

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

Zátěžové situace v rámci výkonu povolání zdravotnického záchranáře

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Autor práce: Radek Hnětkovský

Vedoucí práce: Mgr. Václav Šnorek

Datum odevzdání: 7.5.2009

ABSTRACT

The work of the paramedic is extremely demanding both physically, professionally and mentally. All paramedics are expected to be fast, precise and responsible and to have expert knowledge. This bachelor thesis outlines problems in all areas of the work of paramedics that they may have to deal with or expect. However, the largest part of this bachelor thesis is made up of mentally demanding situations that are further reflected in the content and activities of this occupation.

The introduction of my bachelor thesis contains a summary of the present-day knowledge of this subject and outlines the main activities and content of the emergency medical service and paramedics. Further, it focuses on the most important situations and states that may complicate this occupation, which is psychically exhausting itself.

The main content of the thesis consists of the quantitative research. The collection of data was conducted by means of a questionnaire, which was completed by 102 paramedics of several stations of emergency medical service. The objective of the thesis is to find out: (1) the extent to which paramedics assess situations as demanding; (2) how often paramedics get into stress situations and how they cope with them; (3) in which situations they vent or get rid of their emotions. This is the basis of two hypotheses.

Hypothesis 1: Resuscitating a patient is as distressing as a traffic accident for the emergency medical service crew.

Hypothesis 2: The emotional behaviour of paramedics does not depend on the demanding situation but on the behaviour of the people who they get in contact with.

The results of the thesis confirm both hypotheses. The thesis was focused on confirming the demanding character of this occupation, which is proved by the results of research and the attitude of paramedics to the individual items of research.

The results of the thesis will be used to enlarge the level of information in the relevant subject matter. Further, I have outlined the demanding character of this

occupation, and so this thesis may serve as a guide for those potentially interested in becoming a paramedic, and may lead them to or divert them from their dream.

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma „zátěžové situace v rámci výkonu povolání zdravotnického záchranáře“ vypracoval samostatně a použil jen pramenů, které cituji a uvádím v přiložené bibliografii.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě, elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

V Českých Budějovicích 7.5.2009

.....

Podpis studenta

Poděkování :

Na tomto místě bych chtěl poděkovat především Mgr. Václavu Šnorkovi za vedení mé práce a čas, který mi věnoval. Dále bych chtěl poděkovat všem středním zdravotnickým pracovníkům za jejich spolupráci na mém výzkumu.

OBSAH

ÚVOD	1
1. SOUČASNÝ STAV	2
1.1 CHARAKTERISTIKA ZDRAVOTNICKÉ ZÁCHRANNÉ SLUŽBY	2
1.2 ČINNOST A NÁPLŇ ZDRAVOTNICKÉ ZÁCHRANNÉ SLUŽBY	4
1.3 KOMPETENCE ZDRAVOTNICKÉHO ZÁCHRANÁŘE	5
1.4 VYŠETŘENÍ POSTIŽENÉHO	6
1.5 ROZDĚLENÍ PRIMÁRNÍCH VÝKONŮ	8
1.6 FYZICKÁ, PSYCHICKÁ A SMYSLOVÁ ZÁTĚŽ U ZDRAVOTNICKÝCH ZÁCHRANÁŘŮ	9
1.7 ZÁTĚŽ V ETICKÉM ROZMĚRU ZDRAVOTNICKÉHO ZÁCHRANÁŘE	10
1.8 SYNDROM VYHOŘENÍ	12
1.9 NEKLIDNÝ A AGRESIVNÍ PACIENT	13
1.10 PROFESIONÁLNÍ NÁKAZY	15
1.11 MOBBING	16
1.12 SMRT	18
1.13 HROMADNÉ NEŠTĚSTÍ	19
2. CÍL PRÁCE A HYPOTÉZY	21
1.14 CÍL PRÁCE	21
1.15 HYPOTÉZY	21
3. METODIKA	22
1.16 POUŽITÉ METODY	22
1.17 CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO SOUBORU	22
4. VÝSLEDKY	23
5. DISKUZE	36
6. ZÁVĚR	43
7. SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	44
8. KLÍČOVÁ SLOVA	48
9. PŘÍLOHY	49

ÚVOD

Zdravotničtí záchranáři pracují v první linii kontaktu s postiženým jedincem, který potřebuje odbornou pomoc na místě nehody nebo náhlé poruše zdraví. Zdravotničtí záchranáři jsou při výkonu svého povolání více, jako jiní zaměstnanci, vystaveni velké zátěži způsobené samotnou situací, kterou může být například hromadné neštěstí, dopravní nehody, úrazy, trestné činy, těžká onemocnění a podobně. Práci záchranářů někdy stěžuje více faktorů: rodinní příslušníci, kteří mají strach o své nejbližší, samotné prostředí, kde došlo k neočekávané poruše zdraví, náhodní svědkové, kteří chtějí pomoci, ale svoji přehnanou snahou, kritikou a někdy i agresivitou nepomáhají. Členové záchranných týmů musí být proto pro svoji profesi připraveni nejen odborně, ale i tělesně a morálně. Očekává se od nich, že za každé situace dokážou pomáhat lidem v tísně, že budou zachraňovat lidské životy, minimalizovat utrpení v těžkých životních chvílích a zvládat situace na místě neštěstí. Nesmíme zapomenout na omezené možnosti použití nejmodernější zdravotnické techniky, která v přednemocniční péči urychlí, ulehčí a zkvalitní práci zdravotnických pracovníků. Tato bakalářská práce na téma Zátěžové situace v rámci výkonu povolání zdravotnického záchranáře nemá zohlednit atraktivitu tohoto povolání, kterou do této pozice staví filmový průmysl, ale ukázat, o jak vysoce odborné, fyzicky náročné, psychicky vyčerpávající a nesmírně zodpovědné povolání se jedná.

V bakalářské práci byl kladen cíl zátěžové situace zhodnotit a zamyslet se nad různými konflikty, se kterými se zdravotničtí záchranáři potýkají.

1. Současný stav

1.1 Charakteristika zdravotnické záchranné služby

Urgentní medicína je interdisciplinární medicínský obor, jejímž úkolem je poskytovat rychlou a kvalifikovanou pomoc při náhlé poruše zdraví. Činnost výjezdových skupin má charakter podobající se činnosti u lůžka neodkladné péče, ale za mnohem ztíženějších podmínek. (14)

Součástí urgentní medicíny je přednemocniční neodkladná péče (dále jen PNP), kde je hlavním cílem minimalizovat následky akutního postižení zdraví a náhlého zhoršení chronického onemocnění tak, aby se nemocní mohli vrátit zpět do života bez výrazného omezení. (14)

Přednemocniční neodkladná péče (dále jen PNP) musí být poskytnuta na odborné úrovni a v co nejkratší době, protože při jakémkoliv selhání v záchranném řetězci, naděje na záchranu postiženého rychle klesá. Záchranná služba zajišťuje PNP v dané spádové oblasti, nepřetržitě řídí výjezdové skupiny a úzce spolupracuje se záchrannými službami přilehlých oblastí. Při nasazení letecké záchranné služby (dále jen LZS) spolupracuje s příslušným územním střediskem záchranné služby. Zdravotnické tísňové výzvy jsou přijímány po celé České republice na telefonním čísle 155 a dále směrovány příslušnému operačnímu středisku záchranné služby. Po vyhodnocení tísňové výzvy jsou vyslány nejvhodnější zdravotnické síly a prostředky, aby se dostalo postiženému adekvátní pomoci z hlediska naléhavosti. Výjezdové skupiny zdravotnické záchranné služby jsou charakteru rychlé lékařské pomoci (dále jen RLP) nebo rychlé zdravotnické pomoci (dále jen RZP). Dále se využívá lékařská služba první pomoci a doprava raněných, nemocných a rodiček. Při potřebě technické pomoci se aktivují hlavní složky integrovaného záchranného systému, tvořící policie České republiky a hasičské záchranné sbory. Výjezdová skupina po přijetí výzvy musí do jedné minuty neprodleně realizovat zásah. Při jízdě na místo náhlé poruchy zdraví vždy využívají zvláštního světelného i zvukového výstražného znamení. Na místě se provede základní diagnostické zhodnocení stavu a nutná léčebná opatření. Po stabilizaci základních životních funkcí posádka zabezpečí vhodný transport do nejbližšího

zdravotnického zařízení, které je schopno poskytnout příslušnou péči. U postiženého musí být během transportu průběžně monitorovány základní životní funkce, tak aby bylo možno reagovat na změny stavu během dopravy. Léčebná opatření během transportu jsou možná pouze v omezené míře z důvodu bezpečnosti posádky, nedostatku prostoru, vibrací, hluku a nenadálé změny směru jízdy. Výjezd k jakékoliv změně zdravotního stavu klasifikujeme jako zásah primární. Převoz mezi zdravotnickými zařízeními z důvodu diagnostických, léčebných, repatriačních, kapacitních či z důvodu transplantačního programu nazýváme výjezd sekundární. Nemocný je v průběhu sekundárního převozu vystaven riziku druhotného poškození fyzikálními vlivy, které nazýváme transportním traumatem. Při každém takovémto transportu zvažujeme přínos nad rizikem pro nemocného. Nemocný je v průběhu sekundárního převozu vystaven riziku druhotného poškození fyzikálními vlivy, které nazýváme transportním traumatem. Nemocnému hrozí velká bolestivost při časté manipulaci, bolesti při otřesech, změny stavu při prudké akceleraci, deceleraci, časté nevolnosti, přehřátí organismu v letních obdobích, v zimních podchlazení. Výjezdová skupina často čelí nepřízní počasí, psychickému tlaku okolí, agresivnímu chování postiženého nebo jeho blízkých a i za těchto podmínek musí učinit základní diagnostické zhodnocení, provést účinná léčebná opatření, rozhodnout o zahájení či nezahájení resuscitace, popřípadě o jejím ukončení. Dále musí stanovit způsob co nejšetrnějšího transportu, zvolit vhodné zdravotnické zařízení, oddělení a následně předat postiženého „do rukou“ specialistů. Plnění úkolů zdravotnické záchranné služby (dále jen ZZS) může být často komplikováno zlovolnými voláními, kdy volající podává úmyslně mylné informace a posádka záchranné služby vyjíždí často na místa, kde není nikdo zraněn ani ohrožen na životě. Tímto dochází ke zneužití záchranné služby a u lidí v ohrožení života k časovému zdržení při jejich ošetřování. (6, 14, 23)

1.2 Činnost a náplň zdravotnické záchranné služby

Hlavní náplň činnosti ZZS a její hlavní úkol stanovuje Vyhláška 434/1992 sb. Ministerstva zdravotnictví České republiky ze dne 28. července 1992 o ZZS. (24, 26)

PNP definuje jako péči o postižené na místě vzniku jejich úrazu nebo náhlého onemocnění, během jejich dopravy k dalšímu ošetření, při jejich předání a při stavech, které bezprostředně ohrožují život postiženého. Dále mohou vést k prohlubování chorobných změn, k náhlé smrti, zapříčinit bez poskytnutí odborné první pomoci trvalé chorobné změny nebo náhlou bolest či utrpení, způsobit změny chování a jednání postiženého, ohrožující jeho samotného nebo jeho okolí. (24,26)

ZZS musí být schopna za pomoci dispečinku kvalifikovaně přijímat a zpracovávat tísňové výzvy. Výzvy během několika sekund vyhodnocuje s cílem určení nevhodnějšího způsobu poskytnutí PNP. ZZS musí poskytnout první pomoc na místě vzniku náhlé poruchy zdraví, při transportu, předání na oddělení a i v podmínkách hromadného neštěstí. Pracovníci záchranných služeb vytvářejí výjezdové skupiny. Z hlediska personálního složení, kvalifikačních předpokladů a odborných kompetencí rozlišuje § 6 vyhlášky 434/1992 výjezdové skupiny na posádky rychlé zdravotnické pomoci, rychlé lékařské pomoci a letecké záchranné služby. Posádka *RZP* je dvoučlenná, složená ze zdravotnických záchranářů, z nichž jeden plní úlohu řidiče. Výjezdová skupina *RLP* má o jednoho člena posádky více a tím je lékař, který odpovídá za poskytování léčebné péče. Posádku *LZS* tvoří lékař, zdravotnický záchranář a pilot vrtulníku, který zabezpečuje dopravu na místo zásahu. V roce 1987 pražská záchranná služba, jako první u nás, úspěšně vyzkoušela systém, který se jmenuje *Rendez-vous*. Počty výjezdů rostly a navíc se ukázalo, že u všech případů není potřeba lékař. K nejvážněji nemocným a zraněným tedy vyjíždí v rychlém osobním voze a setkává se se sanitkou záchranářů. Po ošetření lékař pacienta buď doprovází do nemocnice, nebo je volný pro další případ. Tento systém je už v podstatě rozšířen po celé České republice, ale zatím z převážné míry jen v hlavních městech. (23, 24, 25, 26)

1.3 Kompetence zdravotnického záchranáře

Kompetence zdravotnického záchranáře vymezuje Vyhláška Ministerstva zdravotnictví ČR č 424/2004 Sb.. Ta vymezuje podmínky k získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činnosti související s poskytováním zdravotní péče u nelékařských povolání. Zdravotnický záchranář může pracovat bez odborného dohledu, poskytovat PNP, včetně letecké záchranné služby, a ošetrovatelskou činnost v rámci urgentního příjmu. Při tom zejména monitoruje a hodnotí vitální funkce, pulzní oxymetrii, průběžně sleduje a vyhodnocuje poruchy rytmu, zajišťuje periferní žilní vstupy, provádí orientační laboratorní vyšetření v rámci urgentních příjmů, obsluhuje vybavení všech kategorií dopravních prostředků, které zároveň může řídit i v obtížných podmínkách jízdy s využitím výstražných zvukových a světelných zařízení, provádí ošetřování ran, včetně stavění krvácení, zajišťuje bezpečné vyproštění, polohování, imobilizaci a transport pacientů s důslednou bezpečností během dopravy, podílí se na řešení následků hromadného neštěstí v rámci spolupráce s integrovaným záchranným systémem, zajišťuje v případě potřeby péči o tělo zemřelého, práci s léčivými a spotřebními materiály pro PNP, čistotu a dostatečné množství zdravotnických prostředků. Zdravotnický záchranář se v rámci PNP, včetně LZS nebo urgentního příjmu, podílí na poskytování diagnostické a léčebné péči bez odborného dohledu. Přitom zejména provádí kardiopulmonární resuscitaci s použitím ručních křísících vaků, včetně defibrilace srdce, zajišťuje dýchací cesty dostupnými pomůckami, podává inhalační kyslíkovou terapii, zajišťuje přístrojovou ventilaci pod dohledem lékaře, pečuje o dýchací cesty pacientů i při umělé plicní ventilaci, podává léčivé přípravky, včetně krevních derivátů a transfúzních přípravků, provádí katetrizaci dospělých a dívek nad 10 let, odběr biologického materiálu, asistuje u překotného porodu a provádí první ošetření novorozence. Mnohé kompetence jsou někdy ještě rozšířeny po konzultacích s lékařem a nebo když se jedná o život zachraňují úkony, kde není čas na komunikaci po telefonu. Zde se musejí zdravotničtí záchranáři řídit svým rozumem a znalostmi, které pochytili během celoživotního vzdělávání a roků na záchranné službě. (23, 24)

1.4 Vyšetření postiženého

Každé ošetření pacienta posádkou ZZS začíná na místě události slovním a vizuálním kontaktem. Dále na tento článek navazuje systematický postup, který se nazývá vyšetření postiženého. Zjišťují se příznaky poruchy zdraví jako jsou stav vědomí, poranění, zlomenin, ran a pod. První pomoc se neposkytuje podle úrazového děje, ale podle převažujících příznaků. Vyšetření vykonává každý, kdo přijde do kontaktu s poraněnou osobou nebo s osobou s náhlým onemocněním jako první, ať už je to laik či zdravotnický pracovník. Vyšetření se skládá ze dvou částí. První je vyšetření a resuscitace a druhá je anamnéza a vyšetření od „hlavy až k patě“. (14, 22)

První vyšetření může trvat do 30 sekund. Zde se zjišťuje stav vědomí, dýchání, pulz a vnější krvácení. Vědomí může být narušené kvantitativně – somnolence, sopor, kóma. Kvalitativně narušené vědomí je takové, že postižený reaguje na vnější podněty a prostředí neadekvátně. Je dezorientován místem, časem, osobou a vydává špatné či nesrozumitelné odpovědi. Jestliže postižený nedokáže srozumitelně a věrohodně popsat mechanismus úrazového děje, předpokládáme, že byl v bezvědomí. Poruchy vědomí podle vyvolávající příčiny mohou být také způsobené alkoholem, epilepsií, úrazy, hypoglykemií, cévní mozkovou příhodou či intoxikací. Kvantitativní poruchu vědomí zjišťujeme pomocí Glasgow stupnice. Jestliže je pacient při vědomí a reaguje na prvotní oslovení či vyšetření, můžeme se omezit na měření základních životních funkcí. Zde hodnotíme kvalitu dýchání (zpomalené, zrychlené, nepravidelné), charakteristiku (lapavé, povrchní, mělké, hluboké, s pomocí dýchacích svalů) a funkčnost (dostatečné, nedostatečné). Krevní oběh hodnotíme nahmatáním pulzu na krkavici nebo na zápěstí pokud je pacient při vědomí. Zde hodnotíme sílu, pravidelnost a počet pulzů. Následuje měření krevního tlaku, saturace krve kyslíkem, teploty, glykémii a kapilární návrat. Při mnohých vyšetření vitálních funkcí nám pomáhá přístrojová technika. Krvácení zjišťujeme pohledem a celkovou inspekci těla. Pokud je pacient při vědomí a orientován přecházíme na druhou část vyšetření a tou je anamnéza a vyšetření od „hlavy až k patě“. Zjišťování anamnézy by mělo být započato představením a uvedením zdravotnické kvalifikace. Dále už se zaměřujeme na stav pacienta. Ptáme se na pocity jako jsou bolest, problémy s určitou funkcí těla, užívané léky, alergie, onemocnění a operace,

které prodělal. Anamnestické údaje doplňujeme o nejdůležitější informace onemocnění, jako jsou začátek a druh aktivity v momentě vzniku, úlevové a zhoršující se faktory, charakter a intenzita bolestí, místo vzniku, směr a doba vyzařování bolesti. Vyšetření od hlavy až k patě zahrnuje hledání poranění a celkovou inspekci těla při hledání příčiny aktuálního stavu. Na hlavě si všímáme tržných ran, krvácení, deformací, výtoků z nosu a uší, v ústech pátráme po cizích tělesech, zvratkách, vyražených zubech, po krvácení. Při podezření na poranění páteře hlavu fixujeme a snažíme se vyhýbat jakýmkoliv pohybům. Na hlavě si dále všímáme postavení očí a zornic. Vyšetřujeme reakci zornic na osvit a zda jsou zornice izokorické, anizokorické, myotické, mydriatické. Na hrudníku si nejvíce všímáme viditelných poranění, dýchacích pohybů, bolestivosti či stenokardie. Břišní krajinu vyšetřujeme nejčastěji pohmatem nebo poklepem a anamnesticky se vyptáváme na problémy s trávením, vylučováním a dalších přidružených problémů. Sledujeme charakter bolesti, vyzařování, intenzitu či frekvenci. Na končetinách sledujeme postavení, stabilitu, pohyblivost, krvácení, charakter bolesti a snažíme se o co nejmenší manipulaci s postiženou končetinou. Při podezření na poranění páteře vyšetřujeme sílu, pohyblivost a citlivost končetin. Součástí každého vyšetření by mělo být i neurologické vyšetření, kde zjišťujeme přítomnost bezvědomí a jeho trvání, stav a velikost zornic, izokorii, fotoreakci, postavení očních bulbů, meningeální příznaky na šíji, symetrii tvářového svalstva, postavení jazyka, spontánní pohyblivost končetin, symetrii pohybů, symetrický oboustranný stisk rukou atd. (14, 22)

Důvěra ve zdravotnické záchranáře roste v nepodceňování banálních situací, které se však i během malého okamžiku mohou strhnout v boj o život. Každé opomenutí určité části vyšetření může zkomplikovat danou situaci a přivést záchránce do svízelné situace. (14, 17, 22)

1.5 Rozdělení primárních výkonů

Indikace k primárním zásahům ZZS na základě tísňové výzvy jsou poskytovány při stavech, které bezprostředně ohrožují život, mohou vést k prohlubování chorobných změn nebo k náhlé smrti, způsobí bez rychlého poskytnutí odborné první pomoci trvalé chorobné změny, působí náhlé utrpení, náhlou bolest, působí změny chování a jednání postiženého ohrožující jeho samotného nebo jeho okolí. K těmto situacím se snaží dispečeri vysílat posádky RLP nebo LZS. Řada oblastí v České republice je však zajištěna pouze posádkou RZP z důvodu 15 minutové dojezdové doby k místu zásahu a tak někdy tato výjezdová skupina musí poskytnout první pomoc nad rámec svých kompetencí. (24, 25, 26)

Mezi stavy, které bezprostředně ohrožují pacienty na životě patří bezvědomí, bezdeší, zástava krevního oběhu, masivní krvácení, náhlé dušení, polytraumata a mnohočetná poranění, závažná poranění lebky a mozku spojená s kvantitativní poruchou vědomí, oběšení, utonutí, náhle vzniklá bolest na hrudi spojená s dušností, zasypaní, rozsáhlé popáleniny nebo poleptání. (14)

Mezi stavy, které mohou vést k prohlubování chorobných změn nebo k náhlé smrti se řadí náhle vzniklá bolest na hrudi, poruchy srdečního rytmu, kolaps, mdloba, přechodná ztráta vědomí, křečové stavy, náhle vzniklé poruchy hybnosti a řeči, alergické příhody, otravy při zachovalém vědomí, poranění břicha, poranění hrudníku, podezření na krvácející mimoděložní těhotenství, náhlá dušnost, úraz elektrickým proudem, poruchy vědomí u diabetiků, zvracení krve, meléna, překotný porod, potrat, tepelné poranění (přehřátí nebo podchlazení), uštknutí hadem, masivní vykašlávání krve, poleptání trávícího ústrojí nebo dýchacích cest. (14)

Stavy, které způsobí bez rychlého poskytnutí odborné první pomoci trvalé chorobné změny jsou poranění páteře, zlomeniny dlouhých kostí, závažná poranění oka. Mezi situace, které působí náhlé utrpení a náhlou bolest, patří kolikovitě bolesti či náhle vzniklá bolest vyvolávající výrazné utrpení postiženého. Akutní psychózy, toxikománie, suicidiální pokusy se řadí mezi stavy, které působí změny chování a jednání postiženého ohrožující jeho samotného nebo jeho okolí. (14)

1.6 Fyzická, psychická a smyslová zátěž u zdravotnických záchranářů

Součástí ochrany zdraví záchranářů jsou vedle faktorů fyzikální, chemické a biologické povahy též faktory, které souvisejí s vybaveností a s výkonovou kapacitou člověka. Vše je dáno tělesnou stavbou, fyzickou zdatností, svalovou silou, rozměry těla či pohybovými stereotypy. Věk a pohlaví zde hrají také určitou roli. Dále nesmíme opomenout kapacitu smyslových orgánů a kapacitu myšlenkových procesů a faktory, jako jsou paměť, představitivost, spolehlivost, zátěžová tolerance. (1, 10)

Obecně můžeme říci, že se jedná o faktory označované jako fyzická, psychická a senzorická (smyslová) pracovní zátěž. Cílem při posuzování těchto faktorů je zjistit, zda námaha (fyzická, psychická či senzorická) při pracovní činnosti nepřevyšuje jakékoliv fyziologické možnosti pracovníků a nemůže postupem času vyvolat poškození zdraví. Negativní vliv působení těchto faktorů na zdraví člověka se projevuje zvýšeným počtem pracovních úrazů, onemocnění svalů, šlach, kloubů, úponů, kostí, narušení stability páteře a to v důsledku nadměrného jednostranného zatěžování lidského těla. Negativní faktory často gradují neurotickými příznaky, psychosomatickým onemocněním v důsledku psychické pracovní zátěže, kterou je monotonie a vnucené pracovní tempo, nevhodné rotace směn, nároky na mentální procesy (odpovědnost, spolehlivost atd.). Tyto faktory velmi ovlivňují výkonnost záchranáře a jeho odhodlanost pomáhat. (1, 10)

Fyzická pracovní zátěž je pracovní zátěž pohybového, srdečně cévního a dýchacího systému. Odráží se v látkové přeměně a termoregulaci v lidském organismu. Z fyziologického hlediska se rozlišují dvě formy svalové práce – dynamická a statická. U dynamické práce probíhá střídavé zapojování svalových skupin a střídání napětí a uvolnění svalstva. Je třeba rozlišovat zda je práce vykonávána velkými nebo malými svalovými skupinami. U statické dochází k izometrické kontrakci svalu, ve kterém se zvyšuje napětí. (1)

Psychickou zátěží se rozumí proces psychického zpracovávání a vyrovnávání se s požadavky a vlivy životního a pracovního prostředí. Lze rozlišit tři formy psychické zátěže. *Senzorická (smyslová) zátěž* vyplývá z požadavků práce na činnost periferních

smyslových orgánů. *Mentální zátěž* vyplývá z požadavků na zpracovávání informací kladoucí nároky na pozornost, představitost, paměť myšlení a rozhodování. *Emoční zátěž* vyplývá ze situací a požadavků vyvolávající afektivní nebo-li citovou odezvu. Dlouhodobá psychická zátěž může vyústit v poruchy zdraví jako jsou některá psychosomatická onemocnění či poruchy v oblasti mentálního zdraví. (1)

Pracovní doba, směny a noční práce

Práce v nepřetržitých nočních provozech, způsob střídání směn ranních a nočních a nárazová či trvalá práce v noci jsou závažným fyziologickým, psychologickým a společenským problémem. Tyto práce kladou zvýšené nároky na adaptaci související se změnami životního stylu, jako jsou omezení sociálních kontaktů s rodinnými příslušníky, omezení možností realizace společensko kulturních zájmů, posouvání a nepravidelnost pracovního volna. Ovlivňují též cirkadiánní rytmus a mohou být příčinou vážných zdravotních potíží, pocitů nedostatečného odpočinku, spánkového dluhu a chronické únavy. (1)

1.7 Zátěž v etickém rozměru zdravotnického záchranáře

Rychlost, koordinace, přesnost, zodpovědnost, spolehlivost jsou hlavními atributy práce záchranáře na jakýmkoliv úseku záchranném činnosti. V situacích, ve kterých jde o záchranu života a bojuje se o každou sekundu hraje svou roli i etika. Je nesporné, že záchrana lidského života je činnost, která vyžaduje lidi připravené nejen tělesně, psychicky, ale i morálně. Při zachraňování lidských životů se uplatňuje nejvíce situační etika, etika extrémních životních situací, kde etické rozhodnutí není možné svázat do jakýchsi stabilních pravidel, ale je potřebné postupovat podle konkrétních okolností a nejlepšího svědomí. Někdy je nevyhnutelné použít i postupy odlišné od stanovených standardů a individuálně se rozhodnout v neobvyklé situaci. (8, 15)

Členové záchranného týmu jsou často konfrontováni se specifickými situacemi, které urgentní stav s sebou přináší. V urgentní medicíně a PNP není možné vždy respektovat a zachovávat právo pacienta na autonomii, respektování lidské důstojnosti

či informovaný souhlas, který se přeje pacient. Vše musí být podřízeno dané situaci a požadavkům záchrany, co největšího počtu postižených a zároveň musí být splněna kvalita poskytované péče. I to je jeden z mnoha důvodů, proč v této specifické oblasti přednemocniční neodkladné péče přetrvává paternalismus daleko více, než v jiných medicínských oborech. (8, 15)

Další specifika spočívají v tom, že při poskytování první pomoci se členové záchranného týmu téměř vždy vystavují určitému riziku související s daným místem zásahu či neočekávetelnou situací na místě události. Nebezpečí může představovat samotný pacient trpící duševní či infekční chorobou, kde velmi hrozí přenos na členy posádky záchranné služby. Rizikové a rozdílným způsobem znečištěné prostředí též ohrožuje záchranáře i v případech, kdy respektují zásady bezpečnosti práce. V této souvislosti je namístě konstatovat, že etická povinnost zdravotnického záchranáře je do jisté míry ohraničená povinností účinně chránit svůj vlastní život a zdraví a nevystavovat ho nebezpečí, pokud to není nevyhnutelné. (8, 15)

Specifikum urgentních stavů spočívá v psychických změnách postiženého. Poruchy vědomí, změněné reakce na podněty, někdy apatie či na druhé straně výrazný neklid a strach ze smrti jsou faktory nejen zvyšující celkovou zátěž organismu, ale i podmiňující etiku chování záchranáře a jiných členů týmu. Některé z uvedených projevů jsou mnohokrát příznačné i pro členy rodiny zdravotně postiženého. (8, 15)

Důležitým aspektem etického přístupu zdravotníků vůči takto postiženým je trpělivost, dodání pocitu jistoty, podpora důvěry v práci záchranáře a pokud to situace dovoluje, vyslechnout problémy nemocného od něho samotného, nebo členů rodiny, či svědků události. Uklidňující bývá často verbální i neverbální kontakt s postiženým a jeho okolím, který má často kladnou odezvu ve snazší ošetrovatelské péči. K předpokladům adekvátní komunikace patří i schopnost správně a efektivně posoudit situaci, ve které se postižený nachází.

Práce záchranáře je úzce spjatá i s závažným medicínským a etickým faktorem, kterým je prognóza onemocnění. Prognóza výrazně ovlivňuje další vývoj zdravotního

stavu postiženého i použití náročných medicínských postupů. O této skutečnosti je v okamžiku bezprostředního příchodu posádky ZZS velmi náročné hovořit, protože u mnohých kriticky nemocných je prognóza nejistá nebo velmi vážná. V dané situaci přicházejí do úvahy i etické principy rozhodování v otázkách úzce spjatých s konstatováním smrti nebo nezahájení resuscitace, přičemž názor příbuzných může být odlišný od názoru záchranářů, i když jim kompetence velí jinak. (8, 15)

1.8 Syndrom vyhoření

Syndrom vyhoření představuje celý soubor příznaků projevujících se zpravidla ztrátou elánu, radosti ze života a především energie a nadšení potřebných při výkonu profese. Dochází tak postupně k celkové stagnaci až rezignaci. Může být též definován jako stav chronické psychické dysfunkce provázený vyčerpaností, frustrací, úzkostí nebo depresí v důsledku kumulativního stresu spojeném s prací. Vše je důsledkem chronické zátěže spojené s povoláním zdravotnického záchranáře, který přichází profesionálně do osobního kontaktu s jinými lidmi. Důležitá je skutečnost, že v procesu vyhoření hraje významnou roli délka zaměstnání. Čím je člověk déle zaměstnán v náročném úseku v péči o lidi, tím méně mu zpravidla přináší jeho práce uspokojení. Začne se měnit vztah k pacientům, kolegům a v nejhorších případech k rodině. Vyhoření je proces, který má své fáze, kdy na počátku bývá *nadšení*, poté *stagnace* a následuje *frustrace*. Začínají se objevovat potíže na pracovišti, ale i v osobním životě a frustrace pak přerůstá v apatii. V této situaci člověk dělá jen to, co musí bez jakéhokoliv naplnění svého potenciálu. Poslední fází bludného kruhu je intervence, která může vrcholit až změnou zaměstnání. (8, 10)

Projevy vyhoření

Tělesné vyčerpání se projevuje celkovou slabostí a chronickou únavou. V důsledku tohoto jsou střední zdravotničtí pracovníci náchylní k nejrůznějším onemocněním, ale také k úrazům a selháním lidského faktoru. Často trpí bolestmi hlavy, zad, celkovým fyzickým vypětím a chronickou únavou spojenou s poruchami spánku.

Další projevy se mohou odrazit ve stravovacích návycích, jako je nechutenství či naopak kompenzace zátěže jídlem. (8)

U *emocionálního vyčerpání* převládá pocit bezmocnosti, beznaděje, podrážděnost, negativní vystupování, agresivita vůči lidem i sobě samému. Vše se zdá být k uzoufání, neboť nelze nalézt žádné východisko z daného problému. Tento stav může vést až k suicidálním myšlenkám. Postiženého natolik vyčerpávají běžné úkony, že mu nezbývá energie na nic jiného, a stává se psychicky labilním. (8)

Duševní vyčerpání se projevuje negativními postoji k sobě, okolí a zejména k práci. Pro vyhořelého člověka je typické, že se z jeho práce postupně vytrácí lidskost a soucítění v interakci s okolním světem. Postupně se uzavírá do sebe a je pro něho čím dál tím těžší komunikovat v práci, s přáteli. Pacienty, o něž má pečovat, považuje za hlavní příčinu svých vlastních problémů. (8)

1.9 Neklidný a agresivní pacient

Neklid a agrese bývají doprovodnými příznaky u řady onemocnění, ale nejčastější příčinou bývá intoxikace alkoholem či jinými látkami, jako jsou léky či drogy. Nejčastějšími příčinami napadení posádky ZZS jsou uváděny psychotropní látky, v menší míře nemoci a zanedbávajícím počtem různé stresující a frustrující situace. Změny chování u nemocných bývají nejčastěji způsobeny záněty, poraněním mozku, hypoxií mozku, hypoglykemií, epilepsií, depresí či mánií, schizofrenií, sexuálních deviací a mentálních retardací. (9, 13)

Přímá agrese je jasně a zřetelně vyjádřená škálou projevů od ironizující komunikace až po fyzický útok. Transformovanou agresí je označován přenos agrese na jinou osobu, kterou častokrát bývá posádka záchranné služby. U nepřítelne osoby lze hovořit o zadržování určité frustrace, vnitřním konfliktu, nárůstu napětí, který může

v nevhodnou dobu ztížit ještě více situaci v ošetřování. Mezi verbální projevy patří rozčilení, křik, vyhrožování a mezi neverbální lze zařadit zblednutí nebo zrudnutí, upřený pohled, ztuhnutí, zatínání pěstí, kousání rtů, gestikulace, vstávání a vstup do osobní zóny. Mnoho agresivity pramení z úzkosti, kdy se pacient cítí být v nebezpečí. (9, 13)

Záchranář by k takovýmto lidem měl přistupovat čelem, hovor vést ve stejné hlasové výšce, udržovat stálý oční kontakt a snažit se vybudovat si důvěru pacienta. Může si pacienta posadit, představit se mu, rozumně mu vysvětlit, proč byli zavoláni, a pro pacienta to bude známka, že ho nehodláte ohrožovat, ale chcete mu pomoci. I když jsou tito lidé pod vlivem nějakých látek či jsou to projevy závažné choroby, pokoušíme se nereagovat na slovní útoky, snažíme se jim naslouchat, zaměřujeme se na klíčové informace a nebo zapojujeme příbuzné či kamarády v získávání potřebných informací. Důležitá je neustálá klidná, jasná a srozumitelná komunikace bez zdravotnického slangu a snažit se zůstat nad věcí, i když to za daných situací bývá velmi náročné. (9)

Někdy však ani psychologický přístup nestačí a je nutné jej kombinovat s užitím farmak dle indikací lékaře. Zde jsou nejpoužívanějšími farmaky benzodiazepiny (Apaurin, Dormicum) a při halucinacích či bludech neuroleptika (Haloperidol). Je zde ale zapotřebí znalost nežádoucích či kumulativních účinků, hlavně u alkoholu, a nekombinovat více než dva preparáty. Někdy je posádka ZZS nucena aplikovat fyzické omezení, které definuje zákon č. 86/1992 Sb., který říká, že osoba, která jeví známky duševní choroby nebo intoxikace a zároveň zjevně ohrožuje sebe či okolí, může být šetrně fyzicky omezena. Nejčastěji se užívají kurty, pásy a nebo za asistence policie pouta. Při jednání s agresivními či neklidnými osobami musíme být trpěliví, nad věcí a hlavně obezřetní. Výjezdy záchranné služby k těmto případům jsou velmi časté a bohužel i psychicky velmi náročné. (9,13)

1.10 Profesionální nákazy

Posádky záchranných služeb přicházejí bez jakéhokoliv varování do styku s infekčními onemocněními a je tudíž zvýšená možnost přenosu nákazy. Toto riziko potencuje fakt, že posádka ZZS pečuje o pacienty s minimem informací o jejich zdravotním stavu. Rizikem se stává infekce dříve spíše opomíjená, totiž TBC. Zatímco případ infekce HIV, kterým by byl zdravotník nakažen u nás ještě nebyl popsán, incidence případů nákazy TBC narůstá právě u zdravotníků prvního kontaktu. Nákaza hepatitidou je stále velkou hrozbou, zejména u problémové skupiny toxikomanů. Mimochodem ošetření toxikomanů ve vypjatých stavech, například předávkování či toxických psychóz, leží zcela na bedrech ZZS a při narůstajícím počtu těchto pacientů riziko velmi roste. V posledních letech se dostal na první místo v počtu hlášených infekčních onemocnění svrab (scabies), který nahradil šířící se hepatitidu typu B z důvodu plošného očkování zdravotníků. Je to vysoce infekční onemocnění způsobené roztočem *Sarcoptes scabiei*, vzniklé těsným osobním kontaktem s infikovanou osobou nebo jejím prádlem. Proto jsou nejčastěji ohroženi lidé, kteří pečují dlouhodobě o tyto nemocné, a posádky ZZS, které jsou v prvním kontaktu s těmito nemocnými, aniž by o tom věděly. Druhé místo v počtu nakažených patří virové hepatitidě. Toto onemocnění bylo díky vakcinaci eliminováno na jednotlivá onemocnění a dnes se spíše objevují případy, že zdravotník zcela zbytečně podstoupil vakcinaci v době, kdy již byl infikován virem hepatitidy B, poněvadž přítomnost látek se v dřívější době nedala zjišťovat. Na třetím místě figuruje tuberkulóza, kde 95% se týká tuberkulózy plic, pleury a nitrohručních uzlin, a zbylých 5% tvoří tuberkulózy mimoplicní. K přenosu dochází nejčastěji kapénkovou infekcí od nemocného s bacilární tuberkulózou dýchacího ústrojí a zcela vzácně může dojít k přenosu traumatizací kůže kontaminovaným předmětem. (1, 11)

V naší populaci se vyskytuje mnoho odlišných skupin obyvatelstva, a proto by každý lékař, záchranář, řidič měl přistupovat k pacientovi se vši obezřetností, jako by se jednalo o potenciálního nosiče infekčního onemocnění. Chrání tak tím sám sebe i své blízké, se kterými po práci přichází do kontaktu. (1,11)

1.11 Mobbing

Práce zdravotnického záchranáře je nesmírně náročná na fyzickou, odbornou, ale i psychickou stránku. Doba, která nám přinesla mnoho změn, přinesla i nový pohled na mezilidské vztahy, na vztahy korektní, kolegiální, etické, ale i na vztahy plné závisti, nejistoty a škatulkování lidské osobnosti. Termín mobbing pochází z anglického slova „to mob“ – obtěžovat, dobírat, hromadně napadnout atd. Mobbing je skryté násilí bez modřin a jiných viditelných stop. Jedná se o cílevědomé a dlouhodobé zejména psychické ubližování, které provádějí konkrétní osoby na pracovišti. Šikánování se projevuje pomluvami, zesměšňováním, ponižováním, přehlížením, zahanbováním, zastrašováním, ústrky, finanční újmou, atd. Proč k ní dochází? (12, 18)

Především ze závisti, ať už se jedná o spokojenou rodinu či rodinné zázemí, pracovní nápady, výkonnost a úspěchy, spolehlivé přátele, sportovní vizáž, oblečení, koníčky, peníze a hlavně z touhy ovládat druhé. Často se s těmito útoky můžeme setkat i ze sexuálních motivů nebo špatných morálních vlastností vypěstovaných již v dětství. Kolegové, kterých se tento teror netýká, se ze zbabělosti, strachu, sobectví, drží v pozadí a často se dotyčné osoby mohou i stranit. (12, 18)

Kdo je na vině? V první řadě je na vině vedoucí pracovník, který zodpovídá za pracovní ovzduší. Chybí-li u vedoucího pracovníka základní morální vlastnosti a potřebné právní vědomí, dává tím prakticky signál k rozvoji šikany-mobbingu na pracovišti. Takový vedoucí má většinou sám nějaký komplex a silnou potřebu ovládat lidi a manipulovat s nimi. Obvykle se obklopí jemu podobnými lidmi, kterým nabízí nejrůznější výhody (pracovní zviditelnění, pocit moci, odměny atd.). Za tyto výhody požaduje naprostou podřízenost svých kamarádů včetně donášení. Zde je zapotřebí odolat nátlaku a nedovolit jednotlivcům ovládat celý pracovní kolektiv. Je nutné najít v kolektivu kvalitní a čestné lidi. Na šikanu je třeba upozornit personální odbor a vyššího nadřízeného, protože jde o velice nebezpečnou záležitost, která může mít pro oběť i fatální následky. První fáze tvoří konflikty, které jsou spouštěcím mechanismem celého procesu. Ze začátku jsou to banality typu: jeden kouří, druhému to vadí, jeden větrá, druhý se bojí nachlazení. Pokud vládne na pracovišti nezdravá

atmosféra a pracovníci nejsou schopni se rozumně domluvit na kompromisu, startuje druhá fáze – psychický teror. Útoky se objevují stále častěji, někdy pravidelně od jednoho a nebo více útočníků, a mají nejrůznější účinky na psychický i fyzický stav oběti. V průběhu této fáze se psychický a fyzický stav oběti zhoršuje, sebedůvěra klesá, začínají se objevovat první symptomy onemocnění. Třetí fáze je, že se případ stává oficiálním. Mobbing nelze utajit, okolí a nebo vedoucí pracovníci si ho všímají. Obyčejně však fyzický a psychický stav oběti má za následek pracovní neschopnost, časté hádky, které můžou poskytnout důkaz o vytváření špatné atmosféry. Pokud je oběť mobbování i samotný nadřízený, lehce se spojí tato fáze s první a nepohodlného pracovníka se lehce organizace zbaví. Čtvrtá fáze vyloučení končí častými překlady dotyčné osoby ze stanoviště na stanoviště, až se najde snadný důvod k vyloučení, a nebo se psychický tlak vystupňuje natolik, že pracovník podá sám žádost o výpověď. (12, 18)

Oznámit šikanu na pracovišti má povinnost každý pracovník. Potom se skutečně projeví srdce organizace. Ale stává se, že ani vedení nedokáže nebo nechce danou situaci řešit. Situace oběti šikany-mobbingu se tím většinou ještě zhorší a oběť dopadá ještě hůře než před podáním stížnosti. Odborně řečeno - vrcholí proces viktimizace, kdy se potenciální oběť stává obětí skutečnou. Naplňují se tak v praxi všechny fáze tohoto procesu - primární viktimizace (finanční a emociální újma oběti), sekundární viktimizace (nesprávná reakce kolektivu a vedení, u oběti vznikají pocity nedůvěry, nespravedlnosti, nejistoty, izolace a ponížení) a terciární viktimizace. Osobnost oběti trpí po stránce psychické - pocity viny a lítosti, ztráta sebedůvěry, pocity podrážděnosti, strachu, snížená koncentrace, pozornost, zhoršení rozumových schopností. Náladovost i po stránce fyzické - tělesná slabost, srdeční potíže, bolesti hlavy a plačtivost. I když je tato situace dost náročná a trpí kvůli ní kromě oběti i její rodina, je třeba o svou pozici na pracovišti nadále usilovat.

Ve velké většině případů je bohužel oběť mobbingu stejně propuštěna z pracoviště, například z organizačních důvodů, pro nadbytečnost. Propuštění ze zaměstnání se stane pro oběť nakonec úlevou a vysvobozením. (12, 18)

1.12 SMRT

Setkání se smrtí nepatří k rutinním záležitostem pro posádku záchranné služby, ale na druhou stranu se jí v tomto povolání nelze vyhnout. Patří k mnoha strastem tohoto povolání, ale nezbyvá nic jiného, než se s ní vyrovnat. Smrt z filozofického hlediska je individuální zánik organismu člověka. V jistém slova smyslu se dá říci, že člověk umírá od narození. Geneze smrti je podmíněna životem a život je umožňován smrtí. Biologové hovoří o programu života, který je střídán smrtí, anebo o programu smrti, k jehož spuštění dojde poté, kdy byl vyčerpán program života. V minulosti lidé umírali častěji přirozenou smrtí – věkem. Dnes je příčinou smrti konečný stav patologické nemoci označován jako lékařská smrt. V soudním lékařství je smrt definována jako nezvratná zástava srdeční činnosti, k níž se návazně pojí zástava dýchání a nezvratný zánik všech funkcí mozku. WHO doporučila stanovy, které považují za mrtvého i člověka s izolovaným nezvratným trvalým vyhasnutím všech mozkových funkcí se smrtí mozku, i když další funkce organismu, přímo na mozku závislé, mohly být uměle udržovány nebo mohly dokonce fungovat autonomně. Většina členských zemí sdružených ve WHO včetně České republiky na doporučení přistoupila a přijala prokázanou smrt mozku jako ekvivalent smrti dané klasickou definicí. Je však zapotřebí uvést, že některé země se ke smrti mozku staví i dnes odmítavě, zejména z náboženských důvodů, a smrt stále definují zástavou srdeční činnosti. Klasická definice smrti je důležitá v PNP u neodkladné resuscitace. Její zastavení je současně okamžikem smrti a další vyvíjení tohoto záchranného postupu nemá smysl, z důvodu nemožnosti obnovit spontánní krevní oběh. V terénu by měla být resuscitační péče prováděna v době trvání 30 minut, pokud se na stavu nepodílejí přídatné faktory, jako jsou intoxikace či hypotermie. U těchto a mnoha dalších může resuscitace trvat i 60 minut. U novorozenců se resuscitace ukončuje po 15 minutách, jestliže se neobnoví spontánní oběh. (4, 8, 16)

Nejtěžší zkouškou pro zdravotnické záchranáře je neočekávaná smrt dítěte. Za tímto smutným osudem stojí převážně dopravní nehody, úrazy, vrozené vývojové vady a nádorová onemocnění. Z pohledu dospělých je smrt v dětském věku něčím nepřirozeným a nepochopitelným. Nepřijatelnost smrti dítěte navíc v každém z nás

probouzí jednu z nejhlubších obav, kterou je strach ze smrti před naplněním vlastního života, čehož je tato tragická událost nejvýmluvnějším dokladem. (16)

1.13 Hromadné neštěstí

Zásahy s větším množstvím postižených nejsou u nás nijak neobvyklé. Nepatří však k rutinní práci posádek ZZS, a proto je těžké být na ně dokonale připraven. Zdravotnické záchranné služby ve spolupráci s integrovaným záchranným systémem simulují několikrát do roka různá neštěstí, jako jsou pády letadel, nehody autobusů, hromadné havárie, havárie průmyslových objektů atd., aby byly na takovéto události připraveny co nejlépe. Pod záštitou těchto příprav, pak mají účastníci těchto nehod větší šanci na přežití a dostane se jim adekvátní péče v co nejkratší době. (5, 6, 20)

Hromadné neštěstí je příhoda, při které se najednou vyskytne 10 a více postižených nebo osob v ohrožení života a zdraví. Přesná definice zní, že každá mimořádná událost je taková, při níž dojde k alespoň jednomu těžkému zranění, postižení nejméně 3 osob, nebo lehkému zranění či postižení nejméně 10 osob. V potaz se berou i různé kombinace těchto krajních variant. Hromadná neštěstí i katastrofy vznikají náhle a nečekaně, jejich rozsah, druh, místo a čas nelze předvídat. Fázi likvidace zdravotních následků zahajuje, zajišťuje a zabezpečuje ZZS ve spolupráci policie České republiky a hasičské sboru. Řídicím článkem v první fázi je vždy operační středisko ZZS, které přijímá výzvu o neštěstí a vysílá na místo události jednu až dvě posádky RLP. Po příjezdu probíhá kvalifikovaná rekognoskace na místě události, odhad ztrát, odhad potřebných sil prostředků a jejich vyžádání. Vlastní nasazení sil a prostředků probíhá po zhodnocení situace a dochází k využití záložních vozidel, eventuálně i odborných personálních záloh ZZS, vyžádání technické a pořádkové součinnosti apod. Vedoucí lékař zásahu, který byl na místě události první a řídí celou akci, provádí dělbu práce, stanovuje úkoly, vytyčení a označení pracoviště. Pracoviště jsou rozdělena na řídicí stanoviště, třídící oddělení, obvaziště, shromaždiště raněných, shromaždiště umírajících a zemřelých a odsunové shromaždiště. Při takovýchto událostech nemocnice aktivují traumatologický plán a připravují se na příliv raněných.

Často se využívá součinnost spádových nemocnic dané oblasti, aby se přeživším dostalo, co nejlepší odborné péče, kterou daná situace vyžaduje. Třídění je krátké vyšetření postiženého, zhodnocení vitálních funkcí, celkového stavu, anamnézy poranění a psychického stavu. Dále dochází k rozdělování raněných do skupin podle závažnosti, druhu a charakteru poranění, aby záchranné složky ZZS mohly poskytnout včasnou, účinnou a efektivní zdravotnickou pomoc a zabezpečit transport k následné nemocniční péči. Proces při třídění raněných by měl být dynamický a mělo by dojít k rychlému vyčlenění pacientů v kritických stavech. Tyto stavy většinou zahrnují těžká polytraumata, devastující poranění a jejich péče často končí ve farmakologickém tišení bolesti a sporadickém ošetření, protože jejich šance na přežití je mizivá oproti jiným. Pro zjednodušení a rychlost se užívá třídění metodou *START*, která jednotlivé pacienty značí barevně. Při hromadných neštěstích dostávají infaustně zranění modrou barvu a jejich odsun je v posledním pořadí. Červenou barvu dostávají pacienti, kteří potřebují neodkladnou pomoc a jejich definitivní ošetření se musí uskutečnit do dvou hodin. Žlutá barva znamená, že pomoc je odkladná a definitivní ošetření se musí provést do dvou až čtyř hodin. Zelená se dává lehce zraněným a ošetření může proběhnout i po čtyřech hodinách. Bílá s černou barvou označuje zemřelé. Tento systém velmi ulehčuje práci v takovýchto situacích a dává šanci na přežití více osobám. (5, 6, 20)

Znalost principů třídění je pro zdravotnické záchranáře v nouzových situacích velmi důležitá, protože se mohou ocitnout v pozici asistentů při prvotním třídění specialisty, při prvním ošetřování nekritičtěji raněných a nebo při dohledu před odsunem na definitivní ošetření, a to v situacích hromadného neštěstí, kde nebude čas na zaškolování. Lidé pracující v těchto vypjatých podmínkách se často setkávají i s lidským hyenismem, kdy jsou záchránci na pokraji zhroucení z vyčerpání a musí ještě od sebe odhánět množství přihlížejících osob ba i hůře, lidí, kteří si chtějí přilepšit na neštěstí druhých. Záchranné složky mohou modelovat, jakékoliv situace, ale nikdy to nebude v tréninku, jako při skutečném hromadném neštěstí. (5, 6, 20)

2. CÍL PRÁCE A HYPOTÉZY

1.14 Cíl práce

Cíl 1: Do jaké míry hodnotí zdravotničtí záchranáři jednotlivé situace jako náročné.

Cíl 2: Jak často se zdravotní záchranáři dostávají do stresových situací a jak je zvládají.

Cíl 3: V jakých situacích uvolňují nebo vyplavují své emoce.

1.15 Hypotézy

Hypotéza 1: Resuscitace postiženého je pro posádku záchranné služby stejně stresující, jako dopravní nehoda.

Hypotéza 2: Emocionální chování zdravotnického záchranáře nezáleží na náročnosti výjezdu, ale na chování lidí, s nimiž přichází do kontaktu.

3. METODIKA

1.16 Použité metody

Pro účely ověření hypotéz byly použity postupy kvantitativní metodologie - dotazníkové šetření.

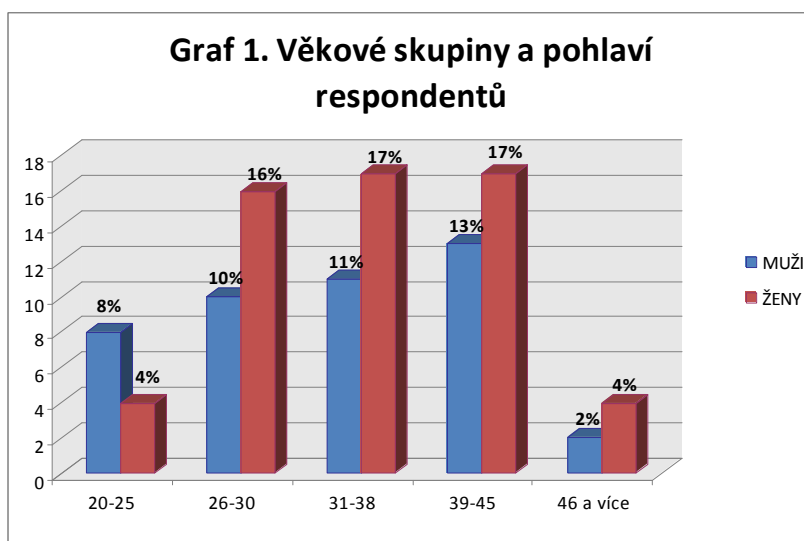
Dotazník

Dotazník byl vytvořen pro zdravotnické záchranáře z výjezdových stanovišť zdravotnické záchranné služby a jeho prostřednictvím bylo zjišťováno, co si myslí o svém povolání, co považují za nejvíce zatěžující situace a jak se s nimi vyrovnávají. Respondenti označovali vždy jednu odpověď a zároveň měli možnost v určených otázkách vyjádřit svůj postoj ze svých zkušeností u zdravotnické záchranné služby. V záhlaví dotazníku respondenti uváděli okruh svého věku a pohlaví pro další možný výzkum.

1.17 Charakteristika výzkumného souboru

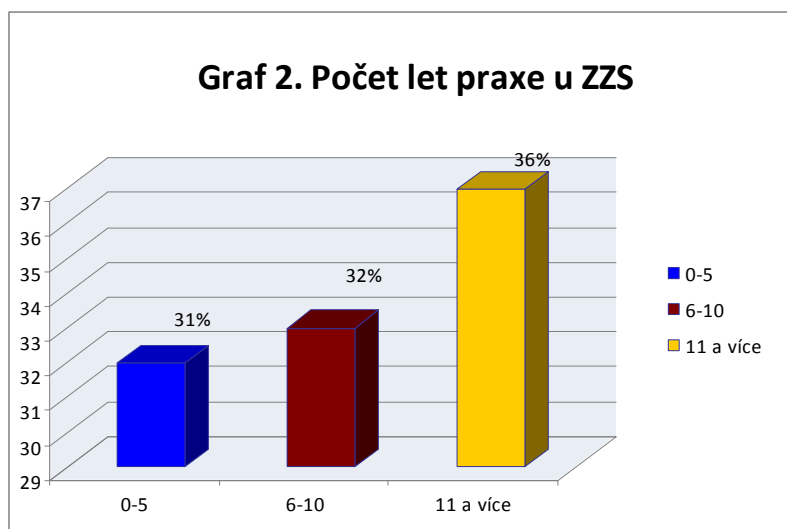
Výzkumný soubor tvořili zdravotničtí záchranáři, výjezdové sestry, řidiči-záchranáři zdravotnické záchranné služby převážně Jihočeského Kraje a dále byli doplněni o účastníky ze Západočeského kraje. Ze ZZS JČK se zúčastnilo 64 respondentů a ze západočeského kraje 38 účastníků. Z toho 58 bylo žen a 44 mužů. Dohromady bylo rozdáno 150 dotazníků z toho návratnost činila 110 dotazníků. Z toho osm jich muselo být vyřazeno pro neúplnost a nevěrohodné odpovědi. Konečný počet respondentů, z kterých byl prováděn výzkum činil 102. Data byla zpracována a zobrazena v jednotlivých grafech.

4. VÝSLEDKY



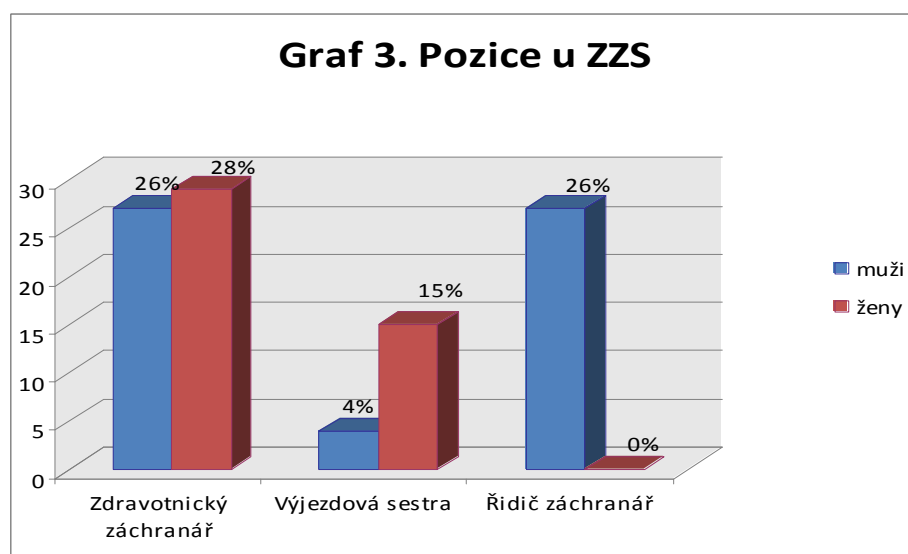
Zdroj výzkumu: Vlastní výzkum

Na ZZS pracuje z 102 pracovníků 58 žen a 44 mužů záchranářů. Věkové skupiny jsou zastoupeny 20-25 let (12%), 26-30 let (26%), 31-38 let (28%), 39-45 let (30%), 46 a více (6%)

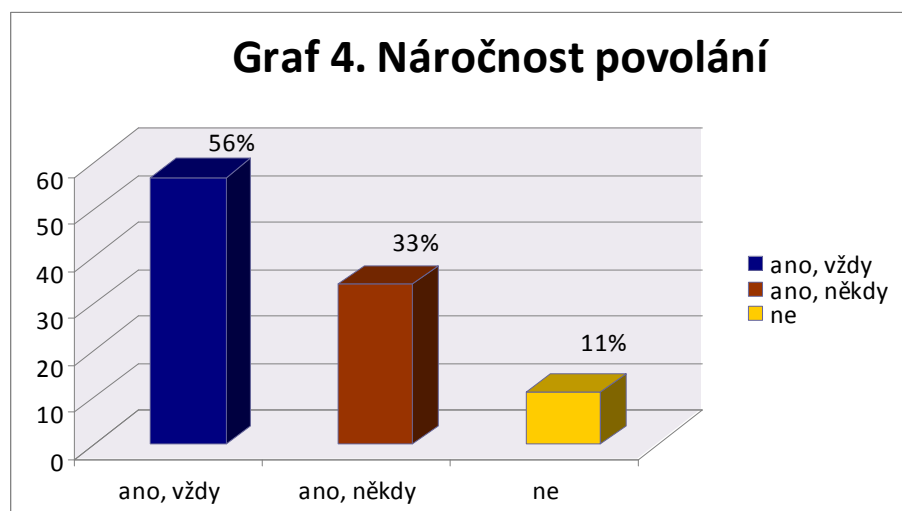


Na ZZS pracuje ze 102 respondentů (100%) 0-5 let 32 (31%), 6-10 33 (32%)

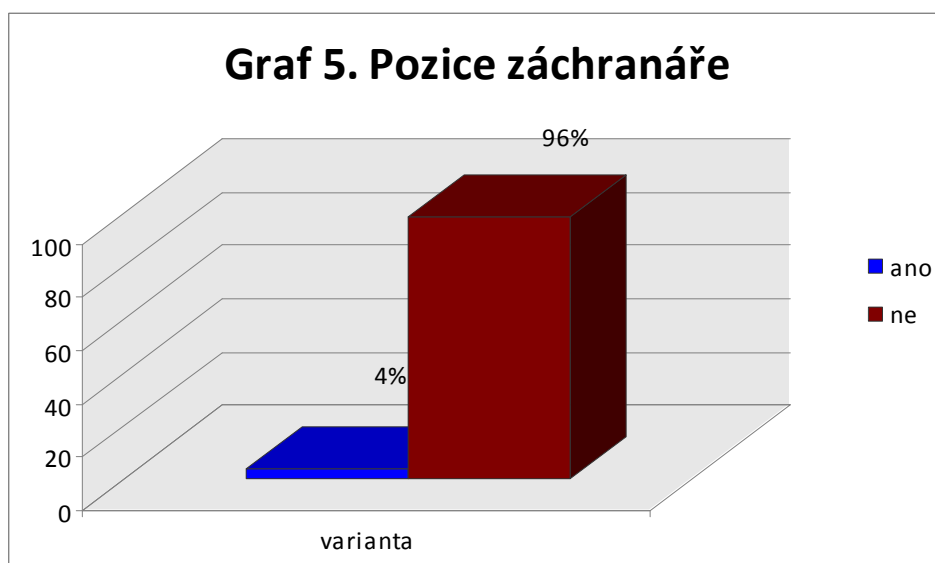
11 a více 37 (36%).



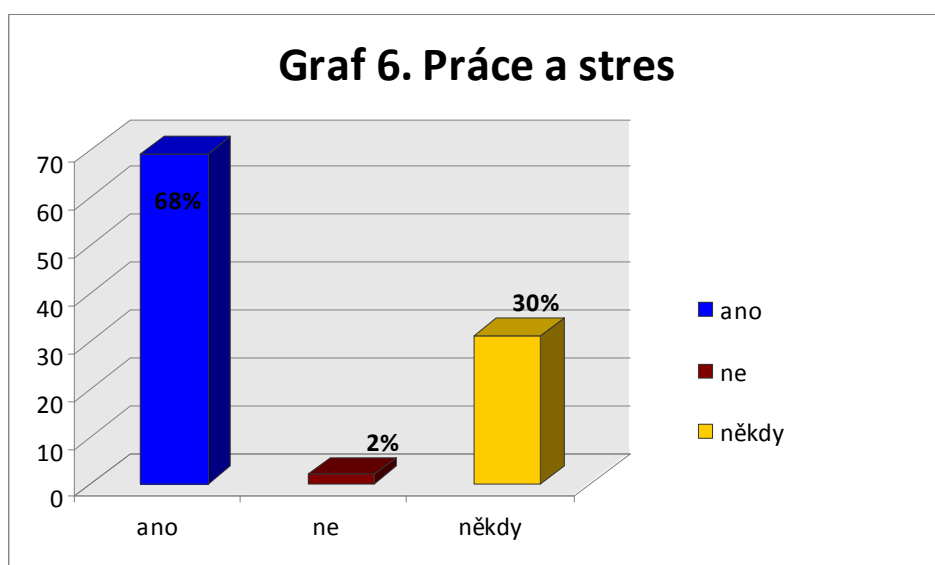
Zdravotnického záchranáře u ZZS zastává 27 mužů (26%), 29 žen (28%), pozici výjezdové sestry zastávají 4 muži (4%) a 8 žen (15%) a řidiče záchranáře 27 mužů (26%).



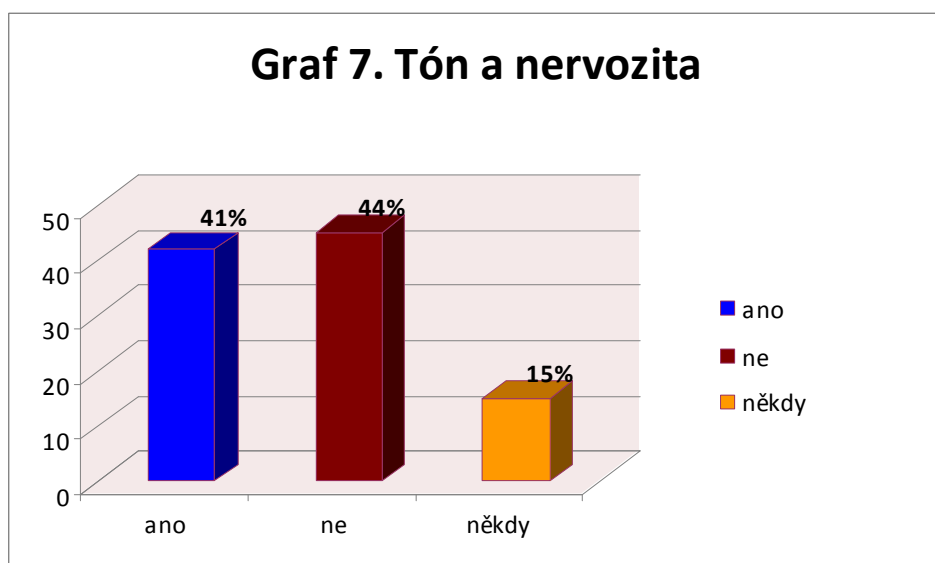
V otázce náročnosti povolání středního zdravotního personálu odpovědělo 57(56%) respondentů ano, vždy, ano někdy 34 (33%), ne (11%)



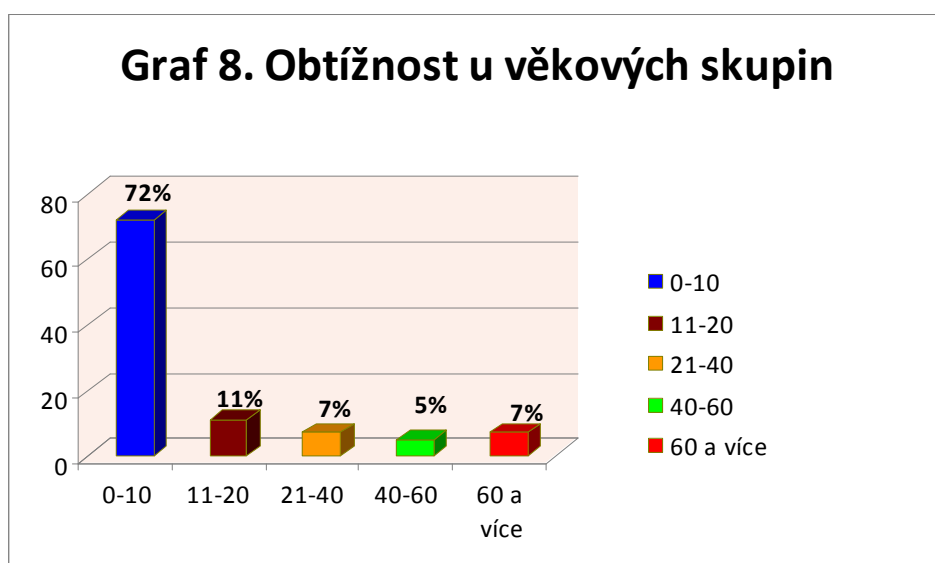
Z grafu vyplývá, že z oslovených 102 (100%) respondentů tvrdí 98 (96%), že každý nemůže vykonávat toto povolání a 4 (4%), že ano



Ze 102 respondentů se myslí celých 69 (68%) respondentů, že je povolání zdravotnického záchranáře stresující, 2 (2%) uvádí, že není a 31 (30%) někdy.

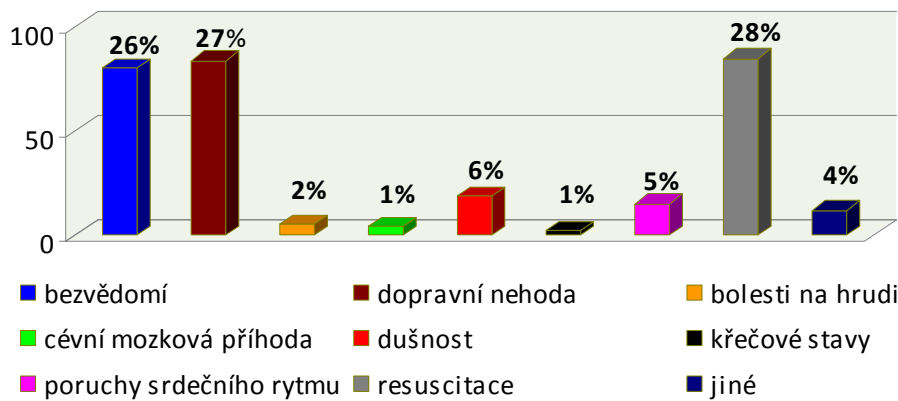


Při čekání na výjezd uvádí 42 (41%) respondentů, že jsou nervózní, když slyší tón ohlašující výjezd. 45 (44%) záchranářů uvádí, že nejsou nervózní a 15 (15%) jen někdy



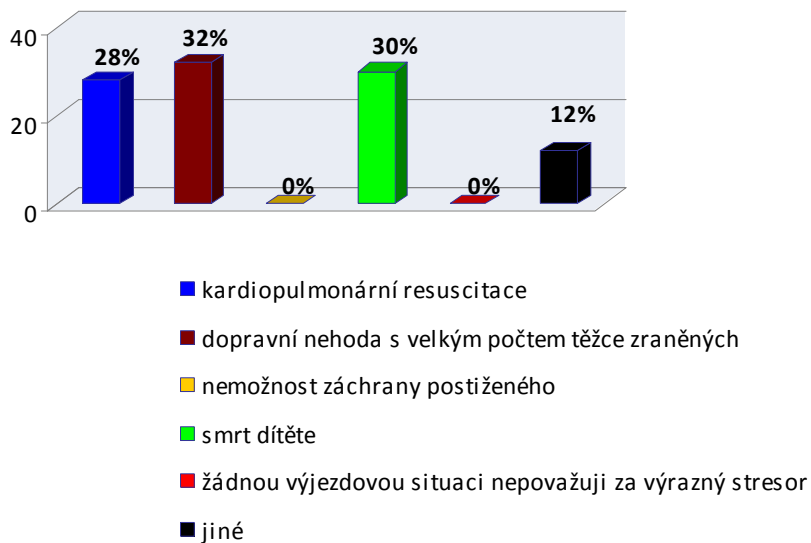
Nejobtížnější zásah je u skupiny 0-9 let, který uvedlo 72 (72%) respondentů z celkového počtu 102 (100%), 11-20 let 11 (11%), 21-40 let 7 (7%), 40 – 60 let 5 (5%) a 60 a více 7(7%).

Graf 9. Výběr tří nejvíce zatěžujících indikací

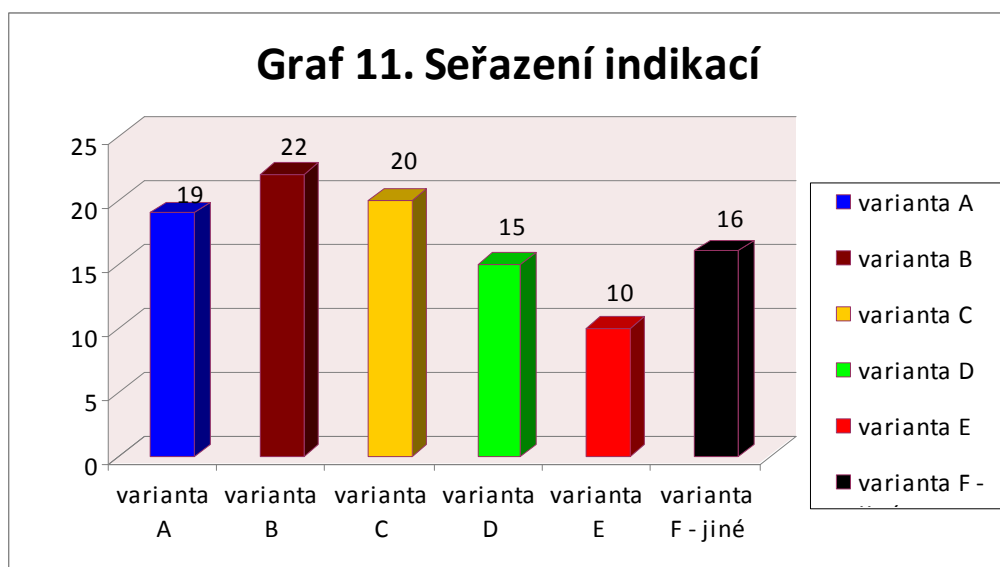


Z celkového počtu respondentů 102 (100%) musel každý zvolit tři nezatěžující indikace k výjezdu. Nejvíce skupina uváděla resuscitaci, kterou volilo 85 (28%) respondentů, dopravní nehodu uvádělo 84 (27%), bezvědomí 80 (26%), dušnost 15 (6%), poruchy srdečního rytmu 15 (5%), jiné 12 (4%), bolesti na hrudi 5 (2%), CMP 4 (1%), křečové stavy 2 (1%).

Graf 10. Největší stresor při výjezdu



Mezi největší stresor při výjezdu zkoumaná skupina označuje dopravní nehodu s velkým počtem těžce zraněných 32 (32%), dále 30 (30%) smrt dítěte, kardiopulmonární resuscitaci a 12 (12%) uvedlo jiné. Nemožnost záchrany postiženého a žádnou výjezdovou situaci neoznačil nikdo.



Variant A - Dopravní nehoda, resuscitace, bezvědomí, popáleniny, úrazy, srdeční arytmie, intoxikace, cévní mozkové příhody

Variant B - Resuscitace, bezvědomí, dopravní nehody, úrazy, popáleniny, srdeční arytmie, cévní mozkové příhody, intoxikace

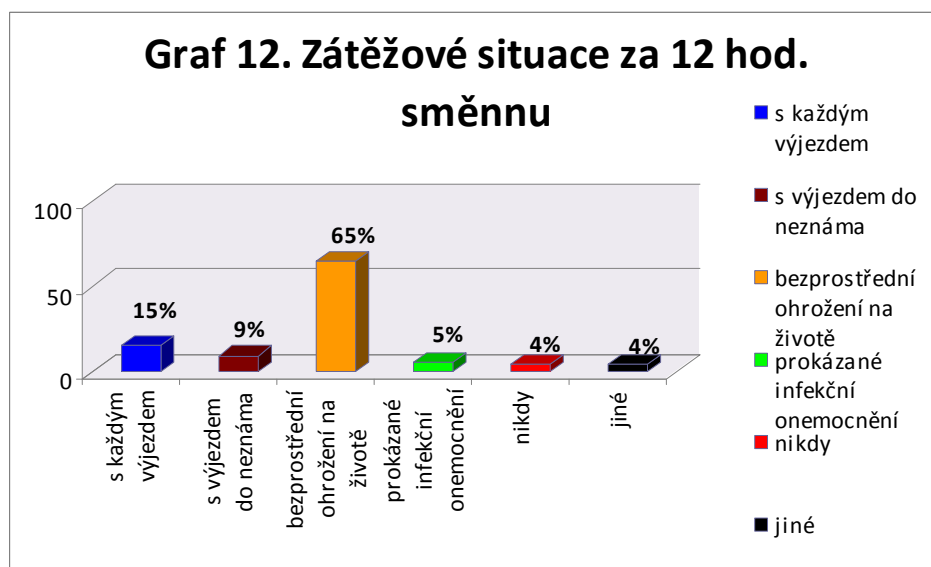
Variant C - Bezvědomí, dopravní nehoda, resuscitace, srdeční arytmie, popáleniny, úrazy, cévní mozkové příhody, intoxikace

Variant D - Bezvědomí, resuscitace, dopravní nehoda, popáleniny, úrazy, srdeční arytmie, intoxikace, cévní mozkové příhody

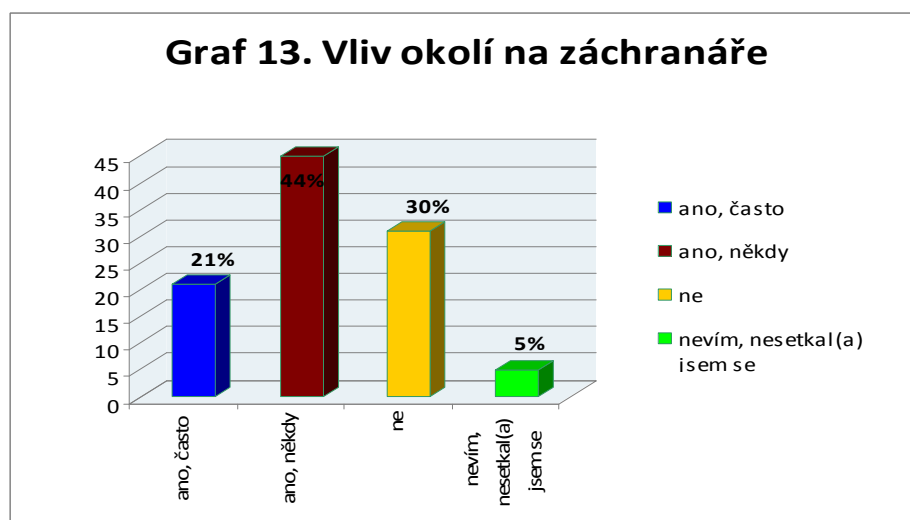
Variant E - Dopravní nehoda, resuscitace, úrazy, bezvědomí, popáleniny, srdeční arytmie, intoxikace, cévní mozkové příhody

Variant F - jiné (nejméně časté seřazení)

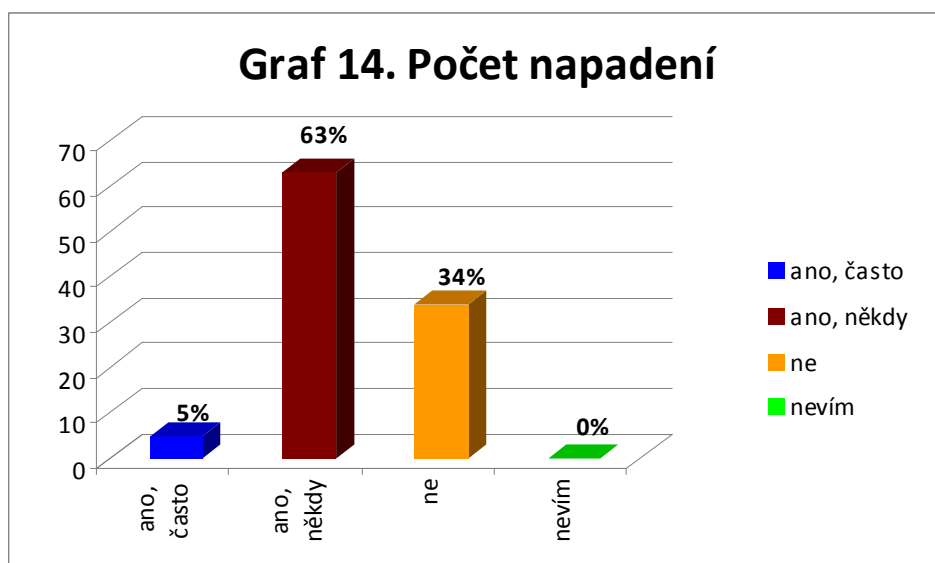
V této otázce měli respondenti seřadit indikace k výjezdu od nejtěžších po méně závažné z jejich pohledu. Nejčastěji uváděli variantu B, kterou uvedlo 22 (22%) ze zkoumané skupiny. Variantu C uvedlo 20 (20%), variantu A 19 (19%), variantu F 16 (16%), variantu D 15 (15%), variantu E 10 (10%). variantu F (16%)



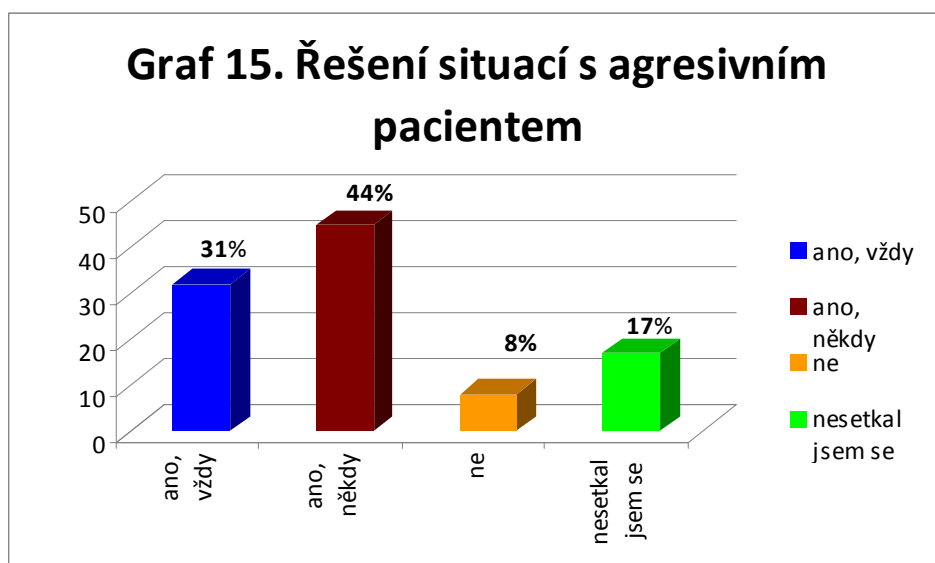
Zdravotníčtí záchranáři se nejčastěji dostávají do zátěžových situací, když vyjíždějí k bezprostřednímu ohrožení na životě, což udává 65 (65%), 15 (15%) s každým výjezdem do neznáma, 9 (9%) s výjezdem do neznáma, 5 (5%) k prokázanému infekčnímu onemocnění, 4 (4%) nikdy, 4 (4%) jiné



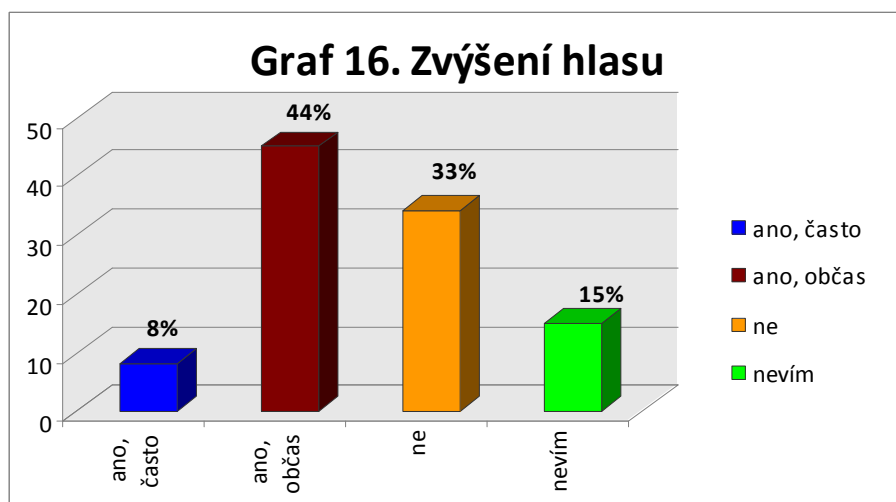
44 (44%) záchranářů uvádí, že se někdy dostanou do zátěžových situací, kde jsou si méně jisti, zda dokážou adekvátně pomoci, 21 (21%) tvrdí často, 30 (30%) že ne, 5 (5%) tvrdí, že se s takovou událostí nesetkalo.



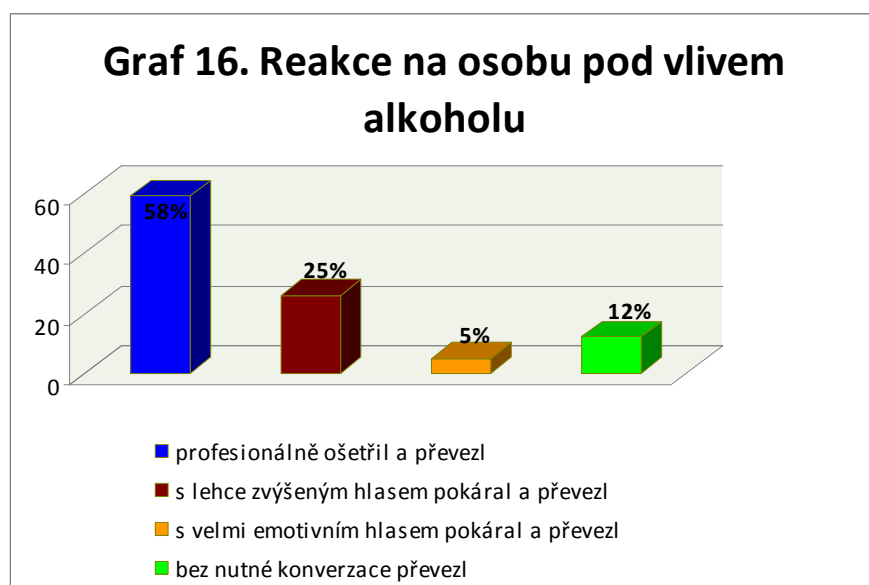
Napadení ze strana pacienta ať už verbálně či fyzicky zažilo někdy 63 (63%) respondentů, často 5 (5%), nezažilo 34 (34%).



Řešit situaci s agresivním pacientem dokáže vždy 31 (31%) respondentů, někdy 44 (44%), 8 (8%) by tuto situaci nedokázalo řešit a 17 % se do tak vážné situace nedostalo.

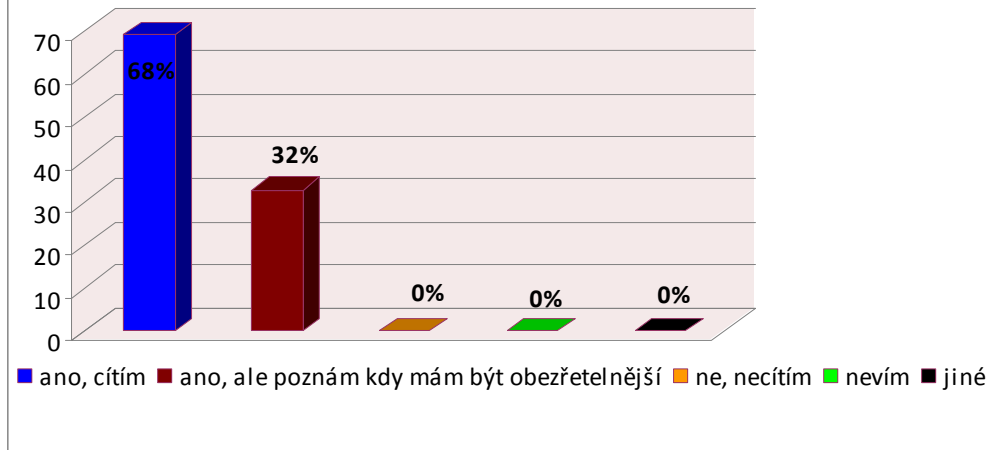


Zvýšení hlasu muselo často užít 8 (8%), občasné zvýšení hlasu 44 (44%), 33 (33%) hlas nikdy nezvýšilo a 15 (15%) nevědělo.



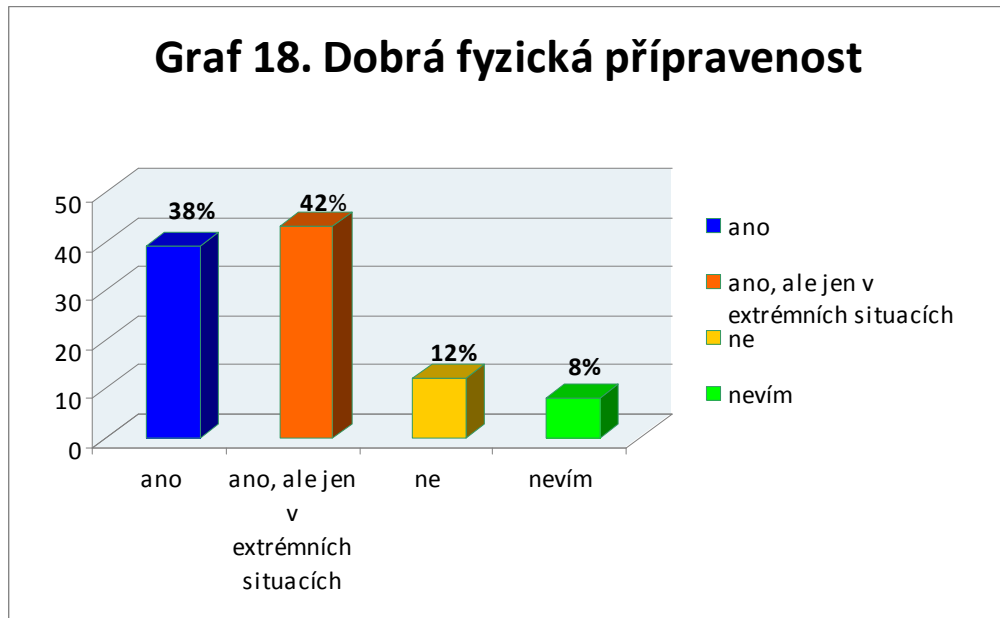
Při dopravní nehodě, kterou způsobila osoba pod vlivem alkoholu by záchranáři přistupovali takto. Ošetřilo by s profesionálním slovním projevem a převezlo 58 (58%), Ošetřilo a s lehce zvýšeným hlasem by ho pokáralo a převezlo 25 (25%), ošetřilo a s velmi emotivním hlasem by ho pokáralo a převezlo 5 (5%) a 12 (12%) by ošetřilo a bez další nutné konverzace převezlo.

Graf 17. Strach z infekčního onemocnění

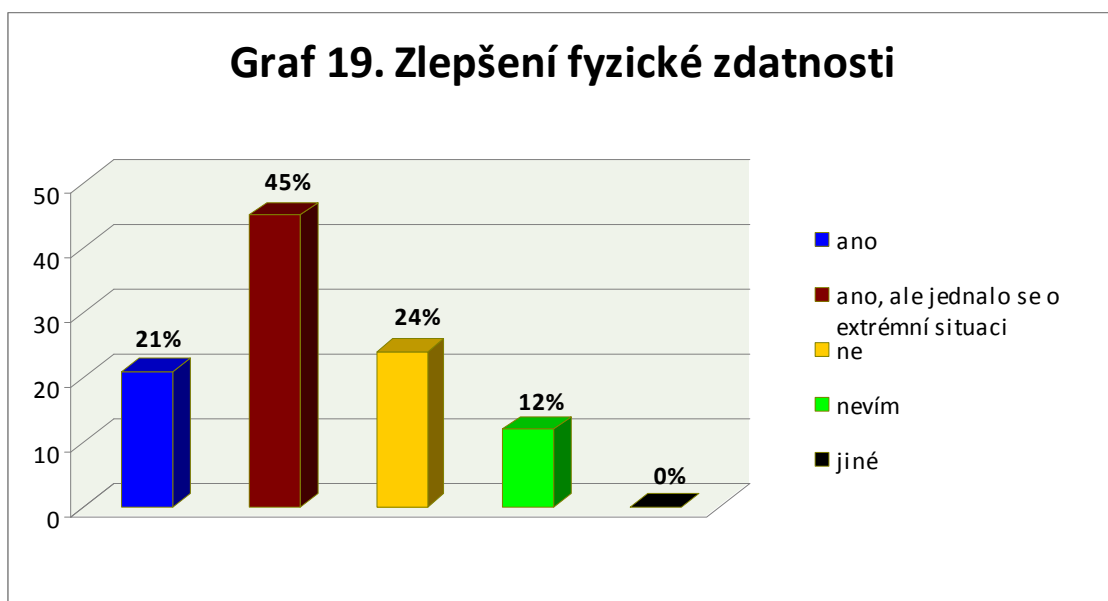


Ohrožení infekčním onemocněním od pacientů se cítí být 68 (68%) respondentů, 32 (32%) se cítí být ohroženi, ale poznají, u jaké skupiny mají být obezřetnější.

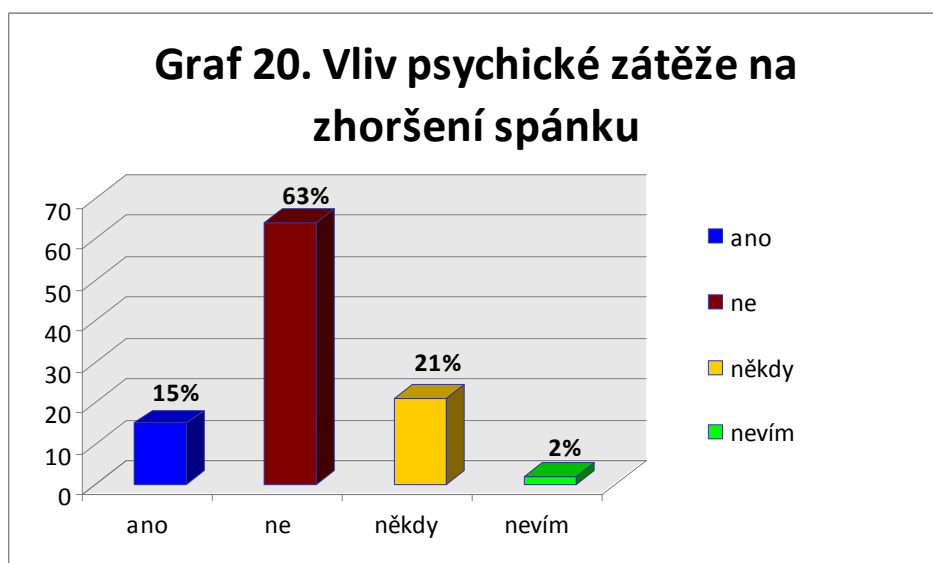
Graf 18. Dobrá fyzická připravenost



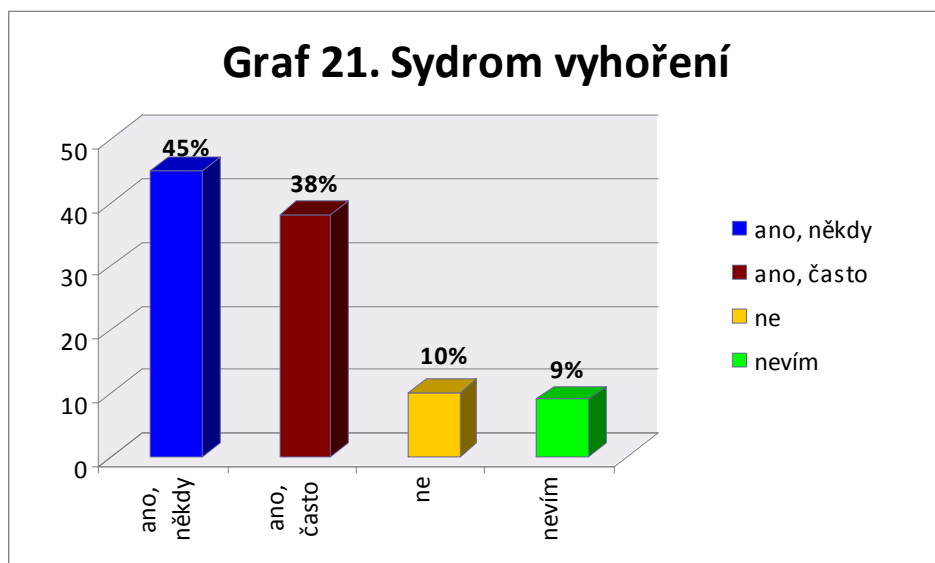
38 (38%) se myslí že by měl být zdravotnický záchranář dobře připraven, 42 (42%) si myslí, že měl být připraven jen v extrémních situacích, 12 (12%) si myslí že nemusí a 8 (8%) neví.



Při náročném výjezdu mělo pocit, že musí zlepšit svou fyzickou připravenost 21 (21%) respondentů, 45 (45%) si to myslí, jen v extrémních situacích, 24 (24%), že ne a 0 (0%) jiné.



Po náročném pracovním dnu, kdy se zdravotníci záchranáři dostali do psychicky náročných situací, má 15 (15%) zhoršený spánek, 63 (63%) nemá problémy, 21 (21%) někdy a 2 (2%) neví.



Změnu chování k pacientům pociťuje někdy 45 (45%) respondentů, 38 (38%) často, 10 (10%) neví a 9 (9%), že ne.

5. Diskuze

Činnost zdravotnických záchranářů je velmi náročná po psychické i fyzické stránce. Cílem výzkumu bylo potvrdit či vyvrátit polemizování o náročnosti tohoto povolání a jejich přidružených aspektů. Vybrat zátěžové situace v tomto oboru je velmi náročné i přesto, že jich tento nelékařský obor skýtá nesmírně mnoho. Zaměřil jsem se spíše na psychickou stránku, která je stavebním pilířem pro každé povolání, ať už se to týká zdravotnictví nebo jakéhokoli jiného oboru. Z dotazníkového šetření u jednotlivých respondentů vyplývají následující zjištění.

Graf 1 znázorňuje věkové rozhraní respondentů a zastoupení mužů a žen na výzkumu v ZZS. Zkoumaná skupina středních zdravotnických pracovníků čítala 102 osob. Věkovou skupinu 20-25 let tvořilo 12 (12%) účastníků, z toho 8 (8%) bylo mužů a 4 (4%) ženy, 26-30 let čítalo 26 (26%) respondentů z toho 10 (10%) mužů a 16 (16%) žen, věkové rozhraní 31-38 let obsahovalo 28 (28%) účastníků z toho 11 (11%) mužů a 17 (17%) žen, 39-45 čítalo 30 (30%) respondentů z toho bylo 13 (13%) mužů a 17 (17%) žen, 46 a více let mělo pouze 6 (6%) respondentů z nichž 2 (2%) činili muži a 4 (4%) ženy. Z grafu jedna vyplývá, že v dnešní době je téměř shodný počet mužů a žen na záchranných službách. U věkového rozhraní nelze s jistotou říci, jaká skupina převládá, protože každé výjezdové stanoviště má jiná specifika, co se týče praxe u ZZS. Dnes se, ale bohužel taky setkáváme s určitou diskriminací žen z důvodů lepšího využití mužské populace, která je dle mého názoru pochopitelná, ale právně neobhajovatelná.

Graf 2 udává počet let praxe u ZZS u zkoumané skupiny, kde 31% tvoří pracovníci zaměstnaní v pozici zdravotnického záchranáře méně než 5 let, 32% pracuje 5-10 let a 36% je již zaměstnáno u ZZS 11 a více let. Střední zdravotničtí pracovníci, kteří jsou zaměstnání kratší dobu, mají většinou vzdělání pro výkon tohoto povolání dosažené na vyšší odborné škole, kdežto lidé působící již delší dobu v této pozici mají střední zdravotnickou školu a různé atestace, které získali během jejich působení ve zdravotnictví. Dnes už se můžeme také setkat s vysokoškolskými pracovníky vzdělaní v tomto oboru, protože tradiční vyšší odborné školy nahrazují školy vysoké. V pozici zdravotnického záchranáře pracuje v daném výzkumu 54 (54%) pracovníků z toho je 27

mužů a 29 žen. V pozici výjezdové sestry, která má stejné kompetence i platové ohodnocení, jako zdravotničtí záchranáři pracují 4 (4%) muži a 8 (8%) žen. Řidiče záchranáře, kteří jezdí buď v systému „rendez-vous“ osobním vozem nebo řídí tzv. „Velkou sanitku“ tvoří jen muži a jejich počet činí 27(26%).

Graf 4 řeší otázku náročnosti povolání na pozici středního zdravotnického personálu. Zde si je jistých 57 (56%) osob, že povolání zdravotnický záchranář je náročné po jakékoliv stránce. *Ano, někdy* odpovědělo 34 (33%) a uváděli většinou primární výjezdy, jako jsou resuscitace, dopravní nehody, výjezdy k příbuzným atd. *Ne* uvedlo pouhých 11 lidí, u kterých jsem si nebyl zcela jist věrohodností jejich odpovědí. Práce zdravotnického záchranáře je pokaždé stránce v něčem náročná. Když si uvědomíme, že se v našem státě stává nespočetně mnoho neštěstí ať už dopravních, pracovních či náhlé poruchy zdraví, zdravotničtí záchranáři bývají u těchto událostí, vždy, jako první a nezbyvá jim nic jiného než se s danou situací ztotožnit a vždy poskytnout odbornou první pomoc. Na tuto otázku navazoval graf 5, kde ze 102 dotázaných odpovědělo 98 respondentů, že práci zdravotnického záchranáře by nemohl vykonávat každý a pouze čtyři si mysleli, že *ano*. Že je toto povolání náročné víme všichni, ale jak moc, tak to můžeme slyšet jen z úst zainteresovaných osob ZZS. Další otázka sloužila k vyjádření zkoumané skupiny, zda si myslí, že je jejich povolání stresující. Zde uvedlo 68% z dotázaných že *ano*, 30% tvrdí, že *někdy* a 2% že *není*. Tyto výsledky poukazují na to, že se nejedná o lehké zaměstnání, ale i tak se většinou vše odvíjí od indikací či průběhu výjezdu. Každý zdravotnický záchranář řekne, že je neskutečný rozdíl, když jede na výjezd ke starému člověku a na místě údajné poruchy zdraví se dozví, že má jít zítra na operaci a nemá odvoz. Něco jiného je však, když jedete k důchodci, který nemůže dýchat a na místě zjistíte, že ten problém je daleko rozsáhlejší. Jedno je však společné, dokud nedorazíte na místo určení, odkud postižený volal, tak nikdy nevíte k čemu jedete.

Před každým výjezdem ohlašují dispečeri určitým tónem do vysílačky či zavoláním na služební telefon výjezd. Graf 7 řeší tento určitý tón, či zavolání a jeho následnou reakci- nervozitu pracovníků ZZS. Zde je výsledek spíše vyrovnaný, protože

42 respondentů uvádí, že *ano*, 45 *ne* a 15 *někdy*. Každá reakce je individuální a to hlavně v počtu odsloužených let na ZZS. Je jasné, že pracovníci, kteří jsou kratší dobu zaměstnaní v pozici zdravotnického záchranáře, jsou více nervózní než lidé, které již nemůže „nic“ překvapit.

Graf 8 poukazuje na výsledky, co se týče věkové skupiny obyvatelstva a jejich zásahů k nim v případě nouze. Jsou zde uvedeny skupiny týkající se dětského věku až po jedince důchodového věku, ke kterým mají zdravotničtí záchranáři největší respekt vyjet. Z celkového počtu respondentů 102 jich plný 72 označilo děti ve věku 0-10 let. Z mé pozice bych toto věkové rozhraní označil také, protože je s nimi svízelnější komunikace, mají někdy menší práh bolesti a musí se využívat pomoci rodičů či zákonných zástupců i při transportu do nemocničního zařízení. Výběr tří nejvíce zatěžujících indikací k výjezdu, na které poukazuje graf 9 slouží k potvrzení či vyvrácení hypotézy č. 1. Indikace bylo velmi složité zvolit, protože jich je takové množství, že by se o tom dala napsat celá práce. Proto jsem zvolil všeobecné indikace, které mohou mít nejzávažnější charakter či se jednat o „banalitu“. Respondenti měli za úkol vybrat tři pro ně nejzatěžující indikace, ale nebyli postaveni do situace, která by jim napovídala další průběh událostí a tak záleželo pouze na jejich fantazii a jak se k této otázce postaví. Ve své podstatě lze tento výzkum rozdělit do dvou kategorií, kde v první kategorii nejvíce osob označilo *resuscitaci* (28%), *dopravní nehody* (27%) a *bezvědomí* (26%). Další možnosti dále tvořili podle počtu *dušnost* (6%), *poruchy srdečního rytmu* (5%), *jiné* (4%), *bolesti na hrudi* (2%), *cévní mozkové příhody* (1%), *křečové stavy* (1%). Zajímavé zjištění bylo u jiných stavů, kde 5 respondentů napsalo *porod* a 7 *zásah u příbuzných*. Do jiných stavů by respondenti uvedli jistě více situací, kdyby měli chuť se zamyslet, ale i tak bylo těžké, některé jedince „přemlouvat“ k vyplnění dotazníků. Na druhou stranu se jim kolikrát ani nedivím, protože takových to podobných dotazníků musí za rok vyplnit neskutečné množství. Podobně zvolenou otázku zobrazuje graf 10, kde měli účastníci možnost vybrat z určitého množství největší stresor při výjezdu. Zde 32% označilo *dopravní nehodu s velkým počtem zraněných*, 30% označilo *smrt dítěte*, 28% *kardipulmonární resuscitaci*, a 12% jiné. Nikdo neoznačil *nemožnost záchrany postiženého* a *žádné výjezdové situace nepovažují*

za výrazný stresor. U možnosti výběru „jiné“, 5 opět napsalo *porod* a 7 *zásah u příbuzných*. Zde jsem se, některých účastníků zeptal, proč označili *smrt dítěte* a bylo mi to vyjádřeno v celku jednoznačně „dokud nezažiji, nepochopím“. Určitě smrt dítěte nelze brát, jako smrt starého člověka, která je někdy vysvobozující, proto si myslím, že si z těchto událostí dotyční nějaké trauma skrze psychiku odnesou.

Řadící otázku popisuje graf 11, kde měli účastníci dotazníkové šetření seřadit pro ně 8 primárních indikací od těch nejnáročnějších po ty méně náročné z jejich pohledu. U této otázky se naskytl velký problém s vyhodnocováním, protože bylo možno až 64 různých variant. Na konec jsem se k tomu postavil tak, že jsem uvedl jen ty nejčastější a ty velmi lišící jsem uvedl do skupiny jiné. Zde největší počet zdravotnického personálu 22% uvedl pořadí: *resuscitace, bezvědomí, dopravní nehody, úrazy, popáleniny, srdeční arytmie, cévní mozkové příhody, intoxikace* (varianta B), 20% označilo *bezvědomí, dopravní nehoda, resuscitace, srdeční arytmie, popáleniny, úrazy, cévní mozkové příhody, intoxikace* (Varianta C), 19% uvedlo *dopravní nehoda, resuscitace, bezvědomí, popáleniny, úrazy, srdeční arytmie, intoxikace, cévní mozkové příhody* (Varianta A), 16% tvořili *nejméně častá seřazení* (varianta F), 15% respondentů seřadilo: *Bezvědomí, resuscitace, dopravní nehoda, popáleniny, úrazy, srdeční arytmie, intoxikace, cévní mozkové příhody* (varianta D), 10% skupiny označilo pořadí: *dopravní nehoda, resuscitace, úrazy, bezvědomí, popáleniny, srdeční arytmie, intoxikace, cévní mozkové příhody* (varianta E). Tato otázka byla klíčová pro hypotézu číslo jedna, která potvrzuje, že resuscitace je stejně stresující pro posádku záchranné služby, jako dopravní nehoda. Pracovníci záchranných služeb dělají 12 hodinové směny, ve kterých se musí či nemusí setkat s vážnou zátěžovou situací a hlavně nelze tyto události předpovídat ani na vteřinu dopředu.

Graf 12 řeší častost zátěžových situací za 12 hodinovou směnu. Zde je výsledek v celku jednoznačný, protože většina (65%) uvedla, že se do takové situace dostávají, když vyjíždějí k *bezprostřednímu ohrožení na životě*. S každým výjezdem uvedlo 15%, s výjezdem do neznáma 9%, k *prokázanému infekčnímu onemocnění* 5%, *nikdy* 4% a *jiné* 4% (výjezd k příbuzným). Výjezd k příbuzným je o to zatěžující, že osoba

v posádce ZZS „nedočkavě“ očekává, co se přihodilo jejich blízkému. V některých oborech se pracovní kontakt s blízkými vylučuje a posílají se jiné náhrady. Zde dispečeri nemohou přemýšlet, zda se jedná opravdu o někoho blízkého z posádky a proto vysílají co nejrychleji pomoc. I tak může tato situace vést k roztržitosti či neskutečně frustrující situaci, která může postiženému spíše uškodit.

Graf 13 zobrazuje, zda si jsou zdravotničtí záchranáři při každém výjezdu jistí a jestli mají někdy strach, že postiženému nedokážou adekvátně pomoci. Zde vyšlo ve zjištění, že takový pocit, že nedokážou *vždy* postiženému pomoci, udává 21%, *někdy* 44%, 30% *ne* a 5% se ještě *s takovou situací nesešlo*. S tímto pocitem jsem se setkal spíše u mladšího kolektivu ZZS, který nebyl zaměstnán nikterak dlouho v pozici zdravotnického záchranáře. Tento pocit je jasným signálem pro všechny nezažité události, které toto povolání skýtá a vytrácí se ve větší míře až po řadě let u ZZS. Napadení posádky ZZS v dnešní době není nic neobvyklého, protože těchto případů stále přibývá vlivem alkoholu či jiných látek. Ať už se jedná o verbální útok, který bývá mnohdy častější nebo fyzický, který je horší v tom, že se nedá předvídat a přichází obvykle v průběhu ošetřování. Napadení po jakékoliv stránce zažilo *často* 5% a *někdy* 63%. Třiceti čtyř procentům se tato událost ještě nestala, ale dle dotazníkového šetření se to týká osob, které jsou na záchranné službě krátkou dobu. Napadení posádky, která byla vyslána na místo poruchy zdraví je velmi trestuhodné a mělo by být, co možná nejtvrději trestáno. Protože posádky ZZS nemají nic určené na sebeobranu, nezbývá jim nic jiného, než se bránit „holýma“ rukama nebo užít některé předměty z vybavení sanitního vozidla, které na druhou stranu může vyžadovat ZZS k úhradě při jejich zničení. Vyřešit situaci napadení by zvládlo 31%, *někdy* 44%, *nezvládlo* by ji 8% a 17% se ještě s takovýmto případem nesešlo. U odpovědi někdy, měli respondenti možnost se vyjádřit, za jakých okolností by napadení posádky zvládli. 21 osob uvedlo za spolupráce celé posádky a 23 osob za asistence policie České republiky. Pracovníci zatím nemají možnost vzdělávat se v sebeobraně, a tak jim nezbývá než užít hrubou sílu, sanitní materiál nebo „vzít nohy na ramena“ a utéci.

Někdy je posádka donucena zvýšit hlas na postiženou osobu či její okolí, aby mohla provést důkladné ošetření, či vyšetření. Graf 16 je důkazem, že *občas* zvýší hlas 44%, *často* 8%, 33% tvrdí, že *ne* a 15% *neví*. U tohoto výzkumu si myslím, že ho všichni někdy zvýší, ale častokrát si to ani neuvědomí. Graf 17 řeší problematiku dopravních nehod, kdy účastník dopravní nehody je pod vlivem alkoholu a těžce zranil dvě osoby. Respondenti byli zde postaveni do situace, jak by reagovali při ošetření opilého řidiče. Zde by 58% nezměnilo své chování a přistupovali by k postiženému profesionálně, jako ke komukoliv jinému. 25% by si však neodpustilo určité připomínky a lehce zvýšeným hlasem ho pokárali a poté převezli. 5% by však neudrželo nervy na uzdě a s velkou dávkou emocí ho pokáralo. 12% by splnilo povinnost ošetření a bez nutné konverzace převezlo. Zde otázka a následné vyhodnocení vypovídá o velké profesionalitě zdravotnických záchranářů, ale myslím si, že nikomu nemůže být za zlé i jiné jednání. Hlavně se dnes setkáváme se situacemi, kdy vinní opilí lidé odcházejí z těchto událostí často nezraněni a na druhé straně umírají nebo trpí nevinní. Každý zdravotnický záchranář se již určitě někdy setkal při svém povolání s infekčním onemocněním. Bohužel nejhorší je, že o tom ani nemusel vědět. ZZS nedisponuje žádnými prostředky pro zjištění infekčního onemocnění, a tak by pracovníci měli přistupovat ke všem, jako by to byli potenciální nosiči infekčního onemocnění.

Graf 18 řešil problematiku, zda se personál cítí být ohrožen infekčním onemocněním. Zde byl výzkum v celku jednoznačný, protože většina respondentů (68%) uvedla, že se *cítí být ohrožena s každým pacientem*. 32% *pozná, u kterého pacienta má být obezřetnější*. Jiné varianty nikdo neuvedl, což podtrhává fakt, že se snaží zdravotníci záchranáři chránit a tím pádem i své okolí. Smýšlení naší populace, která se pohybuje mimo zdravotnictví, činí z povolání zdravotnického záchranáře, jako jedno z nejnáročnějších. Proto jsem postavil zkoumanou skupinu před otázku, zda mají být záchranáři ZZS fyzicky dobře připraveni. Zde uvedlo 38% osob, že *ano*, 42% *někdy*, 12% *ne*, 8% *nevím*. Můj názor z ní, že ano, protože jsou situace (např. resuscitace), kde by bez určité fyzické připravenosti záchranář nepodal 100% výkon a tím omezil šance na přežití postiženého. Graf 19 dává zkoumaným osobám na rozmyšlenou, zda se někdy dostali do situace, ve které by potřebovali lepší fyzickou kondici. Zde opovědělo 21%,

že ano, 45% jen v extrémních situacích, 24% ne a 12% nevědělo. Tento problém většinou nastává v mimoměstských aglomeracích, kde se záchranáři musejí dostávat „po svých“ klidně i několik kilometrů k postiženým kvůli nepřístupnosti terénu.

Při náročné pracovní službě ulehá každý k odpočinku, aby načerpal nové síly. Graf číslo 20 řeší problém se spánkem, když se záchranář dostane během 12 hodinové směny k nějaké psychicky náročné situaci, jako je dopravní nehoda či resuscitace atd. Zde výzkumná otázka dopadla následovně: 15% má zhoršený spánek, 63% nezaznamenalo žádnou změnu, 21% má problémy jen *někdy* a 2% *nevědělo*. Tento problém nastává většinou u labilních zaměstnanců, kteří se z danou situací nedokáží vyrovnat. Bohužel se jim to nemůže mít za zlé, protože jsou to jen lidé. Na druhou stranu ani tito labilní lidé nemohou nikomu zazlívat, že si z dané situace dělají srandu, protože je to určitý způsob boje. Syndrom vyhoření je téma, s kterým se potýká většina dlouhodobě pracujících v jednom zaměstnání či oboru. Ve zdravotnictví je toto téma propíráno daleko více, protože se zde neustále dostáváme do kontaktu s lidmi. Proto mě zajímalo, u kolika středních zdravotnických pracovníků se něco změnilo při práci s lidmi. Zde uvádí, že 45% respondentů *někdy* změnilo své chování oproti začátkům u ZZS, 38% tvrdí *často*, 10% *ne* a 9% *nevědělo*. Zde je jednoznačné, že časem se mění všichni. Čím více lidí jezdí neustále vnitro-ústavní převozy nebo spíše fungují, jako „taxi služba“ na čísle 155, tím je proces vyhoření rychlejší.

6. ZÁVĚR

Při tvorbě bakalářské práce jsem se zajímal o zátěžové situace v rámci výkonu povolání zdravotnický záchranář. Náročných stavů skrze urgentní medicínu je nespočetně mnoho, a proto jsem se spíše zajímal o psychologické pojetí.

Hlavní cílem bylo zmapovat náročné situace, do kterých se zdravotničtí záchranáři dostávají a jak je hodnotí. Dále pak bylo zjišťováno, zda se při tomto povolání dostávají do stresových konfliktů, jejich možnosti zvládnutí a kdy uvolňují nebo vyplavují své emoce.

Pro práci byly vytvořeny celkem 2 hypotézy. První hypotéza předpokládala, že resuscitace postiženého je pro posádku ZZS stejně náročná, jako dopravní nehoda. Tato hypotéza byla potvrzena. Druhá hypotéza předpokládala, že emocionální chování zdravotnického záchranáře nezáleží na náročnosti výjezdu, ale na chování lidí, s nimiž přichází do kontaktu. Tato hypotéza byla také potvrzena.

Výsledky práce poukazují na náročnost tohoto povolání a to nejvíce z psychického a v menší míře fyzického hlediska. Zdravotničtí záchranáři čelí nejčastěji zátěžovým situacím při výjezdech, ale nesmíme opomíjet i pracovní konflikty, které se mohou odrážet v pracovním nasazení. Proces vyhoření je stále diskutabilní otázkou ve zdravotnictví, ale bohužel si myslím, že časem postihne asi každého zdravotnického záchranáře.

Tvorba bakalářské práce nebyla zcela jednoduchá, ale naplňovala mé odhodlání vytvořit určitý celek zátěžových situací, s kterými se mohou každodenně zdravotničtí záchranáři potýkat. Myslím si, že pro potenciální zájemce o studiu a následně i o zaměstnání může být dobrým směrníkem, co mohou od tohoto povolání očekávat.

7. Seznam použité literatury

1. BAUMRUK J., CIKRT M., HLÁVKOVÁ J.. *Analýza rizik při práci*.doplněné vyd. Praha: Fortuna 2001.135.s ISBN 80-7071-183-3
2. BYDŽOVSKÝ, J. *Akutní stavy v kontextu*. 1. vyd. Praha: Triton, 2008. 450 s. ISBN 978-80-7254-815-6
3. ERTLOVÁ, FRANTIŠKA. MUCHA, JOSEF a kol. *Přednemocniční neodkladná péče*. 2. vyd. přeprac.-dotisk. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2003. 368 s. ISBN 80-701-397-1
4. HAŠKOVCOVÁ, HELENA. *Thanatologie – Nauka o umírání a smrti*. 1. vyd. Praha: Galén, 2000. 191 s. ISBN 80-7262-034-7
5. Hromadné neštěstí [online] .c 2008 [cit. 2008-5-9]. Dostupné z: <http://www.ihasici.cz/viewtopic.php>
6. Hromadné neštěstí [online] .c 2004 [cit. 2004-5-6]. Dostupné z: http://www.zachrannasluzba.cz/odborna/0406_teorie_a_realita_hn.htm
7. JANICZEKOVÁ, ELENA. *Stres v práci zdravotnického záchranára*. Urgentní medicína – časopis pro neodkladnou lékařskou péči, 1/2007, České Budějovice: Mediprax, 2007. 39 s. ISSN 1212-1924
8. JANKOVSKÝ, JIŘÍ. *Etika pro pomáhající profese*. 1. vyd. Praha: Triton, 2003. 222.s ISBN 80-7254-329-6

9. KŘÍŽOVÁ, VALENTÝNA. KŘÍŽ, PETR. *Neklidný a agresivní pacient v přednemocniční péči*. Sestra-odborný časopis pro sestry a ostatní nelékařské obory, 10/2006, Praha: Mladá fronta, 2007. 59 s. ISSN 1210-0404.
10. KŘIVOLAKÝ, JARO. *Psychologie zdraví*. 2. vyd. Praha: Portál, 2001. 279 s. ISBN 80-7178-774-4
11. MILAN TUČEK, MIROSLAV CIKRT, DANIELA PELCLOVÁ. *Pracovní lékařství pro praxi*. 1. vyd. Praha: Grada, 2005. 328.s ISBN 80-247-0927-9
12. Mobbing na pracovišti [online] .c 2009 [cit. 2009-19-6]. Dostupné z: <http://rady-a-tipy.monster.cz/V-praci/Vztahy-na-pracovisti/article.aspx>
13. NĚMEC, IVO. STUHLÍKOVÁ, HELENA. *Agresivní pacient*. Sestra-odborný časopis pro sestry a ostatní nelékařské obory, 11/2007, Praha: Mladá fronta, 2007. 57 s. ISSN 1210-0404.
14. POKORNÝ, JIŘÍ et.al. *Urgentní medicína*. 1. vyd. Praha Galén, 2004.str.547. ISBN 80-7262-259-5
15. RAPČÍKOVÁ TATIANA. *Etický rozmer práce zdravotníckeho záchranára*. Urgentní medicína – časopis pro neodkladnou lékařskou péči, 2/2007, České Budějovice: Mediprax, 2007. 43 s. ISSN 1212-1924
16. ŘÍČAN, P., KREJČÍŘOVÁ, D. a kol. *Dětská klinická psychologie*. 4 vyd. Praha: Grada, 2006. 604 s. ISBN 80-247-1049-8

17. SIHELSKÁ, DANA. *Zdravotnický záchranář – profesionál, osobnost*. Urgentní medicína – časopis pro neodkladnou lékařskou péči, 2/2007, České Budějovice: Mediprax, 2007. 43 s. ISSN 1212-1924
18. SIHELSKÁ, DANA. *Mobbing – psychický teror na pracovišti*. Urgentní medicína – časopis pro neodkladnou lékařskou péči, 3/2007, České Budějovice: Mediprax, 2007. 38 s. ISSN 1212-1924
19. ŠEVČÍK, PAVEL, ČERNÝ, V., VÍTOVEC JIŘÍ, *Intenzivní medicína*. 2. vyd. Praha: Galén, 2003. 422 s. ISBN 80-7262-203-X
20. URBÁNEK, PAVEL. *Hromadné postižení zdraví či velká nehoda*. Urgentní medicína – časopis pro neodkladnou lékařskou péči, 2/2007, České Budějovice: Mediprax, 2007. 43 s. ISSN 1212-1924
21. VODÁČKOVÁ, DANIELA a kol. *Krizová intervence*. 1. vyd. Praha: Portál, 2002. 543 s. ISBN 80-7178-696-9
22. Vyhláška č. 424/2004 Sb., o stanovení činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků
23. Vyhláška č. 175/1995 Sb., novela vyhlášky č. 434/1992 Sb., o zdravotnické záchranné službě
24. Vyhláška č. 49/1993 Sb., o technických požadavcích na vybavení zdravotnických zařízení

25. VILIAM, DOBIÁŠ. et.al. *Urgentná zdravotná starostlivosť*. Martin SR:
Osveta, 2007. str.178. ISBN 978-80-8063-244-1
26. Vyhláška č. 434/1992 Sb., o zdravotníckej záchranné službe

8. Klíčová slova

přednemocniční neodkladná péče

zdravotnický záchranář

zdravotnická záchranná služba

mobbing

9. PŘÍLOHY

Příloha 1 - Kasuistika – mobbing na pracovišti ZZS

Příloha 2 – Dotazník pro střední zdravotnický pracovníky ZZS

Příloha 1 Kasuistika – mobbing na pracovišti ZZS

Tato kasuistika nastiňuje práci zdravotnického záchranáře M.M. (smyšlené jméno) ve stresovém prostředí vyvolaném managementem ZZS.

Na této ZZS management uplatňuje manažerskou psychologii: „dokud budeme vyvolávat v podřízených strach, budou dobře pracovat a nebudou si stěžovat“. Příkladem je zákaz spaní v nočních službách, zákaz odpočívání na postelích v jiné poloze než v sedě s nohama dolů z postele. Které nakonec vyústilo i v odebrání postelí z místnosti řidičů. Jeden čas, zde byl i zákaz kouření v celém areálu ZZS a dokonce pití kávy s odůvodněním, že káva je poživatina.

I v tomto prostředí byl záchranář M.M. hodnocen jako jeden z nejlepších a dostával vysoké odměny (Pozn.: Osobní ohodnocení zde bylo protiprávně bez odůvodnění vymazáno z platového výměru) až do doby, kdy chtěla vrchní sestra, aby jí M.M. potvrdil lež proti řidiči, který má odslouženo 40 let praxe na této ZZS. Záchranář M.M. tak neučinil. Poté ještě podepsal žádost o navrácení protiprávně odebraného osobního ohodnocení a to bylo začátkem propadu jeho kariéry v očích managementu ZZS. Následovaly častější kontroly jeho pracovních povinností (bez nalezení chybovosti), zrušení 10 měsíců naplánované a již zaplacené dovolené bez udání rozumného důvodu (v té době nebyl nikdo z jeho kolegů v pracovní neschopnosti a ani nikdo jiný neměl naplánovanou dovolenou).

Vše vyústilo tím, že záchranář M.M. našel na přelomu roku 2008/2009 na své výplatní pásce srážku ze mzdy odůvodněnou jako dorovnání úvazku za neodpracovanou normu hodin v měsíci. To, že neodpracoval normu hodin, nebyla ale jeho chyba, nýbrž chyba přímého nadřízeného, který si nevšiml při rozepisování služeb, že M.M. jich má málo. Proto se M.M. rozhodl na toto informovat u známého právníka a poté se na tuto nejasnost zeptat svých nadřízených. Místo omluvy a nápravy tohoto nedopatření ze strany účetních však následoval tvrdý monolog od vrchní sestry a vedoucího lékaře s výsledkem, že záchranáři M.M. nebudou brány v potaz jeho požadavky na osobní volno, a pokud nějaké bude chtít, má si vzít dovolenou. Záchranář M.M. se bránil a

pomocí podložených argumentů a asertivního jednání všechny vymyšlené argumenty managementu zpochybnil nebo vyvrátil. Poté vrchní sestra přešla na jinou taktiku a to vyhrožování, že bude přeřazen na post řidiče na hranici kraje se snížením platu o 2 platové třídy, nebo že bude odeslán na stáž na 4 měsíce na ARO FN.

M.M. věděl, že od té doby na něj bude vyvíjen ještě větší tlak a budou následovat častější kontroly jeho pracovních povinností, proto se snažil, aby jeho pracovní výkon byl bezchybný. A také byl. V dubnu 2009 měl být obnoven systém osobního ohodnocování (na základě žaloby zaměstnanců), který byl protiprávně odebrán. Záchranáři M.M. byl přidělen osobní příplatek ve výši 0 Kč a protože neměli jediné pochybení z pracovních povinností záchranáře M.M., odůvodnili to tím, že nestříhá perlan na umývání sanitních vozů a že nemá takové nadšení pro práci jako měl dříve. Podotýkám, že osobní ohodnocení ve výši 0 Kč dostali pouze tři další z celého kraje.

Výsledkem tohoto stresového prostředí vyvolaného managementem ZZS je pro záchranáře M.M. to, že si začíná hledat jiné zaměstnání, i když práci zdravotnického záchranáře má velmi rád.

Příloha 2 Dotazník pro střední zdravotnický personál

Dobrý den,

jmenuji se Radek Hnětkovský. Jsem studentem třetího ročníku bakalářského studijního oboru zdravotnický záchranář na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích.

Touto cestou Vás chci požádat o spolupráci na své bakalářské práci na téma: „Zátěžové situace v rámci výkonu povolání zdravotnického záchranáře“.

Tento dotazník je anonymní a informace získané od Vás budou použity pouze, jako podklady pro napsání bakalářské práce.

Vaše pracovní zkušenosti mohou nastínit strasti tohoto povolání a pro potencionální uchazeče o studiu či zaměstnání v oboru zdravotnický záchranář ukázat, s jakými událostmi přicházíte nejčastěji do styku, které jsou nejzávažnější a které jsou pro Vás nejvíce stresující.

Velmi Vám děkuji za vyplnění dotazníku a za Vámi věnovaný čas

Radek Hnětkovský

Věk 20 – 25 let 26 – 30 let 31 – 38 let 39 – 45 let 46 – 60 let

Pohlaví: muž žena

1. Jak velkou máte praxi u zdravotnické záchranné služby?

- a, 0 až 5 let
- b, 6 až 10 let
- c, více než 10 let

2. Jakou pozici na ZZS zastáváte?

- a, Zdravotnický záchranář
- b, výjezdová sestra
- c, řidič – záchranář

3. Považujete práci na pozici středního zdravotnického personálu za náročnou po jakékoliv stránce (psychické, fyzické, emocionální ...)?

- a, ano
- b ano, někdy...Doplňte kdy.....
- b, ne

4. Myslíte si, že by mohl každý vykonávat povolání na pozici zdravotnického záchranáře?

- a, ano
- b, ne

5. Považujete práci zdravotnického záchranáře za stresující

- a, ano
- b, ne
- c, někdy

6. Slyšíte-li tón ohlašující výjezd pro Vaši posádku s následnou výzvou od dispečera, jste nervózní?

- a, ano
- b, ne
- c, někdy

7. Pokud je zásah u nějaké skupiny pacientů pro Vás obtížnější, pak je to skupina osob ve věku?

- a, 0 – 10 let
- b, 11 – 20 let
- c, 21 – 40 let
- d, 40 – 60 let
- e, 60 a více let

8. Vyberte 3 pro Vás nejvíce zatěžující indikace k primárním výjezdům

- a, bezvědomí
- b, dopravní nehoda
- c, bolesti na hrudi
- d, cévní mozková příhoda
- e, dušnost
- f, křečové stavy
- g, poruchy srdečního rytmu
- h, resuscitace
- i, jiné:.....

9. Co pokládáte za největší stresor při výjezdě?

- a, Kardiopulmonární resuscitace
- b, dopravní nehoda s velkým počtem těžce zraněných
- c, nemožnost záchrany postiženého
- d, smrt dítěte
- e, žádnou výjezdovou situaci nepovažuji za výrazný stresor
- f, jiné.....

10. Seřad'te indikace k primárním zásahům podle obtížnosti od nejtěžších (1) po méně náročnější (8)

- ... popáleniny
- ... srdeční arytmie
- ... resuscitace
- ... bezvědomí
- ... dopravní nehoda
- ... cévní mozková příhoda
- ... úrazy
- ... intoxikace

11. Jak často se dostáváte do stresových situací za Vaši 12 hodinovou službu?

- a, s každým výjezdem
- b, s výjezdem do neznáma (nepřehledná situace volajícího)
- c, výjezd k bezprostřednímu ohrožení na životě
- d, výjezd k pacientovi, který má prokázané infekční onemocnění
- e, nikdy
- f, jiné.....

12. Byl(a) jste někdy v situaci, kdy tlak okolí nebo náročnost výjezdu ve Vás budili nejistotu, zda dokážete adekvátně postiženému pomoci?

- a, ano, často
- b, ano, někdy
- c, ne
- d, nevím, nesetkal(a) jsem se s tak vážnou situací

13. Byl(a) jste někdy napaden(a) ze strany pacienta nebo jeho okolí, ať už verbálně, či fyzicky?

a, ano, často

b, ano, někdy

c, ne

d, nevím

14. Dokážete řešit situaci při setkání s agresivním klientem?

a, ano, vždy

b, ano, někdy...Doplňte kdy...

.....

c, ne

d, nesetkal(a) jsem se s napadením ze strany klienta

15. Stalo se Vám, že jste byl někdy nucen zvýšit hlas na pacienta či jeho okolí

a, ano, často

b, ano, občas

b, ne

c, nevím

16. Přijedete k dopravní nehodě, na místě jsou dva středně těžce zranění a jeden lehce zraněný. Osoba s lehkým zraněním, která způsobila nehodu je pod silným vlivem alkoholu a vy ho máte ošetřit a převézt k dalšímu ošetření. Jak by jste reagoval?

a, ošetřil(a), s profesionálním slovním projevem a převezl(a)

b, ošetřil(a), s lehce zvýšeným hlasem ho pokáral a převezl(a)

c, ošetřil(a), s velmi emotivním hlasem ho pokáral a převezl(a)

d, ošetřil(a) a bez nutné další konverzace převezl(a)

17. Cítíte se ze strany pacienta ohrožen(a) infekčním onemocněním?

- a, ano, cítím se být ohrožen(a) každým klientem
- b, ano, ale poznám, u kterého klienta mám být obezřetnější
- c, ne, necítím se být ohrožen(á)
- d, nevím
- c, jiné.....

18. Myslíte, že by střední zdravotnický personál měl být fyzicky dobře připraven?

- a, ano
- b, ano, ale jen v extrémních situacích
- c, ne
- d, nevím

19. Stalo se Vám na výjezdu, že při nějaké extrémní situaci jste měl(a) pocit, že musíte na své fyzické zdatnosti zapracovat?

- a, ano
- b, ano, ale jednalo se o extrémní situaci
- c, ne
- d, nevím, do žádné fyzicky extrémní situaci jsem se nedostal(a)
- e, jiné.....

20. Máte po náročném pracovním dnu, kdy jste se setkal(a) s psychicky náročnou událostí (dopravní nehoda, resuscitace,.....) problém ze spaním?

- a, ano
- b, ne
- c, někdy
- d, nevím

21. Všude se doslýcháme o „syndromu vyhoření“, myslíte si, že se Váš přístup ke klientům za Vaši praxi u zdravotnické záchranné služby nějak změnil?

a, ano, někdy

b, ano, často

c, nevím

d, ne