

JIHOČESKÁ UNIVERZITA ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH
ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA

Postoj zdravotnického záchranáře k umírání a smrti

Bakalářská práce

Vedoucí práce : Mgr. Petra Zimmerlová, Ph.D.

Autor : Petra Marková

Datum odevzdání práce : 6. 5. 2010

Abstract

The thesis deals with the attitude of rescuers to dying and death. Rescuers are repeatedly witnesses to these repeated events, when they encounter dying and death of patients. In spite of these encounters they have to provide the highest quality care. Rescuers go to various situations in which they provide the highest quality care under every condition. There are the most difficult situations where also the nursing of relatives, friends and children belong. Emotions are not often expressed on the spot but often after the action. Rescuers often go back to the previous situations in their feelings. Some rescuers do not show their feelings but they try to cope with them for a long time. Encountering this reality generates various psychical manifestations in rescuers. The reason is the influence of repeated encountering dying and death. These influences reflect in their practice and private lives. Rescuers need to analyse their feelings and attitudes immediately after the stress situation.

The objective of the thesis was to find out the rescuers' attitudes to dying and death. The purpose is to find out if this psychical stress influences their private lives and also other meetings at work. The respondents were from South Bohemian Region.

The thesis is elaborated in the form of qualitative research. The method of semi-directed interview was applied. Interviews were carried out with randomly chosen rescuers (men, women) with different period of work experience. Eight rescuers were interviewed and their answers were written down. The answers of rescuers were compared. The results are almost literally re-written in the chapter called Research Results. Hypotheses were created consequently out of the results. They serve as a guide for future quantitative research.

In the thesis the psychical load of rescuers owing to the repeated encountering dying and death of adults and children. Further, the balanced attitude of rescuers immediately after the end of unsuccessful resuscitation was found out.

Prohlášení

Prohlašuji, že bakalářskou práci na téma „Postoj zdravotnického záchranáře k umírání a smrti“ jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

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

V Českých Budějovicích

.....

podpis studenta

Na tomto místě bych chtěla poděkovat Mgr. Petře Zimmerlové, Ph.D. vedoucí bakalářské práci, za příkladné odborné vedení a uvážlivý přístup při jejím zpracování. Chtěla bych také poděkovat vstřícným zdravotnickým záchranářům střediska Českého Krumlova za jejich ochotu a pomoc při vypracovávání této bakalářské práce.

Úvod	7
1. Současný stav	8
1. 1. Umírání	8
1. 1. 1. <i>Umírání a smrt v minulosti</i>	9
1. 1. 2. <i>Umírání jako proces</i>	11
1. 1. 3. <i>Lékařské umírání</i>	12
1. 1. 4. <i>Osobní umírání</i>	12
1. 2. Smrt	13
1. 2. 1. <i>Přirozená smrt</i>	14
1. 2. 2. <i>Náhlá smrt</i>	15
1. 2. 3. <i>Klinická smrt</i>	15
1. 2. 4. <i>Sociální smrt</i>	15
1. 2. 5. <i>Smrt mozku</i>	16
1. 2. 6. <i>Biologická smrt</i>	16
1. 2. 7. <i>Lékařská smrt</i>	16
1. 3. Zdravotnický záchranář a zátěž v souvislosti se smrtí	17
1. 3. 1. <i>Zdravotnický záchranář</i>	17
1. 3. 2. <i>Krise, krizová intervence</i>	20
1. 3. 3. <i>Zátěžové situace</i>	22
1. 3. 4. <i>Stresové situace</i>	23
1. 3. 5. <i>Neadaptivní chování</i>	26
1. 3. 6. <i>Syndrom vyhoření</i>	27
1. 3. 7. <i>Motivace zdravotnického záchranáře</i>	28
2. Cíl práce	30
3. Metody výzkumu	31
4. Výsledky výzkumu	32
4. 1. Přepis rozhovorů	32
4. 1. 1. <i>Zdravotnický záchranář č. 1</i>	32
4. 1. 2. <i>Zdravotnický záchranář č. 2</i>	33
4. 1. 3. <i>Zdravotnický záchranář č. 3</i>	35

4. 1. 4. Zdravotnický záchranář č. 4.....	36
4. 1. 5. Zdravotnický záchranář č. 5.....	38
4. 1. 6. Zdravotnický záchranář č. 6.....	39
4. 1. 7. Zdravotnický záchranář č. 7.....	41
4. 1. 8. Zdravotnický záchranář č. 8.....	43
4. 2. Vyhodnocení rozhovorů.....	43
4. 2. 1. Postoj zdravotnického záchranáře k umírání a smrti.....	45
4. 2. 2. Jaké pocity máte při setkání s umíráním a smrtí.....	45
4. 2. 3. Nastala změna v pocitech setkání s umíráním a smrtí od začátku praxe na zdravotnické záchranné službě.....	46
4. 2. 4. V čem nastala změna přístupu k umírání a setkání se smrtí.....	46
4. 2. 5. Rozdíl v pocitech zdravotnických záchranářů při setkání se smrtí u dítěte a dospělého.....	46
4. 2. 6. Jaké myšlenky při setkání s umíráním a smrtí napadají zdravotnické záchranáře.....	47
4. 2. 7. Co prožívají zdravotničtí záchranáři pokud se lidský život nepovede zachránit.....	47
4. 2. 8. Jaký postoj zaujímají zdravotničtí záchranáři, když resuscitují a jsou u toho příbuzní.....	48
4. 2. 9. Volné vyjádření zdravotnického záchranáře o umírání a smrti v PNP.....	48
5. Diskuze.....	49
6. Závěr	54
7. Seznam literatury.....	55
8. Klíčová slova.....	57
9. Přílohy.....	58

Úvod

Motto

Smrt není porážka, jako ani život není vítězství

Reinhard Abeln, Anton Kner

Smrt, která nečekaně jednou vstoupí do našeho života, která nám vezme přátele, rodinu, pak nás teprve přizene k přehodnocení hodnot v našem životě. Smrt je součástí každého člověka. Profesionálně se s umíráním a smrtí setkávají lékaři a ostatní zdravotníci. Mohou chápat smrt jako prohru, kde ani strategie medicíny nepomůže. V roli zdravotnického záchranáře se s umíráním a smrtí setkáme často. Jsme svědky každodenního setkávání se smrtí. Lidé umírají bez ohledu na věk, lidé, kteří zemřeli z tragické příčiny, nemoci, vraždy či sebevraždy, lidé, kteří se stali oběťmi hromadných neštěstích, přírodních katastrof. Zdravotnický záchranář musí umět poskytnout oporu pozůstalým a sám zůstává klidný a vyrovnaný. Povolání zdravotnického záchranáře je psychicky a fyzicky náročné, ne každý může poskytnout oporu v neočekávané chvíli, reagovat empaticky, odhodlaně. Jelikož se s těmito událostmi v životě setkáváme, myslím, že je velice aktuální sdělit postoje zdravotnických záchranářů, kteří se s tímto setkávají nejčastěji. Zdravotnický záchranář by se měl s tímto naučit vyrovnávat, aniž by časem změnil přístup či postoj k tomuto povolání. Je na něj kladen velký psychický nápor. Proto se chci zabývat touto problematikou přístupu zdravotnických záchranářů k umírání a smrti po jejich 1 leté a více leté praxi.

Zvolila jsem kvalitativní výzkum, pomocí něhož bych chtěla zjistit, zda-li mají pracovníci zdravotnické záchranné služby, schopnost vyrovnávat se smrtí.

1. Současný stav

V dnešní době se zdravotníci záchranáři potýkají více s hromadnými katastrofami v souvislosti s klimatickými změnami, teroristickými útoky, dopravními nehodami, úrazy a stresujícím životem lidí, který zvyšuje nemocnost. Mají častější kontakt s umíráním a smrtí lidí. Na záchranáře je tak položena velká psychická zátěž. Setkání s umíráním a smrtí způsobuje úzkost, smutek, negativní emoce nebo naopak může dojít až k syndromu vyhoření.

Důležité proto je, aby nedocházelo u záchranářů k syndromu vyhoření anebo různým pracovním rizikům. Tito lidé zasluhují vyšší pozornost a péči v oblasti psychohygieny.

Bezpečí a zdraví v péči o ducha a duši druhého člověka udržuje výcvik, supervize a podpora zakotvené v dobré organizaci práce (13).

1. 1. Umírání

Pojem umírání je v lékařské terminologii synonymem terminálního stavu. Haškovcová uvádí: „*Definice terminálního stavu uvádí, že dochází k postupnému a nevratnému selhávání důležitých, vitálních funkcí a orgánů, jehož důsledkem je zánik individua, tj. smrt (mors). Terminální stav můžeme chápat jako vlastní umírání. Pojem umírání však ale v žádném případě nemůžeme redukovat pouze na terminální stav*“ (6;s.204).

Umírající se nevědomě nebo vědomě vyrovnává se skutečností, že je u konce sil, jeho život končí. Umírající bývají závislí na poskytované péči, proto nemohou aktivně ovlivnit podmínky svého umírání. Problémy psychické, sociální, somatické, etické, duchovní, ztráta perspektiv, vede k chybění motivace sil k boji. Vlastní metodou ovlivňování osob umírajících je psychoterapie. Jde použít prakticky všechny metody psychoterapie. Individuální nebo skupinové.

Pokrok techniky a vědy s sebou přináší i novou zkušenost, že umírání zpravidla trvá déle, což přináší strach, nejistotu, úzkost ale nejen u umírajících, nýbrž i u jejich blízkých a ošetrovatelského personálu. Touha přežít přírodními zákony determinovaný fyzický zánik, touha kterou můžeme sledovat ve všech civilizacích, společenstvích,

kulturách. Lidské přání žít a nekončit se odráží v posmrtné víře nebo konkrétní podobně monumentálních náhrobků.

Před smrtí se uplatňuje časový faktor umírání, proces, který má různou podobu, délku, prožívání. Je zcela jedinečný a individuální. Nikdo jiný se nemůže zúčastnit konce umírání, zůstává to zcela osobní zkušeností (2).

1. 1. 1. Umírání a smrt v minulosti

V průběhu historického vývoje lidstva je problematika umírání a smrti úzce svázána s vývojem filosofického poznání, etického cítění, náboženského pojetí. Mnohokrát bylo doloženo, že v minulosti se lidé dožívali jen relativně nízkého věku. Vysoká kojenecká a dětská úmrtnost, zranění, neléčitelná infekce, špatná výživa snižovaly reálné šance dožít se dospělosti.

Ve starověkém Řecku mají možnost Řekové se o svém životě rozhodnout, náboženství není spjato se státní mocí. Umírání bylo spojováno s homérským pojetí psyché, které je v nitru člověka za života a po smrti jej opouští. Setkáme se proto s radostí při pochování mrtvých, protože smrt je zbavila životního utrpení. Pouze majetnější Řekové a Římané si mohli dovolit péči o těžce nemocné. Ve městech Starověkého Říma se nacházely ošetrovny, vojsko mělo pro raněné a umírající veletudinária, otroci byli léčeni v tavernách. Čím nižší měl člověk sociální status, tím nižší měl cenu života. Proti tomuto postavení se postavilo rané křesťanství. Pro křesťana není umírání hrůzyplným faktem. Je vyvrcholením jeho životní cesty, očekávané spojení s Kristem. Smrt je strašná tehdy, není-li člověk smířen s Bohem a v tomto stavu zemře (2) .

V raných církevních obcích se péče o těžce nemocné, umírající, stává vzorem, pravidlem. Toto byl vzor dlouholetého lékařského umění Řeků. V období křesťanství také dochází k zakládání nemocnic. V západních zemích se nazývali nosokomia, poté hospitály. Zvláštní špitály se stavěly pro nakažlivé epidemické choroby. Lékaři byli nejčastěji kněží a biskupové. Smrtelně nemocným se věnoval řád benediktínů, založený v 6.století. Povinnost ošetřovat nemocné si vzaly na starost i řády rytířů. V Praze roku 1234 založila královská dcera Anežka Přemyslovna františkánský špitál a klášter. Zde pracovali členové rytířského řádu křížovníků s červenou hvězdou. V 15.století byla

smrt ústředním tématem, příčinou byl mor, smrt byla zobrazována rozšklebenou lebkou pobízející k tanci všechny smrtelníky a vleče je násilím z pozemského života. V 19.století o umírající pečuje rodina. Každý člen rodiny dokázal adekvátně přistupovat k umírajícím, a věděl, že v hodině smrti nebude opuštěn. Velmi významnou úlohu při umírání a smrti sehrálo náboženství křesťanské. Bylo vybaveno úkony rituální povahy, vztahující se k umírání a smrti, také k pohřbu a péči o pozůstalé. Velkou roli v umírání hrálo postavení ve společnosti. Chudí lidé umírali často osamoceni, venku, ve špíně. Ve vyspělých zemích k tomuto nedocházelo, odstranila se tato nerovnost a i chudí mohli umírat v nemocnicích. Počátkem 20.století je mortalita značně vysoká. Především kojenecká úmrtnost byla na nejvyšší úrovni. Vlivem sociálních změn, rostoucí informovanosti obyvatelstva, zdravotní osvěty se situace začala poměrně zlepšovat. Ve druhé polovině 20.století mají vliv na úmrtnost civilizační choroby, především kardiovaskulární onemocnění, dále úrazy, otravy, sebevraždy. V současné době tam zařazujeme infekční choroby, např. AIDS (2).

Moderní způsob péče o umírající přinesl odbornou péči a dobré materiální zabezpečení pro důstojné dožití. Mezi způsoby péče se řadí hnutí hospice, umírání doma se zajištěnou kvalitní odbornou péčí nebo přijmout rodinu do nemocnice. Počátkem sedmdesátých let 20.století byl zahájen proces detabuizace problematiky umírání a smrti. Po roce 1989 dochází i u nás ke zvýšenému a otevřenému zájmu o tuto naléhavou problematiku. Dlouhodobý nezájem problematiky umírání a smrti způsobil, že většina laiků a odborníků se zajímá pouze jen o některé atraktivní otázky umírání a smrti. Většina dnešní populace redukuje své pojetí smrti na intenzivní subjektivní pocit strachu z prázdnoty a nejistoty. Etnografové, psychologové, filozofové se shodují v tom, že základem je strach ze smrti. Lékaři, zdravotníci obecně, se v poslední době více zajímají o problematiku umírání a smrti. Důvodem je především nejistota, jak se chovat vůči umírajícím. Touto problematikou se zabývá velké množství knih a jejich počet prudce vstoupá u nás i ve světě. Historickou částí je ukázáno, že smrt patří k životu a život patří ke smrti. Vztah ke smrti si vytvářel člověk již od nejstarší doby. Od doby kdy byl schopen uvědomit si svou vlastní existenci (2).

1. 1. 2. Umírání jako proces

V denní klinické praxi je pojem umírání transformován a označuje se jím delší či kratší časové období zakončené terminálním stavem. Z metodického a praktického hlediska někteří odborníci rozdělují proces umírání na tři časově nestejná období:

prefinem, in finem, postfinem(1).

Období pre finem, což je péče před umíráním, začíná tehdy, kdy vstoupí v odbornou, případně laickou pacientovu povědomost, že nemoc konkrétního člověka je vážná a neslučitelná se životem. Smrt je pak v týdnech, měsících vysoce pravděpodobná. V tomto období musí nemocný bezpodmínečně vědět, že mu bude poskytnuta pomoc psychologická a lidská. Nemocného je nezbytně nutné chránit před tzv. psychickou a sociální smrtí. Psychologická intervence může uchránit těžce nemocného od sociální smrti. Sociálním umíráním označujeme stavy, kdy člověk sice žije, ale je odtržen ze sociálních, interpersonálních vztahů, od všeho lidského a nelze se vrátit do společnosti. Je vhodné v tomto stadiu usilovat o to, aby nemocný žil pokud možno jako před onemocněním, aby tedy redukce jeho činností a cílů byla minimální. V každém případě je třeba nemocného úskalími nemoci v této fázi odborně vést a poskytovat mu emoční podporu podle potřeby či intermitentně. Období in finem, což je péče v době vlastního umírání, během terminálního stavu. V této fázi by neměla péče postrádat jistou ritualizaci a takt. Umírajícím je poskytnuta potřebná péče, dominantní je profesionalita a praktikismus. Ale chybí lidský kontakt. Umírání ztratilo prvky sociálního aktu. Ošetřující zajistí pořádek, jídlo, pití, čistotu, léky, ale nepohladí.

Období post finem zahrnuje péči o mrtvé tělo, sdělení pozůstalým, zařizování pohřbu, pomoc pozůstalým. Je jakkoliv nevhodné zneúctění mrtvého těla. Umírání jež je chápáno jako neustále měnící se stav či dění v čase. Podle délky procesu rozlišujeme rychlou smrt a pomalé umírání. Příkladem rychlé smrti může sebou nést řadu problémů. Dlouhotrvající utrpení, bolest, ale i problémy pro lidi kolem nemocného. Z druhé strany může to být projevem trpělivosti, síly, naděje, lásky blízkých a pro nemocného se v klidu připravit na odchod (1).

1. 1. 3. Lékařské umírání

Lékařské umírání je řízené zákony a postupy odborníků. V rodinách je považováno za událost, u které jsou s pacientem, jsou mu nablízku, ale nemohou ji s ním prožít. Veškerá odpovědnost za vypnutí a odpojení lékařských přístrojů, výživy, léků, ukončení resuscitace, zda-li odložit smrt nebo ji urychlit, má pouze lékař.

Měli bychom zde zdůraznit pojem eutanazie. Pochází z řeckého slova eu (dobrý) a thanatos (smrt) nebo _li dobrá smrt (4). Je záležitostí ze strany nemocného a nelze tedy zahrnovat do toho ukončování života novorozenců nebo pacientů v kómatu (7).

Varianta nežádoucí eutanazie znamená, kdy pacient není schopen podat souhlas o urychlený vstup do smrti. Lze předpokládat, že kdyby mohl se vyjádřit, souhlas by podal. Pasivní eutanazie koresponduje s odepřením dalších léčebných postupů, přerušení léčby, které by nemocného neúměrně zatěžovaly, vlastně prodlužovaly.

V České republice je eutanazie zakazána, a pokud by byla provedena, byl by to trestný čin(1). Z etického hlediska, kterým se řídí zdravotničtí pracovníci, je nutno teorii a praxe eutanazie jednoznačně odmítnout (17).

1. 1. 4. Osobní umírání

Na povrch se dostává tradiční starší verze osobního umírání, a to někdy se sopečnou bouřlivostí. Do systému péče o zdraví vstupují pečovatelské zařízení, hospice orientované na rodinu, s méně invazivní technologickou péčí. Schopnost nemocnic prezentovat osobní umírání jako medicínu potlačující a podivně potlačuje osobní hodnoty, rodinné zvyky, emoční pravdy a tak navždy diktuje příběh a význam smrti, předávaný v rodinách z generaci na generaci. Aby se do našeho systému zdravotní péče navrátila možnost osobní smrti, musíme odstranit ochrannou zástěnu všehodnosti a zvyku, která naznačuje, že jediná možná cesta je umírání lékařské (4).

E.K.Rossová uvádí 4 fáze umírání (7).

První fáze: zavírání očí před skutečností a osamění. Zabývá se znázorněním jak se změnil život ve srovnání s dřívějšími staletími, neboť tyto změny vedou ke

stoupající úzkosti před smrtí, novým psychickým problémům a rostoucí potřebě a touze po lidském porozumění a účasti (12).

Je zde touha rodiny ještě více nepřispívat k úzkosti, kterou pociťuje rodina, jenže to zhoršuje naši izolaci. Může docházet k touze po osamělosti, ale i touze po samotě. Je zde nedostatek sebeúcty (8).

Druhá fáze: Zloba. Je to tzv. fáze zlostná, nemocní si kladou otázku, proč právě je musela postihnout nevyléčitelná nemoc. V této fázi to mají rodiny a nemocniční personál těžké.

Třetí fáze: Vyjednávání. Třetí fáze, nazvaná prchavá, je méně známá. Pro pacienta ale velmi důležitá, neboť na ni spoléhá jako na svého pomocníka. Nemocní čekají, že za dobré chování budou odměněni tím, že mu prodlouží život aspoň o několik dní bez bolestí a obtíží.

Čtvrtá fáze: Deprese. Objevuje se zoufalství, nerealistické pocity studu a viny. Deprese je často zlepšena, když se vyřeší jejich otázky důležité pro život.

Pátá fáze: Souhlas. Stav, kdy spíš potřebuje více podpory, pomoci a porozumění rodina než pacient. Pacient se dostal do stavu uklidnění (12).

1. 2. Smrt

Smrt podle klasické definice je irreverzibilní zástava dechu, srdeční činnosti a nezvratný zánik všech funkcí mozku. Patofyziologicky je to pojato tehdy, jde-li o nezvratné ukončení všech základních životních funkcí, k nimž se řadí funkce homeostázy vnitřního prostředí. Znamená to stav neslučitelný se životem, regenerací a integrovaným metabolismem. Další změny jsou už kvalitativně odlišné a řadí se k posledním. Někdy mohou být projevy života tak malé (nehmatný pulz, auskultačně slyšitelná srdeční akce, minimální dýchání), že bez použití přístrojů je velmi těžké určit, zda nastala či nenastala smrt (vita minima-zdánlivá smrt). Se zdánlivou smrtí se můžeme setkat u otrav hypnotiky, u úrazů elektrickým proudem, bleskem, podchlazení, u utopených.

Má-li lékař nějaké pochybnosti o nastalé smrti, neprodleně musí zahájit resuscitaci a provádět

ji tak dlouho, dokud nezjistí náhlé známky smrti (16). V praxi je považována za okamžik smrti doba, kdy se nezvratně zastaví srdeční činnost, která obvykle přetrvává déle než dýchací pohyby. Závěr, že umírající nedýchá a je mrtev, nemusí být správný. Zcela slabá srdeční aktivita u zdánlivé smrti nemusí být slyšitelná a poněvadž není vždy po ruce přístroj EKG, je

nutné přihlídnout i k jiným známkám smrti (16). V terénu je prohlízející lékař odkázán na to, zda došlo k trvalé zástavě dechu a srdeční činnosti. Je důležité dávat pozor na známky, které by mohly svědčit o tom, že člověk je mrtev, které mohou být nejisté. Rozdělujeme proto známky smrti na jisté a nejisté. Mezi jisté známky smrti patří posmrtné skvrny, posmrtná ztuhlost, hnilobné změny. Mezi nejisté patří bledost kůže, ochabnutí svalstva, nerozpoznatelné dýchání, nehmatný pulz, neslyšitelná srdeční činnost (16).

Smrt je neodvratným koncem každého života, je vepsána v každém zrození a patří k univerzální lidské zkušenosti. Byla zde od nejstarších dějin a bude stále (2). Z filozofického hlediska smrt není jednání, není způsob chování, ale něco, co se nám přihlásí, tzn. něco co nás postihuje zcela bez vlastního přičinění. Z toho je patrné, že otázka po smrti zahrnuje sice základní teoretické problémy, ale je to především otázka praktické filozofie, konkrétně etiky, jak se umíme se smrtí vyrovnat (12).

1. 2. 1. Přirozená smrt

Nastane v případě, kdy lékař nezjistí při zevní prohlídce mrtvého těla známky, které by svědčily pro smrt z vnějších příčin. Pokud není na místě nálezu či v jeho blízkém okolí nic podezřelého co by nasvědčovalo násilné smrti. Získá-li lékař důvěryhodné informace o celkovém stavu zemřelého, o charakteru obtíží před smrtí, kterou by mohly smrt vysvětlit. Jedná-li se o přirozenou smrt dle tvrzení lékaře, nehlásí se obvodnímu oddělení Policie České republiky (16).

Konstatování smrti přísluší pouze lékaři, který vystaví List o prohlídce mrtvého (3 kopie, 4 nařídí-li pitvu). Zde musí být napsány osobní údaje, datum a příčina smrti, v

případě, kdy smrt mohla vzniknout násilně, musí být toto oznámeno Policii ČR (ta nebo soud nařídí pitvu)(5).

1. 2. 2. Náhlá smrt

Pachl, Roubík uvádějí: „*Je úmrtí způsobené zástavou dýchání a oběhu, které vzniká okamžitě nebo do 1 hodiny po začátku příznaků*“ (15, s. 112).

Náhlou smrtí rozumíme smrt, která vznikla náhle ať už doma, na pracovišti, cestou do práce, při sportu, většinou k ní dochází mimo zdravotnické zařízení. Náhlá smrt většinou postihuje zdravé jedince, u kterých se během života žádné příznaky neprojeví, nebo nebyly tak výrazné aby pacient navštívil lékaře a věnoval tomu pozornost. Nejrychleji dochází ke smrti při náhlém úmrtí srdečního původu, tvoří až 51% nejčastějších úmrtí v ČR (5).

Na pracovišti musíme věnovat pozornost úrazům elektrického proudu, intoxikaci, traumatům, alkoholu v krvi. Při sportu dochází k dekompenzaci již dříve postižených orgánů. Je zde také důležité zmínit náhlá úmrtí kojenců a dětí, které se liší od náhlých úmrtí dospělých. U kojenců jsou to nejčastěji vrozené vady srdce, záněty plic, zažívacího traktu. Na náhlou smrt se nedá nijak připravit, často zaskočí zcela nepřipravené příbuzné.

1. 2. 3. Klinická smrt

Je charakterizována nezvratným poškozením vitálních funkcí(15). Při klinické smrti dochází k odumírání jiných tkání buněk na nedostatek kyslíku. Tento stav může trvat 5 minut, i 10 minut. V této době nesmí být organismus považován za mrtvého, protože může být za některých podmínek ještě oživen.

1. 2. 4. Sociální smrt

Jedná se o ireverzibilní poškození mozku u nemocných, kteří zůstávají bez kontaktu s okolím. Oběh i dechová aktivita však mohou být bez projevů známek nedostatečnosti.

Tento stav je ztotožňován s apatickým syndromem (15). Je to stav, kdy člověk žije, ale je úplně vytržen ze společnosti, z interpersonálních vztahů a nelze jej vrátit. Nastává to vlivem působení nějaké nemoci a je nutné aby lékař zajistil sám psychickou a sociální péči a poradil se i s jinými odborníky.

1. 2. 5. Smrt mozku

Nezvratné vymizení všech mozkových funkcí, i když další funkce organismu, přímo na mozku závislé, mohly být uměle udržovány nebo dokonce fungovat autonomně. Smrt mozku u pacientů v resuscitační péči je nutné prokázat vyšetřením : zjištěním kómatu s vyhasnutím reflexů nad úrovní prvního krčního obratle. Vyšetřovaný nesmí být ovlivněn vysokými dávkami léčiv se sedativními nebo hypnotickými účinky nebo hypotermií. Dalším vyšetřovací metodou je mozková angiografie. Provedená jako panangiografie s kontrastní látkou z oblouku aorty se prokazuje ve dvou expozicích. Provádí se v časovém odstupu 30minut z extrakraniálního řečiště do intrakraniálního. Oddělení smrti mozku od nezvratného konce funkce ostatních orgánů vedlo k možnostem poskytnout tyto orgány příjemcům, pro které mají životní význam. To přispělo k vytvoření základu dárcovského programu pro transplantační účely (16).

1. 2. 6. Biologická smrt

Biologická smrt nastává po ireverzibilní zástavě oběhu do 2 hodin a je spojena se smrtí tkání a orgánů. Jde tedy o smrt celého organismu (15). Biologická smrt nastává po klinické smrti, pokud se neresuscituje. Dochází k odumření buněk centrálního nervového systému a poté se tvoří jisté známky smrti.

1. 2. 7. Lékařská smrt

K lékařské smrti dochází následkem nemoci jako k přirozenému konci života. Pokud nastane, pak spíše spadá pod zdravotnická zařízení, nemocnice, jednotky intenzivní péče a pečovatelské domy než pod lidská společenství.

Pokud je život zkrácen nemocí, je to nepříjemná a nepříjemná náhoda, která může zastítn skutečnost, že s ukončením života se musíme všichni vyrovnat.

Pravidla organizování lékařské smrti, která spočívají na neosobních zásadách práv a medicíny, pouze nedokonale a zhruba odpovídajícím osobním pramenům smyslu, u nichž pacienti a rodiny čerpají (4).

Umírání a smrt jsou fenomény, o kterých se uvažuje z hlediska psychologického, filozofického, medicínského a etického. Otázka záchrany a prodloužení lidského života je podstatou biomedicínského výzkumu. Budoucnost, jenž stojí před umírajícím, tedy jeho smrt a lidská bezmocnost jakkoliv tuto budoucnost změnit, ovlivňují lidské jednání a chování. Na smrt jako na akt, se připravit nelze. Smrt se považuje za nejvyhrocenější mez lidské existence (12).

1. 3. Záchranář a zátěž v souvislosti se smrtí

1. 3. 1. Zdravotnický záchranář

Již v roce 1996 byl v České republice na vyšších zdravotnických školách otevřen tříletý pomaturitní obor Diplomovaný zdravotnický záchranář. Kde střední zdravotničtí pracovníci získávají odborné vzdělání k výkonu povolání. Na vyšších odborných školách byly také obory všeobecná sestra s pomaturitní specializací ARIP. Vystudovaní mohli jezdit u zdravotnické záchranné služby. Dále středoškolský obor zdravotnický záchranář a obor diplomovaná sestra pro intenzivní péči na vyšších školách (5).

V dnešní době je již otevřen 3letý bakalářský obor zdravotnický záchranář na vysokých školách. Profese zdravotnického záchranáře a základní požadavky na něj jsou odborná znalost, zkušenost, zručnost, rychlost a chladnokrevnost.

Charakteristika práce terénních záchranných týmů (ZZS, HZS, PČR) je práce na směny, ve dne v noci, v hluku, špíně, nepříznivém počasí, vždy v cizím prostředí, práce ve dvou - či tříčlenných týmech, sociální izolace. Stravování i osobní hygiena jsou ve spěchu, stresu, během sekund změna z nudy na teror, řešení kritických situací – záchrana života, emočně vypjaté situace, ohrožení, nebezpečí. Jsou zde kladeny vysoké nároky na odbornost – teoretické znalosti i praktické schopnosti, vysoké nároky na charakter, psychickou stabilitu a efektivní chování.

Vyhláška 424/2004 Sb. Stanovuje činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků říká:

- (1) „Zdravotnický záchranář vykonává činnosti podle § 3odst.1 bez odborného dohledu a bez indikace poskytuje v rámci přednemocniční neodkladné péče, včetně letecké záchranné služby a v rámci akutního příjmu specifickou ošetrovatelskou péči.*
- (2) Přitomzejména:*
 - a) monitoruje a hodnotí vitální funkce včetně snímání elektrokardiografického záznamu, průběžného sledování a hodnocení poruch rytmu, vyšetření a monitorování pulzním oxymetrem,*
 - b) zajišťuje periferní žilní vstup,*
 - c) provádí orientační laboratorní vyšetření určená pro urgentní medicínu a orientačně je posuzuje,*
 - d) obsluhuje a udržuje vybavení všech kategorií dopravních prostředků, řídí pozemní dopravní prostředky, a to i v obtížných podmínkách jízdy s využitím výstražných zvukových a světelných zařízení,*
 - e) provádí první ošetření ran, včetně zástavy krvácení,*
 - f) zajišťuje nebo provádí bezpečné vyproštění, polohování, imobilizaci a transport pacientů, zajišťuje bezpečnost pacientů během transportu*
 - g) podílí se na řešení následků hromadných neštěstí v rámci integrovaného záchranného systému,*
 - h) zajišťuje v případě potřeby péči o tělo zemřelého,*
 - i) zajišťuje přejímání, kontrolu a uložení zdravotnických prostředků viz13), manipulaci a jejich dostatečnou zásobu,*
 - j) zajišťuje přejímání, kontrolu a uložení zdravotnických prostředků viz14) a prádla, manipulaci s nimi, jejich dezinfekci a sterilizaci a jejich dostatečnou zásobu.*

(2) Zdravotnický záchranář se v rámci neodkladné přednemocniční péče, včetně letecké záchranné služby a v rámci akutního příjmu, podílí bez odborného dohledu na základě indikace lékaře na poskytování diagnostické a léčebné péče.

Přitom zejména :

- a) provádí kardiopulmonální resuscitaci s použitím ručních křísících vaků, včetně defibrilace srdce,*
- b) zajišťuje dýchací cesty dostupnými pomůckami, zavádí a udržuje inhalační kyslíkovou terapii, zajišťuje přístrojovou ventilaci s parametry určenými lékařem, pečuje o dýchací cesty pacientů i při umělé plicní ventilaci,*
- c) podává léčivé přípravky viz13), včetně krevních derivátů viz15),*
- d) spolupracuje při zahájení aplikace transfuzních přípravků viz16) a ošetřuje pacienta v průběhu aplikace a ukončuje ji,*
- e) provádí katetrizaci močového měchýře dospělých a dívek nad 10 let,*
- f) odbírá biologický materiál na vyšetření,*
- g) asistuje při překotném porodu a provádí první ošetření novorozence*

Zdravotnický záchranář by měl být profesionální po celou dobu jeho výkonu povolání. Jeho setkání a přístup k umírání a smrti se stane častým střetnutím a jeho cílem je zajistit umírajícímu odbornou a vysoce humánní ošetrovatelskou péči.

Zdravotníci záchranáři tvoří jednu ze tří hlavních složek Integrovaného záchranného systému, který ožívá v průběhu hromadných neštěstí a katastrof. Při událostech velkého rozsahu platí pravidla medicíny katastrof, spočívající v odlišné organizaci práce a odlišných prioritách (třídění obětí, nezachraňují se umírající) proti běžnému poskytování zdravotní péče (13). Záchranářům může pomoci při zvládání těchto náročných a bolestivých setkání relaxačně koncentrační trénink, psychologické přednášky, aromaterapie, muzikoterapie, návštěvy různých kulturních akcí či sportů.

1. 3. 2. Krize, krizová intervence

Krize nebo-li situace způsobující změnu v navykklém způsobu života, vyvolávající nerovnováhu, ohrožení a stres, řešení přesahuje adaptační možnosti jedince a jeho běžných

ochranných mechanismů. Mezi příznaky řadíme úzkost, strach, depresivní ladění, vegetativní příznaky, psychosomatické obtíže, psychogenní psychózy, paranoidní chování(5). Psychická krize - narušení nebo ztráta duševní rovnováhy, která nastává, pokud se člověk střetne s překážkou, kterou není schopen vlastními silami zvládnout navykklým způsobem v přijatelném čase. V psychologii se rozlišuje na akutní (náhle vzniklou) a chronická (pozdolna působí) (11).

Náhle vzniklá krize z traumatizujícího stresoru je krize, kterou lidé nazývají ranami osudu nebo neštěstími. Přichází neočekávaně, náhle a ohrožují tělesnou nebo duševní integritu. Techniky krizové intervence patří k základní výbavě při práci s nimi a tvoří součást celkové psychosociální pomoci (13). Jedinec se s psychickou krizí vyrovná sám nebo s pomocí druhých, někdy krize spontánně odezní, ba naopak může vést k psychosomatickým potížím nebo k psychické poruše.

Nastane-li krize ze ztráty blízkého člověka, pozůstali mají pocit, že se jim svět zhroutil, že jejich život ztratil smysl. V tomto případě může truchlení po ztrátě blízkého připomínat nemoc. Nejedná se o nemoc, nýbrž krizi (14).

Duševní krize může nastat po mimořádné události v souvislosti s traumatizujícími zážitky nebo po obdržení nepříznivé zprávy. Úzce s tím souvisí krizová komunikace nebo-li komunikace v krizi. Můžeme ji chápat jako výměnu informací, která nastává mezi odpovědnými autoritami, organizacemi, médii, jednotlivci a skupinami před mimořádnou událostí, během ní a po jejím skončení.

Do mimořádné události bývá obvykle zahrnuto velké množství účastníků. Jsou to zasažení lidé, jejich blízcí, zasahující složky, organizace a autority, média regionální, národní a mezinárodní, dobrovolníci. Krize vyburcuje zvědavost, závazek, zájem, prosociální chování a i některé negativní jevy. Zvládnutí nebo nezvládnutí může mít bezprostřední i následné důsledky zdravotní, ekonomické, sociální a politické (11).

Zdravotníci záchranáři se mohou snadno dostat do psychické krize, jelikož jejich povolání je náročné a situace jsou často stresující a zátěžové. Může však u nich nastat fyzická krize, kdy nastupuje vyčerpanost organismu. Každý zdravotnický by se měl naučit odpočívat a relaxovat jak psychicky, tak také fyzicky.

Krizová intervence - Špatenková uvádí : *Krizovou intervenci můžeme vymezit jako „specializovanou pomoc osobám, které se ocitly v krizi.“ Tvoří ji různé formy pomoci, které mají za úkol vrátit jedinci jeho psychickou rovnováhu, narušenou kritickou životní událostí. Krizová intervence zahrnuje především pomoc: psychologickou, lékařskou, sociální, právní“ (14;s.15).*

V užším znamená techniky a strategie při zacházení s člověkem, jenž zažívá úzkost a jiné přemáhající pocity ze situace, do níž se dostal. Cílem je, aby člověk získal zase nad sebou vládu. V širším slova smyslu představuje metodu - uspořádanost a návaznost postupů, které si kladou za cíl vyřešení a obnovu lidských sil v rozpětí. Hlavní zásadou krizové intervence je vnímat člověka jako bytost nadanou zdravím a schopnou těžit z nepříznivých situací. Povinností pracovníka v krizové intervenci je řídit se hodnotami profese, dodržovat etická pravidla, která vycházejí z lidských práv a zahrnují například právo člověka v krizi na sebeurčení a důvěrnost poskytovaných informací (13).

Psychologické důsledky pomoci obětem traumatických událostí se odvíjejí nejen od charakteru traumatické situace, ale i od osobnosti pomáhajícího. Každý pracovník zdravotnické záchranné služby může ovlivňovat průběh stresu, předcházet jeho případným důsledkům a udělat něco pro prevenci syndromu vyhoření. Velmi důležité je uvědomit si své nevyřešené konflikty, traumatické zážitky. Mezi zásadní se také řadí znalost vlastních vyrovnávacích strategií v obtížných situacích. Důležité je také sdílení náročných prožitků s jinými pracovníky, případně blízkými osobami. Probírat na týmových setkáních obtížné situace a příběhy. Kromě toho je důležité, aby měl pracovník možnost individuální supervize či konzultace se zkušeným odborníkem. Zdravotnický záchranář musí také dodržovat rovnováhu mezi osobním a pracovním životem. Rozvíjet koníčky a volno časové aktivity, které napomáhají zachovávat a posilovat optimismus. Znají svůj psychický a fyzický stav, schopnost

přízpůsobit tomu svůj pracovní rytmus, vytyčit si realistické, dosažitelné pracovní cíle a hranice vlastní odpovědnosti. Neustále by měl prohlubovat profesní znalosti a možnosti pracovního vývoje (14).

1. 3. 3. Zátěžové situace

Vznikají téměř každou službu v práci zdravotnického záchranáře.

Pracovníci se v úzkém kontaktu s traumatizovanými lidmi stávají mlčenlivým svědkem hrůz, které zasažení zažili. Přiznaná bezmoc a ztotožnění se s obětí někdy vyústí v citové přesycení, při němž se posttraumatické příznaky mohou projevit u pracovníka

I pracovník se může stát obětí, je traumatizován prožitky lidí, se kterými musí soucítit, aby jim mohl pomoci.

Zdravotníci záchranáři musí být schopni zakročit včas i před suicidálními myšlenkami pacienta. Musí poznat a rozeznat různé formy suicidálních myšlenek, specifické rizikové faktory. Cílem práce záchranářů je přesvědčit pacienta, že sebevražda není způsob, jak situaci řešit a udržet ho naživu, dokud se sám nerozhodne, že chce žít dál (3).

Pomáhající pracovníci zaslouží stejnou ochranu bezpečnosti a zdraví při práci jako jejich kolegové z jiných provozů. Bezpečí a zdraví v péči o ducha druhého člověka udržuje výcvik, supervize a podpora zakotvené v dobré organizaci práce. Zátěžové situace zvládat se učí člověk zvládáním. Každá zátěž, kterou projde, ho vybaví informací o tom, jak strategie uspěla a co lze použít příště. Narazí-li na situaci, kdy na požadavky prostředí jeho dosavadní způsoby, jak zátěž zvládat, nestačí, pak nastane krize. V každé situaci každému pomáhá něco jiného pravděpodobně proto, že mnohem důležitější než jakákoli určitá strategie je situaci účinně zvládnout. Zvolená strategie musí odpovídat okolnostem traumatizující události a zdrojům člověka. Každý zdravotnický záchranář by si měl najít cíl, který vede k úspěšnému zvládnutí traumatizující události. Stává se jím pocíťována úleva, pocit osobní hodnoty, schopnost si užívat kontakty s lidmi a podávat vyrovnaný výkon. Sledování a vyhodnocování těchto cílů, přijímání účinných opatření k jejich prevenci a odstranění(13).

Většina lidí se dovede s jednorázovou zatěžující zkušeností vyrovnat sama nebo s přirozenou podporou svých kolegů či rodiny. Pokud jsou však lidé vystavováni extrémní zátěži a utrpení druhých opakovaně, může u nich dojít ke snížené psychické odolnosti a rozvoji potíží.

Z tohoto důvodu by měli zaměstnavatelé příslušníků určitých profesí či jiných pracovníků, vystavených nadlimitní zátěži, dbát nejen na adekvátní přípravu, ale i na preventivní psychologické ošetření svých zaměstnanců.

1. 3. 4. Stresové situace

Stres nebo-li stav organismu, který je odezvou na jakoukoliv výrazně působící zátěž duševní či tělesnou (9).

Rozdělují se různé typy stresu: eustres – výzva a motivace, napětí a radost, distres – nepříjemné zážitky, tento typ stresu padá často na zdravotnické záchranáře, hypostres – stres na který se lze adaptovat, hyperstres – nezvládnutí stresu, kolaps (5). Negativní pocity, emoce, stres jsou každodenním průvodcem záchranářů, neboť denně posádky záchranných služeb řeší sociální a zdravotní krize v domácnostech, na pracovištích, silnicích při dopravních nehodách, při násilných činech i na veřejných prostranstvích. Denně jsou posádky záchranných služeb účastníky mezních situací, které se často odehrávají na hranici mezi životem a smrtí. Často je snaha o záchranu života marná, komplikovaná okolnostmi na místě zásahu.

Na místě události je celá posádka konfrontována skloubit provádění vysoce odborných diagnostických a léčebných výkonů v co nejkratším časovém úseku a v nestandardních podmínkách. Pracují pod velice kritickým a emočně laděným dohledem příbuzných postiženého nebo veřejnosti či sdělovacích prostředků. Přídatnými dílčími stresory jsou nutnost rychlého a správného rozhodování, sehraná práce v týmu, součinnost s dalšími složkami na místě, umění účinné improvizace, rychlé přenášení přístrojů a pomůcek, fyzická výkonnost, ochrana před infekčními riziky, napadením a jinými riziky. Zdravotníci jsou rovněž konfrontováni s nutností oprostit se od některých léčebných výkonů, například, že u mimořádných situací s velkým počtem raněných se neprovádí

nepřímá srdeční masáž, může vést k psychickému vyčerpání zdravotnických záchranářů.

Zvláštní jsou pravidla nakládání se zesnulými oběťmi nehody, zvládání hromadných psychických reakcí obětí na místě, či další odborná problematika poskytování léčebné péče za mimořádných událostí (13).

Práce při mimořádných událostech nově konfrontuje naše přesvědčení o vlastní bezpečnosti, kontrole nad světem, možnosti předvídat situace. Práce při krizích a neštěstích může také obohacovat. Setkání s utrpením druhých nás může trochu také pozměnit, zamíchat nám žebříček hodnot, změnit naše návyky a postoje. Zpracovávají své zážitky z traumatizujících situací, hrozí jim emoční vyhoření. Někteří z nich mají rodinné problémy, konzumují alkohol či mají zdravotní potíže. Mnozí z nich pak opouštějí svá místa dříve, než by museli.

Mezi hlavní stresory zdravotnických záchranářů patří směnnost, práce v noci, nepravidelná životospráva a nesprávné návyky. Je nutné k tomu připočíst i sociologické stresové faktory, z nichž nejčastěji uváděnými jsou nízké společenské a finanční ohodnocení práce zdravotnických záchranářů, nemožnost prezentace vlastní odpovědné, kvalitní a účinné odborné práce, dlouhodobá postgraduální příprava pro činnost v záchranné službě, stáří záchranáře(11).

Nejčastějšími psychickými poruchami bývají pocity psychického přetížení, pocity strachu, obav a vnitřního neklidu. Na úrovni společenských vztahů se mohou vyskytnout podrážděnost, poruchy v komunikaci, partnerské problémy, pesimismus až izolace(13).

Tyto poruchy mohou vést ke zdravotním následkům tělesné nemoci (například kardiovaskulární potíže, poruchy zažívání, bolesti zad) (11).

Z výsledků studií jednoznačně vyplynul závěr, že pracovníci zdravotnických záchranných služeb v ČR mají ve všech profesních kategoriích vysokou hladinu projevů stresu. Zjištěné vysoké hodnoty příznaků, svědčí pro syndrom vyhoření a obecné ohrožení vznikem a rozvojem posttraumatické stresové poruchy. Tyto poruchy mají nezanedbatelný vliv na kvalitu života zdravotnických záchranářů i kvalitu jejich profesionálního výkonu. Zkušenosti ukazují, že k účinné prevenci a řešení vede

kombinace několika nezbytných předpokladů jako je kvalitní právní prostředí zajišťující bezpečný výkon práce zdravotnického záchranáře(13).

Díky nově zavedené metodě psychologického defusingu (z anglického slova defuse – zbavit situaci výbušnosti) a debriefingu (z anglického slova debrief- podat hlášení), mají pracovníci možnost ventilovat myšlenky a pocity, sdílet strategie, jak se vyrovnávat se zásahem(11).

Používají se bezprostředně po ukončení akce, musí je vést speciálně vycvičení profesionálové, jenž mají za cíl zážitky ošetřit a uzavřít, aby nás neobtěžovaly v budoucnu. Tyto metody nejsou žádná psychoterapie, jsou založeny na kolegiálním sdílení zážitků z akce. Jsou vhodné výhradně u homogenních skupin profesionálů, kteří se společně účastnili určité akce.

U profesionálních záchranářů se předpokládá, že většina časné intervence se po akci odehraje spontánně. Není proto třeba a ani žádoucí aby vedl psycholog defusing. Bývá úkolem velitele, aby měl na mysli cíl intervence vytvořit atmosféru podpory, pohody a posílit citění týmu. Členové týmu by měli zažít přijetí ostatními, společnou péči a společný humor o ty z nich, kteří při zásahu „dostali nejvíce zabrat“.

Debriefing je postup, který je určen přesnými pravidly. Používá se pro všechny typy obětí. Lze ho použít individuálně, při práci s rodinou, obvykle se provádí ve skupině. Při skupinovém použití je nutné dát pozor na sestavení skupiny. Skupinový přístup není vhodný pro zahanbující typy traumatizujících událostí. Debriefing vedou odborníci na duševní zdraví, což znamená psychologové, psychiatři, kliničtí sociální pracovníci, pastorační poradci, společně s lidmi z dalších profesí jakou právě záchranáři či učitelé. Jsou zaškoleni v debriefingu a mohou obětem poskytnout věrohodnou kolegiální podporu. Debriefing má několik modelů, avšak všechny mají tři prvky společné. Zabývají se tím, co se lidem během události přihodilo. Zabývají se tím jak na to lidé reagují, co se jim přihodilo a poskytují informace o obvyklých reakcích na traumatizující událost. Emoční debriefing je aby vyjednaváč porozuměl emočnímu dopadu smrti, která se odehraje v průběhu vyjednávání. Aby byl na emoční dopad připraven, osvojil si metody, kterými může tento dopad zmenšit, a uplatňoval je jako kterékoli jiné vyjednaváčské dovednosti.

Za cíle debriefingu se považuje poskytnout rozumový vhled jak na událost, tak na její emoční důsledky, dále nastartovat proces, ve kterém by měl vyjednávač přijmout své myšlenky, pocity a činy v průběhu události. A znecitlivět profesionála vůči nadměrnému rozrušení, které traumatizující událost často doprovází.

Oblíbenost debriefingu lze přičíst jeho uchopitelnosti a zdánlivé snadnosti. Rychle a lehce se učí (základním kurzem člověk projde ve dvou dnech). Vymýšlet pomoc šitou na míru je pro pracovníky ve všeobsažné a nic neříkající mlze psychosociální pomoci těžší(13). Existují tzv. antistresové programy, které zahrnují cvičení a postup umožňující vyrovnávat se škodlivými účinky stresu. Kromě tzv. psychologických autoregulačních technik se zaměřují na rozvoj přiměřených životních aspirací (přiměřené využití volného času, mnohostranná seberealizace), budování zdravého sebevědomí a sebeprosazení. Cílem psychologických autoregulačních technik je svalová a psychická autorelaxace, zklidnění, odstranění napětí, křečovitosti, odbourání negativních emocí. Patří sem například jóga, meditace, progresivní relaxace, autogenní trénink, řízená imaginace nebo relaxačně aktivační metoda. Kromě komplexních antistresových programů připravovaných odborníky bychom se měli zamýšlet nad tím, jak v každodenním životě předcházet napětí, jak kompenzovat jednostrannou psychickou aktivitu fyzickou činností a naopak, jak měnit škodlivé nebo zatěžující prostředí. Měli bychom práci kompenzovat rekreací, zbavovat se strachu, závislosti, zloby, pěstovat aktivní odpočinek a rozvíjet zájmy (11).

1. 3. 5. Neadaptivní chování

Neadaptivní chování nebo-li nepřizpůsobivé se může projevovat různými projevy, například agrese (5).

Agrese může být slovní, kdy jde o slovní napadení druhého člověka, ale i o brachiální napadení, tj. udeření, uhození, tlučení, zbití, znásilnění, a dokonce i poranění (18). Doprovodnými příznaky jsou i somatické projevy, které jsou nespecifické (nízký tlak krve, tachykardie, nauzea, zvýšená teplota, bolesti hlavy, příznaky za strany dýchacího, trávicího a vylučovacího systému). Často se agresivně chovají starší lidé, kdy je u nich změněná emotivita (labilita, náhlé změny až podrážděnost, zloba, bloudění, snaha o

fyzický útok)(10).

Zdravotníci záchranáři musí být na sebe velice opatrní. Musí neprodleně poskytovat první pomoc každému, jestliže by bez této pomoci byl ohrožen jeho život nebo vážně ohroženo zdraví(12).

Listina základních práv a svobod je součástí ústavního pořádku České republiky a zabývá legislativou poskytování první pomoci v České republice. Pouze nezávislé soudy mohou v mnoha případech rozhodnout, zda bylo či nebylo porušeno základní právo občana na záchranu života či zdraví. Ve znění paragrafu 207 trestního zákona č. 140/1961 Sb. V platném znění, odstavec 2 uvádí: „ *Kdo osobě, která je v nebezpečí smrti nebo jeví známky vážné poruchy zdraví, neposkytne potřebnou pomoc, ač podle povahy svého zaměstnání je povinen takovou pomoc poskytnout, bude potrestán odnětím svobody až na dvě léta nebo zákazem činnosti*“ (13; s.263).

Zde je zřejmé že ustanovení o ohrožení vlastní bezpečnosti chybí. Zdravotníci záchranáři bývají často napadeni pacienty, kteří jsou buď pod vlivem drog, alkoholu, léků nebo v psychickém deliriu. Známky agrese nemusí vyjadřovat jen pacienti, nýbrž i nejbližší postiženého. Zvláště u ohrožení života, reagují nejbližší agresivně ať už slovně či fyzicky. Agresivita pacientů v dnešní době stoupá, a tak je nutné ji řešit. Záchranáři by měli projít výcvikem sebeobrany a k ohrožujícím situacím si přivolat policii České republiky. Dalším příznakem neadaptivního chování je únik. Fyzický únik znamená zavření očí, zacpání uší, nebo může být pouze symbolický. Ten znamená útěk do fantazií, do nemoci, útěk ze života, může to být s pomocí drog, alkoholu, léků. To pomalu může přecházet do negativismu, kdy se odmítá pomoc. Zdravotníci záchranáři by se neměli dostat do potlačení nepříjemných vzpomínek, snaha o zapomnění na situace nepříjemné, bolestivé. Měli by o tom mluvit, svěřovat se, neuzavírat se (5).

1. 3. 6. Burnout

Syndrom vyhoření („burn-out syndrom“) je obtížné ale léčitelné onemocnění, které je uvedeno v mezinárodní klasifikaci nemocí. Vyskytuje se u povolání, která pracuje s

lidmi, a bývá charakterizováno jako totální emocionální vyčerpání. Je reakcí na práci v rovině psychické, tělesné i sociální (11).

Vzniká po dlouhodobém svědomitém vykonávání náročné profese, kdy člověk začne postrádat další motivaci a sílu. Práci vykonává rutinně, bez zájmu nebo až s odporem (5). Typické je také snížení výkonu, únava už při pomýšlení na práci a pocit „že už nemohu dál“. Lidé s těmito potížemi pocítují ztrátu naděje na zlepšení, podrážděnost a subdepresivní ladění. Příznačné je pro ně odcizení druhým lidem i sobě samým. Přístup k práci a životu může být až cynický (11).

Pro dobrý výkon své profese je potřeba přijetí této role a profesionální adaptace na stresory. Tím mohou být bolest, utrpení, umírání druhých, které však nesmí přerůst v profesionální deformaci a lhostejnost (5).

Druhou cestou je usilovat o změnu u sebe. Cílem je poznat a změnit vlastní nevhodné postoje a přístupy, jenž situaci zhoršují. Důležité je naučit se klást na sebe realistické požadavky a vědomě posilovat svou odolnost vůči zátěži, která je na něj naložena. Příkladem je metoda identifikace a změny negativních vnitřních myšlenek o sobě samém na pozitivní monology, tzv. kognitivní přerámování.

Pro prevenci syndromu vyhoření je důležité zahrnout své zdraví a kondici mezi nejdůležitější životní hodnoty. Aktivně měnit a analyzovat svou situaci (okolnosti, potřeby, cíle, schopnosti, stereotypy, nerealistické představy a očekávání), pěstovat dobré mezilidské vztahy (v práci i doma). Neustále se vzdělávat a dbát o svůj osobnostní rozvoj (11).

Může dojít k rozvinutí burn-out syndromu. Poté může dojít ke změně pracoviště i ke změně pracovního povolání.

1. 3. 7. Motivace zdravotnických záchranářů

Zdravotničtí záchranáři jsou většina silně extrovertní a úkolově zaměřené osobnosti s vůdcovskými rysy ve stabilně vytvářených týmech. Dále je charakterizuje akčnost, schopnost improvizace a odvaha.

V oblasti motivačních potřeb zdravotnických záchranářů patří výrazná potřeba obětovat se a pomáhat bližnímu jedinci v jeho těžké či krizové životní situaci, a to bez ohledu na jeho vlastní nepohodlí či potřeby.

Mezi další motivační potřeby řadíme touhu předvést svou odbornou medicínskou i záchranářskou schopnost a dovednost před přihlížejícím okolím i pacientem samotným, touha po dobrodružství „adrenalinových“ situacích, jenž zvyšují výkonnost a motivaci záchranáře. Motivací je zajištění respektu vůči lidské důstojnosti, společenské pokory a úcty před umírajícími v medicínsky neřešitelných případech. Neustálý kontakt s novými poznatky, okolnostmi a společenským prostředím při záchranných akcích motivuje k dalšímu vzdělávání, spolupráci při zavádění nových postupů do vlastní praxe i do praxe zdravotnické záchranné služby jako takové (13).

Vznik moderního systému zdravotnické záchranné služby v České republice v sedmdesátých letech 20.století byl následován rozvojem odbornosti zdravotnického personálu v nastávajících letech osmdesátých. Poté následoval technologicky a organizační rozmach zdravotnické záchranné služby v posledním desetiletí minulého století. První dekády nového tisíciletí proběhnou ve znamení příprav a modernizace zdravotnického záchranného systému na problematiku terorismu a problematiku zvládání psychické náročnosti profese ve zdravotnické záchranné službě (13).

2. Cíl práce

Zdravotníci záchranáři jsou svědky závažných situací. Jsou opakovaně vystavováni velké psychické zátěži. Jejich práce vyžaduje každodenní vyrovnanost, připravenost a empatický postoj k záchraně lidských životů. Volbou kvalitativního výzkumu bych chtěla zjistit postoje a pocity zdravotnických záchranářů k umírání a smrti. Výsledkem výzkumu vytvořit hypotézy o vlivu častého a opakovaného setkávání zdravotnických záchranářů s umíráním a smrtí do jejich života a práce.

3. Metody výzkumu

Bakalářská práce je vytvořena formou kvalitativního výzkumu, polořízeného rozhovoru.

Vytvořenou skupinu respondentů tvoří zdravotničtí záchranáři Jihočeského kraje. Tázání respondenti s výzkumem souhlasili. Bylo tázáno 8 respondentů, muži i ženy, od 1.5 roku do 9 let praxe na zdravotnické záchranné službě. Polořízené rozhovory byly zaznamenány na diktafon. Poté přepsány takřka doslovně v kapitole 4. Výsledky, dále v podkapitole 4.1. Přepis rozhovorů.

Rozhovory jsou porovnávány v podkapitole 4.2. Výsledky rozhovorů.

4. Výsledky výzkumu

4.1. Přepisy rozhovorů

4. 1. 1. Zdravotnický záchranář č.1

Muž, 6 let praxe na zdravotnické záchranné službě.

❖ *Setkal jste se s umíráním a smrtí při výkonu Vaší profese?*

Ano, setkal.

❖ *Jaké pocity máte při setkání s umíráním a smrtí?*

Smrt patří k životu. Pokud to není mladý člověk anebo miminko, tak to беру tak, že to k životu patří.

❖ *Jaký postoj nyní zaujímáte k setkání s umíráním a smrtí? Změnil se tento postoj od začátku Vaší praxe?*

Určitě v tom rozdíl je, postupem času to vnímám jinak. Řekl bych, že se již nad tím tolik nezamýšlím jako dřív.

❖ *V čem pociťujete změnu přístupu k umírajícímu a ke smrti?*

Myslím, že čím déle zde pracuji, tím se to mění.

❖ *Jaký rozdíl prožíváte při setkání se smrtí u dětí a u dospělých?*

Je v tom obrovský rozdíl, u dítěte mi trvá dlouho než se s tím srovnám. Hodně na to myslím, myslím na to, že dítě mělo před sebou celý život.

❖ *Jaké myšlenky Vás při setkání s umíráním a smrtí napadají?*

Pomýšlím nad tím, že se to může stát přímo mně, hranice mezi životem a smrtí je příliš tenká, uvědomuji si to hlavně u dopravních nehod. Když nebudu jezdit opatrně, tak do toho lehce vlítanu.

❖ *Pokud se lidský život nepovede zachránit, jaké jsou pak Vaše pocity, co prožíváte?*

Statisticky ze 100 lidí zemře 99. Jsem s tím smířen.

❖ *Jaký postoj zaujímáte k tomu, když resuscitujete a jsou u toho příbuzní?*

Jsou lidé, kteří pomáhají, jsou lidé, kteří škodí. Pokud jsou u toho rodiče, je to velký stres pro ně a pro mě. Jinak to vnímá kolega a kolegyně, který (á) má své dítě, u mě je to jiné, když děti nemám.

❖ *Volné vyjádření o umírání smrti v přednemocniční neodkladné péči- jak byste se vyjádřil?*

Umírání a smrt patří k životu a podle mého názoru by se do toho nemělo až tak zasahovat. Pokud je člověk hodně starý nebo hodně nemocný, nevyléčitelný, tak pro něj je smrt vysvobození. Není mi dobře ani z toho když člověka úspěšně zresuscitujeme, ale mozek je poškozen, tak pak ani nechci pomýšlet na to, že je z něj pacient s Apalickým syndromem ležící na anesteziologickém resuscitačním oddělení.

4. 1. 2. Zdravotnický záchranář č. 2

Muž, 7 let praxe na zdravotnické záchranné službě.

❖ *Setkal jste se s umíráním a smrtí při výkonu Vaší profese?*

Často.

❖ *Jaké pocity máte při setkání s umíráním a smrtí?*

Na začátku praxe mi setkání přišlo zvláštní. Později jsem začal být na tato setkání citlivý k lidem, kteří mi byli blízcí. Postupem času mi to začíná čím dál víc vadit. Mám rozporuplné pocity.

❖ *Jaký postoj nyní zaujímáte k setkání s umíráním a smrtí? Změnil se tento postoj od začátku Vaší praxe?*

Změnil se, na praxi mi to přišlo zvláštní a akční a moc jsem se nad tím nezabýval. V současné době se nad tím více zamýšlím a cítím lítost. Chápu to, ale někdy se mi ta smrt zdá úplně zbytečná. Cítím se teď mnohem citlivější.

❖ *V čem pociťujete změnu přístupu k umírajícímu a setkání se smrtí?*

Pociťuji ji právě vzhledem s přibývajícím věkem a léty na záchranné službě.

❖ *Jaký rozdíl prožíváte při setkání se smrtí u dětí a dospělých?*

Děti jsem moc umírat neviděl, ale když už se s tím setkám, tak se mě to až tak nedotýká. Necítím až tak veliký rozdíl mezi smrtí dítěte a dospělým. Své děti zatím nemám a tak to až tak neprožívám.

❖ *Jaké myšlenky Vás při setkání s umíráním a smrtí napadají?*

Myslím na to, že jednou taky zemřu. Se svou smrtí nejsem vyrovnán. Bojím se toho, že se to stane mě a mým blízkým. Mnoho lidí se o tomto tématu nechtějí bavit, aby to nepřivolávali, ale já si myslím, že by se o tom mluvit mělo a měli bychom dávat najevo co si o tom myslíme.

❖ *Pokud se lidský život nepovede zachránit, jaké jsou pak Vaše pocity, co prožíváte?*

I přesto že děláme maximum, někdy pomoci už stejně nemůžeme. Jsem s tím smířený.

❖ *Jaký postoj zaujímáte k tomu, když resuscitujete a jsou u toho příbuzní?*

Zaměřuji se na práci, nerozrušuje mě to. Vnímám je, uvědomuji si, že pro ně to musí být hrozný pocit. Nevnímám to jako nějakou zátěž. Dělá mi problém a zátěž resuscitovat a zachraňovat příbuzné a známé.

❖ *Volné vyjádření o umírání a smrti v přednemocniční neodkladné péči – jak byste se vyjádřil?*

Zachraňovat příbuzné a známé je pro mě hodně citlivá záležitost, když ty lidi neznám, stejně je to pro mě náročné a někdy na ně myslím a přemýšlím nad tím.

Smrt je přirozená součást našeho života, čeká nás všechny. Toto téma je důležité, ale není morbidní. Většina lidí o tomto tématu nechtějí mluvit jak už jsem uvedl. Myslím si, že je na smrt třeba koukat z reálného pohledu.

4. 1. 3. Zdravotnický záchranář č. 3

Muž, 3 roky praxe na zdravotnické záchranné službě.

❖ *Setkal jste se s umíráním a smrtí při výkonu Vaší profese?*

Ano, setkal.

❖ *Jaké pocity máte při setkání s umíráním a smrtí?*

Zatím to беру jako práci. Já si to za tu dobu ještě nějak nepřipouštím. Beru to tak, že to patří k mé práci.

❖ *Jaký postoj nyní zaujímáte k setkání s umíráním a smrtí? Změnil se tento postoj od začátku Vaší praxe?*

Ano, určitě změnil.

❖ *V čem pociťujete změnu přístupu k umírajícímu a setkání se smrtí?*

Beru to tak, že se u mě změnila podstata života a vnímám ji jako vyšší.

❖ *Jaký postoj nyní zaujímáte k setkání se smrtí u dětí a u dospělých?*

U dětí jsem se smrtí ještě nesetkal. Pokud mám výjezd k dítěti, tak mám velký strach. Zachraňovat a ošetřovat dítě je pro mě větší stres než s dospělým.

❖ *Jaké myšlenky Vás při setkání s umíráním a smrtí napadají?*

Vždycky mě napadá, že jsem rád, že to není nikdo z mých blízkých a známých.

❖ *Pokud se lidský život nepovede zachránit, jaké jsou pak Vaše pocity, co prožíváte?*

Mám takové pocity k zamýšlení, jestli se nedalo udělat něco víc. Jestli jsme neměli ještě déle resuscitovat.

❖ *Jaký postoj zaujímáte k tomu když resuscitujete a jsou toho příbuzní?*

Příbuzný a lidi okolo nevnímám. Soustředím se na svou práci.

❖ *Volné vyjádření o umírání a smrti v přednemocniční neodkladné péči – jak byste se vyjádřil?*

Smrt vždycky přijde, u někoho nastane dřív než by měla.

4. 1. 4. Zdravotnický záchranář č. 4

Žena, 6 let praxe na zdravotnické záchranné službě.

❖ *Setkala jste se s umíráním a smrtí při výkonu Vaší profese?*

Ano, několikrát.

❖ *Jaké pocity máte při setkání s umíráním a smrtí při výkonu Vaší profese?*

Čím dál horší. Zanechává to ve mně psychické skvrny. Myslím, že je to věkem. Čím jsem starší, tím se mně to dotýká více.

❖ *Jaký postoj nyní zaujímáte k setkání s umíráním a smrtí? Změnil se tento postoj od začátku Vaší praxe?*

Změnilo se to léty praxe a přibývajícím věkem.

❖ *V čem pociťujete změnu přístupu k umírajícímu a setkání se smrtí?*

Věkem, nastává to v době kdy člověk má rodinu a děti. Myslím si, že tím trpí i celá rodina, je to tzv. deformace z povolání. Vadí mi i chování některých zdravotníků. Měla by se zachovávat etika povolání.

❖ *Jaký rozdíl prožíváte při setkání se smrtí u dětí a u dospělých?*

U dětí je to podstatně horší, dochází ke smrti která nemusela být. Je to pro mě silně stresující a na tyto situace s dětmi nezapomínám. Mám doma děti a tak když dostanu výjezd k dítěti, říkám si, kde ty moje zrovna jsou a co dělají, mám pak strach.

U dospělých je smrt někdy vysvobození, pokud jsou těžce nemocní nebo starý. Pokud vyjždím k tragickým autonehodám, vždycky když pak jedu okolo toho místo si na to vzpomenu a myslím na tu situaci jak se to stalo. Na takové okamžiky neumím zapomenout.

❖ *Jaké myšlenky Vás při setkání s umíráním a smrtí napadají?*

Napadne mě hned kde se pohybuje má rodina a co dělají.

Pokud jsou lidé staří nebo těžce nemocní, pak je smrt vysvobozením, i tak je mi to líto.

❖ *Pokud se lidský život nepovede zachránit, jaké jsou pak Vaše pocity, co prožíváte?*

Mám pocit, že jsme pro člověka udělali maximum. Ale také mám pocit, že kdybychom byli blíže a čas dojezdu by netrval těch 15minut, mohli bychom udělat víc.

❖ *Jaký postoj zaujímáte k tomu, když resuscitujete a jsou u toho příbuzní?*

Nejsem z toho nervózní, ale není to příjemné pro žádnou posádku si myslím. Okolí rodiny nevnímám, je dobré se naučit umět vypnout a soustředit se pouze na svou práci a záchranu člověka.

❖ *Volné vyjádření o umírání a smrt v přednemocniční neodkladné péči- jak byste se vyjádřila?*

Na mě umírání a smrt nepůsobí optimisticky, ale je to daný okolnostmi a věkem. Pokud je to starý a nemocný člověk, tak je to vysvobození, pokud mladý člověk, tak si myslím, že je to zbytečná smrt.

4. 1. 5. Zdravotnický záchranář č. 5

Muž, 1,5 roku praxe na zdravotnické záchranné službě.

❖ *Setkal jste se s umíráním a smrtí při výkonu Vaší profese?*

Ano, setkal.

❖ *Jaké pocity máte při setkání s umíráním a smrtí?*

Pokud se v práci setkávám s člověkem, který právě umírá, nemám většinou moc prostoru na emoce. Spíše se soustředím na práci a na to, co je třeba udělat, aby nezemřel.

Pokud člověk umírá a již se z naší strany nic nedělá, jen se např. podávají tisíce léky, je to u starých a nemocných pacientů, u kterých to беру jako vysvobození.

Výjezdy netrvaly tak dlouho, abych se s tím člověkem, či rodinou seznámil, takže jsou pro mě úplně anonymní, což mi umožňuje se smrtí lépe vyrovnat.

❖ *Jaký postoj nyní zaujímáte k setkání s umíráním a smrtí? Změnil se tento postoj od začátku Vaší praxe?*

Rozdíl je, ale ne ve smyslu začátku mé praxe a současností, to je téměř stejné. Spíš jsem měl jiné pocity úplně na prvních praxích ve škole na LDN, kde jsem se smrtí setkal poprvé.

❖ *V čem pociťujete změnu přístupu k umírajícímu a setkání se smrtí?*

Beru to jako přirozenou součást konce života, pokud jde o staré a těžce nemocné pacienty, takže speciální přístup nemám.

❖ *Jaký rozdíl prožíváte při setkání se smrtí u dětí a u dospělých?*

U smrti dítěte jsem ještě nebyl, ale spíš bych myslel na jeho rodiče.

❖ *Jaké myšlenky Vás při setkání s umíráním a smrtí napadají?*

Většinou žádné. Beru to jako součást života.

❖ *Pokud se lidský život nepovede zachránit, jaké jsou pak Vaše pocity, co prožíváte?*

Pokud vidím, že je děláno maximum možného a přesto nedokážeme člověka zachránit, beru to tak, že jsme to již ovlivnit nemohli.

❖ *Jaký postoj zaujímáte k tomu, když resuscitujete a jsou u toho příbuzní?*

To je problém. Ideální je pokud je rodina odvedena do vedlejší místnosti. Rozhodně to není příjemné. Ne že by překáželi nebo nějak rušili, když se resuscituje, to ne, ale není to příjemné.

❖ *Volné vyjádření o umírání a smrti v přednemocniční neodkladné péči – jak byste se vyjádřil?*

Smrtí končí každý život a tak to beru.

4. 1. 6. Zdravotnický záchranář č. 6

Muž, 9 let praxe na zdravotnické záchranné službě.

❖ *Setkal jste se s umíráním a smrtí při výkonu Vaší profese?*

Ano, setkal jsem se častokrát.

❖ *Jaké pocity máte při setkání s umíráním a smrtí?*

Žádné zvláštní dá se říct. Umírajících a mrtvých jsem viděl již několik a pokud vím, že už jim nejde pomoci, tak jsem s tím smířen. Udělali jsme všechno co jsme mohli. Jsou to smutné osudy, ale nikdo z nás neví kdy nás něco takového postihne.

❖ *Jaký postoj nyní zaujímáte k setkání s umíráním a smrtí? Změnil se tento postoj od začátku Vaší praxe?*

Myslím, že ani ne. Možná se mi změnil vlivem toho, že mám rodinu a děti. Dřív jsem se na setkání se smrtí díval jako součást práce, bral jsem to jako, že to k mé práci patří.

Nyní je to trochu jiné v tom, že pokud je výjezd hlášen k dítěti nebo i k dospělému, napadají mě myšlenky, aby se to nestalo mým blízkým.

❖ *V čem pociťujete změnu přístupu k umírajícímu a setkání se smrtí?*

Změnu pociťuji v tom, že mám rodinu a že jsem k těmto situacím citlivější.

❖ *Jaký rozdíl prožíváte při setkání se smrtí u dětí a u dospělých?*

Smrt dětí není tak častá, ale setkal jsem se již s tím. Je to hodně smutné.

U dospělých se mě to až tak nedotýká. Samozřejmě, že je to také smutná situace, ale nemyslím na to tolik. Je to součást mé práce a tak jsem na to zvyklý. Setkávám se s tím poměrně často a tak už umím rozpoznat, když přijedeme na místo, zda- li smrt nastane nebo ne.

❖ *Jaké myšlenky Vás při setkání s umíráním a smrtí napadají?*

Napadá mě, že se to mohlo stát někomu z mé rodiny nebo mě, či mým kamarádům.

Tato myšlenky je nepříjemná. Jinak přemýšlím pak nad tím co musí prožívat rodina zemřelého. Tyto myšlenky mě po příjezdu na základnu opouští a soustředím se na nový.

❖ *Pokud se lidský život nepovede zachránit, jaké jsou pak Vaše pocity, co prožíváte?*

Je to smutná událost, ale někdy se pomoci nedá. Víím, že děláme maximum, ale někdy to nestačí nebo je pozdě. Beru to tak, že je to součástí života a čeká to každého z nás.

❖ *Jaký postoj zaujímáte k tomu, když resuscitujete a jsou u toho příbuzní?*

Příbuzné nevnímám, při některých situacích, většinou vzniklých na silnici, ulici, jsou někdy lidé, kteří jdou právě okolo hodně zvědavý a můžou až škodit. Je pak dobré je požádat aby šli kousek dál. Naopak se najdou lidé, kteří chtějí pomoci, a tak drží třeba láhev s fyziologickým roztokem nad pacientem, což je pro nás pomoc. Je to tedy jak kdy, záleží na situaci a okolnostech.

❖ *Volné vyjádření o umírání a smrti v přednemocniční neodkladné péči – jak byste se vyjádřil?*

Umírání a smrt je smutné a poměrně těžké téma pro každého z nás, nejen pro záchranáře. Záchranáři se setkávají s umíráním a smrtí častěji a tak je dobré, aby se záchranář naučil relaxovat a vypnout od těchto situacích. Já jsem pak rád, když můžu vyrazit někam s rodinou a přijít tím na jiné myšlenky.

4. 1. 7. Zdravotnický záchranář č. 7

Žena, 8 let praxe na zdravotnické záchranné službě.

❖ *Setkala jste se s umíráním a smrtí při výkonu Vaší profese?*

Ano, setkala.

❖ *Jaké pocity máte při setkání s umíráním a smrtí?*

Mám pocit smutku, někdy až úzkosti. Jsou výjezdy, které mi vadí méně, jsou výjezdy, na které myslím i doma.

❖ *Jaký postoj nyní zaujímáte k setkání se smrtí u dětí a u dospělých? Změnil se tento postoj od začátku Vaší praxe?*

Změnil. Dříve jsem se na setkání s umíráním a smrtí dívala jako na součást života a že mě se to ještě nemůže týkat, že jsem mladá. Po osmi letech praxe na zdravotnické záchranné službě jsem starší, mám rodinu a dívám se umírání a smrt jinak. Cítím to tak, že smrt může být blízko, může se to stát mě, někomu z mé rodiny. Může se to stát kdykoliv. Při výjezdech, kde se setkávám se smrtí, na mě padají pocity úzkosti a samoty. Za tu dobu výjezdu nepoznám pacienty až tak blízko, i přesto na ně pak myslím i na jejich příbuzné.

❖ *V čem pociťujete změnu přístupu k umírajícímu a setkání se smrtí?*

Změnu pociťuji právě v tom, že jsem starší, mám svou vlastní rodinu a se smrtí se setkávám častěji.

❖ *Jaký rozdíl prožíváte při setkání se smrtí u dětí a dospělých?*

Velký. Smrt dětí sice není tak častá, ale setkání s ní se mě dotýká hodně. Cítím velkou lítost, smutek. Myslím na to často i doma. U dospělých to není tak silné, pociťuji také smutek a lítost, ale když se jedná o těžce nemocného člověka, tak pro něj může být právě ta smrt vysvobozující.

❖ *Jaké myšlenky Vás při setkání s umíráním a smrtí napadají?*

Napadá mě co se teď asi bude odehrávat v rodině pozůstalého. Co musí prožívat. Ale také mě napadá, že se to mohlo stát i někomu z mojí rodiny a pak si raději řeknu, že na to nesmím ani pomyslet. Většinou si sama o tom popřemýšlím, ale s nikým to raději nerozebírám. Říká se, že se to nemá zakřiknout.

❖ *Pokud se lidský život nepovede zachránit, jaké jsou pak Vaše pocity, co prožíváte?*

Nedalo se dělat víc, vím, že pro záchranu lidského člověka děláme vždy maximum, a tak si pak říkám, že to takhle mělo asi být.

❖ *Jaký postoj zaujímáte k tomu, když resuscitujete a jsou u toho příbuzní?*

Snažím se, aby byli ve vedlejší místnosti a věřili, že děláme maximum. Někdy jsou okolnosti jiné a tak jsou příbuzný u toho. Snažím se je nevnímat a dělat svou práci. Není čas se věnovat někomu jinému než pacientovi.

❖ *Volné vyjádření o umírání a smrti v přednemocniční neodkladné péči- jak byste se vyjádřila*

Po letech praxe si uvědomuji, jak cenný je lidský život a jak lehce ho jde ztratit. Snažím se žít život naplno a pro záchranu nemocných dělat maximum. Být připravena na výjezd v kteroukoliv dobu a den.

Setkání s umíráním a smrtí je v naší profesi velmi časté a tak musíme být na to připraveni.

Musíme to brát tak, že to patří k lidskému životu.

4. 1. 8. Zdravotnický záchranář č.8

Muž, 6 let praxe na zdravotnické záchranné službě.

❖ *Setkal jste se s umíráním a smrtí při výkonu Vaší profese?*

Ano, vícekrát.

❖ *Jaké pocity máte při setkání s umíráním a smrtí?*

Většinou nad tím nepřemýšlím. Poměrně často se setkáváme se smrtí a tak si to nepřipouštím. Jsou to smutné okamžiky, ale snažím se nad tím nezamýšlet. Není ani dostatek času se s pacientem seznámit, o to lépe se s tím pak člověk vyrovnává.

❖ *Jaký postoj nyní zaujímáte k setkání s umíráním a smrtí? Změnil se tento postoj od začátku Vaší praxe?*

Trochu ano. Zpočátku když jsem nastoupil se mi zdály výjezdy akční a byl jsem netrpělivý a nervózní, když jsem jel na výjezd. Teď už to probíhá v klidu.

Pokud se setkám se smrtí pacienta teď po letech praxe na zdravotnické záchranné službě, dotýká se mě smrt mladých lidí. U starých a těžce nemocných se to očekává a může být vysvobozující. U mladých si říkám, že to je zbytečné, že měli vše před sebou. Nad tím se pak i zamýšlím a přijde mi to smutné.

❖ *V čem pociťujete změnu přístupu k umírajícímu a setkání se smrtí?*

Asi věkem a léty praxe na zdravotnické záchranné službě.

❖ *Jaký rozdíl prožíváte při setkání se smrtí u dětí a u dospělých?*

U dětí je to velice smutné jako u mladých lidí, to si člověk řekne, že je to škoda, že měli všechno ještě před sebou. U starých a nemocných už to může být vysvobozením.

❖ *Jaké myšlenky Vás při setkání s umíráním a smrtí napadají?*

Můžu říct, že jsem vždycky rád, když to není nikdo z mých blízkých a příbuzných. Už když je výjezd oznámen do oblasti, kde bydlím, tak mám nepříjemný pocit. Při dopravních nehodách mě napadá, že člověk je někdy velice blízko smrti. Můžete jezdit opatrně a bezpečně a stejně je to otázkou chvilky kdy to do Vás někdo napálí.

❖ *Pokud se lidský život nepovede zachránit, jaké jsou pak vaše pocity, co prožíváte?*

Mrzí mě to, ale vím, že vždycky uděláme maximum, že se lidský život snažíme zachránit.

Pokud nám zemře mladý člověk, je mi to z toho smutno a nějakou dobu na to myslím.

❖ *Jaký postoj zaujímáte k tomu, když resuscitujete a jsou u toho příbuzní?*

Dá se říct, že je nevnímám. Snažíme se příbuzné poprosit, aby šli do vedlejší místnosti.

Někteří lidé, většinou se to stává na veřejném místě můžou být až neodbytní. Někteří naopak nám nabízejí pomoc.

❖ *Volné vyjádření o umírání a smrti v přednemocniční neodkladné péči*

Setkávání s umíráním a smrtí na zdravotnické záchranné službě je poměrně časté. Je někdy těžké se smířit se smrtí dětí, mladých ale i dospělých lidí, ale i s tím se tu musí člověk naučit vyrovnávat.

4. 2. Vyhodnocení rozhovorů

Otázky položené zdravotnickým záchranářům vyhodnocuji zvlášť. Vyzdvížené jsou rozdílné odpovědi záchranářů. Vyzpovídání byli záchranáři (ženy a muži), kteří mají odpracováno od 1,5 roku - 9 let.

4. 2. 1. Postoj zdravotnického záchranáře k umírání a smrti

Setkání s umíráním a smrtí ve své profesi se setkal každý dotazovaný zdravotnický záchranář. Zdravotničtí záchranáři toto setkání berou jako samozřejmost a součást jejich povolání avšak to na nich zanechává psychické stopy.

4. 2. 2. Jaké pocity máte při setkání s umíráním a smrtí?

Zdravotnický záchranář č. 2, 4, 7 setkání se smrtí způsobuje duševní zátěž, zanechává psychické skvrny. Smrt mladých lidí se stává zatěžujícím i pro zdravotnického

záchranáře č. 1. Často na tyto situace vzpomínají. *Zdravotnický záchranář č. 3, 5, 6, 8* nezatěžuje setkání se smrtí, nepociťují dostatek času na emoce, výjezdy netrvaly dlouho a setkávání se smrtí je součástí jejich povolání.

4. 2. 3. Nastala změna v pocitech setkání s umíráním a smrtí od začátku praxe na ZZS?

Tázání respondenti uvádí změnu v pocitech setkání se smrtí. *Zdravotnický záchranář č. 4, 6, 7* pociťují změnu způsobenou věkem a založením rodiny. Setkání se smrtí jim připadá psychicky náročné. Změnu způsobenou postupným zamýšlením nad smrtí, která byla zbytečná a nemusela nastat pociťuje *zdravotnický záchranář č. 2, 8*. Stejnou změnu pociťují *zdravotnickí záchranáři č. 1, 3, 5*, kteří začínají s odstupem času vnímat smrt jinak, nezamýšlejí se nad ní.

4. 2. 4. V čem nastala změna přístupu k umírajícímu a setkání se smrtí?

Na této otázce se shodli *záchranář č. 1, 2, 4, 6, 7* a to jednoznačná změna přístupu v založení své vlastní rodiny se stává člověk k těmto situacím citlivější. Více to vnímá a přemýšlí nad nimi. *Zdravotnický záchranář č. 8* zdůvodnil změnu také v nabývání létech praxe a se *zdravotnickým záchranářem č. 5* se shodli, že smrt je přirozená součást života.

Zdravotnický záchranář č. 3 uvedl : *Beru to tak, že se mi změnila podstat života a vnímám ji jako vyšší.*

4. 2. 5. Rozdíl v pocitech záchranáře při setkání se smrtí u dítěte a dospělého.

Tázání respondenti se v této otázce se shodují podle věku a podle počtu odpracovaných let.

Zdravotnický záchranář č. 1, 4, 6, 7, 8 pociťují velké rozdíly v setkání se smrtí u dítěte. Pociťují lítost, smutek. *Zdravotnický záchranář č. 1* : *U dítěte mi trvá dlouho než se s tím srovnám, dítě mělo před sebou celý život.* *Zdravotnický záchranář č. 4* *Dochází ke smrti, která nemusela být.* Právě s tímto setkáním si záchranáři neví rady. Smrt dospělých berou zdravotnickí záchranáři jako zbytečnou.

Naopak zdravotnický záchranář č. 2 reaguje :*Setkání se smrtí dětí se mě až tak nedotýká. Necítím až tak velký rozdíl mezi dítětem a dospělým. Své děti zatím nemám a tak to až tak neprožívám.* Zdravotnický záchranář č. 3, 5 se smrtí dítěte ještě nesetkali. Záchranář č. 5 uvedl : *Pokud se jede k dítěti, tak mám velký strach. Jakákoliv práce s dítětem je větší stres než s dospělým.*

4. 2. 6. Jaké myšlenky při setkání s umíráním a smrtí napadají zdravotnické záchranáře?

V této otázce docházelo k jasným a stejným odpovědím u záchranářů č. 3, 4, 7, 8, kteří prožívají nepříjemné pocity, když jsou zavoláni do míst, kde mají blízké, známé či dokonce rodinu. Napadají je myšlenky : *Vždycky mě napadá, že jsem rád, že to není nikdo z mých blízkých (záchranář č. 3) .*

U zdravotnických záchranářů č. 1, 2, 6 došlo ke stejným odpovědím – *Pomýšlím nad tím, že se to může stát přímo mě (ochranář č. 1).*

Překvapující se stala pro mě odpověď zdravotnického záchranáře č. 5 – *Nenapadají mě žádné speciální myšlenky. Smrt je součást života.*

4. 2. 7. Co prožívají záchranáři pokud se lidský život nepovede zachránit?

Lidský život je pro člověka tím nejcennějším. Zdravotníci záchranáři dělají pro záchranu lidského života maximum, někdy už pomoci však nelze. Z mého výzkumu vyplynulo, že jsou s neúspěšnou resuscitací smířeni záchranáři č. 1, 2, 5, 6, 7, 8. Odůvodnili si neúspěšnou záchranu tím, že pro ni dělali maximum. Naopak zdravotnický záchranář č. 3 si takto odůvodnit to nedokáže. Přemýšlí nad tím, zda- li se nedalo dělat něco více. Zdravotnický záchranář č. 4 podává za vinu vzdálenost od zdravotnické záchranné služby.

4. 2. 8. Jaký postoj zaujímají zdravotničtí záchranáři, když resuscitují a jsou u toho příbuzní?

Z 8 tázaných respondentů se na této otázce shodli záchranáři č. 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, kteří se zaměřují pouze na svou práci a nejsou z toho nervózní. Zdravotnický záchranář č. 1 uvedl, že jsou i lidé, kteří škodí, to je pak dobré když jsou odvedeni. Zdravotnický záchranář č. 5 považuje toto za problém: „Není to příjemné, ideální je pokud je rodina odvedena do vedlejší místnosti.“

4. 2. 9. Volné vyjádření zdravotnických záchranářů o umírání a smrti v přednemocniční péči

- Zdravotnický záchranář č. 1 : „ Umírání a smrt patří k životu a podle mého názoru by se do toho až tak zasahovat nemělo. “
- Zdravotnický záchranář č. 2 : „ Zachraňovat příbuzné a známé je pro mě hodně citlivá záležitost, když ty lidi neznám, stejně je to pro mě náročné. “
- Zdravotnický záchranář č. 3: „ U někoho přijde smrt dřív než by měla. “
- Zdravotnický záchranář č. 4: „ Na mě umírání a smrt nepůsobí optimisticky, ale je to daný okolnostmi a věkem. “
- Zdravotnický záchranář č. 5 : „ Smrtí končí každý život a tak to беру. “
- Zdravotnický záchranář č. 6 : „ Umírání a smrt je poměrně těžké téma pro každého z nás. Jsem rád, když pak můžu pak vyrazit s rodinou a přijít na jiné myšlenky. “
- Zdravotnický záchranář č. 7: „ Setkání s umíráním a smrtí je v našem povolání velmi časté a tak musíme být na to připraveni a pro záchranu nemocných dělat maximum. “
- Zdravotnický záchranář č. 8: „ Je těžké se smířit se smrtí dětí a dospělých. “

5. Diskuze

Každodenním průvodcem záchrannářů jsou negativní pocity, stres, neboť denně posádky zdravotnické záchranné služby řeší zdravotní i sociální krize. Denně jsou tyto posádky účastníky mezních situací, které se často odehrávají na hranici mezi životem a smrtí. Často je snaha o záchranu marná, velmi často komplikovaná přídatnými okolnostmi v místě zásahu. Každodenně musí zdravotničtí záchrannáři zvládat při výkonu své profese zátěž nárazovou i chronickou (13).

Zdravotničtí záchrannáři se často setkávají s umíráním a smrtí. Byla jim položena otázka jak na toto setkání reagují.

Respondenti (zdravotnický záchrannář č. 3 a 5) se v této otázce shodují viz výsledky str. 34, 37.

Vlivem dalších přibývajících let na zdravotnické záchranné službě se dotazovaní v odpovědích liší.

Respondenti (zdravotnický záchrannář č. 2 a 4 a 7) se v tomto shodují viz výsledky str. 33, 36, 41.

Zdravotničtí záchrannáři, kteří pracují na záchranné službě déle než 5let mají odlišné reakce. Zdravotnický záchrannář č. 2, 4, 7 uvádí jednoznačně, že u nich dochází vzhledem k věku ke změnám a setkání se smrtí považují za nepříjemné a odnáší si tyto pocity i domů.

Zdravotničtí záchrannáři a jejich věčné setkávání se zátěžovými situacemi může postupně vyústit k tomu, že se obětí nestává pouze umírající člověk, nýbrž sám pracovník. V podvědomí slova „oběť“, jenž nese pasivní nádech, protože bez svého zavinění nese přímé hmotné a psychické následky kritické události (25).

Většina lidí se dovede s jednorázovou zatěžující zkušeností vyrovnat sama, nebo s podporou svých rodin, kolegů nebo přátel. Pokud ale dochází k setkávání s těmito extrémními situacemi opakovaně, může dojít k rozvoji psychických potíží a snížení psychické odolnosti. Je třeba, aby pracovníci zdravotnické záchranné služby měli možnost o těchto psychických problémech s nějakými odborníky hovořit. Každý člověk

je jinak osobnostně nastaven. Někdo v životě důkladně promýšlí, než se pustí do řešení úkolů, své city více skrývá.

Z mého výzkumu vyplynulo, že zdravotničtí záchranáři potřebují psychickou pomoc.

Zde je vidět, že zcela chybí fáze cílově zaměřeného hodnocení, vyhodnocení pocitů, debriefing zejména po psychicky náročných výkonech, jakými jsou např. ošetření malých dětí v kritickém stavu, komplikovaná nebo neodkladná resuscitace, dopravní nehody či jiné akce. Automaticky se počítá s tím, že zdravotnický záchranář si sám umí vyhodnotit do jaké fyzické a psychické meze může až dojít a nepotřebuje k tomu odbornou pomoc.

U zdravotnických záchranářů se začínají vyskytovat aktivity, které vyvíjejí manažeři a vedoucí lékaři ZZS ve spolupráci s klinickými i terénními psychology, psychiatry ve prospěch krizové intervence pro zdravotnické záchranáře. Jako příklad se uvádí oblastní středisko v Mělníku a Praha – venkov, kde nechávají proškolit některé své zaměstnance na kurzech krizové intervence, postupně provádí proškolení zaměstnanců v problematice zvládání posttraumatických jevů.

Časná intervence je sousloví, které se používá jako označení krátkodobé psychosociální pomoci po traumatizujících událostech. Postupně se stávalo synonymem pro debriefing. Debriefing popisuje krizově intervenční techniky, které se uplatňují při zvládání zátěže pramenící z mimořádné události, většinou traumatizující. U profesionálních záchranářů se předpokládá, že se většina časně intervence po zásahu odehraje spontánně. V tomto případě není potřeba psychologa. Bývá to úkolem velitele, aby měl na mysli cíl intervence. Členové týmu by měli zažít přijetí ostatními, společný humor a společnou péči o ty z nich, kteří při zásahu byli co nejvíce psychicky zasaženi.

Klasický debriefing se používá obvykle ve skupině. Při skupinovém použití je nutné dbát na správnou volbu skupiny. Debriefing vedou odborníci – psychologové, psychiatři, kliničtí sociální pracovníci spolu s lidmi z dalších profesí. Metoda neodstraňuje posttraumatické příznaky, ale vytváří kognitivní rámec pro účinné způsoby, jak příznaky zvládnout (13).

Na přípravě metodik, doporučených postupů, vzdělávacích programů a dalších úkolech se podílí pracovní skupina, která musí být prověřená. Programy mají preventivní

charakter a jsou realizovány v několika rovinách. V první řadě je to vzdělávání záchranářů v problematice stresu a nadlimitně zátěžových situací, jejich rizika a působení. To postupně může vést a vyústit až k rozvoji syndromu vyhoření.

Jde zde rovněž o značné riziko syndromu vyhoření (burnout), profesního selhání, výskytu závislostí, různé posttraumatické jevy nebo psychosomatické obtíže.

Rozvoji projevů burnout syndromu i posttraumatické stresové poruchy lze předcházet. V první řadě je třeba si uvědomit míru vlastního ohrožení vyplývající z podstaty práce samotné a z kumulace rizikových faktorů. Důležité je posilovat cíleně a vědomě projektivní faktory – schopnost relaxace, schopnost účinné relaxace času, posilovat pozitivní vazby v rodině, na pracovišti. Neméně důležitá je schopnost účinně se odpoutat od pracovních problémů.

Dalším řešením je změna zaměstnání v rámci oboru. Přináší sice úlevu, ale může jít o pouze dočasnou úlevu, protože díky tomu, že sebou přinášejí své způsoby řešení situace, jsou často na novém pracovišti konfrontováni se stejnými problémy. Lidé, kteří tímto způsobem vystřídají několik zaměstnání mohou získat pocit beznaděje a selhání. Dále existuje možnost nepodniknout nic. Lidé jsou pak stále na stejném místě, které jim nepřináší nic kromě jistoty a peněz. Stanou se tak rutinéry bez zájmu a náhledu. Mezi neúčelné strategie se řadí samoléčení, které u zdravotníků překračuje běžně zneužívané prostředky jako je alkohol, drogy, kofein a nikotin. Nežádoucí účinky této samoléčby vyvolávají další problémy (21).

Zdravotníci záchranáři jsou ohroženi v závislosti na alkoholu. Je třeba primární prevence. Vytvářet a posilovat mezilidské vztahy, naučit se dobře komunikovat v rámci svého týmu i s dalšími kolegy. Lidé též profese bývají schopni si dobře porozumět, poskytovat si pochopení a sdílet mezi sebou své vlastní zkušenosti. Je potřeba si dávat realistické a dosažitelné cíle. K péči o vlastní duševní zdraví přistupovat stejně zodpovědně jako k důležitým pracovním úkolům (20). Efektivní a účelná strategie je schopnost sebereflexe (21).

Je potřeba, aby zdravotnický pracovník měl bezprostředně po ukončení výjezdu možnost se vypovídat z nějaké nepříjemné události. Je zapotřebí, aby na každé

zdravotnické záchranné službě sloužil nějaký odborník, za kterým by si mohl záchranář dojít.

Zdravotnický záchranář má pod rukama několik lidských životů, pokud právě lidský život vyhasne a výjezdový tým ví, že se nedalo udělat více, dopadá na několik záchranářů mnoho otázek, proč se nedalo dělat něco víc, proč se nedalo přijet dřív. I přes tyto otázky a pocity, musí záchranář udělat vše potřebné kolem zemřelého a pozůstalých a být připraven na další výjezdy.

Respondent (zdravotnický záchranář č. 4) uvedl jiný názor viz výsledky str. 36.

Respondenti (zdravotnický záchranář č. 1, 2, 5, 6, 7) se v tomto shodují, viz výsledky str. 32, 33, 38, 39, 41.

Zdravotníci záchranáři dělají maximum, aby zachránily lidský život, to se však někdy nepodaří. Pokud neúspěšná resuscitace převažuje nad tou úspěšnou, u záchranáře může vést k emočnímu vyčerpání. Záchranář není pak schopen se citově angažovat nebo naopak může dojít k depersonalizaci. Záchranář začne pak přistupovat k pacientovi jako k věci, osobní vztah k pacientovi se postupně vytratí. Vytratí se emoce, soucítění, dojde k otupění. Záchranáři si poté mohou připadat jako „automat“, který stále dělá stejné věci. Dochází ke sníženému pocitu profesního uspokojení. K tomuto stavu také dochází u záchranářů setkávajících se s umíráním a smrtí jak u dospělého, tak u dítěte.

Podle nejčerstvějších výsledků úspěšné resuscitace u dětí letošního roku 2010 vyplynulo : Výsledky resuscitace u dětí do 1 roku zůstávají špatné bez ohledu na původ zástavy, provádění či neprovádění a způsob resuscitace. Dlouhodobé přežívání se pohybovalo mezi 1-2 procenty. U dětí nad 1 rok se zástavou z nekardiální příčiny bylo dosaženo nejlepších výsledků při střídání komprese hrudníku a dýchání z plic do plic. Výsledky jsou těžce sehnatelné, shánějí se velmi těžce – naštěstí. Jde o vzácné příhody, avšak s velmi špatnou prognózou (24). I tato minimální setkávání mohou vést k narušení psychiky a častému se vracení k traumatizujícím událostem. U tázaných respondentů č.1, 4, 6, 7, 8 dochází k velkému rozdílu. Tito záchranáři pociťují ztrátu dítěte větší než ztrátu dospělého. Srovnávají se s tím déle a myslí na to doma. Viz výsledky str. 31, 36, 39, 41, 43. Na pomoc profesionálů spoléháme při každé krizové situaci která nastane. Již méně si uvědomujeme, že i vybraný a vycvičený záchranář –

profesionál je taky jen a jen člověkem. Záchranáři se ocitají v nenormální, kritické situaci a ztrácí, díky jejímu náboji, schopnost adekvátně reagovat, plnit úkoly a odstraňovat následky. Tyto kritické události mezi níž patří usmrcení dítěte a oznámení to rodičům, mohou vyústit až v posttraumatické stresové poruchy(25).

Rozdílné odpovědi na tuto otázku mají respondenti (zdravotnický záchranář č. 2 a 5), viz výsledky str. 33, 38.

Z odpovědí zdravotnických záchranářů lze vyvodit tyto hypotézy:

- Zdravotničtí záchranáře psychicky ovlivňuje setkání s umíráním a smrtí.
- Zdravotničtí záchranáři vnímají neúspěšnou resuscitaci jako vyrovnaný osobnosti.
- Zdravotnický záchranáři vnímají setkání se smrtí dítěte jako duševní zátěž.

6. Závěr

Povolání zdravotnických záchranářů je nesmírně zodpovědné a následně stresující.

Záchranáři musí zaujímat neustále stejné postoje k pacientům. Nejčastěji se setkávají s umíráním a smrtí. Jsou svědky opakovaných událostí, při kterých vidí umírání, smrt lidí. Musí být vždy připraveni na poskytnutí té nejkvalitnější péče. To znamená i pokud zdravotnický záchranář je přivolán k pacientovi, který je mu blízký či z rodinného kruhu, musí zachovávat stále stejný postoj. Mnohdy jsou zdravotnickým záchranářům vytknuty jejich postoje k ošetření pacientů. Někdy působí jejich plnění úkolů bez empatií a s omezenou verbální komunikací. Jejich opakované setkávání s umíráním a smrtí má na záchranáře psychický vliv.

Jak vyplynulo z výsledků mého kvalitativního výzkumu. Práce si kladla za účel zjištění postojů zdravotnických záchranářů umírání a smrti. Následně pak odrazů tohoto opakovaného setkávání do vlastního života a na pracoviště.

Byl proveden kvalitativní výzkum na vybrané skupině zdravotnických záchranářů. Byly vytvořeny hypotézy, které jsou uvedeny v kapitole 5. Diskuze. Cíl je považován za splněný. Vzhledem k omezení pouze vybrané skupiny záchranářů na kterých byl proveden kvalitativní výzkum nelze tato bakalářská práce zobecnit.

Závěrem bych chtěla poznamenat, že hlavním úkolem zdravotnických záchranářů je poskytovat záchranu života každého jedince, který ji právě potřebuje. Zdravotnický záchranář se v první řadě soustředí na výkon, který danému člověku zachrání život. Na projevy emocí často u záchranářů nedochází. Jejich opakované setkávání vede k pracovní rutině. Někteří záchranáři berou toto setkávání jako součást jejich práce, někteří nedávají své city a projevy na místě najevo, ale dlouho se s tím ještě sami vyrovnávají.

Tato bakalářské práce by měla ukázat budoucím studentům oboru zdravotnický záchranář, ale i současným zdravotnickým záchranářům potřebu hovořit s odborníky o opakovaném setkávání s umíráním a smrtí, a naučit se opustit pracoviště bez vzpomínek na právě proběhlou službu.

7. Seznam použité literatury

1. HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanatologie* . 2 vyd. Praha : Galén , 2007. 244 s. ISBN 978 – 80 – 7262 – 471 – 3.
2. KELNAROVÁ, J. *Thanatologie v ošetrovatelství*. 1. vyd. Brno : Littera, 2007. 112s. ISBN 978 – 80 – 85763 – 36 – 2.
3. ADAMS, B. , HAROLD C.E. *Sestra a akutní stavy od A do Z*. 1.vyd. Přel. Suchardová. Praha : Grada,1999. 488 s. ISBN 80 – 7169 – 893 – 8.
4. THOMASMA, D. C., KUSHNEROVÁ, T. *Od narození do smrti* . 1. vyd. Přel. Motlová. Praha : Mladá fronta, 2000. 392 s. ISBN 80 – 204 – 0883 – 5.
5. BYDŽOVSKÝ, J. *Akutní stavy v kontextu*. 1 vyd. Praha : Triton, 2008. 320 s. ISBN 978 – 80 – 7254 – 815 – 6.
6. HAŠKOVCOVÁ, H. *Lékařská etika*. 3. vyd. Praha : Galén, 2002. 272 s. ISBN 80 – 7262 – 132 – 7.
7. MUNZAROVÁ, M. *Eutanazie a paliativní péče*. 1.vyd. Praha : Grada, 2005. 108 s. ISBN 80 – 247 – 1025 – 0.
8. COUSINS, N. *Anatomie nemoci*. 1.vyd. Praha : Pragma, 1994. 170 s. ISBN 80 – 85213 – 38 – 9.
9. VOKURKA, M., HUGO, J. *Kapesní slovník medicíny*. 1vyd. Praha : Maxdorf, 2005. 173 s. ISBN 80 – 7345 – 053 – 4.
10. DOBIÁŠ, V. *Urgentní zdravotní péče*. 1.vyd. Praha : Osveta, 2007. 178 s. ISBN 978 – 80 – 8063 – 258 – 8.
11. VYMĚTAL, Š. *Krizová komunikace a komunikace rizika*. 1.vyd. Praha : Grada, 2009. 176 s. ISBN 978 – 80 – 247 – 2510 – 9.
12. KUTNOHORSKÁ, J. *Etika v ošetrovatelství*. 1.vyd. Praha : Grada, 2007. 164 s. ISBN 978 – 80 247 – 2069 – 2.
13. BAŠTECKÁ, B. *Terénní krizová práce*. 1.vyd. Praha : Grada, 2005. 300 s . ISBN 80 – 247 – 0708 - x.
14. ŠPATENKOVÁ, N. *Krizová intervence pro praxi*. 1. vyd. Praha : Grada, 2004. 200 s. ISBN 80 – 247 – 0586 – 9.

15. PACHL, J., ROUBÍK, K. *Základy anesteziologické a resuscitační péče dospělých i dětí*. 1.vyd. Praha : Karolinum, 2005, 374 s. ISBN 80 – 246 – 0479 – 5.
16. POKORNÝ, J. et al. *Urgentní medicína*. 1.vyd. Praha : Galén, 2004. 552s. ISBN 80 – 7262 – 259 – 5.
17. BAŠTECKÝ, J. , ŠAVLÍK, J. a ŠIMEK, J. *Psychosomatická medicína*. Praha : Grada Avicenum, 1993. 368s. ISBN 80 – 7169 – 031 – 7.
18. KŘIVOHLAVÝ. J. , *Jak přežít vztek, zlost a agresí*. 1.vyd., Praha : Grada, 2004. 156 s. ISBN 80 – 247 – 0818 – 3.
19. PSYCHOCIÁLNÍ PÉČE O OSOBY ZASAŽENÉ MIMOŘÁDNOU UDÁLOSTÍ (online). Dostupné z [http :// zdn.cz/clanek/přiloha_lekarske_listy/](http://zdn.cz/clanek/přiloha_lekarske_listy/)
20. ZÁVISLOST NA ALKOHOLU (online). Dostupné z [http : //alkoholik.cz/zavislost/piti_v_zamestnani/prevence_piti_alkoholu_u_zdravotni ku.html](http://alkoholik.cz/zavislost/piti_v_zamestnani/prevence_piti_alkoholu_u_zdravotniku.html)(cit 2003-2010).
21. SYNDROM VYHOŘENÍ JAKO DŮSLEDEK ZANEDBÁVÁNÍ PÉČE O SEBE U LÉKAŘŮ A ZDRAVOTNÍKŮ (online). Dostupné z [http : //mediprax.cz/um/casopisy/UM](http://mediprax.cz/um/casopisy/UM) (citace 02/ 2005).
22. VYHLÁŠKA 424/ 2004 Sb., *kteou se stanoví činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků*.
23. TRESTNÍ ZÁKON č. 140/1961Sb., §207 Neposkytnutí pomoci.
24. KARDIOPULMONÁLNÍ RESUSCITACE U DĚTÍ (online). Dostupné z [http: //www.zachrannasluzba.cz/zajimavosti/10_kpcr.html](http://www.zachrannasluzba.cz/zajimavosti/10_kpcr.html) (citace 26/03/2010)
25. ZÁCHRANÁŘ PROFESIONÁL JE JENOM ČLOVĚK(online). Dostupné z <http://www.branavzdelani.estranky.cz/clanky/clanky/>(citace29/04/2007)

8. Klíčová slova

- o zdravotnický záchranář**
- o umírání**
- o smrt**
- o krizová intervence**
- o zátěžové situace**
- o stres**
- o syndrom vyhoření**

9. Přílohy

Výpis z trestního zákona :

Trestní zákon

Zákon 140/1961Sb., trestní zákon

Hlava III. § 153 – 178a Trestné činy proti pořádku ve věcech veřejných

Část druhá, zvláštní část

§ 207 Neposkytnutí pomoci

- (1) Kdo osobě, která je v nebezpečí smrti nebo jeví známky vážné poruchy zdraví, neposkytne potřebnou pomoc, ač tak může bez nebezpečí pro sebe nebo jiného, bude potrestán odnětím svobody až na jeden rok.
- (2) Kdo osobě, která je v nebezpečí smrti nebo jeví známky vážné poruchy zdraví, neposkytne potřebnou pomoc, ač je podle povahy svého zaměstnání povinen takovou pomoc poskytnout, bude potrestán odnětím svobody až na dvě léta nebo zákazem činnosti.

§208

Řidič dopravního podniku, který po dopravní nehodě na níž měl účast, neposkytne osobě, která při nehodě utrpěla újmu na zdraví, potřebnou pomoc, ač tak může učinit bez nebezpečí pro sebe nebo jiného, bude potrestán odnětím svobody až na tři léta nebo zákazem činnosti.

Vyhláška 424/2004Sb.

Ze dne 30.června 2004, kterou se stanoví činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků.

Ministerstvo zdravotnictví stanoví podle §90 odst.2 písm. f) zákona č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu činností souvisejících

s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních)

ČÁST DRUHÁ
ČINNOSTI ZDRAVOTNICKÝCH PRACOVNÍKŮ
PO ZÍSKÁNÍ ODBORNÉ ZPŮSOBILOSTI

§ 3

Činnosti zdravotnického pracovníka s odbornou způsobilostí

(1) Zdravotnický pracovník uvedený v §4 – 20 bez odborného dohledu a bez indikace v rozsahu své odborné způsobilosti

- a) poskytuje zdravotní péči v souladu s právními předpisy a standardy,
- b) dbá na zásady hygienicko – epidemiologického režimu v souladu se zvláštními prvními předpisy 8),
- c) vede zdravotnickou dokumentaci a další dokumentaci vyplývající ze zvláštních zdravotních předpisů9), pracuje s informačním systémem zdravotnického zařízení,
- d) poskytuje pacientovi informace v souladu se svou odbornou způsobilostí, případně pokyny lékaře,
- e) podílí se na praktickém vyučování ve studijních oborech k získání zdravotní způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání uskutečňovaných středními školami a vyššími odbornými školami v akreditovaných zdravotnických studijních programech k získání způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání uskutečňovaných vysokými školami v České republice a ve vzdělávacích programech akreditovaných kvalifikačních kurzů,
- f) podílí se na přípravě standardů.

§17

Zdravotnický záchranář

(1)Zdravotnický záchranář vykonává činnosti podle § 3odst.1 bez odborného dohledu a bez indikace poskytuje v rámci přednemocniční neodkladné péče, včetně letecké záchranné služby a v rámci akutního příjmu specifickou ošetrovatelskou péči.

Přitom zejména

- a) monitoruje a hodnotí vitální funkce včetně snímání elektrokardiografického záznamu, průběžného sledování a hodnocení poruch rytmu, vyšetření a monitorování Plzním oymetrem,
- b) zajišťuje periferní žilní vstup,
- c) provádí orientační laboratorní vyšetření určená pro urgentní medicínu a orientačně je posuzuje,
- d) obsluhuje a udržuje vybavení všech kategorií dopravních prostředků, řídí pozemí dopravní prostředky, a to i v obtížných podmínkách jízdy s využitím výstražných zvukových a světelných zařízení,
- e) provádí první ošetření ran, včetně zástavy krvácení,
- f) zajišťuje nebo provádí bezpečné vyproštění, polohování, imobilizaci a transport pacientů a zajišťuje bezpečnost pacientů během transportu,
- g) podílí se na řešení následků hromadných neštěstí v rámci integrovaného záchranného systému,
- h) zajišťuje v případě potřeby péči o tělo zemřelého,
- i) zajišťuje přejímání, kontrolu a uložení zdravotnických prostředků viz13), manipulaci s nimi a jejich dostatečnou zásobu,
- j) zajišťuje přejímání, kontrolu a uložení zdravotnických prostředků viz14) a prádla, manipulaci s nimi, jejich dezinfekci a sterilizaci a jejich dostatečnou zásobu.

(2)Zdravotnický záchranář se v rámci neodkladné přednemocniční péče, včetně letecké záchranné služby a v rámci akutního příjmu, podílí bez odborného dohledu na základě indikace lékaře na poskytování diagnostické a léčebné péče.

Přitom zejména

- a) provádí kardiopulmonální resuscitaci s použitím ručních křísících vaků, včetně defibrilace srdce,
- b) zajišťuje dýchací cesty dostupnými pomůckami, zavádí a udržuje inhalační kyslíkovou terapii, zajišťuje přístrojovou ventilaci s parametry určeným lékařem, pečuje o dýchací cesty pacientů i při umělé plicní ventilaci,
- c) podává léčivé přípravky viz13), včetně krevních derivátů viz15),

- d) spolupracuje při zahájení aplikace transfuzních přípravků viz16) a ošetřuje pacienta v průběhu aplikace a ukončuje ji,
- e) provádí katetrizaci močového měchýře dospělých a dívek nad 10let,
- f) odbírá biologický materiál na vyšetření,
- g) asistuje při překotném porodu a provádí první ošetření novorozence.