

UNIVERZITA JANA AMOSE KOMENSKÉHO
PRAHA

Magisterské kombinované studium
2010 – 2012

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Bc. Jan Veselý

Psychologie, bezpečnost práce a vzdělávání pracovníků
záchranné služby

Praha 2012

Vedoucí diplomové práce:
PaedDr. Anton Tomko, LL.A

COMENIUS UNIVERSITY PRAGUE

Master Combined Studies
2010 - 2012

DIPLOMA THESIS

Bc. Jan Veselý

Psychology, safety and education workers of emergency
medical service

Prague 2012

The master thesis work supervisor:

PaedDr. Anton Tomko, LL.A

Prohlášení

Prohlašuji, že předložená diplomová práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracoval samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování práce čerpal, řádně cituji a uvádím v seznamu použité literatury.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v univerzitní knihovně.

V Praze dne 20. 2. 2012

Jan Veselý

.....

Poděkování

Chtěl bych poděkovat vedoucímu práce, PaedDr. Antonínu Tomkovi, LL. A, jež obětavě vedl mé kroky k dokončení diplomové práce.

Taktéž bych chtěl poděkovat své manželce, Kataríně Veselé za její trpělivost, a také všem respondentům, kteří odesláním vyplněného dotazníku umožnili vznik této práce.

Anotace

Diplomová práce se zabývá pohledem do oboru zdravotnické záchranné služby. Pohlíží na problematiku psychologie, bezpečnosti a vzdělávání zaměstnanců v této složce integrovaného záchranného systému. Informuje o struktuře záchranné služby a její organizaci v České republice, o integrovaném záchranném systému, osobnostech záchranářů a jejich problémech. Taktéž se zabývá bezpečností a celoživotním vzděláváním. Teoretické poznatky jsou využity pro porozumění funkce a postavení záchranné služby ve společnosti a jejím interním fungování, aby bylo možno pochopit výsledky, jež vzešly z analýzy jednotlivých problémů.

Klíčové pojmy

bezpečnost, integrovaný záchranný systém, osobnost záchranáře, stres, syndrom vyhoření, vzdělávání pracovníků, záchranná služba

Annotation

This thesis deals with an approach to the field of emergency medical services. It looks at issues of psychology, safety and education of employees in the folder of the Integrated Rescue System. Inform the emergency services and the structure of its organization in the Czech Republic, on the Integrated Rescue System, rescuers personalities and their problems. It also addresses the safety and lifelong learning. The theoretical findings are used to understand the function and status of emergency services in the company and its internal functioning, in order to understand the results that emerged from analysis of individual problems.

Key words

burnout, emergency medical service, integrated rescue system, rescuers personality, staff training, stress

OBSAH

ÚVOD	8
1. ZÁCHRANNÁ SLUŽBA V SOUČASNOSTI.....	9
1.1. Koncepční řešení poskytování záchranné služby	9
1.2. Organizace zdravotnické záchranné služby v ČR	12
1.3. Legislativa upravující činnost záchranné služby v ČR	14
1.4. Personální požadavky na provoz záchranné služby	15
1.5. Integrovaný záchranný systém	16
1.5.1. Složky Integrovaného záchranného systému.....	16
1.6. Koncepce Integrovaného záchranného systému	17
1.7. Tísňové linky a tísňové volání	17
1.7.1. Linka 112.....	18
2. PSYCHOLOGICKÉ ASPEKTY PRÁCE NA ZÁCHRANNÉ SLUŽBĚ	20
2.1. Osobnost záchranáře a komunikační dialog	21
2.1.1. Vztahy v rámci zásahu, selhání týmu	23
2.1.2. Osobnost záchranáře.....	24
2.1.3. Charakterová výstavba osobnosti záchranáře	25
2.1.4. Temperamentové vlastnosti záchranářů.....	26
2.1.5. Intelekt záchranáře, vlohy a schopnosti.....	27
2.2. Zátěžové situace u pracovníků záchranné služby	29
2.2.1. Stres	30
2.2.1.1. Nervové řízení	30
2.2.1.2. Hormonální řízení	31
2.3. Stresové faktory a adaptivní reakce na stres.....	32
2.3.1. Frustrace	33
2.3.2. Konflikt.....	33
2.3.3. Trauma	34
2.3.4. Krize	34

2.3.5. Deprivace.....	34
2.4. Zvládání zátěžových situací.....	35
2.5. Burn out syndrom	36
2.5.1. Příznaky syndromu vyhoření a jeho stádia	37
2.5.2. Druhy, rizikové faktory a diagnostika syndromu vyhoření.....	38
2.6. Závislosti u zdravotnických pracovníků	40
3. BEZPEČNOST PRACOVNÍKŮ ZÁCHRANNÉ SLUŽBY	43
3.1. Vlivy biologických činitelů	44
3.2. Chemické vlivy na pracovníky záchranné služby	46
3.3. Fyzikální vlivy na pracovníky záchranné služby	50
4. VZDĚLÁVÁNÍ PRACOVNÍKŮ ZÁCHRANNÉ SLUŽBY	52
4.1. Řidiči dopravy nemocných, raněných a rodiček.....	53
4.2. Řidič vozidla záchranné služby.....	54
4.3. Zdravotnický záchranář.....	55
5. ANALÝZA PSYCHOLOGICKÝCH POSTOJŮ, POCITŮ BEZPEČNOSTI A STAVU VZDĚLÁVÁNÍ V OBLASTI ZÁCHRANNÉ SLUŽBY	58
5.1. Hlavní stanovené hypotézy.....	58
5.2. Metody získávání dat	59
5.3. Metody zpracování dat	61
6. HODNOCENÍ VZORKU RESPONDENTŮ	62
6.1. Pohlaví respondentů	62
6.2. Pracovní zařazení respondentů.....	63
6.3. Dosažené vzdělání pracovníků záchranné služby	64
6.4. Délka praxe v oboru.....	66
6.5. Věk respondentů	67
7. HODNOCENÍ POSTOJŮ ZAMĚSTNANCŮ VŮČI SVÉ PRÁCI A STRESORŮM, JEŽ NA NĚ PŮSOBÍ	69
7.1. Hodnocení důležitosti povolání.....	69
7.2. Hodnocení pocitu ohodnocení za odvedenou práci.....	70

7.3. Hodnocení uvažování respondenta o změně zaměstnání	71
7.4. Hodnocení docházky do zaměstnání	73
7.5. Hodnocení pocitů při pobytu na základně.....	74
7.6. Hodnocení účasti likvidaci následků hromadného neštěstí.....	75
7.7. Hodnocení účasti na resuscitaci dítěte do 15 let věku	76
7.8. Známost pojmu syndrom vyhoření	77
7.9. Hodnocení pozorovaných projevů syndromu vyhoření	78
7.10. Tělesné (vagové) reakce respondentů na hlášení výjezdu	79
7.11. Hodnocení stresových okamžiků	80
7.12. Hodnocení vnitřních pocitů cestou k případu	82
8. HODNOCENÍ POSTOJE ZAMĚSTNANCŮ	
K BEZPEČNOSTNÍM ASPEKTŮM PRÁCE NA ZÁCHRANNÉ	
SLUŽBĚ	84
8.1. Hodnocení pocitu bezpečí.....	84
8.2. Hodnocení vybavení osobními ochrannými pomůckami	85
8.3. Hodnocení zkušeností s pracovním úrazem	86
8.4. Hodnocení používání osobních ochranných pomůcek.....	87
8.5. Hodnocení pracovních rizik	88
9. VZDĚLÁVÁNÍ PRACOVNÍKŮ ZÁCHRANNÉ SLUŽBY	90
9.1. Hodnocení touhy po dalším vzdělávání.....	90
9.2. Hodnocení dostatečnosti kvalifikace	91
9.3. Přínosnost forem celoživotního vzdělávání	92
10. VERIFIKACE HYPOTÉZ	93
10.1. Hypotéza č. 1.....	93
10.2. Hypotéza č. 2.....	95
11. ZÁVĚR.....	96
12. SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	98
13. SEZNAM OBRÁZKŮ GRAFŮ A TABULEK	101
14. SEZNAM ZKRATEK	103
15. SEZNAM PŘÍLOH.....	104

ÚVOD

Problematika provozování a řízení zdravotnické záchranné služby (ZZS) úzce souvisí s personální činností, zejména v péči o zaměstnance. V poslední době je situace kolem provozování ZZS velmi aktuální, vzhledem k neutěšenému stavu legislativy, která nereflektuje současné potřeby záchranné služby a pokusům, které se snaží řešit již 15 let diskutovaný zákon o ZZS. Záchranná služba je v současné době jakousi popelkou oproti svým partnerům v integrovaném záchranném systému (IZS), tedy hasičům a policií. Tyto složky mají zpracované postupy, které odrážejí psychologické nároky na zaměstnance, mezi které můžeme řadit emoční stabilitu, empatii, temperamentové předpoklady apod. Patří sem taktéž bezpečnostní postupy i sofistikovaný systém vzdělávání. V rámci České republiky existuje 14 krajských středisek ZZS (Příloha č. 1). Střediska, které koordinují záchrannou službu, z nichž každé je autonomní ve vytváření postupů a systémů řízení. Existuje tedy 14 odlišných záchranných služeb na území republiky.

Dalším důležitým faktem dodávajícím tématu na aktuálnosti je celoevropská hospodářská krize. Jejím důsledkem je omezování finančních dotací záchranným službám ve státech napříč celou Evropou, což vede k omezování rozpočtů, ze kterých je péče hrazena. Tato situace má za následek přímé ovlivňování rozsahu a kvality poskytované neodkladné péče. Práce poukazuje na nedostačující a nekoncepční systém vzdělávání, nevyhovující legislativní zázemí pro provozování ZZS a pozici pracovníků záchranné služby v rámci zaměstnání i společnosti.

Autor se pro zpracování této práce rozhodl zejména z důvodu potřeby širšího pohledu na problematiku, která je ve společnosti velmi diskutovaná, ovšem často bez většího efektu. Záchranná služba zajišťuje péči o potřeby lidí stížených náhlou zdravotní indispozicí, úrazy či v ohrožení života. Proto je důležité k této službě přistupovat tak, aby se mohla soustředit na svou činnost, která je celospolečensky velice důležitá a nikoliv na shánění finančních prostředků na svůj provoz.

1. ZÁCHRANNÁ SLUŽBA V SOUČASNOSTI

„Záchranná služba je služba, jejímž posláním je péče o pacienty, jejichž zdravotní stav se náhle a neočekávaně zhoršil a jejichž základní životní funkce (tj. vědomí, oběh a dýchání) jsou ohroženy selháním nebo již selhávají. Typickými důvody výjezdu záchranné služby jsou projevy náhlého onemocnění srdce a plic (tlak či bolet na prsou, dechové potíže), neurologické potíže (epilepsie – padoucnice, cévní příhoda mozková), psychiatrické příhody (neurózy, psychózy, otravy a jiné sebevražedné pokusy), závažnější úrazy a otravy, různé stavy s poruchou vědomí či bezvědomím a všechny ostatní stavy, kdy dochází k náhlému a neočekávanému zhoršení zdravotního stavu.“ (FRANĚK, 2002-2011).

Zdravotnická záchranná služba je jen jedním z článků, který hraje roli v záchraně lidského života. Základem záchrany lidského života a zdraví je poskytnutí první pomoci, což *„je soubor opatření nebo postupů, které se při poranění nebo náhlém onemocnění poskytne postiženému ještě před příchodem specializované pomoci.“ (DOBIÁŠ, 2006, s. 14).* První pomoc, ačkoliv nenahrazuje lékařské ošetření, často rozhoduje o bytí a nebytí. Je tedy potřeba jí přikládat velkou váhu v rámci všech forem vzdělávání. Po poskytnutí první pomoci, zejména v závažnějších stavech, následuje poskytnutí urgentní přednemocniční neodkladné péče, kam patří i práce záchranné služby, která *„je nejen samostatným medicínským oborem, ale vyžaduje od zdravotnických pracovníků filosoficky i jiný přístup.“ (DOBIÁŠ, 2006, s. 14).*

1.1. Koncepční řešení poskytování záchranné služby

Zdravotnické záchranné služby jsou povětšinou ve střední Evropě, i v České republice (ČR) koncipovány jako jednotky s lékařem v sanitním voze. Z čehož plyne, že v ambulanci, která vyjíždí k pacientovi, je přítomen lékař – v posádce rychlé lékařské pomoci (RLP). Tento specifický systém je ale v celosvětovém měřítku spíše unikátní. V naprosté většině vyspělých

států světa (USA, Nizozemsko, Velká Británie) zajišťují specifickou neodkladnou péči školení profesionálové bez lékařského vzdělání – tedy nelékařští zdravotničtí pracovníci - zdravotničtí záchranáři, kteří jsou připraveni k provádění život zachraňujících výkonů. Záchranná služba je v těchto zemích často v režii hasičských záchranných sborů, které zajišťují její provoz.

V České republice se začíná rozvíjet a nabývat na významu specifický systém Rendez – vous (RV), kdy v sanitním vozidle nemusí být přítomen lékař. Poskytovaná akutní neodkladná péče, což je *„zdravotní péče o nemocné v bezprostředním ohrožení života nebo ve stavu vážného ohrožení zdraví, kdyby včasná adekvátní léčba by došlo ke zhoršení stavu nebo smrti“* (ŠTĚTINA, 2000, s. 14), může být provedena pouze středním zdravotnickým pracovníkem. Týmy jsou nejčastěji používány na výjezdech, kdy není bezprostředně nutná přítomnost lékaře. Za zmínku stojí i ekonomický profit, který pramení z nižší ceny práce středního zdravotnického pracovníka (SZP) a snížení případné dojezdové doby. Tohoto snížení je možné dosáhnout nasazením většího počtu ambulancí se záchranáři tak, aby byl splněn limit daný vyhláškou o provozu záchranné služby. Tyto úpravy výjezdových skupin znamenají nižší potřebu aktivního personálního managementu, vzhledem k přebytku záchranářů a nedostatku lékařů na trhu práce, kde tento stav vykazuje několikaletou setrvalost.

Systém Rendez – vous je užíván zejména ve velkých městských aglomeracích. *„V systému Rendez – vous vyjíždí malý vůz s lékařem, řidičem - záchranářem a kompletním vybavením. V druhém pořadí vyjíždí velký vůz s posádkou bez lékaře (RZP – rychlé zdravotnické pomoci). Ta po základním zajištění na místě stabilizovaného pacienta kvalifikovaně transportuje do nemocnice. Lékař v tomto systému doprovází do nemocnice pacienty závažně postižené, nezbytně vyžadující jeho přítomnost. V lehčích případech je uvolněn a připraven reagovat na další výzvu.“* (PACHL, ROUBÍK, 2003, s. 347). Výhodou systému RV je možnost větší členitosti v rozložení výjezdových skupin v rámci přidělené oblasti a rychlejší

dojezdovost vozidel záchranné služby. Nesporným přínosem systému jsou situace, kdy lékař zajistí pacienta, který může být do zdravotnického zařízení převezen za doprovodu středního zdravotnického pracovníka. Lékař je tedy připraven k dalšímu zásahu. Samozřejmostí v Rendez – vous systému je vyšší počet vozidel se zdravotnickými záchranáři, nežli vozidel s lékařem.

Obrázek č. 1: Vozy RZP a RV



Zdroj: Fotoarchiv autora, Záchraná služba Asociace Samaritánů České republiky

Optimální by měl být poměr - 1 vůz systému RV na 3 vozy RZP, kdy při tomto poměru dochází k nevhodnějšímu využití vozu RV se zachováním dostupnosti v rámci dané oblasti. Tyto poznatky vycházejí z analýz provozu zdravotnických záchranných služeb GEOPT, které byly v minulosti prováděny u některých krajských středisek.

Okrajově zasahuje do přednemocniční neodkladné péče i Lékařská služba první pomoci „Lékařská služba první pomoci (LSPP) zabezpečuje první

pomoc v případech náhlého onemocnění nebo zhoršení zdravotního stavu, jestliže stupeň postižení nevyžaduje zásah zdravotnické záchranné služby.“ (MAJEROVÁ, 2005). Jedná se o specifický typ zdravotnického zařízení, jímž jsou dokrývány ordinační hodiny obvodních lékařů a tvoří předstupeň potřeby záchranné služby, kdy je lékař LSPP schopen dojíždět za pacienty nonstop do jejich domovů. Vzhledem k rozsáhlým ekonomickým škrtům a nevyjasněnému financování lékařské služby první pomoci, byla bohužel tato služba ve většině částí republiky zrušena. Vzniklou mezeru nyní zaplňuje práce zdravotnické záchranné služby. To nevyhnutelně vede k většímu zatěžování sanitních vozů v situacích, při kterých není ohroženo zdraví či lidský život, ale jsou řešeny spíše problémy sociálně zdravotního charakteru, případně i chronické obtíže.

1.2. Organizace zdravotnické záchranné služby v ČR

„Zdravotnickou záchrannou službu v ČR provozují Územní střediska záchranné služby zřizované jednotlivými kraji, ty se dále organizačně člení na Oblastní střediska záchranné služby a jednotlivá výjezdová stanoviště. ZZS zaměstnává asi 6500 pracovníků.“ (BYDŽOVSKÝ, 2008, s. 25). 14 krajských středisek vzniklo dne 1. 1. 2003. Územní střediska jsou zřizovaná kraji a odpovídají za poskytování přednemocniční neodkladné péče ve své oblasti. Vzhledem k počtu 14 krajských středisek záchranných služeb existuje v České republice i 14 různých koncepcí pro provozování záchranné služby. Taktéž chybí jakákoliv koordinace postupů v tomto segmentu veřejné služby. U některých krajů byla nastavena cesta pro sjednocování daných oblastí do jediné, které jsou řízené centrálním krajským operačním střediskem. Jiní poskytovatelé si zvolili systém několika rozčleněných oblastí podřízených lokálním dispečinkům.

Obrázek č. 2: Operační středisko záchranné služby



Zdroj: ASČR, Záchraná služba. Fotoarchiv 2011

Financování ZZS je zajišťováno z několika specifických zdrojů. Základním pramenem finančních prostředků pro fungování územních středisek záchranné služby jsou dotace od zřizovatele – tedy z rozpočtových kapitol krajských úřadů. Vzhledem k provázanosti s krajem se v poslední době stává záchranná služba nástrojem politického boje a dochází k účelovému zřizování či rušení stanovišť mimo jakoukoliv koncepci, jen na základě geografického rozložení volebních preferencí či držby politické moci. Finanční prostředky získané z kraje se pohybují mezi 55 až 70 % nákladů, které jsou nezbytně nutné pro fungování instituce. I nestátní zdravotnické záchranné služby mohou získat od krajského úřadu dotace na svůj provoz, avšak tyto finanční prostředky znamenají pouze zlomek kapitálu, který nestátní zdravotnické zařízení potřebují ke svému provozu. Důležitým zdrojem finančních prostředků u těchto mnohdy neziskových organizací, jsou úhrady za poskytnutou neodkladnou péči od zdravotních pojišťoven. Nestátní záchranné služby jsou nuceny získávat

potřebné peněžní zdroje na své fungování i jinými cestami, které může tvořit specifická komerční aktivita, případně podnikání v oblasti sociálních služeb.

V situaci dnešní celoevropské hospodářské ekonomické krize je však často složité získat jakékoliv finance navíc, a tak se mnoho nestátních zdravotnických zařízení pohybuje na hranici svých existenčních možností. To má za důsledek vznik negativních jevů z hlediska kvality jak poskytované péče, tak kvality finančního ohodnocení zaměstnanců.

1.3. Legislativa upravující činnost záchranné služby v ČR

„Záchrannou službu definoval zákon o péči o zdraví lidu v r. 1966. Již tehdy se zákon věnoval ZZS pouze jedním paragrafem, který se v tom nejdůležitějším pouze odkazoval na ministerskou vyhlášku. Tuto vyhlášku ministerstvo zdravotnictví však vydalo až v roce 1992, tzn., že záchranáři se dočkali až po 26 letech“ (SCHWARZ, 2008). V současnosti je činnost záchranné služby v České republice upravena vyhláškou Ministerstva zdravotnictví č. 434 z roku 1992 upravena novelou 234/2011 Sb. platnou od 31. 8. 2011. Od 1. 4. 2012 by měl vstoupit v platnost nový zákon č. 374/2011 sb., který bude komplexně řešit problematiku poskytování přednemocniční neodkladné péče, funkci a postavení záchranné služby.

Zdravotnická záchranná služba nevyjíždí pouze k primárním zásahům v terénu, ale poskytuje i sekundární mezinemocniční přepravu pacientů. V současnosti dochází k rozsáhlým změnám v systému fungování, kdy by podle zákonných norem měla záchranná služba poskytovat pouze akutní sekundární transporty. Plánované sekundární transporty, které snesou odklad, se postupně dostávají do režie soukromých poskytovatelů. Tato služba tak může tvořit další příjem pro provoz nestátních zdravotnických zařízení. V důsledku momentálních drastických škrťů je zatížena značnou administrativní náročností a poskytování této služby začíná být limitováno.

1.4. Personální požadavky na provoz záchranné služby

Z hlediska provozování je, jak již bylo v předchozích kapitolách nastíněno, obsazení pracovních pozic v rámci záchranné služby variabilní. Základním stavebním prvkem při řešení personálních potřeb je fakt, že záchranná služba pracuje v nepřetržitém provozu. V současnosti na většině pracovišť funguje systém dvanáctihodinových směn. V minulosti byla pravidelná práce ve 24 hodinovém režimu. Zde se opět nabízí srovnání s ostatními členy integrovaného záchranného systému, kteří jsou řízeni služebním zákonem a nikoli zákoníkem práce. Proto fungují v tomto režimu dodnes.

V oblasti pracovních pozic využívá záchranná služba různé druhy pracovního zařazení. V zásadě je můžeme rozdělit na kvalifikované řidiče, odborné nelékařské pracovníky a lékaře. Personální požadavky na obsazení posádek se liší dle používaného systému. U systému Rendez – vous se jedná o osobní vozy, jejichž výjezdovou skupinu tvoří lékař a řidič či zdravotnický záchranář. Ambulance rychlé zdravotnické pomoci (RZP) je obsazena řidičem a středním zdravotnickým pracovníkem. Druhou variantou je využití vozů RZP společně v kombinaci s vozy, kde mimo řidiče a středního zdravotnického pracovníka je na palubě i lékař (RLP). V obou případech se liší pouze počty pracovníků, odbornost je však zachována. Řidičem vozidla zdravotnické záchranné služby může být v současnosti absolvent speciálního kvalifikačního kurzu RZP/RLP, případně zdravotnický záchranář s potřebnou skupinou řidičského oprávnění. Z hlediska odborných zdravotnických pracovníků vykonávají tuto práci absolventi středních zdravotnických škol s kurzem Akutní resuscitační a intenzivní péče (ARIP), absolventi vyšších odborných škol s titulem diplomovaný zdravotnický záchranář či diplomovaná sestra pro intenzivní péči. V poslední době se na těchto pozicích objevují i vysokoškolsky vzdělaní pracovníci, absolventi bakalářského oboru Urgentní zdravotnické péče či ošetřovatelství. Z lékařských zdravotnických pozic je obsazování zcela specifické, tedy absolventy lékařských fakult příslušné odbornosti. Ve většině případů se jedná o lékaře s ukončenou atestací.

Jen výjimečně se lze setkat s lékařem pracujícím „pod odborným dohledem“, tedy lékařem bez atestace.

Dnes roztržštěné právní předpisy ve formě četných vyhlášek, které upravují fungování zdravotnické záchranné služby, by měly v budoucnu nahradit již mnoho let připravovaný zákon o záchranné službě s paragrafovanou úpravou zabývající se minimálním personálním zabezpečením zdravotnické záchranné služby.

1.5. Integrovaný záchranný systém

„Integrovaný záchranný systém (IZS) je efektivní systém vazeb, pravidel spolupráce a koordinace záchranných a bezpečnostních složek, orgánů státní správy a samosprávy, fyzických a právnických osob při společném provádění záchranných a likvidačních prací a přípravě na mimořádné události. Tak aby stručně řečeno „nikdo nebyl opomenut, kdo pomoci může a vzájemně si nikdo z nich nepřekážel.“ (ŠPAČEK, 2009)

1.5.1. Složky Integrovaného záchranného systému

Mezi základní složky integrovaného záchranného jsou řazeny:

- Hasičský záchranný sbor České republiky (HSZ)
- Jednotky požární ochrany
- Zdravotnická záchranná služba
- Policie České republiky

Ostatními složkami integrovaného záchranného systému jsou:

- Obecní policie
- Vyčleněné síly a prostředky ozbrojených sil
- Orgány ochrany veřejného zdraví
- havarijní, pohotovostní, odborné a jiné služby

- zařízení civilní ochrany
- neziskové organizace a sdružení občanů, která lze využít k záchranným a likvidačním pracím

1.6. Koncepce Integrovaného záchranného systému

Hlavním koordinátorem integrovaného záchranného systému je Hasičský záchranný sbor České republiky. V praxi to znamená, že pokud dojde v rámci zásahu k součinnosti více složek IZS, vedení daného zásahu je ve většině případů podřízeno členovi Hasičského záchranného sboru, který řídí součinnost jednotlivých složek a koordinuje záchranné a likvidační práce. Informačním a zároveň i operačním střediskem IZS se stává operační středisko Hasičského záchranného sboru, které nasazuje a povolává potřebné prostředky a síly členů integrovaného záchranného systému v daných lokalitách. Velitel zásahu má dle zákona o IZS při provádění zásahu rozsáhlé pravomoci, mimo jiné může omezit či zakázat vstup osob na místo zásahu, nařídít evakuaci osob, případně stanovit jiná další dočasná omezení, která jsou důležitá k ochraně zdraví, života, majetku a životního prostředí. Velitel zásahů je rovněž oprávněn dle znění zákona vyzvat fyzické i právnické osoby k poskytnutí věcné i osobní pomoci. Fyzické i právnické osoby jsou povinny tuto pomoc poskytnout. *„Práva a povinnosti právnických, podnikajících fyzických osob a fyzických osob při mimořádných událostech stanoví zákon č. 239/2000 Sb., o integrovaném záchranném systému, v §23-25.“* (ŠPAČEK, 2009).

1.7. Tísňové linky a tísňové volání

„Tísňovým voláním se rozumí bezplatná volba čísel, která jsou stanovena v číslovacím plánu a uvedena v telefonních seznamech a která je nutno pro záchranu lidských životů, zdraví nebo majetku zpřístupnit. K těmto číslům je garantován bezplatný a nepřetržitý přístup, bez použití mincí či karet.“

Poskytovatel veřejné telefonní služby je povinen svým uživatelům bezplatně umožnit přístup ke stanoveným číslům tísňového volání.“ (ŠPAČEK, 2009)

V České republice jsou pro tísňové linky vyhrazena speciální telefonní čísla. Přístup k těmto tísňovým telefonickým linkám je na celém území České republiky bezplatný, jak ze sítí mobilních operátorů, včetně volání z mobilního telefonu, ve kterém není vložena SIM karta, tak i z pevných linek. Jsou to tyto telefonní čísla:

- 150 Hasičský záchranný sbor ČR
- 155 Zdravotnická záchranná služba
- 158 Policie ČR
- 156 Obecní (městská) policie
- 112 Jednotné evropské číslo tísňového volání

1.7.1. Linka 112

Dne 29. července, v roce 1991 došlo na půdě Rady Evropského společenství k vydání rozhodnutí č. 91/396/EEC o zavedení evropského jednotného čísla tísňového volání. Hlavními důvody, které vedly k tomuto zásadnímu rozhodnutí, byla potřeba jednotného čísla tísňového volání v integrující se Evropě, které má za cíl usnadnit komunikaci napříč celou Evropskou unií. Byla to reakce na stále se zvyšující nárůst soukromých i služebních cest v rámci Evropy, kdy byl cizinec víceméně ztracen ve spleti specifických národních tísňových čísel jednotlivých států. Velkou překážku znamenala pro cizince v ostatních státech taktéž jazyková bariéra. Z tohoto důvodu je nezbytné, aby na tísňové lince bylo zabezpečeno, že zpráva o mimořádné události bude přijata a bude zajištěno její zpracování společně s reakcí na danou tísňovou výzvu. Tímto rozhodnutím došlo k povinnosti všech členských států, aby měly do konce roku 1996 zajištěný plně funkční linku evropského telefonního čísla tísňového volání na svém území. Za jednotné tísňové číslo byla zvolena linka 112. Zavedení jednotné linky bylo jednou z podmínek k členství v Evropské unii. Telefonní linka 112 byla uvolněna

na základě rozhodnutí Českého telekomunikačního úřadu, kdy do této doby fungovala na tomto čísle služba pro informace o přesném čase. „Realizace zavedení jednotného evropského čísla tísňového volání 112 v České republice proběhla na základě usnesení vlády č. 391/2000 ze dne 19. dubna 2000, ve znění usnesení vlády č. 350/2002 ze dne 3. dubna 2002. Vybudováno bylo 14 telefonních center tísňového volání, jejichž testovací provoz byl ukončen v červnu 2004.“ (ŠPAČEK, 2009).

„Tísňové hovory na linku jednotného evropského čísla odbavuje 14 telefonních center, která jsou umístěna v krajských sídlech hasičského záchranného sboru České republiky. Technologie telefonních center tísňového volání 112 propojuje základní složky integrovaného záchranného systému: Hasičský záchranný sbor České republiky, Policii České republiky a zdravotnickou záchrannou službu. To umožňuje rychlé vyhodnocení vzniklé situace a okamžitou reakci záchranných složek. Moderní softwarové vybavení přitom umožňuje například identifikovat adresu volajícího z pevné sítě nebo určit polohu mobilního telefonu.“ (ŠPAČEK, 2009). Telefonní linky tísňového volání 112 jsou v rámci ČR navzájem hlasově a datově propojeny, zároveň jsou zastupitelné. V případě kdy by došlo výpadku nebo přetížení některého z center, jsou přicházející hovory na nedostupné centrum automaticky přesměrovávány do jiného kraje, aniž by volající tuto skutečnost zaznamenal. Výhodou linky 112 je jazyková vybavenost operátorů, kteří jsou schopni odbavit tísňové volání v českém i anglickém jazyce. Disponují také programovou podporou pro další světové jazyky. Počet hovorů v jiném než mateřském jazyce tvoří cca 6 % telefonátů, což je asi 270 000 volání za rok.

„Ze zmiňovaného čtvrt milionu volání v cizím jazyce tvoří:

- 50 % anglicky odbavených hovorů
- 30 % německy odbavených hovorů
- 20 % hovorů odbavených v ostatních jazycích, kde dominuje ruština a polština“ (ŠPAČEK, 2009)

2. PSYCHOLOGICKÉ ASPEKTY PRÁCE NA ZÁCHRANNÉ SLUŽBĚ

V přístupu k problematice psychologických vlivů pro práci na záchranné službě je třeba definovat několik základních pojmů z oblasti psychologie, jako jsou temperament, intelekt, vlohy, a to jak v obecné rovině, tak v rovině zvláštností pro jednotlivé záchranné týmy. Důraz je třeba klást zejména na psychologii osobnosti, její jednání a taktéž na chování člověka v zátěžových, konfliktních a stresových situacích. *„Rostoucí složitost a komplexnost pracovních úkolů výjezdových týmů záchranné služby a obecně lidská potřeba pracovat v dobře známém a přátelském prostředí jsou nejvýraznějšími důvody, proč se zabývat teoreticky i prakticky rozvíjením schopnosti spolupráce v týmu na záchranné službě.“*

(HLAVÁČKOVÁ, PRŮŠA, 2000)

Obrázek č. 3: Zásah členů záchranného týmu



Zdroj: Fotoarchiv autora, Záchraná služba ASČR

Při provozování záchranné služby se setkáváme se dvěma modely posádek. V prvním případě se jedná o nesourodé posádky, které jsou tvořeny členy vypsány do služby bez jakékoliv zásadní vazby. Druhou skupinou jsou stabilně tvořené a trénované týmy. U obou skupin dochází při jejich formování k několika stádiím vývoje. Mezi tyto stádia patří utváření týmu, získávání vedoucí úlohy, úprava pravidel v rámci kolektivu a jeho výkonnosti. Problematika v případě formování výjezdových skupin se opírá o chyby v postupu při kompletaci zásahového týmu. Základním problémem je sestavení nefunkčního týmu, kde není stanoven vedoucí zásahové skupiny a není jasně definována role dvou pracovníků se stejným vzděláním v rámci jedné posádky. Při práci v úzce specializovaných týmech, jakými jsou bezesporu RLP a RZP, je třeba dbát na specifické formě mezilidských vztahů. V těchto týmech na sebe vzájemně působí dvě, případně více osobností s různou dávkou dominance či submisivity, v určitém omezeném čase a prostoru, s objektivně a přesně stanoveným cílem, kterým je záchrana lidského života. Samozřejmostí je vysoké odborné vzdělání a vztahy, které v těchto týmech vycházejí ze vzájemného profesního respektu.

2.1. Osobnost záchranáře a komunikační dialog

Základní jednotkou zásahového týmu je jedinec, u kterého je z psychologického hlediska základním kritériem pro práci v týmu struktura jeho charakteru a pochopení vzájemného působení jednotlivých osobností v týmu mezi sebou. *„Člověk - osobnost se navenek chová jako „černá skříňka“. Jeho složité vnitřní reakce se navenek projevují zprostředkovaně, ukazující jako ledovec jenom vrcholek sociálního horizontu.“* (HLAVÁČKOVÁ, PRŮŠA, 2000). Faktory, které ovlivňují danou osobnost, mají různou úroveň a intenzitu. Projevují se v různých částech charakteru jedince. Činitele ovlivňující osobnost můžeme zkoumat jednotlivými obory, které se danou oblastí zajímají. Jedná se např. o sociologii, psychologii či pedagogiku. Různé osobnosti vyžadují v tomto procesu různé faktory motivace, které

působí v čase, avšak mohou i kolidovat mezi sebou, či přímo se subjektem. Jejich vliv však nikdy není indiferentní. Komunikační dialog zde chápeme jako formy verbální komunikace, který využívá různé zabarvení, rychlost a hlasitost řeči, dále prvků nonverbální komunikace, mimiky a gestikulace, které však mají při zásazích výjezdových týmů záchranné služby většinou pouze formální význam. Zkoumání zde podléháji komunikační role zúčastněných, které jsou jimi zaujímaný v dialogu a odrážejí diskrétní cílový záměr diskutujícího. Svou komunikační roli určuje řečník ihned na začátku dialogu a při každém novém vstupu ji může měnit.

V rámci zásahu začíná komunikační dialog již před samotným výjezdem, kdy odráží vztahy a formu komunikace na pracovišti. V další fázi, při práci dispečerů zdravotnického operačního střediska a cestou k pacientovi, signalizuje rozhovor náladu jednotlivých členů a umožňuje představu o jejich dalším přístupu k zásahu. Podle těchto kritérií je nevyhnutelné, aby velitel výjezdu určil vhodnou taktiku, a před příjezdem na místo tísňové výzvy ji upravil dle aktuální komunikační odezvy od ostatních členů posádky. Základem je tedy psychologické působení na jednotlivé aktéry tak, aby byl zajištěn zásahový komfort všech zúčastněných. Určitou zákonitostí je, že samotný tým do poslední chvíle nemá informace o tom, jak vypadá situace na místě zásahu a výjezdový popis se může podstatně lišit od reality. V takovém případě by mělo být cílem dialogu obecně posílení sebedůvěry zásahové skupiny, odlehčení situace konverzací nezabývající se okolnostmi zásahu, nebo naopak konstruktivní sebekritičnost. Okamžitý i dlouhodobý efekt rozhovoru je stabilizace pozic členů zásahové skupiny s minimalizací vlivu vegetativních stresových reakcí, které vedou ke ztrátě koncentrace a vysokému psychickému tlaku.

2.1.1. Vztahy v rámci zásahu, selhání týmu

Základním kritériem záchranného scénáře je v případě kritického stavu pacienta rychlost a přesnost jednotlivých úkonů. „*Jde o distribuci nazývanou 5W: Who-What-When-how-Why (kdo, co, kdy, jak, proč). Medicínské kritérium efektivity 5W výjezdové týmy většinou bez problémů naplňují.*“ (HLAVÁČKOVÁ, PRŮŠA, 2000). Lékař, SZP či řidič mají dané své kompetence a povinnosti v různých segmentech zásahového děje, které jsou uspořádány úměrně jejich odborné erudici. Rizikové jsou situace vyčkávání, kdy určitá část v záchranném procesu selže, dochází k váhání či nejistotě u vedoucího zásahu, a tím k dominovému efektu, při kterém selhávají další kroky u dalších členů. V tomto případě mohou nastat jisté kompenzační mechanismy, kdy je nedostatek u jednoho konkrétního člena kompenzován povellem či iniciativou dalšího jedince v týmu. Nedojde - li ke kompenzaci a není - li koordinována kompenzační aktivita, dochází k selhání scénáře zásahu, jehož důsledkem může být až rozklad aktivit celé posádky a ohrožení pacienta. Bez ohledu na složitost situace se iniciativa pohotovosti k řešení nastalé situace očekává zásadně vždy od velitele zásahu. Základní příčinou selhání velitele zásahu je:

- **Zúžení zájmu**

v případě vysoké zátěže zužuje vedoucí posádky svou koncentraci, a to především dle svého aktuálního pohledu a hodnocení situace. Díky tomuto může dojít k přehlédnutí selhání ostatních členů v situaci, kterou sám považoval za standardní. Příčinou bývá obtížnost předvídatelnosti aktivity ostatních, společně se snahou o podpoření jejich maximální samostatnosti a operativity. Dalšími faktory může být fyzické či psychické vyčerpání a vysoké nasazení při plnění úkolů. Velkým problémem jsou osobní problémy záchranáře, které vedou ke ztrátě obecné koncentrace a pozornosti.

- **Obrácení funkčního statutu**

velitel zásahu rezignuje na svou pozici a nereaguje na chyby k ostatním členům posádky. V takovém případě není vhodným kandidátem na pozici vedoucího v týmu.

- **Falešná hypotéza**

tento druh může nastat např. v případě transportu pacienta do zdravotnického zařízení, kdy velitel zásahu po stabilizaci akutního stavu pacienta přestane dohlížet na dění v předpokladu, že jeho podřízení dokáží nastalou situaci již kontrolovat vlastní činností.

Situace, která je poslednímu bodu podobná, je tzv. kompetenční parita. V tomto případě je akutní situace zachycena několika členy posádky současně, ale všichni členové pasivně setrvávají na své pozici a čekají na zákrok velitele týmu. Kritická je v tomto ohledu pasivita velitele, přičemž tento typ postihuje právě ty nejzkušenější záchranáře a může být známkou počínajícího Burn - out syndromu. Vždy je nutné si uvědomit, že vedoucí zásahu, má hlavní odpovědnost. Velitel zásahu tedy musí být během celé operace bezprostředně a hluboce soustředěn, musí mít přehled o všech informacích o stavu a fázi záchranné akce. Nesmí dopustit vznik a vývoj kritické a komunikačně zmatené situace. Musí nepřetržitě kontrolovat ostatní členy týmu, směřovat, pomáhat a vést je ve složitých situacích, případně zasáhnout sám v situaci, kdy síly podřízených na to již nestačí.

2.1.2. Osobnost záchranáře

Obecně určuje formování osobnosti jedince několik faktorů. Jedná se o anatomicko - fyziologické předpoklady a sociální prostředí. U každého lze tedy pozorovat velkou rozmanitost jeho projevů. Na základě minulých zkušeností jsme schopni zobecňovat a automatizovat postupy. Je nutné si uvědomit, že chování nemusí odpovídat predispozicím jedince a člověk se

může pod tlakem aktuálních okolností chovat odlišně od svého standardu. Vlivem získávání zkušenosti s postupujícím věkem dochází ke změnám, které nazýváme „zráním osobnosti“.

Všechny vlastnosti osobnosti tvoří celek, který má různou úroveň vyrovnanosti. O vyrovnané osobnosti hovoříme v případě, kdy jsou všechny vlastnosti člověka vyvážené. Záleží i na vlivu kulturního prostředí, které v rámci socializace jedince do jisté míry předurčuje člověka k chování k ostatním. Různé vlastnosti tak mohou mít u rozmanitých osobností odlišnou intenzitu, některé jsou si často podobné, jiné zcela individuální. Chování člověka tak můžeme předvídat jen s omezenou pravděpodobností. Člověk je po celý život pod vlivem sociálního prostředí, na které sám působí, ale také jej ovlivňuje. V rámci tohoto vývoje působí i pracovní prostředí, vztahy na pracovišti, přátelské i nepřátelské chování lidí kolem nás.

2.1.3. Charakterová výstavba osobnosti záchranáře

„V čistě psychologickém smyslu vyjadřuje individuální zvláštnosti získané ve velké míře“ (Farková, 2008, s. 108), „v širším smyslu tvoří charakter vlastně povahu člověka, v užším smyslu představuje soubor vlastností, které charakterizují morální stránku osobnosti. V praktickém životě se užívá pojmu CHARAKTER jako vyjádření souhrnu především dobrých vlastností jako např. čestnost, upřímnost apod.“ (ŠVÁB, 2006, s. 7).

V různých etapách života se člověk dostává do situací, ve kterých musí jednat určitým způsobem. Ustálení tohoto způsobu jednání se označuje jako návyk, který se stává charakterovou vlastností. Utváření charakterových rysů ovlivňuje především pozice jedince v určité sociální skupině. V mládí je to rodina, později přátelé, pracovní kolektiv. Charakter však není možné zkoumat jen jako výsledek působení navykých způsobů jednání, ale lze v něm nalézt i prvky názorů, postojů a přesvědčení, které vyjadřují naše působení sama na sebe. Značný vliv na budování charakteru má systém hodnot každého

jedince. Podle osobnostní hierarchie hodnot může být tatáž činnost chápána jako společensky prospěšná činnost, která ale v daném okamžiku nemusí být okolím pozitivně přijata. Charakterové rysy lze dělit na odvozené od vztahu člověka ke světu, ke společnosti a na ty, které osobnost pociťuje sama k sobě a k práci. Pro aktivní záchranáře jsou důležité charakterové rysy jako sebevědomí, schopnost sebehodnocení, názorová pevnost, stálost a vyrovnanost. Další významnou veličinou jsou volné vlastnosti, neboli vědomé usměrňování svého chování dle zásad. V kritických situacích mají charakterové vlastnosti významný podíl na způsob jednání.

2.1.4. Temperamentové vlastnosti záchranářů

„*Temperament je soubor dynamických charakteristik osobnosti, která určuje rychlost, sílu a stabilitu v prožívání, jednání a vegetativních reakcích.*“ (FARKOVÁ, 2008, s. 106). Temperamentové typy osobností jsou historicky známé a platné již od starověku, i když za dobu vývoje lidstva prošly změnou. Nutno zmínit, že mezi lidmi se vyskytuje mnohem více typů smíšených, nežli typů, které mají přesnou kategorizovanou charakteristiku.

Charakteristika jednotlivých typů:

- **Sangvinik** – vyrovnaný, živý jedinec, pohotový a aktivní ke svému okolí. Upřednostňuje dynamiku a změnu.
- **Cholerik** – nevyrovnaný extrovertní jedinec prudce reagující na určité podněty.
- **Flegmatik** - jedinec, který reaguje na vnější podněty pomaleji a opatrně. Jeho adaptace vůči změnám je pomalejší, je pasivní a změny nevyhledává.
- **Melancholik** – nevyrovnaný, citlivě reagující na určité podněty, málo odolný proti zátěži.

Další možností je užití typologie zkoumané ruským fyziologem I. P. Pavlovem, který studoval při pokusech se zvířaty, konkrétně se psy, vztah nervové soustavy k temperamentu. Jeho typologie temperamentu je založena na třech základních dvojicích:

Síla vs. Slabost - hodnocení dle reakce nervové soustavy na přicházející podnět a její reakce na střet podnětů

Vyrovnanost vs. Nevyrovnanost – hodnocení dle vyrovnanosti a vyváženosti vzruchů u jednotlivých podnětů.

Pohyblivost vs. Nepohyblivost – hodnocení dle flexibility vůči novým podmínkám a přizpůsobení se jim.

Výchova a sebevýchova má u každého jednotlivého záchranáře rozvíjet ty rysy temperamentu, které jsou důležité pro práci záchranáře a potlačovat ty, které jsou pro práci daného člověka kontraproduktivní či zcela nevhodné. Záchranář by měl umět svůj temperament regulovat a přizpůsobovat ho daným situacím.

2.1.5. Intelekt záchranáře, vloh a schopností

Obecně představuje inteligence schopnost aktivizovat vyšší nervovou činnost a realizovat myšlenkové operace. Obvykle se uvádí coby schopnost abstraktního myšlení, pochopení souvislosti, rozlišování důležitého od podružného, nalezení možností řešení problému a schopnost přizpůsobit se novým. Psychologem Charlesem Binetem bylo stanoveno kvantitativní hledisko, tzv. Inteligenční kvocient (IQ), který dosahované výsledky v jeho testování upravil a zpřehlednil.

Původní rozdělení IQ:

IQ 70 – 80 pásmo duševní zaostalosti

IQ 80 – 90 podprůměrná inteligence

IQ 90 – 110 průměrná inteligence

IQ 110 – 120 nadprůměrná inteligence

IQ 120 – 130 výrazně nadprůměrná inteligence

Předpokládá se, že základní intelektový potenciál je formován do šestnáctého roku věku života. Druhotný vývoj probíhá až vlivem životních zkušeností, zejména po kvalitativní stránce obvykle až do padesátého roku života. IQ koreluje s pracovními výsledky ve vzdělávání, pracovními výkony, ve schopnosti učit se. Pro ověřování IQ jsou zpracovány testy, které se snaží objektivně uměle měřit individuální míru intelektuálních schopností konkrétního člověka.

„Vlohy jsou vrozené anatomickofyziologické vlastnosti organismu zejména mozku, které jsou podmínkou pro vznik schopností. Schopnosti jsou vlastnosti osobnosti (dispozice), které předurčují míru úspěšnosti jedné nebo více činností.“ (ŠVÁB, 2006, s. 7). Vlohy jsou důležitým předpokladem pro celkový rozvoj schopností. Úspěšný vývoj vloh je podmíněn vhodným sociálním, ekonomickým a výchovným prostředím. Samotná schopnost není zárukou odpovídajícího výsledku, je však podmínkou pro jeho zdokonalování. Vlohy jsou flexibilní, tudíž jedna vloha může tvořit základ několika dalším schopnostem, nicméně i jedna schopnost se může zakládat na několika dílčích vlohách. Rozvoj schopností je významný i pro práci záchranáře. Souhrn schopností zaměřených na určitou specifickou činnost označujeme jako nadání, jehož dalším rozvojem se dostáváme k talentu pro určitou činnost. Výsledné činnosti však nejsou přímo úměrné schopnostem, ale i volným vlastnostem.

Dobry záchranář nedosáhne potřebných výsledků, pokud jich dosahovat nebude chtít. Tři hlavní oblasti rozvoje schopností tvoří intelekt, psychomotorika a percepce. Pro činnosti na záchranné službě jsou důležité všechny tyto oblasti. Záchranář musí umět odhadnout míru a složení svých schopností. Důležitý je i význam dědičnosti, která je nejprokazatelnější

u anatomicko - fyziologických znaků. V oblasti psychiky se jedná zejména o temperament a intelektový potenciál.

2.2. Zátěžové situace u pracovníků záchranné služby

Při práci v urgentní medicíně a zejména v oblasti záchranné služby je člověk každý den vystaven četným situacím, které jsou pro organismus náročné. Mezi zátěžové situace, které na zdravotníky obecně působí, řadíme stres, frustraci, konflikty, krizi a deprivaci. Vliv jednotlivých situací umocňuje charakteristika práce záchranných týmů:

- delší pracovní doba v nepřetržitém provozu
- chápání poslání, sebeobětování se
- práce v hluku, nečistotě, nepříznivém počasí
- práce s lidmi v nejhorších a složitých životních situacích
- práce s lidmi na okraji společnosti
- nepředvídatelnost práce
- nutnost improvizace dle aktuální situace
- změny pracovního nasazení v rámci vteřin
- řešení kritických a emočně vypjatých situací
- osobní hygiena a stravování v časové tísní
- ohrožení zachránce, nasazení života
- práce v malých týmech, sociální izolace
- cizí pracovní prostředí
- vysoká zodpovědnost jednotlivců, nároky na odbornost a celoživotní vzdělávání

2.2.1. Stres

Stres je stav organismu, který je obecnou odezvou organismu na jakoukoliv výrazně působící zátěž. Zátěž může mít charakter fyzický či psychický. Při stresu jsou uplatňovány obranné mechanismy, které umožňují přežití organismu vystavenému nebezpečí. Stres lze definovat jako „*funkční stav, ke kterému dochází při vystavení organismu mimořádným podmínkám.*“ (LINHART, 2008, s. 352) Tyto mimořádné podmínky jsou nazývány jako stresory. Jejich působení vede ke spuštění obranných reakcí, jejichž cílem je zachování rovnováhy a zamezení poškození či smrti organismu. Mezi typické stresory pro zaměstnance na záchranné službě patří zejména prožitky z výjezdů, jakými jsou např. resuscitace dětí, likvidace hromadných neštěstí či jiných mimořádných událostí, případně situace, kdy je záchranář vysílán k někomu blízkému. Je nutno zmínit, že mezi stresující faktory patří i samotné čekání na zásah, kdy pracovník netuší, kdy dojde k aktivaci jeho posádky.

Stres můžeme rozdělit na:

- **Eustres** – pozitivní zátěž, která přiměřeně stimuluje jedince k vyšším anebo lepším výkonům
- **Distres** – nadměrná zátěž, která může organismus poškodit a vyvolat onemocnění či dokonce smrt

Organismus na stres odpovídá specifickou reakcí, připravuje se na boj nebo útek. Reakce jsou podvědomé a mají krátkodobě aktivovat rezervy pro útek nebo boj. Fyziologie stresové odpovědi má dvě základní části. Jedná se o aktivaci nervového a hormonálního řízení.

2.2.1.1. Nervové řízení

Dochází ke stimulaci vegetativního nervstva, sympatiku a parasympatiku, z nichž aktivita jednoho tlumí aktivitu druhého. Dochází k vyplavení neuromediátorů - Acetylcholinu, Noradrenalinu a Adrenalinu.

Neuromediátory jsou látky, které přenášejí nervové impulzy sympatiku na výkonné orgány. Poměr vlivu sympatiku a parasympatiku na vnitřní orgány závisí na tom, zda je organismus v klidu, nebo podává nějaký výkon.

2.2.1.2. Hormonální řízení

V mozku dochází k aktivaci stresové osy hypotalamus – hypofýza – nadledviny. V hypotalamu jsou řídicí centra kontrolující hladinu hormonů v krvi. V případě potřeby jsou vyslány signály do hypofýzy, která reaguje vyplavením hormonů přímo ovlivňujících činnost jiných žláz s vnitřní sekrecí. Při stresové reakci je stimulována činnost nadledvin, z jejíž dřeně se vyplavuje adrenalin a z kůry nadledvin dochází k uvolnění steroidních hormonů glukokortikoidů. Adrenalin a glukokortikoidy se řadí mezi stresové hormony.

Takto upravená činnost vegetativního nervstva v těle a činnost stresových hormonů ovlivní činnost většiny orgánů v těle. Při účincích endokrinních mediátorů dochází k přípravě organismu na útěk či boj. Je omezeno prokrvení trávicích orgánů a krev je naopak svedena do kosterního svalstva, dochází k rozšíření zornic, stimulaci srdeční činnosti a zvýšení krevního tlaku. Tímto mechanismem se tělo připravuje na zvýšení potřeby kyslíku a živin pro svaly.

2.3. Stresové faktory a adaptivní reakce na stres

Faktory způsobující stresové reakce můžeme rozdělit na:

- **Fyzikální faktory:** ostré světlo, nadlimitní zvuk, extrémní teploty apod.
- **Psychické faktory:** odpovědnost, frustrace, nesplněná očekávání, povinnosti
- **Sociální faktory:** osobní vztahy, konflikty, zklamání, styl života, kouření
- **Traumatizující faktory:** životní události – úmrtí, narození, znásilnění apod.

Mezi znaky stresových situací patří pocit neovlivnitelnosti situace, nepředvídatelnosti, nezvládnutí či změny. Z hlediska průběhu je stresová reakce členěna do 3 fází. Dochází ke spuštění stresové reakce. Pracují obranné mechanismy a organismus se pokouší svůj stres zvládnout. Dalším krokem je stav, kdy dochází k adaptaci na stresovou situaci a stres se pro organismus stává přirozenou věcí, obranné mechanismy pracují a prvotní stresový šok ustupuje. Po delší době zvládnutí stresu se dostavuje fáze vyčerpání, která je důsledkem dlouhodobého zvládnutí stresu. Adaptace těla na stres selhává a tělo se dostává do krize. Dochází k vyčerpání energetických zdrojů, což může vést k těžkým zdravotním onemocněním a ke smrti.

Stresová reakce tedy spouští mechanismy, které umožňují krátkodobě vysoké výkony v případě nebezpečí, stejné reakce se však spouští i v případě, kdy je člověk vystaven psychickým tlakům, které pro něho však nejsou skutečnou hrozbou. Částečně má na to vliv i současný způsob života. Člověk nemůže na stres reagovat bojem nebo útekem a dochází ke kumulaci nezvládnutého stresu, který ústí do stádia distresu, kdy původní obranné mechanismy mají pro tělo již škodlivou funkci. Dlouhodobé kumulované psychické obtíže tak vedou k nejrůznějším zdravotním obtížím. V první fázi ke snížení kvality života. V pozdějších fázích se podílejí na rozvoji onemocnění, která představují reálné nebezpečí ohrožení života. Tato onemocnění se dle svých složek nazývají psychosomatická.

2.3.1. Frustrace

„Frustrace znamená zklamání, nemožnost dosáhnout uspokojení přání nebo potřeby. Dlouhodobý stav frustrace může mít zdravotní následky. (VOKURKA, HUGO, 2002, s. 266)

Při této situaci dochází k vyvolání zklamání a stimulaci reakce, která je zaměřená na vyrovnaní se s nepříznivou situací. Není ovšem pravidlem, že pokaždé musí vyvolávat nepřiměřenou reakci, dokonce může tato situace být do značné míry žádoucí, jelikož nutí člověka hledat jiná řešení. Důležitou rolí je pozitivní očekávání. Pokud člověk nic dobrého nečeká, nemůže dojít ke zklamání. Faktorem, který je mírou odolnosti jedince, je frustrační tolerance. Situace, která je dvěma lidem stejně nepříjemná, nevyvolává u obou stejnou reakci. Osoba s vyšší mírou frustrační tolerance ji snáší lépe. Pokud se situace, které člověka frustrují, opakují, dochází k zvyšování frustrační tolerance. Frustraci lépe snáší dospělí nežli děti nebo starší osoby.

2.3.2. Konflikt

Konflikt patří mezi běžné situace, se kterými se každý člověk v životě opakovaně setkává. Negativní vliv začíná mít konflikt ve chvíli, kdy je skutečně závažný, trvá-li delší časový úsek, zahrnuje důležitou oblast pro danou osobu a pokud jej člověk není schopen konstruktivně řešit. Z psychopatologického hlediska jsou pak významné tzv. vnitřní konflikty. Ty se odehrávají ve vědomí člověka a znamenají střetnutí dvou vzájemně neslučitelných, avšak přibližně stejně silných tendencí.

„Konflikty patří, stejně jako frustrace, mezi každodenní potíže. Ruší celkový pocit pohody. Závažnějším zátěžovým faktorem se stávají tehdy, jestliže došlo k jejich nadměrné kumulaci. Za určitých okolností může opakovaná frustrující zkušenost a dlouhodobý a nezvládnutý konflikt působit jako stresující faktor.“ (JEKLOVÁ, REITMAYEROVÁ, 2006, s. 10)

2.3.3. Trauma

V případě traumatu se jedná o náhle vzniklou situaci, která vede k umělému poškození nebo ztrátě. Dotyčná osoba ztrácí pocit jistoty a bezpečí, dochází u ní k pocitům úzkosti a obavy, případně smutku. Tento stav mohou vyvolávat nejčastěji těžké životní situace jako smrt blízké osoby, účast při velké dopravní nehodě, živelné pohromy apod. Trauma narušuje objektivitu jedince, kdy je jeho postoj ovlivňován zejména osobním citovým prožitkem. Projevy prodělaného traumatu se projevují především změnami v chování člověka, mohou se vyskytnout deprese, panika. Silný traumatický prožitek může vést k posttraumatické stresové poruše.

2.3.4. Krize

„Psychická krize se objevuje jako narušení psychické rovnováhy v důsledku náhlého vyhrocení situace či dlouhodobé kumulace, nárůstu problémů (například selhání v zaměstnání, manželské problémy apod.).“ (JEKLOVÁ, REITMAYEROVÁ, 2006, s. 11). Znakem krize je selhání adaptačních mechanismů, tedy mechanismů, které dosud byly funkční s potřebou hledání nových - tzn. dosud užívané způsoby přestaly být funkční a člověk musí hledat jiné. Krizi můžeme taktéž chápat jako podnět k nutné změně.

2.3.5. Deprivace

Deprivace je stav, kdy nejsou uspokojovány významné potřeby, či jsou uspokojovány v nedostatečné míře, nepřiměřeným způsobem a po nedostatečně dlouhou dobu. Významným jevem deprivace oproti ostatním zátěžovým situacím je její delší trvání. V rámci deprivace se objevuje i pojem deprivací zkušenost, který patří k nejzávažnějším zátěžovým vlivům, může nepříznivě ovlivnit jak aktuální psychický stav jedince, tak i jeho psychický vývoj do budoucna.

2.4. Zvládání zátěžových situací

Míra odolnosti vůči zátěžím závisí na individuálních zkušenostech, aktuálním stavu jedince, vrozených předpokladech a na dosažené vývojové úrovni. Pokud působící zátěž překročí míru vlastní tolerance, dochází k aktivaci obranných mechanismů, které jedinec využívá k opětovnému nastolení duševní rovnováhy. Nejčastějšími obrannými mechanismy jsou různé reakce:

- Útok je aktivní variantou, při které je tendence s ohrožující situací bojovat. Člověk může zaútočit přímo na předpokládaný zdroj ohrožení, případně se jeho pozornost zaměřuje na náhradní objekt či člověka.
- Agrese může mít verbální i neverbální projevy násilí vůči sobě i ostatním. Nejčastější je verbální obviňování či sebeobviňování, sebevražedné tendence, porušování sociálních norem mezi lidmi a omezování či poškozování lidí. Socializovaná varianta agrese má charakter asertivity, což je považováno za pozitivní projev přístupu k problému.
- Únik z tíživé situace je opačná varianta řešení nežli útok či agrese. Dochází k pokusu utéci ze situace, která se pro danou osobu jeví jako neřešitelná. Jde i faktický o útěk od odpovědnosti, či její přenesení na jiného člověka.

Mezi další reakce můžeme uvést popření, potlačení a vytěsnění, různé druhy fantazií, racionalizace, sublimace, regrese, identifikace, substituce, projekce, rezignace a další.

2.5. Burnout syndrom

Pojem „burnout“ byl uveden H. Freudenbergerem v jeho stati, jež byla publikována v časopise *Journal of Social Issues* v roce 1974. Hlavní vlna zájmu o problematiku syndromu vyhoření se projevila na přelomu 70. a 80. let, ve vztahu k většině profesí, kde bylo možné vznik syndromu předpokládat.

„V současné době je k dispozici již více než pět tisíc anglicky psaných publikací k tomuto tématu. Přes skutečnost, že počet ročně publikovaných prací již nyní nedosahuje úrovní z „nejproduktivnějších“ let, nelze se domnívat, že by syndrom vyhoření přestal být aktuálním tématem.“ (KEBZA, ŠOLCOVÁ, 2003, s. 7)

Burnout syndrom se jako relativně nový fenomén objevuje v zemích, které procházely na přelomu 80. a 90. let 20. století rozsáhlými změnami. Příčinou je patrně zvýšení úrovně stresu občanů, vyrovnávajících se s důsledky těchto transformačních kroků. Taktéž je zkoumán rozvoj syndromu v závislosti na průběhu ekonomických a finančních krizí. V průběhu téměř 30ti let výzkumu tohoto problému se vymezení pojmu „syndrom vyhoření“ v různých aspektech vzájemně liší.

Vyčerpání, pasivita a zklamání ve smyslu burnout syndromu se dostavuje jako důsledek přemíry pracovního stresu. *„Jako burnout („vyhoření“, či „vyhasnutí“) bývá popisován stav emocionálního vyčerpání vzniklý v důsledku nadměrných psychických a emocionálních nároků.“* (KEBZA, ŠOLCOVÁ, 2003, s. 7). Exponovanou skupinou jsou lékaři a zdravotničtí pracovníci všeobecně, učitelé, sociální pracovníci, dispečeři, policisté, advokáti, funkcionáři v oblasti státní správy, manažeři, příslušníci ozbrojených sil, duchovní, ale taktéž umělci, sportovci, OSVČ atd. Výskyt syndromu vyhoření ve společnosti je závislý na životním tempu, stupni nároků na ekonomické, sociální a emoční zdroje člověka v dnešní rozvinuté konzumní společnosti.

S prodlužováním aktivní fáze etap lidského života dochází k prodlužování doby expozice, po kterou je potřeba čelit zvýšeným nárokům.

Jednou z hlavních příčin tohoto syndromu je zdánlivě nekonečný boj s chronickým stresem. Akutní stres k vzniku syndromu vyhoření nevede. Rizikovými faktory pro vznik syndromu vyhoření jsou především práce s lidmi, trvale prosazovaný požadavek na vysoké pracovní nasazení, krátká doba určená pro relaxaci, odpočinek, nemožnost vysazení z pracovního tempa apod.

Exponovaná osoba začne po čase pociťovat, že nedokáže silicímú tlaku čelit, ve spojitosti s přesvědčením o nízkém efektu obrovského úsilí, které je vynaložené pro dosažení cíle.

Důsledky se projevují ve vztahu k sobě a k pracovní činnosti. Vztah k pracovním povinnostem, který byl dříve vřelý, se mění a stává se negativním. Dochází k pocitům zklamání a postupnému zhoršování pracovního výkonu. Často dochází ke změnám chování vůči klientům, ve smyslu negativních až cynických postojů, pocitů a lhostejnosti. U člověka dochází k emocionálnímu vyčerpání, ztrátě zájmu, naopak se dostavuje úzkost, deprese, negativismus, emoční oploštění. Výrazně dochází k útlumu empatie a pozitivního vztahu k osobám, s nimiž člověk přichází do kontaktu. Tyto osoby pak začínají být vnímány jako věci, nikoli jako lidské bytosti.

2.5.1. Příznaky syndromu vyhoření a jeho stádia

Popis jednotlivých příznaků burnout syndromu můžeme rozčlenit podle jednotlivých kategorií, podle úrovní v nichž se projevují. Na psychické úrovni zde dominuje pocit neefektivity vynaloženého úsilí vůči cíli, pocit celkového vyčerpání, pokles a ztráta motivace, utlumení celkové aktivity, převaha depresivního ladění, pocitů smutku, frustrace, sebelítosti. Dochází k dojmům postradatelnosti až bezcennosti, k projevům negativismu, cynismu a hostility ve vztahu ostatním lidem, k poklesu zájmu o profesní dění. Na úrovni fyzické se jedná o rychlou unavitelnost organismu, mohou se objevovat projevy špatného vegetativního ladění organismu, jako bolesti na hrudi, změny srdeční akce, pocení, zažívací obtíže, poruchy spánku, bolesti hlavy, poruchy krevního tlaku, bolesti svalů a kloubů, zvyšují se rizika abúzů návykových látek a může

docházet ke změnám v oblasti tělesné aktivity. Na úrovni sociálních vztahů dochází k útlumu zájmu o cokoliv, dochází k tendencím redukce kontaktu s klienty, ale i ostatním personálem. Objevuje se nechuť ke všemu, co s vykonávanou činností souvisí, dochází k potlačení empatie a naopak taky k narůstání konfliktů s personálem i s klienty.

„Burnout syndrom může být chápán jednak jako stav, vznikající v důsledku řady okolností, zvl. pak chronického stresu, jednak jako permanentně se vyvíjející proces.“ (KEBZA, ŠOLCOVÁ, 2003, s. 13)

Při vzniku syndromu vyhoření dochází k několika vývojovým fázím. Většinou se na obecné úrovni popisuje iniciační fáze původního zapálení pro danou činnost, po níž dochází k změně pohledu na věc, kdy ideály nejsou plně realizovatelné. Dostavuje se období frustrace, zklamání. V další fázi vývoje syndromu se objevuje apatie, v níž může dojít až k hostilitě vůči klientovi a všemu, co s danou činností souvisí. Posledním stádiem je fáze úplného vyhoření, která je provázena ztrátou lidskosti.

2.5.2. Druhy, rizikové faktory a diagnostika syndromu vyhoření

V rámci burnout syndromu je třeba rozlišovat tzv. copout a burnout, kdy pojem copout je chápán jako selhání a útěk od odpovědnosti, zatímco při burnout syndromu je ze začátku udržován vysoký výkon. Na jeho pozadí dochází k přípravě emocionálního a fyzického selhání. V rámci výzkumu syndromu vyhoření byl taktéž popsán tzv. „syndrom obnošení“, který je charakterizován jako pocit naprostého vyčerpání u trvajících stereotypního stresu, a tzv. „syndrom podcenění“, dostavující se v situacích, kdy člověk vykonává delší čas nestimulující a monotónní práci, která je pod úrovní jeho kvalifikace.

S rozvojem pozitivní psychologie dochází ke snahám o hledání protipólů, jejichž cílem je vymezit v lidské psychice pozitivní dispozice a procesy, které přispívají k plnohodnotnému životu. Za důležité se proto

považuje rozvíjení pozitivních emocí a vztahů s lidmi, ale také optimismus, přátelství, odpovědnost, vytrvalost, skromnost, tolerance atd. Psychologickým opakem syndromu vyhoření je konstrukt nazvaný „vigor“, který byl rozpracován izraelským psychologem A. Shirem. Za významné je třeba považovat i stanovení rizikových a ochranných okolností či faktorů, které ovlivňují rozvoj syndromu vyhoření.

Rizikové faktory burnout syndromu

- rostoucí životní tempo a nároky na člověka
- vykonávání profese, při níž dochází k práci s lidmi
- chronický stres
- vysoké pracovní tempo
- vysoká míra empatie a obětavosti
- nízká asertivita
- perfekcionismus
- neschopnost relaxace
- depresivní ladění
- nízké sebevědomí apod.

Ochranné faktory ve vztahu k syndromu vyhoření

- dostatečná míra asertivity
- schopnost relaxovat
- vhodný time-management
- pestrost a proměnlivost práce
- víra ve vlastní schopnosti, sebeuplatnění
- zdravé sebevědomí
- optimismus
- sociální opora
- adekvátní uznání a hodnocení

Za neutrální faktory z hlediska vzniku a rozvoje vyhoření jsou považovány inteligence, věk, stav, vzdělání, délka praxe v oboru apod. Diagnostika syndromu vyhoření vychází z pozorování jednotlivých symptomů u osob, z prožitku těchto příznaků u postižených osob a ze speciálních psychologických metod určených k diagnostice burnout syndromu. Nejpoužívanější metodou je diagnostika pomocí dotazníku, který je založen na posuzování škály. Např. o „Burnout Measure“ A. Pinesové, E. Aronsona a D. Kafryho a o „Maslach Burnout Inventory“ Ch. Maslachové a S. Jacksonové.

2.6. Závislosti u zdravotnických pracovníků

„Ke zneužívání omamných látek zdravotnickými pracovníky může docházet v kterémkoli zdravotnickém zařízení. Za ideálních okolností by mělo být včas odhaleno a zdravotníkovi by měla být poskytnuta adekvátní péče dříve, než dojde k negativním dopadům na péči o pacienty.“ (ČINČURA, 2007, A8)

Obrovské nebezpečí v případě abusu návykových látek u zdravotnických pracovníků tkví v jejich možnostech si případné drogy snadným způsobem opatřit. Bohužel v případě příznaků abusu u této kategorie pracovníků je problém typicky již v pokročilém stadiu. Při abusech u zdravotníků lze pomýšlet na používání návykových látek legálních a ilegálních. Mezi legální patří alkohol a cigarety, přičemž alkohol je ze všech závislostí na prvním místě. Mezi ilegální pak patří zneužívání opiátů, narkotik, sedativ. Skutečný počet závislých zdravotníků je obtížné odhadnout. Mimo jiné také proto, že mnoho z nich své problémy tají. Odhady však hovoří o tom, že se závislosti u zdravotnických pracovníků pohybují na stejné úrovni, jako v běžné populaci, tedy 12 až 15 %.

Z hlediska skladby, je nejvyšší počet závislých v anesteziologických oborech, následovaných psychiatrii a pracovníky v intenzivní medicíně. Nejnižší počet závislých je naopak udáván v porodnictví, patologii, pediatrii a radiologii. Přední pořadí intenzivních oborů patrně souvisí se snadným

kontaktem s omamnými látkami používanými v terapeutických programech. „National Council of State Board of Nursing také uvádí, že šest až osm procent sester má zkušenost s chemickou závislostí, která negativně ovlivňuje jejich pracovní výkon.“ (ČINČURA, 2007, A8).

Faktory podporující vznik závislosti jsou obvykle prezentovány čtyřmi modely:

- geneticko-biologický
- psychologický
- familiární
- na podkladě onemocnění

Žádná z těchto teorií ovšem nepodporuje tradiční tezi, že stresující pracovní prostředí a snadný přístup ke kontrolovaným substancím jsou primárními predispozicemi. Faktory, které zvyšují riziko vzniku, jsou podobné jako faktory způsobující stresové zátěže, tedy dlouhá pracovní doba, okamžité rozhodování v čase a prostoru, odpovědnost atd. Zvýšené je riziko i v případě pozitivní rodinné anamnézy závislosti a mentálním onemocněním. Dramaticky se také zvyšuje ve spojení s genetickými předpoklady. Pracovní prostředí zdravotníků přináší další faktory, které zvyšují riziko, včetně častého kontaktu se smrtí a nutností promptního rozhodování.

Za zmínku stojí i sklony k „sebediagnóze“ a „sebeléčbě“ v případě bolesti, úzkosti či depresí. Takovéto sklony jsou samozřejmě posilovány odbornými znalostmi z farmakologie, zkušenostmi s podáváním a dávkováním léčiv. „Existuje také názor, že konstantní expozice projevům příjemných prožitků u pacientů po podání opioidů může zdravotníky lákat, aby také získali zkušenost s účinkem podaného ovoidů.“ (ČINČURA, 2007, A8). Dalším faktorem je i bohatá nabídka návykových látek. V intenzivní medicíně je častá závislost na opiátech, zejména na syntetickém opiátu fentanylu, případně na jeho účinnější formě sufentanylu.

Již při aplikaci druhé dávky těchto opiátů je patrná rychlá tolerance a vznik závislosti, což vede k navyšování dávek. U fentanylu až na 100 ml (5mg) denně během několika měsíců, přičemž běžná analgetická dávka je 1 – 2 ml (0,05 – 0,1 mg). Obě tyto látky jsou běžně používány v intenzivní medicíně.

Snadno rozpoznatelné příznaky závislosti bývají často obtížně akceptovatelné, vzhledem k tomu, že pracovní skupiny nejsou velké a panují v nich mnohdy nadstandardní vztahy. Při podezření na abusůs je určujícím etickým závazkem chránit pacienta. Cílem přístupu je izolace postiženého zdravotníka od kontaktu s pacientem. Samotná výpověď ze zaměstnání však není adekvátní, vzhledem k možnostem zaměstnání se v jiném zdravotnickém zařízení. Zde je možné nalézt paralelu s nechvalně známým zdravotnickým vrahem Zelenkou, který při podezření dostal výpověď a ve své trestné činnosti pokračoval v jiném zařízení.

Odhady hovoří o cca 70% návratnosti pracovníků po terapii zpět do práce, přičemž u 25 % léčených zdravotníků se vyskytl jeden relaps. K 58 % případům relapsu dochází během prvních dvou let terapie. Pravděpodobnost relapsu však stoupá s každým dalším relapsem a zvyšuje se i při současném psychiatrickém onemocnění nebo při pozitivní rodinné anamnéze.

3. BEZPEČNOST PRACOVNÍKŮ ZÁCHRANNÉ SLUŽBY

Pracovníci záchranné služby pracují v nepřetržitém provozu, v jakékoliv denní i noční hodině, 365 dnů v roce. Zásahy záchranné služby probíhají jak v domácím prostředí pacientů, tak v průmyslových výrobních halách či v terénu, přímo na ulici. Při své práci se setkávají s celým spektrem pacientů, přes manažery, rodičky až po občany na okraji společnosti, tedy narkomany a bezdomovce.

Z těchto specifík práce vyvstávají i rizika, kterým jsou zaměstnanci zdravotnické záchranné služby vystaveni. Je nutno zvážit, které z rizik jsou pro pacienty nejpalcivější a na pomyslnou misku vah přidat na jednu stranu zmíněné psychologické aspekty práce záchranářů a na druhou stranu další bezpečnostní rizika tak náročné práce.

Vlivy vnějšího prostředí působící na zaměstnance se rozdělují na:

- chemické vlivy
- fyzikální vlivy
- biologické vlivy
- neuropsychické vlivy

Vzhledem k rozmanitosti vlivů, které působí na zaměstnance zdravotnické záchranné služby, je důležité, aby byli všichni zaměstnanci vybaveni odpovídajícími osobními ochrannými pomůckami. Samozřejmostí musí být plnění povinnosti zaměstnanců i zaměstnavatelů ve znění platných právních předpisů k minimalizaci a předcházení působení nepříznivých faktorů na zaměstnance. Mimo samotné faktory spadá do bezpečnosti i chování záchranářů na daném místě, v daném čase a v určitém prostoru. Nejrizikovější jsou z tohoto pohledu práce při likvidaci nehod v továrnách, práce při odstraňování následků dopravních nehod či samotné pracovní podmínky na palubě sanitního vozu.

3.1. Vlivy biologických činitelů

Mezi biologické činitele, kteří mohou způsobovat nebezpečí v rámci prvního kontaktu v terénu, patří rizika infekce. „*Infekce je proces vznikající po proniknutí původce nákazy do tkání vnímavého nositele.*“ (ČIKRT, MÁLEK, 1995, s. 102). Infekce probíhá nejčastěji ve skryté formě, pouze se změnou imunitního stavu infikované osoby, v případě, že se dostaví i klinické projevy onemocnění hovoříme o infekčním onemocnění. Určitou specifickou formou jsou toxoinfekce, kdy dochází k produkci toxinů, které poškozují lidský organismus. Tento stav můžeme nalézt u botulismu či mykotoxikozy. Na rozdíl od klasických infekcí není člověk nakažlivý pro své okolí.

U zdravotnických pracovníků je nejběžnější způsob kontaminace potřísnění povrchu těla biologickým materiálem. Zpravidla na zvládnutí postačují běžné obranné mechanismy těla. Přenos infekce proto probíhá v situacích, kdy je přítomno poranění či došlo k poranění kontaminovaným předmětem, např. injekční jehlou či kanylou. Specifickým typem nálezů jsou nozokomiální infekce, tedy „*infekce vzniklé v přímé souvislosti s pobytem ve zdravotnickém zařízení.*“ (ČIKRT, MÁLEK, 1995, s. 103).

Z pozice pracovníků hovoříme o profesních infekcích a profesionálních infekčních onemocněních, které jsou vyvolávány řadou původců. Typickými představiteli jsou Virové hepatitidy typu B. V Evropě se každoročně nakazí tímto virem cca 15 000 zdravotnických pracovníků. Ze strany zaměstnanců nezdědka dochází k podceňování rizik přenosu infekce. Mezi faktory zvyšující riziko nákazy řadíme nedostatečnou osobní hygienu, porušování bezpečnostních předpisů, nedostatečné mytí a desinfekce rukou či konzumování potravin v nebezpečném prostředí. K infekcím virem hepatitidy B a C proto dochází ve většině případů při nesprávné manipulaci s kontaminovanými nástroji. Specifickou situací u některých pracovníků je vyhýbání se očkovacím cyklům či snížení odolnosti organismu např. obezitou, alkoholismem, věkem a další řadou faktorů, i jejich kombinací.

Specifické formy přenosu členíme do několika kategorií:

- **Přímý styk:**

Přestup nákazy probíhá přímo z tkáně do tkáně. Nejčastěji se s tímto přenosem setkáváme u poskytování první pomoci bez ochranných pomůcek, při práci s pacientem bez ochranných pomůcek a kontaktem s biologickým materiálem, při pitvě apod. Nejčastější onemocnění přenášené tímto mechanismem jsou žloutenky B, C, mykózy, stafylokokové infekce či svrab.
- **Inokulace:**

K přenosu dochází kontaminovanými nástroji, krví, slinami, stolicí, močí atd. v době, kdy tento materiál obsahuje patogenní agens. Nejčastější profesionální infekce jsou zde opět hepatitidy B a C, případně HIV.
- **Inhalace:**

Při inhalaci dochází k vdechnutí jemných částic aerosolu, prachu či kapének, které obsahují životaschopné infekční agens. Nejčastěji se tak děje při kašli, kýchání či rozstříkávání infekčních tekutin. Takto dochází k přenosu TBC, dětských onemocnění, chřipky, streptokokových a stafylokokových infekcí.
- **Ingesce:**

O ingesci hovoříme v případě, kdy je branou vstupu infekce do organismu zažívací trakt, zpravidla se uplatňuje fekálně orální přenos kontaminovanými rukami, či prostředky osobní hygieny. Infekce přenášené touto cestou jsou nejčastěji žloutenka typu A, salmonely, úplavice, enterovirové infekce.

Za možnosti prevence u zdravotnických pracovníků můžeme považovat rozšiřování povědomí o přenosech infekce, doškolování pracovníků,

respektování a vyžadování dodržování bezpečnostních postupů, včetně používání všech dostupných a předepsaných osobních ochranných pomůcek, správná desinfekce, dekontaminace a sterilizace, ověřování imunitního stavu personálu a jejich sledování závodním lékařem apod.

3.2. Chemické vlivy na pracovníky záchranné služby

V rámci výkonu povolání se záchranáři setkávají s nejrůznějšími chemikáliemi. V zásadě se může jednat o chemikálie nutné pro provoz vozidel zdravotnické záchranné služby, tedy desinfekční prostředky na nástroje, povrchy či pokožku, případně nejrůznější vynucený kontakt s chemikáliemi při zásazích. V případě kontaktu s chemickou noxou záleží zejména na chemické struktuře, jejich fyzikálních vlastnostech např. skupenství, konzistenci a dalších faktorech jako době expozice, frekvenci expozice, cestou vstupu do organismu, vnější teplotou, tlakem a relativní vlhkostí.

Účinky dané chemikálie mohou být:

- toxické
- lokálně dráždivé
- systémové
- smíšené
- alergogenní
- mutagenní
- teratogenní
- karcinogenní

I když v dnešní době jsou povětšinou desinfekční prostředky bezpečné, lze zmínit několik přípravků, které jsou pro kontakt s organismem nebezpečné. Jedná se zejména o velmi agresivní desinfekční prostředky, které se používají např. při převozech pacientů s infekčním onemocněním. Jedním z těchto přípravků je kyselina peroctová známá pod obchodním názvem Persteril.

Nejčastěji se používá roztok či páry, vyšší koncentrace mohou vyvolávat dráždění spojivek, sliznic či horních cest dýchacích. Opakované expozice koncentracím vyšším než 1% mohou vést k poleptání pokožky. Důležité je při práci s tímto prostředkem zachovávat všechna bezpečnostní opatření, používat ochranné pomůcky a pracovat dle doporučení výrobce. Většina chemikálií působí na lidský organismus jako alergen. Patří sem i léky, zejména antibiotika či na první pohled banálně působící problém alergie na latex nebo zásyp z chirurgických či vyšetřovacích rukavic.

Při zásazích se záchranáři dostávají do kontaktu s chemikáliemi nejčastěji při haváriích v chemických závodech, dopravních nehodách vozidel převážející chemikálie či v agroprůmyslu. Nejdůležitějšími zásadami při nebezpečí kontaktu s chemikáliemi je vstupovat pouze do zajištěných prostor, kde již nehrozí nebezpečí. Takovýto pokyn může dát pouze vedoucí zásahu posádek IZS, kterým je vždy velitel hasičů u daného výjezdu. V případě, kdy dojde k náhlému kontaktu je nutno dodržet několik zásad. Tedy použít improvizované ochranné pomůcky jako navlhčené kapesníky, ručníky apod., chránit zrak, omezit dýchání. „*Ke zkrácení doby expozice také přispěje urychlené opuštění zamořeného prostoru nejkratší cestou kolmo na směr šíření.*“ (ŠTĚTINA, 2000, s. 184). Po opuštění prostoru je důležitá dekontaminace a zabránění dalšího vstřebávání škodlivin.

Mezi chemické škodliviny, se kterými mohou přijít pracovníci záchranné služby při výkonu svého povolání do styku, lze zařadit několik nebezpečných chemikálií:

- Chlór:

Tento prvek nachází široké uplatnění v chemickém průmyslu, jedná se o žlutozelený nehořlavý plyn s typickým dráždivým účinkem. Při styku s organismem dochází k silnému dráždění a dokonce v případě styku s vlhkostí na sliznicích k vzniku kyseliny chlorovodíkové. Výsledkem je poleptání sliznic dýchacích cest, plic či vznik respiračního selhání.

- **Amoniak:**
V průmyslu se amoniak používá k výrobě barviv či v gumárenském průmyslu, v běžném životě jsou lidé vystaveni nebezpečí kontaktu na zimních stadionech, kde se amoniak používá v rámci chladících zařízení. Amoniak má stejně jako chlór dráždivé účinky a při větších koncentracích leptá.
- **Fosgen:**
Mimo chemický průmysl se může člověk setkat tímto plynem při používání tetrachlórmetanových hasicích přístrojů či jako s vedlejším produktem požárů. Fosgen má mimo dráždivé účinky i účinky na stěnu kapilár, kdy zvyšuje jejich propustnost a zvyšuje se tím riziko vzniku otoku plic. Velké nebezpečí u této látky tkví ve zpožděném účinku, který přichází s určitou časovou latencí od chvíle expozice.
- **Kyanovodík**
Kyanovodík je bezbarvá těkavá kapalina s typickým zápachem po hořkých mandlích. Jedná se o prudce jedovatou látku, která v organismu inhibuje funkci určitých enzymů, které jsou nezbytné pro přenos kyslíku do tkání. Z tohoto důvodu vzniká při otravách kyanovodíkem tzv. tkáňové dušení.
- **Oxid siřičitý**
Jedná se o bezbarvý plyn specifického sirného zápachu. Při kontaktu s tímto plynem je důležité vyvarovat se jeho vdechování. Mimo chemický průmysl se lze s oxidem siřičitým setkat i v oblasti přednemocniční neodkladné péče při rafinovaných sebevraždách. Při použití určitých chemikálií, běžně dostupných v drogistické prodejně lze dosáhnout chemické reakce s produkcí smrtelné koncentrace sulfánu.

- Oxid uhelnatý

Jde o bezbarvý plyn bez zápachu, který vzniká při nedokonalém spalování organických látek. Plyn se vstřebává do krve, kde se tato látka navazuje na červené krevní barvivo – hemoglobin a vzniká karbonyl hemoglobin. Díky vlastnosti, kdy je jeho vaznost cca 400x vyšší nežli u kyslíku, dochází k zablokování přenosu kyslíku do tkání a následnému dušení. Léčba je specifická a často se neobejde bez použití barokomory, kdy je pacient vystaven vysoké koncentraci kyslíku pod vysokým tlakem. Při práci na záchranné službě se pracovník s touto situací setkává zejména při požárech, sebevražedných pokusech či nehodách v domácnostech, kdy komínové systémy správně neodvádí produkty hoření.

- Oxid uhličitý

Mimo průmyslové havárie se lze setkat s oxidem uhličitým v prostorech kde dochází k jeho hromadění, tedy silech, kvasících zařízeních, jeskynních systémech, vinných sklepech apod. Jedná se o bezbarvý plyn bez zápachu. Oxid uhličitý je těžší nežli vzduch, sám o sobě není pro lidské tělo toxický, nebezpečí spočívá ve vytlačení kyslíku z prostředí, v němž se osoba pohybuje.

- Insekticidy

Insekticidy jsou chemické látky používané v agrárním průmyslu k hubení hmyzu. Povětšinou se jedná o organofosforové látky či karbamáty. Výjimečně se dnes můžeme setkat s insekticidy na bázi organochloru. Při zasažení těmito látkami dochází k poruchám v nervovém systému. V těle dochází k inhibici acetylcholinesterázy, látky popisované v kapitole o fyziologii stresu.

3.3. Fyzikální vlivy na pracovníky záchranné služby

Mezi negativně působící faktory na pracovníky v oboru přednemocniční neodkladné péče působí i některé fyzikální vlivy. Jedná se nejčastěji o hluk, vibrace, teplo, chlad, akcelerační a decelerační síly.

Hluk je obecně nejběžnějším rizikovým faktorem na pracovištích. V rámci záchranné služby se s ním setkáváme zejména díky používání akustických výstražných znamení při jízdě vozidel zdravotnické záchranné služby. S touto jízdou také souvisí vliv vibrací, kterým jsou záchranáři vystaveni při pohybu vozidla. Samozřejmě obě veličiny jsou ovlivnitelné materiálně technickým vybavením, zejména kvalitou dopravního prostředku či jeho odhlučněním. Bohužel mezi neovlivnitelné veličiny patří dopravně technický stav komunikací a ohleduplnost ostatních řidičů v rámci provozu na pozemních komunikacích.

Jednou z veličin, které nelze opomenout je fyzická zátěž, které jsou pracovníci vystaveni zejména při transportu pacienta do sanitního vozu. Paradoxně problém nastává u stavů, které nevyžadují zásadní intervenci. V případech dopravních nehod či úrazu dochází ke sledu složek IZS, které jsou schopny s transportem pacienta pomoci. Typickým příkladem pro nadměrnou fyzickou zátěž je nepohyblivý pacient s nezávažnými chronickými obtížemi, volající tísňovou linku v nočních hodinách. K takovému pacientovi posléze vyjíždí vůz RZP, na jehož palubě jsou pouze 2 členové posádky. Samozřejmě není nijak výjimečný kontakt s pacienty, jejichž váha přesahuje 140 kg. V obdobných případech je třeba aktivizovat hasičský záchranný sbor pro provedení technického zásahu. Při nadměrném zatěžování dochází u pracovníků k přetěžování určitých partií lidského těla. Jedná se především o páteř a horní končetiny. Jedinou možnou prevencí je nepřeceňování svých sil a organizace posil pro transport pacienta, a to jak z hlediska profesionálních pracovníků, tak z hlediska využití příbuzných či sousedů.

Z tepelných faktorů působících na pracovníky záchranné služby je třeba myslet zejména na vliv tepla a chladu. Tepelná zátěž má vliv zejména vlastní

produkcí tepla tělem, pobytem v horkých provozech a počasím. Problém se týká zejména letních měsíců, kdy dochází k navyšování počtu zásahů podle sezonních specifik. Nebezpečím pro pracovníky jsou tepelná traumata ve smyslu přehřátí organismu či přímého dráždivého působení slunečního záření na organismus. Dále je pak nutno zmínit nebezpečí dehydratace při nedodržování pitného režimu. Zde je nutno upozornit na zákonné předpisy, jež upravují zásobování pracovníků tekutinami. Prevencí je práce s odpovídajícími ochrannými pomůckami, technické vybavení vozů ve smyslu klimatizačních jednotek a péče o pracovníky z hlediska pitného režimu.

K expozici chladem dochází v případech zásahů např. v mrazárnách či opět dle sezonních specifik. V obou případech je třeba dbát na bezpečnostní předpisy a využívat osobní ochranné pomůcky tak, aby se vliv fyzikálních vlastností chladu minimalizoval. Nebezpečím v případě zásahů v terénu je podchlazení při použití nevhodného oděvu či vznik omrzlin.

„Významným faktorem práce zdravotníků je psychická zátěž.“ (ČIKRT, MÁLEK, 1995, s. 118). Tato zátěž vyplývá z odpovědnosti a vysoké odbornosti práce. Značný vliv má práce s lidmi na okraji společnosti, tedy bezdomovci, narkomany, kdy se posádky dostávají do jejich příbytků, ubytoven či chatrčí. Dalším značným činitelem na psychiku pracovníků je vliv při setkávání se zejména s mladými pacienty, typicky jsou to úrazy a úmrtí dětí či dospívajících. Smrt dítěte není pro záchranáře tak snadno tolerovatelná vzhledem k tomu, že vybočuje z kauzality vývojových etap lidského žití, kdy je smrt brána jako součást stáří nikoliv dětství.

4. VZDĚLÁVÁNÍ PRACOVNÍKŮ ZÁCHRANNÉ SLUŽBY

Pracovníky záchranné služby tvoří široké spektrum personálu se širokým záběrem úrovně vzdělání. Na nejnižších pozicích se setkáváme s řidiči dopravy nemocných raněných a rodiček a sanitáři na těchto vozech. Vyšší stupeň tvoří řidiči vozidel RLP, RZP a RV, společně se sestrami, zdravotnickými záchranáři a lékaři, které tvoří jednoho či dva členy posádky podle dané specifikace. Samozřejmě nelze opomenout práci dispečerek operačního střediska. Mezi jednotlivými pracovníky lze nalézt propastné rozdíly v jejich znalostech a dovednostech tak, jako v oblasti jejich dalšího vzdělávání.

V případě řidičů není po absolvování kurzů nutné další zákonné vzdělávání a tento pracovník tedy žije z toho, co se naučil před několika lety. Samozřejmě výjimku tvoří povinné doškolovací akce zaměstnavatele, které však nejsou na všech pracovištích pravidlem. Odborní nelékařští pracovníci, tedy sestry, záchranáři a dispečeri jsou ze zákona povinni se celoživotně vzdělávat a každých šest let vykazovat kredity o absolvovaném celoživotním vzdělávání. Celoživotní vzdělávání se řídí zákonem č. 95/2004 Sb., kde *„je definováno jako průběžné obnovování vědomostí, dovedností a způsobilostí odpovídajících získané odbornosti v souladu s rozvojem oboru a nejnovějšími vědeckými poznatky.“* (IPVZ, 2011). Zákonem o nelékařských zdravotnických povoláních č. 96/2004 Sb. se tímto termínem rozumí průběžné obnovování, zvyšování, prohlubování a doplňování vědomostí, dovedností a způsobilosti zdravotnických pracovníků, taktéž i jiných odborných pracovníků v příslušném oboru v souladu s rozvojem a nejnovějšími vědeckými poznatky oboru. Celoživotní vzdělávání má několik forem - krátkodobé či dlouhodobé kurzy, stáže, semináře, workshopy, konference aj. Za účasti na vzdělávacích akcích jsou přidělovány kredity. Kreditní systém pro celoživotní vzdělávání nelékařských profesí je upraven vyhláškou č. 321/2008 Sb. Přidělení kreditů je potvrzováno příslušnou profesní

organizací, která vzdělávací akce registruje. Bohužel provedení těchto zákonných předpisů se omezuje na plošnou honbu za kredity bez odpovídající kvality předávaných zkušenosti, vědomostí a informací, kdy hlavní váhu má množství kreditů a nikoliv kvalita. V tomto ohledu vznikl v oboru vzdělávání nový prostor pro podnikatelskou činnost, kdy se různé společnosti zaměřují na organizování drahých a kredity dobře ohodnocených akcí.

Posledním stupněm pracovníků jsou lékaři. Jedná se o velice specifické pracovníky se specifickým systémem vzdělávání. Lékař pro práci v oboru záchranné služby musí v rámci svého vzdělávání projít lékařskou fakultou (6 let) a následně atestační přípravou spolu se složením atestační zkoušky. Pro práci na záchranné službě je třeba, aby lékař složil atestaci v jednom ze základních oborů, tedy z chirurgie, vnitřního lékařství, anesteziologie a resuscitace. Poté může pracovat bez odborného dohledu na záchranné službě. V případě, kdy lékař nemá složenou atestační zkoušku, je nutné, aby nejméně 2 roky pracoval v rámci svého oboru, a až poté může pracovat pod odborným dohledem. Zaměstnatelnost lékařů a jejich nedostatek v rámci zdravotnických záchranných služeb je ovšem tak specifický problém s hlubšími souvislostmi, že by na jeho poznání bylo třeba samostatné odborné práce. Z hlediska vzdělávání pracovníků záchranné služby je proto třeba se zejména zaměřit na kurzy DRNR, RZP/RLP a vzdělávání nelékařských zdravotnických pracovníků.

4.1. Řidiči dopravy nemocných, raněných a rodiček

Kurzy DRNR jsou určeny pro uchazeče na pracovní pozici řidič dopravy raněných, nemocných a rodiček. Kurzy jsou akreditovány Ministerstvem zdravotnictví. V případě absolvování kurzu je výkon práce a zařazení dle katalogu prací na sanitním vozidle DRNR s uplatněním ve státních i nestátních zdravotnických zařízeních a dopravních zdravotnických službách v České republice.

Trvání kurzu DRNR je v rozsahu 120 hodin, kurzy mají formu kombinovaného studia. Základní příprava v rámci kurzu je složena z několika kapitol, jejichž pochopení je nezbytné pro práci na této pozici společně se znalostmi poskytování rozšířené první pomoci. V rámci cyklu přednášek jsou posluchači zasvěceni do organizace a řízení záchranných služeb, do funkcí integrovaného záchranného systému a taktéž jsou posluchačům přednášeny základy telekomunikací a radiového provozu. V rámci odborné zdravotnické přípravy jsou frekventanti seznámeni se základy anatomie a fyziologie, poskytováním první pomoci a psychologií zdravotnického pracovníka. Účastníci kurzu v rámci stáží prochází i odbornou přípravou a stážemi na vozech záchranné služby. Kurz je ukončen písemnou zkouškou, společně s praktickou zkouškou z první pomoci. Po úspěšném zakončení kurzu DRNR získá absolvent platné osvědčení jako Řidič dopravy nemocných, raněných a rodiček.

4.2. Řidič vozidla záchranné služby

Tento kurz je určen pro budoucí pracovníky, kteří mají zájem pracovat na pozici řidiče rychlé zdravotnické nebo rychlé lékařské pomoci. K absolvování tohoto kurzu je třeba ukončené střední vzdělání s výučním listem nebo střední vzdělání s maturitní zkouškou. „*Cílem absolvování kurzu je prohloubení, upevnění a získání odborných vědomostí, dovedností a návyků potřebných pro kvalitní poskytování neodkladné péče, samostatná praktická činnost a zapojení se do spolupráce zdravotnického týmu.*“ (ASČR, 2011). Frekventant kurzu bude umět v rámci svých znalostí a kompetencí zvládat asistenci při provádění zdravotních výkonů v oblasti přednemocniční neodkladné péče. Výkony bude provádět pod přímým vedením lékaře či jiného zdravotnického pracovníka způsobilého k poskytování urgentní péče. Studium je koncipováno jako vzdělávání dospělých, proto jsou v rámci studia uplatňovány metody, které napomáhají vytvoření požadovaných odborných znalostí. Teoretická příprava je složena z přednášek, diskuzí a seminářů.

Má také složku teoreticko - praktickou, kde se uplatňují cvičení, projekty, demonstrace apod. Samostatná praktická část kurzu je prováděna za pomoci stáží, exkurzí a individuálních praxí.

V rámci kurzu je dbáno zejména na praktickou část výuky v kombinaci s odpovídající teoretickou přípravou a fixováním vědomostí. Tento akreditovaný kvalifikační kurz je ukončen závěrečnou zkouškou, která se skládá z praktické a teoretické části. V rámci praktického zkoušení je požadováno prokázání samostatného zvládnutí praktického výkonu. V teoretické části zkoušky je zjišťován rozsah a hloubka získaných znalostí společně s jejich schopností samostatnosti a kreativity. Absolvent získává odbornou způsobilost k výkonu povolání řidiče vozidla zdravotnické záchranné služby.

4.3. Zdravotnický záchranář

Z hlediska odborných zdravotnických pracovníků se dnes největší počty zaměstnanců rekrutují z absolventů oboru zdravotnický záchranář. V minulosti tvořili základ nově přichozích pracovníků zejména absolventky středních zdravotnických škol, v pozdějším období s nadstavbovým kurzem ARIP, který byl určen pro práci v oborech intenzivní medicíny. Začátkem 90. let vznikl dvouletý nadstavbový obor zdravotnický záchranář, který připravoval absolventy specificky pro práci na zdravotnické záchranné službě. Koncem 90. let došlo k rozmachu Vyšších odborných škol a tento obor přešel do jejich vzdělávacích programů. Obor nesl název Diplomovaný zdravotnický záchranář a jeho studium trvalo 3 roky v denní formě a 3, 5 roku ve formě kombinované. V této době byl na stejném typu škol vyučován taktéž studijní obor Diplomovaná sestra pro intenzivní péči. Absolventi a absolventky oboru nacházeli uplatnění v pracovních pozicích záchranné služby. Mimo to byly personálem určeným pro práci na jednotkách intenzivní péče a anesteziologicko - resuscitačních odděleních. Obor Diplomovaný zdravotnický záchranář měl v tomto ohledu pozici o něco horší, vzhledem k chybějící a nekvalitní legislativě. Proto bylo primární určení absolventů

pro záchrannou službu či urgentní a centrální příjmy nemocnic. Naproti tomu absolventi nacházeli na odděleních intenzivní péče jen pramalé uplatnění. Koncem první dekády došlo k otevření oboru zdravotnického záchranáře také v bakalářském studijním programu na vysokých školách, a to nejprve ve formě denní a postupem času i ve formě kombinované. V současnosti jsou kompetence pro práce zdravotnických záchranářů upraveny již zmíněnými zákonnými normami o práci nelékařských zdravotnických pracovníků, i tak se ovšem o těchto kompetencích vedou spory. Každé územní středisko si však pravomoci svých pracovníků upravuje svým vnitřním předpisem. Vzhledem k obsažnosti oboru je nutno zmínit jeho náplň a charakteristiku tak, jako v případě zmíněných kurzů.

Cílem studijního oboru je příprava kvalifikovaných zdravotnických pracovníků oprávněných poskytovat neodkladnou péči. Obor se vyučuje v rámci vzdělávacích programů vyšších odborných škol a vysokých škol. Absolventi jsou školeni v poskytování neodkladné péče pacientům v ohrožení života či zdraví, při hromadném postižení osob včetně medicíny katastrof. Studium se zaměřuje na poskytování neodkladné péče v aktuálním čase a místě. Učí studenty spolupráci s ostatními složkami integrovaného záchranného systému. Při tvorbě páteře studijního oboru byla jeho náplň konzultována s Českou společností urgentní medicíny a medicíny katastrof Jana Evangelisty Purkyně. Taktéž byly respektovány požadavky světové zdravotnické organizace na vzdělávání zdravotnických pracovníků. Tyto fakty jsou důležité z hlediska mobility pracovních sil ve státech Evropské unie v rámci trhu práce.

Absolvent oboru zdravotnický záchranář je po jeho ukončení schopen propojovat jednotlivé odborné činnosti péče o pacienta a převzít zodpovědnost za poskytování neodkladné ošetrovatelské péče. Další vštípenou schopností je teoretické i praktické ovládnutí vyšetřovacích, diagnostických i terapeutických postupů, včetně podávání léčiv. Z hlediska organizace práce musí absolvent zvládat řízení práce v provozu záchranné služby, usměrňování týmu rychlé zdravotnické pomoci, kde tvoří vedoucího zásahu a využití zdrojů a aplikaci

postupů v oblasti, za kterou zodpovídá. V případě hromadného neštěstí, které je klasifikováno jako „*mimořádná událost, která má za následek náhlý vznik většího počtu než 10 zraněných nebo zasažených a tento stav nejsou kapacitně schopny řešit zdravotnická zařízení příslušné záchranné služby.*“ (ŠTĚTINA, 2000, s. 16), se jedná zejména o vyprošťování a odsun raněných a jejich třídění v terénu. „*Příčinami hromadného neštěstí jsou živelné události nebo události vyvolané lidskou činností. Světová zdravotnická organizace (SZO) používá pojmy přírodní – klimatické a antropogenní příčiny.*“ (BULÍKOVÁ, 2011, s. 30)

Studenti oboru si osvojují široké teoretické znalosti z technických, biomedicínských, společenskovedních a ostatních interdisciplinárních vědních oborů. Absolvent získává odbornou způsobilost k povolání Zdravotnický záchranář a oprávnění k výkonu činnosti bez odborného dohledu, a to v zařízeních záchranné služby, na odděleních urgentních příjmů nemocnic, v rámci specifické ošetrovatelské péče na úseku anesteziologicko - resuscitační péče, případně i v týmech hasičského záchranného sboru.

Vzdělávání zdravotnických pracovníků by bylo třeba věnovat ve vládní politice mnohem větší pozornosti, vzhledem k časté nekonceptnosti a neefektivnosti ve vzdělávání. Z nových absolventů je tvořen základ budoucích generací záchranářů, a je proto potřebné dbát na jejich odbornou přípravu a vědomosti tak, aby nedocházelo k přílivu nezkušených avšak i nepřipravených budoucích pracovníků.

5. ANALÝZA PSYCHOLOGICKÝCH POSTOJŮ, POCITŮ BEZPEČNOSTI A STAVU VZDĚLÁVÁNÍ V OBLASTI ZÁCHRANNÉ SLUŽBY

Cílem výzkumu bylo ověřit, zda a jak vypadají subjektivní pocity jednotlivých skupin lékařských i nelékařských pracovníků zdravotnické záchranné služby. Pozornost byla zaměřena na každý ze tří základních pilířů práce na záchranné službě, tedy na psychologii práce, její bezpečnosti a vzdělávání. Součástí testování bylo zjištění struktury pracovníků záchranné služby co do věku, pohlaví a praxe v oboru. Výše uvedené skutečnosti jsou důležité v následném vztahu k cíleným specifickým otázkám, jež mají přímý vztah k výkonu povolání a testují psychickou odolnost. Získané výsledky mohou být v budoucnu použity jako základ při další práci s pracovníky záchranných služeb, například při tvorbě a realizaci vzdělávacích programů, psychologických hodnocení odolnosti vůči stresu a hodnocení bezpečnostních rizik a dodržování zásad bezpečnosti práce. Pro vlastní výzkum byl zvolen kvantitativní přístup a byly formulovány níže uvedené hypotézy, které byly stanoveny na základě teoretických poznatků popsanych v předešlých kapitolách.

5.1. Hlavní stanovené hypotézy:

Hypotéza č. 1:

- Největším stresorem lékařských i nelékařských pracovníků záchranné služby, v rámci přednemocniční neodkladné péče, je úmrtí dítěte.

Hypotéza č. 2:

- Méně než 40 % pracovníků se setkalo s následky řešení hromadného neštěstí. Hranice 40 % byla stanovena po analýze výskytu hromadného

neštěstí v archivech záchranné služby. Celorepublikové registry těchto zásahů neexistují, a proto neexistují relevantní data, která by zohlednila výskyt hromadného neštěstí v profesním životě záchranářů.

Za hromadné neštěstí považujeme mimořádnou událost, v jejímž důsledku dojde ke vzniku většího počtu než 10 zraněných nebo zasažených. Tento stav nejsou kapacitně schopny řešit zdravotnická zařízení a příslušné zdravotnické záchranné služby.

Hlavní hypotézy diplomové práce byly stanoveny na základě subjektivního pozorování autora s důrazem na duševní náročnost práce v oblasti přednemocniční neodkladné péče, kdy v obecné rovině lze předpokládat, že jakákoliv úmrtí a hromadná neštěstí budou jedním z největších možných stresových faktorů pro zaměstnance. Další dotazníkové otázky měly za úkol zmapovat celkovou strukturu působení distresových faktorů, pocitů zaměstnanců při práci v takto náročném prostředí, jejich postoje k bezpečnosti práce a pocit bezpečnosti. V neposlední řadě byl zaměřen pohled na zjištění kvality celoživotního vzdělávání pracovníků záchranné služby.

5.2. Metody získávání dat

Výzkum byl prováděn na skupině pracovníků záchranné služby v rámci jejich pracovišť. S dotazníkem (Příloha č. 2) byli osloveni zaměstnanci územních středisek záchranných služeb v oblasti Středočeského kraje a Hlavního města Prahy. Dotazníkový průzkum byl proveden v měsících září a říjnu roku 2011 a byl rozdělen do třech fází:

- **Přípravná fáze:** v této fázi byly zjišťovány dílčí informace pro zjištění nejzávažnějších problémů, týkajících se tématu s následným sestavením dotazníku
- **Realizační fáze:** cílem této fáze byla distribuce a zpětný odběr vyplněných dotazníků

- **Vyhodnocovací fáze:** v této fázi byla získaná data roztríděna, analyzována a zpracována

Při sběru dat byl využit stratifikovaný náhodný výběr, bez ohledu na věk, pohlaví či pracovní zařazení. Dotazník sestavený pro tento účel nejprve zjišťoval údaje potřebné k základní analýze, tedy věk, pohlaví a vzdělání. Počet zaměstnanců v rámci jedné oblasti (cca 5 vozů ZS) je zpravidla 12 osob na stanoviště u RLP posádek a 8 u RZP posádek. Předběžná návratnost byla vzhledem k výše zmíněným skutečnostem předpokládána na 60 osob. Konečný testovaný soubor, jehož výsledky byly dále analyzovány, tvořilo 72 zaměstnanců. K hodnocení byly přijaty pouze kompletně vyplněné dotazníky, čítající 25 otázek. 72 platných dotazníků znamenalo návratnost 80 % z dotazníků vyplňovaných. Věkové rozpětí bylo zvoleno s ohledem na zákonem stanovenou věkovou hranici pro práci v provozech neodkladné péče, tedy od 18 let, přičemž horní hranice věku respondentů nebyla stanovena. Mezi další základní hodnocené aspekty patřilo dosažené vzdělání a pracovní pozice u zaměstnavatele společně s délkou praxe v provozu zdravotnické záchranné služby. Dotazník byl mezi respondenty distribuován elektronickými i standardními kanály, jejichž výsledná diverzifikace byla následující:

- vnitřní komunikační kanály – intranet, e-mail: 37 kusů (51, 4 %)
- sociální sítě: 10 kusů (13, 9 %)
- tištěná forma dotazníku: 25 kusů (34, 7 %)

Otázky v dotazníku byly složeny z uzavřených otázek, kde měl respondent možnost odpovídat na některou z nabízených variant, případně ano/ne. Dále byly otázky maticové, kde byla zkoumána průměrná váha odpovědi a její rozptyl. Rozptyl hodnoty vypovídá o tom, jak se od sebe navzájem liší případy v souboru zkoumaných hodnot. Čím menší je hodnota rozptylu, tím jsou si odpovědi respondentů v souboru navzájem podobné. Naopak, vysoká hodnota rozptylu signalizuje zvyšující se vzájemné odlišnosti

odpovědí. V rámci hodnocení byly brány na zřetel nejen na tyto hodnoty, ale i procentuální zastoupení dílčích odpovědí.

5.3. Metody zpracování dat

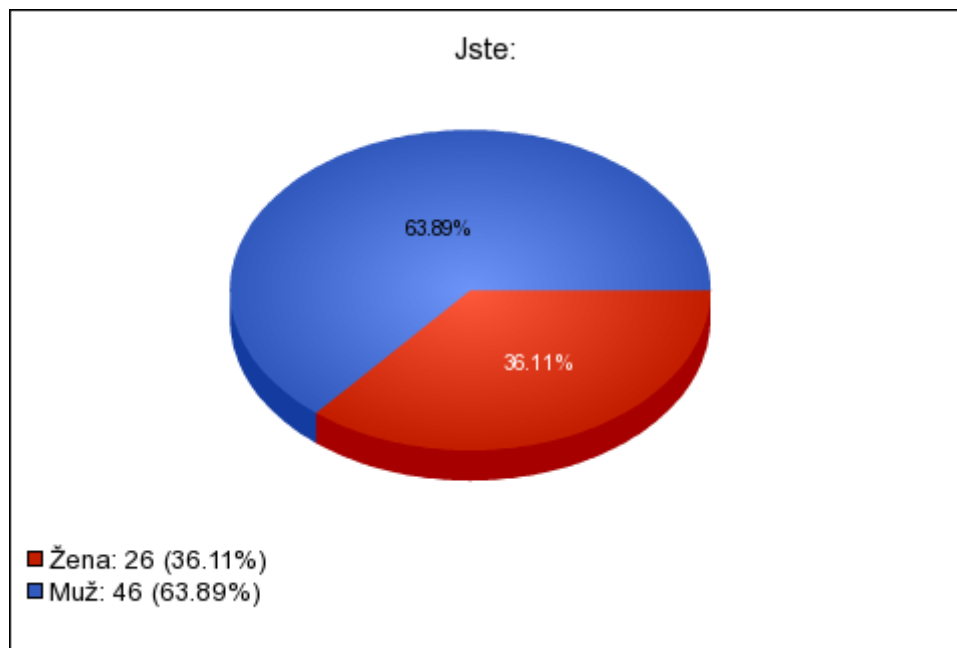
K zápisu a ke zpracování dat získaných z vytvořeného dotazníku byly použity elektronické komunikační kanály i klasická tištěná forma. K vyhodnocení získaných dat byl použit program Microsoft Office Excel 2010. Základní teze pro charakterizování souboru zkoumaných osob jsou uvedeny v předchozí kapitole. Ze sebraných dat byly obdrženy statistické hodnoty a tabulky četností, průměrů a rozptylu získaných hodnot. Mimo standardních statistických operací byla provedena i analýza souvislostí a závislostí, kdy byly zkoumány závislosti mezi jednotlivými odpověďmi, kdy lze u vzorku osob předpokládat podobné odpovědi na stejné otázky na základě tendenčního chování či chování dle určitého vzorce v rámci specifické skupiny osob.

6. HODNOCENÍ VZORKU RESPONDENTŮ

První část dotazníku byla věnována analýze vzorku, který na položené otázky odpovídal. Byly hodnoceny otázky, které se týkaly pohlaví, pracovní pozice, vzdělání, věku a délky praxe respondentů. Z těchto zjištěných skutečností bylo možné učinit komplexní pohled na zkoumaný vzorek a dosažené výsledky.

6.1. Pohlaví respondentů

Graf č. 1: Zastoupení počtu respondentů podle pohlaví



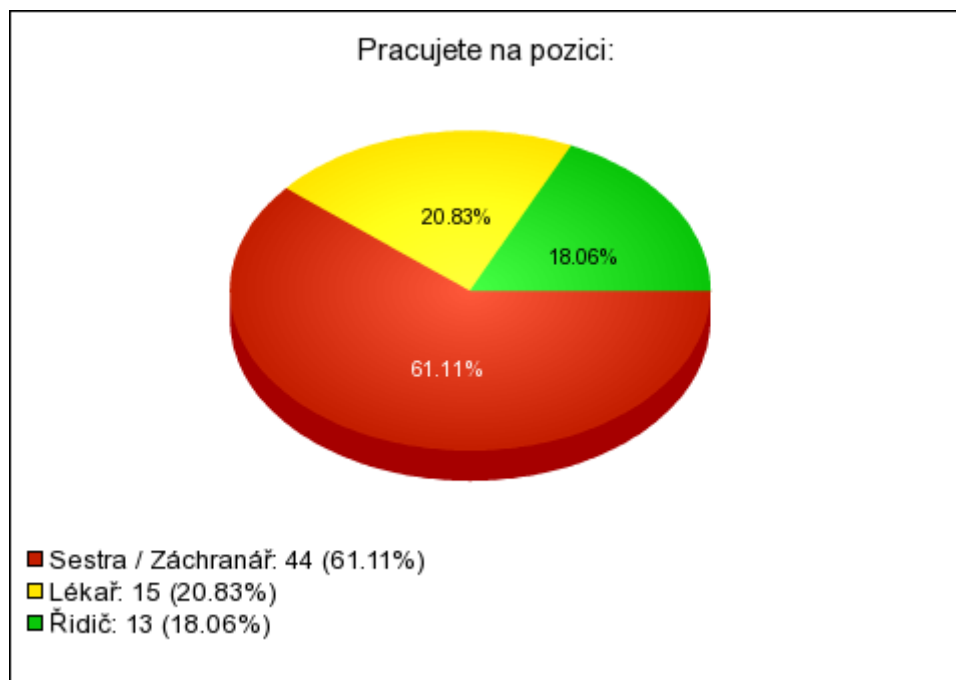
Autor: Vlastní výzkum 2011

V první otázce byli respondenti dotazováni na jejich pohlaví. V práci záchranné služby nachází v obecné rovině širší uplatnění muži. Důvodem tohoto stavu je patrně vysoká fyzická i psychická náročnost povolání, u některých zaměstnavatelů i nechuť k zaměstnávání žen, vzhledem k legislativě, která limituje ženy zvedáním břemen do maximální hmotnosti 15 kg. Tento trend je však patrný pouze lokálně u určitých územních středisek. V rámci šetření odpovědělo z celkových 72 respondentů 46 mužů a 26 žen.

V procentuálním vyjádření se jedná o poměr 63,89 % ve prospěch mužů k 36,11 % žen.

6.2. Pracovní zařazení respondentů

Graf č. 2: Výsledek zastoupení respondentů v závislosti na pracovní pozici



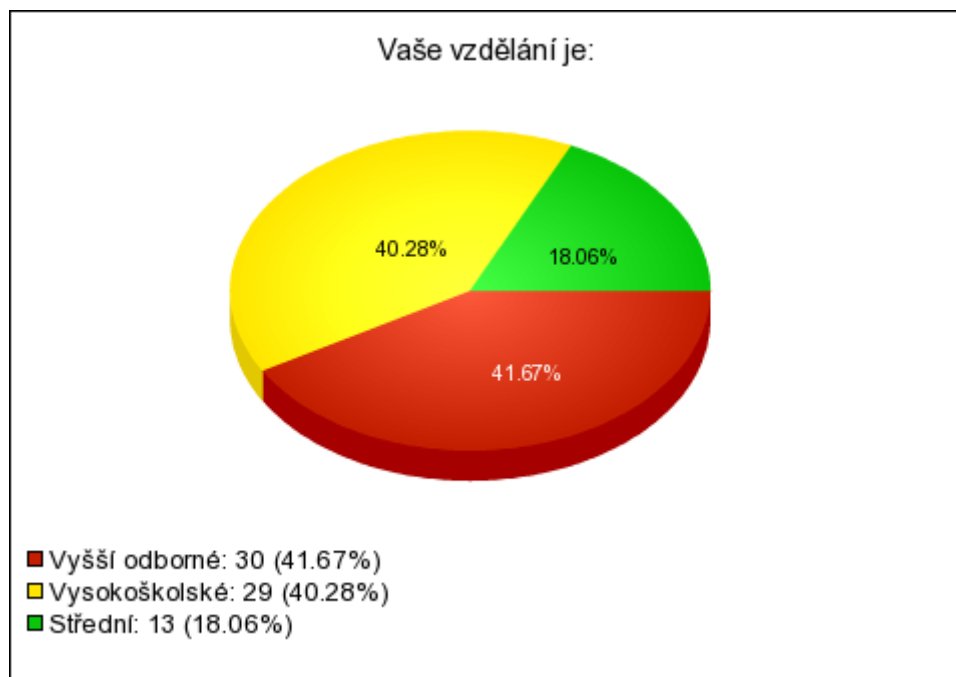
Autor: Vlastní výzkum 2011

Vzhledem k různorodosti pracovních pozic v oblasti záchranné služby, od řidičů sanitních vozidel, přes střední zdravotnický personál až po lékaře, bylo pro tento průzkum velkým překvapením zapojení velkého množství lékařů v daném vzorku. Oproti tomu je zklamáním nízká účast řidičů vozidel zdravotnické záchranné služby, kteří hrají hlavní roli z hlediska bezpečnosti dopravy posádky záchranného týmu na místo zásahu. Překvapení v počtu zúčastněných lékařů je výraznější o tu skutečnost, kdy oproti řidičům a nelékařským zdravotnickým pracovníkům, kteří jsou zaměstnáváni na hlavní pracovní poměry, jsou lékaři mnohdy externisté pracující na dohodu o pracovní činnosti či dohodu o provedení práce. Velké množství zřizovatelů záchranných služeb se v současné době zaobírá nedostatkem lékařů na hlavní pracovní poměr a dochází tak častokrát k obsazování služeb právě tzv. „dohodáři“.

V tomto ohledu je jejich zapojení do průzkumu velkým pozitivem, společně se zájmem o výsledky celého šetření. Do šetření se, vyjádřeno v číslech, zapojilo 44 nelékařských zdravotnických pracovníků, což je 61,11 %, 15 lékařů (20,83 %) a pouze 13 řidičů (18,06 %). Uvedené poměry je nutno brát do úvahy při porovnávání dalších dílčích výsledků dle jednotlivých profesí, kdy by se za ideálních podmínek výsledky lékařů a řidičů měly podobat, přičemž hodnoty sester/záchranářů by měly vykazovat trojnásobnou hodnotu.

6.3. Dosažené vzdělání pracovníků záchranné služby

Graf č. 3: Zastoupení zaměstnanců dle dosaženého vzdělání



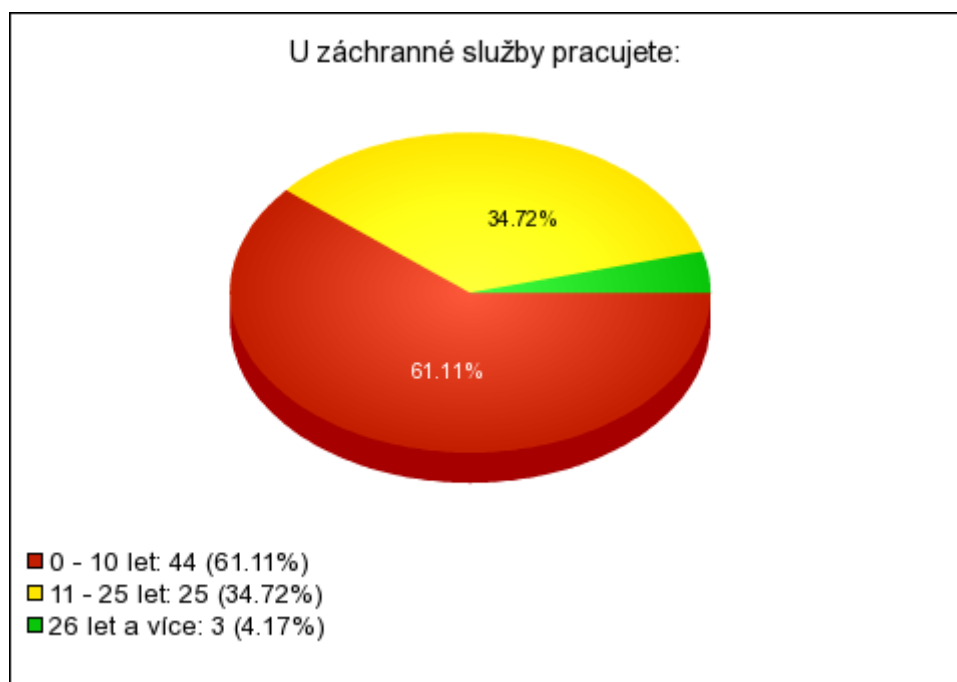
Autor: Vlastní výzkum 2011

V návaznosti na předešlou otázku bylo nutno odlišit zastoupení jednotlivých profesí podle dosaženého vzdělání. V rámci historického kontextu lze odvodit následující rovnici: Lékař = vysokoškolské vzdělání, Sestra/Záchranář = vyšší odborné, specializační, Řidič = střední odborné, normativní. Výsledky při povrchním pohledu ukazují, že mnozí i nelékařští zdravotničtí pracovníci dosáhli vysokoškolského vzdělání. Vyjádřeno čísly, z oslovených uvádí 30 respondentů vyšší odborné vzdělání tj. 41,67 %, z oslovených uvádí 30 respondentů vyšší odborné vzdělání tj. 41,67 %, z oslovených uvádí 29 respondentů vysokoškolské vzdělání tj. 40,28 %, z oslovených uvádí 13 respondentů střední odborné vzdělání tj. 18,06 %.

29 dotázaných tj. 40,28 % vysokoškolské vzdělání a 13 osob střední vzdělání s poměrem 18,06 %. Při hlubší analýze dat je však možné zjistit, že v tomto segmentu dochází k určitému mísení pracovních pozic a vzdělání. Samozřejmě dle zákonných norem dosahují všichni pracovníci na své pozici odpovídajícímu vzdělání. 15 vysokoškolských pozic je obsazeno lékaři, zbylých 14 osob je z řady nelékařských zdravotnických pracovníků. Zde můžeme pozorovat trend posledních let, kdy dochází ke zvyšování odborné úrovně a úrovně vzdělání u nelékařských zdravotnických pracovníků, a to jak v oblasti přednemocniční neodkladné péče, tak v rámci neodkladné péče. Vysokoškolsky vzdělaný personál, pokud nebudeme brát v úvahu lékaře, již dnes není ničím výjimečným, což sebou nese zvýšenou přidanou hodnotu práce, odbornost, ale samozřejmě i zvýšené ekonomické náklady na mzdu vysoce kvalifikovaných zaměstnanců. Ve stejném segmentu však nalezneme také 2 osoby se středním vzděláním. Zde lze uvažovat o absolventech střední zdravotnické školy s následným specializačním vzděláváním ARIP. Mezi řidiči pak nalézáme 2 osoby, jež uvádějí vyšší odborné vzdělání, což nám signalizuje trend poslední doby, kdy jsou řidiči s normativním vzděláváním postupně nahrazováni Diplomovanými zdravotnickými záchranáři. Nelze pominout možnost, že Diplomovaní zdravotničtí záchranáři se automaticky řadí na tuto pozici i v případě, kdy vykonávají práci řidiče. V takovém případě by došlo k určitému zkreslení prezentovaných výsledků. Vzhledem k tomu, že i pracovníci na pozici řidiče vykonávají život zachraňující úkony, byly tyto výsledky započítány jako platné.

6.4. Délka praxe v oboru

Graf č. 4: Zastoupení zaměstnanců podle délky praxe



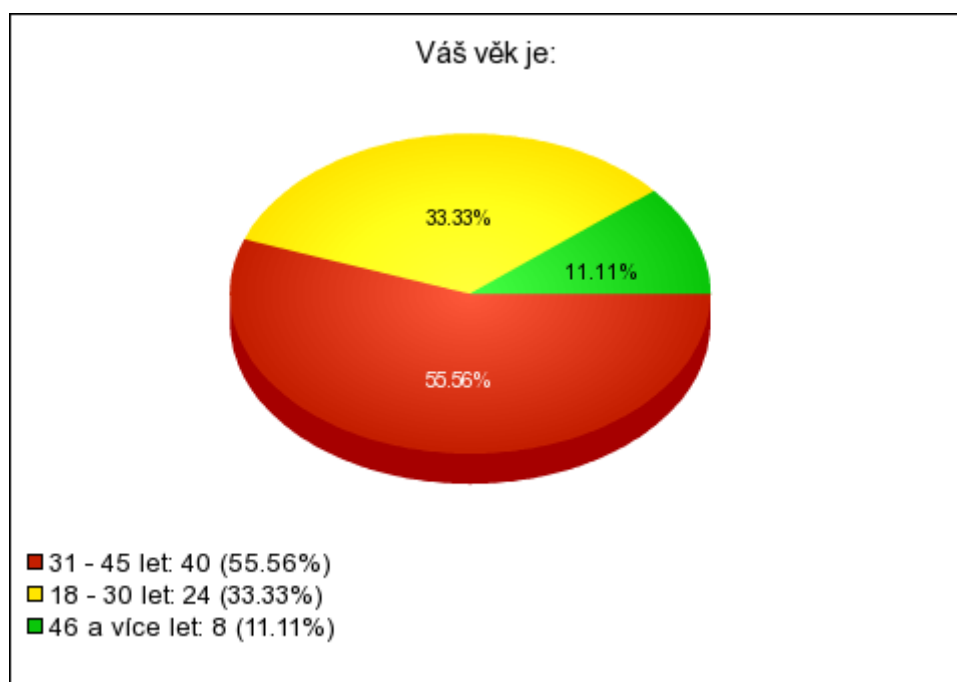
Autor: Vlastní výzkum 2011

Mimo dosažené vzdělání a odbornost pracovníků bylo potřebné zaměřit se i na délku praxe v oboru, aby bylo zjištěno, k jakým dochází změnám v chování a postojům zaměstnanců s přibývajícím lety praxe. Systémy a principy záchranné služby jsou ze své podstaty poměrně náročným povoláním. Člověk je ohrožován fyzikálními, biologickými i chemickými vlivy, pracuje pod stresem, v jakékoliv denní i noční době. Tento systém a práce samotná není vhodná pro každého. Tím dochází také k největší fluktuaci zaměstnanců v prvních letech zaměstnaneckého poměru. S délkou praxe se počet odcházejících zaměstnanců snižuje. Z grafu je patrné, že největší podíl zaměstnanců je do 10 let praxe, což může značit zmíněnou skutečnost o obměně zaměstnanců. Na tuto skutečnost může mít značný vliv stav, kdy je povolání morálně vysoce ohodnocené, filmovým průmyslem zpracované do určité podoby a následný vstup do reality je pro mnohé nováčky doslova šokující. Celkem 44 respondentů odpovědělo, že délka jejich praxe je do 10 let, což činí, z celkové hodnoty 61,11 %. 25 respondentů označilo svou praxi mezi 11 až 25 lety, což je 34,72 % a pouze 3 dotazovaní (4,17 %) uvedli

délku praxe 26 a více let. Z poslední uvedené hodnoty se lze vrátit k úvodní myšlence o náročnosti povolání, které nedovoluje záchrannou činnost vykonávat v pokročilém věku, kdy ubývá fyzických a psychických sil. Podrobná analýza jednotlivých pracovních pozic nezaznamenala žádné extrémní disproporce a složení zaměstnanců dle praxe a pozice je rovnoměrné, vyjma pozice řidiče, kdy žádný z respondentů neoznačil svou praxi za delší nežli 26 let. V této otázce lze nalézt souvztažnost, kdy v případě odpovědi s délkou praxe 0 - 10 let je 1,6x větší pravděpodobnost věku respondenta mezi 18 a 30 lety.

6.5. Věk respondentů

Graf č. 5: Zastoupení zaměstnanců podle věku



Autor: Vlastní výzkum 2011

Další dotazníková otázka, která měla za úkol zmapovat věkové rozložení pracovníků záchranné služby. Lze si takto udělat představu o věkovém složení posádek záchranných služeb. Tak jak již bylo zmíněno v předešlé otázce, náročná práce v systémech přednemocniční neodkladné péče skýtá náročnost a rozsáhlou specifičnost zaměstnanců. Z tohoto šetření

vyplývalo, že 55,56 % dotazovaných patří do věkové kategorie 31 - 45 let, 33,33 % respondentů udává věk mezi 18 a 30 lety a 8 dotazovaných, což je 11,11 % udává věk 46 a více let. Z tohoto pohledu lze odvodit, že nejčastěji se v oblasti záchranné služby pohybují lidé v produktivním věku.

7. HODNOCENÍ POSTOJŮ ZAMĚSTNANCŮ VŮČI SVÉ PRÁCI A STRESORŮM, JEŽ NA NĚ PŮSOBÍ

V této pomyslné, druhé části dotazníku byly otázky cíleně kladeny tak, aby se u dotazovaných zjistily postoje k jejich zaměstnání, pracovní pozici a jejího ohodnocení. Dále bylo zjišťováno, do jaké míry jsou zaměstnanci záchranné služby vystaveni předpokládaným stresorům a jak jejich organismus reaguje na situace, kdy dochází k aktivizaci této složky integrovaného záchranného systému.

7.7. Hodnocení důležitosti povolání

Graf č. 6: Subjektivní hodnocení chápání důležitosti vlastního povolání



Autor: Vlastní výzkum 2011

Výsledky odpovědí u této otázky jsou jednoznačné, 71 pracovníků, tj. 98,61 % odpovědělo na tuto otázku ano, pouze 1 respondent odpověděl ne, což z celého vzorku představuje 1,39 %. Tuto negativní odpověď podal

zaměstnanec ženského pohlaví, ve věkové kategorii nad 46 let avšak pouze s praxí do 10 let na pracovní pozici sestra/záchranář. Při hodnocení dosažených výsledků lze předpokládat, že smýšlení pracovníků záchranných služeb je totožné s obecným smýšlením obyvatel, kteří považují povolání pracovníků záchranných služeb za důležité, s vysokým morálním kreditem. U již zmíněného jediného negativního hodnocení, které podal respondent s nezvyklou kombinací vysokého věku a nízké praxe lze uvažovat o chybném vyplnění, osobním zaujetím či jiným zevním vlivem, který vedl k danému hodnocení.

7.2. Hodnocení pocitu ohodnocení za odvedenou práci

Graf č. 7: Hodnocení pocitu dostatečného ohodnocení za odvedenou práci



Autor: Vlastní výzkum 2011

Tento bod dotazníku byl zaměřen na zhodnocení toho, jak se cítí zaměstnanci ohodnoceni za svou práci. Nebylo rozlišováno, zdali jde o ohodnocení morální či finanční. Z výše uvedeného grafu vyplývá, že 79,17 % dotazovaných, což je 57 zaměstnanců, se necítí za svou práci dostatečně ohodnoceni. Oproti tomu 15, tj. 20,83 % dotázaných se cítí

dostatečně ohodnoceni. Za zmínku zde stojí kontrast tohoto ujištění s předchozím grafem, kdy se dostává do rozporu pocit o důležitosti vykonávané činnosti a jejího ohodnocení. Při hlubším rozboru u jednotlivých pracovních pozicí je možné zjistit, že u lékařů je pocit nedostatečného ohodnocení až u 60 % dotázaných, u sester/záchranářů činí toto procento 86,4 % a u řidičů se jedná o 77 % nespokojených.

7.3. Hodnocení uvažování respondenta o změně zaměstnání

Graf č. 8: Hodnocení uvažování respondenta o změně zaměstnání



Autor: Vlastní výzkum 2011

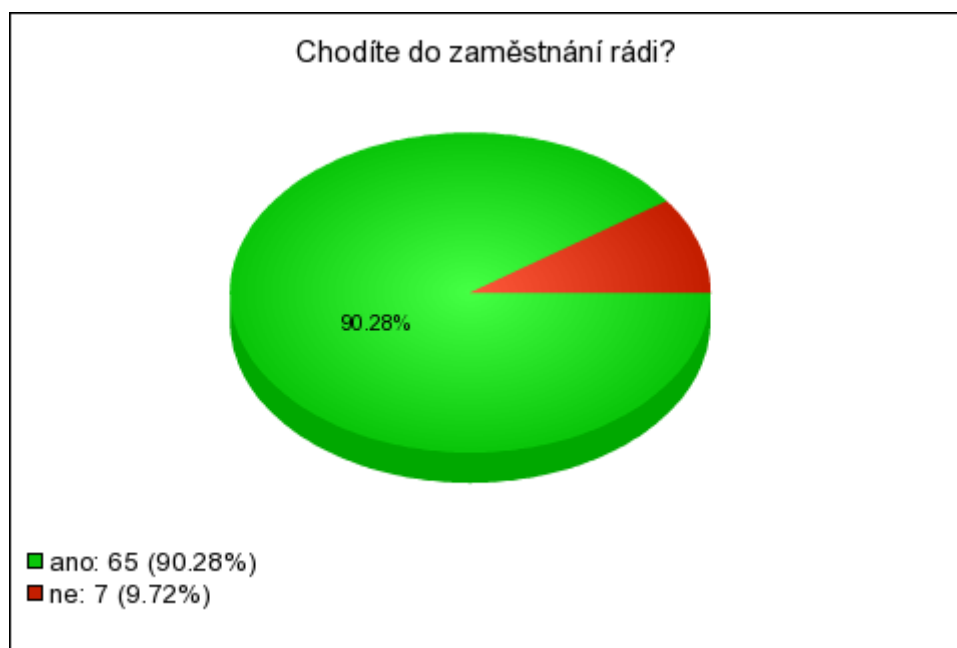
V této části dotazníku jsou dotazovaní konfrontováni s myšlenkou na změnu zaměstnání. Ze získaných dat vyplývá, že o změně zaměstnání neuvažuje 65,28 % dotázaných, což představuje 47 pracovníků. Naopak 25 zaměstnanců, což je 34,72 % o změně práce uvažuje. Zajímavé je v tuto chvíli hodnocení struktury zaměstnanců, kteří uvažují o změně zaměstnání. Z 25 respondentů se jedná o 18 sester/záchranářů, což je 72 %, jejichž praxe je nejčastěji do 10 let a věk do 45 let. Na pomyslné druhé pozici se umístilo 5 lékařů s 20 % podílem, jejichž praxe je 11 - 25 let ve věku nad 31 let.

Pomyslnou třetí příčku obsazují dva řidiči s 8 % podílem, bez závislosti na věku a praxi. Z hlediska souvztažnosti je v této otázce 1,5 x větší pravděpodobnost, pokud respondent neuvažuje o změně zaměstnání, že se cítí za svou práci adekvátně ohodnocen.

Zajímavým shrnutím může být úvaha nad body 6, 7 a 8 a jejich vztahy. Pokud dojde k porovnání výsledků odpovědí u zmíněných otázek je patrné, že nejčastěji se vyskytujícím postojem pracovníků záchranné služby je pocit vykonávání důležité práce, která je však neadekvátně ohodnocena, přičemž jen úzce profilová menšina uvažuje o změně zaměstnání. Lze jen spekulovat, jaké jsou důvody tohoto zjištění. Nabízí se nejrůznější možnosti, které se mohou lišit dle osobních preferencí, žebříčků hodnot apod. Mimo finanční aspekty, které jsou považované za podhodnocenou složku ohodnocení, tvoří vysokou přidanou hodnotu tohoto zaměstnání jeho společenská prestiž, důležitost a v jistém slova smyslu i nadřazenost, kdy mají pracovníci záchranné služby možnosti při své pracovní činnosti porušovat určité předpisy, poznávat nejrůznější sociální skupiny obyvatel a účastnit se akcí, kam se veřejnost nemůže dostat. Jednotlivosti či celek těchto specifik zaměstnání pak tvoří pevnou vazbu. Důsledkem toho bude patrně vztah mezi důležitostí zaměstnání, nízkým ohodnocením a neuvažováním o změně působiště.

7.4. Hodnocení docházky do zaměstnání

Graf č. 9: Hodnocení docházky do zaměstnání



Autor: Vlastní výzkum 2011

V tomto bodě je respondent dotazován, zdali dochází do svého zaměstnání rád. Pokud zrekapitulujeme body 6, 7 a 8 dojdeme k opět k překvapivému výsledku, kdy 65 dotázaných (90,28 %) chodí do zaměstnání rádo a jen 7 respondentů (9,72 %) nikoliv. Při podrobnějším zkoumání dat je zjištěno, že nespokojení respondenti tvoří v 6 případech ze 7 zdravotní sestry/záchranáři, z nichž 5 má praxi do 10 let. Pohlaví či věk nejsou v tomto vzorku nikterak směrodatné. Je zde opět paradoxem, na který bylo již poukázáno v předchozím bodě, že i přes zjevnou nespokojenost s ohodnocením, chodí zaměstnanci záchranné služby na svá pracoviště rádi a neuvažují o změně zaměstnání.

7.5. Hodnocení pocitů při pobytu na základně

Graf č. 10: Hodnocení pocitů za základně při čekání na výjezd



Autor: Vlastní výzkum 2011

Pracovník dotazován, zda pociťuje určitý vnitřní neklid, jako například nervozitu, v případě pobytu na základně, při čekání na výjezd. Výjezdové stanoviště záchranné služby je možno představit jako zařízení, jež je plně vybavené pro nepřetržitý provoz a pohyb osob. Nechybí administrativní, sociální, provozní ani odpočinkové prostory. Vždy je však nutno počítat, že člověk, jenž je dle provozovaného systému uzavřen v tomto prostoru 12, případně i 24 hodin a čeká na výjezd, neprožívá stejné pocity oproti pobytu doma, byť se mnohdy jedná o srovnatelně vybavené prostory. Na zmíněnou otázku odpovědělo negativně 72,22 % dotázaných, což je 52 osob. Naopak pocit vnitřního napětí prožívá 20 dotazovaných, což činí 27,78 %. Z tohoto počtu zaměstnanců, kteří prožívají určitou nervozitu, se jedná o 15 sester/záchranářů, 4 řidiče a pouze 1 lékaře. V 75 % případů se jedná o zaměstnance s praxí do 10 let a v 25 % případů s praxí mezi 11 a 25 lety. Osoba s delší praxí se v této zkoumané oblasti negativního vnímání čekání na základně nevyskytuje. Muži jsou zastoupeni poměrem 13:7 oproti ženám. Výsledné hodnoty tak signalizují, že většina lidí nemá problémy se změnami

pocitů a prožívání při pobytu na stanici záchranné služby. Tato problematika se týká především nelékařských pracovníků s praxí do 10 let.

7.6. Hodnocení účasti likvidaci následků hromadného neštěstí

Graf č. 11: Hodnocení účasti likvidaci následků hromadného neštěstí



Autor: Vlastní výzkum 2011

V otázce č. 11 byl respondent dotazován na účast při likvidaci následků hromadného neštěstí, dle již zmíněné definice. Na otázku odpovědělo kladně 22 dotazovaných, což činí 30,56 % a negativně 50 dotazovaných, tedy 69,44 %. Při porovnání dílčích výsledků bylo zjištěno, že častěji jsou zastoupeni zaměstnanci s větší délkou praxe, což samozřejmě odpovídá pravděpodobnosti výskytu tohoto jevu v přednemocniční neodkladné péči.

Za úvahu však stojí relativně nízké procento pracovníků zdravotnické záchranné služby, kteří se účastnili likvidace následků mimořádné události. Vzhledem k tomu, že otázka je stěžejní při hodnocení položených hypotéz, bude jí věnován větší prostor při verifikaci hypotéz.

7.7. Hodnocení účasti na resuscitaci dítěte do 15 let věku

Graf č. 12: Hodnocení účasti na resuscitaci dítěte



Autor: Vlastní výzkum 2011

V této otázce měl dotazovaný za úkol odpovědět na otázku, zdali se účastnil v rámci zásahu resuscitace dítěte. Stejně jako předešlá otázka, i tato je cílenou součástí dotazníku, jež má sloužit k filtrování jednotlivých odpovědí, jejich korelací a potvrzování či vyvracení postupně nabytých dojmů.

Z hodnoceného grafu lze zjistit, že výskyt smutných zásahů, při kterých dochází k boji o mladý lidský život, je zhruba v určité rovnováze. Dle zjištění se resuscitace dítěte do 15 let věku účastnilo 58,33 % respondentů. 41,67 % respondentů si tuto zkušenost ze svého zaměstnání neodneslo. Tak jako v předešlém případě není rozdíl v jednotlivých sledovaných parametrech, jako věk, pracovní pozice či pohlaví. Ve zkoumaném vzorku převládají respondenti praxí, jejíž délka je 10 a více let.

7.8. Známost pojmu syndrom vyhoření

Graf č. 13: Hodnocení známosti pojmu syndrom vyhoření

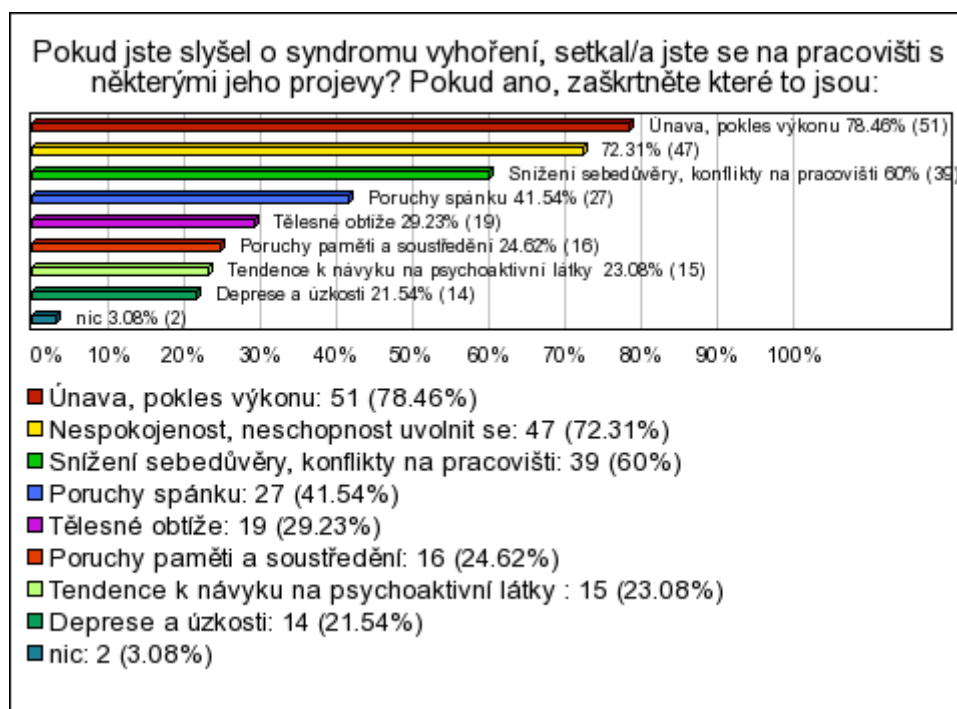


Autor: Vlastní výzkum 2011

V otázce č. 13 byla dotazovaným položena otázka, zdali je jim znám pojem syndrom vyhoření. Otázka byla volena záměrně, aby bylo dosaženo zjištění, jak je tento pojem mezi zdravotnickými pracovníky znám a rozšířen. Odpovědi dávají jasný signál, že tento pojem je odbornou komunitou pracovníků zdravotnických záchranných služeb znám. Kladně odpovědělo 98,61 % (71) dotazovaných. Dle dotazníku není tento pojem znám pouze jediné osobě, jež má na celkovém vzorku podíl 1,39 %. Paradoxně negativní odpověď podala, stejně jako v otázce č. 6 zaměstnankyně ženského pohlaví, ve věkové kategorii nad 46 let, avšak pouze s praxí do 10 let na pracovní pozici sestra/záchranář.

7.9. Hodnocení pozorovaných projevů syndromu vyhoření

Graf č. 14: Hodnocení pozorovaných projevů syndromu vyhoření



Autor: Vlastní výzkum 2011

V další otázce byli respondenti, kteří odpověděli kladně na znalost pojmu syndrom vyhoření dotazováni, s jakými projevy tohoto psychického stavu se na svých pracovištích nejčastěji setkávají. Tato otázka byla nepovinná, celkem na ni odpovědělo 65 respondentů, což činí 90,27 % z celkového vzorku. Dominujícím projevem, bylo pozorování únavy a snížená výkonnost. Tuto možnost zvolilo celkem 51 respondentů, což činí 78,46 % výskytu pozorovaného jevu. Druhým nejčastěji projevujícím se jevem syndromu vyhoření, kteří pracovníci ve svém zaměstnání pozorují, je nespokojenost a neschopnost uvolnit se. Tento příznak pozorují zdravotničtí pracovníci v 72,31 % případů.

Třetím nejčastějším symptomem, který provází syndrom vyhoření, a je pozorován v rámci interpersonálních vztahů na pracovišti, je snížení sebedůvěry a konflikty na pracovišti. Tento jev je zastoupen v 60 % případů. Tři uvedené příznaky tak lze považovat za dominující symptomy, které mohou být předzvěstí problémů v zaměstnání u daného zaměstnance, vzhledem

k tomu, že se jedná o nejčastěji se vyskytující příznaky. Další příznaky, které byly dány respondentům na výběr, mají již výrazně nižší zastoupení. Mezním symptomem jsou pozorované poruchy spánku, které se na celkových příznacích podílejí 41,54 %. Další příznaky mají již velmi podobné dosažené hodnoty. Patří sem obtíže tělesného charakteru (29,23 %), poruchy paměti a soustředění (24,62 %), tendence k návyku na psychoaktivní látky (23,08 %), deprese a stavy úzkosti (21,54 %). Žádný ze zmiňovaných příznaků nebyl pozorován dvěma respondenty. Při podrobnějším zkoumání jednotlivých respondentů nebyla nalezena žádná hodnota, která by spojovala pozorování projevů syndromu vyhoření v závislosti na ostatních osobnostních charakteristikách respondentů.

7.10. Tělesné (vagové) reakce respondentů na hlášení výjezdu

Tabulka č. 1: Tělesné (vagové) reakce respondentů na hlášení výjezdu

Jak reaguje váš organismus na hlášení případu a výjezd? (zaškrtněte dle závažnosti či četnosti projevu na škále 1 – 5, hodnocení jako ve škole 1 = nepřítomno, 5 = projevy v plné intenzitě)		
Podotázka	Průměr	Rozptyl
Pocení	1,194	0,379
Pocení dlaní	1,333	0,528
Zvýšená akce srdeční	2,486	0,805
Zažívací obtíže	1,222	0,451
Sucho v ústech	1,167	0,361

Autor: Vlastní výzkum 2011

V dalším kroku byli respondenti dotazováni na jejich bezprostřední reakce při hlášení výjezdu a přebírání tísňové výzvy. Otázky byly postaveny na maticovém typu, kdy měl dotazovaný možnost odpovědět na danou otázku dle subjektivního pocitu a ohodnotit jej dle škály 1 - 5. Označení hodnoty

1 znamenalo, že daný příznak se nevyskytuje, označení hodnoty 5 znamenalo, že dotazovaný pociťuje tento druh problému nejvíce. Dosažené hodnoty byly následně vyjádřeny jejich průměrem společně se stanovením hodnoty rozptylu získaných odpovědí. Z této tabulky vyplývá, že nejčastější reakcí na hlášení výjezdu pro posádku záchranné služby je zvýšení akce srdeční. Průměr odpovědi je zde 2,486 bodu, rozptyl má hodnotu 0,805 bodu. Naopak nejméně pracovníci ZZS pociťují sucho v ústech, zde bylo dosaženo hodnoty 1,167 a rozptylu 0,361 bodu. Zvýšení akce srdeční tak v případě výjezdu pociťuje 38 respondentů, z nichž 3 tento příznak označili jako intenzivní. Sucho v ústech označil jako intenzivní pouze jeden respondent. Méně intenzivněji pak tento problém pociťují jen další 3 pracovníci.

7.11. Hodnocení stresových okamžiků

Tabulka č. 2: Hodnocení nejvíce stresující okamžiků

Hodnocení stresujících okamžiků cestou k případu?		
(zaškrtněte dle závažnosti či četnosti projevu na škále 1 – 5, hodnocení jako ve škole 1 = nepřítomno, 5 = projevy v plné intenzitě)		
Podotázka	Průměr	Rozptyl
Resuscitace	3,069	1,176
Hromadné neštěstí	4,111	0,849
Smrt dítěte	4,708	0,401
Ohledání zemřelého	1,653	0,866
Uhoření člověka	3,236	1,403
Těžká dopravní nehoda	3,361	0,981
Porod v terénu	3,486	1,111

Autor: Vlastní výzkum 2011

V této otázce bylo zjišťováno, jak působí jednotlivé závažné výjezdové situace na pocity zaměstnanců a jakou váhu dávají závažnosti jednotlivým

položkám. Největším stresorem v přednemocniční neodkladné péči byla respondenty označena odpověď smrt dítěte s nejvyšší hodnotou 4,708 bodů a nejmenším rozptylem odpovědí 0,401 bodu. Pouze 4 dotazovaní ji nepovažují za zásadní zátěž na psychiku. Z těchto hodnot můžeme usuzovat, že drtivá většina respondentů považuje smrt dítěte za nejvíce stresující. Za druhý nejtěžší stresor byl označen zásah u hromadného neštěstí s bodovou hodnotou 4,111 a rozptylem 0,849 bodů. V otázce odpovědělo pouze 16 dotazovaných, že situaci nepovažují za zásadní stresor, z nichž pouze 1 tomuto nepřikládal žádnou váhu. Další sledované parametry vykazují velmi podobné hodnoty a lze je tak považovat za běžné zásahy v provozu záchranné služby, jejichž stresová váha je velice podobná. Výjimku tvoří ohledání zemřelého, které je dle bodové hodnoty 1,653 a rozptylu odpovědí 0,866 považováno za vcelku rutinní záležitost. Za zmínku stojí průběrná hodnota u otázky, jež se týká uhoření člověka. Paradoxně se úmrtí uhořením umístilo na průměrných hodnotách, i přestože se jedná velice bolestivou a tragickou smrt. Vysvětlení by mohlo skýtat uvažování a znalosti zdravotnických pracovníků, kteří jsou obeznámeni se stavem, kdy uhořelí lidé často, ještě před samotným kontaktem s ohněm upadají do bezvědomí. Výjimku v tomto tvoří sebevraždy upálením.

7.12. Hodnocení vnitřních pocitů cestou k případu

Tabulka č. 3: Hodnocení vnitřních pocitů cestou k případu

Jaké máte vnitřní pocity cestou k případu? (zaškrtněte dle závažnosti či četnosti projevu na škále 1 – 5, hodnocení jako ve škole 1 = nepřítomno, 5 = projevy v plné intenzitě)		
Podotázka	Průměr	Rozptyl
Napětí	2,778	1,173
Strach	1,611	0,765
Úzkost	1,472	0,749
Naštvanost	1,694	1,018
Radost	1,736	0,972
O výjezdu nepřemýšlíte, máte jiné, osobní starosti	1,583	1,215

Autor: Vlastní výzkum 2011

Otázka č. 17 byla cílena na pocity pracovníků záchranné služby cestou na výjezd. Ze zjištěných hodnot vychází jako nejčastější pocit stav vnitřního napětí s bodovou hodnotou 2,778 a rozptylem 1,173 bodů. Ostatní odpovědi zaznamenaly přibližně stejné hodnoty. Zajímavá je vysoká hodnota rozptylu (1,215 bodu) u odpovědi, která značí, že zaměstnanec o výjezdu nepřemýšlí, případně řeší své osobní záležitosti. Stav napětí lze připisovat zejména situaci, ve které se posádky nacházejí, kdy neví, co přesně je na místě zásahu čeká.

Zajímavou souvztažnost této a předchozí otázky je výsledek, že pokud v předchozí otázce označil respondent jako nezajímavý výjezd k ohledání zemřelého, je vysoká míra pravděpodobnosti, že cestou k jakémukoliv případu bude prožívat pocity naštvanosti. Platnost tohoto tvrzení platí u 47,22 % dotazovaných. V tomto vztahu lze spatřovat určité logické vyústění neutěšené situace, kdy v praxi dochází nedodržování obecných pravidel pro ohledání zemřelého. V medicíně náleží tento úkon do rukou praktického lékaře, jehož platba je zahrnuta v každoměsíční kapitační platbě za pojištění. Posádky

záchranné služby ohledávají zemřelé jen ve výjimečných případech, např. při dopravních nehodách, úrazech v terénu apod. Lze tedy předpokládat určitý pocit zneužívání posádek záchranné služby k výkonům, jež jsou v kompetenci jiné zdravotnické složky systému, kteráž má tyto výkony již hrazeny.

Další zajímavé souvztažnosti lze nalézt v případě, kdy respondent nepocituje cestou k nemocnému strach. V případě takovéto odpovědi je 91,67 % pravděpodobnost odpovědi, že dotazovaný nebude pocíťovat zvýšenou akci srdeční.

8. HODNOCENÍ POSTOJE ZAMĚSTNANCŮ K BEZPEČNOSTNÍM ASPEKTŮM PRÁCE NA ZÁCHRANNÉ SLUŽBĚ

V další části dotazníku byli respondenti dotazováni na jejich pocity bezpečí v zaměstnání, dodržování předpisů, které se týkají bezpečnosti práce, používání ochranných pomůcek a samozřejmě i individuálnímu vnímání možných rizik a nebezpečí, jež jsou z povahy své práce vystaveni.

8.1. Hodnocení pocitu bezpečí

Graf č. 15: Hodnocení pocitu bezpečí



Autor: Vlastní výzkum 2011

U otázky č. 18 bylo zjišťováno, jak se v obecné rovině cítí zaměstnanci na svých pracovištích bezpečně. 40 respondentů, tj. 55,56 % odpovědělo, že se ve svém zaměstnání cítí bezpečně, naopak 32 dotazovaných (44,44 %) na tuto otázku odpovědělo negativně, což znamená, že se ve svém zaměstnání necítí bezpečně. Při hlubší analýze získaných dat lze odvodit, že bez ohledu

na pohlaví, praxi či pracovní pozici je většina pozitivních odpovědí udělena respondenty staršími 30 let.

8.2. Hodnocení vybavení osobními ochrannými pomůckami

Graf č. 16: Hodnocení vybavení osobními ochrannými pomůckami

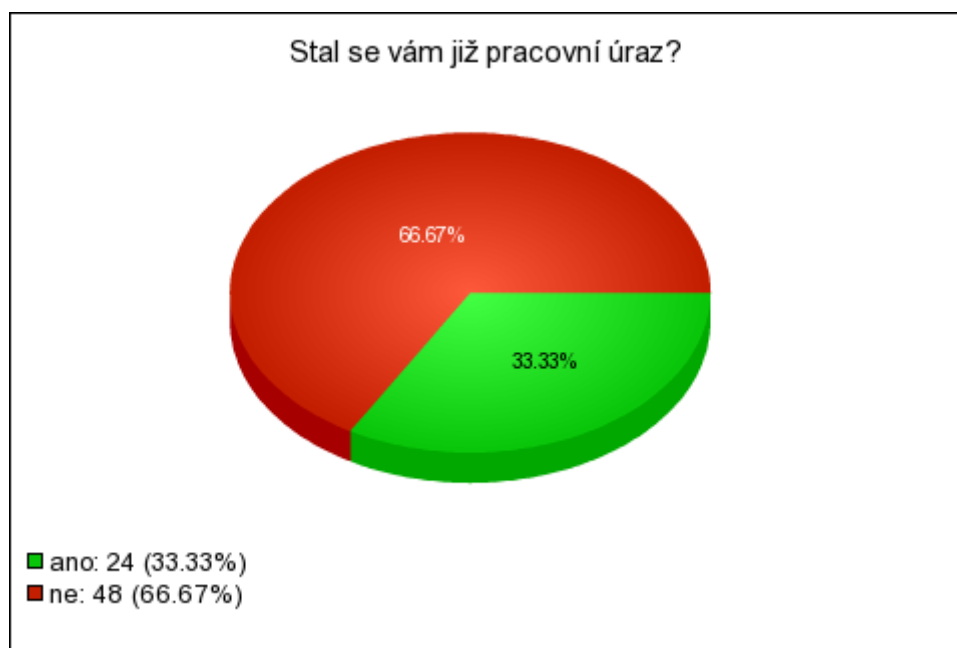


Autor: Vlastní výzkum 2011

V této otázce byli respondenti dotazováni na zhodnocení vybavení osobními ochrannými pomůckami (OOP). 38 dotazovaných (52,78 %) odpovědělo, že jejich vybavení OOP je dostatečné, oproti 34 respondentům, kteří se necítí dostatečně vybaveni (47,22 %). Na této a předešlé otázce lze pozorovat podobnost odpovědí, kdy přibližně stejné procento pracovníků, kteří se v práci cítí bezpečně, se cítí i dostatečně vybaveno OOP. Taktéž struktura respondentů je parametricky nevýznamná, mimo dotazovaných starších 30 let, kteří inklinují ke kladné odpovědi.

8.3. Hodnocení zkušeností s pracovním úrazem

Graf č. 17: Hodnocení zkušeností s pracovním úrazem



Autor: Vlastní výzkum 2011

V otázce č. 20 bylo zjišťováno, kolika dotazovaným se v rámci zaměstnaneckého poměru stal pracovní úraz. Kladně odpovědělo 24 dotazovaných, což představuje 33,33 %. Naopak zkušenost s pracovním úrazem nezaznamenalo 48 respondentů, což činí 66,67 %. Lze tak říci a případně i predikovat, že 1/3 zaměstnanců se v jejich zaměstnání stane pracovní úraz. Tyto hodnoty odrážejí značnou míru rizikovosti zaměstnání. Zejména díky výše zmíněným jevům, jež u zaměstnance mohou působit a mohou vést k vzniku pracovního úrazu.

8.4. Hodnocení používání osobních ochranných pomůcek

Tabulka č. 4: Hodnocení používání osobních ochranných pomůcek

V jaké míře používáte tyto osobní ochranné pomůcky (zaškrtněte dle používání pomůcek na škále 1 – 5, hodnocení jako ve škole 1 = vždy 4 = nikdy, 5 = nejsem jimi vybaven)		
Podotázka	Průměr	Rozptyl
Rukavice	2,181	2,092
Ochranná přilba (je li k dispozici)	2,556	1,83
Ústenka	3	0,833
Ochranné brýle	3,5	2,194
Pracovní obuv	2,083	2,882
Svrchní část oděvu s dlouhým rukávem	2,333	1,472
Desinfekce na ruce	2,181	2,287

Autor: Vlastní výzkum 2011

V této otázce odpovídali respondenti na používání OOP. Z výsledných hodnot vyplývá, že výsledky jsou velice rozporuplné. Nejméně jsou pracovníky používány ochranné brýle s hodnotou 3, avšak s poměrně velkým rozptylem odpovědí 2,194 bodů. Nejčastěji je používána pracovní obuv, zde bylo dosaženo hodnoty s bodovou hodnotou 2,083, ale opět s velkým rozptylem odpovědí 2,882. Mezi nejzákladnější ochranné pomůcky na záchranné službě patří rukavice a desinfekční prostředky na ruce. Bohužel z uvedených hodnot vyplývá, že průměrné používání s bodovou hodnotou 2,181 není uspokojivé. I vysoký rozptyl u odpovědi svědčí o používání dle osobních preferencí a zvyklostí. Tyto zjištění jsou důležitou známkou a reflexí o podceňování nebezpečí vzniku pracovních úrazů, ale zároveň možné kontaminace biologickým materiálem, či přenosem nákazy od pacienta.

8.5. Hodnocení pracovních rizik

Tabulka č. 5: Hodnocení pracovních rizik

Co považujete při své práci za hrozbu a do jaké míry? (zaškrtněte dle závažnosti či četnosti projevu na škále 1 – 5, hodnocení jako ve škole 1 = nejmenší hrozba, 5 = nejvíce se bojím)		
Podotázka	Průměr	Rozptyl
Cesta k zásahu, nebezpečí nehody	2,764	1,18
Práce v nebezpečném prostředí	2,792	1,165
Přenos infekční nemoci	3,431	1,551
Napadení člověkem / zvířetem	2,986	1,18
Kontaminace chemikálií	2,264	1,583
Své selhání, neschopnost pomoci	2,583	2,132

Autor: Vlastní výzkum 2011

Otázka č. 22 se zabývala hodnocením rizik pro práci zaměstnanců záchranné služby a jejich subjektivní vnímání konkrétních nebezpečí. Z analýzy dat vyplynulo, že za největší nebezpečí je považován přenos infekční nemoci s bodovým hodnocením 3,431 bodů a relativně malým rozptylem 1,551. Jako nejmenší nebezpečí vnímají pracovníci záchranné služby možnost kontaminace chemikálií s bodovou váhou 2,986 a nízkým rozptylem 1,18 bodu. Za povšimnutí stojí velice podobné hodnoty vnímání nebezpečí, včetně obdobných rozptylů při volbě odpovědí. Jedinou výjimku tvoří hodnocení vlastního selhání, jehož hodnota se pohybuje ve středu škály, ovšem je zatížena největším rozptylem odpovědí s hodnotou 2,132 bodů. Ženy vykazují průměr u této otázky cca 3,1 bodu, oproti tomu muži pouze 2 body. V kategorii praxe do 10 let byla nejčastější hodnota udávána hodnota 5 se zastoupením 23,93 %, druhou nejčastější hodnotou bylo hodnocení známkou 2 se zastoupením 21,72 %. Lze tedy spatřovat určitý kontrast v diferenciaci skupin, z nichž někteří nováčci si nepřipouštějí riziko vlastního selhání, oproti

jiným, kteří toto považují za hrozbu. V dalších kategoriích bylo hodnocení nejčastěji bodem 1.

9. VZDĚLÁVÁNÍ PRACOVNÍKŮ ZÁCHRANNÉ SLUŽBY

V poslední části dotazníku byla pozornost zaměřena na otázky, které se přímo dotýkají celoživotního vzdělávání pracovníků záchranných služeb. Taktéž bylo zájmem zjistit jejich pohled na tuto oblast celoživotního vzdělávání a jejich vlastní preference postupů pro uchování a rozšiřování vědomostí a dovedností.

9.1. Hodnocení touhy po dalším vzdělávání

Graf č. 18: Hodnocení touhy po dalším vzdělávání



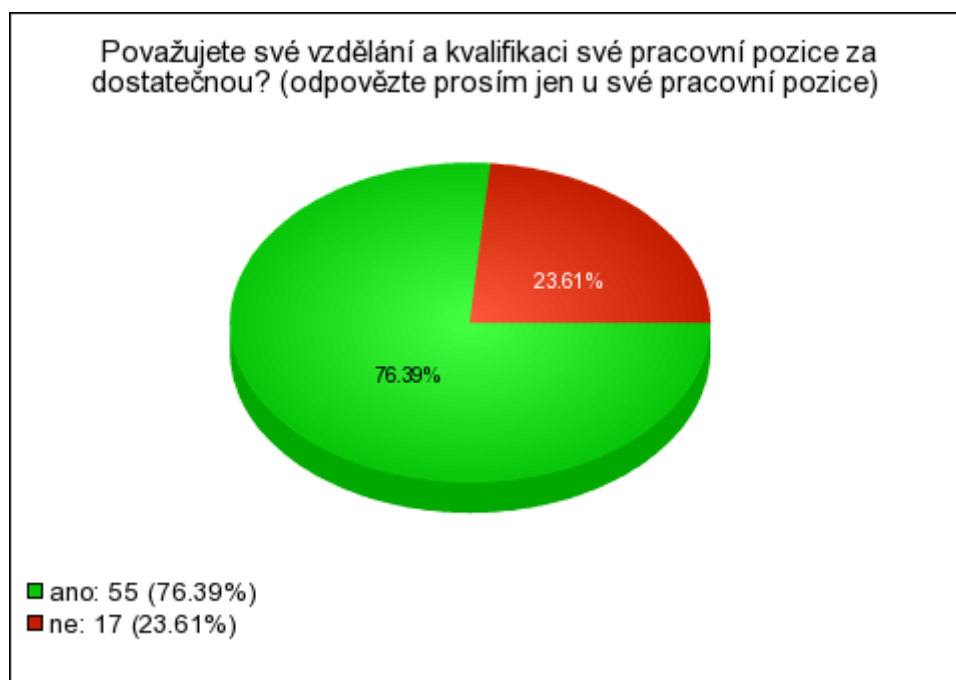
Autor: Vlastní výzkum 2011

V otázce č. 23 byla položena respondentům otázka, zdali se chtějí ve svém zaměstnání dále vzdělávat. Za připomenutí stojí již zmíněný fakt, že celoživotní vzdělávání všech pracovníků ve zdravotnictví ukládá zákon. Výsledek tohoto dotazování byl přesvědčivý, kdy 65 respondentů, což je 90,28 % z celkového počtu odpovědělo pozitivně. 7 respondentů (9,72 %) odpovědělo, že se dále vzdělávat nechce. Mezi respondenty,

kteří odpověděli negativně, nebyla žádná významná pozice, která by se týkala základních parametrů.

9.2. Hodnocení dostatečnosti kvalifikace

Graf č. 19: Hodnocení dostatečnosti kvalifikace



Autor: Vlastní výzkum 2011

V předposlední otázce bylo zjišťováno, jak respondenti pohlíží na svou kvalifikaci a zdali ji považují za dostatečnou pro svou pracovní pozici. 55 respondentů což činí 76,39 %, ohodnotilo svou kvalifikaci jako dostatečnou. Naproti tomu 17 dotazovaných (23,61 %) svou kvalifikaci za dostatečnou nepovažuje. Nejčastějšími respondenty, kteří svou kvalifikaci nepovažují za dostatečnou, jsou zaměstnanci s praxí do 10 let. Ze zmíněných 17 osob činí jejich podíl 76,47 %. Zastoupeny jsou v této skupině opět všechny sledované základní skupiny respondentů.

9.3. Přínosnost metod v rámci celoživotního vzdělávání

Tabulka č. 6: Přínosnost metod v rámci celoživotního vzdělávání

Ohodnoťte přínosnost metod v systému celoživotního vzdělávání (zaškrtněte přínosu na škále 1 – 5, hodnocení jako ve škole 1 = nejvíce přínosné, 5 = nejméně přínosné)		
Podotázka	Průměr	Rozptyl
Přednášky zaměstnavatele	3	1,583
Semináře	2,597	1,046
Komerční přednášky	3,333	1,806
Kongresy	2,597	1,296
Workshopy	2,514	1,5
Modelové situace	2,153	1,879
Samostudium	2,458	1,47
E-learning	2,833	1,778
Soutěže	2,764	1,875

Autor: Vlastní výzkum 2011

V poslední otázce měli respondenti zhodnotit přínosnost forem celoživotního vzdělávání. Jako nejpřínosnější byly vyhodnoceny modelové situace s hodnotou 2,153 bodů. Avšak poměrně širokým rozptylem 1,879 bodů. Nejméně přínosné jsou podle dotazovaných pracovníků přednášky zaměstnavatele s 3 body a komerční přednášky s 3,333 body. Ostatní hodnoty uvedené v tabulce se příliš neliší a mohou být považovány za odraz skutečnosti, že zdravotničtí pracovníci chápou kontinuální vzdělávání jako nezbytnou součást své práce.

10. VERIFIKACE HYPOTÉZ

Na začátku samotného průzkumu byly stanoveny dvě základní hypotézy, které se svým obsahem řadí k hypotézám, jež mají odrážet vliv stresorů v zaměstnání pracovníků zdravotnických záchranných služeb. Dotazník, který respondenti vyplňovali, byl tvořen komplexně s cílem zmapovat postoje a pocity pracovníků ZZS v různých oblastech. Položení následujících hypotéz znamenalo snahu o zhodnocení postoje pracovníků záchranné služby u patrně nejzávažnějších stavů, se kterými se lze v lidské společnosti setkat. Komplexnost otázek byla důležitá zejména k získání celkového pohledu na strukturu pracovníků záchranných služeb a jejich postojů, jež se budou odrážet i v kvalitě jimi odváděné práce.

10.1. Hypotéza č. 1

Znění první hypotézy bylo následující: *„Největším stresorem lékařských i nelékařských pracovníků záchranné služby, v rámci přednemocniční neodkladné péče, je úmrtí dítěte“*

Největší váhu k ověření této hypotézy měla otázka č. 12, ve které byli respondenti dotazováni na účast při resuscitaci dítěte do 15 let věku. Tato otázka měla za úkol prozkoumat zastoupení zaměstnanců ve vzorku, kteří mají s touto situací osobní zkušenost. Kladně odpovědělo 42 dotazovaných, což činí 58,33 % respondentů. Z uvedených výsledků lze usuzovat, že z daného výběru lze činit závěry k ověření položené hypotézy.

Na tuto otázku měla přímou návaznost otázka č. 16, kde měli respondenti za úkol ohodnotit nejvíce stresující okamžiky na výjezdech zdravotnické záchranné služby. Jako největší stresor byla označena s bodovou hodnotou 4,708 a nejmenším rozptylem 0,401 bodů. Pokud jsou porovnány obě odpovědi, je zřejmé, že se v širším pohledu navzájem podporují a smrt dítěte,

eventuálně tomu předcházející případná resuscitace a jsou největším stresujícím okamžikem pro pracovníka záchranné služby.

Hypotéza č. 1 byla potvrzena

Výsledky dotazníkového šetření jsou v tomto ohledu velice zajímavé. Specifika práce na záchranné službě znamenají širokou paletu možných stresových zátěží. Jak ukázala potvrzená hypotéza, nejzávažnějším stresorem je úmrtí dítěte. Nicméně nelze zapomínat ani na další stresující faktory, na které je nutno brát ohled při odhalování rizik práce na záchranné službě a zejména minimalizaci jejich negativních dopadů. Mimo ohledání zemřelého lze považovat všechny ostatní situace, na které byli respondenti dotazováni za závažné. Z hlediska managementu záchranné služby je třeba zaměstnance na tyto situace připravovat po teoretické i praktické stránce formou školení, cvičení a dalších metod, které se ukázaly být kladně přijímány samotnými zaměstnanci.

Vlivem nejrůznějších uvedených působících stresorů by měl být brán velký zřetel na prevenci syndromu vyhoření. Stresové situace možnost vzniku tohoto stavu u zaměstnanců v specifickém provozu, jakým záchranná služba bezesporu je, potencují. Díky těmto zjištěním by měly být přijímány taková opatření, aby bylo riziko burnout syndromu minimalizováno a pacientům se dostávalo plně kvalifikované, odborné a emocionálně stabilní péče, ze které by byly vyloučeny negativní vlivy, které syndrom vyhoření provázejí. Svým způsobem k tomu může přispět pracovní prostředí, pocity bezpečí, ohodnocení a další faktory, které pracovníci záchranných služeb prožívají ve svém každodenním pracovním nasazení.

10.2. Hypotéza č. 2

Druhá hypotéza měla za cíl zjistit, jaké jsou zkušenosti pracovníků s hromadným neštěstím ve znění: *„Méně než 40 % pracovníků se setkalo s následky řešení hromadného neštěstí. Za hromadné neštěstí považujeme mimořádnou událost, v jejímž důsledku dojde ke vzniku většího počtu než 10 zraněných nebo zasažených a tento stav nejsou kapacitně schopny řešit zdravotnická zařízení a příslušné zdravotnické záchranné služby.“*

K ověření této hypotézy sloužila otázka č. 11, v níž byl respondent dotazován na účast při likvidaci následků hromadného neštěstí, dle již dříve zmíněné definice. Hromadné neštěstí jak již bylo zmíněno, může mít různé příčiny, avšak jeho následky musí být vždy co nejrychleji a nejkvalitněji odstraněny. V oblasti záchranné služby se jedná zejména o záchranu zdraví a života postižených. Z výsledků vyplývá, že s likvidací následků hromadného neštěstí má zkušenosti pouze 22 dotázaných, což činí 30,56 %. Naopak 69,44 % pracovníků se s likvidacemi této události nesetkalo.

Hypotéza č. 2 byla potvrzena

Potvrzení hypotézy znamená z hlediska managementu záchranné služby značné riziko, že pracovníci nebudou dostatečně připraveni čelit případnému kontaktu s mimořádnou událostí, vlivem nízké osobní zkušenosti. V tomto ohledu je třeba přijmout kvalitní opatření v oblastech dalšího vzdělávání a zejména tréninku zaměstnanců, k čemuž mohou posloužit nejrůznější soutěže a metodická cvičení. V rámci aktivit je třeba u zaměstnanců vytvořit základní návyky pro kontakty s obdobnými situacemi, kdy v případě jejich účasti na likvidaci hromadného neštěstí budou mít standardizované postupy nacvičené a nebude docházet k organizačním problémům a neschopnosti urychleného řešení nastalé situace. Jako důležité se jeví zahrnout do programů celoživotního vzdělávání teoretickou přípravu na likvidaci následků hromadného neštěstí, společně s praktickými nácviky jejich likvidace.

11. ZÁVĚR

Práce měla za úkol zhodnotit komplexní pohled na pracovníky záchranných služeb, psychologii jejich práce, bezpečnost a celoživotní vzdělávání, které zaměstnání provází. Překvapením bylo množství lékařů, kteří dotazník vyplnili a dali tak možnost celkovému náhledu na problém. Naopak nízký je počet respondentů mezi řidiči, což ovšem může být způsobeno mixováním dosaženého vzdělání zdravotnického záchranáře a pracovní pozice v zaměstnání.

Při obecném pohledu lze doznat, že na záchrannou službu nastupují lidé s nadšením, a svoji práci vykonávají rádi. Považují ji za důležitou. Na druhu stranu, i přes toto pozitivní zjištění se více než tři čtvrtiny pracovníků necítí za svou práci dostatečně ohodnoceni, což je samo o sobě velmi znepokojivým faktem. Zajímavým faktem však je, že jen málo pracovníků uvažuje o změně zaměstnání a do zaměstnání chodí rádi. Lze jen spekulovat, čím je daný stav způsobený. Patrně se bude jednat o kombinaci lukrativnosti zaměstnání, kdy jsou záchranáři z hlediska prestiže hodnoceni na vysokých pozicích a touží být užiteční společnosti a pomáhat spoluobčanům v jejich často těžkých životních situacích. Další možností je stav, kdy možnost legálního porušování určitých předpisů a zákonných ustanovení, dává některým jedincům pocit jisté nadřazenosti v hierarchii společnosti a zvyšuje vnímání jejich osobní důležitosti.

I přes celkově pozitivní zjištění, kdy práci dělají lidé zejména díky svému přesvědčení a nikoliv finančnímu profitu tak, jak je to u jiných zaměstnání, je třeba dbát na nebezpečí, která jsou spojena s každodenním kontaktem s lidským utrpením, smrtí a neštěstím v kontrastu s pocitem vlastního nedocnění. I když z výsledků šetření plyne, že většina pracovníků nepociťuje napětí na svém stanovišti, je zřejmé, že při cestě k případu dochází ke stresovým reakcím organismu, který u každého člověka reaguje určitým specifickým projevem. Nebezpečí, které skýtá kombinace psychického tlaku ze strany obětí, jejich rodin či prostých občanů na jejich výkony a stresu je

vznik syndromu vyhoření. Zvláštní zřetel je pak třeba dát na prevenci zneužívání psychoaktivních látek. Zajímavým výzkumem v této oblasti by mohla být struktura požívání legálních, případně ilegálních návykových látek.

Kapitola bezpečnost dala odpovědi, které nejsou zcela jednoznačné. Alarmující je ale fakt, že se zaměstnanci necítí ve svém zaměstnání bezpečně. Pocit nedostatečného vybavení osobními ochrannými pomůckami nezaznamenalo zásadních zjištění. V kontrastu s tímto je ovšem nutno zmínit, že používání OOP ze strany některých pracovníků záchranné služby je podceňováno a zanedbáváno. Což stojí za zamyšlení, zvláště v situaci, kdy je za největší hrozbu považován přenos infekční nemoci.

Pozitivním zjištěním práce je touha zaměstnanců se dále vzdělávat ve svém oboru, a to i přes situaci, kdy svou kvalifikaci považují povětšinou za dostatečnou. Preference spíše praktických cvičení, modelových situací a soutěží, společně se samostudiem je kladným znakem. Nízké hodnocení komerčních přednášek bude patrně odrážet jejich neefektivitu v pozici celoživotního vzdělávání a zaměření spíše na finanční prospěch organizátora.

Závěrem lze říci, že vedoucí pracovníci záchranných služeb by měli dbát na kvalitní nakládání s lidskými zdroji, kdy jednotliví členové výjezdových skupin jsou nositelé přidané hodnoty, kterou v práci vytvářejí. Je třeba mít na paměti, že jen spokojený zaměstnanec, který nemusí řešit existenční problémy, problémy s vybavením a dalšími provozními aspekty, bude podávat odpovídající výkony. V budoucnosti by měl být brán větší zřetel na hodnocení rizik a negativních jevů, které na pracovníky působí a podrobit je bližšímu zkoumání.

12. SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

ASČR, *Kurz RZP/RLP*. Asociace Samaritánů České Republiky [online]. Praha, 2011 [cit. 2011-12-29]. Dostupné z WWW: <<http://www.ascr.cz/kurzy/kurz-rlp-rzp/>>.

BULÍKOVÁ, Táňa. *Medicína katastrof*. Martin: Osveta, 2011, 390 s. ISBN 978-808-0633-615.

BYDŽOVSKÝ, Jan. *Akutní stavy v kontextu*. Vyd. 1. Praha: Triton, 2008, 450 s. ISBN 978-807-2548-156.

CIKRT, Miroslav. MÁLEK, Bohuslav. *Pracovní lékařství: problematika ve vybraných hospodářských odvětvích ČR*. 1. vyd. Praha: CIVOP-Centrum informací a vzdělávání ochrany práce, 1995, 253 s. ISBN 80-900-1512-3.

ČINČURA, Jan. *Detekce a prevence abusu zdravotníků*. Medical tribune. 2007, 2007(10). Dostupné z WWW: <<http://www.tribune.cz/clanek/10363-detekce-a-prevence-abusu-zdravotniku>>.

DOBIÁŠ, Viliam. *Urgentní zdravotní péče*. 1. vyd. Martin: Osveta, 2007, 178 s. ISBN 978-808-0632-588.

FARKOVÁ, Marie. *Vybrané kapitoly z psychologie*. Vyd. 2. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského Praha, 2008. ISBN 978-808-6723-648.

FRANĚK, Ondřej. *Co je ZZS. Záchranná služba* [online]. Praha, 2002-2011 [cit. 2011-12-18]. Dostupné z WWW: <<http://www.zachrannasluzba.cz/propacienty/cojezss.htm>>.

HLAVÁČKOVÁ, Dana. PRŮŠA, Jiří. *Psychologické aspekty týmové práce v RLP a RZP*. Zdravotnické noviny - ZDN [online]. 21. 12. 2000 [cit. 2011-12-27]. Dostupné z WWW: <<http://www.zdn.cz/clanek/priloha-lekarske-listy/psychologicke-aspekty-tymove-prace-v-rlp-a-rzp-131315>>.

IPVZ, *Získávání kreditů*. Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví [online]. Praha 2011 [cit. 2011-12-29]. Dostupné z WWW: <<http://www.ipvz.cz/lekari/ziskavani-kreditu.aspx>>.

JEKLOVÁ, Marta. REITMAYEROVÁ, Eva. *Syndrom vyhoření*. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí, 2006, 32 s. ISBN 80-869-9174-1.

KEBZA, Vladimír. ŠOLCOVÁ, Iva. *Syndrom vyhoření: (informace pro lékaře, psychology a další zájemce o teoretické zdroje, diagnostické a intervenční možnosti tohoto syndromu)*. 2., rozš. a dopl. vyd. Praha: Státní zdravotní ústav, 2003, 23 s. ISBN 80-707-1231-7.

LINHART, Jiří. *Slovník cizích slov pro nové století: základní měnové jednotky, abecední seznam chemických prvků, jazykovědné pojmy, 30 000 hesel*. Litvínov: Dialog, c2007, 412 s. ISBN 80-738-2005-6.

MAJEROVÁ, Kateřina. *Lékařská služba první pomoci*. Plzeňský Kraj, [online]. 3. 6. 2005 [cit. 2011-12-06]. Dostupné z WWW: <<http://www.plzensky-kraj.cz/article.asp?itm=24960>>.

PACHL, Jan. ROUBÍK, Karel. *Základy anesteziologie a resuscitační péče dospělých i dětí*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2003, 374 s. Učební texty Univerzity Karlovy v Praze. ISBN 80-246-0479-5.

SCHWARZ, Zdeněk. *Zákon-o-ZZS*. blog.idnes.cz [online]. Praha, 20. 11. 2008 [cit. 2011-12-10]. Dostupné z WWW: <<http://schwarz.blog.idnes.cz/c/58562/Zakon-o-ZZS.html>>.

ŠPAČEK, František. *Tisňová volání v České republice*. Hasičský záchranný sbor České republiky [online]. Praha, 17. 3. 2009 [cit. 2011-12-12]. Dostupné z WWW: <<http://www.hzscr.cz/clanek/tisnova-volani-v-ceske-republice.aspx>>.

ŠPAČEK, František. *Integrovaný záchranný systém v České republice*. Hasičský záchranný sbor České republiky [online]. Praha, 26. 6. 2009 [cit. 2011-14-12]. Dostupné z WWW: <<http://www.hzscr.cz/clanek/integrovaný-zachranny-system.aspx>>.

ŠTĚTINA, Jiří. *Medicína katastrof a hromadných neštěstí*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2000, 429 s. ISBN 80-716-9688-9.

ŠVÁB, Svatoslav. *Psychologie práce pro nováčky, hasiče-záchranáře, ale nejen pro ně*. 1. vyd. Ostrava: Sdružení požárního a bezpečnostního inženýrství, 2006, 42 s. ISBN 80-866-3484-1.

VOKURKA, Martin. HUGO Jan. *Velký lékařský slovník*. 1. vyd. Praha: MAXDORF-JESSENIUS, 2002, 925 s. ISBN 80-859-1243-0

13. SEZNAM OBRÁZKŮ GRAFŮ A TABULEK

Seznam obrázků:

Obrázek č. 1: Vozy RZP a RV	11
Obrázek č. 2: Operační středisko záchranné služby	13
Obrázek č. 3: Zásah členů zásahového týmu	20

Seznam grafů

Graf č. 1: Zastoupení počtu respondentů dle pohlaví	62
Graf č. 2: Zastoupení respondentů v závislosti na pracovní pozici	63
Graf č. 3: Zastoupení zaměstnanců dle dosaženého vzdělání	64
Graf č. 4: Zastoupení zaměstnanců dle délky praxe	66
Graf č. 5: Zastoupení zaměstnanců dle věku	67
Graf č. 6: <i>Hodnocení důležitosti povolání</i>	<i>69</i>
Graf č. 7: <i>Hodnocení pocitu dostatečného ohodnocení za odvedenou práci</i>	<i>70</i>
Graf č. 8: <i>Hodnocení uvažování respondenta o změně zaměstnání</i>	<i>71</i>
Graf č. 9: <i>Hodnocení docházky do zaměstnání</i>	<i>73</i>
Graf č. 10: <i>Hodnocení pocitů za základně při čekání na výjezd</i>	<i>74</i>
Graf č. 11: <i>Hodnocení účasti likvidaci následků hromadného neštěstí .</i>	<i>75</i>
Graf č. 12: <i>Hodnocení účasti na resuscitaci dítěte</i>	<i>76</i>
Graf č. 13: <i>Hodnocení známosti pojmu syndrom vyhoření</i>	<i>77</i>
Graf č. 14: <i>Hodnocení pozorovaných projevů syndromu vyhoření</i>	<i>78</i>

Graf č. 15:	<i>Hodnocení pocitu bezpečí</i>	84
Graf č. 16:	<i>Hodnocení vybavení osobními ochrannými pomůckami</i>	85
Graf č. 17:	<i>Hodnocení zkušeností s pracovním úrazem</i>	86
Graf č. 18:	<i>Hodnocení touhy po dalším vzdělávání</i>	90
Graf č. 19:	<i>Hodnocení dostatečnosti kvalifikace</i>	91

Seznam tabulek

Tabulka č. 1:	<i>Tělesné (vagové) reakce respondentů na hlášení výjezdu....</i>	79
Tabulka č. 2:	<i>Hodnocení nejvíce stresující okamžiků</i>	80
Tabulka č. 3:	<i>Hodnocení vnitřních pocitů cestou k případu</i>	82
Tabulka č. 4:	<i>Hodnocení používání osobních ochranných pomůcek</i>	87
Tabulka č. 5:	<i>Hodnocení pracovních rizik</i>	88
Tabulka č. 6:	<i>Přínosnost forem celoživotního vzdělávání</i>	92

14. SEZNAM ZKRATEK

ARIP – Akutní resuscitační a intenzivní péče
ASČR – Asociace Samaritánů České republiky
ČR – Česká republika
DRNR – Doprava raněných nemocných a rodiček
HIV – Virus získaného selhání imunity
HZS – Hasičský záchranný sbor
IPVZ – institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví
IQ – Inteligenční kvocient
IZS – Integrovaný záchranný systém
kg – kilogram
LSPP – Lékařská služba první pomoci
mg – Miligram
ml – Mililitr
OOP – Osobní ochranné pomůcky
OSVČ – Osoba samostatně výdělečně činná
RLP – Rychlá lékařská pomoc
RV – Rendez – vous
RZP – Rychlá zdravotnická pomoc
Sb. – Sbíрка
SZO – Světová zdravotnická organizace
SZP – Střední zdravotnický pracovník
TBC – Tuberkulóza
ZZS – Zdravotnická záchranná služba

15. SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A:	Krajská operační střediska v mapě ČR	I
Příloha B:	Dotazník	II

PŘÍLOHY

Příloha A: Krajská operační střediska v mapě ČR



Příloha B: Dotazník

Analýza psychologie, bezpečnosti a vzdělávání v záchranné službě

1. Jste:

Muž Žena

2. Pracujete na pozici:

Řidič Sestra / Záchranář Lékař

3. Vaše vzdělání je:

Střední Vyšší odborné Vysokoškolské

4. U záchranné služby pracujete:

0 - 10 let 11 - 25 let 26 let a více

5. Váš věk je:

18 - 30 let 31 - 45 let 46 a více let

6. Považujete své povolání za důležité?

Ano Ne

7. Cítíte se za svou odvedenou práci dostatečně ohodnocen?

Ano Ne

8. Uvažujete o jiné práci?

Ano Ne

9. Chodíte do zaměstnání rádi?

Ano Ne

10. Cítíte při pobytu na základně a čekání na výjezd vnitřní napětí?

Ano Ne

11. Zúčastnil/a jste se likvidace následků hromadného neštěstí?
(dle definice kdy je hromadné neštěstí považováno za mimořádnou událost, která má za následek náhlý vznik většího počtu než 10 zraněných nebo zasažených a tento stav nejsou kapacitně schopny řešit zdravotnická zařízení příslušné záchranné služby)

Ano Ne

12. Zažil jste resuscitaci dítěte do 15 let věku?

Ano Ne

13. Slyšel/a jste již pojem syndrom vyhoření?

Ano Ne

14. Pokud jste slyšel o syndromu vyhoření, setkal/a jste se na pracovišti s některými jeho projevy? Pokud ano, zaškrtněte které to jsou:

- Únava, pokles výkonu
- Deprese a úzkosti
- Poruchy paměti a soustředění
- Poruchy spánku

- Tělesné obtíže
- Nespokojenost, neschopnost uvolnit se
- Tendence k návyku na psychoaktivní látky
- Snížení sebedůvěry, konflikty na pracovišti

15. Jak reaguje váš organismus na hlášení případu a výjezd?

(zaškrtněte dle závažnosti či četnosti projevu na škále 1 – 5, hodnocení jako ve škole 1 = nepřítomno, 5 = projevy v plné intenzitě)

U každé podotázky prosím zvolte odpověď v rozpětí 1-5:

	1	2	3	4	5
Pocení:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5
Pocení dlaní:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5
Zvýšená akce srdeční:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5
Zažívací obtíže:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5
Sucho v ústech:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

16. Co považujete ve svém zaměstnání za největší stresující okamžik na výjezdu? (zaškrtněte dle závažnosti či četnosti projevu na škále 1 – 5, hodnocení jako ve škole 1 = nejméně stresující 5 = nejvíce stresující)

U každé podotázky prosím zvolte odpověď v rozpětí 1-5:

	1	2	3	4	5
Resuscitace:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5
Hromadné neštěstí:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5
Smrt dítěte:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5
Ohledání zemřelého:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5
Uhoření člověka:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5
Těžká dopravní nehoda:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5
Porod v terénu:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

17. Jaké máte vnitřní pocity cestou k případu? (zaškrtněte dle závažnosti či četnosti projevu na škále 1 – 5, hodnocení jako ve škole 1 = nejméně pociťujete 5 = nejvíce pociťujete)

U každé podotázky prosím zvolte odpověď v rozpětí 1-5:

	1	2	3	4	5
Napětí:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5
Strach:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5
Úzkost:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5
Naštvanost:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5
Radost:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O výjezdu nepřemýšlíte, máte jiné starosti (osobní):	1	2	3	4	5
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

18. Cítíte se ve svém zaměstnání bezpečně?

Ano Ne

19. Považujete vybavení osobními ochrannými pomůckami za dostatečné?

Ano Ne

20. Stal se vám již pracovní úraz?

Ano Ne

21. V jaké míře používáte tyto osobní ochranné pomůcky

(zaškrtněte dle používání pomůcek na škále 1 – 5, hodnocení jako ve škole 1 = vždy 4 = nikdy, 5 = nejsem jimi vybaven)

U každé podotázky prosím zvolte odpověď v rozpětí 1-5:

	1	2	3	4	5
Rukavice:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ochranná přilba (při výjezdech s potřebou použití):	1	2	3	4	5
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ústenka:	1	2	3	4	5
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ochranné brýle:	1	2	3	4	5
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pracovní obuv:	1	2	3	4	5
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Svrchní část oděvu s dlouhým rukávem:	1	2	3	4	5
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Desinfekce na ruce:	1	2	3	4	5
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

22. Co považujete při své práci za hrozbu a do jaké míry?

(zaškrtněte dle závažnosti či četnosti projevu na škále 1 – 5, hodnocení jako ve škole 1 = nejmenší hrozba, 5 = nejvíce se bojím)

U každé podotázky prosím zvolte odpověď v rozpětí 1-5:

	1	2	3	4	5
Cesta k zásahu, nebezpečí nehody:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5
Práce v nebezpečném prostředí:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	1	2	3	4	5
Přenos infekční nemoci:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5
Napadení člověkem/zvířetem:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5
Kontaminace chemikálií:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5
Své selhání, neschopnost pomoci:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

23. Chcete se dále vzdělávat ve svém zaměstnání?

Ano Ne

24. Považujete své vzdělání a kvalifikaci své pracovní pozice za dostatečnou? (odpovězte prosím jen u své pracovní pozice)

Ano Ne

25. Ohodnot'te přínosnost metod v rámci celoživotního vzdělávání (zaškrtněte přínosu na škále 1 – 5, hodnocení jako ve škole 1 = nejvíce přínosné, 5 = nejméně přínosné)

U každé podotázky prosím zvolte odpověď v rozpětí 1-5:

	1	2	3	4	5
Přednášky zaměstnavatele:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5
Semináře:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5
Komerční přednášky:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kongresy:	1	2	3	4	5
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5
Workshopy:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5
Modelové situace:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5
Samostudium:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5
E-laerning:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5
Soutěže:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE

Jméno autora: Bc. Jan Veselý

Obor: Andragogika

Forma studia: Kombinovaná

Název práce: Psychologie, bezpečnost práce a vzdělávání pracovníků
záchranné služby

Rok: 2012

Počet stran textu bez příloh: 104

Celkový počet stran příloh: 9

Počet titulů české literatury a pramenů: 10

Počet titulů zahraniční literatury a pramenů: 2

Počet internetových zdrojů: 9

Vedoucí práce: PaedDr. Anton Tomko, LL.A