

VOJENSKÉ ZDRAVOTNICKÉ LISTY

ROČNÍK XXX

ČERVEN 1961

ČÍSLO 3

616-084:362.14.075.2

NĚKTERÉ OTÁZKY PREVENCE A DISPENZARIZACE

Podplukovník MUDr. Ctibor DRBAL

Velkolepost úkolů 3. pětiletého plánu na poli péče o zdraví občanů našeho státu si v ničem nezadá s významem ostatních úseků všestranného vývoje, vytyčených tímto plánem.

Svědčí o tom směrná čísla počtu lékařských míst a lůžek, mluví pro to podstatný růst počtu míst v jeslích, potvrzuje to plánovaná výstavba nových nemocnic i výroba léčiv, stejně jako zlepšení lázeňských služeb atd.

Nebylo by však správné nevidět za těmito konkrétními údaji to hlavní, co sebou tato perspektiva zdravotní péče přináší. Totiž podstatnou změnu celého dosavadního pojetí našeho zdravotnictví. Vždyť koncepce a zaměření zdravotnictví jsou vždy podřízeny především těm požadavkům, které před ně staví společnost. Tak jako celé zdravotnictví kapitalistické epochy je ve své složce léčebné i preventivní zcela podřízeno působení základního ekonomického zákona kapitalismu, právě tak i ve společnosti budující socialismus musí být koncepce zdravotnictví především určena působením základního ekonomického zákona této společensko-ekonomické formace.

Vlastní zkušenosti nám však potvrzují, že i v průběhu budování socialismu se pojetí zdravotnictví mění v souladu s dosaženým stupněm úrovně socialistické výstavby.

Až dosud bylo pojetí našeho zdravotnictví charakterisováno jako „ochrana zdraví obyvatelstva“. Toto pojetí nesporně správně odráželo nároky, které naše společnost na zdravotnictví měla do nedávna. Avšak v souvislosti s vítězstvím socialistických výrobních vztahů vyvstává otázka, zda lze takto vyjádřené pojetí zdravotnictví i nadále považovat za dostatečné, za plně vystihující pojetí, které by vyjadřovalo požadavky, které před ně staví vyspělá socialistická společnost.

Odpověď na tuto otázku nalezneme při konfrontaci dosavadní koncepce zdravotnictví jak se zněním nové naší ústavy, tak se základními myšlenkami Směrnice pro 3. pětiletku. A zde se nehovoří pouze o ochraně nebo udržení zdraví lidu. Zde se jednoznačně hovoří o „neustálém rozvoji fyzických a duševních schopností lidí“

(viz čl. 15 ústavy ČSSR). I první tajemník KSČ soudruh Novotný při svém výkladu ke směrnici ke 3. pětiletce na celostátní konferenci strany formuloval základní linii v péči o zdraví lidu jako „péči o všestranný rozvoj duševních a fyzických schopností všech lidí“, která „vyžaduje aktivně a plánovitě ovlivňovat způsob života a práce lidí“.

Již z těchto i mnoha jiných dokladů lze učinit závěr, že dosavadní pojetí zdravotnictví se stává v období výstavby rozvinuté socialistické společnosti a v období přechodu ke společnosti komunistické již příliš pasivním, konservativním a neúplně vystihujícím společenské požadavky. Samotný dnešní i příští život nás staví před nutnost *nahradit je vysloveně aktivním pojetím zdravotnické péče, jež by vyjadřovalo a v praxi uplatňovalo snahu nejen o udržení, ale také o neustálý rozvoj lidského zdraví.*

Přirozeně, že při takovém pojetí zdravotnictví se zvyšuje zákonitě všestranná úloha prevence jako základního zaměření našeho zdravotnictví. I samotná směrnice pro 3. pětiletku již v prvé větě příslušné statě praví: „Zdravotnickou péči zaměřit ještě důrazněji na preventivní opatření. Za tím účelem vytvářet především zdravé životní i pracovní prostředí...“ To ovšem vyžaduje i chápání prevence oproti od jakéhokoli zužování a zplošťování a vidět v ní takové zaměření péče o zdraví, jehož *cílem a náplní je předcházení vzniku poškození organismu a posilování jeho všestranného rozvoje.* Na rozdíl od nezřídka pokřiveného pohledu na prevenci jako na soubor sanitárně policejních, neodborných opatření, je třeba v prevenci vidět *vědomé, vědou odůvodněné, cílevědomé a plánovitě zasahování do podmínek práce a života a jejich ovlivňování k podpoře fyzického i duševního rozvoje pracujících.*

I chápání a obsah prevence podléhá pochopitelně svému vývoji. Jistě že v období, kdy pojetí celého zdravotnictví bylo utvářeno společenským požadavkem na pouhou ochranu zdraví, i prevence viděla svůj cíl jen v zabránění vzniku nemoci. Nyní však, jak vyplývá z konkrétních formulací úkolů pro 3. pětiletku, je nutno i prevenci, stejně jako veškerou zdravotnickou péči, pro-

hloubit a obohatit zejména v její aktivní složce, v jejím aktivním a cílevědomém ovlivňování práce i života lidí k upevňování a rozvoji zdraví.

Samotné společenské požadavky však nestačí k tomu, aby nové pojetí prevence mohlo být realizováno v praxi. K tomu je třeba i určitého stupně znalostí o působení zevního prostředí na organismus, o mechanismu tohoto působení a o reakcích organismu na ně. Pokud jsme těžiště prevence spatřovali pouze ve snaze po zabránění vzniku chorobného procesu, bylo třeba plně obracet těžiště našich vědomostí na poznání patologických projevů organismu, na odhalení noxy, jež patologickou reakci vyvolává, a posléze na způsob jejího odstranění nebo zmírnění. Přiznáme-li však prevenci místo nejen při zabránění vzniku chorob, ale neméně a čím dále tím více při všestranném posilování zdraví, bude to vyžadovat stále hlubšího poznání zdravotního organismu a jeho fyziologických funkcí a čím dál tím přesnějšího poznání těch faktorů zevního prostředí, které rozvoj zdravého organismu posilují a umocňují.

Novým chápáním prevence se nám však upřesňuje i další pojem, nedílně s prevencí spjatý — a to dispenzarizace. Vzájemný vztah prevence a dispenzarizace snad nejlépe vystihl již Semaško, když napsal: „Je-li prevence vlastním zaměřením sovětského zdravotnictví, pak dispenzarizace — to je metoda, jejíž pomocí se toto zaměření uskutečňuje.“

Je správné si připomenout, že právě v pochopení a tím i v provádění dispenzarizace přetrvává mnoho nejasností. Nežřídká byla a je dosud omezoována na sledování skupin lidí, u nichž se již projevují příznaky určitého, zejména chronického onemocnění. Jindy opět byla zužována pouze na otázku evidence, někdy zas na poradenskou péči apod. To ovšem je naprosto nedostačující. Je-li dispenzarizace metodou, pomocí níž je uskutečňována prevence ve svém plném pojetí, pak *musí být uplatňována především vůči zdravým jedincům a kolektivům*, po případě vůči nemocným v samém začátku nemoci. Kromě toho musí být uplatňována v celé škále posloupných úkonů, jejichž soubor bychom si mohli rozložit asi takto:

- aktivní systematické sledování zdravotního stavu, fyzického a duševního vývoje;
- posilování organismu všude tam, kde je to možné;
- posilování obranných schopností organismu;
- péče o zevní prostředí a provádění zásahů do něho ve prospěch posílení organismu a zdraví;
- aktivní vyhledávání a včasné podchycení prvních známek poruch vývoje nebo nemoci;
- jejich rychlá likvidace, pokud možno bez jakýchkoli následných stavů, s využitím všestranné léčby a stanovením určitého režimu a úprav prostředí;
- ruku v ruce s tím prováděná výchova a po-
učení jedinců a kolektivu.

Promítneme-li si celý proces takto chápané dispenzarizace do našich konkrétních podmínek v armádě, nemůžeme nevidět dosti chyb a nedů-

sledností v jejím provádění přesto, že mnoho z uvedených jejích prvků je více nebo méně přesně a úplně zaneseno v našich odborných předpisech.

Tak např. možnost a nutnost aktivního systematického sledování zdravotního stavu, jako základního kroku v správné dispenzarizaci, je přímo dána mimo jiné stanovenými pravidelnými prohlídkami. A kolik formálního a přehlíživého přístupu k nim nalézáme ještě u některých lékařů. Není řídkou výjimkou, kdy provedené prohlídky zůstávají nevyhodnocovány, bez závěrů, bez následného aktivního zásahu do prostředí života a výcviku, bez dalšího aktivního působení na organismus svěřených jedinců.

I k všestrannému posilování organismu v podmínkách vojenského života je půda velmi příhodná a přináší ovoce všude tam, kde lékaři na základě kvalifikovaných závěrů cílevědomě ovlivňují výcvik, bydlení a výživu vojsk. Kdo jiný než právě lékař může dokázat, že *správně prováděný vojenský výcvik a výchova je vysoce kladným faktorem v rozvoji tělesného a duševního zdraví vojáka*.

Bylo by možno i další součásti dispenzarizace postupně si ilustrovat náplní denní praxe vojenského lékaře a vždy bychom došli k závěru, že mnohé z těch úkonů, často podceňovaných, by stanuly v novém světle. Do popředí pak vystoupí nepochybně i úloha vědecky podložených norem v oblasti pracovní, komunální a osobní hygieny i jiných oborů a nutnost přísného vyžadování a zachovávání stanovených norem v procesu upevňování a rozvoje zdraví.

I některé více méně organizační otázky si zasluhují v této souvislosti upřesnit. Velmi často centrum dispenzární péče bylo spatřováno v našich nemocnicích, zatím co úloha útvarových lékařů byla omezoována „na dodavatele“ určitých podkladů. Nepochybně tato praxe vyvěrala z nesprávného chápání prvořadé nebo dokonce výlučné dispenzarizace nemocných. Jestliže však, vycházejíce ze správného pojetí prevence, přiznáváme prvořadé místo dispenzarizaci zdravých jedinců a kolektivů a jestliže se znovu pozorně zamyslíme nad obsahem a způsobem jejího provádění, pak musíme nutně přijít k závěru, že těžiště dispenzarizace musí spočívat u útvarů. Vždyť tam je také kolektiv, na který se dispenzární péče v plném rozsahu vztahuje. Přijetím této zásady ovšem podstatně vzrůstají nároky na vysokou úroveň a kvalifikaci útvarových lékařů jak po stránce ryze odborné, tak po stránce organizační a společenské.

Úlohu a podíl vojenských nemocnic při uplatňování prevence a v procesu dispenzarizace pak můžeme vidět v těchto základních směrech:

- ve zvyšování kvalifikace útvarových lékařů a v poskytování všestranné metodické pomoci terénním pracovníkům;
- v poskytování vysoce kvalifikovaných podkladů pro dispenzarizaci, prováděnou útvarovými lékaři, ať již v podobě časných a naprosto správných diagnóz, nebo v podobě přesných nálezů, závěrů a programů léčebných i preventivních, pokynů pro úpravu režimu, životosprávy a prostředí. S tím je ovšem nedílně spjata nejen nut-

nost znalosti podmínek útvaru nemocničními lékaři, ale současně i nutnost kontrol a ověřování si účinnosti vlastních doporučení, závěrů a pokynů přímo v terénu;

— ve vysoce kvalifikovaném a efektivním léčení všech maximálně časně zachycených poruch zdraví;

— konečně v tom, že vojenská nemocnice sama převezme a ponechá si těžiště dispenzarizace u některých speciálních skupin chorob nebo u některých speciálních kolektivů, např. vysoce rizikových pracovišť, pokud ovšem jsou předpoklady k důkladné znalosti pracovního prostředí a procesu a k jejich aktivnímu ovlivnění. Obdobným způsobem je řešen podíl léčebných ústavů na dispenzarizaci i v civilním sektoru.

Zbývá konečně zdůraznit, že jedním ze stěžejních důsledků i předpokladů správného chápání prevence i dispenzarizace jako metody jejího uplatňování bude podstatné pozvednutí aktivní úlohy lékaře jako veřejného činitele v plném jejím významu. A neméně závažná se stává i odpovědnost těch, kteří se podílejí na výuce a výchově lékařů v tom zaměření celého našeho zdravotnictví, které zákonitě sebou přináší etapa budování rozvinuté socialistické společnosti, vyjádřená třetím pětiletým plánem.

Pisemnictví

Skrbková E., Čs. zdravotnictví 2—3/60, VIII, 105—110.
Celostátní konference KSČ: N. Mysl, 1960.
Drbal C., Čs. zdravotnictví 2/61, IX, 76—81.