

# EBOLA

ZDRAVOTNÍ, SOCIÁLNÍ, PSYCHOLOGICKÉ A KRIZOVÉ

ASPEKTY EPIDEMIE



**Informační materiál pro přípravu pracovníků**

**krizového řízení, složek IZS, psychosociálních a humanitárních služeb**

PhDr. Štěpán Vymětal, Ph.D.

Martina Míčková

© Psychologické pracoviště OBP MV ČR, Praha, březen 2015

-materiál neprošel jazykovou korekturou

## Obsah

1. Úvod .....	3
2. Historie .....	4
3. Biologická povaha nemoci .....	6
4. Léčba a léky .....	10
5. Současná epidemie (2014-2015) .....	12
6. Bezpečnostní opatření.....	18
7. Ebola v České republice .....	19
8. Psychologické aspekty spojené s epidemií eboly .....	20
9. Zásady první psychické pomoci při epidemii eboly .....	25
10. Média a dezinformace.....	28
Literatura .....	31
Zdroje grafických materiálů.....	34
Grafické materiály .....	36

## 1. Úvod

Hromadný výskyt nakažlivé choroby je téma, které na sebe vždy váže značnou pozornost veřejnosti, odborníků i médií, zvláště pokud jde o rozsáhlejší epidemii či přímo pandemickou hrozbu. V r. 2014 zasáhla epidemie eboly země západní a střední Afriky, jednalo se o nejzávažnější rozšíření v historii. Světová zdravotnická organizace (WHO) prohlásila tuto epidemii dne 8. srpna 2014 za ohrožení veřejného zdraví mezinárodního významu. Šíření viru se dostávalo pod kontrolu jen velmi obtížně. Tato událost má za následek rozsáhlé psychosociální, zdravotní a ekonomické dopady v nejméně zasažených zemích. Přestože větší rozšíření této konkrétní choroby do západních zemí má jen velmi malou pravděpodobnost, mohou být komplexnější informace o této epidemii užitečné pro přípravu složek Integrovaného záchranného systému ČR (IZS) a odborníků, kteří se podílí (nebo mohou podílet) na zvládnutí zdravotní a psychosociální krizové pomoci při analogických mimořádných událostech.

Hrozby exotické a neznámé infekce s potenciálně fatálními následky vyvolávají u veřejnosti jednu z nejvyšších úrovní znepokojení. Protože hlavní protilátkou k šíření paniky, nejistoty a fám jsou informace, pokusili jsme shrnout hlavní fakta, která se týkají této smrtící nemoci. Hlavním smyslem publikace je zejména zlepšení krizové připravenosti v oblasti biologických hrozeb. Materiál shrnuje aktuální informace, které se týkají povahy nemoci a léčby, bezpečnostních opatření, psychosociálních souvislostí a mediálního obrazu. Seznamuje čtenáře se specifiky a faktory, které mohou sehrávat klíčovou roli, ať už jde o kulturní souvislosti poskytování péče, vnímání rizik, jednoduchá opatření a doporučení či příklady dobré praxe.

Řada závažných chorob je z hlediska masového šíření potenciálně rizikových. V posledních letech svět řešil několik kauz rozšíření vážného onemocnění, jako například SARS, antraxu či ptačí chřipky. Poslední akutní hrozbou byla chřipka způsobená virem Pandemic (H1N1) 2009, která naštěstí neměla globálně ničivé následky. Ministerstvo vnitra (MV ČR) vydalo v té době k tématu pandemie chřipky 3 manuály: pro občany, pro složky IZS a pro krizové manažery. Tyto materiály jsou ke stažení na [www.mvcr.cz/psychologie](http://www.mvcr.cz/psychologie) a rovněž mohou sloužit k přípravě profesionálů. S rostoucí populací lidí na Zemi a pohybem osob se s epidemiemi a pandemiemi budeme setkávat stále častěji. Kromě přirozeně vzniklých a rozšířených nález, je dnes aktuální riziko zneužití biologických zbraní, ať už teroristy nebo armádami některých států. I v případě neexistujícího přímého rizika vážné pandemie, je dobré být z těchto důvodů připraven na možné, ale i neočekávané situace.

## 2. Historie

Ebola virus způsobuje závažnou a akutní krvácivou horečku, která v řadě případů končí smrtí. Toto onemocnění se objevilo **poprvé roku 1976** v Demokratické republice Kongo (tehdy se používal název **Zair**, odtud tedy pramení název tohoto nejnebezpečnějšího kmene eboly, který doposud známe) v oblasti Yambuku, poblíž řeky Ebola, díky které získala tato nemoc svůj název. Během této epidemie zemřelo za pouhé tři a půl měsíce 280 lidí z 318 nakažených (88 % úmrtnost). První pacient, který přišel do nemocnice spravované belgickými misionáři s podezřením na malárii, nakazil nemocí další osoby (především své spolupacienty) a onemocnění se rychle rozšířilo i mezi jejich známé a příbuzné. Jednou z hlavních příčin rychlého rozšíření byla **neznalost** (způsobů přenosu, míry nakažlivosti a vlastně i příznaků a průběhu nemoci) a **nedostatečná hygiena**. Řada lidí se nakazila nevydezinfikovanými injekčními stříkačkami. Šíření nemoci se však podařilo díky včasné reakci a velkému množství investovaných financí zastavit (WHO, 1978).

Ještě ten samý rok se ebola objevila Súdánu, v oblasti Nzara<sup>1</sup>. Jednalo se o odlišný kmen, než byl ten, který způsobil epidemii v Kongu a dostal název **Súdán**. Hlavní rozdíl byl především v nižší úmrtnosti, která dosáhla 53 % (zemřelo 151 osob z 284 nakažených). Tímto kmenem se ten samý rok nakazil i jeden **lékař v Anglii**, k přenosu došlo během jeho práce v laboratoři při neopatrné manipulaci s injekční stříkačkou.

Od roku 1976 do roku 1989 propukla ebola ještě dvakrát, avšak počet mrtvých i nakažených byl minimální. V roce 1989 se objevil nový kmen, který byl pojmenován **Reston**. Tento kmen pochází z Filipín a na člověka se nepřenáší (přesněji řečeno, u lidí je asymptomatický, jeho přítomnost lze zjistit pouze z protilátek, které se v těle objeví). Projevuje se pouze u opic.

K dalšímu propuknutí eboly došlo v roce 1994, kdy zemřelo 31 lidí. V tom samém roce se objevil čtvrtý kmen eboly, pojmenovaný **Taï Forest**. Onemocněl jím jediný člověk (vědec, který se nakazil při pitvě opice), a ten se úspěšně vyléčil. Tento kmen pocházející z Pobřeží slonoviny (Côte d'Ivoire) byl pojmenovaný podle národního parku, kde k onemocnění došlo.

O rok později došlo v Kongu (Kikwit) k další rozsáhlé epidemii kmene ebola Zair, při níž zemřelo 250 z 315 nakažených (81 % úmrtnost). Do roku 2000 se ebola objevila ještě šestkrát (z toho se však jednou jednalo o nehodu **v laboratoři v Rusku** a dvakrát o kmen Reston, který lidi neohrožuje).

V roce 2000 pak v **Ugandě** došlo k rozsáhlé epidemii, při níž se nakazilo 425 osob. Jednalo se však o kmen Súdán, takže úmrtnost byla nižší (celkově 53 %, zemřelo 224 lidí). O rok později došlo k menší epidemii eboly Zair na hranicích **Gabonu a Konga**, při které se

---

<sup>1</sup> V této kapitole vycházíme z materiálů Centra pro kontrolu a prevenci nemocí (CDC - Centers for Disease Control and Prevention), které je možné nalézt na <http://www.cdc.gov/vhf/ebola/outbreaks/history/chronology.html>

v obou zemích dohromady nakazilo 122 osob (96 z nich zemřelo). Tato epidemie oficiálně skončila v březnu 2002, už v prosinci toho samého roku však v Kongu propukla znovu. Tentokrát pouze na území Konga zabila 128 lidí ze 143 nakažených (měla tedy 89 % úmrtnost). V následujících pěti letech došlo k dalším dvěma zaznamenaným propuknutím eboly s minimálními počty mrtvých i nakažených a k další nehodě v laboratoři, která způsobila smrt jednoho ruského vědce.

V roce 2007 došlo, opět v Kongu, k epidemii eboly Zair, která způsobila smrt 187 lidí z 264 nakažených (71 % úmrtnost). V prosinci toho samého roku se v Ugandě objevil poslední (pátý) ze známých kmenů eboly. Jeho jméno **Bundibugyo** vychází, stejně jako v ostatních případech, z názvu oblasti, kterou zasáhl jako první. Tento virus způsobuje poměrně malou úmrtnost (v porovnání s kmeny Súdán a Zair). Při svém prvním propuknutí nakazil 149 osob, z nichž 37 zemřelo (úmrtnost tedy nepřesáhla 25 %).

Ebola do roku 2013 udeřila ještě šestkrát, počty nakažených a mrtvých ale byly velmi nízké. Až v současnosti, **v roce 2014**, došlo v západní Africe k největší epidemii eboly, s jakou se lidé doposud setkali. Tato epidemie je způsobena **kmenem Zair**, který je ze všech doposud popsanych kmenů nejsmrtelnější, proto se počty mrtvých a nakažených počítají na tisíce a každý den jich přibývá. Není bez zajímavosti, že se (v srpnu roku 2014) v Kongu objevil při nesouvisející epidemii ten samý kmen eboly (CDC, Outbreaks Chronology: Ebola Virus Disease, 2014).

Na obrázku č. 1 je možné vidět distribuci všech případů propuknutí eboly v Africe. Mimo Afriku se ebola zatím vyskytla pouze v zemích, kam byli poslání nakažení lidé na léčení (např. Švýcarsko, Francie, Německo), kde se objevily zavlečené případy (USA), výjimečně došlo k přenosu z člověka na člověka (Španělsko, USA; Ashkenas a kol., 2014), ještě vzácnější jsou případy laboratorních nehod (Rusko, Anglie; CDC, Outbreaks Chronology: Ebola Virus Disease, 2014).

**Shrnutí:** Ebola se poprvé objevila v r. 1976, od té doby propuklo několik epidemií. Existuje pět rozdílných kmenů eboly, které jsou různě nebezpečné. Jeden z nich dokonce pro člověka nepředstavuje žádné riziko. Nejnebezpečnější je kmen Zair, který zabíjí až 90 % všech nakažených. Tento kmen má na svědomí současnou epidemii, která je nejhorší v historii.

### 3. Biologická povaha nemoci

Podle CDC patří **ebola virus, původce krvácivé horečky**, do rodiny filovirů (*Filoviridae*). Kromě něj do této skupiny spadá ještě virus Marburg. Viry z této rodiny mají nitkovitý tvar (Obr. č. 2). Jak už bylo popsáno v předchozí kapitole, ebola virus má pět kmenů, které se liší v nebezpečnosti a fatalitě. Jedná se o kmeny Zair, Súdán, Reston, Taï Forest a Bundibugyo. Tyto kmeny způsobují úmrtnost od 25 % do 90 %, přičemž nejmrtelnější z nich je Zair (který zabíjí až 90 % všech nakažených), nejméně nebezpečný pak je Reston, který se na člověka vůbec nepřenáší. Kmen Taï Forest se objevil pouze jednou a nakažený člověk se dokázal plně zotavit, kmen Bundibugyo způsobuje nejnižší mortalitu, okolo 30 %, kmen Súdán zabíjí okolo 50-60 % nakažených (CDC, Viral Hemorrhagic Fevers (VHFs), 2014).

O virech z této skupiny toho stále **víme relativně málo**. Může za to hlavně rychlost, s jakou infekce probíhá a také to, že se nejčastěji objevuje v odlehlých částech Afriky (dá se předpokládat, že o mnoha případech se zdravotníci nikdy nedozvěděli a nedozví) a pokud už epidemie propukne, je během ní velmi **obtížné provádět výzkum**. Neznáme například detaily mechanismu, kterým se virus replikuje uvnitř napadené buňky (byť existují teoretické hypotézy o tomto procesu). Výzkumníci také teprve nedávno zjistili, kde viry přežívají v latentních fázích mezi jednotlivými epidemiemi. Zdá se, že jedním z hlavních přírodních „rezervoárů“ filovirů jsou netopýři (otázkou však zůstává, zda těchto rezervoárů není víc). Není znám ani přesný biochemický mechanismus, kterým se člověk z těchto virových ložisek nakazí. V okamžiku, kdy však k tomuto nakažení dojde, se virus začíná **šířit i přímo z člověka na člověka** (CDC, Viral Hemorrhagic Fevers (VHFs), 2014).

Podle WHO se dá předpokládat, že virus eboly se do těla člověka dostane **blízkým kontaktem s krví, výměšky, výkaly, orgány nebo jinými tělními tekutinami nakažených zvířat**. To jsou převážně **netopýři (*Pteropodidae*), opice, antilopy a dikobrazové**<sup>2</sup>. Vzhledem k tomu, že tyto zvířata jsou v Africe běžnou součástí jídelníčku, je nebezpečí přenosu vysoké. V okamžiku, kdy se ebolou nakazí člověk, virus se přes něj může začít šířit mezi další osoby (avšak až od okamžiku, kdy nemoc propukne, **v inkubační době je nakažený neinfekční**). Přenos mezi lidmi probíhá **při přímém kontaktu** (přes sliznici nebo narušenou tkáň) **s tělesnými tekutinami nakaženého** (kam patří krev, ale i stolice, pot, sliny, moč a sperma). Je možné se nakazit i **prostřednictvím infikovaných předmětů** (injekčních stříkaček, záchodového prkénka, špinavého oblečení, zpceného ložního prádla), které se dostanou do kontaktu se sliznicí nebo porušenou tkání. Člověk, který se úspěšně vyléčí, přestává být infekční v okamžiku, kdy virus eboly zmizí z jeho krve a výměšků. Proto je potřeba, aby uzdravení potvrdily laboratorní testy. V momentě, kdy lékaři určí, že virus už se v těle pacienta nadále nenachází, může se vrátit domů, aniž by hrozilo nebezpečí dalšího rozšíření

---

<sup>2</sup> Přenos mezi jinými druhy zvířat, například psem či kočkou a člověkem nebyl dosud prokázán, stejně tak nebylo prokázáno, že by se ebola mohla šířit prostřednictvím komárů nebo jiného hmyzu (CDC, Questions and Answers about Ebola, Pets, and Other Animals, 2015).

nákazy. Důležitá je ovšem skutečnost, že **virus může přežít ve spermatu, a to i 7 týdnů od vyléčení**. Proto je potřeba, aby vyléčení muži v této době používali při sexu prezervativ nebo se sexuálnímu kontaktu úplně vyhnuli (WHO, Frequently asked questions on Ebola virus disease, 2014). Lidé, kteří se z této infekce plně zotaví, jsou **proti dalšímu nakažení imunní a to minimálně dalších deset let**. Nevíme jistě, zda tato imunita může přetrvat po celý život, ani to, zda imunita vůči jednomu kmeni eboly automaticky znamená imunitu proti všem ostatním (CDC, Q&As on Transmission, 2014).

Jak píše Svršek, **inkubační doba** eboly se pohybuje od 2 do 21 dní, nejběžněji se ovšem projeví **mezi 3 až 10 dny** od nakažení. Samotné onemocnění pak probíhá velmi rychle, většinou trvá pouze 7 až 14 dní (Svršek, 2003). Podle WHO mezi první **příznaky eboly** patří náhlé propuknutí **vysokých horeček** (což je ovšem typické i pro malárii), člověk pociťuje velkou slabost, má bolesti svalů, hlavy a krku. Tyto příznaky jsou brzy následovány **zvracením, průjmami a vyrážkami** (které už jsou téměř nezaměnitelnými projevy hemoragické horečky) spojenými s **poškozením jater a ledvin**. To vše může být provázeno **vnitřním i vnějším krvácením**. Z laboratorního hlediska je možné zaznamenat sníženou hladinu bílých krvinek a krevních destiček, spojenou se zvýšeným množstvím jaterních enzymů (WHO, Frequently asked questions on Ebola virus disease, 2014). Svršek popisuje, že nástup hemoragické horečky je obvykle velmi náhlý. Jako první se objevují nespecifické příznaky, **únava a malátnost, vysoké horečky a celkové oslabení organismu**. Pak přichází **průjmami a zvracením**, příznaky se postupně zesilují, **krevní tlak poklesne a horečka už neustupuje**. Objevuje se krvácení, postiženému zrudnou oči, na kůži má podlitiny, **krváčí ze všech tělesných otvorů, kůže** je na mnoha místech také narušená a krvácí. Pacient nakonec upadá do šoku. Objevuje se **hepatitida** (záněty jater) a **encefalopatie** (Svršek, 2003).

Když virus eboly pronikne do lidského těla, první věcí, na kterou se zaměří, je **vyřazení imunitního systému**. Poté, když se organismus stane bezbranným, začne s obrovskou rychlostí **likvidovat cévní systém**. Jak píše Servicková, stále nevíme vše o tom, jak celý tento proces probíhá. To, co víme, je, že první útok směřuje na dendritické buňky. Úkolem těchto buněk je rozpoznat infekci a aktivovat T-lymfocyty, bílé krvinky, které dokážou zlikvidovat všechny napadené buňky, jež virus využívá k tomu, aby se dál replikoval. Ovšem v okamžiku, kdy dendritické buňky nemohou vydat signál k jejich aktivaci, T-lymfocyty nedokážou na napadení organismu zareagovat a stejně tak nezačnou s obranou ani protilátky, jejichž reakce přímo závisí na T-lymfocytech. Ebola tedy nic nebrání v tom, aby velmi rychle násobila svoje počty a rozšířila se po celém organismu (Servick, 2014).

Servicková popisuje další průběh infekce ebolou. Viry volně proudí organismem. Jediná část imunitního systému, která proti nim není zcela bezbranná, jsou makrofágy (které zodpovídají za nespecifickou imunitu). Ty, v okamžiku, kdy se setkají s infekcí, začnou produkovat protein, který spouští koagulaci. Kvůli tomu v cévách vznikají **drobné shluky krevních sraženin**. Ebola způsobuje **závažnou zánětlivou reakci**, proto se zároveň produkuje další protein, který na ní upozorňuje, současně však oslabuje vnitřní epitelovou vrstvu **cév** a

tak způsobuje, že místy **prosakuje**. Jak infekce postupuje a stává se vážnější, množství obou proteinů se stále zvětšuje a působí další a další poškození organismu (Servick, 2014). Průtok krve cévami se kvůli sraženinám a únikům krve zpomaluje, jak popisuje Svršek. **Sraženiny se lepí na stěny cév a brání krvi v proudění**. Shluky se spojují do mozaikovitých útvarů schopných **ucpat i velké žíly**. Tyto mozaiky se občas rozpadají a tok krve pak zanáší menší části krevních tělísek do úzkých kapilár, které se tak úplně zacpou. **Sraženiny se dostávají i do dalších důležitých orgánů** (jater, mozku, ledvin, plic, střev) a **způsobují nekrózu** jejich tkání. To samé se děje i s kůží. Na té se navíc objevují ještě petechie, což jsou červené skvrny způsobené krvácením a popraskáním vlásečnic a makropapulární vyrážka (bílé pupínky s malými červenými skvrnami). **Kůže praská** a praskliny se ucpávají další vytékající krví, jak je vidět na obrázku č. 3. Podlitiny se postupně zvětšují a **krev prosakuje kůží**, která se i při jemném dotyku snadno strhává a ztrácí veškerou svou pevnost a integritu. To vše je doprovázeno **záchvaty zvracení a průjmy**, ve kterých se objevuje stále více a více krve. Pacient krvácí také z nosu, úst, uší i očí, ženy často také z vagíny (Svršek, 2003).

Jak píše Geggelová, toto **krvácení se objevuje až v posledních fázích infekce, zpravidla 24 až 48 hodin před smrtí** pacienta. Je však důležité poznamenat, že k takzvanému **hemoragickému syndromu**, jak je toto krvácení odborně nazýváno, dochází **jenom ve 30-50%** případů, tedy, u velké většiny pacientů se vůbec neobjeví. Při současné epidemii (2014) se hemoragický syndrom projevil dokonce pouze u 18 % pacientů. To sice znamená větší naději pro nakažené, ale je pravděpodobné, že kvůli absenci hemoragického syndromu nebyla současná epidemie rozpoznána dostatečně rychle a proto se ebola rozšířila víc, než kdykoliv předtím (pokud se totiž u pacientů neobjeví krvácení, je **značně obtížné odlišit ebolu od jiných onemocnění** jako je například malárie nebo břišní tyfus). Proč se u některých nemocných tento syndrom rozvine a u jiných ne je v současné době předmětem výzkumů (Geggel, 2014). Z dat získaných při jedné z minulých epidemií eboly Súdán (rok 2000, Uganda) se dá podle Servickové vyvodit, že **přežití závisí na genetické výbavě**. Větší naději mají ti, jejichž imunitní systém dokáže na infekci eboly lépe zareagovat (díky tomu, že se u nich vyskytuje určitá varianta proteinu sloužícího ke komunikaci bílých krvinek - tento protein se nachází na povrchu T-lymfocytů a zajišťuje, že se jich aktivuje větší množství). Dalším prediktorem přežití je protein produkovaný krevními destičkami, který se pravděpodobně podílí na snaze organismu opravit poškozené cévy. Tento protein by také mohl pomoci při léčbě ostatních nakažených (Servick, 2014).

Jak píše Svršek, **smrt** u pacientů nakažených ebolou nastává **v důsledku mnohočetného selhání orgánů anebo šoku**, ke kterému dochází **kvůli poklesu krevního tlaku**. Nekróza, vznikající ucpáním cév, způsobuje **masivní odumírání tkání**. **Mozek poškozuje** i nedostatek kyslíku, díky kterému odumírají jak neurony, tak gliové buňky. Jedním z následků je mrtvice, která často způsobí **ochrnutí celé poloviny těla**. Poškození mozku je časem natolik vážné, že pacient dostává silné **epileptické záchvaty**. Jeho tělo prochází sérií křečovitých stahů a končetiny neovladatelně buší do podložky. Ve výstelce očních bulv se rozkládá tkáň a spolu s krví vytéká očima ven. Pacienti mohou **snadno**



**oslepnout.** Odlupuje se i **výstelka na jazyku**, kterou nemocný nakonec obvykle vyvrhne, a další záchvaty zvracení mu způsobují **obrovské utrpení**. To samé se stane i s povrchem hrtanu a průdušnice. V plicích se hromadí mrtvé buňky, které umírající vykašlává spolu s hleny. V důsledku obrovských ztrát krve dochází k **poklesu krevního tlaku a ochabnutí srdce**. Napadeny jsou i další orgány: játra hypertrofují, měknou a praskají, ledviny se plní krevními sraženinami a nedokážou nadále zachovat svou funkci. Organismus je proto **intoxikován** nebezpečnými odpadními látkami, především močovinou. Střeva se plní mrtvou tkání a sraženou krví. Ty společně s jejich vnitřní výstelkou odchází ven z těla. **Orgány se postupně rozpadají**, jak ebola rozkládá kolagen, který je drží pohromadě. V důsledku některého z výše popsaných stavů nakonec pacient umírá (Svršek, 2003). Různé fáze nakažení ebolou ukazují obrázky 4, 5 a 6. Tělo je **infekční i po smrti** nakaženého. Riziko nákazy je dokonce ještě větší, protože z mrtvého těla unikají tekutiny všemi otvory (WHO, Frequently asked questions on Ebola virus disease, 2014). Na předmětech, které přišly do kontaktu s nakaženým, dokáže virus eboly v příznivých podmínkách (teplo a sucho) přežít i řadu hodin a v zaschlé krvi i řadu dní, nakažené tělo je infekční ještě dlouhou dobu od úmrtí pacienta (CDC, Q&As on Transmission, 2014).

**Shrnutí:** Inkubační doba eboly se pohybuje mezi 2-21 dny (nejčastěji se projeví mezi 3-10 dny od nakažení). Během inkubační doby je dotyčný neinfekční. Ebola se na prvního člověka přenese nakažením od zvířete (nejčastěji netopýrů, ale rizikové jsou i opice, antilopy, anebo dikobrazové). K nákaze dochází při konzumaci nakaženého nebo uhynulého zvířete, nebezpečný je ale i kontakt s jeho výkaly nebo libovolný fyzický kontakt s takovýmto zvířetem. Ostatní zvířata (jako psi a kočky) nebezpečí nepředstavují a dosud ani nebylo prokázáno, že by se ebolou vůbec mohla nakazit. Stejně tak dosud nebyl prokázán přenos hmyzem (moskyty či komáry). Mezi lidmi se ebola přenáší prostřednictvím tělesných tekutin (především krve, slin, potu, spermatu, moči a výkalů), nakažlivé mohou být ale i předměty, kterých se nemocný dotkl (kvůli výraznému pocení při vysokých horečkách, otevřeným ranám apod.), například záchodové prkénko, oblečení, ložní prádlo nebo injekční stříkačky. V příznivých podmínkách na nich ebola může přežít řadu hodin. Tělesné tekutiny (i zaschlé) jsou infekční několik dní. Ebola zůstává ve spermatu až 7 týdnů po vyléčení. Těla zemřelých jsou nakažlivá i po smrti, nebezpečí se dokonce kvůli rozkladu a rozpadu tkání zvyšuje. Za vyléčené jsou považováni ti lidé, u kterých laboratorní testy potvrdí, že v těle už nemají žádné viry eboly. Takto vyléčení lidé jsou proti ebole imunní, není však jisté, jestli tato imunita vydrží celý život, ani to, zda funguje proti všem kmenům eboly. Prvním příznakem eboly jsou náhlé vysoké horečky, únava, slabost, bolesti svalů, hlavy a krku (tyto příznaky ale může vykazovat i nakažený malárií nebo břišním tyfem). Ebolu lze rozpoznat až v další fázi, kdy se objevuje zvracení, průjemy a vyrážky. Spolehlivě však tuto diagnózu mohou potvrdit pouze laboratorní testy. U zhruba 30-50 % lidí se rozvine hemoragický syndrom, způsobující silné krvácení ze všech tělesných otvorů.

## 4. Léčba a léky

Podle CDC proti ebolě zatím neexistuje žádná schválená a otestovaná vakcína, ani žádný lék schválený Úřadem pro kontrolu potravin a léčiv (FDA - Food and Drug Administration). Proto **můžeme léčit pouze symptomy** nemoci. Tělo tak dostává šanci (a čas) bojovat proti ní svými vlastními prostředky. Pokud je tato léčba zahájena hned na začátku infekce, šance na přežití se signifikantně zvyšuje. Základní léčba, kterou lze pacientům s ebolou poskytnout, spočívá především v **udržování dostatečné hydratace** (respektive dostatečného množství krve v žilách) a **stálé hladiny elektrolytů** (pomocí intravenózního doplňování tekutin a tělesných solí). Dále je důležité udržovat stálou **hladinu krevního tlaku a kyslíku** v krvi. Mimo to je možné **léčit další infekce** a symptomy, pokud se objeví. Velký podíl na tom, jestli pacient přežije nebo ne má ovšem jeho **imunitní systém**. Proto je odpověď imunitního systému jedním z nejlepších prediktorů přežití (CDC, Treatment, 2014). Dále je možné dodávat do těla **koagulační faktory** (zabraňující dalším únikům krve) nebo **heparin**, pokud se objeví krevní sraženiny způsobené nadměrnou produkcí látek zajišťujících srážení krve, jak bylo popsáno výše. Důležitá je také **výživa pacientů** (King, 2014).

Podle WHO probíhá v současnosti **vývoj několika vakcín**. Nejdále jsou aktuálně testy vakcín ChAd3-ZEBOV (jejímž autorem je GlaxoSmithKline ve spolupráci s United States National Institute of Allergy and Infectious Diseases) a rVSV-ZEBOV (pocházející od NewLink Genetics a Merck Vaccines USA společně s Public Health Agency of Canada). Každá vakcína musí projít preklinickými testy a pak třemi fázemi klinických testů<sup>3</sup>. Vakcíny typu ZEBOV obě prošly první fází klinických testů a na únor roku 2015 byla naplánována druhá fáze testů u vakcíny ChAd3-ZEBOV. Třetí fáze by měla následovat v dohledné době po tom. Další vyvíjené vakcíny pochází od firem Johnson & Johnson a Bavarian Nordic a lze je dohledat pod názvy Ad26-EBOV a MVA-EBOV. Tyto vakcíny procházely první fází klinických testů v lednu 2015. Kromě toho se pracovalo na dalších sedmi vakcínách s různými mechanismy účinku. Jejich vývoj se v době vzniku tohoto materiálu ještě nedostal do stadia klinických testů (WHO, Ebola vaccines, therapies, and diagnostics, 2015).

Podle WHO **aktuálně neexistuje žádný lék na ebolu**, u kterého by testy prokázaly jeho plnou funkčnost bez nebezpečných vedlejších účinků. Přesto se každý den objevují **nové návrhy** na použitelné léky. Některé z nich jsou nově vytvářeny, další měly původně sloužit

---

<sup>3</sup> Během preklinických testů je vakcína vyzkoušena na zvířatech a otestována v laboratořích, aby se zjistilo, jestli opravdu funguje tak, jak má a jestli nezpůsobuje nebezpečné vedlejší účinky. Později v první fázi klinických testů je vakcína aplikována 20 až několika stovkám zcela zdravých lidí, u kterých se pak testuje imunitní reakce. Je důležité ověřit, že vakcína je bezpečná a určit, jaké jsou nejběžnější nežádoucí účinky. Ve druhé fázi je vakcína podána stovkám až tisícům dalších lidí, mezi kterými jsou i děti, senioři a lidé žijící s HIV. Cílem je zjistit, jestli vakcína funguje i v širší populaci a stanovit optimální a bezpečné složení, které zajistí vytvoření protilátek. Ve třetí fázi je vakcína nasazena v ohrožené populaci a na vzorku od tisíců do desetitisíců lidí je ověřeno, zda opravdu dokáže zabránit nákaze. I tyto testy poskytují další informace o bezpečnosti vakcíny.

k léčbě jiných virových onemocnění, ale ukázalo se, že mohou být užitečné i při boji s ebolou<sup>4</sup> (WHO, WHO Meeting of the Scientific and Technical Advisory Committee on Ebola Experimental Interventions, 2014).

Kromě léků se k boji s ebolou zkoušely (a byla jim přikládána velká priorita) **přípravky vyrobené z krve uzdravených pacientů**, nebo dokonce přímo **transfúze této krve**. V Sierra Leone proběhly první testy s transfúzemi celé krve od lidí, kteří se zotavili z eboly, zatímco v Libérii byl zkoušen účinek krevní plazmy vyléčených. V Guinei bylo rovněž plánováno provést podobné testy. Tento přístup k léčbě má velkou naději na úspěch, i když data, která by mohla prokázat jeho efektivitu, zatím chybí. Jisté je, že během epidemií se v klíčových oblastech vyskytuje velké množství potenciálních dárců. Také dosavadní zkušenosti s touto metodou vzbuzují naději, byť jsou zatím statisticky neprůkazné (WHO, WHO Ebola R&D Effort – vaccines, therapies, diagnostics, 2014).

V západní Africe funguje v současnosti řada **léčebných center**. Jejich mapu lze nalézt na obrázku 7. Zařízení a uspořádání takového centra lze nalézt na obrázku č. 8. Jako první pacient v takovémto centru podstoupí **triáž** (třídění). Pacienti, kteří vykazují **jasné známky onemocnění** ebolou jsou přesunuti do speciálního oddělení, kde se začne s jejich léčbou. Ostatní pacienti jsou rozděleni (pokud to podmínky dovolují) podle pravděpodobnosti, že byli nakaženi **do dvou rozdílných karantén**. Za všech okolností by však mělo být dodrženo, že pacienti s potvrzenou diagnózou jsou umístěni do odlišných prostor než ti, u kterých nebyla nemoc zatím prokázána. Protože takovýchto center nebyl dostatek, začaly se zřizovat i takzvaná **komunitní léčebná centra**, která poskytují alespoň **základní péči** (Patterson, 2014).

Pacienti, kteří se z eboly uzdraví, trpí často **dlouhodobými následky**. WHO cituje doktorku Nanyongovou, která tento stav nazývá **post-ebola syndromem**. Podle jejích zkušeností se objevuje přibližně u 50 % přeživších. Projevuje se především **potížemi se zrakem**. Ty začínají jako neostré vidění, v některých případech se však tento stav zhoršuje **až k úplné slepotě**. K tomu se přidružují **bolesti** v různých částech těla, hlavně **v kloubech, svalech a na hrudi**. Časté jsou také **bolesti hlavy** a **extrémní únava**, která přeživším ztěžuje návrat do jejich původních životů a k jejich původním úkolům, které většinou zahrnují těžkou fyzickou práci (WHO, Sierra Leone: Helping the Ebola survivors turn the page, 2014). Podle Neporentové to není nic výjimečného. Ve svém článku cituje doktora Schaffnera, který

---

<sup>4</sup> Nejslibnější z nich jsou Favipiravir a Brincidofovir. První z nich, pocházející z Japonska, byl původně vyvíjen jako lék použitelný v případě pandemie nového typu chřipky a měl by fungovat proti různým typům RNA-virů. Zatím byl aplikován 4 pacientům, a přestože z tohoto experimentu nelze vyvodit žádné závěry, zdá se, že nemá ohrožující vedlejší účinky. Klinické testy, jichž úkolem je ověřit jeho účinnost začaly v prosinci roku 2014. První výsledky by se měly objevit v průběhu ledna 2015. Druhý kandidát, lék Brincidofovir, pochází z USA a původně měl pomáhat proti cytomegaloviru. I tento přípravek byl experimentálně podán pěti nakaženým a bylo zjištěno, že ani on nezpůsobuje žádné další zdravotní ohrožení. Klinické testy tohoto léku začaly v lednu roku 2015. Na seznamu WHO je kromě nich dalších dvanáct přípravků, které by mohly ebolu potenciálně vyléčit. Mezi nimi je i mediálně známý Zmapp, který procházel první fází testů v lednu 2015. Ostatní z těchto léků byly v různém stádiu vývoje (WHO, Categorization and prioritization of drugs for consideration for testing or use in patients infected with Ebola, 2015).

připomíná, že **většina přeživších žila před nakažením v chudobě a neměla dostatečnou výživu**. Při epidemii eboly, která proběhla v roce 1995 v Kongu, se zjistilo, že dlouhodobé následky se týkají většiny dotazovaných přeživších, a to i rok a půl od uzdravení<sup>5</sup> (Neporent, 2014). **Nitrooční zánět** (uveitida) kromě ohrožení vidění způsobuje nadměrné slzení, světloplachost a přecitlivělost. **Bolest kloubů** (arthralgia), spolu s přidruženými symptomy jsou důsledkem imunitní reakce organismu na silný zánět, který ebola způsobuje. Tyto stavy se dají léčit (Firger, 2014). Pacient je považován za zdravého v okamžiku, kdy se v jeho krvi ani dalších tělesných tekutinách nevyskytuje žádný virus. Nemocní, kteří se z eboly zotaví, jsou proti ní imunní. V současnosti víme, že tato imunita vydrží minimálně deset let (CDC, Q&As on Transmission, 2014).

**Shrnutí:** Proti ebole doposud neexistuje žádná schválená vakcína ani lék. Ze všech navrhovaných a testovaných vakcín mají zatím největší potenciál ChAd3-ZEBOV a rVSV-ZEBOV. Ty v současnosti prochází klinickými testy. Jako prostředek proti ebole jsou často využívány preparáty z krve vyléčených pacientů - buď kompletní transfúze krve, nebo pouze krevní plazmy. Účinnost této léčby se právě testuje. Používány jsou také léky, které byly původně určeny pro léčbu jiných virových onemocnění, samozřejmě však probíhá i vývoj nových léků. Nejperspektivněji se aktuálně jeví léky Favipiravir a Brincidofovir. Přesto jádro léčby zůstává v podpůrné terapii, jejímž cílem je udržet stálý krevní tlak a dostatek elektrolytů v krvi. Dále je možné léčit další symptomy, pokud se objeví a zajišťovat zásobu nezbytných látek v těle. Přestože tato terapie zahájená v raných fázích onemocnění signifikantně zvyšuje naději na přežití, hlavní díl práce musí vykonat organismus nemocného, především jeho imunitní systém. Ebola je léčena v léčebných centrech, zřizována jsou i komunitní centra poskytující alespoň základní péči. Lidé, kteří se z eboly zotaví, trpí často takzvaným post-ebola syndromem, který zahrnuje potíže se zrakem a s klouby, bolesti různých částí těla a únavu.

## 5. Současná epidemie (2014-2015)

Současná epidemie eboly v západní Africe je největší a nejničivější ze všech, které lidstvo doposud zažilo. V současnosti je epidemie aktivní v **Sierra Leone, Guinei a Libérii**, jak ukazuje obrázek č. 9. V pěti dalších zemích (Nigérii, Senegal, Španělsku, Spojených státech a Mali) se ebola také objevila, ale už uběhlo minimálně 42 dní (dvojnásobek inkubační doby) od okamžiku, kdy byl jakýkoliv člověk na území těchto států v kontaktu s osobou prokazatelně trpící ebolou. Jedna osoba nakažená ebolou se objevila i na území Velké Británie (CDC, 2014 West Africa Outbreak, 2015). Jedná se o 39 letou zdravotní sestru, která přicestovala ze Siery Leone. Je velmi nepravděpodobné, že

---

<sup>5</sup> Jednalo se o malý výzkum, kterého se zúčastnilo pouze 29 respondentů.

by se od ní nakazil kdokoliv další (NHS.uk, 2015). Teresa Ramosová - zdravotní sestra ze Španělska se nakazila mimo západní Afriku při ošetřování nemocných<sup>6</sup>.

Epidemie začala podle WHO velmi nenápadně. **26. prosince 2013** v malé vesničce v Guinei **onemocněl 18 měsíční chlapec** záhadnou nemocí, na kterou o dva dny později zemřel. Během druhého lednového týdne se stejná choroba objevila i u několika dalších členů z chlapcovy **nejbližší rodiny**. I oni krátce nato zemřeli. Stejnou nemocí se nakazily i **zdravotní sestry, porodní asistentky a další personál v nemocnici**, kde byl chlapec léčen. Další nakažení byli vzdálenější příbuzní z širší rodiny, kteří **onemocněli během pohřbu nebo při péči** o své umírající blízké. Pak už se nemoc začala šířit geometrickou řadou. Přibývaly další a další případy, další smrti a další pohřby. 1 února 2014 se virus dostal do hlavního města. V té době už probíhalo vyšetřování, ale protože u většiny případů **chyběl hemoragický syndrom**, první odhady směřovaly k jinému virovému onemocnění, které způsobuje průjemy a dehydrataci - k choleře. 13. března ministerstvo zdravotnictví vydalo oficiální varování a požádalo o pomoc. Tehdy byly oficiální orgány ještě přesvědčeny, že půjde o horečku Lassa. 21. března 2014 Pasteurův institut v Lyonu ve spolupráci s WHO potvrdil, že za nákazou stojí Filovirus a o den později už bylo zřejmé, že se jedná o nejnebezpečnější **kmen eboly - Zair**. Stále ještě přesně nevíme, jak se stalo, že pacient nula, onen malý chlapec z vesničky Meliandou, onemocněl takto smrtícím virem. Přesto však mají vědci teorii, jenž se zdá velmi pravděpodobná. Ta část Guinei, ze které chlapec pocházel, byla dřív zcela zalesněná, byl to prales přeplněný vegetací. Kvůli důlní těžbě a dřevařskému průmyslu však zmizelo až 80 % porostu, který dřívě Meliandou obklopoval. A divoká zvířata, která přenáší řadu různých chorob, až do té doby ukrytých v hloubi pralesa, začala hledat obživu a nové místo k životu blízko lidských osad. Ironií zůstává, že se chlapec nejspíš nakazil **od netopýrů**, kteří obývali strom, považovaný vesničany za posvátný (WHO, Origins of the 2014 Ebola epidemic, 2015).

WHO popisuje i další průběh epidemie v **Guinei**. Brzy po té, co se podařilo identifikovat virus, který způsobil nákazu, se zdálo, že je vše na dobré cestě. Počty nakažených klesaly a ke konci dubna vláda dokonce začala odpočítávat 21 denní lhůtu inkubační doby od posledního nakaženého pacienta, po jejímž uběhnutí by epidemie mohla být prohlášena za skončenou. Bohužel se jednalo o předčasný optimismus. Příčina byla prostá. **Lidé se báli víc zdravotníků v ochranných oblecích a neznámých procedur, než nemoci samotné. Ukrývali své nakažené známé, v noci tajně prováděli tradiční pohřby**, které jim vláda zakazovala, protože se při nich většina smutečních hostů nakazila od mrtvého těla a oficiálním autoritám prostě **počty nemocných nenahlašovali**. To se později dělo i v dalších zemích, nikde ale nevole místního obyvatelstva nedosáhla takové intenzity jako v Guinei, kde například **rozzlobení lidé vybili osmičlenný lékařský tým** a řada dalších zdravotníků musela na mnoha jiných místech utéct ze své mise, aby si zachránila životy. Lidé věřili, že nemoc do jejich země zavlekli právě oni a **že jejich cílem je získat orgány z mrtvých**

---

<sup>6</sup> Z preventivních důvodů byl utracen její pes, což vyvolalo protesty ochránců zvířat a rozhořčení na sociálních sítích, kde petici podepsalo 390.000 lidí.

**těl** (a proto se jim snaží bránit v tradičních pohřbech a těla odvázejí neznámo kam). Tuto představu ještě podporovalo to, že se v zasažených oblastech pohybovaly **desinfekční týmy** v ochranných oblecích, které rozprašovaly chlorin. Navíc **nemoc je v řadě oblastí Afriky vnímána spíš jako kletba, odplata za hříchy, která nemá nic společného s medicínou** a pomoci od ní může jenom šaman nebo léčitel. Některé důvody, proč lidé odmítali spolupracovat, jsou však zcela pochopitelné i pro západního člověka. Vláda neměla dostatečnou kapacitu na zvládnutí takové události a tak **pomoc často vázla**. V některých vesnicích ležela **na ulici mrtvá těla déle než týden**, než je někdo přijel pohřbít. **Cesta do léčebného centra** ze vzdálených oblastí trvala třeba i deset hodin, během kterých nedostal pacient ani napít ani najíst a **mnoho z nich během této cesty zemřelo**. K tomu všemu je potřeba připočítat **špatnou infrastrukturu, nedostatek lůžek a paliva** pro sanitky. Přesto se však v průběhu času začala situace zlepšovat. Byly ustanoveny dohledové výbory (watch committees), které měly přimět místní autority ke spolupráci. Během třetího týdne v prosinci dosáhla epidemie svého vrcholu, když přibylo 156 nakažených. Od té doby už počet nových případů nikdy nedosáhl této výše (WHO, Guinea: The Ebola virus shows its tenacity, 2015).

V **Libérii** se první potvrzený případ (podle WHO) objevil 30. března v oblasti Lofa. Virus se zpočátku šířil velmi pomalu, a přestože brzy pronikl do hlavního města, zdálo se, že všechny nakažené se podařilo identifikovat. Dokonce ještě na počátku června byla situace velmi klidná, zvláště v porovnání s okolními zeměmi. Bohužel, v polovině června ebola udeřila **v hlavním městě Morovii** naplno. I když je tohle město sídlem jediné velké oficiální nemocnice, nebyla v ní (stejně jako v žádném jiném zdravotním zařízení v zemi) izolační jednotka. Nemocnice byla těžce poškozená po občanské válce a často v ní docházelo k záplavám a požárům způsobeným elektrickým proudem. **Lékaři v Libérii nebyli na epidemii vůbec připravení**, jenom minimum z nich vědělo, jaká bezpečnostní opatření zavést a dodržovat, navíc ve většině zařízení nebyly k dispozici **žádné ochranné pomůcky, často ani gumové rukavice**. Proto se Libérie stala zemí, kde se ebolou nakazilo a na ni **zemřelo nejvíce lékařů a zdravotního personálu**. Není žádným překvapením, že v takovýchto podmínkách se epidemie začala rychle šířit. 6. srpna prezidentka Sirleafová vyhlásila **stav nouze** a zavedla restriktivní opatření, jejichž důsledkem bylo **uzavření trhů, zákaz vycházení a kontaktu s nakaženými**. Situace se přesto rychle zhoršovala. 8. září byl v Libérii největší kumulativní počet nahlášených případů, dosahující skoro dvou tisíc a asi jeden tisíc mrtvých. I když Lékaři bez hranic otevřeli v Morovii další středisko, kapacita byla hluboce pod poptávkou. Podle odhadů bylo tou dobou potřeba minimálně 1000 lůžek jenom pro pacienty, kteří procházeli akutní infekcí. K dispozici jich bylo 260. Na konci srpna vláda zavedla **karanténu ve slumu West Point, kde žilo asi 75 000 lidí** ve špatných podmínkách s nedostatečnou hygienou. **Následovaly nepokoje**, při nichž zemřel jeden dospívající chlapec. Na konci prvního zářijového týdne byla situace ještě horší. Ulice města byly přeplněné taxíky, které vozily nemocné od jedné nemocnice ke druhé a hledaly volné lůžko. Žádné takové ale nebylo. Přestože WHO a další státy poskytovaly pomoc jak materiální, tak logistickou, situace zůstávala stále stejná. Další léčebné centrum se 150 lůžky bylo otevřeno 21. září. Do 24 hodin bylo naprosto přeplněné. Na druhou stranu, z venkovské oblasti zvané Lofa, ze které se virus

původně rozšířil, začaly přicházet zprávy o poklesu nakažených a v listopadu jejich počet dokonce klesl na nulu. V Morovii ale situace nadále eskalovala. V říjnu chybělo asi 1500 lůžek. Od 5. října začaly zemi mohutně podporovat další státy, především USA. Byly zavedeny alespoň **základní bezpečnostní programy** a ke konci října se stav v hlavním městě začal pomalu stabilizovat a v listopadu poprvé poklesl počet nových případů. Tou dobou se ale začala **zhoršovat situace ve vesnicích** po celé zemi. Lidé, kteří pracovali v Morovii se kvůli nedostatku lůžek často už **nakažení vraceli domů**, občas jenom proto, **aby zemřeli mezi svými blízkými**. Na konci roku bylo v hlavním městě 10 lůžek na jednoho pacienta, ale ve vesnicích okolo byl zoufalý nedostatek pomoci a vyškoleného personálu. Pacienti z těchto oblastí **odmítali přesun do vzdálených léčebných center** a tak nakonec WHO změnilo strategii a začalo do postižených oblastí **vysílat týmy schopné rychle pomoci**. I v Libérii je epidemie v současnosti na ústupu (WHO, Liberia: a country – and its capital – are overwhelmed with Ebola cases, 2015)

Poslední zemí, kterou ebola silně zasáhla, je **Sierra Leone**. Podle WHO se v ní několik případů objevilo už krátce po propuknutí epidemie v Guineji, ale žádný z nich nevedl k dalšímu přenosu nemoci. To se změnilo 5. května. Ten den se konal **pohřeb respektované léčitelky a šamanky**, která sama zemřela na ebolu, když se pokoušela zachránit jednoho infikovaného pacienta. Kvůli jejímu věhlasu se na pohřeb sjelo obrovské množství lidí, kteří se **při tradičních pohřebních praktikách** sami nakazili (podle tradice se každý účastník musí dotknout mrtvého těla a políbit ho; Grundy, 2014). S tímto jediným pohřbem je spojeno **minimálně 365 mrtvých**. Ebola se nejvíc rozšířila v oblasti Kailahun, kde se situace zhoršila natolik, že 12. června **vláda nařídila uzavření škol, kin a dalších míst pro setkávání a zřídila kontroly na hranicích**. V největším městě v této oblasti, v Kenemě, byla k dispozici jedna státní nemocnice a zastaralá laboratoř s karanténou, která sloužila pro léčbu horečky Lassa. Pod náparem pacientů ale laboratoř nakonec vypověděla službu. 24. června bylo v Kailahunu otevřeno další léčebné centrum a o něco později i mobilní laboratoř, tou dobou už ale epidemie probíhala naplno a bylo **obtížné vystopovat všechny případy**. S tím pomáhali dobrovolníci, ale spolehlivost jejich práce byla nízká, mnoho infikovaných osob proklouzlo jejich sítím a ebola se rychle šířila dál. 29. července této nemoci podlehl jediný expert na hemoragické horečky v zemi, Sheik Humarr Khan, který vedl boj s ebolou v nejméně zasažených oblastech. To sice vyburcovalo celou zemi k reakci, jeho smrt ale zároveň vzbudila **pochyby o bezpečnosti práce zdravotních odborníků**. V srpnu mezinárodní komunita poskytla velké množství ochranných pomůcek a dalších pobídek pro zdravotníky. Ti přesto umírali dál. Až na začátku září se, po důkladném prozkoumání, jak k těmto úmrtím došlo, podařilo obnovit důvěru a plný provoz zdravotnických operací. Kapacita léčebných zařízení přesto nestačila. Lidé byli do léčebných center přijímáni pouze na základě pozitivních laboratorních testů, jejichž provedení ale zabralo až 4 dny, během kterých zůstávali doma, což v podmínkách, kde pět až šest lidí sdílí jednu postel, znamenalo nevyhnutelně další nakažené. Nakonec bylo zavedeno **inovativní řešení**, v podstatě **obrácená karanténa** - stany, ve kterých mohli zůstat zdraví členové domácnosti v době, kdy čekali na výsledky testů. V září se epicentrum epidemie přesunulo **do hlavního města Freetownu**. Podobně jako

v Libérii, i zde se nemoc **prudce rozšířila** a každý den umíralo minimálně 30 lidí. Na konci září se situace v Kailahunu stabilizovala, ale v dalších oblastech a především ve Freetownu se neustále zhoršovala. V půlce října už každý den přibývalo 400 podezřelých a potvrzených případů, navíc se nemoc rozšířila po celé zemi, a to i do oblastí, kde už dříve ustupovala. I když bylo zřízeno mnoho dalších center pro léčbu, jejich kapacita stále nestačila a **nakažení lidé museli zůstat ve svých domovech**, protože pro ně nebylo místo. To vedlo ke zřízení **komunitních léčebných center**, která poskytovala alespoň základní péči. Ta mohou být vybudována velmi rychle kdekoliv, kde je to potřeba a postarat se asi o 10 až 12 pacientů. Kromě flexibility, kterou poskytují, navíc **umožňují pacientům zůstat blízko svých domovů** (a neztratit kontakt se svými blízkými) - tudíž odpadá starost se špatnou infrastrukturou a nedostatkem vozidel. V prvním týdnu v prosinci kumulativní počet všech případů překonal Libérii, která dosud držela toto smutné prvenství. Jako odpověď vláda spustila masivní operaci Western Area Surge. Její součástí bylo poskytnutí léků na malárii lidem, kteří **se báli přiblížit k zdravotnickým zařízením ze strachu z eboly**, navýšení počtu lůžek a laboratoří a zprovoznění **telefonní linky pro lidi zasažené ebolou**. I v Sierra Leone je ebola konečně na ústupu (WHO, Sierra Leone: A slow start to an outbreak that eventually outpaced all others, 2015).

K současnému datu (6.3.2015) se ebolou **nakazilo 23983 osob** a **zemřelo na ní 9823 lidí**. Tato čísla ještě jistě porostou. Aktuální počty je možné nalézt na stránkách CDC (<http://www.cdc.gov/vhf/ebola/outbreaks/2014-west-africa/case-counts.html>) Jak se v průběhu času zvyšovaly počty nakažených v jednotlivých zemích, ukazuje obrázek č. 10.

Aktuální zprávy (podle WHO) potvrzují, že počet nově nakažených stále klesá<sup>7</sup>. Na každého pacienta nebo člověka s podezřením na ebolu připadají minimálně dvě lůžka. Jejich počet byl dokonce zmenšen, protože dochází k výraznému úbytku nových případů. V Guinei, Sierra Leone a Libérii fungují **pohřební týmy**, které se zvládají postarat o všechny zemřelé. Všechny tři země také hlásí, že se jim daří vystopovat 89-99 % všech kontaktů s potvrzenými případy eboly. Přesto však v některých regionech zůstávají čísla takto vystopovaných nových případů pod očekáváním. Během prvních týdnů v lednu 2015 to bylo okolo 53 % ze všech nově nakažených v Libérii i Guinei. Pro Sierra Leone tato data ještě nejsou k dispozici. V těchto třech zemích funguje 27 laboratoří, které mohou potvrdit, kdo je a kdo není infikován<sup>8</sup>. V těchto třech zemích **umírá přibližně 57-59 % všech pacientů** s ebolou, kteří jsou léčeni v nemocnicích. Tato čísla se příliš neliší od začátku epidemie (WHO, Ebola Situation report, 2015). Další údaje o zemích, kde je epidemie stále aktivní a aktualizované statistiky je

---

<sup>7</sup> Hodnota, ve které je tento pokles udáván, se rovná počtu dní, za který se přírůstek nových případů zmenší o polovinu. V Guinei k tomu dochází každých 1,4 týdne (10 dní), v Libérii každé dva týdny a v Sierra Leone každé 2,7 týdne (19 dní). Pro představu - v týdnu od 12. do 18. 1. se nakazilo 20 lidí v Guinei, 8 v Libérii a 117 v Sierra Leone. Každá z těchto zemí má dostatečnou kapacitu lůžek pro potvrzené případy i karanténu.

<sup>8</sup> Aby zvládaly vyhodnotit dostatečně rychle všechny vzorky, je potřeba zprovoznit ještě 5 dalších. Nejrychleji pracují laboratoře v Guinei, které na vyhodnocení jednoho vzorku potřebují 1,37 dne, v Libérii je to 2,03 dne a v Sierra Leone 2,32 dne.



možné najít na stránkách WHO (<http://www.who.int/csr/disease/ebola/situation-reports/en/>). Přestože je epidemie eboly podle WHO v současnosti na ústupu, situace, ve které zůstanou zasažené země i po jejím skončení je kritická. Ze zdravotní krize se velmi rychle stává **krize ekonomická, sociální a humanitární**. Docházejí zásoby, upadá ekonomika, není nikdo, kdo by se postaral o sirotky a pozůstalé, turisté ze zasažených oblastí úplně zmizeli, řada aerolinek přestala do těchto míst posílat svá letadla, školy a obchody nefungují, stejně jako další zdravotnické programy, které tu dřív pomáhaly, například proti malárii. Bude potřeba ještě hodně práce, než se následky podaří alespoň částečně minimalizovat (WHO, Ebola response: What needs to happen in 2015, 2015).

**Shrnutí:** Epidemie eboly v současnosti probíhá ve třech zemích - v Guinei, Libérii a Sierra Leone. Zavečena byla i do dalších šesti zemí, situace v nich je však pod kontrolou. Jedná se o nejhorší epidemii eboly vůbec, při níž se nakazilo téměř 24.000 osob a zemřelo jich okolo 10.000 (aktuální data jsou k dispozici na stránkách CDC: <http://www.cdc.gov/vhf/ebola/outbreaks/2014-west-africa/case-counts.html>). První případ se objevil v Guinei a trvalo skoro tři měsíce, než byl jeho původce identifikován jako virus eboly. Tato epidemie se v mnohém liší od těch předchozích. Podle WHO je rozdíl v tom, že v rovníkové Africe (na kterou se nemoc doposud omezovala) lidé ebolu znají a zdravotníci vědí, jak pracovat s nakaženými, zatímco v západní Africe takové povědomí neexistuje. Nemocnice ani laboratoře nejsou na takovou nemoc připraveny (navíc jsou v dezolátním stavu kvůli špatné hospodářské situaci a dlouhotrvající občanské válce) a lidé (ani jejich vládní představitelé) nevědí, jak takové hrozbě čelit. Mezi další faktory, které k rychlému rozšíření přispěly, bylo malé procento pacientů s hemoragickým syndromem, otevřené hranice, které lidé často překračují bez jakékoliv kontroly (což komplikuje dohledávání rizikových osob a způsobuje příval nemocných, kteří cestují do oblastí, kde se ebolu podařilo potlačit, protože tam jsou k dispozici volná lůžka), nedostatek lékařů - zhruba 1 až 2 na 100 000 osob (z nichž se navíc mnoho také nakazilo a zemřelo), tradice a kulturní zvyky (především tradiční pohřby a pohřební rituály, jako spaní poblíž mrtvých, líbání a dotýkání se těla při pohřbech a podobně), spoléhání se na pomoc lidových léčitelů (pojetí nemoci jako kletby), odpor komunity a stávky lékařů (kteří byli přepracovaní, nedostávali zapláceno a navíc se obávali o vlastní zdraví), přesvědčení, že nemoc je nevléčitelná (které podporovaly informace v oficiálních médiích - jejich cílem bylo motivovat lidi k větší opatrnosti, ale tyto chyby v krizové komunikaci vedly spíše k nedůvěře vůči západní medicíně a snaze dopřát svým nejbližším pohodlnou smrt v jejich domovech), šíření nemoci skrz leteckou dopravu, podobnost eboly jiným infekčním nemocem (podobnost s malárií, cholerou, horečkou Lassa), rozdílná genetická stavba viru, rozšíření v rozsáhlých a hustě obydlených oblastech a dlouhá doba trvání epidemie (WHO, Factors that contributed to undetected spread of the Ebola virus and impeded rapid containment, 2015). V současnosti je epidemie naštěstí na ústupu a počty nově nakažených klesají. K dispozici je také dostatek lůžek pro nemocné. Přesto v zasažených oblastech v budoucnu hrozí rozsáhlá sociální, humanitární a ekonomická krize.

## 6. Bezpečnostní opatření

Podle CDC existují tři možné způsoby, jak se ebolou nakazit. První z nich je **kontakt s divokými zvířaty**, především netopýry a opicemi. To je v prostředí České republiky prakticky vyloučené, v případě cesty do Afriky je lepší se těmto zvířatům, obzvláště uhynulým, vyhnout. Také je bezpečnější nekonzumovat žádný pokrm uvařený z těchto zvířat. Druhá možnost, jak se nakazit, je **prostřednictvím tělesných tekutin od člověka infikovaného ebolou** anebo zemřelého na ebolu. Jedná se o všechny tělesné tekutiny, krev, sliny, pot, moč, výkaly, zvratky, slzy, sperma, mateřské mléko a cokoliv dalšího. Virus přes ně může proniknout do těla dalšího člověka, pokud dojde k jejich kontaktu s porušenou kůží anebo sliznicí. Je potřeba dát si pozor i na drobné oděrky na kůži, na oči, ústa a nos. Ebola se nepřenáší v inkubační době, jestliže však přejde do akutní fáze, **prvním symptomem je vysoká horečka** (samozřejmě horečka neznamena vždy ebolu, pokud ale existuje důvod obávat se, že jí dotyčný trpí, je horečka dobrým poznávacím znamením). Pacient, u kterého ebola propukne, je **vysoce infekční**. V podstatě všechny symptomy eboly zvyšují její nakažlivost. Díky horečce se nemocný hodně potí. Průjemy, zvracení i krvácení znamenají další způsoby šíření viru (CDC, Prevention; CDC, Transmission, 2014). **Mrtvé tělo je z hlediska nakažlivosti ještě nebezpečnější** než živý nemocný člověk. Všichni mrtví by měli být okamžitě pohřbeni, a to nejlépe profesionálním týmem vybaveným ochrannými pomůckami (WHO, Frequently asked questions on Ebola virus disease, 2014). K dispozici je dokonce podrobný manuál vytvořený WHO, jak takovýto **bezpečný a důstojný pohřeb provést**. Mezi hlavní body, které uvádí, patří **komunikace s rodinou zemřelého**, které je umožněno **rozloučit se a provést pohřební rituály nebo jejich bezpečnou alternativu** (například místo omývání těla mrtvého je možné tělo polévat vodou), **respekt k tradicím** (odlišné postupy uplatňované u muslimských a křesťanských pohřbů), **bezpečný způsob nakládání s tělem** (popis ochranných pomůcek, postupu při uložení těla do plastového pytle), postup při likvidaci kontaminovaných předmětů a zapojení místních duchovních vůdců. Celý manuál je k dispozici na <http://www.who.int/csr/resources/publications/ebola/safe-burial-protocol/en/> (WHO, How to conduct safe and dignified burial of a patient who has died from suspected or confirmed Ebola virus disease, 2014). Třetím možným způsobem, jak se ebolou nakazit je **kontakt s kontaminovanými objekty**, například jehlami, ložním prádlem nebo záchodovým prkénkem (CDC, Transmission, 2014). Na těchto předmětech může virus přetrvat i řadu hodin. Pokud se na nich vyskytují zaschlé tělní tekutiny (třeba krev či pot na prostěradle) mohou být infekční i řadu dní (CDC, Q&As on Transmission, 2014).

Při kontaktu s lidmi z komunit, ve kterých probíhá epidemie eboly, by měla být podle WHO dodržena **základní bezpečnostní opatření**. Vzdálenost od člověka, se kterým mluvíte, musí být **minimálně jeden metr**. Je potřeba **vyhnout se potřesení rukou**. **Ochranné pomůcky není třeba využívat, pokud ti, se kterými jste v kontaktu, nevykazují žádné známky nákazy** (horečka, zvracení, průjem) a pokud se vyhnete kontaminovanému prostředí. Avšak vždy je potřeba mít u sebe **dezinfekční roztok a mýt si dostatečně často a vhodným způsobem ruce**. Lidé, kteří přichází do přímého kontaktu s nemocnými, by měli být

vždy vybaveni ochrannými pomůckami (WHO, Interim Infection Prevention and Control Guidance for Care of Patients with Suspected or Confirmed Filovirus Haemorrhagic Fever in Health-Care Settings, with Focus on Ebola, 2014).

Virus eboly se dá snadno **zlikvidovat pomocí vysokých teplot, přípravků na bázi alkoholu, bělidlem** (chlornan sodný) nebo **bělicím práškem** (chlornan vápenatý) ve vhodných koncentracích. Použitelná je i široká řada běžně dostupných dezinfekčních prostředků, jako jsou aldehydy, halogeny, peroxidy, fenoly a kvarterní amoniové sloučeniny (WHO, Interim Infection Prevention and Control Guidance for Care of Patients with Suspected or Confirmed Filovirus Haemorrhagic Fever in Health-Care Settings, with Focus on Ebola, 2014).

**Shrnutí:** Ebola se přenáší při kontaktu tělesných tekutin nakaženého se sliznicí nebo poraněnou kůží dalšího člověka. Také je možné nakazit se od infikovaných zvířat nebo kontaminovaných předmětů, které mohou být nebezpečné i po několik hodin od kontaminace. Pokud se na nich nachází zaschlé tělní tekutiny, tak se doba možné infekce prodlužuje na několik dní. Velmi nebezpečná jsou také mrtvá těla, která je potřeba pohřbit rychle, bezpečně a s respektem k tradicím pozůstalých. Při kontaktu s lidmi, u kterých existuje riziko, že byli eboly vystaveni, je potřeba dodržovat bezpečnou vzdálenost alespoň jeden metr, nepotřásat si s nimi rukama, používat dezinfekci a pravidelně si mýt ruce. Pokud dotyčný nevykazuje známky nákazy (horečka, průjem, zvracení), není při kontaktu s ním potřeba nosit ochranné pomůcky, jinak je to ale nezbytné. Zároveň je potřeba se vyhnout nebezpečí pramenícímu z kontaminovaného prostředí. Virus eboly lze odstranit pomocí vysokých teplot, přípravků na bázi alkoholu, bělidlem (chlornan sodný) nebo bělicím práškem (chlornan vápenatý) a dalšími běžně dostupnými dezinfekčními prostředky (aldehydy, halogeny, peroxidy, fenoly a kvarterní amoniové sloučeniny).

## 7. Ebola v České Republice

Epidemie eboly v Evropě, a tedy ani v České republice nehrozí, jak říká Marc Spender, ředitel ECDC. Může se stát, že sem budou nějaké případy importovány, dokonce i to, že dojde k **jednotlivým přenosům**, vzhledem ke kvalitě zdravotní péče a fungujícím orgánům státní správy je ale **větší šíření prakticky vyloučené** (Gee, 2014). Každý případ nákazy ebolou v České republice by byl rychle odhalen a umístěn do izolace, kde by dotyčný měl vzhledem ke kvalitě zdravotní péče dobrou naději na uzdravení. Zároveň u nás dobře funguje dohledávání osob s podezřením na ebolu. Vzhledem k tomu a i k mechanismu šíření eboly je epidemie prakticky vyloučená (Lékaři bez hranic, 2015).

Proti zavlečení eboly zavedla Česká republika 21. 10. 2014 od 8:00 **bezpečnostní opatření na všech letištích**. Součástí tohoto opatření bylo **vyplnění příletové karty**, která zahrnovala informace o příštím pobytu po dobu 42 dní (dvojnásobek inkubační doby), aby bylo tyto osoby možné snáze dohledat. Viz obrázek č. 12. Všichni, kdo v posledních 42 dnech

pobývali v oblastech, kde hrozí nakažení ebolou byli také podrobni lékařskému vyšetření (Ministerstvo zdravotnictví, Preventivní opatření na českých letištích proti zavlečení Eboly, 2014). **Toto opatření skončilo 1. 1. 2015** (Ministerstvo zdravotnictví, Hlavní hygienik ČR: Pasažéři letadel už nemusejí vyplňovat papírové dotazníky kvůli Ebole, 2015). Na izolované případy eboly, které by se v ČR mohly vyskytnout, jsme připraveni, nakažení se mohou léčit v Centru biologické ochrany v Těchoníně (s kapacitou 150 lůžek) nebo v Nemocnici Na Bulovce (Benešová, 2014).

Objevil se také pokus vydírat Českou republiku rozšířením viru eboly a vytvořením paniky mezi obyvatelstvem (proto byla tato výhrůžka předána médiím). Ač pachatelé používali sofistikované komunikační prostředky, byla jejich hrozba bezpředmětná. Tyto výhrůžky nakonec nebyly naplněny. Použití eboly jako teroristickou zbraň je značně neefektivní, protože je obtížné tento virus získat a přivést do ČR, navíc se přenáší pouze přímým kontaktem s nakaženým nebo jeho tělními tekutinami, takže jeho **masivní rozšíření v našich klimatických podmínkách je téměř nemožné**. Na jednotlivé případy jsou ovšem naše zdravotnictví i orgány veřejné zprávy připraveni (Nováková, 2014).

**Shrnutí: Epidemie eboly v České republice díky klimatickým podmínkám, fungujícímu zdravotnictví a orgánům státní správy nehrozí. Stejně tak je nepravděpodobné, že by virus eboly mohl být použit jako teroristická biologická zbraň, a to hlavně díky mechanismu jeho šíření. O zavlečené a izolované případy se může postarat Centrum biologické ochrany v Těchoníně nebo Nemocnice Na Bulovce.**

## **8. Psychologické aspekty spojené s epidemií eboly**

Epidemie eboly zasáhla celou společnost. V místech, kde se objevila, jí byli zasaženi téměř všichni obyvatelé - nemocní, jejich rodiny a přátelé, zdravotníci, kteří o ně pečovali, pozůstalí, kteří museli najít způsob, jak dál pokračovat ve svých životech, lidé, kteří v karanténě čekali na výsledky laboratorních testů a v neposlední řadě každý, kdo o epidemii věděl, bál se jí a snažil se přežít. Ebolou byli zasaženi i lidé v dalších částech světa, kteří byli o všem informováni skrze sdělovací prostředky a jejichž obavy a úzkost mnohdy dosahovala srovnatelné úrovně.

Podle Červeného kříže a Červeného půlměsíce (ČK&ČP, International Federation of Red Cross And Red Crescent Societies) je s ebolou spojené velké množství stresorů, resp. zátěžových faktorů. V první řadě to jsou **faktory spojené s přísnými bezpečnostními opatřeními**. Mezi ně patří fyzická zátěž, způsobená nošením ochranného oděvu (dehydratace, horko, vyčerpání), **fyzická izolace** (platí přísný zákaz dotýkat se druhých osob, který se musí dodržovat i po skončení pracovní doby; stejně tak je doporučeno, aby příbuzní zamezili fyzickému kontaktu s potenciálně nakaženým člověkem) a také nutnost **být neustále ostražitý a opatrný** (nikdo, kdo pracuje nebo se pohybuje v oblasti zasažené ebolou nesmí

polevit ve své pozornosti ani na okamžik, protože i sebemenší chyba by ho mohla stát život) a dodržovat **přesně určené postupy a procedury** (bez možnosti spontaneity a zároveň pod velkým tlakem neudělat chybu). Stres pramení i ze **strachu z kontaminace**, anebo z **přenosu infekce na jiné osoby** (z kontaminace někoho dalšího). Navíc první příznaky eboly jsou nespecifické, takže **vyvolat paniku mohou běžné projevy** jako únava, horečka, průjem nebo zvracení, ač vlastně nic neznamenají. Velké procento osob, které této infekci podlehnou, nadto znamená, že péče o ně je v mnoha případech spíše ulehčením jejich odchodu než snahou zachránit jejich život, vyskytovat se může **bezmoc**. Když nakažený umírá, jeho tělo podléhá, především v posledních fázích nemoci rychlému rozpadu a to může být v některých případech **šokující fyzický obraz** i pro zkušené lékařské profesionály. Dále pak stres způsobený **rozpory (konflikty) mezi lékaři a komunitou** (pacienti nechtějí být transportováni do vzdálených center, schovávají se před lékaři nebo je dokonce napadají, pozůstalí chtějí své mrtvé pohřbít tradičním způsobem). Navíc všichni, kteří mají s ebolou co do činění (lékaři a další personál, lidé navrátnější se z karantény, vyléčení pacienti i příbuzní nakažených) jsou v očích ostatních **stigmatizováni a v důsledku toho sociálně izolováni**. Ke zvýšení stresu přispívají i další faktory způsobené epidemií: **rozpad sociální sítě** - pacienti jsou opouštěni svými rodinami, **rozpad lokálních služeb** - nedostatek benzínu, nefungují obchody ani školy a **rozpad hospodářství** - zvýšení chudoby, nedostatek a vyčerpání zásob, obavy z nákazy - lidé se **bojí chodit do nemocnic**, kde se léčí ebola, pokud jsou nemocní, apod. (International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies, 2014).

Se stresem je podle ČK&ČP spojeno velké množství **přirozených reakcí**, které se mohou, ale také nemusí objevit u osob, kterých se celá situace osobně dotýká. Především se jedná o **strach a obavy**, který mají mnoho podob: obavy z **onemocnění, z utrpení, ze smrti a způsobu, kterým ebola zabíjí, strach z nemocných lidí a symptomů eboly** (horečky, únava, průjem a zvracení), **strach ze ztráty živobytí** (výpověď z práce, protože se zaměstnavatel bojí nákazy, neschopnost vydělávat během izolace a karantény, ztráta živitele rodiny...) a **strach ze zdravotníků** (způsobený různými fámami, například, že kradou krev a orgány, že sami rozšířili ebolu, že nedokážou nijak pomoci...). Kromě strachu je to i **pocit bezmoci a beznaděje, deprese, nedůvěry či vzteku**, často směřované na ty, kteří nedokázali nebo nemohli pomoci a dále **stigmatizace zdravotníků a dalších osob** spojených s nákazou. Se stresem je spojeno i další chování, se kterým se zdravotníci v Africe často setkávají. Například **dožadování se dezinfekcí** (např. chlorinu), namísto obyčejného mýdla, **odmítání jakéhokoliv kontaktu se zdravotníky a dalšími dobrovolníky** (a vyhrožování, fyzické i psychické, pokud se pokusí o přiblížení), **přesvědčení, že pokud těla nebudou pohřbena tradičním způsobem, přinese to zkázu celé rodině** (a s tím spojená snaha těla získat a pohřbít je za každou cenu), **útěky před zdravotníky a schovávání se** v buši nebo u známých, **snaha zabránit převozu nemocných osob do léčebných center, neochota pomoci sirotkům a dalším lidem zasaženým epidemií a přesvědčení, že pouze modlitby a lidoví léčitelé mohou proti nemoci něco udělat**. Některé z těchto obav a reakcí vychází z reálných nebezpečí, řada z nich je však důsledkem **dezinterpretací, fám a pomluv**. Proto je velmi důležité, aby lidé měli dostatek důvěryhodných a hlavně obsahově **správných informací o tom, co je ebola**,

**jak se šíří a jak postupovat během epidemie** (International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies, 2014).

Různé skupiny osob zasažených epidemií eboly potřebují různou pomoc. Proto se na ně nyní postupně zaměříme. První takovou skupinou jsou **lidé v izolaci (1)**, kteří čekají na výsledky laboratorních testů. Protože první příznaky eboly mohou být snadno zaměnitelné s relativně neškodnými a celkem běžnými fyzickými stavy, v karanténě se ocitá velké množství lidí. Podle ČK&ČP je **psychická zátěž lidí v karanténě** srovnatelná s tou, kterou procházejí rukojmí. Osoby v karanténě jsou ve velké nejistotě, mohou se cítit ohrožené na životě, jsou fyzicky izolovány a často také hodně vzdáleny od své rodiny a přátel. V takové situaci je dobré mít někoho, kdo je podpoří a zprostředkuje jim kontakt s jejich blízkými. Lidé v karanténě nemají šanci ovlivnit velkou část věcí, co se s nimi bude dít, přesto však existuje několik postupů, které mohou pro zlepšení svého psychického stavu provést oni sami. Důležitá je i **svěpomoc**. První věcí je **stanovení si nějakých dosažitelných cílů a udržování denního režimu**. Stanovováním cílů, které jsou za daných okolností realistické, a jejich naplňováním si lze **udržet pocit kontroly nad situací**. (Je možné dělat cokoliv, třeba pokračovat v administrativních činnostech, psát deník, naučit se něco nového, přečíst knihu apod.). Dále je dobré **udržovat svou mysl aktivní**. (Např. číst, luštit křížovky, hrát různé myšlenkové hry, snažit se vzpomenout si na zápletky filmů nebo knih, provádět mentální cvičení). Třetím postupem je snaha **najít v celé situaci humor a nadhled anebo je do ní sami vnést**. Humor je skvělým protilečkem na beznaděj. Také je třeba **dobře jíst a provádět tělesná cvičení**. To pomáhá proti negativním fyzickým důsledkům stresu a navíc to udržuje tělo v dobré kondici. Lidé v této situaci by se také měli snažit **udržet si naději**. Je dobré věřit v něco, co jim připadá smysluplné, bez ohledu na to, jestli je to Bůh, jejich země, rodina, nějaký ideál. Pomoci může **duchovní hledání a modlitba, důležité je využití rituálů**. Další možností je **aktivně užívat metody pro zvládnutí stresu**. Různé relaxační a meditační techniky zná řada zdravotníků, ale i běžných lidí. Je dobré je využívat, protože mohou snížit prožívaný stres a pomáhat zvládnout bolest. Posledním doporučovaným postupem je **přijímat všechny své pocity jako normální reakci na nenormální zátěžovou situaci**. Mezi běžné pocity patří vztek, frustrace, nervozita, lítost, vina, smutek atd. (International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies, 2014). Podle situace je vhodné využít **možností elektronické komunikace** (Internet, Skype, mobilní telefon).

**U osob nemocných (2)**, u kterých se ebola skutečně prokáže, je vzhledem k rychlému průběhu nemoci rozhodující **primární zdravotní péče**. Přesto je důležitá i veškerá psychosociální podpora, kterou mohou dostat. Hlavní je samozřejmě **kontakt s jejich nejbližšími**. V centrech pro léčbu eboly i v komunitních centrech je uspořádání navrženo takovým způsobem, **aby nemocní mohli své blízké vidět a mluvit s nimi** (Patterson, 2014). Mnoho pacientů s ebolou má však své rodiny a přátele desítky i stovky kilometrů daleko. Pak je důležité, aby někdo zprostředkoval jejich **kontakt pomocí telefonu**, nebo alespoň **dodával zprávy** o tom, jak se nemocnému, ale i jeho rodině, daří (WHO, Liberia: Channelling hope – how psychosocial support breaks boundaries between families and Ebola patients , 2015).

**Osoby, které se z eboly plně zotaví (3)**, také často potřebují **psychickou podporu a pomoc**, protože kromě **fyzických následků nemoci, ztráty blízkých** (od kterých se nakazili, nebo kteří se nakazili od nich) zažívají i **sociální vyloučení a následky stigmatizace**. Lee-Kwan a jeho kolegové provedli v Sierra Leone několik průzkumů mezi přeživšími, aby zjistili, jaké jsou jejich potřeby a jestli by byli ochotní pomoci při boji s epidemií. Zjistili, že přeživší **často trápí přetrvávající zdravotní obtíže** (hlavně neostré vidění anebo částečná ztráta zraku, bolesti hlavy, svalů, závratě a nespavost) a ocenili by lékařskou pomoc, směřovanou přímo na ně. V tom jim nyní pomáhá nezisková organizace Sight Savers, která se zaměřuje na **vyšetření a následnou léčbu zraku**. Vyléčení pacienti také mluvili o **stigmatizování, studu, pocitech viny a syndromu přeživšího**, které jim brání v tom, aby se znovu začlenili do komunity. Snahy o změnu k lepšímu se projevily i v tomto ohledu. Přeživší mají možnost být v kontaktu s poradci, kteří se o ně starají po psychické stránce a zároveň by měli být schopni jim poskytnout informace, jak o sebe pečovat po propuštění ze zdravotního hlediska. Aby se usnadnilo **znovuzapojení přeživších do jejich komunit**, je doporučováno, aby s nimi při návratu jel také poradce, který je zároveň schopný promluvit si s vůdci a dalšími členy dané komunity o statusu přeživšího, důležitosti jeho přijetí a možnostech, jak ho mohou podpořit. Aby bylo zmírněno stigma, proběhlo (a probíhá) také několik **kampaní zaměřených na veřejnost** - různá média přináší příběhy a svědectví přeživších, pracovníci místních nevládních organizací podstoupili tréninky, které je učí, jak stigma zmírňovat a jak s ním pracovat a proběhl i další trénink pro osoby, které budou v budoucnosti trénovat poradce. Přeživší si také stěžovali na **neutěšenou finanční situaci**. Velká část jejich majetku (hlavně oblečení a vybavení domácnosti) je obvykle v rámci preventivních opatření spálena. Když se snaží sehnat náhradu, brání jim v tom ostatní členové komunity, kteří jim **zabraňují ve vstupu do obchodu nebo se jim prostě vyhýbají**. Proto byl navržen balíček, který by v ideálním případě měli dostávat všichni přeživší obsahující základní a nezbytné věci. Přeživší také vyjádřili **silnou ochotu zapojit se do boje proti ebole** - ať už přímo jako pracovníci zdravotnických center, jako podpora pro nemocné, ale i sdílením svých příběhů se širším publikem. Řada z nich zmiňovala, že by jim to mohlo pomoci **získat zpět svou důstojnost** (Lee-Kwan a kol., 2014).

**Příbuzní nemocných (4)** potřebují hlavně **informace a umožnění bezpečného kontaktu** se svými nejbližšími. WHO doporučuje, aby rodina, jejíž člen onemocní, nejprve zavolala pomoc, protože odpovídající péče zvyšuje šance na přežití. Během čekání na příjezd ambulance je potřeba **dodržovat bezpečnostní opatření**: o nemocného by se měl starat **pouze jeden člen rodiny**, ostatní by měli zůstat v bezpečné vzdálenosti, při péči o nemocného je potřeba **používat rukavice a dezinfikovat si ruce** pokaždé, pokud hrozí riziko kontaminace, nemocný **nesmí s ostatními sdílet předměty** osobní potřeby (postel a ložní prádlo, zubní kartáček, nádobí...), podávat nemocnému **dostatek tekutin** a v případě, že je to možné i **jídlo**. Jestliže nakažený trpí bolestmi, je možné mu podat **léky na bázi paracetamolu**, žádné jiné léky proti bolesti nejsou vhodné (WHO, Psychological first aid during Ebola virus disease outbreaks, 2014). Pokud nemocný zemře, je potřeba mu v souladu s tradicemi a vírou rodiny **poskytnout důstojný pohřeb**. Dobrovolníci, poradci a další pracovníci při tom

musí **respektovat rozdílné způsoby vyrovnávání se se ztrátou** a je dobře, pokud pozůstalým poskytnou **první psychickou pomoc**. Místní i zahraniční organizace se také podle Weintraubové snaží zajišťovat **péči o sirotky a nemohoucí nebo pozůstalé s disabilitou**. Nejprve se je pokouší umístit do péče někoho ze širšího příbuzenstva, pak přichází na řadu pomoc od komunity, a pokud i toto selže, snaží se najít rodinu, která by se jich ujala. Objevují se také **snahy propojovat sirotky a rodiny, které kvůli nákaze ztratily dítě** (Weintraub, 2015).

Další skupinou, kterou epidemie těžce zasáhla, jsou **zdravotníci, dobrovolníci, pracovníci pohřebních týmů a další osoby (5)**, které se snaží proti ebolě bojovat. Tito lidé na vlastní oči vidí hrůzy, jež tato nemoc způsobuje a čelí často **vlastní bezmoci**, když se bezvysledně snaží pomoci těm, kterým už pomoci nejde. Navíc obrovské množství zdravotníků, hlavně sester a doktorů, této infekci samo podlehlo. Podle posledních informací WHO se ebolou zatím v Guinei, Libérii a Sierra Leone **nakazilo 828 zdravotních pracovníků, z nichž 499 zemřelo** (WHO, Ebola Situation report, 2015). Podle ČK&ČP tyto osoby zažívají kromě běžného (a extrémního) **stresu spojeného s výkonem své činnosti** také **stres způsobený odmítavým až agresivním přístupem místních**. Musí se vyrovnat se skutečností, že řada lidí, kterým se snaží pomáhat, věří tomu, že ebolu rozšířili oni (a jsou za to placeni), že z mrtvých těl kradou orgány, že jsou nakažliví (nebo že jsou to přenašeči), že je běloši používají jako zbraň proti černochům, že jsou speciálně placeni za každou informaci, kterou získají, a proto vyzvídají a podobně. V důsledku takových fám jim místní lidé často **vyhrožují nebo je přímo napadají**. Proto je důležitá jejich podpora, jak **psychologická, tak ale i materiální** (dostatek jídla a odpočinku, zajištění transportu, ochranných pomůcek a samozřejmě odpovídajícího ohodnocení). Základem psychosociální podpory by měl být **trénink psychosociálních dovedností**, alespoň psychické první pomoci a podporující komunikace. Dále je vhodná **podpora kolegiálních poradců** (peer support) a sezení, při kterých mohou kolegové **rozebrat s kolegy jednotlivé náročné případy** (tzv. intervize). Mimořádně důležitá je také **supervize**, podpora a monitorování od všech zodpovědných pracovníků. Ti všichni musí **znát důležité a praktické informace** o ebolě a **umět je vhodným způsobem sdělit dál**, měli by rozvíjet své schopnosti a účastnit se dalšího vzdělávání (například jak vést ostatní) a také si osvěžovat dovednosti a informace, které získali už v minulosti. Mimo to je důležité, aby bylo **neustále posuzováno riziko**, které pracovníkům hrozí a aby podle tohoto posouzení byly upravovány podmínky výkonu jejich profese. Zároveň je dobré, aby pracovníci z různých oblastí (pohřební týmy, zdravotníci, organizační složky atd.) byli **v kontaktu a navzájem si poskytovali informace, podporu a pomoc** (International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies, 2014). Další opatření, která je možné zavést pro podporu dobrovolníků a zdravotnických pracovníků, se dají dohledat v dokumentu od Centra pro psychosociální podporu pod Mezinárodní federací Červeného kříže (International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies Centre for Psychosocial Support), který je ke stažení na této adrese:

<http://pscentre.org/resources/caring-for-volunteers-a-psychosocial-support-toolkit/>



Do poslední skupiny, které se ebola silně dotýká, spadají **všichni z širší veřejnosti**, kteří z ní mají obavy, pociťují silnou úzkost nebo pocity stísněnosti, bez ohledu na to, zda jejich ohrožení je reálné anebo nikoliv (6). Na tyto lidi je vhodné působit především **prostřednictvím sdělovacích prostředků**, pomocí kterých by zodpovědné a důvěryhodné osoby měly veřejnost zklidňovat a hlavně ji **informovat** o reáliích epidemie a opravdové míře ohrožení. Všichni, kteří mají z eboly obavy by měli mít **možnost dohledat si další relevantní informace** a v případech, kdy je to nezbytné dostat také psychologickou podporu. Během této epidemie vlna dezinformací a dramatizovaných příběhů na sociálních sítích přiměla CDC **k větší aktivitě v rámci působení na veřejnost** (Leetaru, 2014). Oblasti veřejného mínění a otázek paniky se detailněji věnuje poslední kapitola.

**Shrnutí:** S epidemií eboly je spojené velké množství stresorů, které pramení ze strachu z nemoci, kontaminace a relativně běžných symptomů (horečka, únava, průjem, zvracení), dále pak z nutnosti dodržovat bezpečnostní opatření a postupy, i z nezbytnosti být stále ostražitý. Kromě toho jsou zde obavy ze ztráty zaměstnání a živobytí, z nemožnosti postarat se o své blízké, ze zdravotních pracovníků (které jsou podporovány řadou fám o tom, že lékaři sami ebolu šíří, že kradou mrtvým orgány a krev, apod.). Důsledkem je pak u místních obyvatel vzdor vůči zdravotníkům, snaha před nimi utéct nebo je napadnout, víra v to, že jedinou pomoc mohou nabídnout lidové léčitelé a snaha pohřbívat mrtvé tradičním způsobem. Mezi skupiny osob, kterých se epidemie výrazně dotýká, patří lidé v karanténě, nemocní, jejich blízcí a pozůstalí (včetně sirotků), zdravotní a pohřební pracovníci, dobrovolníci a lidé prožívající extrémní strach v souvislosti s nemocí. Všem těmto osobám může být nabídnuta první psychická pomoc a podpora, zároveň existují i další specifická opatření použitelná pro každou z těchto skupin. Lidé v izolaci by především měli vykonávat nějakou činnost, zůstat aktivní a udržovat si naději. Pro nemocné a jejich blízké je zásadní vzájemný (bezpečný) kontakt a komunikace s rodinou a informace. Pozůstalí by měli mít možnost pohřbít své příbuzné důstojně, bezpečně a s respektem k tradicím. Pro zdravotníky a další pracovníky pomáhající při boji s ebolou by měla být zajištěna materiální i psychosociální podpora sestávající z tréninků, supervizí a podpory vyškolených kolegů (peer support). Pro všechny by pak měly být k dispozici praktické informace o ebolě. Proti strachu a fámám v řadách veřejnosti by měla bojovat především média tím, že nebudou vytvářet paniku a naopak budou sdělovat relevantní a důležité zprávy o epidemii a jejím zvládnutí (pomáhat podporovat individuální a komunitní odolnost). Psychosociální krizová pomoc má zahrnovat zdravotní, psychickou, sociální i duchovní podporu.

## 9. Zásady první psychické pomoci při epidemii eboly

Kromě všech stresorů, které byly zmíněny výše, je ebola podle WHO zákeřná ještě v jedné věci- brání nám v tom, abychom se dotýkali jiných lidí, a to výrazně ovlivňuje způsob, jakým jim můžeme vyjádřit a poskytnout podporu a soucit. **Psychická první pomoc (PPP)** je postup, který umožňuje ostatním pomoci i s ohledem na toto omezení. PPP zahrnuje poskytování neobtěžující, **prakticky zaměřené péče a podpory, zhodnocení potřeb a obav**,

pomoc lidem s uspokojením jejich **základních potřeb** (jídlo, voda, informace), **naslouchání lidem** (ale bez toho, abychom je nutili do mluvení), pomáhání lidem k tomu, aby **získali informace, dostupné služby a sociální podporu** (informace a boj proti fámám jsou při epidemii eboly zásadní) a **ochranu zasažených** před dalším poškozením (sociální vyloučení, sekundární traumatizace, zavržení). PPP by měla přispět k tomu, aby se lidé **cítili bezpečně a klidně**, aby si **udržovali naději, byli v kontaktu s ostatními**, aby měli **přístup k sociální, fyzické a emocionální podpoře** a aby vnímali, že jsou schopni **si pomoci sami**, ať už jako jednotlivci nebo jako **členové komunity**. PPP naopak není profesionální poradenství nebo terapie a může ji poskytovat i laik, nemusí zahrnovat detailní popisování prožitých událostí, nenutí zasažené lidi k tomu, aby popisovali svoje pocity a reakce, a ani není analýzou prožitých událostí. Spíše **jde o to být k dispozici a naslouchat** (WHO, Psychological first aid during Ebola virus disease outbreaks, 2014).

PPP je podle WHO určena pro osoby, které nedávno prožily krizovou událost. Může být poskytnuta všem, kteří to potřebují – dospělým i dětem. Je ale důležité mít na paměti, že **ne všichni, kdo prošli krizí, budou mít o PPP zájem**. Stejně tak důležité je vědět, kde jsou limity PPP a pokud někdo vykazuje symptomy, které si vyžadují **péči odborníka na duševní zdraví** (chce ublížit sobě nebo ostatním, nedokáže se postarat o sebe nebo své děti), zajistit to, že se mu jí dostane. **Zcela zásadní je zařadit lékařskou pomoc pro nakažené** a pro osoby, které by mohly být infikované. Během poskytování PPP je vhodné být v kontaktu s místními vládními představiteli (a lokálními vůdci), náboženskými autoritami, ale i se zdravotníky a dalšími lidmi, kteří se v dané oblasti zabývají bojem proti ebole a říct si o pomoc a podporu, pokud se blížíme ke svým limitům (**podílet se na tvorbě lokální sítě a spolupracovat**). PPP musí vždy respektovat **práva zasažených osob** a zajistit jim **bezpečí a důstojnost**. PPP by měla být poskytována na bezpečném, klidném místě, se zajištěním soukromí. V průběhu epidemie je zásadní **dodržovat bezpečnostní opatření** a zabránit tak další nákaze. I když je vše, co nám zasažený člověk sdělí důvěrné, pokud zjistíme, že by mohl být nakažený (anebo, že už nemocný je), musíme tuto situaci vyřešit (**přimět ho k cestě do nemocnice anebo ji sami zprostředkovat**). O této skutečnosti by lidé měli být informováni (WHO, Psychological first aid during Ebola virus disease outbreaks, 2014).

Podle WHO je při poskytování PPP potřebné respektovat všechny projevy zasažených osob. Na extrémní stres může každý reagovat odlišně, může cítit bolest, bezmoc, plakat, mít vztek. Všechny **emoce a jejich projevy jsou navíc ovlivněny kulturou**, takže mohou být velmi odlišné od toho, co očekáváme. Je důležité vědět, že komunikaci s druhým člověkem ovlivňuje nejen to, co říkáme, ale i tón hlasu, gesta, vzdálenost od člověka, se kterým mluvíme, oční kontakt a všechny další zaznamenatele projevy. V jiných kulturách mohou existovat **odlišná pravidla ohledně komunikace** (například je zvykem sdílet emoce výhradně se členy vlastní rodiny anebo platí pravidlo, že ženy mohou mluvit jen s dalšími ženami, ale ne s cizími muži). Je dobré chápat a kontrolovat svá očekávání a pravidla své kultury. Před tím, než s poskytováním PPP začneme, je třeba **znát důležité informace o ebole** (jak se

přenáší, jak probíhá, jak se ochránit atd.) a **o možných zdrojích pomoci** (kdo všechno v místě nabízí pomoc, jaké tam působí organizace, kde lze získat materiální pomoc a jídlo...).

Samotné poskytování PPP sestává ze tří akcí: (1) pozorování (*look*), (2) naslouchání (*listen*) a (3) propojování (*link*). Prvním bodem je **pozorování**. Před tím, než se pustíme do nějaké akce, je vhodné věnovat určitý čas na zjištění, jaká je situace. Je důležité vědět, kde je bezpečno a odkud potenciálně hrozí nebezpečí. V případě epidemie je **na prvním místě ohrožení nákazou**. Pokud je i jen malá šance, že člověk, se kterým jsme v kontaktu je infikovaný, je potřeba použít ochranné pomůcky anebo postupovat podle pokynů uvedených výše. Lidé, se kterými mluvíme, by také měli vědět, že my jsme zdraví. Kromě bezpečnosti se zaměřujeme na **vyhledávání lidí**, kteří potřebují pomoci s naplněním základních potřeb. To jsou především osoby evidentně trpící ebolou, kterým musíme **zajistit okamžitou lékařskou pomoc**, dále pak lidé, kteří potřebují **jídlo, vodu nebo oblečení** anebo lidé, kteří by mohli být **ohroženi násilím či diskriminací**. Hledáme zkrátka ty, kteří by naši pomoc mohli potřebovat nejvíc. Poslední věcí, kterou bychom měli mít zjištěnou před tím, než se pustíme do další činnosti, je zjistit, kteří lidé projevují závažnou stresovou reakci (pláčou, křičí, nereagují na ostatní apod.), provádíme tedy **psychosociální třídění**. Druhým bodem PPP je **naslouchání**. Naslouchání lidem by mělo začít tím, že je **s respektem** a za **dodržení bezpečnostních pravidel oslovíme a představíme se** (svým jménem a názvem organizace, pod kterou působíme, rolí). Pak jim vysvětlíme, že se jich nemůžeme dotýkat (a proč), ale že jim budeme naslouchat a že nám záleží na tom, co cítí. Potom se jich zeptáme, jak jim je a jestli potřebují nějakou pomoc. Během rozhovoru musíme zjistit, jaký je jejich fyzický stav (a jestli není možné, že by se někde nakazili). Pokusíme se zařídit, aby rozhovor probíhal **v soukromí a v klidu**. Pokud je člověk, se kterým mluvíme, nemocný, musíme **zajistit, že se od něj nikdo další nenakazí**. Také je potřeba postarat se o osoby, které jsou hodně rozrušeny. Ty bychom měli předat do péče někoho dalšího a **nenechávat je o samotě**. Je vhodné se všech osob, se kterými jsme v kontaktu, zeptat, jestli něco nepotřebují a z čeho mají obavy, a to i když se nám může zdát, že odpověď na tyto otázky je jasná. Těmto osobám také můžeme z bezpečné vzdálenosti **nabídnout čistou vodu, deky, jídlo** a další věci, které máme k dispozici. Lidem, kteří se potřebují uklidnit, **můžeme naslouchat**, pokud nám chtějí o něčem vyprávět, je ale možné jim navrhnout i to, že jim budeme něco vyprávět, číst jim příběhy nebo jim zpívat, aby věděli, že nejsou sami a mohli lépe zvládnout svůj strach. Pokud jsou tyto osoby velmi rozrušené, můžeme je zkusit uklidnit pomocí **kotvení** (soustředění se na vlastní dech, kontakt se zemí, popis věcí v okolí...). Třetím bodem PPP je **propojování**. Když zjistíme, co dotyčný člověk potřebuje, můžeme mu pomoci se v jeho potřebách zorientovat, seřadit je podle nezbytnosti a **zjistit, kde může získat podporu** (z vlastních minulých zkušeností, od rodiny a přátel, od duchovních vůdců, organizací apod.). Každý člověk, se kterým mluvíme, by od nás měl dostat **informace o ebole, o bezpečnostních opatřeních, o svých právech a povinnostech a o službách**, které mu mohou být poskytnuty. Jestliže tento člověk potřebuje získat **informace o svých nejbližších**, zkusíme spolu s ním vymyslet, jak to udělat (například předat zprávu pro osobu v léčebném centru někomu z personálu). Pokud nemáme některou z informací, kterou dotyčný potřebuje, pokusíme se ji zjistit a sdělit mu ji později (rozhodně

není možné lhát nebo si něco domýšlet). Je také dobré tyto **informace distribuovat i v tištěné podobě**. Dále je doporučeno uvádět zdroj informací, ujistit se, že jsou stále aktuální, několikrát je **zopakovat** a přesvědčit se, že jim druhý člověk porozuměl. **Rodiny a přátelé by od sebe neměli být oddělováni**, pokud to neohrozí jejich bezpečnost. V případě, že je někdo infikovaný, kontakt s ním může umožnit **mobilní telefon**. Je dobré **propojovat osoby**, které si navzájem mohou poskytnout pomoc a podporu (např. truchlící rodiny a opuštěné sirotky). To, kdy je PPP ukončena, záleží vždy na konkrétních podmínkách. V každém případě je však potřeba **rozloučit se**, případně představit toho, kdo bude pokračovat v naší práci. Pokud někoho odesíláme do další péče, ujistíme se, že ví, co bude následovat a kam se dál obrátit. Bez ohledu na to, jestli byla naše zkušenost kladná nebo záporná, vždy se můžeme rozloučit v pozitivním duchu a popřát hodně štěstí. Během všech krizových událostí je potřeba věnovat speciální péči **obzvláště ohroženým skupinám**. To jsou děti a dospívající, nemocní lidé, osoby s disabilitou a také ti, kterým hrozí násilí nebo diskriminace (WHO, Psychological first aid during Ebola virus disease outbreaks, 2014).

**Shrnutí:** První psychická pomoc má tři kroky. (1) **Pozorování je první z nich. Během něj zjišťujeme, jaká je okolní situace a kdo by z PPP mohl získat nejvíce. Při poskytování PPP se musíme nejprve ujistit, že místo, na kterém právě jsme, je bezpečné. Pokud je to možné, tak i klidné a soukromé. Dále je potřeba zmapovat, které osoby potřebují pomoc s naplněním základních potřeb (pod tento bod v případě epidemie spadá hlavně identifikace nakažených) a jestli je v okolí někdo, kdo projevuje závažnou extrémní reakci na stres.** (2) **Druhým krokem je naslouchání. Osobě, které chceme pomoci, se nejprve představíme (uvedeme své jméno a název organizace, pod kterou působíme), vysvětlíme jí, že nejsme nakaženi a že se jí nebudeme moct dotknout (a proč to není možné). Potom se jí zeptáme, jestli nepotřebuje s něčím pomoci. V průběhu rozhovoru bychom měli zjistit, jaký je její fyzický stav a zda jí nehrozí nákaza. Této osobě můžeme nabídnout informace (hlavně praktické informace o tom, jak se ebola přenáší a o základních bezpečnostních opatřeních), ale i základní věci jako vodu, jídlo a deky.** (3) **Posledním krokem je propojování. Dotyčné osobě předáme kontakty na organizace, které jí mohou poskytnout další služby a pomůžeme jí nalézt zdroje ve svém okolí nebo v sobě samotné.**

## 10. Média a dezinformace

Ebola vzbudila **velký zájem veřejnosti i médií**. Televize, internet i noviny přinášeli během celého roku 2014 pravidelné zprávy o epidemii a věnovali jí velkou pozornost. Dokonce se dá říct, že pozornost byla nepoměrně velká v porovnání například s malárií, která v roce 2013 zabila pravděpodobně až 584.000 osob (zatímco ebola zatím nepřekonalala 10.000 úmrtí; WHO, Malaria, 2014). Tato pozornost se vystupňovala ke konci roku 2014, kdy ebola zabíjela nejvíce. Leetaru píše, že hlavní vliv na množství mediálního prostoru věnovaného epidemii měly, alespoň v USA, **zprávy o nakažených amerických zdravotnicích**, které se objevily ke konci července a poté informace o Liberijci, kterému byla **ebola diagnostikována až na území USA** na konci září. Tyto zprávy vyvolaly velkou paniku, kterou

ještě přiživovaly různé **hoaxy a nepravdivé informace**, které se šířily po **Twitteru a dalších sociálních sítích**. Jedna z nich například tvrdila, že v Atlantě došlo k masivnímu propuknutí nákazy, při kterém onemocnělo 146 osob. Dokonce se zdá, že sociální sítě měly na vznik a přiživování paniky nyní větší vliv, než tradiční média. Podle analýzy anglicky mluvících médií, se množství použitých slov s negativním a strach nahánějícím zabarvením při informování o ebole postupně snižovalo. Tento pokles začal ke konci července, jak ukazuje obrázek č. 11. Čím více se čísla blíží nule, tím méně negativních slov je používáno. Naopak, ukazuje se, že média věnovala velkou část prostoru **pozitivním zprávám spojených s epidemií**. Například CNN v srpnu informovala o „záračném“ vyléčení nakažených Američanů a i během nejhorší fáze epidemie v září a říjnu se kromě nezbytných negativních zpráv zaměřila na **příběhy přeživších a zdravotníků** (Leetaru, 2014). Sociální média se však stranou nedržela. Kromě **dezinformací o šíření epidemie** se objevovaly i **zcela bizarní hoaxy**. Jedním z nich je zpráva o **tzv. ebola-zombies**. Lidé vstávající z mrtvých se měli objevit během září. Tento článek byl doplněn působivými fotografiemi, které ovšem pocházely z filmu Světová válka Z se zombie tématikou. Tuto informaci sdílelo asi 500.000 lidí na Facebooku a 1.000 lidí na Twitteru (Weathers, 2014). Kromě zpráv, které situaci dramatizovaly a přeháněly, byl **internet zaplaven i konspiračními teoriemi**, jenž naopak existenci epidemie popíraly. Tyto zprávy jsou v základu shodné s těmi, které se šíří samotnou Afrikou. Jde především o tvrzení, že **ebolou vypustila americká vláda**, že nemocní jsou pouze lidé, kteří prošli nějakým **očkovacím programem** (od Červeného kříže nebo Lékařů bez hranic), že humanitární pracovníci mají za **cíl nakazit další lidi**, že z Nigérie ebola zmizela, až když jí zdravotníci opustili a podobně. Západní zprávy navíc ještě vycházejí z údajných tvrzení „opravdových Afričanů“ že žádná epidemie neprobíhá (Bancarz: Ebo-lie: Man living in Ghana confirms ebola is a hoax<sup>9</sup>) nebo rozebírají různá videa z převozu nakažených v západním světě a snaží se dokázat, že se jedná o podvrh (Nodisinfo.com: West African Ebola Outbreak is a hoax<sup>10</sup>); konspirační teorie mají i českého zástupce (Pohlhammer, Lauterbachová: Ebola, pád trhů a nevyhnutelní zachránci lidstva<sup>11</sup>). Informace v těchto článcích jsou ovšem značně manipulativní a zkreslené. V závěru se většinou snaží přesvědčit publikum, že jde o odpoutání pozornosti od jiných problémů (finančních, konfliktu Izraele s Palestinou...), snahu omezit populaci v Africe, otestovat novou zbraň, vydělat na prodeji léků a vakcín anebo nastolit přísnější bezpečnostní opatření a prosadit své zájmy.

**Shrnutí:** Podle zatím dostupných analýz mají na šíření paniky z epidemie eboly největší podíl sociální sítě a internet. Naopak tradiční média informace příliš nepřibarvovala a negativní tón zpráv se postupem času zeslaboval. Dokonce se od konce léta i v průběhu

---

<sup>9</sup> (Bancarz, S. [] Ebo-lie: Man living in Ghana confirms ebola is a hoax.

*Spiritscienceandmetaphysics.com*. Staženo 9. 2. z <http://www.spiritscienceandmetaphysics.com/ebol-lie-man-living-in-ghana-confirms-ebola-is-a-hoax/>

<sup>10</sup> Nodisinfo.com (2014, 11. srpna). West African Ebola Outbreak is a hoax. Staženo 9. 2. z <http://nodisinfo.com/west-african-ebola-outbreak-hoax/>

<sup>11</sup> Pohlhammer, Lauterbachová, K. (2014, 11. října). Ebola, pád trhů a nevyhnutelní zachránci lidstva. *E-republika.cz*. Staženo 9. 2. z <http://e-republika.cz/article2826>

nejzávažnější části epidemie objevovaly pozitivní zprávy o vyléčených pacientech, nových postupech léčby a příběhy zdravotníků. Naopak po sociálních sítích se šířila řada hoaxů. Jako s řadou dalších mimořádných událostí, i s epidemií eboly je spojeno mnoho konspiračních teorií. Úkolem krizové komunikace je informovat veřejnost tím způsobem, aby očekávané riziko na straně občanů odpovídalo reálnému stavu, provádět osvětu a působit proti panice a panikaření, podporovat bezpečnost, soudržnost a solidaritu. Nezbytné proto je, aby odpovědné organizace měly proaktivní přístup k zástupcům médií a veřejnosti a udržovaly s nimi partnerství. Odpovědnost za krizovou komunikaci nesou jak státní autority, tak zástupci médií.

## Literatura

Ashkenas, J., Buchanan, L., Burgess, J., Fairfield, H., Grady, D., Keller, J. a kol. (2014, 24. prosince). How Many Ebola Patients Have Been Treated Outside of Africa? *The New York Times*. Staženo 26. 12. z [http://www.nytimes.com/interactive/2014/07/31/world/africa/ebola-virus-outbreak-ga.html?\\_r=0#treatment-center](http://www.nytimes.com/interactive/2014/07/31/world/africa/ebola-virus-outbreak-ga.html?_r=0#treatment-center)

Benešová, P. (2014, 11. srpna). Kdyby se Čech nakazil ebolou, přijme ho centrum v Těchoníně. K dispozici má 150 lůžek. *rozhlas.cz*. Staženo 1. 2. z <http://www.rozhlas.cz/zpravy/politika/zprava/1383710>

Centers for Disease Control and Prevention. (2015, 22. ledna). 2014 West Africa Outbreak. Staženo 24. 1. z <http://www.cdc.gov/vhf/ebola/outbreaks/2014-west-africa/distribution-map.html#areas>

Centers for Disease Control and Prevention. (2015, 27. ledna). 2014 Ebola Outbreak in West Africa - Case Counts. Staženo 28. 1. z <http://www.cdc.gov/vhf/ebola/outbreaks/2014-west-africa/case-counts.html>

Centers for Disease Control and Prevention. (2014, 24. prosince). Outbreaks Chronology: Ebola Virus Disease. Staženo 25. 12. z <http://www.cdc.gov/vhf/ebola/outbreaks/history/chronology.html#twentysix>

Centers for Disease Control and Prevention. (2014, 5. listopadu). Prevention. Staženo 30. 1. z <http://www.cdc.gov/vhf/ebola/prevention/index.htm>

Centers for Disease Control and Prevention. (2015, 16. ledna). Questions and Answers about Ebola, Pets, and Other Animals. Staženo 17. 1. z <http://www.cdc.gov/vhf/ebola/transmission/qas-pets.html>

Centers for Disease Control and Prevention. (2014, 20. listopadu). Q&As on Transmission. Staženo 17. 1. z <http://www.cdc.gov/vhf/ebola/transmission/qas.html>

Centers for Disease Control and Prevention. (2014, 8. prosince). Transmission. Staženo 30. 1. z <http://www.cdc.gov/vhf/ebola/transmission/index.html>

Centers for Disease Control and Prevention. (2014, 5. listopadu). Treatment. Staženo 17. 1. z <http://www.cdc.gov/vhf/ebola/treatment/index.html>

Centers for Disease Control and Prevention. (2014, 7. dubna). Viral Hemorrhagic Fevers (VHFs). Staženo 26. 12. z <http://www.cdc.gov/vhf/virus-families/filoviridae.html>

Firger, J. (2014, 30. července). Surviving ebola: For those how live through it, what lies ahead? *CBSnews.com*. Staženo 23. 1. z <http://www.cbsnews.com/news/surviving-ebola-for-those-who-live-through-it-what-lies-ahead/>

Gee, O. (2014, 12. listopadu). 'There's no risk of Ebola spreading in Europe'. *TheLocal.se*. Staženo 31. 1. z <http://www.thelocal.se/20141112/theres-no-risk-of-ebola-spreading-in-europe>

Geggel, L. (2014, 7. října). Doctors Puzzled Why Only Some Ebola Patients Bleed. *Live science.com*. Staženo 17. 1. z <http://www.livescience.com/48182-why-ebola-causes-bleeding.html>

Grundy, T. (2014, 28. září). Tradition Of Kissing, Touching Corpses May Contribute To Spread Of Ebola, Experts Say. *Huffingtonpost.com*. Staženo 28. 1. z [http://www.huffingtonpost.com/2014/09/28/kissing-corpses-ebola\\_n\\_5888838.html](http://www.huffingtonpost.com/2014/09/28/kissing-corpses-ebola_n_5888838.html)

International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies (2014, srpen). Psychosocial support during an outbreak of Ebola virus disease. Staženo 3. 2. z <http://reliefweb.int/report/world/psychosocial-support-during-outbreak-ebola-virus-disease>

King, J. W. (2014, 10. října). Ebola Virus Infection Treatment & Management. *Medscape.com*. Staženo 23. 1. z <http://emedicine.medscape.com/article/216288-treatment#aw2aab6b6b1aa>

Lee-Kwan, S. H., DeLuca, N., Adams, M., Dalling, M., Drevlow, E., Gassama, G., Davies, T. (2014, prosinec). Support Services for Survivors of Ebola Virus Disease — Sierra Leone, 2014. *CDC.gov*. Staženo 4. 2. z <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm6350a6.htm>

Leetaru, K. (2014, 24. října). Don't Blame CNN for the Ebola Panic. *Foreignpolicy.com*. Staženo 5. 2. z <http://foreignpolicy.com/2014/10/24/dont-blame-cnn-for-the-ebola-panic/>

Lékaři bez hranic (2015). Ebola a Česká republika - máme se bát? Staženo 6.3.2015 z <http://www.lekari-bez-hranic.cz/cz/node/56311>

Ministerstvo zdravotnictví (2015, 6. ledna). Hlavní hygienik ČR: Pasažéři letadel už nemusejí vyplňovat papírové dotazníky kvůli Ebole. Staženo 1. 2. z [http://www.mzcr.cz/dokumenty/hlavni-hygienik-crpasazeri-letadel-uz-nemuseji-vyplnovat-papirove-dotazniky-kv\\_9900\\_3237\\_1.html](http://www.mzcr.cz/dokumenty/hlavni-hygienik-crpasazeri-letadel-uz-nemuseji-vyplnovat-papirove-dotazniky-kv_9900_3237_1.html)

Ministerstvo zdravotnictví (2014, 17. října). Preventivní opatření na českých letištích proti zavlečení Eboly. Staženo 1. 2. z [http://www.mzcr.cz/dokumenty/preventivni-opatreni-na-ceskych-letistich-proti-zavleceni-eboly-\\_9677\\_1.html](http://www.mzcr.cz/dokumenty/preventivni-opatreni-na-ceskych-letistich-proti-zavleceni-eboly-_9677_1.html)

Neporent, L. (2014, 3. listopadu). 'Post-Ebola Syndrome' Persists After Virus Is Cured, Doctor Says. *abcnews.com*. Staženo 24. 1. z <http://abcnews.go.com/Health/post-ebola-syndrome-persists-virus-cured-doctor/story?id=26657931>

NHS.uk. (2015, 21. ledna). News update: UK Ebola case confirmed. Staženo 24. 1. z <http://www.nhs.uk/Conditions/ebola-virus/Pages/Ebola-virus.aspx>

Nováková, L. (2014, 29. října). Prohlášení k pokusu o vydírání rozšířením viru Ebola. *MZCR.cz*. Staženo 1. 2. z [http://www.mzcr.cz/dokumenty/aktualni-zprava\\_9709\\_3030\\_1.html](http://www.mzcr.cz/dokumenty/aktualni-zprava_9709_3030_1.html)

Patterson, C. (2014, 22. září). An Ebola treatment center. *Washingtonpost.com*. Staženo 21. 1. z <http://apps.washingtonpost.com/g/page/national/an-ebola-treatment-center/1333/>

Svršek, J. (2003, 6. června). Virus Ebola. *natura.cz*. Staženo 26. 12. z <http://natura.baf.cz/natura/2003/6/20030602.html>

Vymětal, Š. (2009). Krizová komunikace a komunikace rizika. Praha, Grada.

Vymětal, Š. a kol. (2009). Psychosociální aspekty pandemie chřipky. MV ČR.



Weathers, C. (2014, 13. října). Are We That Gullible? 'Ebola Zombies' Panic Spreading Like Wildfire on the Internet. *Altnet.org*. Staženo 9. 2. z <http://www.altnet.org/media/ebola-zombies-panic-spreading>

Weintraub, K. (2015, 3. února). Finding Homes for Ebola's Orphans. *NationalGeographic.com*. Staženo 4. 2. z <http://news.nationalgeographic.com/2015/02/150203-ebola-virus-outbreak-epidemic-sierra-leone-orphans/>

World Health Organization (2015, 15. ledna). Categorization and prioritization of drugs for consideration for testing or use in patients infected with Ebola. Staženo 20. 1. z [http://www.who.int/medicines/ebola-treatment/cat\\_prioritization\\_drugs\\_testing/en/](http://www.who.int/medicines/ebola-treatment/cat_prioritization_drugs_testing/en/)

World Health Organization (1978). Ebola haemorrhagic fever in Zaire. Report of an International Convention. *Bulletin of the World Health Organization*, 56(2), 271-293.

World Health Organization (2015, leden). Ebola response: What needs to happen in 2015. Staženo 27. 1. z <http://www.who.int/csr/disease/ebola/one-year-report/response-in-2015/en/>

World Health Organization (2015, 21. ledna). Ebola Situation report. Staženo 20. 1. z <http://www.who.int/csr/disease/ebola/situation-reports/en/>

World Health Organization (2015, 9. ledna). Ebola vaccines, therapies, and diagnostics. Staženo 20. 1. z [http://www.who.int/medicines/emp\\_ebola\\_q\\_as/en/](http://www.who.int/medicines/emp_ebola_q_as/en/)

World Health Organization (2015, leden). Factors that contributed to undetected spread of the Ebola virus and impeded rapid containment. Staženo 28. 1. z <http://www.who.int/csr/disease/ebola/one-year-report/factors/en/>

World Health Organization (2014, 8. července). Frequently asked questions on Ebola virus disease. Staženo 26. 12. z <http://www.who.int/csr/disease/ebola/faq-ebola/en/>

World Health Organization (2015, leden). Guinea: The Ebola virus shows its tenacity, 2015). Staženo 27. 1. z <http://www.who.int/csr/disease/ebola/one-year-report/guinea/en/>

World Health Organization (2014, říjen). How to conduct safe and dignified burial of a patient who has died from suspected or confirmed Ebola virus disease. Staženo 30. 1. z <http://www.who.int/csr/resources/publications/ebola/safe-burial-protocol/en/>

World Health Organization (2014, prosinec). Interim Infection Prevention and Control Guidance for Care of Patients with Suspected or Confirmed Filovirus Haemorrhagic Fever in Health-Care Settings, with Focus on Ebola. Staženo 30. 1. z [http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:mgX6VmBsjzEJ:apps.who.int/iris/bitstream/10665/130596/1/WHO\\_HIS\\_SDS\\_2014.4\\_eng.pdf+&cd=3&hl=en&ct=clnk&gl=cz&lr=lang\\_cs%7Clang\\_en](http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:mgX6VmBsjzEJ:apps.who.int/iris/bitstream/10665/130596/1/WHO_HIS_SDS_2014.4_eng.pdf+&cd=3&hl=en&ct=clnk&gl=cz&lr=lang_cs%7Clang_en)

World Health Organization (2015, leden). Liberia: a country – and its capital – are overwhelmed with Ebola cases. Staženo 27. 1. z <http://www.who.int/csr/disease/ebola/one-year-report/liberia/en/>

World Health Organization (2015, leden). Liberia: Channelling hope – how psychosocial support breaks boundaries between families and Ebola patients. Staženo 4. 2. z <http://www.who.int/features/2015/ebola-patients-mental-health/en/>

World Health Organization (2014, prosinec). Malaria. Staženo 8. 2. z <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs094/en/>

World Health Organization (2015, leden). Origins of the 2014 Ebola epidemic. Staženo 27. 1. z <http://www.who.int/csr/disease/ebola/one-year-report/virus-origin/en/>

World Health Organization (2014). Psychological first aid during Ebola virus disease outbreaks. . Staženo 6. 2. z [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/131682/1/9789241548847\\_eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/131682/1/9789241548847_eng.pdf?ua=1)

World Health Organization (2015, leden). Sierra Leone: A slow start to an outbreak that eventually outpaced all others. Staženo 28. 1. z <http://www.who.int/csr/disease/ebola/one-year-report/sierra-leone/en/>

World Health Organization (2014, říjen). Sierra Leone: Helping the Ebola survivors turn the page Staženo 23. 1. z <http://www.who.int/features/2014/post-ebola-syndrome/en/>

World Health Organization (2014, 18. prosince). WHO Ebola R&D Effort – vaccines, therapies, diagnostics. Staženo 21. 1. z [http://www.who.int/medicines/ebola-treatment/ebola\\_r\\_d\\_effort/en/](http://www.who.int/medicines/ebola-treatment/ebola_r_d_effort/en/)

World Health Organization (2014, 13. října). WHO Meeting of the Scientific and Technical Advisory Committee on Ebola Experimental Interventions – Briefing note. Staženo 19. 1. z [http://www.who.int/medicines/ebola-treatment/scientific\\_tech\\_meeting/en/](http://www.who.int/medicines/ebola-treatment/scientific_tech_meeting/en/)

## Zdroje grafických materiálů

Centers for Disease Control and Prevention. (2015, 21. ledna). 2014 Ebola Outbreak in West Africa - Cumulative Reported Cases Graphs. Staženo 24. 1. z <http://www.cdc.gov/vhf/ebola/outbreaks/2014-west-africa/cumulative-cases-graphs.html>

Centers for Disease Control and Prevention. (2015, 22. ledna). 2014 Ebola Outbreak in West Africa - Outbreak Distribution Map). Staženo 24. 1. z <http://www.cdc.gov/vhf/ebola/outbreaks/2014-west-africa/distribution-map.html#areas>

Centers for Disease Control and Prevention. (2014, 24. prosince). Ebola Virus Disease Distribution Map. Staženo 25. 12. z <http://www.cdc.gov/vhf/ebola/outbreaks/history/distribution-map.html>

Centers for Disease Control and Prevention. (2014, 7. dubna). Viral Hemorrhagic Fevers (VHFs). Staženo 26. 12. z <http://www.cdc.gov/vhf/virus-families/filoviridae.html>

eboladiseaseinfo. (2014, 18. října). Ebola Virus Infection Patients Pictures, Ebola Symptom Photos. Staženo 17. 1. z <http://www.eboladiseaseinfo.com/ebola-virus-infection-patients-pictures-ebola-symptom-photos.html>

Leetaru, K. (2014, 24. října). Don't Blame CNN for the Ebola Panic. *Foreignpolicy.com*. Staženo 9. 2. z <http://foreignpolicy.com/2014/10/24/dont-blame-cnn-for-the-ebola-panic/>

Mapsofworld.com (2014, 27. září). Ebola Treatment Centres in West Africa. Staženo 21. 1. z <http://www.mapsofworld.com/ebola/ebola-treatments.html>

MD-HEALTH.COM (2015, 17. ledna). Ebola Virus Disease Pictures. Staženo 17. 1. z <http://www.md-health.com/Ebola-Virus-Disease-Pictures.html>

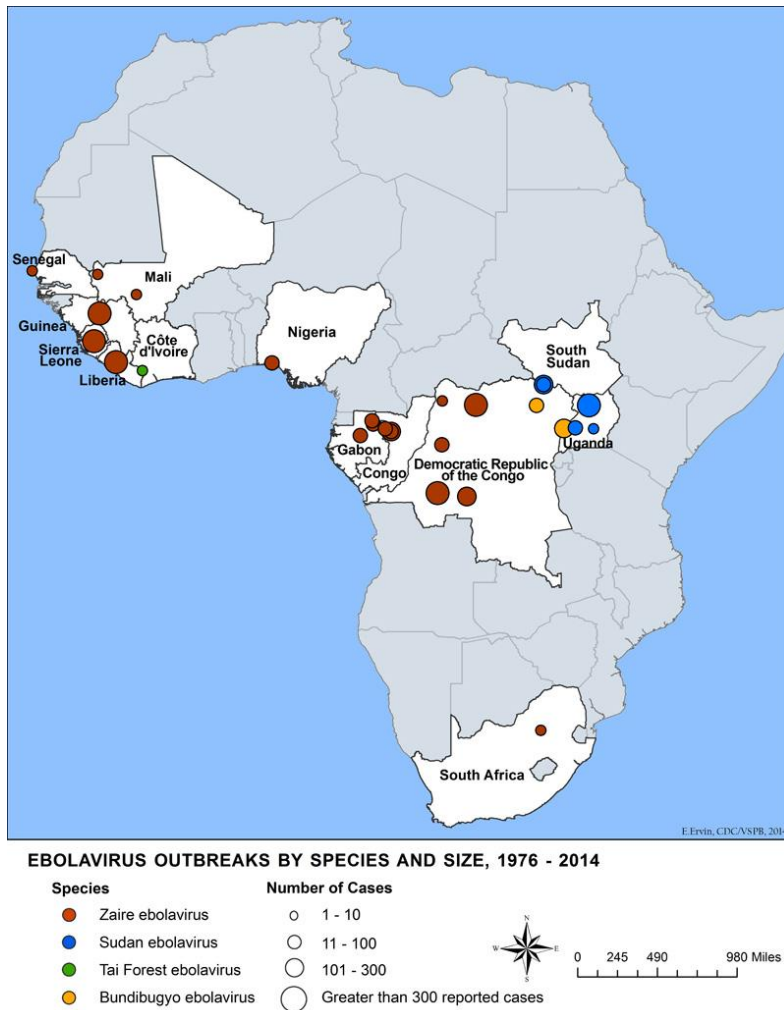
Patterson, C. (2014, 22. září). An Ebola treatment center. *Washingtonpost.com*. Staženo 21. 1. z <http://apps.washingtonpost.com/g/page/national/an-ebola-treatment-center/1333/>

Sibok, F. (2014, 31. října). Ebola Virus in Humans. *ebolaviruspictures.blogspot.cz* . Staženo 17. 1. z <http://ebolaviruspictures.blogspot.cz/2014/10/ebola-virus-in-humans.html>

Weatherall, S. (2014, 8. října). Ebola: One Outspoken Nurse's Alarming Opinion About Actual Risk. *Madworldnews.com*. Staženo 28. 12. z <http://madworldnews.com/ebola-nurses-opinion-risk/>

## Grafické materiály

Obrázek č. 1.: Mapa propuknutí eboly v Africe v letech 1976-2014 (CDC, Ebola Virus Disease Distribution Map, 2014).



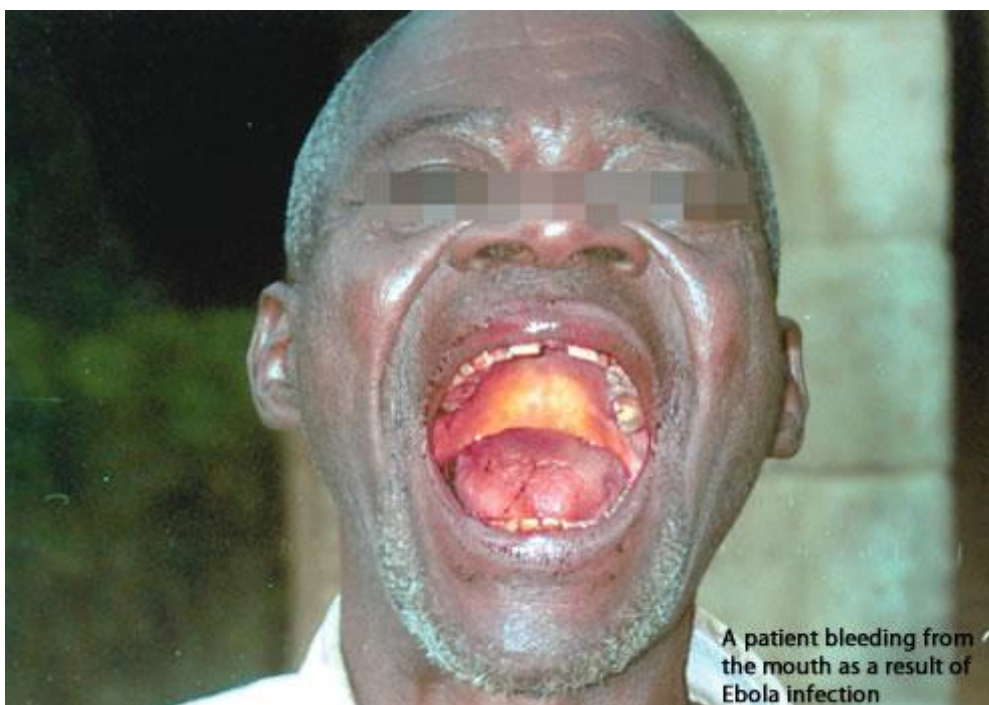
Obrázek č. 2. Filovirus (*Filoviridae*; CDC, Viral Hemorrhagic Fevers (VHFs), 2014).



Obrázek č. 3. Ruka pacienta s ebolou. (Weatherall, 2014).



Obrázek č. 4. Krvácení z úst pacienta nakaženého ebolou. (eboladiseaseinfo, 2014).



Obrázek č. 5. Nakažené dítě s makropapulární vyrážkou. (Sibok, 2014).



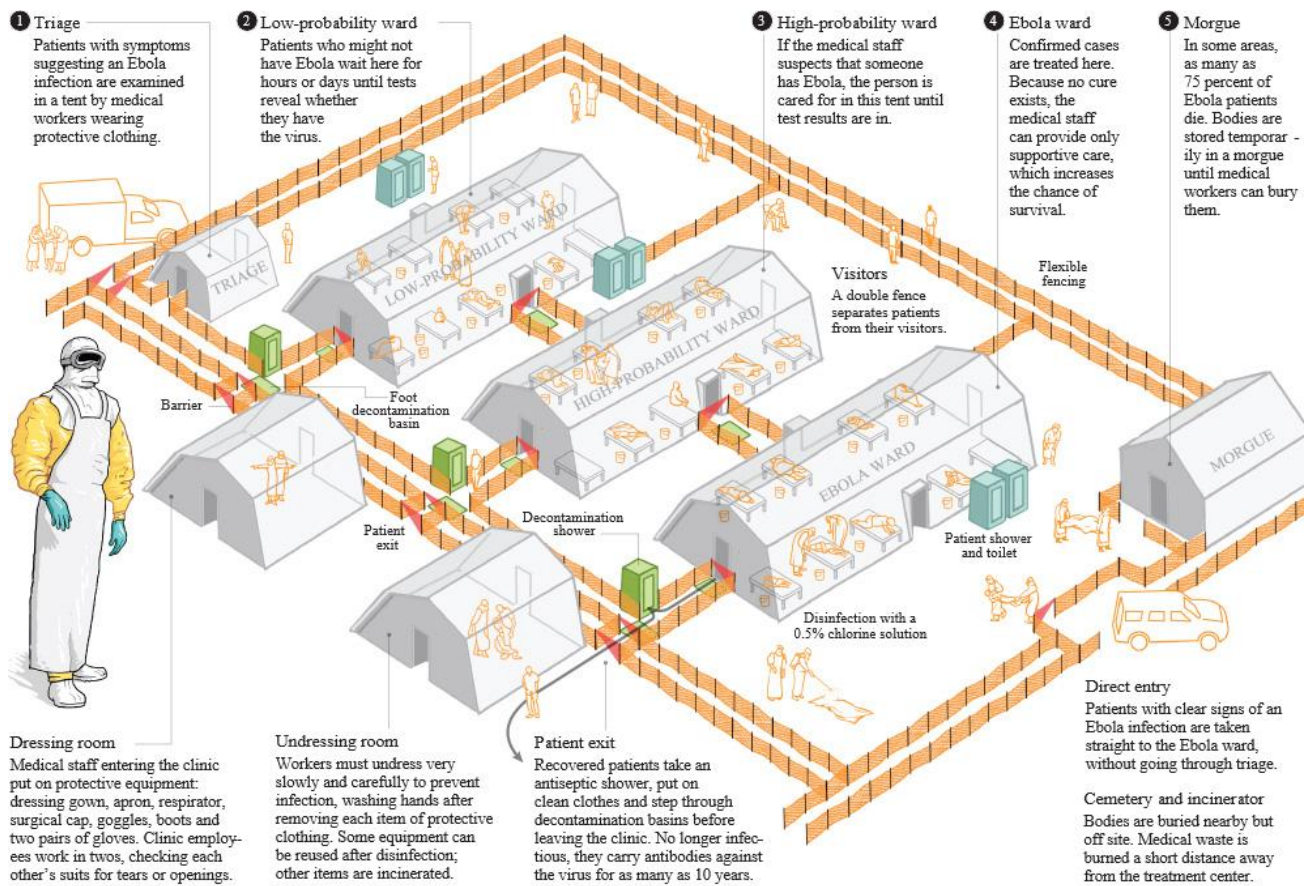
Obrázek č. 6. Oběť eboly, krvácející. (MD-HEALTH.COM, 2015).



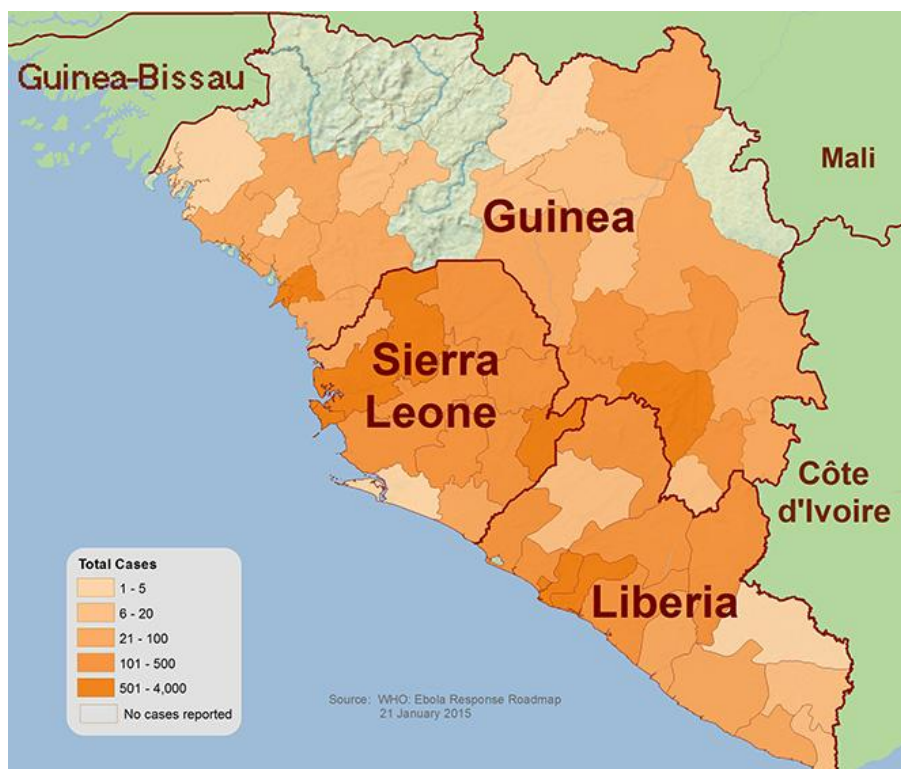
Obrázek č. 7. Mapa center pro léčbu eboly v západní Africe (Mapsofworld.com, 2014).



Obrázek č. 8. Centrum pro léčbu eboly (Patterson, 2014).

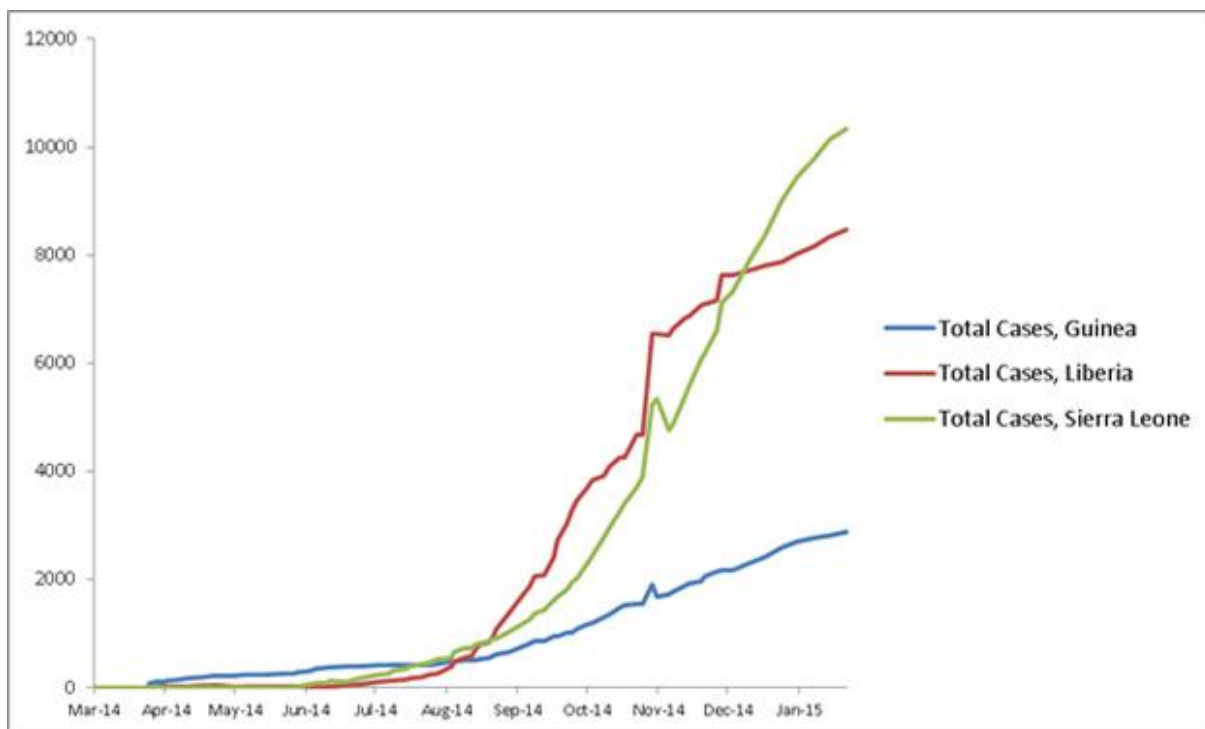


Obrázek č. 9. Země, kde je aktivní epidemie eboly (CDC, 2014 Ebola Outbreak in West Africa - Outbreak Distribution Map, 2015).

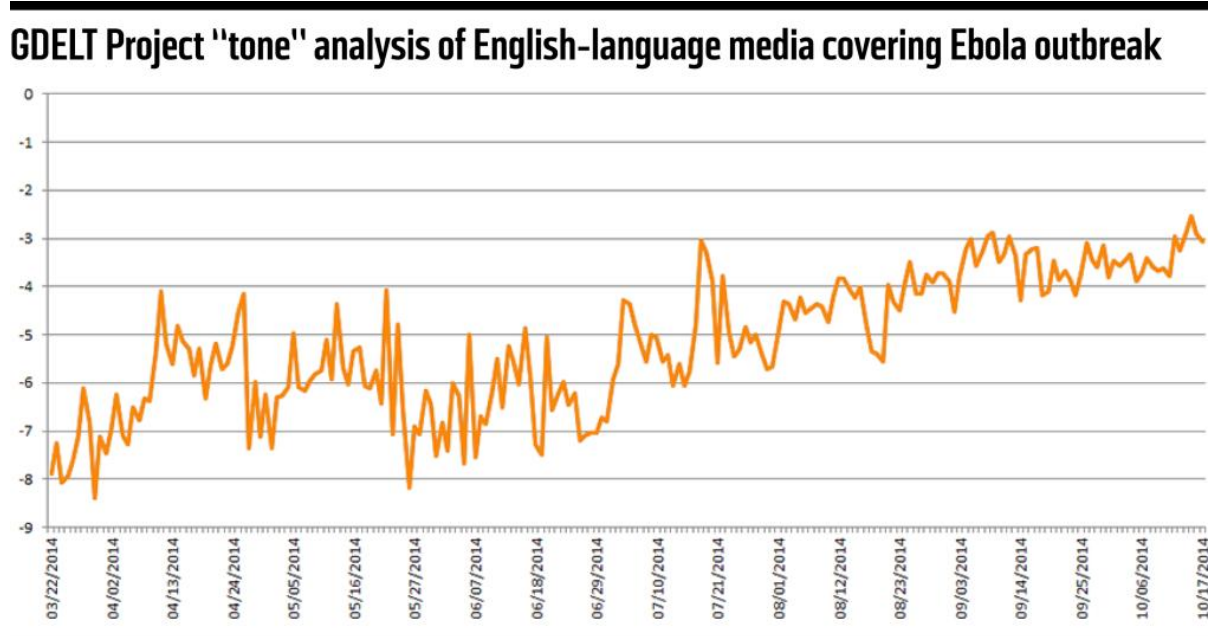




Obrázek č. 10. Graf zobrazující kumulativní počty nahlášených případů eboly(CDC, 2014 Ebola Outbreak in West Africa - Cumulative Reported Cases Graphs, 2015).



Obrázek č. 11. Negativně zabarvená slova užívaná v anglicky mluvících médiích (Leetaru, 2014).



Obrázek č. 12. Příletová karta pasažéra.

### PŘÍLETOVÁ KARTA PASAŽÉRA

~ pro potřebu zajištění opatření k ochraně veřejného zdraví ~

Vzhledem k nepříznivé epidemiologické situaci ve výskytu Eboly je pro související činnost orgánů ochrany veřejného zdraví, v zájmu zajištění ochrany vašeho zdraví, nezbytné vyplnit níže uvedené údaje. Vyplněním umožníte orgánům ochrany veřejného zdraví kontaktovat vás v těch případech, kdy bude zjištěno, že jste mohl(a) být během letu nakažen(a) jinou osobou nebo vy sám(a) jste mohl(a) být zdrojem nákazy pro pasažéry letadla. Vaše informace budou využity výhradně pro účely ochrany veřejného zdraví. Zpracování vašich osobních údajů se řídí zákonem č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů, který byl vydán v souladu se Směrnicí Evropského parlamentu a Rady 95/46/ES.

*~ Děkujeme za pomoc při zajišťování ochrany vašeho zdraví.*

**VYPLŇUJTE TISKACÍMI VELKÝMI PÍSMENY. PONECHTE PRÁZDNÁ POLE MEZI SLOVY TVOŘÍCÍMI NÁZVY MÍST POBYTU. JEDEN TISKOPIS VYPLNÍ DOSPĚLÁ OSOBA ZA ČLENY RODINY PŘÍTOMNÉ NA PALUBĚ MLADŠÍ 18 LET.**

1. název letecké společnosti

2. číslo letu      3. číslo sedadla      4. datum nástupu letu (dd/mm/rrrr)      5. datum příletu do České republiky (dd/mm/rrrr)



6. příjmení      7. jméno



8. iniciála prostředního jména      9. rok narození      10. číslo občanského průkazu nebo pasu



11. číslo telefonu (včetně předvoleb), na kterém budete v případě potřeby dostupný(á)



12. Navštívil(a) jste kdykoliv během posledních 42 dnů před tímto přistáním na území České republiky některou z republik Guinea, Libérie nebo Sierra Leone?

ANO\*       NE\*

\* správnou odpověď označte křížkem

13. Vypište místa pobytu v České republice v období následujících 42 dnů po tomto příletu do České republiky.



14. datum plánovaného opuštění České republiky v období do 42 dnů po příletu do České republiky (dd/mm/rrrr)



15. datum vyplnění karty (dd/mm/rrrr)



16. údaje o rodinných příslušnících – dětech do 18 let přítomných na palubě letadla

	příjmení	jméno	číslo sedadla	věk
(1)	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"></table>	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"></table>	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"></table>	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"></table>
(2)	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"></table>	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"></table>	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"></table>	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"></table>
(3)	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"></table>	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"></table>	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"></table>	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"></table>
(4)	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"></table>	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"></table>	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"></table>	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"></table>

**!!! UPOZORNĚNÍ PRO CESTUJÍCÍ LETŮ PŘISTÁVAJÍCÍCH NA LETIŠTI VÁCLAVA HAVLA PRAHA !!!**

Pokud jste v období do 42 dnů před přistáním v České republice pobýval (a) na území republik Guinea, Libérie nebo Sierra Leone, jste kromě vyplnění příletové karty povinen(a) podle ochranného opatření Ministerstva zdravotnictví České republiky dostavit se po příletu do prostoru Letiště Václava Havla Praha s označením:

**ORGÁN OCHRANY VEŘEJNÉHO ZDRAVÍ  
PUBLIC HEALTH PROTECTION AUTHORITY**

