neetickému chování vedou i další důvody. Jeden z nich může být neznalost, nebo špatné chápání kodexu používaného k rozhodování. Někteří jedinci cíleně kodex ignorují, nebo s ním nesouhlasí. Nesprávné rozhodnutí může také ovlivnit duševní či fyzická porucha, způsobená nemocí či návykovými látkami. (Gulášová, 2012, s. 4-13)

Vnímání kritických situací je individuální záležitost založená na předchozích zkušenostech a na konkrétní situaci zdravotníka. Lidé v této profesi mohou takovéto situace řešit potlačením pocitů. Někdy se však stane, že dlouhodobé skrývání emocí může mít somatické a psychické dopady na zdraví jedince. Takto se označuje stres jako chronický kumulativní, kdy jednotlivec dlouhodobě neřeší své osobní problémy. Také může nastat jednorázová kritická událost, jako je třeba katastrofa. Potom je stres označován jako expozice kritické události. Člověk v tomto stavu není schopný běžně fungovat, reagovat a může být dezorientovaný. Tato akutní reakce většinou odezní během několika hodin až dnů. Pokud ale negativní reakce přetrvávají, je možné, že se rozvine v posttraumatickou stresovou poruchu. Zdravotníci procházejí preventivně profesními nácviky a vzděláváním v oblasti zvládání krizových situací, zvládání stresu a kolegiální pomoci. (Štětina, 2014, s. 364-365)

Podpora a péče o zasažené

Zdravotničtí pracovníci jsou při styku s následky rozsáhlého neštěstí vystaveni extrémnímu emocionálnímu napětí. Již jmenovaný stres při záchranných akcích a jeho následky jsou častou příčinou psychické dysfunkce, která pak negativně ovlivňuje jejich pracovní výkon. Prachařová a Pudil (2006, s. 12) také uvádí že: *„po konfrontaci se situací na místě mimořádné události se u záchranářů dostaví nejčastěji třes, nesoustředěnost, žaludeční nevolnost a pocit nedostatečnosti. Zhruba do 60 minut se pracovní výkon stabilizuje, přičemž psychická i fyzická únava je individuální. Po stabilizaci pracovního výkonu část záchranářů zůstává dlouhou dobu v tzv. hyperaktivní fázi, ale poté je náhle zcela vyčerpána. Při pocitu trvajícím bezvýchodnosti se dostaví navíc deprese a pocit vyčerpanosti se znásobí“*. Pocit osobního ohrožení může být občas tak silný, že má zdravotník tendence uniknout z místa katastrofické události. Prevence paniky a zvládnutí práce stavů patří do nácviků chování zdravotníků pro

mimořádné události. Mezi tyto preventivní opatření můžeme zařadit například zajištění odpočinku, verbální a neverbální motivaci (pochvaly a ujištění), pravidelné střídání pracovníků a také obecnou informovanost o průběhu akce. Kromě těchto stavů je důležitá i prevence posttraumatického syndromu. Zdravotník po zážitku s mimořádnou událostí se může cítit zodpovědný za věci, které nemůže ovlivnit a bude trpět pocitem viny, z toho, že mohl udělat něco jinak, něco více. Pro předcházení těchto stavů se používá účinná metoda debriefing (skupinový nebo individuální). Výrazně snižuje výskyt příznaků posttraumatického stresového syndromu a syndromu vyhoření. Tato preventivní metoda se používá přímo na místě mimořádné události a je zde bezvýhradně nezbytná. (Prachařová a Pudil, 2006, s. 8-12) Neméně důležitý je i nácvik a plánování postupů. Konkrétně u triage je cvičení nezbytné a mělo by zahrnovat práci se schématy použitými při třídění. Také reflexi etických a psychosociálních aspektů, rozhodování a etické hodnoty a principy vztahující se k určitým situacím. Rusová (2017, s. 58) uvádí že: „*ochota poučit se z chyb (vlastních i cizích, vzniklých při nácviku i při reálných zásazích) by měla být nedílnou součástí.*“ (Rusová, 2017, s. 58)

Členové integrovaného záchranného systému však nejsou jediní, koho mimořádná událost může poškodit. Zasažení lidé mohou trpět nejen fyzicky, ale i psychicky. Při náhlé události byl pravděpodobně přerušen rutinní den nemocného a působí na něj mnoha stresů. Existují organizace a skupiny dobrovolníků, kteří se snaží při katastrofických událostech pomoci ze všech stran. Zajišťují nejen finanční prostředky, materiály nezbytné k přežití jako je voda a jídlo, základní zdravotnické pomůcky, ale i psychologickou a sociální pomoc. Bohužel je společnost velmi málo informována o problémech týkajících se hromadných neštěstí a z tohoto nedostatku pramení neochota a snížená míra spolupráce populace s IZS. Při náhlých událostech s velkým počtem raněných je pomoc občanů nezbytná. (Šeblová, 2013, s. 22)

Ze strany záchranného systému je pro postižené důležitá i správná komunikace. I když to pro záchránce může být na obtíž, zachování klidu, projevení zájmu a empatie, poskytnutí pocitu, že udělá vše, co bude jen možné, je pro pacienta vysoce psychoterapeutický moment. (Andršová, 2012, s. 26-27)

1.3.2 Etické aspekty

Jak už v péči přednemocniční, nebo nemocniční má etika významné místo, jelikož práce s lidmi přináší mnoho etických otázek a dilemat. Etika zdravotníků vychází ze vztahu mezi člověkem, který pomáhá a člověkem, který trpí. Je propojena s etikou lékařskou. Existují i chvíle, kdy je pro zdravotníka velice snadné zneužít postavení ve škodu pacienta, třebaže

nevědomky. Etiku lze popsat několika různými definicemi. Jedna možná definice říká, že je to nauka o záměrech člověka a jednání z hlediska dobra a zla, o štěstí a smyslu života. Zabývá se správným a nesprávným, jako i morální povinností a závazkem. Je teorií morálky, ale tyto dva pojmy „etika“ a „morálka“ není dobré si plést. Představuje také jedinečnou životní zkušenost, založenou na vlastních zážitcích. V profesní etice je cílem rozlišit profesionální jednání od neprofesionálního. K tomuto úkolu slouží i etický kodex dané profese (kodex sester). (Urmaničová, 2012, s. 2-3) Přímo kodex pro přednemocniční neodkladnou péči však není. V obsahu etického kodexu sester jsou uvedena pravidla ošetrovatelské péče – upevňovat zdraví a předcházet nemocem, tišit bolest, přispívat ke klidnému umírání a důstojné smrti aj. Samozřejmě, že pravidla se týkají i urgentní péče např.: respektování náboženství a životního stylu pacienta, poskytnutí dostatečného množství informací, povinnost mlčenlivosti. Při mimořádné události, kdy nedostatek času a velké množství stresu působí na zdravotníky, je velice obtížné dodržovat předepsané kodexy. (Jankovský, 2003, s. 206-207)

Pro lepší funkci zdravotníků je nutné zahájit přidělování priorit, tedy zahájit triage. Třídění raněných se používá jen v nouzových situacích. Z etického hlediska zde vznikají problémy týkající se priorit ošetření, jednání proti zájmu jednice, nadřazení zájmu společnosti. Rozhodující osoba, hlavně lékař je zodpovědný za všechny raněné a musí umět rozhodnout komu pomoci nejdříve. Domres (2010, s. 3) píše že: „v roce 1994 vydala Světová lékařská asociace prohlášení o etice a medicíně katastrof konstatující, že v podmínkách katastrofy lze opustit povinnost ošetřit jedince ve prospěch stabilizace vitálních funkcí velkého počtu pacientů.“ Dále se zde uvádí, že je neetické, aby se zbytečně plýtvalo nedostatečnými zdroji na jednom zraněném, když jsou urgentně potřeba jinde. Zdravotníci, kteří rozhodují v těchto situacích by se měli řídit etickými pravidly, např. princip informovaného souhlasu by měl být dodržen v co největším počtu pacientů. Avšak tento požadavek se těžko splňuje, pokud je pacient v bezvědomí, utrpěl trauma, šok, nebo psychické postižení. Jestli se na místě nachází příbuzní a rodina raněného, měli by informaci poskytnuty jim. Princip beneficence (konání dobra) a justice (spravedlnost), oboje je důležité dodržovat za všech podmínek, při třídění si však tyto principy z určitého pohledu morálně rozporují a je těžké je naplnit u všech zasažených. (Domres, 2010, s. 2-3)

Etické hodnoty zohledňované při třídění jsou především lidský život a zdraví, účinné využití zdrojů a spravedlnost při jejich rozdělování. (Rusová, 2017, s. 58) Zdravotníci při třídění raněných se snaží zachránit co nejvíce lidských životů. Avšak mnoho událostí s velkým počtem raněných a malém množství léčebného materiálu vyžaduje upřednostnění skupiny

před jednotlivcem. To znamená, že pokud by se mělo použít větší množství zdravotnických pomůcek pro jednoho raněného, který má velmi malou šanci na přežití a v okolí jsou další ranění, kteří by díky všem jednotlivým pomůckám přežili, je na místě upřednostnění záchrany většího počtu lidí před jedním životem. To ale také záleží na tom, jestli se triage používá při mimořádné události nebo třeba na bitevním poli. Systém třídění katastrof usiluje o maximalizaci počtu veškerých životů, zatímco vojenská triage usiluje o záchranu největšího počtu vojáků, kteří se pak budou moci vrátit do boje. Co se týče pohledu na lidské zdraví při katastrofách, tak zde je důležité zmínit, že pacienti s méně závažným zraněním musí dát přednost těm co vyžadují péči okamžitou. Tato čekací doba je časem bolesti a utrpení a může se také zvýšit riziko komplikací. Třídící pracovník by měl jednat spravedlivě v rozdělování vzácných zdrojů dle daných předpisů a osobních úsudků. Tato hodnota – spravedlnost navazuje na princip justice, který patří mezi čtyři etické principy definované od Beauchampa a Childresse. Podle těchto autorů jsou zdroje upřednostněny pro pacienty s nejtěžším zraněním se šancí na přežití, takže se využití zdrojů obvykle dovolávají užítku medicínského než sociálního. Rusová (2017, s. 58) píše že: *„zmiňovaní autoři nicméně připouštějí, že ve výjimečných situacích mohou převládnout sociální hodnoty. Jako příklad uvádějí zemětřesení, kdy mezi lehce zraněnými jsou zdravotníci, kteří mohou bezprostředně po ošetření ošetřovat ostatní zraněné a dále např. propuknutí infekční nemoci, kdy obhajují přednostní očkování zdravotníků.“* (Moskop a Iserson, 2007, s. 282-283)

Mezi ostatní americké principy, které stanovili Beauchamp a Childress také patří autonomie, nonmaleficence a beneficence. Tyto principy však při třídění raněných ustupují do pozadí. (Rusová, 2017, s. 58) V případě beneficence lze laicky říct, že přežijí jen ti nejsilnější. Princip autonomie se vztahuje především ke konceptu informovaného souhlasu. Tento koncept nebývá v situacích vyžadující třídění běžně používán. Uplatňuje se dle aktuální situace, stejně jako princip nonmaleficence – neublížit, převážně u těch raněných, kteří musí na ošetření a utišení bolesti vyčkat. (Rusová, 2017, s. 59)

Americké principy etiky nejsou jediné, svou váhu v triaži mají i principy evropské, mezi které také patří již zmiňovaná autonomie. Následovně i důstojnost, které by neměla být autonomií omezená. Důstojnost se týká jak sebe, tak ostatních a neměla by se zavrhovat ani při krizových situacích, stejně jako integrita. Zranitelnost patří mezi ostatní hodnoty tak jako třeba autonomie. Je to však princip, který při třídění raněných je v popředí. (Kemp a Rendtorff, 2008, s. 240)

Mezinárodní dohoda o třídících kategoriích a etice zatím neexistuje. V podmínkách katastrofy je zařazení do třídících skupin běžné, kvůli omezenému času a velkému počtu postižených. Pokud se oběť nehody zařadí do kategorie 4 (nejmenší šance na přežití, umírající), bude potřebovat psychologickou podporu určeného personálu a příbuzných. Samozřejmě je podání utišujících látek proti bolesti. Zvláště u pacientů s prioritou 4 je nutné opakované hodnocení stavu, protože se může průběžně měnit. Domres (2010) uvádí tento příklad z Kambodže 1980: „Desetiletá dívka se střelným cerebrálním poraněním byla nejprve zařazena do skupiny 4, ale při pozdějším zhodnocení jejího stavu se ukázalo zlepšení. Po následující operaci holčička přežila.“ Jak už bylo řečeno, tak nejen velitel zásahu má náročnou funkci při mimořádných událostech. Zdravotníci mají povinnost poskytnout zdravotní péči spravedlivou, podle vlastního úsudku a předpisů. Největší odpovědnost za etický přístup mají ti, co rozhodují a organizují ošetrovatelské postupy. Všem poskytovatelům přednemocniční i nemocniční péče by měli být poskytnuty informační a vzdělávací služby o etických otázkách, které se vyskytují při hromadných postiženích. Výcvikové programy na doplnění zkušeností s tříděním raněných, pomáhají k lepšímu řešení situací s ohledem na etické principy mimořádných událostí. Mohou pomoci i s vyrovnáním pocitem viny. Je přirozené, že lidé při mimořádných událostech jsou ve velkém stresu a mohou se chovat sobecky a někteří zdravotníci mohou na triage přihlížet amorálně. Po 2. světové válce byl stanoven kodex etických principů a chování Mezinárodního výboru Červeného kříže, do kterého je zavedena pomoc bez ohledu na rasu, náboženství a národnost. Dále nezneužití politických a náboženských účelů, respektování místních kultur a zvyklostí a důstojnost vůči lidskosti. (Domres, 2010, s. 3-5)

Existuje několik metod triage a situací při, kterých se třídění raněných uplatňuje. Nese s sebou však i otázky týkající se psychosociologie a etiky, a ne každý si je uvědomuje. Lidé na toto téma mohou nahlížet se zájmem, ale i s pohrdáním. Ke zjištění jednotlivých názorů na toto téma byl sestaven následující průzkum.

2 PRŮZKUMNÁ ČÁST

2.1 Průzkumné otázky

1. Jaký mají respondenti názor na triage?
2. Jak budou respondenti postupovat při třídění v rámci zadaných modelových situací?

2.2 Metodika průzkumu

K průzkumu byla použita kvantitativní metoda dotazníkového šetření, za pomoci anonymních dotazníků vlastní tvorby, viz. příloha G. Vyplnění dotazníků bylo zcela dobrovolné. Jelikož průzkum probíhal na akademické půdě musel být nejprve schválen vedoucím katedry. Sestrojený dotazník byl následně vytištěn a rozdán respondentům. Po dobrovolném vyplnění byl požádán nejmenovaný student, aby dotazníky posbíral, a tak byla zachována anonymita respondentů. Dotazník se skládal z otevřených, uzavřených a polouzavřených otázek, které byly vhodné jednak pro zjištění postojů a názorů jedinců na třídění raněných, ale také pro sběr většího množství dat. Jedna otázka (otázka č.1) byla filtrační. Respondenti měli vybrat vždy jednu odpověď, pokud tomu nebylo uvedeno jinak.

Průzkum probíhal v prosinci 2017. Protože dotazník obsahuje několik poměrně rozsáhlých otázek a několik otevřených, byla zdůrazněna důležitost jejich vyplnění. Respondenti měli na vyplnění tolik času, kolik potřebovali. Přesto několik respondentů některé otázky přeskočilo, nebo nevyplnilo úplně. Tyto dotazníky byly vyřazeny.

Soubor respondentů tvořili studenti posledního ročníku zdravotnické fakulty. Jedna část respondentů jsou studenti oboru Zdravotnický záchranář (dále ZZ), druhou část tvoří studenti oboru Všeobecná sestra (dále VS). Bylo přítomno 30 studentů VS, 2 respondenti nevyplnili dotazník vůbec a 2 respondenti vyplnili dotazník nedostatečně. U oboru ZZ to bylo podobné, přítomno bylo 28 studentů, ale 5 dotazníků muselo být vyřazeno. Celkem tedy celý dotazník vyplnilo 50 respondentů, 23 ZZ a 27 VS.

Zjištěná data z dotazníkového šetření byla vyhodnocena v programu Microsoft Office Excel, kde byla vepsána do tabulek a následovně přenesena do programu Microsoft Office Word, v podobě grafů a tabulek.

2.3 Prezentace a interpretace výsledků

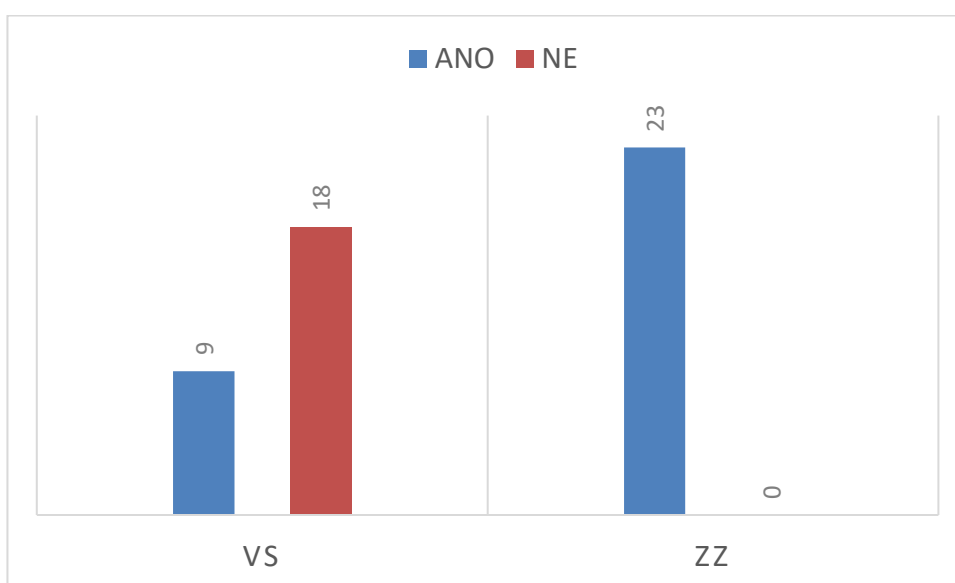
Postupně budou interpretovány výsledky průzkumu. Odpovědi budou vzájemně porovnány. Dotazníkového šetření se zúčastnilo 27 VS. Studentů ZZ 23. Celkem tedy odpovídalo 50 respondentů, 38 žen a 12 mužů ve věku od 21–30 let.

1. Víte o tom, že se při hromadných neštěstích s velkým počtem zraněných (mimořádná událost) používá třídění raněných (tj. zranění jsou rozděleni do skupin dle závažnosti jejich stavu s různou prioritou ošetření a transportu, zranění nedýchající po uvolnění dýchacích cest nejsou resuscitováni)?

Tato otázka byla použita jako filtrační. Možné odpovědi – a) Ano, b) Ne. Pokud respondent odpověděl za a) ANO, pokračoval na otázku č. 2, pokud odpověděl za b) NE, postoupil až na otázku č. 3. Všech 50 studentů odpovědělo ANO, ví tedy, že se používá třídění raněných a všichni respondenti mohli pokračovat na otázku č. 2.

2. Znáte některou z používaných metod třídění raněných při hromadných neštěstích?

U této otázky bylo možné vybrat dvě odpovědi. Odpověď za a) Ano, nebo za b) Ne. Pokud respondent vybral možnost A) mohl vypsát konkrétní metodu třídění raněných, kterou zná. Všichni studenti ZZ znají metodu Start, pouze 6 studentů tohoto oboru uvedlo, že znají jak metodu Start, tak i metodu JumpStart. Většina respondentů oboru VS nezná žádnou metodu, pokud ano, napsali metodu Start.

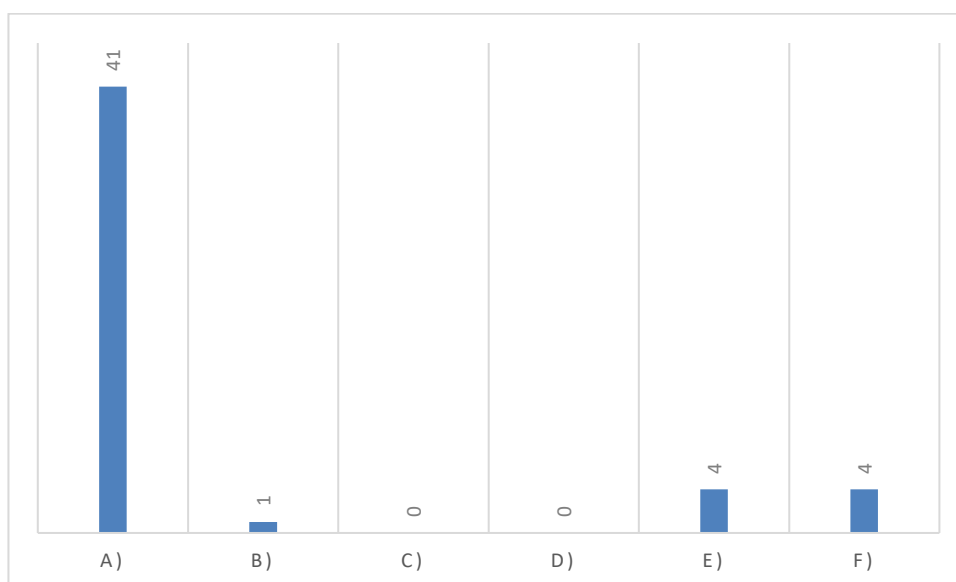


Obrázek 1 Graf znalostí metod triage

Obrázek č. 1 s grafem ukazuje, že pouze 9 studentů VS z 27 znají metodu třídění raněných. Naopak u ZZ je tomu naopak, zde zná konkrétní metodu 100 % respondentů z daného oboru.

3. Na místo zasažené zemětřesením přijíždí první posádka ZZS, mají informaci o tom, že mezi zraněnými (přibližně 10 osob) se nachází 4 zdravotníci. Jak by podle Vás měli postupovat?

V této otázce měli respondenti vybrat, jak by měl zdravotník postupovat v situaci se zemětřesením. Na výběr měli šest možných odpovědí, z nichž do možnosti E a F mohli vypsát svůj vlastní názor. Jednotlivé odpovědi – a) Roztřídit raněné bez ohledu na povolání a ošetřit dle naléhavosti stavu, nejprve závažněji raněné. b) Roztřídit raněné bez ohledu na povolání a ošetřit dle naléhavosti stavu, nejprve nejlehčeji zraněné. c) Roztřídit raněné s ohledem na povolání a bez ohledu na zdravotní stav, nejprve ošetřit zdravotníky. d) Roztřídit raněné s ohledem na povolání a bez ohledu na zdravotní stav, při ošetření upřednostnit nezdravotníky. e) Roztřídit raněné s ohledem na povolání a stav, nejprve ošetřit nejlehčeji zraněné zdravotníky a následně pak... (doplní respondent). f) Jiné...

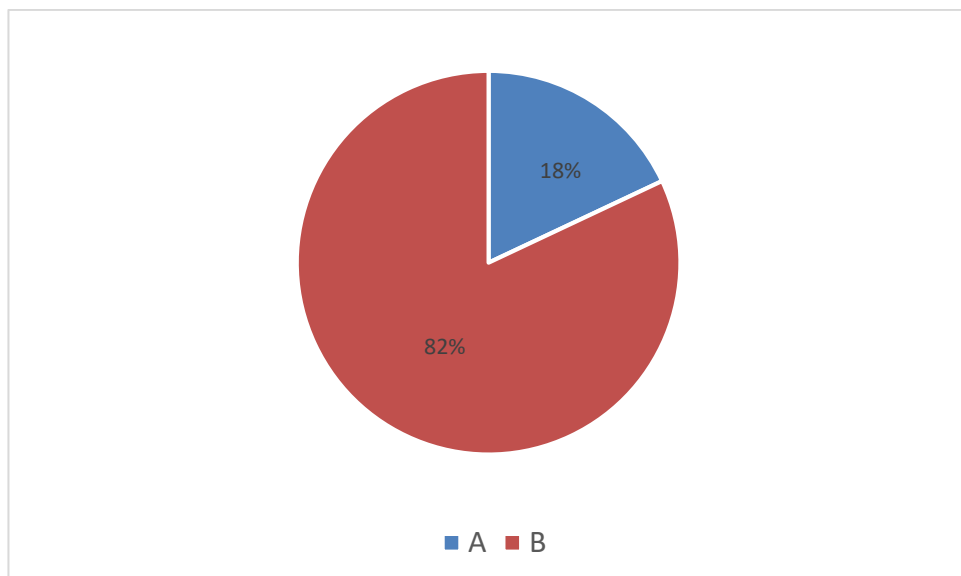


Obrázek 2 Graf k otázce č. 3 (postup po zemětřesení)

Na obrázku číslo 2 je zřejmé, že většina (82 % studentů) zvolila možnost a). ZZS by tedy měli roztrždit raněné bez ohledu na povolání a ošetřit dle naléhavosti stavu, nejprve nejvážněji raněné. Většina respondentů by tedy volila správně a pomoc by poskytl dle naléhavosti stavu, nejprve nejvážněji postiženým a nikoho by nediskriminovali. Graf dále ukazuje, že odpověď c) a d) nezvolil žádný respondent a odpověď b) jen jeden. Tuto možnost vybral jeden respondent z oboru VS. Prvotní ošetření nejlehčeji zraněných se používá spíše jen v armádě. Možnost e) zvolilo 8 % Všeobecných sester s doplněním, že by následně ošetřily lehce zraněné nezdravotníky, těžce zraněné zdravotníky a jako poslední těžce zraněné nezdravotníky. Možnost f) vybrali 4 ZZ (8 %), s názorem: „*první posádka neošetřuje*“. Tato poznámka je sice správná, ale platí v případě mimořádných událostí. Jedná se o hypotetickou situaci zaměřenou na psychosociální a etické aspekty třídění raněných, navíc je počet zraněných poměrně malý.

4. Jak byste reagoval/a kdybyste se se svými blízkými ocitl/a v situaci s hromadným výskytem raněných a postup třídění by byl uplatňován i na členy Vaší rodiny?

U otázky č. 4 byly na výběr odpovědi pouze dvě. Za a) Vyžadoval/a bych, aby se zdravotníci prioritně věnovali mé rodině, nebo za b) Souhlasil/a bych se standardním postupem zdravotníků (tj. uplatnění třídění, ošetření dle závažnosti stavu).



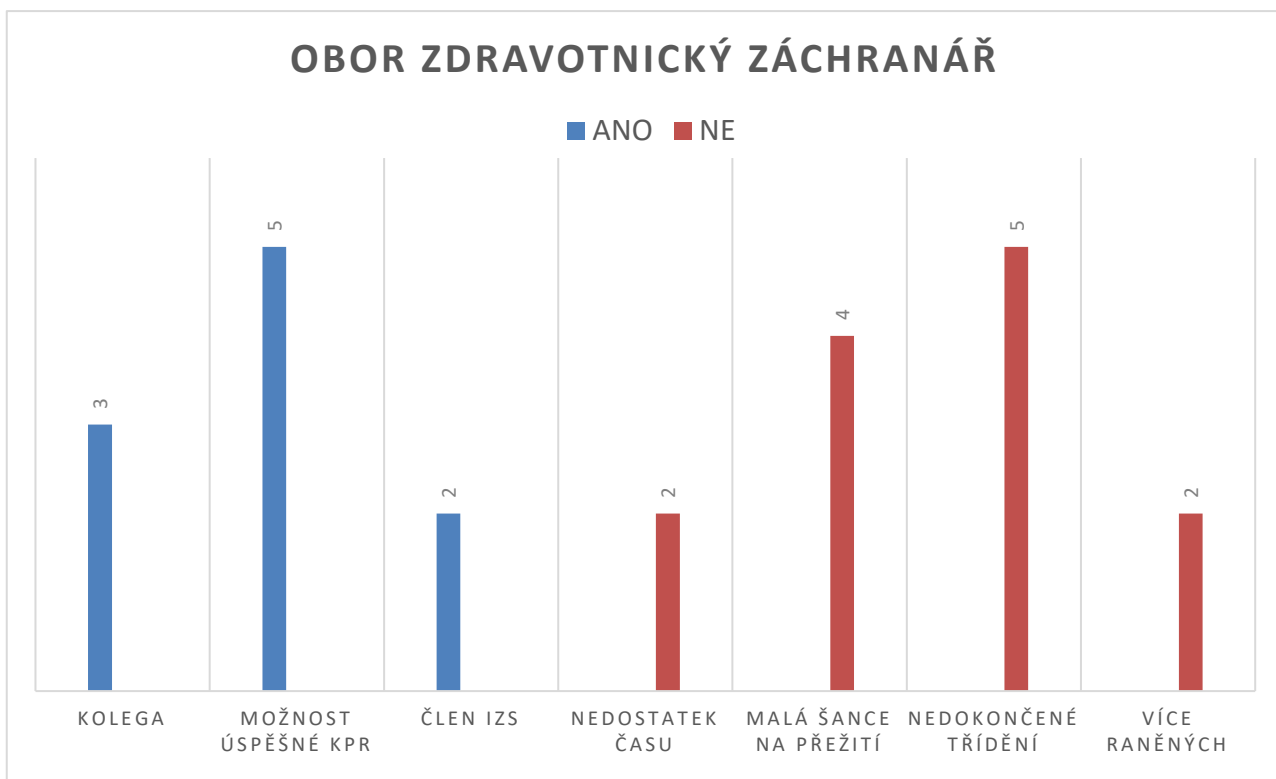
Obrázek 3 Graf k otázce č.4

Z obrázku č. 3 lze vyčíst, že pouze 9 studentů (18 %) by vyžadovalo prioritní pozornost pro svou rodinu. Drtivá většina (82 %) by souhlasila, aby zdravotníci uplatnili metodu třídění i na jejich rodině.

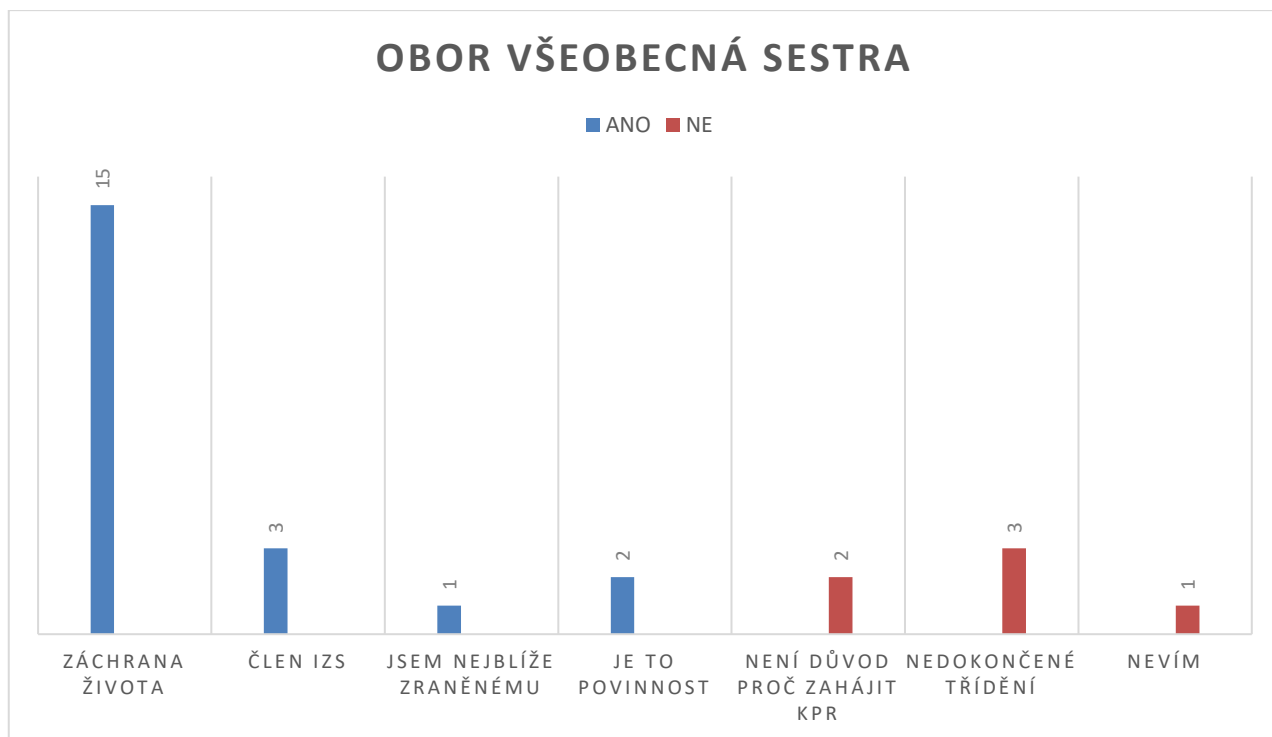
5. V průběhu třídění (přibližně polovina zraněných ještě není vytríděna) v rámci mimořádné události s velkým počtem zraněných zkolabuje hasič. Při vyšetření zjistíte, že nedýchá ani po uvolnění dýchacích cest. Je podle Vás správné začít resuscitaci (KPR)?

Tato otázka má znázorňovat rozhodnutí respondenta mezi jednotlivcem (kolegou, pracovníkem IZS) a skupinou dalších zraněných. Možnosti v této otázce byly pouze dvě (ANO/NE). Také ukáže, kolik studentů zná správný postup třídění. Navazuje na ni otevřená otázka č.6, ve které může respondent vyjádřit argumenty pro a proti zahájení KPR v situaci, kterou uvádí otázka č. 5.

6. Bez ohledu na Vaše stanovisko v předchozí otázce, uveďte argumenty pro a proti zahájení resuscitace.



Obrázek 4 Graf argumentů pro a proti zahájení KPR oboru ZZ



Obrázek 5 Graf argumentů pro a proti zahájení KPR oboru VS

Na obrázku č.4 a č.5 lze vidět porovnání argumentů od respondentů ZZ a VS. Graf na obrázku č. 4 ukazuje, že poměrně více studentů ZZ (57 %) by resuscitaci nezačalo. Respondenti uvedli tyto důvody: „nedostatek času, malá šance na přežití raněného, nedokončené třídění, více raněných“. Nejčastěji uvedený argument byl: „nedokončené třídění“ (5 respondentů). Na druhé straně, studenti, kteří vybrali možnost zahájení KPR (43 %), uvedli argumenty: „kolega (kamarád), možnost úspěšné KPR, člen IZS“. Z nichž nejvíce respondentů napsalo, že je zde možnost úspěšné resuscitace raněného hasiče. Dále respondenti uvedli „kolegu“ jako druhý nejčastější důvod proč zahájit KPR.

Respondenti oboru VS jednoznačně zvolili možnost zahájení KPR (78 %). Výsledky ukazuje obrázek s grafem č. 5. Jejich argumenty zněly: „záchrana života, člen IZS, jsem nejbliže zraněnému, je to povinnost“. Většina (15 respondentů) napsalo, že by začali resuscitovat hasiče, protože je to záchrana lidského života.

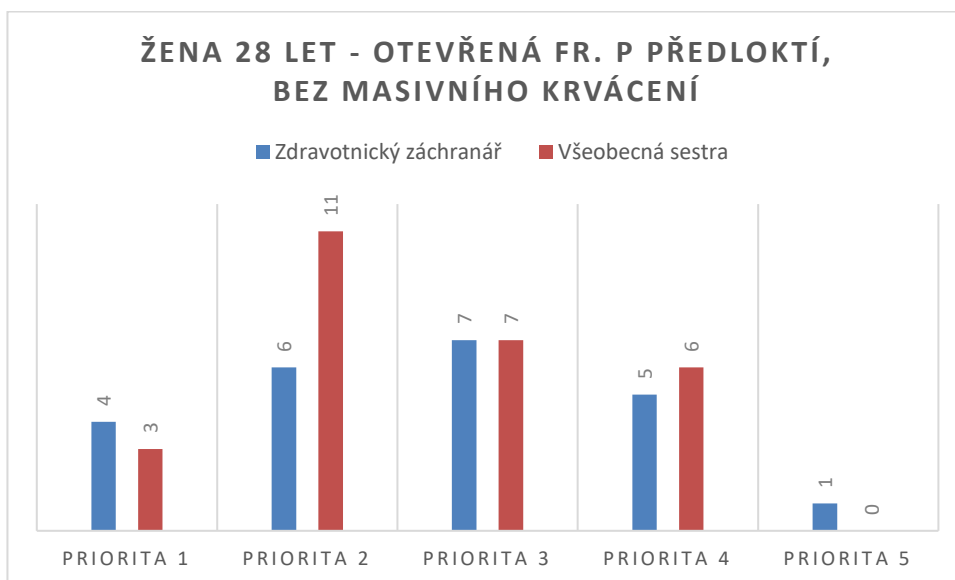
V případě mimořádných událostí, kdy se používá třídění raněných má zdravotník postupovat tak, že pokud po uvolnění dýchacích cest a záklonu hlavy raněný nezačne dýchat, je označen černou barvou (nezachránitelný) a záchránce musí pokračovat v třídění. Pokud však nemáme pomoci člověku, kterého známe dostáváme se do velmi nepříjemné situace.

7. Na emergency přicházejí k ošetření tyto lidé, (viz. níže). Koho ošetříte nejdříve? Přiřaďte číslo 1 (nejdříve ošetřený) – 5 (poslední ošetřený).

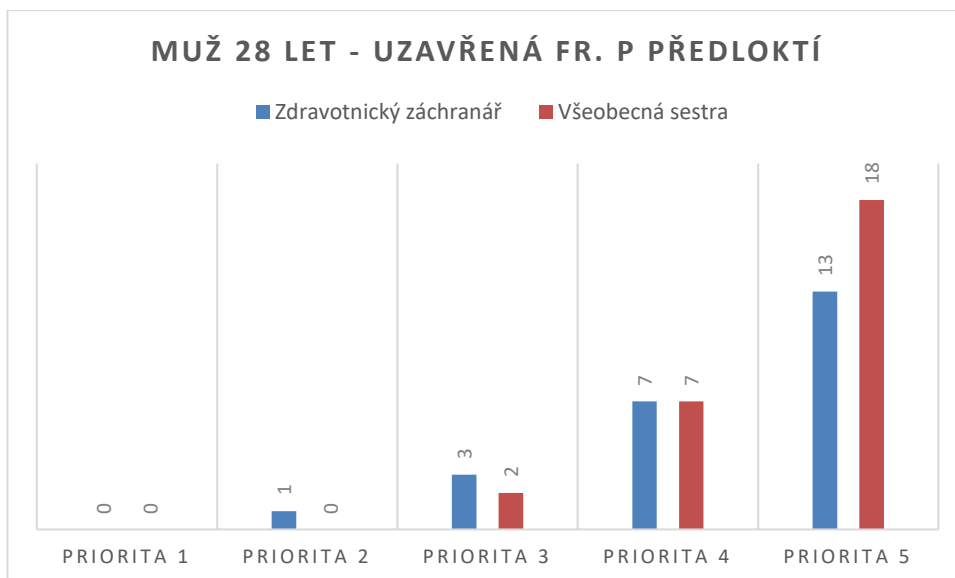
U sedmé otázky měli respondenti seřadit raněné přichozící na emergency dle priorit, tedy určit kdo bude ošetřen první, kdo druhý atd. Na výběr měli mezi pěti možnostmi: mužem, ženou a dítětem, každý uvedený zraněný má však jinak závažné zranění. Odpovědi – Otevřená fraktura pravé předloktí, bez masivního krvácení (žena 28 let), uzavřená zlomenina pravé předloktí (muž 28 let), těžká klidová dušnost (žena 58 let), bolest břicha (muž 58 let), hořčnaté průjmové onemocnění (dítě 2 roky)

Příloha A Tabulka vybraných pořadí ošetření dle studentů VS a ZZ

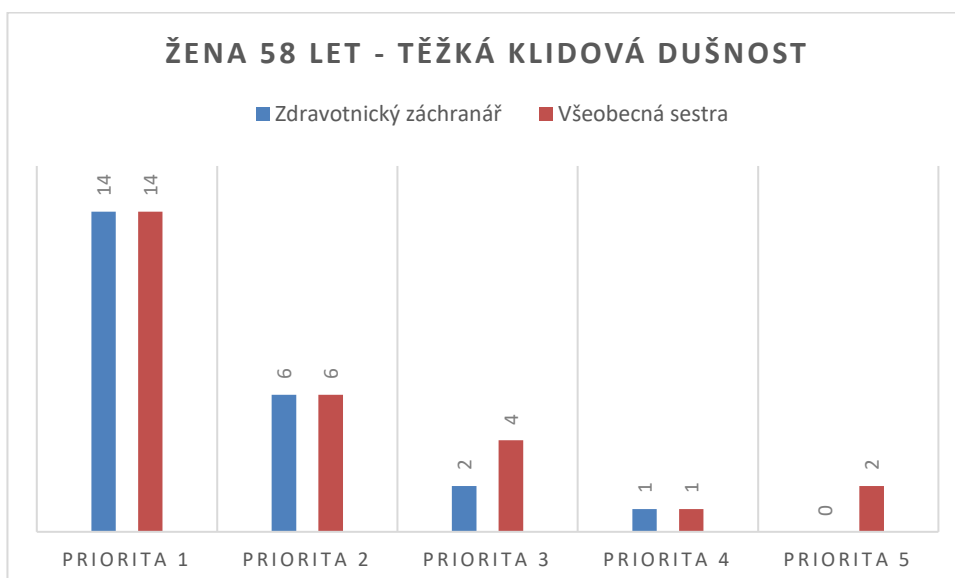
ZZ	priorita 1	priorita 2	priorita 3	priorita 4	priorita 5
Žena 28 let	4	6	7	5	1
Muž 28 let	0	1	3	7	13
Žena 58 let	14	6	2	1	0
Muž 58 let	0	2	5	8	8
Dítě 2 roky	5	8	6	2	2
VS	priorita 1	priorita 2	priorita 3	priorita 4	priorita 5
Žena 28 let	3	11	7	6	0
Muž 28 let	0	0	2	7	18
Žena 58 let	14	6	4	1	2
Muž 58 let	2	6	4	9	6
Dítě 2 roky	8	4	10	4	1



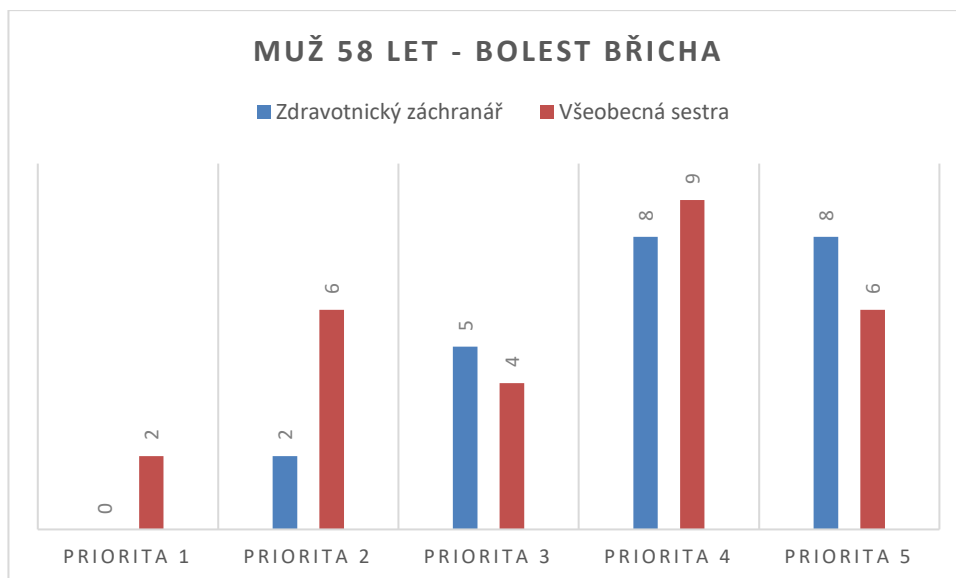
Obrázek 6 Priority ošetření ženy s otevřenou frakturou z pohledu studentů VS a ZZ



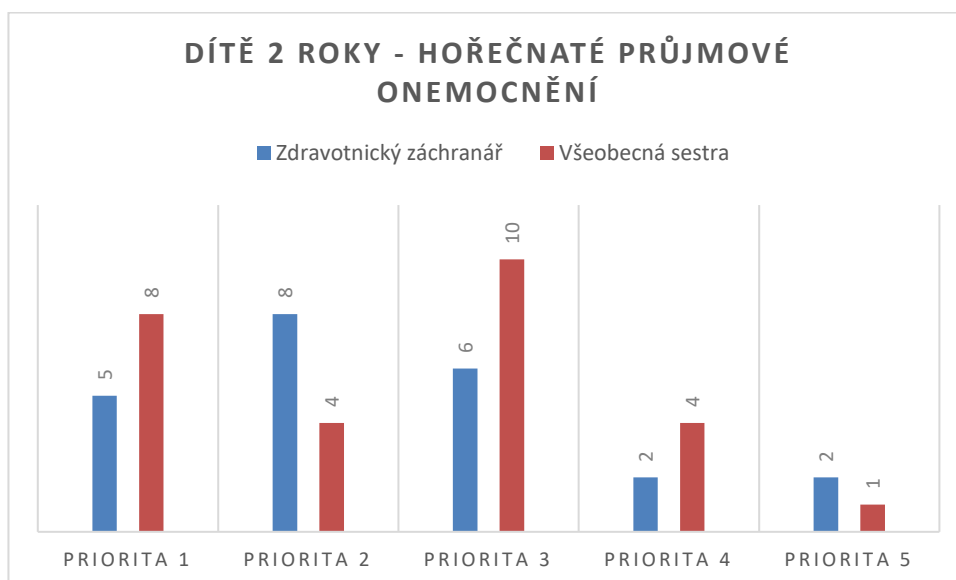
Obrázek 7 Priority ošetření muže s uzavřenou frakturou z pohledu studentů VS a ZZ



Obrázek 8 Priority ošetření ženy s těžkou klidovou dušností z pohledu studentů VS a ZZ



Obrázek 9 Priority ošetření muže s bolestmi břicha z pohledu studentů VS a ZZ



Obrázek 10 Priority ošetření dítěte s hořečnatým průjmovým onemocněním z pohledů studentů VS a ZZ

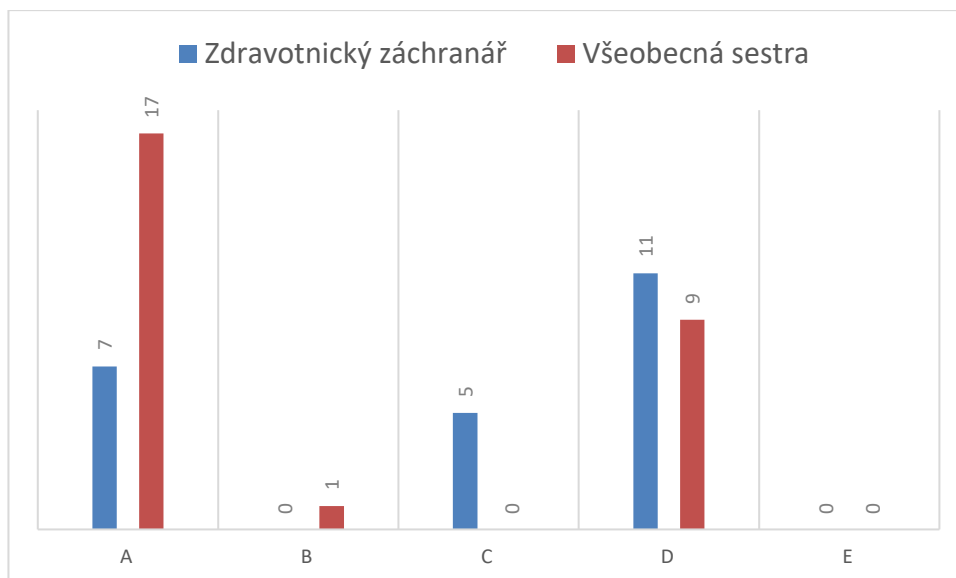
Výše uvedené grafy ukazují vybrané pořadí následovného ošetření jednotlivých zraněných a nemocných osob od studentů ZZ a VS. Kdo by tedy byl ošetřen nejdříve a kdo jako poslední je možné vidět v tabulce: příloha A. Největší množství respondentů oboru ZZ by ošetřilo pacienty následovně: **nedříve by byla ošetřena žena 58 let s těžkou klidovou dušností, druhé by bylo dítě s hořečnatým průjmovým onemocněním, třetí v pořadí by byla žena 28 let s otevřenou fr. Pravého předloktí, bez masivního krvácení. Následovně muž ve**

věku 58 let s bolestí břicha a jako poslední muž 28 let s uzavřenou zlomeninou pravého předloktí.

Studenti VS by ošetřili nemocné takto: Stejně jako u záchranářů by byla ošetřena první žena s těžkou klidovou dušností, druhá by byla žena 28 let s otevřenou zlomeninou, bez masivního krvácení. Prioritu 3 dostalo dvouleté dítě s hořčnatým průjmovitým onemocněním, následovně muž 58 let s bolestmi břicha. Poslední ošetřený by byl muž 28 let uzavřenou frakturou. Na obrazcích s grafy je ale vidět, že ne všichni studenti by např. nemocné dítě označili prioritou 2. Obrázek č. 6, zde je jasně vidět pouze to, že by žena 28 let s otevřenou zlomeninou bez masivního krvácení nebyla ošetřena jako poslední, jinak se názory poměrně rozdělují. Obrázek č. 7, tady naopak jednoznačně vyplývá to, že muž 28 let s uzavřenou zlomeninou, bude pravděpodobně ošetřen jako poslední (celkem 31 respondentů). U obrázku č. 8 je vidět že se oba obory shodli na ošetření s prioritou 1. Čeho je však potřeba si všimnout, je to, že 2 respondenti z obru VS by ošetřili ženu s těžkou klidovou dušností jako poslední. Rozdílné názory jsou i na obrázku č.9. Pravděpodobně by muž s bolestmi břicha byl ošetřen jako čtvrtý, nebo poslední. Devět respondentů by ho ale ošetřilo už v třetím pořadí. Poslední obrázek (č. 10) s grafem není též jednohlasný, je zde jasně vidět, že názory respondentů jsou velmi rozdílné.

8. V čekárně chirurgické ambulance sedí dva pacienti s frakturou pravého předloktí. Než na ně dojde řada, přichází Váš bratr, také s frakturou pravého předloktí. V jakém pořadí pacienty ošetříte? (všichni jsou dospělí)

V této otázce je zjišťováno, jestli by respondent dal přednost svému sourozenci, nebo přijal pacienty dle pořadí ve kterém přišli, popřípadě nechal rozhodnutí na lékaři. Měl na výběr i možnost „jiné“ se svým vlastním doplněním, nebo také ošetření dle toho, kdo bude více naříkat. Na výběr byly možnosti – a) Dle pořadí, ve kterém přišli. b) Dle toho, kdo bude více naříkat. c) Svého bratra nejdříve, dále pak v pořadí, ve kterém přišli. d) Nechám rozhodnutí na lékaři. e) Jiné...(respondent doplní svou odpověď).



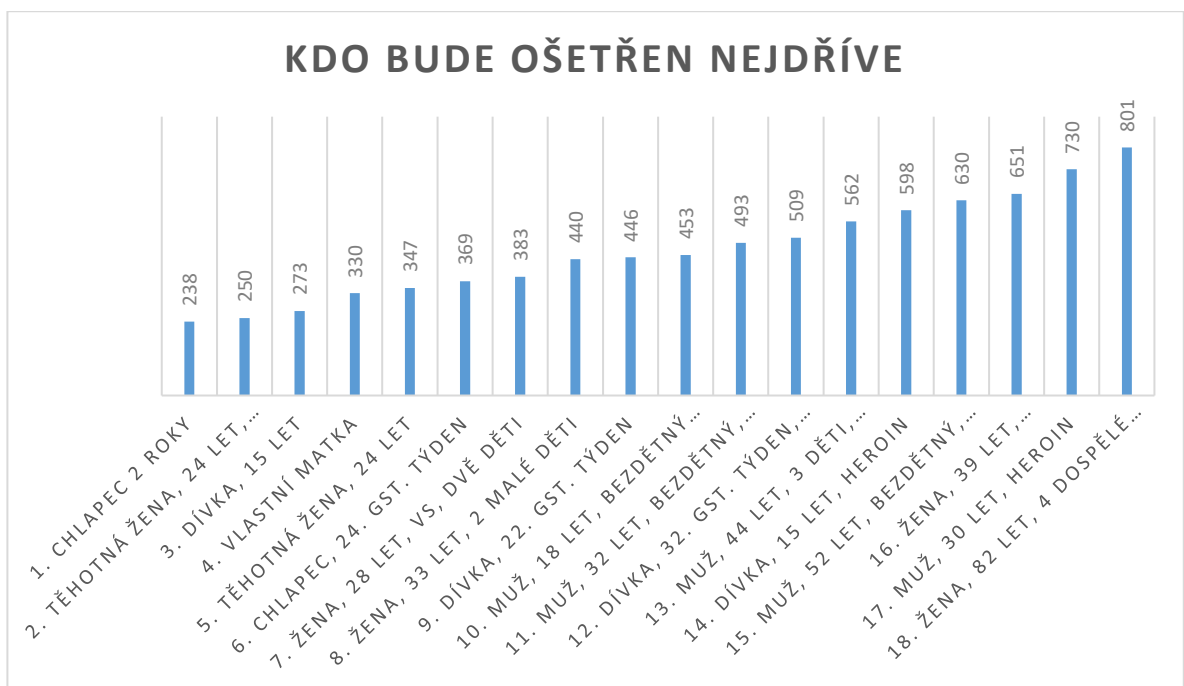
Obrázek 11 Graf výběru pořadí v ambulanci

Graf na obrázku č. 11 je rozdělený na obory ZZ a VS. Na první pohled je vidět, že studenti VS (63 %) by zvolili možnost a) Ošetření dle pořadí, ve kterém pacienti přišli, ZZ by tuto možnost vybralo jen 30 %. Nejvíce záchranářů (48 %) by, ale zvolilo možnost d) Nechám své rozhodnutí na lékaři. Tuto možnost by zvolil i zbytek všeobecných sester (33 %), pouze jeden respondent z tohoto oboru by ošetřil pacienta dle toho, kdo bude více naříkat. Možnost c) Svého bratra nejdříve, dále pak v pořadí, ve kterém přišli, by vybralo pouze 5 zdravotnických záchranářů (22 %). Žádný dotazovaný z oboru VS by tedy nepřijal svého sourozence přednostně. Možnost e) Jiné, nevybral nikdo.

9. Představte si situaci, že několik osob potřebuje, aby u nich byla zahájena resuscitace, ale zdravotníků je málo a teprve postupně přicházejí další. Přiřad'te prioritu zahájení KPR u následujících pacientů připsáním čísla 1 (nejvyšší priorita) – 18 (nejnižší priorita – KPR začne, až dorazí poslední tým)

Tato otázka je náročná velkým množstvím eventualit. Celkem je osmnáct osob k resuscitaci, od dítěte ve 22. gestačním týdnu až po 82letou ženu se čtyřmi dětmi s tím, že uvedené znaky osob mají hlavně sociální charakter. Respondent měl určit pořadí, ve kterém by, dle jeho uvážení měla být u jednotlivých osob zahájena resuscitace. Mezi názory oborů Zdravotnického záchranáře a Všeobecné sestry nebyly výrazné rozdíly, proto jsou výsledky hodnoceny společně a nejsou rozděleny na jednotlivé obory. Aby se dala získat požadovaná data o pořadí osob dle toho, jak by u nich byla zahájena resuscitace, můžeme postupovat například takto – prioritu pořadí zahájení KPR můžeme chápat jako body, které násobíme

počtem hlasů pro danou prioritu u dané osoby (počet hlasů u dané priority viz. příloha F) a všechny body dané osoby sečteme. Čím nižší počet bodů tím byla resuscitace u dané osoby zahájena dříve. Například 82letá žena se 4 dospělými dětmi získala 2x prioritu č. 7, 1x prioritu č. 9, 2x prioritu č. 12 a stejný počet priorit 13 a 14, 8x prioritu 15, 5x prioritu 16, 4x prioritu 17 a **24x prioritu 18**. Tj. $(2 \times 7) + (1 \times 9) + (2 \times 12) + (2 \times 13) + (2 \times 14) + (8 \times 15) + (5 \times 16) + (4 \times 17) + (24 \times 18)$. Celkem by tedy získala 801 bodů. Počet získaných bodů a pořadí osob, ve kterém by u nich dle odpovědí respondentů došlo k zahájení KPR je v grafu na obrázku č. 12.



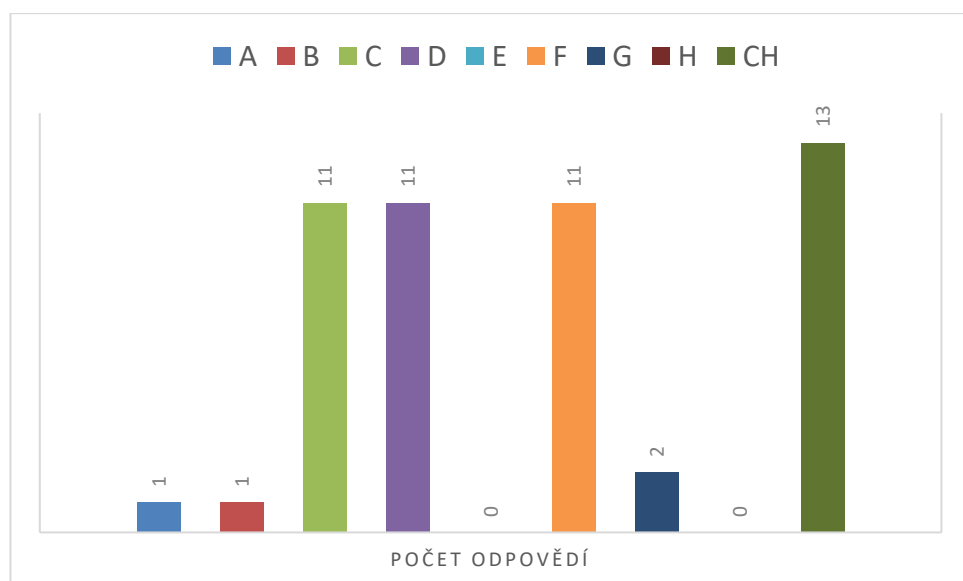
Obrázek 12 Graf priorit k resuscitaci

Můžeme si povšimnout, že nejdříve by byla pravděpodobně zahájena resuscitace dvouletého chlapce a jako poslední pak u nejstarší ženy (82 let) mající 4 již dospělé děti. Čtyřicetiletá těhotná žena se 2 dětmi, by byla resuscitována jako druhá, zatímco stejně stará těhotná žena, která čeká své první dítě, by byla resuscitována až jako pátá. Přednost by od studentů dostala patnáctiletá dívka a vlastní matka. Patnáctiletá dívka, která neužívá heroin je na 3. místě, oproti stejně staré dívce závislé na heroinu, která je na 14. místě. Za ní by pak byl 52letý bezdětný záchranář, 39letá nezaměstnaná Romka s 5 dětmi, třicetiletý muž závislý na heroinu a nejstarší pacientka. Z mužů by byl nejdříve resuscitován 18letý student gymnázia, následně pak 32letý bezdětný lékař, 44letý otec tři dětí a po něm 52letý bezdětný záchranář. Zdá se tedy, že kritériem pro rozhodování respondentů stran zahájení KPR u mužů byl věk, spíše než povolání či počet dětí. Věk pravděpodobně hraje roli i v pořadí zahájení

resuscitace u žen, kde výjimkou tvoří pouze zahájení KPR vlastní matky. Zahájení KPR u vlastní matky mělo prioritu č. 1 pro 20 respondentů (40 %) a v celkovém počtu by byla čtvrtá, u koho by byla resuscitace zahájena. Můžeme vysoudit, že by ženám byla (až na výjimky – dívka s Downovým syndromem, dívka závislá na heroinu, nezaměstnaná Romka a nejstarší žena) dána vyšší priorita než mužům. Mezi možnostmi byli 3 zdravotníci jejichž pořadí pro KPR je taktéž určeno věkem, spíše než profesí. Za pozornost také stojí deváté místo pro předčasně narozenou dívku (22. gestační týden) nacházející se na hranici životnosti. 16. místo pro 39letou nezaměstnanou Romku mající 5 dětí (zde nerozhodoval věk) a 12. místo pro dívku postiženou Downovým syndromem.

10. Představte si situaci, že dojde k epidemii, máte vakcínu pro omezený počet lidí (100), kdo ji dostane? (prosím zakroužkujte vybranou odpověď)

Studenti v této otázce si měli představit situaci epidemie, která se sice zdá být nereálná, ale vybrání určité skupiny lidí, kteří by měli dostat šanci pro záchranu už celkem reálné být může. Odpovědi byly následující – a) Prvních 100, kteří se přihlásí. b) Ti, co zaplatí nejvíce. d) Děti. e) Lidé v produktivním věku, dle toho, jak se dostaví do vakcinačních center, až do vyčerpání zásob. e) Starší lidé (nad 65 let). f) Členové záchranného systému (policie, hasiči, ZZS). g) Bezpečnostní složky (armáda, policie). h) Prezident a vláda a následně pak...(respondent vypíše). i) Moje rodina a blízcí a následně pak...(respondent vypíše).

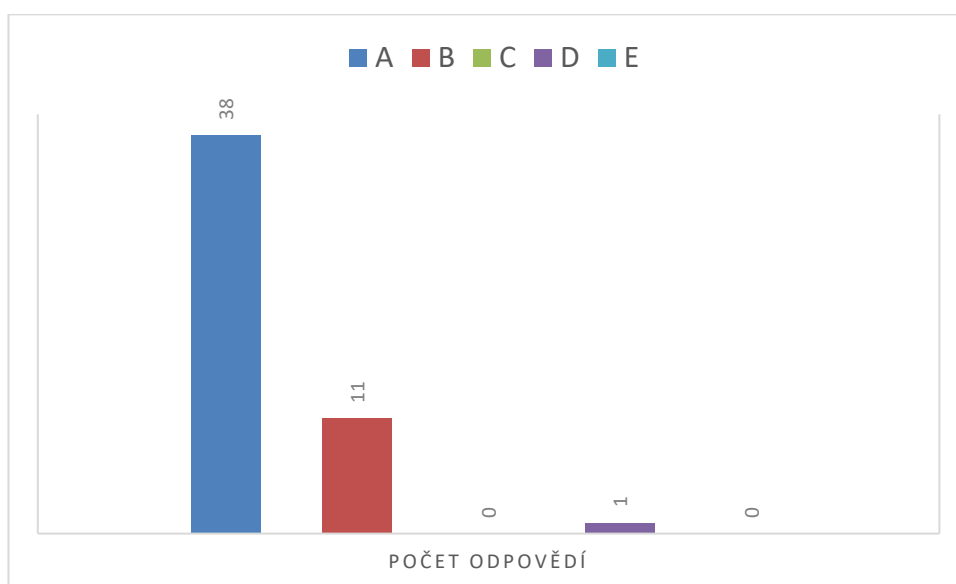


Obrázek 13 Graf rozhodnutí při epidemii

Obrázek s grafem č.13 znázorňuje, která skupina lidí by byla přednostně vybrána. Možnost i) byla vybrána nejvíce respondenty (26 %). Vakcínu by tedy dostala rodina a blízcí, následně pak dle 4 respondentů děti, dle 3 respondentů sami studenti, dle 2 respondentů IZS, dle dalších dvou studentů lidé v produktivním věku a podle 1 respondenta osoby, které se přihlásí nedříve. Mezi další nejčtenější odpovědi patřila možnost c) děti, kterou vybralo 11 respondentů (22 %), stejně jako možnost d) lidé v produktivním věku (22 %) a možnost f) členové IZS (22 %). Vládu a prezidenta nezakroužkoval nikdo, stejně tak žádný student nevybral starší lidi nad 65 let.

11. Kdo by měl, podle Vás, být upřednostněn při ošetření v rámci třídění raněných při mimořádné události?

U této otázky měli respondenti na výběr z 5 odpovědí. a) Nikdo, mělo by se třídit dle stanovených postupů. b) Měly by být přednostně ošetřeny děti. c) Měly by být přednostně ošetřeny ženy. d) Upřednostnit ošetření člověka v produktivním věku. e) Jiné...(respondent vypíše)

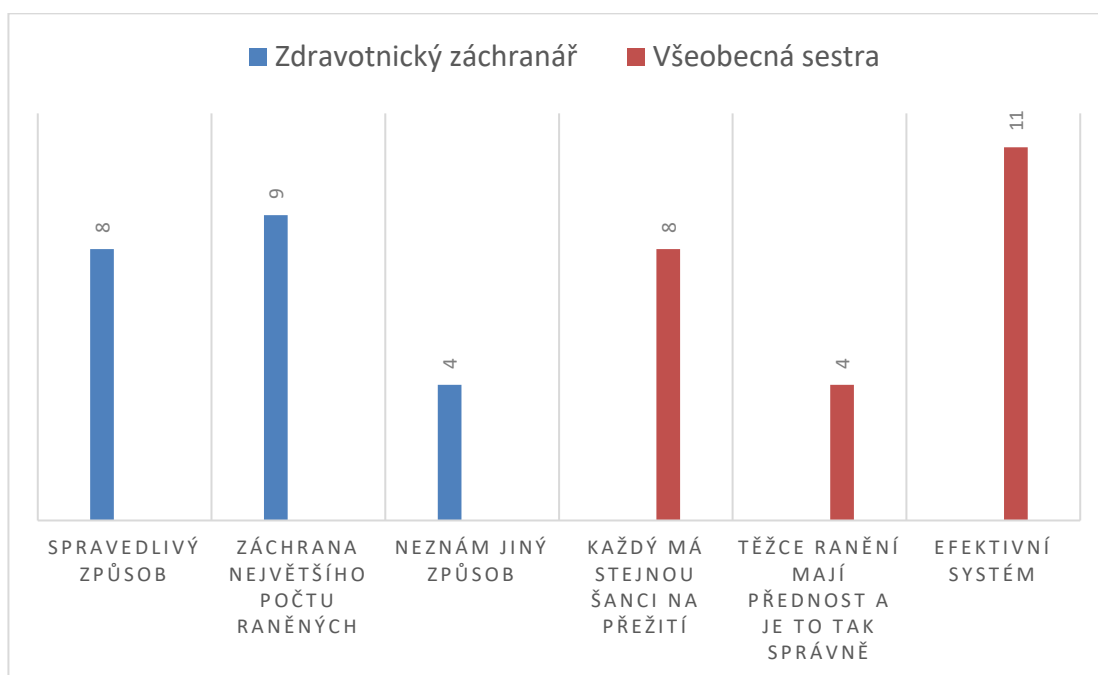


Obrázek 14 Graf upřednostnění při třídění raněných

Na grafu (obrázek č. 14) je vidět, že dotazovaní jednoznačně zvolili první možnost, odpověď: a) Nikdo, mělo by se třídit dle stanovených postupů (76 %). Druhá nejčastější odpověď byla b) Měly by být přednostně ošetřeny děti (22 %). Jeden respondent by upřednostnil ošetření člověka v produktivním věku. Žádný student nevybral odpověď c) Měly by být přednostně ošetřeny ženy, ani e) Jiné.

12. Myslíte si, že třídění raněných při hromadných neštěstích je morální (dobré, správné)?

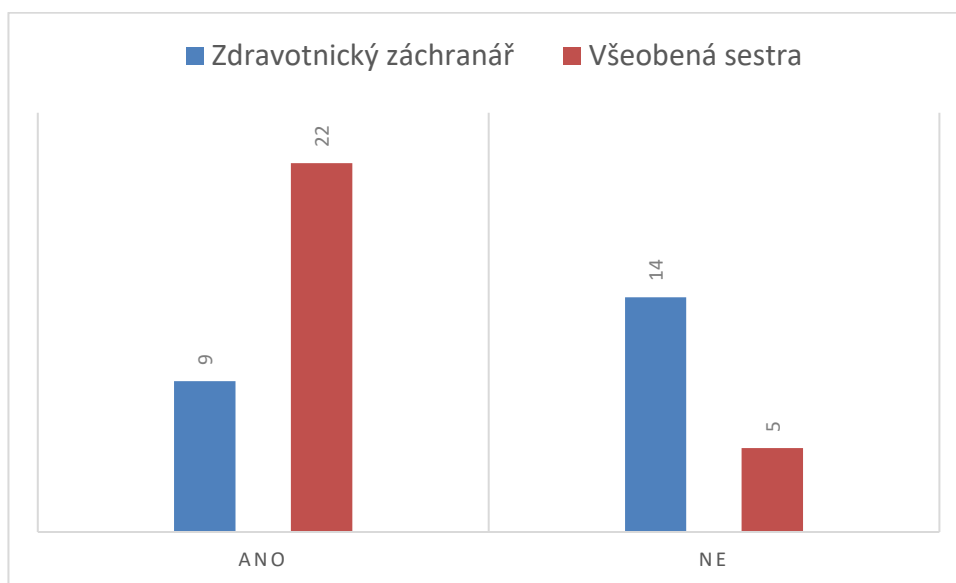
Otázka č. 12 má dvě otevřené odpovědi. Dotazovaný vybere buď možnost ANO, nebo NE a doplní svůj důvod odpovědi. Většina respondentů odpověděla ANO, celkem 91 % ZZ a 85 % VS. Našli se ale i tací, kteří si myslí, že třídění raněných není správné. Z oboru ZZ si to myslí 9 %. Svoji odpověď odůvodnili slovy: „Není to morální, ale neznám jiný způsob“. Z oboru VS 15 % napsalo: „Není to morální, protože rozhodujeme o tom, kdo bude žít a kdo ne“.



Obrázek 15 Důvody, proč je třídění raněných morální

Na grafu (obrázek č.14) jsou zobrazeny důvody odpovědí respondentů, kteří zakroužkovali možnost ANO. Modré sloupce jsou odpovědi studentů záchranářů a červené všeobecných sester. Nejvíce ZZ (9 respondentů) napsalo, že třídění raněných je dobré, protože je to způsob, kterým lze zachránit největší počet raněných. Dále pak uváděli že je to spravedlivý způsob (8 respondentů) anebo neznali jiný způsob, který by byl lepší či vhodnější (4 respondenti).

13. Myslíte si, že je důležité se zamýšlet nad morální problematikou třídění?

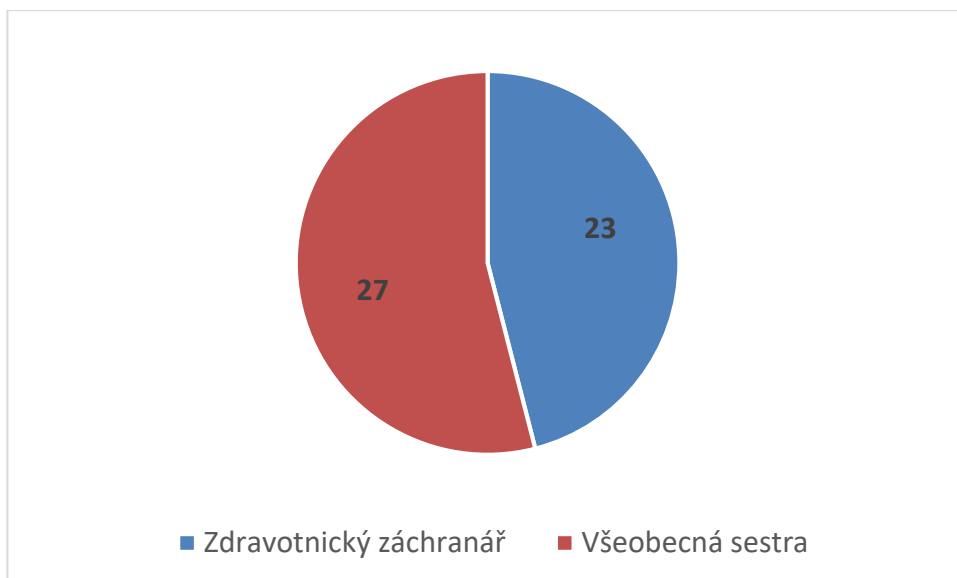


Obrázek 16 Graf důležitosti morální problematiky třídění

Obrázek č.15 znázorňuje, že 81 % respondentů z oboru VS vybralo možnost ANO, je to důležité. Naopak ZZ vybralo možnost ANO jen 39 %, o 5 respondentů více si tedy myslí, že není důležité se zamýšlet nad morální problematikou třídění. Studentů VS je jen 5, co vybrali odpověď NE, není to důležité. Je tu tedy vidět poměrně velký mezioborový rozdíl názorů.

14. Který obor studujete?

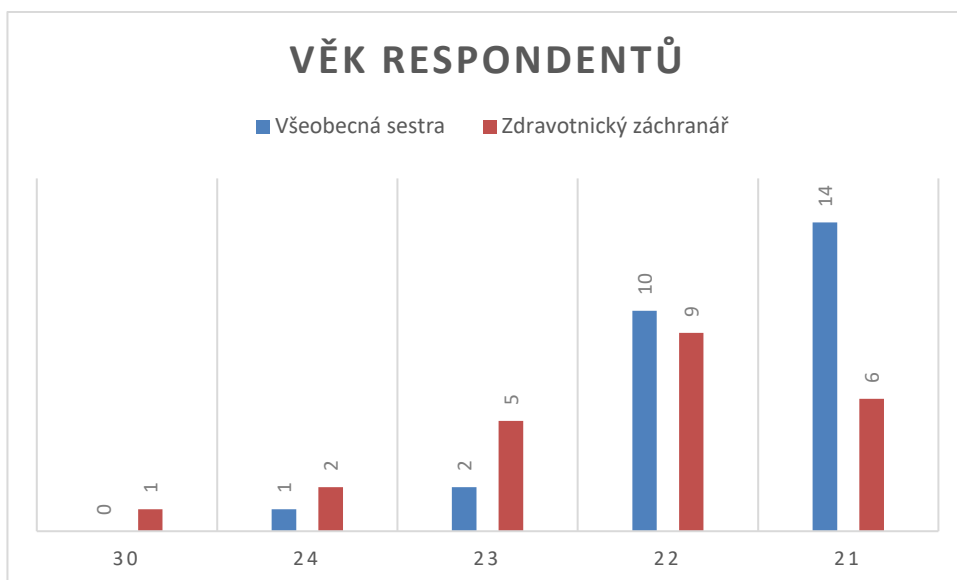
Toto rozdělení je uvedeno na začátku kapitoly Presentace a interpretace výsledků. Dotazníky vyplnilo 23 studentů z oboru zdravotnického záchranáře a 27 studentů z oboru všeobecné sestry. Znázorněno na grafu č.17.



Obrázek 17 Graf respondentů ve zkoumaném souboru (studijní obor)

15. Kolik je Vám let?

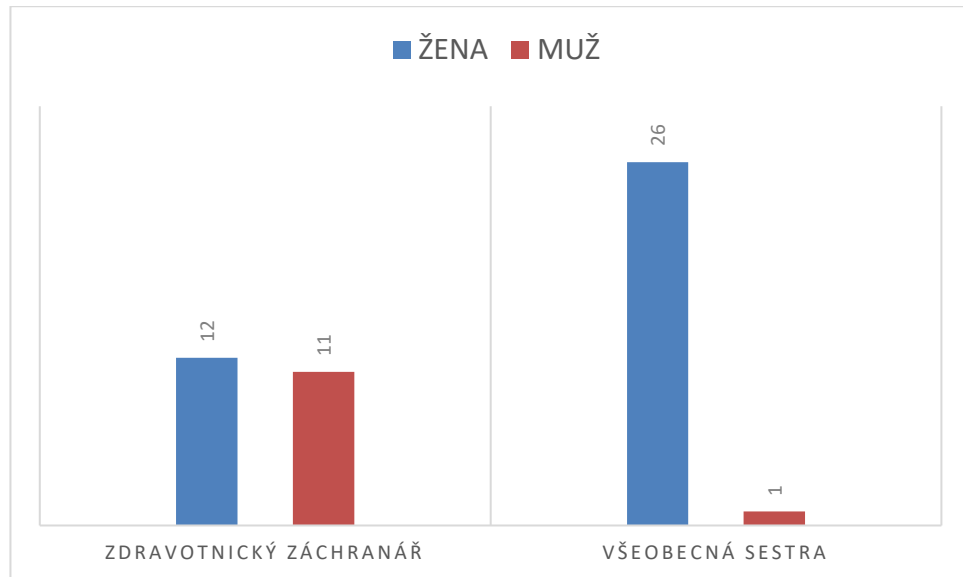
Věk respondentů se pohybuje v rozmezí od 21–23 let. Obor ZZ studuje i 1 respondent kterému je 30 let a 2 respondenti kterým je 24 let.



Obrázek 18 Graf znázorňující věk respondentů

16. Jaké je Vaše pohlaví?

Graf na obrázku č. 19 ukazuje rozložení pohlaví ve zkoumaném souboru. Dotazník byl vyplněn 38 ženami a 11 muži. V oboru všeobecné sestry je pouze 1 muž, ZZ mužů je 11, žen 12.



Obrázek 19 Graf respondentů ve zkoumaném souboru (pohlaví)

3 DISKUZE

Cíle průzkumné části práce:

1. Zjistit jaký mají respondenti názor na triage – zda se jedná o etický postup a zda by bylo správné někoho upřednostnit.
2. Zjistit, jak by respondenti pravděpodobně postupovali při třídění v rámci zadaných modelových situací, s ohledem na kritéria nejen medicínská, ale převážně psychosociální.

3.1 Průzkumné otázky a jejich vyhodnocení

1. Jaký mají respondenti názor na triage?

Jedním z cílů práce bylo zjistit, jaký mají respondenti názor na triage, zda se jedná o etický postup a jestli by bylo správné někoho upřednostnit. Nejdříve bylo potřeba zjistit, zda respondenti vědí, že něco takového jako triage existuje (dotazníková otázka č. 1 a 2.). Všechny 50 respondentů (27 studentů oboru všeobecná sestra a 23 studentů oboru zdravotnický záchranář) uvedlo, že vědí o tom, že se při mimořádných událostech s velkým počtem raněných používá třídění. U dotazníkové otázky č. 2 bylo zjištěno, že pouze 33 % VS zná některou metodu třídění, naopak u ZZ zná konkrétní metodu 100 % studentů (START, JumpSTART). Teprve následovně má smysl zjišťovat, jaký názor na triage respondenti mají. Jestli se jedná o eticky přijatelnou praxi (dotazníková otázka č. 12), zda by měl být někdo v rámci triage upřednostněn (dotazníkové otázky č. 4 a 11) a také jestli je vůbec důležité se nad morální problematikou třídění zamýšlet (dotazníková otázka č. 13).

Díky výše uvedeným dotazníkovým otázkám bylo zjištěno, že 91 % ZZ a 85 % VS má názor takový, že třídění raněných je činnost, kterou lze považovat za přijatelnou a morální. Pouze 9 % ZZ a 15 % VS si myslí, že rozhodujeme o tom, kdo bude žít a považují triage za nesprávné. Dále bylo zjištěno, že by se respondenti drželi postupů a žádnou skupinu lidí by neupřednostnili. Z dotazníkové otázky č. 4 bylo dokonce zjištěno, že až 82 % studentů by souhlasilo, aby IZS aplikoval triage na svojí rodině, tj. by svoje blízké neupřednostnili. Stejně tak z dotazníkové otázky č. 11 bylo zjištěno, že podle respondentů (76 %) by neměl být nikdo upřednostněn. Protože 22 % není málo, je důležité upozornit, že těchto 22 % studentů by upřednostnilo ošetření dětí. Díky dotazníkové otázce č. 13 se zjistilo, že důležitost třídění

z morální problematiky a zamýšlení se nad tímto tématem je žádoucí pro 81 % všeobecných sester, ale jen pro 39 % zdravotnických záchranářů.

Několik literatur se také zabývalo touto problematikou například výzkum Šeblové at al. (2009). Pro srovnání s průzkumem této bakalářské práce jsem kromě Šeblové at al (2009), vybrala také bakalářskou práci Etické problémy záchranářství a medicíny od Ivany Kardošové (2015).

Kardošová (2015) ve svém výzkumu zjistila, že 65 % členů IZS považuje za nejčastější etický problém v podmínkách medicíny katastrof právě třídění raněných. Uvedený výsledek se podobá výsledku této bakalářské práce. Celkem 61 % studentů oboru VS a ZZ považuje triage za téma nad kterým by bylo vhodné se více zamýšlet z etického pohledu.

2. Jak budou respondenti postupovat při třídění v rámci zadaných modelových situací?

Jedná se o modelové situace čistě hypotetické, a ne zcela dokonalé, ale odrážejí postoj respondentů a vybrané psychosociální charakteristiky, se kterými se s větší či menší pravděpodobností můžeme u třídění setkat.

Medicínská kritéria byla uvedena pouze v dotazníkové otázce č. 7, ale jsou zahrnuta i v dotazníkové otázce č. 3 a 5. V dotazníkové otázce č. 7 byl uveden věk respondentů a stručně i důvod, proč přišli na emergency. Z vyhodnocení odpovědí vyplývá že, nejvíce respondentů by pořadí pacientů určili správně a poznali naléhavost stavu z možné diagnózy a jejích rizik. Tato modelová situace je však trochu zavádějící, protože těžká klidová dušnost je sice známka akutního onemocnění, ale u bolesti břicha není uvedený charakter bolesti.

Z vyhodnocení odpovědí na dotazníkovou otázku č. 3 vyplývá, že většina studentů (82 %) by ošetřila nejdříve nejzávažněji raněné. Opačně by pak postupovali pouze respondenti z řad studentů VS. Jednalo se o modelovou situaci, kdy bylo zraněno přibližně 10 osob, a tudíž nebyl důvod dát přednost lehčeji zraněným, což bývá v literatuře navrhováno s cílem využití jejich sil při ošetřování dalších zraněných. Z vyhodnocení odpovědí na dotazníkovou otázku č. 3 dále plyne, že 4 studenti oboru všeobecná sestra by třídili zraněné nejen s ohledem na závažnost stavu, ale také s ohledem na jejich povolání. Vzhledem k tomu, že se však jednalo zároveň i o nejlehčeji zraněné pacienty, je možné se domnívat, že by tak činili s úmyslem využít jejich síly při ošetření dalších zraněných, viz. poznámka výše. Tato domněnka však padá u odpovědí na otázky č. 5 a 6, kdy by v průběhu třídění 43 % ZZ a 78 % VS začalo resuscitovat kolegu účastnícího se zásahu, přičemž pro některé z nich je právě fakt, že se

jedná o kolegu důvodem k zahájení KPR. U dotazníkové otázky č. 9 bylo zjištěno, že hlavním kritériem pro rozhodování respondentů bylo pohlaví, kde až na výjimky byla dána vyšší priorita ženám než mužům. Dále věk (poslední priorita žena 82 let), spíše než profese. Za upozornění stojí také zařazení 39leté nezaměstnané Romky s pěti dětmi. Respondentky byla zařazena až na 16. místo, tedy skoro jako poslední. Lze na to nahlížet jako na negativní diskriminaci, jelikož u ostatních osob hraje roli věk, ale i počet dětí (dle studentů má přednost těhotná žena se 2 dětmi, před těhotnou ženou čekající první dítě).

Rodinu, respektive bratra by v dotazníkové otázce č. 8 upřednostnilo 5 studentů oboru ZZ, vlastní matku by v dotazníkové otázce č. 9 jednoznačně upřednostnilo 20 respondentů (20x přiřazena priorita č. 1)

Věk – otázka č. 7 (stejně jako pohlaví), zde sloužil hlavně k doplnění informací důležitých pro případnou snahu o diferenciální diagnostiku, nikoliv jako hlavní kritérium a z odpovědí se tak nedá jednoznačně odvodit, zda by někdo ošetřil prioritně dítě jen proto, že se jedná o dítě. Nicméně z odpovědí na otázku č. 10 se dozvídáme, že dle názoru 22 % respondentů by přednost při ošetření/vakcinaci měli dostat děti. Další kritéria, která ovlivňovala rozhodnutí respondentů mohou být – povolání (otázka č. 3, 5 a 6, 9,10), mentální postižení, závislost a příslušnost k menšinám (otázka č. 9) či majetkové poměry (dotazníková otázka č. 10).

Z výzkumu Kardošové (2015) je zřejmé že 84 % zdravotnických pracovníků se při třídění raněných striktně drží stanovených postupů a jen malé procento (16 %) by upřednostnilo spíše dětské pacienty. Výsledky jmenovaného výzkumu jsou tedy velmi totožné s výsledkem této bakalářské práce. Pokud se ale podíváme na výzkum Šeblové at al. (2009), který zjišťoval předpokládané chování při třídění blízkých osob respondenta. Zjistíme, že přibližně 15 % odpovídajících by se pokusilo zajistit prvotní ošetření pro své blízké (27 % veřejnost, 25 % profesionálové a 29 % věřící). Je to tedy více než ve výzkumu této bakalářské práce. Jedna respondentka (Jana Fantová, profesorka osmiletého gymnázia) v uvedeném výzkumu (Přístup veřejnosti k otázkám třídění, 2009) uvedla: *„Jak bych reagovala, si jen těžko dovedu představit. Asi bych v počátečním šoku odmítala věřit, že moji blízcí nemají šanci na přežití, poté bych se možná zcela sobecky snažila všemi možnými prostředky donutit některého lékaře, aby se věnoval přednostně mým příbuzným. Nejspíš bych se tak chovala až do chvíle, než by mě z místa někdo násilím odnesl.“* Přesto většina respondentů by se chtěla zachovat morálně a snažili by se o správný postup třídění.

4 ZÁVĚR

Bakalářská práce pojednává o problematice etických a psychosociálních aspektů při třídění raněných. Toto téma bohužel v české literatuře není příliš diskutované a pokud ano, tak pouze okrajově. Každopádně povědomost o třídění raněných nejen z medicínského pohledu, ale také z etického a psychosociálního, a následná příprava na něj je stejně důležité téma jako například etické téma eutanázie. Neboť povědomost o úskalích, která sebou triage nese může předcházet následným chybám a problémům.

Bakalářská práce obsahuje dvě části, teoretickou a průzkumnou. V části teoretické jsou uvedeny poznatky o třídění raněných nejprve z medicínského pohledu a následně z pohledu psychosociálního a etického. Druhou část tvoří průzkum, jehož cílem bylo zjistit jaký mají respondenti názor na triage. Zda se jedná o etický postup a zda by bylo správné někoho upřednostnit. Druhý cíl průzkumné části bylo zjistit, jak by respondenti pravděpodobně postupovali při třídění raněných v rámci zadaných modelových situací, s ohledem na kritéria nejen medicínská, ale převážně sociální. Díky těmto cílům bylo zjištěno, že 91 % studentů z oboru zdravotnického záchranáře a 85 % studentů z oboru všeobecné sestry má názor takový, že třídění raněných je činnost, kterou lze považovat za přijatelnou a morální. Pouze 9 % zdravotnických záchranářů a 15 % všeobecných sester si myslí, že rozhodujeme o tom, kdo bude žít a považují triage za amorální. Dále pak bylo zajímavé zjištění, že důležitost triage z morální problematiky a zamýšlení se nad tímto tématem je žádoucí pro 81 % všeobecných sester, ale jen pro 39 % zdravotnických záchranářů. Z průzkumu také vyplynulo, že 76 % studentů zdravotnických oborů by v případě třídění raněných neupřednostnilo žádnou skupinu postižených. Na druhou stranu, díky modelovým situacím je vidět, že při rozdělování priorit ve smyšlených modelových situacích hrál roli nejvíce věk, pohlaví a počet dětí. Je tedy zřejmé, že psychosociální aspekty mají na třídícího pracovníka určitý vliv. Důležitým zjištěním bylo také to, že někteří studenti VS (jen 33 % zná některou metodu třídění) mají menší povědomí o problematice, na rozdíl od záchranářů (100 % zná některou metodu třídění). Lze tedy dodat, že i nejistota či neznalost obsahu třídění raněných měla vliv na výsledky průzkumu. Je samozřejmé, že odpovědi jsou jen přibližné, jelikož při tak náročně vypjatých situacích, jako je mimořádná událost nikdo neví, jak by reagoval, pokud to už nezažil.

Pro další průzkum bych doporučila zvětšit počet respondentů, rozšířit věkový limit a také detailnější zpracování kazuistik.

5 SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

ANDRŠOVÁ, Alena. *Psychologie a komunikace pro záchranáře: v praxi*. Praha: Grada, 2012. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4119-2.

BRAUNEROVÁ, Marcela. *Etické problémy pracovníků nemocnice z hlediska organizační etiky*. Praha, 2016. Diplomová práce. UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE, FAKULTA HUMANITNÍCH STUDIÍ

BYDŽOVSKÝ, Jan. *Akutní stavy v kontextu*. Praha: Triton, 2008. ISBN 978-80-7254-815-6

DOMRES, B. D. Ethik and Triage. *CD sborník konference Medicína katastrof Brno* [online]. 2010, , 8 [cit. 2018-06-20]. Dostupné z: <http://www.unbr.cz/Data/files/MEKA%20%C4%8D%C3%ADtanka/2%20Domres%20Etik-triageBrno.pdf>

FILIPČÍKOVÁ, Radka. Psychologické aspekty třídění nemocných a zraněných. *Medicína pro praxi*. 2017, (1), 2

GRÖGER, Tomáš. Triage. In: *Dokumenty: Neodklaná péče v poli* [online]. 2014 [cit. 2018-07-18]. Dostupné z: <https://www.unob.cz/fvz/npp/Documents/Triage%20%202014.pdf>

GULÁŠOVÁ, Ivica. *Etika ve zdravotně sociální práci* [online]. Jihlava, 2012 [cit. 2018-06-21]. Dostupné z: <http://www.vspj.cz/ISBN/Opory%20-%20V%20C5%A0PJ/Etika%20ve%20zdravotn%C4%9B-soci%C3%A1ln%C3%AD%20pr%C3%A1ci%20-%20Ivica%20Gul%C3%A1ov%C3%A1.pdf>. Studijní text. Vysoká škola Polytechnická Jihlava

HUBÁČEK, Petr, Vladimíra ODEHNALOVÁ, Radka FILIPČÍKOVÁ, Marinella DANOSOVÁ, Tomáš BORTL, Zdeňka BLAŽKOVÁ a Monika LABONKOVÁ. Psychologické aspekty třídění nemocných a zraněných. *Medicína pro praxi* [online]. **1**(10), 40-41 [cit. 2018-07-19]. Dostupné z: <https://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2017/01/10.pdf>

CHADIM, Otmar. *Jak se (ne)rozhodovat*. 1. Adonai, 2002. ISBN 80-7337-036-0.

ISERSON, Kenneth V. a John C. MOSKOP. Triage in Medicine, Part 1: Concept, History and Types. *Annals of Emergency Medicine*. 2007, (49), 275-280. DOI: 10.1016

JANKOVSKÝ, Jiří. *Etika pro pomáhající profese*. Praha: Triton, 2003. ISBN 80-7254-329-6

KARDOŠOVÁ, Ivana. *Etické problémy záchranářství a medicíny katastrof* [online]. Plzeň, 2015 [cit. 2018-07-22]. Dostupné z: <https://otik.zcu.cz/bitstream/11025/20567/1/BCP-14%20-%20PDF.pdf>. Bakalářská práce. Západočeská univerzita v Plzni, Fakulta zdravotnických studií.

KEMP, Peter a Jacob D. RENDTORFF. The Barcelona Declaration – Towards an Integrated Approach to Basic Ethical Principles. *Synthesis philosophica*. 2008, **23**(2), 239-251. ISSN 1848-2317. Dostupné z: <https://philpapers.org/rec/KEMTBD-2>

KEPRTOVÁ, Veronika. *Etické rozhodování u studentů psychologie* [online]. Brno, 2013 [cit. 2018-06-21]. Dostupné z: https://is.muni.cz/th/d30o4/Diplomova_prace-Veronika_Keprtova.pdf. Diplomová práce. Masarykova univerzita, Filosofická fakulta

KOHOUTEK, Tomáš a Ivo ČERMÁK, ed. *Psychologie katastrofické události*. Praha: Academia, 2009. ISBN 978-80-200-1816-8

NAKAO, Hiroyuki, Isao UKAI a Joji KOTANI. A review of the history of the origin of triage from a disaster medicine perspective. *Acute Medicine and Surgery*. 2017, **4**, 379-284

NAKONEČNÝ, Milan. *Psychologie osobnosti*. Praha: Academia, 1995. ISBN 8020005250.

POKORNÝ, Jiří. Třídění při hromadném výskytu raněných START pro dospělé a JumpSTART pro děti. *Urgentní medicína* [online]. 2008, 13. února 2008, **11**(1), 15-21 [cit. 2018-05-16]. Dostupné z: http://urgentnimediceina.cz/casopisy/UM_2008_01.pdf

POLÁK, Martin. Třídění pacientů bohužel chybí ve většině nemocnic. In: , archiv nemocnice. *Příbramský deník*. Příbram, 2015, s. 2

POLÁKOVÁ, Renata. Systémy třídění pacientů dle priorit na oddělení urgentního příjmu. *Urgentní medicína* [online]. 2013, **16**(3), 11 – 13 [cit. 2018-07-19]. Dostupné z: http://urgentnimediceina.cz/casopisy/UM_2013_03.pdf

PRACHAŘOVÁ, Irena a Jiří PUDIL. Logistické zabezpečení zdravotnických záchranářů při likvidaci následků mimořádných událostí. *Urgentní medicína* [online]. 2006, **9**(1), 8-14 [cit. 2018-07-20]. ISSN 1212-1924. Dostupné z: http://urgentnimediceina.cz/casopisy/UM_2006_01.pdf

ŠEBLOVÁ, Jana a Jiří KNOR. *Urgentní medicína v klinické praxi lékaře*. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4434-6.

ŠEBLOVÁ, Jana, Miroslav PROCHÁZKA, Karel ANTOŠ a Dominika ŠEBLOVÁ. Přístup veřejnosti k otázkám třídění. *Urgentní medicína* [online]. 2009, **12**(4), 4 [cit. 2018-06-22]. Dostupné z: http://urgentnimediceina.cz/casopisy/UM_2009_04.pdf

ŠTĚTINA, Jiří. *Medicína katastrof a hromadných neštěstí*. Praha: Grada, 2000. ISBN 80-7169-688-9

ŠTĚTINA, Jiří. *Zdravotnictví a integrovaný záchranný systém při hromadných neštěstích a katastrofách*. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4578-7

URBÁNEK, Pavel. Visačka pro HPZ – karta pro lékařské třídění a identifikaci při hromadném postižení zdraví. *Urgentní Medicína*[online]. 2008, **11**(4), 4-7 [cit. 2018-07-16]. Dostupné z: http://www.mediprax.cz/um/casopisy/UM_2008_04.pdf

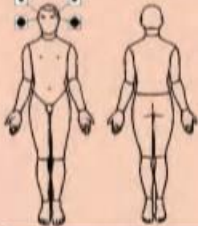
URMANIČOVÁ, Renáta. *Profesní etika v medicínském sektoru pro nelékařský personál* [online]. In: . Ostrava: Petr Otáhal, 2012, s. 35 [cit. 2018-06-21]. Dostupné z: http://www.petrothahal.cz/file/Profesni_etika_v_medicinskem_prostredi_pro_nelekarsky_personal.pdf

ZIELINA, Martin. *Etika. 2. Lékařská Fakulta Univerzita Karlova* [online]. 2014 [cit. 2018-06-21]. Dostupné z: <https://www.lf2.cuni.cz/ustav-lekarske-etiky-a-humanitnich-zakladu-mediciny-2-lf-uk/etika>

6 SEZNAM PŘÍLOH

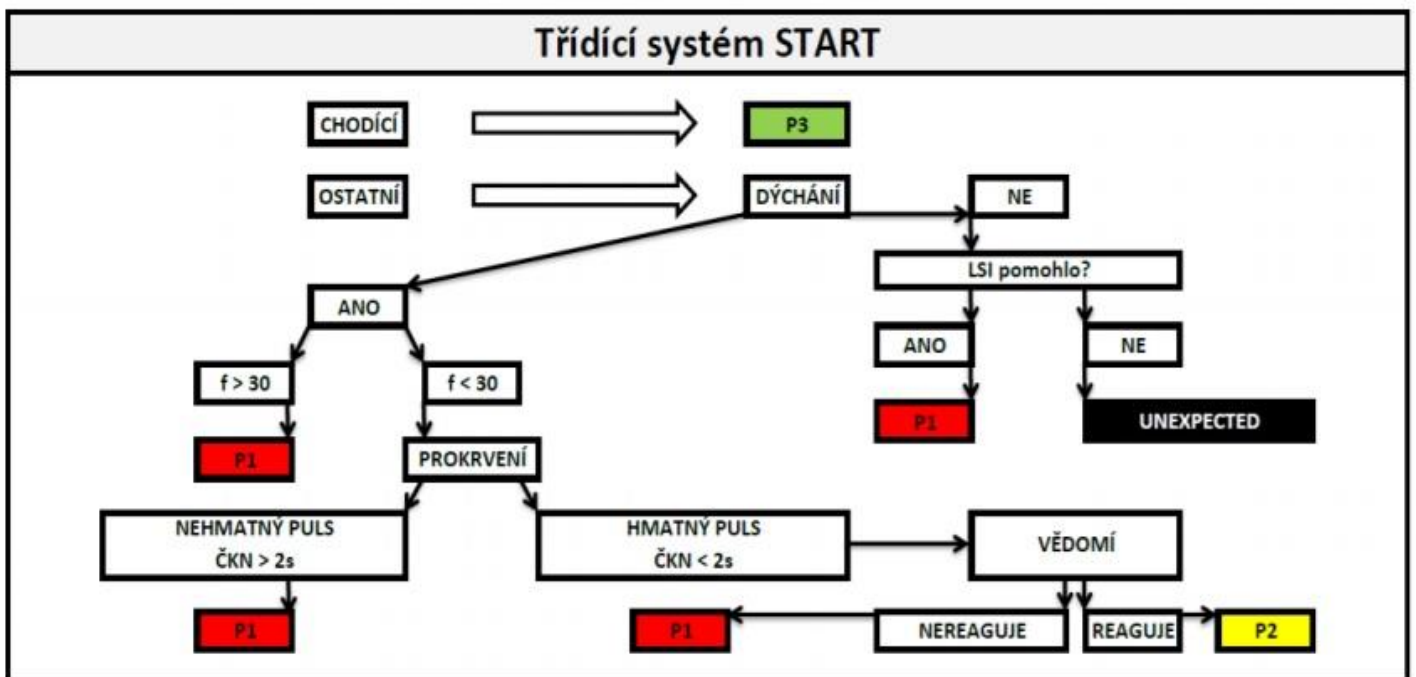
Příloha A Tabulka vybraných pořadí ošetření dle studentů VS a ZZ.....	37
Příloha B Třídící a identifikační karta	57
Příloha C Třídění metodou START.....	58
Příloha D Metoda JumpSTART	59
Příloha E Odsunové třídění.....	60
Příloha F Tabulka k otázce č. 9 (priorita pro zahájení KPR).....	61
Příloha G Dotazník	62

Příloha B Třídící a identifikační karta

<p>DIAGNOZA</p> <p>Vědomí O.K.</p> <p>Dýchání (frekvence/min.) O.K.</p> <p>Oběh (frekvence/min.) O.K.</p> <p>Pacient č. _____</p>  <p>Dg: _____</p> <p>Dg: _____</p> <p>Dg: _____</p> <p> // zlomenina △ krvácení ○ uzavřená poranění X otevřená poranění // popálená plocha </p>		<p>POTVRZENÍ PROVEDENÍ</p> <p><input type="checkbox"/> O₂</p> <p><input type="checkbox"/> Intubace</p> <p><input type="checkbox"/> Ventilace</p> <p><input type="checkbox"/> Hrudní drenáž</p> <p><input type="checkbox"/> Zástava krvácení</p> <p><input type="checkbox"/> Infuze</p> <p>Léky</p> <p><input type="checkbox"/> Znehybnění</p> <p><input type="checkbox"/> Dekontaminace</p> <p>Odd. _____ Transp. prostředek _____</p>	
<p>TŘÍDENÍ</p> <p>Terapie: I, IIa, IIb, III, IV</p> <p>Priorita transp.: IIa, IIb, III, IV</p> <p>Čekání: III, IV</p> <p>Lékař: _____</p>		<p>TÉRAPIE</p> <p><input type="checkbox"/> vpravo</p> <p><input type="checkbox"/> vlevo</p> <p>OZNAČENÍ CBRH</p>	
<p>DOPRAVCE</p> <p>Pacient č. _____</p> <p>_____ Odd. _____</p>		<p>Útržek pro dopravce</p> <p>Poznámky: _____</p>	
<p>ZZS</p> <p>Pacient č. _____</p> <p>_____ Vůz č. _____</p>		<p>Útržek pro ZZS</p> <p>Poznámky: _____</p>	

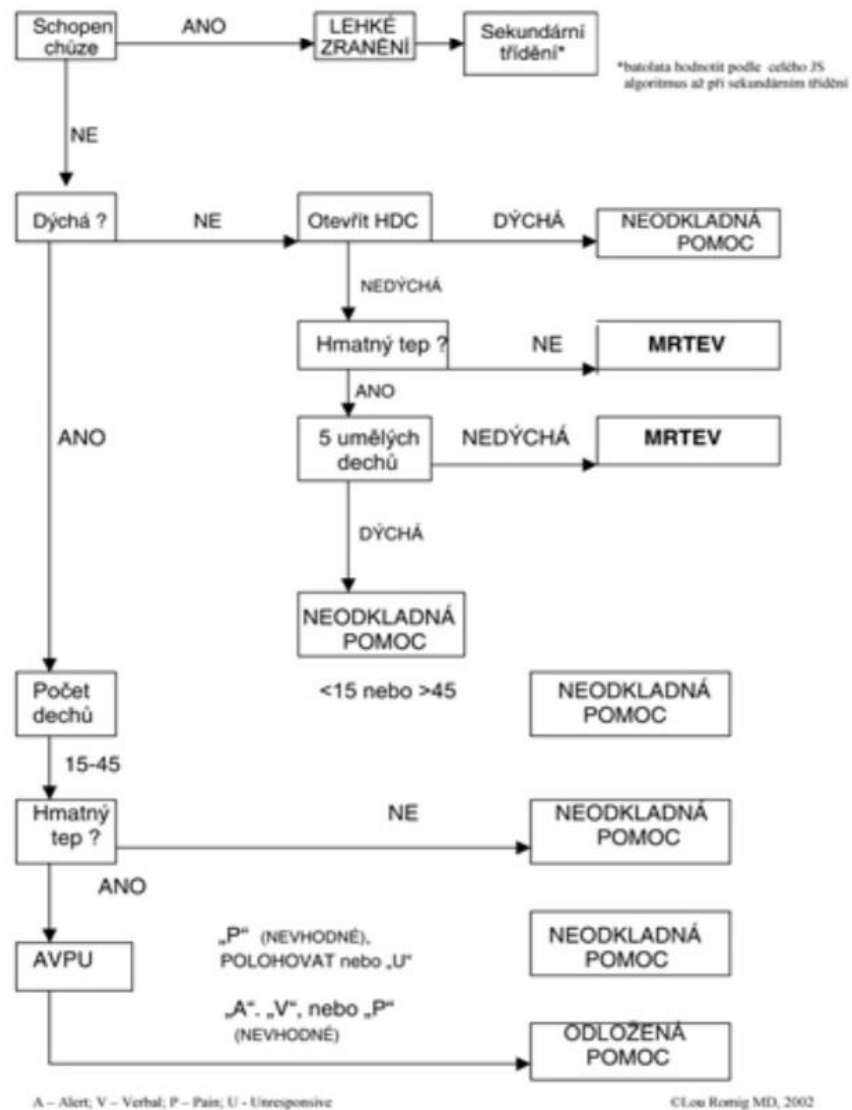
Zdroj: <http://www.akutne.cz/res/publikace/3-tridici-karta.pdf>

Příloha C Třídění metodou START



Zdroj: <https://www.unob.cz/fvz/npp/Documents/Triage%20%202014.pdf>

Příloha D Metoda JumpSTART



Zdroj: http://urgentnimedica.cz/casopisy/UM_2008_01.pdf

Příloha E Odsunové třídění

KROK 1 spočítej Glasgow Coma Scale

Otevření očí (O)		Verbální odpověď (V)		Motorická odpověď (M)	
spontánní	4	orientovaný	5	vyhoví	6
na výzvu	3	dezorientovaný	4	lokalizuje bolest	5
na bolest	2	neodpovídající slova	3	uhýbá bolesti	4
neotevře	1	nezřetelné zvuky	2	flekč. rigidita (dekortikační)	3
		žádná odpověď	1	extenč. rigidita (decerebrační)	2
				žádná reakce	1

GCS = O + V + M

KROK 2 spočítej skóre pro odsunové třídění

GCS (X)	Počet dechů (Y)	sTK (Z)
13-15 4	10-29 4	90 a > 4
9-12 3	30 a > 3	76-89 3
6-8 2	6-9 2	50-75 2
4-5 1	1-5 1	1-49 1

Skóre pro odsunové třídění = X + Y + Z

KROK 3 urči třídící prioritu

12 = T3
11 = T2
10 nebo < = T1

KROK 4 na základě klinické zkušenosti a pracovní diagnózy (po anatomickém vyšetření poranění) uprav prioritu

Zdroj: <https://www.unob.cz/fvz/npp/Documents/Triage%20%202014.pdf>

Příloha F Tabulka k otázce č. 9 (priorita pro zahájení KPR)

Rané osoby	Priorita 1	Priorita 2	Priorita 3	Priorita 4	Priorita 5	Priorita 6	Priorita 7	Priorita 8	Priorita 9	Priorita 10	Priorita 11	Priorita 12	Priorita 13	Priorita 14	Priorita 15	Priorita 16	Priorita 17	Priorita 18
Dívka 22, gšt. týden	4	7	2	4	2	3	2	2	2	2	0	1	1	5	3	3	4	3
Chlapec 24, gšt. týden	4	10	7	0	3	3	1	2	2	2	3	0	2	2	3	4	2	0
Dívka 32, gšt. týden, Downův syndrom	0	1	4	7	5	3	0	2	1	2	1	2	3	3	5	3	4	4
Chlapec 2 roky	13	7	6	7	3	2	1	1	2	1	0	3	0	1	3	0	0	0
Dívka 15 let	1	10	7	2	8	5	6	3	1	1	4	2	0	0	0	0	0	0
Dívka 15 let, heroin	0	0	3	0	0	4	5	2	6	0	2	2	1	4	4	5	11	1
Muž 32 let, lékař, bezdětný	0	0	1	1	4	0	3	2	11	12	3	4	3	2	3	0	1	0
Muž 52 let, ZZ, bezdětný	1	0	0	0	2	2	0	0	4	4	4	6	8	7	10	3	3	0
Muž 44 let otec 3 dětí	0	2	1	3	0	0	2	3	2	2	9	4	6	8	1	5	1	1
Muž 30, heroin	0	0	0	0	0	1	0	2	3	3	3	0	5	2	2	8	11	10
žena 28, VS, 2 děti	0	4	2	3	4	6	5	6	5	5	3	4	0	3	0	0	0	0
žena 33 let, 2 děti	0	1	5	2	1	3	2	8	7	5	5	6	0	2	2	1	0	0
Těhotná 24 let	0	2	6	6	6	3	9	4	4	5	0	0	1	2	1	1	0	0
Těhotná 24 let dvě děti	6	8	4	8	5	4	3	6	2	1	2	0	0	0	0	1	0	0
Muž 18 let, bezdětný, student gymnázia	1	0	3	2	4	7	4	6	1	2	2	5	7	1	0	4	1	0
žena 39 let, 5 dětí, nezaměstnaná Romka	0	0	0	1	2	2	1	1	1	1	7	4	6	6	1	6	5	6
žena 82 let, 4 děti	0	0	0	0	0	0	2	0	1	0	0	2	2	2	8	5	4	24
Váše matka, 64 let	20	0	0	4	1	1	3	1	1	2	5	2	4	0	3	2	1	0

Příloha G Dotazník

Dobrý den,

Jmenuji se Markéta Turečková a jsem studentkou oboru Všeobecná sestra na Fakultě zdravotnických studií Univerzity Pardubice.

Ráda bych Vás poprosila o vyplnění následujícího dotazníku, který slouží jako podklad k výzkumné části v mé bakalářské práci na téma „Etické a psychosociální aspekty triage“. Dotazník je zcela anonymní a dobrovolný. U jednotlivých otázek zakroužkuje pouze jednu odpověď, pokud nebude uvedeno jinak, případně odpověď vypište.

Předem děkuji za Vaši ochotu a čas.

1. Víte o tom, že se při hromadných neštěstích s velkým počtem zraněných (mimořádná událost) se používá třídění raněných (tj. zranění jsou roztríděna do skupin dle závažnosti jejich stavu s různou prioritou ošetření a transportu, zranění nedýchající po uvolnění dýchacích cest nejsou resuscitováni):
 - a) Ano
 - b) Ne

Pokud jste odpověděl/a na otázku č. 1 NE, pokračujte na otázku č. 3.

2. Znáte některou z používaných metod třídění raněných při hromadných neštěstích:
 - a) Ano – prosím vypište jakou:
 - b) Ne
3. Na místo zasažené zemětřesením přijíždí první posádka ZZS, mají informaci o tom, že mezi zraněnými (přibližně 10 osob) se nachází 4 zdravotníci. Jak by podle Vás měli postupovat?
 - a) Roztrídít raněné bez ohledu na povolání a ošetřit dle naléhavosti stavu, nejprve nejdříve zraněné
 - b) Roztrídít raněné bez ohledu na povolání a ošetřit dle naléhavosti stavu, nejprve nejdříve zraněné
 - c) Roztrídít raněné s ohledem na povolání a bez ohledu na zdravotní stav, nejprve ošetřit zdravotníky
 - d) Roztrídít raněné s ohledem na povolání a bez ohledu na zdravotní stav, při ošetření upřednostnit nezdravotníky
 - e) Roztrídít raněné s ohledem na povolání a stav, nejprve ošetřit nejdříve zraněné zdravotníky a následně
(prosím určete další pořadí k ošetření – těžce zranění zdravotníci, lehce zranění nezdravotníci, těžce zranění nezdravotníci)
 - f) Jiné.....

4. Jak byste reagoval/a kdybyste se se svými blízkými ocitl/a v situaci s hromadným výskytem raněných a postup třídění by byl uplatňován i na členy Vaší rodiny?
- Vyžadovala bych, aby se zdravotníci prioritně věnovali mé rodině
 - Souhlasil/a bych se standardním postupem zdravotníků (tj. uplatnění třídění, ošetření dle závažnosti stavu)
5. V průběhu třídění (přibližně polovina zraněných ještě není vytříděna) v rámci mimořádné události s velkým počtem zraněných zkolabuje hasič. Při vyšetření zjistíte, že nedýchá ani po uvolnění dýchacích cest. Je podle Vás správné začít resuscitací (KPR)?
- Ano
 - Ne
6. Bez ohledu na Vaše stanovisko v předchozí otázce, uveďte argumenty pro a proti zahájení resuscitace:
- Pro zahájení KPR:
- Proti zahájení KPR
7. Na emergency přicházejí k ošetření tito lidé, (viz níže). Koho ošetříte nejdříve?
- Přiřaďte číslo 1 (nejdříve ošetřený) – 5 (poslední ošetřený)
- ___ žena 28 let – otevřená fraktura pravé předloktí, bez masivního krvácení
 - ___ muž 28 let – uzavřená fraktura pravé předloktí
 - ___ žena 58 let – těžká klidová dušnost
 - ___ muž 58 let – bolest břicha
 - ___ dítě 2 roky – horečnaté průjemovité onemocnění
8. V čekárně chirurgické ambulance sedí dva pacienti s frakturou pravého předloktí. Než na ně dojde řada, přichází Váš bratr, také s frakturou pravého předloktí. V jakém pořadí pacienty ošetříte? (všichni jsou dospělí)
- Dle pořadí, ve kterém přišli
 - Dle toho, kdo bude více naříkat
 - Svého bratra nejdříve, dále pak v pořadí, ve kterém přišli
 - Nechám rozhodnutí na lékaři
 - Jiné.....

9. Představte si situaci, že několik osob potřebuje, aby u nich byla zahájena resuscitace, ale zdravotníků je málo a teprve postupně přicházejí další. Přiřaďte prioritu zahájení KPR u následujících pacientů připsáním čísla 1 (nejvyšší priorita) - 18 (nejnižší priorita – KPR začne, až dorazí poslední team)

- Dítě (dívka), 22. gestační týden
- Dítě (chlapec), 24. gestační týden
- Dítě (dívka), 32. gestační týden s Downovým syndromem
- Dítě (chlapec), 2 roky
- Dívka, 15 let
- Dívka, 15 let, která se předávkovala heroinem
- Muž, 32 let, lékař, bezdětný
- Muž, 52 let, zdravotnický záchranář, bezdětný
- Muž, 44 let, otec 3. dětí, zámečnick
- Muž, 30 let, který se předávkoval heroinem
- Žena, 28 let, všeobecná sestra, matka dvou malých dětí
- Žena, 33 let, matka dvou malých dětí
- Těhotná žena, 24 let
- Těhotná žena, 24 let, matka 2 malých dětí
- Muž, 18let, bezdětný, student gymnázia
- Žena, 39 let, matka 5 dětí, nezaměstnaná, Romka
- Žena, 82 let, 4 dospělé děti
- Vaše matka, věk 64 let

10. Představte si situaci, že dojde k epidemii, máte vakcínu pro omezený počet lidí (100), kdo ji dostane? (prosím zakroužkujte vybranou odpověď)

- Prvních 100, kteří se přihlásí.
- Ti, co zaplatí nejvíce.
- Děti.
- Lidé v produktivním věku, dle toho, jak se dostaví do vakcinačních center, až do vyčerpání zásob.
- Staří lidé (nad 65 let)
- Členové integrovaného záchranného systému (IZS – policie, hasiči, zdravotnická záchranná služba)
- Bezpečnostní složky (armáda, policie)
- Prezident a vláda a následně pak: (vypište, prosím).....
- Moje rodina a blízcí a následně pak: (vypište, prosím).....

11. Kdo by měl, podle Vás, být upřednostněn při ošetření v rámci třídění raněných při mimořádné události: Při třídění raněných:

- a) Nikdo, mělo by se třídit dle stanovených postupů
- b) Měly by být přednostně ošetřeny děti
- c) Měly by být přednostně ošetřeny ženy
- d) Upřednostnit ošetření člověka v produktivním věku
- e) Jiné, prosím vypište

12. Myslíte si, že třídění raněných při hromadných neštěstích je morální (dobré, správné):
- a) Ano - vypište proč:.....
 - b) Ne - vypište proč:.....
13. Myslíte si, že je důležité se zamýšlet nad morální problematikou třídění:
- a) Ano, je to důležité
 - b) Ne, není to důležité
14. Který obor studujete:
- a) Zdravotnický záchranář
 - b) Všeobecná sestra
15. Kolik je Vám let:
16. Jaké je vaše pohlaví:
- a) Žena
 - b) Muž