

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2019

Iveta Běhounková

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví B 5345

Iveta Běhounková

Studijní obor: Zdravotnický záchranář 5345R021

UMÍRÁNÍ A SMRT

V PŘEDNEMOCNIČNÍ PÉČI

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Stanislava Reichertová

PLZEŇ 2019

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracoval/a samostatně a všechny použité prameny jsem uvedl/a v seznamu použitých zdrojů.

V Plzni dne 29. 3. 2019.

.....

Iveta Běhounková

Předmluva

Důvodem napsání této bakalářské práce bylo seznámit čtenáře s tématem smrti a umírání, protože tato témata jsou velmi aktuální. Hlavním cílem této práce je především zmapování psychické stránky zdravotnického záchranáře, která může být právě úmrtím pacienta ovlivněna.

Poděkování

Tímto bych ráda poděkovala Mgr. Stanislavě Reichertové za odborné vedení práce, poskytování cenných rad a trpělivost při vedení mé bakalářské práce. Dále bych chtěla poděkovat všem respondentům, kteří se zúčastnili dotazníkového šetření.

Anotace:

Příjmení a jméno: Běhounková Iveta

Katedra: Katedra záchranářství, diagnostických oborů a veřejného zdravotnictví

Název práce: Umírání a smrt v přednemocniční péči

Vedoucí práce: Mgr. Stanislava Reichertová

Počet stran – číslované: 91

Počet stran – nečíslované: 11

Počet příloh: 8

Počet titulů použité literatury: 53

Klíčová slova: umírání, smrt, přednemocniční neodkladná péče, stres, syndrom vyhoření, debriefing, defusing, Critical incident stress management, pomáhající profese, komunikace s pozůstalými

Souhrn:

Tématem této bakalářské práce je problematika umírání a smrti v přednemocniční péči.

Práce je rozdělena na část teoretickou a část praktickou. V teoretické části jsou popsány a definovány pojmy související se smrtí a umíráním. Dále je zde popisován sám umírající, jeho pocity a jednání. Teoretická část se také zaměřuje na samotného zdravotnického záchranáře, a to zejména na jeho psychickou stránku, která může být právě smrtí pacienta a dalšími faktory ovlivněna. Praktická část prezentuje výsledky dotazníkového šetření, které proběhlo mezi zaměstnanci Zdravotnické záchranné služby Plzeňského kraje a Zdravotnické záchranné služby Karlovarského kraje.

Anotation:

Surname and name: Běhounková Iveta

Department: Department of Rescue Services, Diagnostic Fields and Public Health

Title of thesis: Dying and death in pre-hospital care

Consultant: Mgr. Stanislava Reichertová

Number of pages – numbered: 91

Number of pages – unnumbered: 11

Number of appendices: 8

Number of literature items used: 53

Keywords: dying, death, pre-hospital care, stress, burnout syndrom, debriefing, defusing, Critical incident stress management, helping professions, communication with bereaved people

Summary:

The topic of this bachelor thesis is dying and death in pre-hospital care.

This bachelor thesis is divided into theoretical and practical part. The theoretical part describes and defines terms related to death and dying. Furthermore, it describes a dying person, his feelings and actions. The theoretical part is also focused on the paramedic, especially on his mental health, which can be influenced by the death of a patient or by other factors. The practical part presents the results of the questionnaire survey, which was taken among the employees of the Emergency Medical Service of the Pilsen region and the Emergency Medical Service of the Karlovy Vary region.

OBSAH

ÚVOD	12
TEORETICKÁ ČÁST	14
1 DEFINICE POJMŮ.....	15
1.1 Thanatologie	15
1.2 Smrt	15
1.3 Umírání	16
1.4 Přednemocniční neodkladná péče.....	17
2 UMÍRÁNÍ A SMRT	18
2.1 Stadia umírání	18
2.2 Emoce umírajícího	19
2.3 Modely umírání.....	20
2.4 Charta umírajících.....	21
3 PŘEDNEMOCNIČNÍ NEODKLADNÁ PÉČE.....	23
3.1 Zdravotnická záchranná služba (ZZS)	23
3.2 Typy výjezdových skupin	23
3.3 Kompetence zdravotnického záchranáře.....	24
3.4 Důkaz smrti.....	24
3.5 Posmrtné změny	25
3.6 Zásady prohlídky zemřelého	26
3.7 Koroner	26
4 OSOBNOST ZDRAVOTNICKÉHO ZÁCHRANÁŘE	28
4.1 Motivace zdravotnického záchranáře.....	30
4.2 Rizika a stresové faktory zdravotnických záchranářů	30
4.3 Stres	32
4.4 Syndrom vyhoření.....	35
4.4.1 Definice.....	36

4.4.2 Podobnost se stresem	36
4.4.4 Tři základní symptomy	37
4.4.5 Fáze vyhořívání	37
4.4.6 Rizikové faktory v zaměstnání	38
4.4.7 Prevence	38
4.5 Zátěž	39
4.6 Péče o psychiku záchranáře	39
4.7 Možnosti psychohygieny	40
4.7.1 Systém psychosociální intervenční služby (SPIS)	40
4.7.2 Critical incident stress management (CISM)	41
4.7.3 Debriefing	41
4.7.4 Defusing	42
4.7.6 Demobilizace	43
4.7.7 Supervize	43
5 KOMUNIKACE A INTERVENCE U POZŮSTALÝCH	44
5.1 Komunikace s pozůstalými	45
5.2 Setkání s pozůstalým	45
5.3 Nejčastější chyby v krizové intervenci	46
5.4 Chyby v komunikaci a jednání s pozůstalým	46
5.5 Principy v pomoci pozůstalým	46
5.7 Reakce pozůstalých	47
5.8 Doporučení pro komunikaci s pozůstalým	48
5.9 Akutní reakce pomáhajících	49
PRAKTICKÁ ČÁST	50
6 CÍLE PRÁCE A PŘEDPOKLADY PRÁCE	51
6.1 Cíle práce	51
6.2 Předpoklady práce	51
7 METODIKA PRÁCE A METODY VÝZKUMU	52
7.1 Vzorek respondentů	52

7.2 Metody výzkumu.....	52
8 VYHODNOCENÍ VÝSLEDKŮ A JEJICH ANALÝZA	53
9 DISKUZE	75
ZÁVĚR.....	78
SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ	80
SEZNAM ZKRATEK	85
SEZNAM TABULEK	87
SEZNAM GRAFŮ	88
SEZNAM PŘÍLOH	89
PŘÍLOHA A: Charta umírajících.....	90
PŘÍLOHA B: Činnosti zdravotnické záchranné služby.....	91
PŘÍLOHA C: Kompetence zdravotnického záchranáře bez odborného dohledu a bez	93
PŘÍLOHA D: Vymezení práce složek IZS	95
PŘÍLOHA E: Znamky smrti	96
PŘÍLOHA F: Dotazník	99
PŘÍLOHA G: Žádost o povolení sběru dat na ZZS Pk.....	102
PŘÍLOHA H: Žádost o povolení sběru dat na ZZS KVK	103

ÚVOD

Smrt je mnoha autory popisována jako jediná jistota lidského života. V současné době je však stále ještě tabuizována. V krajním případě může docházet i k thanatofobii, tedy k chorobnému strachu ze smrti. Lidé se ztotožnili s názorem, že se smrt do dnešního moderního světa nehodí, protože není v souladu s pokrokem současné medicíny, a proto o ní nemluví a nezabývají se jí. Z tohoto důvodu mají lidé představy o dlouhém a šťastném životě a spoléhají se na metody medicíny, které dokáží vyléčit mnoho onemocnění. Proto většinou považují smrt svých blízkých za nespravedlivou a předčasnou a mnohdy tak svalují vinu na selhání technického vybavení zdravotnických zařízení či zdravotnických pracovníků.

Haškovcová uvádí, že si smrt lidé uvědomovali vždy. S vývojem lidstva došlo k jejímu rozdílnému přijímání. V minulosti byla smrt vnímána jako běžná součást života, lidé neumírali pouze doma, ale také na veřejném prostranství, a to mnohdy o hladu, ve špíně a bez pomoci ostatních. Jen bohatí lidé byli na sklonku života v obklopení svých blízkých, kněze a lékaře. Věřili v posmrtný život nesužovaný bolestí a útrapami. Umírání bylo většinou poměrně krátké a nebylo oddalováno léčebnými metodami. Duševní útěchu umírajícímu mohla přinést vlastní zkušenost spojená s přítomností u lůžka těch, kteří umírali.

Smrt pacienta může zcela zásadně ovlivnit psychické rozpoložení záchranáře, a to může mít vliv na jeho další výkony v terénu. Může tím dojít k ohrožení dalších pacientů. Pokud by záchranář byl takovou situací z velké části zasažen a nevyhledal odbornou pomoc, mohl by mít negativní vliv na další pacienty a v nejhorším případě nedopatřením způsobit další smrt v přednemocniční neodkladné péči. Taková situace u něho může vyvolat stres, pocit selhání, negativní pocity apod. Od zdravotnických záchranářů se v těchto situacích očekává jejich profesionalita a zvládnutí jejich emocí. Někdy si však záchranář i přes svoji profesionalitu může připadat jako zbytečný, že nedokázal udělat vše, co bylo v jeho silách, aby pacienta zachránil.

Hlavním cílem bakalářské práce je především zmapovat psychiku záchranáře, která může být právě smrtí pacienta ovlivněna.

Tato bakalářská práce je formálně rozdělena na teoretickou a praktickou část. V teoretické části jsou vysvětleny pojmy týkající se umírání a smrti. Dále je zde popsána psychická stránka zdravotnického záchranáře a komunikace s pozůstalými na místě události. V praktické části bylo zvoleno kvantitativní výzkumné šetření. Toto dotazníkové šetření bylo provedeno mezi zaměstnanci Zdravotnické záchranné služby Plzeňského kraje a Zdravotnické záchranné služby Karlovarského kraje. Výsledky z odpovědí respondentů byly zpracovány do tabulek a grafů.

TEORETICKÁ ČÁST

1 DEFINICE POJMŮ

Umírání a smrt jsou nedílnou součástí nás všech. Jsou to témata, o kterých lidé většinou nechtějí mluvit, a proto bývají často tabuizována. Smrt je často spojována s nepříjemnými pocity, bolestí, loučením a utrpením. Lidé většinou smrt přisuzují stáří, a proto bývá většinou střet se smrtí mladého člověka o dost těžší (Haškovcová, 2007; Kelnarová, 2007).

1.1 Thanatologie

Thanatologie je multidisciplinární obor zabývající se procesy umírání, smrtí a všemi fenomény s nimi spojenými. Název má původ ve jméně řeckého boha smrti Thanata, který je zpodobňován jako okřídlený spící jinoch s uhasínající pochodní. Z hlediska praxe se oboru thanatologie věnuje řada klasických oborů, jako jsou např. filosofie, medicína, sociologie, teologie a psychologie. Důvodem rozptýlení thanatologie mezi více oborů je fakt, že každý z výše jmenovaných oborů se zabývá stejnými otázkami, ale ze svého úhlu pohledu (Haškovcová, 2007; Kelnarová, 2007).

Thanatologie vznikla v USA, kde byl vzrůst zájmu o thanatologii vyvolán pocitem viny za smrt jiných z důvodu událostí ve městech Hirošima a Nagasaki. Elizabeth-Kübler-Rossová zformulovala základy thanatologie na počátku šedesátých let. Zájem o problematiku smrti a umírání roste nejen v řadách zdravotníků, ale i v laické veřejnosti (Kelnarová, 2007).

Je třeba, aby se zdravotnický pracovník naučil být citlivý k potřebám umírajícího a byl schopen zvládat z toho vyplývající psychickou zátěž (Haškovcová, 2007; Kelnarová, 2007).

1.2 Smrt

Haškovcová (2007) smrt definuje jako individuální zánik organismu, tedy také člověka (Haškovcová, 2007).

Smrt je z hlediska soudního lékařství vymezena jako nezvratná zástava srdeční činnosti, ke které patří nezvratná zástava dýchání a zánik všech funkcí mozku. Z pohledu patofyziologie jde o nezvratné ukončení všech základních funkcí, ke kterým náleží funkce homeostázy. Jiné změny ve vnitřním prostředí patří již k posmrtným změnám (Pokorný, 2004).

Kelnarová (2007, s. 12) uvádí: „*Smrt patří k člověku. Je to jediná jistota, která nás nemine.*“ (Kelnarová, 2007, s. 12)

Smrt dělíme na náhlou, klinickou, biologickou a smrt mozku. *Náhlá smrt* je nečekané úmrtí, které nastává do jedné hodiny od začátku symptomů u zcela zdravých osob. *Klinická smrt* je charakterizována náhlou zástavou dýchání a cirkulace za reverzibilního selhání funkce mozku. *Biologická smrt* je charakterizována buněčnou smrtí a destruktivním procesem ve všech tělesných tkáních. *Smrt mozku* je nezvratné poškození celého mozku včetně mozkového kmene. Smrt mozku je v současné době dle Světové zdravotnické organizace (WHO) považována za smrt jedince (Pokorný, 2003).

Dříve lidé umírali častěji tzv. *přirozenou smrtí* označovanou také jako sešlost věkem. V dnešní době je smrt spíše konečnou fází patologického procesu (nemoci). Z hlediska rychlosti můžeme smrt dělit na náhlou, rychlou a pomalou. *Náhlá smrt* často představuje tragické ukončení života (např. autonehoda), *rychlá* většinou znamená nemoc, která je důvodem časného skonu (např. infarkt myokardu). *Pomalá smrt* se během určité doby ohlašuje prostřednictvím obtíží. Dále bychom mohli hovořit o smrti avizované a neavizované, podle toho, jestli byla očekávaná či nikoliv (Haškovcová, 2007).

1.3 Umírání

Kelnarová (2007) uvádí, že umírání je proces, který se liší délkou, podobou, je různě prožíván, je individuální a jedinečný. Konec umírání je pouze osobní zkušenost, které se nikdo jiný neúčastní (Kelnarová, 2007).

Umírání je započato dekompenzací obranných mechanismů organismu, která je vyvolaná rozvratem životně důležitých orgánových systémů. Terminální stav tohoto procesu končí smrtí (Pokorný, 2003).

Umírání není přesně ohraničený proces. Je to proces směřující ke smrti, jehož poslední fází je terminální stav. Projevuje se postupným nezvratným selháváním životně důležitých funkcí (Hegyí, 2001).

1.4 Přednemocniční neodkladná péče

Přednemocniční neodkladná péče (PNP) je podle Zákona č. 374/2011 Sb. definována jako: *„neodkladná péče poskytovaná pacientovi na místě vzniku závažného postižení zdraví nebo přímého ohrožení života a během jeho přepravy k cílovému poskytovateli akutní lůžkové péče.“*

2 UMÍRÁNÍ A SMRT

Kübler-Rossová rozděluje umírání na období *pre finem*, *in finem* a *post finem*.

První je období před umíráním (*pre finem*), které může trvat několik měsíců až několik let. Začíná v okamžiku, kdy je pacientovi sdělena diagnóza a končí při nástupu terminálního stádia. Toto období je spojeno se změnami ve sférách zaměstnání, rodině a také ve sféře ekonomické. Nemocný se vyrovnává s blížící smrtí a s procesem umírání.

Následuje období vlastního umírání (*in finem*) hraničí s fyzickou smrtí, jde tedy o umírání v užším smyslu. Jde o terminální stádium, při kterém dochází k selhávání vitálních funkcí. Zakončení každého lidského života je zcela individuální. U každého jedince je odlišný průběh umírání. V tomto období je vhodné a důležité využít principy paliativní medicíny.

Období po smrti (*post finem*) začíná smrtí jedince a patří sem péče o tělo zemřelého a truchlení pozůstalých. U nemocného jedince došlo k porušení všech vitálních funkcí a k nezvratným změnám na organismu (Adam, Vorlíček, Pospíšilová a kol., 2004; Špatenková, 2014).

2.1 Stadia umírání

Kübler-Rossová mluví o 5 fázích procesu umírání, kterými si umírající jedinec prochází.

První fázi doprovází šok, popření a izolace. Prvotní reakcí na zprávu o terminálnosti onemocnění je šok. Šok je velmi prudká odezva, která brzy přechází do fáze popření. Jedinec nevěří, že je to pravda, myslí si, že jde o omyl a může odmítat léčbu. Nemusí být schopen přijímat a třídit informace. Pacienta provází myšlenky, že je vše marné a ztraceno. Popírání může vyústit až v izolaci pacienta od okolního prostředí (Kelarová, 2007; Vodáčková, 2002).

Druhá fáze se projevuje agresí a zlostí. Pacient je plný zmatku, negativních emocí a protestu, zlobí se na celý svět. Nechápe, proč to musí být zrovna on. Snaží se v sobě najít chybu, kterou udělal a za kterou musí trpět. Může svoji zlost přenášet na své okolí.

K nemocnému bychom měli přistupovat s tolerancí a nadhledem, mít pochopení pro jeho chování (Kelnarová, 2007; Vodáčková, 2002).

Třetí fázi lze charakterizovat jako období kompromisu a smlouvání. Nastává období, kdy umírající spolupracuje, přehodnocuje své názory, uvažuje nad zbývajícím časem. „*Situace, která byla pro nemocného ponořená do mlhy, se vyjasnila. Nyní už ví, že situace je chorobou definovaná a že se asi nestane zázrak.*“ (Vodáčková, 2002, s. 309) Nemocný smlouvá o čas, mobilizuje všechny své síly a snaží se žít zbývajícím časem. Je důležité, abychom zbavili pacienta strachů a pocitu, že má být za svou vinu potrestán (Kelnarová, 2007; Vodáčková, 2002).

Deprese nastupuje jako čtvrtá fáze. Nemocnému došlo, že umírá. Může ztrácet síly, uvědomuje si brzký konec, a proto chce vyřešit případné rodinné spory. Pacient se chystá na svůj odchod. V této fázi je důležité naslouchat nemocnému, mluvit o jeho strachu ze smrti a o všech strastech, které ho trápí. Pokud se takovému pacientovi dostane pochopení a podpory, nemusí mít deprese dlouhého trvání (Kelnarová, 2007; Vodáčková, 2002).

Poslední fázi doprovází akceptace nebo rezignace. Umírající přijímá pravdu, necítí ani depresi, ani hněv. Jedinec bývá unavený a dost zesláblý. Když nemocný přijme pravdu, může se dostat do stavu vnitřního klidu a vyrovnanosti. Pacient se snaží dožít poslední chvíle nejlépe jak to jen jde. Zhoršení zdravotního stavu může znovu vyvolat depresi. S nemocným komunikujeme spíše neverbálně a to např. držení za ruku. Stisk ruky může umírajícímu navodit pocit bezpečí, že nezůstává v tomto těžkém okamžiku sám (Kelnarová, 2007; Kübler-Ross, 2015; Vodáčková, 2002).

Poskytování krizové intervence ve fázích umírání je velmi těžké. V takové situaci využíváme hlavně naslouchání, sdílení, podporování a diskutujeme dosažitelné cíle, nikoliv falešné naděje (Mlčák, 2011).

2.2 Emoce umírajícího

Pocity umírajících jsou většinou podobné a předvídatelné. Jsou to strach, zlost, nenávisť, smutek a úzkost. Je potřeba, abychom s takovými pacienty jednali s trpělivostí, empatií, pochopením a naslouchali jim (Kelnarová, 2007).

U nemocného se můžeme střetnout s několika emocemi pevně spojenými s jeho psychickým stavem.

Pacient má obavy, co přijde, co se stane s jeho rodinou. Uvažuje o tom, zda existuje něco po smrti. Pociťuje strach z bolesti, ze smrti a také se strachuje o rodinu a bojí se osamělosti. Může trpět úzkostí, nedokáže přesně určit v čem spočívá a neumí ji vysvětlit. Na rozdíl od strachu nemá úzkost vždy předmět, který ji způsobuje. Má pocit viny za svůj životní styl, za kouření atd. Zažívá také smutek a hněv, který se může projevovat agresivitou, zlostí na své okolí, ale i na sebe. Cítí naději a věří, že se vše může změnit a že se uzdraví nebo dojde k prodloužení jeho života. Lpí na představách, kterým důvěřuje. Často projevuje lásku všem v okolí a někdy může mít radost ze všeho, co se mu v životě podařilo (Kelnarová, 2007).

2.3 Modely umírání

Musíme si uvědomit, že umírání a smrt patří k životu. Smrt bychom měli brát jako tečku za naší existencí. Během historie se v péči o umírající vyvinuly dva modely umírání. Rozeznáváme umírání ritualizované a institucionální. V dnešní době se vymýšlí způsob, aby bylo z obou modelů vybráno to nejlepší a aby tak byla poskytována co nejkvalitnější péče o umírající.

Ritualizované umírání

Člověk byl vyzýván, aby stále přemýšlel o svém smyslu života a také aby posuzoval mravní dopad svého konání. Dříve se často umíralo doma. Smrt představovala jednotící motiv rodinného života, byla důvěrná, byla součástí života a celoživotních rituálů, nebyla odosobněná. Zkušenosti s tím, jak pečovat o umírajícího byly předávány z generace na generaci. Smrt neznamenal událost, která se týká pouze jednotlivce. Představovala rituál, který zahrnoval celou rodinu, přátele, známé. Naši předkové se také smrti báli, avšak rodina při nich v jejich „hodině pravdy“ stála po boku. Umírání dlouhá staletí vypadalo jinak, než je tomu v dnešní době. Dříve byl zpracovaný rituál rodinného umírání. Lidé si celý život přáli šťastnou smrt a doufali v ní. Rituál nabízel útěchu, podporu a umožňoval pozůstalým vyrovnat se se smrtí. Jedinec umíral podle rituálu v kruhu svých blízkých (Kutnohorská, 2007).

Institucionální umírání

Druhým modelem je tzv. institucionální umírání, které probíhá v nemocnicích, na lůžkách dlouhodobě nemocných (LDN), domovech důchodců. Tedy v institucích, a proto institucionálně. Jedinec na svou smrt zůstává sám. O umírajícího by měl pečovat tým profesionálů. Jedinci je poskytována potřebná péče, ale převládající je profesionalita a praktikismus. Umírající nemůže na svoji smrt čekat v okolí svých blízkých, nechce být sám a prahne po přítomnosti někoho druhého. Izolace umírajících od okolí se datuje od 30. let 20. století, kdy toto rozhodnutí bylo odůvodněno tím, že jedincům je tak zabezpečen potřebný klid. Umírajícímu je stále poskytována odborná péče, avšak zůstává sám. Došlo k abstraktnění smrti. Smrt není nemoc (ta se může léčit), je fakt, který se musí přijmout (Kutnohorská, 2007).

2.4 Charta umírajících

Charta umírajících byla přijata Parlamentním shromážděním Rady Evropy 25. června roku 1999 na svém 24. zasedání (Doporučení Rady Evropy č. 1418/1999 „O ochraně lidských práv a důstojnosti nevléčitelně nemocných a umírajících.“).

Tento dokument vytvořil tým složený z odborníků, kteří pracovali pod vedením rakouského profesora lékařské etiky a morální teologie Güntera Virta. V textu tohoto dokumentu je rozebíráno právo každého člověka na sebeurčení a také ochrana lidského života. Právo na sebeurčení je chápáno jako přístup k pravdivým informacím a možnost odmítnutí aktivních forem eutanázie apod. Zvláštní důraz je kladen na paliativní péči, která by měla být zpřístupněna každému umírajícímu (Haškovcová, 2007).

Mezi zásady tohoto dokumentu dále patří povinnost respektovat a chránit důstojnost všech nevléčitelně nemocných a umírajících, poskytnout přiměřené prostředí dovolující člověku důstojné umírání. Práva umírajících mohou být ohrožena faktory jako je nedostatečná dostupnost paliativní péče a kontrola bolesti, umělé prodlužování procesu umírání, zanedbávání péče o tělesné utrpení, nedostatečná péče o rodinné příslušníky a přátele umírajících, chybějící nebo nevhodné sociální a institucionální prostředí umožňující pokojné rozloučení s příbuznými a přáteli, nedostatečné vzdělávání a malá psychologická podpora ošetřujícího personálu v oblasti paliativní péče.

Shromáždění vybídlo členské státy, aby v zákonech vymezily legislativní a sociální ochranu a zabránily tak obavám, se kterými terminálně nemocní mohou bojovat. Mezi tyto obavy patří: umírání s nesnesitelnými symptomy; umírání o samotě a v zanedbání; umírání se strachem, že jsou sociální zátěží; omezování život udržující léčby z ekonomických důvodů, prodlužování umírání terminálně nemocného proti jeho vůli, nedostatečné zajištění financí a zdrojů pro adekvátní podpůrnou péči (Bužgová, 2015; Munzarová, 2005).

3 PŘEDNEMOCNIČNÍ NEODKLADNÁ PÉČE

3.1 Zdravotnická záchranná služba (ZZS)

„Zdravotnická záchranná služba je formou zdravotní péče, v jejímž rámci je na základě tísňové výzvy, poskytována zejména přednemocniční neodkladná zdravotní péče osobám se závažným postižením zdraví nebo v přímém ohrožení života.“ (Remeš, Trnovská a kol., 2013, s. 12)

Podmínky poskytování ZZS jsou upravovány zákonem č. 374/2011 Sb., o zdravotnické záchranné službě. Tento zákon nabyl účinnosti 1.4.2012 a nahradil vyhlášku č. 434/1992 Sb.

Výjezdové základny jsou rozloženy po kraji tak, aby místo události bylo dosažitelné z nejbližší výjezdové základny do 20 minut. Tato dojezdová doba je počítána od převzetí pokynu k výjezdu výjezdovou skupinou od zdravotnického operačního střediska (ZOS) do dosažení místa události. Dodržení dojezdové doby musí být dodrženo vždy s výjimkou případů nepříznivých dopravních či povětrnostních podmínek. Plán pokrytí kraje výjezdovými základnami je vydáván krajem a musí být aktualizován nejméně jednou za 2 roky (Zákon 374/2011 Sb., o zdravotnické záchranné službě).

Poskytovatelem zdravotnické záchranné služby je příspěvková organizace, která je zřízená krajem. Tento poskytovatel patří mezi základní složky integrovaného záchranného systému a musí zdravotnickou záchrannou službu poskytovat nepřetržitě (Zákon 374/2011 Sb., o zdravotnické záchranné službě).

Zařízení ZZS je tvořeno ředitelstvím, zdravotnickým operačním střediskem, výjezdovými základnami s výjezdovými skupinami, pracovištěm krizové připravenosti, vzdělávacím a výcvikovým střediskem (Zákon 374/2011 Sb., o zdravotnické záchranné službě).

3.2 Typy výjezdových skupin

RZP, neboli rychlá zdravotnická pomoc, je skupina skládající se ze zdravotnického záchranáře a řidiče v sanitním voze (Remeš, Trnovská a kol., 2013).

RLP, neboli rychlá lékařská pomoc, má stejné složení jako RZP, ale její součástí je ještě lékař (Remeš, Trnovská a kol., 2013).

RV, neboli rendes vous, představuje setkávací systém. Jedná se o výjezdovou skupinu sestávající se z lékaře a záchranáře v osobním voze. Tento osobní vůz neslouží k přepravě pacienta do zdravotnického zařízení, ale pouze k přepravě lékaře a záchranáře na místo zásahu. Pokud je zapotřebí transport pacienta, je na místo vyslána ještě výjezdová skupina RZP. Při vážném stavu pacienta může lékař doprovázet pacienta do nemocnice. Když lékař pacienta nedoprovází, je výjezdová skupina RV ihned dostupná pro další tísňovou výzvu (Remeš, Trnovská a kol., 2013).

Zkratka LZS představuje leteckou záchrannou službu (Remeš, Trnovská a kol., 2013).

3.3 Kompetence zdravotnického záchranáře

Kompetence zdravotnického záchranáře jsou vymezeny ve vyhlášce č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků, která byla dne 16. listopadu 2017 novelizována vyhláškou č. 391/2017 Sb. V §17 této vyhlášky jsou přesně definovány kompetence zdravotnického záchranáře bez odborného dohledu a bez indikace, bez odborného dohledu na základě indikace lékaře. (Příloha C)

3.4 Důkaz smrti

Konstatovat smrt může v přednemocniční neodkladné péči pouze lékař.

Známky smrti dělíme na nejisté a jisté. Mezi jisté známky řadíme posmrtné skvrny, posmrtnou ztuhlost a hnilobné změny. Jisté známky se objevují až za určitou dobu po smrti, proto je zbytečné na ně čekat, jestliže můžeme smrt prokázat jinými způsoby, např. EKG záznamem. Nejisté známky jsou takové známky, které nedovolují jednoznačně určit smrt. Patří mezi ně svalová slabost, bledost kůže, pokles tělesné teploty, neprůkaznost pulsově aktivity, neslyšitelná srdeční činnost, areflexie a neslyšitelné dýchání (Pokorný, 2004; Štefan a Mach, 2005).

Potvrzení smrti lze provést pomocí Tonelliho zkoušky. Provádí se tlakem prstů na oční bulbus, který zapříčiní nestejnou deformaci zornic. Při tlaku dvěma prsty se stává zornice oválnou, třemi prsty trojhrannou. U živého jedince nedochází při tlaku k deformaci. U zemřelých lze Tonelliho příznak provést už několik minut po smrti. Avšak u oběšenců, utopených a u glaukomu není tato zkouška průkazná (Pokorný, 2004; Štefan a Mach, 2005).

3.5 Posmrtné změny

Posmrtné skvrny, chladnutí těla a posmrtná ztuhlost mohou být užity ke stanovení doby smrti.

Posmrtné skvrny (*livores mortis*) vznikají sestupováním krvinek na nejnižší položené části těla. Mohou se objevit již po uplynutí 20 minut od smrti u lidí se světlou pletí. Většinou tedy vznikají během 30 minut až 2 hodin. Vytváří se modrofialové zbarvení kůže. Při stlačení skvrny se krev vytlačí a skvrna zmizí – vytvoří se bledá stopa. Přibližně po 12 hodinách skvrny pod tlakem nemizí. Při otočení zemřelého v prvotních hodinách skvrny zmizí a přestěhují se opět na nejnižší lokalizovaná místa. Po uplynutí více hodin již k přestěhování skvrn nedochází. Je potřeba rozlišit posmrtné skvrny od podkožních krevních výronů – výrony na rozdíl od skvrn pod tlakem nemizí. U lidí, kteří mají tmavou pleť či trpí chudokrevností mohou být skvrny sotva patrné či zcela chybět (Catanese, 2009; Pokorný, 2004; Štefan a Mach).

Smrt doprovází následné ochabnutí svalů a jejich postupné ztuhnutí – *rigor mortis*. Kompletní ztuhlost vzniká většinou za 6-8 hodin, trvá několik hodin až dnů. Ztuhlost závisí na teplotě – velmi nízké teploty mohou výrazně prodloužit dobu ztuhnutí, vysoké teploty dobu naopak urychlí (Pokorný, 2004; Prahlow, 2010; Štefan a Mach).

Chladnutí těla (*algor mortis*) nastává již 1-2 hodiny po smrti. Nejprve chladnou periferní části (obličej, ruce, nohy), poté chladne předloktí, paže atd. (Pokorný, 2004; Štefan a Mach).

Po smrti dochází nejdříve k zasychání vlhkých míst jako je např. spojivka, kde se objevuje žlutavé až hnědé zaschnutí (Pokorný, 2004; Štefan a Mach).

Dále nastává ztráta odolnosti tkání proti jejich enzymům – to vyvolá změny buněčných a tkáňových struktur = autolýza (Pokorný, 2004; Štefan a Mach, 2005).

3.6 Zásady prohlídky zemřelého

Bydžovský (2010) uvádí ve své publikaci tyto zásady prohlídky zemřelého.

Po příjezdu na místo události používáme po celou dobu rukavice. Než začneme manipulovat s tělem, provedeme fotodokumentaci, pokud je to možné. Zběžnou prohlídku okolí provádíme s použitím rukavic, během pobytu na místě nepoužíváme zařízení domácnosti, toaletu či ručníky atp. Pokud máme nějaké vlastní odpadky, nevyhazujeme je do koše, ale ponecháme je na nějakém konkrétním místě – např. u dveří. S předměty v okolí mrtvého nemanipulujeme. Provedeme podrobnou prohlídku těla, soustředíme se na stopy násilí, vpichy. Oděv pouze vyhrnujeme a nesundáváme, neničíme krevní stopy. Odebírání krve je zakázáno! Pokud to okolnosti dovolují, změříme tělesnou a okolní teplotu. Popíšeme nepřítomnost vitálních funkcí a také přítomnost jistých známek smrti. Pokaždé musíme provést alespoň odhad doby úmrtí. Pokud nalezneme stopy násilí a je podezření na smrt z cizího zavinění, je zapotřebí neprodleně přerušit ohledávání a zavolat Policii ČR (Bydžovský, 2010).

Aby se předešlo přehlédnutí známek nepřirozené smrti, lékař se zaměřuje na: 1. vyšetření hlavy pohledem a pohmatem; 2. pátrání po petechiích na očních víčkách, spojivkách, sliznici úst; 3. výrazné žilní městnání; 4. známky na krku nasvědčující škrčení, bodné rány a řezné rány atp.; 5. cizí tělesa, zvratky, zranění a pilulky v dutině ústní (Drábková, 1997).

3.7 Koroner

Slovo koroner představuje spíše hovorový výraz pro lékaře provádějícího prohlídky těl zemřelých. Koronera lze potkat u sebevražd, nehod, úmrtí bez svědků, při úmrtích pacientů zemřelých na terminální stádia karcinomů. Základní náplní práce jsou ale úmrtí očekávaná, v domácím prostředí. V terénu dochází i ke spolupráci s PČR a HZS (Tempus Medicorum, 2016).

Koroner provádí prohlídky těl zemřelých na území smluvních regionů. Výzva k provedení prohlídky je koronerovi předána operátorem s údaji, popisem místa a kontaktem. Prohlídka by měla být provedena do 2 hodin od nahlášení. V případě špatných dopravních či meteorologických podmínek do 3 hodin. (Tempus Medicorum, 2016).

4 OSOBNOST ZDRAVOTNICKÉHO ZÁCHRANÁŘE

Jaký by měl být podle Vás ideální záchranář? Většina lidí si ho možná představuje jako milého, empatického a stresu odolného člověka, který zachrání každou situaci a vždy přesně ví, co si za dané situace počít.

Každodenně se musí zdravotnický záchranář vypořádávat se spoustou nelehkých a nepředvídatelných překážek. Musí se proto naučit pracovat pod stresem ve vypjatých situacích a vyvarovat se přehnanému psychickému tlaku, který může vést až k syndromu vyhoření. Práce zdravotnického záchranáře vyžaduje nejen teoretické znalosti, ale i schopnost improvizace, kterou dokáže uplatnit v praxi i v kritických případech.

Zdravotnického záchranáře je důležité v jeho práci motivovat, aby ji vykonával dobře a svědomitě. V dnešní době však nejsou zdravotničtí záchranáři moc odměněni slovy díky. Nedostatečné uznání jejich práce může vést až k nechuti k práci a ztrátě odhodlání (Andršová, 2012; Baštecká, 2005).

Géringová (2011) v souvislosti se zdravotnickým záchranářem jako pomáhajícím hovoří o tom, že má velký vliv na kvalitu práce ve zdravotnictví. Prohloubení vztahu mezi pomáhajícím a pacientem může vést k pocitu naplnění a satisfakci z práce, ale naopak také může způsobit syndrom vyhoření. Pomáhající pracovník by měl být ochotný, vlídný, klidný, vyrovnaný, empatický a zapálený pro věc (Géringová, 2011).

Andršová (2012) popisuje osobnost zdravotnického záchranáře takto: „*Záchranář není superhrdina, nadčlověk ani superman. Je to „pouze“ člověk, stejně jako je člověk jeho pacient – v dobrém i zlém.* (Andršová, 2012, s. 11) Záchranář se liší od pacienta vzděláním a také úsilím dodržet tyto základní pravidla: *Salus aegroti suprema lex* (Zdraví pacienta je nejvyšším zákonem) a *Primum non nocere* (Především neškodit). (Andršová, 2012, s. 11)

Baštecká (2015) charakterizuje osobnost zdravotnických záchranářů jako extrovertní, s vůdcovskými rysy, úkolově zaměřenou a schopnou práce. K jeho charakteristickým rysům dále uvádí: „*akčnost, odvaha a schopnost improvizace.*“ (Baštecká, 2005, s. 272)

Podle Bydžovského (2008) jsou základními nároky na osobnost záchranáře zkušenost, zručnost, znalost, rychlost a chladnokrevnost (Bydžovský, 2008).

Sihelská (2007) se nad záchranářem zamýšlí jako nad člověkem, který by si měl být vědom, že chce svou práci vykonávat, i přes to, že bude něco muset obětovat – např. svátky, které nebude slavit s nejbližšími. Záchranář by měl mít fyzické předpoklady (jako např. vytrvalost nebo schopnost sáhnout si až na dno svých sil). Měl by nabýt odborného vzdělání v oboru, tzn. teoretické znalosti a stáže. „*Měl by to být člověk vzdělaný, moudrý, náročný na sebe i druhé, sebevědomý, ctižádostivý, morálně zralý, který dokáže komunikovat a pedagogicky působit.*“ (Andršová, 2012, s. 11). Záchranář by měl být psychicky a sociálně vyzrálý, obětavý, rozhodný, ochotný pomáhat, kolegiální, trpělivý atd. (Andršová, 2012).

Profese zdravotnického záchranáře významně přesahuje rámec obvyklého zaměstnání. Od záchranáře se očekává, že bude zvládat psychickou zátěž při náročných situacích ohrožení života. Dále by měl být schopen fungovat v improvizovaných podmínkách, ovládat své emoce, spolurozhodovat o přežití nebo nepřežití pacientů. Nově nastupující záchranáři většinou předpokládají, že se budou se situacemi ohrožení života střetávat co nejčastěji. Chtějí totiž pomáhat lidem, zachraňovat životy a být tak ve své práci úspěšní. Často jsou konfrontováni s realitou, protože se v praxi místo toho setkávají s neakutními případy. Mnoho výjezdů tak spočívá pouze v měření fyziologických funkcí, podání fyziologického roztoku a transportu do spádové nemocnice. Nabízí se tedy otázka, jakými osobnostními vlastnostmi by měl záchranář oplývat, aby byl schopný podávat dobrý výkon z hlediska odborného a psychosociálního a také aby i po letech práce zůstal empatický, citlivý a ohleduplný k pacientovi i k sobě (Andršová, 2012).

Zdravotnický záchranář patří mezi tzv. pomáhající profese. Géringová (2011) definuje pomáhající profesi jako „*skupinu povolání, která jsou založená na profesní pomoci druhým lidem.*“ (Géringová, 2011, s. 21) Tato povolání se od ostatních liší několika znaky. Například tím, že k jejich provádění je potřeba vztahu mezi pomáhajícím a klientem a také využití vlastní osobnosti pomáhajícího (Jankovský, 2018).

U pomáhajících profesí na jedné straně stojí pomáhající (lékař, zdravotnický záchranář, ...) a na druhé ten, kterému má být poskytnuta pomoc (pacient) (Jankovský, 2018).

Vykonávání pomáhajícího povolání může přinášet řadu obtíží, problémů a zklamání. Jankovský (2018) uvádí, že od lidí, kteří chtějí poskytovat pomoc druhým, jsou očekávány osobní dispozice, vzdělání a většinou i ochota přinášet oběti (Jankovský, 2018).

Mezi tyto problémy můžeme zařadit syndrom vyhoření a syndrom pomáhajícího (Jankovský, 2018).

4.1 Motivace zdravotnického záchranáře

Baštecká (2005) popisuje několik motivačních potřeb v motivaci záchranáře: pomáhat člověku v jeho těžké či krizové situaci bez zřetele na svůj diskomfort či potřeby; touha po „adrenalinových“ situacích; touha předvést svoji odbornou teoretickou i praktickou dovednost před přihlížejícími i pacientem samotným; zabezpečení respektování lidské důstojnosti, pokory a úcty k umírajícím; nepřetržité spojení s novými znalostmi, okolnostmi a prostředím při zásazích motivuje záchranáře k dalšímu vzdělání (Baštecká, 2005).

4.2 Rizika a stresové faktory zdravotnických záchranářů

Záporné pocity, stres, emoce nejsou raritou každodenní práce zdravotnického záchranáře. Záchranář řeší nejen zdravotní, ale i sociální krize na různých místech. Dennodenně se výjezdová skupina záchranné služby střetává s krajní situací, odehrávající se mezi životem a smrtí pacienta. Někdy jsou však i veškeré pokusy o záchranu toho nejcennějšího marné. Právě takové situace psychicky ovlivňují zdravotnické záchranáře. Každý den se musí výjezdová skupina vypořádat s nárazovou i chronickou psychickou zátěží (Baštecká, 2005).

4.2.1 Nárazová zátěž

Nárazové rizikové a stresové faktory neovlivňují pouze výjezdové skupiny v terénu, ale působí již na operátora/ku při přijetí výzvy a komunikaci s volajícími. Ta musí

rozhodnout o její závažnosti a co nejrychleji vyslat výjezdovou skupinu. Za takle rozhodnutí nese veškerou zodpovědnost (Baštecká, 2005).

Ještě větší psychická zátěž dopadá na dispečerku během mimořádných událostí, kdy operátorka komunikuje s větším počtem výjezdových skupin a operačními středisky policie a hasičů, řídí transporty pacientů do nemocnic atd. Činnost operátorky na ZOS je jednou z nejnáročnějších a nejméně uznávaných prací ve zdravotnické záchranné službě (Baštecká, 2005).

Na řidiče sanitní ambulance může stresově působit zejména rychlá jízda za použití výstražných a světelných signálů (Baštecká, 2005).

Výjezdová skupina pracuje na neznámém místě události pod emočně vypjatou atmosférou, musí se rychle a správně rozhodovat, být sehraní, umět improvizovat. Dále je nutné, aby se chránili před možnými riziky (napadení, infekční a chemická rizika apod.), uměli kooperovat s dalšími složkami IZS a mnoho dalšího. To představuje stresory, se kterými se výjezdové skupiny mohou setkat každý den (Baštecká, 2005).

4.2.2 Chronická zátěž

Chronická zátěž vzniká v důsledku nepřerušované dostupnosti při zajišťování přednemocniční neodkladné péče, kdy jsou záchranáři v režimu neustálé pohotovosti (Baštecká, 2005).

Stresory při chronické zátěži mohou být dle Baštecké (2005): nepravidelná životospráva, směnnost, práce v noci, nesprávné návyky (kouření, nadměrné pití kávy). Dále sem patří stresory sociologické – dlouhodobá postgraduální příprava pro práci u záchranné služby, nízké finanční a společenské ohodnocení, strach z nezajištěného společenského uplatnění v případě invalidity, stáří záchranáře. Výkon povolání záchranáře se může projevit i na jeho zdraví – psychické přetížení, obavy, pocit vnitřního neklidu, ztráta chuti k jídlu, porucha spánku apod. Může také docházet k poruše ve vztazích – izolovanost, problémy v komunikaci a partnerském životě atd. (Baštecká, 2005).

4.3 Stres

Stres je soubor fyzických a duševních reakcí na nepřiměřený poměr mezi skutečnými či představovanými osobními očekáváními a zkušenostmi (Doležal, Máchal, Lacko a kol., 2012)

Při stresu se objevují obranné mechanismy, které pomáhají organismu přežít nebezpečí. Vymětal (2009) udává, že stres vzniká působením nadměrně silného podnětu dlouhou dobu nebo když se jedinec vyskytne v neúnosné situaci, ze které nemůže uniknout (Doležal, Máchal, Lacko a kol., 2012; Vymětal, 2009).

4.3.1 Typy stresu

Stres dělíme na eustres, distres, hypostres, hyperstres. Můžeme ho však rozeznávat i pozitivní, negativní, chtěný a prodlužovaný stres.

Eustres je pozitivní zátěž, která pomáhá jedinci k lepšímu výkonu. Distres je negativní zátěž, která může jedinci ublížit, způsobit onemocnění. Převážně je způsobován vysoce zatěžujícími situacemi. Hypostres lze popsat jako stres, na který se lidský organismus dokáže adaptovat. Je pokládán za slabší formu stresu. Hyperstres je stres, na který se lidský organismus nedokáže adaptovat. Vyvolává fyzické i psychické selhání. U jedince může dojít ke zhroucení až smrti (Doležal, Máchal, Lacko a kol., 2012; Zacharová, 2017)

Dále dělíme stres na pozitivní a negativní. Pozitivní v nás podněcuje vzrušení a napětí. To nám pomáhá, abychom se radovali ze životních situací. Negativní stres může mít negativní dopad na naše fyzické, psychické a duchovní zdraví. V neposlední řadě bychom mohli stres rozdělit na chtěný a prodlužovaný. Chtěný je představován jako stres, který si jedinec úmyslně vyvolává. Chce překročit své hranice a zvyšuje si tak i svoji sebedůvěru. Prodlužovaný je stres protahovaný, při jeho delší době trvání mohou vzniknout psychosomatická onemocnění (Zacharová, 2017).

4.3.2 Příznaky stresu

Křivohlavý (2010) uvádí tyto příznaky stresu: nerozhodnost v situacích, kdy má jedinec více možností na výběr. Jedinec dlouze zvažuje, jakou zvolí.; změněný denní rytmus – jedinec má potíže se spaním i usínáním; neustálé nářky a bědování; změny ve vztahu k potravě – jedinec ztrácí chuť k jídlu trpí přejídáním; zvýšená nepozornost – jedinec má zhoršené soustředění pozornosti; snaha vyhnout se práci, vyhýbání se úkolům a odpovědnosti, jedinec ztrácí chuť do práce.; jedinec kouří více cigaret; zvýšený příjem alkoholu; větší závislost na drogách všeho druhu – léky na uklidnění apod.; snížené množství práce a zhoršení její kvality (Křivohlavý, 2010).

4.3.3 Reakce na stres

Reakce na stres dělíme na psychické a fyzické. K *psychických reakcí* řadíme přizpůsobení, úzkost a depresi. Pokud je stres pro jedince přínosný – pomáhá mu k lepším psychickým i fyzickým výsledkům, jde o eustres. V opačném případě, když stres trvá dlouhou dobu, se jedná o distres. Ten může u jedince způsobit až depresivní stav. *Fyzické reakce* představují hormonální a nervové změny, ke kterým může dojít, je-li organismus vystaven stresové situaci. Hormony napomáhají tělu při stresové situaci k velkým fyzickým výkonům, ale když stres odezní, dostavuje se vyčerpání (Doležal, Máchal, Lacko a kol, 2012).

4.3.4 Stádia stresu

První fází je poplachová reakce. Organismus varuje jedince pomocí neurotických reakcí před tím, že není něco v pořádku, že došlo k poškození jeho rovnováhy. Člověk obvykle tato varování přehlídí až do stádia, kdy se jejich intenzita zvýší natolik, že je nutné je začít řešit. A to např. odstraněním stresu (Doležal, Máchal, Lacko a kol., 2012).

Jako další fáze nastupuje rezistence. Organismus se adaptuje, zvyká si na působení stresu (Doležal, Máchal, Lacko a kol., 2012).

Poslední fáze spočívá ve vyčerpání. Dochází k vyčerpání organismu a selhání adaptačních obranných mechanismů (Zacharová, 2017).

4.3.5 Stresory

Podle Doležala, Máchala, Lacka a kol. (2012) je považován za stresor činitel vnějšího prostředí, který v organismu vyvolává stresovou reakci. Stresory jsou tedy příčiny, podněty a okolnosti, které vyvolávají tuto stresovou reakci. (Doležal, Máchal, Lacko a kol., 2012; Zacharová, 2017).

Stresory dělíme na vnitřní a vnější. Vnitřní mohou být *tělesné* (např. dlouhodobá bolest, únava) nebo *psychické* (emoce jako např. strach, úzkost). Vnější stresory rozdělujeme na *fyzikální* (např. chlad, teplo, hluk) a *sociální* (např. úmrtí, rozvod) (Zacharová, 2017).

Stresory ve zdravotnictví mohou být: *fyzická zátěž* (spojená s přetížením organismu či špatnými pracovními podmínkami), *psychická zátěž* (náročná pracovní doba, doba na směny, práce v časovém presu apod.) a *mezilidské vztahy* (mezi zdravotníky, mezi zdravotníkem a pacientem) (Zacharová, 2017).

Vymětal (2009) dělí stresory na tělesné (hlad, námaha, bolest, žízeň), emocionální (strach, obavy, nejistota, zlost), kognitivní (starosti, negativní myšlenky), fyzikální (hluk, chlad, horko) a biochemické (nikotin, kofein, alkohol) (Vymětal, 2009).

4.3.6 Vliv stresu na výkon

Výkon se pod působením stresu mění. Obecný stres může být pro nás přínosný – motivuje nás k činnosti a zlepšuje náš výkon. Naopak je tomu, když se zátěž hromadí – dochází k poklesu výkonnosti. Když na záchranáře působí extrémní zátěž (např. během mimořádné události), nastává kolísání výkonnosti – skvělý výkon se střídá s výrazným poklesem výkonu. Může dojít až k dlouhodobému poklesu výkonnosti, pokud je záchranář zasažen posttraumatickými potížemi (Vymětal, 2009).

4.3.7 Zvládání stresu

Základním pravidlem pro zvládnutí stresu je 5P – prevence, předvídaní, příprava, percepce a poučení.

Prevence spočívá v identifikaci původce stresu a v jeho vyhýbání.

Výhodou může být *předvídatelnost* stresové situace – když víme o tom, že nastane obtížná situace, můžeme se na takovou situaci připravit a stresuje nás méně. Opakem je ovšem situace, kterou neočekáváme.

Percepce představuje naše vnímání situace. O své reakci na zátěžovou situaci můžeme vědomě rozhodovat a díky změně percepce nedovolit stresu, aby nás negativně poškodil.

Poučení je poslední etapou zvládnání stresu. Má nám pomoci zhodnotit stres i naše chování. Díky poučení se můžeme v dalších situacích vyhnout stresu nebo ho řešit jinou strategií než předtím (Plamínek, 2008).

4.4 Syndrom vyhoření

Syndrom vyhoření se u záchranářů může vyskytovat celkem často z důvodu jejich stresující práce, velké zátěži, nedostatku uznání, možné frustraci atp. (Andršová, 2012).

Tento syndrom úzce souvisí se *syndromem pomocníka*. Většinou se projevuje u lidí, kteří mají stálou potřebu někomu pomáhat. Zaměstnanci trpící syndromem pomocníka si svoji profesi vybrali především kvůli sobě jako způsob uspokojení svých potřeb. Během práce jsou proto velmi motivovaní, protože u nich nastává uspokojování vyšších potřeb seberealizace. Syndrom se vyznačuje problémy v blízkých a intimních vztazích, nepřiznáváním si vlastní slabosti, neschopností veřejně vyjádřit své emoce a pocity apod. Jedinec může podle Géringové (2011) působit jako: „*neradostný, ale spolehlivý, mrzoutský, ale obětavý, nemilosrdný vůči vlastnímu já, ale svědomitý vůči druhým.*“ (Géringová, 2011, s. 93) Zaměřování se na pomoc a plnění potřeb druhým dovoluje pomáhajícímu nezabývat se sám sebou. Činí z něj tak bezmocného pomocníka. „*Jejich způsob života je zúžený jen na pomáhání a obětování se, ovšem zcela v jejich režii!*“ (Jankovský, 2018, s. 180) Tito jedinci odmítají změnu ve svém způsobu života, dochází tak k jejich mentálnímu, fyzickému a emocionálnímu vyčerpání (Géringová, 2011; Jankovský, 2018).

4.4.1 Definice

Kallwass (2007) definuje syndrom vyhoření (burnout syndrom, syndrom vyhasnutí) jako stav extrémního vyčerpání, vnitřní distance, silného poklesu výkonnosti a různých psychosomatických obtíží (Kallwass, 2007).

Na syndrom vyhoření můžeme dle Andršové (2012) pohlížet také jako na opomíjení péče o sebe sama, zanedbávání psychické kondice či rovnováhy a ignorování určitých psychohygienických pravidel (Andršová, 2012).

4.4.2 Podobnost se stresem

Tzv. adaptační syndrom, který je výsledkem chronického stresu, v mnoha ohledech odpovídá tělesným příznakům burnout syndromu. Stres je vnímán jako příčina a vyhoření jako důsledek. Tyto pojmy se mnohdy zaměňují. Syndrom vyhasnutí bývá zapříčiněn chronickým stresem a nerovnováhou mezi zátěží a dobou klidu = mezi aktivitou a odpočinkem (Stock, 2010).

4.4.3 Příznaky

První varovné příznaky lze rozpoznat při věnování dostatečné pozornosti snadno, jedinec svou práci nezvládá, působí nespokojeným a podrážděným dojmem, má problémy se spánkem, pociťuje bolesti hlavy, má změnu tělesné hmotnosti (úbytek či příbytek) (Maroon, 2012; Venglářová, 2011).

Dělíme je na fyzické, psychické a behaviorální. Mezi *fyzické* patří fyzické vyčerpání, únava, častější nemocnost, nespavost, bolest hlavy, žaludeční potíže, srdeční onemocnění apod. Do *psychických* příznaků můžeme řadit ztrátu flexibility, negativismus, pesimismus, emocionální vyčerpání, špatnou náladu, ztrátu trpělivosti, frustraci nedůvěru apod. Jedinec život vnímá jako „jednu velkou katastrofu“, přestává si věřit, jeho celková aktivita je utlumena, ztrácí smysl života i práce a může mít sebevražedné sklony. Pod *behaviorálními* příznaky si můžeme představit nespokojenost v práci, špatnou výkonnost, ztrátu nadšení z práce, vyšší konzumaci alkoholu, špatnou soustředěnost atd. (Maroon, 2012; Venglářová, 2011).

4.4.4 Tři základní symptomy

Mezi tři hlavní symptomy vyhoření patří vyčerpání, odcizení a pokles výkonnosti.

Vyčerpání představuje ztrátu energie, pocit únavy doprovázené náznaky zoufalství. Člověk má potíže poradit si s vyčerpáním, protože je zvyklý na elán. Cítí se emočně a fyzicky vyčerpaný. Jedná se o pocity spojené především s depresí. Znaky vyčerpání jsou emoční (sklíčenost, beznaděj, pocit strachu a prázdnoty, ztráta sebeovládání) a fyzické (nedostatek energie, porucha spánku, bolest zad, zapomětlivost, porucha soustředění) (Maroon, 2012; Stock, 2010).

Odcizení znázorňuje ochranu proti bolesti a zklamání. Bolest je neutralizována, ale dochází také k omezení schopnosti pomoci druhým. To vede k izolaci a depresi. Jedinec má negativní postoj k sobě samému i práci a také trpí pocitem méněcennosti (Maroon, 2012; Stock, 2010).

Pokles výkonnosti se na jedinci projevuje ztrátou důvěry ve vlastní schopnosti. Považuje se v práci za neschopného. Na zvládnutí úkolu potřebuje mnohem více času a energie než předtím. V profesi jedinec trpí nižší produktivitou, vyšší potřebou času a energie, ztrátou motivace, nespokojeností s vlastním výkonem a ztrátou nadšení (Maroon, 2012; Stock, 2010).

4.4.5 Fáze vyhořívání

Burnout syndrom podle Edelwiche a Brodskyho probíhá v pěti fázích.

V první fázi se objevuje nadšení. Začínající jedinec v nové práci má velká až nerealistická očekávání. Práce ho naplňuje, je ochotný pracovat přesčas, identifikuje se s novou prací, zanedbává aktivity ve volném čase.

Stagnace značí druhou fázi. Nadšení, které měl na začátku, upadá. Jedinec zjišťuje, že ne všechna jeho očekávání mohou být naplněna. Už se nesoustředí tolik na práci, ale zabývá se i volnočasovými aktivitami. Ohlíží se na osobní potřeby.

Třetí fází je frustrace. Jedinec přemýšlí nad smyslem své práce.

Čtvrtá fáze nastává po déletrvajícím frustraci a je představována apatií. Často se lidé potýkají s tzv. HH-syndromem vyznačujícím se beznadějí a bezmocností

(„HH“ z anglického helplessness a hopelessness). Jedinec vidí svou práci jen jako zdroj obživy, dělá jen to, co musí.

Pátá fáze se vyznačuje vyhořením. Je to období emocionálního vyčerpání, depersonalizace (ztráta sebe, pracovník vnímá sebe jako „kolečko ve stroji“ apod.) a pocitu ztráty smyslu.

Jednotlivé fáze přecházejí jedna v druhou hladce a nepostřehnutelně (Maroon, 2012; Stock, 2010).

4.4.6 Rizikové faktory v zaměstnání

Stock (2010) řadí mezi rizikové faktory v zaměstnání zvýšenou pracovní zátěž, bezohlednost kolegů, dlouhodobé působení rušivých vlivů, nedostatek samostatnosti, stálou kontrolu a nesoulad mezi hodnotovým systémem pracovníka (Stock, 2010).

4.4.7 Prevence

Andršová (2012) uvádí u záchranářů tyto rady k prevenci syndromu vyhoření.

Neproopadejte syndromu mesiáše (v praxi nejste odpovědní za všechno, co se stane. Nemůžete zachránit úplně všechny pacienty). Obohaťte svoji práci (věnujte se také jiným aktivitám než jen přímo záchranářské práci – např. výuka první pomoci). Zorganizujte si svoji práci (nepřeceňujte se, užijte si volno a relaxujte). Užijte si přestávky (své volno na výjezdové základně záchrané služby využijte podle svého – dělejte to, co vás baví). Vyhněte se negativnímu myšlení (chvalte se, hledejte pozitiva na své práci). Předcházejte problémům s pacienty či kolegy (nevstupujte do sporů, nenechte se vyprovokovat). Zachovejte klid (pomůže vám meditace, copingové strategie apod.). Hledejte nové výzvy (získejte nové zkušenosti, buďte otevřeni novým věcem). Vyhledejte a získejte podporu ať už od kolegů, přátel či známých (poproste o pomoc v případě potřeby, svěřte se se starostmi). Neodmívejte pomoc, spíše ji vyhledávejte. Žijte zdravě (mějte dostatek spánku, dostatek tělesné aktivity, zdravou stravu). Snižte konzumaci alkoholu, kofeinu, přísun nikotinu. Doplnujte pravidelně energii (odpočívejte, věnujte se koníčkům). Pečujte o sebe (Andršová, 2012).

4.5 Zátěž

Zátěž nastává při nerovnováze mezi jedincem a prostředím. Lze vyjádřit podle míry nelibosti či nároků, které na jedince klademe (Zacharová, 2017).

Zátěž můžeme rozdělit na běžnou, zvýšenou, hraniční a extrémní. Běžná zátěž vychází z každodenního života a má základ ve zvládnání běžných úkolů. Zvýšená zátěž vzniká při nových a neobvyklých situacích. Člověk aktivizuje své síly, překonává překážky a získává nové zkušenosti. Jedinec může zvýšenou zátěž překonat bez fyzických či psychických následků. Hraniční zátěž je vyvolána opětovnými obtížnými podmínkami, které jedinec zdolává s vypětím sil. Při této zátěži již dochází k psychickým či fyzickým následkům. Pokud netrvá dlouhou dobu, může se stav jedince normalizovat. Při extrémní zátěži jde o velmi silné působení, jedinec není schopný vhodně reagovat a podléhá situaci (Zacharová a Šimíčková – Čížková, 2011; Zacharová, 2017).

4.6 Péče o psychiku záchranáře

Záchranář by měl být osobností odolnou, měl by být laděný pro tento typ práce, avšak stresující události na něm mohou zanechat psychické újmy. Záchranář je ten, který neúnavně poskytuje pomoc při hromadných neštěstích, ale i on někdy potřebuje pomoc! Andršová uvádí tyto mýty o záchranářích: *„Záchranář musí být silný. Záchranář neprojevuje emoce – tím pouze ukazuje svoji slabost. Záchranář nepotřebuje pomoc – je pomáhající = on pomáhá! Záchranář by měl na prožitou krizovou situaci co nejdříve zapomenout. Nechat si pomoci znamená selhat, zklamat.“* (Andršová, 2012, s. 97) (Andršová, 2012)

Vymětal (2009) uvádí, že záchranáři mohou během své práce pociťovat kromě znepokojení také zlost, strach, vztek, vnitřní paniku, vinu, depresi a nabuzení. Zdravotníci záchranáři by měli dodržovat nepsaný závazek, a to držet své emoce na uzdě, protože by mohly mít negativní vliv na jejich práci. Pocity by měly být potlačovány v situacích se zvýšeným stresem – např. při mimořádných událostech. Pro správný průběh záchranných a likvidačních prací je to správně, ale po těchto náročných zásazích je důležité, aby byla záchranářům nabídnuta možnost bezpečně ventilovat své emoce (debriefing, defusing, strukturované zakončení setkání) (Vymětal, 2009).

4.7 Možnosti psychohygieny

Možností, jak u záchranářů řešit následky dopadajícího stresu či traumatizující události je hned několik. V rámci zdravotnických záchranných služeb byl založen Systém psychosociální intervenční služby, v rámci kterého jsou záchranáři v péči vyškoleného kolegy (tzv. peera) (Andršová, 2012).

4.7.1 Systém psychosociální intervenční služby (SPIS)

SPIS poskytuje pomoc nikoli jen kolegům záchranářům, lékařům, zdravotním sestřám, nýbrž i příbuzným, známým a svědkům události, při nichž došlo k poškození zdraví či smrti. Na zdravotníky bývá často zapomínáno, hledí se na ně jako na ty, kteří přece vědí, jak o sebe pečovat. Opak je pravdou a zdravotníci mnohdy takovou podporu potřebují.

SPIS poskytuje možnost využití podpory kolegiální (tzv. *peer*) = jako potřebnou péči o všechny zdravotníky, kteří byli zasaženi kritickou zkušeností. Dále také nabízí podporu psychicky zasaženým příbuzným pacientů, či zemřelých (<https://spis.cz>).

SPIS byl oficiálně ustanoven ministrem zdravotnictví v roce 2010. Od roku 2011 je zajištění psychosociálních služeb zakotveno v zákoně č. 374/2011 Sb., o zdravotnické záchranné službě. Během tohoto období byl SPIS využíván zejména na krajských ZZS. V roce 2014 byl SPIS rozšířen o další směr – o poskytování první psychické pomoci zasaženým psychicky náročnou událostí (většinou pozůstalým, kteří přišli o blízkého nebo kterým jejich blízký umírá) (<https://spis.cz/kdo-jsme/vznik-a-vyvoj-systemu/>).

Služby SPISu neznamenají farmakoterapii, psychoterapii ani psychiatrickou léčbu. Znamenají ovšem prevenci, psychickou pomoc, vzdělávání a doškolování zaměstnanců, aby byli schopni rozpoznat chvíle, kdy mají požádat o pomoc. Peerem se může stát jakýkoli zdravotník (zdravotní sestra, záchranář, lékař, operátor apod.), který podstoupí školení. Peer je kolega, který má z profesní stránky podobné zkušenosti a zážitky. Je osobou diskrétní, naslouchá, poskytuje první psychickou pomoc a také vzdělává zasaženého kolegu v péči o jeho duševní zdraví (<https://spis.cz/kdo-jsme/podpora-zdravotnikum/>).

4.7.2 Critical incident stress management (CISM)

Critical incident stress management byl založen jako preventivní psychologická péče pro jedince s možným psychotraumatem. Leonhardt a Vogt (2006) popisují CISM jako soubor mnoha krizových technik, které se prolínají a navzájem spolu souvisí. CISM představuje komplexní, jednotný, systematický a mnohasložkový krizový intervenční program. CISM není zaměřen na oběti, ale na zasahující profesionály – tedy i na záchranáře. Program probíhá formou diskuse, podpory, strukturovaného setkání po kritické události. CISM nepůsobí jen jednorázově k rychlému vyřešení situace, ale má i preventivní účinky do budoucna s cílem naučit profesionály lépe čelit nárokům své práce. Tato metoda není řazena mezi psychoterapie ani psychologické poradenství či léčbu. Je to soubor metod a prvků, které mají za cíl zamezit pozdější psychické morbiditě, ale i zhoršené produktivitě v práci. Šeblová (2004) uvádí některé příklady kritických událostí: úmrtí při plnění pracovních povinností, smrt dítěte, mimořádná událost s větším počtem zraněných, sebevražda kolegy, vážné zranění ve službě, oběť, kterou zná někdo ze zasahujících. Pro zasahující profesionály bývá typické, že odmítají jakoukoliv formu pomoci, protože vyhledávání a přijetí pomoci vnímají jako selhání jich samotných (Leonhardt a Vogt, 2006; Šeblová, 2004).

V rámci Integrovaného záchranného systému pracují Critical Incident Stress Management týmy (CISM týmy). V těchto týmech jsou dva typy odborníků: *odborníci na duševní zdraví* (lékaři, psychologové apod.), *vyškolení kolegiální poradci* (tzv. peerové) – jsou to kolegové udělující podporu. Tito odborníci musí projít speciálním tréninkem, mají průběžný výcvik (Matoušková, 2013).

Matoušková (2013) uvádí následující cíle týmů CISM: pomáhat jedincům, kteří jsou vystaveni negativním následkům po kritické události; připravit pracovníky IZS, aby byli schopni pracovat se stresem, který se vyskytuje v jejich zaměstnání. CISM obsahuje několik technik: defusing, debriefing, demobilizace, podpora na místě události atd. (Andršová, 2012).

4.7.3 Debriefing

Debriefing pochází z anglického slova debrief (vyslechnout hlášení). Ptáček a Bartůněk (2011) definují debriefing jako strukturovaný rozhovor, který se využívá

u skupiny osob, které prožili stejnou traumatickou událost. Jde o intervenci, která má za úkol redukovat působení stresu, stabilizovat situaci, ale především mobilizovat síly záchranáře tak, aby mohl co nejdříve normálně fungovat. Tato metoda se zaměřuje na snižování hladiny stresu, podporuje zpracování mimořádné události, pomáhá jedincům sdílet těžké zážitky a také zvyšuje týmovou podporu a soudržnost. Během debriefingu se detailně rozebírají vzpomínky na nepříjemnou událost a situace, které tyto myšlenky mohou vyvolat. Cílem debriefingu je, aby jedinci zasažení událostí o svých reakcích mluvili a pochopili, že to, co prožívají, je zcela přirozené. Zasažení profesionálové se učí osvojit si sdílení prožitků, aby přijali a rozuměli vlastním i okolním reakcím. Debriefing učí jedince, jak zvládnout nejbližší budoucnost a jak se co nejlépe začlenit zpátky do běžného života. Dále dbá na to, aby kritická událost fungování jedince co nejméně ovlivnila. Rozhovor vede vyškolený psycholog v rozmezí od 24 hodin do týdne od události (Andršová, 2012; Ptáček a Bartůněk, 2011).

4.7.4 Defusing

Defusing pochází z anglického slova defuse (zmírnit, zklidnit), je kratší než debriefing a probíhá těsně po kritické události. Ptáček a Bartůněk (2011) považují defusing za zkrácenou verzi debriefingu, jenž se používá u událostí menšího rozsahu nebo v případě, když je potřeba s účastníky události dále ještě pracovat. Metoda si vyžaduje malou a homogenní skupinu, která se skládá z jedinců, kteří prožili událost společně. Cílem je snížit dopad této události na jedince a zmírnit emocionální zátěž. Defusing trvá většinou 30 minut (Andršová, 2012; Matoušková, 2013; Ptáček a Bartůněk, 2011).

4.7.5 Podpora v terénu (on-scene support)

Zasahující profesionálové si musí být vědomi krize (vyličení události, citů a pocitů), smířit se se situací a reflektovat nesprávně hodnocené reakce. Podpora se zaměřuje na objasnění stresových reakcí a také především uvedení jedinců zpět do fungování. Jde o nejkratší metodu, která je praktická a určená jen k omezení působení stresu. Využívá se u záchranářů, u kterých je stres dominantní, u vedoucích zásahu, ale také u přihlížejících. Po události (nejlépe do 4 týdnů) lze se zasahujícími pracovat i jinými metodami – např. pomocí defusingu a debriefingu (Andršová, 2012; Matoušková, 2013).

4.7.6 Demobilizace

Demobilizace je využívána při katastrofách velkého rozsahu. Andršová (2012) popisuje demobilizaci jako: „*krátké vypnutí u záchranářů, kteří se podílejí na dlouhodobých záchranářských činnostech.*“ (Andršová, 2012, s. 102) Měla by se uskutečnit hned po přemístění z akce v trvání 10 minut a následována dvacetiminutovým odpočinkem. Dle Matouškové (2013) demobilizace poskytuje jasné informace o možných příznacích a o dodržování zásad životosprávy, redukci stresu spojeného s událostí a započítí obnovy sil záchranářů (Andršová, 2012; Matoušková, 2013).

4.7.7 Supervize

Supervize má pomoci pracovníkovi vypořádat se s emočně vypjatými situacemi v jeho práci a také zlepšit jeho schopnost pomáhat lidem. Supervizor nabízí pracovníkovi podporu, doporučení, zvyšuje jeho kompetence a přináší mu podněty na zlepšení. Může se odehrávat v týmu, skupině nebo individuálně. Je začleněna v sociálních službách, v některých nemocnicích, avšak na záchranné službě chybí (Andršová, 2012).

5 KOMUNIKACE A INTERVENCE U POZŮSTALÝCH

Smrt blízké osoby se řadí mezi nejtěžší ztráty, jež nás mohou potkat. Smrt nám bere člověka navždy, definitivně. Je zcela přirozené, že pozůstalí zažívají zármutek, pocítují zoufalství a bezmoc. Taková ztráta znamená pro pozůstalé zásah do jejich identity, integrity a sebepojetí. „*Mají pocit, že se jejich svět zhroutil, že jejich život ztratil smysl. Prožívají krizi. Krizi, nikoliv nemoc.*“ (Špatenková, 2011, s. 69) Přestože truchlení nad ztrátou může připomínat nemoc (jedinec nemůže spát, nejí apod.), nepatří truchlení mezi nemoci, avšak je přirozenou reakcí na smrt blízkého člověka (Špatenková, 2011).

„*Při zásahu na místě, kde zemřel člověk, poskytujeme první psychickou pomoc a na ni navazující krizovou intervenci, zajišťujeme psychosociální podporu jeho rodině. Během zásahu a po něm se musíme postarat jako pomáhající i o sebe.*“ (Hrušková a Bačovský, 2015, s. 6)

Špatenková (2011) definuje truchlení jako: „*komplexní psychologickou, sociální a somatickou reakci na ztrátu.*“ (Špatenková, 2011, s. 69)

Truchlící může pocítovat tyto emoce: smutek, zármutek, obavy („*Co se mnou bude?*“), hněv (zaměřený na zdravotnický personál – „*Proč mu nepomohli?*“, na zemřelého – „*Jak mi to mohl udělat?*“), pocit viny („*Proč on a ne já?*“), pocit opuštěnosti (Špatenková, 2011).

Špatenková (2011) považuje následující formulace za zcela nevhodné a neúčinné:

- „*Vzchop se, máš přece pro koho žít!*“
- „*Musíš být silná!*“
- „*Vzmuž se trochu!*“
- „*Jsi pořád mladá, můžeš se ještě znovu provdat.*“
- „*To bude dobré, uvidíš... Chce o čas...*“
- „*Máš celý život před sebou!*“ (Špatenková, 2011).

Naopak jako vhodné se jeví věty:

- „*Je mi to líto.*“
- „*Cítím s vámi.*“

- „*Jak to všechno zvládáte?*“
- „*Nevím, proč se to stalo...*“
- „*Jsem tu, abych naslouchal.*“
- „*Musí to být pro vás těžké. Co je pro vás nejtěžší?*“
- „*Co pro vás mohu udělat?*“ (Špatenková, 2017).

5.1 Komunikace s pozůstalými

Komunikujeme pomocí slov, která jsou důležitá – každé slovo může mít vliv na pocity pozůstalého. Můžeme komunikovat i beze slov – a to tělem, hlasem, pohledem, dotykem. Je důležité sdílet s pozůstalými i chvíle mlčení. Někdy může být mlčení pro pozůstalého důležitější než komunikace pomocí slov (Hrušková a Bačovský, 2015).

„Je vhodné sundat helmu, případně jiné prvky oblečení, uniformy či výstroje, které by mohly působit hrozivě nebo neseriózně.“ (Hrušková a Bačovský, 2015, s. 10)

Ne všichni jsou ochotni nebo schopni s Vámi komunikovat pomocí slov. Takové jedince nesmíme do mluvení nutit. V takových situacích můžeme popisovat, co vidíme, cítíme či slyšíme („Co se děje?“, „Vypadáte nazlobeně.“, „Náhle jste zbledl.“ apod.) (Hrušková a Bačovský, 2015).

5.2 Setkání s pozůstalým

Hrušková a Bačovský (2015) ve své příručce zveřejňují postup, jak s pozůstalými pracovat:

Nejprve bychom měli navázat s pozůstalým kontakt. Během rozhovoru podáváme pravdivé informace o tom, co se stalo. Neopouštíme pozůstalého. První reakce zasaženého přijímáme, zabraňujeme situacím, kdy by se mohl zranit. Zajišťujeme ticho, klid a pomoc. Zaručíme pozůstalým teplo (např. poskytnutím příkrývky) a pocit bezpečí. Poskytneme jídlo, tekutiny. Zařídít, aby se zasažený mohl se zemřelým rozloučit. Důležité je pozůstalé emočně podporovat. Povzbuzujeme jejich sebevědomí, rozhodování a necháváme jim co nejvíce možnou kontrolu nad sebou samotným. Prakticky pomáháme – např. poskytnutím kapesníků. Pomáháme s informováním ostatních příbuzných. Obstaráme převoz zasaženého domů. Informujeme pozůstalého o procesu truchlení a o tom, jak budou

pravděpodobně probíhat následující hodiny. Poskytneme kontakty na krizové služby, předáme pozůstalé do spolehlivých rukou a rozloučíme se (Hrušková a Bačovský, 2015).

5.3 Nejčastější chyby v krizové intervenci

Krizoví interventi se mohou v intervenci s pozůstalými dopustit nejčastěji těchto chyb. Používají eufemismy, bojí se používat slovo smrt, místo něho říkají třeba „to“. Obávají se zmínit o zemřelém. Snaží se zabránit pláči, ale projev takovýchto emocí naopak pomáhá pozůstalému v truchlení. Používají neadekvátní nebo nadměrný fyzický kontakt. Podléhají mýtům o truchlení a myslí si, že „čas zhojí všechny rány“. Poskytují „dobré rady“ a „plané útěchy“ – např. „Musíte být silná!“. Snaží se pomoci pozůstalému „za každou cenu“ (Špatenková, 2011; Špatenková, 2017).

5.4 Chyby v komunikaci a jednání s pozůstalým

Hrušková a Bačovský (2015) uvádějí několik rad, čemu by v terénu nemělo docházet.

Rozhodně by nemělo dojít k situaci, že si pozůstalých nevšímáme, děláme, že neexistují. Pozůstalé neodháníme, neopouštíme a nedáváme jim najevo, že nám překážejí. V žádném případě je neobviňujeme, nekritizujeme, nerozkazujeme jim a nevyvíjíme na ně nátlak. Nejednáme s nimi hrubě či necitlivě. Nezacházíme s nimi mechanicky, nemanipulujeme s nimi. Nespěcháme, nesnažíme se to mít „co nejrychleji za sebou“. Nevnučujeme jim své vlastní rady, představy a zkušenosti. Neustále nemluvíme, jen proto, abychom zaplnili ticho. Během intervence netelefonujeme, neodbíháme jinam či nepíšeme zprávy. Za pozůstalé neděláme to, co zvládnou sami (Hrušková a Bačovský, 2015).

5.5 Principy v pomoci pozůstalým

1. Pomoc pozůstalému v akceptaci ztráty – po smrti milovaného jedince tomu nechce pozůstalý uvěřit („*Ne, to nemůže být pravda!*“). Je potřeba, aby si tuto skutečnost ztráty pozůstalý uvědomil, aby pochopil její dopad a nezvratnost. Nejlepší formou pomoci je mluvit o tom, co se stalo.

2. Pomoc pozůstalému vyjádřit jeho pocity – je důležité usnadnit pozůstalému prožívání a ventilaci emocí.
3. Pomoc pozůstalému žít dál bez milované osoby.
4. Podpora pozůstalého v citovém odpoutávání se od zemřelého.
5. Umožnit pozůstalému čas a prostor pro truchlení.
6. Interpretovat „normální“ reakce na ztrátu – někteří pozůstalí jsou znepokojeni svými prožitky smutku. Je potřeba je ujistit, že pláč a jiná ventilace emocí je zcela adekvátní pro prožívanou situaci.
7. Uznávat rozdíly jedinců v truchlení – každý truchlí jinak.
8. Produkovat kontinuální podporu.
9. Provéřit obranné mechanismy pozůstalého – jedinci po smrti blízké osoby nejsou schopni racionálního uvažování, proto se u nich může vyskytovat neadekvátní až patologické chování (např. sklony k sebevraždě, abúzus drog).
10. Identifikovat problémy a zvolit vhodnou pomoc – včasné rozeznání, kdy je nutné předat pozůstalého do péče psychoterapeuta, psychiatra apod. (Špatenková, 2008).

5.6 Práva a potřeby pozůstalých

Pozůstalý potřebuje čas na truchlení, přístup k realitě (možnost strávit čas se zemřelým – účast na pohřbu), empatie (od rodiny, přátel a dalších z okolí, kteří chtějí pochopit situaci pozůstalého), svolení (projevit pocity a myšlenky bez zavržení, truchlit jakoukoli formou) a udržení individuality (Špatenková, 2013).

5.7 Reakce pozůstalých

Reakce pozůstalých dělíme na: reakce na tělesné úrovni (stažený žaludek; přecitlivělost na světlo, pachy; dýchací problémy; únava; bušení srdce apod.), reakce emocionální (smutek; zlost; pocit viny; pocit opuštěnosti; šok), reakce na kognitivní úrovni (zmatek; obavy; nedůvěra; halucinace), reakce na úrovni chování (změna apetitu; porucha spánku; pláč; opuštění společenského života) (Špatenková, 2013).

Je důležité si uvědomit, že právě záchranáři mají určitý vliv na pozůstalé během prvních minut – na to, jak se budou s takovou událostí vyrovnávat v budoucnu – jestli přijmou odbornou pomoc, když ji budou potřebovat nebo jestli se u nich rozvine či nerozvine posttraumatická stresová porucha apod. (Hrušková a Bačovský, 2015).

Většinou se u pozůstalých projevují dva typy reakcí, které se mohou změnit jedna v druhou a trvat několik hodin až dní (Hrušková a Bačovský, 2015).

Prvním typem je rychlá mobilizace sil. Sem dle Hruškové a Bačovského (2015) patří: křik, pláč, odmítání, zrudnutí v obličeji, pocení, útok, nesoustředěnost, zhroucení, nadávání, zběsilé hledání něčeho, útek, tendence se zabít. Pokud pozůstalý utíká či ohrožuje sebe či Vás, je důležité ho udržet a zavolat pomoc. V takovém případě musí zasáhnout více pomáhajících k zajištění bezpečnosti všech zúčastněných osob, protože jedinec může mít za takové situace až nadlidskou sílu. Všichni musí dbát své bezpečnosti před kopnutím či úderem a chránit jedince před nebezpečím – aby někam nespadol apod. (Hrušková a Bačovský, 2015).

Druhým typem je tzv. „mrtvý brouk“. Tento typ je popisován Hruškovou a Bačovským (2015) jako: strnulost, ztuhlost, zblednutí, nereaguje na slova či pokyny, studený pot, ledové ruce, necítění emocí, prožitek neskutečnosti, neschopnost navázat oční kontakt, snížená schopnost rozumět slovům, dezorientace, změněné vnímání času a prostoru, necítění těla nebo jeho některých částí. (Hrušková a Bačovský, 2015)

5.8 Doporučení pro komunikaci s pozůstalým

Špatenková (2017) uvádí několik rad pro rozhovor s pozůstalým: Vyčleňte si na rozhovor s pozůstalým dost času. Při rozhovoru buďte empatičtí, trpěliví a chápaví. Představte si sami sebe v takové situaci. Pokládejte otevřené otázky, na které nelze odpovědět jen ano – ne. Hledejte spolu s pozůstalým vhodné řešení, neposkytujte mu bezúčelné rady. Neodsuzujte pocity pozůstalého. Neskákejte do řeči, nepřerušujte pozůstalého. Nechte povídat především pozůstalého. Užívejte slova aktivního naslouchání – např. „ano“, „aha“. Začleňte i ticho do konverzace. Nepřemýšlejte dlouho, co máte říci, radši naslouchejte a neodsuzujte. Ujistěte pozůstalého, že pro milovaného udělal všechno, co mohl. Podpořte pozůstalého k návratu k jeho předchozím zájmům a aktivitám (Špatenková, 2017).

„Hlavní pravidlo práce s pozůstalými je soustředit se na jejich pocity a normalizovat symptomy truchlení, ujistit pozůstalé, že to, co cítí, co prožívají, je normální a přirozené.“ (Špatenková, 2011, s. 76)

5.9 Akutní reakce pomáhajících

„Pomáhající při události a zásahu často „zapnou autopilota“, jednají a emoce se dostaví později po zásahu.“ (Hrušková a Bačovský, 2015, s. 17) U některých pomáhajících se mohou objevit podobné reakce jako u zasažených. Pokud si tyto reakce uvědomují, mohou s nimi pracovat. Když je pomáhající silně zaplaven emocemi, je potřeba ho vystřídat, přivolat někoho na pomoc (Hrušková a Bačovský, 2015).

Na místě události je výhodné komunikovat s pozůstalými ve dvojici s kolegou k zajištění vzájemné podpory. *„Když je jeden v koncích, druhý je k dispozici a naopak.“ (Hrušková a Bačovský, 2015, s. 17) (Hrušková a Bačovský, 2015)*

PRAKTICKÁ ČÁST

Formulace problému

Tato bakalářská práce se zabývá problematikou umírání a smrti v přednemocniční neodkladné péči. Řeší otázky rozpoznání posmrtných změn, činitele ovlivňující psychiku zdravotnického záchranáře, komunikaci a intervenci u pozůstalých.

Cílem této práce je především zjistit, jak ovlivňuje úmrtí pacienta psychickou stránku zdravotnického pracovníka.

6 CÍLE PRÁCE A PŘEDPOKLADY PRÁCE

V bakalářské práci byly kladeny celkem čtyři cíle a čtyři předpoklady.

6.1 Cíle práce

1. Zjistit nejvíce zatěžující moment při úmrtí pacienta v PNP.
2. Zjistit, zda respondenti vyhledali po úmrtí pacienta odbornou pomoc.
3. Zjistit, zda se během vykonávání praxe mění postoj k vnímání smrti pacienta.
4. Zjistit, jak se respondenti odprošťují od smrti pacienta ve svém osobním životě.

6.2 Předpoklady práce

1. Předpokládám, že nejvíce zatěžujícím momentem je úmrtí dítěte.
2. Předpokládám, že respondenti většinou odbornou pomoc po úmrtí pacienta vyhledali.
3. Předpokládám, že se postoj k vnímání smrti respondentů během jejich vykonávání praxe mění.
4. Předpokládám, že se respondenti odprošťují od smrti pacienta především sportem.

7 METODIKA PRÁCE A METODY VÝZKUMU

Praktická část bakalářské práce je formována kvantitativním výzkumným šetřením, které bylo uskutečněno pomocí elektronického dotazníku.

7.1 Vzorek respondentů

Dotazníkového šetření se zúčastnilo 103 zaměstnanců Zdravotnické záchranné služby Plzeňského kraje a Zdravotnické záchranné služby Karlovarského kraje z řad lékařských a nelékařských zdravotnických pracovníků. Schválené žádosti o dotazníkovém šetření jsou součástí příloh – příloha G a H.

7.2 Metody výzkumu

Kvantitativní výzkumné šetření bylo provedeno pomocí anonymního elektronického dotazníku, který obsahoval celkem 15 otázek.

Dotazník zahrnoval 14 uzavřených otázek a 1 otevřenou a byl dostupný na serveru www.surveymonkey.com. Výzkum a sběr dat byl proveden od 28. 2. do 19. 3. 2019 na Zdravotnické záchranné službě Plzeňského kraje a Zdravotnické záchranné službě Karlovarského kraje. Dotazník vyplnilo 103 respondentů.

Výsledky byly zpracovány do tabulek a grafů za použití programu Microsoft Office Excel a Word.

8 VYHODNOCENÍ VÝSLEDKŮ A JEJICH ANALÝZA

Otázka č. 1: Jakého jste pohlaví?

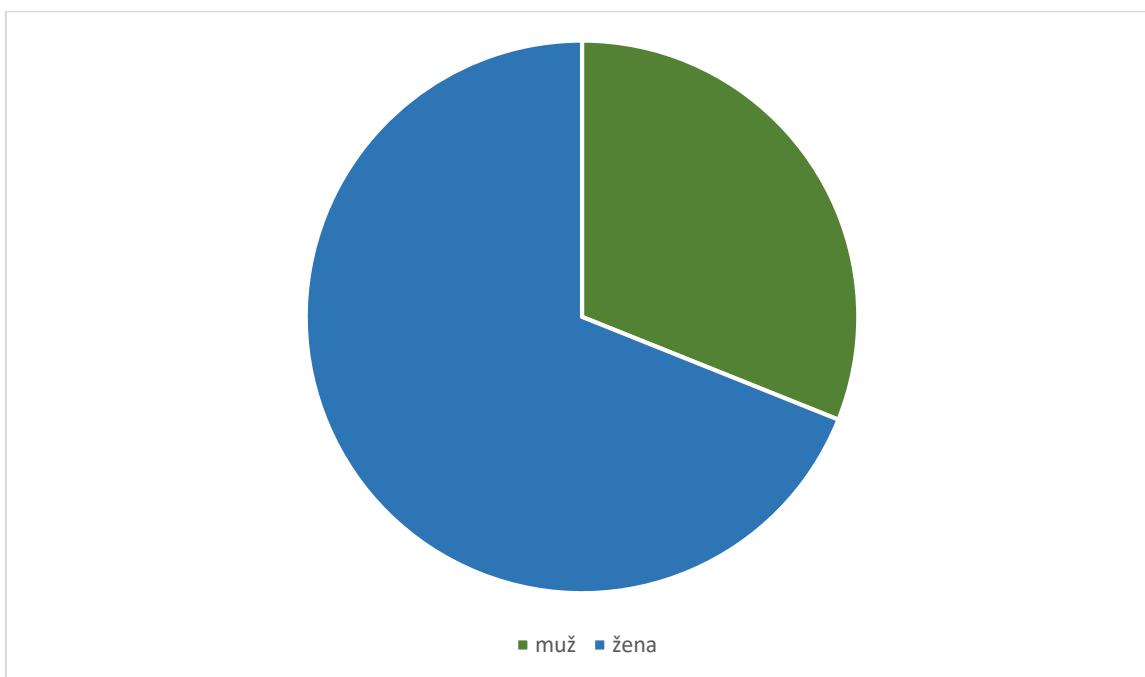
- a. muž
- b. žena

Tabulka 1: Pohlaví respondenta

ODPOVĚĎ	POČET HLASŮ
muž	32 (31 %)
žena	71 (69 %)

Zdroj: vlastní

Graf 1: Pohlaví respondenta



Zdroj: vlastní

Otázka č. 1 zjišťovala pohlaví respondenta. Dotazníkového šetření se celkem zúčastnilo 103 respondentů, z toho 71 žen (69 %) a 32 mužů (31 %).

Otázka č. 2: Kolik Vám je let?

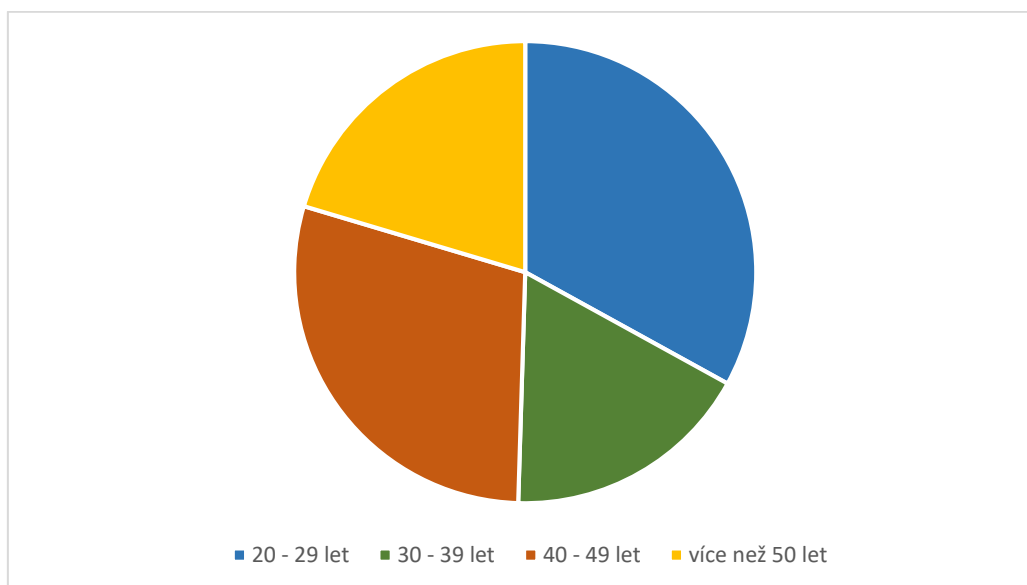
- a. 20 – 29 let
- b. 30 – 39 let
- c. 40 – 49 let
- d. více než 50 let

Tabulka 2: Věk respondenta

ODPOVĚĎ	POČET HLASŮ
20 – 29 let	34 (33 %)
30 – 39 let	18 (17 %)
40 – 49 let	30 (29 %)
více než 50 let	21 (20 %)

Zdroj: vlastní

Graf 2: Věk respondenta



Zdroj: vlastní

Otázka č. 2 zkoumala věkovou skupinu respondentů. Nejvyšší zastoupení bylo zaznamenáno ve věkové skupině od 20 do 29 let (34 respondentů, 33 %), dále ve věkové skupině od 40 do 49 let (30 respondentů, 29 %), poté ve skupině ve věku více než 50 let (21 respondentů, 20 %). Nejméně zastoupenou věkovou skupinou byla skupina respondentů ve věku od 30 do 39 let (18 respondentů, 17 %).

Otázka č. 3: Jak dlouho vykonáváte svou praxi na ZZS?

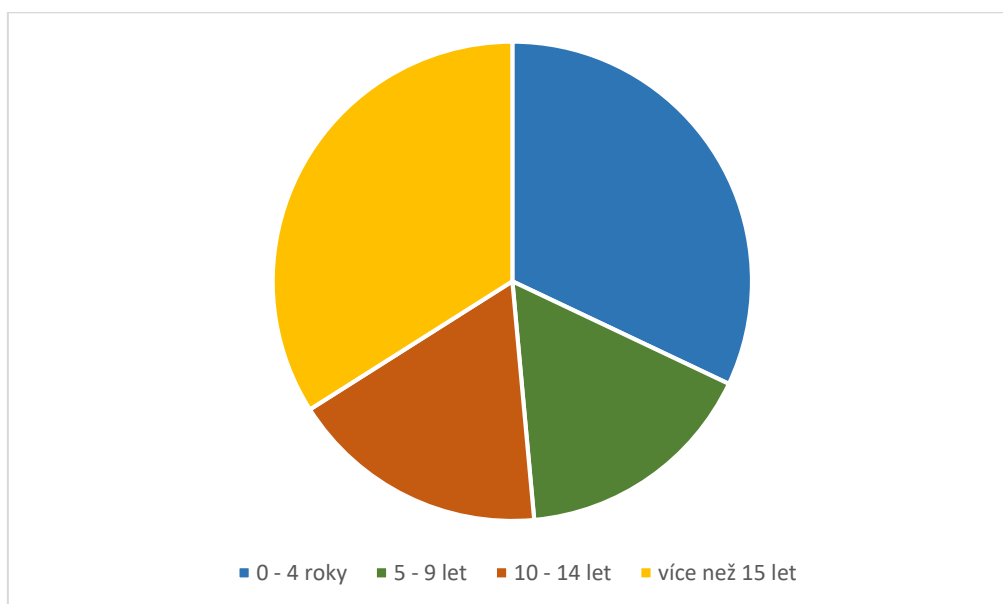
- a. 0 – 4 roky
- b. 5 – 9 let
- c. 10 – 14 let
- d. více než 15 let

Tabulka 3: Délka výkonu praxe na ZZS

ODPOVĚĎ	POČET HLASŮ
0 – 4 roky	33 (32 %)
5 – 9 let	17 (17 %)
10 – 14 let	18 (17 %)
více než 15 let	35 (34 %)

Zdroj: vlastní

Graf 3: Délka výkonu praxe na ZZS



Zdroj: vlastní

V otázce č. 3 byli respondenti tázáni na délku praxe na záchranné službě. Nejvíce respondentů vykonává svoji praxi více než 15 let (35 respondentů, 34 %), dále byli respondenti se svojí praxí až 4 roky (33 respondentů, 32 %). Stejně zastoupeni byli respondenti se svou praxí 5 až 9 let a také 10 až 14 let (17 respondentů, 17 %, 17 respondentů, 17 %).

Otázka č. 4: Jaké je Vaše pracovní zařazení ve výjezdové skupině?

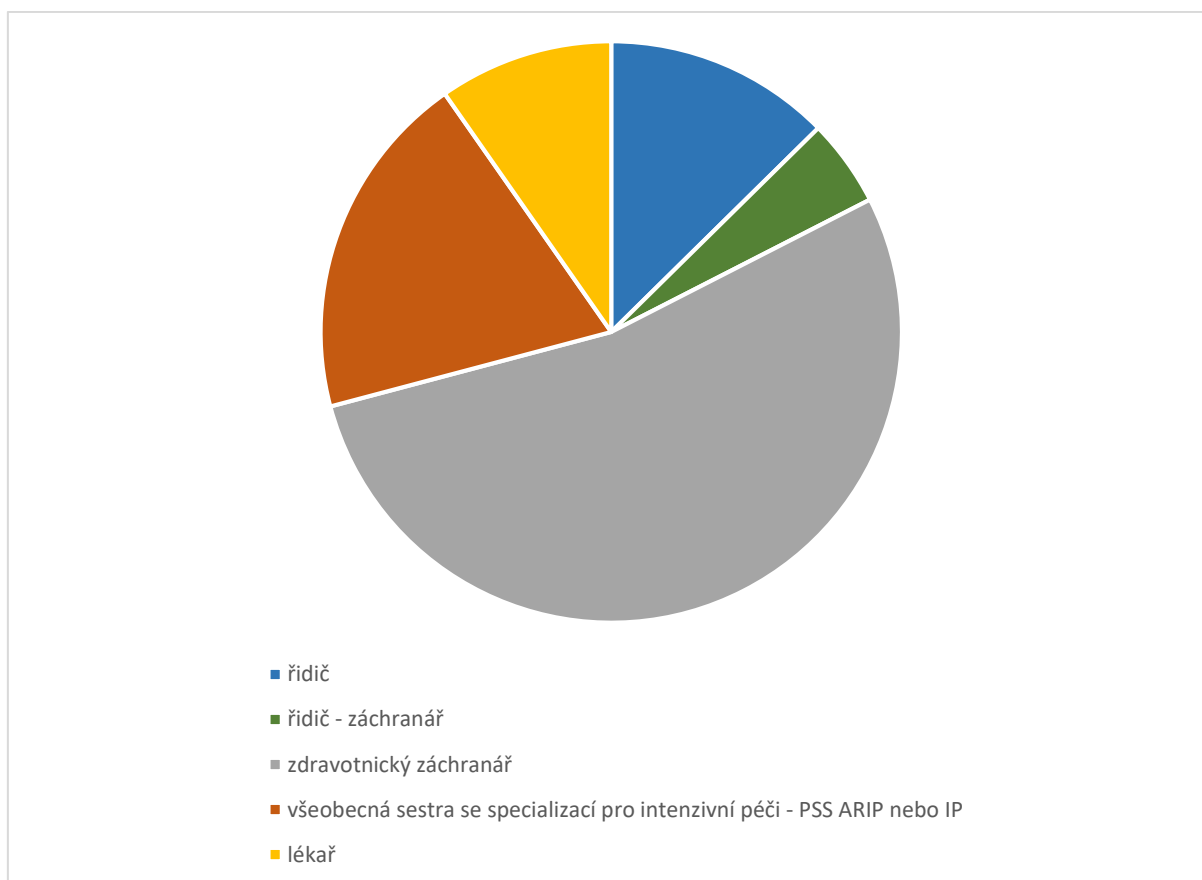
- a. řidič
- b. řidič - záchranář
- c. zdravotnický záchranář
- d. všeobecná sestra se specializací pro intenzivní péči – PSS ARIP nebo IP
- e. lékař

Tabulka 4: Pracovní zařazení ve výjezdové skupině

ODPOVĚĎ	POČET HLASŮ
řidič	13 (13 %)
řidič - záchranář	5 (5 %)
zdravotnický záchranář	55 (53 %)
všeobecná sestra se specializací pro intenzivní péči – PSS ARIP nebo IP	20 (19 %)
lékař	10 (10 %)

Zdroj: vlastní

Graf 4: Pracovní zařazení ve výjezdové skupině



Zdroj: vlastní

V otázce č. 4 měli respondenti zaškrtnout své pracovní zařazení ve výjezdové skupině. Výzkumného šetření se zúčastnilo 55 zdravotnických záchranářů (53 %), 20 všeobecných sester se specializací pro intenzivní péči (19 %), 13 řidičů (13 %), 10 lékařů (10 %) a 5 řidičů – záchranářů (5 %).

Otázka č. 5: Zažil/a jste během své praxe úmrtí pacienta?

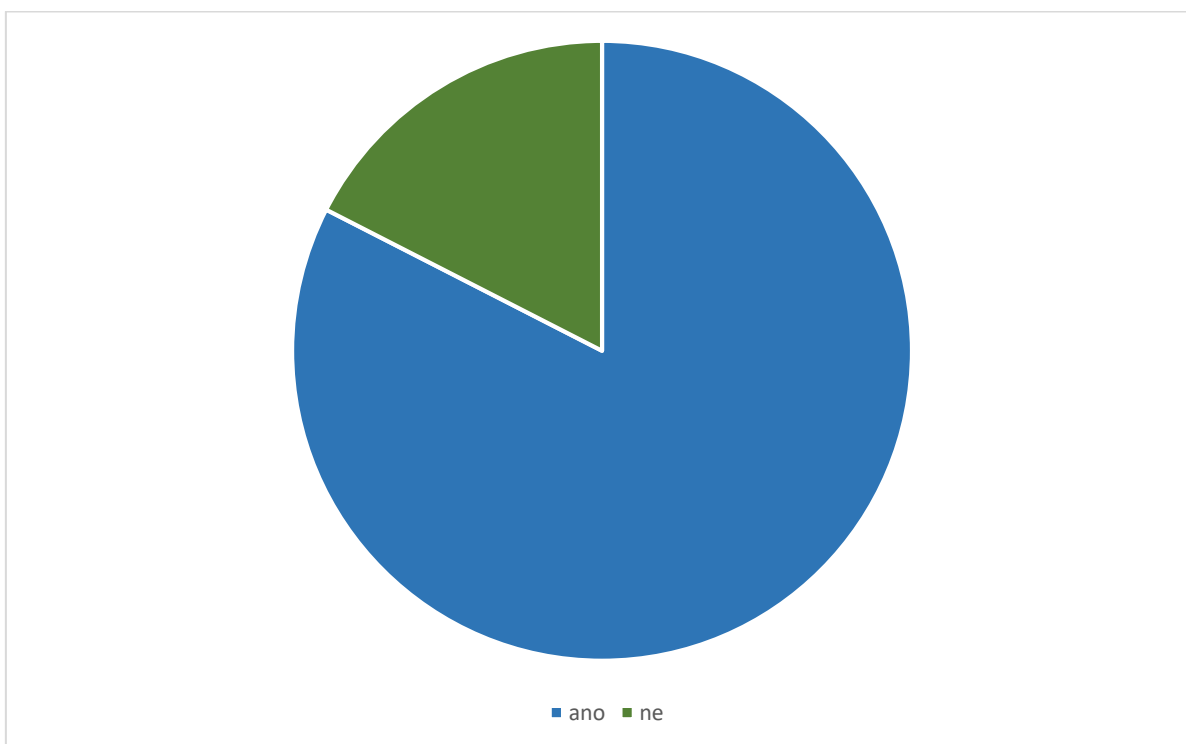
- a. ano
- b. ne

Tabulka 5: Zkušenost se smrtí

ODPOVĚĎ	POČET HLASŮ
ano	85 (83 %)
ne	18 (17 %)

Zdroj: vlastní

Graf 5: Zkušenost se smrtí



Zdroj: vlastní

V otázce č. 5 byli respondenti dotazováni, zda zažili během své praxe úmrtí pacienta. Většina respondentů úmrtí pacienta během své praxe zažila (85 respondentů, 83 %). Respondentů, kteří smrt během své praxe nezažili, bylo 18 (17 %).

Otázka č. 6: Pokud ano, jaké pocity jste cítil/a?

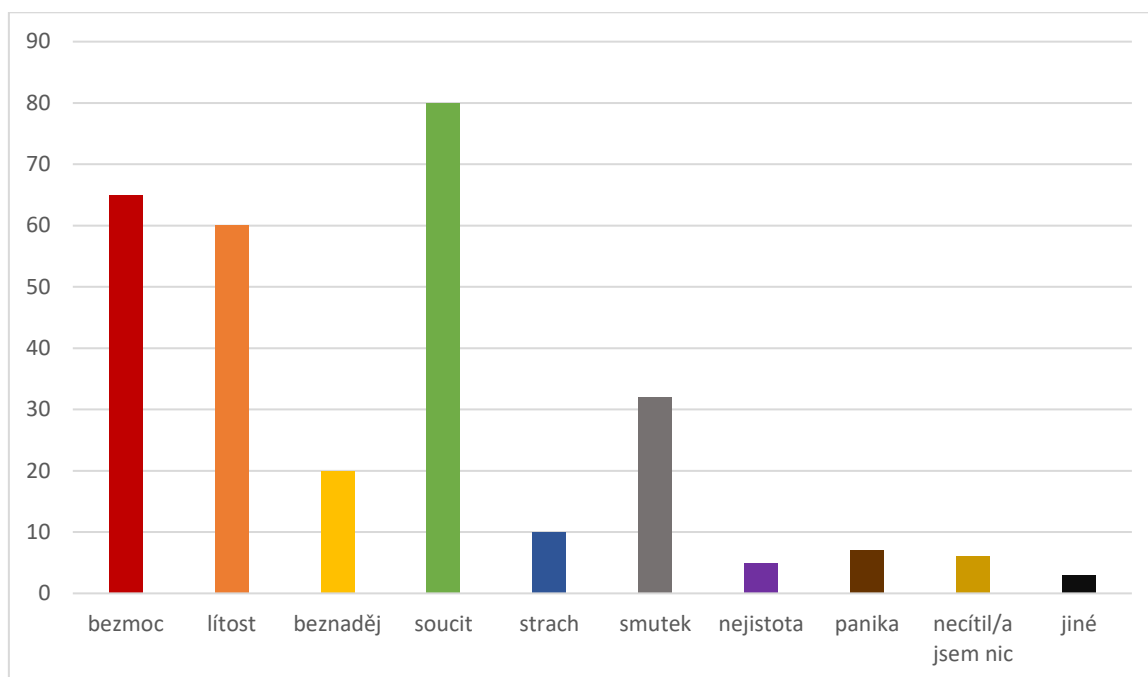
- a. bezmoc
- b. lítost
- c. beznaděj
- d. soucit
- e. strach
- f. smutek
- g. nejistota
- h. panika
- i. necítil/a jsem nic
- j. jiné: _____

Tabulka 6: Pocity

ODPOVĚĎ	POČET HLASŮ
bezmoc	65
lítost	60
beznaděj	20
soucit	80
strach	10
smutek	32
nejistota	5
panika	7
necítil/a jsem nic	6
jiné	3

Zdroj: vlastní

Graf 6: Pocity



Zdroj: vlastní

Otázka č. 6 se zaměřovala na pocity respondenta po úmrtí pacienta. Respondenti v této otázce mohli zvolit více odpovědí. Nejvíce u respondentů po smrti pacienta převládal soucit (80 hlasů), dále bezmoc (65 hlasů), lítost (60 hlasů), smutek (32 hlasů), beznaděj (20 hlasů), strach (10 hlasů) a panika (7 hlasů). Šest respondentů odpovědělo, že po úmrtí pacienta necítili nic. Odpověď „nejistota“ zaškrtnulo 5 respondentů a odpověď „jiné“ 3 respondenti.

Otázka č. 7: Co považujete za nejvíce zatěžující Vaši osobnost?

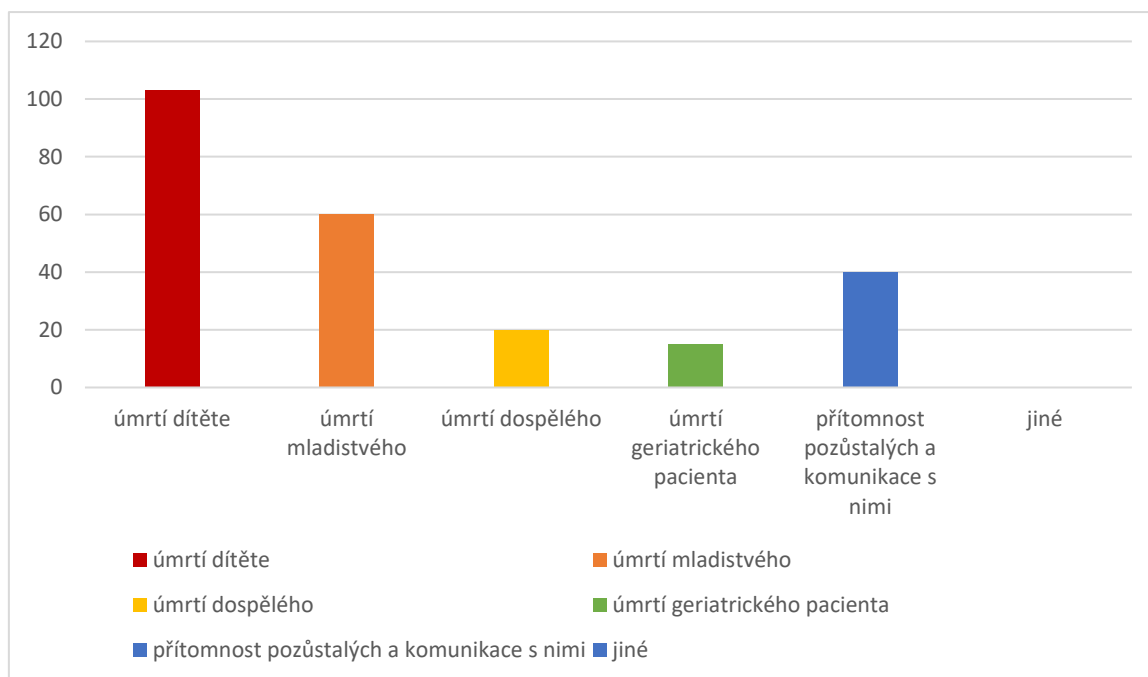
- a. úmrtí dítěte
- b. úmrtí mladistvého
- c. úmrtí dospělého
- d. úmrtí geriatrického pacienta
- e. přítomnost pozůstalých a komunikace s nimi
- f. jiné: _____

Tabulka 7: Nejvíce zatěžující moment

ODPOVĚĎ	POČET HLASŮ
úmrtí dítěte	103
úmrtí mladistvého	60
úmrtí dospělého	20
úmrtí geriatrického pacienta	15
přítomnost pozůstalých a komunikace s nimi	40
jiné	0

Zdroj: vlastní

Graf 7: Nejvíce zatěžující moment



Zdroj: vlastní

Otázka č. 7 měla za úkol zjistit, jaký moment zatěžuje respondenta nejvíce. Respondenti měli možnost zvolit více možností z odpovědí: „*úmrtí dítěte, úmrtí mladistvého, úmrtí dospělého, úmrtí geriatrického pacienta, přítomnost pozůstalých a komunikace s nimi a jiné*“. V dotazníkovém šetření bylo zjištěno, že nejvíce zatěžujícím momentem je úmrtí dítěte (103 hlasů), dále úmrtí mladistvého (60 hlasů), přítomnost pozůstalých a komunikace s nimi (40 hlasů), úmrtí dospělého (20 hlasů) a nejméně zatěžujícím momentem úmrtí geriatrického pacienta (15 hlasů).

Otázka č. 8: Je po zásahu ovlivněna Vaše psychika?

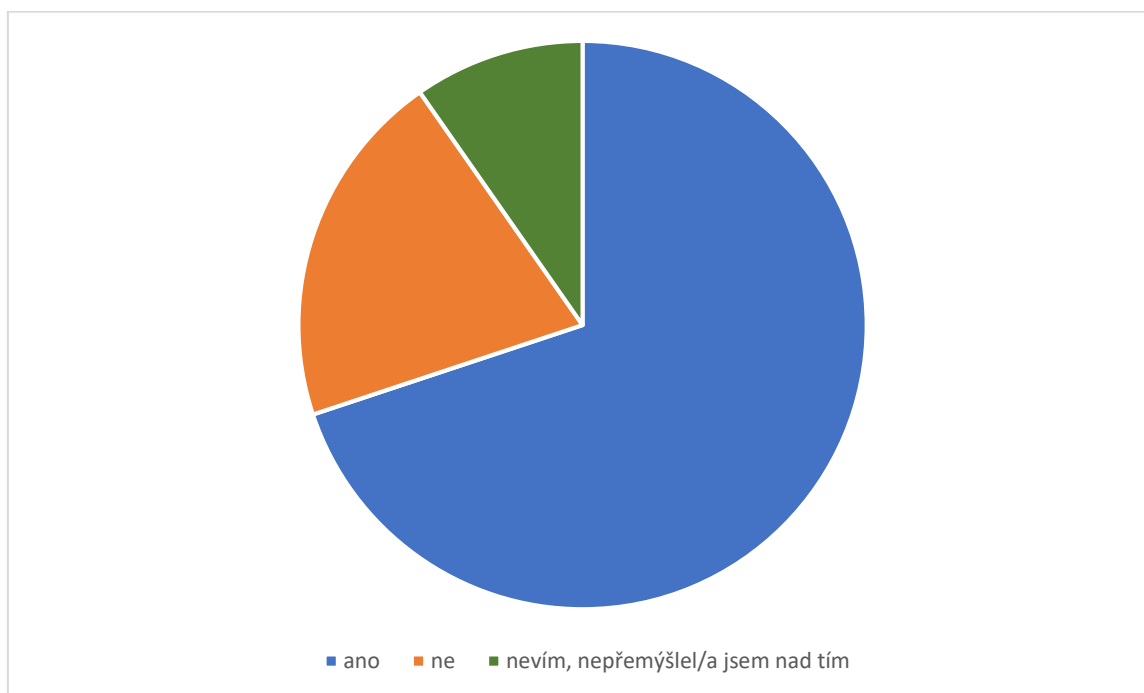
- a. ano
- b. ne
- c. nevím, nepřemýšlel/a jsem nad tím

Tabulka 8: Ovlivnění psychiky

ODPOVĚĎ	POČET HLASŮ
ano	72 (70 %)
ne	21 (20 %)
nevím, nepřemýšlel/a jsem nad tím	10 (10 %)

Zdroj: vlastní

Graf 8: Ovlivnění psychiky



Zdroj: vlastní

Otázka č. 8 se zaměřovala na psychickou stránku respondentů po úmrtí pacienta. Z odpovědí bylo zjištěno, že u 72 respondentů (70 %) je po zásahu ovlivněna jejich psychika. U 21 respondentů (20 %) psychika po zásahu ovlivněna není a zbylých 10 respondentů (10 %) odpovědělo na tuto otázku *nevím, nepřemýšlel/a jsem nad tím*.

Otázka č. 9: Vyhledal/a jste odbornou pomoc po tomto náročném zásahu?

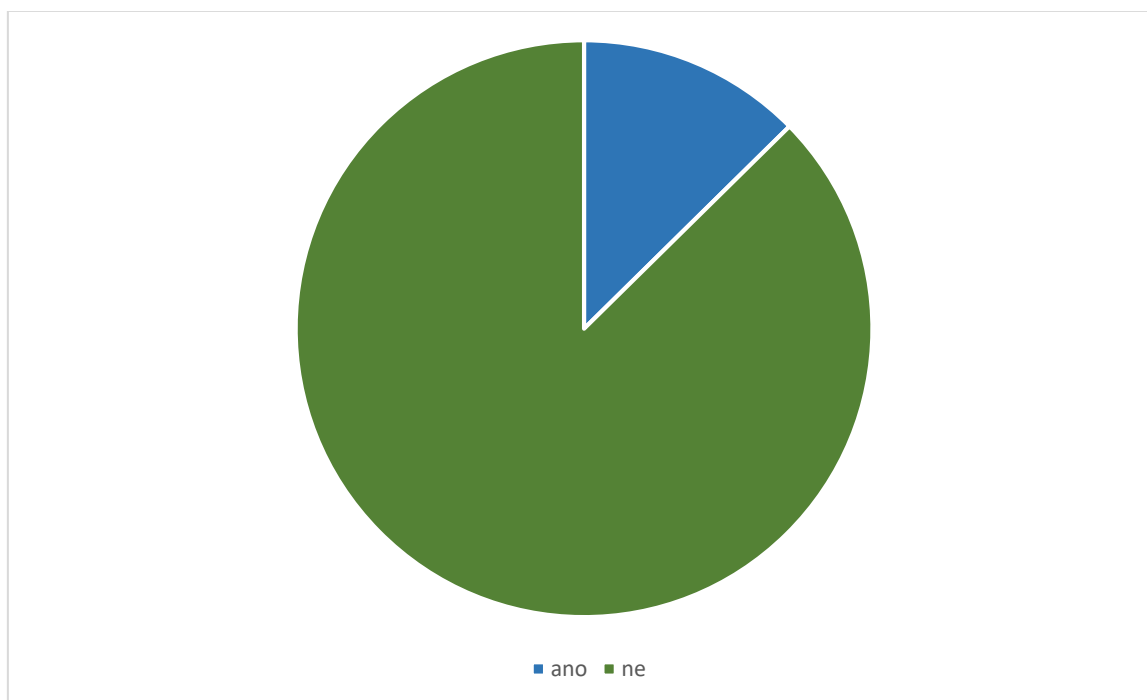
- a. ano
- b. ne

Tabulka 9: Vyhledání odborné pomoci

ODPOVĚĎ	POČET HLASŮ
ano	13 (13 %)
ne	90 (87 %)
někdy, uveďte:	0

Zdroj: vlastní

Graf 9: Vyhledání odborné pomoci



Zdroj: vlastní

V otázce č. 9 byli respondenti tázáni, zda po tak náročném zásahu vyhledali odbornou pomoc. Většina respondentů, tedy 90 (87 %), po úmrtí pacienta odbornou pomoc nevyhledala. Zbýlých 13 respondentů (13 %) po zásahu odbornou pomoc vyhledalo.

Otázka č. 10: Domníváte se, že Vám zaměstnavatel poskytuje dostatečnou psychologickou odbornou pomoc po obtížných zásazích?

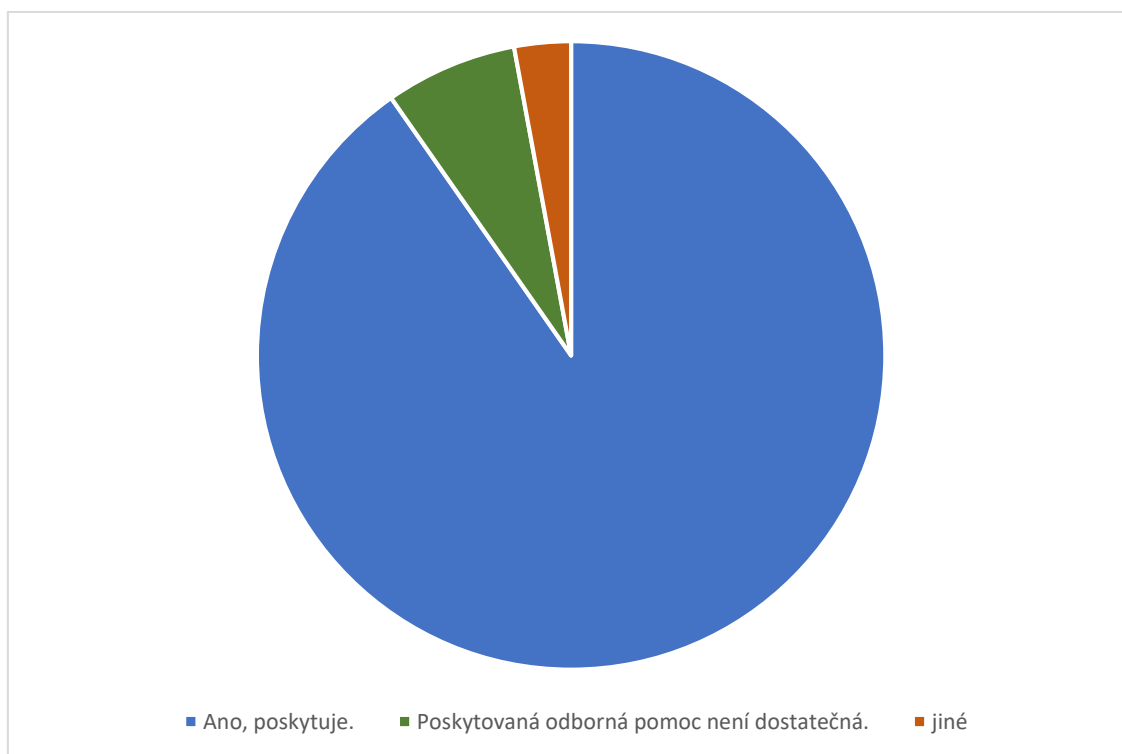
- a. Ano, poskytuje.
- b. Poskytovaná odborná pomoc není dostatečná.
- c. jiné: _____

Tabulka 10: Poskytování odborné pomoci

ODPOVĚĎ	POČET HLASŮ
Ano, poskytuje.	93 (90 %)
Poskytovaná odborná pomoc není dostatečná.	7 (7 %)
jiné	3 (3 %)

Zdroj: vlastní

Graf 10: Poskytování odborné pomoci



Zdroj: vlastní

V otázce č. 10 byli respondenti dotazováni, zda jim zaměstnavatel poskytuje dostatečnou psychologickou odbornou pomoc po obtížných zásazích. Většina respondentů,

tedy 93 z nich (90 %), odpověděla na otázku: „*Ano, poskytuje.*“, 7 respondentů (7 %) odpovědělo: „*Poskytovaná odborná pomoc není dostatečná.*“ a zbylí 3 respondenti (3 %) zaškrtnuli odpověď „*jiné*“, pod kterou uvedli, že nevědí.

Otázka č. 11: Máte možnost kdykoli tuto pomoc využít?

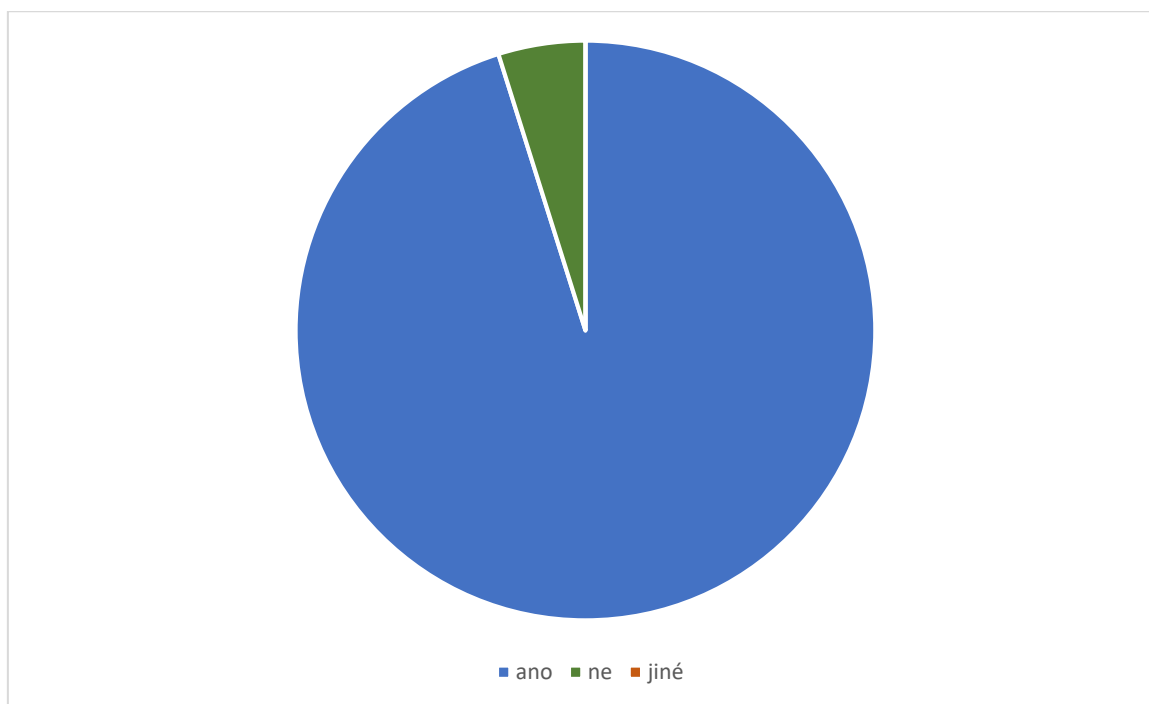
- a. ano
- b. ne
- c. jiné: _____

Tabulka 11: Možnost využití odborné pomoci

ODPOVĚĎ	POČET HLASŮ
ano	98 (95 %)
ne	5 (5 %)
jiné	0

Zdroj: vlastní

Graf 11: Možnost využití odborné pomoci



Zdroj: vlastní

Otázka č. 11 zjišťovala, zda mají respondenti možnost psychologickou odbornou pomoc kdykoli využít. V online dotazníku odpovědělo 98 respondentů (95 %) „ano“ a 5 respondentů (5 %) „ne“.

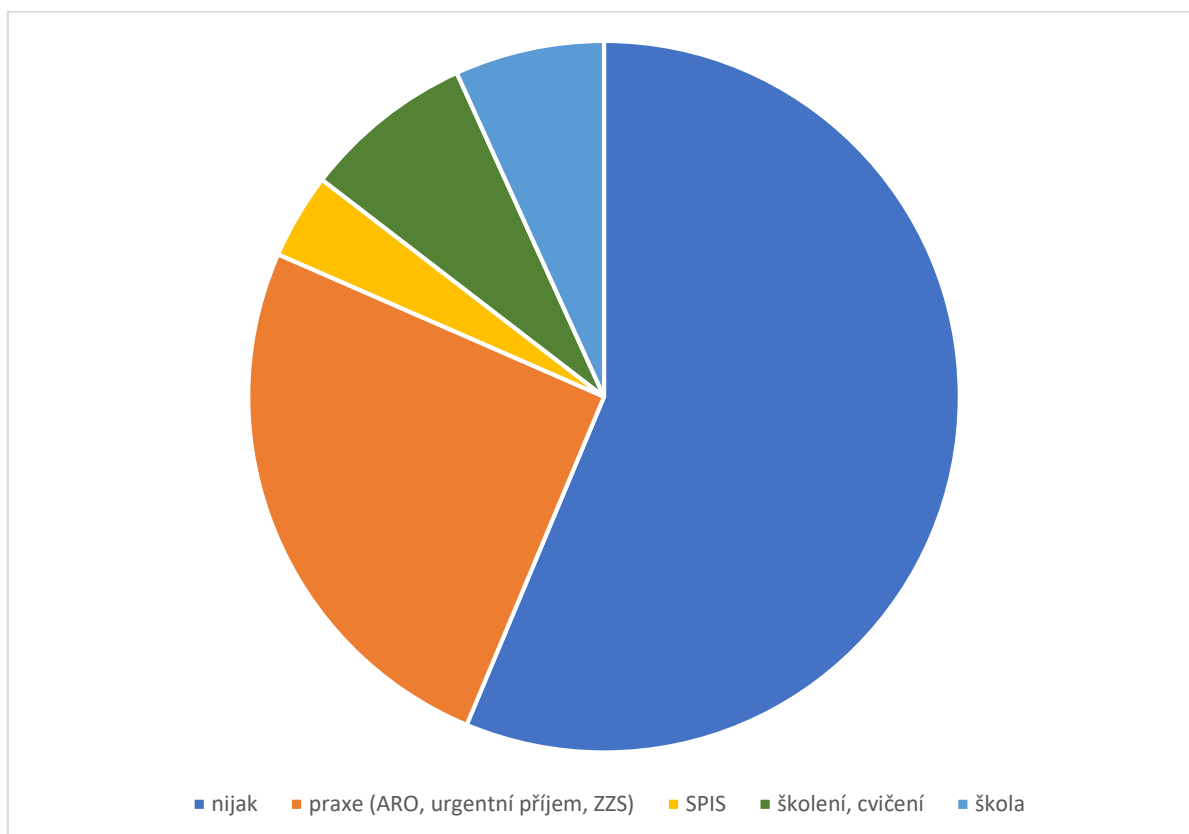
Otázka č. 12: Jak jste na zásah týkající se smrti připravován/a? (ve škole, během praxe na ZZS, ...)

Tabulka 12: Příprava na střet se smrtí

ODPOVĚĎ	POČET HLASŮ
nijak	58 (56 %)
p raxe (ARO, urgentní příjem, ZZS)	26 (25 %)
SPIS	4 (4 %)
školení, cvičení	8 (8 %)
škola	7 (7 %)

Zdroj: vlastní

Graf 12: Příprava na střet se smrtí



Zdroj: vlastní

Otevřená otázka č. 12 zjišťovala, jak jsou zdravotničtí pracovníci připravováni na střet se smrtí. Nadpoloviční většina respondentů (58 respondentů, 56 %) odpověděla, že na střet se smrtí není připravována nijak. Dále následovali respondenti, kteří odpověděli, že

jsou připravováni praxí na anesteziologicko – resuscitačním oddělení, urgentním příjmu či Zdravotnické záchranné službě (26 respondentů, 25 %). Osm respondentů (8 %) reagovalo na otázku odpovědí „školení a cvičení“, sedm respondentů (7 %) odpovědí „škola“. Čtyři respondenti (4 %) odpověděli, že jsou připravováni pomocí Systému psychosociální intervenční služby.

Otázka č. 13: Myslíte si, že Vás systém školství či poskytovatel ZZS dostatečně připravuje na tak náročnou situaci?

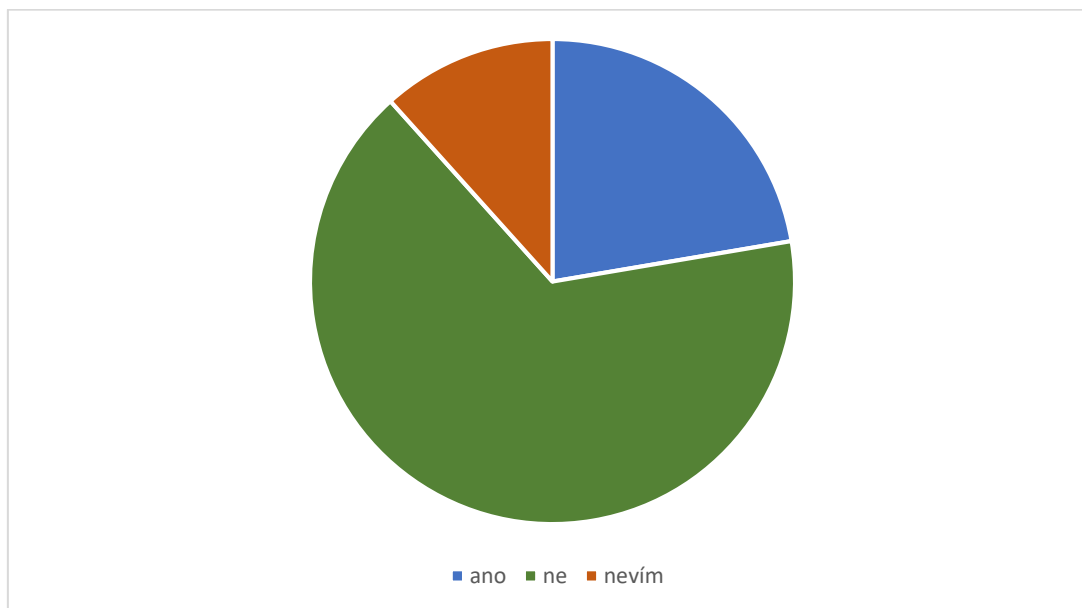
- a. ano
- b. ne
- c. nevím

Tabulka 13: Příprava respondenta na úmrtí pacienta

ODPOVĚĎ	POČET HLASŮ
ano	23 (22 %)
ne	68 (66 %)
nevím	12 (12 %)

Zdroj: vlastní

Graf 13: Příprava respondenta na úmrtí pacienta



Zdroj: vlastní

V otázce č. 13 byli respondenti dotazováni, zda je systém školství či poskytovatel ZZS dostatečně připravuje na úmrtí pacienta. Nadpoloviční většina respondentů (68 respondentů, 66 %) si nemyslí, že je systém školství či poskytovatel ZZS dostatečně připravuje na smrt pacienta. Naproti tomu 23 respondentů (22 %) si myslí, že je poskytovatelem ZZS či školou dostatečně připravována a 12 respondentů (12 %) odpovědělo na otázku „nevím“.

Otázka č. 14: Jakým způsobem se vyrovnáváte se smrtí pacienta v osobním životě?

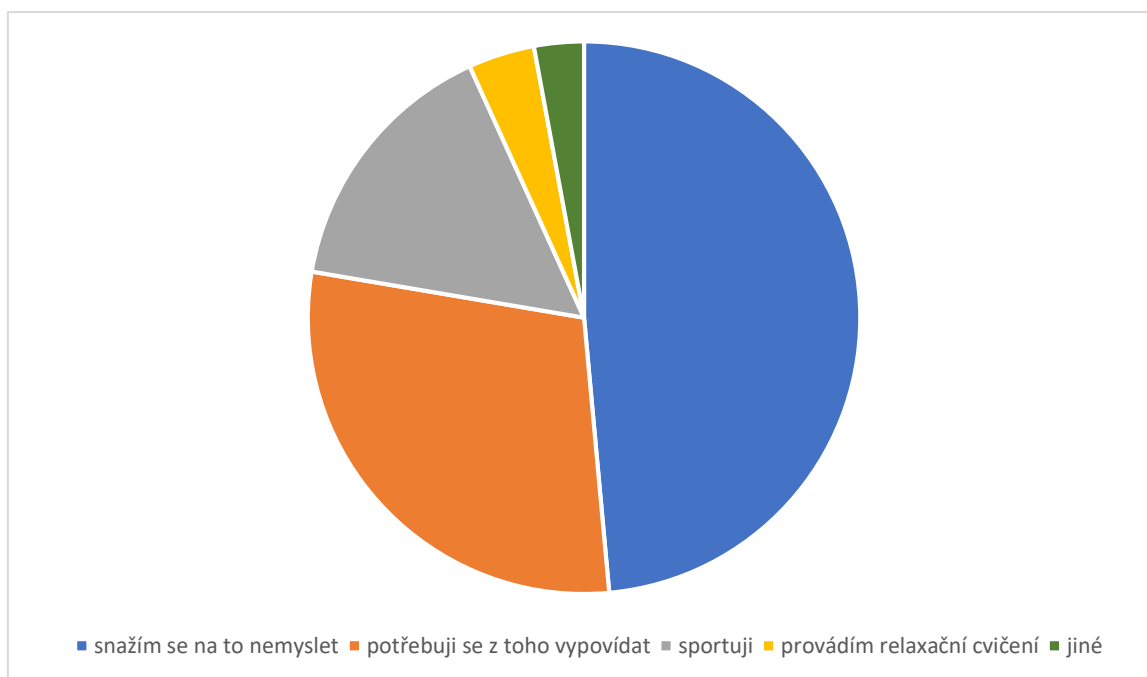
- a. snažím se na to nemyslet
- b. potřebuji se z toho vypovídat
- c. sportuji
- d. provádím relaxační cvičení
- e. jiné: _____

Tabulka 14: Způsob vyrovnání se se smrtí

ODPOVĚĎ	POČET HLASŮ
snažím se na to nemyslet	50 (49 %)
potřebuji se z toho vypovídat	30 (29 %)
sportuji	16 (16 %)
provádím relaxační cvičení	4 (4 %)
jiné	3 (3 %)

Zdroj: vlastní

Graf 14: Způsob vyrovnání se se smrtí



Zdroj: vlastní

Otázka č. 14 se zaměřovala na způsoby, jak se respondenti vyrovnávají se smrtí pacienta ve svém osobním životě. Většina respondentů (50 respondentů, 49 %) se snaží ve svém osobním životě na smrt pacienta nemyslet. Další početnou skupinu (30 respondentů, 29 %) tvořili respondenti, kteří odpověděli, že se potřebují po smrti pacienta z takového zážitku vypovídat. Poté následují skupiny respondentů, kteří se s úmrtím pacienta vyrovnávají sportem (16 respondentů, 16 %) a relaxačním cvičením (4 respondenti, 4 %). Tři respondenti (3 %) zvolili odpověď „jiné“. Dva z nich se se smrtí vyrovnávají nijak a jeden respondent provádí toulky přírodou.

Otázka č. 15: Pociťujete změnu Vašeho vnímání smrti od začátku Vaší praxe na záchranné službě do dnešního dne?

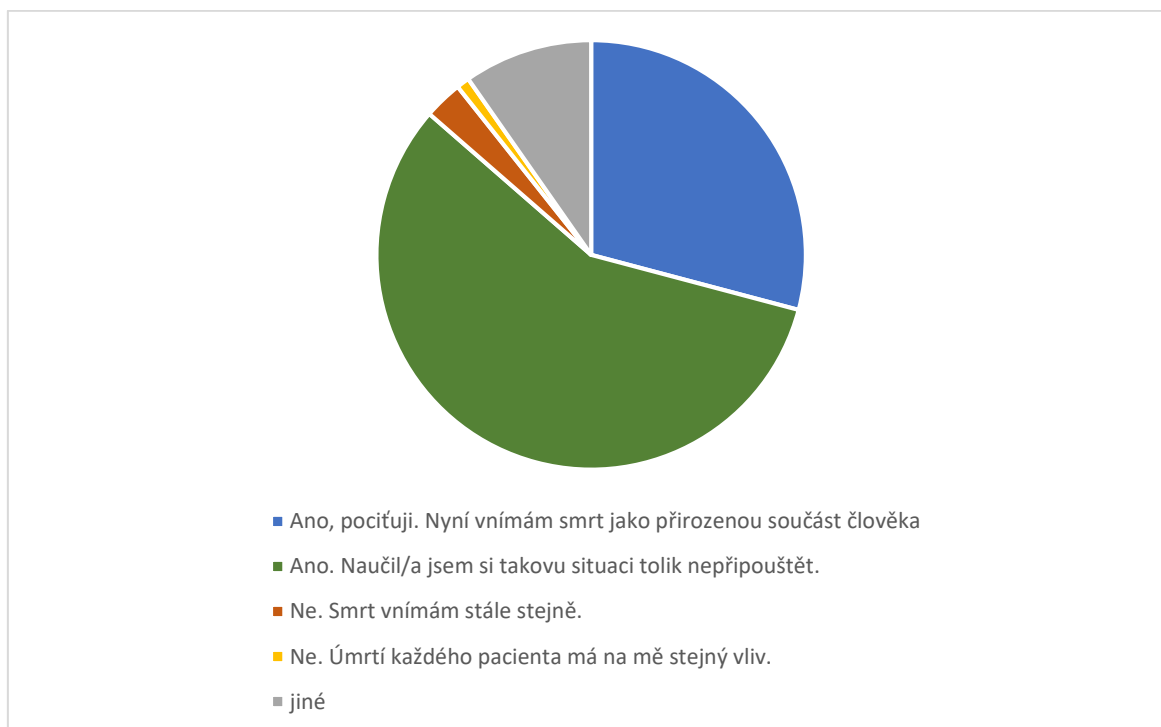
- a. Ano, pociťuji. Nyní vnímám smrt jako přirozenou součást člověka.
- b. Ano. Naučil/a jsem si takovou situaci tolik nepřipouštět.
- c. Ne. Smrt vnímám stále stejně.
- d. Ne. Úmrtí každého pacienta má na mě stejný vliv.
- e. jiné: _____

Tabulka 15: Vnímání smrti

ODPOVĚĎ	POČET HLASŮ
Ano, pociťuji. Nyní vnímám smrt jako přirozenou součást člověka.	30 (29 %)
Ano. Naučil/a jsem si takovou situaci tolik nepřipouštět.	59 (57 %)
Ne. Smrt vnímám stále stejně.	3 (3 %)
Ne. Úmrtí každého pacienta má na mě stejný vliv.	1 (1 %)
jiné	10 (10 %)

Zdroj: vlastní

Graf 15: Vnímání smrti



Zdroj: vlastní

Otázka č. 15 měla za úkol zjistit, jestli se změnilo vnímání smrti respondenta od začátku jeho výkonu praxe na ZZS do dnešního dne. Nadpoloviční většina respondentů (59 respondentů, 57 %) si smrt už tolik nepřipouští. Třicet respondentů (29 %) nyní vnímá smrt jako přirozenou součást člověka. Deset respondentů (10 %) zvolilo odpověď „jiné“, ve které většinou uvedli, že je to individuální, záleží na okolnostech a věku pacienta. Další soubor tvořili respondenti, kteří vnímají smrt stále stejně (3 respondenti, 3 %) a poté jeden respondent (1 %) zaškrtl odpověď „*Ne. Úmrtí každého pacienta má na mě stejný vliv.*“.

9 DISKUZE

Cílem výzkumného dotazníkového šetření této bakalářské práce na téma „Umírání a smrt v přednemocniční neodkladné péči“ bylo především zjistit, jak působí smrt pacienta na psychickou stránku zdravotnického pracovníka.

V praktické části bylo použito kvantitativního výzkumu formou online dotazníku vytvořeného na internetovém serveru www.surveo.cz. Sběr dat probíhal od 28. 2. do 19. 3. 2019 na Zdravotnické záchranné službě Plzeňského kraje a Zdravotnické záchranné službě Karlovarského kraje. Dotazníkového šetření se celkem zúčastnilo 103 respondentů.

V práci byly stanoveny 4 cíle a 4 předpoklady týkající se nejvíce zatěžujícího momentu při úmrtí pacienta, vyhledání odborné pomoci po zásahu, postoje k vnímání smrti a oprostění se od úmrtí pacienta v osobním životě zdravotnického pracovníka.

Výzkumného šetření se zúčastnilo 103 respondentů (100 %), přičemž bylo 32 mužů (31 %) a 71 žen (69 %).

Otázka č. 2 zjišťovala věk respondenta. Nejvíce respondentů bylo z věkové skupiny 20 až 29 let (33 %). Z otázky č. 3 vyplývá, že většina respondentů vykonávala praxi více než 15 let (34 %).

Dotazníkového šetření se zúčastnilo 55 zdravotnických záchranářů (53 %), 20 všeobecných sester se specializací pro intenzivní péči (19 %), 13 řidičů (13 %), 10 lékařů (10 %) a 5 řidičů – záchranářů (5 %).

Většina respondentů, tedy 85 z nich (83 %), zažila během své praxe úmrtí pacienta. Jen 18 respondentů (17 %) během svého výkonu praxe úmrtí pacienta nezažilo. Z otázky č. 6 vyplývá, že nejčastějšími pocity po úmrtí pacienta u zdravotnického pracovníka jsou soucit, bezmoc, lítost a smutek. Tento výsledek se shoduje s Andršovou (2012), která uvádí, že střet se smrtí může vyvolat pocit strachu, úzkosti a také pocit ohrožení vlastního života. Dále Andršová (2012) dodává, že konfrontace se smrtí dítěte či profesního kolegy může vyvolat posttraumatickou stresovou poruchu a v takovém případě je vhodné využít psychologickou odbornou pomoc.

V otázce č. 7 jsme se zabývali nejvíce zatěžujícím momentem úmrtí. Bylo zjištěno, že nejvíce zatěžujícím momentem je úmrtí dítěte. Tuto odpověď zvolilo všech

103 respondentů (100 %). Tímto byl potvrzen **předpoklad 1: Předpokládám, že nejvíce zatěžujícím momentem je úmrtí dítěte** a naplněn **cíl 1: Zjistit nejvíce zatěžující moment při úmrtí pacienta v PNP**. Další nejčastěji zvolenou odpovědí bylo „úmrtí mladistvého“. Tuto odpověď zvolilo 60 respondentů. Nejméně volenou odpovědí bylo „úmrtí geriatrického pacienta“. Tato odpověď byla totiž zvolena pouze 15 respondenty. Toto poměrové rozložení odpovědí je dle našeho názoru dáno tím, že si většina lidí spojuje smrt se stářím. Proto je o dost těžší vyrovnat se s úmrtím dítěte či mladistvého.

Otázka č. 8 se zabývala ovlivněním psychiky po zásahu. Naprostá většina respondentů (70 %) uvedla, že po zásahu je jejich psychika ovlivněna. To potvrzuje i Haškovcová (2007), která uvádí, že poskytování neodkladné péče umírajícím lidem vede k fyzické, ale zejména psychické zátěži. U 21 respondentů (20 %) psychika po zásahu ovlivněna není. Je zajímavé, že 10 respondentů (10 %) zaškrtno odpověď „nevím, nepřemýšlel/a jsem nad tím“.

V otázce č. 9 jsme zjišťovali, zda respondenti po náročném zásahu jako je úmrtí pacienta vyhledali odbornou pomoc. Vyhodnocením této otázky jsme zjistili, že většina respondentů (87 %) po zásahu odbornou pomoc nevyhledala. Tímto byl tedy vyvrácen **předpoklad 2: Předpokládám, že respondenti většinou odbornou pomoc po úmrtí pacienta vyhledali**. Vyhodnocením této otázky byl také naplněn **cíl 2: Zjistit, zda respondenti vyhledali po úmrtí pacienta odbornou pomoc**.

V otázce č. 10 měli respondenti rozhodnout, zda se domnívají, že jim zaměstnavatel poskytuje dostatečnou psychologickou odbornou pomoc po obtížných zásazích. Absolutní většina respondentů (90 %) uvedla, že poskytovaná psychologická odborná pomoc je dostatečná. Tři respondenti zvolili odpověď „jiné“, pod kterou uvedli, že nevědí.

Na otázku č. 10 navazovala otázka č. 11, která zjišťovala, zda mají respondenti možnost tuto pomoc kdykoli využít. U této otázky také většina respondentů (95 %) zvolila odpověď „ano“. Jen 5 respondentů (5 %) zvolilo odpověď „ne“.

Stěžejní otázkou dotazníku byla otevřená otázka č. 12, ve které měli respondenti napsat, jak jsou na zásah spojený se smrtí pacienta připravováni. Většina respondentů (56 %) napsala, že na střet se smrtí nejsou nijak připravováni. Další nejčastější odpovědí bylo vykonávání praxe na anesteziologicko – resuscitačním oddělení, urgentním příjmu a Zdravotnické záchranné službě (25 %).

Z odpovědí u otázky č. 13 plyne, že nejsou zdravotničtí pracovníci dostatečně připravováni na tak náročnou situaci jako je smrt pacienta.

V otázce č. 14 měli respondenti rozhodnout, jak se odprošťují od smrti pacienta ve svém osobním životě. Většina z nich odpověděla, že se se smrtí pacienta vyrovnávají především tím, že se na to snaží nemyslet. Tímto byl vyvrácen **předpoklad 4: Předpokládám, že se respondenti odprošťují od smrti pacienta především sportem.** Dále poměrně velká skupina respondentů tvrdila, že se z úmrtí pacienta musí vypovídat. Vyhodnocením této otázky byl naplněn **cíl 4: Zjistit, jak se respondenti odprošťují od smrti pacienta ve svém osobním životě.**

Vyhodnocením otázky č. 15 bylo zjištěno, že se postoj k vnímání smrti během vykonávání praxe mění. Většina respondentů totiž zvolila u otázky č. 15 odpověď „*Ano. Naučil/a jsem si takovou situaci tolik nepřipouštět.*“. Tímto byl potvrzen **předpoklad 3: Předpokládám, že se postoj k vnímání smrti respondentů během jejich vykonávání praxe mění.** Vyhodnocením této otázky byl naplněn **cíl 3: Zjistit, zda se během vykonávání praxe mění postoj k vnímání smrti pacienta.**

Domníváme se, že se postoj zdravotnických pracovníků ke smrti a umírání liší od postoje laické veřejnosti.

Může to být zapříčiněno tím, že se zdravotnický pracovník setkává se smrtí častěji a je součástí jeho profese. Člověk s nezdravotnickým povoláním se s umíráním a smrtí zdaleka nese setkává tak často jako zdravotnický záchranář. To může být zapříčiněno také tím, že v dnešní době lidé umírají doma zcela výjimečně. Jak uvádí Andršová (2012), pozůstalí se se smrtí setkávají jen jednou či několikrát za život. Navíc jsou ovlivněni silnými emocemi, protože se jedná o jejich blízké.

Dle Baštecké (2005) mají zdravotničtí záchranáři velkou potřebu obětování se a pomáhání jedinci v jeho těžké a krizové životní situaci, a to bez zřetele na vlastní nepohodlí a potřeby.

ZÁVĚR

Umírání a smrt jsou témata, která jsou v dnešní době aktuální. Různé kultury vnímají smrt odlišně. U nás je však stále ještě tabuizována. Lidé se o těchto tématech nechtějí bavit. Důvodem je především jejich strach a obavy ze smrti, a tedy konce jejich vlastní existence. Dalším důvodem může být samotné umírání, které si většina z nich spojuje s bolestí. Smrt bychom však měli vnímat jako jedinou jistotu, která nás nemine.

S rozvojem medicíny přišla zásadní změna názoru na smrt a umírání. Místo pokory a smíření se s nevyhnutelným je pro medicínu připodobňována smrt prohře boje s přírodou.

Spousta lidí v dnešní době přisuzuje smrt svých blízkých lékařům. Myslí si, že smrt je něco, za co musí být někdo odpovědný.

Zdravotnický záchranář se se smrtí může setkat zcela běžně. Zkušenost se smrtí pacienta může na jeho psychickou stránku působit negativně. Proto je vždy v případech, kdy záchranář pociťuje ovlivnění jeho psychiky, vhodné, aby vyhledal odbornou pomoc. Má možnost využít kolegiální psychickou pomoc od tzv. peera, který má podobné zkušenosti a zážitky. Tato služba odborné pomoci je rozšířena především na Zdravotnickým záchranných službách. Oproti tomu v nemocničních zařízeních není ještě zatím tolik využívána.

Tato bakalářská práce se zabývá problematikou umírání a smrti v přednemocniční neodkladné péči. Věnuje se především definici pojmů souvisejících se smrtí a působením smrti a podobných stejně zatěžujících okamžiků na psychiku zdravotnického záchranáře. Dále řeší zásady komunikace s pozůstalými.

V praktické části byly zvoleny čtyři cíle a čtyři předpoklady. Tyto předpoklady byly v rámci diskuze potvrzeny či vyvráceny. Prvním cílem bylo zjistit nejvíce zatěžující moment při úmrtí pacienta v PNP. Druhým cílem bylo zjistit, zda respondenti vyhledali po úmrtí pacienta odbornou pomoc. Třetím cílem bylo zjistit, zda se během vykonávání praxe mění postoj k vnímání smrti pacienta. Posledním, a tedy čtvrtým cílem bylo zjistit, jak se respondenti odprošťují od smrti pacienta ve svém osobním životě.

Absolvováním odborných praxí na zdravotnické záchranné službě a v nemocničním zařízení jsem začala vnímat umírání a smrt zcela odlišně. Uvědomila jsem si, že smrt patří

k životu a že by se o ní mělo mluvit. Také jsem zjistila, že je opravdu důležité chápat obavy a strach umírajícího pacienta a jak moc je podstatná přítomnost rodiny, ale také zdravotnických pracovníků.

Výstupem této bakalářské práce bude článek vypracovaný z výzkumných šetření, který bychom chtěli uveřejnit v odborném zdravotnickém periodiku.

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

ADAM, Zdeněk, VORLÍČEK, Jiří a Yvona POSPÍŠILOVÁ, ed. *Paliativní medicína*. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-0279-7.

ANDRŠOVÁ, Alena. *Psychologie a komunikace pro záchranáře: v praxi*. Praha: Grada, 2012. Sestra (Grada). ISBN 9788024741192.

BÁRTLOVÁ, Sylva. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. Vyd. 6., přeprac. Brno: Grada Publishing a.s., 2005. ISBN 8024711974.

BAŠTECKÁ, Bohumila. *Terénní krizová práce: psychosociální intervenční týmy*. Praha: Grada, 2005. Psyché (Grada). ISBN 802470708x.

BUŽGOVÁ, Radka. *Paliativní péče ve zdravotnických zařízeních: potřeby, hodnocení, kvalita života*. Praha: Grada, 2015. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-5402-4.

BYDŽOVSKÝ, Jan. *Akutní stavy v kontextu*. Praha: Triton, 2008. ISBN 9788072548156.

BYDŽOVSKÝ, Jan. *Tabulky pro medicínu prvního kontaktu: záchranná služba, praktický lékař, lékařská služba první pomoci, urgentní příjem*. Praha: Triton, 2010. Lékařské repertorium. ISBN 9788073873516.

CATANESE, Charles A, ed. *Color atlas of forensic medicine and pathology*. Boca Raton: CRC Press, c2009. ISBN 978-1-4200-4322-8.

ČESKO. Vyhláška č. 55 ze dne 1. března 2011 o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. In: Sběrka zákonů České republiky. 2011, částka 20, s. 482-543. Dostupná také z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-55>

ČESKO. Vyhláška č. 391 ze dne 16. listopadu 2017, kterou se mění vyhláška č. 55 ze dne 1. března 2011 o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků.

In: Sbíрка zákonů České republiky. 2011, částka 137, s. 4360-4375. Dostupná také z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2017-391>

ČESKO. Zákon č. 374 ze dne 6. listopadu 2011 o zdravotnické záchranné službě. In: Sbíрка zákonů České republiky. 2011, částka 131, s. 4839-4848. Dostupný také z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-374>

DOLEŽAL, Jan, Pavel MÁCHAL a Branislav LACKO. *Projektový management podle IPMA*. 2., aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2012. Expert (Grada). ISBN 9788024742755.

DRÁBKOVÁ, Jarmila. *Akutní stavy v první linii*. Praha: Grada, 1997. ISBN 8071692387.

GÉRINGOVÁ, Jitka. *Pomáhající profese: tvořivé zacházení s odvrácenou stranou*. Praha: Triton, 2011. Psyché (Triton). ISBN 9788073873943.

HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Thanatologie: nauka o umírání a smrti*. 2., přeprac. vyd. Praha: Galén, c2007. ISBN 9788072624713.

HEGYI, Ladislav. *Výbrané kapitoly zo sociálnej gerontológie a geriatricie*. Bratislava: IVZ, 1996. Učebné texty pre štúdium MPH. ISBN 8071630055.

HRUŠKOVÁ, Zuzana a Bedřich BAČOVSKÝ. *Péče o pozůstalé při náhlém úmrtí: doporučené intervence zejména pro členy záchranných složek*. Praha: Dlouhá cesta, 2015. ISBN 9788026087755.

HUMPL, Lukáš. SPIS – Systém Psychosociální Intervenční Služby [online]. 2018 [cit. 2018-08-16]. Dostupné z: <https://spis.cz>

Jak správně postupovat při vyplňování Listu o prohlídce mrtvého (LPM): stručný průvodce : seznámení s MKN-10 a jejím použitím, vyplňování příčin smrti na LPM. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky, 2006. ISBN 80-7280-637-8.

JANKOVSKÝ, Jiří. *Etika pro pomáhající profese. 2.*, aktualizované a doplněné vydání. Praha: Stanislav Juhaňák - Triton, 2018. ISBN 9788075534149.

KALLWASS, Angelika. *Syndrom vyhoření v práci a v osobním životě*. Praha: Portál, 2007. ISBN 9788073672997.

KELNAROVÁ, Jarmila. *Tanatologie v ošetrovatelství*. Brno: Littera, 2007. ISBN 9788085763362.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Sestra a stres: příručka pro duševní pohodu*. Praha: Grada, 2010. Sestra (Grada). ISBN 9788024731490.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Sestra a stres: příručka pro duševní pohodu*. Praha: Grada, 2010. Sestra (Grada). ISBN 9788024731490.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Sestra a stres: příručka pro duševní pohodu*. Praha: Grada, 2010. Sestra (Grada). ISBN 9788024731490.

KÜBLER-ROSS, Elisabeth. *O smrti a umírání: co by se lidé měli naučit od umírajících*. Přeložil Jiří KRÁLOVEC. Praha: Portál, 2015. ISBN 9788026209119.

KUTNOHORSKÁ, Jana. *Etika v ošetrovatelství*. Praha: Grada, 2007. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2069-2.

LEONHARDT, Jörg a Joachim VOGT. *Critical incident stress management in aviation*. Burlington, VT: Ashgate, c2006. ISBN 9780754647386.

MAROON, Istifan. *Syndrom vyhoření u sociálních pracovníků: teorie, praxe, kazuistiky*. Praha: Portál, 2012. ISBN 9788026201809.

MATOUŠKOVÁ, Ingrid. *Aplikovaná forenzní psychologie*. Praha: Grada, 2013. Psyché (Grada). ISBN 9788024745800.

MLČÁK, Zdeněk. *Emergentní psychologie a krizová intervence*. Vyd. 2. Ostrava:

Ostravská univerzita v Ostravě, 2011. ISBN 9788073689506.

MUNZAROVÁ, Marta. *Eutanazie, nebo paliativní péče?*. Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-1025-0.

PLAMÍNEK, Jiří. *Sebepoznání, sebeřízení a stres: praktický atlas sebezvládnání*. 2., aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2008. Manažer. ISBN 9788024725932.

POKORNÝ, Jiří. *Lékařská první pomoc*. Praha: Galén, 2003. ISBN 8072622145.

POKORNÝ, Jiří. *Urgentní medicína*. Praha: Galén, c2004. ISBN 80-7262-259-5.

PRAHLOW, Joseph. *Forensic pathology for police, death investigators, attorneys, and forensic scientists*. New York: Springer, 2010. ISBN 978-1-58829-975-8.

PTÁČEK, Radek a Petr BARTŮNĚK. *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada, c2011. Edice celoživotního vzdělávání ČLK. ISBN 9788024739762.

REMEŠ, Roman a Silvia TRNOVSKÁ. *Praktická příručka přednemocniční urgentní medicíny*. Praha: Grada, 2013. ISBN 9788024745305.

STOCK, Christian. *Syndrom vyhoření a jak jej zvládnout*. Praha: Grada, 2010. Poradce pro praxi. ISBN 9788024735535.

ŠEBLOVÁ, Jana. Critical Incident Stress Management. *Urgentní medicína* 2004, č. 1, s. 37-38. ISSN 1212-1924.

ŠPATENKOVÁ, Naděžda. *Krize a krizová intervence*. Praha: Grada, 2017. Psyché (Grada). ISBN 9788024753270.

ŠPATENKOVÁ, Naděžda. *Krizová intervence pro praxi*. 2., aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2011. Psyché (Grada). ISBN 9788024726243.

ŠPATENKOVÁ, Naděžda. *O posledních věcech člověka: vybrané kapitoly z thanatologie*. Praha: Galén, c2014. ISBN 9788074921384.

ŠPATENKOVÁ, Naděžda. *Poradenství pro pozůstalé*. Praha: Grada, 2008. ISBN 9788024717401.

ŠPATENKOVÁ, Naděžda. *Poradenství pro pozůstalé: principy, proces, metody*. 2., aktualiz. a dopl. vyd. Ilustroval Jitka ŘENČOVÁ. Praha: Grada, 2013. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-3736-2.

ŠTEFAN, Jiří a Jan MACH. *Soudně lékařská a medicínsko-právní problematika v praxi*. Praha: Grada, 2005. ISBN 8024709317.

TUČEK, David. *Projekt KORONER v rámci České republiky*. TEMPUS MEDICORUM. 2016, roč. 25, č. 9, s.21. ISSN 1214-7524.

VENGLÁŘOVÁ, Martina. *Sestry v nouzi: syndrom vyhoření, mobbing, bossing*. Praha: Grada, 2011. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3174-2.

VODÁČKOVÁ, Daniela. *Krizová intervence: [krize v životě člověka : formy krizové pomoci a služeb]*. Praha: Portál, 2002. ISBN 8071786969.

VYMĚTAL, Jan. *Speciální psychoterapie*. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2007. Psyché (Grada). ISBN 9788024713151.

VYMĚTAL, Štěpán. *Krizová komunikace a komunikace rizika*. Praha: Grada, 2009. Psyché (Grada). ISBN 9788024725109.

ZACHAROVÁ, Eva a Jitka ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ. *Základy psychologie pro zdravotnické obory*. Praha: Grada, 2011. Sestra (Grada). ISBN 9788024740621

ZACHAROVÁ, Eva. *Zdravotnická psychologie: teorie a praktická cvičení*. 2., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2017. Sestra (Grada). ISBN 978-80-271-0155-9.

SEZNAM ZKRATEK

ARO	anesteziologicko – resuscitační oddělení
CISM	Critical Incident Stress Management
ČSÚ	Český statistický úřad
HZS	Hasičský záchranný sbor
IZS	Integrovaný záchranný systém
LSPP	Lékařská služba první pomoci
LZS	letecká záchranná služba
MKN	Mezinárodní klasifikace nemocí
PČR	Policie České republiky
PIT	psychointervenční tým
PNP	přednemocniční neodkladná péče
RLP	rychlá lékařská pomoc
RV	rendes vous (setkávací systém)
RZP	rychlá zdravotnická pomoc
SPIS	Systém psychosociální intervenční služby
WHO	Světová zdravotnická organizace

ZOS Zdravotnické operační středisko

ZZS Zdravotnická záchranná služba

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1: Pohlaví respondenta

Tabulka 2: Věk respondenta

Tabulka 3: Délka výkonu praxe na ZZS

Tabulka 4: Pracovní zařazení ve výjezdové skupině

Tabulka 5: Zkušenost se smrtí

Tabulka 6: Pocity

Tabulka 7: Nejvíce zatěžující moment

Tabulka 8: Ovlivnění psychiky

Tabulka 9: Vyhledání odborné pomoci

Tabulka 10: Poskytování odborné pomoci

Tabulka 11: Možnost využití odborné pomoci

Tabulka 12: Příprava na střet se smrtí

Tabulka 13: Příprava respondenta na úmrtí pacienta

Tabulka 14: Způsob vyrovnávání se smrtí

Tabulka 15: Vnímání smrti

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1: Pohlaví respondenta

Graf 2: Věk respondenta 2

Graf 3: Délka výkonu praxe na ZZS

Graf 4: Pracovní zařazení ve výjezdové skupině

Graf 5: Zkušenost se smrtí

Graf 6: Pocity

Graf 7: Nejvíce zatěžující moment

Graf 8: Ovlivnění psychiky

Graf 9: Vyhledání odborné pomoci

Graf 10: Poskytování odborné pomoci

Graf 11: Možnost využití odborné pomoci

Graf 12: Příprava na střet se smrtí

Graf 13: Příprava respondenta na úmrtí pacienta

Graf 14: Způsob vyrovnávání se smrtí

Graf 15: Vnímání smrti

SEZNAM PŘÍLOH

PŘÍLOHA A: Charta umírajících

PŘÍLOHA B: Činnosti zdravotnické záchranné služby

PŘÍLOHA C: Kompetence zdravotnického záchranáře bez odborného dohledu a bez indikace, bez odborného dohledu na základě indikace lékaře

PŘÍLOHA D: Vymezení práce složek IZS

PŘÍLOHA E: Znamky smrti

PŘÍLOHA F: Dotazník

PŘÍLOHA G: Žádost o povolení sběru dat na ZZS Pk

PŘÍLOHA H: Žádost o povolení sběru dat na ZZS KVK

PŘÍLOHA A: Charta umírajících

Haškovcová (2007) zdůrazňuje ve své knize „*Thanatologie: nauka o umírání a smrti*“ práva z americké Charty umírajících:

- Mám právo na to, aby se se mnou až do smrti zacházelo jako s lidskou bytostí.
- Mám právo na naději, a nezáleží na tom, že se mění moje životní perspektiva.
- Mám právo vyjádřit své pocity a emoce týkající se blízké smrti.
- Mám právo podílet se na rozhodnutích týkajících se péče o mě.
- Mám právo na stálou zdravotnickou péči, přestože se cíl uzdravení mé nemoci mění na zachování pohodlí a kvality života.
- Mám právo zemřít neopuštěn.
- Mám právo být ušetřen bolesti.
- Mám právo na poctivé odpovědi na své otázky.
- Mám právo nebýt klamán.
- Mám právo na pomoc rodiny a na pomoc pro rodinu v souvislosti s přijetím mé smrti.
- Mám právo zemřít v klidu a důstojně.
- Mám právo uchovat si svou individualitu a mám právo na laskavé pochopení svých rozhodnutí a názorů.
- Mám právo být ošetřován pozornými, citlivými a zkušenými lidmi, kteří se pokusí porozumět mým potřebám a kteří budou prožívat zadostiučinění z toho, že mi budou pomáhat tváří v tvář smrti. (Haškovcová, 2007, s. 42)

PŘÍLOHA B: Činnosti zdravotnické záchranné služby

Ze zákona č. 374/2011 Sb., o zdravotnické záchranné službě, ve znění pozdějších předpisů, vyplývají tyto činnosti:

- a) nepřetržitý kvalifikovaný bezodkladný příjem volání na národní číslo tísňového volání 155 a výzev předaných operačním střediskem jiné základní složky integrovaného záchranného systému (dále jen „tísňové volání“) operátorem zdravotnického operačního střediska nebo pomocného operačního střediska;
- b) vyhodnocování stupně naléhavosti tísňového volání, rozhodování o nejvhodnějším okamžitém řešení tísňové výzvy podle zdravotního stavu pacienta, rozhodování o vyslání výjezdové skupiny, rozhodování o přesměrování výjezdové skupiny a operační řízení výjezdových skupin;
- c) řízení a organizace přednemocniční neodkladné péče na místě události a spolupráce s velitelem zásahu složek integrovaného záchranného systému;
- d) spolupráce s cílovým poskytovatelem akutní lůžkové péče;
- e) poskytování instrukcí k zajištění první pomoci prostřednictvím sítě elektronických komunikací v případě, že je nezbytné poskytnout první pomoc do příjezdu výjezdové skupiny na místo události;
- f) vyšetření pacienta a poskytnutí zdravotní péče, včetně případných neodkladných výkonů k záchraně života, provedené na místě události, které směřují k obnovení nebo stabilizaci základních životních funkcí pacienta;
- g) soustavná zdravotní péče a nepřetržité sledování ukazatelů základních životních funkcí pacienta během jeho přepravy k cílovému poskytovateli akutní lůžkové péče, a to až do okamžiku osobního předání pacienta zdravotnickému pracovníkovi cílového poskytovatele akutní lůžkové péče;
- h) přeprava pacienta letadlem mezi poskytovateli akutní lůžkové péče za podmínek soustavného poskytování neodkladné péče během přepravy, hrozí-li nebezpečí z prodlení a nelze-li přepravu zajistit jinak;
- i) přeprava tkání a orgánů k transplantaci letadlem, hrozí-li nebezpečí z prodlení a nelze-li přepravu zajistit jinak;

- j) třídění osob postižených na zdraví podle odborných hledisek urgentní medicíny při hromadném postižení osob v důsledku mimořádných událostí nebo krizových situací. (Zákon č. 374/2011 Sb., o zdravotnické záchranné službě)

PŘÍLOHA C: Kompetence zdravotnického záchranáře bez odborného dohledu a bez indikace, bez odborného dohledu na základě indikace lékaře

Bez odborného dohledu a bez indikace může zdravotnický záchranář:

- a) monitorovat a hodnotit vitální funkce včetně snímání elektrokardiografického záznamu, průběžného sledování a hodnocení poruch rytmu, vyšetření a monitorování pulzním oxymetrem;
- b) zahajovat a provádět kardiopulmonální resuscitaci s použitím ručních křísicích vaků, včetně defibrilace srdce elektrickým výbojem po provedení záznamu elektrokardiogramu;
- c) zajišťovat periferní žilní vstup, aplikovat krystaloidní roztoky a provádět nitrožilní aplikaci roztoků glukózy u pacienta s ověřenou hypoglykemií;
- d) provádět laboratorní vyšetření určená pro neodkladnou péči a hodnotit je;
- e) obsluhovat a udržovat vybavení všech kategorií dopravních prostředků, řídit pozemní dopravní prostředky, a to i v obtížných podmínkách jízdy s využitím výstražných zvukových a světelných zařízení;
- f) provádět první ošetření ran, včetně zástavy krvácení;
- g) zajišťovat nebo provádět bezpečné vyproštění, polohování, imobilizaci, transport pacientů a zajišťovat bezpečnost pacientů během transportu;
- h) vykonávat v rozsahu své odborné způsobilosti činnosti při řešení následků mimořádných událostí při provádění záchranných a likvidačních prací v rámci integrovaného záchranného systému;
- i) **zajišťovat v případě potřeby péči o tělo zemřelého;**
- j) přejímat, kontrolovat a ukládat léčivé přípravky, manipulovat s nimi a zajišťovat jejich dostatečnou zásobu;
- k) přejímat, kontrolovat a ukládat zdravotnické prostředky a prádlo, manipulovat s nimi a zajišťovat jejich dezinfekci a sterilizaci a jejich dostatečnou zásobu;
- l) zrušeno
- m) provádět neodkladné výkony v rámci probíhajícího porodu a první ošetření novorozence;
- n) přijímat, evidovat a vyhodnocovat tísňové výzvy z hlediska závažnosti zdravotního stavu pacienta a podle stupně naléhavosti, zabezpečovat

odpovídající způsob jejich řešení za použití telekomunikační a sdělovací techniky;

- o) provádět telefonní instruktáž k poskytování první pomoci a poskytovat další potřebné rady za použití vhodného psychologického přístupu;
- p) zavádět a udržovat inhalační a kyslíkovou terapii. (Vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků)

Bez odborného dohledu na základě indikace lékaře zdravotnický záchranář zpravidla může:

- a) zajišťovat dýchací cesty dostupnými pomůckami, zavádět a udržovat inhalační kyslíkovou terapii, zajišťovat přístrojovou ventilaci s parametry určenými lékařem, pečovat o dýchací cesty pacientů i při umělé plicní ventilaci;
- b) podávat léčivé přípravky, včetně krevních derivátů;
- c) asistovat při zahájení aplikace transfuzních přípravků a ošetřovat pacienta v průběhu aplikace a ukončovat ji;
- d) provádět katetrizaci močového měchýře žen a dívek nad 10 let;
- e) odebírat biologický materiál na vyšetření (Vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků)

PŘÍLOHA D: Vymezení práce složek IZS

Bydžovský (2008) ve své knize „*Akutní stavy v kontextu*“ definuje práci terénních týmů (ZZS, HZS, PČR) následně:

- práce na delší směny, ve dne i v noci
 - poslání, sebeobětování se
 - hluk, špína, nepříznivé počasí (zima, déšť, sníh...)
 - setkávání se s „lidmi v nejhorším“, ale také „nejhoršími lidmi“
 - nepředvídatelnost – „takové věci se prostě stávají“, „všechno je možné“
 - nic nefunguje na 100 %, nutnost improvizace
 - během sekund změna z nudy na teror („záchranář leží nebo běží“)
 - řešení kritických situací – záchrana života, emočně vypjaté situace
 - stravování i osobní hygiena ve spěchu a stresu
 - ohrožení, nebezpečí, případně nasazení života
 - práce v dvou či tříčlenných týmech, sociální izolace
 - vždy cizí pracovní prostředí
 - lidé málokdy poděkují
 - odbouraná kontrola, vysoká zodpovědnost jednotlivců
 - vysoké nároky na odbornost – teoretické znalosti i praktické dovednosti
 - vysoké nároky na charakter, psychickou stabilitu a efektivní chování
- (Bydžovský, 2008, s. 312)

PŘÍLOHA E: Znamky smrti

Obrázek 1: Posmrtné skvrny (livores mortis)



Zdroj: <https://emedicine.medscape.com/article/1680032-overview>

Obrázek 2: Zblednutí vyvolané tlakem na posmrtnou skvrnu



Zdroj: <https://emedicine.medscape.com/article/1680032-overview>

Obrázek 3: Posmrtná ztuhlost (rigor mortis)



Zdroj: <https://emedicine.medscape.com/article/1680032-overview>

Obrázek 4: Hnilobné změny



Zdroj: <https://emedicine.medscape.com/article/1680032-overview>

Obrázek 5: Zaschnutí spojivky



Zdroj: https://i1.wp.com/www.defrostingcoldcases.com/wp-content/uploads/2011/04/Ocular_8.jpg

PŘÍLOHA F: Dotazník

Vážené respondentky/ vážení respondenti,

jmenuji se Iveta Běhounková, studuji 3. ročník oboru Zdravotnický záchranář na Fakultě zdravotnických studií na Západočeské univerzitě v Plzni. Tímto bych Vás chtěla požádat o vyplnění následujícího dotazníku, který je zcela anonymní. Vámi uvedené údaje budou využity výhradně k výzkumným účelům pro mou bakalářskou práci, jejíž téma je „Umírání a smrt v přednemocniční neodkladné péči.“ Dovoluji si Vás požádat o co nejpravdivější a nejpřesnější vyplnění dotazníku. Předem děkuji za Vaši spolupráci a strávený čas při dotazníkovém šetření.

1. Jakého jste pohlaví?
 - a. muž
 - b. žena

2. Kolik Vám je let?
 - a. 20 – 29 let
 - b. 30 – 39 let
 - c. 40 – 49 let
 - d. více než 50 let

3. Jak dlouho vykonáváte svou praxi na ZZS?
 - a. 0 – 4 let
 - b. 5 – 9 let
 - c. 10 – 14 let
 - d. více než 15 let

4. Jaké je Vaše pracovní zařazení ve výjezdové skupině?
 - a. řidič
 - b. řidič - záchranář
 - c. zdravotnický záchranář
 - d. všeobecná sestra se specializací pro intenzivní péči – PSS ARIP nebo IP
 - e. lékař

5. Zažil/a jste během své praxe úmrtí pacienta?
 - a. ano
 - b. ne

6. Pokud ano, jaké pocity jste cítil/a? (možno zaškrtnout i více odpovědí)
- a. bezmoc
 - b. lítost
 - c. beznaděj
 - d. soucit
 - e. strach
 - f. smutek
 - g. nejistota
 - h. panika
 - i. necítil/a jsem nic
 - j. jiné: _____
7. Co považujete za nejvíce zatěžující Vaši osobnost? (možno zaškrtnout i více odpovědí)
- a. úmrtí dítěte
 - b. úmrtí mladistvého
 - c. úmrtí dospělého
 - d. úmrtí geriatrického pacienta
 - e. přítomnost pozůstalých a komunikace s nimi
 - f. jiné: _____
8. Je po zásahu ovlivněna Vaše psychika?
- a. ano
 - b. ne
 - c. nevím, nepřemýšlel/a jsem nad tím
9. Vyhledal/a jste odbornou pomoc po tomto náročném zásahu?
- a. ano
 - b. ne
10. Domníváte se, že Vám zaměstnavatel poskytuje dostatečnou psychologickou odbornou pomoc po obtížných zásazích?
- a. Ano, poskytuje.
 - b. Poskytovaná odborná pomoc není dostatečná.
 - c. jiné: _____
11. Máte možnost kdykoli tuto pomoc využít?
- a. ano
 - b. ne
 - c. jiné: _____

12. Jak jste na zásah týkající se smrti připravován/a? (ve škole, během praxe na ZZS, ...)

13. Myslíte si, že Vás systém školství či poskytovatel ZZS dostatečně připravuje na tak náročnou situaci?

- a. ano
- b. ne
- c. nevím

14. Jakým způsobem se vyrovnáváte se smrtí pacienta v osobním životě?

- a. snažím se na to nemyslet
- b. potřebuji se z toho vypovídat
- c. sportuji
- d. provádím relaxační cvičení
- e. jiné: _____

15. Pociťujete změnu Vašeho vnímání smrti od začátku Vaší praxe na záchranné službě do dnešního dne?

- a. Ano, pociťuji. Nyní vnímám smrt jako přirozenou součást člověka.
- b. Ano. Naučil/a jsem si takovou situaci tolik nepřipouštět.
- c. Ne. Smrt vnímám stále stejně.
- d. Ne. Úmrtí každého pacienta má na mě stejný vliv.
- e. jiné: _____

PŘÍLOHA G: Žádost o povolení sběru dat na ZZS Pk

MUDr. Jiří Růžička, Ph. D.
Klatovská tř. 2960/200i
301 01 Plzeň

V Plzni dne 3. 12. 2018

Věc: Žádost o povolení sběru dat na ZZS Pk

Vážený pane doktore,

Jmenuji se Iveta Běhounková, jsem studentkou 3. ročníku oboru Zdravotnický záchranář na Fakultě zdravotnických studií Západočeské univerzity v Plzni.

Tímto bych Vás ráda požádala o umožnění anonymního dotazníkového šetření v rámci zaměstnanců ZZS Pk. Tato data bych ráda využila při zpracování praktické části mé bakalářské práce na téma „Umírání a smrt v přednemocniční neodkladné péči“, kterou zpracovávám pod vedením Mgr. Stanislavy Reichertové.

Dotazníkové šetření bude zcela anonymní, získaná data budou použita pouze pro účely mé bakalářské práce a nebudou obsahovat žádné osobní údaje respondentů.

Tímto Vás žádám o sdělení Vašeho rozhodnutí.

Děkuji za vstřícnost,

Iveta Běhounková
studentka 3. ročníku oboru Zdravotnický záchranář
FZS ZČU v Plzni

Vedoucí práce:

Mgr. Stanislava Reichertová
Katedra záchranářství a technických oborů
Fakulta zdravotnických studií
ZČU v Plzni
E-mail: srelich@kaz.zcu.cz

Kontaktní údaje:

Iveta Běhounková
Hradišský Újezd 24
33601 Blovice

Tel. č. : + 420 737549903
E-mail: ibehounk@students.zcu.cz

Vyjádření k žádosti:

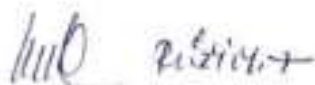
a) žádost povolena

b) žádost zamítnuta

Odůvodnění:

.....
.....

Datum, podpis, razítka:



PŘÍLOHA H: Žádost o povolení sběru dat na ZZS KVK

Zdravotnická záchranná služba Karlovarského kraje, p.o.
MUDr. Jiří Smetana
Závodní 390/98C
360 06, Karlovy Vary

V Plzni dne 13. 3. 2019

Věc: Žádost o povolení sběru dat na ZZS KVK

Vážený pane doktore,

Jmenuji se Iveta Běhouňková, jsem studentkou 3. ročníku oboru Zdravotnický záchranář na Fakultě zdravotnických studií Jihočeské univerzity v Plzni.

Tímto bych Vás ráda požádala o umožnění anonymního dotazníkového šetření v rámci zaměstnanců ZZS KVK. Tato data bych ráda využila při zpracování praktické části mé bakalářské práce na téma „Umirání a smrt v přednemocniční neodkladné péči“, kterou zpracovávám pod vedením Mgr. Stanislavy Reichertové.

Dotazníkové šetření bude zcela anonymní, získaná data budou použita pouze pro účely mé bakalářské práce a nebudou obsahovat žádné osobní údaje respondentů.

Tímto Vás žádám o sdělení Vašeho rozhodnutí.

Děkuji za vstřícnost.

Iveta Běhouňková
studentka 3. ročníku oboru Zdravotnický záchranář
FZS ZČU v Plzni

Vedoucí práce:
Mgr. Stanislava Reichertová
Katedra záchranářství a technických oborů
Fakulta zdravotnických studií
ZČU v Plzni
E-mail: sreich@kaz.zcu.cz

Kontaktní údaje:
Iveta Běhouňková

Hradišský Újezd 14

33601 Blatná

Teř. č. : + 420 737549903

E-mail: ibehounk@students.zcu.cz

Vyřáďení k žádosti:

a) žádost povolena

b) žádost odmítnuta

Odůvodnění:

Datum, podpis, razítka:

13. 3. 2019

Zdravotnická záchranná služba
Karlovarského kraje, příspěvková organizace
MUDr. Jiří Smetana

Právní zástupce: Mgr. Stanislava Reichertová
Tel. 442 222 222
E-mail: sreich@kaz.zcu.cz