



Zdravotně  
sociální fakulta  
Faculty of Health  
and Social Sciences

Jihočeská univerzita  
v Českých Budějovicích  
University of South Bohemia  
in České Budějovice

**Problematika smrti a umírání z pohledu  
zdravotnického záchranáře**

## **BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

**Studijní program:**

**SPECIALIZACE VE ZDRAVOTNICTVÍ**

**Autor:** Tereza Stehlíková

**Vedoucí práce:** Mgr. František Dolák Ph.D.

České Budějovice 2020

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem „Problematika smrti a umírání z pohledu zdravotnického záchranáře“ jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů 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 elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby bakalářské práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé bakalářské práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích 1. 8. 2020

.....

## **Poděkování**

Chtěla bych poděkovat svému vedoucímu bakalářské práce Mgr. Františku Dolákovi Ph.D za cenné rady, vstřícný přístup a trpělivost při vedení bakalářské práce. Dále děkuji rodině za podporu a informantům za účast na tomto výzkumu.

## **Problematika smrti a umírání z pohledu zdravotnického záchranáře**

### **Abstrakt**

Tato bakalářská práce nese název Problematika smrti a umírání z pohledu zdravotnického záchranáře. Téma smrti i umírání vždy bylo součástí lidského života, a to především života ve zdravotnictví. Pohledy na smrt a její definici se po staletí měnily, stejně jako se měnila a vyvíjela péče o umírajícího. Smrt je všudypřítomná a od zdravotnického záchranáře se očekává, že je schopen se s ní vyrovnat, akceptovat ji, potažmo o ní mluvit. Současně musí být na takto těžkých výjezdech profesionálem, který zachovává humánnost i ohleduplnost v přístupu k pacientovi či pozůstalým.

Hlavním cílem práce bylo zjistit, jak zdravotničtí záchranáři vnímají problematiku smrti a umírání v podmínkách přednemocniční neodkladné péče (PNP), a dále pak porovnat zkušenosti zdravotnických záchranářů se smrtí a umíráním v přednemocniční neodkladné péči. Prostřednictvím těchto cílů jsme následně stanovili výzkumné otázky: Jaké jsou zkušenosti zdravotnických záchranářů se smrtí a umíráním v podmínkách přednemocniční neodkladné péče? Jak vnímají zdravotničtí záchranáři problematiku smrti a umírání v přednemocniční neodkladné péči?

Práce je členěna na část teoretickou a část praktickou. V teoretické části se zabýváme definicemi smrti a umírání, jejich historií i etickou rovinou. Dále pak popisujeme smrt i umírání přímo v přednemocniční neodkladné péči, jejich specifika, a v neposlední řadě pozici zdravotnického záchranáře. V rozsáhlejší, empirické části práce jsme použili kvalitativní výzkumné šetření za využití polostrukturovaného rozhovoru se zdravotnickými záchranáři pracujícími na vybraném středisku zdravotnické záchranné služby. Získané odpovědi byly analyzovány pomocí metody otevřeného kódování a kategorizace. Interpretaci dat jsme provedli technikou „vyložení karet“.

Z výzkumného šetření vplynuly odpovědi na obě výzkumné otázky. Porovnali jsme zkušenosti zdravotnických záchranářů s danou problematikou a rozebrali jejich pohled na umírání i smrt v PNP. Z výsledků práce vplynulo, že zdravotničtí záchranáři považují v přednemocniční péči za daleko problematičtější oblast umírání než samotné smrti. Dále se drtivá většina záchranářů shodla, že jsou pro ně psychicky nejnáročnějšími výjezdy k dětskému pacientovi, zejména pak k resuscitaci dítěte.

Dále jsme z analýzy zjistili, že se zdravotničtí záchranáři po skončení studia necítili dostatečně informováni a vzděláni v oblasti smrti i paliativní medicíny. Práce tak může posloužit jako doplňkový edukační materiál pro studenty končících ročníků zdravotnický záchranář. Výsledky této práce mohou také sloužit jako podklad pro hlubší studium či výzkumná šetření.

### **Klíčová slova**

Smrt; umírání; zdravotnický záchranář; přednemocniční neodkladná péče; etika umírání; důstojnost

# **The Issues of Death and Dying from the Perspective of a Paramedic**

## **Abstract**

This bachelor thesis is titled *The Issues of Death and Dying from the Perspective of a Paramedic*. The topic of death and dying has always been a part of human life, especially in health care. The views on death and its definition have been constantly changing throughout the centuries, as there was a change in the care for the dying. Death is omnipresent and the paramedic is expected to cope with it, accept it, or else talk about it. At the same time the paramedic has to act professionally during difficult responses in the field, he or she is expected to act humane and with respect towards the patient or the grieving.

The main goal of the thesis was to determine how the paramedics perceive the issue of death and dying in the conditions of pre-hospital medical care (PMC), and also to compare their experience in these conditions. Through this goal were then set down questions for this study: What are the experiences of paramedics with death and dying in the conditions of pre-hospital medical care? How do they perceive the issue of death and dying in these conditions?

The thesis is divided into the theoretical and practical part. In the theoretical part is concerned with definitions of death and dying, their history and ethical level. Death and dying are then described when happening directly in the of pre-hospital medical care, their specifics, and also the position of paramedics themselves. In the more extensive, empirical part of the thesis there was employed a qualitative inquiry with the use of semi-structured interview with paramedics working at a previously chosen centre of emergency medical services. Acquired responses were analyzed by using the method of *open coding* and *categorization*. The data were interpreted by a technique of card sorting.

The inquiry provided answers for both of the research questions. We compared the experiences of paramedics with the given issues and interpreted their perception of death in PMC. The results express that paramedics consider the course of dying in pre-hospital medical care more problematic than the death itself. Also, the majority of paramedics agree that the most mentally challenging are the medical responses involving children, especially their resuscitation.

The results of the analysis also showed that paramedics after finishing their studies did not feel informed and educated enough in the field of death and palliative medicine. The thesis thus may serve as a supplementary educational material for students of final years of the paramedic study programme. The results may also serve as a foundation for a more profound studies or inquiries.

**Key words**

Death; dying; paramedic; pre-hospital medical care; ethics of dying; dignity

## Obsah

Úvod.....	10
1 Historický vývoj pohledu na smrt.....	11
1.1 Bolest .....	11
1.2 Domácí model umírání a vývoj péče o umírajícího.....	12
1.3 Institucionální model .....	13
2 Současný stav.....	15
2.1 Umírání .....	15
2.2 Smrt.....	16
2.2.1 Patofyziologie náhlé zástavy oběhu .....	17
2.2.2 Znamky smrti.....	17
2.3 Paliativní péče.....	18
2.4 Eutanazie.....	19
2.5 Smrt a umírání v přednemocniční péči .....	20
2.5.1 Postup při úmrtí .....	20
2.5.2 Etika v kritických stavech .....	21
2.5.3 Dříve vyslovená přání.....	22
2.5.4 Kardiopulmonální resuscitace a Do not resuscitate order .....	22
2.5.5 Specifika práce v urgentní medicíně .....	23
2.5.6 Komunikační techniky.....	24
2.5.7 Krizová intervence.....	24
2.5.8 Povolání zdravotnického záchranáře a syndrom vyhoření.....	25
2.6 Zátěžové situace.....	27
3 Cíle práce a výzkumné otázky .....	28
3.1. Výzkumné cíle .....	28
3.2. Výzkumné otázky .....	28
4 Metodika výzkumu .....	29
4.1 Výzkumný soubor.....	29
4.2 Rozhovor.....	30
4.3 Technika zpracování dat .....	30
5 Výsledky šetření .....	34
5.1 Kategorie Emoce a vnímání.....	34



5.2 Kategorie Etický přístup .....	36
5.3 Kategorie Komunikace .....	39
5.4 Kategorie Úskalí .....	40
5.5 Kategorie Zkušenosti z praxe .....	42
5.6 Kategorie Pozitiva.....	46
6 Diskuze .....	48
7 Závěr .....	54
8 Seznam literatury a použitých zdrojů .....	56
9 Seznam příloh .....	60
9.1 Otázky v polostrukturovaném rozhovoru .....	61
9.2 Kategorie s přiřazenými kódy .....	62
10 Seznam použitých zkratk .....	66

## Úvod

Ačkoli se může problematika smrti a umírání na první pohled zdát nevhodnou k rozebírání v bakalářské práci, opak je pravdou. Toto, pro někoho možná morbidní téma, vždy bylo, je a bude součástí lidského života, jakkoliv se ho snažíme vytěsnit z našeho podvědomí.

Dnes často smrt znamená pro jednotlivce jakousi hroživou, těžko představitelnou událost, o které je lepší nemluvit. Pokud mají smrt i umírání přestat být tak děsivým tabu, musí je každý z nás začlenit do svého vnímání. Zvláště pak všichni zdravotníci, lékaři a konkrétně v mém případě i studenti oboru zdravotnický záchranář. Právě na záchranáře se zaměřuje tato bakalářská práce.

S rostoucím pokrokem medicíny se sice prodloužila délka života, nicméně jeho kvalita je často žalostná. Během let totiž došlo k velkému nárůstu polymorbidních seniorů, ke kterým zcela logicky a oprávněně záchranná služba vyráží. Dnes už ve většině krajů převládá v přednemocniční péči systém rychlé zdravotnické pomoci ve složení zdravotnický záchranář a řidič (záchranný). Pokud zrovna není k dispozici lékař, je záchranář občas postaven před dilema. Odvézt pacienta, jenž je kolikrát na sklonku života, od rodiny, nebo ho nechat zemřít důstojně v rodinném kruhu, kde se mu ale nedostane takové úlevy od fyzické bolesti jako by tomu bylo v nemocniční péči? Kompromis v takové patové situaci představují zařízení hospicové péče, která představují důstojnou variantu zahrnující humánnost i úlevu od bolesti.

Tato bakalářská práce si klade za cíl porovnat zkušenosti zdravotnických záchranářů s problematikou umírání a smrti. Dále pak zmapovat jejich názory na danou problematiku, která zde zahrnuje mimo jiné i právě hospicovou a paliativní péči či syndrom vyhoření.

## **1 Historický vývoj pohledu na smrt**

Smrt odjakživa patřila k životu stejně jako narození a říká se, že je jeho jedinou jistotou. A tak, abychom nepopřeli život, nesmíme popírat smrt. Přijmutí faktu konečnosti nám pak umožní prožít život naplno (Halifax, 2015).

Při pohledu do minulosti zjistíme, že lidé svou konečnost a s ní spojené obavy ze smrti vnímali odjakživa. V průběhu let se ovšem neměnil pohled na smrt jako takovou – vždy byla pro člověka aktem děsivým a odpudivým, ale měnil se spíše způsob, jak smrt lidé akceptují (Kübler-Ross, 2015).

V minulosti lidstvo likvidovaly epidemie různých nemocí, války, či vysoká dětská úmrtnost. A tak šance na dlouhý život nebyly nikterak vysoké. Možná právě proto se lidé více upínali na myšlenku života v ráji po tvrdém a krutém životě na zemi. V posledních letech však došlo k velkému technickému pokroku rozvoji medicíny i hospodářství a kvalita onoho pozemského života se začala značně prodlužovat. Tento fakt zapříčinil ztrátu perspektivy života po smrti – bez ohledu na náboženskou víru (Haškovcová, 2007).

### ***1.1 Bolest***

Se změnou délky života se prodloužila i délka stonání a především samotného umírání. *„Dříve nebyla možnost smrt a umírání oddalovat léčebnými prostředky, a tak lze říci, že lidé dříve krátce stonali a rychle umírali.“* (Haškovcová, 2007, str.24).

Se smrtí bývá často spjata i bolest. Bolest charakterizujeme jako psycho-emoční stav, jenž signalizuje poškození tkáně organismu. Bolest vnímá každý pacient jinak (Lejčko, 2016). Rozlišujeme bolest akutní a chronickou, kdy akutní bolest nese funkci ochrannou a brání před dalším poškozením organismu. Bolest chronická ovšem již protektivní funkci ztrácí a sama se stává onemocněním jak tvrdí Hakl (2016).

Bolest byla dřív jakousi samozřejmostí. Například porod byl brán jako přirozený akt, byť dlouhý a bolestivý, při kterém byla rodička při vědomí - bez sedativ či analgetik. Utrpení pro lidi totiž mělo smysl, představovalo totiž odměnu v budoucnosti. Dnes utrpení ztratilo svůj význam – máme léky na bolest, svědění, horečky a již dávno nevěříme v odměnu za pozemské strasti (Kübler-Ross, 2015).

Smrt byla dřív samozřejmá, přirozená. Nyní se však odehrává pod křídly medicíny a lékařů, proto hovoříme o tzv. medikalizaci smrti

### ***1.2 Domácí model umírání a vývoj péče o umírajícího***

Podobně jako se změnil způsob, jak lidé přijímají smrt, utrpení a bolest se změnila péče a přístup k umírajícímu. V dávných dobách byla úroveň péče o prostého člověka, který umíral, velmi nízká nebo nebyla vůbec. Až zhruba v posledních dvou stoletích se dá mluvit o jakési péči - tzv. domácím modelu umírání. Do té doby tedy veškerá zdravotnická péče zahrnovala pouze pokrytí základních fyzických a materiálních potřeb (Špatenková et al., c2014).

Na sociální a psychické potřeby v těchto dobách nezbyl prostor vůbec. Smrt ovšem tenkrát nebyla tabu – rodina i blízcí věděli, jak k umírajícímu přistupovat a naopak umírající si byl vědom toho, co se od něj očekává. Možná i díky tomu, že již v dětství asistoval u lůžka někoho, kdo umíral, a znal onen rituál, který dozajista pomáhal zklidnit vypjatou atmosféru v rodině. Tento rituál byl všeobecně znám a zahrnoval především duchovní péči, která byla jeho elementární složkou (Haškovcová, 2007).

Tato tradice vyjadřuje dle profesorky Kübler-Rossové (2015) schopnost akceptovat a přijímat neodvratný konec a pomáhá oběma stranám lépe se vyrovnat s blízcím odloučením. Profesorka dále konstatuje, že pokud pacient zakončuje svůj život ve svém, důvěrně známém prostředí, není pod takovým tlakem, jelikož se nemusí přizpůsobovat prostředí jinému.

V současnosti však většina rituálů vymizela, především vymizely rituály truchlení. Skrýváme smutek, straníme se truchlení, což je jeden z prostředků, jak moderní společnost smrt a vše s ní spojené vytěsňuje z povědomí (Špatenková et al., c2014)

Haškovcová (2007) píše, že tento domácí model umírání si nesmíme představovat jako láskyplnou náruč blízkých v podobě milého doprovodu. Pokud totiž umírající poznal, že přišel čas se rozloučit, svolal příbuzné, vyslovil poslední přání a členové rodiny pak zavolali kněze. Kdo však u lůžka v průběhu blízcího se konce častokrát chyběl, byl lékař. Přítomnost lékaře v závěru života byla privilegiem, které si mohli dovolit pouze mocní a bohatí. Z hlediska potřeb zdravotních byla tedy situace v dávných dobách, minimálně pro obyčejného člověka, žalostná.

Zavedení pojmu domácí model umírání má však svůj důvod. I přes neutěšenou zdravotní péči na sklonku života, lidé neumírali opuštěni. Každý člen rodiny tedy v průběhu svého života přišel do styku s někým, kdo umíral, nebo dokonce s mrtvým tělem (Haškovcová, 2007).

Jak je tedy možné, že přes obrovský medicínský pokrok i šířící se vzdělanost nás smrt a hlavně umírání ještě více děsí? Umírání se postupem času stalo neosobním, osamělým, mechanickým aktem a má tak daleko více strašidelnou podobu než mělo dříve. Doby, kdy mohl pacient důstojně zemřít v poklidu doma, jsou pryč. Umírající je mnohdy vytržen ze svého prostředí, ve spěchu dopraven kamsi na urgentní příjem, kde ani není možné zajistit zvláštní klid a pohodlí (Kübler-Ross, 2015).

Dnes málokterý člověk přijde během svého života do styku s umírajícím – o to je pak první setkání se smrtí a umíráním více doprovázeno panikou a nejistotou. A tak, s rostoucím pokrokem, lidský domácí model umírání nahradil institucionální model umírání (Haškovcová, 2007).

### ***1.3 Institucionální model***

Vývoj této formy péče o umírající osobu byl postupný. Základ spočíval v zajištění postele, stravy a samozřejmě hygienického prostředí. Nejdříve byli pacienti z domovů přemísťováni do chorobinců, postupem času pak do různých špitálů a nemocnic. (Špatenková et al., 2014)

Ve velkých pokojích bylo umístěno spousta lůžek, oddělených pouze prázdnou uličkou, na záhlaví postele byla umístěna černá tabule s pár osobními údaji pacienta. Tabuli později nahradily jednotlivé listy papíru s podrobnějšími informacemi o umírajícím. Velký posun v ošetrovatelské péči o nemocné byl zaznamenán v 19. století a to především díky Florence Nightingalové, autorce knihy Ošetřování nemocných. Mezi další osobnosti podílející se na zlepšování kvality péče patří kupříkladu Vítězslav Janovský či Karolina Světlá a Eliška Krásnohorská (Haškovcová, 2007).

Je nutné dodat, že pohled na smrt a život byl po staletí velmi úzce spjat s náboženstvím. Až do 20. století lidé nahlíželi na život jako na dar od Boha. Život a smrt tedy řídí Bůh a člověk nemá právo na jakýkoli zásah do této věci. Postoj k problematice konce života se však změnil s rostoucím medicínským pokrokem (Küng, 2015).

Ve 20. letech 20. století začala do špitálů a nemocnic pronikat tzv. praxe bílé stěny – plenty. Ta měla uchránit ostatní spolupacienty před pohledy na umírajícího a samotnému pacientovi zajistit klid. Následně byl vyčleněn i speciální pokoj pro umírající. Ten ale neměl příliš pozitivní dopad na ostatní pacienty – báli se, že je brzy postihne stejný osud. Pro samotného umírajícího to pak znamenalo, že se jeho konec života bude odehrávat v naprostém osamění – příbuzní i blízká rodina tak byli z péče o umírajícího pacienta úplně vyškrtnuti. Postupem času tedy došlo k tomu, co dobře známe. Současný pacient, i skrz moderní medicínu a technický pokrok umírá sám, obklopen bílou plentou pod dohledem zdravotnického personálu, který je pro něj úplně cizí (Haškovcová, 2007).

Odborná péče představuje důležitou součást, ale není vším. Psychickou pohodu umírajícímu jen stěží zajistíme bez spolupráce rodiny a přátel pacienta (Halifax, 2015).

Kübler-Rossová (2015) si tedy klade otázku: „*Jsme lidštější nebo méně lidští než dříve?*“. Dodává, že ať už bude odpověď jakákoli, pacient strádá víc. Možná netrpí tolik po stránce fyzické, ale po té emocionální. Vždyť potřeby nemocného se nikdy nezměnily, mění se jen naše možnosti a schopnosti, jak jim vyjdeme vstříc.

## 2 Současný stav

### 2.1 Umírání

Jako umírání můžeme charakterizovat poslední etapu v lidském životě, která je ukončena smrtí. Tato etapa může mít různou délku trvání a můžeme v ní rozlišit tři fáze: pre finem, in finem a post finem. Pre finem začíná sdělením smrtelné diagnózy, za in finem považujeme vlastní terminální stav a post finem fáze již obnáší péči o mrtvé tělo (Kupka, 2014).

Haškovcová (2007) tvrdí, že o umírání můžeme hovořit ve chvíli, kdy u odborníků i laiků vejde v patrnost fakt, že pacientův stav se neslučuje se životem. V lékařské terminologii označuje umírání tzv. terminální stádium, během kterého postupně a nevratně selhávají pacientovi jeho vitální funkce společně s orgány.

Je nutné podotknout, že umírání představuje složitý proces, který doprovází spousta změn v lidském těle. První fází umírání je agonie, během které slábne svalový tonus, dochází k poklesu tělesné teploty a poruchám krevního oběhu. Následně začínají vyhasínat reflexy, může se objevit tzv. facies Hippocratica, poruchy dechu i vědomí až postupně dojde k úplnému bezvědomí a úplné zástavě dechu. (Špatenková et al., c2014).

Následující stádia procesu umírání popsala Elizabeth Kübler-Ross a lze je aplikovat nejen na prožívání umírajícího, ale i na psychiku blízkých – truchlících.

První stadium – popírání, izolace. V této fázi se umírající úzkostně snaží popřít fakt nadcházející smrti, často se dožadují nových lékařských přezkoumání, věří, že prvotní lékařské diagnózy jsou mylné nebo že se jich netýkají. Tato fáze je nejspíše jakýmsi obranným mechanismem.

Druhé stadium – zlost. Po počáteční představě, že se informace o umírání pacienta netýká, nastupuje zjištění, že to nebyl omyl. Toto zjištění doprovází pocity zloby, závisti, vzteku – a myšlenka „Proč zrovna já?“. Hněv pacienta je směřován na rodinu, přátele a samozřejmě lékaře, zdravotní sestry nebo zdravotnické záchranáře. V této fázi ovšem zdravotnický personál i rodina nesmí na takovéto útoky oplácet a reagovat vztahovačně. Jen by se přispělo k větší zlobě pacienta.

Třetí stadium – smlouvání. Fáze smlouvání představuje jakousi snahu o odklad toho, co má přijít. Nemocní smlouvají, snaží se najít nějakou možnost, jak si život prodloužit, jak se uzdravit nebo jak se zbavit bolesti.

Čtvrté stadium – deprese. V tomto stádiu vystřídá odmítání, zlost i smlouvání pocit velkého smutku. Pacientovi ubývá sil, podstupuje spoustu operací, příznaků nemoci přibývá. U nemocného se může dostavit i pocit viny – například kvůli ztrátě zaměstnání, nemožnost se starat o své děti apod.

Páté stadium – akceptace. Zde umírající/truchlící nevyhnutelný konec přijímají – pokud měli ovšem dostatek času (není tedy řeč o neočekávané, náhlé úmrtí). Již necítí ani nenávisť ani zlobu, nerezignují však, jen se smiřují s pravdou.

Špatenková et al. (2014) však uvádí, že ne každý pacient a truchlící projde těmito stádii, natož pak v dodrženém pořadí. Do některých fází se mohou znovu vracet a například do fáze smíření se nemusí dostat vůbec.

## **2.2 Smrt**

Kastenbaum (2009) tvrdí, že vytěšňování smrti ze společnosti a povědomí se stalo velmi špatným experimentem.

Definováním smrti se po staletí zabývalo mnoho vědců, antropologů a lékařů. Smrtí se rozumí zánik jakéhokoli živého organismu, tedy i člověka (Kübler-Ross, 2015).

Je to nezvratné zastavení veškerých funkcí v daném organismu. Tento zánik může nastat jednak jako následek biologických zákonitostí anebo v důsledku nějakého neočekávaného zásahu zvenčí, který pak postupně rozloží jednotlivé funkce a organismus ireverzibilně poškodí. Následně tedy dojde k přerušení všech projevů života a to i na úrovni buňky, což se projeví na organismu mrtvolnými změnami neboli jistými známkami smrti. Psychologové pohlíží na smrt jako ukončení života všech lidských vývojových fází. Teologové zas věří, že smrt je pouze završením pozemského života a otevírá tak život další. (Špatenková et al., c2014).

Pro biology znamená smrt nástupce tzv. programu života. Naopak program smrti se spustí ve chvíli, kdy byl vyčerpán program života. Zkrátka přítomnost smrti je podmíněna životem a díky smrti je umožňován život. (Haškovcová, 2007).



Dle Špatenkové et al. (2014) je ovšem zásadní definování smrti z pohledu medicínského. Pouze lékař má v naší společnosti kompetence ke konstatování smrti. Ještě donedávna byla smrt chápána jako zástava srdce.

Zástavu srdeční činnosti lze ovšem někdy zvrátit kardiopulmonální resuscitací, a tak byl zaveden pojem klinická smrt. Tento termín se však uchytil spíše u laické veřejnosti, lékaři stále používají sousloví zástava srdce. Po srdeční zástavě nastane biologická smrt mozku. A právě smrt mozku dnes označuje smrt jako takovou, jelikož mozek určuje osobnost a identitu jedince (Špatenková et al., 2014).

Kritéria smrti mozku jsou využívána všude tam, kde se zvažuje odběr orgánů k transplantaci (Haškovcová, 2007).

### ***2.2.1 Patofyziologie náhlé zástavy oběhu***

Šeblová, Knor et al. (2018) tvrdí, že při kardiální zástavě dochází nejdříve k poklesu koncentrace kyslíku v mozkové tkáni, což vede ke ztrátě vědomí. Zhruba do patnácti sekund nastává koma. Vymizí spontánní dechová aktivita, tělo přechází na metabolismus bez kyslíku, pH klesá pod 7 a narůstá parciální tlak oxidu uhličitého.

Do pěti minut klesá v buňkách ATP, nositele energie, to vede k narušení funkce na úrovni iontových kanálů. Intracelulárně začne přestupovat voda a vápník, dochází k poškození buněčných i mitochondriálních dvouvrstev. Spouští se kaskáda metabolického rozvratu a nezvratných změn na úrovni centrální nervové soustavy (Šeblová, Knor et al., 2018)

### ***2.2.2 Znamky smrti***

Termín mozková smrt bývá někdy nesprávně laicky, a někdy i samotnými zdravotníky, zaměňován za vegetativní stav. Místo smrti mozku je tedy vhodnější použití termínu smrt na základě mozkových kritérií (Jonsen et al., 2019).

Dle zákona č. 44/2013 Sb. (Zákon, kterým se mění zákon č. 285/2002 Sb., o darování, odběrech a transplantacích tkání a orgánů a o změně některých zákonů (transplantační zákon) jsou klinickými známkami smrti na základě mozkových kritérií: vymizení zornicového, korneálního, vestibulookulárního reflexu, absence jakékoli motorické reakce na bolestivý podnět provedený v inervační oblasti hlavových nervů. Dále pak absence kašlacího reflexu nebo jakékoli bezprostřední motorické reakce na hluboké

odsávání z průdušnice a bronchů, trvalá zástava spontánního dýchání prokázaná apnoickým testem a hluboké bezvědomí.

Známky smrti se dělí na jisté a nejisté. K nejistým známkám smrti řadíme například pallor mortis neboli zblednutí, které může být přítomno ještě před srdeční zástavou. Způsobuje ho reflexní stah stěn arterií a arteriol, při němž dojde k vytlačení krve do venózního řečiště (Hirt a Vorel, 2016).

Hirt a Vorel (2016) dále uvádí, že dalším znakem může být posmrtné chladnutí. Již po hodině začínají chladnout akra a hlava. Jako poslední vychládá podpaží, oblast genitálu a břicho, zejména oblast ledvin.

Šeblová, Knor et al. (2018) uvádí, že k jistým známkám smrti řadíme posmrtnou ztuhlost, posmrtné skvrny a Tonelliho příznak. Tonelliho příznak patří raným příznakům smrti, můžeme jej zpozorovat již pár minut po smrti. Označujeme tak deformovatelnost zornic, kdy stlačením bulbu dojde ke kontrakci pupily.

Po stlačení dvěma prsty se změní zornice v ovál, při tlaku tří prstů bude trojhranná. Tonelliho příznak nepozorujeme u oběšených, utonulých u pacientů s glaukomem a u zdravých lidí (Pokorný et al., 2010).

Posmrtné skvrny se začínají objevovat zhruba po dvaceti minutách od smrti. Vznikají díky klesání erytrocytů ve směru gravitace, nejdříve vznikají na krku a plně vyvinuty bývají po šesti hodinách. Mezi posmrtné známky patří vysychání. Nastává poměrně časně po smrti, zpočátku vysychají vlhká místa jako spojivka, rty, oděrky. Rohovka nejen vysychá, ale začíná se zakalovat (Hirt a Vorel, 2016).

Bydžovský (2008) dále píše, že posmrtná ztuhlost začíná zhruba po 2-4 hodinách a postupuje od hlavy k patě. Začíná na žvýkacích svalech, dále obličejových a šíjových svalech, poté tuhnou horní končetiny a nakonec končetiny dolní.

Kompletní ztuhlost nastává v rozmezí šesti až dvanácti hodin a zhruba od druhého dne začíná, v pořadí v jakém nastala opět mizet (Hirt a Vorel, 2016).

### ***2.3 Paliativní péče***

Paliativní péče jakožto poměrně mladý obor z oblasti medicíny si klade za cíl především zlepšit kvalitu života těžce nemocného nebo umírajícího člověka za současné ochrany

důstojnosti a individuality jedince. Význam slova paliativní je odvozen z latinského slova pallium, což znamená rouška či plášť. Nadneseně lze tedy říci, že v momentě, kdy už víme, že se nám ránu nepodaří zahojit, můžeme ji alespoň symbolicky zakrýt, zlepšovat pacientovo pohodlí a tlumit bolest (Slámová et al., 2018).

Špatenková et al. (2014) uvádí, že paliativní péče se soustředí nejen na pacienty se život ohrožujícím nebo neléčitelným onemocněním, rovněž také na jejich rodiny. Aby tato péče byla ucelená, musí podporovat po stránkách fyzických, sociálních a duševních. Je na místě zdůraznit, že takovéto poskytování paliativní medicíny s sebou nese velkou psychickou i fyzickou zátěž pro zdravotnické profesionály.

Místem poskytování paliativní péče bývá mimo jiné hospic, který nemocnému zajistí úlevu od nesnesitelné bolesti, respektování jeho důstojnosti a možnost nebýt v závěru života sám (Svatošová, 2011).

System paliativní péče se v Čechách začal rozvíjet po roce 1995, kdy došlo v Červeném Kostelci k otevření prvního hospice. Kromě lůžkových hospiců je péče poskytována v agenturách paliativní péče a nově i na jednotkách paliativní péče v nemocnicích (Heřmanová, 2012).

#### **2.4 Eutanazie**

Jonsen et al. (2019) píše, že pokud hovoříme o paliativní péči, je na místě zmínit i otázku eutanazie. Eutanazie však představuje obrovský etický problém a ve světových i českých publikacích nacházíme spoustu rozličných definicí tohoto termínu. Eutanazie pochází z řečtiny a znamená tzv. dobré umírání, které zahrnuje uspíšení smrti se záměrem zabránit utrpení umírajícího.

Sousloví dobrá smrt bylo využíváno po staletí, později se využíval spíše termín „milosrdná smrt“, který vyjadřoval záměrné zabití trpícího pacienta lékařem nebo kýmkoli, kdo s pacientem soucítí (Jonsen et al., 2019).

Pohledy na dobrou smrt se ovšem po staletí hodně proměnily. Z pohledu medicínského dnes za eutanazii považujeme poměrně krátký sled kroků, kdy je pacient medikamentózně uveden do hlubokého spánku a následně mu je podána kombinace léku, jež mu způsobí prakticky ihned zástavu srdce (Heřmanová, 2012).

Jonsen et al. (2019) uvádí, že dnes užíváme pojem lékařem asistované zabití či asistovaná sebevražda, kdy místo podání smrtelné dávky léku rukou lékaře, doktor pouze předepíše medikamenty, které pacient sám užije. Například kombinaci barbiturátu a morfinu.

Heřmanová (2012) zdůrazňuje, že pojem dobrá smrt může ovšem u každého umírajícího znamenat něco jiného. Ať už je to přání úlevy od bolesti, utrpení, přítomnost nejbližších členů rodiny, či splacení dluhů. Vždy je nutné tyto potřeby pacienta respektovat a snažit se umírajícímu vyhovět. Nelékařští pracovníci často hovoří o povinnosti uspokojit všechny potřeby pacienta. Zde je ovšem na místě se zamyslet, zda je to reálné. Zejména uspokojení spirituálních potřeb může být problematické (Heřmanová, 2012).

## ***2.5 Smrt a umírání v přednemocniční péči***

### *2.5.1 Postup při úmrtí*

Lékař diagnostikuje smrt jak v podmínkách nemocniční péče, tak i v prostředí přednemocničním. Vždy je na místě zemřelého důkladně prohlédnout, přestože se zdá příčina smrti přirozená. Vyloučí se tak násilné příčina smrti (Pokorný et al., 2010). Dobiáš et al. (2012) píše, že se lékař nejprve zaměřuje na oblasti, kde mohou být nejčastěji patrné stopy po násilí. Zejména krk, dutina ústní, spojivky, hlava, vlasová pokrývka či předloktí a nehtová lůžka. U žen pak často vnitřní strana stehén, hrud' a genitál.

V přednemocniční péči se mrtvé tělo ponechá na místě, kde si ho následně převezme pohřební služba. Následně může být rovněž převezeno k soudní či zdravotní pitvě (Dobiáš et al., 2012).

Zákon č. 372/2011 o zdravotních službách definuje soudní pitvu jako pitvu, která se provádí při podezření na úmrtí zapříčiněné trestným činem. Pitva zdravotní se pak provádí u osob, které zemřely náhle, neočekávaně či násilně, a to ke zjištění příčiny, okolností i mechanismu smrti z hlediska zdravotního.

Tento zákon rovněž stanovuje postup při úmrtí. Zahrnuje oznamovací povinnost, kterou má každý, kdo našel mrtvé tělo nebo se o úmrtí dozvěděl a neví, zda-li nebylo již nahlášeno. Následně zákon č. 372/2011 ještě uvádí, že ohledání mrtvého těla lékařem

musí být provedené vždy a to za účelem stanovení smrti, data a času úmrtí, případně rozhodnutí o pitvě (Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, §84, 2011).

Prohlídka těla zároveň slouží k vyloučení cizího přičinění na smrti dotyčného a k identifikaci zemřelého. Pokud je se lékař domnívá, že dotyčný nezemřel přirozenou smrtí, k úmrtí došlo na veřejném místě nebo není známá totožnost zesnulého, má lékař povinnost oznámit tuto skutečnost Policii ČR. Tato povinnost se vztahuje i na situaci, kdy je zemřelý cizinec (Dobiáš et al., 2012).

### *2.5.2 Etika v kritických stavech*

Jistě není pochyb o tom, že téma smrti a umírání silně zasahuje do oblasti etiky. Hned na úvod této kapitoly je tedy nasnadě zmínit čtyři základní etické principy v přístupu k pacientovi, které se aplikují nejen v péči nemocniční, ale i v té „terénní“-přednemocniční.

Tyto principy jsou pilířem etiky v klinické medicíně a patří mezi ně autonomie pacienta, princip beneficence, princip nonmaleficence, princip spravedlnosti a rovnosti. Hmotným příkladem respektu k autonomii je informovaný souhlas (Jonsen et al., 2019).

Ctít autonomii pacienta dále znamená respektovat jeho osobní zásady, podle nichž jedná. Respektovat jeho přesvědčení i vlastní hodnoty (Ptáček et al., c2011). Princip beneficence pak spočívá v konání takových kroků, které budou pacientovi ku prospěchu a zlepšení zdraví (Bossaert et al., 2015).

Princip nonmaleficence znamená používání medicínských a ošetrovatelských postupů v takové míře, aby pacient nebyl poškozen. Je ovšem potřeba zohlednit užitečnost těchto postupů (Jonsen et al., 2019).

Princip autonomie má podmínku – pacient musí být orientován vlastní osobou, časem, prostorem, musí pochopit svůj stav a následný postup zdravotníků. V kritických stavech jako je porucha vědomí, kranioverberální poranění, iktus atd. se ovšem pacientův informovaný souhlas stává neplatným (Ptáček et al., c2011).

Jonsen et al. (2019) tvrdí, že si lékařští i nelékařští pracovníci v principu beneficence a nonmaleficence musí najít správný poměr mezi přínosem a riskem – kdy je ještě na místě riskovat, aby byl zákrok benefitem.

Intenzivní péče často spočívá v ofenzivních zákrocích na pacientech. A tak oba tyto principy znamenají v kritickém stavu zvolení takové léčby, která sice může v určité míře svojí pacienta poškodit, ale předčí svým úkolem záchranu života případné komplikace (Ptáček et al., c2011).

V kontextu neodkladné péče se stanovuje výjimka, kdy není třeba informovaného souhlasu. Jedná se o případ, kdy je lékařský zákrok nutné provést okamžitě a tento zákrok nezbytný ve prospěch zdraví pacienta. (Ptáček et al., 2011). Šeblová a Knor et al. (2018) uvádí, že získat takový informovaný souhlas, který známe z lůžkové péče, je v podmínkách záchranné služby nereálné. Dodávají, že za platný informovaný souhlas se považuje i verbální odpověď či gesto.

### *2.5.3 Dříve vyslovená přání*

Za advance directives neboli dříve vyslovená přání označujeme takové dokumenty, ve kterých pacient dopředu vyjadřuje svoje přání ohledně zdravotnického postupu a léčby v případě, že nebude moci sám rozhodovat (Heřmanová, 2012).

Legislativa pak nabízí druhý způsob pro tyto případy a tím je tzv. zástupný souhlas, kdy si člověk určí osobu, kterou pověří rozhodováním o způsobu a rozsahu léčby. Oba tyto způsoby však musí být notářsky ověřené, abychom je mohli považovat za platné (Šeblová a Knor et al., 2018).

### *2.5.4Kardiopulmonální resuscitace a Do not resuscitate order*

Indikace k zahájení kardiopulmonální resuscitace (KPR) je bezesporu na místě, kdy se snažíme zvrátit efekt náhlé zástavy oběhu. K poskytnutí KPR není ani nutný pacientův podepsaný souhlas. Oficiální dokument se požaduje tam, kde si pacient být resuscitován nepřeje. Nazývá se Příkaz neresuscitovat neboli Do not resuscitate order a je jednou z kontraindikací k zahájení kardiopulmonální resuscitace (Jonsen et al., 2019). Ptáček et al., (c2011) uvádí, že v urgentní medicíně se resuscitace nezahajuje většinou tam, kde samotné nezahájení znamená součást paliativní péče.

Další kontraindikací jsou jisté známky smrti, vykrvácení, zranění neslučitelná se životem nebo situace, kde by došlo k přímému ohrožení života a zdraví zachránce (Remeš a Trnovská, 2013).

Dle Bossaert et al. (2015) by měli zdravotničtí pracovníci zvážit ukončení KPR u dětí a dospělých, pokud:

- bezpečnost poskytovatele již nemůže být dostatečně zajištěna
- existuje zjevné zranění neslučitelné se životem
- existují další silné důkazy, že KPR by byla proti pacientovým hodnotám a preferencím nebo pacient splňuje kritéria marné léčby
- je přítomna asystolie trvající déle než 20 minut navzdory probíhající ALS při nepřítomnosti reverzibilní příčiny

Jonsen et al. (2019) zmiňuje, že DNR se vztahuje pouze k problematice resuscitace a nesmí tak zasahovat do rozhodování v ostatních rovinách péče.

#### *2.5.5 Specifika práce v urgentní medicíně*

Urgentní medicína se věnuje stavům ze všech oborů lékařství napříč celým věkovým spektrem a patří k relativně mladým odvětvím medicíny. Soustředí se na diagnostiku různých obtíží s různými symptomy a má spoustu specifík (Petrino et. al, 2009).

Specifičnost urgentní medicíny spočívá mimo jiné v tom, že lékař či záchranář se setkají s pacientem poprvé, a to v kritické situaci. Nejenže tedy mají zdravotníci k dispozici omezené množství informací, často také pracují pod přímým „dohledem“ rodiny, veřejnosti i médií (Ptáček et al., c2011).

Šeblová a Knor et al. (2018) píše, že rovněž přibývá případů, kdy se zdravotníci v PNP i na urgentních příjmech setkávají s pacienty s indikovanou paliativní terapií, u kterých by ofenzivní, život zachraňující výkony, byly již poškozením.

Záchranná služba vyjíždí k případům, které mají různý rozsah závažnosti. Byť většina indikací k výjezdům není závažná natolik, že by docházelo k ohrožení pacientova života, je nutné ke každému stavu přistupovat odborně i lidsky. Velké specifikum práce v oblasti urgentní medicíny tedy spočívá i nutnosti adekvátně ovládat komunikaci (Šeblová a Knor et al., 2018).

V poslední době se na záchranných službách rozšiřuje tzv. psychosociální intervence. Záchranáři jsou tedy do jisté míry postaveni do role psychologa. Základem je dobře

ovládat nonverbální i verbální komunikaci, což může pomoci zvládnout napjatou situaci či předejít agresivitě pacienta (Ptáček et al., c2011).

#### *2.5.6 Komunikační techniky*

Komunikace patří mezi základní pilíře kvalitní péče a to nejen té přednemocniční. Spočívá ve sdílení informací, výměně myšlenek a poskytování zpráv pacientovi tak, aby jim rozuměl. Předpokladem pro zvládnání komunikace je jednoznačně empatie, umění naslouchat a projevit zájem. Dále schopnost interpretovat věci srozumitelně, jasně, stručně (Andršová, 2012).

Ptáček et al. (2011) udává, že mezi nonverbální komunikaci řadíme mimiku, gestiku, haptiku a proxemiku. Verbální komunikace by měla být věcná a zároveň klidná, v reakci na slovní útoky však prakticky žádná. Výhodou se často stává umění rozpoznat známky hrozící agrese jako například výhrůžky, psychomotorický neklid či vypjatá tělesná aktivita.

Ptáček et al. (c2011) dále udává, že k agresivnímu jednání může dojít nejen u jedinců, u kterých je určitá pravděpodobnost vzniku agrese (delikventi apod.), ale i u pacienta či jeho příbuzných vystavených těžké zátěžové situaci. Záchranáři by tak měli být schopni znát své hranice a rozklíčovat, kdy osoby na místě zásahu již potřebují intervenci specializovaných pracovníků – psychologů z krizových center.

#### *2.5.7 Krizová intervence*

Negativní situaci, která vystupňuje v překročení hranic možností daného člověka, můžeme označit za situaci krizovou. Byť se jedná o situaci, jež často ohrožuje kvalitu života, nutí zároveň hledat řešení – formuje lidský potenciál (Brož a Vodáčková, 2015).

Krizi tedy můžeme brát jako určitý vývoj, krize totiž přirozeně a nedílně patří k životu. Krizová intervence znamená pomocný krok, zásah či zakročení v krizové situaci. Měla by být poskytována neprodleně, co nejbližší pacientovi, kompetentně, bezpečně a jednoduše. Jejím cílem není pouze „stabilizovat“ pacientův stav, ale zároveň i naplánování dalších pomocných postupů ke zvládnutí krize (Špatenková et al., 2017).

V podmínkách přednemocniční péče a integrovaného záchranného systému bývá poskytována tzv. terénní krizová intervence. Interventi mohou být přímo členy IZS nebo



jsou součástí psychointervenčních týmů (PIT) či krizových intervenčních týmů (KIT) (Šrobárová, 2016).

Špatenková et al. (2017) uvádí, že v moderní společnosti vzrůstá na interventy tlak, a to především v souvislosti s novými riziky jakými jsou kupříkladu teroristické útoky apod. Zároveň však dodává, že poskytování psychologické první pomoci mají v rukách i samotní členové IZS, tedy i záchranáři, jelikož jsou s daným incidentem konfrontováni většinou jako první. Očekává se od nich intervence bez ohledu na to, jestli absolvovali speciální výcvik.

Šrobárová (2016) píše, že pracovníci terénní krizové intervence poskytují své služby v přirozeném prostředí klientů – domov, práce, škola. Zároveň může být intervence poskytnuta i v terénu, například u hromadných neštěstí.

#### *2.5.8 Povolání zdravotnického záchranáře a syndrom vyhoření*

Jistě není pochyb o tom, že práce ve zdravotnictví patří v mnoha hlediscích mezi povolání značně náročná. A to nejen z pohledu nutnosti vysoké míry odbornosti a profesionality. Velké nároky jsou na zdravotníky a lékaře kladeny v oblasti moderní techniky, psychologie, administrativy, ale třeba i fyzické zátěže (Zacharová, 2007).

V urgentní medicíně se tyto nároky násobí. Andršová (2012) popisuje povolání zdravotnického záchranáře jako práci, jež výrazně překračuje aspekty běžného zaměstnání. Mezi nejnutnější vlastnosti zdravotnického záchranáře pak Andršová (2012) řadí schopnost ustát značnou psychickou zátěž.

Špatenková a Králová (2009) udávají, že mezi další vlastnosti, kterými by měl zdravotník či záchranář oplývat jsou spolehlivost, rozhodnost, výkonnost či schopnost improvizace. Z emoční složky je to pak trpělivost, schopnost empatie, vysoká míra sociální inteligence. V neposlední řadě pak schopnost práce v týmu.

Zdravotnického záchranáře však nesmíme vnímat jako nadčlověka či superhrdinu. I on je pouze člověk, lišící se od pacienta jen vzděláním a úsilím splňovat základní principy „*Salus aegroti suprema lex*“ a „*Primum non nocere*“. Pro výkon této profese je nezbytný životní nadsled a schopnost rozlišení, *co na světě lze změnit a co nikoliv* (Andršová, 2012, str.11).

Neschopnost tohoto rozlišení a tzv. mechanismy vnitřních hlasů (jako například našeptávání si: Buď perfektní! Všechno zvládneš!) se mohou podílet na rozvoji syndromu vyhoření (Stock, 2010).

Syndrom vyhoření můžeme označit jako chronickou krizovou reakci, která se projeví ztrátou profesního zaujetí, dehumanizujícím přístupem k pacientům, celkovým psychickým vyčerpáním či postrádáním smyslu svého povolání. Nejčastěji můžeme burn-out syndrom pozorovat právě u pomáhajících profesí Mezi další ukazatele značící syndrom vyhoření můžeme řadit cynismus, podrážděnost, apatii, rezignaci či nevhodné a necitlivé chování k pacientům (Špatenková et al., 2017).

Andršová 2012 tvrdí, že nejlepším řešením tohoto syndromu je jeho prevence v podobě dodržování psychohygieny, dostatku péče o sebe sama, a to jak po stránce fyzické tak psychické.

## **2.6 Zátěžové situace**

Nedílnou součástí povolání zdravotnického záchranáře je stres, jelikož záchranáři se dostávají do situací, kdy jsou konfrontováni například s nedostatkem času, stísněnými prostory, násilnými činy, ale i agresivními pacienty, přihlížejícím davem, či médií (Andršová, 2012).

Baštecká (2005) dodává, že k dalším stresorům v povolání záchranáře může patřit odmítání a neochota lékařů ve zdravotnických zařízeních přijímat od záchranné služby pacienty s argumentem, že to není pacient pro jejich oddělení. Tento stresový aspekt v dnešní době už v dnešní době řeší zavedení centrálního urgentního příjmu.

Mezi nejtěžší zátěžové situace, které mohou v urgentní medicíně nastat, patří zcela jistě nezdařená kardiopulmonální resuscitace, kontakty s agresivními pacienty, vážné dopravní nehody, úrazy dětí, výjezdy k vlastním příbuzným, dětské úrazy a samozřejmě hromadná neštěstí (Andršová, 2012).

Přestože je třídění osob během hromadného neštěstí regulérní medicínský postup, bývá pro všechny zasahující, a tedy i záchranáře, silnou psychologickou zátěží. Jelikož se během třídění upřednostňuje zájem zachránit co nejvíce potenciálně zachránitelných osob v daných podmínkách, v počátcích zásahu je tedy porušován jeden ze základních principů k přístupu k pacientovi, a to princip rovnosti (Štětina, 2014).

Z hlediska sociologického může mít nepříznivý vliv na psychiku záchranáře i fakt, že prakticky nikdy se nikdy nedočká pozitivní a vlastně žádné zpětné vazby (Knor a Šeblová, 2018).

V neposlední časo chybí i psychohygienu či debriefing po příjezdu ze zátěžových výjezdů (Baštecká, 2005).

### **3 Cíle práce a výzkumné otázky**

#### ***3.1. Výzkumné cíle***

1. Zjistit, jak vnímají zdravotničtí záchranáři problematiku smrti a umírání v podmínkách přednemocniční neodkladné péče.
2. Porovnat zkušenosti zdravotnických záchranářů se smrtí a umíráním v přednemocniční neodkladné péči.

#### ***3.2. Výzkumné otázky***

1. Jaké jsou zkušenosti zdravotnických záchranářů se smrtí a umíráním v podmínkách přednemocniční neodkladné péče?
2. Jak vnímají zdravotničtí záchranáři problematiku smrti a umírání v přednemocniční neodkladné péči?

## 4 Metodika výzkumu

### 4.1 Výzkumný soubor

Výběr výzkumného souboru byl záměrný a jako kritérium bylo stanoveno: práce na vybraných střediscích záchranných služeb.

Výzkumný soubor sestával z mužů i žen s různou délkou praxe( viz Tabulka 1). Tato různorodost vzorku následně umožnila získat širší spektrum odpovědí. Kontakt na prvního informanta byl získán během praxe na jednom z pracovišť záchranné služby. Dále probíhal získ kontaktů metodou „snowball“ (Švaříček a Šedřová, 2007).

Všechny rozhovory se odehrávaly na záchranných službách, často během pracovní doby. Občas tedy došlo i k situaci, že byl rozhovor přerušen, jelikož záchranná posádka musela na výjezd. Rozhovor byl uskutečněn vždy po předchozí telefonické domluvě. Výjimečně jsme se záchranáři domlouvali prostřednictvím mailu či sociálních sítí. Oslovili jsme celkem dvanáct záchranářů a záchranářek, přičemž pouze jeden člověk rozhovor odmítl. Celkový počet provedených rozhovorů se tedy rovná jedenácti. Záchranáři byli v rozhovorech označeni čísly 1-11 a písmenem Z.

**Tabulka 1** Identifikační údaje informantů

<i>Informant</i>	<i>Věk</i>	<i>Délka praxe</i>
<i>Z1</i>	36	8 let
<i>Z2</i>	27	3 roky
<i>Z3</i>	40	16 let
<i>Z4</i>	42	14 let
<i>Z5</i>	43	16 let
<i>Z6</i>	29	6 let
<i>Z7</i>	38	12 let
<i>Z8</i>	44	16 let
<i>Z9</i>	37	3 roky
<i>Z10</i>	45	13 let
<i>Z11</i>	29	4 roky

#### **4.2 Rozhovor**

V rámci kvalitativního výzkumu byla aplikována technika již zmíněného polostrukturovaného rozhovoru s otevřenými otázkami. Tato metoda spočívala ve vytvoření si seznamu celkem dvaceti otázek, které byly informantům pokládány, zároveň byla však možnost se během rozhovoru doptat na konkrétní informace či vytvořit doplňující otázky. To činilo rozhovor flexibilnější a nedošlo k situaci, kdy by informant otázce nerozuměl. Rozhovory byly prováděny od 31. ledna do konce února roku 2020.

Před každým rozhovorem jsme záchranáře informovali o problematice, jíž se tato práce věnuje, a naznačili další zpracování rozhovoru. Dále byli informanti ujištěni, že pokud jim bude nějaká z otázek nepříjemná a nebudou ji chtít zodpovědět, samozřejmě nemusí. Zároveň jsme zaručili jejich anonymitu a zeptali se, zda souhlasí s nahráváním na záznamník. Tři z jedenácti informantů s nahráváním nesouhlasili a poprosili o přepis na papír. Všechny rozhovory byly provedeny jednotlivě a trvaly vždy minimálně třicet minut, nepočítáme-li prodlevu, kdy byla posádka na výjezdu. Informantům jsme položili vždy základní seznam dvaceti dopředu připravených otázek (viz Příloha 1). Většinou položení doplňujících otázek či případné vysvětlení dotazu nebylo nutné.

Osm z jedenácti interview bylo nahráváno na záznamník v mobilním telefonu. U zbylých tří byl mluvený projev přepsán na papír, získaná data však nejsou zkeslená, jelikož informanti mluvili pomalu a neměli problém část svých odpovědí zopakovat. Takto získané odpovědi jsme následně metodou doslovné transkripce přepsali do elektronické formy. Doslovná transkripce umožňuje zachovat autentičnost rozhovoru, a tak jsou v prepisech samozřejmě nespisovné výrazy, výjimečně i výrazy expresivní. Pro zpětnou orientaci v odpovědích jsme do elektronických odpovědí připsali výrazy jako „směje se“ či „dlouho přemýšlí“.

#### **4.3 Technika zpracování dat**

K analýze dat byla zvolena metoda tzv. otevřeného kódování. Kódování jako takové zahrnuje postupy, kdy jsou získaná data rozebrána, roztríděna a následně poskládána novým způsobem. Při otevřeném kódování nejdříve přepsaný rozhovor rozebereme na jednotky. Může to být celý odstavec, souvětí či slovo. Jednotka však nese určitý

význam, který nás zaujal. Těmto jednotkám pak přidělíme kód, jenž jednotku vystihne a odliší od ostatních (Švaříček a Šed'ová, 2007).

Švaříček a Šed'ová (2007) dále tvrdí, že tato metoda je značně subjektivní, takže každý výzkumník by si označil za jednotku i kód něco jiného. Dále se nepracuje s čísly, tudíž výsledkem nebude výzkumná zpráva o výskytu zkoumaného jevu v populaci. Tento typ analýzy ovšem představuje hloubkový rozbor daného jevu a jeho struktury popisným a snad i literárním způsobem.

Konkrétní postup v našem případě zahrnoval sled kroků: provedení rozhovoru za jeho současného nahrávání, přepsání do elektronické formy, vytištění a následné okódování. Před vytištěním rozhovoru jsme ovšem museli zvětšit řádkování, jelikož jsme kódy vpisovali do vytištěného textu.

Vybranou jednotku jsme si vždy podtrhli a vedle ní či nad ní pak napsali kód, kterým jsme ji označili. Tento postup se nazývá metoda tužky a papíru. Jako kódy byla použita jednotlivá slova, výjimečně sousloví. Občas kódy tvořila přímo slova z odpovědí informantů, tyto kódy označujeme jako *in vivo* kódy (Švaříček a Šed'ová, 2007).

S rostoucím počtem získaných rozhovorů rostl samozřejmě i počet kódů. Bylo tedy nutné se ke každému okódovanému rozhovoru vracet a porovnávat s novým. Tak bylo možné případné synonymní kódy sloučit (například *marnost* a *marný boj*).

Následně bylo nutné vytvořit kompletní seznam kódů, který jsme získali tak, že jsme ke každé otázce přepsali seznam vytvořených kódů ze všech rozhovorů (viz Příloha 2). Tímto způsobem jsme získali seznam kódů zhruba o šesti stranách. Kódy se samozřejmě u mnoha informantů opakovaly, což je žádoucí. A tak následná činnost zahrnovala jejich protřídění, seskupení a upravení.

Abychom se ke kódům následně mohli ještě vracet, tak jsme pro zpětnou orientaci pomocí čísel ke každému kódu sepsali, kde se v odpovědích vyskytuje. Příklad: kolektiv posádky (1.12;8.11) – tzn. kódem *kolektiv posádky* jsme označili jednotku v odpovědi na 12. otázku u záchranáře číslo 1 a u záchranáře číslo 8 se daný kód vyskytuje v odpovědi na 11. otázku.

U některých kódů máme tedy v závorkách jen jedno toto dvojčíslí, ale ve většině závorek je dvojčíslí daleko více – podle toho, u kolika informantů jsme kód v odpovědi zaznamenali.

Po zpracování všech jedenácti rozhovorů tímto způsobem jsme získali již zmíněný seznam kompletně všech kódů ze všech rozhovorů. Ten v první fázi obsahoval přes 200 kódů, bylo tedy nasnadě tento seznam řádně protřídit, aby se nám lépe tvořily tzv. *kategorie*. Kategorizace probíhala tak, že na základě určité vnitřní podobnosti jsme různé kódy napříč seznamem přiřazovali do skupin. Tyto skupiny jsme vždy pojmenovali souhrnným názvem, a tak vznikla kategorie.

Po přiřazení kódů do kategorií následovalo opět promazání kódů, tentokrát těch, které se nám nehodily do žádné z kategorií. Kategorií vzniklo celkem šest a nesou názvy: Emoce a vnímání, Etický přístup, Komunikace, Úskalí, Zkušenosti z praxe a Pozitiva. U kategorií Etický přístup, Úskalí a Zkušenosti z praxe jsme dále vytvořili podkategorie (viz. Tabulka 2). Je na místě zmínit, že témata a názory informantů, které jsme zařadili do kategorií a podkategorií, by často mohly spadat do více kategorií a podkategorií.



**Tabulka 2 Přehled vytvořených kategorií a podkategorií**

	<i>Téma kategorie</i>	<i>Podkategorie</i>
<b>Kategorie 1</b>	Emoce a vnímání	
<b>Kategorie 2</b>	Etický přístup	<p><i>Resuscitace a umírání z pohledu záchranáře</i></p> <p><i>Etické přístupy k pacientovi versus kompetence</i></p> <p><i>Zachovávání důstojnosti v (před)nemocniční péči.</i></p>
<b>Kategorie 3</b>	Komunikace	
<b>Kategorie 4</b>	Úskalí	<p><i>Nejtěžší výjezdy</i></p> <p><i>Negativa spojená s těžkými výjezdy</i></p> <p><i>Úskalí v přednemocniční péči obecně</i></p>
<b>Kategorie 5</b>	Zkušenosti z praxe	<p><i>Vliv délky praxe na výkon povolání, vnímání smrti a umírání</i></p> <p><i>Syndrom vyhoření</i></p> <p><i>Psychohygienu prováděná zdravotnickými záchranáři</i></p> <p><i>Profesionalita v přednemocniční péči</i></p>
<b>Kategorie 6</b>	Pozitiva	

## 5 Výsledky šetření

V následujících kapitolách budou interpretovány výsledky vzešlé z otevřeného kódování a kategorizace. Využili jsme techniku „vyložení karet“, která nám, po výše zmíněné analýze, umožní hloubkově interpretovat obsahy rozhovorů. A to prostřednictvím převyprávění obsahu kategorií (Švaříček a Šed'ová, 2007). Pro orientaci v odpovědích a kódech jsme využili metodu již zmiňovaného dvojčíslí v závorkách. Informanti v práci vystupují pod označením Z1-11.

### 5.1 Kategorie *Emoce a vnímání*

Tato kategorie je s přihlédnutím na stanovené výzkumné otázky pravděpodobně ta nejdůležitější. Zahrnuje spektrum emocí, které informanti během výjezdů spojených se smrtí, umíráním pociťovali i nepociťovali (Tabulka 3). Spadá sem mimo jiné ale i názor samotných informantů na to, jak by měl vypadat po emoční stránce zdravotnický záchranář.

Osm z jedenácti informantů zodpovědělo, že jsou se smrtí smířeni, berou ji jako součást života a hlavně i své práce. Z1 odpověděl, že: „*Smrt v přednemocniční péči je všudypřítomná, patří k tomu a nic s ní neuděláme.*“ Stejného názoru je i Z4: „*Tak já jsem s tím smířený, vím, že mě to čeká – dřív nebo později a že se s tím setkávat budu.*“ Smíření a přijetí smrti se objevuje v odpovědích Z1: „*Když to přijde, tak vnímám tak, že to prostě přijít mělo.*“ Z4 vnímá smrt v PNP podobně: „*Co má skončit, tak ať skončí... prostě co má umřít, umře no.*“

Z5 spatřuje nárůst emocí během výjezdu k zemřelému pacientovi zejména u příbuzných, který zdůvodňuje následovně: „*Kdyby lidi byli prostě obeznámený s tím, že člověk se narodí a stejně tak i umře a byli od dětského věku s tímhle tím nějak spjatý, tak by jim to pak nepřišlo tak děsivý.*“ S tím naopak nesouhlasí Z8: „*Nemyslím si, že dneska je smrt něco úplně děsivýho. Naopak mi přijde, že dneska jsou lidi na tu smrt připravovaný líp než dřív.*“ Z1 a Z10 se shodují, že výjezd k úmrtí dětského pacienta u nich zanechal stopy. Z10: „*To si prostě na člověka sáhne. Na každýho.*“ Z1: „*Takovej výjezd vždycky něco zanechá a ať se snažíš to vyfiltrovat, tak vždycky zůstane.*“ Za silnou emoční situaci považuje výjezd k resuscitaci či úmrtí dítěte celkem sedm informantů a devět označilo tento typ výjezdů za nejhorší obecně.

Naopak neprožívání emocí při setkání s dospělým zemřelým popsal celkem osm informantů. Například Z2: „Beru to jako práci, patří to k naší práci, teď to ve mně jako nic nevyvolává.“ Z11 je podobného názoru: „Abych řekl pravdu, beru to jako svou práci, jsem empatický, ale příliš se nenechám ovládat emocemi.“ Z5 tvrdí: „Mně to nevádí – vidět zemřelého.“ Informant s číslem šest ovšem naopak vzpomíná na první setkání se zemřelým a emoce nepopírá: „Poprvé je to zvláštní. Takové mrazivé...“ Z6 zároveň doprovází během výjezdu k umírajícímu ještě další pocity: „Pocit takové marné práce, i když to tak není.“ Další emoci, jež některé informanty (konkrétně Z1, Z3, Z4 a Z11) na výjezdech provází, je lítost: „Ta lítost tam vždycky je, ale pokud to tak je a já s tím nic neudělám...“, udává Z3.

Mezi další složky kategorie emocí a vnímání jsme zařadili obavy, konkrétně obavy z postihu, které informanti nejčastěji uváděli u problematiky dříve vyslovených přání. Z5 DNR komentuje: „Ale co si budu, radši budu mačkat, než abych si šel sednout za to, že jsem někomu nepomohl.“ Stejného názoru je i Z8. Z10 jadrně dodává: „Nepůjdu za katr kvůli tomu, že se někdo rozhodl, že chce babčiny peníze co nejdřív.“ Z2 dále pociťuje jakousi bezmoc, především u výjezdů, kde je více zraněných, například u HN: „Když jseš tam první a vidíš, jak tam trpí dva lidi, tak asi beznaděj...protože oběma najednou pomoci nemůžeš no.“

Do této kategorie byla zařazena i složka empatie, kterou uvedli Z3, Z6 a Z10 jako jednu z hlavních vlastností dobrého záchranáře. Z3: „Asi nejdůležitější rys je ta empatie.“

**Tabulka 3 Emocní prožívání v závislosti na různých typech výjezdu**

<i>Situace na výjezdu</i>	<i>Nejhorší zážitek</i>	<i>Pociťování emocí</i>	<i>Neutrální postoj</i>
<i>Úmrtí dětského pacienta</i>	všichni kromě Z9		Z9
<i>Mladší pacient</i>		Z1, Z3, Z4, Z9	
<i>Starší pacient/očekávané úmrtí</i>			Z1-Z4, Z6, Z9-Z11
<i>Vlastní příbuzní na výjezdu</i>		Z1, Z8, Z10	

(Zdroj: vlastní výzkum)

## **5.2 Kategorie Etický přístup**

Tato kategorie se po konečném roztřídění stala, z hlediska počtu kódů do ní zařazených, kategorií nejobsáhlejší. Bylo do ní přiřazeno celkem 20 kódů. Spadají sem sdělení informantů, která se dotýkala důstojnosti či nedůstojnosti, samotné smrti a přístupu k ní a dále také základních etických principů přístupu k pacientovi. Kategorii jsme pro přehlednost rozčlenili na tři podkategorie s názvy: Resuscitace a umírání z pohledu záchranáře, Etické přístupy k pacientovi versus kompetence a Zachovávání důstojnosti v (před)nemocniční péči.

### *Podkategorie Etika resuscitace a umírání z pohledu záchranáře*

Z3, Z7 a Z9 vnímá oblast umírání jako problematičtější. Z9 spatřuje důvod v nedostatečné vybavenosti. „*To je složitější, protože my na to jakoby nejsme vybavený že jo, poskytovat nějakou péči umírajícím.*“ Z7 hodnotí i časovou náročnost péče o umírajícího: „*Řekla bych, že s umíráním je to horší. K umírajícímu se třeba několikrát za den jezdí, aby se mu píchnul morfin. Kdežto, když se přijede k mrtvému, ty postupy a všechno... je vlastně jednodušší.*“

Během odpovědí se tři informanti vyjádřili k tomu, co pro ně vlastně znamená termín úspěšná resuscitace. Z8 a Z4 se ve svých výpovědích shodují, že je pro ně úspěšná resuscitace situace, kdy se pacient vrátí do normálního života. Z3 hodnotí situaci jinak: „*Pro nás v PNP je vlastně, je úspěšná resuscitace to, že u toho člověka obnovíme ten spontánní oběh – a tím to pro nás, pokud ho dovezeme na to lůžkový oddělení, tak tím to pro nás končí.*“

Devět z jedenácti informantů se ve svých odpovědích v různých kontextech vyjádřilo k utrpení pacientů. Z těchto devíti informantů sedm uvedlo, že jejich práce zahrnuje především mírnění utrpení a úlevu od bolesti. Zbylé odpovědi zahrnovaly konstatování uplatnitelnosti eutanazie právě z hlediska velkého utrpení některých pacientů. Například Z3 udává (dále v kategorii Pozitiva): „*Protože to trápení některých lidí je opravdu krutý a tam by bylo asi vhodný tu eutanázii asi povolit.*“

### *Podkategorie Etické přístupy k pacientovi versus kompetence*

Během rozebírání etických přístupů byla nejvíce skloňovaná beneficence, přičemž pět z informantů (Z5, Z7, Z9, Z10) se shoduje, že dodržování beneficence je však

záležitostí lékaře. Z10 tvrdí: „*Nonmaleficenci dodržují všichni si myslím, autonomii a spravedlnost jak kdo a beneficenci zhodnocuje doktor.*“ Z7 odpověděla podobně: „*No, tohle se podaří dodržet jen doktorovi. Pokud ten člověk není vyloženě ztuhlej nebo nemá posmrtný skvrny, tak pro RZP neexistuje, aby něco nedělala. Takže se čeká na doktora, aby to ukončil, přestože se ví, že by resuscitace neměla žádnéj smysl.*“

Záležitost kompetencí však zmínilo v různých kontextech celkem osm z jedenácti oslovených záchranářů (Z2, Z3, Z5, Z7-11). Z3 zmiňuje v problematice resuscitace: „*Doktor o tom rozhodne ze svých kompetencí, já ze svých kompetencí, pokud nezjistím, že je pacient onkologický, tak musím zahájit resuscitaci, přestože vím, že toho člověka nezachráním nebo nezresuscituju, ale takhle s tím musím pak nakládat. Sám za sebe i před okolím.*“

V oblasti dodržování DNR a dříve vyslovených přání se čtyři (Z1, Z2, Z9, Z10) informanti shodli, že jim respektování těchto dokumentů ani není z hlediska kompetencí umožněno, jak tvrdí například Z1: „*Pro mě jako záchranáře nereálný. Já bych je rád respektoval, ale musím se řídit tím, co mi nařizuje organizace. Tahle otázka je zajímavá, možná je přehlížená...*“

Tři informanti (Z3, Z5, Z7) uvedli, že se v PNP dodržuje princip spravedlnosti. Z7 popsala: „*Záchrana je od toho aby zachraňovala, a tak i když někdo pod vlivem zabil někoho v autě, tak k němu musíme přistupovat jako k jakýmukoli jinýmu pacientovi.*“ Z5 a Z3 dále shledávají spravedlnost jako jeden z důležitých rysů dobrého záchranáře.

#### *Podkategorie Zachovávání důstojnosti v (před)nemocniční péči*

Do kategorie Etický přístup jsme zařadili velmi důležitý termín a tím je důstojnost. V kontextu důstojnosti často informanti zmiňovali, že během zásahu má na zachování důstojnosti vliv především místo zásahu (Z1, Z3-Z6, Z9). Pět informantů označilo za důležitý faktor také profesionalitu posádky.

Za důstojné umírání považují umírání především v rodinném kruhu informanti Z1, Z2, Z4, Z9, Z10. Z10 charakterizuje důstojné umírání v přednemocniční péči takto: „*Pokud ten člověk umírá doma a my tam přijedeme jen jako ti, co mu můžou ulevit toho fyzickýho strádání, tak to mi přijde nejdůstojnější varianta.*“ O nedůstojném umírání hovoří Z1, Z4, Z11 a to především v souvislosti s umíráním v nemocnicích. Z1 popisuje

problém: „Nejčastěji ty lidi stejně umřou v nemocnici, takže nevím, co je na tom důstojného.“ Na maření důstojnosti člověka má během zásahu i přítomnost přihlížejících, jak se shodují Z10 a Z7, kteří řekli, že si veřejnost pacienty během resuscitace natáčí. Z7 ještě dodala: „Pacienty musíme svléknout, přihlížející si to třeba natáčí a to je nedůstojný. Holt to jinak nejde a při resuscitaci se na důstojnost tolik nemyslí no.“ Přehled faktorů, které dle informantů ovlivňují zachovávání důstojnosti na místě zásahu, znázorňuje Tabulka 4.

**Tabulka 4 Faktory ovlivňující důstojnost v PNP**

<i>Faktory ovlivňující důstojnost</i>	<i>Zmínilo informantů</i>	<i>Informanti</i>
<i>Místo zásahu, prostředí</i>	6	Z1, Z3, Z4, Z5, Z6, Z9
<i>Profesionalita posádky</i>	5	Z2, Z5-Z8
<i>Netaktnost přihlížejících</i>	2	Z7, Z10

(Zdroj: vlastní výzkum)

### 5.3 Kategorie Komunikace

Kategorie Komunikace není nejrozsáhlejší, ale pokud se pohybujeme ve zdravotnictví, tak komunikaci zcela jistě zmínit musíme. Do této kategorie patří komunikace a soucit záchranářů s pozůstalými, schopnost a možnost vést dialog s pacientem, ale i vlastní sebereflexe zdravotnických záchranářů.

Informanti Z1, Z2, Z6, Z7, Z10 a Z11 řekli, že při konfrontaci se zemřelým a následné komunikaci s pozůstalými se v nich probudí lítost i soucit právě s ohledem na rodinu. Do komunikace zařadilo všech pět vyjmenovaných informantů, ještě společně se Z5 a Z8, prosby rodiny či pozůstalých, které často umocní tíživou atmosféru jak tvrdí Z5: *„Tuhle jsem zrovna jel na resuscitaci jedný malý holčičky a ta máma pořád opakovala „vraťte mi moji holčičku” a tak... Tak to bylo strašný no.”*

Ovšem pouze dva informanti z jedenácti dotazovaných by se nebránili možnosti navštívit po takto náročném výjezdu interventa přímo pro pracovníky záchranných služeb. Zbylí informanti řekli, že buď nemají potřebu o tom vést dialog anebo zvolí raději rozhovor s kolegou v práci – konkrétně Z5, Z6, Z8 a Z11.

Velmi častým jevem, který se ukázal jako dobrý komunikační prostředek k vyrovnání se s těžkým výjezdem, byla jakási vlastní sebereflexe či rekapitulace výjezdu. Tu zmínilo celkem sedm informantů (Z1-4, Z6, Z8 a Z9). Záchranáři udávali, že tuto sebereflexi provádí často při návratu na základnu a to buď sami ve své hlavě či s kolegou řidičem.

Nutnost komunikace s rodinou pacienta je v PNP velmi častým jevem. Za poněkud dehumanizující však považuje přístup k rodině zemřelého ze strany některých záchranářů Z7: *„Pro záchranáře je setkání s mrtvým denní chleba, ale často si neuvědomí, že pozůstalí třeba vidí mrtvolu poprvý v životě - a ještě je to jejich příbuzný. Je to celý odcizený - Diazepam, číslo na pohřebku a nashle...”*

Tři informanti (Z1, Z7, Z10) pak sami uvedli, že umění komunikace je důležitým aspektem pro práci zdravotnického záchranáře, jak popisuje Z1: *„Je škoda toho člověka odbýt jedním slovem, když tu větu můžu rozvíjet. Ten člověk pak pookřeje a máš z toho hned daleko lepší pocit. Děláš ne něco navíc, ale jak by to mělo bejt...”*

Do této kategorie jsme ještě zařadili kód nesoucí název nutnost diskuze, který byl použit u dvou informantů (Z1 a Z9). U informanta číslo 1, který poukazoval na nutnost diskuze

v oblasti DNR a dříve vyslovených přání. Z9 zmínil potřebu diskuze a rozvoje v oblasti paliativní medicíny.

#### **5.4 Kategorie Úskalí**

Kategorie Úskalí a negativa zmapovává nejčastější problémy a negativní stránky, které informanti spatřují v oblasti smrti a umírání, těžkých výjezdů a přednemocniční péči. Rovněž také zahrnuje, co vůbec pro záchranáře znamená těžký výjezd. Tato kategorie je rozčleněna na tři podkategorie a to Nejtěžší výjezdy, Negativa spojená s těžkými výjezdy a Úskalí v přednemocniční péči obecně.

##### *Podkategorie Nejtěžší výjezdy*

Deset z jedenácti (všichni kromě Z9) informantů se shodlo, že pro ně byl jednoznačně nejhorší výjezd k resuscitaci či úmrtí dětského pacienta. Z1 Z3, Z4, Z9 a Z10 zároveň dodává, že se nemusí ale vždy jednat o dítě, nýbrž i o mladého člověka – podstatný vliv na vnímání zde tedy sehrává věk zemřelého obecně. Tři informanti dále doplnili, že je pro ně velkou zátěží rovněž výjezd ke známému nebo příbuznému člověku (Z1, Z8, Z10) – viz Tabulka 2. Informanti s čísly 1, 2, 7, 8 a 10 však konstatovali, že na danou situaci na místě výjezdu u zemřelého pacienta má velký vliv, pokud je to úmrtí očekávané a to i u dětského pacienta.

##### *Podkategorie Negativa spojená s těžkými výjezdy*

Mezi úskalí těžkých výjezdů tři informanti (Z4, Z5 a Z11) zařadili nepřipravenost rodiny na danou situaci, díky strachu ze smrti. Ten je způsobený absencí povědomí o smrti již od raného věku, jak říká Z5: „*No lidi se smrti bojejí, za to nemůže záchrana ani systém, ale tahleto doba. Děti na to nejsou připravované. Kdyby lidi prostě byli obeznámení s tím, že člověk se narodí a stejně tak člověk umře - a byli by od dětského věku s tímhletem nějak spjatý, tak by jim to nepřišlo pak tak děsivý.*”

Sami informanti však přiznávají, že při nástupu na záchrannou službu nebyli dostatečně informováni v oblasti smrti, umírání či paliativní péče – konkrétně Z1, Z3, Z4, Z5, Z7, Z9 a Z10. Nedostatek dále vidí informanti s číslem 3 a 9 i ve vybavení záchranné služby. Z9 pociťuje nedostatečnou vybavenost při výjezdu u umírajícího pacienta (viz *Podkategorie Resuscitace a umírání z pohledu záchranáře*). Z3 vztahuje nedostatek



vybavení na důstojnost pacienta: „*To je složitý no. Když někdo padne na veřejnosti a my ho křísíme, tak to veřejnost může vidět, jelikož nemáme zástěny – HZS je má.*”

Negativní postoj zaujali i Z1 a Z9 k pozici krizového intervenanta v PNP. Z9 se vyjadřuje takto: „*Já jsem v zásadě proti ve finále. Když přijedeš na místo, kde se stalo něco ať už je to úmrtí nebo nějaké těžké úraz, autonehoda nebo tak. Tak se těch příbuznejch nebo v tu chvíli už pozůstalejch zeptám, jestli chtějí intervenanta. Nenutím, sám bych to nechtěl.*” Z1 je podobného názoru a zároveň tvrdí, že je to obor, který se ještě vyvíjí a není zatím to, co by měl být (v PNP).

Pokud hovoříme o těžkém výjezdu typu hromadné neštěstí či mimořádná událost, tak zde vidí největší úskalí informanti Z2, Z4, Z8 a Z10 v tom, že i přes spoustu školení je realita vždycky o mnoho horší. Z8 hodnotí účast na MU: „*Nácviky dobrý no, ale realita je úplně jiná. Zmatek. Všechno všechno jinak, všechno, co se nacvičuje je jiný.*” Z1, Z2, Z4, Z6 a Z7 se v odpovědích shodují, že dalším úskalím během MU/HN je velká zodpovědnost první posádky a s tím spojený velký tlak na ni vytvářený.

Při dotazování na DNR celkem sedm informantů spatřovalo úskalí v nedůvěryhodnosti tohoto dokumentu. Respektive v riziku jeho zneužití a podstrčení falzifikátu posádky. Z1 říká: „*Je hezký, že je na papíře napsaný neresuscitovat, ale jak já můžu vědět, že to není papír vytisknutej bůhví kým a skutečná vůle byla úplně jiná.*“

#### *Podkategorie Úskalí a negativa v přednemocniční péči obecně*

Informanti spatřují problém u syndromu vyhoření, který dle Z2, Z4, Z5, Z7, Z9 a Z11 způsobuje mimo jiné rostoucí počet neindikovaných či nedramatických výjezdů. Tento názor zastává i Z5: „*Kdyby se jezdilo jenom k záchrankovým věcem, tak si myslím, že by ty lidi nebyli takhle vyhořeli.* Z7 zároveň dodává další rizika vzniku syndromu vyhoření: „*Pacienti jsou náročný, přihlížející si kolikrát výjezd natáčí, výjezdy bývají dost často neindikovaný, dělá se spoustu přesčasů...*” Z7 společně se Z1 ještě vidí úskalí v rámci PNP ve velkém nárůstu starších a nemocných lidí.

K syndromu vyhoření může dle informanta číslo 1 a informanta číslo 10 ještě přispět počáteční přehnané zapálení při nástupu do zaměstnání. Z7 a Z10 se shodují, že dalším negativem v PNP je absence zpětné vazby, hlavně té pozitivní. Dále viz Podkategorie Syndrom vyhoření.

Za velkou nástrahu obecně, kterou lze zcela jistě zařadit i do předchozí podkategorie, je považována celkem čtyřmi informanty administrativa (Z2, Z6, Z7, Z9).

### **5.5 Kategorie Zkušenosti z praxe**

Tato kategorie obsahuje odpovědi informantů různě související s jejich každodenní praxí. Spadá sem například jejich zkušenost se smrtí, pohled na výjezdy k zemřelému nebo resuscitovanému pacientovi či metody, jak se s takto těžkými výjezdy vyrovnávají.

Kategorie Zkušenosti z praxe jsme rovněž rozdělili na čtyři podkategorie a to: Podkategorie Vliv délky praxe na výkon povolání, vnímání smrti a umírání; Podkategorie Syndrom vyhoření; Podkategorie Psychohygiena prováděná zdravotnickými záchranáři. Poslední podkategorie nese název Profesionalita v přednemocniční neodkladné a obsahuje vlastnosti zdravotnického záchranáře včetně rysů jeho povolání. V závěru kategorie je uvedena tabulka s nejčastějšími příčinami smrti, se kterými se informanti v terénu nejčastěji setkávají (Tabulka 6).

#### *Podkategorie Vliv délky praxe na výkon povolání, vnímání smrti a umírání*

Informanti s číslem 1 a 7 tvrdí, že vlivem délky praxe a zkušeností již poznají, že pacient zemře. Z7: „Jenže člověk, co dělá na záchraně dlouho, tak už pozná, že ten pacient za chvíli umře.“ Z1, Z3 a Z8 se shodují, že na vnímání smrti a vyrovnávání se s ní má vliv délka pracovního poměru na záchranné službě. Hovoříme ovšem o dospělém pacientovi. Z8: „Dneska už to se mnou nic po těch letech nedělá, ale kdybych tu byl 3 roky, tak asi jo. Ale po čase už to jde.“

Z2, Z3, Z5, Z7-9 a Z11 berou již své zaměstnání jako rutinu a to nezávisle na délce pracovního poměru na ZZS. Z8 a Z2 berou povolání zdravotnického záchranáře prostě jen jako práci. Zbylí informanti popisují jakéhosi autopilota, který naskočí na místě zásahu. Z3: „Prostě pokud resuscituju, tak se soustředím jen na tu práci, dělám to, co je třeba.“ Z5 dodává: „Já myslím, že děláme všechno automaticky.“ Do rutinního vnímání této problematiky jsme zařadili i fakt, že někteří informanti výjezdy k zemřelému pacientovi vytěsnili. Například Z4 si nemohl vzpomenout na svůj nejtěžší výjezd: „To si myslím, že jsem tak rychle vytěsnil, že si na to ani nevzpomenu.“ Z9: „Já nemám takovej výjezd, kterej bych si jako pamatoval. Nemám no.“

Šest informantů dále uvedlo, i přes počáteční nedostatečnou informovanost v oblasti smrti a umírání při nástupu do práce, že nově nastoupivšího zaměstnance ovšem v této oblasti edukuje a formuje sama praxe. Jak tvrdí Z7: „*Pro každého je to šok, když vidí poprvý mrtvolu. Ale pak ty léta a praxe člověka dovzdělá sama.*” Z2 souhlasí: „*A nejlíc asi informuje praxe si myslím.*”

#### *Podkategorie Syndrom vyhoření*

Patologickým jevem, který se všeobecně při výkonech zejména zdravotnických povolání vyskytuje, je syndrom vyhoření. Šest informantů řeklo, že se se syndromem vyhoření přímo setkali či setkávají. Z tohoto počtu dva (Z5 a Z3) udali, že syndrom vyhoření pocítili již přímo sami na sobě. Z3 svou zkušenost popisuje takto: „*Ten syndrom je nepříjemnej. Sám jako jsem ho pocítil a je to někdy těžký. Asi by bylo dobrý toho psychologa občas vyhledat a opravdu si nechat poradit. A rozebrat to.*“ Dále dodává, že je vždycky jen otázkou času, kdy syndrom vyhoření na sobě záchranář začne pociťovat. Zároveň Z3 považuje za výhodu, když je záchranář schopen si připustit, že burnout syndrom má. Faktory, které se dle informantů podílejí na syndromu vyhoření, znázorňuje Tabulka 5.

Z5 pohlíží na syndrom vyhoření takto: „*To je úplně jednoduchý, každej tam spadne, každej.*” Oponuje mu informant Z8: „*No, já ho neměl, ale u kolegů jsem to zažil. Každěj ale fakt nevyhoří.*” Z1 zmiňuje jako rizikový faktor vliv vyhořelého kolegy: „*Protože pokud budeš mít kolegu, kterej už vyhořelej je a rád se v tom máčí, tak tě v tom namočí takovým způsobem, že si to ani pak neuvědomíš, ale budeš vlastně v podstatě to samý, co ten člověk.*”

Z2 říká, že si záchranáři burnout syndrom častokrát způsobí sami a dodává: „*Když je ta práce nenaplňuje, tak musí asi dělat něco jinýho.*”

**Tabulka 5 Faktory podílející se na vzniku syndromu vyhoření**

<i>Rizikové faktory</i>	<i>Zmínilo informantů</i>	<i>Informanti</i>
<i>Neindikované/nedramatické výjezdy</i>	6	Z1, Z2, Z4, Z5, Z7, Z9
<i>Nízká psychická odolnost</i>	6	Z2, Z7, Z8, Z8, Z9, Z10
<i>Neakceptace systému</i>	2	Z7, Z2
<i>Přehnané počáteční nadšení</i>	2	Z1, Z10

(Zdroj: vlastní výzkum)

*Podkategorie Psychohygienu prováděná zdravotnickými záchranáři*

Pět z jedenácti informantů odpovědělo, že jim při vyrovnání se s těžkými výjezdy častokrát pomůže samotná pracovní vyčerpání. Jak s úsměvem udává Z10: „*Nepotřebuju žádný velký terapie. Ale dělání všechny smutky zahání – takže pěkně dopsat papíry, doplnit sanitku a šup na další výjezd. Odreagování z práce je často práce sama.*“ Z1 zmiňuje ve své odpovědi i OPIS: „*S těžkými výjezdy se za tebe vyrovná dispečink jako takový v rámci dalších výjezdů.*“

Z2, Z7 a Z10 se ve svých odpovědích shodli v tom, že nejdůležitější složkou psychohygieny je zabránění nudě v osobním životě, jejíž nástrojem by měly být dle Z2, Z4, Z7, Z10 a Z11 koníčky. Z7 ještě uvedla, že je nutné oddělit svou práci od soukromí: „*Já když odcházím z práce, mám závoru. Zkrátka je třeba to umět oddělit a rozhodně mít nějaký aktivity.*“ Nutnost oddělení pracovní a osobní roviny uvedli ještě Z2-4 a Z9. Z4 se vyjádřil takto: „*Já vůbec jsem takovej, že si tu práci domu moc nenosím. Nechám to tady u té plechový skříňky a sundám ze sebe ty monterky.*“ Pět informantů (Z1, Z5, Z6, Z8 a Z11) uvedlo jako dobrý prostředek psychohygieny rozhovor s kolegou, například při návratu z výjezdu: „*Prostě se vracíš z něčeho velkého a samozřejmě to s tím kolegou nějakým způsobem probíráš.*“ Z5 dodává: „*No, já to probírám s kolegama... to je asi taková věc no – když to probereš s někým jiným, tak přijdeš na to, že jsme na tom vlastně všichni stejně.*“

Informanti dále uvádí, že pro jejich psychickou pohodu je rovněž důležitá funkčnost rodinného zázemí (Z3, Z4 a Z9). Přátelé jako složku psychohygieny uvedli čtyři informanti (Z2, Z4, Z6, Z10).

#### *Podkategorie Profesionalita v přednemocniční neodkladné péči*

Výraz profesionalita byl v rozhovorech s informanty často skloňovaným termínem. Nejčastěji se tak dělo během dotazování na osobnost zdravotnického záchranáře. Pět informantů (Z1, Z3, Z7, Z8 a Z11) tvrdilo, že profesionalita je základním rysem dobrého záchranáře jak vyjadřuje Z1: „*Prostě všeobecně, každej tu osobnost má jinou. Nelze charakterizovat. Tam jde o to, zachovat tu profesionalitu.*” Informanti Z5, Z7, Z8-Z11 kladou důraz na jedinečnost povolání, jak říká Z11: „*Myslím, že člověk, který se zhroutí po každé neúspěšné resuscitaci by na ZZS neměl pracovat. Profesionalita by měla být na prvním místě.*” Z9 ještě dodává: „*To si myslím, že nemůže dělat každej.*” Dalšími rysy, které informanti zmínili, a které spadají do podkategorie profesionality, jsou ochota dalšího vzdělávání (Z1, Z5, Z9) a psychická odolnost (Z2, Z7-10). Z5 tvrdí: „*Ten člověk by měl být pružnej a ochotnej se učit novy věci.*” Zároveň však zdůrazňuje, že záchranář není Bůh a měl by to být hlavně člověk. Za dost důležitý rys, kterým by měl záchranář oplývat, je podle Z2 a Z7 schopnost akceptovat systém a způsob, jakým zdravotnická záchranná služba dnes funguje. Z2 situaci charakterizuje takto: „*Prostě se s tím člověk musí smířit, že v dnešní době to takhle je. jedem ke všemu, k čemu nás pošlou.*” Z7 se vyjadřuje podobně: „*Měl by být no... splachovací – když je naštvanej z předchozího výjezdu, neměl by si tu zlost vybíjet na pacientech. Prostě by se měl smířit s tím, že ten systém takovej je a že ty lidi si můžou zavolat.*”

**Tabulka 6 Nejčastější příčiny smrti v terénu**

<i>Příčina smrti</i>	<i>Zmínilo záchranářů</i>	<i>Záchranáři</i>
<i>Polymorbidita-úmrtí na stáří</i>	5	<i>Z1, Z7, Z8, Z9, Z11</i>
<i>Kardiální</i>	5	<i>Z1, Z3, Z5, Z7, Z10</i>
<i>Onkologická</i>	8	<i>Z1-Z6, Z10, Z11</i>
<i>Dopravní nehoda</i>	1	<i>Z8</i>

(Zdroj: vlastní výzkum)

## 5.6 Kategorie Pozitiva

Závěrečná kategorie s názvem Pozitiva zahrnuje názory a odpovědi informantů, ve kterých jsme spatřili určitý pozitivní náboj. Popisujeme zde také etická dilemata, u kterých vyjádřili informanti své souhlasy a zároveň klady, které informanti popsali v oblastech paliativy i zdravotnictví obecně.

Pět informantů vyjádřilo kladný postoj k oblasti psychosociální intervence, kterou mohou doporučit pozůstalým či pacientům, již utrpěli určité psychické trauma. Potřebu intervence v PNP zmínili Z2, Z3-Z7. Z3 vidí i možný přínos pro samotnou záchrannou službu: *„Určitě nám to pomáhá a těm pozůstalým taky. My víme, že ty lidi na tom zásahu, kde se prostě něco událo, můžeme v klidu nechat nebo počkat do příjezdu intervanta a předat ty lidi do odborných rukou.“*

Pozitiva dále vidí informanti především v paliativní medicíně. Z2, Z7, Z9 a Z10 tento obor medicíny schvalují. Z1, Z3, Z4, Z5, Z6 a Z10 popisují dobrou funkčnost paliativy a hospiců. Z6: *„Byl jsem na přednášce, která se tím zabývala, a jsme na špičce v Evropě. Díky Bohu za hospici, i ty domácí, sestry z domácích agentur...“* Informant Z6 opět vidí i v paliativě možný přínos pro záchrannou službu: *„Je to ulehčení naší práce a pro ty lidi daleko větší komfort než kdyby tam přijela záchranka.“* Z1, Z3, Z6, Z8, Z9 a Z11 dále vnímají paliativní medicínu jako obor, který u nás v posledních letech zaznamenal velký progres.

Progres a vysokou úroveň zdravotní péče ve zdravotnictví popsali tři informanti (Z2, Z6 a Z8). Z8 vidí ve vysoké úrovni zdravotnictví důvod, proč dnes smrt není tak děsivá jako dříve: *„Máme zdravotnictví na dobrý úrovni. Třeba ti vyzjistí rakovinu a daj ti dva měsíce, jsi na to různě připravovaná. Dřív ty lidi umírali - celej život se neléčili a najednou padli a z ničeho nic bylo po nich.“* Z2 jako příklad progresu zdravotnictví i paliativní medicíny zmiňuje i.v. porty pro pacienty: *„Zavádí se jim třeba ty porty, aby se nemuseli furt trápit vpichama. Řekne se, je to jenom vpich...ale tomu člověku už to uleví.“*

Za dobrou považují, oproti šesti ostatním informantům, informanti Z6 a Z8 vzdělanost i informovanost v oblasti smrti a umírání – při nástupu do výkonu profese.

Neméně zajímavou součástí této kategorie se stal v rozhovorech postoj informantů k problematice eutanázie. Z1, Z3-6, Z8 a Z10, tedy celkem sedm informantů z jedenácti

zaujalo kladný postoj eutanázii. Z5, Z6 a Z8 by eutanázii přímo zavedli. Z6: „*Eutanázii bych povolil, proč ne. Je na každém jak si chce zemřít. za mě ano.*” Zbylí informanti spatřují riziko v možném zneužití. Eutanázii by tedy rovněž zavedli, ale za podmínky kvalitního právního ukotvení.

## 6 Diskuze

Tato bakalářská práce se věnuje problematice smrti a umírání z pohledu zdravotnického záchranáře. Smrt je všudypřítomná, zejména pak ve zdravotnictví a přednemocniční péči, jež záchranáři reprezentují.

Kvalitativní výzkumné šetření bylo provedeno formou polostrukturovaného rozhovoru s jedenácti zdravotnickými záchranáři pracujícími na vybraném středisku zdravotnické záchranné služby. Analýzu získaných dat jsme uskutečnili metodou kategorizace a otevřeného kódování. Tímto způsobem nám vzniklo celkem šest kategorií.

První kategorie s názvem Emoce a vnímání. Tato kategorie není nejrozsáhlejší, nicméně obsahuje důležité osobní výpovědi informantů, kde vyjadřují svůj emoční postoj u těžkých výjezdů. Většina informantů uvedla, že jsou na smrt zvyklí, berou ji jako součást života, své práce, a žádné velké emoce v tomto směru nepocítují. Pokud se jedná o staršího pacienta nebo očekávané úmrtí tak většina informantů emoce zcela neguje.

Za emoční situaci ovšem devět z jedenácti informantů označilo výjezd k resuscitaci dítěte. Dva z nich připustili, že na nich tento typ výjezdu zanechal určité stopy. Záchranáři se však rozcházel v názorech na připravenost dnešní společnosti na smrt Z5 se ztotožňuje s názorem Šeblové a Knora (2018), že dnešní přetechnizovaná společnost špatně smrt i umírání akceptuje. S tím nesouhlasí informant s číslem osm a považuje připravenost na smrt a umírání za dostačující právě díky dobré úrovni zdravotnictví.

Na výjezdech k zemřelému informanti pocítili i lítost a to převážně lítost nad pozůstalými. Jeden záchranář uvedl, že při setkání se zemřelým pocítuje pocit marné práce. Informanti v této kategorii zmínili také obavy a to obavy z postihu v souvislosti s problematikou dříve vyslovených přání i DNR. I Kabelka (2017) udává, že v rámci tohoto druhu zdravotních služeb je právní ukotvení často poněkud nejasné. Sláma (2009) doplňuje fakt, že právní i etické pojetí této problematiky se neustále dynamicky vyvíjí.

Pocit bezmoci zmínil jeden informant u hromadných neštěstí. U HN se totiž mění koncept zaběhnuté urgentní medicíny a záchranář musí upřednostnit záchranu skupiny před jednotlivcem (Štětina, 2014).

Nejobsáhlejší kategorii s názvem Etický přístup jsme rozčlenili na tři podkategorie: Resuscitace a umírání z pohledu záchranáře, Etické přístupy k pacientovi versus kompetence, a Zachovávání důstojnosti v (před)nemocniční péči. V první zmíněné



podkategorii označili dva informanti umírání v PNP jako problematictější oblast v porovnání s oblastí smrti. Problematičnost spatřují převážně v nedostatečné materiální vybavenosti a časové náročnosti péče o umírajícího. Naprostá většina informantů se shodla, že jejich hlavním pracovním posláním je především mírnění bolesti a utrpení (i mimo výjezdy k umírajícímu pacientovi). Zejména mírnění bolesti by mělo být ve všech úrovních zdravotní péče tou hlavní prioritou, s čímž se ztotožňuje i Hakl (2016). Přestože někteří informanti uvedli, že na péči o umírajícího nejsou dostatečně materiálně vybaveni, domnívám se, že minimálně farmakologické zásobení sanitních vozů je v dnešní době dostačující.

Celkem sedm informantů bolest a utrpení dále zmínilo během diskuze o uplatnitelnosti eutanázie. Všech sedm informantů by s přihlédnutím na bolest a utrpení umírajících pacientů eutanázii povolilo. Kuře (2018) nevyjadřuje svůj souhlas ani nesouhlas, pouze tvrdí, že nemůžeme stoprocentně říct, zda je eutanázie „dobrá smrt“. Heřmanová (2012) tento názor podporuje a dodává, že během eutanázie pacient necítí žádnou bolest. Při diskutování o resuscitaci zmínili někteří informanti jejich pohled na úspěšnost resuscitace. Pro informanta Z3 je úspěšná resuscitace momentem, kdy dojde k ROSC. Oponovali mu ovšem dva informanti, pro které je úspěšnou resuscitací taková resuscitace, kdy se pacient navrátí do běžného života. Z7 k problematice KPR dodává, že většina resuscitací v terénu je neúspěšných. S tímto názorem se ztotožňuje i Welbourn (2018), který píše, že prognóza resuscitace je obecně velmi špatná, s celosvětovou mírou přežití okolo 7 %.

V podkategorii Etické přístupy k pacientovi versus kompetence se informanti dotýkali pojmu beneficence. Pět z celkového počtu jedenácti informantů tvrdilo, že mají v tomto ohledu svázané ruce a beneficenci tak může dodržovat jen lékař. Informant Z10 dále dodal, že se domnívá, že nonmaleficenci dodržují všichni záchranáři, ale zbylé dva etické přístupy – spravedlnost a autonomii jak kdo. Nonmaleficence úzce souvisí i s ukončením či s nezahájením KPR.

Myslím, že pro záchranáře je často demotivující i fakt, že často resuscitují, přestože ví, že je jejich počínání marné. Zkrátka se musí počkat na verdikt lékaře. To tvrdí i Z7 a Z3. V Guidelines (2015) se při zvažování o ukončení KPR ovšem nehovoří pouze o lékařích, nýbrž o zdravotnických pracovnících. S tímto vyjádřením souhlasí i Jonsen (2019). Jonsen (2019) tvrdí, že zdravotníci – tedy nejen lékaři, musí rozeznat, kdy je

KPR na místě. Jak ale informanti potvrdili, tak pokud NLZP je na místě bez lékaře, neexistuje, aby KPR nezačal či ukončil.

Čtyři informanti se shodli, že je pro ně, z hlediska kompetencí, dodržování DNR i dříve vyslovených přání, *passé*. Z1 zároveň zdůrazňuje, že se tato problematika přehlíží a je potřeba o ní diskutovat, případně upravit její právní rámec. Pouze tři informanti tvrdili, že je v PNP zachován princip spravedlnosti. Z7 vyjadřuje princip spravedlnosti takto: „*I když někdo pod vlivem zabil někoho v autě, tak k němu musíme přistupovat jako k jakýmkoli jinému pacientovi.*“

V poslední podkategorii s názvem zachovávání důstojnosti v (před)nemocniční péči se ukázalo, že se nadpoloviční většina informantů domnívá, že to, jak moc bude výjezd pro pacienta důstojný, ovlivňuje především místo zásahu. Informanti (Z1, Z2, Z4, Z9, Z10) považují za nejdůstojnější umírání v rodinném kruhu. Tento názor sdílí i Slámová (2018) a s ní souhlasí i Kisvetrová (2014) a dodává, že je potřeba zapojit rodinné příslušníky v péči o umírajícího i v zařízeních, která se nejsou zaměřena na paliativní medicínu. Z analýzy rozhovoru však vyplynulo, že v nemocničních podmínkách považují umírání za nedůstojné Z1, Z4 a Z11. Dva informanti Z10 a Z7 se shodli, že důstojnost na místě zásahu, především u KPR, maří přihlížející civilisté – například natáčením zásahu na mobilní telefon. Informantka Z7 dále dodala, že pro někoho může být nedůstojný fakt, že se pacienti během KPR musí svléknout. Popisuje situaci takto: „*Holt to jinak nejde a při resuscitaci se na důstojnost tolik nemyslí no.*“

V kategorii Komunikace šest informantů uvedlo, že to, co v nich vzbuzuje případnou lítost i soucit je rozhovor s pozůstalými. Celkem osm informantů dále potvrdilo, že k dusivé atmosféře na místě zásahu u zemřelého/umírajícího pacienta přispívají různé prosby rodiny zemřelého. Jak vzpomíná např. Z5: „*Ta máma pořád opakovala „vraťte mi moji holčičku“ a tak... Tak to bylo strašný no.*“ Komunikace s umírajícím pacientem či jeho rodinou představuje dle Heřmanové (2012) pro zdravotníky tedy často svízelnou situaci, kdy mají tendenci danému tématu se vyhýbat.

Pozoruhodnými se staly odpovědi, ve kterých by pouze dva informanti přijali pomoc interventa přímo pro pracovníky ZZS. Zajímavé je i srovnání všeobecných sester a našich informantů jakožto zdravotnických záchranářů. Všeobecné sestry dle Drhovské (2016) by psychologickou/intervenční pomoc na pracovišti uvítali, kdežto většina

našich informantů ji zavrhla. Domnívám se, že tento jev je způsobem tím, že informanti této bakalářské práce jsou převážně pohlaví mužského a jejich potřeba rozebírání proběhnutých událostí bývá obecně nízká.

Zbylých devět informantů v této práci by psychologickou pomoc neuvítalo, nemají potřebu vést dialog anebo těžkou situaci filtrují díky rozhovoru s kolegou (Z5, Z6, Z8, Z11). Variantu filtrace za pomoci rozhovoru a sdílení zážitků s kolegy podporuje i Heřmanová (2012). Špatenková (2017) naopak podporuje psychosociální intervenci. Celkem sedm informantů zmínilo jako účinný nástroj vyrovnávání se s těžkými výjezdy svou sebereflexi či rekapitulaci výjezdu ve smyslu, co by se mohlo udělat lépe apod. Tři informanti (Z1, Z7, Z10) v této kategorii uvedli, že zvládnutí komunikace s pacientem i jeho rodinou je základním předpokladem dobrého záchranáře. Z1 a Z9 uvedli, že je potřeba o mnoha tématech v PNP vést diskuzi, konkrétně o DNR, dříve vyslovených přáních a paliativní medicíny.

V kategorii Úskalí jsme vyčlenili tři podkategorie Nejtěžší výjezdy, Negativa spojená s těžkými výjezdy a Úskalí v přednemocniční péči obecně. Deset informantů, kromě Z9, v podkategorii Nejtěžší výjezdy uvedlo, že pro ně byl jednoznačně nejhorší výjezd k dětskému pacientovi. Z těchto informantů se přesně polovina shodla, že tíživost výjezdu ovlivňuje především očekávanost úmrtí. Tři informanti v druhé podkategorii tvrdí, že dnešní společnost není na smrt připravovaná a špatně ji akceptuje. Z1, Z3, Z4, Z5, Z7, Z9 a Z10 sami přiznávají, že při nástupu do zaměstnání nebyli v oblasti smrti, umírání i paliativní péče dostatečně vzděláni a informováni.

Informanti Z1 a Z9 zaujali odmítavý postoj k pozici krizového intervenanta v PNP. Za úskalí považují informanti dokument DNR, respektive jeho možné zneužití a nedůvěryhodnost jak tvrdí celkem sedm informantů z jedenácti. Někteří z nich uvedli, že ověřování pravosti dokumentu by přineslo obrovskou prodlevu i s přihlédnutím k tomu, že rodina dokument často ani nemůže najít, jak tvrdí i Patterson et al. (2019). Někteří informanti také často poukazovali na fakt, že se v PNP resuscitují i pacienti, u kterých neznamena resuscitace benefit. Libby (2019) však tvrdí, že resuscitační protokoly jsou sepsány tak, aby bylo možné rozpoznat marnou léčbu. Z analýzy dat ale vyplynulo, že informanti by i přes existenci těchto protokolů či dostupnosti DNR resuscitaci na místě zahájili – v nepřítomnosti lékaře.

V podkategorii Úskalí a negativa v přednemocniční péči jsme často naráželi na pojem syndromu vyhoření, jenž může uspišit velký počet nedramatických či neindikovaných výjezdů, jak tvrdí Z2, Z4, Z5, Z7, Z9 a Z11. Dále se na syndromu vyhoření podílí dle Z7 a Z10 absence pozitivní zpětné vazby. Pokud se k těmto faktorům ještě přičte podle Carvalho (2019) nadměrná pracovní doba a nedostatek personálu, tak tyto podmínky vyústí ve vyhoření pracovníků.

Tento fakt, dle Carvalho (2019) může představovat obtíže v rozvoji péče o pacienta. Šest informantů řeklo, že se s burnout syndromem přímo setkali či setkávají. Dva z šesti – Z5 a Z3 – jej pocítili přímo na sobě. Z2, Z6, Z7, Z9 považují za úskalí v PNP administrativu – především u MU. Nedostatky vidí informanti i ve vybavení sanitního vozu, Z7 uvedla jako příklad chybějící zástěny, které lze použít při resuscitaci – aby nebylo na pacienta vidět.

Z analýzy rozhovorů vyplynulo, že se informanti nejčastěji setkávají s onkologickou a kardiální příčinou úmrtí. Bártlová et al. (2020) píše, že právě kardiovaskulární choroby jsou jednou z hlavních příčin úmrtí, a to celosvětově.

Kategorie Zkušenosti z praxe jsme rozdělili na čtyři podkategorie:

- Vliv délky praxe na výkon povolání, vnímání smrti a umírání
- Syndrom vyhoření
- Psychohygiena prováděná zdravotnickými záchranáři
- Profesionalita v přednemocniční neodkladné péči.

Dva informanti se nechali slyšet, že vlivem zkušeností a délkou praxe rozeznají brzký skon pacienta. Délka praxe má dle Z1, Z3 a Z8 vliv i na způsob vnímání smrti a vyrovnání se s ní. Přesto jsme ve výsledcích práce nezaznamenali vliv délky praxe informantů na přístup ke smrti – i záchranář s praxí lehce přes tři roky zaujímal střízlivý a zdravý postoj k dané problematice stejně jako záchranář s 16 letou praxí. Sedm informantů popisuje svou práci jako rutinní záležitost, z nichž pět u sebe popisuje jakéhosi autopilota, který se zapne během resuscitace a oprostí záchranáře od rušivých vlivů okolí.

Ve třetí podkategorii zmiňuje pět informantů jako nástroj hygieny vlastní pracovní vytíženost. Stejný počet informantů pak apeluje na dostatek koníčků. Z2, Z3, Z4, Z7 a

Z9 zdůrazňují, že je nutné umět oddělit zaměstnání a soukromý život. V poslední podkategorii se informanti vyjadřovali především k osobnosti zdravotnického záchranáře. Profesionalitu považují (Z1, Z3, Z7, Z8 a Z11) za základní rys dobrého zdravotnického záchranáře. Jako další vlastnosti označili informanti ochotu dalšího vzdělávání (Z1, Z5, Z9) a psychickou odolnost (Z2, Z7-10). Tento názor podporuje i Andršová (2012). Z2 a Z7 se dále shodují, že by měl být zdravotnický záchranář schopen respektovat celý koncept dnešní záchranné služby. 2 situaci charakterizuje takto: „*Prostě se s tím člověk musí smířit, že v dnešní době to takhle je. Jedem ke všemu, k čemu nás pošlou.*”

Kategorie Pozitiva přinesla výpovědi informantů s pozitivním významem či nábojem. Pět informantů kladně přistupovalo k pozici psychosociální intervence. Potřebnost psychosociální intervence v PNP zmínili Z2, Z3-Z7. Dále se Z1, Z3, Z4, Z5, Z6 a Z10 vyjadřují kladně k funkčnosti systému paliativní a hospicové péče. S tímto názorem souhlasí i Carron (2019) a zároveň upozorňuje, že v dnešní době jsou strategie přednemocniční péče i paliativní péče úzce spjaté a vzájemně se prolínají.

Z6 vidí pozitivum tohoto systému i v podobě přínosu pro ZZS i pro pacienta: „*Je to ulehčení naší práce a pro ty lidi daleko větší komfort než kdyby tam přijela záchranka.*” Tři informanti se domnívají, že je u nás zdravotnictví na vysoké úrovni. Z nichž Z8 považuje právě dobrou úroveň zdravotnictví jako důvod, že smrt už není v dnešním světě tak děsivá. Udává, že je totiž možné například onkologického pacienta na smrt alespoň částečně připravit. Z2 vidí odbornou úroveň zdravotnictví především ve vybavenosti, konkrétně zmínil i.v. porty v paliativní a onkologické léčbě. Zajímavé postoje zaujímali informanti v problematice eutanazie, kdy jich celkem sedm Z1, Z3-6, Z8 a Z10 vyjádřilo kladný postoj k eutanázii. Tři z těchto by eutanázii nechali zavést. Zbylí čtyři by ji nechali zavést za podmínky bezpečného právního rámce.

## 7 Závěr

V této bakalářské práci jsme se věnovali problematice smrti a umírání z pohledu zdravotnického záchranáře. Výzkum jsme provedli prostřednictvím polostrukturovaného rozhovoru se zdravotnickými záchranáři. Pro zpracování tohoto tématu jsme stanovili dva cíle:

Cíl 1: Zjistit jak vnímají zdravotničtí záchranáři problematiku smrti a umírání v podmínkách přednemocniční neodkladné péče.

Cíl 2: Porovnat zkušenosti zdravotnických záchranářů se smrtí a umíráním v přednemocniční neodkladné péči. Dále jsme vytvořili výzkumné otázky.

První výzkumná otázka zněla: Jaké jsou zkušenosti zdravotnických záchranářů se smrtí a umíráním v podmínkách přednemocniční neodkladné péče? Druhá otázka: Jak vnímají zdravotničtí záchranáři problematiku smrti a umírání v přednemocniční neodkladné péči?

Z analýzy získaných dat jsme získali odpovědi na výzkumné otázky. Z výsledků rozhovorů vyplynulo, že naprostá většina záchranářů smrt akceptuje, nevnímá ji jako něco děsivého a bere ji jako součást své práce. Pokud se nejedná o dětského pacienta či pacienta mladšího věku. Zajímavým se stal fakt, že většina záchranářů byla nakloněna k zavedení eutanazie vzhledem k velkému utrpení některých umírajících. Z výsledků práce je dále patrné, že informanti by ve většině případů odmítli psychosociální pomoc interventů přímo pro zaměstnance ZZS. Dále vyšlo najevo, že délka praxe neovlivňuje emoční vnímání smrti a umírání, přestože někteří informanti tvrdili opak.

Jako poměrně problematičtější téma hodnotili informanti dokumenty dříve vyslovených přání a DNR. Dále syndrom vyhoření či dodržování etických přístupů v přednemocniční péči. Na burnout syndromu se dle analýzy podílí zejména velké množství neindikovaných výjezdů. Naopak kladně hodnotili informanti český systém paliativní péče.

Z výsledků vyplynulo, že na to, jak bude umírání v PNP důstojné má podle informantů vliv především lokace zásahu, přihlížející dav a zejména také profesionalita zasahující posádky. Z analýzy rozhovorů jsme zjistili, že většina informantů považuje za nedostatečné vzdělání v oblasti smrti po ukončení studia. Bylo by tedy nasnadě klást

větší důraz na výuku paliativní péče či thanatologie v učebních osnovách zdravotnických škol.

Smrt a umírání na nás nesmí pouze „útočit“ z masmédií. Je potřeba tyto pojmy vnímat jako součást života, akceptovat. Diskutovat o nich, nevytěšňovat je. Domnívám se že, právě díky častému kontaktu se smrtí si zdravotníci záchranáři udržují zdravý vztah k dané problematice. Tato práce by měla přinést reálný pohled z praxe zdravotnických záchranářů na citlivé téma smrti a poukázat na úskalí, která v kontextu smrti v PNP spatřují. Měla by vyzvat k diskuzi. Dále může práce sloužit jako podklad pro hlubší vědecká šetření.

## 8 Seznam literatury a použitých zdrojů

1. ANDRŠOVÁ, A., 2012. *Psychologie a komunikace pro záchranáře: v praxi*. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4119-2.
2. BÁRTLOVÁ, S. et al., 2020. The quality of health of the Czech population at the age of 40+ using the Short Form 36 (SF-36) questionnaire. *Kontakt*. 22(1), 16-26. DOI: 10.32725/kont.2020.003.
3. BARTŮNĚK, P., JURÁSKOVÁ, D., 2016. *Vybrané kapitoly z intenzivní péče*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4343-1.
4. BAŠTECKÁ, B., 2005. *Terénní krizová práce: psychosociální intervenční týmy*. Praha: Grada. Psyché (Grada). ISBN 80-247-0708-X.
5. BROŽ, F., VODÁČKOVÁ, D., 2015. *Krizová intervence v kazuistikách*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0811-2.
6. BYDŽOVSKÝ, J., 2008. *Akutní stavy v kontextu*. Praha: Triton. ISBN 978-80-7254-815-6.
7. CARRON, P.-N., DAMI, F., DIAWARA, F., HURST, S., HUGLI, O., 2014. Palliative Care and Prehospital Emergency Medicine. *Medicine*.93(25) DOI:10.1097/MD.000000000000128. ISSN 0025-7974.
8. CARVALHO, D.P. de et al., 2019. Workloads and burnout of nursing workers. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 72(6), 1435-1441. DOI: 10.1590/0034-7167-2017-0659. ISSN 1984-0446.
9. DOBIÁŠ, V., BULÍKOVÁ, T., HERMAN, P., 2012. *Urgentná medicína*. 2., dopl. a preprac. vyd. Martin: Osveta. ISBN 978-80-8063-387-5.  
DOI: 10.1016/j.kontakt.2013.12.001.
10. DRHOVSKÁ, J., 2016. *Jak všeobecné sestry zvládají péči o umírající nemocné*. Plzeň. Bakalářská práce. Západočeská univerzita v Plzni Fakulta zdravotnických studií.



11. HAKL, M., FRICOVÁ, J., GABRHELÍK., T., 2016. *Metodické pokyny pro farmakoterapii akutní bolesti: Speciální část. Bolest*, Praha: Tigris, roč. 19, Suppl. 1, s. 1-18. ISSN 1212-0634
12. HALIFAX, J., 2015. *Bytí v umírání: rozvíjení soucitu a překonávání strachu v přítomnosti smrti*. Praha: Maitrea. ISBN 978-80-7500-118-4.
13. HAŠKOVCOVÁ, H., c2007. *Thanatologie: nauka o umírání a smrti. 2.*, přeprac. vyd. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-471-3.
14. HEŘMANOVÁ, J., 2012. *Etika v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3469-9.
15. HIRT, M., VOREL, F., 2016. *Soudní lékařství*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-5680-6
16. JONSEN, A.R., SIEGLER, M., WINSLADE, W.J., 2019. *Klinická etika: praktický přístup k etickým rozhodnutím v klinické medicíně*. Praha: Stanislav Juhaňák - Triton. ISBN 978-80-7553-653-2.
17. KABELKA, L., 2017. *Geriatrická paliativní péče*. Praha: Mladá fronta. Edice postgraduální medicíny. ISBN 978-802-0442-253.
18. KASTENBAUM, R. J., 2009. *Death, society, and human experience*. 10th ed. Boston: Allyn. ISBN 978-020-5610-532.
19. KISVETROVÁ, H., 2014. Support of family members within the nursing intervention Dying Care. *Kontakt*.16(1),24-30.
20. KÜBLER-ROSS, E., 2015. *O smrti a umírání: co by se lidé měli naučit od umírajících*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0911-9.
21. KÜNG, H., 2015. *Dobrá smrt?*. Praha: Vyšehrad. Teologie (Vyšehrad). ISBN 978-80-7429-549-2.
22. KUŘE, J., 2018. *Co je eutanazie: studie k pojmu dobré smrti*. Praha: Academia. Právo - etika - společnost. ISBN 978-80-200-2762-7.
23. KUTNOHORSKÁ, J., 2007. *Etika v ošetrovatelství*. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2069-2.

24. LIBBY, C., SKINNER, R.B., 2019. *EMS, Termination Of Resuscitation And Pronouncement of Death*. [online]. StatPearls. StatPearls Publishing [cit. 2020-07-28]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK541113/>
25. PATTERSON, R., STANDING, H., LEE, M., , et al., 2019. Paramedic information needs in end-of-life care: a qualitative interview study exploring access to a shared electronic record as a potential solution. *BMC Palliative Care*. 18(108). DOI: <https://doi.org/10.1186/s12904-019-0498-2>. ISSN 1472-684X.
26. PTÁČEK, R., BARTŮNĚK, P. *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada. Edice celoživotního vzdělávání ČLK. ISBN 978-80-247-3976-2.
27. PTÁČEK, R., BARTŮNĚK, P., MACH, J., 2017. *Informovaný souhlas: etické, právní, psychologické a klinické aspekty*. Praha: Galén. Edice celoživotního vzdělávání ČLK. ISBN 978-80-7492-334-0.
28. REMEŠ, R., TRNOVSKÁ, S., 2013. *Praktická příručka přednemocniční urgentní medicíny*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4530-5.
29. SHEMIE, S.D., HORNBY, L., BAKER, A., 2014. International guideline development for the determination of death. *Intensive Care Med*. 40, 788–797. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00134-014-3242-7>
30. SLÁMOVÁ, R., MARKOVÁ, A., KUBÁČKOVÁ, P., ANTONOVÁ, B., 2018. *Praktický průvodce koncem života: rozcestník pro nemocné a pečující*. Brno: Edika. ISBN 978-80-266-1279-7.
31. STOCK, C., 2010. *Syndrom vyhoření a jak jej zvládnout*. Praha: Grada. Poradce pro praxi. ISBN 978-80-247-3553-5.
32. SVATOŠOVÁ, M., 2011. *Hospice a umění doprovázet*. 7. dopl. vyd. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství. ISBN 978-80-7195-580-1.
33. ŠEBLOVÁ, J., KNOR, J., 2018. *Urgentní medicína v klinické praxi lékaře*. 2., doplněné a aktualizované vydání. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-0596-0.

34. ŠPATENKOVÁ, N., 2017. *Krize a krizová intervence*. Praha: Grada. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-5327-0.
35. ŠPATENKOVÁ, N., c2014. *O posledních věcech člověka: vybrané kapitoly z thanatologie*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7492-138-4.
36. ŠPATENKOVÁ, N., KRÁLOVÁ, J., c2009. *Základní otázky komunikace: komunikace (nejen) pro sestry*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-599-4.
37. ŠROBÁROVÁ, S., 2016: *Krizová intervencia v multidisciplinárnom ponímaní v riešení vybraných akútnych sociálnych problémov.*, Ružomberok: VERBUM., ISBN 978 – 80 – 561 – 0375 – 3
38. ŠTĚTINA, J., 2014. *Zdravotnictví a integrovaný záchranný systém při hromadných neštěstích a katastrofách*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4578-7.
39. ŠVARÍČEK, R., ŠEĐOVÁ, K., 2007. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-313-0.
40. WELBOURN, C., EFSTATHIOU, N., 2018. How does the length of cardiopulmonary resuscitation affect brain damage in patients surviving cardiac arrest? A systematic review. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*. 26(77).DOI: <https://doi.org/10.1186/s13049-018-0476-3>. ISSN 1757-7241
41. ZACHAROVÁ, E., HERMANOVÁ, M., ŠRÁMKOVÁ, J., 2007. *Zdravotnická psychologie: teorie a praktická cvičení*. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2068-5.
42. *Zákon č. 372/2011 Sb. Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách)*, 2020. [online]. *Zákony pro lidi*. © AION CS [cit. 2020-06-19]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372>
43. *Zákon č. 372/2011 Sb. Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách)*, 2020. [online]. *Zákony pro lidi*. © AION CS [cit. 2020-06-19]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372>

## **9 Seznam příloh**

9.1 Otázky polostrukturovaného rozhovoru

9.2 Kategorie s přiřazenými kódy

### **9.1 Otázky v polostrukturovaném rozhovoru**

1. Jak vnímáte problematiku smrti v podmínkách PNP?
2. Jak vnímáte problematiku umírání v podmínkách PNP?
3. Který výjezd pro vás byl nejtěžší/nejhorší?
4. S jakou příčinou úmrtí se setkáváte nejčastěji?
5. Jaké pocity ve Vás vyvolává setkání se zemřelým?
6. Jaké pocity ve Vás vyvolává setkání s úmrtím dětského pacienta?
7. Jak se cítíte během zásahu u umírajícího pacienta?
8. Jaké byly Vaše pocity po neúspěšné resuscitaci?
9. Jaké pocity ve Vás vyvolal zásah během hromadného neštěstí/mimořádné události?
10. Jak se vyrovnáváte s těžkými výjezdy?
11. Jakým způsobem provádíte „psychohygienu“ po těžkých výjezdech?
12. Jakým způsobem pohlížíte na syndrom vyhoření?
13. Jak hodnotíte pozici krizového intervenanta v přednemocniční péči?
14. Do jaké míry jsou respektovány příkazy neresuscitovat a dříve vyslovená přání v podmínkách PNP?
15. Myslíte si, že jsou v PNP dodržovány základní etické přístupy k pacientovi? beneficence, nonmaleficence, autonomie, spravedlnost...
16. Jak vnímáte problematiku eutanázie?
17. Domníváte se, že jsou umírání a smrt v podmínkách PNP důstojné?
18. Myslíte si, že v ČR funguje dobře systém paliativní péče?
19. Jak by měla podle Vás vypadat osobnost zdravotnického záchranáře?
20. Myslíte si, že jsou zdravotničtí záchranáři v oblasti smrti a umírání dostatečně informováni/vzděláni

Doplňující otázky:

Jaká je Vaše délka praxe?

Jaký je Váš věk?

## **9.2 Kategorie s přiřazenými kódy**

### **Emoce a vnímání**

smíření  
nevyhnutelnost neovlivnitelnost  
poznámenání, zanechání stopy  
lítost  
negace emocí  
mrazivost  
šílený zážitek  
emoční situace  
psychicky nejnáročnější  
neutrální pocity  
beznaděj, bezmoc  
obavy z postihu  
empatie  
marnost

### **Etický přístup**

horší než smrt, složitější  
snaha pomoci  
úleva od bolesti/utrpení  
přirozená smrt  
kvalita úspěšné resuscitace  
beneficence  
priorita skupiny před jednotlivcem  
záležitost kompetencí  
rozhodnutí lékaře  
okolnosti zásahu – místo  
dodržování etických přístupů  
autonomie  
nedůstojné umírání  
umírání v nemocnicích

profesionalita/přístup posádky

domácí umírání

důstojnost

spravedlnost

komfort

### **Komunikace**

soucit – komunikace s pozůstalými

prosby rodiny-rodinný faktor

rekapitulace výjezdu/sebereflexe

dialog

využití psycho intervence

probírané téma

absence pozitivní zpětné vazby

možnost dialogu

nutnost diskuze

umění komunikace

### **Úskalí-negativa**

časová náročnost

dítě

výjezd ke známým

role věku pacienta – zemřelého

rozdíl v očekávatelnosti

nepřipravenost rodiny

zodpovědnost první posádky

realita vs. nácvik

negativní postoj k intervenci

riziko falzifikátu -zneužití (ne)důvěryhodnost

vybavenost

nedostatečné vzdělání v oblasti umírání

neindikované/nedramatické výjezdy

nárůst nemocných

úskalí přehnaného nadšení  
nedostatek zkušeností interventů  
vliv médií  
byrokracie

### **Zkušenosti z praxe**

zkušenost – vytušení smrti  
vytěsnění  
autopilot  
rutina  
závislost na délce praxe  
vlastní zkušenost  
zformování praxí  
rozptýlení vlastní prací/pracovní vytíženost  
oddělení práce a soukromí  
zabránění nudě  
rodinné zázemí  
koníčky  
přátelé  
jedinečnost, význam povolání  
akceptace systému  
ochota dalšího vzdělávání  
profesionalita  
psychická odolnost

### **Pozitiva**

srovnání vlastních hodnot  
potřeba intervence  
kladný postoj k intervenci  
možný přínos i pro ZZS  
dostatečné vzdělání  
vysoká úroveň zdravotní péče



dobrá funkčnost

progres

souhlas

## 10 Seznam použitých zkratk

ATP – adenosintrifosfát

KPR – kardiopulmonální resuscitace

DNR – do not resuscitace order

KIT – krizový intervenční tým

PIT – psychointervenční tým

PNP – přednemocniční neodkladná péče

MU – mimořádná událost

HN – hromadné neštěstí

i.v. – intravenózní; do žilního systému

NLZP – nelékařský zdravotnický pracovník