

**JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH
ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA**

**Utrpení, umírání a smrt v přednemocniční péči
BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

Vedoucí práce:

Mgr. et Mgr. Ondřej Doskočil

Vypracoval:

Jiří Majstr

2008

Abstract

This thesis is topically focused on suffering, dying and death of a patient (patients) in fore hospital urgent care. It deals with above mentioned phenomena from the paramedic point of view. It refers to the impact of these events on paramedics, their perception of patients at sudden worsening of chronic disease, acute worsening of health state, immediate life threatening or death.

The aim of the thesis is to map and interpret the attitude of addressed paramedics to given facts, which they normally encounter in their practice, and the evaluation of reflexive projection of above mentioned experiences into ethical attitude to the patients.

The thesis is based on qualitative research. It uses the methods of controlled interview with ten chosen paramedics who have different period of professional practice. The dialogues are transcribed in the chapter called Results of Research. In the thesis the answers to particular questions are compared and the results of the research are the hypotheses which can be evaluated by means of quantitative research in the future.

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma „Utrpení, umírání a smrt v přednemocniční péči“ vypracoval samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

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

V Českých Budějovicích

.....

podpis studenta

Na tomto místě bych chtěl poděkovat Mgr. et Mgr. Ondřeji Doskočilovi, vedoucímu bakalářské práce, za příkladné odborné vedení a uvážlivý přístup při jejím zpracování. Velký dík patří také mým spolupracovníkům i blízkým za jejich podporu a pomoc.

Obsah:

Úvod	7
1. Současná problematika zdravotní péče	8
1.1. Tabuizace smrti	8
1.1.1 Umírání a smrt v minulosti	10
1.1.2. Péče o trpící a umírající v minulosti.....	11
1.2. Poskytnutí pomoci člověku v ohrožení života.....	11
1.3. Etika ve zdravotnictví	12
1.4. Přednemocniční neodkladná péče.....	13
1.4.1. Zdravotnická záchranná služba (ZZS).....	13
1.4.2. Profese zdravotnický záchranář	15
1.4.3. Profesionální etika zdravotnického záchranáře.....	15
1.4.4. Osobnost zdravotnického záchranáře.....	16
1.4.5. Zátěžové situace v profesi zdravotnického záchranáře	17
1.5. Utrpení a bolest pacientů	18
1.5.1. Opatření ke snížení utrpení a bolesti pacientů	19
1.6. pacient v krizové situaci	20
1.7. Úmrtí pacienta v přednemocniční neodkladné péči.....	21
1.7.1. Postup při informování příbuzných a pozůstalých	21
1.8. Syndrom vyhoření v profesi zdravotnického záchranáře	22
2. Cíl práce.....	25
3. Metody výzkumu.....	26
4. Výsledky výzkumu	27
4.1. Přepis rozhovorů	27
4.1.1. Zdravotnický záchranář č. 1	27
4.1.2. Zdravotnický záchranář č. 2	29
4.1.3. Zdravotnický záchranář č. 3	30
4.1.4. Zdravotnický záchranář č. 4	32
4.1.5. Zdravotnický záchranář č. 5	34
4.1.6. Zdravotnický záchranář č. 6	36

4.1.7. Zdravotnický záchranář č. 7.....	37
4.1.8. Zdravotnický záchranář č. 8.....	39
4.1.9. Zdravotnický záchranář č. 9.....	41
4.1.10. Zdravotnický záchranář č. 10.....	43
4.2. Vyhodnocení rozhovorů.....	46
4.2.1. Utrpení, umírání a smrt v profesi zdravotnický záchranář.....	46
4.2.2. Pociťovaná zátěž zdravotnických záchranářů z opakovaného kontaktu s trpícími a umírajícími pacienty.....	46
4.2.3. Posun ve vnímání utrpení, umírání a smrti pacientů z hlediska zdravotnických záchranářů v průběhu odborné praxe.....	46
4.2.4. Pocity zdravotnických záchranářů po obdržení tísňové výzvy, vyžadující jejich účast u těžkého poranění či resuscitace.....	47
4.2.5. Promítání utrpení a smrti pacientů do vlastního života zdravotnických záchranářů.....	47
4.2.6. Pociťovaná bezmoc zdravotnických záchranářů při poskytování přednemocniční neodkladné péče u medicínsky beznadějných případů...48	48
4.2.7. Postoj zdravotnických záchranářů k neúspěšné resuscitaci.....	48
4.2.8. Etický přístup k pozůstalým z pohledu zdravotnického záchranáře.....	49
4.2.9. Poskytují členové ZZS u život ohrožujících stavů péči lege artis?.....	49
4.2.10. Ovlivňuje etický přístup zdravotnických záchranářů opakovaný kontakt s utrpením a umíráním pacientů?.....	50
4.2.11. Volné vyjádření vlastního postoje zdravotnických záchranářů k utrpení, umírání a smrti.....	50
5. Diskuze.....	52
6. Závěr.....	56
7. Seznam literatury.....	58
8. Klíčová slova.....	60
9. Příloha.....	61

Úvod

Tato práce se tematicky zaměřuje na utrpení, umírání a smrt pacienta (pacientů) v přednemocniční neodkladné péči. Zabývá se výše uvedenými jevy z pohledu profese zdravotnického záchranáře. Poukazuje na dopad těchto událostí na zdravotnické záchranáře, jejich vnímání pacientů při náhlém zhoršení chronického onemocnění, akutním zhoršením zdravotního stavu, bezprostředním ohrožení života či smrti. Práce sleduje postoj oslovených zdravotnických záchranářů k daným skutečnostem, s nimiž se v praxi běžně setkávají, a to především z etického hlediska.

Podnětem ke zpracování tématu byl můj opakovaný kontakt s poněkud kontrastním přístupem zdravotnických záchranářů k řešení tísňových výzev, kdy se v jejich chování navenek promítala na jednom pólu horlivost a touha po nevšedních, akčních, snad až „senzačních“ zážitcích spojených s jejich účastí u zásahu, kdy pacient dle mého vnímání sehrál roli objektu jejich urgentní realizace, přes přístup profesionální, vyrovnaný, věcný, empatický, humánní, až na pólu protilehlém, kdy bylo možné sledovat zdravotnické záchranáře, kteří neskrývaně projevovali (v nepřítomnosti pacienta) nezájem, nechut', až opovržení účastnit se poskytování přednemocniční neodkladné péče.

Dalším impulzem, který inicioval můj zájem k pozastavení se nad danou problematikou, byla má vlastní, přímá, profesní účast u pacientů stížených utrpením, bolestí, náhlou ztrátou bližního, či jejich vlastním úmrtím, ať již náhlým a tragickým, nebo úmrtím po dlouhé, těžké, nevléčitelné nemoci.

Osobní vnitřní posun ve vnímání pacientů a postupná změna v profesním přístupu při poskytování zdravotnické péče ve mě vzbuzuje otázku: jakým způsobem ovlivňuje zdravotnické záchranáře jejich účast při řešení vypjatých, někdy až dramatických událostí, kdy se setkávají s traumaty a onemocněními, které od základů mění životy pacientů, ve většině případů v negativním rázu?

Jaký mají tyto prožitky dopad na poskytovanou péči v etickém kontextu?

1. Současná problematika zdravotní péče

„Každý živý tvor je podřízen biologickým zákonitostem, ze kterých se nelze vymanit, které nelze popřít a nad kterými nelze zvítězit. Jediné co může člověk udělat je, že bude respektovat svoji konečnost a z tohoto prostého faktu vyvodí také závěry pro svůj konkrétní život“ (6).

Rychlý rozvoj medicíny nabývá v mnoha směrech značných rozměrů (8). Jsme svědky pokroku v oblasti biomedicíny, aplikace jejích výsledků do medicínské praxe, využívají se nové diagnostické a léčebné postupy, farmaceutický průmysl dodává na trh účinnější druhy léčiv, výrobci zdravotnického materiálu poskytují vylepšené pomůcky. Zdravotní péče umožňuje záchranu života, dokáže zvýšit nebo alespoň udržet kvalitu zdravotního stavu pacienta (klienta?) v případech, které by se před několika lety považovaly za beznadějně (12). Tempo zdravotnických zařízení v současnosti vyžaduje od kvalifikovaných zdravotníků a lékařů, aby aktuálně hodnotili stav pacientů a během minut na něj reagovali tak, aby poskytovaná péče byla účinná a koordinovaná v nejvyšší míře (1). Charakteristickým rysem technicky vyvinutého zdravotnictví současné doby je doslova boj o ohrožený život každého člověka, což je jistě obdivuhodné i potřebné (6).

1.1. Tabuizace smrti

Snaha nedovolit smrti, aby v boji nad poskytovanou erudovanou zdravotní péčí zvítězila, způsobila její postupné tabuizování. Poměrně rychle došlo v laické, ale i v části odborné veřejnosti k přijetí názoru, že se smrt do životního tempa nehodí a že je v rozporu s úspěchy současné medicíny. Ve vyspělém, moderním světě se pro většinu lidí stala samozřejmostí představa o dožití dlouhého, šťastného a naplněného života. S obdobnou samozřejmostí dochází ke spoléhání se na mocnou medicínu, která umí řešit mnohá onemocnění. Při tomto úhlu pohledu je však do značné míry obtížné smířit se s faktem umírání a neudivuje, že každá individuální smrt se pak zdát být pro mnohé nespravedlivá a předčasná. Lékaři i zdravotníci snášejí s nelibostí limitující vymezení svých dovedností. Rodiny umírajících pak přijímají těžce, bolestně a neochotně realitu,

kteřá vypovídá o tom, že nelze kdekoli a kdykoli obejít přírodní zákonitosti ve prospěch pacienta. Paradoxně na situaci nic nemění ani rozumově přijímaný fakt konečnosti vlastního života. Každý dospělý, racionálně uvažující člověk si uvědomuje, že jednoho dne dojde k nezvratnému konci jeho života. Domnívá se, doufá, že individuální smrt nastane na konci dlouhé a převážně spokojené životní pouti životem, ovšem též přijatelným způsobem, tj. rychle, bezbolestně, případně s pomocí profesionálů, kteří mají s poskytováním péče umírajícím příslušné vzdělání.

Haškovcová uvádí, že: „*Fenomén tabuizované smrti je v našem století, zejména pak v době po druhé světové válce, obecným jevem, který má přímý vztah k samozřejmosti života*“. Dle Haškovcové je smrt dnes považována za selhání technického vybavení zdravotnických zařízení, ale i jednotlivých zdravotnických pracovníků. Smrt je vnímána jako nutná, ale nepatřičná skutečnost, která se nehodí současným prioritám našeho bytí (6). Žijeme v době, kdy dochází ke změnám v hodnotovém hierarchii člověka. „*Smyslem života se stává výroba, rozvoj, konzum ve velkém i malém, růst, pokrok, dokonalost, zlepšování úrovně v každém ohledu*“ (12). Svět je ovládaný vědou, technikou, médií. Většina společnosti je posedlá úspěchem, mládím a soustředěním se na shromažďování hmotných statků. Smrt bývá skrývána. Je vhodné o ní mlčet, nezabývat se jí. Naopak, je žádoucí nahlas opakovaně ujišťovat sebe i okolí, že v blízké budoucnosti budou pokořeny i příčiny současných smrtelných onemocnění či úrazů. Jistě je možné se k „nevidoucímu“ postoji v souvislosti s umíráním a smrtí uchýlit, ovšem tato technika dle Haškovcové selhává: „*tehdy, kdy smrt udeří někde blízko. Když vážně onemocní člen rodiny nebo někdo z přátel, když zdravotník opakovaně zažívá konfrontaci s umírajícími, tak už není možné, ani účelné smrt zakrývat. Je tady a my se s ní musíme vypořádat*“ (6).

Doprovázení člověka při smířování se s konečností vlastního života a pomoc při řešení jeho otázek o smysluplnosti jeho utrpení a především o smyslu života je výzvou pro nás všechny (10). Především zdravotníci by pak měli zvládnout roli profesionálního doprovodu člověka který je stížen smrtelným onemocněním či úrazem a jeho zdravotní stav je nezvratný. Je žádoucí přistupovat k životu s vědomím jeho smrtelného konce, s uvědoměním si, že smrt je jediná jistota v jinak nejistém životě (6).

1.1.1. Umírání a smrt v minulosti

Skutečnost zániku života si lidé uvědomovali vždy. V historickém kontextu je však možné pozorovat zřetelné rozdíly týkající se přijímání smrti (6). Ve středověku byla smrt vnímána převážně jako významná hranice mezi krátkým a těžkým životem pozemským a věčným, blaženým nadpozemským bytím (13). Lidé se v minulosti dožívali nízkého, nebo relativně nízkého věku. Šance na dožití se dospělosti snižovala vysoká kojenecká i dětská úmrtnost, neléčitelné infekční onemocnění, úrazy a nedostatečná výživa (6).

Haškovcová zdůrazňuje, že teprve přibližně v posledních 200 letech byla doba pozemského života výrazně prodloužena a život po smrti postupně ztratil svou perspektivu. V minulosti přesahující zhruba 200 let zpět bylo tedy do určité míry samozřejmější umírat a zemřít než žít. Generace za generací byla opakovaně, často z bezprostřední blízkosti, vyrozuměna s faktem smrti a jednotlivci měli možnost v průběhu svého krátkého a nejistého života pozorovat umírající ve svém okolí, nebo jim přímo pomáhali při odchodu ze života.

„Smrt byla běžnou součástí života, byla viditelná. Lidé umírali nejen doma, ale také na veřejných prostranstvích, často o hladu, ve špíně a bez jakékoli pomoci. Pouze bohatí lidé měli jistý materiální komfort a asistenci blízkých osob, kněze a lékaře. V každém případě však bylo umírání relativně krátké a nebylo oddalováno léčebnými zásahy. Velmi zjednodušeně lze říci, že lidé v minulosti krátce stonali a rychle umírali“ (6).

Lidé se v minulosti umírání a smrti báli trochu jinak než lidé v současnosti. Relativní útěchou pro ně byla všeobecně sdílená víra v posmrtný život, který už nebude sužován útrapami, bolestí, a rozmanitou podobou nemocí.

Haškovcová uvádí, že při vysoké dětské a kojenecké úmrtnosti rodiče reálně počítali se smrtí některých svých dětí, a proto do nich neinvestovali tolik citu. Tím není myšleno, že by své děti neměli rádi. Kult dítěte a mládí však vznikl až v době, kdy bylo reálné, že se děti dožijí své vlastní dospělosti (6).

1.1.2. Péče o trpící a umírající v minulosti

Povědomí o péči, která byla umírajícím v minulosti poskytována bývá do značné míry idealizována do podoby tzv. „*domácího modelu umírání*“. O tomto modelu jako o realitě lze však hovořit teprve v posledních dvou stoletích. Před tím byla péče o prostý lid laická, či dokonce žádná. Dlouhodobou a nesnadno řešitelnou otázkou společnosti bylo, jak zajistit umírajícím alespoň minimální, základní materiální zázemí, a jak uspokojit nejdůležitější fyzické potřeby? Sociální otázky spojené s umíráním a smrtí se neřešily, i když se v praktickém životě ustálily určité postupy týkající se následného zaopatření sirotků a vdov. Psychickým potřebám v dnešním pojetí se také nevěnovala pozornost. „*Vzhledem k tomu, že smrt nebyla v minulosti tabuizována, lidé „věděli“, jak se mají vůči umírajícímu jedinci chovat, a dokonce i umírající věděl, co se od něj očekává*“ (6).

Jistou duševní útěchu umírajícímu nabízela vlastní životní zkušenost, kterou mohl načerpat v průběhu svého dětství či mládí, kdy byl několikrát přítomen u lůžka těch, kteří umírali v jeho okolí a jimž poskytoval pomoc. Ke zklidnění emotivně vypjaté situace přispíval určitý rituál, základní scénář umírání a smrti, který byl do jisté míry všeobecně znám. Duchovní péče, kterou poskytovali kněží a věřící, většinou rodinní příslušníci, byla jeho nejpropracovanější složkou.

Postupně byla nemocným a umírajícím poskytována péče obcemi, šlechtou i církví. Vývoj chudobinců, špitálů a chorobinců nabízel dostupnou pomoc zejména chudým lidem. Po dlouhá staletí byla atmosféra umírajících v neutěšeném stavu. Pouze mocní a bohatí lidé měli v procesu umírání určitá privilegia, kterým byla i přítomnost lékaře u lůžka, jež většina lidí postrádala nejen v závěru, ale prakticky i v celém průběhu života.(6).

1.2. Poskytnutí pomoci člověku v ohrožení života

Poskytnutí pomoci člověku, který se nachází v tísní nebo v ohrožení života bylo vždy v povědomí lidí projevem kladných mezilidských vztahů. Jiří Pokorný uvádí: „*Od dob, kdy byl v kulturní společnosti lidský život zařazen mezi hodnoty nejvyšší, je*

považováno poskytnutí pomoci člověku v tísní za samozřejmou morální povinnost svědků postižení“. Tato morální povinnost poskytnutí pomoci se vztahuje jak na jednotlivý tak na hromadný výskyt postižených osob. Povinnost poskytnout pomoc občanovi v nouzi je nad etický rámec v České republice též zakotvena v právních předpisech (15).

Zdravotnický pracovník má navíc povinnost poskytnout bezodkladně první pomoc každému, kdo by bez této pomoci byl ohrožen na životě nebo by bylo vážně ohroženo jeho zdraví a není-li pomoc včas dosažitelná obvyklým způsobem a to i tehdy, když není ve službě, tedy nejen po pracovní době, ale např. i tehdy je-li na dovolené, vykonává jiné zaměstnání než zdravotnické, je-li v důchodu. Tato povinnost (i sankce za její nesplnění) vyplývá z trestního zákona (14).

1.3. Etika ve zdravotnictví

Pojem *etika* pochází z řeckého slova *ethos*, vyjadřující zvyk, mrav (12). Jde o disciplínu praktické filozofie, která se zabývá lidským jednáním (7). Etika zkoumá morálku, morální konání a jeho normy, které se v historii v dané kultuře vyvíjely. Je to též schopnost jednotlivce řídit se vlastním svědomím a schopnost posouzení konání z pohledu dobra a zla (5). „*Lidskému jednání je tedy vlastní mít určitou hodnotu. Na základě této vlastnosti mluvíme o jednání morálním nebo nemorálním*“ (12). Etika se snaží rozeznat hodnotící soudy, podle kterých se rozlišuje, je-li určité konání v souladu nebo v rozporu s mravními pravidly (16).

Základní povinností zdravotnických pracovníků je poskytovat péči *lege artis* (14). Zákonný podklad ukládající všem zdravotnickým zařízením poskytovat péči v souladu se současnými dostupnými poznatky lékařské vědy je v České republice stanoven zákonem „*o péči o zdraví lidu*“ (25). Zdravotnická etika je normativní. Vychází z předem daných, pevných zásad souvisejících s „*mravností medicíny*“. Zdravotnická etika je úvahou o tom, co je dobré a co nikoliv. Veškeré etické smýšlení a konání, včetně lékařské etiky, musí mít za cíl konání dobra a vyhýbání se zlu (12). Celé úsilí zdravotníků musí být tedy věnováno ve prospěch nemocného (20).

1.4. Přednemocniční neodkladná péče

Přednemocniční neodkladná péče, zastřešovaná zdravotnickou záchrannou službou, poskytuje rychlou a kvalifikovanou pomoc při náhlé poruše zdraví. Má být dostupná komukoliv, kdykoliv, v každé situaci zdravotní tísně. Klade si za cíl: „*Minimalizaci následků akutních postižení zdraví a náhlého zhoršení chronických onemocnění tak, aby se nemocní mohli vrátit do kvalitního života bez výrazných omezení*“. Přednemocniční neodkladná péče je započata telefonickým vyrozuměním zdravotnického operačního střediska záchranné služby na celostátní tísňové lince 155, která je v nepřetržitém provozu, o akutním stavu a následným poskytnutím laické první pomoci (14).

Je nezpochybnitelným faktem, že správné a včasné léčebné zajištění pacienta v přednemocniční etapě má u kritických stavů významný vliv na další osud postiženého. Z tohoto pohledu vykonávají lékaři i zdravotníci záchranáři, v návaznosti na poskytnutou laickou první pomoc, nezbytné a neodkladné opatření k odvrácení bezprostředního ohrožení života nemocného či raněného. Současně se snaží zabránit vzniku dalších komplikací, které by případně mohly vést k následnému ohrožení života, či k prodloužení nebo zhoršení výsledku léčby (15). V případě, že selže záchranný řetězec na kterékoliv úrovni, dochází k rychlému poklesu naděje na záchranu postiženého (14).

1.4.1. Zdravotnická záchranná služba (ZZS)

System ZZS v České republice od svého vzniku (sedmdesátá léta 20. století) vedl přes specifický rozvoj odborné připravenosti zdravotnického personálu (osmdesátá léta 20. století) k technologické a organizační podobě dnešní doby. Dle Baštecké se budou pro ZZS první desetiletí nového tisíciletí ubírat v duchu modernizace a příprav zdravotnického záchranného systému na „*problematiku terorismu a problematiku zvládnání psychické náročnosti profese v ZZS*“ (2).

Základní charakteristika, činnost a povinnosti ZZS jsou vymezeny vyhláškou 434/1992 Sb. ministerstva zdravotnictví České republiky ze dne 28. července 1992

o Zdravotnické záchranné službě (24).

§ 1 této vyhlášky uvádí, že ZZS poskytuje odbornou přednemocniční neodkladnou péči o postižené na místě vzniku jejich úrazu nebo náhlého onemocnění a během transportu k dalšímu odbornému ošetření a při jejich předání do zdravotnického zařízení. Poskytuje péči u stavů bezprostředně ohrožujících život postiženého, u stavů, které mohou vést prohlubováním chorobných změn k náhlé smrti, které způsobí bez rychlého poskytnutí odborné pomoci trvalé chorobné změny, působí náhlé utrpení a náhlou bolest, působí změny chování a jednání postiženého, ohrožují jeho samotného nebo jeho okolí.

V § 2 této vyhlášky je mimo jiné uvedeno, že ZZS nepřetržitě zabezpečuje, organizuje a řídí kvalifikovaný příjem, zpracování a vyhodnocení tísňových výzev a poskytuje přednemocniční neodkladnou péči při likvidaci zdravotních následků hromadných neštěstí a katastrof.

§ 6 vymezuje povahu výjezdových skupin ZZS na rychlou zdravotnickou pomoc (dvoučlenná posádka ve složení řidič a záchranář nebo dva středně zdravotničtí pracovníci – záchranáři); skupinu rychlé lékařské pomoci ve složení řidič, záchranář, lékař – který je vedoucím skupiny; dále skupinu letecké záchranné služby, kdy zdravotnická část posádky je ve složení lékař a záchranář.

Činnost výjezdových skupin probíhá v nepřetržitém provozu, má charakter neodkladné péče u lůžka a rizikové práce (24).

Po vyhodnocení tísňové výzvy zvolí zdravotnické operační středisko optimální síly a prostředky pro poskytnutí kvalitní péče. Po přijetí výzvy realizuje neprodleně určená výjezdová skupina zásah. Při transportu na místo určení využívá specifického světelného i zvukového výstražného znamení. Na místě zásahu se provádí dle charakteru řešené problematiky bazální diagnostická rozvaha, na jejímž základě se provedou potřebná léčebná opatření směřující ke stabilizaci základních životních funkcí. Dále se provede zajištěný transport do nevhodnějšího zdravotnického zařízení, které je svou povahou schopno zajistit definitivní ošetření pacienta (14).

1.4.2. Profese zdravotnický záchranář

Profese zdravotnický záchranář je vymezena zákonem č. 96/2004 Sb., který v § 18 upravuje podmínky získávání a uznávání způsobilosti k výkonu tohoto povolání po absolvování: „akreditovaného zdravotnického bakalářského studijního oboru pro přípravu zdravotnických záchranářů, nebo nejméně tříletého studia v oboru diplomovaný zdravotnický záchranář na vyšších zdravotnických školách, nebo střední zdravotnické školy v oboru zdravotnický záchranář, pokud bylo studium prvního ročníku zahájeno nejpozději ve školním roce 1998/1999“ (26). Dále jsou pak v § 3 a § 17 vyhlášky č. 424/2004 Sb. ze dne 30. 6. 2004 stanoveny činnosti (kompetence), zdravotnických záchranářů, ke kterým patří např. monitorace a hodnocení životních funkcí; zajištění periferního žilního vstupu; ošetření ran; zástava krvácení; zajištění nebo provedení bezpečného vyproštění; polohování, imobilizace a transport pacientů; provádění kardiopulmonální resuscitace včetně defibrilace srdce; zajištění dýchacích cest za použití dostupných pomůcek; aplikace vymezeného spektra léčiv příslušným způsobem; asistence při překotném porodu; podílení se na řešení následků hromadných neštěstí v rámci integrovaného záchranného systému aj. Vyhláška dále uvádí, že zdravotnický záchranář vykonává tyto činnosti bez odborného dohledu a „poskytuje v rámci přednemocniční neodkladné péče, včetně letecké záchranné služby a v rámci akutního příjmu, specifickou ošetrovatelskou péči“ (23).

1.4.3. Profesionální etika zdravotnického záchranáře

Zdravotnický záchranář potřebuje k odvedení úspěšné práce vedle odborných znalostí, dovedností a zkušeností i vůli pomáhat, a to i v náročných situacích, osobám postiženým akutním onemocněním nebo úrazem.

Při poskytování neodkladné zdravotní péče u akutních stavů může rozdíl mezi lhostejným přístupem a maximálně vynaloženým úsilím o úspěšnou léčbu zaznamenat rozdíl mezi záchranou života nebo smrtí pacienta, nebo mezi jeho úplným zotavením a komplikacemi s trvalými následky.

Jiří Pokorný považuje za nejdůležitější morální, etické vlastnosti pracovníka ZZS: „vědomí odpovědnosti, odhodlanost k náhle požadovaným výkonům a schopnost

správného rozhodování při řešení akutního případu“.

Odpovědnost vede zdravotnické záchranáře ke stálému zlepšování vlastní odborné připravenosti na akutní stavy nejrůznějšího druhu, což udržuje potřebnou úroveň znalostí a dovedností. Odpovědnost vede pracovníky ZZS k obětavému přístupu zejména při zásazích v rizikovém prostředí, kterým může být např. ošetřování obtížně přístupných osob při jejich vyprošťování, při ohrožení infekcí apod. (14).

Etický kodex týkající se zaměstnanců zdravotnické záchranné služby byl vydán jako interní předpis ZZS hlavního města Prahy (celé znění je uvedeno v příloze). Tento kodex stanovuje žádoucí standard profesionálního přístupu zaměstnanců ZZS hlavního města Prahy a informuje veřejnost o formě a způsobu chování, jež je oprávněna od jejich zaměstnanců očekávat. Dokument vymezuje bazální hodnoty zaměstnanců, základní úkoly ZZS, obecné zásady jednání pracovníků záchranné služby, upravuje jednání s pacienty i spolupracovníky (4).

1.4.4. Osobnost zdravotnického záchranáře

Zdravotnický záchranář je dle Baštecké většinou značně extrovertně a úkolově zaměřená osobnost s vůdcovskými rysy, vyznačující se akčností, odvahou a schopností improvizovat.

Jeho motivační potřeby se promítají do výrazné potřeby obětování se a poskytnutí pomoci jinému člověku v jeho krizové životní situaci, bez ohledu na vlastní nepohodlí či potřeby. Touží především po dobrodružství a akčních situacích, které zvyšují jeho výkonnost a motivaci (*cítí se v nich jako „ryba ve vodě“*). Má touhu předvést svou záchranářskou odbornost, schopnost a dovednost před přihlížejícím okolím i pacientem samotným (exhibiční motivace). Respektuje lidskou důstojnost, zajišťuje společenskou úctu u umírajících osob, jejichž stav je z medicínského pohledu neřešitelný. Je v kontaktu s novými poznatky o záchranných akcích, které ho vybízejí k dalšímu vzdělávání. Je přístupný k zavádění nových postupů do praxe zdravotnické záchranné služby (2).

1.4.5. Zátěžové situace v profesi zdravotnický záchranář

Členové výjezdové skupiny ZZS bývají při plnění úkolů v přednemocniční neodkladné péči vystaveni mnohým faktorům. Zasahují v neznámém prostředí, za nepřízně počasí, v kterékoliv denní či noční době, někdy jsou vystaveni verbální i fyzické agresi pacienta nebo jeho blízkých, poskytují intenzivní péči pod psychickým tlakem okolí, činí bezprostřední diagnostickou rozvahu, na jejímž základě provádějí urgentní léčbu. Rozhodují se o zahájení, nezahájení nebo ukončení neodkladné resuscitace aj. (14). Do povědomí veřejnosti se rizika práce ZZS dostávají především v důsledku násilností směřovaných k záchranářům. Baštecká uvádí: *„Negativní pocity, emoce, stres jsou každodenním průvodcem záchranářů nejenom v těchto mediálně zveřejněných případech, neboť denně posádky záchranné služby řeší zdravotní i sociální krize v domácnostech, na pracovištích, na silnicích při dopravních nehodách, při násilných činech i na veřejných prostranstvích. Denně jsou posádky záchranných služeb účastníky mezních situací, které se často odehrávají na hranici mezi životem a smrtí a záchranáře konfrontují s „bytím a nebytím“; často je snaha o záchranu života marná, velmi často komplikovaná případnými okolnostmi na místě zásahu. Každopádně musí zdravotničtí záchranáři při výkonu své profese zvládat zátěž nárazovou i chronickou“* (2).

Náročnost zásahu ZZS umocňují odchylky od standardního výkonu posádek při poskytování urgentní zdravotní péče jednotlivci. Tímto specifikem je mimořádná událost, kdy se stává první lékař na místě mimořádné události velitelem zdravotnického zásahu. Neposkytuje první pomoc. Řídí a organizuje místo nehody tak, aby zdravotnický zásah proběhl bez zbytečných časových prodlev a tím bylo zabráněno dalším ztrátám na zdraví postižených obětí. Za mimořádné situace může lékař přenést některé své odborné kompetence na zdravotnické záchranáře. Tento krok vede k oboustranně zvýšené zodpovědnosti za kvalitu poskytované první pomoci. Dochází současně k oboustrannému zvýšení psychické zátěže. Zdravotníci jsou za mimořádné události rovněž vystaveni nezbytné nutnosti vyžadující oproštění se od způsobu léčebného přístupu ustáleného při individuálním přístupu k pacientovi. *„Např. skutečnost, že za mimořádných situací s velkým počtem raněných se neprovádí nepřímá*

masáž srdeční, neprovádějí se léčebné výkony u umírajících a obdobně, může vést k dalšímu psychickému vyčerpání zdravotnických záchranářů. Zvláštní jsou rovněž pravidla nakládání se zesnulými oběťmi nehody, zvládání hromadných psychických reakcí obětí na místě (např. paniky) a další odborná problematika poskytování léčebné péče za mimořádných událostí“ (2).

Vybrané zátěžové situace, kterým jsou zdravotničtí záchranáři při výkonu své profese opakovaně vystavováni (utrpení a bolest pacienta; krizové situace, problematika umírání a smrti) jsou zmíněny v kapitolách uvedených níže.

1.5. Utrpení a bolest pacientů

Bolest byla, je a bude běžnou součástí života každého člověka (12). Jedná se pouze o subjektivní pocit (8). Především akutní bolest, která signalizuje ohrožení a poškození organismu je pro životaschopnost naprosto nezbytná (10). Bolest bývá často považována za zdroj utrpení (12), snižuje kvalitu života a pokud není dostatečně tlumena, poškozuje organismus. Při určité intenzitě může dokonce ukončit lidský život (8).

Snaha ovlivnit bolest a tím i utrpení nemocného provází lidstvo od nepaměti. Tíšení bolesti bylo vždy považováno za etickou prioritu lékařské profese. *„Názory na ovlivňování bolesti se v průběhu lidské historie formovaly pod vlivem etnických zvyklostí, tradic, ideologií, náboženství a dalších faktorů“* (10). Munzarová uvádí, že veškeré lékařské systémy napříč historickým a kulturním spektrem, nesou jako své základní poslání tlumení bolesti a zmírnění utrpení. *„Sám Hippokrates pojímal medicínu především jako odstraňování utrpení nemocných a mírnění prudkosti jejich chorob“* (12).

Vnímání bolesti je ovlivněno tělesnou patologií, kulturními a sociálními faktory, náladou i očekáváním. Každý jednotlivec může mít různý práh bolesti, jinak ji toleruje a může ji vyjadřovat individuálním způsobem (10). Značnou roli v každém utrpení sehrává pohled do budoucnosti, strach, protrhovaná doba, beznaděj v léčbě, atd. (3). Ve 20. i 21. století dominuje v medicínském pohledu na pacienta především zúžený,

mechanický přístup. „*Diagnostické i terapeutické intervence byly postaveny na vědeckém základě, na objektivním zhodnocení patologickoanatomických a patofyziologických poruch*“. Riziko rozostření pohledu na nemocného jako na ucelenou osobnost a následný převod nemocného na nemoc, definovanou z výše zmíněného pohledu, je zřejmé. Vědecký přístup bezpochyby odhalil mnohé pochody a určil, jakým způsobem je možné do nich vstupovat a tak ovlivňovat i bolest, na druhé straně je třeba vnímat nemocného v jeho celistvosti, nejen jeho po jeho fyzické stránce (12). Z pohledu celostního pojetí jednotlivce definuje Cassell utrpení takto: „*Utrpení je specifickým stavem velkých těžkostí, způsobený ztrátou integrity, neporušenosti, soudržnosti nebo celistvosti osoby, anebo hrozbou (v níž člověk věří), která povede ke zrušení integrity člověka. Utrpení trvá tak dlouho, dokud integrita není zrestaurována nebo dokud hrozba nepomine*“ (3).

Současné statistické výsledky poukazují na alarmující skutečnost, která vypovídá o tom, že u velké části nemocných není bolest řádně tlumena. Munzarová uvádí, že pokud se nemocnému odlehčí v ostatních potížích, pak se i fyzická bolest stává často snesitelnou (12).

1.5.1. Opatření ke snížení utrpení a bolesti pacientů

Poskytnutí analgezie u bolestivých stavů je nejen humánním postupem vůči trpícímu, ale též důležitým protistresovým opatřením. Od zdravotnického záchranáře se očekává a vyžaduje souběžně s ošetřením fyzického postižení pacienta, též nezbytné tišení bolesti a zklidnění situace v mezích možností odpovídající konkrétní situaci.

Při náhlém postižení dítěte se záchranář velice pravděpodobně setká s úzkostným projevem rodičů nebo jiných dětí blízkých osob. Úzkost může být zevně projevena natolik silně, že může omezit možnost správného postupu při poskytování přednemocniční neodkladné péče. Z tohoto důvodu musí zdravotnický záchranář věnovat péči mimo postižené dítě též jeho nejbližším ve smyslu utišení jejich obav. Situace bývá náročná po stránce volby vhodného postupu zdravotnického záchranáře tak, aby došlo k minimální časové ztrátě pro nezbytné úkony přednemocniční péče a přitom se vypětí situace pro okolí zmírnilo.

V případě poskytování péče dospělým osobám se mimo výše uvedenou somatickou léčbu a zklidnění situace na místě příhody klade důraz především na jejich poučení o aktuální situaci, způsobu léčby a nutnosti dalšího vyšetření či ošetření během následné nemocniční hospitalizace (15).

1.6. Pacient v krizové situaci

Pojem *krize* vychází z řeckého slova *krisis* (rozdělení, svár, rozsudek). Lze jej použít pro popis stavů, kdy dochází k zásadním, dramatickým změnám, doprovázených negativními emocemi. Nejedná se tedy o nemoc, ale jde o normální reakci na nenormální situaci. Špatenková uvádí, že krize představuje: „*přechodný stav vnitřní nerovnováhy způsobený kritickými událostmi nebo takovými životními událostmi, které vyžadují zásadní změny a řešení*“ (21).

Dle Baštecké jsou členové výjezdových skupin ZZS opakovaně vystavováni stresovým faktorům vyplývajících z častého řešení hraničních, krizových situací, které v pacientech vyvolají dramatické změny jejich zdravotního stavu, či akutní onemocnění rodinných příslušníků, dále pak úrazy, nehody, násilné činy, úmrtí blízké osoby aj. (2). Vnímání krize vychází ze subjektivního pohledu. Každý jedinec má svůj vnitřní svět, vlastní vnímání sebe i okolního světa. Vyjmenování komplexního výčtu událostí vedoucí ke krizi tedy není možné, neboť to, co může jeden člověk považovat za bezvýznamnou epizodu, může mít pro jiného člověka dalekosáhlý dopad. Špatenková označuje za situace, které mohou u jednotlivce či komunity vyvolat krizi např. dopravní nehodu, sexuální zneužití, závažné fyzické trauma, úrazy dětí, sebevraždu člena rodiny nebo kolegy na pracovišti, požár, povodně, terorismus (21).

Krizovou intervenci poskytovanou u výše uvedených stavů představuje především poskytnutí emocionální podpory, pocitu bezpečí, umožnění ventilace emocí, podpora komunikace. Lékařská krizová intervence spočívá hlavně v psychiatrické, případně farmakologické pomoci. V případě prožívání krize je možná i krátkodobá hospitalizace (22).

1.7. Úmrtí pacienta v přednemocniční neodkladné péči

V současnosti umírá asi 75 % lidí v nemocničním prostředí. Osobní zkušenost blízkých členů rodiny s umíráním je dnes minimální. Příčina může být v úmyslném vyhýbání se trýznivému svědectví umírajícího blízkého člověka (13). Dle Špatenkové může nečekané úmrtí člena rodiny způsobit rodinnou krizi (21). Člověk současné doby se snaží omezit osobní kontakt s umírajícím i se samotným faktem smrti (13).

Smrt je soudním lékařstvím definována jako nezvratná zástava srdeční činnosti ve spojitosti s nezvratnou zástavou dýchání a nezvratným zánikem všech funkcí mozku (14). Dle současných právních norem České republiky nesmí zdravotník rozhodovat o ukončení resuscitace (8). Smrt je v přednemocniční neodkladné péči oprávněn diagnostikovat a konstatovat pouze lékař (15). Definice smrti je důležitá při neodkladné resuscitaci, kdy je ukončení resuscitace považováno za okamžik smrti. V přednemocniční neodkladné péči se za standardní dobu resuscitace dospělých považuje 30 minut, u mladých osob trvá resuscitace 60 minut (14).

1.7.1. Postup při informování příbuzných a pozůstalých

Vyrozumění příbuzných a blízkých osob zemřelého o úmrtí může vyvolávat u samotných informujících nejistotu a stres. Důvodem je oprávněná obava z reakcí příjemců této zprávy, někdy i pocit profesionální odpovědnosti nebo selhání. Úzkost může ve sdělujícím vyvolat též podvědomá obava z toho, že jednou může být mrtvý jeho blízký nebo i on sám.

Jiří Pokorný uvádí, že základem tohoto sdělení má být empatický přístup. Přílišný soucit může ovšem působit větší emocionální újmu, neboť můžeme oslabovat adaptivní psychologické pochody jedince. Sdělení o úmrtí by mělo být zahájeno vyjádřením soustrasti, a to nejjednodušším způsobem: „*Upřímnou soustrast*“ nebo „*Dovolte, abych vám vyjádřil svou soustrast*“. Ostatní nadbytečné informace nemají ve vypjaté situaci smysl. Sdělení vlastního empatického postoje slovy: „*Rozumím tomu, jak se cítíte; dovedu si představit vaše pocity; chápu, jak vám je, atd.*“ mohou v některých případech vyvolat dokonce až agresivní odezvu.

Informovaná osoba by měla sedět. Předejde se tím možnému pádu při náhlých vegetativních reakcích, dále pak neklidu, který se vstojí a při chůzi projevuje významněji. Ani agresivní reakce nenabývají v sedě tak prudkého rázu.

O smrti je při sdělení třeba mluvit jasně a srozumitelně: „*Zemřel; je mrtvý*“. Formulace: „*Opustil/a nás, již není mezi námi, odešel/a, atd.*“ změkčuje skutečnost a tím může vyvolávat falešnou naději. Jiří Pokorný uvádí: „*Člověk, který dostává tragickou zprávu, ji musí dostat jednoznačně, aby ji mohl jaké jednoznačně zpracovat*“.

Nemělo by být bráněno diskusi. Je možné, že v kritickém psychickém stavu nebudou otázky ani připomínky věcné a cílené. Někteří lidé jsou až okolnostmi donuceni o tématice smrti přemýšlet v takovéto akutní a pro ně nevýhodné době. Po zklidnění situace je třeba seznámit příbuzné s formalitami, které budou následovat. Patří mezi ně i přivolání pohřební služby (15).

1.8. Syndrom vyhoření v profesi zdravotnický záchranář

Poskytování neodkladné péče těžce nemocným a umírajícím bývá zatěžující nejen po fyzické, ale především po psychické stránce. Tuto zátěž pociťuje každý, kdo se na ní podílí (6). Od zdravotníků se očekává, že budou (nejen) duševní oporou pro pacienty, ale že dokážou poskytnout účinnou duševní hygienu i sami sobě (9). Za důvod vysoké duševní zátěže zdravotníků poskytujících péči kriticky nemocným nebo poraněným pacientům bývá označován jejich altruismus, který je definovaný jako nesobecká láska k bližnímu, projevující se účinným, vstřícným a pomáhajícím chováním. Altruismus je považován za příčinu rozvoje „*syndromu profesionálního vyhoření*“ (6). U zmiňovaného syndromu se nejedná dle Kapounové o prostou únavu, ale je zde dotčena smysluplnost vlastní práce (8). Jedná se o „*ztrátu profesionálního zájmu nebo osobního zaujetí u příslušníka pomáhajících profesí*“ (18). Ve zdravotnictví je riziko výskytu daného syndromu značně vysoké (8). Profese s výskytem syndromu vyhoření je charakteristická „*vysokými nároky na výkon, bez možnosti delší úlevy a závažnými následky v případě omylu. Výkon takové práce bývá spojen s velkou odpovědností a nasazením*“. K vyhoření dochází v souvislosti s rozporem mezi

profesním očekáváním a následnou realitou. Značně se na jeho vzniku podílí chronický stres (18).

Jeho dopad se projeví v oblasti psychiky (emoční únava, apatie, rezignace, ztráta motivace vykonávat své povolání, ztráta empatie či kladného vztahu k ostatním lidem). Ve fyzické oblasti se dopad syndromu vyhoření týká únavy, poruch spánku, žaludečních potíží, průjmů aj. V sociální sféře dochází k znatelnému distancování se od ostatních lidí, oploštění vztahů se sklonem k vytváření pouze formálních kontaktů.

Proces syndromu vyhoření (nejen) u zdravotníků postupuje konkrétními fázemi a jeho průběh trvá několik let.

V první fázi je zdravotník plný ideálů, je do své práce zainteresován víc než vyžadují jeho povinnosti, práce jej baví a těší se do ní. Druhá fáze je označována jako stagnační. Zdravotník začne ze svých ideálů slevovat. Pacienti a jejich požadavky jej unavují a obtěžují. Následuje postupné omezení kontaktu s pacienty. V této fázi zdravotník proře, uvědomuje si, že jeho představy o profesi nejsou naplněny. Pociťuje stres z pracovních nároků, které není schopen naplnit. Následující třetí fáze je charakterizována velkým pracovním (profesním) zklamáním. Ve čtvrté fázi vykonává zdravotník pouze ty nejnужnější práce. Vyhýbá se kontaktu a komunikaci nejen s pacienty, ale i se svými kolegy. Stav se vyznačuje apatií. Zdravotník odmítá další vzdělávání. Fáze vyhoření. Projevuje se u zdravotníka vyhýbáním se pracovním povinnostem a značným poklesem pocitu zodpovědnosti. Dochází k negativnímu hodnocení sebe sama, ztrátě schopnosti se radovat. Projevuje se agresivitou, netrpělivostí, únavou, vyčerpáním, depresivním nebo cynickým laděním (8).

Pravděpodobnost vzniku syndromu vyhoření je ovlivňována do určité míry jevy mezi něž patří jednak individuální dispozice konkrétního zdravotníka a dále dispozice sociální (19). Individuální dispozice se vyznačují nižší odolností vůči stresu, nízkým sebevědomím, emoční labilitou a depresivním laděním (8). Sociální dispozice jsou ovlivněny mírou sociální opory od okolí, vlivy pracovního prostředí a životním stylem.

Čím více má jedinec kladných mezilidských vztahů, tím menší je pravděpodobnost rozvoje profesního vyhoření. Pracovní prostředí bývá největším faktorem pro výskyt syndromu vyhoření. Podílí se na něm absence kladného

ohodnocení za vynaložené úsilí, náročná práce s lidmi aj. (19).

K preventivním opatřením syndromu vyhoření patří aktivní přístup k životu, okamžité řešení problémů, možnost dalšího vzdělávání, úměrné finanční ohodnocení. Velice důležitý je odpočinek a pracovní dovolená v trvání minimálně 2 týdny v kuse. Je vhodné mít i okruh přátel mimo své spolupracovníky, věnovat se svým mimopracovním zálibám. „*V profesionální sféře se doporučuje určitá potřebná distance od klienta*“, aby nebyl zdravotnický záchranář příliš zainteresován do jeho životní události (8).

2. Cíl práce

Zdravotničtí záchranáři jsou při výkonu své profese opakovaně vystavováni hraničním situacím. Práce si klade za cíl zmapovat a interpretovat jejich pohled k vybraným zátěžovým situacím – utrpení, umírání a smrt pacientů v přednemocniční neodkladné péči. Na základě kvalitativního výzkumu následně vytvořit hypotézy o ovlivnění zdravotnických záchranářů těmito událostmi a zpětném promítání se výše uvedenými prožitky do jejich etického přístupu k pacientům.

3. Metodika výzkumu

Tato bakalářská práce je zpracována na základě kvalitativního výzkumu. Využívá metodu polořízeného rozhovoru.

Vybranou skupinou respondentů jsou registrovaní zdravotničtí záchranáři dle zákona č. 96/2004 Sb. (12). S rozhovorem a zapojením se do výzkumu souhlasili všichni oslovení respondenti. Ti byli vybráni dle doby vykonané odborné praxe tak, aby byli zastoupeni záchranáři s praxí minimálně 1 rok až po praxi přesahující 15 let.

Rozhovory byly zaznamenány na diktafon. Téměř doslovný přepis zaznamenaných rozhovorů je uveden v kapitole Výsledky výzkumu a podkapitole Přepis rozhovorů. Jednotlivé odpovědi jsou porovnány a společné i odlišné názory na danou problematiku jsou shrnuty v podkapitole Vyhodnocení rozhovorů.

4. Výsledy výzkumu

4.1. Přepis rozhovorů

4.1.1. Zdravotnický záchranář č. 1

Muž, 6 let praxe u zdravotnické záchranné služby.

- *Setkáváte se při výkonu svého povolání s utrpením, umíráním a smrtí pacientů?*

Ano, setkávám.

- *Jsou pro Vás tyto prožitky nějakým způsobem zatěžující?*

Určitě, některé ano.

- *Myslíte si, že došlo v průběhu Vaší odborné praxe k posunu vnímání utrpení, umírání a smrti pacientů v přednemocniční péči jak ve smyslu přecitlivělosti nebo naopak citové oploštělosti?*

Řekl bych, že se to změnilo. Tedy v konečném důsledku jsou pocity stejné, ovšem ze začátku byly tyto pocity hlubší, intenzivnější, víc jsem o tom během výjezdu přemýšlel než teď. Ale i teď se setkávám s případy, které na mě zapůsobí na delší dobu. Změnu vidím hlavně v prožívání těchto událostí během výjezdu nebo až po něm.

- *Jaké máte bezprostřední pocity po obdržení výzvy ze zdravotnického operačního střediska, ze které vyplývá, že budete zasahovat u výjezdu, kde se jedná o těžký úraz, či resuscitaci?*

Tyto výjezdy nejsou tak časté. Pokud je mám řešit, vnímám je intenzivněji než běžné výjezdy, pociťuji určitou míru nervozity, ale první rok to bylo rozhodně jiné než v současnosti. Teď se spíš připravuji na to, jak budu situaci řešit.

- *Přemýšlíte někdy v průběhu poskytování přednemocniční neodkladné péče u těžkých úrazů, závažných onemocnění, umírání a smrti pacientů, že by se daná situace mohla stát i Vám nebo Vaším blízkým?*

Určitě. Řekl bych, že u této práce si to člověk uvědomuje mnohem víc. Když vidím, co se může stát na silnici, dětské úrazy aj., tak to vede k velké opatrnosti. Někdy možná až k přehnané.

- *Pocítujete někdy bezmoc u pacientů, kterým už nemůžete v přednemocniční neodkladné péči z medicínského hlediska pomoci?*

Tento pocit mě zatíží, když je u pacienta jeho blízké okolí. I v jiných případech může tento pocit přijít, ale intenzivnější je to v daný okamžik, když je přítomna pacientova rodina.

- *Jaké máte pocity po neúspěšné resuscitaci pacienta?*

Záleží na konkrétní situaci. Vždy to má na mě nějaký dopad, ale ten vyplývá z okolností. Jsou situace, kdy se s neúspěšnou resuscitací smírím jednoduše.

- *Jaké jsou Vaše zkušenosti s etickým přístupem členů zdravotnické záchranné služby k pozůstalým zemřelého pacienta?*

Nevybavuji si, že by se někdy zachoval někdo z týmu záchranné služby při úmrtí k pozůstalým neeticky. Nevzpomínám si na žádný konflikt nebo problém.

- *Domníváte se, že je poskytovaná péče zdravotnickou záchrannou službou u pacientů v bezprostředním ohrožení života prováděna lege artis?*

Řekl bych, že záleží na složení zasahující posádky. Záleží na dobrém vedoucím akce, na jeho organizačních schopnostech, na zkušenostech, na znalostech. Asi každý záchranář se setkal s péčí, která nebyla optimální. Lidi nejsou stroje, dělají chyby. Někdy jsem se dokonce setkal i s případy, kdy nešlo jen o chyby.

- *Myslíte si, že mají na Vás opakované prožitky spojené s poskytováním přednemocniční neodkladné péče trpícím a umírajícím lidem takový dopad, který se zpětně odráží v etickém přístupu k pacientům?*

Spektrum výjezdů je široké. Jsou případy, které končí dobře, jsou případy, které dobře nekončí, ale ty vnímám jen určitou dobu. Nemyslím si, že by prožitá zátěž měla u mě nějaký zpětný dopad na etický přístup k dalším pacientům.

- *Na závěr bych Vás požádal o stručné vystižení vlastní podstatné myšlenky týkající se utrpení, umírání a smrti pacientů v přednemocniční neodkladné péči.*

Každý, kdo tuto práci dělá, by si měl uvědomit, že toto je její nedílnou součástí. Nedá se to přehlížet. Každý by si měl najít svůj optimální způsob, jak se s těmito prožitky vhodně vyrovnat.

4.1.2. Zdravotnický záchranář č. 2

Muž, 13 let praxe u zdravotnické záchranné služby.

- *Setkáváte se při výkonu svého povolání s utrpením, umíráním a smrtí pacientů?*

Ano.

- *Jsou pro Vás tyto prožitky nějakým způsobem zatěžující?*

Nemohou mě zatěžovat, tudíž mě nezatěžují.

- *Myslíte si, že došlo v průběhu Vaší odborné praxe k posunu vnímání utrpení, umírání a smrti pacientů v přednemocniční péči jak ve smyslu přecitlivělosti nebo naopak citové oploštělosti?*

Co se týče tohoto tématu, tak k žádnému posunu nedošlo.

- *Jaké máte bezprostřední pocity po obdržení výzvy ze zdravotnického operačního střediska, ze které vyplývá, že budete zasahovat u výjezdu, kde se jedná o těžký úraz, či resuscitaci?*

Pociťuji, že pro dané lidi a jejich okolí to bude jistě nepříjemná, značně stresující záležitost, pro mě je to výkon povolání, bez výraznějších emocí.

- *Přemýšlíte někdy v průběhu poskytování přednemocniční neodkladné péče u těžkých úrazů, závažných onemocnění, umírání a smrti pacientů, že by se daná situace mohla stát i Vám nebo Vaším blízkým?*

Ano, už jenom myšlenka na to je stresující, ale nelze si jí připouštět.

- *Pociťujete někdy bezmoc u pacientů, kterým už nemůžete v přednemocniční neodkladné péči z medicínského hlediska pomoci?*

Samozřejmě. U medicínsky neřešitelných případů ano.

- *Jaké máte pocity po neúspěšné resuscitaci pacienta?*

Nedá nic dělat. Pravděpodobně bylo učiněno vše, co učiněno být mělo a výsledek není pouze v rukách „vědy“.

- *Jaké jsou Vaše zkušenosti s etickým přístupem členů zdravotnické záchranné služby k pozůstalým zemřelého pacienta?*

Pouze ze svých zkušeností uvedu, že jsem se setkal s případy, kdy se členové ZZS eticky nechovají, ale i s případy kdy se chovali eticky, lidsky, tak jak se mají chovat jak

v profesionálním tak v soukromém životě. Je třeba vždy v konkrétní situaci vyhodnotit, co jaký pozůstalý potřebuje slyšet a co je třeba k tomu dodat.

- *Domníváte se, že je poskytovaná péče zdravotnickou záchrannou službou u pacientů v bezprostředním ohrožení života prováděna lege artis?*

Jistě by se o tom dalo někdy pochybovat, ale vycházím pouze z toho, co jsem sám viděl.

- *Myslíte si, že mají na Vás opakované prožitky spojené s poskytováním přednemocniční neodkladné péče trpícím a umírajícím lidem takový dopad, který se zpětně odráží v etickém přístupu k pacientům?*

Nemají na mě zmíněný dopad. Pokud mají tyto prožitky na někoho dopad v tom smyslu, že je nese těžce a podepisuje se to na jeho psychice, tak by měl v první řadě dělat něco se sebou. Měl by vyhledat nějakou pomoc, ale vystavuje se tím riziku, že přijde o zaměstnání. Protože takový člověk, na kterém se psychicky podepisuje jeho zaměstnání by takové zaměstnání vykonávat neměl, protože ho nemůže vykonávat dobře.

- *Na závěr bych Vás požádal o stručné vystižení vlastní podstatné myšlenky týkající se utrpení, umírání a smrti pacientů v přednemocniční neodkladné péči.*

Myslím si, že umírání patří k životu, nikdo se tomu nevyhne a záleží na lidech, kteří se se smrtí stýkají opakovaně, trvale, aby si dokázali najít správný postup v těchto případech.

4.1.3. Zdravotnický záchranář č. 3

Žena, 17 let praxe u zdravotnické záchranné služby.

- *Setkáváte se při výkonu svého povolání s utrpením, umíráním a smrtí pacientů?*

Ano.

- *Jsou pro Vás tyto prožitky nějakým způsobem zatěžující?*

Záleží na okolnostech, pokud umře mladý člověk, dítě a nebo starý člověk. Utrpení a úmrtí dětí a mladých lidí mě ovlivňuje.

- *Myslíte si, že došlo v průběhu Vaší odborné praxe k posunu vnímání utrpení, umírání a smrti pacientů v přednemocniční péči jak ve smyslu přecitlivělosti*

nebo naopak citové oploštěnosti?

V současné době pociťuji vesměs citovou oploštěnost. Dříve jsem si o těchto případech v práci více povídali a taky jich nebylo oproti současnému stavu tolik.

- *Jaké máte bezprostřední pocity po obdržení výzvy ze zdravotnického operačního střediska, ze které vyplývá, že budete zasahovat u výjezdu, kde se jedná o těžký úraz, či resuscitaci?*

Cítím jisté rozrušení z očekávaného průběhu zásahu, je to adrenalinová situace, která odezní v průběhu dvou minut. Nejedná se o negativní pocit, spíš přemýšlím nad pracovním řešením situace a dojde k nabuzení na danou akci.

- *Přemýšlíte někdy v průběhu poskytování přednemocniční neodkladné péče u těžkých úrazů, závažných onemocnění, umírání a smrti pacientů, že by se daná situace mohla stát i Vám nebo Vaším blízkým?*

Ano, a děsím se toho. Hlavně, když už jsem už měla rodinu, tak jsem se obávala, co všechno se může stát.

- *Pociťujete někdy bezmoc u pacientů, kterým už nemůžete v přednemocniční neodkladné péči z medicínského hlediska pomoci?*

U medicínsky neřešitelných případů pociťuji bezmoc.

- *Jaké máte pocity po neúspěšné resuscitaci pacienta?*

V tu chvíli nic. Ale někdy až s odstupem času přemýšlím nad tím, co jsem viděla, někdy se mi tyto případy přenesou do snů, když projíždím nějakými místy, uvědomuji si koho jsme tam zachránili nebo kdo tam zemřel.

- *Jaké jsou Vaše zkušenosti s etickým přístupem členů zdravotnické záchranné služby k pozůstalým zemřelého pacienta?*

S pozůstalými komunikuje lékař. Myslím, že přístup k pozůstalým probíhá podle etických zásad.

- *Domníváte se, že je poskytovaná péče zdravotnickou záchrannou službou u pacientů v bezprostředním ohrožení života prováděna lege artis?*

U akutních stavů se sama snažím dělat maximum. Nevím, jestli tomu je tak i služebně mladších záchranářů, setkala jsem se s případy, kdy neuměli poskytnout akutní péči, a to je pak stav zoufalství. Např. u dopravní nehody, když spolupracuji se zkušenými

záchranáři, tak dochází k profesní souhře takřka beze slov. Z toho mám příjemný pocit.

- *Myslíte si, že mají na Vás opakované prožitky spojené s poskytováním přednemocniční neodkladné péče trpícím a umírajícím lidem takový dopad, který se zpětně odráží v etickém přístupu k pacientům?*

Tyto situace neovlivňují můj přístup k pacientům z etického hlediska. Osobně mi mnohem víc vadí výjezdy, při kterých pacienti záchrannou službu zneužívají, kdy si nás volají ke stavům, které nevyžadují akutní péči.

- *Na závěr bych Vás požádal o stručné vystižení vlastní podstatné myšlenky týkající se utrpení, umírání a smrti pacientů v přednemocniční neodkladné péči.*

Záchranář nemůže být k utrpení, umírání a smrti pacientů citlivý, protože by to jinak neunesl. Pozůstalým nevyjadřuji upřímnou soustrast, když jsem je viděla poprvé a když vnitřně nic nepocítuji.

4.1.4. Zdravotnický záchranář č. 4

Muž, 2 roky praxe u zdravotnické záchranné služby.

- *Setkáváte se při výkonu svého povolání s utrpením, umíráním a smrtí pacientů?*

Pochopitelně.

- *Jsou pro Vás tyto prožitky nějakým způsobem zatěžující?*

Někdy mě tyto případy zatěžují.

- *Myslíte si, že došlo v průběhu Vaší odborné praxe k posunu vnímání utrpení, umírání a smrti pacientů v přednemocniční péči jak ve smyslu přecitlivělosti nebo naopak citové oploštělosti?*

Určitě u mě došlo k otupění. Ale poslední dobou mám pocit, že jsem na některé tyto případy víc citlivý. První týden mé praxe u ZZS jsem se účastnil ošetřování sraženého motorkáře se spolujezdkyní, která na tom byla nejhůř – polytrauma. Od rozmačkaného hrudníku po rozlámanou pánev a utrženou dolní končetinu. Při převozu do nemocnice zemřela. Tento zážitek na mě zapůsobil tak, že jsi na něj celou službu myslel. Pak jsem měl dojem, že vůči utrpení a umírání pacientů otupuji a nedávno jsem byl opět u výjezdu, který na mě působí dost negativně – paní zemřela po sražení a vlečení

kamionem. Na úmrtí z důvodů devastujících traumat jsem vnímavý. Myslím, že k tomu otupět nejde a pokud ano, tak to asi povede k nějakým patologickým duševním jevům.

- *Jaké máte bezprostřední pocity po obdržení výzvy ze zdravotnického operačního střediska, ze které vyplývá, že budete zasahovat u výjezdu, kde se jedná o těžký úraz, či resuscitaci?*

Vůči těmto výzvám jsem už taky otupěl. Dříve jsem pociťoval stres, obával jsem se, jestli svou úlohu na místě odvedu správně, snažil jsem se ještě před příjezdem na místo přemýšlet nad tím, co všechno budu muset udělat, v jaké časové posloupnosti. Snažil jsem se vytvořit nějaký postup, model. Ale dneska je mi to už jedno k čemu jedu, neprožívám to.

- *Přemýšlíte někdy v průběhu poskytování přednemocniční neodkladné péče u těžkých úrazů, závažných onemocnění, umírání a smrti pacientů, že by se daná situace mohla stát i Vám nebo Vaším blízkým?*

Někdy ano. Hlavně u lidí, kteří umírají zaviněním někoho jiného.

- *Pociťujete někdy bezmoc u pacientů, kterým už nemůžete v přednemocniční neodkladné péči z medicínského hlediska pomoci?*

Když vím, že je daná situace neřešitelná, tak se mě to nedotýká. Možná proto, že ty lidi neznám. Asi by to bylo jiné, kdybych tomu byl vystavený např. u kamaráda.

- *Jaké máte pocity po neúspěšné resuscitaci pacienta?*

Pokud vím, že člověk zemřel způsobem, který my jsme nemohli ovlivnit, tak mi je to jedno. Někdy mi vadí, když vím, že jsme mohli něco udělat jinak nebo lépe. To se bohužel taky stává.

- *Jaké jsou Vaše zkušenosti s etickým přístupem členů zdravotnické záchranné služby k pozůstalým zemřelého pacienta?*

U členů záchranné služby převažuje spíš chladnější přístup oproti empatickému. Osobně nevím, jak se mám v dané situaci chovat a vadí mi kontakt s pozůstalými víc než samotný fakt úmrtí pacienta. Mám pocit, že bych měl pozůstalým vyjádřit pochopení nad jejich tíživou situací, na druhou stranu pozůstalé včetně zemřelého pacienta neznám, tak bych ze sebe asi neměl vydávat něco, co necítím. Tyto situace jsou pro mě doposud tabu, ale snažím se aby mé reakce nebyly úplně chladné. I s takovými jsem se

osobně setkal.

- *Domníváte se, že je poskytovaná péče zdravotnickou záchrannou službou u pacientů v bezprostředním ohrožení života prováděna lege artis?*

Já se pochopitelně snažím takhle postupovat, ale setkal jsem se i s tím, kdy kolega dle mého názoru nejednal postupem lege artis.

- *Myslíte si, že mají na Vás opakované prožitky spojené s poskytováním přednemocniční neodkladné péče trpícím a umírajícím lidem takový dopad, který se zpětně odráží v etickém přístupu k pacientům?*

Myslím si, že tyto situace nemají dopad na etický přístup k pacientům, nesetkal jsem se s tím.

- *Na závěr bych Vás požádal o stručné vystižení vlastní podstatné myšlenky týkající se utrpení, umírání a smrti pacientů v přednemocniční neodkladné péči.*

Přemýšlím nad tím, jaký mají dané situace z dlouhodobého hlediska dopad na psychiku záchranářů.

4.1.5. Zdravotnický záchranář č. 5

Muž, necelé 3 roky praxe u zdravotnické záchranné služby.

- *Setkáváte se při výkonu svého povolání s utrpením, umíráním a smrtí pacientů?*

Ano, setkávám.

- *Jsou pro Vás tyto prožitky nějakým způsobem zatěžující?*

Tyto prožitky na mě mají dopad. Určitým způsobem se mě to dotýká a vysává mě to.

- *Myslíte si, že došlo v průběhu Vaší odborné praxe k posunu vnímání utrpení, umírání a smrti pacientů v přednemocniční péči jak ve smyslu přecitlivělosti nebo naopak citové oploštělosti?*

Dochází k posunu. Ze začátku jsem víc vnímal stres na místě a teď začínám o daných akcích přemýšlet až po ukončení výjezdu. Na místě mě to už tolik nestresuje.

- *Jaké máte bezprostřední pocity po obdržení výzvy ze zdravotnického operačního střediska, ze které vyplývá, že budete zasahovat u výjezdu, kde se jedná o těžký úraz, či resuscitaci?*

Vnitřní napětí. Hodně záleží na tom, s kým budu tuto situaci řešit. Stále si ještě snažím vytvořit pro určité situace model postupu.

- *Přemýšlíte někdy v průběhu poskytování přednemocniční neodkladné péče u těžkých úrazů, závažných onemocnění, umírání a smrti pacientů, že by se daná situace mohla stát i Vám nebo Vaším blízkým?*

Ano, přemýšlím o tom. Pak si uvědomuji, že jsem zdravý.

- *Pocitujete někdy bezmoc u pacientů, kterým už nemůžete v přednemocniční neodkladné péči z medicínského hlediska pomoci?*

Ne, v některých případech se nedá nic dělat.

- *Jaké máte pocity po neúspěšné resuscitaci pacienta?*

V případě neúspěšné resuscitace mám pocit vnitřní pokory, a potřeby zachování důstojnosti k zemřelému.

- *Jaké jsou Vaše zkušenosti s etickým přístupem členů zdravotnické záchranné služby k pozůstalým zemřelého pacienta?*

Myslím si, že se z větší části členové ZZS nechovají tak, jak by se chovat měli nebo mohli.

- *Domníváte se, že je poskytovaná péče zdravotnickou záchrannou službou u pacientů v bezprostředním ohrožení života prováděna lege artis?*

Myslím, že tak 60 % členů ZZS neposkytuje péči lege artis, 40 % ano. Problém vidím především v nedostatečné komunikaci s pacientem nebo jeho rodinou. Komunikace není na takové úrovni, kterou by od nás měl laik dostat. Jsme profesionálové a máme dodržovat komunikační zásady, které se nedodržují.

- *Myslíte si, že mají na Vás opakované prožitky spojené s poskytováním přednemocniční neodkladné péče trpícím a umírajícím lidem takový dopad, který se zpětně odráží v etickém přístupu k pacientům?*

Určitě ano. Dochází k nějakým změnám, netečnosti, nechuti se do péče více vkládat. Vede to k odměřenému přístupu.

- *Na závěr bych Vás požádal o stručné vystižení vlastní podstatné myšlenky týkající se utrpení, umírání a smrti pacientů v přednemocniční neodkladné péči.*

U těchto vyhocenějších situací při těžkém traumatu, umírání nebo smrti pacienta

myslím, že to záchranáře vnitřně ničí, vysává, ať si to připouští nebo ne. Následně to mění přístup a náhled další věci.

4.1.6. Zdravotnický záchranář č. 6

Muž, 2 roky praxe u zdravotnické záchranné služby.

- *Setkáváte se při výkonu svého povolání s utrpením, umíráním a smrtí pacientů?*

Ano.

- *Jsou pro Vás tyto prožitky nějakým způsobem zatěžující?*

Myslím, že ne.

- *Myslíte si, že došlo v průběhu Vaší odborné praxe k posunu vnímání utrpení, umírání a smrti pacientů v přednemocniční péči jak ve smyslu přecitlivělosti nebo naopak citové oploštělosti?*

Žádný posun v pocitech necítím.

- *Jaké máte bezprostřední pocity po obdržení výzvy ze zdravotnického operačního střediska, ze které vyplývá, že budete zasahovat u výjezdu, kde se jedná o těžký úraz, či resuscitaci?*

Cítím trochu napětí, rozrušení, zvědavost z toho co se bude dít, jak to bude probíhat. Očekávám akci, koncentruji se.

- *Přemýšlíte někdy v průběhu poskytování přednemocniční neodkladné péče u těžkých úrazů, závažných onemocnění, umírání a smrti pacientů, že by se daná situace mohla stát i Vám nebo Vaším blízkým?*

Zpětně se zamyslím. Jsem pak opatrnější.

- *Pocitujete někdy bezmoc u pacientů, kterým už nemůžete v přednemocniční neodkladné péči z medicínského hlediska pomoci?*

Bezmoc jsem necítil a necítím.

- *Jaké máte pocity po neúspěšné resuscitaci pacienta?*

Nemám zvláštní pocity. Není to nějak silný pocit, který by stál za prožívání. Někdy je mi mladého člověka nebo dítěte trochu líto, ale nějak mě to neovlivňuje.

- *Jaké jsou Vaše zkušenosti s etickým přístupem členů zdravotnické záchranné*

služby k pozůstalým zemřelého pacienta?

Asi ne ve 100 %, ale ve většině případů jsem se setkal v tomto směru s etickým přístupem.

- *Domníváte se, že je poskytovaná péče zdravotnickou záchrannou službou u pacientů v bezprostředním ohrožení života prováděna lege artis?*

Ve 100 % u akutních stavů myslím, že ne, ale v drtivé většině asi ano.

- *Myslíte si, že mají na Vás opakované prožitky spojené s poskytováním přednemocniční neodkladné péče trpícím a umírajícím lidem takový dopad, který se zpětně odráží v etickém přístupu k pacientům?*

Myslím, že ne.

- *Na závěr bych Vás požádal o stručné vystižení vlastní podstatné myšlenky týkající se utrpení, umírání a smrti pacientů v přednemocniční neodkladné péči.*

Zamýšlel jsem se nad tím, ale nic výrazného to ve mně nevzbuzuje.

4.1.7. Zdravotnický záchranář č. 7

Žena, 2 roky praxe u zdravotnické záchranné služby.

- *Setkáváte se při výkonu svého povolání s utrpením, umíráním a smrtí pacientů?*

Setkávám.

- *Jsou pro Vás tyto prožitky nějakým způsobem zatěžující?*

Někdy na ně myslím po výjezdu, ale nepůsobí to na mě nějak dramaticky.

- *Myslíte si, že došlo v průběhu Vaší odborné praxe k posunu vnímání utrpení, umírání a smrti pacientů v přednemocniční péči jak ve smyslu přecitlivělosti nebo naopak citové oploštělosti?*

Na začátku své praxe jsem o těchto věcech přemýšlela, bylo to intenzivnější, v současné době na to nějak nemyslím.

- *Jaké máte bezprostřední pocity po obdržení výzvy ze zdravotnického operačního střediska, ze které vyplývá, že budete zasahovat u výjezdu, kde se jedná o těžký úraz, či resuscitaci?*

Necítím strach, ale asi napětí. Snesitelné napětí. Není to z toho, že bych se bála, nebo,

že bych neuměla poskytnout péči. Spíš mě zajímá, co se stalo a jak to bude probíhat.

- *Přemýšlíte někdy v průběhu poskytování přednemocniční neodkladné péče u těžkých úrazů, závažných onemocnění, umírání a smrti pacientů, že by se daná situace mohla stát i Vám nebo Vaším blízkým?*

To si říkám. Vede mě to k větší opatrnosti ke svému zdraví a životu.

- *Pocitujete někdy bezmoc u pacientů, kterým už nemůžete v přednemocniční neodkladné péči z medicínského hlediska pomoci?*

Bezmoc nepocituji, ale říkám si, jak to asi tak prožívá rodina, pokud je přítomna na místě.

- *Jaké máte pocity po neúspěšné resuscitaci pacienta?*

Mé pocity vyplývají ze situace. Například u bezdomovce jsem nepocítovala nějaké pohnutky po neúspěšné resuscitaci, ale po neúspěšné resuscitaci někde v rodině jsem měla nepříjemný pocit. Taky myslím, že na mě má vliv atmosféra pracovního kolektivu, ve kterém se o těchto věcech bavíme a kde můžu pocity ventilovat.

- *Jaké jsou Vaše zkušenosti s etickým přístupem členů zdravotnické záchranné služby k pozůstalým zemřelého pacienta?*

Řekla bych, že se členové ZZS v těchto situacích snaží chovat eticky, každý se drží, dokonce i ten největší „machr“.

- *Domníváte se, že je poskytovaná péče zdravotnickou záchrannou službou u pacientů v bezprostředním ohrožení života prováděna lege artis?*

Ne, to si myslím, že určitě ne. Nikdy to není úplně podle předpisů, vždy dochází k určitému kompromisu. Například, když vidím, že jde pacient s diagnózou infarktu myokardu do sanitky pěšky, tak to není postup lege artis. S takovým přístupem se sama setkávám docela často.

- *Myslíte si, že mají na Vás opakované prožitky spojené s poskytováním přednemocniční neodkladné péče trpícím a umírajícím lidem takový dopad, který se zpětně odráží v etickém přístupu k pacientům?*

Řekla bych, že ano. Už jen ve verbální komunikaci se nedodržují etické zásady. V poskytované péči pak někdy taky.

- *Na závěr bych Vás požádal o stručné vystižení vlastní podstatné myšlenky*

týkající se utrpení, umírání a smrti pacientů v přednemocniční neodkladné péči.

O pracovním pohledu na utrpení a smrt jsem sama až tak nepřemýšlela. Víc na mě doléhala náhlá úmrtí ze soukromého života než v zaměstnání.

4.1.8. Zdravotnický záchranář č. 8

Žena, 14 let praxe u zdravotnické záchranné služby.

- *Setkáváte se při výkonu svého povolání s utrpením, umíráním a smrtí pacientů?*

Setkávám.

- *Jsou pro Vás tyto prožitky nějakým způsobem zatěžující?*

Neřekla bych, že by mě zatěžovalo setkání se smrtí jako takové, protože myslím, že smrt patří k životu. Spíš se zamýšlím nad nečekanou smrtí, hlavně u věkově nízké skupiny obyvatel, dětí.

- *Myslíte si, že došlo v průběhu Vaší odborné praxe k posunu vnímání utrpení, umírání a smrti pacientů v přednemocniční péči jak ve smyslu přecitlivělosti nebo naopak citové oploštělosti?*

K posunu myslím došlo. Ze začátku jsem to víc prožívala, víc jsem o tom přemýšlela, ale teď už to беру tak, že se to děje a nenosím si tyto zážitky domů.

- *Jaké máte bezprostřední pocity po obdržení výzvy ze zdravotnického operačního střediska, ze které vyplývá, že budete zasahovat u výjezdu, kde se jedná o těžký úraz, či resuscitaci?*

Podle počtu zraněných přemýšlím nad rozdělením práce, co budu dělat já a co doktor. Přemýšlím nad organizačními věcmi. Po emotivní stránce bych řekla, že jsem připravená.

- *Přemýšlíte někdy v průběhu poskytování přednemocniční neodkladné péče u těžkých úrazů, závažných onemocnění, umírání a smrti pacientů, že by se daná situace mohla stát i Vám nebo Vaším blízkým?*

Ano, myslím na to, ale neprožívám to nějak dramaticky. Zbytečně se tím netrápím. Záleží také na tom, v jakém věku bude pacient a v jakém záchranář. Když bude těžce zraněný například mladý člověk ve věku záchranáře, tak může záchranář poranění

promítat do svého života nebo do života svých blízkých. U staršího pacienta, bych si asi uvědomovala, že přijde o práci, mohla to vztahovat ke svému životu, ale většinou není na místě zásahu na tyto myšlenky čas. My člověka předáme do nemocnice, a pokud informace aktivně nevyhledáváme, tak se o jeho dalším osudu nedovíme.

- *Pocítujete někdy bezmoc u pacientů, kterým už nemůžete v přednemocniční neodkladné péči z medicínského hlediska pomoci?*

Takový stav, kdy pacientovi už nelze pomoci, může přijít. To pak vnímám negativně, ale tak už to chodí.

- *Jaké máte pocity po neúspěšné resuscitaci pacienta?*

Mé pocity vycházejí ze situace. Rozhodující je věk zemřelého a taky výsledek po úspěšné resuscitaci. Přemýšlím nad tím, jestli jsme udělali pro pacienta všechno, jestli byl stav vůbec resuscitovatelný.

- *Jaké jsou Vaše zkušenosti s etickým přístupem členů zdravotnické záchranné služby k pozůstalým zemřelého pacienta?*

Řekla bych, že i v tomto jsou rezervy. Možná by pomohly nácviky, modelové situace chování v těchto situacích, jak ze strany lékařů tak záchranářů. Někdy doktor řekne lidem po úmrtí jejich blízkého „nashledanou“, nechá jim tam papíry o úmrtí a odejde. Pak jdu za pozůstalými já a vyjádřím jim upřímnou soustrast.

- *Domníváte se, že je poskytovaná péče zdravotnickou záchrannou službou u pacientů v bezprostředním ohrožení života prováděna lege artis?*

Osobně někdy pochybuji o etickém přístupu. Někdy si záchranáři dělají srandičky ve chvíli, kdy by to být nemělo. K takovému nepatřičnému zlehčování situace různými vtípkami, které do situace nepatří, mám výhrady. Dochází k tomu někdy i před pacientem, a to mi vadí. Po medicínské stránce jsem optimista. To bych řekla, že je tak, jak to má být.

- *Myslíte si, že mají na Vás opakované prožitky spojené s poskytováním přednemocniční neodkladné péče trpícím a umírajícím lidem takový dopad, který se zpětně odráží v etickém přístupu k pacientům?*

Asi by to tak mělo být, že se z každé situace poučíme. Záleží na osobnosti záchranáře, jestli ho prožitky ovlivní pozitivně nebo negativně, jestli prožité situace bagatelizuje

a nevěnuje jim pozornost, nebo jestli o nich přemýšlí.

- *Na závěr bych Vás požádal o stručné vystižení vlastní podstatné myšlenky týkající se utrpení, umírání a smrti pacientů v přednemocniční neodkladné péči.*

Lidé dnes nejsou připraveni na to, jak bude probíhat umírání jejich blízkých. Nejsou připraveni na to, aby jejich rodinní příslušníci umírali v domácím prostředí. Když jsem byla malá, doma nám umírala babička. Moje mamka se o ní doma a starala do poslední chvíle. Tento prožitek patřil do života tří generací. Ta nejstarší generace umírá a dvě mladší generace jsou na to připravené. Nepřišlo mi to nějak dramatické. Sice jsem cítila lítost nad úmrtím babičky, ale nepřišlo mi, že by to nepatřilo k životu. Dnes je situace většinou jiná. Lidé umírají v nemocnici, i kdyby chtěli zůstat v rodinném kruhu. Co se záchranářů týče, záleží na jejich osobnosti. Slušné, nebo etické chování by mělo být v nich, v jejich soukromém i profesním životě. Etika nejde vycvičit, buď jí v sobě člověk má, nebo nemá. Vsázím i na selský rozum, kdy se člověk dokáže vcítit do pozice druhého člověka. Důležitá je také vnitřní hygiena. Pomůže vše, co záchranář dělá mimo svou profesi. Aby se odpoutal od pracovní zátěže, je třeba mít jiné kamarády než z práce, jiné koníčky.

4.1.9. Zdravotnický záchranář č. 9

Žena, 16 let praxe u zdravotnické záchranné služby.

- *Setkáváte se při výkonu svého povolání s utrpením, umíráním a smrtí pacientů?*

Ano.

- *Jsou pro Vás tyto prožitky nějakým způsobem zatěžující?*

Některé zážitky na mě zapůsobí, zatěžují mě, ale již ne v takové míře jako v minulosti.

- *Myslíte si, že došlo v průběhu Vaší odborné praxe k posunu vnímání utrpení, umírání a smrti pacientů v přednemocniční péči jak ve smyslu přecitlivělosti nebo naopak citové oploštělosti?*

Dřív jsem cítila dopad z těchto výjezdů víc. Nosila jsem si zážitky domů. Teď už to nějakým způsobem odbourávám a nenosím si zážitky domů. Už to sice tak neprobírám, ale v hlavě to mám pořád. Asi tak po osmi letech došlo k posunu v tom, že jsem přestala

tyto situace probírat doma.

- *Jaké máte bezprostřední pocity po obdržení výzvy ze zdravotnického operačního střediska, ze které vyplývá, že budete zasahovat u výjezdu, kde se jedná o těžký úraz, či resuscitaci?*

V současné době ve mně v ten moment probíhá profesní příprava. Nezabývám se tím, jaký dopad to na mě bude mít, ale co tam bude, co, kdo bude dělat, aby se situace vyřešila co nejlépe.

- *Přemýšlíte někdy v průběhu poskytování přednemocniční neodkladné péče u těžkých úrazů, závažných onemocnění, umírání a smrti pacientů, že by se daná situace mohla stát i Vám nebo Vaším blízkým?*

Teď už ne, ale dřív jsem na to myslela. Také asi po osmi letech praxe došlo v posunu i v tomhle, protože jsem pociťovala z těchto situací nějaký blok, který mě omezoval v normálním pracovním působení. V současné době cítím trochu odtažitost od náročných výjezdů, nepřipouštím si je tolik.

- *Pociťujete někdy bezmoc u pacientů, kterým už nemůžete v přednemocniční neodkladné péči z medicínského hlediska pomoci?*

V případě, že jsme na místě udělali všechno a stav nelze řešit, tak se mě to nedotýká. Pokud však dojde k profesnímu pochybení, tak mi to leží v hlavě.

- *Jaké máte pocity po neúspěšné resuscitaci pacienta?*

To se nedá globalizovat. Je třeba na neúspěšnou resuscitaci pohlížet skrze věkové skupiny, diagnózy aj. Nemyslím si, že každý starý člověk musí umřít. U lidí s rakovinou v terminálním stádiu se resuscitace nezahajuje. Jejich smrt vnímám jako ukončení jejich utrpení, ale u ostatních lidí si říkám, že jsme to zkusili, udělali jsme pro něj vše, co jsme mohli. Nevyšlo to, tak to tak má být.

- *Jaké jsou Vaše zkušenosti s etickým přístupem členů zdravotnické záchranné služby k pozůstalým zemřelého pacienta?*

To je téma na delší dobu. Stručně řečeno postrádám etický přístup u této problematiky ve zdravotnictví celkově. U záchranářů vnímám, že smrt bagatelizují. Setkáváme se s ní často a nějak nám nedochází, že pro pozůstalé je to něco výjimečného a hrozného. Tím neříkám, že bychom se měli vcítit do jejich prožitků, to vůbec ne, ale mohli bychom si

kolikrát uvědomit, že jde o situaci, která je pro pozůstalé výjimečná, zatěžující a podle toho bychom se měli chovat. Měli bychom se chovat slušně. Problém vidím jednak v komunikaci a u mladších záchranářů si všímám toho, že neví jak se mají chovat a také toho, že neumí projevit navenek své city. Tím nemám na mysli, že by měli u umírajícího plakat, ale projevení účasti s pozůstalými je dle mého názoru „na místě“ a to mi tam často chybí.

- *Domníváte se, že je poskytovaná péče zdravotnickou záchrannou službou u pacientů v bezprostředním ohrožení života prováděna lege artis?*

To si nemyslím. Po letech praxe, které mám, si myslím, že se v současné době přístup k pacientům ještě zhoršuje. Nevím, jestli důvodem je zvýšený počet výjezdů, ale spíš si myslím, že je některým záchranářům postup „lege artis“ lhostejný.

- *Myslíte si, že mají na Vás opakované prožitky spojené s poskytováním přednemocniční neodkladné péče trpícím a umírajícím lidem takový dopad, který se zpětně odráží v etickém přístupu k pacientům?*

Já osobně si z těchto výjezdů vezmu ponaučení. Dopad to na mě má převážně v kladném slova smyslu. Je to další zkušenost.

- *Na závěr bych Vás požádal o stručné vystižení vlastní podstatné myšlenky týkající se utrpení, umírání a smrti pacientů v přednemocniční neodkladné péči.*

Určitě jsem o tom přemýšlela. Mé hodnoty se za léta praxe změnily, protože si uvědomuji, že člověk žije relativně krátkou dobu. Když pozoruji jiné záchranáře, tak pochybuji, že se v tomto směru projeví otevřeně, ale domnívám se, že k zátěži při poskytování péče u těchto stavů dochází.

4.1.10. Zdravotnický záchranář č. 10

Žena, 1, 8 roku praxe u zdravotnické záchranné služby.

- *Setkáváte se při výkonu svého povolání s utrpením, umíráním a smrtí pacientů?*

Určitě, jako každý záchranář.

- *Jsou pro Vás tyto prožitky nějakým způsobem zatěžující?*

Jsou pro mě nadměrně zatěžující. Někdy se zamýšlím, zda mám potřebu takovou zátěž

snášet.

- *Myslíte si, že došlo v průběhu Vaší odborné praxe k posunu vnímání utrpení, umírání a smrti pacientů v přednemocniční péči jak ve smyslu přecitlivělosti nebo naopak citové oploštěnosti?*

V současné době se s těmito událostmi vyrovnávám lépe, ale stále to vnímám jako velice silnou duševní zátěž. Reakce, které ve mně utrpení a umírání vzbuzují, jsou asi jiné, než by v této profesi měly být.

- *Jaké máte bezprostřední pocity po obdržení výzvy ze zdravotnického operačního střediska, ze které vyplývá, že budete zasahovat u výjezdu, kde se jedná o těžký úraz, či resuscitaci?*

Na znění výzvy neberu takový zřetel. Ne vždy odpovídá situace na místě události dramatickému popisu dispečerky. Čekám, až jak bude vypadat situace na místě.

- *Přemýšlíte někdy v průběhu poskytování přednemocniční neodkladné péče u těžkých úrazů, závažných onemocnění, umírání a smrti pacientů, že by se daná situace mohla stát i Vám nebo Vaším blízkým?*

Dopravní nehody na mě moc nepůsobí, ale onkologicky nemocné děti se mě dotýkají.

- *Pocitujete někdy bezmoc u pacientů, kterým už nemůžete v přednemocniční neodkladné péči z medicínského hlediska pomoci?*

Bezmoc pociťuji u neřešitelných stavů často.

- *Jaké máte pocity po neúspěšné resuscitaci pacienta?*

Pocity vychází z okolností. Negativně na mě působí přítomnost pozůstalých, kdy vnímám jejich náročnou situaci. Pociťuji především bezmoc.

- *Jaké jsou Vaše zkušenosti s etickým přístupem členů zdravotnické záchranné služby k pozůstalým zemřelého pacienta?*

Etický přístup k pozůstalým nemají všichni členové ZZS. Někdy jsem se u lékařů setkala s neetickým přístupem. Neosobně na mě působí absence empatického přístupu. Rodina pozůstalého se nachází v těžké situaci a přístup lékařů na mě někdy působí značně chladně.

- *Domníváte se, že je poskytovaná péče zdravotnickou záchrannou službou u pacientů v bezprostředním ohrožení života prováděna lege artis?*

V léčbě jako takové problém nevidím, ale setkávám se s neetickým přístupem ve smyslu nevhodné komunikace a přístupu k okolí. Někdy si u záchranářů všímám nadměrného sebevědomí.

- *Myslíte si, že mají na Vás opakované prožitky spojené s poskytováním přednemocniční neodkladné péče trpícím a umírajícím lidem takový dopad, který se zpětně odráží v etickém přístupu k pacientům?*

Určitě. Prožité zážitky jistě ovlivňují následující přístup záchranářů k mnoha věcem. Jakým směrem se však ovlivnění vyvine, záleží na osobnosti záchranáře.

- *Na závěr bych Vás požádal o stručné vystižení vlastní podstatné myšlenky týkající se utrpení, umírání a smrti pacientů v přednemocniční neodkladné péči.*

O těchto věcech uvažuji až ve chvíli, kdy je musím řešit, jinak se jimi nezabývám. Pak bych si uvědomovala svou vlastní smrtelnost a s tímto pocitem se člověk těžko vyrovnává.

4.2. Vyhodnocení rozhovorů

V této podkapitole jsou vyhodnoceny názory oslovených zdravotnických záchranářů na jednotlivé dotazy. Vyzdvíženy jsou společné odpovědi na dané otázky, dále jsou uvedeny odlišnosti, které se v jednotlivých rozhovorech objevily. Ve vzorku reprezentujícím zdravotnické záchranáře jsou zastoupeni muži i ženy s délkou odborné praxe od 2 do 17 let.

4.2.1. Utrpení, umírání a smrt v profesi zdravotnický záchranář

V rámci výkonu své profese se dle odpovědí dotazovaných respondentů s utrpením, umíráním a smrtí pacientů při poskytování přednemocniční neodkladné péče setkávají všichni zdravotničtí záchranáři. Tuto skutečnost přijímají oslovení respondenti jako samozřejmou součást svého povolání (*zdravotnický záchranář č. 4, č. 10*).

4.2.2. Pocitovaná zátěž zdravotnických záchranářů z opakovaného kontaktu s trpícími a umírajícími pacienty

Utrpení, umírání a smrt pacientů vnímají zdravotničtí záchranáři rozdílně. Jako jednoznačně zatěžující byly tyto události označeny třemi dotázanými záchranáři (*záchranář č. 1, č. 5, č. 10*). Pro většinu záchranářů hraje důležitou roli z hlediska následného pocitu zatížení okolnosti, za jakých k těmto událostem dochází (*záchranář č. 3, č. 4, č. 7, č. 8, č. 9*). Za zatěžující prvek bylo označeno utrpení a umírání pacientů v dětském věku (*záchranář č. 3, č. 8*). Tyto události jsou ovšem vnímány některými záchranáři i bez pocitu výraznějšího emotivního dopadu, tedy jako nezatěžující (*záchranář č. 2, č. 6*).

4.2.3. Posun ve vnímání utrpení, umírání a smrti pacientů z hlediska zdravotnických záchranářů v průběhu odborné praxe

Většina dotázaných uvedla, že došlo v průběhu jejich odborné praxe ke změně v přístupu a přijímání poskytované intenzivní přednemocniční péče u trpících a umírajících osob. Tato změna má podobný ráz. Zpočátku byli zdravotničtí záchranáři

k zmíněným událostem citliví. Následně byla citlivost vystřídána jistou odměřeností či citovou oploštěností k utrpení a smrti pacientů (záchranař č. 1, č. 3, č. 5, č. 7, č. 8, č. 9, č. 10). Dva zdravotníci záchranáři nepociťují v rámci své praxe žádný posun ve smyslu přecitlivělosti či naopak citové zploštěnosti k utrpení a umírání pacientů (záchranař č. 2, č. 6), tyto situace jim nevadí a nezatěžují je. V jednom případě měl vývoj postoje k utrpení pacientů podobu počáteční přecitlivělosti, následné otupělosti, ale v současné době, po opětovné účasti u devastujícího traumatu, jsou tyto výjezdy vnímány jako zatěžující (záchranař č. 4).

4.2.4. Pocity zdravotnických záchranářů po obdržení tísňové výzvy vyžadující jejich účast u těžkého poranění či resuscitace

Bezprostřední pocity dotázaných zdravotnických záchranářů po obdržení výzvy, ze které vyplývá nutnost poskytnutí akutní, život zachraňující péče pacientovi, mají vesměs podobu jistého nabuzení se na „akci“, koncentrace a přemítání o organizačním sledu událostí na místě zásahu a očekávání skutečné podoby zdravotního postižení. Informace o bezprostředním ohrožení života pacienta nevzbuzuje ve zdravotnických záchranářích negativní emoce (záchranař č.1, č. 2, č. 3, č. 4, č. 5, č. 6, č. 7, č. 8, č. 9, č.10). Jak naznačují některé výpovědi, dochází i v přijímání výzev o akutním stavu pacienta k určitému vývoji a postupně ze záchranářů opadáva stres před příjezdem k místu události, který bývá nahrazen vnitřní profesní přípravou na optimální zvládnutí intenzivní medicínské intervence. „Vůči těmto výzvám jsem už taky otupěl. Dříve jsem pociťoval stres..., ale dneska je mi to už jedno, k čemu jedu, neprožívám to“ (záchranař č. 4).

4.2.5. Promítání utrpení a smrti pacientů do vlastního života zdravotnických záchranářů

K promítání utrpení a smrti pacientů do vlastního života zdravotnických záchranářů, nebo jejich blízkých osob, dochází. V odpovědi se všichni dotázaní shodli. Zkušenost s těžkými traumaty a náhlou, neočekávanou smrtí vede záchranáře k větší opatrnosti ke svému vlastnímu zdraví a životu (záchranař č. 1, č. 3, č. 4, č. 5, č. 6, č. 7,

č. 8). Ve smyslu projekce traumatizujících jevů u pacientů do vlastního života a do života svých blízkých osob, ale následného obranného nepřipouštění si těchto událostí, se vyjádřili dva z dotázaných respondentů. „Už jenom myšlenka na to je stresující, ale nelze si ji připouštět“ (záchranář č. 2). „Dřív jsem na to myslela... v současné době cítím trochu odtažitost od náročných výjezdů, nepřipouštím si je tolik“ (záchranář č. 9).

4.2.6. Pociťovaná bezmoc zdravotnických záchranářů při poskytování přednemocniční neodkladné péče u medicínsky beznadějných případů

V případě minimální nebo žádné možnosti pozitivně ovlivnit vývoj zdravotního stavu pacienta akutně ohroženého na životě vyjádřili pocit bezmoci tři respondenti (záchranář č. 2, č. 3, č. 10). V opačném smyslu, tedy v absenci pocitu bezmoci u medicínsky neřešitelných případů, se vyslovilo šest respondentů (záchranář č. 4, č. 5, č. 6, č. 7, č. 8, č. 9), z čehož někteří připustili, že by za jistých podmínek bezmoc pociťovat mohli. Např. poskytování neodkladné péče blízkému člověku by mohlo tento pocit vyvolat – „Asi by to bylo jiné, kdybych tomu byl vystavený např. u kamaráda“ (záchranář č. 4). Faktorem vzbuzujícím pocit bezmoci u zdravotnických záchranářů může být i přítomnost rodiny u pacienta ohroženého na životě s infaustní prognózou (záchranář č. 1, č. 7).

4.2.7. Postoj zdravotnických záchranářů k neúspěšné resuscitaci

Postoj zdravotnických záchranářů k neúspěšné resuscitaci, končící smrtí pacienta, vyplývá ve většině případů z konkrétní situace (záchranář č. 1, č. 4, č. 7, č. 8, č. 9). „Jsou situace, kdy se s neúspěšnou resuscitací smírím jednoduše“ (záchranář č. 1). Někteří záchranáři uvedli, že se po neúspěšné resuscitaci zamýšlí nad tím, zda bylo pro pacienta uděláno vše, co být uděláno mělo: „Přemýšlím nad tím, jestli jsme udělali pro pacienta všechno, jestli byl stav vůbec resuscitovatelný“ (záchranář č. 8). „Někdy mi vadí, když vím, že jsme moli něco udělat jinak nebo lépe“ (záchranář č. 4). Ve dvou případech bylo patrné smíření se se smrtí pacienta bez výraznějšího dopadu na prožívání záchranáře: „Nedá nic dělat“ (záchranář č. 2); „Není to nějak silný pocit, který by stál za prožívání“ (záchranář č. 6). Dva respondenti uvedli, že jejich pocity po neúspěšné

resuscitaci ovlivňuje přítomnost rodiny a blízkých zemřelého člověka (záchranař č. 7, č. 10). V jednom případě byly popsány pocity pokory a potřeby zachování důstojnosti mrtvého člověka (záchranař č. 5).

4.2.8. Etický přístup k pozůstalým z pohledu zdravotnického záchranaře

Na etický přístup členů ZZS k pozůstalým zemřelého člověka nahlíží oslovení záchranaři ze dvou úhlů. Jedna část dotázaných považuje přístup výjezdové skupiny ZZS k pozůstalým za etický, i když připouští, že se posádka někdy může dopustit určitých etických „přehmatů“, podstatných chyb se však nedopouští (záchranař č. 1, č. 3, č. 6, č. 7). „Asi ne ve 100 %, ale ve většině případů jsem se setkal v tomto směru s etickým přístupem“ (záchranař č. 6). Druhý pohled vypovídá o větších mezerách v etickém přístupu členů ZZS k pozůstalým. Nedochozí sice zcela k neetickému jednání, ale tito záchranaři vnímají směrem k pozůstalým deficit empatie (záchranař č. 4, č. 10). Na tomto místě bylo také uvedeno, že větší znepokojení je pociťováno z přítomnosti pozůstalých, než úmrtí pacienta samo o sobě (záchranař č. 4).

V podobném duchu se vyjádřili i ostatní respondenti, kteří vidí v etickém přístupu k pozůstalým rezervy (záchranař č. 8), postrádají v této otázce etický přístup v celém zdravotnictví (záchranař č. 9), nebo se členové ZZS z větší části nechovají tak, jak by měli (záchranař č. 5).

4.2.9. Poskytují členové ZZS u život ohrožujících stavů péči lege artis?

Všichni dotázaní respondenti uvedli rozpor s postupem lege artis při poskytování neodkladné péče u pacientů v život ohrožujícím stavu. Minimální odchylku od lege artis postupu uvedl pouze jeden záchranař (záchranař č. 6). Převážná část uvádí jako důvod rozporu s postupem lege artis nevhodnou komunikaci s pacientem (záchranař č. 5, č. 10). Je uváděno nemístné žertování (záchranař č. 8) a pocit postupného zhoršování přístupu k pacientům především od služebně mladších kolegů (záchranař č. 9). Dva respondenti uvedli, že se osobně u těchto stavů snaží o přístup lege artis, ale u svých kolegů se s ním někdy setkali (záchranař č. 3, č. 4).

4.2.10. Ovlivňuje etický přístup zdravotnických záchranářů opakovaný kontakt s utrpením a umíráním pacientů?

Reakce na tento dotaz lze zařadit do několika skupin. První, nejpočetnější skupinu, tvoří respondenti, kteří se domnívají, že opakované zažívání utrpení a umírání pacientů nemá na jejich následný etický přístup při poskytování neodkladné péče vliv (záchranář č. 1, č. 2, č. 3, č. 4, č. 6). Dva respondenti se shodují, že zdravotnické záchranáře tyto zážitky ovlivňují. Zda se ovlivnění odrazí v negativním, či pozitivním rázu, záleží na vlastní osobnosti záchranáře (záchranář č. 8, č. 10). Další dva respondenti se domnívají, že výše popsané, opakované prožitky zdravotnické záchranáře ovlivňují v negativním smyslu – netečnost, odměřenost, verbální komunikace (záchranář č. 5, č. 7). Pouze jeden z dotázaných se domnívá, že jsou tyto zážitky pro záchranáře přínosem: „Dopad to na mě má převážně v kladném slova smyslu. Je to další zkušenost“ (záchranář č. 9).

4.2.11. Volné vyjádření vlastního postoje zdravotnických záchranářů k utrpení, umírání a smrti

- „Každý, kdo tuto práci dělá, by si měl uvědomit, že toto je její nedílnou součástí. Nedá se to přehlížet“ (záchranář č. 1).
- „Myslím si, že umírání patří k životu, nikdo se tomu nevyhne“ (záchranář č. 2).
- „Záchranář nemůže být k utrpení, umírání a smrti pacientů citlivý, protože by to jinak neunesl“ (záchranář č. 3).
- „Přemýšlím nad tím, jaký mají dané situace z dlouhodobého hlediska dopad na psychiku záchranářů“ (záchranář č. 4).
- „Myslím, že to záchranáře vnitřně ničí, vysává, ať si to připouští nebo ne“ (záchranář č. 5).
- „Nic výrazného to ve mně nevzbuzuje“ (záchranář č. 6).
- „Více na mě doléhala náhlá úmrtí ze soukromého života než v zaměstnání“ (záchranář č. 7).
- „Co se záchranářů týče, záleží na jeho osobnosti. Slušné, nebo etické chování by mělo být v něm, v jeho soukromém i profesním životě. Etika nejde vycvičit, buď jí

v sobě člověk má, nebo nemá“ (záchranař č. 8).

- *„Domnívám se, že k zátěži při poskytování péče u těchto stavů dochází“ (záchranař č. 9).*
- *„O těchto věcech uvažuji až ve chvíli, kdy je musím řešit, jinak se jimi nezabývám“ (záchranař č. 10).*

5. Diskuse

Většina lidí v současné době žije, nebo si alespoň přeje žít v představě, že se bude ve zdraví těšit dlouhému úspěšnému a naplněnému životu. Zásluhou technického pokroku a rozvoje v mnoha disciplínách lidského konání dochází k postupnému odstraňování nejrůznějších překážek bránících šťastnému a uspokojenému bytí. Při pohledu do minulosti je možné zaznamenat jistý rozdíl k samotnému vnímání života, hodnotových priorit, cílů i náplně lidského jednání. Víra v posmrtný život se v lidské mysli postupně vytrácí a na intenzitě značně nabylo soustředění se na současný, aktuálně probíhající, hmatatelný život. Průměrná délka dožitého věku civilizované populace se prodlužuje, zmírňují se nesnáze a utrpení provázející lidstvo od nepaměti a vzniká prostor pro uspokojování i jiných, než pouze základních potřeb naší existence. Tempo a směr rozvinutého světa vede tedy přirozeně k odmítavému postoji, k prohrám, strádání, nenaplnění potřeb, utrpení a v konečném důsledku i k odmítání smrti. Dle Haškovcové se téma umírání a smrti postupně tabuizovalo, lidé si fakt vlastní konečnosti nechtějí připouštět a vyhýbavě se staví též k přímému pohledu na vlastní utrpení (6).

Názor soudobé tabuizace umírání a smrti koreluje s vyjádřením jedné z dotázaných respondentek, která uvedla: *„Lidé dnes nejsou připraveni na to, jak bude probíhat umírání jejich blízkých. Nejsou připraveni na to, aby jejich rodinní příslušníci umírali v domácím prostředí. Když jsem byla malá, doma nám umírala babička. Moje mamka se o ní doma a starala do poslední chvíle. Tento prožitek patřil do života tří generací. Ta nejstarší generace umírá a dvě mladší generace jsou na to připravené. Nepřišlo mi to nějak dramatické. Sice jsem cítila lítost nad úmrtím babičky, ale nepřišlo mi, že by to nepatřilo k životu. Dnes je situace většinou jiná. Lidé umírají v nemocnici, i kdyby chtěli zůstat v rodinném kruhu“* (záchranář č. 8).

Domnívám se, že odmítavý postoj k utrpení, umírání a smrti zaujmají lidé z důvodu potřeby zachování vlastního duševního klidu a emoční stability. V tomto duchu byl vyjádřen i názor zdravotnické záchranářky, která se umíráním a smrtí zabývá v rámci své profese až při bezprostředním vystavení se dané problematice, neboť pro ni

mají tyto skutečnosti traumatizující ráz: „*Pak bych si uvědomovala svou vlastní smrtelnost a s tímto pocitem se člověk těžko vyrovnává*“ (záchranář č. 10). Nepřipravený jedinec je těmito událostmi u sebe nebo svého blízkého okolí zaskočen. Náhlá, neočekávaná informace o úmrtí blízkého člověka jedince ochromí. Z počátku ji odmítá přijmout, nevěří jí, následně vyvolá pocit zdrcenosti. Jistě byly podobné pocity o nečekaném skonu bližního prožívány i v minulosti, ovšem v dobách dřívějších bylo oproti dnešku utrpení, umírání a smrt běžnou, viditelnou součástí lidské existence a dožití se stáří v dnešní podobě bylo výjimečné.

V dnešní době je tedy utrpení, umírání a smrt mimo střed zájmu většiny populace a do povědomí se tyto strasti dostávají pouze okrajově, v nevyhnutelně nutných případech „*Když smrt udeří někde blízko. Když vážně onemocní člen rodiny nebo někdo z přátel*“ (6).

Jinak tomu tak ovšem je při výkonu profese zdravotnického záchranáře. Kvalitativní výzkum vypovídá o opakovaném kontaktu dotázaných zdravotníků s trpícími a umírajícími pacienty. Dle Haškovcové vede poskytování neodkladné péče těžce nemocným a umírajícím lidem k fyzické, ale především psychické zátěži (6). Toto tvrzení ve výzkumu potvrdili tři z deseti záchranářů (*záchranář č. 1, č. 5, č. 10*). Většina záchranářů uvedla, že pocíťovaná zátěž při řešení akutních stavů vychází z různých okolností, především pak z poskytování intenzivní péče pacientům v dětském věku (*záchranář č. 3, č. 8*). Ne vždy tedy vede vystavení se smrti k emoční rozladě záchranářů. Pro ilustraci uvádím citaci dotázaného záchranáře na pocit po neúspěšné resuscitaci: „*Jsou situace, kdy se s neúspěšnou resuscitací smírím jednoduše*“ (*záchranář č. 1*). Dva zdravotníci uvedli, že je tyto události neovlivňují, nezatěžují (*záchranář č. 2, č. 6*).

Dle mého názoru se vnímání zdravotnických záchranářů k utrpení a umírání lidí liší od ostatní populace z několika důvodů. Jedním z důvodů je altruismus, který předurčuje volbu budoucího povolání. Zdravotníci záchranáři mají dle Baštecké značnou potřebu obětování se a poskytnutí pomoci jinému člověku v jeho krizové životní situaci, bez ohledu na vlastní nepohodlí či potřeby (2). Domnívám se, že jim jejich vyšší vnitřní nastavení pomyslné laťky k duševní zátěži tohoto rázu dovoluje

opakovaně poskytnout erudovanou zdravotní péči i v dramaticky vyhlížejících situacích. Vzhledem k tomu, že mají tendenci vyhledávat dobrodružství a akční situace (2), může být pro ně kontakt např. s těžce poraněnými pacienty jistým způsobem uspokojující. Poskytnutí intenzivní péče u člověka v nouzi, stíženého těžkým traumatem či u jedince, kterému selhávají, nebo již selhaly základní životní funkce, je pro zdravotnické záchranáře dle mého názoru motivující. Naopak, zneužívání a neoblomné vyžádání si poskytnutí intenzivní péče posádkou ZZS u různých stesků, jež pacienti udávají, a jejichž stav vyžaduje nanejvýše intervenci praktického lékaře, záchranáře do jisté míry irituje, což dokládá tato výpověď: „*Osobně mi mnohem víc vadí výjezdy, při kterých pacienti záchrannou službu zneužívají, kdy si nás volají ke stavům, které nevyžadují akutní péči*“ (záchranář č. 3).

Postoj zdravotnických záchranářů k utrpení, umírání a smrti se v průběhu jejich odborné praxe většinou mění charakteristickým způsobem. Ten, dle výzkumu, vypovídá o počáteční citlivosti k uvedeným jevům a postupném vytváření si profesního odstupu od dramatických změn ve zdraví a životě pacientů. Profesní odstup mířící k odpoutání se od citových prožitků z nadměrné empatie k trpícím či umírajícím pacientům dle mého názoru zabezpečí následné poskytnutí erudované, věcné, optimální, intenzivní péče. U stavů bezprostředně ohrožujících život není na místě projevovat citové rozpoložení nad utrpením, nýbrž je nutné v časové tísní provést bazální vyšetření, diagnostiku a radikální léčbu. Tento, na okolí někdy možná chladně a odměřeně působící přístup členů ZZS, má dle mého názoru obhajitelný důvod. Klade si za cíl vyřešit primární potřebu pacienta – udržet, či obnovit vitální funkce. Domnívám se, že v situacích řešících otázku života a smrti je empatický přístup sekundární potřebou pacienta. Ševčík uvádí, že celé úsilí zdravotníků musí být věnováno ve prospěch nemocného (20). V případě ohrožení života pak vnímám, jako jediný primární cíl, snahu o udržení života samotného.

Ovšem i na samotné zdravotnické záchranáře působí dle výzkumu v některých případech počínání jejich kolegů jako neetické. Osobně jsem postřehl, že se členové ZZS někdy dopustili neetického jednání, a to především nevhodným způsobem komunikace. Léčebná stránka péče byla až na výjimky v souladu se současnými

standardy. V podobném smyslu se vyjádřili ve výzkumu někteří záchranáři: „*Někdy si záchranáři dělají srandičky ve chvíli, kdy by to být nemělo*“ (záchranář č. 8). „*V léčbě jako takové problém nevidím, ale setkávám se s neetickým přístupem ve smyslu nevhodné komunikace a přístupu k okolí*“ (záchranář č. 10). Na tomto místě bych rád uvedl, že pokud jsem se setkal s neetickým přístupem při poskytování intenzivní péče ZZS ze strany terapie, týkalo se to především nedostatečného farmakologického tlášení bolesti. Pacienti pak byli zbytečně vystavováni utrpení. Tento přístup je v rozporu s poskytováním péče lege artis a ve mně vyvolává odmítavý postoj. Je tedy mým přáním, aby nedocházelo k rozporu s vyjádřením Munzarové, která uvádí, že veškeré lékařské systémy napříč historickým a kulturním spektrem nesou jako své základní poslání tlumení bolesti a zmírnění utrpení (12).

Zajímavým a očekávaným výstupem z provedeného výzkumu pro mě byla též informace týkající se pocíťované zátěže zdravotnických záchranářů v souvislosti s opakovaným řešením tísňových výzev vyžadující jejich účast při utrpení a umírání pacientů a především následný dopad uvedených prožitků na etický přístup v přednemocniční neodkladné péči. Polovina dotázaných zdravotníků sdělila, že nepocíťuje dopad z uvedených situací na své profesní etické jednání (záchranář č. 1, č. 2, č. 3, č. 4, č. 6). Pouze dva zdravotničtí záchranáři uvedli, že v této souvislosti vidí ryze negativní dopad na etické jednání ve smyslu netečnosti, odměřenosti a nevhodné verbální komunikace (záchranář. č. 5, č. 7).

Z výpovědí zdravotnických záchranářů lze vyvodit tyto hypotézy:

- Zdravotničtí záchranáři vnímají utrpení, umírání a smrt pacientů jako duševní zátěž.
- Zdravotnické záchranáře ovlivňuje opakovaný styk s utrpením, umíráním a smrtí ve smyslu citové oploštěnosti k pacientům.
- Etický přístup zdravotnických záchranářů k pacientům v akutním ohrožení života není ovlivněn jejich zkušenost s utrpením, umíráním a smrtí.

6. Závěr

Současnost a hlavně pohled do budoucnosti naznačuje, že se pacient v akutním ohrožení svého zdraví či života již nespokojí pouze s holým faktem poskytnuté přednemocniční péče, ale bude si klást otázku, zda jim byla urgentní intervence poskytnuta včas a optimálním způsobem. V případě rozporu jeho přesvědčení s postupem členů zdravotnické záchranné služby či dokonce s platnými standardy bude pacient jistě svou pozici hájit.

Důvod přivolané zdravotnické záchranné služby bývá pro mnohé stresujícím faktorem zužující jejich pohled pouze na konkrétní problém, který se snaží intenzivně řešit. Otázkou je, do jaké míry je laik schopen rozeznat čistě terapeutický postup zdravotnických záchranářů ve smyslu lege artis. Jistě však nesejde na rozsahu povědomí o zdravotnické problematice v případě neetického přístupu členů ZZS. Na prvním místě neujde pozornosti pacientů, ale dle výsledku výzkumu i samotných zdravotnických záchranářů, nevhodná komunikace během vyšetření, ošetření a transportu pacienta do nemocnice. Zdravotníkům bývá někdy též vytýkán odtažitý, nezainteresovaný přístup při řešení svých úkolů.

Smyslem této práce bylo zhodnocení míry ovlivnění a zátěže zdravotnických záchranářů jevy, jenž se vývojem postupně přesunuly na periferii zájmu současné doby, tedy utrpení, umírání a smrti. Práce si dále kladla za cíl posouzení případného dopadu těchto skutečností na etický přístup k pacientům.

Na základě zásad kvalitativního výzkumu byly posouzeny názory několika oslovených zdravotnických záchranářů a vysloveny hypotézy, které jsou uvedeny v kapitole Diskuze. Cíl práce proto považuji za splněný. Hypotézy ovšem vyplývají z vyslovených postojů pouze omezené skupiny zdravotnických záchranářů. Z tohoto důvodu nelze závěry této bakalářské práce zobecnit. Do budoucna by mohly být hypotézy vyhodnoceny větším množstvím dotázaných respondentů pomocí kvantitativního výzkumu.

Závěrem bych rád uvedl svůj názor, dle kterého mají Zdravotníci záchranáři k trpícím a umírajícím pacientům, jejichž stav vyžaduje akutní péče, empatický i etický

přístup. Vzhledem k jejich profesním zkušenostem se však soustředí při výkonu intenzivní léčby na prioritu, jenž znamená záchranu holého života. Vše ostatní je pro ně v danou chvíli druhořadé. Proto může, ve snaze zvládnout nutné úkony v časové tísní, jejich verbální komunikace působit neeticky. Tyto projevy by se měly u profesionálních zdravotníků však objevovat minimálně.

V případě, že bude tato práce podnětem k zamyšlení se studentů oboru zdravotnický záchranář, ale i profesionálních záchranářů, nad popisovaným tématem, je mým přáním vyjádřit potřebu udržení etického přístupu k pacientům a jejich blízkému okolí v jejich krizové životní situaci.

7. Seznam literatury

1. ADAMS, B., HAROLD, C. E. *Sestra a akutní stavy od A do Z*. 1. vyd. Přel. Suchardová. Praha: Grada, 1999. 488 s. ISBN 80-7169-893-8.
2. BAŠTECKÁ, B. *Terénní krizová práce*. Praha: Grada, 2005. 300 s. ISBN 80-247-0708-X.
3. CASSEL, EJ. *Pain and suffering*. In REICHT, WT. *Encyclopedia of Bioethics*, revised edition. New York: Simon & Schuster Macmillan, 1995.
4. ETICKÝ KODEX A NORMY PROFESIONÁLNÍHO CHOVÁNÍ ZZS HL. M. PRAHY - ÚZEMNÍHO STŘEDISKA ZÁCHRANNÉ SLUŽBY (online). Dostupné z <http://www.zzshmp.cz/data/documents/58/ek.pdf>. (cit. 2008-7-15).
5. HAŠKOVCOVÁ, H. *Lékařská etika*. Praha: Galén, 2002. 272 s. ISBN 80-7262-132-7.
6. HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanatologie*. Praha: Galén, 2007. 250 s. ISBN 978-80-7262-471.
7. JANKOVSKÝ, J. *Etika pro pomáhající profese*. Praha: Triton, 2003. 224 s. ISBN 80-7254-329-6.
8. KAPOUNOVÁ, G. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. Praha: Grada, 2007. 352 + 16 s. ISBN 978-80-247-1830-9
9. KŘIVOHLAVÝ, J., PEČENKOVÁ, J. *Duševní hygiena pro zdravotní sestry*. Praha: Grada, 2004. 80 s. ISBN 80-247-0784-5.
10. MCGONIFLE, L. B., CAPLIN, M., KOVACH, P. *Vše o léčbě bolesti*. 1. vyd. Přel. Di Cara. Praha: Grada 2006. 356 s. ISBN 80-247-1720-4.
11. MUNZAROVÁ, M. Celkový pohled na umírání. *Praktický lékař*, 2003, roč. 83, suppl. 1, s. 22-23.
12. MUNZAROVÁ, M. *Zdravotnická etika od A do Z*. Praha: Grada, 2005. 156 s. ISBN 80-247-1024-2.
13. ONDROK, PJ. *Bioetika, biotechnologie a biomedicína*. Praha: Triton, 2005. 218 s. ISBN 80-7524-486-1.
14. POKORNÝ, J. et al. *Urgentní medicína*. Praha: Galén, 2004. 552 s. ISBN 80-

7262-259-5.

15. POKORNÝ, J. *Lékařská první pomoc*. Praha: Galén, 2003. 353 s. ISBN 80-7262-214-5.
16. PŘÍKASKÝ, V. J. *Učebnice základů etiky*. Kostelní Vydří: Karmelijánské nakl., 2000. 136 s. ISBN 80-7192-505-5.
17. RAPČÍKOVÁ, T. *Etický rozmer práce zdravotnického záchranára*. Urgentní medicína. České Budějovice: 2007, roč. 10, č. 2, s. 26-30. ISSN 1212-1924.
18. SYNDROM VYHOŘENÍ (online). Dostupné z http://cs.wikipedia.org/wiki/Syndrom_vyhoření (cit 2008-07-31).
19. SYNDROM VYHOŘENÍ U PRACOVNÍKŮ ZZS (online). Dostupné z <http://zachrana.patekolo.org/archives/31> (cit 2008-08-01).
20. ŠEVČÍK, P., ČERNÝ, V., VÍTOVEC, J. et al. *Intenzivní medicína*. Praha: Galén, 2003. 424 s. ISBN 80-7262-203-X.
21. ŠPATENKOVÁ, N. a kol. *Krize*. Praha: Grada, 2004. 132 s. ISBN 80-247-0888-4.
22. ŠPATENKOVÁ, N. a kol. *Krizová intervence pro praxi*. Praha: Grada, 2004. 200 s. ISBN 80-247-0586-9.
23. VYHLÁŠKA 424/2004 Sb., kterou se stanoví činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků.
24. VYHLÁŠKA 434/1992 Sb., o zdravotnické záchranné službě.
25. ZÁKON č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, ve znění pozdějších předpisů.
26. ZÁKON č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních.

8. Klíčová slova

- **utrpení**
- **umírání**
- **smrt**
- **zdravotnický záchranář**
- **přednemocniční neodkladná péče**
- **zdravotnická záchranná služba**
- **lege artis**
- **etika**

9. Příloha

Etický kodex a normy profesionálního chování zaměstnanců Zdravotnické záchranné služby hlavního města Prahy

Úvod

Účelem kodexu je stanovit žádoucí standardy profesionálního chování zaměstnanců ZZS HMP-ÚSZS a informovat veřejnost o formě a způsobu chování, jež je oprávněna od zaměstnanců ZZS HMP-ÚSZS, jako zdravotnického zařízení zřizovaného Hlavním městem Prahou a poskytujícím přednemocniční neodkladnou péči i zdravotní transporty, očekávat. Tento kodex vychází z Kodexu etiky zaměstnanců ve veřejné správě, který schválila vláda svým usnesením č. 270 ze dne 21.3.2001, a Kodexu zřizovatele, z Kodexu České lékařské komory a Kodexu zdravotních sester i Kodexů ostatních složek integrovaného záchranného systému.

Posláním ZZS HMP-ÚSZS, jako poskytovatele odborné přednemocniční neodkladné péče, zdravotní péče a zdravotně sociálních služeb, je profesionálně a hospodárně zajištěná péče z prostředků zdravotního pojištění, rozpočtu zřizovatele a přímých plateb - poplatků klientů, která zaručuje jejich účelné využití na straně jedné a komfort pacientů na straně druhé. Toto poslání vyžaduje profesionálně výkonné zaměstnance, vědomě respektující vnitřní etické hodnoty, pravidla a normy zaměstnanecké kultury, kteří dotvářejí pozitivní obraz organizace u pacientů a veřejnosti. ZZS HMP-ÚSZS jako zaměstnavatel, který si je vědom povinnosti pečovat o vytváření a rozvíjení pracovněprávních vztahů v souladu s dobrými mravy, tímto ve vztahu k zaměstnancům veřejně deklaruje, že je zaměstnavatelem rovných příležitostí, který zamezuje jakékoliv diskriminaci. Etický kodex je v tomto smyslu základním dokumentem principů morálky a chování zaměstnanců ZZS HMP-ÚSZS. Etické normy v něm obsažené navazují na normy právní, předpokládají jejich plnění a stanoví požadavky náročnější, než jaké vyplývají z právního řádu.

Článek 1 – Základní ustanovení

1. Zaměstnanec ZZS HMP-ÚSZS vykonává svou práci ve shodě s mezinárodní Úmlouvou o lidských právech a biomedicíně, Chartou práv pacientů, Ústavou České republiky, zákony, dalšími právními předpisy a vnitřními normami ZZS HMP-ÚSZS a se svým svědomím.

2. Zákonnost při rozhodování a rovný přístup ke všem fyzickým i právnickým osobám jsou základními zásadami, které každý zaměstnanec ZZS HMP-ÚSZS dodržuje a vytváří tak základ pro budování a udržení důvěry veřejnosti.

3. Základními hodnotami zaměstnanců ZZS HMP-ÚSZS jsou:

- Profesionalita
- Neutrannost
- Odpovědnost
- Ohleduplnost
- Bezúhonnost
- Zásada lidskosti
- Úcta k životu
- Důstojnost lidského jedince
- Čestnost, slušnost, korektnost v chování
- Respektování kompetencí

4. Základními úkoly ZZS HMP-ÚSZS jsou:

- Ochrana zdraví a životů
- Mírnění utrpení
- Dodržování zákonnosti
- Neodkladné poskytnutí pomoci
- Zachování lékařského tajemství
- Soustavné vzdělávání a zdokonalování
- Vedení a uchování řádné dokumentace
- Udržování a prohlubování důvěry pacientů v její péči
- Dodržování kolegiality

Článek 2 – Obecné zásady jednání

1. V pracovní době se zaměstnanec věnuje výlučně plnění pracovních úkolů a povinností s plným vynaložením svých sil a schopností. K výkonu své pracovní činnosti přistupuje tvořivě a iniciativně, s veškerou svojí invencí. V rámci své kompetence činí vše pro úplné, přesné a včasné plnění svěřených pracovních úkolů. Odpovídá za spolehlivost a správnost dokladů, které vytváří. Neprovede ani nepřipustí, aby jiná osoba provedla do dokumentu nesprávný nebo zavádějící údaj.

2. Zaměstnanec usiluje o zajištění maximálně efektivního a ekonomického spravování a využívání finančních zdrojů, zařízení a služeb, které mu byly svěřeny.

3. V případě, že by zaměstnanec zjistil ztrátu nebo újmu na majetku ZZS HMP-ÚSZS, oznámí neprodleně tuto skutečnost svému nadřízenému, popřípadě příslušnému orgánu činnému v trestním řízení.

4. Zaměstnanec se nezúčastní žádné činnosti, která se neslučuje s řádným výkonem jeho pracovních povinností nebo tento výkon omezuje. Při výkonu činnosti politické nebo veřejné dbá, aby tato činnost nenarušila důvěru občanů v jeho schopnost nestranně vykonávat své pracovní povinnosti.

5. Pokud si není zaměstnanec jist, zda jde o činnost slučitelnou s výkonem jeho zaměstnání, projedná záležitost se svým nadřízeným.

6. Zaměstnanec pečuje o úpravu svého zevnějšku a dbá, aby jeho oblečení odpovídalo postavení ZZS HMP-ÚSZS, kterou reprezentuje, jeho pracovnímu zařazení a místu výkonu práce.

7. Zaměstnanec i v mimopracovní době vystupuje tak, aby nesnižoval důvěru v ZZS HMP-ÚSZS v očích veřejnosti.

Článek 3 – Jednání s pacienty

1. Hlavním úkolem ZZS HMP-ÚSZS je co nejefektivnější přednemocniční neodkladná péče poskytovaná veřejnosti. Společným cílem zaměstnanců výjezdových skupin je maximální uspokojení potřeb pacientů. Zaměstnanec proto své pracovní povinnosti vykonává na vysoké odborné úrovni odpovídající jeho kvalifikaci, kterou je nutné si studiem průběžně prohlubovat, s největší mírou slušnosti, porozumění, ochoty a bez jakýchkoli předsudků rasových, národnostních, náboženských, politických nebo jiných. Zaměstnanec jedná korektně, zdvořile a vstřícně s pacienty i jejich okolím. Každý člen výjezdové skupiny ZZS HMP-ÚSZS činí veškerá svá rozhodnutí a úkony vždy bez zbytečných průtahů s maximální snahou o jejich zkrácení ve prospěch pacientů. Jedná tak, aby nezpůsobil újmu jakékoliv osoby, skupiny osob nebo členů ostatních složek IZS a prosazuje práva a oprávněné zájmy pacientů i všech občanů.

2. Každý člen výjezdové skupiny ctí a respektuje práva pacientů, zejména právo na informace o jménu člena výjezdové skupiny, který mu poskytuje péči, informace o svém zdravotním stavu a následná opatření směřující k léčbě a informace o následné péči.

3. Žádný člen výjezdové skupiny nesmí podceňovat a znevažovat profesionální dovednosti, znalosti i poskytované služby ostatních kolegů. Nesmí používat ponižujících výrazů o jejich osobách, komentovat nevhodným způsobem činnost ostatních v přítomnosti pacienta a nelékařů.

4. Každý člen výjezdové skupiny kolegiálně spolupracuje s těmi zdravotníky a záchranáři, kteří současně nebo následně pečují o stejné pacienty. Předává-li pacienta jinému zdravotnickému zařízení nebo zdravotníkovi, musí mu odevzdat veškeré získané informace potřebné pro péči o pacienta a informovat ho o dosavadní péči.

5. Žádnému členu výjezdové skupiny není dovoleno vyšetřovat a poskytovat péči s osobou, která není zdravotníkem a nepatří ke zdravotnímu personálu. Tyto osoby nesmějí být přítomny ani jako diváci při lékařských výkonech. Výjimkou z uvedených zásad jsou osoby, které se u ZZS HMP-ÚSZS vzdělávají, stážují a další osoby, s jejichž přítomností pacient souhlasí.

Článek 4 – Jednání s klienty

1. Úkolem ZZS HMP-ÚSZS je co nejefektivnější služba veřejnosti. Společným cílem všech zaměstnanců je maximální uspokojení potřeb klientů. Zaměstnanec proto své pracovní povinnosti vykonává na vysoké odborné úrovni, kterou je nutné si studiem průběžně prohlubovat, s největší mírou slušnosti, porozumění, ochoty a bez jakýchkoliv předsudků rasových, národnostních, náboženských, politických nebo jiných. Zaměstnanec jedná korektně, zdvořile a vstřícně s klienty, s ostatními zaměstnanci organizace, se zaměstnanci jiných zdravotnických zařízení a orgánů veřejné správy i jinými vnějšími partnery ZZS HMP-ÚSZS.

2. Zaměstnanec činí rozhodnutí a řeší záležitosti objektivně na základě jejich skutkové podstaty, přihlížející pouze k právně relevantním skutečnostem, a bez zbytečných průtahů. Pokud mu to právní předpisy umožňují, usiluje o urychlení a zjednodušení úředních postupů, dodržování termínů a maximální zkrácení zákonných lhůt ve prospěch klientů. Jedná tak, aby nezpůsobil jakoukoliv újmu a prosazuje práva a oprávněné zájmy organizace.

Článek 5 – Jednání se spolupracovníky

1. Společným úsilím vytvářejí zaměstnanci v pracovních týmech atmosféru spolupráce a důvěry. Rozdílnost v názorech neřeší s osobní zaujatostí. Případné pracovní kolegiální spory řeší věcně, kultivovaně a otevřeně s přímým nadřízeným a jejich rozhodnutí respektují.

2. Vedoucí zaměstnanci uplatňují vůči zaměstnancům rovný přístup s důrazem na hodnocení dle odvedené práce. Jsou si vědomi nezbytnosti dobře připraveného a kvalifikovaného zaměstnaneckého potenciálu a umožňují zaměstnancům další vzdělávání odpovídající jejich kvalifikaci v závislosti na potřebách organizace. Dohlížejí na využití odborných znalostí všech podřízených pracovníků a na jejich plnoprávné začlenění do pracovního kolektivu.

Článek 6 – Protikorupční jednání

1. Zaměstnanec nevyžaduje ani nepřijímá dary, úsluhy, laskavosti, ani žádná jiná zvýhodnění, která by mohla ovlivnit nebo zdánlivě ovlivnit rozhodování ve věci, narušit profesionální přístup k věci, nebo taková, jež by bylo možno považovat za odměnu za práci, která je jeho povinností.

2. Zaměstnanec jedná tak, aby se v souvislosti se svým zaměstnáním u ZZS HMPÚSZS nedostal do postavení, ve kterém by byl zavázán oplatit prokázanou laskavost, nebo které by ho činilo přístupným nepatřičnému vlivu jiných osob.

3. Pokud by byla zaměstnanci v souvislosti s jeho zaměstnáním u ZZS HMP-ÚSZS nabídnuta jakákoli výhoda, odmítne ji a o nabídnuté výhodě informuje svého

nadřízeného.

Článek 7 – Zneužití postavení

1. Zaměstnanec ZZS HMP-ÚSZS nevyužívá výhody vyplývající z jeho postavení, ani informace získané při výkonu zaměstnání pro svůj soukromý zájem. Soukromým zájmem se rozumí snaha o získání jakékoliv výhody pro něj, jeho rodinu, blízké a příbuzné osoby a právnické nebo fyzické osoby, se kterými měl nebo má obchodní nebo politické vztahy. Je jeho povinností vyhnout se konfliktům jeho soukromého zájmu s jeho postavením jako zaměstnance ZZS HMP-ÚSZS a předcházet takovým situacím, které mohou podezření z konfliktu zájmů vyvolat.

2. Zaměstnanec nenabízí ani neposkytuje žádnou výhodu jakýmkoli způsobem spojenou s jeho postavením v ZZS HMP-ÚSZS, pokud mu to neumožňuje zákon.

3. V případě, že by byl zaměstnanec požádán, aby jednal v rozporu s právní úpravou, nebo způsobem, který by představoval možnost zneužití úřední moci, takové jednání odmítne a tuto skutečnost oznámí svému nadřízenému.

4. Informace získané při výkonu zaměstnání je třeba pokládat za důvěrné a poskytovat jim příslušnou ochranu při respektování práva veřejnosti na přístup k informacím v rozsahu daném příslušnými zákony.

5. Zaměstnanec neuvádí vědomě v omyl veřejnost, ani ostatní zaměstnance organizace. Informace, které poskytuje pacientům nebo jejich okolí anebo jiným vnějším partnerům ZZS HMP-ÚSZS v zákonném rozsahu, musí být úplné, nezkreslené, pravdivé a srozumitelné. Ve veřejném vystupování dbá zaměstnanec vždy zájmů ZZS HMP-ÚSZS. Pokud k tomu není oprávněn z titulu své funkce, podává jakékoli informace týkající se ZZS HMP-ÚSZS veřejným sdělovacím prostředkům pouze prostřednictvím tiskové mluvčí ZZS HMP-ÚSZS.

Článek 8 – Profesionalita členů VS

1. Informovat nadřízené o všech důležitých událostech z provozu, které mohou mít vliv na organizaci a společnost.

2. Odmítat jakýkoliv nátlak na zveřejnění informací týkajících se provozu.

3. Nést osobní zodpovědnost za veškerou svou činnost a vyjádření.

4. Vyloučit všechny činnosti, které by mohly členy výjezdových skupin kompromitovat nebo vést ke konfliktu zájmů.

5. Nepřijímat žádné dary nebo výhody.

6. Nezneužívat své povolání k činnosti reklamního pracovníka a odmítnout podílet se na skryté reklamě.

7. Nezneužívat výsad a výhod, plynoucích ze zaměstnání u ZZS HMP-ÚSZS k prezentování svých osobních postojů a uspokojování soukromých potřeb.

8. Považovat pomluvy, neprokázaná obvinění, účelové pozměňování faktů a lži

za jedny z nejzávažnějších profesionálních chyb.

Článek 9 – Závaznost etického kodexu

Zaměstnavatel a zaměstnanci ctí zásady zakotvené v tomto kodexu, souhlasí s nimi, považují je za závazné a dodržují je.

Tento Etický kodex se dnem vydání stává součástí vnitřních norem ZZS HMP-ÚSZS. Lékaři ZZS HMP-ÚSZS se dále řídí Etickým kodexem ČLK (Stavovský předpis č.10), zdravotničtí záchranáři a zdravotní sestry (operátorky ZOS) se řídí Etickým kodexem sester.