

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA

V PLZNI

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2012

Vladěna Sládková

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví

Vladěna Sládková

Studijní obor: Zdravotnický záchranář 5345R021

**VLIV RIZIKOVÝCH FAKTORŮ V PROFESI
ZDRAVOTNICKÉHO ZÁCHRANÁŘE**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: PhDr. Alena Pistulková

PLZEŇ 2012

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité prameny jsem uvedla v seznamu použitých zdrojů.

V Plzni dne 20. 3. 2012

.....

vlastnoruční podpis

Děkuji PhDr. Aleně Pistulkové za odborné vedení práce, vstřícnost, poskytování cenných rad a materiálních podkladů. Dále děkuji vedení Zdravotnické záchranné služby v Plzni – panu řediteli MUDr. Romanu Svitákovi a také vrchní sestře Janě Průchové za poskytnutí informací a svolení náhledu do knihy výjezdů.

Anotace

Příjmení a jméno: Sládková Vladěna

Katedra: Záchranářství a technických oborů

Název práce: Vliv rizikových faktorů v profesi zdravotnického záchranáře

Vedoucí práce: PhDr. Alena Pistulková

Počet stran: číslované 53, nečíslované 29

Počet příloh: 11

Počet titulů použité literatury: 52

Klíčová slova: zdravotnický záchranář, agrese, stres, syndrom vyhoření, posttraumatická stresová porucha, ochranné pomůcky.

Souhrn:

Bakalářská práce je zaměřena na problematiku nejčastějších rizikových faktorů v profesi zdravotnického záchranáře a je rozdělena na část teoretickou a část praktickou.

Teoretická část čtenáře seznámí s výskytem nejčastějších rizikových faktorů v profesi zdravotnického záchranáře a také s vlivem těchto rizikových faktorů na jeho profesi. Dále se zabývá bezpečností při práci.

V praktické části bylo provedeno dotazníkové šetření mezi zdravotnickými záchranáři, ke zjištění rizikových faktorů. Výzkum probíhal na vybraných stanovištích zdravotnické záchranné služby. Výsledky průzkumu jsem vyhodnotila do tabulek a grafů a z konečných výsledků jsem mohla potvrdit či vyvrátit předem stanovené hypotézy.

Annotation

Surname and name: Sládková Vladěna

Department: Department of Paramedical rescue work and Technical studies

Title of thesis: Impact of Risk Factors on Profession of Paramedic Rescue Worker

Consultant: PhDr. Alena Pistulková

Number of pages: numbered 53, nonnumbered 29

Number of appendices: 11

Number of literature items used: 52

Key words: Paramedic rescue worker, aggression, stress, burn-out, posttraumatic stress disorder, protective

Summary:

The Bachelor thesis is focused on most frequent risk factors in a paramedic rescue worker's profession. The thesis is divided into a theoretical and a practical parts.

The theoretical part is concentrated on incidence of the most common risk factors in the paramedic profession and also on the impact of these risk factors on his/her profession. Subsequently, this part also deals with labour protection.

The practical part comprises questionnaire survey among paramedic rescue workers to identify risk factors. The research was performed at selected sites of emergency medical services. I have analyzed results of the survey in tables and graphs. On the basis of the final results I was able to confirm or disconfirm predetermined hypotheses.

OBSAH

| | |
|---|-----------|
| ÚVOD | 11 |
| TEORETICKÁ ČÁST | 13 |
| 1 KOMPETENCE ZDRAVOTNICKÉHO ZÁCHRANÁŘE | 13 |
| 2 RIZIKOVÉ FAKTORY V PROFESI ZDRAVOTNICKÉHO ZÁCHRANÁŘE. | 17 |
| 2.1 Agresivní pacient | 17 |
| 2.1.1 Agresivní chování | 18 |
| 2.1.2 Příčiny agresivního chování..... | 18 |
| 2.1.3 Formy agresivity | 19 |
| 2.1.4 Komunikace s agresivním pacientem | 19 |
| 2.1.5 Prevence a terapie agresivity | 20 |
| 2.2 Syndrom pomáhající profese | 20 |
| 2.3 Profesionální infekce | 21 |
| 2.3.1 Tuberkulóza | 22 |
| 2.3.2 Svrab | 22 |
| 2.3.3 Hepatitida C | 23 |
| 2.3.4 HIV/AIDS | 23 |
| 2.4 Metabolický syndrom | 24 |
| 2.4.1 Komplikace metabolického syndromu | 25 |
| 2.4.2 Léčba metabolického syndromu | 25 |
| 2.4.3 Prevence metabolického syndromu | 26 |
| 2.5 Mobbing na pracovišti | 26 |
| 2.5.1 Fáze mobbingu | 26 |
| 2.5.2 Důsledky mobbingu | 26 |
| 2.5.3 Prevence mobbingu | 27 |
| 3 NEGATIVNÍ VLIV RIZIKOVÝCH FAKTORŮ NA ČINNOST ZDRAVOTNICKÉHO ZÁCHRANÁŘE | 28 |
| 3.1 Stres | 28 |
| 3.1.1 Definice stresu | 28 |
| 3.1.2 Příznaky stresu | 29 |
| 3.1.3 Vyvolávající faktory stresu | 29 |
| 3.1.4 Důsledky stresu | 30 |
| 3.1.5 Prevence stresu | 30 |

| | |
|---|-----------|
| 3.2 Syndrom vyhoření | 30 |
| 3.2.1 Definice syndromu vyhoření | 31 |
| 3.2.2 Historie syndromu vyhoření | 32 |
| 3.2.3 Příznaky a projevy syndromu vyhoření | 33 |
| 3.2.4 Fáze syndromu vyhoření | 34 |
| 3.2.5 Léčba syndromu vyhoření | 35 |
| 3.2.6 Prevence syndromu vyhoření | 36 |
| 3.3 Posttraumatická stresová porucha | 36 |
| 3.3.1 Projevy posttraumatické stresové poruchy | 37 |
| 3.3.2 Fáze posttraumatické stresové poruchy | 37 |
| 3.3.3 Léčba posttraumatické stresové poruchy | 38 |
| 4 BEZPEČNOST PŘI PRÁCI ZDRAVOTNICKÉHO ZÁCHRANÁŘE | 40 |
| 4.1 Ochranné pomůcky a jejich používání | 40 |
| 4.1.1 Dezinfekce | 40 |
| 4.1.2 Ochranné rukavice | 40 |
| 4.1.3 Ochranný oblek | 41 |
| 4.1.4 Ochranné brýle | 41 |
| 4.1.5 Ochranná přilba | 41 |
| 4.1.6 Ústenka | 42 |
| 4.2 Bezpečnost u rizikových pacientů | 42 |
| 4.2.1 Agresivní pacient | 42 |
| 4.2.2 Infekční pacient | 42 |
| VÝZKUMNÁ ČÁST | 44 |
| 5 CÍLE PRÁCE | 44 |
| 5.1 Formulace problému | 44 |
| 5.2 Stanovené hypotézy | 45 |
| 6 METODIKA PRÁCE A METODY VÝZKUMU | 46 |
| 6.1 Vzorek respondentů | 46 |
| 6.2 Metody výzkumu | 46 |
| 7 VYHODNOCENÍ VÝZKUMU | 47 |
| 7.1 Rozdělení zdravotnických záchranářů dle pohlaví | 47 |
| 7.2 Rozdělení zdravotnických záchranářů dle věku | 47 |
| 7.3 Napadení ve výkonu služby | 48 |
| 7.4 Charakter napadení | 49 |

| | |
|---|-----------|
| 7.5 Popis útočníka | 50 |
| 7.6 Nejrizikovější skupina pacientů pro zdravotnické záchranáře | 51 |
| 7.7 Syndrom vyhoření | 52 |
| 7.8 Dopad rizikových faktorů na činnost zdravotnického záchranáře | 52 |
| 7.9 Možnost využití služeb psychologa | 53 |
| 7.10 Využití služeb psychologa | 54 |
| 7.11 Nejvíce stresující indikace | 54 |
| 7.12 Obava z infekčního onemocnění | 55 |
| 7.13 Ochranné pomůcky | 56 |
| 7.14 Poranění v důsledku nepoužití ochranných pomůcek | 57 |
| 7.15 Vlastní bezpečnost | 58 |
| 8 DISKUZE | 59 |
| ZÁVĚR | 62 |
| POUŽITÁ LITERATURA | |
| SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK | |
| SEZNAM TABULEK | |
| SEZNAM GRAFŮ | |
| SEZNAM PŘÍLOH | |
| 9 PŘÍLOHY | |

ÚVOD

Téma pro svoji bakalářskou práci jsem si zvolila „Vliv rizikových faktorů v profesi zdravotnického záchranáře.“ Hlavním cílem této práce je zjistit, jaký je nejčastější výskyt rizikových faktorů v profesi zdravotnického záchranáře a dále zjistit, jak rizikové faktory ovlivňují činnost zdravotnického záchranáře v jeho profesi.

Toto téma jsem si zvolila poté, co jsem měla možnost v rámci odborné praxe nastoupit na Zdravotnickou záchrannou službu v Plzni a to z toho důvodu, že jsem v rámci několika výjezdů byla svědkem, jak jsou záchranáři často stavěni před mnohá rizika. Přes slovní napadení výhrůzkami, či napadení fyzické, nebo také neochota spolupráce, následně psychická rizika jako jsou stres, syndrom vyhoření či posttraumatická stresová porucha.

Tato problematika je velmi aktuální, neboť zdravotničtí záchranáři se denně potýkají s nespočet riziky spojenými s touto profesí. Tato profese je velmi náročná jak fyzicky, tak psychicky a záchranář si musí umět poradit v nejrůznějších situacích, ať už naprosto banálních či život ohrožujících. Záchranáři musí mít schopnost rychlého rozhodování, či zachování tzv. „chladné hlavy“ při velmi stresujících situacích, kdy jsou pod tlakem času, či s nedostačujícími prostředky pro záchranu lidského života.

Tato bakalářská práce je rozdělena na část teoretickou a výzkumnou. V teoretické části popisují nejčastější výskyt rizikových faktorů v profesi zdravotnického záchranáře, kam řadíme agresivního pacienta, dále riziko infekční nákazy, možnost rozvoje metabolického syndromu v důsledku špatného stravování, které je často způsobené nedostatkem času a stresem. Dále také mobbing na pracovišti. Další část teoretické části je zaměřena na negativní vlivy rizikových faktorů na činnost zdravotnického záchranáře. Patří sem psychická rizika, jako jsou stres, syndrom vyhoření či posttraumatická stresová porucha. Zabývám se jak jejich příznaky, projevy, tak i jejich prevencí a léčbou. V poslední kapitole se zaměřuji na bezpečnost pracovního prostředí a používání ochranných pomůcek jako jsou dezinfekce, ochranné rukavice, brýle, přilby, ochranný oblek, apod.

Ve výzkumné části hodnotím výsledky z dotazníkového šetření, které probíhalo mezi zdravotnickými záchranáři na vybraných stanovištích Zdravotnické záchranné služby (dále ZZS). Výzkum probíhal na ZZS Plzeňského kraje (stanoviště Plzeň – město,

Plzeň – sever, Manětín, Domažlice), a dále ZZS Lysá nad Labem. Sběr dat probíhal v období prosinec 2011 – únor 2012. Výsledky jsem zpracovala do tabulek a grafů.

Další část této bakalářské práce tvoří přílohy k vybraným tématům, dotazník a také internetové články na téma napadení zdravotnických záchranářů.

Tato práce bude mít zcela jistě význam pro teorii a praxi. Zdravotničtí záchranáři - a nejen ti, se mohou seznámit s častými riziky v souvislosti s tímto povoláním a dále také zjistit možnosti léčby či prevence.

1 KOMPETENCE ZDRAVOTNICKÉHO ZÁCHRANÁŘE

Kompetence zdravotnického záchranáře upravuje zákon č. **105/2011 Sb.**, kterým se mění zákon č. **96/2004 Sb.** o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních).

Dne 1. března 2011 vyšla ve Sbírce zákonů, částka 20/2011 vyhláška č. **55/2011 Sb.**, o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, kterou se ruší vyhláška č. **424/2004 Sb.**, kterou se stanoví činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. [1]

Vyhláška č. 55/2011 Sb.

§ 17

Zdravotnický záchranář

(1) Zdravotnický záchranář vykonává činnosti podle § 3 odst. 1 a dále bez odborného dohledu a bez indikace poskytuje v rámci přednemocniční neodkladné péče, včetně letecké záchranné služby, a dále v rámci anesteziologicko-resuscitační péče a v rámci akutního příjmu specifickou ošetrovatelskou péči.

Přitom zejména může

- a) monitorovat a hodnotit vitální funkce včetně snímání elektrokardiografického záznamu, průběžného sledování a hodnocení poruch rytmu, vyšetření a monitorování pulzním oxymetrem,
- b) zahajovat a provádět kardiopulmonální resuscitaci s použitím ručních křísicích vaků, včetně defibrilace srdce elektrickým výbojem po provedení záznamu elektrokardiogramu,
- c) zajišťovat periferní žilní vstup, aplikovat krystaloidní roztoky a provádět nitrožilní aplikaci roztoků glukózy u pacienta s ověřenou hypoglykemií,
- d) provádět orientační laboratorní vyšetření určená pro urgentní medicínu a orientačně je posuzovat,

- e) obsluhovat a udržovat vybavení všech kategorií dopravních prostředků, řídit pozemní dopravní prostředky, a to i v obtížných podmínkách jízdy s využitím výstražných zvukových a světelných zařízení,
- f) provádět první ošetření ran, včetně zástavy krvácení,
- g) zajišťovat nebo provádět bezpečné vyproštění, polohování, imobilizaci, transport pacientů a zajišťovat bezpečnost pacientů během transportu,
- h) vykonávat v rozsahu své odborné způsobilosti činnosti při řešení následků hromadných neštěstí v rámci integrovaného záchranného systému,
- i) zajišťovat v případě potřeby péči o tělo zemřelého,
- j) přejímat, kontrolovat a ukládat léčivé přípravky¹⁰⁾, manipulovat s nimi a zajišťovat jejich dostatečnou zásobu,
- k) přejímat, kontrolovat a ukládat zdravotnické prostředky¹¹⁾ a prádlo, manipulovat s nimi a zajišťovat jejich dezinfekci a sterilizaci a jejich dostatečnou zásobu,
- m) provádět neodkladné výkony v rámci probíhajícího porodu,
- n) přijímat, evidovat a vyhodnocovat tísňové výzvy z hlediska závažnosti zdravotního stavu pacienta a podle stupně naléhavosti, zabezpečovat odpovídající způsob jejich řešení za použití telekomunikační a sdělovací techniky,
- o) provádět telefonní instruktáž k poskytování první pomoci a poskytovat další potřebné rady za použití vhodného psychologického přístupu.

(2) Zdravotnický záchranář v rámci přednemocniční neodkladné péče, včetně letecké záchranné služby, a dále v rámci anesteziologicko-resuscitační péče a v rámci akutního příjmu může bez odborného dohledu na základě indikace lékaře vykonávat činnosti při poskytování diagnostické a léčebné péče.

Přitom zejména může

- a) zajišťovat dýchací cesty dostupnými pomůckami, zavádět a udržovat inhalační kyslíkovou terapii, zajišťovat přístrojovou ventilaci s parametry určenými lékařem, pečovat o dýchací cesty pacientů i při umělé plicní ventilaci,
- b) podávat léčivé přípravky¹⁰⁾, včetně krevních derivátů¹²⁾,
- c) asistovat při zahájení aplikace transfuzních přípravků¹³⁾ a ošetřovat pacienta v průběhu aplikace a ukončovat ji,
- d) provádět katetrizaci močového měchýře dospělých a dívek nad 10 let,
- e) odebírat biologický materiál na vyšetření,
- f) asistovat při porodu a provádět první ošetření novorozence,
- g) zajišťovat intraoseální vstup. [1]

Zdravotnický záchranář po získání specializované způsobilosti vykonává činnosti podle §17.

§ 109

Zdravotnický záchranář pro urgentní medicínu

Zdravotnický záchranář pro urgentní medicínu vykonává činnosti podle §17 a § 54 písm. a) a dále poskytuje specifickou ošetrovatelskou péči a neodkladnou diagnosticko-léčebnou péči na úseku neodkladné péče, anesteziologicko-resuscitační péče a v rámci akutního příjmu. Přitom zejména může

a) bez odborného dohledu a bez indikace lékaře

1. zajišťovat dýchací cesty dostupnými pomůckami u pacienta staršího 10 let při prováděné kardiopulmonální resuscitaci,
2. zahájit a provádět kardiopulmonální resuscitaci pomocí použití přístrojů k automatické srdeční masáži, včetně defibrilace srdce elektrickým výbojem po provedení záznamu elektrokardiogramu, a podání léčiv pro resuscitaci bezprostředně nezbytných,
3. odebírat biologický materiál na vyšetření,
4. zavádět a udržovat kyslíkovou terapii,
5. zajišťovat intraoseální vstup,
6. zajišťovat stálou připravenost pracoviště, včetně funkčnosti speciální přístrojové techniky a materiálního vybavení; sledovat a analyzovat údaje na speciální přístrojové technice, rozpoznávat technické komplikace a řešit je,
7. provádět zdravotnickou část záchranných a likvidačních prací při mimořádných událostech v součinnosti s velitelem zásahu³⁸⁾,

b) bez odborného dohledu na základě indikace lékaře

1. provádět měření a analýzu fyziologických funkcí pomocí přístrojové techniky, včetně využití invazivních metod,
2. provádět externí kardiostimulaci,
3. provádět tracheobronchiální laváže pacientů s tracheální intubací,
4. zavádět gastrickou sondu a provádět výplach žaludku u pacienta při vědomí,
5. zavádět gastrickou sondu a provádět výplach žaludku u pacienta staršího 10 let v bezvědomí se zajištěnými dýchacími cestami,
6. provádět extubaci tracheální kanyly. [1]

10) Zákon č. 378/2007 Sb., o léčivech a o změnách souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů.

Zákon č. 167/1998 Sb., o návykových látkách a o změně některých dalších zákonů, ve znění pozdějších předpisů.

11) Zákon č. 123/2000 Sb., ve znění pozdějších předpisů. Nařízení vlády č. 336/2004 Sb., kterým se stanoví technické požadavky na zdravotnické prostředky a kterým se mění nařízení vlády č. 251/2003 Sb., kterým se mění některá nařízení vlády vydaná k provedení zákona č. 22/1997 Sb., o technických požadavcích na výrobky a o změně a doplnění některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů. Nařízení vlády č. 154/2004 Sb., kterým se stanoví technické požadavky na aktivní implantabilní zdravotnické prostředky a kterým se mění nařízení vlády č. 251/2003 Sb., kterým se mění některá nařízení vlády vydaná k provedení zákona č. 22/1997 Sb., o technických požadavcích na výrobky a o změně a doplnění některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů, ve znění nařízení vlády č. 307/2009 Sb. Nařízení vlády č. 453/2004 Sb., kterým se stanoví technické požadavky na diagnostické zdravotnické prostředky in vitro, ve znění nařízení vlády č. 246/2009 Sb.

12) § 2 odst. 2 písm. l) zákona č. 378/2007 Sb.

13) § 2 odst. 2 písm. n) zákona č. 378/2007 Sb., ve znění zákona č. 296/2008 Sb.

38) Zákon č. 239/2000 Sb., o integrovaném záchranném systému, ve znění pozdějších předpisů.

2 RIZIKOVÉ FAKTORY V PROFESI ZDRAVOTNICKÉHO ZÁCHRANÁŘE

Rizikové faktory jsou takové faktory, u nichž je zvýšené riziko negativních dopadů na osobnost jedince. Práce zdravotnického záchranáře je velmi náročná jak fyzicky, tak psychicky a záchranář si musí umět poradit v nejrůznějších situacích, ať už naprosto banálních či život ohrožujících.

Nejčastěji se záchranář potýká s agresivními pacienty např. pod vlivem alkoholu či jiné návykové látky, psychiatrickými pacienty, dále záchranář musí zvládnout stresové situace, které intenzivně působí na jeho psychiku. Ať už je to časová tíseň, nepříznivé počasí, ale také rozsáhlé dopravní nehody s velkým počtem zraněných nebo dokonce mrtvých, či riziko a obava z nakažení infekčních nemocí. [2]

2.1 Agresivní pacient

Kontakt s agresivními a neklidnými pacienty je častou a nedílnou součástí klinické praxe každého zdravotníka. Zdravotničtí záchranáři se však potýkají s těmito pacienty nejčastěji a k výjezdům musí být často přivolána i Policie České republiky (dále PČR).

Záchranář by měl možnou agresi pacienta předpokládat, a být vždy připraven na eventuální útok ze strany pacienta.

Velmi mě zaujal článek na internetových stránkách Zdravotnické záchranné služby v Karlových Varech, kde je popsána nebezpečná situace, kdy pacient ohrožoval výjezdovou posádku nožem.

„Dnes v noci byla přivolána naše lékařská posádka k muži ve Vodné u Bečova nad Teplou. Ten si stěžoval na bolesti na hrudi. Poté, co naši zdravotníci zaklepali u jeho bytu, ten otevřel a začal naší posádku ohrožovat střelnou zbraní. Zdravotníci ihned utekli do bezpečí a přivolali policii. Ta dále celou událost šetří. Naše posádka a zejména pak lékařka byla z celé události silně otřesena. Nutno podotknout, že případy napadení posádek poslední dobou rostou a nabírají na agresivitě. Mnohdy jde našim zdravotníkům doslova o život.“ [45]

Ostatní články o napadení zdravotnických záchranářů uvádím v příloze č. 11.

2.1.1 Agresivní chování

„Agresivní chování je obvykle spojeno s určitým emočním prožitkem, který násilnou reakci stimuluje a doprovází, s určitou motivací a způsobem rozumového hodnocení volby násilného způsobu jednání.“ (Vágnerová, 2004, str. 764)

Pojem agrese zavedli do psychiatrie počátkem 20. století Alfred Adler a Sigmund Freud. Agresivita (z lat. *agressivus*) znamená útočnost a připravenost k násilnému způsobu reagování. Naproti tomu agrese (z lat. *aggressio*) charakterizuje už samotné chování se záměrem ublížit. [3]

Agrese i agresivita patří do našich životů a setkáváme se s nimi v běžném životě. Lidé řeší agresivním chováním své problémy či se domáhají svých nároků.

2.1.2 Příčiny agresivního chování

Agresivní chování pacienta je často spojeno s bolestí, intoxikací alkoholu či nějakou drogou, abstinenčními příznaky a u některých poruch osobnosti.

Příčiny vzniku tohoto poruchového chování jsou různé. Obvykle je zde multifaktorové podmínění a tyto faktory působí ve vzájemné interakci. Významnou roli hrají i genetické dispozice. Dalšími příčinami jsou biologické předpoklady, které mohou vzniknout úrazem mozku. Je prokázáno, že pacienti s poškozením kůry čelních laloků jsou agresivnější a mají větší násilnické sklony než pacienti s jinou částí poškození mozku či pacienti bez jakéhokoliv úrazu mozku. Další příčinou agresivního chování může být užívání psychoaktivních látek, které se podávají osobám s duševními chorobami a jsou provázené halucinacemi, bludy, apod. [3, 4]

Agresivní chování je častější u mužů. Je to dáno v souvislosti s mužským pohlavním hormonem testosteronem. Muži, kteří mají velmi vysokou hodnotu testosteronu, bývají často konfliktní a agresivní bez jakékoliv provokace. Důležitou roli hraje i vliv prostředí – rodina. Agresivní jedinec si toto chování mohl vštípit už v ranném dětství, kdy v rámci identifikace dělal to, co viděl u rodičů či u ostatních. [3]

Nejčastěji je však agresivita projevem úzkosti, strachu, nemoci a pocitu zoufalství. Agresivní pacient se chce hádat, křičí, nadává, je výhružný a může i rozbít věci či napadat fyzicky. [3, 4]

2.1.3 Formy agresivity

Agresivita může být zaměřena na zvířata, lidi, neživé předměty, nebo také vůči sobě samému. [5, 6, 7]

Rozdělujeme dvě formy agrese – autoagresivitu a heteroagresivitu.

Autoagresivita je namíření agrese vůči vlastní osobě, kdy má jedinec sebepoškozovací sklony. Nejtěžší stupeň autoagresivity je sebevražedné jednání. [5, 6, 7]

Heteroagresivita je agresivní chování zaměřené buď na neživý předmět kdy jedinec rozkopává věci, hází s nima, mlátí do stolu, apod. Dalším druhem heteroagresivity je agrese vybitá na zvířeti (kopání do zvířete, škracení). Toto chování se vyskytuje i v dětském věku. Třetím a nejtěžším stupněm tohoto druhu agrese, je agresivita zaměřená proti lidem, kdy agresor napadá vybraného jedince ať už slovně výhrůzkami, nadávkami, nebo fyzicky - pohlavek, kopnutí. [5, 6, 7]

2.1.4 Komunikace s agresivním pacientem

V komunikaci s agresivním pacientem, je důležité sledování verbálních a neverbálních znaků. Nejprve se snažíme pacienta uklidnit a zjistit co se přihodilo. Pokud je to možné a reálné vyzveme pacienta, aby se posadil a následně se mu představíme, vysvětlíme důležitost situace a vše, co se s ním bude následně dít. [5, 8]

Záchranář by měl dodržovat bezpečnou vzdálenost od agresora, zachovat si únikovou cestu, vyhýbat se prudkým pohybů, nedotýkat se pacienta – pokud je to nutné, vždy ho informovat předem a požádat o souhlas, zbytečně neprovokovat, či nenechat vyprovokovat sám sebe. Při získávání údajů je vhodné zvolit přiměřený hlas a tempo řeči, naslouchat, být zdvořilý, dát pacientovi najevo pochopení a vyjádřit svojí empatii, vyvarovat se ironii či urážení. [5, 8]

Platí naprostý zákaz otáčení se k agresorovi zády a dát mu prostor k napadení. Dále je vhodné vyhýbat se dlouhému očnímu kontaktu, při stupňování napětí odvést pozornost jinam, pokud se pacient i nadále chová nekoordinovaně a nelze předem vytušit jeho chování, je důležité posoudit závažnost situace a případně volat 158, a spolupracovat s PČR. [5, 8]

2.1.5 Prevence a terapie agresivity

Terapie samotné agresivity bývá velmi obtížná a bohužel často také málo efektivní. Proto se klade velký důraz na prevenci. [28]

Nejčastější metodou léčby agresivního chování je psychoterapie, která má asi 70% úspěšnost. Tento způsob léčby je zaměřen hlavně na zvládnání agresivních impulzů, sebekontrolu a ovládnání agrese. Součástí psychoterapie je i farmakologická léčba, kdy se podávají antidepresiva, jenž pomohou jedinci agresi lépe zvládat a zmírňují pocit napětí. Další možností léčby je socioterapie. Socioterapie slouží k resocializaci jedinců, kteří mají zafixované již zmíněné agresivní chování. Socioterapie agresivní jedince naučí, jak se mají v určitých situacích chovat, jak mohou řešit své problémy a hlavně na koho se mohou se svými problémy obrátit. V rámci prevence existuje několik seminářů zaměřených proti agresi. [28]

2.2 Syndrom pomáhající profese

Syndrom pomáhající profese, také známý jako syndrom pomocníka poprvé popsal Wolfgang Schmidbauer ve své knize „*Psychická úskalí pomáhajících profesí*” která byla vydána v roce 2000. V roce 2008 vydal Schmidbauer knihu „*Syndrom pomocníka.*” [25]

Syndrom pomocníka se vyznačuje neustálými pocity, které nutí jedince pomáhat druhým na úkor vlastních potřeb. Nejčastěji postihuje lékaře, ale může postihnout i jiné pracovníky ve zdravotnictví – např. zdravotnické záchranáře. [25]

Vyjadřuje se neschopností vyjádřit své vlastní pocity a potřeby. Jedinec postižený tímto syndromem nedává najevo slabost, vyčerpání a je svým pacientům neustále k dispozici 24 hodin denně, 7 dní v týdnu. Pokud někdo zavolá např. i o půlnoci, jedinec nedokáže říci ne, nedokáže odmítnout kohokoliv, kdo potřebuje jeho pomoc. Pomáhá, i když si uvědomuje, že je využíván. [25]

Jedinec, který je postižen syndromem pomocníka je velmi zranitelný a je u něj vysoké riziko nebezpečí mobbingu, kterému se podrobněji věnuji v kapitole 2.5

Schmidbauer (2000) říká, že hlavní cíl léčby syndromu pomocníka má za cíl uvést altruistické chování do služeb Já a nevynucovat si je identifikací s “NAD-JÁ.” [25]

Tento syndrom je vytvořen pěti aspekty, které se vytvářejí již v ranném dětství.

Pocit odmítnutého dítěte – typický je příklad několika sourozenců, kdy nejstarší z nich se musí o své mladší sourozence postarat. Toto chování si jedinec nese do života sebou a má neustále pocit, že se o druhé musí postarat. [25, 29, 32]

Identifikace s Nadjád – hlavním procesem je identifikace, kdy se jedinec ještě jako dítě vědomě či nevědomě ztotožňuje s ideálem, který požadují rodiče nebo jiné vztahové osoby. [25, 29, 32]

Skrytá narcistická nenasytnost – pojem narcismus je postoj člověka k sobě samému. Skrytá narcistická nenasytnost se projevuje tím, že odmítnuté dítě přestává vnímat a uspokojovat své vlastní potřeby a postupně se identifikuje s potřebami svým rodičů, nebo jinými vztahovými osobami. Nebo-li dítě udělá vše, aby bylo přijato. [25, 29, 32]

Nepřímá agrese – tento druh agrese je zaměřen proti všemu, co ohrožuje vzájemné působení mezi pomocníkem a jeho svěřencem. [25, 29, 32]

“Dítě, které naráží na lhostejné, extrémně sebestředné, a možná dokonce přímo nepřátelské prostředí, se brzy naučí potlačovat svou primární reakci: nezměrnou zuřivost.” (Schmidbauer, str. 46, 2008)

2.3 Profesionální infekce

Profesionální infekce jsou nemoci, které se přenášejí při výkonu povolání, u níž je prokázáno riziko infekční nákazy. [26, 38]

V profesi zdravotnického záchranáře může velice snadno dojít k nakažení infekcí krevní cestou. Průběh infekce může mít několik forem, které jsou uvedeny v tabulce č. 1 [9, 10]

Tab. č. 1 Formy infekce a jejich průběh

| | |
|--------------------|---|
| Manifestní | probíhá pod typickým obrazem nemoci za přítomnosti charakteristických znaků daného infekčního onemocnění. |
| Inaparentní | neboli skrytá forma probíhající bez příznaků s tvorbou protilátek v těle hostitele. |
| Exogenní | nákaza ke které došlo ze zevního prostředí do těla hostitele. |
| Endogenní | autoinfekce |

[9, 10]

2.3.1 Tuberkulóza (*Tuberculum*)

Tuberkulóza (TBC) je plicní onemocnění, jehož původcem jsou mycobakterie. Přesněji *Mycobacterium tuberculosis*. Zdrojem infekce je člověk, který bakterie vylučuje zpravidla při kašli a dále se šíří inhalační cestou. Z hlediska patogeneze rozeznáváme dvě stadia nemoci. Primární a postprimární tuberkulózu. [10]

Primární tuberkulóza nastává po inhalaci mykobakterií, ložisko infekce je uložené zpravidla v dolních plicních lalocích a až na výjimky se samo vyhojí. Velmi zřídka se dále šíří do bronchů nebo krevního oběhu. [10]

Postprimární tuberkulóza vzniká obvykle až po mnoho letech endogenní reaktivací, nebo může vzniknout při exogenní infekci. [10]

Základem diagnostiky tuberkulózy je pátrání po styku s nakaženou osobou a prokázání mykobakterií ve sputu či moči. Inkubační doba tuberkulózy je 3 - 8 týdnů. [10]

Léčba tuberkulózy je dlouhodobá a patří do rukou specialistů v oboru. Léčebný režim je rozdělený na dvě fáze. V první (iniciální) fázi aplikujeme léky v následovném pořadí: **Isoniazid, Rifampicin, Streptomycin, Pyrazinamid, Ethambutol**. Tato fáze léčby je ústavní a trvá dva měsíce. Cílem je, aby pacient přestal být infekční pro okolí. Druhou fází léčby, neboli pokračovací fází lze provádět ambulantně a trvá 4 - 6 měsíců. [10]

2.3.2 Svrab (*Scabies*)

Toto kožní onemocnění můžeme definovat jako svědivé parazitální onemocnění. [43] Původcem nemoci je zákožka svrabová, neboli *Sarcoptes scabiei*. Zákožky se živí tkáňovým mokem a ukládají vajíčka v rohové vrstvě kůže. *Sarcoptes scabiei* parazituje pouze na člověku. Svrab se šíří přímým kontaktem, při pohlavním styku, ale možný je také i nepřímý přenos např. prostřednictvím oblečení, prádla. Nejčastěji se svrab vyskytuje u lidí bez domova, kteří žijí na ulici a u starších lidí žijících v ústavech sociální péče či domovech důchodců. [10, 26]

Hlavním příznakem svrabu je silné, nesnesitelné svědění. Nejčastěji je napadena zejména velmi jemná kůže v loketních jamkách, axilách a tříselech. Inkubační doba je cca 4 – 6 týdnů. Konečná délka však závisí na úrovni osobní hygieny. [10, 26]

2.3.3 Hepatitida C

Toto onemocnění je způsobeno virem hepatitidy C (HCV) a první zprávy o objevu tohoto viru jsou teprve z roku 1989. Hepatitida C se přenáší parenterální cestou. [10] Typickými příznaky pro toto onemocnění jsou např. nechutenství, bolesti svalů či kloubů, později se přidává zvýšený krevní tlak, velmi světlá stolice a naopak velmi tmavá moč, zvýšené jaterní enzymy, a také zvýšená tělesná teplota. [44]

Nejohroženější skupinou jsou narkomani, kteří si navzájem půjčují své jehly a injekční stříkačky. Další ohroženou skupinou jsou lidé s nekvalitně provedeným tetováním či piercingem. U těchto osob, by si měl dávat záchranář obzvláště pozor při odběru biologického materiálu, apod. [10]

V první fázi léčby hepatitidy C se provádí testy jedince z krve a moče. Další postup léčby spočívá v dietní úpravě s přísnou jaterní dietou, která se vyznačuje přísným omezením soli, tuků a naopak zvýšeným množstvím cukrů a bílkovin a samozřejmě naprostým zákazem alkoholu. Dále následuje celkový klid na lůžku. Eventuelně se podávají jedinci protilátky. Při tomto druhu hepatitidy není pacient hospitalizován na lůžku. Inkubační doba onemocnění se pohybuje mezi 15 – 180 dny. [44]

2.3.4 HIV/AIDS (*Human Immunodeficiency Virus / Acquired Immune Deficiency Syndrome*)

HIV je infekce vyvolaná lidským virem imunitní nedostatečnosti. Přenos je nejčastěji krevní cestou, dále pohlavním stykem, z matky na plod, atd. Může dojít i k iatrogennímu přenosu – pomocí transfuzí či krevních derivátů. Virus HIV se vyskytuje stejně jako hepatitida C nejčastěji u narkomanů. [10]

Onemocnění se dělí na tři stadia. První stadium je asymptomatické (bezpříznakové) a může trvat až několik let. Druhé stadium je časné symptomatické stadium, kdy se vyskytují u jedince nespecifické příznaky jako jsou dlouhotrvající horečka nad 38°C, noční pocení, únava, průjem, hubnutí. V posledním stadiu už mluvíme o AIDS. [10]

V České republice existuje několik AIDS center, které poskytují nakaženým pacientům komplexní péči. Proti HIV infekci se podávají antiretrovirové léky. V dnešní době bohužel žádný lék na AIDS neexistuje. Průměrná životnost po nakažení virem HIV je cca 10 let. [10]

Největší riziko onemocnění v rámci profese se vyskytuje u zaměstnanců transfúzních oddělení, hemodialýzy, chirurgů, laborantů a v neposlední řadě u zaměstnanců záchranné služby. [26]

2.4 Metabolický syndrom

Metabolický syndrom, aneb komplex smrtící čtveřice onemocnění – vysoký krevní tlak, obezita, cukrovka a hyperlipoproteinémie je jednou z nejčastějších příčin úmrtí ve vyspělých státech. [31]

Metabolický syndrom, známý také jako syndrom X, syndrom inzulínové rezistence, nebo Reavenův syndrom je podle Českého institutu metabolického syndromu přítomnost tří a více z uvedených pěti rizikových faktorů v tabulce č. 2. [11, 12]

Tab. č. 2 Rizikové faktory metabolického syndromu

| | |
|--|--|
| Abdominální obezita (obvod pasu) | ženy $\geq 102\text{cm}$ muži $\geq 88\text{cm}$ |
| Trygliceridy | $\geq 1,7 \text{ mmol/l}$ |
| HDL cholesterol | ženy $< 1,3 \text{ mmol/l}$ muži $< 1,0\text{mmol/l}$ |
| Krevní tlak | $\geq 130 / \geq 85$ nebo antihypertenzní terapie |
| Glykémie nalačno | $\geq 5,6 \text{ mmol/l}$ nebo porušená glukózová tolerance, či diabetes melitus 2.typu |

[11, 12]

V České republice tímto syndromem trpí 25% populace. Nejčastější příčinou jsou genetické predispozice. Svoji roli ovšem sehrává i nezdravý životní styl. Metabolický syndrom může vyústit až v mozkovou mrtvici, infarkt či cukrovku. Největší nebezpečí tohoto syndromu spočívá v tom, že metabolický syndrom nebolí a tak se člověk necítí nemocný, žádný z uvedených faktorů ho neomezuje, a proto nemá potřebu dodržovat dietní a režimová opatření. [11, 12, 13]

Ačkoli se zdá, že zdravotničtí záchranáři nemohou onemocnět touto civilizační chorobou, protože jsou neustále v pohybu, není tomu tak. Je to dáno především tím, že zdravotničtí záchranáři jsou neustále ve spěchu či stresu a nedodržují základy správné výživy. V potravě jim často chybí zelenina, ovoce a ryby. Tyto zdravé a na živiny bohaté potraviny jsou velmi často nahrazeny zvýšeným příjmem tuků, sacharidů a soli.

Určitě by stálo za zvážení, aby záchranáři měli stejné podmínky pro zvýšení fyzické aktivity jako hasiči, kteří mají na základně lezeckou stěnu a posilovnu.

Zaujala mě tato věta pražského záchranáře ve zveřejněném článku na internetu.

„No dneska jsem ještě nejedl a včera sem obědval až v pět hodin, ale je to jak kdy.“

[41]

2.4.1 Komplikace metabolického syndromu

Hlavní komplikací metabolického syndromu je ateroskleróza (kornatění tepen). Relativní riziko mortality prudce stoupá s vysokou hodnotou krevního tlaku či s přítomností obezity, kdy nejvíce jsou ohroženi lidé s BMI 30 a více. [31]

Tab. č. 3 Relativní rizika ve vztahu k obezitě

| riziko výrazně zvýšeno (3x vyšší riziko) | riziko méně výrazné (2 - 3x vyšší) | riziko lehce zvýšené (až 2x vyšší riziko) |
|--|--|---|
| diabetes 2. typu | ICHS | nádory kolonu |
| cholelitiáza | hypertenze | polycystická ovaria |
| hyperlipidémie | osteoartróza | snížená plodnost |
| inzulinová rezistence | hyperurikémie | vrozené vady |
| dušnost | | nádory prsu |
| syndrom spánkové apnoe | | bolesti v zádech |

[31]

2.4.2 Léčba metabolického syndromu

Nejdůležitějším aspektem v léčbě metabolického syndromu je změna životního stylu a to především redukcí hmotnosti. Hmotnost lze snížit zvýšenou fyzickou aktivitou, ať už to jsou jen procházky nebo vhodným sportem. Dále je to změna dosavadních

stravovacích návyků (dieta se zaměřením na ovoce, zeleninu, ryby, celozrnné pečivo, apod.). [11, 12, 13]

2.4.3 Prevence metabolického syndromu

Vyhnout se metabolickému syndromu není tak těžké. Vše závisí na pevné vůli, dodržování zdravého životního stylu a rozumném jídelníčku, což znamená vyhýbat se příliš tučným jídlům, jíst často, ale menší porce v časovém rozestupu 2 – 3 hodin a jíst naposledy 3 hodiny před spaním. Ale přiznejme si – ne vždy to jde.

2.5 Mobbing na pracovišti

Mobbing, neboli psychický teror na pracovišti pochází z ang. „*to mob*“, což znamená urážet či utlačovat. Někdy se slovo mobbing překládá do češtiny jako šikana, není to však přesné. Mobbing se projevuje opakovanými útoky jednotlivce či skupiny na předem vybraného jedince. Toto nepřátelské chování má za cíl vybranou osobu vyloučit z kolektivu, dotlačit do obranné pozice, donutit jedince k odchodu ze zaměstnání pomocí ponižování, atd. Dalo by se říct, že mobbing je vlastně proces, kdy je kolega napadán svým kolegou. [14]

2.5.1 Fáze mobbingu

První fáze začíná naprosto nevině, nejčastěji konfliktem. V druhé fázi již sílí útoky, naschvály a pomluvy. Velmi často se k mobberovi připojují i ostatní osoby v kolektivu. Třetí fáze je charakteristická silnou nejistotou a psychickou zátěží, která postiženou osobu dostává do stresu a následně dělá chyby, což je mobberovo cílem. Ve čtvrté a zároveň poslední fázi se již postižený jedinec vzdává, a buď chce přeložit na jiné oddělení, nebo podává výpověď. [14]

2.5.2 Důsledky mobbingu

Jedinec podrobený mobbingu má velké psychické potíže, je nervózní, trpí úzkostí, dále se přidávají poruchy sebevědomí. Díky těmto důsledkům klesá i výkonnost v práci.

Jedinec je přecitlivělý, dotčený a lehce zranitelný. Není výjimkou ani deprese, či dokonce myšlenky na sebevraždu. [14]

2.5.3 Prevence mobbingu

Prevence mobbingu spočívá v respektování a dodržování několika pravidel. K nejdůležitějším preventivním opatřením patří informovanost jedinců o pojmu mobbing, semináře na toto téma, vhodný způsob řešení konfliktních situací či nácvik asertivního chování. Dále je vhodné mít na pracovišti jasně stanovená pravidla chování (např. etické kodexy). Zaměstnance, kteří se proti těmto pravidlům vzepřou či je jakkoliv nedodržují, lze poté nějakým vhodným způsobem postihnout, např. v podobě odebrání osobního hodnocení, aj. [42]

3 NEGATIVNÍ VLIV RIZIKOVÝCH FAKTORŮ NA ČINNOST ZDRAVOTNICKÉHO ZÁCHRANÁŘE

3.1 Stres

Termín stres (z ang. *stress* – napětí, namáhat, zátěž) poprvé použil kanadský endokrinolog Hans Selye již v roce 1949, který stres definoval jako fyziologickou odpověď organismu, jenž se může projevit prostřednictvím adaptačního syndromu (příloha č. 2). [3, 15, 33, 39]

Je to stav živého organismu, který je vystaven mimořádně nepříznivým životním podmínkám. Stres lze tedy chápat jako nadměrné zatížení nebo také ohrožení organismu, nebo jako individuální reakci na zátěž. Patří sem zatížení jak tělesné, tak duševní. [3, 15, 33]

3.1.1 Definice stresu

„Pro definici stresové situace je podstatný poměr mezi mírou (intenzitou, velikostí, tlakem, apod.) stresogenní situace (stresoru či stresorů) a „silou“ (schopnostmi, možnostmi, apod.) danou problematiku zvládnout.“ (Křivohlavý, 2003, str. 170)

Stres znamená pro každého něco jiného. Např. někoho stresuje první samostatný úkol, někoho zase rozhovor se šéfem. Zajímavé je, že co nás stresuje dnes, nemusí nás stresovat např. zítra či za týden. Největší mýtus který koluje po celém světě je, že stres má vždy pouze negativní význam. Není tomu tak. Existují totiž dva druhy stresu. Eustres a distres. Eustres znamená pozitivní zátěž, která stimuluje člověka k lepším výkonům. Je to např. když máme příležitost dokázat své kvality, apod. Do eustresu také patří situace, na které se těšíme, avšak přinášejí určitou námahu a stres. Jsou to zážitky, jako je svatba, narození dítěte, apod. Dále je to distres, což je nadměrná zátěž která může vyvolat onemocnění až smrt. V rámci tohoto negativního stresu výkonnost klesá, někdo může propadat panice či se snaží uklidnit nadměrnou konzumací alkoholu, jídla nebo cigaret. [3, 15, 16]

3.1.2 Příznaky stresu

Stres může být vyvolán různými faktory. Jejich vliv a intenzita působí na každého jedince jinak. K příznakům patří úzkost, deprese, pocity napětí, obavy, hněv, vztek, agresivita, nervozita či podráždění. Dále také nadměrné pocity únavy a časté změny nálad, stenokardie, bušení srdce, zvýšený krevní tlak, nepravidelnost menstruačního cyklu, nechutenství, časté nucení na moč, žaludeční nevolnost, nauzea až zvracení, průjem či zácpa, bolesti hlavy nebo také onemocnění srdce. Dále jsou to příznaky, které lze vidět na první pohled. Nejsou přítomny však u každého. Patří sem např. okusování nehtů, olizování rtů, kousání rtů, klepání prstů o stůl, cvakání propiskou, nadměrné pocení, nezvykle rychlá řeč, cukání obočí a mnoho dalšího. [15, 16]

Typy stresorů dle různého rozdělení uvádím v tabulce níže uvedené.

Tab. č. 4 Typy stresorů a jejich příklady (in Ptáček, str. 23, 2011)

| Typ | Příklad |
|----------------------|--|
| Fyzikální | teplo, zima, hluk, světlo (nedostatek, nadbytek), sucho, zápach, nedostatek prostoru, nepořádek |
| Biologické | hlad, žízeň, únava, bolest, nemoc, nedostatek spánku, roční období |
| Psychologické | strach, úzkost, hněv, negativní myšlení, nízké sebehodnocení, apatie, bezmocnost, beznaděj, nesoustředění |
| Sociální | ztráta blízkého člověka, konflikty, napětí v mezilidských vztazích, velké množství lidí, nesymetrie pozic, pocity nedocenění |
| Pracovní | rozhodování ve složité a nepřehledné situaci či časové tísni, činnost monotónní až stereotypní či naopak příliš časté a nepravidelné střídání různých druhů činností |

[35]

3.1.3 Vyvolávající faktory stresu

Stresové faktory, neboli stresory dělíme na fyzikální stresory a emocionální. Do fyzikálních stresorů řadíme nejrůznější látky – drogy, plyn, viry, hluk, apod. Do emocionálních stresorů patří např. úzkost, zloba nebo také obavy. [15, 16]

Dalším vyvolavatelem stresu může být hladovění, bolest, infekce, alkohol, nebo také termický stres. Jedním z největších vyvolavatelů stresorů je hlad. Stres z bolesti je také

velice silný stresor, který může mít i významnou stránku. Varuje nás, že se s naším organismem něco děje, že něco není v pořádku. [34]

Existuje tzv. inventář životních událostí (příloha č. 3), kde jednotlivé stresové situace mají přiřazenou bodovou hodnotu dle stupně míry zátěže. [39]

3.1.4 Důsledky stresu

Práce ve zdravotnictví ať už v nemocniční či přednemocniční péči je spojena s daleko větším stresem, než je tomu u jiných profesí. Je to dáno především tím, že zdravotník má neustálou odpovědnost za pacienta a musí neustále sledovat jeho zdravotní stav a být vždy připraven na rychlé zareagování při jakékoliv situaci. To je velmi stresující a důsledků stresu je mnoho. K nejčastějším důsledkům stresu patří dlouhotrvající únava či deprese, nesoustředěnost, nespavost, neklid, nauzea, zvracení, ztráta chuti k jídlu, zvýšený krevní tlak, diabetes mellitus, ischemické choroby srdeční, kde může vzniknout až infarkt myokardu, dále snížení prokrvení sliznic, kdy je jedinec ohrožen žaludečními vředy, astma. V mezních případech může stres progredovat až k syndromu vyhoření. [15, 16, 35]

3.1.5 Prevence stresu

Prevence stresu, aneb jak se bránit. K nejvíce účinným radám v rámci prevence patří naučení se rozpoznávat příznaky stresu, při zvýšeném napětí umět „vypnout“ a relaxovat, k uvolnění napětí pomáhá dopřát si nějakou radost ať už je to hudba nebo odpočinek ve vaně, apod., vyhradit si čas na své zájmy, odpočinek, jídlo, nezahánět stres pomocí nadměrného přísunu jídla či alkoholu, neřešit věci které nelze změnit, nedělat si přehnané nároky, rozvrhnout si práci na celý den, nespěchat, nechtít všechno ihned. Dále také naučení zvládnutí relaxačních technik či uvědomit si hranici samoléčení a vyhledat včas odbornou pomoc. [24, 36]

3.2 Syndrom vyhoření

Už nemůžu dál.“ Přesně tato věta nejlépe vystihuje syndrom vyhoření. Syndrom vyhoření, neboli burn-out syndrom se nejčastěji objevuje u pomáhajících profesí.

Ovšem také se vyskytuje i v profesích které přicházejí často do styku s veřejností. [3, 19]

V žebříčku profesí, kdy dochází k vyhoření, jasně vedou zdravotníci. Na prvním místě jsou lékaři. Druhou příčku obsazují zdravotní sestry, dále ostatní zdravotnický personál (např. zdravotničtí záchranáři, zubní laboranti, aj.), psychologové a psychoterapeuti, psychiatři, sociální pracovníci, pedagogové, policisté, právníci, podnikatelé, obchodníci, manažeři, sociální kurátoři, pracovníci v nápravných zařízeních, administrativní pracovníci, apod. Obětí syndromu vyhoření se může stát opravdu kdokoliv. [24]

„Syndrom vyhoření se objevuje především u „angažovaných pomahačů“, tedy u lidí, pro které je mezilidský kontakt každodenním chlebem, bez něž výkon profese takřka není možný. Větší riziko se ještě zvyšuje tam, kde se jedinec setkává s problémy druhých, snaží se je emočně podpořit.“ (Jeklová, Reitmayerová, str. 13, 2006)

V knize Beverly A. Potter je zajímavý příběh právního poradce, který popisuje své pocity:

„Nevím co to do mě vjelo. Věřím ve svou práci. Chci pomáhat lidem. Ale něco se stalo. Jako dnes. Nějaká žena přišla ke mně na konzultaci a začala povídat o své složité situaci. Uváděla mi všechny důvody, proč nemůže jít na přijímací pohovor. Už jsem to tolikrát slyšel. Všechny ty stesky a důvody, proč se nemůže dát dohromady a najít zaměstnání. Najednou z ničeho nic jsem se rozčílil a řekl: „Podívejte se, já mám také problémy. A mnohem horší než ty vaše. Už jsem slyšel ty vaše výmluvy tolikrát a už jsem z nich unavený.“ Já prostě nevím, co to do mě vjelo. Myslím, že jsem prostě vyhořelý!“ (Potter, 1997, str. 14)

3.2.1 Definice syndromu vyhoření

Definic syndromu vyhoření je nespočet. Mě osobně zaujaly tyto definice z knih Křivohlavého.

„Vyhoření je formálně definováno a subjektivně prožíváno jako stav fyzického, citového (emocionálního) a duševního (mentálního) vyčerpání, způsobeného dlouhodobým pobýváním v situacích, které jsou emocionálně mimořádně náročné. Tato

emocionální náročnost je nejčastěji způsobena spojením velkého očekávání s chronickými situačními stresy. “ (Křivohlavý, 2003, str. 113)

„Vyhoření je konečným stadiem procesu, při němž lidé, kteří se hluboce emocionálně něčím zabývají, ztrácejí své původní nadšení (svůj entuziasmus) a svou motivaci (své vlastní hnací síly).“ (Křivohlavý, 2003, str. 116)

Všechny definice mají však společné znaky:

- 1. Je uváděna řada negativních emocionálních příznaků – charakteristických např. pro stav emocionálního vyčerpání, únavy, deprese atp.*
- 2. Důraz je kladen na příznaky a chování lidí, více než na fyzické (tělesné) příznaky burnout.*
- 3. Burnout je uváděn vždy v souvislosti s výkonem určitého povolání.*
- 4. Příznaky burnout se vyskytují u jinak psychicky zcela zdravých lidí, tj. nejde o psychologicky nenormální osobnosti (psychopaty).*
- 5. Snížená výkonnost (nižší efektivita práce) při burnout souvisí úzce s negativními postoji a z nich vyplývajícího chování a ne s nižší kompetencí či z nižších pracovních schopností a dovedností. (Křivohlavý, 1998, str. 50 - 51)*

3.2.2 Historie syndromu vyhoření

Termín burn-out v psychologii poprvé použil Hendrich Freudenerger v roce 1975, když si přečetl knihu Grahama Greena *A burn out Case* – případ vyhoření a byl jí naprosto uchvácen. Kniha vypovídá o životě nadějněho architekta, který má velké plány, ale setkává se s nepochopením ostatních a nespočet překážkami tak dlouho, až nakonec vše vzdá. [17]

Freudenberger použil spojení syndrom vyhoření poprvé ve své knize *Burnout: The Cost of High Achievement*. Freudenberger zde vyhoření popsal jako vyhasnutí motivace a podněcujících podnětů v souhrnu okolností, kdy péče o člověka a špatné vztahy jsou důsledkem, že pracovní činnost nepřináší tolik očekávané výsledky. [19]

Pojem vyhoření byl původně spojován se stavem alkoholiků, kteří kromě alkoholu ztratili zájem o vše ostatní. Později se tento pojem používal i u toxikomanů a následně i u lidí, kteří byli neustále v práci, nic jiného je nezajímalo a pro nic jiného neuměli žít. Pro tyto lidi se začal používat termín „workoholici.“ [17, 19]

Jakmile se objevil termín syndrom vyhoření, začali se náhle psát odborné články zabývající se tímto problémem a psychiatři a psychologové prováděli první studie, týkající se tohoto syndromu. [17, 19]

3.2.3 Příznaky a projevy syndromu vyhoření

Mezi hlavní projevy vyhoření patří vyčerpání, odcizení, pokles výkonnosti, přeceňování, později naopak podceňování a hlavně nechuť k práci. Časté je období velké výkonnosti, která se střídá s vyčerpáním. Syndrom vyhoření má příznaky jak fyzické tak psychické. K nejčastějším psychickým příznakům patří úzkost, deprese, snížená sebedůvěra, podrážděnost, sklíčenost, nedůvěřivost, nečekané výbuchy zlosti, hněvu a vzteku, podezřívavost, vztahovačnost, bezmoc, pocity selhávání, nerozhodnost, ztráta motivace a počátečního nadšení, nespokojenost s vlastním výkonem. V poslední fázi tohoto syndromu i ztráta zájmu o danou profesi. Do fyzických příznaků řadíme nedostatek energie, poruchy spánku, slabost, celková únava, vyčerpání, bolesti hlavy či poruchy soustředění a paměti, bolesti svalů, snížená chuť k jídlu až nechutenství, gastrointestinální potíže a také větší náchylnost k nemocím. [3, 18, 19, 21]

Tyto příznaky se nejčastěji objevují u jedinců, kteří na sebe kladou příliš velké nároky, u lidí kteří neúspěch považují za osobní prohru, ve zdravotnictví, pak u jedinců intenzivně pečujících o chronicky nemocné, zdravotně postižené, apod. Ale projevy syndromu vyhoření se po určité době objeví téměř u každého pracovníka, který buď situaci zvládne, nebo syndromu propadne. [19, 24]

„Vyhoření je doprovázeno celým souborem příznaků. Patří mezi ně tělesné oslabení, pocity bezmoci a beznaděje, ztráty iluzí a rozvoj negativních postojů k práci, k lidem v zaměstnání i životu jako celku. Ve své extrémní podobě vyhoření představuje hraniční bod. Dostane-li se člověk za něj, jeho schopnost zvládat požadavky, které na něho prostředí klade (jeho adaptabilita), je podstatně snížena“ (Křivohlavý, 2003, str. 114)

Hlavní příčina syndromu vyhoření nejčastěji vzniká v pracovním prostředí. Příčinou jsou časté stresové situace. Stresorů, které působí na pracovníky je celá řada. Proto uvádím několik příkladů z knihy Radka Ptáčka a Libuše Čeledové. (viz tabulka. č. 5)

Tab. č. 5 Pracovní stresory

| Skupina | Zdroj |
|--------------------------------|---|
| Fyzická zátěž | stereotypní práce, prostorová omezení, velká náročnost práce |
| Biologická zátěž | nedostatek odpočinku a spánku, nepravidelná strava |
| Senzorická zátěž | snížená viditelnost, trvalé sledování jednoho místa (i pacienta) |
| Mentální zátěž | vysoká náročnost při řešení mimořádných situací, nutnost rychlého rozhodování |
| Hluk a vibrace | nadměrná hlučnost sirén, vibrace při jízdě |
| Osvětlení | nerovnoměrné osvětlení, špatná intenzita světla |
| Klimatické podmínky | extrémní výkyvy teplot |
| Chemické látky | zdraví škodlivé plyny a výpary, přímý kontakt s chemickými látkami, dezinfekcí, léky. |
| Rizika pracovního úrazu | vysoké riziko infekce, nevyhovující ochranné pomůcky |
| Sociální faktory | uzavřený prostor, velký počet lidí, velké nároky na spolupráci a komunikaci |

[35]

3.2.4 Fáze syndromu vyhoření

Vyhoření je dlouhodobý proces. Postižený jedinec může fázemi tohoto syndromu procházet postupně, do určité míry je však možné z některých fází přeskočít. Každý totiž syndrom vyhoření prožívá jinak. [18]

Fáze můžeme rozdělit do skupin podle modelu dvojice autorů Edelwiche a Brodského.

Idealistické nadšení – jedinec má nereálné očekávání, přeceňuje své síly a hýří bezmezným optimismem. Žije svým zaměstnáním, které je jedincovo neodmyslitelnou součástí života a dobrovolně se přepracovává. [18, 19, 35]

Stagnace – jedinec už slevuje ze svých očekávání, zažil několik zklamání. Stále má rád svou práci, ale už pro něj není tolik vzrušující jako na začátku. Zaměřuje se na uspokojení svých potřeb např. v podobě platu či volného času. [18, 19, 35]

Frustrace – v této fázi začíná jedinec pochybovat o významu své práce a o smyslu snažení se někomu pomáhat. Zde se objevují první výraznější fyzické a psychické potíže, či problémy ve vztazích. [18, 19, 35]

Apatie – jedinec dělá pouze to, co je nezbytně nutné. Vyhýbá se náročným úkolům a vše se snaží vyřídit co nejrychleji. Počáteční nadšení se již zcela vytratilo. Apatii doprovázejí pocity zoufalství. [18, 19, 35]

Vyhoření – jedinec již je zcela zoufalý, dochází k emocionálnímu vyčerpání a ztráty smyslu pomáhání. [18, 19, 35]

Jiné rozdělení nám nabízí A. Laenhle:

Fáze nadšení – jedinec se pro něco zcela nadchl, má jasný cíl a jeho činnost a pomáhání mu připadá důležité a smysluplné. [19]

Fáze vedlejšího zájmu – jedinec již není tolik nadšený pro svůj předchozí cíl, přesto ve své profesi dále funguje. Nadšení ho však začíná pomalu opouštět. [19]

Fáze popela – vrcholné stadium, kdy jedinec ztrácí úctu k lidem, kterým dříve chtěl pomáhat, ztrácí smysl života. [19]

3.2.5 Léčba syndromu vyhoření

Prvním krokem k léčbě je, si přiznat že trpím syndromem vyhoření a rozhodnutí, že s tím chci něco dělat. Léčbu lze totiž zahájit jen tehdy, pokud si jedinec trpící vyhořením sám uvědomí, že trpí tímto problémem a že jde o velmi závažný stav, který žádá léčbu. Nejdříve je nutné vyhybat se stresorům. Někteří to řeší tak, že si vezmou na nějaký čas dovolenou. Jsou ovšem i lidé, kteří se rozhodnou rovnou odejít ze zaměstnání a najít si práci v úplně jiném oboru. [18, 19]

Důležitou fází v léčbě syndromu vyhoření je relaxace. Jde o stav duševní a psychické rovnováhy a tělesného uvolnění. Relaxace je vlastně uvolnění napětí organismu. Existuje několik druhů relaxací. Patří sem autogenní trénink podle Schultze, jemuž se lze snadno naučit, uvolnění svalů, asijské techniky jako např. jóga, hypnóza, meditace, apod. Pravidelnou relaxací docílíme snížení svalového napětí a krevního tlaku, dále také snížení srdeční a dechové frekvence, rozšíření cév a hlavně duševní svěžesti. [18, 19]

Nedílnou součástí léčby je dostatečný spánek, nezanedbávání koníčků a také vymezení času na odpočinek. Druhým krokem v léčbě tohoto syndromu je sociální

podpora od rodiny, přátel nebo i kolegů v práci, kteří mohou pomoci jenom tím, že jedince podpoří, vyslechnou, rozdělí si pracovní úkoly rovným dílem, apod. Ve třetí fázi usilujeme o to, aby podmínky v zaměstnání byly jasné a splnitelné. Jedinec by se měl soustředit na to, aby nebyl v pracovním vytížení nebo přepracovaný. Měl by mít také na práci dostatek času a klidu. Ve čtvrté a zároveň poslední fázi léčby syndromu vyhoření je nejdůležitější prevence opětovného vzniku tohoto syndromu. [3, 18, 19, 21]

Souhrnně je tedy při léčbě syndromu vyhoření důležité vytvořit si odstup od pacientů (nemíchat soukromý život s profesním), nepotlačovat své problémy a umět o nich mluvit, vyhradit si čas sám na sebe např. ve formě odpočinku, sportu, zájmů, apod., nebát se změn, neklást na sebe přehnané nároky, vhodně si zorganizovat celý den, aj. [35]

3.2.6 Prevence syndromu vyhoření

Často si samotní postižení, ani jejich nejbližší nevšimnou varovných příznaků, které mohou vyústit až do zmiňovaného syndromu vyhoření. Nejdůležitější je prevence. Např. v podobě antistresových seminářů, kde se lidé učí jak se uvolnit, relaxovat, odreagovat, apod. Rad jak předejít syndromu vyhoření je hned několik. Těžko říci která pomáhá nejvíce. Ať už je to snížení příliš vysokých nároků nebo stanovení priorit, dělání přestávek, učení se říkat „ne“, nácvik asertivity, využití nabídek pomoci z okolí, svěřením se přátelům či vyhledání odborné pomoci nebo vymezení času pro odpočinek a řádný spánek. A především nenosit si práci domů. [3, 19, 21]

Každý si také může vyzkoušet orientační test zaměřený právě na syndrom vyhoření a zjistit jak na tom doopravdy je. Jeden z testů z knihy Beverly A. Potter: *Jak se bránit pracovnímu vyčerpání*, uvádím v příloze č. 4.

3.3 Posttraumatická stresová porucha

„Posttraumatická stresová porucha je závažná psychická porucha, vznikající jako opožděná, ale dlouhotrvající reakce na traumatickou životní událost. Projevuje se mnoha nepříjemnými a úpornými příznaky, které významně zasahují do společenského, pracovního i osobního života postiženého člověka.“ (Švingalová, 2006, str. 39)

*„Je to rána, která se nikdy nezahojí. Nic už nebude jako dřív, ani já, ani svět okolo“
Pacientka, 42 let (Vágnerová, 2004, str. 425)*

Posttraumatická stresová porucha (PTSD – z anglického *posttraumatic stress disorder*) je reakce na extrémně děsivý či traumatizující zážitek, událost, zkušenost nebo na dlouhodobou stresovou situaci. Tato porucha je charakteristická znovuprožíváním nepříjemného zážitku, spojená se strachem, pocity hrůzy, bezmoci a také potřebou vyhnout se podnětům, které mohou být s touto událostí či zkušeností jakkoliv spojeny. Odborníci tvrdí, že touto poruchou trpí 10% lidí z celého světa. Jsou to lidé, kteří byli vystaveni hrozivé nebo katastrofické události, jako jsou válečné konflikty, znásilnění, mučení, únosy, požáry nebo zneužívání v dětském věku. Patří sem i důležité události ve zdravotním stavu (např. infarkt myokardu či mozková mrtvice). [3, 22, 23]

Je důležité vědět, že jedinec nemusí být přímo obětí. Stačí, že je přítomen. (např. přítomnost u násilné smrti blízké nebo i cizí osoby) [3, 22, 23]

3.3.1 Projevy posttraumatické stresové poruchy

„PTSD se týká většinou disponovaných osob. To znamená jedinců oslabených dlouhodobým, psychickým vypětím, vleklou nemocí, fyzickým vyčerpáním, jedinců vyššího věku nebo těch, kteří jsou vystaveni závažné změně v sociálních či interpersonálních vztazích.“ (Pidrman, 2002, str. 8)

Příznaky posttraumatické stresové poruchy se mohou objevit hned po události, ale většinou je to s odstupem času. Velmi vyjíměčně se objevují až za několik let. Kritickým obdobím pro její vznik je období prvních tří měsíců po vzniku hrůzné události. Nejčastějšími projevy jsou pocity úzkosti, strachu, bezmoci, deprese, vztek až agrese, změny v chování a tendence se izolovat. [3, 22]

3.3.2 Fáze posttraumatické stresové poruchy

Reakce na traumatizující zážitek probíhá v pěti fázích.

Fáze šoku a popření – tuto fázi může charakterizovat postoj „To není možné, že něco tak hrozného se mohlo stát.“ [3, 22]

Fáze přijetí reality traumatu – „Ano, něco tak strašného se mi opravdu stalo.“ [3, 22]

Fáze postupného vyrovnávání s traumatickým zážitkem – často je přítomna zvýšená agrese. V souhrnu lze tento postoj vyjádřit „Proč právě mě se to stalo?“ [3, 22]

Fáze reflexe a zpracování traumatu – „Musím se s tím nějak vyrovnat.“ [3, 22]

Fáze zklidnění a vyrovnání – „Ano, jsem to stále já, a i když se mi něco takového stalo, musím se s tím vyrovnat a žít dál.“ [3, 22]

3.2.3 Léčba posttraumatické stresové poruchy

Základní léčbou posttraumatické stresové poruchy je psychoterapie. Její efekt velmi podpoří léky. Akutní intenzivní psychoterapie trvá 6 - 12 týdnů. Hlavním cílem léčby je pomoci jedince naučit kontrolovat své příznaky a projevy, aby ho neomezovaly v jeho běžném životě. Opakovaným rozborem traumatického zážitku se pacient učí přijmout trauma jako nedílnou součást své minulosti a učí se s ním žít. Velmi oblíbená je skupinová psychoterapie, která umožňuje sdílení traumatických událostí ve skupině s lidmi, kteří mají podobnou či stejnou zkušenost. Je důležité se zmínit o svých pocitech, zážitcích, nýbrž tyto jedince mnohé spojuje. Nejčastěji jde o pocity selhání, neúspěšnosti, aj. [3, 22, 38]

Další možností léčby jsou psychofarmaka. Často se využívají hypnotika a antidepresiva. Avšak v léčbě posttraumatické stresové poruchy jsou léky první volby **antidepresiva skupiny SSRI** (z ang. serotonin selective reuptake inhibitors). Do této skupiny léků patří: **citalopram** (Citalec, Seropram), **fluoxetin** (depres, Prozae a některá další), **fluvoxamin** (Fevarin), **paroxetin** (Seroxat), **sertralin** (Zoloft). [23]

K nežádoucím účinkům těchto léků patří nauzea, neklid, úzkost či poruchy ejakulace u mužů. U těchto léků se však nežádoucí účinky nevyskytují tak často jako u antidepresiv klasických. SSRI antidepresiva se podávají nejméně po dobu dvou měsíců. [23]

Deset bodů na závěr

- 1. První možnou reakcí u disponovaných jedinců na závažné trauma je akutní reakce na stres.*
- 2. PTSD není akutní reakcí na stress, jde o zcela novou chorobnou psychickou kvalitu.*
- 3. S rozvojem PTSD se setkáváme s odstupem několika dnů I týdnů po závažném traumatu, může se objevit dokonce až po šesti měsících.*

- 4. PTSD může být až v 80% případů kombinovaná s depresí.*
- 5. Až u 30% obětí živelných katastrof se setkáváme s PTSD.*
- 6. V daných situacích je nutné na PTSD myslet a pokusit se ji odhalit.*
- 7. PTSD je porucha léčitelná.*
- 8. Možnosti léčby:*
 - psychoterapie*
 - farmakoterapie*
- 9. Antidepresiva SSRI jsou lékem první volby při léčbě PTSD.*
- 10. Při pochybnostech či nestandardním průběhu onemocnění nemá praktický lékař nikdy váhat s odesláním nemocného ke specialistovi. (Pidrman, 2002, str. 21)*

4 BEZPEČNOST PŘI PRÁCI ZDRAVOTNICKÉHO ZÁCHRANÁŘE

“Bezpečností práce se rozumí zejména souhrn opatření směřujících k zabránění vzniku úrazu v přímé příčinné souvislosti s výkonem práce.” (Kuklová, str. 6, 2011)

“Ochrana zdraví při práci je souhrn činností a opatření k vytváření a ochraně zdravých pracovních podmínek zaměřených zejména na opatření směřující k vyloučení nebo minimalizaci takových škod na zdraví, ke kterým dochází zpravidla dlouhodobým působením faktorů pracovních podmínek.” (Kuklová, str. 6, 2011)

4.1 Ochranné pomůcky a jejich používání

Ochranné pomůcky se využívají jako bezpečnostní a cílená ochrana nejen zdravotníka, ale i pacienta.

Ochranné pomůcky chrání jedince před vstupem infekce do krevního řečiště, do dýchacích cest, atd. Také jsou pomůcky, které chrání např. před úrazem (ochranná přilba), nebo před vlivem radiace, chemických látek, aj.

4.1.1 Dezinfekce

Dezinfekce rukou je jedním z nejdůležitějších preventivních opatření pro okamžité narušení infekčního řetězce.

Dezinfekci bychom měli provádět před každým výkonem spojeným s potenciálním rizikem infekce a následně ihned po výkonu.

Dezinfekce rukou by se měla provádět alespoň 30 sekund.

4.1.2 Ochranné rukavice

Ochranné rukavice by se měli používat při každém výkonu související s pacientem. Ať už při manipulaci s pacientem, při odběrech biologického materiálu, při různých vyšetření (orientační vyšetření pohmatem, natočení EKG, měření TK, hodnoty glykémie, apod.).

Ochranné rukavice ve zdravotnictví jsou jednorázové a vždy po každém výkonu se vyhazují. Ochranné rukavice se vyrábějí v několika velikostech (S, M, L), aby si každý mohl vybrat. Tyto ochranné pomůcky se rozdělují dle výrobního materiálu (např. vinilové ochranné rukavice nebo latexové, nitrilové, apod.) [46]

Vždy se řídíme heslem: „**chráníme nejen pacienta, ale především sami sebe.**“

4.1.3 Ochranný oblek

Ochranný oblek je navržen tak, aby nositel obleku byl chráněn před určitými riziky. Ochranného obleku se využívá např. jako ochranná bariéra před bakteriemi, viry, při uvolnění radiace, smrtelných nemocí přenášené vzduchem, krevních patogenů, apod. Jakákoliv činnost je však v ochranném obleku omezená, neboť pohyb v ochranném obleku je velmi namáhavý a také vysilující. [37, 46]

Existuje několik druhů ochranných obleků. Jsou to ochranné obleky jednorázové, filtrační, izolační, protiradiační, protichemické či protibakterologické. [46]

4.1.4 Ochranné brýle

Ochranné brýle se používají na ochranu očí a obličeje před různým mechanickým poraněním, při uvolnění chemických látek, atd. Ochranné brýle se rozdělují do několika skupin, dle konstrukce výroby. Existují brýle bez bočních krytů, s bočními kryty, brýle se sklopným rámem zorníků, apod. [37]

4.1.5 Ochranná přilba

Ochranné přilby slouží jako nejlepší ochrana hlavy před úrazem. Posádky zdravotnické záchranné služby vozí ochranné přilby ve svých vozech, aby je mohli využít kdykoliv to okolnosti, situace či místo výkonu odborné první pomoci vyžadují.

Je několik druhů i barev ochranných přileb a každá má svá specifika a způsob použití.

4.1.6 Ústenka

Ústenka, neboli rouška se spíše využívá v nemocniční péči, než přednemocniční. Avšak měla by se používat při jakémkoli podezření na infekci či nemoc v dýchacích cestách.

Ústenka by měla být využita i zdravotníkem, který na sám na sobě pociťuje např. nějaké nachlazení. Cílem je nerozšiřovat nákazu na pacienta a ostatní.

4. 2 Bezpečnost u rizikových pacientů

4.2.1 Agresivní pacient

Jak již jsem zmínila v první části této bakalářské práce, kontakt zdravotnických záchranářů a agresivních pacientů je velice častý.

Proto zde shrnu nejdůležitější pravidla v komunikaci s agresivním pacientem. Velmi důležité je sledování verbálních a neverbálních znaků, které jedinec směrem k zdravotnickému záchranáři „vysílá.“ Záchranář se musí vždy soustředit na takového pacienta, musí však od něj dodržovat bezpečnou vzdálenost, neprovokovat agresora a nenechat se vyprovokovat sám sebe, měl by být zdvořilý, empatický. Naopak nesmí dopustit, aby měl agresor prostor k napadení (např. když se záchranář otočí). Dále je vhodné vyhybat se dlouhému očnímu kontaktu, při stupňování napětí odvést pozornost jinam. [5, 8]

Pokud se pacient i nadále chová nekoordinovaně a nelze předem vytušit jeho chování, je důležité posoudit závažnost situace a případně volat 158, a spolupracovat s PČR. [5, 8]

4.2.2 Infekční pacient

Infekční pacient, aneb pacient, který trpí onemocněním např. jako je HIV, TBC, MRSA, ale také infekční průjemová onemocnění. [48]

Při jakémkoliv podezření, že by mohl být pacient jakkoliv infekční, je velmi důležité se řídit několika pravidly.

K nejdůležitějším preventivním opatření patří zvýšené používání ochranných pomůcek. Např. si vzít dvoje ochranné rukavice přes sebe, dále je důležitá okamžitá a důkladná dezinfekce rukou po každém výkonu. Při odběru biologického materiálu musí záchranář jednat zvlášť obezřetně. V maximální míře je nutné využívat jednorázové pomůcky (ochranné rukavice, ochranný oblek, ústenka, převazové nástroje, apod.). U těchto pacientů platí zákaz vracení použitých jehel zpět do krytů dvojnásob. [48]

Pacienti jsou nejčastěji převáženi na infekční oddělení, kde jsou samostatné pokoje, a jsou tak v izolaci. Poté je u nich vyhlášen „zvýšený hygienický režim.“ [48]

5 CÍLE PRÁCE

Pro tuto práci jsem zvolila dva cíle.

1. Zjistit, jaký je nejčastější výskyt rizikových faktorů v profesi zdravotnického záchranáře.
2. Zjistit, jak rizikové faktory ovlivňují činnost zdravotnického záchranáře v jeho profesi.

5.1 Formulace problému

Zdravotničtí záchranáři se neustále potýkají s kritikou na jejich osobu, ať už na internetu či v mediálních bulvárech. Jsou to situace, kdy např. posádka přijela o chvilku déle, ale okolí už tolik nevnímá proč. Z vlastní zkušenosti vím, že tohle jsou ale naprosto vyjímečné situace. Měla jsem možnost v rámci odborné praxe a domluvené stáže být svědkem toho, že po oznámení výjezdu, se v naprosté většině vyjíždí do jedné minuty a velmi často je posádka u pacienta během pár minut. Jsou ovšem situace, kdy např. přes nepřízeň počasí je špatná viditelnost a řidič ZZS musí jízdu přizpůsobit právě počasí, dále je to např. špatné parkování sanitních vozidel v některých úzkých uličkách, špatná příjezdová cesta, dopravní kolony a mnoho jiného.

Dále veřejnost nevidí, že záchranář se každý den potýká s pacienty, kteří jsou agresivní a záchranáře napadají fyzicky či verbálně. K těmto situacím musí být často přivolána PČR. Záchranáři musí být neustále ve střehu, protože za pacienta zodpovídají až do předání do nemocničního zařízení, řeší všechny komplikace během výjezdu a často bez přítomnosti lékaře. Dále jsou to indikace, které jsou velmi stresující. Patří sem např. výjezd k malému dítěti, hromadné dopravní nehody, poruchy srdečního rytmu, bezvědomí, sebevražední či psychiatrické pacienti či kardiopulmonární resuscitace (KPR). Dále je tu riziko infekční nákazy. Jediná nepatrná chyba, ztráta pozornosti, může mít neblahé následky na osud zdravotnického záchranáře. Proto je nutné používat ochranné pomůcky při naprosto každém i rutinním výkonu (natáčení EKG, měření TK, pulzní oxymetrie, glykémie, aj.). Při odběrech biologického materiálu toto opatření platí zvláště. Zde je riziko přenosu infekční nákazy daleko větší.

Zdravotnický záchranář se tedy denně potýká s nejrůznějšími rizikovými faktory, a proto může stát, že záchranář je podrážděný, či propadl syndromu vyhoření. Je však

důležité si včas uvědomit a zpozorovat na sobě příznaky a eventuelně situaci řešit s odborníky.

5.2 Stanovené hypotézy

Pro svůj průzkum jsem si stanovila tyto hypotézy (dále jen H):

H1: Domnívám se, že více jak 60% respondentů, se setkalo s napadením ve výkonu služby.

H2: Domnívám se, že nejrizikovější skupina pacientů jsou alkoholici.

H3: Domnívám se, že více jak 10% respondentů má vlastní zkušenost se syndromem vyhoření.

H4: Domnívám se, že rizikové faktory negativně ovlivňují činnost zdravotnického záchranáře.

H5: Domnívám se, že více jak 90% respondentů používá ochranné pomůcky a hledí na vlastní bezpečnost.

6 METODIKA PRÁCE A METODY VÝZKUMU

6.1 Vzorek respondentů

Zkoumanou skupinu tvořili zdravotničtí záchranáři v Plzeňském a Středočeském kraji. Do výzkumu bylo zapojeno pět výjezdových stanovišť Zdravotnické záchranné služby.

V Plzeňském kraji to byla výjezdová stanoviště Plzeň - město, Plzeň - sever, Manětín a Domažlice. Ve Středočeském kraji pak ZZS Lysá nad Labem.

6.2 Metody výzkumu

Výzkumnou část této bakalářské práce tvoří kvantitativní výzkum formou dotazníku. Dotazník je složen z 15 otázek, na které respondenti odpovídali jednou možnou odpovědí.

V dotazníku se respondentů např. ptám, jestli zažili napadení ve výkonu služby, jaká je podle nich nejrizikovější skupina pacientů, jak se na nich projevují stresové situace, zda na sobě pozorovali někdy příznaky syndromu vyhoření, jaká je pro ně nejvíce stresující indikace, zda používají ochranné pomůcky či zda se někdy poranili v důsledku nepoužití ochranných pomůcek, zda hledí především na vlastní bezpečnost a mnoho jiného.

Z rozdaných **100** dotazníků, se jich vrátilo 89. Z toho dalších 7 nebylo možné zhodnotit, tzn., že z celkového počtu 100 bylo **82** použitelných a těchto 82 dotazníků jsem následně vyhodnotila a zpracovala do tabulek a grafů.

Celková návratnost dotazníků byla **92%**.

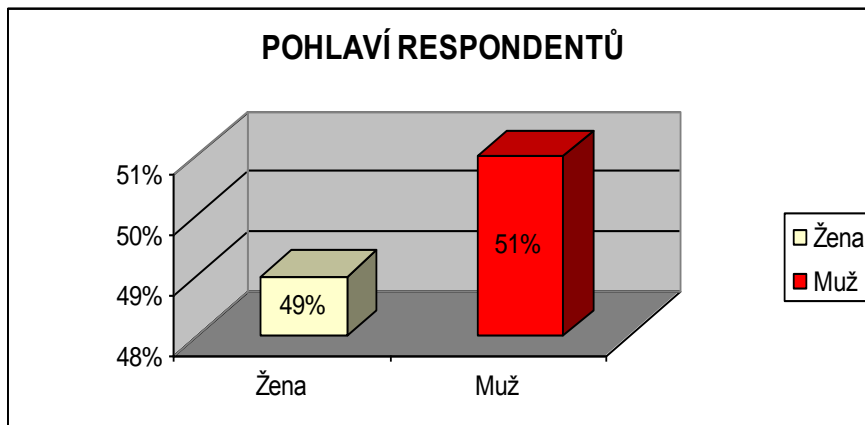
7 VYHODNOCENÍ VÝZKUMU

7.1 Rozdělení zdravotnických záchranářů dle pohlaví

Tabulka č. 1 Rozdělení pohlaví

| Pohlaví | Počet respondentů | % |
|---------|-------------------|-----|
| Žena | 40 | 49% |
| Muž | 42 | 51% |

Graf č. 1 Pohlaví dotazovaných



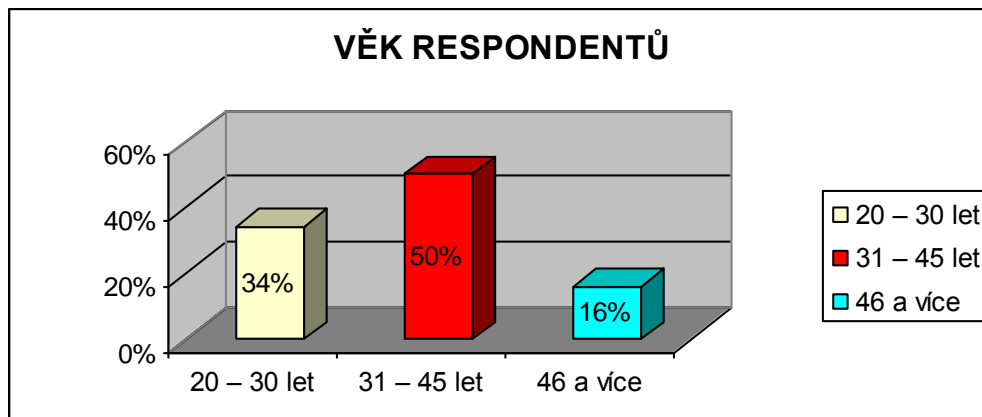
Z dotazu vázaného na pohlaví respondentů je patrné, že dotazovaných mužů bylo **42**, což je **51%** z celkového počtu dotazovaných. Dotazovaných žen bylo **40 (49%)**.

7.2 Rozdělení zdravotnických záchranářů dle věku

Tabulka č. 2 Věk respondentů

| Věk | Počet respondentů | % |
|-------------|-------------------|-----|
| 20 – 30 let | 28 | 34% |
| 31 – 45 let | 41 | 50% |
| 46 a více | 13 | 16% |

Graf č. 2 Věk respondentů



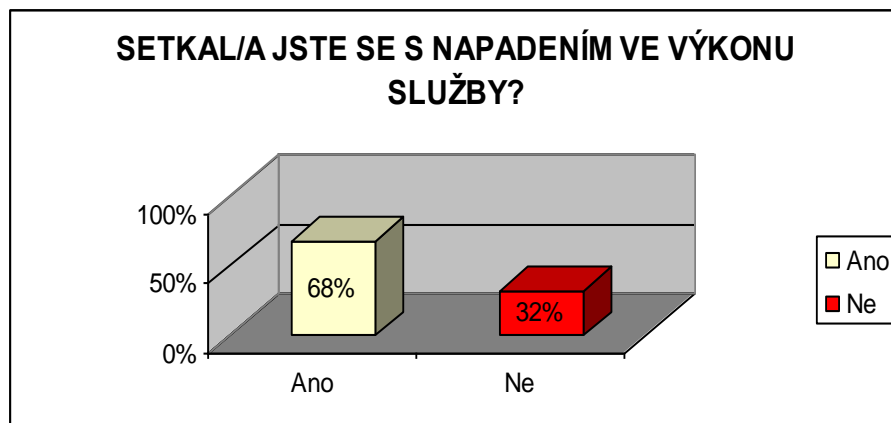
V tabulce a grafu č. 2 je rozdělení dotazovaných respondentů dle věku, kdy největší počet dotazovaných záchranářů tvoří věková skupina ve věku 21 - 45 let, kteří tvoří **50%** z celkového počtu dotazovaných respondentů. **34%** tvořila skupina respondentů ve věku mezi 20 – 30 lety. **16%** dotazovaných bylo ve věku 46 a více.

7.3 Napadení ve výkonu služby

Tabulka č. 3 Napadení ve výkonu služby

| Odpověď | Počet respondentů | % |
|---------|-------------------|-----|
| Ano | 56 | 68% |
| Ne | 26 | 32% |

Graf č. 3 Napadení ve výkonu služby



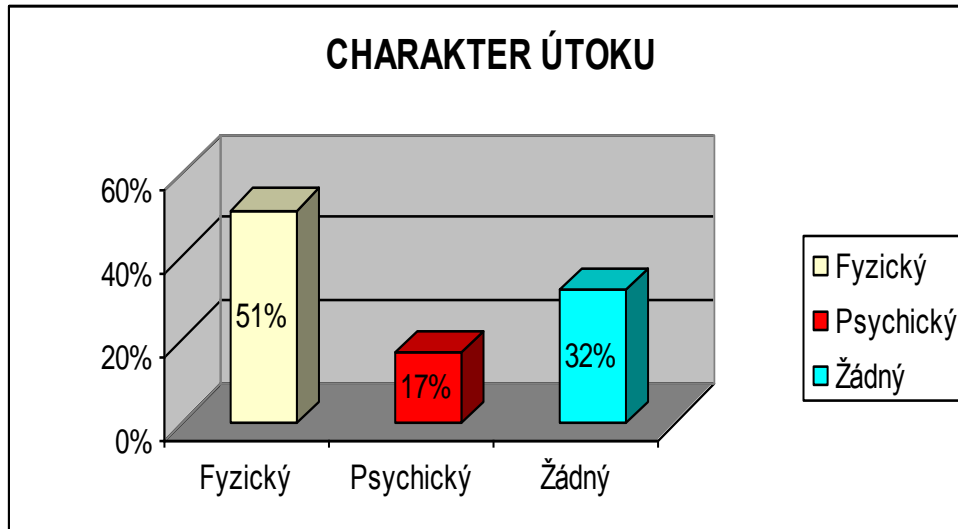
Zde byli dotazovaní respondenti postaveni před otázkou, zda zažili napadení ve výkonu služby. Z výsledku je patrné, že z 82 dotazovaných **56** zažilo napadení ve výkonu služby, což je celých **68%**. Pouze **32%** respondentů odpovědělo, že v souvislosti se svým povoláním nezažilo napadení ani fyzické ani psychické – verbální.

7.4 Charakter napadení

Tabulka č. 4 Charakter útoku

| Útok | Počet respondentů | % |
|-----------|-------------------|-----|
| Fyzický | 42 | 51% |
| Psychický | 14 | 17% |
| Žádný | 26 | 32% |

Graf č. 4 Charakter útoku



V této otázce jsem se ptala, jaký byl charakter útoku. 42 respondentů odpovědělo, že byli napadeni fyzicky, což je **51%**. Psychické napadení (jiné než fyzické – výhrůžky, aj.) popsalo 14 záchranářů, což je v procentuelním vyjádření **17%**. Pouze **32%** respondentů nezažilo žádný útok v souvislosti se svým povoláním.

7.5 Popis útočníka

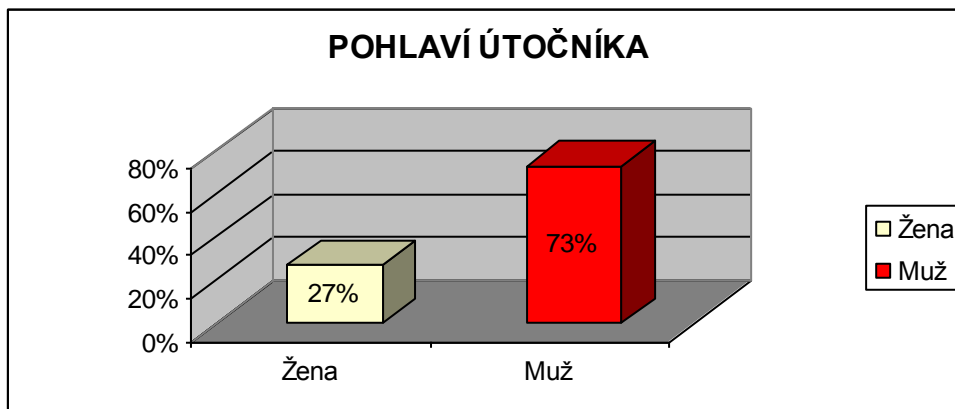
Tabulka č. 5 Popis útočníka

| Pohlaví útočníka | Počet respondentů | % |
|------------------|-------------------|-----|
| Žena | 15 | 27% |
| Muž | 41 | 73% |

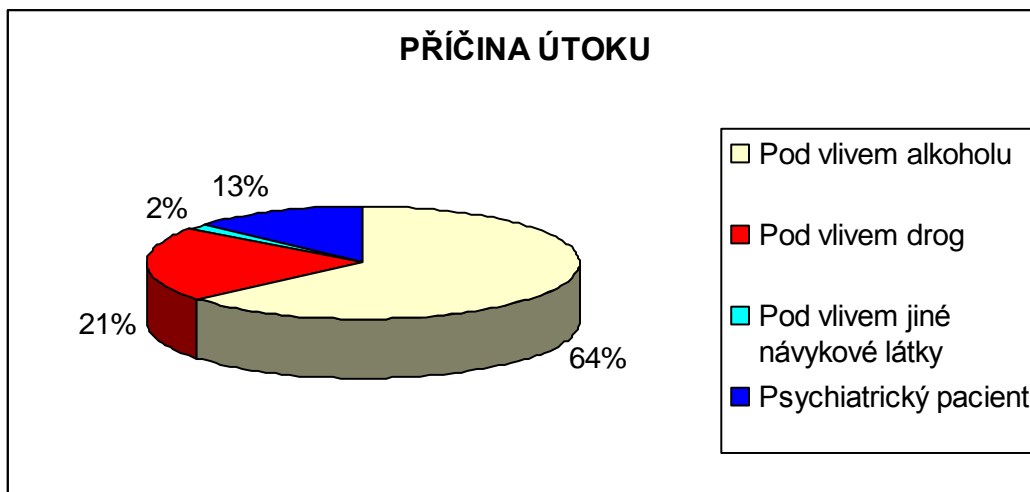
Tabulka č. 6 Příčina útoku útočníka

| Příčina | Počet respondentů | % |
|--------------------------------|-------------------|-----|
| Pod vlivem alkoholu | 36 | 64% |
| Pod vlivem drog | 12 | 21% |
| Pod vlivem jiné návykové látky | 1 | 2% |
| Psychiatrický pacient | 7 | 13% |

Graf č. 5 Pohlaví útočníka



Graf č. 6 Příčina útoku útočníka



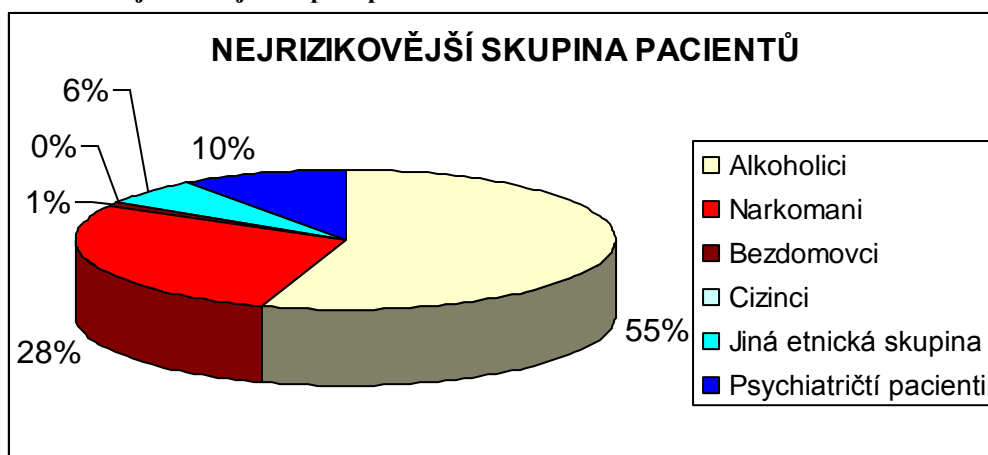
Z těchto dvou tabulek a grafů je jasné, že nejčastějšími útočníky jsou **muži (73%)**, **pod vlivem alkoholu (64%)**. Zatímco žen jen **27%**. Druhou nejčastější příčinou útoku jsou drogy **21%**, dále jiné návykové látky **2%** a nakonec psychiatričtí pacienti **13%**.

7.6 Nejrizikovější skupina pacientů pro zdravotnické záchranáře

Tabulka č. 7 Nejrizikovější skupina pacientů

| Skupina | Počet respondentů | % |
|------------------------|-------------------|-----|
| Alkoholici | 45 | 55% |
| Narkomani | 23 | 28% |
| Bezdomovci | 1 | 1% |
| Cizinci | 0 | 0% |
| Jiná etnická skupina | 5 | 6% |
| Psychiatřiční pacienti | 8 | 10% |

Graf č. 7 Nejrizikovější skupina pacientů



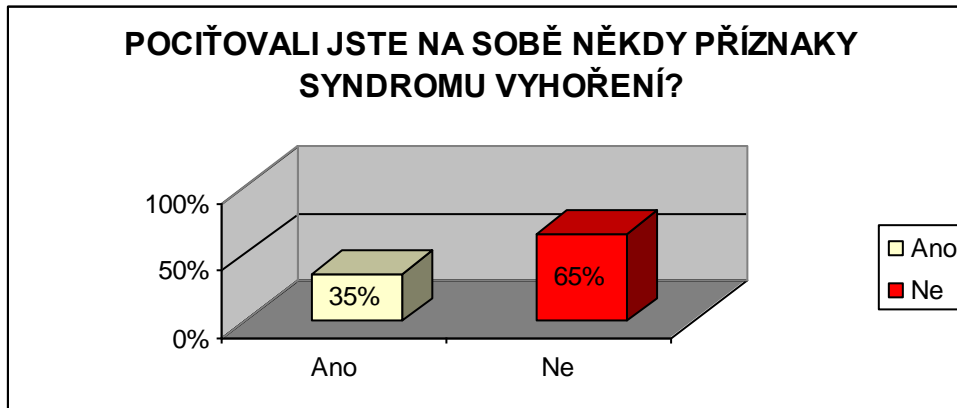
Z tohoto grafu a tabulky č. 7 lze vyčíst, že respondenti označují za nejrizikovější skupinu **alkoholiky (55%)**. Na druhém místě je skupina narkomanů (**28%**), dále psychiatřiční pacienti (**10%**), jiná etnická skupina (**6%**), bezdomovci (**1%**) a na posledním místě cizinci, které jako rizikovou skupinu pacientů neoznačil nikdo z respondentů.

7.7 Syndrom vyhoření

Tabulka č. 8 Syndrom vyhoření

| Odpověď | Počet respondentů | % |
|---------|-------------------|-----|
| Ano | 29 | 35% |
| Ne | 53 | 65% |

Graf č. 8 Syndrom vyhoření



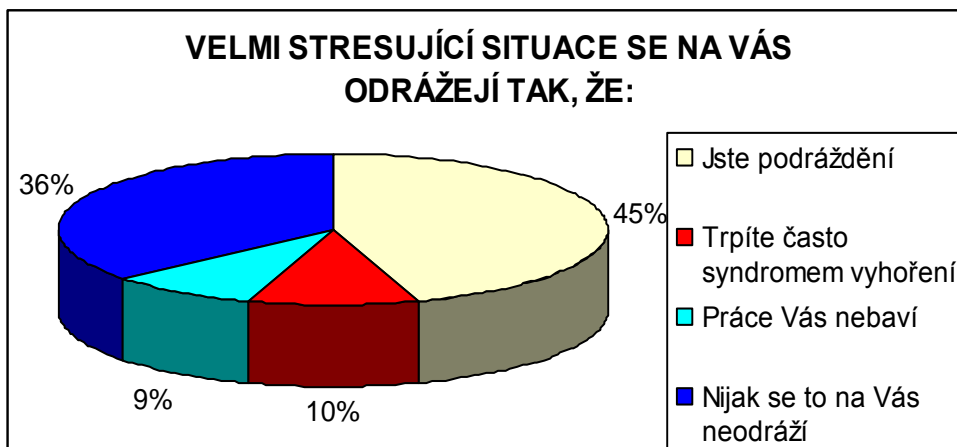
Na mojí otázku v dotazníku, jestli respondenti na sobě někdy pociťovali příznaky syndromu vyhoření, odpovědělo 29 dotazovaných kladně, tj. 35%.

7.8 Dopad rizikových faktorů na činnost zdravotnického záchranáře

Tabulka č. 9 Dopad rizikových faktorů

| Odpověď | Počet respondentů | % |
|---------------------------------|-------------------|-----|
| Jste podráždění | 37 | 45% |
| Trpíte často syndromem vyhoření | 8 | 10% |
| Práce Vás nebaví | 7 | 9% |
| Nijak se to na Vás neodráží | 30 | 36% |

Graf č. 9 Dopad rizikových faktorů



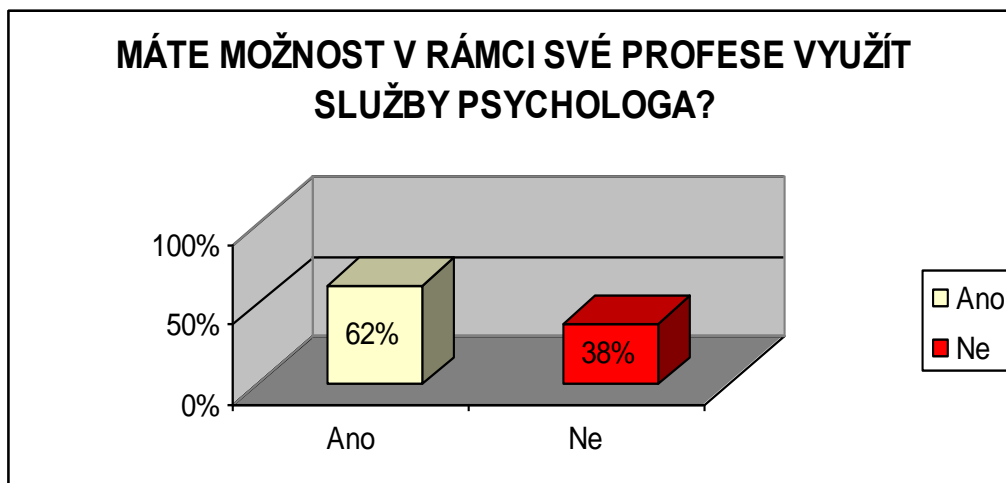
Z grafu č. 9 a tabulky č. 9 je patrné, že velmi stresové situace se negativně odrážejí na osobnost zdravotnického záchranáře. Jen **36%** respondentů odpovědělo, že se stresující situace na nich nijak neodráží. **45%** respondentů odpovědělo, že velmi stresující situace se na nich odrážejí tak, že jsou podrážděni. **10%** respondentů odpovědělo, že trpí často syndromem vyhoření.

7.9 Možnost využití služeb psychologa

Tabulka č. 10 Možnost využití služeb psychologa

| Odpověď | Počet respondentů | % |
|---------|-------------------|-----|
| Ano | 51 | 62% |
| Ne | 31 | 38% |

Graf č. 10 Možnost využití služeb psychologa



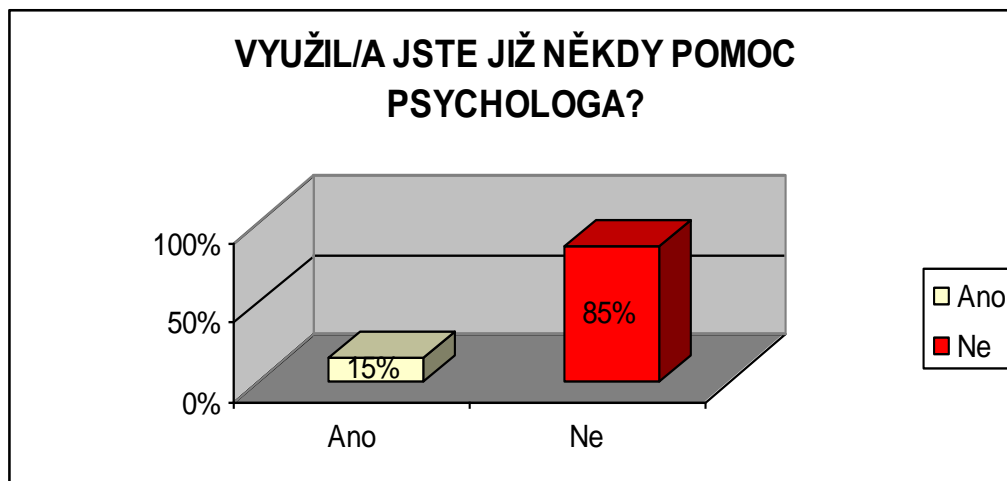
U této otázky odpovědělo **62%** respondentů, že mají možnost v rámci své profese využít služby klinického psychologa. Ostatních **38%** přisuzují tomu, že záchranáři spíše nejsou informováni o možnosti využití služeb psychologa, než že tuto možnost vůbec nemají.

7.10 Využití služeb psychologa

Tabulka č. 11 Využití služeb psychologa

| Odpověď | Počet respondentů | % |
|---------|-------------------|-----|
| Ano | 12 | 15% |
| Ne | 70 | 85% |

Graf č. 11 Využití služeb psychologa



V této otázce jsem se respondentů tázala, jestli již někdy využili služeb psychologa, a pokud ano, co bylo důvodem. Pouze 12 respondentů z celkového počtu 82 odpovědělo, že využilo služeb psychologa a to je **15%**. **85%** tázaných odpovědělo, že nevyužili služeb psychologa. Důvod návštěvy psychologa se velmi často shodoval. Nejčastěji bylo důvodem výjezd k dítěti. Ať už dopravní nehoda zakončená smrtí dítěte, či neúspěšná resuscitace malého dítěte.

7.11 Nejvíce stresující indikace

Tabulka č. 12 Nejvíce stresující indikace

| INDIKACE | 1 – NEJVÍCE STRESUJÍCÍ INDIKACE | | | | | | | 11 - NEJMÉNĚ | | | | |
|-------------------------|---------------------------------|----|----|----|----|----|----|--------------|----|----|----|--|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | |
| Resuscitace | 10 | 18 | 9 | 11 | 14 | 6 | 3 | 6 | 5 | 0 | 0 | |
| Dopravní nehoda | 5 | 4 | 9 | 15 | 13 | 8 | 3 | 17 | 7 | 1 | 0 | |
| Bezvědomí | 7 | 11 | 26 | 10 | 15 | 8 | 4 | 1 | 0 | 0 | 0 | |
| Dušnost | 0 | 3 | 0 | 4 | 3 | 14 | 41 | 8 | 4 | 3 | 2 | |
| Poruchy srdečního rytmu | 0 | 7 | 5 | 1 | 6 | 10 | 8 | 24 | 6 | 1 | 14 | |
| Porod v PNP | 16 | 6 | 11 | 15 | 15 | 12 | 2 | 5 | 0 | 0 | 0 | |
| Křečové stavy | 0 | 1 | 3 | 0 | 6 | 5 | 7 | 21 | 23 | 12 | 4 | |
| Intoxikace | 0 | 0 | 4 | 3 | 0 | 9 | 0 | 0 | 12 | 21 | 33 | |
| Výjezd k dítěti | 29 | 19 | 8 | 8 | 10 | 7 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | |
| Sebevražední pacienti | 7 | 3 | 4 | 2 | 0 | 0 | 5 | 0 | 23 | 21 | 17 | |
| Psychiatrickí pacienti | 8 | 10 | 3 | 13 | 0 | 3 | 9 | 0 | 2 | 22 | 12 | |

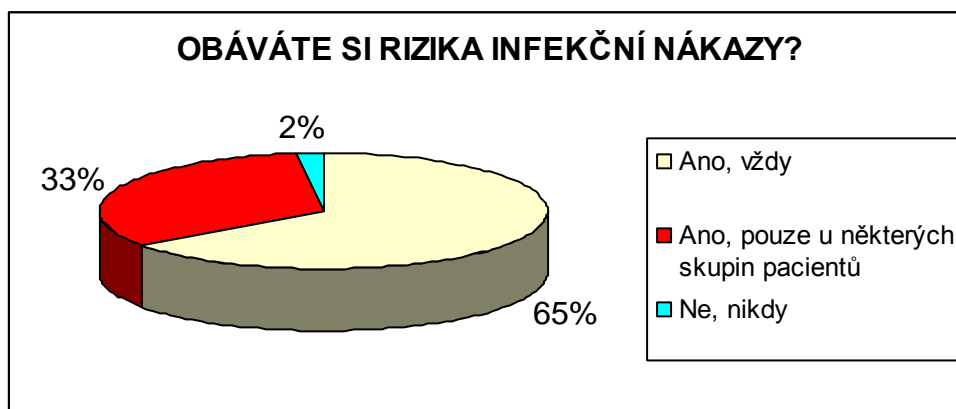
V této otázce respondenti odpovídali na otázku „které z uvedených indikací jsou pro vás po psychické stránce nejvíce stresující?“ A ke každé indikaci měli respondenti přiřadit číslo 1 – 11, kdy 1 je nejvíce stresující a 11 nejméně. Jak je možné vidět z tabulky č. 12, respondenti označili jako nejvíce stresující indikaci nejčastěji výjezd k dítěti, kdy jako absolutně nejvíce stresující situaci toto tvrzení označilo 29 respondentů, což je **35%**.

7.12 Obava z infekčního onemocnění

Tabulka č. 13 Obava z infekčního onemocnění

| Odpověď | Počet respondentů | % |
|--|-------------------|-----|
| Ano, vždy | 53 | 65% |
| Ano, pouze u některých skupin pacientů | 27 | 33% |
| Ne, nikdy | 2 | 2% |

Graf č. 12 Obava z infekčního onemocnění



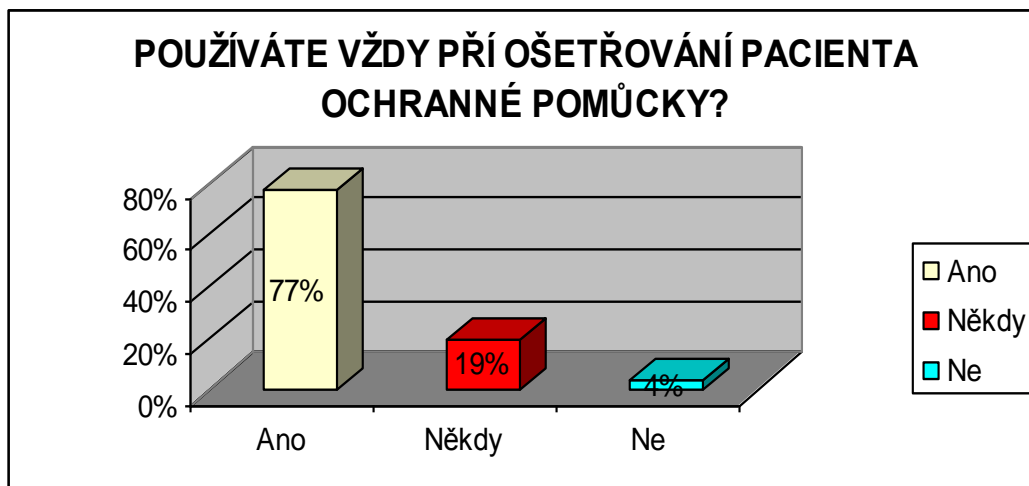
Pouze **2%** respondentů se nebojí rizika infekční nákazy. Zbylých **98%** ano. Ať už u každého výjezdu a každého pacienta (**65%**), či pouze u některých skupin pacientů (**33%**).

7.13 Ochranné pomůcky

Tabulka č. 14 Používání ochranných pomůcek

| Odpověď | Počet respondentů | % |
|---------|-------------------|-----|
| Ano | 63 | 77% |
| Někdy | 16 | 19% |
| Ne | 3 | 4% |

Graf č. 13 Používání ochranných pomůcek



Na otázku, zda respondenti při ošetřování pacienta používají vždy ochranné pomůcky, odpovědělo **77%** respondentů, že ochranné pomůcky používají vždy. **19%** odpovědělo, že ochranné pomůcky používají pouze někdy a **3** respondenti, čili **4%** odpovědělo, že ochranné pomůcky nepoužívá vůbec.

7.14 Poranění v důsledku nepoužití ochranných pomůcek

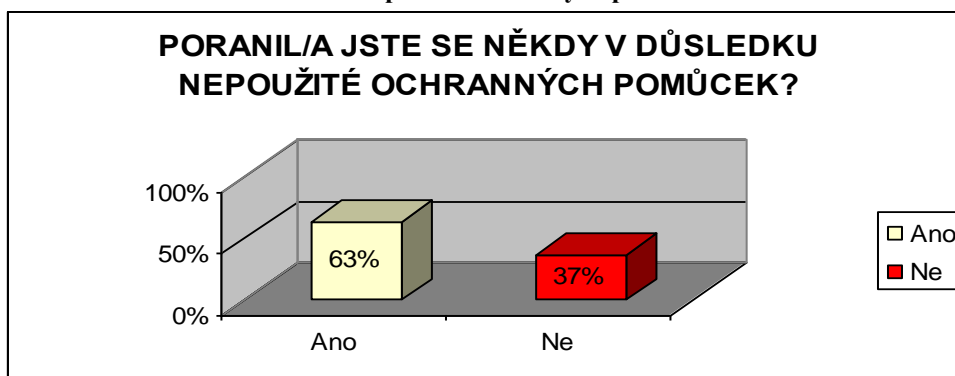
Tabulka č. 15 Poranění v důsledku nepoužití ochranných pomůcek

| Odověď | Počet respondentů | % |
|--------|-------------------|-----|
| Ano | 52 | 63% |
| Ne | 30 | 37% |

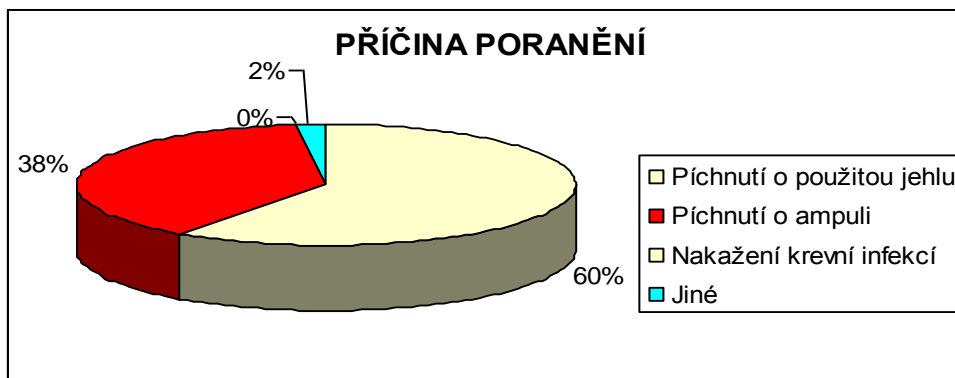
Tabulka č. 16 Příčina poranění v důsledku nepoužití ochranných pomůcek

| Příčina | Počet respondentů | % |
|---------------------------|-------------------|-----|
| Píchnutí o použitou jehlu | 31 | 60% |
| Píchnutí o ampuli | 20 | 38% |
| Nakažení krevní infekcí | 0 | 0% |
| Jiné | 1 | 2% |

Graf č. 14 Poranění v důsledku nepoužití ochranných pomůcek



Graf č. 15 Příčina poranění v důsledku nepoužití ochranných pomůcek



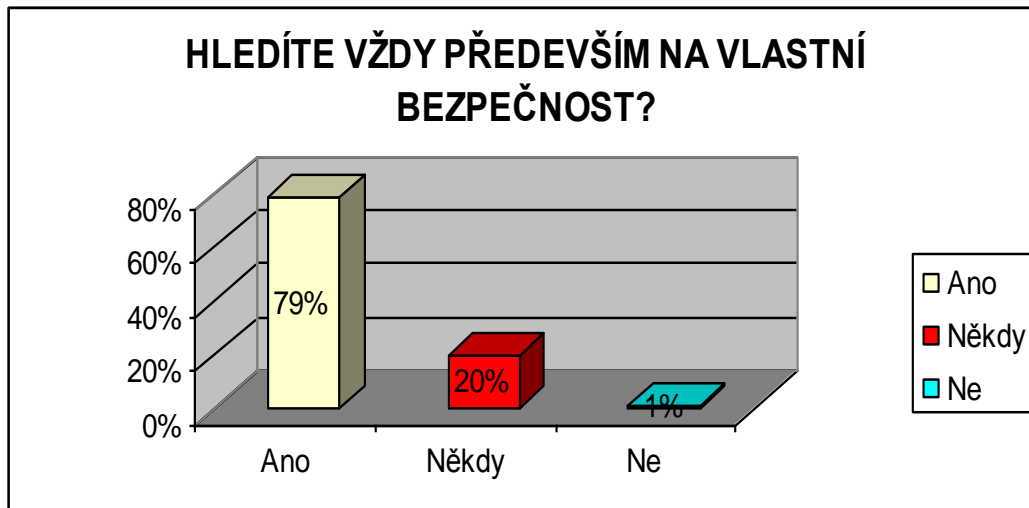
U této otázky respondenti odpovídali na otázku, jestli se již někdy poranili v důsledku nepoužití ochranným pomůcek a v případě že ano, co bylo příčinou. **63%** respondentů odpovědělo ano, že se již poranili. Nejčastější příčinou poranění bylo použití o použitou jehlu (**60%**), dále píchnutí o ampuli (**38%**), a v možnosti jiné, odpověděl **1** respondent (**2%**), který uvedl, že se poranil o intraoseální jehlu. Žádný z dotazovaných respondentů nebyl nakažen krevní infekcí.

7.15 Vlastní bezpečnost

Tabulka č. 17 Hledění na vlastní bezpečnost

| Odpověď | Počet respondentů | % |
|---------|-------------------|-----|
| Ano | 65 | 79% |
| Někdy | 16 | 20% |
| Ne | 1 | 1% |

Graf č. 16 Hledění na vlastní bezpečnost



Z tabulky č. 17 a grafu č. 16 je zřejmé, že naprostá většina respondentů hledí především na vlastní bezpečnost. Takto odpovědělo **65** respondentů (**79%**). **16** respondentů (**20%**) odpovědělo, že pouze někdy a **1** respondent (**1%**) odpověděl, že nikdy.

8 DISKUZE

Předmětem výzkumu byli zdravotničtí záchranáři v Plzeňském a Středočeském kraji. Jak už jsem zmínila, celkem bylo do výzkumu zapojeno pět stanovišť ZZS. V Plzeňském kraji to byli stanoviště Plzeň – město, Plzeň – sever, Domažlice a Manětín. Ve Středočeském kraji pak ZZS Lysá nad Labem. Na tyto stanoviště jsem rozdala celkem 100 dotazníků, z nichž se vrátilo 89, z toho 7 nebylo možné vyhodnotit. Hodnotila jsem tedy 82 vyplněných dotazníků, které jsem zpracovala do tabulek a grafů.

Z výzkumu vyplývá, že 68% zdravotnických záchranářů se setkala s napadením ze strany pacienta. Dále se ukázalo, že většinou je útočník mužského pohlaví. Takto odpovědělo 73% respondentů. V dotazníkovém šetření jsem se nadále ptala, jaká byla nejčastější příčina vzniku napadení ze strany pacienta. V naprosté většině respondenti odpověděli, že pacienti byli pod vlivem alkoholu. Alkohol jako příčinu napadení označilo 64%. S touto myšlenkou, souvisela i další otázka z dotazníku, kde jsem se respondentů tázala, jaká je pro ně nejrizikovější skupina pacientů. Měli vybrat jednu možnou odpověď ze šesti skupin rizikových skupin pacientů (alkoholici, narkomani, bezdomovci, cizinci, jiná etnická skupina a psychiatričtí pacienti). Jako nejrizikovější skupinu pacientů záchranáři nejčastěji označili právě alkoholiky, a to v 55%. Na druhém místě se „umístili“ narkomani s 28%, dále psychiatričtí pacienti s 10%. Další část výzkumu byla zaměřená na negativní vlivy rizikových faktorů, a to na stres a syndrom vyhoření. Ptala jsem se např., jestli respondenti na sobě někdy pozorovali příznaky syndromu vyhoření. Kladně odpovědělo 35% respondentů. Závěrečná část dotazníku byla věnována bezpečnosti při práci a ochranným pomůckám. Takto zodpovězené otázky z dotazníkového šetření mi přineslo několik zajímavých odpovědí.

Doufám, že tato práce bude přínosem pro praxi (nejen) zdravotnických záchranářů.

Dotazníkovým šetřením jsem došla k výsledkům a na jejich základě jsem si dokázala potvrdit nebo vyvrátit předem stanovené hypotézy

H1: Domnívám se, že více jak 60% respondentů, se setkala s napadením ve výkonu služby

Tuto hypotézu jsem si zvolila, jelikož si myslím, že zdravotničtí záchranáři jsou často stavěni před mnohá rizika spojená s napadením ze strany pacienta.

Z výsledku je patrné, že z celkového počtu 82 dotazovaných, zažilo napadení ve výkonu služby celých 68%. Tím se potvrzuje i má první hypotéza.

Hypotéza byla potvrzena.

H2: Domnívám se, že nejrizikovější skupina pacientů jsou alkoholici

Důvodem takto zvolené hypotézy byl fakt, že v rámci své odborné praxe na ZZS, jsem byla často svědkem výjezdu zrovna na pacienty pod vlivem alkoholu.

Respondenti opravdu označují za nejrizikovější skupinu alkoholiky a to v 55%. A tím se potvrdila i druhá hypotéza. Na druhém místě je skupina narkomanů (28%), dále psychiatričtí pacienti (10%), jiná etnická skupina (6%), bezdomovci (1%) a na posledním místě cizinci, které jako rizikovou skupinu pacientů neoznačil nikdo z respondentů.

Hypotéza byla potvrzena.

H3: Domnívám se, že více jak 10% respondentů má vlastní zkušenost se syndromem vyhoření

Tuto hypotézu jsem stanovila, protože si myslím, že profese záchranáře je velmi náročná. Jak fyzicky, tak psychicky. Záchranář je neustále ve stresu, musí předvídat každou situaci, musí mít schopnost rychle se rozhodovat, aj. Dále záchranář je téměř denně ve styku se zraněnými a umírajícími pacienty, což je velmi frustrující a může vše dojít až k syndromu vyhoření, který se projevuje naprostým vyčerpáním, únavou, nechutí k práci.

Na mojí otázku v dotazníku, jestli respondenti na sobě někdy pocítovali příznaky syndromu vyhoření, odpovědělo 29 dotazovaných kladně tj. 35%.

Hypotéza byla potvrzena.

H4: Domnívám se, že rizikové faktory negativně ovlivňují činnost zdravotnického záchranáře

Tato hypotéza navazuje na hypotézu předešlou. Stresující situace se často odrážejí na náladě a celkové osobnosti záchranáře. Dlouhodobý stres může přejít až k syndromu vyhoření. Záchranáři, kteří jsou často ve stresu, uvádějí, že je práce nebaví.

Velmi stresové situace se negativně odrážejí na osobnost zdravotnického záchranáře. Jen 36% respondentů odpovědělo, že se stresující situace na nich nijak neodráží. Zbylých 64% odpovědělo, že stresové situace se na nich negativně odrážejí, ať už jsou podráždění, trpí často syndromem vyhoření nebo je práce nebaví.

Hypotéza byla potvrzena.

H5: Domnívám se, že více jak 90% respondentů používá ochranné pomůcky a hledí na vlastní bezpečnost

Základem této myšlenky byla vlastní zkušenost, kdy i já sama jakožto studentka používám ochranné pomůcky naprosto vždy a vždy hledím na vlastní bezpečnost.

Na otázku, zda respondenti při ošetřování pacienta používají vždy ochranné pomůcky, odpovědělo kladně 63 respondentů (77%). Naprostá většina respondentů i hledí především na vlastní bezpečnost. Takto odpovědělo 65 respondentů (79%).

Tato hypotéza nebyla potvrzena, protože ze zjištěných dat vyplývá, že ochranné pomůcky používá 77% dotazovaných a především na vlastní bezpečnost hledí 79%.

Tato hypotéza nebyla potvrzena.

ZÁVĚR

Tato bakalářská práce se zabývala rizikovými faktory v profesi zdravotnického záchranáře. Myslím, že této problematice není věnováno dostatek pozornosti.

O četnosti nejčastějších rizikových faktorech svědčí výsledky, zjištěné z dotazníkového šetření na ZZS Pk a ZZS Lysá nad Labem. Z výsledků je patrné, že 68% zdravotnických záchranářů zažilo napadení ve výkonu služby, ať už fyzické či verbální. Za nejčastější příčinu útoku záchranáři označili alkohol (64%). Z dotazu vázaného na nejrizikovější skupinu pacientů, záchranáři též označili alkoholiky a to v 55%. Na druhém místě, se umístili narkomani s 28%. Dále jsem se zabývala tím, jaká je pro záchranáře nejvíce stresující indikace, kde záchranáři měli na výběr z nabídky jedenácti indikací, a ke každé z těchto indikací měli přiřadit číslo 1 – 11, kdy 1 označovala nejvíce stresující indikaci a 11 nejméně. Za absolutně nejvíce stresující indikaci záchranáři označili výjezd k dítěti. Tuto indikaci jako nejvíce stresovou označilo 35% respondentů. Hned za touto indikací skončil porod v PNP. Za úplně nejméně stresující indikaci nejčastěji záchranáři označili intoxikaci.

Záměrem práce bylo přiblížit profesi zdravotnického záchranáře, aneb s čím se záchranář den co den potýká. Ať už je to agresivní pacient, psychiatrický pacient, dětský pacient, pacient pod vlivem alkoholu, drog, či jiné návykové látky, stres, syndrom vyhoření, riziko z nákazy infekčního onemocnění, potenciální riziko syndromu pomocníka či jiná rizika, tak posádky ZZS vyjíždí a to i přes nepřízeň počasí a často se úvodní indikace mění v průběhu výjezdu v jinou, tzn., že posádka vyjíždí původně k např. dušnosti a v závěru je diagnóza zcela jiná, např. status epilepticus.

Záchranář si tedy musí umět poradit ve všech situacích a zachovat tzv. „klidnou hlavu“ ať už je stav pacienta jakkoliv vážný.

Cíle, které jsem si stanovila pro tuto práci, se mi podařilo splnit. Zjistila jsem, že mezi nejčastější rizikové faktory v profesi zdravotnického záchranáře patří fyzické napadení ze strany pacienta, kdy v naprosté většině je útočníkem muž pod vlivem alkoholu. Dále sem patří riziko infekční nákazy, kterého se bojí 65% respondentů a i proto 77% dotazovaných používá ochranné pomůcky naprosto vždy. Druhým cílem bylo zjistit, jak rizikové faktory ovlivňují činnost zdravotnického záchranáře v jeho profesi. 45% dotazovaných odpovědělo, že jsou velmi často podráždění a 10% trpí syndromem vyhoření.

Já osobně si myslím, že tato profese je naprosto nedoceněná. Zdravotnický záchranář je velmi rizikové povolání, neboť záchranáři vyjíždí často k narkomanům, agresivním pacientům, jsou neustále ve spěchu, stresu a jsou trvale ohroženi potenciálním rizikem infekce.

Jelikož studuji studijní obor Zdravotnický záchranář a chtěla bych se v budoucnu této profesi věnovat, vybrala jsem si pro zpracování své bakalářské práce právě toto téma. Měla jsem možnost nahlédnout do každodenního života záchranářů a seznámila jsem se s rizikovými faktory, které jsou pro tuto profesi typické. I proto jsem zpracovala tzv. „*Příručku do kapsy (nejen) pro zdravotnické záchranáře*“, kde jsou obsaženy nejčastější rizikové faktory a dále jejich příznaky či prevence. Věřím, že zdravotničtí záchranáři si jej např. v čase mezi výjezdy přečtou a snad je i obohatí o jejich dosavadní zkušenosti.

POUŽITÁ LITERATURA

- [1] *Vyhláška o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků* [online]. [cit. 16.2.2011]. Dostupné na: http://www.mzcr.cz/Odbornik/dokumenty/informace-k-vyhlisce-c-sb-kterou-se-stanovi-cinnosti-zdravotnickych-pracovniku-a-jinych-odbornych-pracovniku-ve-zneni-vyhlasky-c-sb_4763_949_3.html
- [2] VYKOPALOVÁ, H. *Základy psychosociální přípravy humanitárních jednotek ČČK*. Úřad ČČK. 71 str.
- [3] VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3. vydání. Praha: Portal, 2004. 872 str., ISBN 80-7178-802-3.
- [4] *Poškozený čelní lalok vyvolává agresivní chování* [online]. [cit. 19.2.2012]. Dostupné na: <http://www.magazinzdravi.cz/poskozeny-celni-lalok-vyvolava-agresivnich>
- [5] *Neklidný a agresivní pacient* [online]. [cit. 16.2.2012]. Dostupné na: <http://ppp.zshk.cz/vyuka/agresivita.aspx>
- [6] MARTÍNEK, Z. *Agresivita a kriminalita školní mládeže*. 2. doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2009. 152 str.. ISBN 978-80-247-2310-5.
- [7] PONĚŠICKÝ, J. *Agrese, násilí a psychologie moci*. 2. doplněné vydání. Praha: Tritot, 2010. 176 str. ISBN 978-80-7387-378-3.
- [8] KELO, J. *Komunikace pracovníků záchranné služby s agresivním pacientem* [online]. [cit. 16.2.2012]. Dostupné na: <http://www.zdn.cz/clanek/sestra/komunikace-pracovniku-zachranne-sluzby-s-agresivnim-pacientem-353928>
- [9] ERTLLOVÁ, F., MUCHA, J., a kolektiv. *Přednemocniční neodkladná péče*. Brno, 2000. 340 str. ISBN 80-7013-300-7.
- [10] BENEŠ, J., a kolektiv. *Infekční lékařství*. 1.vydání. Galén, 2009. 651 str. ISBN 978-80-7262-644-1.
- [11] *Metabolický syndrom – diagnostika a léčba* [online]. [cit. 18.2.2012]. Dostupné na: http://www.svl.cz/Files/nastenka/page_4766/Version1/MS-diagnostika-lecba.pdf
- [12] *Metabolický syndrom* [online]. [cit. 18.2.2012]. Dostupné na: http://cs.wikipedia.org/wiki/Metabolick%C3%BD_syndrom
- [13] *Metabolický syndrom* [online]. [cit. 18.2.2012]. Dostupné na: <http://nemoci.vitalion.cz/metabolicky-syndrom/>
- [14] SVOBODOVÁ, L. *Nenechte se šikanovat kolegou (Mobbing skrytá hrozba)*. Grada Publishing, 2008. 112 str. ISBN 978-80-247-2474-4.

- [15] RICHARDS, M. *Stres management do kapsy*. Portal, 2006. 112 str. ISBN 978-7367-082-8.
- [16] *Stres* [online]. [cit. 20.2.2012]. Dostupné na: <http://cs.wikipedia.org/wiki/Stres>
- [17] KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví*. 2. vydání. Portal, 2003. 279 str. ISBN 80-7178-774-4.
- [18] STOCK, Ch. *Syndrom vyhoření a jak jej zvládnout*. 1.vydání. Grada Publishing, 2010. 112 str. ISBN 978-80-247-3553-5.
- [19] JEKLOVÁ, M., REITMAYEROVÁ, E. *Syndrom vyhoření*. Vzdělávací institut ochrany dětí, 2006. 31 str. ISBN 978-86991-74-1.
- [20] BARTOŠÍKOVÁ, I. *O syndromu vyhoření pro zdravotní sestry*. Brno, 2006. 80 str. ISBN 80-7013-439-9.
- [21] FRYDECKÁ, L. *Zastavte syndrom vyhoření dřív, než ublíží vašemu zdraví* [online]. [cit. 20.2.2012]. Dostupné na: http://ona.idnes.cz/zastavte-syndrom-vyhoreni-driv-nez-ublizi-vasemu-zdravi-pzv-/zdravi.aspx?c=A110505_151325_zdravi_abr
- [22] PRÁŠKO, J., HÁJEK, T. *Stop traumatickým vzpomínkám*. 1.vydání. Praha: Portal, 2003. 184 str. ISBN 80-7178-811-2.
- [23] PIDRMAN, V. *Postrumatická stresová porucha*. 1.vydání. Praha: Portal, 2002. 24 str. ISBN 80-8512-45-X.
- [24] KŘIVOHLAVÝ, J. *Jak neztratit nadšení*. 1. vydání. Grada Publishing, 1998. 136 str. ISBN 80-7169-551-3.
- [25] SCHMIDBAUER, W. *Psychická úskalí pomáhajících profesí*. Praha: Portal, 2000. 171. str. ISBN 80-7178-312-9.
- [26] PELCLOVÁ, D. a kolektiv. *Nemoci z povolání a intoxikace*. 2 vydání. Praha, 2006. 207 str. ISBN 80-246-1183-X.
- [27] KŘIVOHLAVÝ, J., PEČENKOVÁ, J. *Duševní hygiena zdravotní sestry*. Grada Publishing, 2004. 80 str. ISBN 80-247-0784-5.
- [28] VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 4 vydání. Praha: Portal, 2008. 872 str. ISBN 978-7367-414-4.
- [29] SCHMIDBAUER, W. *Syndrom pomocníka*. Praha: Portal, 2008. 240 str. ISBN 978-80-7367-369-7.
- [30] KUKLOVÁ, D. *Zdravotní péče a ochrana zdraví při práci*. Praha : BMSS-START, 2011. 120 str. ISBN 1214-0802.

- [31] SVAČINA, Š. *Metabolický syndrom*. 1.vydání. Praha: Triton, 2001. 179 str. ISBN 80-7254-178-1.
- [32] GÉRINGOVÁ, J. *Pomáhající profese*. 1.vydání. Praha: Triton, 2011. 198 str. ISBN 978-80-7387-394-3.
- [33] RÉTI, L. *Stres za volantom*. 1.vydání. Martin: Osveta, 1988. 101 str.
- [34] BARTŮŇKOVÁ, S. *Stres a jeho mechanismy*. 1.vydání. Praha: Karolinum, 2010. 137 str. ISBN 978-80-246-1874-6.
- [35] PTÁČEK, R., ČELEDOVÁ, L., a kolektiv. *Stres a syndrom vyhoření u lékařů poskytovatelé služeb*. 1.vydání. Praha: Karolinum, 2011. 117 str. ISBN 978-80-246-1998-9.
- [36] HERMAN, E., DOUBEK, P. *Deprese a stres : vliv nepříznivé životní události na rozvoj psychické poruchy*. Praha: Maxdorf, 2008. 94 str. ISBN 978-80-7345-157-8.
- [37] ŠKRÉTA, K. *Požadavky na osobní ochranné pracovní prostředky a na jejich poskytování zaměstnancům*. 1.vydání. Praha: Výzkumný ústav bezpečnosti práce, 2007. 20 str. ISBN 978-80-86973-69-2.
- [38] ŠIMKO, Š., BABÍK, J. *Hromadné nešťastia ; Medicína katastrof*. Martin: Osveta, 1997. 247 str. ISBN 80-88824-65-6.
- [39] ŠVINGALOVÁ, D. *Stres a "vyhoření" u profesionálů pracujících s lidmi*. 1.vydání. Liberec: Technická univerzita, 2006. 82 str. ISBN 80-7372-105-8.
- [40] POTTER, B. A. *Jak se bránit pracovnímu vyčerpání : "Pracovní vyhoření" - příčiny a východiska*. Olomouc: Votobia, 1997. 259 str. ISBN 80-7198-211-3.
- [41] CMÍRALOVÁ, M. *Noční výjezd sanitky k nehodě z pohledu záchranáře* [online]. [cit. 1.3.2012]. Dostupné na: <http://www.novinky.cz/krimi/260397-nocni-vyjezd-sanitky-k-nehode-z-pohledu-zachranare.html>
- [42] ONDRIOVÁ, I.; DUČAIOVÁ, J. *Mobbing ve zdravotnickém prostředí a možnosti jeho prevence* [online]. [cit. 4.3.2012]. Dostupné na: <http://www.zdn.cz/clanek/sestra/mobbing-ve-zdravotnickem-prostredi-a-moznosti-jeho-prevence-451699>.
- [43] *Svrab* [online]. [cit. 7.3.2012]. Dostupné na: <http://nemoci.vitalion.cz/svrab/>
- [44] *Žloutenka* [online]. [cit. 7.3.2012]. Dostupné na: <http://nemoci.vitalion.cz/zloutenka/>

[45] HUTTA, L. *Napadení záchranářů* [online]. [cit. 10.3.2012]. Dostupné na: http://www.zachrankakv.cz/aktualne/napadeni_zachranaru.html

[46] *Ochranný oděv* [online]. [cit. 10.3.2012]. Dostupné na: http://cs.wikipedia.org/wiki/Ochrann%C3%BD_od%C4%9Bv

[47] *Speciální a ostatní rukavice* [online]. [cit. 10.3.2012]. Dostupné na: http://www.ochranepomucky.cz/pracovni-rukavice-specialni-a-ostatni-rukavice-c-188_194.html

[48] PODSTATOVÁ, R. *Péče o pacienty s infekčním onemocněním* [online]. [cit. 10.3.2012]. Dostupné na: <http://www.zdn.cz/clanek/sestra/pece-o-pacienty-s-infekcnim-onemocnenim-459336>

[49] TN.CZ. *Zdrogovaný mladík napadl v Praze záchranáře a zlomil mu ruku* [online]. [cit. 10.3.2012]. Dostupné na: <http://tn.nova.cz/zpravy/cernakronika/zdrogovany-mladik-napadl-v-praze-zachranare-a-zlomil-mu-ruku.html>

[50] ČTK. *Za záchranu pacient lékaři poděkoval pěstí do obličeje* [online]. [cit. 10.3.2012]. Dostupné na: <http://aktualne.centrum.cz/zpravy/krimi/clanek.phtml?id=657134>

[51] ČTK. *Sedmadvacetiletý muž napadl ve Stonavě posádku záchranářů* [online]. [cit. 10.3.2012]. Dostupné na: http://www.ceskenoviny.cz/regiony/zpravy/sedmadvacetiletymuz-napadl-ve-stonavě-posadku-zachranaru/763408&id_seznam=

[52] BUCHTELA, T. *Další případ napadení záchranáře* [online]. [cit. 10.3.2012]. Dostupné na: <http://www.155ka.cz/clanek/146-dalsi-pripad-napadeni-zachranare/>

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

| | |
|--------|---|
| AIDS | Acquired Immune Deficiency Syndrome (syndrom získaného selhání imunity) |
| BMI | Body Mass Index (index tělesné hmotnosti) |
| EKG | Elektrokardiogram |
| HCV | Virus hepatitidy C |
| HIV | Human Immunodeficiency Virus (virus lidské imunitní nedostatečnosti) |
| KPR | Kardiopulmonární resuscitace |
| PČR | Policie České republiky |
| PNP | Přednemocniční neodkladná péče |
| PTSD | Posttraumatic stress disorder (posttraumatická stresová porucha) |
| TBC | Tuberkulóza |
| TK | Krevní tlak |
| ZZS | Zdravotnická záchranná služba |
| ZZS Pk | Zdravotnická záchranná služba Plzeňského kraje |

SEZNAM TABULEK

TEORETICKÁ ČÁST

- Tabulka č. 1 Formy infekce a jejich průběh
- Tabulka č. 2 Rizikové faktory metabolického syndromu
- Tabulka č. 3 Relativní rizika ve vztahu k obezitě
- Tabulka č. 4 Typy stresorů a jejich příklady
- Tabulka č. 5 Pracovní stresory

VÝZKUMNÁ ČÁST

- Tabulka č. 1 Rozdělení pohlaví
- Tabulka č. 2 Věk respondentů
- Tabulka č. 3 Napadení ve výkonu služby
- Tabulka č. 4 Charakter útoku
- Tabulka č. 5 Popis útočnicka
- Tabulka č. 6 Příčina útoku útočnicka
- Tabulka č. 7 Nejrizikovější skupina pacientů
- Tabulka č. 8 Syndrom vyhoření
- Tabulka č. 9 Dopad rizikových faktorů
- Tabulka č. 10 Možnost využití služeb psychologa
- Tabulka č. 11 Využití služeb psychologa
- Tabulka č. 12 Nejvíce stresující indikace
- Tabulka č. 13 Obava z infekčního onemocnění
- Tabulka č. 14 Používání ochranných pomůcek
- Tabulka č. 15 Poranění v důsledku nepoužití ochranných pomůcek
- Tabulka č. 16 Příčina poranění v důsledku nepoužití ochranných pomůcek
- Tabulka č. 17 Hledění na vlastní bezpečnost

SEZNAM GRAFŮ

- Graf č. 1 Rozdělení pohlaví
- Graf č. 2 Věk respondentů
- Graf č. 3 Napadení ve výkonu služby
- Graf č. 4 Charakter útoku
- Graf č. 5 Pohlaví útočníka
- Graf č. 6 Příčina útoku útočníka
- Graf č. 7 Nejrizikovější skupina pacientů
- Graf č. 8 Syndrom vyhoření
- Graf č. 9 Dopad rizikových faktorů
- Graf č. 10 Možnost využití služeb psychologa
- Graf č. 11 Využití služeb psychologa
- Graf č. 12 Obava z infekčního onemocnění
- Graf č. 13 Používání ochranných pomůcek
- Graf č. 14 Poranění v důsledku nepoužití ochranných pomůcek
- Graf č. 15 Příčina poranění v důsledku nepoužití ochranných pomůcek
- Graf č. 16 Hledění na vlastní bezpečnost

SEZNAM PŘÍLOH

- Příloha č. 1 Dotazník
- Příloha č. 2 Obecný adaptivní syndrom
- Příloha č. 3 Inventář životních událostí
- Příloha č. 4 Vyhořívám?
- Příloha č. 5 Dezinfekce
- Příloha č. 6 Ochranné rukavice
- Příloha č. 7 Ochranný oblek
- Příloha č. 8 Ochranné brýle
- Příloha č. 9 Ochranná přilba
- Příloha č. 10 Ústenka
- Příloha č. 11 Internetové články napadení záchranářů

9 PŘÍLOHY

Příloha č. 1 Dotazník

Vážení respondenti,

jmenuji se Vladěna Sládková a jsem studentkou 3. ročníku Fakulty zdravotnických studií, studijního oboru Zdravotnický záchranář. Součástí zakončení studia je napsání bakalářské práce. Téma práce je „Vliv rizikových faktorů v profesi zdravotnického záchranáře.“

Prosím Vás o vyplnění níže uvedeného dotazníku vždy pouze jednou možnou odpovědí. Dotazník je anonymní a bude použit pouze pro zpracování této bakalářské práce. Děkuji Vám za vyplnění dotazníku a čas, který jste jeho vyplnění věnovali.

Vladěna Sládková

1) POHLAVÍ:

- žena
- muž

2) VĚK:

- 20 – 30 let
- 31 – 45 let
- 46 a více

3) SETKAL/A JSTE SE S NAPADENÍM VE VÝKONU SLUŽBY?

- ano
- ne

4) V PŘÍPADĚ, ŽE JSTE U OTÁZKY Č. 3 ODPOVĚDĚL/A Kladně, UVEĎTE PROSÍM POHLAVÍ A CO NEJPŘESNĚJŠÍ POPIS ÚTOČNÍKA:

Útočník byl :

- muž
- žena
- pod vlivem alkoholu
- pod vlivem drog
- pod vlivem jiné návykové látky
- psychiatrický pacient

5) V PŘÍPADĚ, ŽE JSTE U OTÁZKY Č. 3 ODPOVĚDĚL/A Kladně, UVEĎTE JAKÝ BYL CHARAKTER ÚTOKU:

- fyzický
- psychický
- žádný

6) JAKÁ JE PODLE VÁS NEJRIZIKOVĚJŠÍ SKUPINA PACIENTŮ?

- alkoholici
- narkomani
- bezdomovci
- cizinci
- jiná etnická skupina
- psychiatrickí pacienti

7) POCIŤOVALI JSTE NĚKDY NA SOBĚ PŘÍZNAKY SYNDROMU VYHOŘENÍ?

- ano
- ne

8) VELMI STRESUJÍCÍ SITUACE SE NA VÁS ODRÁŽEJÍ TAK, ŽE:

- jste podráždění
- trpíte syndromem vyhoření
- práce Vás nebaví
- nijak se to na Vás neodráží

9) MÁTE MOŽNOST V RÁMCI SVÉHO ZAMĚSTNÁNÍ VYUŽÍT SLUŽBY PSYCHOLOGA?

- ano
- ne

10) VYUŽIL/A JSTE JIŽ NĚKDY POMOC PSYCHOLOGA? A POKUD ANO, CO BYLO DŮVODEM:

- ano _____
- ne

11) KTERÉ Z UVEDENÝCH INDIKACÍ JSOU PRO VÁS PO PSYCHICKÉ STRÁNCE NEJVÍCE STRESUJÍCÍ? (uved'te ke každé situaci číslo 1 - 11, kdy 1 označuje nejvíce stresující situaci)

- resuscitace
- dopravní nehoda
- bezvědomí
- dušnost
- poruchy srdečního rytmu
- porod v PNP
- křečové stavy
- intoxikace
- výjezd k dítěti
- sebevražední pacienti
- psychiatričtí pacienti

12) OBÁVÁTE SE RIZIKA INFEKČNÍ NÁKAZY?

- ano, vždy
- ano, pouze u některých skupin pacientů
- ne, nikdy

13) POUŽÍVÁTE PŘI OŠETŘENÍ PACIENTA VŽDY OCHRANNÉ POMŮCKY?

- ano, vždy
- někdy
- ne, nikdy

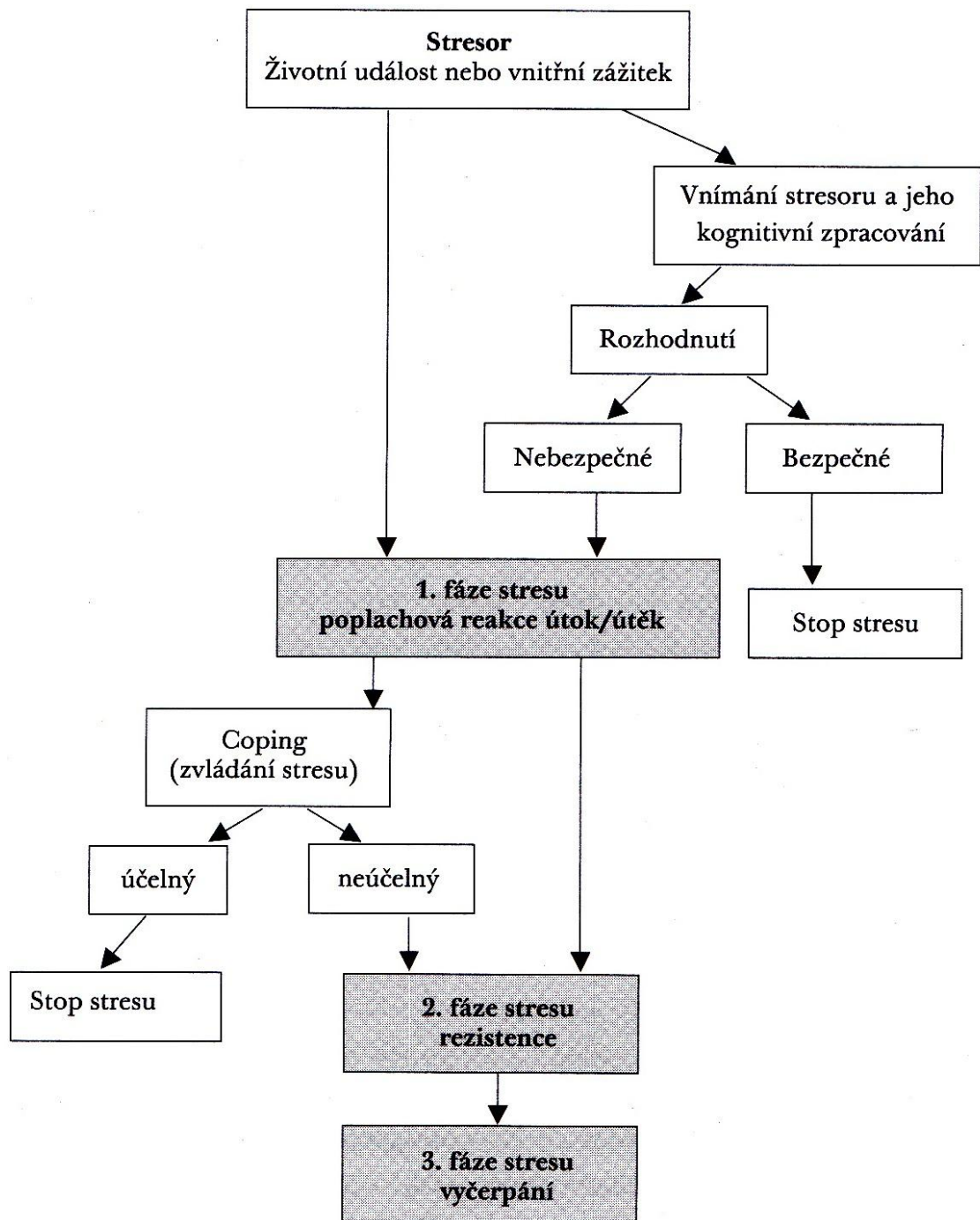
14) PORANIL/A JSTE SE NĚKDY V DŮSLEDKU NEPOUŽITÍ OCHRANNÝCH POMŮCEK? (pokud ano, označte jednu z možností)

- ano
- píchnutí o použitou jehlu
- ne
- pořezání o ampuli
- jiné _____

15) HLEDÍTE VŽDY PŘEDEVŠÍM NA VLASTNÍ BEZPEČNOST?

- ano, vždy
- někdy
- ne

Příloha č. 2 Obecný adaptivní syndrom



Zdroj: Ptáček, Čeledová, 2011, str. 25)

Příloha č. 3 Inventář životních událostí

Inventář životních událostí

| STRESOR | BODOVÁ HODNOTA |
|--|-----------------------|
| Úmrtí partnera | 100 |
| Rozvod | 73 |
| Rozchod s partnerem | 65 |
| Uvěznění | 63 |
| Úmrtí blízkého člena rodiny | 63 |
| Vlastní úraz nebo vážné onemocnění | 53 |
| Vlastní sňatek | 50 |
| Ztráta zaměstnání | 47 |
| Usmíření s partnerem | 45 |
| Odchod do důchodu | 45 |
| Změna zdravotního stavu člena rodiny | 44 |
| Těhotenství | 40 |
| Sexuální potíže | 39 |
| Přírůstek nového člena rodiny | 39 |
| Změna zaměstnání | 39 |
| Změna finanční situace | 38 |
| Úmrtí blízkého přítele | 37 |
| Přeřazení na jinou práci | 36 |
| Závažné neshody s partnerem | 35 |
| Půjčka vyšší než 50 000 Kč | 31 |
| Větší dluhy | 30 |
| Změna odpovědnosti v zaměstnání | 29 |
| Syn nebo dcera opouští domov | 29 |
| Konflikty s tchánem (tchyní, zetěm, snachou) | 29 |
| Mimořádný osobní čin nebo výkon | 28 |
| Manžel/ka nastupuje či končí zaměstnání | 26 |
| Vstup do školy nebo její ukončení | 26 |
| Změna životních podmínek | 25 |
| Změna životních zvyklostí | 24 |
| Problémy a konflikty se šéfem | 23 |
| Změna pracovní doby nebo podmínek | 20 |
| Změna bydliště | 20 |
| Změna školy | 20 |
| Změna trávení volného času | 19 |
| Změna činností v církevní oblasti | 19 |
| Změna ve společenské činnosti | 18 |
| Půjčka menší než 50 000 Kč | 17 |
| Změna spánkových zvyklostí a režimu | 16 |
| Změny v širší rodině (sňatky, úmrtí) | 15 |
| Změna stravovacích zvyklostí | 15 |
| Dovolená | 13 |
| Vánoce | 12 |
| Přestupek proti zákonu a jeho projednávání | 11 |

Zdroj: Švingalová, 2006, str. 23)

Příloha č. 4 Vyhořívám?

INSTRUKCE:

Projděte svůj pracovní i mimopracovní život za posledních šest měsíců. Potom si přečtete jednotlivé výroky a určete, jak často se u vás jednotlivé příznaky projevovaly. Nakonec body sečtete.

HODNOCENÍ:

1 = zřídka, 2 = občas ano, 3 = napůl ano, 4 = často ano, 5 = téměř vždy ano

1. Jsem unavený (á), i když mám dostatek spánku.
2. Jsem nespokojený (á) se svou prací.
3. Cítím se smutný (á) bez jasného důvodu.
4. Jsem zapomnětlivý (á).
5. Snadno se rozčílím a utrhnu se na lidi.
6. Vyhýbám si lidem v práci a soukromém životě.
7. Mám potíže se spaním, protože mám starosti v práci.
8. Jsem více nemocen (ná) než dříve.
9. Můj přístup k práci lze definovat: „Proč se namáhat?“
10. Dostávám se do konfliktů.
11. Moje výkony v práci nejsou nejlepší.
12. Piji alkohol a beru léky, abych se cítil (á) lépe.
13. Komunikace s lidmi mě vyčerpává.
14. Nemohu se soustředit na práci tak jako dříve.
15. Práce mě nudí.
16. Pilně pracuji, ale s malými výsledky.
17. Cítím se znechucený (á) ze své práce.
18. Nerad (a) chodím do práce.
19. Společenská zábava mě unavuje.
20. Sexuální život nestojí za vynaložené úsilí.
21. Většinou se ve svém volném čase dívám na televizi.
22. Není toho moc, na co se ve své práci mohu těšit.
23. Práce mi dělá starosti i v době volna.
24. Moje pracovní pocity zasahují i do mého soukromého života.

25. Práce se mi zdá bezúčelná.

VÝSLEDKY:

25 – 50 bodů – jste na tom dobře.

51 – 75 bodů – jste v pořádku, pokud podniknete preventivní opatření.

76 – 100 bodů – jste kandidátem na pracovní vyhoření.

101 – 125 bodů – už vyhoříváte.

Zdroj [40]: Potter, 1997, str. 12 – 13)

Příloha č. 5 Dezinfekce



Zdroj: <http://cz.hartmann.info/125842.php>

Příloha č. 6 Ochranné rukavice



Zdroj: <http://www.ochrannepomucky.cz/images/0006-S2.jpg>

Příloha č. 7 Ochranný oblek



Zdroj: <http://www.triodon.cz/index.asp?modul=produkt&id=1477&sek=eshop>

Příloha č. 8 Ochranné brýle



Zdroj: <http://www.disamsafety.cz/2800-ochranne-bryle-bezbarvy-zornik/>

Příloha č. 9 Ochranná přilba



Zdroj:http://www.korus.eu/3m/index.php?main_page=product_info&cPath=50&products_id=381

Příloha č. 10 Ústenka



Zdroj:<http://www.elmed.cz/produkty/spotrebni-material/jednorazove-pomucky/ustenky.html>

Příloha č. 11 Internetové články napadení záchranářů

„Mladík se v sanitce pokusil udeřit jednoho ze záchranářů do hlavy, ten jeho úder vykryl, utrpěl při tom ale zlomeninu zápěstí.“ [49]

„Opilý sedmatřicetiletý pacient napadl lékaře záchranné služby a způsobil mu zhmoždění obličeje a vykloubil mu rameno. Záchranář musel vyhledat lékařské ošetření, je v pracovní neschopnosti.“ [50]

„Za jízdy do zdravotnického zařízení však projevy násilného chování agresora stoupaly a následně v ambulantním prostoru sanitního vozu eskalovaly až ve fyzické napadení posádky.“ [51]

„Jedenadvacetiletý mladík pod vlivem drog napadl v pražské Zbraslavi záchranáře a zlomil mu zápěstí. Krátce před třetí hodinnou ranní byla posádka Zdravotnické záchranné služby hlavního města Prahy přivolána na Zbraslavské náměstí k potyčce skupiny mladíků, z nichž jeden měl mít poranění v obličeji. Na místě posádka skutečně našla jedenadvacetiletého mladíka pod vlivem drog a rozhodla se jej převézt do nemocnice. Během transportu však mladík zaútočil na záchranáře, který s ním seděl vzadu a při pokusu vykryt ránu směřující mu na hlavu utrpěl záchranář zlomeninu zápěstí. Na místo se dostavila policie, která pak doprovodila mladíka až do nemocnice v Motole, kde skončil také napadený záchranář.“ [52]