

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH VĚD

Ústav ošetrovatelství

Bc. Eva Vašicová

**Životní styl zdravotnických záchranářů města Ostravy
v souvislosti s výkonem jejich povolání**

Diplomová práce

Vedoucí práce: PhDr. Sabina Psennerová

Olomouc 2012

ANOTACE

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Název práce: Životní styl zdravotnických záchranářů města Ostravy v souvislosti s výkonem jejich povolání

Název práce v AJ: Ostrava city medici rescue squad's lifestyle in association with their job performance

Datum zadání: 27. 1. 2011

Datum odevzdání: 30. 7. 2012

Instituce: Univerzita Palackého v Olomouci
Fakulta zdravotnických věd
Ústav ošetřovatelství

Autor práce: Bc. Eva Vašicová

Vedoucí práce: PhDr. Sabina Psennerová

Instituce: Univerzita Palackého v Olomouci
Fakulta zdravotnických věd
Ústav ošetřovatelství

Oponent práce:

Abstrakt v ČJ: Tato diplomová práce se zabývá životním stylem zdravotnických záchranářů města Ostravy v souvislosti s výkonem jejich povolání.

V teoretické části se věnuji vymezení pojmu zdravotnický záchranář a dále jednotlivým faktorům životního stylu.

Poté následuje část praktická, která je založena na datech získaných dotazníkovým šetřením a která na základě statistického zpracování ukazatelů životního stylu a ukazatelů výkonu povolání odpovídá na předem stanovené cíle a hypotézy, jež jsou sestaveny na základě předem prostudované literatury.

Abstrakt v AJ: This thesis deals with the City of Ostrava paramedics' lifestyle in connection with their profession.

The theoretical part defines the term paramedic and furthermore, it focused on individual lifestyle factors. This part is followed by a practical part based on questionnaire data.

The practical part, on the basis of statistic data treatment of lifestyle and job performance indicator, also anters the pre-given goal and hypothesis that are generated from pre-perused literature.

Klíčová slova v ČJ: zdravotnický záchranář, životní styl, povolání, výživa, spánek, návykové látky, stres

Klíčová slova v AJ: paramedic, rescue worker, quality of life, lifestyle, nutrition, profession, alcohol, smoking, drugs, stress

Rozsah: 84 str. (+ 4 str. přílohy)

Prohlašuji, že jsem svou diplomovou práci vypracovala samostatně, k jejímu vypracování jsem použila pouze uvedené informační zdroje. Současně souhlasím s využitím mé diplomové práce k dalším studijním účelům.

V Tísku, 27. 7. 2012

.....

podpis

Na tomto místě děkuji PhDr. Sabině Psennerové za odborné vedení mé práce, její ochotu, vstřícnost, cenné rady a podnětné připomínky, bez kterých by tato diplomová práce nemohla vzniknout. Taktéž děkuji všem účastníkům výzkumu za jejich čas při vyplňování dotazníku.

OBSAH

ÚVOD	7
1 PROFESE ZDRAVOTNICKÉHO ZÁCHRANÁŘE.....	8
1.1 LEGISLATIVA	8
2 ŽIVOTNÍ STYL.....	11
2.1 PITNÝ REŽIM A VÝŽIVA	11
2.2 KONDICE ZÁCHRANÁŘE	14
2.3 SPÁNEK A JEHO PORUCHY	18
3 PRACOVNÍ PROSTŘEDÍ.....	20
4 STRES.....	23
4.1 PRACOVNÍ STRES A ZÁTĚŽ VE ZDRAVOTNICTVÍ.....	26
4.2 PSYCHOLOGICKÁ PÉČE O ZDRAVOTNICKÉ ZÁCHRANÁŘE.....	27
5 NÁVYKOVÉ LÁTKY	29
5.1 ALKOHOL.....	29
5.2 KOUŘENÍ.....	31
6 FORMULACE PROBLÉMU.....	33
6.1 VÝSLEDKY VÝZKUMU A JEJICH INTERPRETACE	36
6.2 VYHODNOCENÍ HYPOTÉZ	55
DISKUZE	66
ZÁVĚR	71
LITERATURA.....	73
SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ	79
SEZNAM OBRÁZKŮ	80
SEZNAM GRAFŮ	81
SEZNAM PŘÍLOH.....	84

ÚVOD

Životní styl je téma, které se v dnešní době velmi často skloňuje v celé společnosti. Jsme si vědomi toho, že dnešní doba nás nutí žít v rychlém tempu, ale zároveň si uvědomujeme, že náš životní styl a s ním související zdraví, si ve velké míře můžeme ovlivnit sami svým chováním, jednáním, zvyky. Netřeba zmiňovat, že způsob, jakým žijeme, je ovlivněn i výkonem našeho povolání, zvláště v oblasti zdravotnictví, kdy jsou na pracovníky kladeny stále větší profesní požadavky v kombinaci s prací v časové tísní, a z toho vyplývajícího stresu (Fišerová, 2011, s. 6, online).

Zdravotničtí záchranáři jsou poskytovatelé specifické ošetrovatelské péče, mohou pracovat nejen ve výjezdových jednotkách, ale i na lůžkových odděleních nemocničních zařízení (Brůha, Prošková, 2011, s. 241), ovšem tato diplomová práce je zaměřena na životní styl zdravotnických záchranářů, kteří pracují pouze u výjezdových jednotek.

Toto téma jsem si zvolila proto, neboť jsem v rámci svého bakalářského studia absolvovala praxi u zdravotnické záchranné služby. Díky tomu jsem měla možnost udělat si představu o tom, jak toto náročné povolání, které záchranáře ovlivňuje nejen fyzicky, ale hlavně psychicky, má vliv na jejich životní styl, což bylo i podnětem pro zpracování této diplomové práce.

Teoretická část obsahuje vymezení pojmu zdravotnický záchranář, je zde definován životní styl a dále je zaměřena na jednotlivé faktory, které způsob našeho života ovlivňují.

Praktická část byla realizována dotazníkovou formou a cílem výzkumu byla sumarizace vlivu výkonu profese zdravotnického záchranáře na jeho životní styl.

1 PROFESE ZDRAVOTNICKÉHO ZÁCHRANÁŘE

Obsahem profese je zejména poskytování specifické ošetrovatelské péče na úseku neodkladné péče – záchranné služby, zdravotničtí záchranáři mohou ale též pracovat v lůžkových zařízeních na odděleních akutního příjmu a na úseku anesteziologicko – resuscitační péče (Brůha, Prošková, 2011, s. 241).

Charakteristickým rysem záchranáře je schopnost improvizace, akčnost, odvaha a jsou schopni pracovat v týmech, k tomu se většinou projevují jako silně extrovertní lidé s výraznou potřebou pomáhat společnosti v krizových situacích bez ohledu na vlastní nepohodlí (Argayová, I., 2010, s. 15).

Práce zdravotnického záchranáře úzce souvisí s oborem urgentní medicíny, což je obor, který se zabývá poskytováním, organizováním a vědeckým zkoumáním neodkladné péče u stavů, které bezprostředně ohrožují postiženého na životě a v důsledku prohlubování chorobných změn mohou vést k smrti pacienta. Urgentní medicína je multidisciplinární obor, který se věnuje závažným stavům všech klinických oborů.

Významnou složkou oboru je i složka organizační. Zabývá se odborným transportem a správným směřováním ošetřených pacientů do vhodného cílového zařízení, schopného poskytnout definitivní a efektivní zdravotní péči (Předlékařská první pomoc do škol, 2012, online).

1.1 Legislativa

Odborná způsobilost k výkonu povolání zdravotnického záchranáře je v rámci legislativy ošetřena v zákonu 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). Konkrétně v Hlavě II., Dílu 1., § 18. se charakterizuje získání odborné způsobilosti k výkonu povolání zdravotnického záchranáře absolvováním:

a) akreditovaného zdravotnického bakalářského studijního oboru pro přípravu zdravotnických záchranářů,

b) nejméně tříletého studia v oboru diplomovaný zdravotnický záchranář na vyšších zdravotnických školách, nebo

c) střední zdravotnické školy v oboru zdravotnický záchranář, pokud bylo studium prvního ročníku zahájeno nejpozději ve školním roce 1998/1999.

(2) Zdravotnický záchranář, který získal odbornou způsobilost podle odstavce 1 písm. c), může vykonávat své povolání bez odborného dohledu až po 3 letech výkonu povolání zdravotnického záchranáře. Do té doby musí vykonávat své povolání pouze pod odborným dohledem.

(3) Odbornou způsobilost k výkonu povolání zdravotnického záchranáře má také zdravotnický pracovník, který získal odbornou způsobilost k výkonu povolání všeobecná sestra podle § 5 a specializovanou způsobilost v oboru sestra pro intenzivní péči a byl členem výjezdové skupiny zdravotnické záchranné služby nejméně v rozsahu alespoň poloviny týdenní pracovní doby po dobu 5 let v posledních 6 letech.

(4) Za výkon povolání zdravotnického záchranáře se považuje činnost v rámci specifické ošetrovatelské péče na úseku neodkladné, anesteziologicko-resuscitační péče a akutního příjmu. Dále se zdravotnický záchranář podílí na neodkladné léčebné a diagnostické péči (Portál veřejné správy, 2012, online).

V rámci specializačního vzdělávání (legislativně ukotveno v hlavě V dílu 3 zákona č. 96/2004 Sb.) mají zdravotničtí záchranáři možnost specializovat se v oboru Urgentní medicína, kdy po úspěšném dokončení tohoto specializačního vzdělávání zdravotnický záchranář nese označení odbornosti ‚Zdravotnický záchranář pro urgentní medicínu‘ (NCO NZO, 2012, online).

Podmínkou k zařazení do tohoto specializačního vzdělávání je délka výkonu povolání zdravotnického záchranáře po dobu minimálně 36 měsíců v úvazku 1,0, z toho minimálně 12 měsíců na pracovišti zdravotnické záchranné služby v úvazku 1,0. Optimální doba specializačního vzdělávání je 18 – 24 měsíců. Tuto dobu lze prodloužit nebo zkrátit při zachování počtu hodin vzdělávacího programu, část specializačního vzdělávání lze rovněž absolvovat distanční formou studia (MZČR, 2012, online).

Kompetence zdravotnických záchranářů právně ošetřuje vyhláška č. 55/2011 Sb. o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků

Kompetence zdravotnických záchranářů právně ošetřuje vyhláška č. 55/2011 Sb. o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, kdy zdravotnický záchranář vykonává činnost podle § 3 odst. 1 a dále bez odborného dohledu a bez indikace poskytuje v rámci přednemocniční péče, včetně letecké záchranné služby, a dále v rámci anesteziologicko-resuscitační péče a v rámci akutního příjmu specifickou ošetrovatelskou péči (Portál veřejné správy, 2012, online).

Náplní specifické ošetrovatelské péče v rámci přednemocniční neodkladné péče je například:

- monitoring a hodnocení vitálních funkcí, včetně snímání EKG, monitorování pulzním oxymetrem, hodnocení poruch srdečního rytmu,
- provádění kardiopulmonální resuscitace, defibrilace srdce,
- zajištění dýchacích cest,
- zajištění periferního žilního vstupu,
- provádění a posuzování orientačního laboratorního vyšetření určených pro urgentní medicínu,
- ošetřování ran, včetně zástavy krvácení,
- zajištění a provedení bezpečného vyproštění, polohování, imobilizace a transportu pacientů do zdravotnického zařízení, včetně zajišťování bezpečnosti pacientů během transportu,
- v rámci integrovaného záchranného systému se podílí na řešení následků hromadných neštěstí, v rozsahu své odborné způsobilosti,
- zajištění péče o tělo zemřelého, je-li to nutné,
- zajištění přejímání, kontroly a uložení léčivých přípravků, zdravotnických prostředků a prádla, zajištění jejich dostatečné zásoby (Portál veřejné správy, 2012, online).

2 ŽIVOTNÍ STYL

J. Duffková rozlišuje životní styl jednotlivce a skupiny, kdy životní styl jednotlivce definuje jako ve značné míře konzistentní životní způsob jednotlivce, jehož jednotlivé části si navzájem odpovídají, jsou ve vzájemném vztahu, vycházejí z jednotného základu, mají společné jádro, resp. určitou jednotící linii, tj. jednotný ‚styl‘, který se jako červená linie prolíná všemi podstatnými činnostmi, vztahy, zvyklostmi apod. nositele životního stylu (Kubátová, 2010, s. 13). Tuto definici lze dobře vztáhnout na práci zdravotnických záchranářů, kteří pracují na základě individuálních znalostí a dovedností ve spojení s týmovým úsilím.

Autorka Machová definuje životní styl zahrnutím formy dobrovolného chování v daných životních situacích, které jsou založeny na individuálním výběru z různých možností a kdy se můžeme rozhodnout pro zdravé alternativy z možností, které se nabízejí, a odmítnout ty, jež zdraví poškozují. Jde tedy o souhrn dobrovolného chování – výběrem a životní situací - možností (Machová, 2009, s. 16).

Životní styl je rovněž jednou z determinant zdraví a je to zevní faktor, který má přímý vliv na zdraví z 50 procent (Vrum, 2007, s. 46). K hlavním atributům životního stylu patří výživa, tělesná aktivita, sexuální zdraví, konzumace návykových látek – alkoholu, tabáku, drog (Marková, 2012, s. 7).

2.1 Pitný režim a výživa

Pitný režim

Jelikož lidský organismus tvoří z přibližně 40% pevných látek a 60% tekutiny, je dostatek vody základní podmínkou plné funkce všech tělesných orgánů. Tato tekutina je organickou součástí živých těl, dále je hlavní složkou jejich vnitřního prostředí, je regulátorem teploty organismu, udržuje strukturu tkání a je základem slin, žaludečních a střevních šťáv. Je nezbytná pro správnou funkci látkové výměny, umožňuje správnou funkci ledvin, zažívacího traktu a je nezbytná také k vylučování škodlivých látek a zplodin, které vznikají v lidském těle (Lajčíková, 2010, s. 16).

Za nejvhodnější k stálému pití můžeme považovat čisté vody – pitné vody z vodovodu, balené kojenecké, pramenité a slabě mineralizované přírodní minerální vody (Lajčíková, 2010, s. 17).

Denně bychom měli vypít 2- 3 litry tekutin, množství ale záleží také na tom, v jakém prostředí se pohybujeme a jakou činnost provádíme. Více bychom měli pít v horkém prostředí, pokud těžce pracujeme či sportujeme. Příjem by měl být taktéž plynulý během celého dne (Kunová, 2004, s. 62).

Nedostatek tekutin v organismu může způsobit problémy jak akutní, tak chronické. Mezi akutní příznaky mírné dehydratace organismu můžeme zařadit bolest hlavy, únavu, malátnost a celkový pokles výkonnosti, a to jak tělesné, tak i duševní – mezi tyto projevy patří prodloužení reakčních časů, zhoršená koncentrace, nesoustředěnost při práci, riziko pracovních úrazů a chybných úkonů. Zároveň jsou se ztrátami tekutin spojeny i ztráty solí, hlavně jde o ionty sodíku, draslíku, chloridy, vápník, hořčík, železo. Ztráta solí může vyvolat křeče organismu.

Chronické důsledky nedostatku tekutin v organismu jsou únava, bolesti hlavy, bolesti kloubů, zácpa, později i poruchy funkce ledvin, tvorba ledvinových kamenů (Lajčíková, 2010, s. 16).

Při práci v komfortním prostředí dehydratace nepřesahuje 2 %, kdy se jedná o normální stav a jediným příznakem deficitu vody je žízeň (Sýkora, 2009, s. 74).

Tekutiny jsou z organismu vylučovány močí, stolicí, dýcháním, pocením. Produkce potu, stejně jako jeho množství, závisí na fyzické námaze a teplotě prostředí, ve kterém se jedinec pohybuje. Pokud dojde k extrémní tepelné zátěži, ztráta tekutin může být až 1,5 litru za hodinu. Denní potřeba dospělého člověka v běžných podmínkách a bez nadměrné tělesné aktivity se pohybuje kolem 2,5 až 3 litrů (Lajčíková, 2010, s. 17).

Pitný režim je ošetřen i legislativně s ohledem na zaměstnance pracující v horku, případně v chladu, nařízením vlády č. 361/2007 Sb., kterým se stanoví podmínky ochrany zdraví při práci ve znění nařízení vlády č. 68/2010Sb.

Ochrannými nápoji jsou chráněni pracovníci, kteří v horku vykonávají práci spojenou s vyšším energetickým výdejem. Pokud ale není teplota prostředí více než 26°

Celsia, nebo pokud zaměstnanci provádějí fyzicky méně náročnou práci, nárok na ochranný nápoj nevzniká (Lajčíková, 2010, s. 17).

V rámci praxe absolvované na výjezdních stanovištích záchranné služby jsem měla možnost pozorovat dodržování pitného režimu záchranářů - většina pracovníků si vozí 1, 5 litrové láhve tekutin v sanitkách pro případ, že by se nahromadilo více výjezdů za sebou, a oni neměli možnost se delší dobu vrátit na základnu. Jelikož je ale práce nárazová a pracovní nasazení se střídá s obdobím pracovní pohotovosti, jsou i tací, kteří pít s sebou v sanitních vozech nevozí a spoléhají na zdroje na základnách záchranné služby.

Výživa

Výživa jako jeden z důležitých faktorů ovlivňuje zdravotní stav, kdy pod pojmem racionální výživa rozumíme soubor znalostí a návodů týkajících se kvality a kvantity přijímané potravy, nejen vzhledem k současným, ale i předvídaným nárokům organismu (Jirák, 2007, s. 102).

Racionální (správná) výživa musí být vyvážená jak po stránce kvantitativní, tak i kvalitativní. Kvantitativní hledisko zahrnuje příjem energie, který by měl odpovídat jejímu výdeji, proto lidé, kteří více fyzicky pracují, mají větší energetické nároky než ti, kteří vykonávají lehkou svalovou práci (Fišerová, 2011, s. 14).

Při vyšším příjmu potravy a nedostatečném energetickém výdeji se začne ukládat zásobní tuk a vzniká nadváha až obezita. Kvalitativní hledisko se zaměřuje na vyváženost a rozmanitost stravy. Cílem je zajištění optimálního přísunu vitamínů, minerálů a všech potřebných živin včetně vody. Následkem nedostatečného přísunu jakékoli z těchto látek je oslabení imunitního systému, větší riziko vzniku onemocnění kardiovaskulárního systému či rakoviny (Fišerová, 2011, s. 14).

Právě kvalita a kvantita stravování je v profesi zdravotnického záchranáře velmi ohrožena. Práce na směny, výjezdy v jakoukoli dobu, fyzicky náročné zásahy, kumulované výjezdy, kdy se třeba i více hodin nedostanou pracovníci zpět na základnu a bez možnosti předem počítat s pauzou na oběd často řeší pracovníci například konzumací jídla z tzv. „fast-foodu“.

Bazální metabolismus (BM) je látková výměna, která pokrývá základní vitální funkce organismu, jakákoli fyzická aktivita může zvýšit energetický výdej až na několiknásobky BM. O 25-60 % zvyšuje BM lehká svalová činnost, mezi kterou můžeme zařadit sezení, stání, mírnou chůzi, středně těžkou svalovou činnost (rychlá chůze, plavání) zvyšuje BM o 100 a více % a těžká svalová práce BM zvyšuje až o 600 – 1500 % (Jirák, 2007, s. 102).

Potrava by se měla skládat z živin (cukrů, tuků, bílkovin, ideálně v poměru bílkoviny 14 %, tuky 30 %, sacharidy 56 %), minerálních látek (mikro a makroelementů) a vitamínů (Jirák, 2007, s. 103, 107, 108).

Důležité ve zdravé výživě je také konzumovat všechny jídla během dne - snídani, oběd, večeři, stejně jako svačinky (mezi snídaní a obědem, obědem a večeří) nebo druhé večeře. (Kunová, 2004, s. 88, 89, online).

2.2 Kondice záchranáře

Pohybová aktivita je pro zdravotnické záchranáře, stejně jako pro zbytek populace, ve všech věkových skupinách nezbytná. Udržuje silné a výkonné svaly, které zajišťují správné postavení kosterního skeletu, dále je nezbytná pro zdravé kosti, má vliv na správnou činnost dýchací, cévní soustavy a také na harmonizaci psychického stavu. Rovněž pomáhá udržet tělesnou hmotnost (Marková, 2012, s. 24).

Tělesná kondice zahrnuje čtyři složky. Jde o složky vytrvalostní (zda a jakým způsobem je organismus schopen zásobovat tkáň kyslíkem), svalovou sílu, pohyblivost kloubů, šlach, vazů a koordinaci pohybu. Pro zdraví je nejdůležitější složka vytrvalostní. Ta závisí na účinnosti a výkonnosti srdce, krevního oběhu, plic, svalů (Kubátová, 2009, s. 43).

Pohybová aktivita	Vytrvalost (aerobní zdatnost)	Svalová síla	Pohyblivost	Koordinace
rychlá chůze	++	+		
chůze do kopce, schodů	+++	++		
běh, jogging	+++	++	+	+
cyklistika	+++	++	+	++
plavání	+++	+++	++	+++
fotbal	++	+++	++	++
tenis	++	+++	+++	+++
kulturistika		+++	+	++
gymnastika	+	++	+++	+++
aerobik	+++	+	++	+++
jóga		+	+++	++
jízda na koni		+++		++++++
práce na zahradě	++	+++	+	++

Vysvětlivky: účinek dobrý +, velmi dobrý ++, vynikající +++

Obr. 3 Složky tělesné zdatnosti a vhodné pohybové aktivity k jejich rozvoji (Kubátová, 2009, s. 43)

V práci zdravotnického záchranáře je velmi důležitá jeho kondice. Obecně by měli být záchranáři urostlí, silní a odolní, aby v každé okamžiku zásahu to byli oni, kdo zachraňují, a nedostávali se do role zachraňovaných kvůli své slabosti. To, že svou práci za každých okolností fyzicky a psychicky zvládnou a provedou vzhledem k podmínkám co nejdokonaleji, rychle a s nejvyšší mírou bezpečnosti pro obě strany svědčí o vysoké profesionalitě. (Kotáb, 2011, s. 36)

Fyzicky ideálním typem záchranáře by měl být zdravý, fyzicky zdatný jedinec, který je výborným plavcem, nebojí se výšek ani hloubek, je odolný vůči horku i zimě, má velmi dobré reakce a dále má schopnosti se učit, improvizovat, prospívat kolektivu, dlouhodobě na sobě pracovat, být odvážný a čestný (Kotáb, 2011, s. 37).

Jelikož současný trend je pracovat ve většině případů ve dvou (v případě rychlých zdravotnických služeb), respektive ve třech až čtyřech (v případě rychlých lékařských služeb), je nutné si své zdraví a výkonnost udržovat co nejdéle, dbát na pravidelnost fyzických cvičení, správné držení těla a správnou životosprávu (Kotáb, 2011, s. 37).

Tělesnou zdatnost můžeme rozvíjet dvěma způsoby:

1) *Sportovně orientovanou zdatností*, která klade podstatu na efektivní metody tréninku a vykazování sportovních výsledků. Tento způsob neklade důraz na zdravotní optimum organismu, z tohoto důvodu může dojít k tomu, že složky tělesné zdatnosti nejsou rozvíjeny stejnou měrou (Kubátová, 2009, s. 43).

2) *Zdravotně orientovanou zdatností*, která rozvíjí rovnoměrně všechny složky tělesné zdatnosti. Jejím cílem je pozitivní dopad pohybových aktivit na organismus. Zároveň respektuje věkově, pohlavním i zdravotně specifiku jedince (Kubátová, 2009, s. 44).

Jako motivace k udržení kondice či k cvičení může sloužit:

- zvládnout všechny nároky a krizové situace svého povolání,
- být zdravý, být platným členem rychlé zdravotnické služby až do důchodu,
- získat sebekázeň, poznat hranice svého těla a jeho potřeby,
- naučení se nových pohybů, získání větší výkonnosti,
- dobře vypadat,
- naučit se přiměřeně regenerovat a relaxovat, dodržování životosprávy,
- být psychicky silnější, odolnější, růst sebevědomí a sebejistoty (Kotáb, 2011, s. 38).

Pokud se budeme věnovat možnostem zvyšování či udržování kondice, měli bychom začít všeobecnou přípravou, která by měla být úvodní etapou zvyšování fyzické výkonnosti. Ve všeobecné přípravě se používají cvičení o nižší intenzitě, větším počtu opakování, můžeme zde zařadit také některá relaxační cvičení nebo cviky charakteru jógy. Intenzitu cvičení je možné hlídat individuálně, například měřením tepové frekvence. Forma zátěže by měla být co nejvšestrannější, můžeme provozovat plavání, cyklistiku, běh, míčové hry, kondiční gymnastiku, nebo bojové sporty. V této etapě všeobecné přípravy je kladen důraz na soustavnost, je vhodné cvičit spíše častěji a méně než nárazově a přehnaně (Kotáb, 2011, s. 38).

Pro práci záchranářů je rovněž velmi důležitá síla, proto k rozvoji síly je vhodné například lezení po žebříku nebo lezecké stěně, lze také cvičit s činkami nebo na trenažérech. Je nutné si ale dát pozor na jednostranné zatížení. (Kotáb, 2011, s. 36).

Pro trénink vytrvalosti lze použít různé formy kruhových tréninků. Vytrvalost významně ovlivňuje morálně volní vlastnosti, stavba těla, nadváha. Je otázkou jak trénovanosti svalů, tak i oběhového systému, srdce, plic a cévního řečiště, schopnosti předávat svalům kyslík a živiny. Při vytrvalostním tréninku je velmi důležité doplňování tekutin (Kotáb, 2011, s. 38).

Budování kondice stojí určité sebezapření – sportovat lze v každém počasí, ale člověk musí mít onu schopnost potrápít sebe sama. Zasahovat musí záchranáři také za každého počasí. Důležité je ale ohlídat si, zda si sportem neublíží (Kotáb, 2011, s. 35).

Pohyb je nutný nejen pro zvyšování kondice, ale je rovněž nezbytným a nejpřirozenějším předpokladem k udržení a upevnování normálních fyziologických funkcí organismu:

- zvyšuje tělesnou zdatnost,
- snižuje hladinu cholesterolu,
- zvyšuje odolnost vůči stresu a pocit duševní pohody,
- zpevňuje kosti, zmenšuje riziko zlomenin,
- zlepšuje prokrvení kůže,
- je prevencí rozvoje civilizačních chorob (Kubátová, 2009, s. 58).

V začátcích tréninků je většinou pociťovaná bolest, díky nešikovnosti, pohybovým chybám a kvůli adaptaci svalů na zatížení, tato bolest ale většinou mizí s postupnou trénovaností jedince. Kotáb ve svém článku zmiňuje rovněž strach jako faktor rozvoje sportovní přípravy záchranáře. Píše, že pokud se naučíme překonávat strach a únavu v tréninku, pomůže nám to i v krizových situacích, kdy hrají roli pohybové zkušenosti a zkušenost v překonávání psychicky náročných stavů. (Kotáb, 2011, s. 35).

Po tréninkové přípravě bychom neměli zapomínat též na pravidelnou regeneraci, do které lze započítat kvalitní stravu, povolené potravinové doplňky, masáže, vodní procedury, bahenní procedury, elektroterapie, fyzioterapie, sauna (Kotáb, 2011, s. 35).

2.3 Spánek a jeho poruchy

Spánek a odpočinek jsou podstatné faktory tělesného a duševního zdraví, patří taktéž mezi základní lidské potřeby. Během spánku dochází v našem těle ke zpomalení činnosti srdce, útlumu dýchání, prokrvení svalstva a jeho tonus se snižuje, nastává, celkové psychické uvolnění. Doba spánku, kterou potřebujeme, se liší u každého jedince, v dospělosti se udává 6-8 hodin (Fišerová, 2011, s. 43, online).

Spánek má rovněž význam pro psychickou kondici člověka. Po delší době nekvalitního, zkráceného spánku se zhoršuje soustředění, mentální výkon, objevuje se slabost dolních končetin, točení hlavy, nevolnost. Během spánku se rovněž fixuje paměťová stopa (Borzová, 2009, s. 11).

Se směnovým provozem souvisí také poruchy spánku, které jsou nejvýraznějším důsledkem narušením biorytmu v nepřetržitých provozech (Fišerová, 2011, s. 48, online).

Poruchy spánku

- **Dyssomnie:**
 - vyvolané vnitřními příčinami: narkolepsie, psychofyziologická nespavost, periodické pohyby nohou syndrom neklidných nohou,
 - vyvolané vnějšími příčinami: výšková insomnie, přechodná insomnie, nedostatek nedostatek režimu,
 - poruchy cirkadiánní rytmičky: intolerance směnného provozu, nepravidelný rytmus spánek/bdění.
- **Parasomnie:**
 - poruchy probouzení,
 - poruchy přechodu spánek/bdění – noční křeče v lýtkách, mluvení ze spaní,
 - vázané na REM-fázi spánku – noční můry, poruchy chování,
 - jiné – chrápání, skřípání zubů, noční pomočování.

- **Poruchy spánku spojené s duševní či neurologickou poruchou:**
 - psychózy, úzkostné poruchy, panické stavy, depresivní poruchy, manické alkoholismus.
- **Poruchy spánku spojené se somatickou poruchou:**
 - noční astma, noční srdeční ischemie, vředová choroba, fibrotický syndrom.
- **Jiné spánkové poruchy – atypie spánku:**
 - potřeba krátkého spánku, potřeba dlouhého spánku, syndrom nedostatečné bdělosti, vegetativní dysfunkce, atypie způsobené hormonálními vlivy (Borzová, 2009,s. 17,18).

Nespavost je stav, kdy spánek je nekvalitní, neosvěžující, neuspokojující a narušuje kvalitu denního fungování. Mezi formy nespavosti patří časná nespavost, střední nespavost a pozdní nespavost (Borzová, 2009, s. 32).

3 PRACOVNÍ PROSTŘEDÍ

Pracovní prostředí je nutné upravovat tak, aby optimálně působilo na lidské smysly a skrz ně na jednání, myšlení a city člověka. Je tedy nutné zajišťovat nejvhodnější a člověku nejpříjemnější pracovní podmínky, které by dokázaly umožnit vysokou produktivitu lidské práce a současně pracovní pohodu, což v tomto slova smyslu znamená souhrn hodnot a parametrů, které charakterizují pracovní prostředí a příznivě působí na činnost člověka.

Dokonalé pracovní prostředí je v této publikaci charakterizováno jako prostředí, kde jsou všechny složky kultury práce v souladu s úrovní techniky a technologie, z hlediska estetiky a ergonomie je prostředí dobře vyřešeno, má kladný vliv jak na produktivitu a kvalitu lidské práce, tak i na společenský rozvoj člověka a kultivaci jeho schopností a vlastností. (Štikar a kol., 2003, str. 47)

Podmínky práce

Lidský činitel – jde o soubor vlastností a schopností člověka, které jsou posuzovány hlavně z hledisek psychologických a fyziologických, které vždy nějakým způsobem v dané situaci ovlivňují výkonnost, efektivnost a spolehlivost pracovního systému (Skřehot, 2010 online).

Nejběžnějším schématem, kterým se vyjadřuje lidský činitel, je model SHELL. Tento model obecně vystihuje problematiku lidského činitele, kdy uprostřed je subjekt a kolem jsou vlivy, které ovlivňují jeho práci.

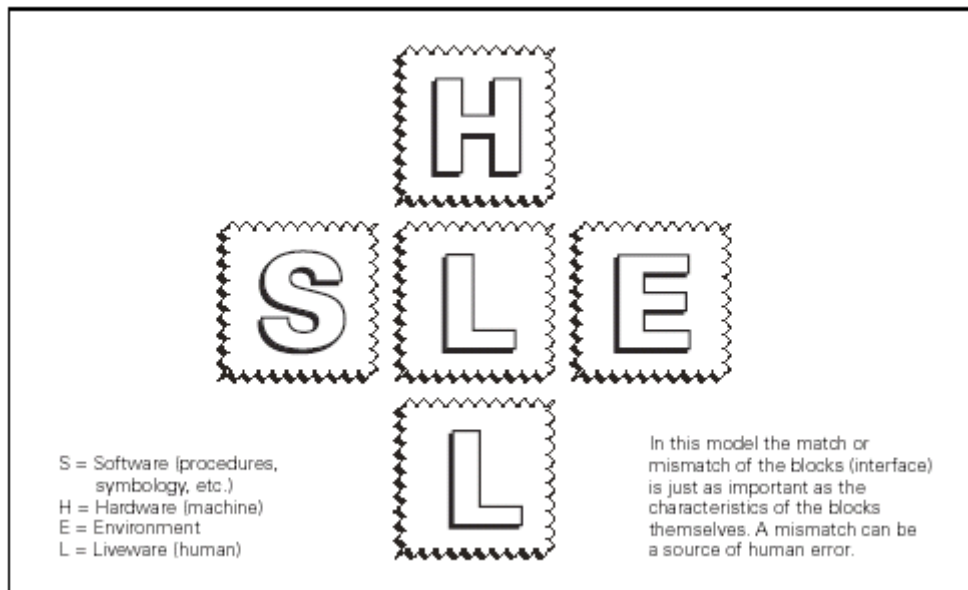
S – Software = programy. Jde o soubor informací a algoritmů, kterými se při práci řídíme a mezi tyto programy řadíme: zákony, vyhlášky, nařízení, směrnice, a tak dále.

H – Hardware = stroj. Jde o všechno hmotné, s čím pracujeme.

E – Enviroment = zevní prostředí. Hluk, vibrace, osvětlení, ochranné prostředky atd.

L – Lifeware = lidé, pracovní kolektiv, vedení podniku. Jde o sociálně interakční a komunikační prostředí

L – Liveware = pracovník. Jeho stav je určen úrovní teoretické a praktické připravenosti, fyzickou a psychickou kondicí atd. (VATSIM VACC-CZ, 2011, online).



Obr. 2: Model SHELL (<http://www.vacc-cz.org/forum/viewtopic.php?id=5291> (online) [cit. 2012-02-20]).

Úroveň pracovního prostředí je dána především:

- technicko-technologickými a materiálními podmínkami: např. fyzická, psychická zátěž,
- sociálními podmínkami: např. vztahy na pracovišti,
- organizačními podmínkami: např. organizace práce,
- subjektivními činiteli: např. úroveň schopnosti a znalostí pracovníka.

Fyzikálně chemické podmínky: vlivy hluku a vibrací, osvětlení, prachu, teploty a chemických škodlivin (Štikar a kol. 2003, str. 48).

Vlivy biorytmu, únavy a monotonie: v práci ve směně jsou nutné odpočinkové časy, aby mohlo dojít z napětí svalového i duševního k opětovnému uvolnění. Zvláště po noční směně, musí odpočinek být natolik dostatečně dlouhý, aby nezanechával spánkové dluhy (Štikar a kol. 2003, str. 53). Únava a monotonie je ovlivňována rytmem spánku a bdění. Únava je jevem přirozeným, projevuje se postupným ubýváním výkonnosti. Po delší pracovní době klesá nejen výkon, ale vyskytuje se čím dál více chyb. Pokud monotonie

práce na člověka nepůsobí pozitivně, negativně je ovlivněn pracovní výkon (Štikar a kol. 2003, str. 54).

Psychická zátěž

Jde o souhrn všech vlivů práce, pracovních podmínek a pracovního prostředí, které můžeme hodnotit, a které negativně ovlivňují pracovní pohodu, jsou zdrojem stresu, přináší sebou změny psychofyziologických funkcí a dále ovlivňují zdravotní stav pacientů. Do psychické zátěže můžeme zahrnout časový tlak, neboť je jeden z nejzávažnějších stresogenních činitelů. Do práce zdravotnických záchranářů tato zátěž určitě patří, neboť dle charakteru výjezdu se musí rozhodovat v časové tísně, musí okamžitě reagovat. Do této zátěže patří také směnný provoz a noční práce (Provazník, 2010, s. 120, 121, online).

Směnový provoz a noční práce

V praxi zdravotnického záchranáře je běžná práce s dvousměnným pracovním režimem, což je takový režim práce, v kterém se zaměstnanci vzájemně pravidelně střídají ve dvou směnách v rámci 24 hodin po sobě jdoucích (Brůha, Prošková, 2011, s. 402).

Práce se směnným provozem klade zvýšený nárok na adaptaci, která souvisí se změnami životního stylu, jako například omezení kontaktu s rodinnými příslušníky nebo omezení možnosti realizace společenských a kulturních zájmů. Směnová a noční práce má taktéž vliv na ovlivňování vztahů mezi vnitřními a vnějšími rytmy, kdy vnější rytmy (střídání dne a noci) působí na vnitřní rytmy (teplota, krevní tlak). Tato práce také může být příčinou různých zdravotních potíží, pocitů nedostatečného odpočinku, chronické únavy. Z fyziologického hlediska jsou nejdůležitějším problémem změny fází práce, spánku, stravování. S narušením cirkadiánního rytmu (v kombinaci s nedostatečným spánkem a příznaky únavy) souvisí následné chyby, selhání, vznik pracovních úrazů (Fišerová, 2011, s. 47, online).

4 STRES

Jelikož zdravotničtí záchranáři, jakožto poskytovatelé specifické ošetrovatelské péče, jsou vystavováni mnohým stresovým vlivům, které mohou ovlivnit jejich samotnou práci, je vhodné se zabývat otázkou stresu při výkonu tohoto povolání.

Jak udává Trojan, je stres nesespecifická reakce organismu na zátěžové vlivy (stresory), které mohou být mentální (vztek, strach), dále fyzikální (zima, horko), traumatické, ale je to i reakce na silnou námahu, hypoglykémii, hypoxii a podobné změny, které ohrožují organismus. (Trojan, 2003, s. 504)

Podle Joshiho je možné stres vymezovat jako skutečné, nebo implicitní ohrožení homeostázy (může být definována jako stabilita životaschopné fyziologické soustavy). Běžně se stres označuje jako událost nebo sled událostí, které mohou způsobovat reakci v podobě „distresu“, což můžeme označit jako „špatný“ stres, nebo se může jednat o události vypjaté, které vedou k pocitu radostné nálady, tedy „dobrého“ stresu. (Joshi, 2007, s. 19)

Naše tělo reaguje na stres stylem, který je možno charakterizovat slovy: boj, nebo útěk. (Mazůrková, 2002, s. 7)

Termín stres je ale velmi nejednoznačný. Můžeme ho použít ve významu působící události = stresor, někdy ale i ve smyslu odpovědi na tuto událost = stresová reakce. (Joshi, 2007, s. 19)

Stresory lze rozdělit na:

1. Vnitřní stresory: a) tělesné - bolest, námaha, hlad,
b) emocionální - obavy, strach, zlost,
c) kognitivní - negativní myšlenky, fantazie, postoje.
2. Vnější stresory: a) fyzikální - světlo, tma, chlad, teplo,
b) biochemické - alkohol, kofein, léky,
c) komplexní - časový tlak, přehnané požadavky na výkon (Břečka, 2010, s. 37).

Stres velmi ovlivňuje naše schopnosti vnímání, myšlení, paměť, čímž může dojít k omezení správně vnímat a vyhodnocovat informace. Proto je důležitý trénink na tyto situace. (Břečka, 2010, s. 37)

Reakce člověka na stres:

1) Poplachová reakce – dochází k aktivaci organismu na spouštěč (stresor). (Břečka, 2010, s. 37) Je charakterizovaná okamžitou aktivací sympatoadrenálního systému s vyplavením katecholaminů: dochází ke zvýšení srdeční frekvence, krevního tlaku, glykolýzy, lipolýzy – příprava na boj nebo útěk. (Jirák, 2007, s. 163)

2) Adaptační fáze – dochází k další aktivaci systému. Vyplavuje se kortizol, který svým glukoneogenetickým a lipolytickým účinkem (uvolňují se mastné kyseliny a glycerol) zajišťuje další substrát pro enegetické reakce. V této fázi je maximální schopnost odolnosti organismu ke zvládnání stresu. (Trojan, 2003, s. 506) V této fázi je největší spotřeba tělesné energie. (Břečka, 2010, s. 37).

3) Fáze vyčerpání- v případě, že je stres příliš silný, trvá-li příliš dlouho, nebo je-li nějak narušena sekrece kortizolu (např. porušením kůry nadledvin), organismus stresu podléhá a to hypotenzí, šokem, srdečním selháním atd. (Trojan, 2003, s. 505). Platí, že čím více bylo třeba vynaložit energie v druhé fázi, tím vyčerpanější jsme. (Břečka, 2010, s. 37)

Energii vydanou v druhé fázi reakce je třeba zpět dobít, k tomu je vhodné využit spánek, odpočinek, jídlo.

Stres je ale individuální záležitost každého jedince a teprve vlastní hodnocení rozhoduje o tom, co bude prožíváno stresově a co nikoli. Stres ve svých pozitivních stránkách je výzvou, která na nás klade vyšší nároky, pomáhá nás posunovat ve vývoji (Břečka, 2010, s. 37).

Podle studie, která byla provedena v Nizozemsku, a která zkoumala vliv akutních a chronických stresorů na zdraví záchranářů bylo zjištěno, že nejvíce stresující byly pro nizozemské záchranáře konfrontace se zemřelými dětmi, dále konfrontace s lidmi, kteří byli zoufalí, a konfrontace s dětmi, které byly obětmi sexuálního zneužívání – napadení nebo znásilnění (Ploeg, 2003, online).

Další studie, která byla tentokrát provedena na Slovensku, se zabývala zvládnáním stresu v práci zdravotnického záchranáře. Byla provedena na Prešovské Univerzitě pod vedením L. Miženkové, D. Rybárové, M. Požonské a B. Kollárové. Zjistilo se, že nejvíce stresové jsou pro záchranáře na Slovensku výjezdy ke kardiopulmonální resuscitaci a k polytraumatům, že jejich reakcí na tuto stresovou situaci bývá nejčastěji třes rukou, pocení, křičení na kolegy a nemožnost nalezení správné pomůcky, a že se snaží adaptovat na tuto situaci hlavně pozitivním myšlením (Miženková a kol., 2010, s. 192).

Jiná studie mezi stresové faktory působící na zdravotnické záchranáře uváděla neznámé okolí, ve kterém se záchranáři pohybují nebo možnost napadení duševně nestabilním nebo agresivním pacientem (vždyť stačí sledovat zprávy – téměř každý měsíc je možno zachytit v lepším případě jednu zprávu o napadení záchranářů pacientem, či někým z okolí zásahu). V této studii bylo také zjištěno, že v Nizozemsku je u pracovníků záchranné služby vyšší riziko vzniku syndromu vyhoření (a to 8, 6%) než u běžné pracovní populace (Sterud, 2006, online).

Reakcí na agresivitu by neměla být opěťovaná agresivita či nepřátelský postoj, ale afektivní neutralita, je v zájmu pracovníků řešit zdravotní stav pacienta. (Popa, 2010, online).

Ve Velké Británii probíhala studie, která zkoumala psychické problémy související s prací zdravotnických záchranářů. Mezi tyto problémy byly zařazeny deprese, úzkost, nebo výskyt post – traumatické poruchy. Dvě třetiny ze vzorku uvedly, že zažívají, nebo v minulosti zažívaly dotěrné nebo znepokojující myšlenky související s výkonem jejich práce, 10 % uvedlo výskyt depresivních symptomů a 22 % dotazovaných trpělo úzkostmi (Bennet, 2004, online).

Po zásazích u hromadných neštěstí může dojít k zvýšené úrovni únavy, při včasné identifikaci a léčbě osoby ohrožené touto únavou lze zabránit chronické únavě. (Spinhoven, 2006, online).

4.1 Pracovní stres a zátěž ve zdravotnictví

Pracovní stres je možné klasifikovat do několika kategorií a to:

- problémy, které souvisí s rolemi, které jedinec zastává,
- nároky, které souvisí s obsahem práce – pracovní zatížení a odpovědnost,
- organizace práce – potíže s komunikací, nejasné vymezení kompetencí,
- profesní perspektiva – např. nevyužití kvalifikace, nejasný kariérní řád,
- fyzikální prostředí - hluk, prach, bezpečnost práce.

Co se týká práce ve zdravotnictví, je obecně spojena s větší mírou stresu. Je ale rovněž známo, že nadměrná zátěž je zároveň faktorem zvyšování rizika chybných výkonů a rozhodnutí, pracovních úrazů a také psychosomatických onemocnění (Bartošíková, 2006, s. 9, 10).

Ačkoli se Bartošíková ve své publikaci zaměřuje na zátěž v práci sestry, domnívám se, že některé faktory můžeme směle použít v příkladu zátěže v práci zdravotnických záchranářů ve výjezdových jednotkách.

Jedná se o:

1) statické zatížení u výkonů:

- zatížení páteře při zvedání pacientů, zatížení svalového a kloubního systému,
- riziko infekce,
- narušení spánkového rytmu během směnového provozu,
- nedostatek klidu a času na pravidelnou stravu a dodržování pitného režimu.

2) zatížení ze strany psychické, emocionální a sociální:

- nutnost rychlých rozhodnutí a účelného jednání,
- velká zodpovědnost za výsledky,
- nutnost samostatného rozhodování při současném respektování daných pravidel,
- působení bolesti druhým lidem,
- nízké ohodnocení náročné práce,
- stálé nároky na další vzdělávání se ve svém oboru a mnoho dalších

(Bartošíková, 2006, s. 11, 12).

4.2 Psychologická péče o zdravotnické záchranáře

Jak už bylo zmíněno, záchranáři se ve své praxi setkávají nejen s utrpením a zoufalstvím, ale pracují pod časovým tlakem, k tomu musíme rovněž připočítat riziko vlastního ohrožení během zásahu. Jelikož jsou těmto situacím vystavováni opakovaně, jde o stres kumulovaný. V posledních letech se naštěstí stále více objevuje snaha pečovat o psychiku zdravotníků (Humpl, L. 2012, online).

Bezpečí a zdraví v péči o duši a ducha člověka udržuje výcvik, supervize a podpora, které jsou zakotvené v dobré organizaci práce (Baštecká, 2005, s. 77).

Jelikož zdravotníci své emoce obvykle odsouvají po zásahu do pozadí, důsledkem toho je nedostatečné psychologické zpracování těchto zážitků. Známe typické určité druhy kritických událostí, které se u záchranné služby vyskytují poměrně často. Patří mezi ně:

- zranění během výkonu služby,
- smrt kolegy,
- vlastní ohrožení – napadení ze strany pacientů, dopravní nehoda sanitního vozidla,
- závažné, hromadné dopravní nehody,
- smrt dítěte,
- události s velkým zájmem médií (SPIS, 2011, online).

Pro profesionály v urgentních oborech, ale i pro další zdravotníky je k dispozici Systém Psychosociální Intervenční Služby, který je v současné době garantován Ministerstvem zdravotnictví České republiky a vychází z filozofie kolegiální pomoci (Humpl, L. 2012, online).

Tento systém má nejen preventivní, ale i intervenční charakter. Do roviny prevence zahrnujeme vzdělávání v rovině vzdělávání v problematice stresu (SPIS, 2011, online). Rovněž se zabývá vzděláváním v oblasti nadlimitně zátěžových situací, jejich působení a rizik (Humpl, L. 2012, online).

Systém funguje na principu nejen dobrovolných společných setkáních, na kterých se spolupracuje s týmem, který se účastnil zásahu (jsou využívány metody debriefingu (což je sezení za účelem analýzy traumatické události (ABZ slovník cizích slov, 2006, online)) a defusingu (uvolňovací rozhovor, spontánní a soukromé popovídání si o prožité obtížné

nebo krizové situaci s někým, koho respektujeme (ABZ slovník cizích slov, 2006, online)), postupuje se formou řízeného rozhovoru), ale zaměstnanci mohou taktéž využít individuální kontakt s psychologem nebo peerem. (Humpl, L. 2012, online).

Setkání je vedeno psychologem nebo peery, což jsou kolegové vyškolení v poskytování specifických metod první psychické pomoci a cílem těchto setkání je snížit hladinu stresu, normalizovat případné reakce, poskytnout psychickou podporu, umožnit událost zpracovat a uzavřít (Humpl, L. 2012, online).

5 NÁVYKOVÉ LÁTKY

Dlouhodobým užíváním návykových látek vzniká buď závislost somatická, závislost psychická nebo obě. Psychickou závislostí je takové ladění psychiky, které jedince nudí k periodickému nebo soustavnému užívání látky (Fišerová, 2011, s. 32, online). Vznik této závislosti je prožitkovou záležitostí (Machová, s. 73).

Závislostí somatickou rozumíme adaptaci organismu na požívanou látku. Dochází k tomu, že užívaná látka se stane nutnou součástí metabolismu a její vynechání následně vede ke vzniku abstinenčních příznaků (Fišerová, 2011, s. 32, online).

Syndrom závislosti je skupina fyziologických, behaviorálních a kognitivních fenoménů, v nichž užívání látky nebo třídy látek má u daného jedince mnohem větší přednost než jiné jednání. Centrální popisnou charakteristikou syndromu závislosti je touha užívat alkohol, tabák nebo brát psychoaktivní látky (Nešpor, 2011, s. 10).

5.1 Alkohol

Alkohol, chemickým složením etanol (chemický vzorec C_2H_5OH), je bezbarvá tekutina, která vzniká kvašením sacharidů (Machová, 2009, s. 65). Připravuje se lihový kvašením nebo synteticky (Ehrmann, 2006, s. 13). Je aktivní složkou alkoholických nápojů, ve kterých se nachází v různých koncentracích, kdy například pivo obsahuje 3-8 objemových procent čistého alkoholu, stolní vína 8-14% a destiláty 40-60% alkoholu (Machová, 2009, s. 65).

Vstřebávání alkoholických nápojů se děje již v dutině ústní, dále v žaludku a duodenu. Etanol se rychle difunduje do všech tělních tekutin, krví se přenáší zejména do centrální nervové soustavy (Ehrmann, 2006, s. 15). Odbourává se v játrech pomocí jaterního enzymu alkoholdehydrogenázy a aldehyddehydrogenázy. Odbourávání alkoholu je pro játra velkou zátěží – narušuje základní jaterní funkce, dočasně je tlumena tvorba glukózy, díky vyplavení katecholaminů způsobí vyčerpání zásob glykogenu v játrech (může vést a ž k hypoglykemii), stejně jako je narušen také metabolismus tuků. Větší část alkoholu se přemění na vodu a oxid uhličitý, malá část se vyloučí nezměněna potem,

močí a vydechovaným vzduchem. Meziproduktem je acetaldehyd, ten působí na nervovou soustavu svými toxickými účinky (Machová, 2009, s. 65).

Alkohol je používán kvůli jeho působení na nervovou soustavu, což jej řadí mezi psychotropní drogy. Účinkem je příjemný, snadný, rychlý způsob jak se cítit dobře. Usnadňuje navazování společenských kontaktů, povzbuzuje chuť k jídlu, zahání nudy a stresu. (Machová, 2009, s. 65)

Účinek alkoholu závisí na jeho koncentraci v krvi, vypitém množství, na fyzickém a psychickém stavu konzumenta, na jeho náladě a dalších faktorech. (Machová, 2009, s. 66)

Při hladině kolem 0,5 ‰ alkoholu v krvi odbourává alkohol strach, obavy, navozuje uvolnění a také snižuje úzkost. Při hladině kolem 1,5 ‰ se odbourávají zábrany, je narušena svalová koordinace, konzument je mnohmluvný, rozjařený, má potřebu se sdružovat. Při koncentraci 2-3 ‰ způsobuje svému konzumentu těžkou poruchu hybnosti, může se začít projevat agresivita. Rozmezí koncentrace 3 – 4 ‰ může způsobit bezvědomí. V rozmezí 4 – 5 ‰ nastává smrt zástavou dechu, oběhu a srdečního selhání (Fišerová, 2011, s. 34, online).

Závislost na alkoholu je chronická, progresivní nemoc, která způsobuje škodu jednotlivci, společnosti nebo oběma a projevuje se tím, že konzument ztratí kontrolu nad pitím, alkohol se stává pro člověka vším a neuvědomuje si jeho nepříznivý vliv na zdraví a sociální vztahy. Vznik závislosti probíhá většinou nenápadně a postupně od občasného užívání alkoholu až k závislosti (Fišerová, 2011, s. 34, online).

Vznik alkoholové závislosti má 4 vývojové fáze:

1. *Počáteční stádium* – konzument poznal účinky alkoholu, pod vlivem se cítí mnohem lépe než střízlivý. Je zde potřeba zvyšování dávky alkoholu pro dosažení pocitů dobré nálady.
2. *Varovné stádium* – dochází k časté podnapilosti a opilosti. Konzument pije častěji, preferuje tajné pití. Roste tolerance, ale v této fázi ještě lze problémy řešit.
3. *Rozhodné stádium* – konzument snese vysoké dávky alkoholu, aniž by na něm byly patrné známky opilosti. Objevují se zdravotní poruchy.
4. *Konečné stádium* – typickými pro toto stádium jsou tzv. ranní doušky. Vznikají tahy, kdy konzument pije od rána dál, i několik dní. Klesá tolerance, konzument se opije menší

dávku alkoholu než dříve. Alkohol je již v centru všeho dění (Fišerová, 2011, s. 35, online).

Léčba alkoholismu je podstupovaná buď dobrovolně na vlastní žádost klienta, nebo příkaz k léčbě vydá soud. Metody léčby jsou různé – využívá se terapie a poradenství v protialkoholních léčebnách, na psychiatrických klinikách, dále probíhá v ambulancích nebo při hospitalizaci. Obvyklá doba léčby je 3 měsíce a dále po léčení je nutná striktní doživotní abstinence (Fišerová, 2011, s. 36, online).

Mezi metody léčby můžeme zařadit: pracovní terapii, arteterapii, psychoterapii, skupinovou terapii, podporu rodiny a přátel. Z farmakologické léčby se zde využívá například lék Antabus, který při požití společně s alkoholem vyvolává zvracení, nevolnost, pokles tlaku. Mezi pacientem a terapeutem by se měl vytvořit vztah, terapeut se snaží klientovi pomoci při zvládnání ekonomické a sociální situace (Fišerová, 2011, s. 36, online).

5.2 Kouření

V roce 2002 bylo potvrzeno, že kouří až 44 % všeobecných sester, což bylo číslo dokonce vyšší než v té době prevalence kouřících žen v české populaci – 24 % (Drozdová, 2002, s. 64). Kouření zvyšuje vyplavování některých látek – například beta-endorfinu, který má význam pro pozitivní náladu. Kuřáci proto sahají po cigaretě nejen díky navození příjemného pocitu, ale i pro zahnání potíží, kterými se projevuje nikotinový abstinenci syndrom (Machová, 2011, s. 60). Nicméně negativní důsledky kouření na lidské zdraví představuje závažný socioekonomický problém současné společnosti (Slezák, 2006, s. 9).

Cigaretový kouř obsahuje asi 4000 chemických látek, součástí tabákového kouře je nikotin, dehty, oxid uhelnatý, amoniak, nitraminy, formaldehyd, kyanid, arsenik a další. Velké množství těchto látek je prudce jedovatých a rakovinotvorných. Tabákový kouř rovněž vyvolává nadměrnou sekreci hlenových žlázek v průduškách a vede k jejich hypertrofii, dále poškozuje pohyblivost řasinek epitelové výstelky. Díky tomu dochází k zadržování hlenu v dýchacích cestách a k zánětlivým změnám sliznice průdušek. Následkem je vznik chronického zánětu průdušek (Machová, 2009, s. 60).

Nikotin je hlavním tabákovým alkaloidem, jde o návykovou látku (Slezák, 2006, s. 11). Velmi rychle se vstřebává do krve, již za 7 sekund po vdechnutí se dostává do mozku. Pokud dojde k poklesu hladiny nikotinu v krvi, objevují se abstinенční příznaky: nutková touha po cigaretě, špatná nálada, podrážděnost, nervozita, úzkost, poruchy spánku, zvýšená chuť k jídlu (Machová, 2009, s. 60). Působí vasokonstrikci na úrovni periférních kapilár kůže, mozku, srdce, relaxuje kosterní svalstvo (Slezák, 2006, s. 11).

Dehty se usazují v plicích a jsou příčinou vzniku nádorových a plicních onemocnění. Cigaretový kouř se ovšem podílí na vzniku nádorů hrtanu, dutiny ústní, jícnu, močového měchýře, slinivky břišní, ledvin, děložního čípku. Riziko vzniku rozvoje nádorových procesů v důsledku kouření je závislé na denním množství vykouřených cigaret, na hloubce inhalace cigaretového kouře, na počtu kuřáckých let a také je vyšší při časném zahájení kouření (Machová, 2009, s. 60).

Kuřáctví je faktorem životního stylu, jehož ovlivněním je možno dosáhnout velmi pronikavého zlepšení zdraví.(Machová, 2009, s. 61).

Pasivní kouření je vystavení nekuřáků tabákovému kouři (Slezák, 2006, s. 11). Jde o tabákový kouř, který uniká z volně hořící cigarety – vedlejší proud kouře. Hlavní proud kouře kuřák vdechuje (Machová, 2009, s. 62).

Obecně lze říci, že závislým se označuje kuřák, který kouří nejméně 10 – 15 cigaret denně a zároveň si první cigaretu zapaluje do jedné hodiny po probuzení. Závislosti je těžké se zbavit, z tohoto důvodu je lepší s kouřením vůbec nezačít. Pomoci mohou nikotinové žvýkačky nebo náplasti (Machová, 2009, s. 63). Z další náhradní nikotinové terapie můžeme jmenovat inhalační nikotin, nosní spreje, nikotinové sublingvální tablety (Slezák, 2006, s. 52).

6 FORMULACE PROBLÉMU

Cílem výzkumného šetření byla deskripce vybraných prvků životního stylu u zdravotnických záchranářů. Výkon profese zdravotnického záchranáře sebou přináší otázky, které se staly cílem našeho výzkumného šetření – dílčími cíli:

1. Dodržují zdravotničtí záchranáři zásady zdravé výživy (tzn. pravidelné jídlo a množství vypitých tekutin v průběhu dne)?
2. Zvládají zdravotničtí záchranáři stresové situace, které souvisejí s jejich prací u ZZS?
3. Jaké způsoby zbavování se stresu využívají zdravotničtí záchranáři po náročných zásazích?
4. Hodnotí zdravotničtí záchranáři vliv výkonu profese na jejich zdravotní stav?
5. Jak hodnotí zdravotničtí záchranáři vliv směnného provozu na jejich spánek?
6. Jsou zdravotničtí záchranáři spokojeni se svou prací?

Cílem výzkumu byla sumarizace vlivu výkonu profese zdravotnického záchranáře na jeho životní styl, a zjistit zda:

1. stupeň vzdělání, věk a pohlaví zdravotnických záchranářů souvisí s mírou užívání návykových látek u zdravotnických záchranářů;
2. existuje souvislost mezi vztahy na pracovišti a řešením stresových situací souvisejících s výkonem profese zdravotnického záchranáře;
3. existuje souvislost mezi výskytem problémů se spánkem u zdravotnických záchranářů a způsobem jejich relaxace;

Vzorek respondentů

Výzkumným vzorkem byli zdravotničtí záchranáři, pracující na výjezdových stanovištích zdravotnické záchranné služby Moravskoslezského kraje na území statutárního města Ostravy.

Konkrétní výjezdová stanoviště:

- Ostrava – Martinov
- Ostrava – Zábřeh
- Ostrava – Fifejdy
- Slezská Ostrava

Celkem rozdáno 110 dotazníků, ke zpracování bylo nazpět doručeno celkem 92 dotazníků, z nichž bylo 8 neúplně vyplněné, tedy nebyly zahrnuty ke statistickému zpracování.

Metodika

Technikou získání dat byl dotazník, větší část tvoří uzavřené otázky, zbylé jsou polozavřené.

Dotazník je metoda ke zjišťování kvantitativních dat, lze jím data získávat hromadně. Výhodou je nízká nákladnost na vyhotovení (Žiaková, 2009, s. 130). Tento nestandardizovaný dotazník byl sestaven na základě dostupné literatury, odráží problematiku životního stylu.

Sběr dat proběhl po získání povolení k výzkumnému šetření. Před distribucí dotazníků proběhlo pilotní šetření, a to od 9. 1. 2012 do 13. 1. 2012. Účastnilo se ho 10 respondentů – zdravotnických záchranářů. Na základě pilotního šetření byl dotazník upraven – 2 otázky byly položeny jinak, jedna zcela odstraněna.

Aby bylo zajištěno správné pochopení otázek respondenty, dotazníky byly distribuovány mou osobou, a to v rozmezí kalendářních měsíců leden – březen 2012. Tímto byla taktéž zajištěna vysoká návratnost distribuovaných dotazníků a eliminována možná nevýhoda této techniky sběru dat, kterou je nízká návratnost.

Pro popis souboru byla použita základní popisná statistika (frekvenční tabulky s absolutními a relativními počty). Pro hodnocení statistických hypotéz byl použit χ^2 test a Fischerův exaktní test pro více výběrů.

Statistické testy byly hodnoceny na hladině významnosti 5%. Statistické zpracování bylo provedeno programem Stata verze 10. Pro sběr dat a zpracování výsledků byl použit program MS Excel.

Rešeršní strategie:

K vyhledání relevantních článků bylo využito rešeršní činnosti knihovny NCO NZO v Brně a samostatného vyhledávání, které se orientovalo na tyto databáze a vyhledávače:

- bibliografické báze dat Medline pomocí programu PubMed;
- databáze BMČ (Bibliographia Medica Českoslovača);
- vyhledávače Google pomocí rozšířeného vyhledávání;
- vyhledávače Google Scholar.

Rešeršní strategie byla zahájena v březnu 2011, knihovně NCO NZO v Brně byla zadána rešeršní činnost a zároveň bylo započato vlastní vyhledávání s následujícími klíčovými slovy: zdravotnický záchranář, životní styl, povolání, výživa, spánek, návykové látky, stres.

Kritéria pro výběr literatury a článků byla následující: český, slovenský a anglický jazyk a rok publikování (posledních 10 let, tj. 2002 – 2012).

Ve spolupráci s knihovnou NCO NZO v Brně bylo vyhledáno 10 článků v českém jazyce, 5 článků ve slovenském jazyce a 6 článků v jazyce anglickém. Tyto dohledané články byly shromážděny, rozříděny a prostudovány, následně byly vybrané informace z těchto článků začleněny formou parafrází do kapitol a podkapitol diplomové práce.

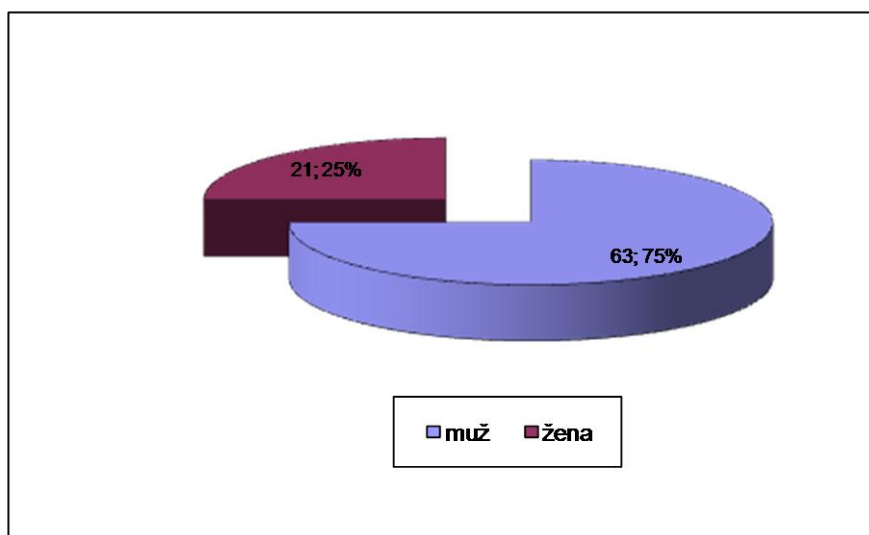
6.1 Výsledky výzkumu a jejich interpretace

Pohlaví respondentů

Výzkumného šetření se účastnilo dohromady 84 respondentů, z toho 25% žen (21) a 75% mužů (63).

Tab. 1: Rozložení souboru podle pohlaví

Pohlaví	Počet	Procenta	Kumulativní procenta
Muž	63	75.0	75.0
Žena	21	25.0	100.0
Celkem	84	100.0	



Graf č. 1 Rozložení souboru podle pohlaví

Věk respondentů

Věk respondentů byl kategorizován do dvou rozmezí, a to 20 let – 35 let a 35 let a více. Soubor tvořilo 60 % respondentů ve věku 20 – 35 let a 40 % bylo starších 35 let.

Tab. 2: Věkové složení

Věk	Počet	Procenta	Kumulativní procenta
20 – 35 let	50	59.5	59.5
35 a více let	34	40.5	100.0
Celkem	84	100.0	

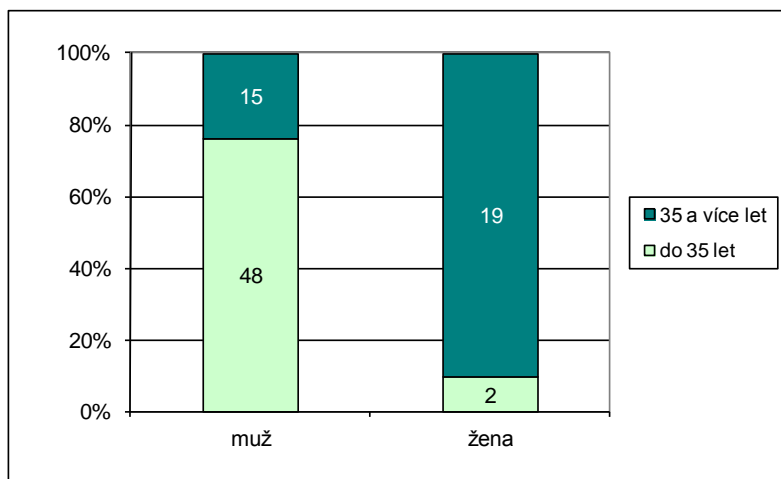
Byl zjištěn statisticky významný rozdíl (Fischerův exaktní test, $p < 0,001$) ve věkovém složení mužů a žen (tab. 3). U mužů převažovali mladší respondenti (76 %), u žen starší respondentky (90 %).

Tab. 3: Věkové složení mužů a žen x pohlaví

	20 – 35 let	35 a více let	Celkem
muži	48	15	63
%	76.2	23.8	100.0
ženy	2	19	21
%	9.5	90.5	100.0
Celkem	50	34	84
%	59.5	40.5	100.0
	100.0	100.0	100.0

Pearson $\chi^2(1) = 29.0541$ Pr = 0.000

Fisherův exaktní test = **0.000**



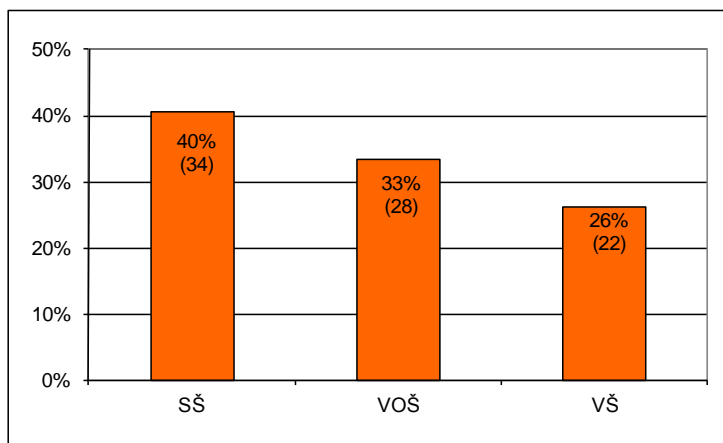
Graf č. 2: Věkové složení mužů a žen

Dosažené vzdělání

Z demografických údajů bylo dále zjišťováno nejvyšší dosažené vzdělání. Z dotazovaných respondentů dosáhlo 34 (40,5%) středního vzdělání, 28 (33,3%) vyššího odborného vzdělání a 22 (26,2%) mělo absolvovanou vysokou školu. V souboru převažovali respondenti se SŠ vzděláním, VŠ tvořili 26 % (obr 3).

Tab. 4: Rozložení vzdělání

Vzdělání	Počet	Procenta	Kumulativní procenta
SŠ	34	40.5	40.5
VOŠ	28	33.3	73.8
VŠ	22	26.2	100.0
Celkem	84	100.0	

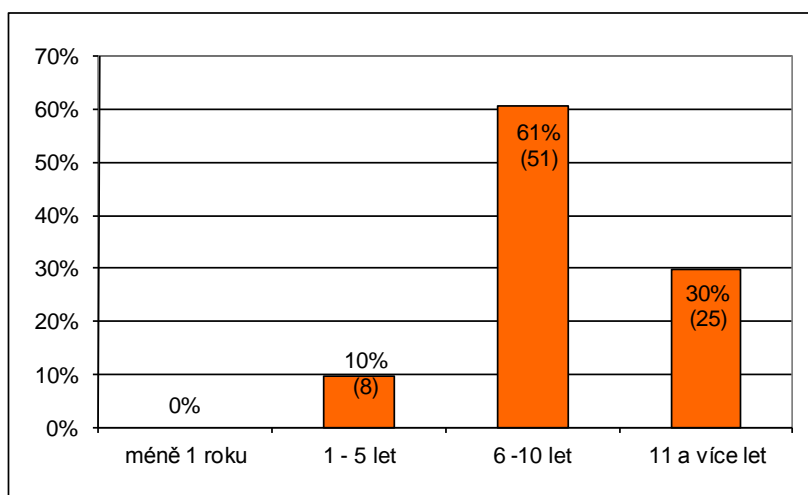


Graf č. 3 Rozložení souboru podle vzdělání

Dále byla zjišťována doba praxe u ZZS. Soubor tvořilo 60 % respondentů s délkou práce u ZZS 6-10 let, žádný respondent neměl praxi kratší než 1 rok (graf č. 4).

Tab. 5: Doba praxe

Doba praxe	Počet	Procenta	Kumulativní procenta
1 -5 let	8	9.5	9.5
6 – 10 let	51	60.7	70.2
11 a více let	25	29.8	100.0
Celkem	84	100.0	



Graf č. 4 Rozdělení souboru podle délky práce u ZZS

1. CÍL

Zjistit, zda stupeň vzdělání, věk a pohlaví souvisí s mírou užívání návykových látek u zdravotnických záchranářů.

Kouření a pohlaví

H_O: Předpokládám, že u mužů a žen neexistuje statisticky významná závislost ve výskytu kuřáků.

H_A: Předpokládám, že u mužů a žen existuje statisticky významná závislost ve výskytu kuřáků.

Kouření a věk

H_O: Předpokládám, že neexistuje statisticky významná závislost mezi výskytem kuřáků a jejich věku.

H_A: Předpokládám, že existuje statisticky významná závislost mezi výskytem kuřáků a jejich věku.

Kouření a vzdělání

H_O: Předpokládám, že neexistuje statisticky významná závislost ve výskytu kuřáků a jejich vzdělání.

H_A: Předpokládám, že existuje statisticky významná závislost ve výskytu kuřáků a jejich vzdělání.

Alkohol a pohlaví

H_O: Předpokládám, že neexistuje statisticky významná závislost v konzumaci alkoholu u mužů a žen.

H_A: Předpokládám, že existuje statisticky významná závislost v konzumaci alkoholu u mužů a žen.

Alkohol a věk

H_O: Předpokládám, že neexistuje statisticky významná závislost mezi konzumací alkoholu a věku uživatelů.

H_A: Předpokládám, že existuje statisticky významná závislost mezi konzumací alkoholu a věku uživatelů.

Alkohol a vzdělání

H₀: Předpokládám, že neexistuje statisticky významná závislost v konzumaci alkoholu a vzdělání uživatelů.

H_A: Předpokládám, že existuje statisticky významná závislost v konzumaci alkoholu a vzdělání uživatelů.

2. CÍL

Zjistit, zda existuje souvislost mezi vztahy na pracovišti a řešením stresových situací souvisejících s výkonem profese zdravotnického záchranáře.

H₀: Předpokládám, že neexistuje statisticky významná závislost v kvalitě pracovního kolektivu a probíráním vyčerpávajících zásahů v rámci pracovního kolektivu.

H_A: Předpokládám, že existuje statisticky významná závislost v kvalitě pracovního kolektivu a probíráním vyčerpávajících zásahů v rámci pracovního kolektivu.

3. CÍL

Zjistit, zda existuje souvislost mezi výskytem problémů se spánkem u zdravotnických záchranářů a způsobem jejich relaxace.

H₀: Předpokládám, že neexistuje statisticky významná závislost mezi kvalitou spánku a aktivní relaxací.

H_A: Předpokládám, že existuje statisticky významná závislost mezi kvalitou spánku a aktivní relaxací.

H_O: Předpokládám, že neexistuje statisticky významná závislost mezi výskytem problémů se spánkem a aktivní relaxací.

H_A: Předpokládám, že existuje statisticky významná závislost mezi výskytem problémů se spánkem a aktivní relaxací.

H_O: Předpokládám, že neexistuje statisticky významná závislost mezi výskytem problémů se spánkem a pohlavím respondentů.

H_A: Předpokládám, že existuje statisticky významná závislost mezi výskytem problémů se spánkem a pohlavím respondentů.

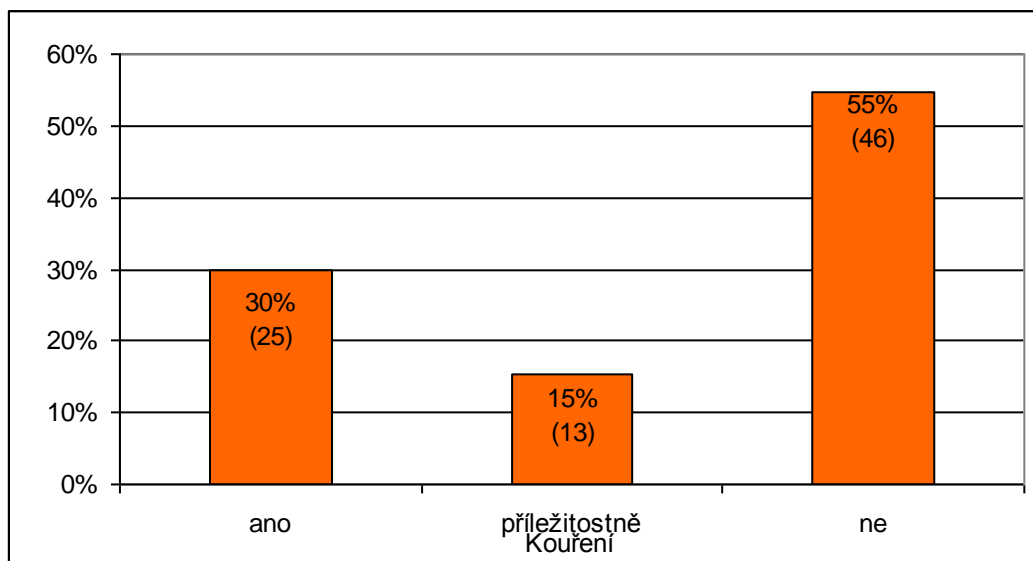
Vyhodnocení položek dotazníku

V otázce č. 5 jsme se respondentů ptali, zda kouří. Na výběr měli možnosti „ano“, „ne“, „příležitostně“. Pokud dotazovaní zaškrtnuli možnost „ano“, byli podotázkou dotazováni na množství vykouřených cigaret za den.

Tab. 6: Kouření

Kouření	Počet	Procenta	Kumulativní procenta
Ano	25	29.8	29.8
Příležitostně	46	54.8	84.6
Ne	13	15.4	100.0
Celkem	84	100.0	

V souboru převažovali pravidelní a příležitostní kuřáci, kuřáci tvořili jen 15 % (graf č. 5). Pravidelní kuřáci kouří většinou více než 5 cigaret denně (tab. 7).

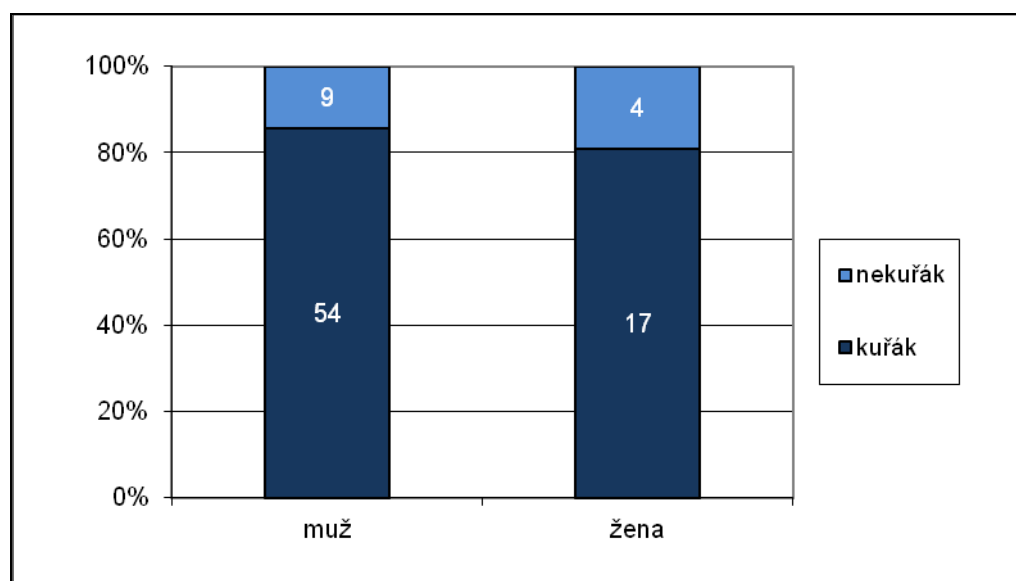


Graf č. 5: Rozložení souboru kouření

Tab. 7: Intenzita kouření u pravidelných kuřáků

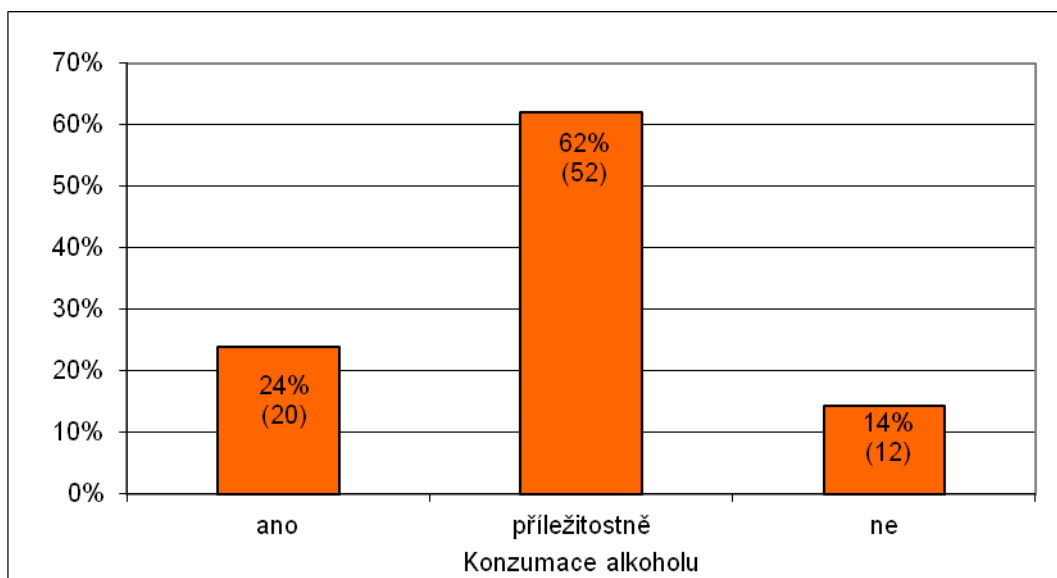
Počet cigaret/den	Počet	%
< 5	4	16%
5-10	10	40%
10-15	2	8%
15-20	9	36%
>20	0	0%
Celkem	25	100%

Pro statistické zpracování byli respondenti rozděleni do skupiny kuřák (pravidelný a příležitostný) a nekuřák. Nebyl zjištěn statisticky významný rozdíl (Fisherův exaktní test, $p = 0,728$) v kouření mezi muži a ženami (graf č. 6).



Graf č. 6: Kouření podle pohlaví

Šestá otázka se týkala užívání alkoholu, kdy opět respondenti měli na výběr ze tří možností odpovědí. Tato otázka rovněž měla podotázku, kdy jsme se dotazovali na častost užívání alkoholu.



Graf č. 7 Konzumace alkoholu

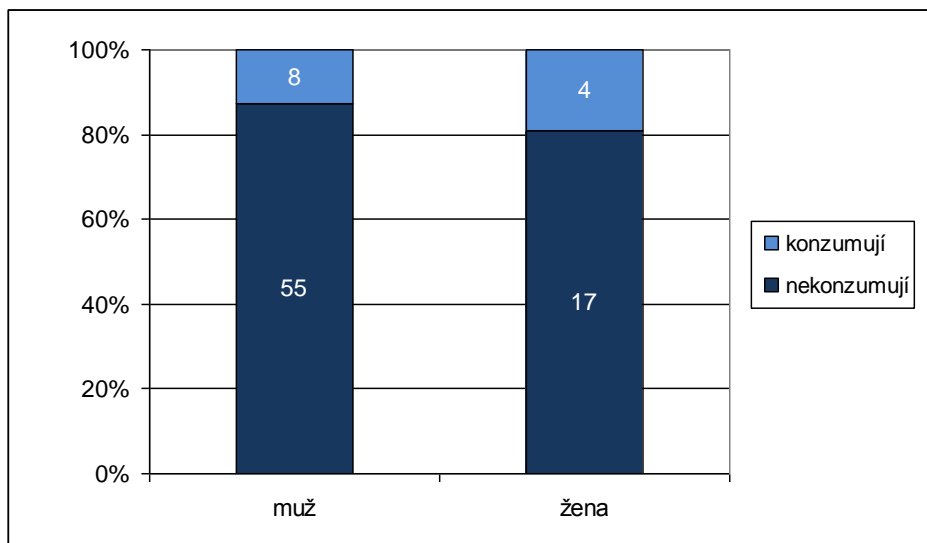
Tab. 8. Konzumace alkoholu u osob, které uvedly, že alkohol konzumují

Frekvence	Počet	%
3x týdně a více	4	20%
max. 1x týdeně	5	25%
max. 1x měsíčně	11	55%
Celkem	20	100%

V souboru (n = 84) převažovali konzumenti alkoholu, abstinenti tvořili 14 % (graf č. 7). Osoby, které uvedly, že alkohol konzumují (nejsou zahrnuti příležitostní konzumenti), tak alkohol konzumují převážně 1x měsíčně (tab. 8).

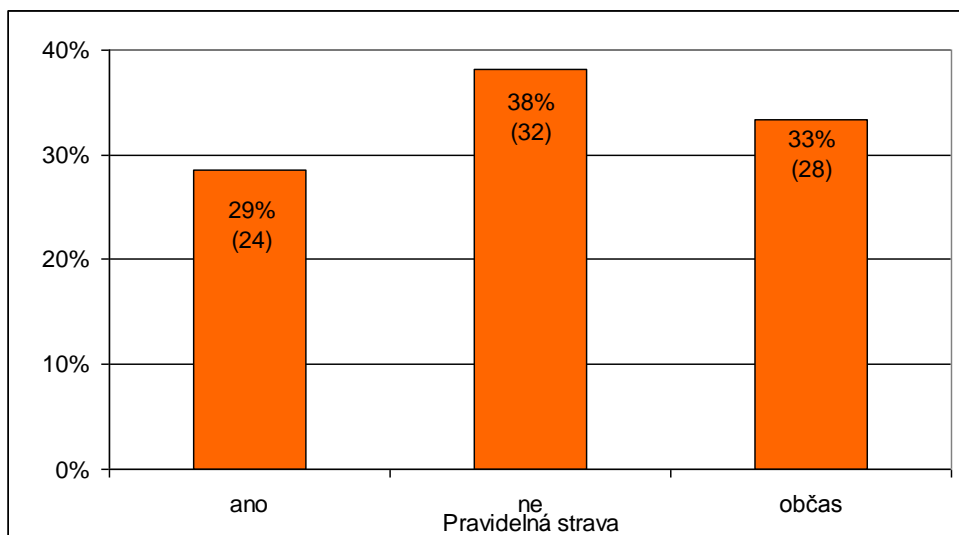
Pro další zpracování byli respondenti rozděleni na osoby, které alkohol konzumují a nekonzumují.

Nebyl zjištěn statisticky významný rozdíl (Fisherův exaktní test, $p = 0,484$) v kouření mezi muži a ženami (graf č. 9)



Graf č. 9 Konzumace alkoholu podle pohlaví

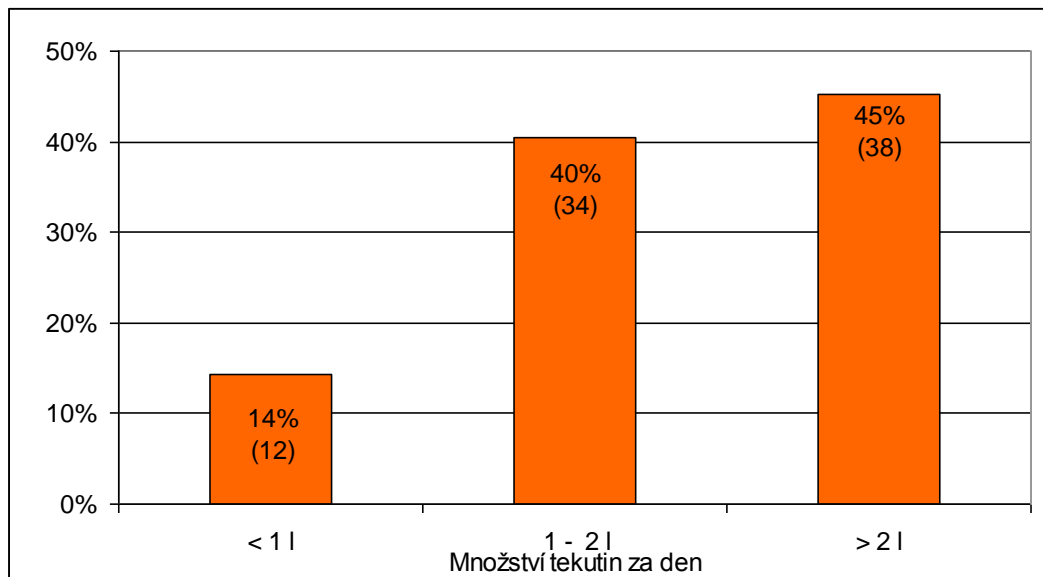
V otázce č. 7 byli respondenti dotazováni na to, zda se během dne stravují pravidelně. V této otázce měli respondenti na výběr ze 4 možností – „ano“, „ne“, „občas“ a „nevím“.



Graf č. 10 Pravidelná strava

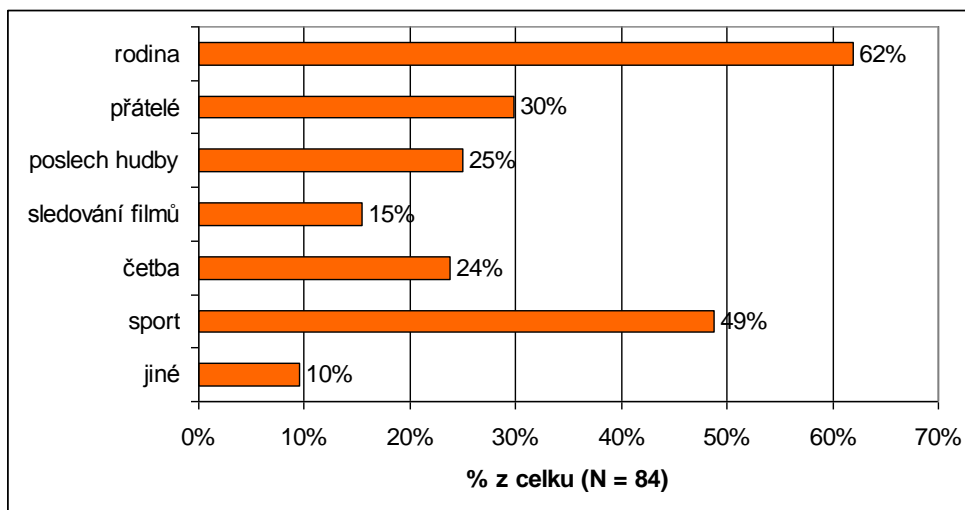
Z celkového počtu 84 zdravotnických záchranářů se pouze 29% respondentů stravovalo pravidelně.

V 8. otázce nás zajímalo množství tekutin, které zdravotničtí záchranáři vypijí během dne. Přibližně 85 % respondentů uvedlo, že konzumují více než 1 litr tekutin za den, 14 % dotazovaných vypije během své služby méně než litr tekutin (graf č. 11).



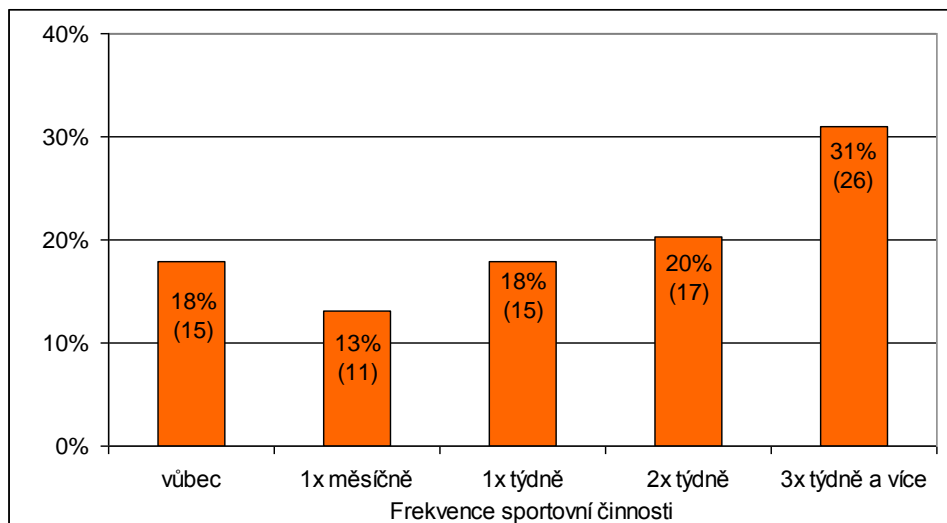
Graf č. 11 Množství tekutin za den

V 9. otázce byli respondenti dotazováni na způsob relaxace, kterou zdravotničtí záchranáři volí nejčastěji. Na výběr měli ze sedmi možností, zároveň bylo možno zvolit více odpovědí najednou. Nejčastější volbou relaxace byla s rodinou (62%), dále pomocí sportu (49%) a jako třetí nejčastější možnosti byli voleni přátelé (30%) (graf č. 12).



Graf č. 12 Způsob relaxace

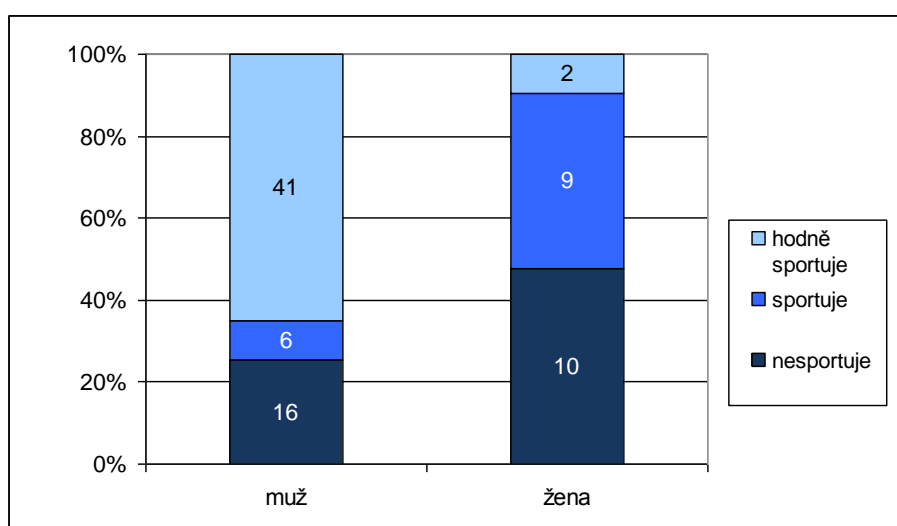
V otázce č. 10 nás zajímala frekvence provozování sportovních aktivit. Bylo zjištěno, že třetina souboru (31%) sportuje velmi intenzivně a 18 % nesportuje vůbec (graf č. 13).



Graf č. 13 Frekvence sportovní činnosti

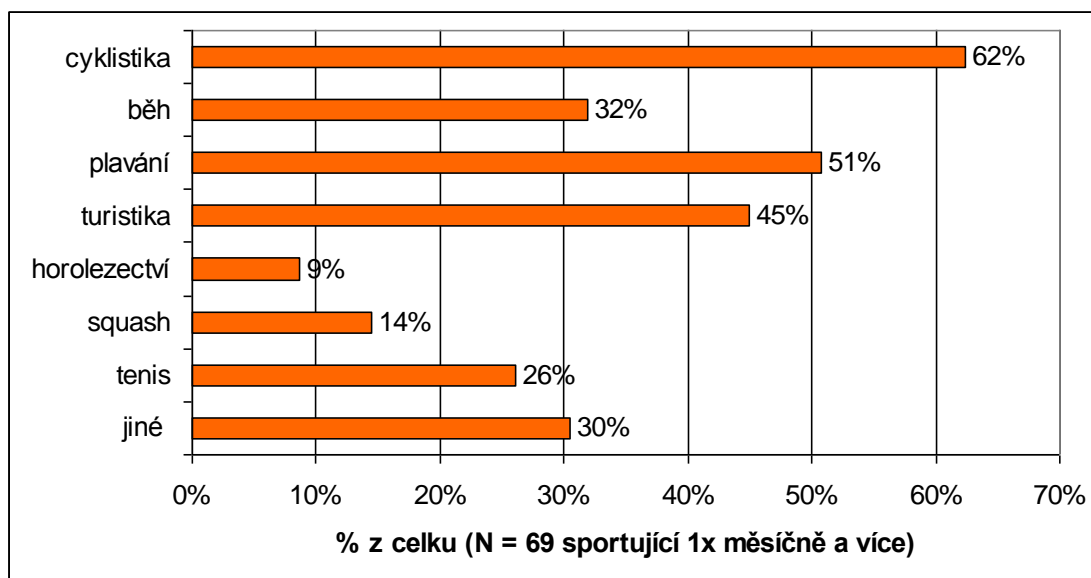
Pro další zpracování byli respondenti rozděleni do skupin nesportujících (vůbec a 1x měsíčně), sportujících (1x týdně) a hodně sportujících (2x a více za týden).

Byl zjištěn statisticky významný rozdíl mezi frekvencí sportovní aktivity mužů a žen (Fisherův exaktní test, $p < 0,001$) (graf č. 14).



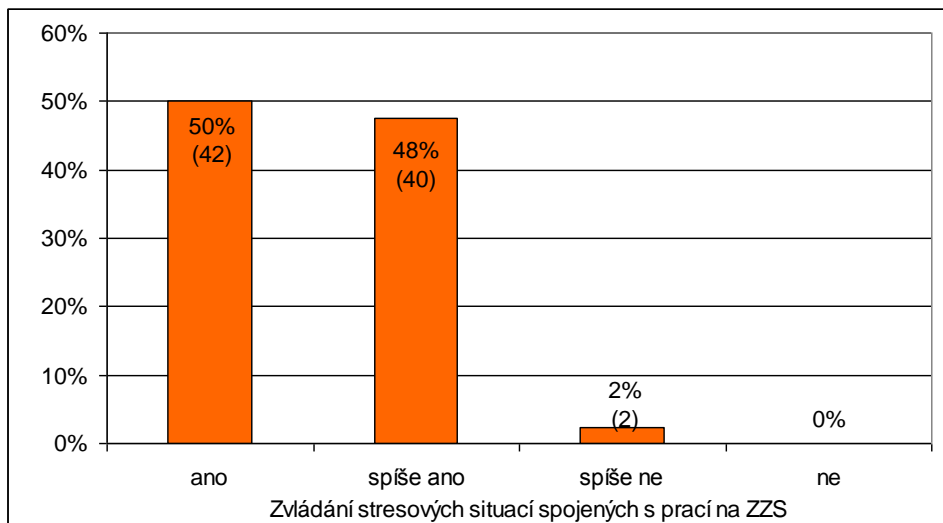
Graf č. 14 Frekvence sportovní aktivity mužů a žen

Jedenáctá otázka byla zaměřena na zjištění nejčastější sportovní činnosti, kterou respondenti provozují. Opět měli možnost vybrat více odpovědí najednou. Nejčastěji vybranou sportovní aktivitou byla cyklistika (62%), dále plavání (51%) a turistika (45%) (graf č. 15).



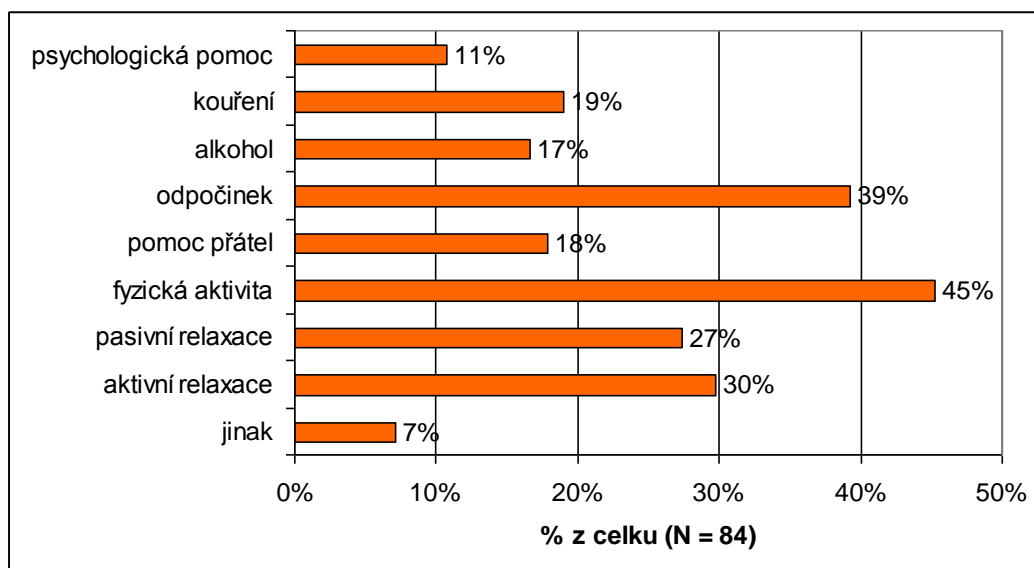
Graf č. 15 Druhy sportovních aktivit

Další otázkou (12. otázka) jsme zjišťovali, zda se respondenti domnívají, že zvládají stresové situace, které jsou spojeny s výkonem jejich profese. Subjektivně většina souboru hodnotila, že zvládají stresové situace spojené s prací u ZZS, jen 2 respondenti (muži) uvedli, že stresové situace spíše nezvládají (graf č. 16).



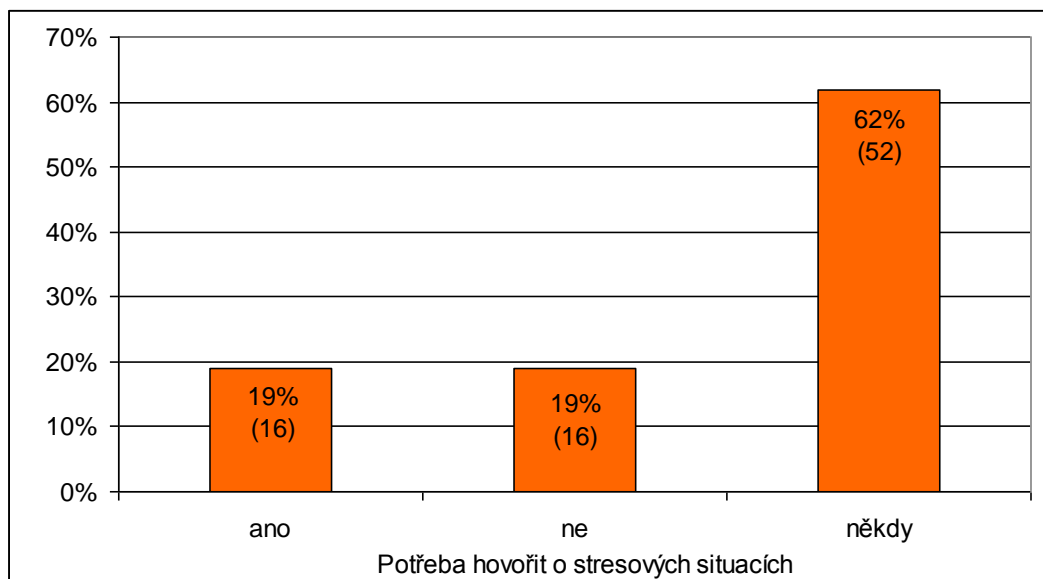
Graf č. 16: Subjektivní hodnocení zvládání stresových situací spojených s prací na ZZS

V otázce č. 13 byli zdravotničtí záchranáři tázáni na nejčastější způsob, který volí k vypořádání se se stresovými situacemi, jež souvisí s výkonem jejich profese. Respondenti mohli vybrat více možností najednou. Nejčastěji vybranou možností byla fyzická aktivita (45%) a odpočinek (39%) (graf č. 17).



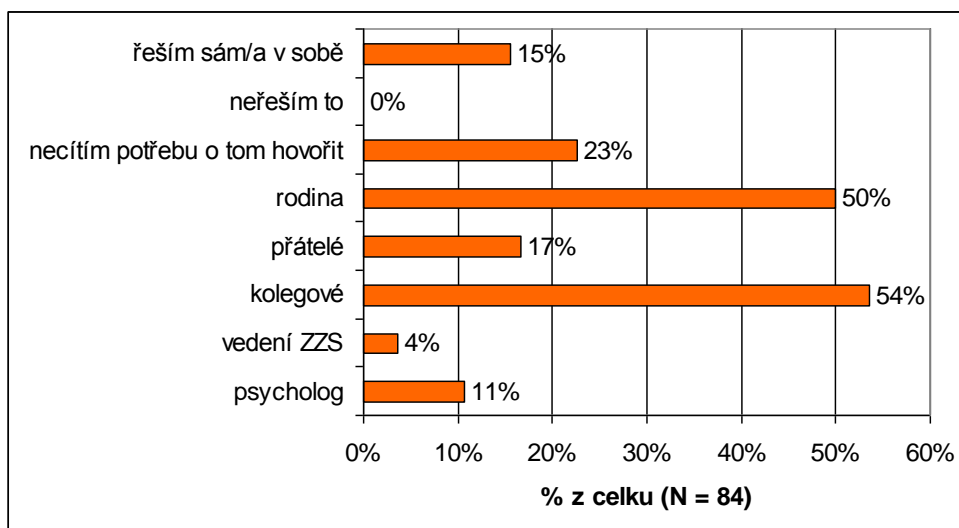
Graf č. 17 Subjektivní hodnocení zvládání stresových situací spojených s prací na ZZS

V otázce č. 14 bylo zjišťováno, mají – li záchranáři potřebu hovořit o náročném nebo vyčerpávajícím zásahu. Z celkového počtu (n = 84) respondentů tuto potřebu má více než polovina (62%; 52) respondentů (graf č. 18).



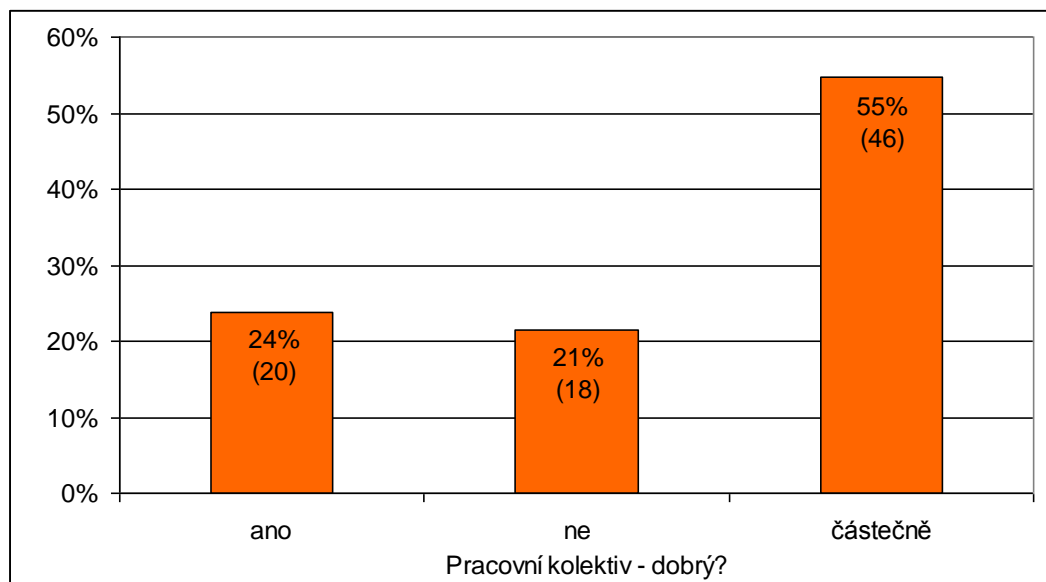
Graf č. 18 Potřeba hovořit o stresových situacích

Otázka č. 15 navazovala na předchozí otázku. Respondenti byli tázáni, koho v případě potřeby mluvit o zásazích nejčastěji využívají. Opět měli možnost vybrat více možností odpovědí. V 54 % z celkového počtu (n= 84) tyto situace respondenti probírají zejména s kolegy. 50 % dotazovaných vybralo možnost rodiny (graf č. 19).



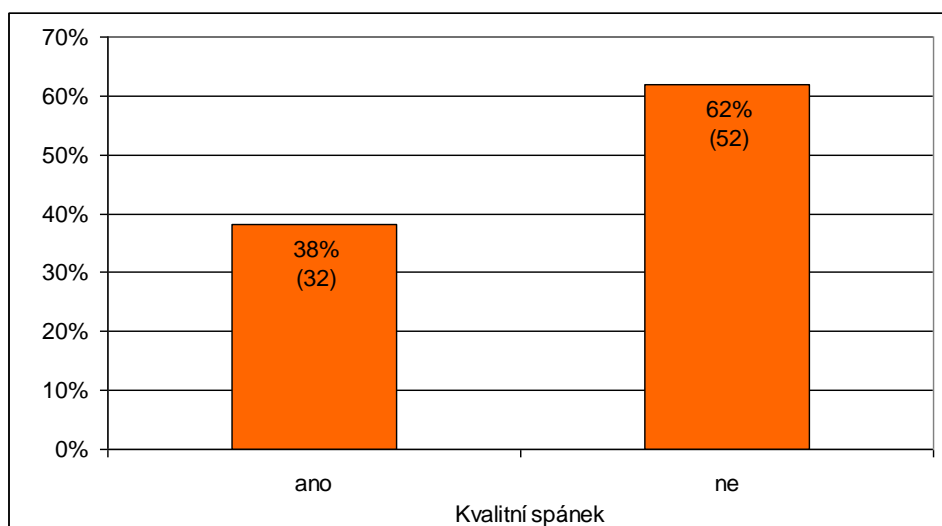
Graf č. 19 Probírání stresových situací

V otázce č. 16 jsme se respondentů ptali, domnívají – li se, že je na jejich pracovišti dobrý pracovní kolektiv. Dotazovaní mohli vybrat z 3 možností – „ano“, „ne“, „částečně“. Jako „dobrý“ hodnotilo pracovní kolektiv 24 % respondentů (graf č. 20).



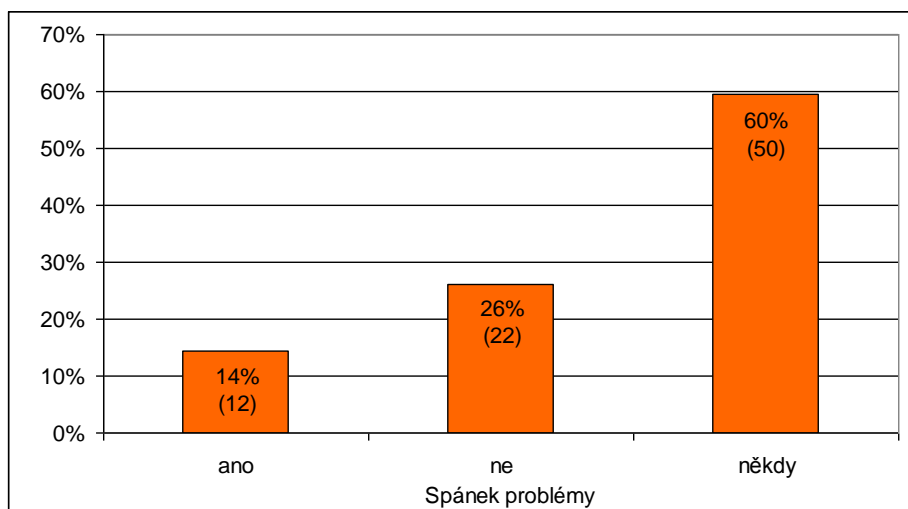
Graf č. 20 Hodnocení pracovního kolektivu

V dalších otázce nás zajímalo, jak zdravotničtí záchranáři hodnotí kvalitu svého spánku. Subjektivně více než polovina (62%, 52 dotazovaných) respondentů hodnotilo svůj spánek jako nekvalitní (graf č. 21).



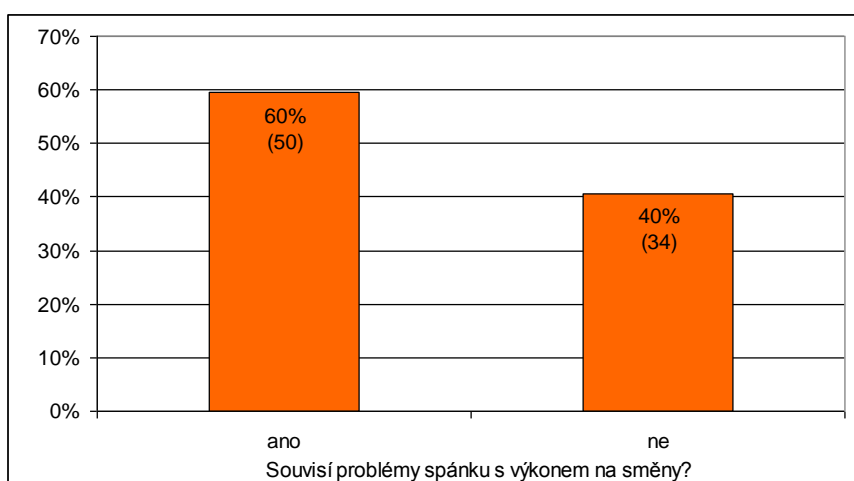
Graf č. 21 Hodnocení kvality spánku

Otázka č. 18 byla rovněž zaměřena na spánek. V této otázce bylo zjišťováno, mají – li respondenti problémy se spánkem (tzn. buzení se během noci, problémy usnout). Více než polovina (60%, 50 dotazovaných) respondentů uvedlo, že mají problémy se spánkem „někdy“ (graf č. 22).



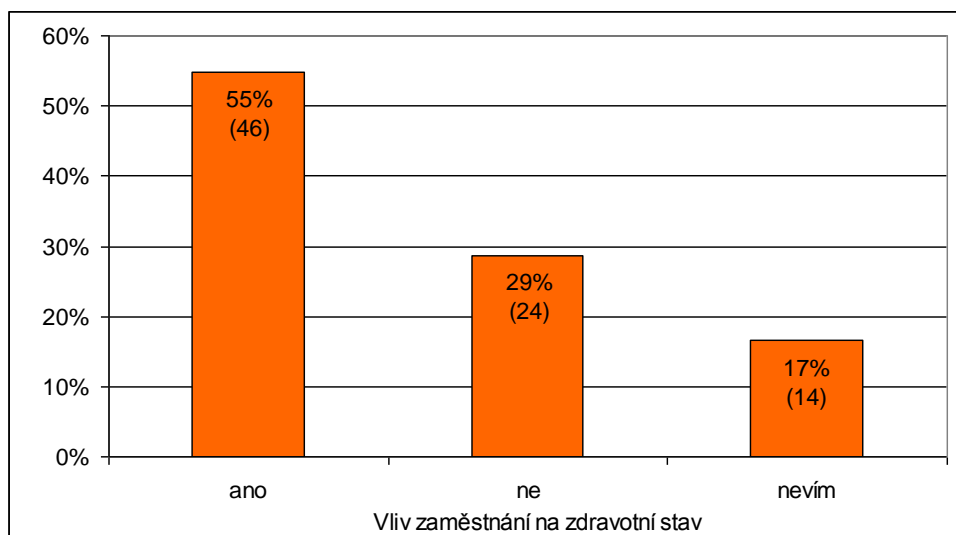
Graf č. 22 Problémy se spánkem

Poslední otázka, která byla zaměřena na spánek, byla otázka č. 19. V této otázce nás zajímalo, domnívají – li se dotazovaní, že jejich poruchy spánku souvisí se „směnným“ provozem. Z celkového počtu (n= 84) se více než polovina (60%, 50 dotazovaných) respondentů se domnívalo, že problémy se spánkem souvisejí s prací na směny (graf č. 23).



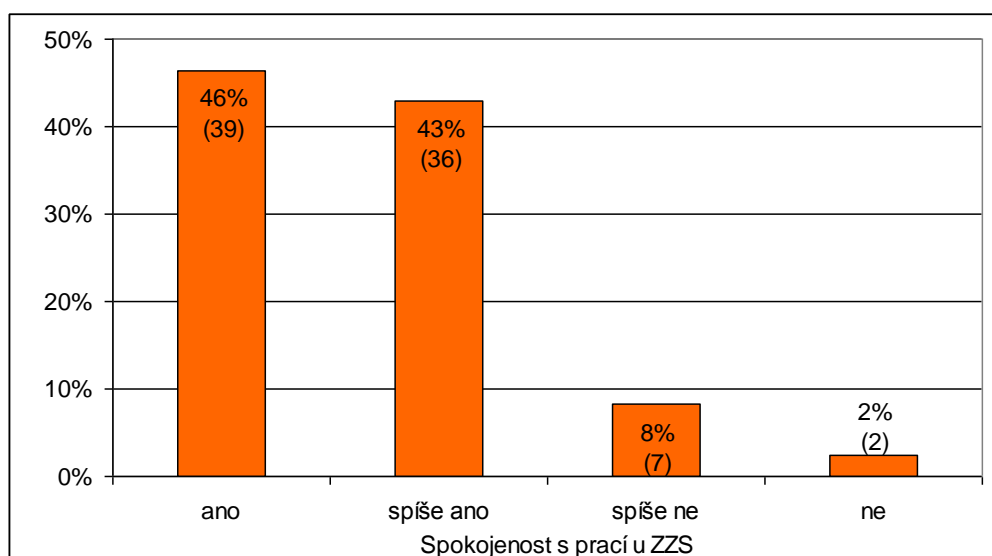
Graf č. 23 Problémy se spánkem v souvislosti s prací na směny

Předposlední otázkou bylo, zda se zdravotničtí záchranáři domnívají, že jejich zaměstnání má vliv na jejich zdravotní stav. 55 % (46 z celkového počtu) respondentů se opravdu domnívá, že jejich zdravotní stav je ovlivněn výkonem profese zdravotnického záchranáře (graf č. 24).



Graf č. 24 Vliv zaměstnání na zdravotní stav

Poslední otázka (č. 21) se týkala spokojenosti s výkonem profese zdravotnického záchranáře. Většina respondentů (89 %) je se svou prací u ZZS spokojena (graf č. 25).



Graf č. 25 Spokojenost s prací u ZZS

6.2 Vyhodnocení hypotéz

1. Cíl

Zjistit, zda stupeň vzdělání, věk a pohlaví souvisí s mírou užívání návykových látek u zdravotnických záchranářů.

Kouření a pohlaví

H₀: Předpokládám, že u mužů a žen neexistuje statisticky významná závislost ve výskytu kuřáků.

H_A: Předpokládám, že u mužů a žen existuje statisticky významná závislost ve výskytu kuřáků.

Tab. 9 Kouření x pohlaví

	Kouření		Celkem
	Ano	Ne	
Muži	23 36,5%	40 63,5%	63 100,0%
Ženy	15 71,4%	6 28,6%	21 100,0%
Celkem	38 45,2%	46 54,8%	84 100,0%

$$\text{Pearson } \chi^2(1) = 7.7529 \quad \text{Pr} = \underline{\underline{0.005}}$$

$$\text{Fisherův exaktní test} = 0.010$$

Byl zjištěn statisticky významný rozdíl (chí – kvadrát test, $p = 0,005$) ve výskytu kuřáků v závislosti na pohlaví. Ve skupině žen bylo významně více kuřáček (71,4 %, 15 z celkových 21 dotazovaných žen), než kuřáků ve skupině mužů (36,5%, 23 z celkově 63 mužských respondentů). **Alternativní hypotéza byla přijata.**

Kouření a věk

H_0 : Předpokládám, že neexistuje statisticky významná závislost mezi výskytem kuřáků a jejich věku.

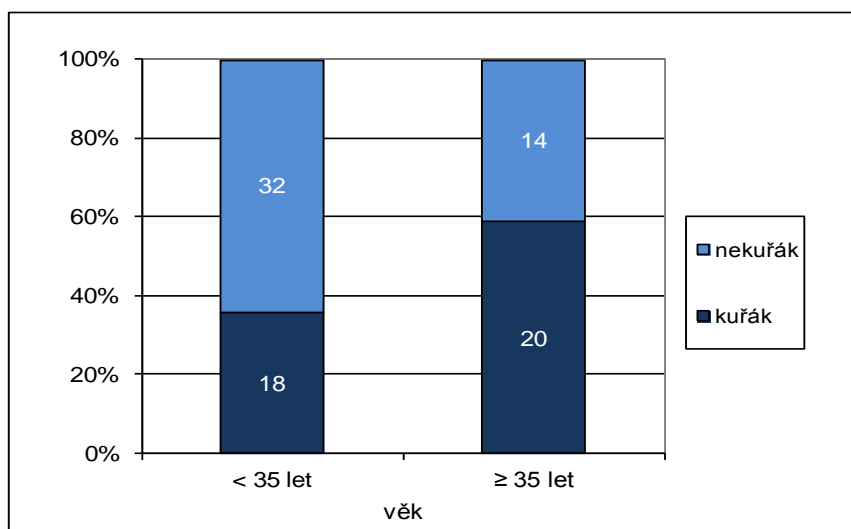
H_A : Předpokládám, že existuje statisticky významná závislost mezi výskytem kuřáků a jejich věku.

Tab. 10: Kouření x věk

	Kouření		Celkem
	Ano	Ne	
20 - 35 Let	18 36,0%	32 64,0%	50 100,0%
nad 35 let	20 58,8%	14 41,2%	34 100,0%
Celkem	38 45,2%	46 54,8%	84 100,0%

Pearson $\chi^2(1) = 4.2555$ Pr = **0.039**

Byl zjištěn statisticky významný rozdíl (chí-kvadrát test, $p=0,039$) ve výskytu kuřáků v závislosti na věku. V mladší skupině respondentů bylo 36 %, mezi staršími respondenty bylo kuřáků významně více 59 % (graf č. 26). Nulová hypotéza byla zamítnuta, **alternativní hypotéza byla přijata.**



Graf č. 26: Kouření v závislosti na věku

Kouření a vzdělání

H_0 : Předpokládám, že neexistuje statisticky významná závislost ve výskytu kuřáků a jejich vzdělání.

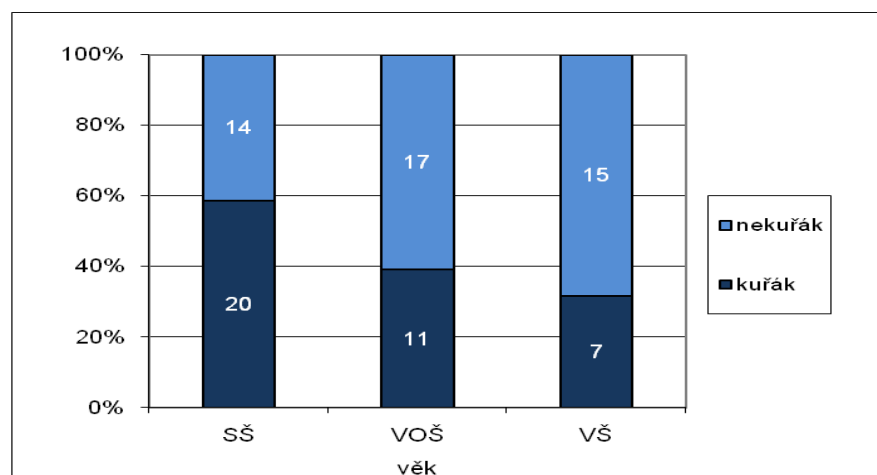
H_A : Předpokládám, že existuje statisticky významná závislost ve výskytu kuřáků a jejich vzdělání.

Tab. 11: Kouření x vzdělání

	Kouření		Celkem
	Ano	Ne	
SŠ	20 58,8%	14 41,2%	34 100,0%
VOŠ	11 39,3%	17 60,7%	28 100,0%
VŠ	7 31,8%	15 68,2%	22 100,0%
Celkem	38 45,2%	46 54,8%	84 100,0%

Pearson $\chi^2(2) = 4.5328$ Pr = **0.104**

Nebyl zjištěn statisticky významný rozdíl (chí – kvadrát test, $p=0,104$) ve výskytu kuřáků v závislosti na vzdělání. Největší podíl kuřáků byl ve skupině středoškoláků (59 %) (graf č. 27). **Nulová hypotéza byla přijata.**



Graf č. 27: Kouření v závislosti na vzdělání

Alkohol a pohlaví

H_0 : Předpokládám, že neexistuje statisticky významná závislost v konzumaci alkoholu u mužů a žen.

H_A : Předpokládám, že existuje statisticky významná závislost v konzumaci alkoholu u mužů a žen.

Tab. 12: Alkohol x pohlaví

	Alkohol		Celkem
	Ne	Ano + příležitostně	
Muži	8 12,7%	55 87,3%	63 100,0%
Ženy	4 19,0%	17 81,0%	21 100,0%
Celkem	12 14,3%	72 85,7%	84 100,0%

Pearson $\chi^2(1) = 0.5185$ Pr = 0.471

Fisherův exaktní test = **0.484**

Jelikož nebyl zjištěn statisticky významný rozdíl (Fisherův exaktní test, $p=0,484$) v konzumaci alkoholu u mužů a žen, byla **přijata nulová hypotéza**.

Alkohol a věk

H₀: Předpokládám, že neexistuje statisticky významná závislost mezi konzumací alkoholu a věku uživatelů.

H_A: Předpokládám, že existuje statisticky významná závislost mezi konzumací alkoholu a věku uživatelů.

Tab. 13: Alkohol x věk

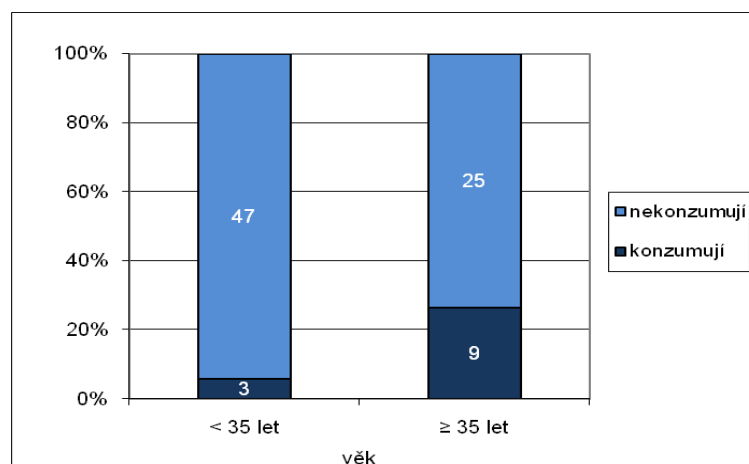
	Alkohol		Celkem
	Ne	Ano + příležitostně	
20 - 35 let	3 6,0%	47 94,0%	50 100,0%
nad 35 let	9 26,5%	25 73,5%	34 100,0%
Celkem	12 14,3%	72 85,7%	84 100,0%

Pearson $\chi^2(1) = 6.9259$ $P = 0.008$

Fisherův exaktní test = **0.012**

Byl zjištěn statisticky významný rozdíl (Fisherův test, $p=0,012$) v konzumaci alkoholu v závislosti na věku. V mladší skupině respondentů konzumuje alkohol 94 %, mezi staršími respondenty je konzumentů alkoholu významně méně 74 % (graf č. 28).

Nulová hypotéza byla zamítnuta, **alternativní hypotéza byla přijata.**



Graf č. 28: Konzumace alkoholu v závislosti na věku

Alkohol a vzdělání

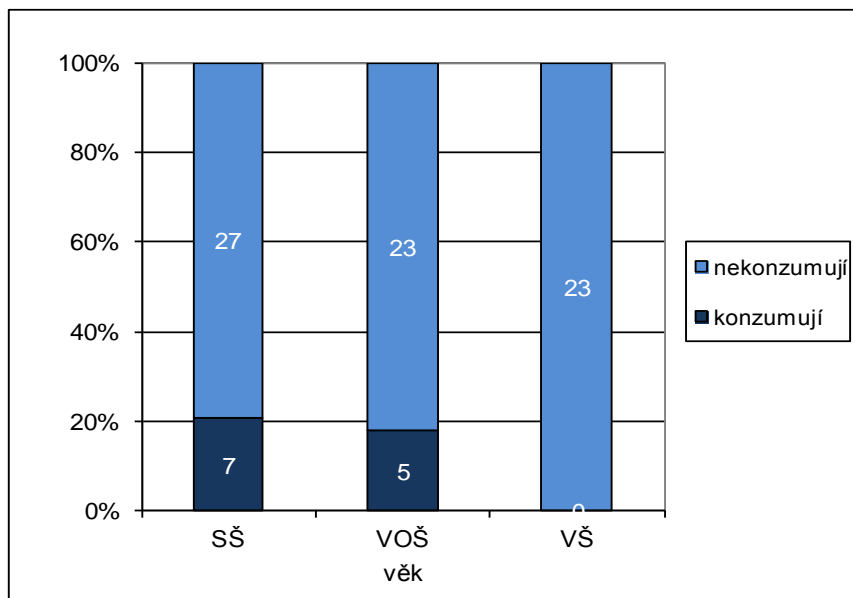
H₀: Předpokládám, že neexistuje statisticky významná závislost v konzumaci alkoholu a vzdělání uživatelů.

H_A: Předpokládám, že existuje statisticky významná závislost v konzumaci alkoholu a vzdělání uživatelů.

Tab. 14: Alkohol x vzdělání

	Alkohol		Celkem
	Ne	Ano + příležitostně	
SŠ	7 20,6%	27 79,4%	34 100,0%
VOŠ	5 17,90%	23 82,10%	28 100,0%
VŠ	0 0,0%	22 100,0%	22 100,0%
Celkem	12 14,3%	72 85,7%	84 100,0%

Tuto hypotézu **nebylo možno statisticky vyhodnotit**, neboť všichni zdravotničtí záchranáři s vysokoškolským vzděláním konzumují alkohol.



Graf č. 29: Konzumace alkoholu v závislosti na vzdělání

2. Cíl

Zjistit, zda existuje souvislost mezi vztahy na pracovišti a řešením stresových situací souvisejících s výkonem profese zdravotnického záchranáře.

H₀: Předpokládám, že neexistuje statisticky významná závislost v kvalitě pracovního kolektivu a probíráním vyčerpávajících zásahů v rámci pracovního kolektivu.

H_A: Předpokládám, že existuje statisticky významná závislost v kvalitě pracovního kolektivu a probíráním vyčerpávajících zásahů v rámci pracovního kolektivu.

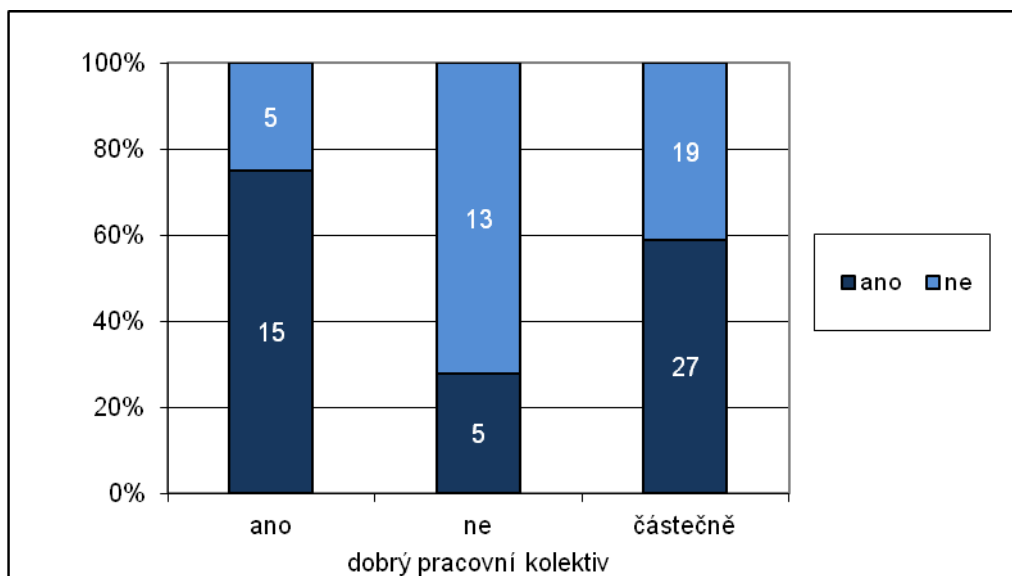
Tab. 15: Hodnocení kolektivu x výběr kolektivu

		Kolektiv - kolegové, vedení ZZS, psycholog		
		nevybráno	vybráno	Celkem
Dobrý kolektiv	Ano	5	15	20
		25,0%	75,0%	100,0%
	kumulativní %	13,5	31,9	23,8
	Ne	13	5	18
		72,2%	27,8%	100,0%
	kumulativní %	35,1	10,6	21,4
	Částečně	19	27	46
		41,3%	58,7%	100,0%
	kumulativní %	51,4	57,5	54,8
	Celkem	37	47	84
	44,1%	56,0%	100,0%	
kumulativní %	100	100	100	

Pearson $\chi^2(2) = 8.8823$ Pr = **0.012**

Byla zjištěna statisticky významná závislost (chí – kvadrát test, $p=0,012$) ve kvalitě pracovního kolektivu a probíráním vyčerpávajících zásahů v rámci pracovního kolektivu. Pokud je kolektiv hodnocen jako dobrý nebo částečně dobrý, tak nadpoloviční většina (75 %, resp. 59 %) respondentů uvedlo, že po vyčerpávajícím zásahu své dojmy probírají v pracovním kolektivu. V kolektivu, který hodnotí jako špatný, probírá vyčerpávající zásah

jen 28 % respondentů. Nulová hypotéza byla zamítnuta, **alternativní hypotéza** byla **přijata**.



Graf č. 30: Hodnocení pracovního kolektivu a probírání vyčerpávajících zásahů v rámci pracovního kolektivu

3. Cíl

Zjistit, zda existuje souvislost mezi výskytem problémů se spánkem u zdravotnických záchranářů a způsobem jejich relaxace.

H_O: Předpokládám, že neexistuje statisticky významná závislost mezi kvalitou spánku a aktivní relaxací.

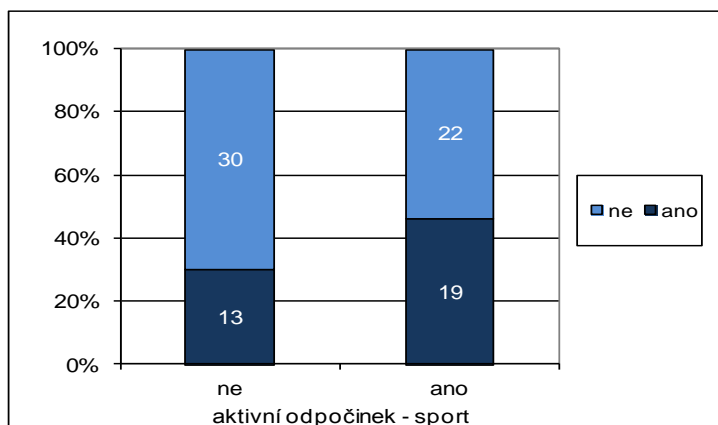
H_A: Předpokládám, že existuje statisticky významná závislost mezi kvalitou spánku a aktivní relaxací.

Tab. 16: Kvalita spánku x sport

		Kvalitní spánek		
		Ano	Ne	celkem
Sport	Ne	13 30,2%	30 69,8%	43 100,0%
	Ano	19 46,3%	22 53,7%	41 100,0%
	Celkem	32 38,1%	52 61,9%	84 100,0%

Pearson $\chi^2(1) = 2.3095$ Pr = 0.129

Nebyl zjištěn statisticky významný rozdíl (chí – kvadrát test, $p=0,129$) v kvalitě spánku v závislosti na aktivní relaxaci (sport). V celém souboru uvádí svůj spánek jako nekvalitní 62 %. Respondenti s aktivním způsobem relaxace uvádí v 54 % svůj spánek jako nekvalitní. Alternativní hypotéza byla zamítnuta, **nulová hypotéza byla přijata.**



Graf č. 31: Kvalitní spánek dle aktivního odpočinku

H₀: Předpokládám, že neexistuje statisticky významná závislost mezi výskytem problémů se spánkem a aktivní relaxací.

H_A: Předpokládám, že existuje statisticky významná závislost mezi výskytem problémů se spánkem a aktivní relaxací.

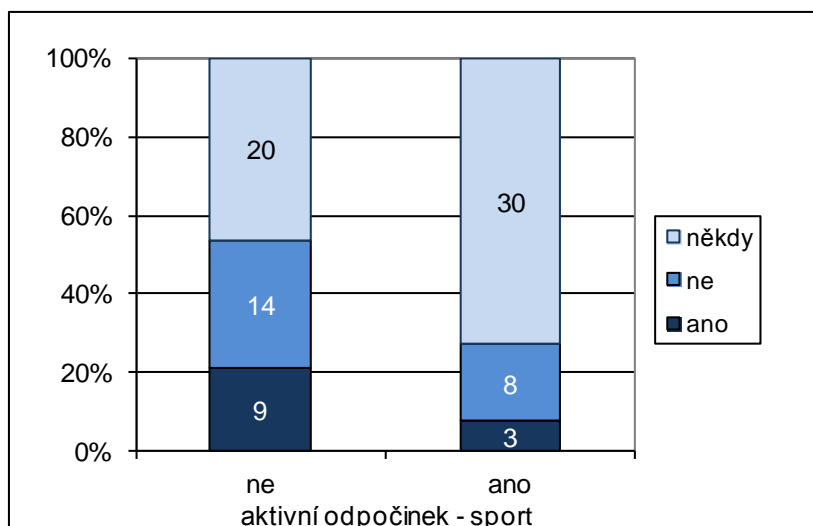
Tab. 17: Problémy se spánkem x sport

		Problémy se spánkem			celkem
		Ano	Ne	Někdy	
Sport	Ne	9 20,9%	14 32,6%	20 46,5%	43 100,0%
	Ano	3 7,3%	22 19,5%	41 73,2%	41 100,0%
	Celkem	12 14,3%	22 26,2%	50 59,5%	84 100,0%

Pearson $\chi^2(2) = 6.5925$ Pr = 0.037

Fisherův exaktní test = **0.039**

Ze statistického zpracování vyplynulo, že respondenti, kteří aktivně odpočívají (sportují) udávali méně problémů se spánkem (7%) oproti respondentům, kteří nesportovali (21%). Fisherovým exaktním testem byl určen statisticky významný rozdíl ($p=0,039$). **Alternativní hypotéza byla přijata.**



Graf č. 32: Problémy se spánkem a sport

H₀: Předpokládám, že neexistuje statisticky významná závislost mezi výskytem problémů se spánkem a pohlavím respondentů.

H_A: Předpokládám, že existuje statisticky významná závislost mezi výskytem problémů se spánkem a pohlavím respondentů.

Tab. 18: Problémy se spánkem x pohlaví

		Problémy se spánkem			celkem
		Ano	Ne	Někdy	
Pohlaví	Muži	3 4,8%	20 31,8%	40 63,5%	63 100,0%
	Ženy	9 42,9%	2 9,5%	10 47,6%	21 100,0%
	Celkem	12 14,3%	22 26,2%	50 59,5%	84 100,0%

Pearson $\chi^2(2) = 19.6364$ Pr = 0.000

Fisherův exaktní test = 0.000 **$p < 0,001$**

Byl zjištěn statisticky významný rozdíl v rozložení problémů se spánkem mezi pohlavím ($p < 0,001$). Muži uvádějí jen v 5 % problémy se spánkem, ženy ve 43 %. Nulová hypotéza byla zamítnuta, **alternativní hypotéza byla přijata.**

DISKUZE

Na podkladě kvantitativní strategie byla zpracována data, která posloužila k ověření poznatků teoretické části diplomové práce a umožnila získat ucelenější pohled na problematiku životního stylu zdravotnických záchranářů města Ostravy, který přímo souvisí s výkonem jejich povolání. Celkově odpovídalo 84 zdravotnických záchranářů, z čehož bylo 21 žen (25 %) a 63 mužů (75 %), což potvrdilo mužskou převahu ve výkonu tohoto povolání.

Hlavním cílem této diplomové práce byla sumarizace vlivu výkonu profese zdravotnického záchranáře na jeho životní styl. Z tohoto hlavního cíle byly posléze definovány 3 cíle, z kterých byly odvozeny nulové a alternativní hypotézy – tyto byly následně statisticky vyhodnoceny. Počet hypotéz byl stanoven z nutnosti statistického zpracování vzhledem k počtu položek v dotazníku. Tyto položky byly natolik rozdílné, že nebylo možno použít menší počet ucelených hypotéz, neboť by výsledky statistického zpracování byly zavádějící. Práce dále obsahuje dílčí cíle, které byly zhodnoceny popisnou statistikou a porovnáním s dostupnými zdroji, zabývající se životním stylem zdravotníků.

Cílem č. 1 bylo zjistit, zda stupeň vzdělání, věk a pohlaví zdravotnických záchranářů souvisí s mírou užívání návykových látek u zdravotnických záchranářů. Cíl byl stanoven na předpokladu, že ačkoli se návykové látky se mohou stát jakousi kompenzací stresu po obtížném zásahu, stresu z časové tísně, či pouze kompenzací stálého vnitřního napětí z očekávání výjezdu, zdravotníci obecně znají dopad užívání návykových látek na organismus, čili by se měli jejich konzumaci vyvarovat. Tento cíl byl rozdělen do šesti nulových a alternativních hypotéz. Návykovými látkami bylo myšleno kouření a užívání alkoholu. Soubor obsahoval celkem 45,2% kuřáků, což je téměř o 7 % více než hodnoty u všeobecných sester, jež uvádí autorka Fišerová ve své diplomové práci, která se zabývá životním stylem všeobecných sester. Co se týče užívání alkoholu, ve stejné diplomové práci výše zmiňovaná autorka uvádí užívání alkoholu u 97,7 % všeobecných sester, pouze 2,3% sester uvedlo, že alkohol nepijí (Fišerová, 2011, s. 73, 77, online). V souboru zdravotnických záchranářů se oproti tomu vyskytovalo 14,3 % respondentů, kteří uvedli, že alkohol nekonzumují vůbec. 85,7% dotazovaných uvedlo, že alkohol pijí pravidelně, nebo příležitostně. Statistickým zpracováním bylo zjištěno, že existuje statisticky

významná závislost mezi kouřením a pohlavím ($p=0,005$), mezi ženami bylo 71,4% kuřaček, oproti tomu u mužů tomu bylo jen v 36,5%. Dále bylo v tomto cíli zjišťováno, zda existuje statisticky významná závislost mezi kouřením a věkem respondentů. Ti byli rozděleni do dvou skupin a to rozmezí věku 20 – 35 let a 35 a výše. I v tomto případě byla alternativní hypotéza přijata ($p=0,039$), kdy bylo zjištěno, že ve skupině dotazovaných ve věku 20 – 35 let bylo 36 % kuřáků, ve druhém věkovém rozmezí bylo kuřáků 59%. Oproti přijetí dvou předchozích alternativních hypotéz, byla další alternativní hypotéza, která zjišťovala statisticky významnou závislost mezi kouřením a vzděláním, zamítnuta a byla přijata nulová, kdy se nepotvrdil statisticky významný rozdíl v těchto dvou proměnných. Ačkoli tendence k potvrzení alternativní hypotézy by byla (středoškolsky vzdělaných kuřáků bylo 58,8%, kuřáků s vyšším odborným vzděláním bylo 39,3% a kuřáků – vysokoškoláků 31,8%), z důvodu nízkého počtu respondentů se statisticky významný rozdíl nepotvrdil. Se stejnými proměnnými jako kouření byla porovnávána další návyková látka – alkohol. Při hledání statisticky významné závislosti ve vztahu alkohol – pohlaví, byla přijata nulová hypotéza, statisticky významný rozdíl mezi pohlavími a užíváním této návykové látky se neprokázal. Mezi ženami alkohol pilo pravidelně nebo příležitostně 81%, 19% žen uvedlo, že alkohol neužívají vůbec. Mezi muži bylo procentuální zastoupení přibližně stejné – 87,3% mužů pije alkohol pravidelně nebo příležitostně, 12,7% alkohol nepije. Statisticky významná závislost ($p=0,012$) byla ovšem prokázána ve vztahu alkohol – věk uživatelů. Ve věkovém rozmezí 20 - 35 let alkohol užívalo pravidelně nebo příležitostně 94% dotazovaných, ve věku nad 35 let tak bylo v 73,5%. Alternativní hypotéza tedy byla přijata. Poslední hypotéza, která byla zahrnuta do tohoto cíle, se vztahovala ke zkoumání vztahu mezi užíváním alkoholu a vzděláním. Tuto hypotézu ovšem nebylo možno statisticky vyhodnotit, neboť všichni vysokoškolsky vzdělaní zdravotničtí záchranáři užívali alkohol.

Cílem č. 2 bylo zjistit, zda existuje souvislost mezi vztahy na pracovišti a řešením stresových situací s výkonem povolání. Tento cíl byl stanoven na základě teoretických poznatků z této problematiky, kdy byl definován pracovní kolektiv a taktéž možnost využití Systému psychosociální intervenční služby pro zdravotnické záchranáře, který se opírá o spolupráci s psychologem pracoviště a školenými zaměstnanci – kolegy záchranáři, kdy zpracování psychicky náročných zásahů by mělo probíhat ještě na pracovišti, bez

ventilace např. v domácím prostředí. Obecně lze taktéž říci, že dobré vztahy na pracovišti zvyšují pravděpodobnost využití pracovního kolektivu pro rozhovor o náročném zásahu. Bylo zjištěno, že 81% všech dotazovaných mělo potřebu hovořit (ano nebo někdy) o náročných situacích. V bakalářské práci Kabílkové mělo tuto potřebu (ano nebo někdy) 72% zdravotnických záchranářů, což můžeme hodnotit jako přibližně stejné číslo (Kabílková, 2009, s. 50, online). Další otázkou pak bylo zjištěno, že k tomuto v 54% respondenti využívají své kolegy a v 50 % náročné situace záchranáři rozebírají v kruhu rodiny. Tento fakt může být problémem, pokud na toto nahlížíme z pohledu zákonem dané mlčenlivosti, tato polemika ale není předmětem této práce. Jako pracovní kolektiv byli definováni kolegové, vedení zdravotnické záchranné služby a psycholog. Alternativní hypotéza byla přijata za potvrzení statisticky významné závislosti ($p=0,012$) mezi kvalitou pracovního kolektivu a probíráním vyčerpávajících zásah v rámci pracovního kolektivu. Pokud byl pracovní kolektiv hodnocen jako dobrý nebo částečně dobrý, nadpoloviční většina (75%, respektive 59%) respondentů uvedlo, že po vyčerpávajícím zásahu své dojmy probírají v pracovním kolektivu. Cíl byl splněn.

Cílem číslo 3. bylo zjistit, zda existuje souvislost mezi výskytem problémů se spánkem zdravotnických záchranářů a způsobem jejich relaxace. Předpokladem formulace cílu byla skutečnost, že aktivní relaxace nejenže pomáhá ve zbavování se stresu, ale zároveň pohyb způsobuje únavu, čímž mohou být eliminovány spánkové poruchy. V rámci přidáné hodnoty byly taktéž zjišťovány druhy sportovních aktivit a frekvence jejich provozování, neboť pohyb pro zdravotnické záchranáře je důležitý taktéž z hlediska udržování si dobré kondice nezbytné pro výkon jejich povolání. Aktivní relaxaci přiznalo 49% dotazovaných, ze sportovních aktivit byla nejčastěji provozována cyklistika (62%), dále plavání (51%) a turistika (45%) atd. Co se týče četnosti provozování sportovní činnosti, největší zastoupení měla frekvence 3x týdně a více (31%), což ve srovnání s výzkumem, který probíhal na Slovensku, je o 13% více, než u tamních všeobecných sester (VS) a porodních asistentek (PA). Oproti tomuto rozdílu je mezi Slovenskými VS a PA a ostravskými ZZ v podstatě stejné zastoupení frekvence sportování 1x týdně (ZZ v 18%, VS+PA 23,1%) a neprovozování vůbec žádné sportovní aktivity (ZZ 18%, 19, 4%) (Dimunová, 2011, online). První hypotéza tedy zkoumala vztahy, mezi kvalitou spánku a aktivní relaxací. V celém souboru uvedlo svůj spánek jako nekvalitní 62%. Neboť nebyl

zjištěn statisticky významný rozdíl v kvalitě spánku v závislosti na aktivní relaxaci (sportu), byla přijata nulová hypotéza. Dále jsme zjišťovali statisticky významnou závislost mezi výskytem problémů se spánkem (buzení se v noci, problémy s usnutím) a fyzickou aktivitou (sportem). Problémy se spánkem udávalo (ano nebo někdy) 80,5% ze zkoumaného vzorku zdravotnických záchranářů. Autorka Kabílková ve své bakalářské práci uvádí u vzorku ZZ z její práce tyto problémy (ano nebo někdy) v 56%, což je poměrně významný rozdíl (Kabílková, 2009, s. 44, online). Neboť se statistického zpracování vyplynulo, že respondenti, kteří aktivně odpočívají (sportují) udávali méně problémů se spánkem (7%) oproti respondentům, kteří nesportovali (21%), potvrdila se ve vztahu těchto dvou proměnných statisticky významná závislost ($p=0,039$), proto byla přijata alternativní hypotéza. Jako poslední vztah vztahující se k tomuto cíli, byl zkoumán vztah výskytu problémů se spánkem mezi pohlavím respondentů. Zde se opět potvrdila statisticky významná závislost ($p=0,000$), kdy muži uváděli tyto problémy v 5 %, ženy ve 43 %. Proto byla přijata alternativní hypotéza. I tento cíl byl splněn.

Dále měla práce 6 dílčích cílů, které byly zhodnoceny popisnou statistikou. 1. dílčí cíl zjišťoval, zda zdravotničtí záchranáři dodržují zásady zdravé výživy, čímž byla myšlena pravidelná strava a množství tekutin vypitých během dne. 38% respondentů odpovědělo, že nejedí pravidelně, 29% udávalo, že jedí pravidelně a 33% jí pravidelně pouze občas. V porovnání s výzkumem autorky Fišerové je procento respondentů, kteří jedí pravidelně velmi nízké – všeobecné sestry v její práci udávají pravidelnost v jídlu v 69 % (Fišerová, 2011, s. 64, online). Tento rozdíl ve stravovacích návycích zdravotnických záchranářů a všeobecných sester je velmi výrazný. Co se týče pitného režimu, 14 % ZZ vypije za svou službu méně než 1 litr tekutin. Toto procento hodnotím jako alarmující. 40% vypije 1 – 2 litry a téměř polovina (45 %) vypije více než 2 litry. Fišerová ve své diplomové práci uvádí, že dotazované všeobecné sestry vypijí v necelém procentu (0,6%) méně než jeden litr, 1 – 2 litry tekutin za den vypije 63% VS a více než 2 litry vypije 36 % z respondentek. (Fišerová, 2011, s. 69, online). Všeobecné sestry a porodní asistentky na Slovensku rovněž vypijí 2 – 3 litry tekutin za den (Dimunová, 2011, online)

Dalším dílčím cílem bylo zjistit, zvládají – li zdravotničtí záchranáři stresové situace, které souvisejí s výkonem jejich profese. Šlo o subjektivní názor respondentů, pouze 2 % respondentů odpovědělo, že tyto situace nezvládají. Kabílková ve své práci

došla k podobným výsledkům – 4 % zdravotnických záchranářů z jejího výzkumu vybralo možnost, že tyto situace nezvládají (Kabílková, 2009, s. 42, online). Dále byly zjišťovány způsoby zbavování se stresu po náročných situacích. Nejvíce z respondentů uvedlo, že tráví čas s rodinou (62%), dále 49% dotazovaných sportuje, 30% vybralo možnost přátel. Autorka Kabílková zjistila obdobné informace - 34 % zdravotnických záchranářů udávalo sport, jako možnost zbavování se stresu (Kabílková, 2009, s. 37, online).

Čtvrtým dílčím cílem bylo zjistit, zda se záchranáři domnívají, že jejich profese má vliv na jejich zdravotní stav. Z dotazovaných se více než polovina (55%) domnívá, že jejich zaměstnání má opravdu vliv na jejich zdravotní stav, 29 % se naopak domnívá, že tomu tak není. 17 % vybralo odpověď „nevím“.

Dále nás zajímalo, jak hodnotí zdravotničtí záchranáři vliv směnného provozu na jejich spánek. 60% respondentů se domnívá, že směnný provoz má vliv na jejich spánek, což je o 13% více, než udává Kabílková ve své práci. 40% respondentů se domnívá, že směnný provoz nemá na jejich spánek žádný vliv (Kabílková, 2009, s. 45, online).

Posledním dílčím cílem bylo zjistit, zda jsou zdravotničtí záchranáři spokojeni se svou prací. 89 % respondentů odpovědělo kladně („ano“ nebo „spíše ano“), 8% vybralo možnost „spíše ne“, 2 dotazovaní se svou prací u ZZS spokojeni nejsou. Lze tedy konstatovat, že navzdory náročnosti této profese, většina zdravotnických záchranářů je se svou prací spokojeno. Dílčí cíle byly splněny.

Zpracováním výše uvedených cílů a dílčích cílů byl splněn hlavní cíl práce.

Závěr

Tato diplomová práce se zabývá životním stylem zdravotnických záchranářů města Ostravy v souvislosti s výkonem jejich povolání. Diplomová práce je rozdělena na dvě části a to teoretickou a praktickou. V teoretické části je definován pojem zdravotnický záchranář, je zde popsána legislativa, vztahující se k této profesi. Dále je v této části rozebrán životní styl a jeho prvky, jako jsou výživa, kondice, spánek. Další kapitoly, které byly pro svou rozsáhlost popsány samostatně, se týkaly pracovního prostředí, stresu a návykových látek. Poté následuje část praktická, která je založena na datech získaných dotazníkovým šetřením. Celkem se výzkumu účastilo 84 respondentů. Hlavním cílem výzkumu byla sumarizace vlivu výkonu profese zdravotnického záchranáře na jeho životní styl. Z hlavního cíle výzkumu byly odvozeny 3 cíle, dále bylo stanoveno 6 dílčích cílů.

Prvním cílem bylo zjistit, **zda stupeň vzdělání, věk a pohlaví zdravotnických záchranářů souvisí s mírou užívání návykových látek u zdravotnických záchranářů.** K tomuto cíli bylo stanoveno 6 hypotéz. V první jsme předpokládali, že existuje rozdíl v míře kouření vzhledem k pohlaví. Tato hypotéza byla potvrzena. V další hypotéze byl předpokládán vztah mezi kouřením a věkem kuřáků. Tato hypotéza byla rovněž potvrzena. V třetí hypotéze jsme předpokládali vztah mezi kouřením a vzděláním zdravotnických záchranářů. Tato hypotéza nebyla potvrzena, z důvodu malého vzorku nebylo možno potvrdit statisticky významný rozdíl, ačkoli klesající počet kuřáků se zároveň vyšším stupněm vzděláním se zde vyskytoval. Rovněž nebyla potvrzena hypotéza, v které bylo předpokládáno, že existuje statisticky významná závislost v užívání alkoholu mezi muži a ženami. Oproti tomu byla přijata hypotéza, která předpokládala závislost mezi konzumací alkoholu a věku respondentů. Jediná hypotéza, která nemohla být vyhodnocena, byla hypotéza, v které bylo předpokládáno, že užívání alkoholu souvisí se stupněm vzdělání. Z uvedených výsledků vyplývá, že věk a užívání návykových látek spolu opravdu statisticky souvisí, stejně jako existuje tato závislost ve výskytu kuřáků u mužů a žen.

Druhým cílem jsme chtěli zjistit, **zda existuje souvislost mezi vztahy na pracovišti a řešením stresových situací, souvisejících s výkonem profese zdravotnického záchranáře.** V souvislosti s tímto cílem byla stanovena hypotéza, v které jsme předpokládali statisticky významnou závislost mezi kvalitou pracovního kolektivu a probíráním vyčerpávajících zásahů. Hypotéza byla přijata. Jak vyplývá z tohoto cíle, je velmi důležité dbát na rozvíjení dobrých pracovních vztahů, neboť pro zdravotnické záchranáře je to důležitý faktor pro vyrovnávání se s náročnými zásahy a situacemi, které jejich profesi přináší. Rovněž tímto eliminujeme rozhovory o zásazích v kruhu rodiny záchranářů, neboť toto je v rozporu se zákonem dané mlčenlivosti.

Třetím cílem bylo zjistit, **zda existuje souvislost mezi výskytem problémů se spánkem u zdravotnických záchranářů a způsobem relaxace.** K tomuto cíli byly stanoveny 3 hypotézy. U první bylo předpokládáno, že existuje statisticky významná závislost mezi kvalitou spánku a aktivní relaxací (sportem). Tato hypotéza se nepotvrdila. V další hypotéze jsme předpokládali, že existuje statisticky významná závislost mezi výskytem problémů se spánkem a aktivní relaxací. Tato hypotéza byla přijata, stejně jako poslední hypotéza, vztahující se k tomuto cíli, v které bylo předpokládáno, že problémy se spánkem souvisejí s pohlavím respondentů. Z tohoto cíle vyplynulo, že sportovní aktivita má vliv na eliminování výskytu problémů se spánkem. Nicméně v této profesi je sportovní aktivita důležitá nejen z hlediska formy relaxace, ale i pro nutný rozvoj fyzické kondice, která je nedílnou součástí profese zdravotnického záchranáře.

LITERATURA

LITERÁRNÍ ZDROJE:

1. ARGAYOVÁ, I., RYBÁROVÁ, D., *Osobnost' a rola zdravotnického záchranára in Cesta k profesnímu ošetrovatelství V.*, Opava, 2010, ISBN 978-80-7248-607-6
2. BARTOŠÍKOVÁ, I., *O syndromu vyhoření pro zdravotní sestry*, 1. vyd., Brno: NCO NZO, 2006. ISBN: 80-7013-439-9
3. BAŠTECKÁ, B. a kol., *Terénní krizová práce. Psychosociální intervenční týmy*, 1. Vyd. Praha: grada Publishing a.s., 2005. ISBN: 80-247-0708-X
4. BORZOVÁ, C. a kol, *Nespavost a jiné poruchy spánku pro nelékařské zdravotnické obory*. 1. Vyd. Praha: Grada Publishong a.s., 2009, ISBN: 978-80-247-2978-7
5. BRŮHA, D., PROŠKOVÁ, E. *Zdravotnická povolání*, 1. vyd. Praha: Wolters Kluwe ČR, a. s., 2011. ISBN: 978-80-7357-661-5
6. BŘEČKA, T. A., *Strach a stres. Rescue Report*. 2010, č. 3, ISSN 1212-0456
7. DOBIÁŠ, V. a kol., *Prednemocničná urgentná medicína*, Martin: Osveta, 2007. ISBN: 978-80-8063-255-7
8. DROZDOVÁ, R., *Sestra a kouření*, in JAROŠOVÁ, D., *Trendy v ošetrovatelství*. 1. vyd. Ostrava, 2002. ISBN: 80-7042-335-8
9. EHRMANN, J. a kol., *Alkohol a játra*. 1. Vyd. Praha: Grada Publishing a.s., 2006. ISBN: 80-247-1048-X

10. JIRÁK, Z., a kol., *Fyziologie pro bakalářské studium na ZSF OU*, 2. vyd. Ostrava, 2007. ISBN: 978-80-7368-234-7
11. JOSHI, V., *Stres a zdraví*, 1.vyd. Praha: Portál, s.r.o, 2007. ISBN: 978-80-7367-211-9
12. KUBÁTOVÁ, H., *Sociologie životního způsobu*, 1. vyd. Praha: Grada, 2010. ISBN: 978-80-247-2456-0
13. KUNOVÁ, V., *Zdravá výživa*, 1.vyd, Praha: Grada, 2004. ISBN: 80-247-0736-5
14. KOTÁB, J., Kondice záchranáře – motivace k fyzické přípravě. *Rescue report*. 2011, č. 1. ISSN 1212-0456
15. KOTÁB, J., Kondice záchranáře – pocity při sportu, asketismus, sport v extrémních podmínkách, vůle, bolest, strach. *Rescue report*. 2011, č. 5. ISSN 1212-0456
16. KOTÁB, J., Kondice záchranáře – pohybové schopnosti. *Rescue report*. 2011, č. 2. ISSN 1212-0456
17. KOTÁB, J., Kondice záchranáře – regenerace, rehabilitace, léčení a boj s věkem. *Rescue report*. 2011, č. 6. ISSN 1212-0456
18. LAJČÍKOVÁ, A., Profesní zátěž – pitný režim a ochranné nápoje. *Rescue Report*. 2010, č. 5, ISSN 1212-0456
19. LÁSKOVÁ, A., Psychohygiéna, in *Sborník studijních textů pro sociální kurátory*, 1. vyd., Ostrava: Ostravská Univerzita v Ostravě, 2009. ISBN:978-80-7368-627-7
20. MACHOVÁ, J., KUBÁTOVÁ, D. a kol., *Výchova ke zdraví*, 1. vyd. Havlíčkův brod: Grada, 2009. ISBN: 978-80-247-2715-8

21. MARKOVÁ, M., *Determinanty zdraví*. 1. Vyd., Brno: NCO NZO, 2012. ISBN: 978-80-7013-545-7
22. MAZŮRKOVÁ, E., *Relaxace*, 2. vyd. Praha: Fragment, 2002. ISBN 80-7200-613-4
23. MIŽENKOVÁ, L. a kol. Zvládání stresu v práci zdravotnického záchranára in *Cesta k profesnímu ošetřovatelství V.*, Opava, 2010, ISBN 978-80-7248-607-6,
24. MLČÁK, Z., Stres a syndrom vyhaslosti v pomáhajících profesích, in *Psychologické poradenství v sociální práci II.*, 1. vyd., Ostrava: Repronis, 2004. ISBN: 80-7042-642-X
25. MRÁZOVÁ, E. Relaxace in MACHOVÁ, J., KUBÁTOVÁ, D. a kol., *Výchova ke zdraví*, 1. vyd. Havlíčkův brod: Grada, 2009. ISBN: 978-80-247-2715-8
26. NEŠPOR, K., *Návykové chování a závislost. Současné poznatky a perspektivy léčby*. 4. Vyd. Praha: Portál, 2011. ISBN: 978-80-7367-908-8
27. OREL, M. a kol., *Stres, zátěž a jejich zvládnání*, 1. vyd., Ostrava: Základní škola Ostrava – Dubina, 2010. ISBN: 978-80-9045-76-8-3
28. SÝKORA, J. a kol., *Chování člověka v krizových situacích*, 1. vyd. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, 2009, ISBN: 978-80-7318-826-9
29. ŠTIKAR, J. a kol., *Psychologie ve světě práce*, 1. vyd. Praha: Karolinum, 2003. ISBN: 80-246-0448-5
30. TROJAN, S. a kol., *Lékařská fyziologie*, 4. vyd. Praha: Grada, 2003. ISBN: 80-247-0512-5
31. VRUM, V., *Vybrané kapitoly z veřejného a sociálního zdravotnictví*, 1. vyd, Praha: Triton, 2007. ISBN: 978-80-7254-997-9

32. ŽIAKOVÁ, K. a kol, *Ošetrovatel'stvo telia a vedecký výskum*. 2. Vyd. Martin: Osveta, 2009, ISBN: 978-80-8063-304-2

ELEKTRONICKÉ ZDROJE:

33. ABZ slovník cizích slov. Pojem debriefing. 2006 (online). [cit. 2012-03-29]. Dostupné z www: <<http://slovník-cizich-slov.abz.cz/web.php/slovo/debriefing>>

34. ABZ slovník cizích slov. Pojem defusing. 2006 (online). [cit. 2012-03-29]. Dostupné z www: <<http://slovník-cizich-slov.abz.cz/web.php/slovo/defusing>>

35. BENNETT, P. a kol., Levels of mental health problems among UK emergency ambulance workers, 2004 (online). [cit. 2012-02-24]. Dostupné z www: <<http://emj.bmj.com/content/21/2/235.full.pdf+html>>

36. DIMUNOVÁ, L., Životní styl sester a porodních asistentek na Slovensku in *Sestra*. 2011 (online). [cit. 2012-07-23]. Dostupné z www: <<http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/zivotni-styl-sester-a-porodnich-asistentek-na-slovensku-458788>>

37. Diskusní a informační portál pro nelékařské zdravotnické pracovníky. Vyhláška 55/2011 Sb. (online). [cit. 2012-02-15]. Dostupné z: <http://www.osetrovatelstvi.info/data/55_2011_Sb.pdf>

38. FIŠEROVÁ, P., Životní styl všeobecných sester. Diplomová práce, 2011, 123 s. (online). [cit. 2012-03-15]. Dostupné z www: <http://theses.cz/id/xqc8n6/ivotn_styl_veobecnych_sester.pdf>

39. HUMPL, L., Systém psychosociální intervenční služby v ČR. 2012 (online). [cit. 2012-03-29]. Dostupné z www: <<http://www.uszsmk.cz/Default.aspx?clanek=20361>>

40. KABÍLKOVÁ, R., Životní styl zdravotnického záchranáře. Bakalářská práce, 2009, 62 s. (online). [cit. 2012-07-23]. Dostupné z www:

<http://theses.cz/id/fnu32v/downloadPraceContent_adipIdno_13374>

41. MZČR. Ministerstvo zdravotnictví České republiky. 2012 (online) [cit. 2012-07-02]. Dostupné z www: <http://www.mzcr.cz/Odbornik/dokumenty/nove-vzdelavaci-programy-specializacniho-vzdelavani-pro-nelekarske-zdravotnicke-pracovniky-dle-narizeni-vlady-c-sb_4225_941_3.html>

42. NCO NZO. Národní registr ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. 2012 (online) [cit. 2012-07-02]. Dostupné z www:

<http://www.nconzo.cz/c/document_library/get_file?uuid=b1f575f4-01a1-4b07-bd5c-41618d0537f4&groupId=11063>

43. PLOEG, E. a kol., Acute and chronic job stressors among ambulance personnel: predictors of health symptoms, 2003 (online). [cit. 2012-02-24]. Dostupné z www:

<http://oem.bmj.com/content/60/suppl_1/i40.full.pdf+html>

44. POPA, F. a kol., Occupational Burnout levels in Emergency Medicine – a nationwide study and analysis, 2010, (online). [cit. 2012-02-25]. Dostupné z www:

<<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20945809>>

45. Portál veřejné správy. 2012 (online) [cit. 2012-07-02]. Dostupné z www:

<<http://portal.gov.cz/app/zakony/zakonPar.jsp?page=1&idBiblio=73877&recShow=16&fulltext=55~2F2011&nr=&part=&name=&rpp=15#parCnt>>

46. Portál veřejné správy. 2012 (online) [cit. 2012-07-02]. Dostupné z www:

<<http://portal.gov.cz/app/zakony/zakonPar.jsp?page=1&idBiblio=57523&recShow=17&fulltext=&nr=96~2F2004&part=&name=&rpp=15#parCnt>>

47. PROVAZNÍK, K., Prevence v pracovním lékařství, 1. vyd., Praha: Nadace Cindi, 2010, 184s. ISBN 978-80-7071-315-0, (online). [cit. 2012-03-15]. Dostupné z www: <<http://www.lf3.cuni.cz/miranda2/export/sites/www.lf3.cuni.cz/cs/pracoviste/uzdm/prevence-v-pracovnim-lekarstvi.pdf>>
48. Předlékařská první pomoc do škol. Urgentní medicína. (online). [cit. 2012-02-15]. Dostupné z www: <<http://ppp.zshk.cz/vyuka/urgentni-medicina.aspx>>
49. SKŘEHOT, P., Lidský činitel a jeho význam v průběhu životního cyklu technologického zařízení, 2010 (online). [cit. 2012-02-20]. Dostupné z: <http://www.omnimedia.cz/www.private/dokumenty/prezentace_petr%20skrehot.pdf>
50. SLOVÁČEK, L. a kol., Kvalita života nemocných – jeden z důležitých parametrů komplexního hodnocení léčby, 2004 (online). [cit. 2012-02-17]. Dostupné z www: <http://www.pmfhk.cz/VZL/VZL%201_2004/Vz11_2.%20Slovacek.pdf>
51. SPINHOVEN, P. a kol, Predictors of Fatigue in Rescue Workers and Residents in the Aftermath of an Aviation Disaster: A Longitudinal Study, 2006 (online). [cit. 2012-02-24]. Dostupné z www: <<http://www.psychosomaticmedicine.org/content/68/4/605.full.pdf+html>>
52. STERUD, T. a kol, Health status in the ambulance services: a systematic review, 2006 (online). [cit. 2012-02-24]. Dostupné z www: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1559607/>>
53. SPIS. Systém psychosociální intervenční služby. 2011 (online). [cit. 2012-03-29]. Dostupné z www: <<http://www.spismz.cz/cs/>>
54. VATSIM VACC-CZ Forum. Lidský činitel – Model SHELL. 2011 (online) [cit. 2012-02-20]. Dostupné z www: <<http://www.vacc-cz.org/forum/viewtopic.php?id=5291>>

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ

EKG - elektrokardiograf

NREM - Non Rapid eye movement

ZZS – zdravotnická záchranná služba

BM – bazální metabolismus

ZZ – zdravotnický záchranář

PA – porodní asistentka

VS – všeobecná sestra

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek č. 1: Model SHELL

Obrázek č. 2: Složky tělesné zdatnosti a vhodné pohybové aktivity k jejich rozvoji

SEZNAM GRAFŮ

- Graf č. 1: Rozložení souboru podle pohlaví
- Graf č. 2: Věkové složení mužů a žen
- Graf č. 3: Rozložení souboru podle vzdělání
- Graf č. 4: Rozdělení souboru podle délky práce u ZZS
- Graf č. 5: Rozložení souboru kouření
- Graf č. 6: Kouření podle pohlaví
- Graf č. 7: Konzumace alkoholu
- Graf č. 9: Konzumace alkoholu podle pohlaví
- Graf č. 10: Pravidelná strava
- Graf č. 11: Množství tekutin za den
- Graf č. 12: Způsob relaxace
- Graf č. 13: Frekvence sportovní činnosti
- Graf č. 14: Frekvence sportovní aktivity mužů a žen
- Graf č. 15: Druhy sportovních aktivit
- Graf č. 16: Subjektivní hodnocení zvládání stresových situací spojených s prací na ZZS
- Graf č. 17: Subjektivní hodnocení zvládání stresových situací spojených s prací na ZZS
- Graf č. 18: Potřeba hovořit o stresových situacích
- Graf č. 19: Probírání stresových situací
- Graf č. 20: Hodnocení pracovního kolektivu
- Graf č. 21: Hodnocení kvality spánku
- Graf č. 22: Problémy se spánkem
- Graf č. 23: Problémy se spánkem v souvislosti s prací na směny
- Graf č. 24: Vliv zaměstnání na zdravotní stav
- Graf č. 25: Spokojenost s prací u ZZS
- Graf č. 26: Kouření v závislosti na věku
- Graf č. 27: Kouření v závislosti na vzdělání
- Graf č. 28: Konzumace alkoholu v závislosti na věku
- Graf č. 29: Konzumace alkoholu v závislosti na vzdělání

- Graf č. 30: Hodnocení pracovního kolektivu a probírání vyčerpávajících zásahů v rámci pracovního kolektivu
- Graf č. 31: Kvalitní spánek dle aktivního odpočinku
- Graf č. 32: Problémy se spánkem a sport

SEZNAM TABULEK

- Tab. 1: Rozložení souboru podle pohlaví
- Tab. 2: Věkové složení
- Tab. 3: Věkové složení mužů a žen x pohlaví
- Tab. 4: Rozložení vzdělání
- Tab. 5: Doba praxe
- Tab. 6: Kouření
- Tab. 7: Intenzita kouření u pravidelných kuřáků
- Tab. 8: Konzumace alkoholu u osob, které uvedly, že alkohol konzumují
- Tab. 9: Kouření x pohlaví
- Tab. 10: Kouření x věk
- Tab. 11: Kouření x vzdělání
- Tab. 12: Alkohol x pohlaví
- Tab. 13: Alkohol x věk
- Tab. 14: Alkohol x vzdělání
- Tab. 15: Hodnocení kolektivu x výběr kolektivu
- Tab. 16: Kvalita spánku x sport
- Tab. 17: Problémy se spánkem x sport
- Tab. 18: Problémy se spánkem x pohlaví

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1: Žádost o povolení průzkumu

Příloha č. 2: Dotazník k diplomové práci

Příloha č. 1: Žádost o povolení průzkumu


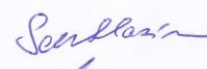
Hlavní sestra ÚSZS MSK
Renata Vřeská
Výškovická 2995/40
700 44 Ostrava - Zábřeh

V Tisku, 8. 1. 2012

Žádost o povolení průzkumu

Vážená paní Vřeská,
jsem studentkou 2. ročníku magisterského studia ve studijním oboru Dlouhodobá ošetrovatelská péče u dospělých na Fakultě zdravotnických věd Univerzity Palackého v Ostravě. Obracím se na Vás s prosbou o umožnění průzkumu formou dotazníku pro nelékařské zdravotnické pracovníky. Téma diplomové práce práce, jejíž součástí průzkum je, zní: Životní styl zdravotnických záchranářů města Ostravy v souvislosti s výkonem jejich povolání, pod vedením PhDr. Sabiny Psennerové. Průzkum by byl realizován vyplněním dotazníku zdravotnickými záchranáři na stanovištích Ostrava – Zábřeh, Ostrava – Martinov, Ostrava – Fifejdy a Slezská Ostrava. Dotazník přikládám k žádosti.
Předem děkuji za kladné vyřízení žádosti.

Bc. Eva Vašicová
Tísek 225
742 94
evavasicova@seznam.cz
777 649 887



ÚZEMNÍ STŘEDISKO
ZÁCHRANNÉ SLUŽBY
MORAVSKOSLEZSKÉHO KRAJE
Výškovická 40 2
700 44 Ostrava-Zábřeh

Příloha č. 2: Dotazník k diplomové práci

Dotazník k diplomové práci

Vážená paní, vážený pane,

jmenuji se Eva Vašicová a jsem studentkou 2. ročníku navazujícího magisterského studia programu Specializace ve zdravotnictví, oboru Dlouhodobá ošetrovatelská péče u dospělých Fakulty zdravotnických věd Univerzity Palackého v Olomouci.

V nynější době píšu diplomovou práci na téma Životní styl zdravotnických záchranářů města Ostravy v souvislosti s výkonem jejich povolání, kdy praktickou částí této diplomové práce je výzkum životního stylu zdravotnických záchranářů, opírající se o výsledky tohoto dotazníku. Prosím Vás proto o vyplnění tohoto dotazníku, který je naprosto anonymní a jeho výsledky budou použity pouze pro zpracování mé diplomové práce.

Pokyny k vyplnění: není – li uvedeno jinak, prosím zaškrtněte jen jednu odpověď.

Děkuji za Váš čas a ochotu.

Bc.Eva Vašicová

1. Pohlaví: muž žena

2. Věk: 20 – 35 35 a více

3. Nejvyšší dosažené vzdělání: střední škola
 vyšší odborná škola
 vysoká škola

4. Doba Vaší praxe na ZZS: méně než 1 rok 1 – 5 let
 6 – 10 let 11 a více let

5. Kouříte? ano pouze příležitostně ne

5a. Kolik cigaret denně vykouříte: 0 – 5 5 – 10
 10 – 15 15 – 20 více než 20

6. Pijete alkohol? ano ne příležitostně

- 6a. Pokud jste odpověděli „ano“:**
- 3x týdně a více
 - max. 1x týdně
 - max. 1x měsíčně

- 7. Jíte v průběhu dne pravidelně?**
- ano
 - ne
 - občas
 - nevím

- 8. Kolik tekutin denně vypijete?**
- méně než 1 litr
 - 1 – 2 litry
 - více než 2 litry

9. Jakým způsobem relaxujete? (možno i více odpovědí):

- s rodinou
- s přáteli
- poslechem hudby
- sledováním filmů
- četbou
- sportem
- Jiné

- 10. Jak často sportujete?**
- vůbec
 - 1x týdně
 - 3x týdně a více
 - 1x měsíčně
 - 2 x týdně

11. Který sport nejčastěji provozujete? (možno i více odpovědí):

- cyklistika
- běh
- plavání
- turistika
- horolezectví
- squash
- tenis
- jiné

12. Myslíte si, že zvládáte stresové situace, které souvisejí s Vaší prací na ZZS?

- ano
- spíše ano
- spíše ne
- ne

13. Jak se zbavujete stresu z náročných zásahů? (možno i více odpovědí)

- psychologickou pomocí
- kouřením
- alkoholem
- odpočinkem
- pomocí přátel
- fyzickou aktivitou
- pasivní relaxací
- aktivní relaxací
- jinak

14. Cítíte potřebu hovořit o náročném, vyčerpávajícím zásahu?

- ano
- ne
- někdy

15. Koho v takovýchto případech využíváte? (možno i více odpovědí)

- | | | |
|-------------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> psycholog | <input type="checkbox"/> vedení ZZS | <input type="checkbox"/> kolegové |
| <input type="checkbox"/> přátelé | <input type="checkbox"/> rodina | <input type="checkbox"/> necítím potřebu o tom hovořit |
| <input type="checkbox"/> neřeším to | <input type="checkbox"/> řeším sám v sobě | |

16. Myslíte si, že na Vašem pracovišti je dobrý kolektiv?

- ano ne částečně

17. Hodnotíte svůj spánek jako kvalitní?

- ano ne

18. Máte problémy se spánkem (buzení se během noci, problém usnout)?

- ano ne někdy

19. Myslíte si, že Vaše poruchy spánku souvisí s výkonem povolání „na směny“?

- ano ne

20. Myslíte si, že Vaše zaměstnání má vliv na Váš zdravotní stav?

- ano ne nevím

21. Jste spokojen(a) se svou prací zdravotnického záchranáře?

- ano spíše ano spíše ne ne