



ČESKÉ VYSOKÉ UČENÍ TECHNICKÉ V PRAZE

FAKULTA BIOMEDICÍNSKÉHO INŽENÝRSTVÍ
Katedra zdravotnických oborů a ochrany obyvatelstva

Problematika úmrtí v přednemocniční neodkladné péči

Death in pre-hospital urgent care

Bakalářská práce

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví

Studijní obor: Zdravotnický záchranář

Autor bakalářské práce: Filip Richard Brunclík

Vedoucí bakalářské práce: Ing. Markéta Janů

Kladno 2019



ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

I. OSOBNÍ A STUDIJNÍ ÚDAJE

Příjmení: **Brunclík** Jméno: **Filip Richard** Osobní číslo: **474098**
Fakulta: **Fakulta biomedicínského inženýrství**
Garantující katedra: **Katedra zdravotnických oborů a ochrany obyvatelstva**
Studijní program: **Specializace ve zdravotnictví**
Studijní obor: **Zdravotnický záchranář**

II. ÚDAJE K BAKALÁŘSKÉ PRÁCI

Název bakalářské práce:

Problematika úmrtí v přednemocniční neodkladné péči

Název bakalářské práce anglicky:

Death in Pre-Hospital Urgent Care

Pokyny pro vypracování:

Předmětem bakalářské práce bude popis případů úmrtí pacienta v přednemocniční neodkladné péči vycházejících z různorodosti výjezdů zdravotnické záchrané služby. Teoretická část bude věnována rozebrání základních pojmů thanatologie a zdravotnické psychologie. Dále budou popsány postupy péče o zemřelého v přednemocniční neodkladné péči v kompetencích pracovníků zdravotnické záchrané služby a koronerů v závislosti na různých typech výjezdů. Tato část bude dále zaměřena na specifika práce krizového intervenanta během i po intervenci zdravotnické záchrané služby při výjezdu s úmrtím pacienta. V praktické části bude práce porovnávat rozdíly v postupech při řešení úmrtí pacienta v přednemocniční péči v různých situacích a zjišťovat dopady na účastníky výše zmíněných situací z řad civilních i profesionálních. Tyto informace budou získávány na základě řízených rozhovorů s pracovníky zdravotnických záchraných služeb. V práci budou navržena doporučení pro zvládání problematiky úmrtí v přednemocniční neodkladné péči.

Seznam doporučené literatury:

- [1] AYERS, Susan a DE VISSER, Richard, Psychologie v medicíně, ed. 1., Praha: Grada, 2015, 568 s., ISBN 978-80-247-5230-3
- [2] ŠTĚTINA, Jiří a kol., Zdravotnictví a integrovaný záchraný systém při hromadných neštěstích a katastrofách, ed. 1, Praha: Grada, 2014, 557 s., ISBN 978-802-4745-787
- [3] ŠPATENKOVÁ, Naděžda a kol., Krize a krizová intervence, ed. 1. vyd., Praha: Grada, 2017, 288 s., ISBN 978-80-247-5327-0
- [4] Robin ŠÍN, Petr ŠTOURAC, Jana VIDUNOVÁ et al., Lékařská první pomoc, ed. 1. vyd., Praha: Galén, 2019, 388 s., ISBN 978-80-7492-433-0

Jméno a příjmení vedoucí(ho) bakalářské práce:

Ing. Markéta Janů

Jméno a příjmení konzultanta(ky) bakalářské práce:

PhDr. Radek Benda

Datum zadání bakalářské práce: **27.05.2020**

Platnost zadání bakalářské práce: **19.09.2021**

prof. MUDr. Leoš Navrátil, CSc., MBA, dr.h.c.
podpis vedoucí(ho) katedry

prof. MUDr. Ivan Dylevský, DrSc.
podpis děkana(ky)

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci s názvem Problematika úmrtí v přednemocniční neodkladné péči vypracoval samostatně pouze s použitím pramenů, které uvádím v seznamu bibliografických odkazů.

Nemám závažný důvod proti užití tohoto školního díla ve smyslu § 60 zákona č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon), ve znění pozdějších předpisů.

V Kladně dne 28.5.2020

.....
Filip Richard Brunclík

PODĚKOVÁNÍ

Chtěl bych upřímně poděkovat Ing. Markétě Janů, která je vedoucí mé bakalářské práce, za její cenné rady, její trpělivost a za čas, který mi věnovala při psaní této bakalářské práce, a mému konzultantovi PhDr. Radkovi Bendovi. Dále bych chtěl poděkovat rodině a všem přátelům, kteří mi byli oporou po celou dobu studia. V poslední řadě bych chtěl poděkovat veškerému personálu zdravotnické záchranné služby, který byl ochotný mi věnovat chvíli k provedení rozhovorů.

ABSTRAKT

Teoretická část práce je věnována thanatologii, pojmům zdravotnické psychologie, postupům zdravotnického personálu v oblasti přednemocniční péče orientovaných na případy úmrtí v této oblasti. Dále tato část obsahuje právní ošetření zaměřené na pohřebnictví, podmínky poskytování zdravotnických služeb a na ZZS obecně a přiblížení pojmů krizové intervence a profesi peera.

Výzkumná část se orientuje na popis získávání dat a na samotný průběh spočívající v rozhovorech s náhodně vybranými respondenty. Následuje zpracování a analyzování těchto získaných dat.

Práce je obecně orientována na problematiku úmrtí v přednemocniční neodkladné péči, přičemž jsou podrobněji analyzovány změny v zažitých postupech ZZS při specifických případech úmrtí a dopadů těchto úmrtí na civilní, a především profesionální účastníky výjezdu. Výsledky práce odhalily konkrétní problémové druhy případů, které měly nejen těžší dopad na personál a civilní účastníky, ale rovněž u nich došlo ke změnám v postupu po konstatovaném úmrtí pacienta.

Výsledky práce mohou být využity k vytvoření doporučení pro personál ZZS a jeho vedení. Doporučení by se mělo týkat konkrétních případů úmrtí, které vzešly z této práce jako stěžejní, a postupu při těchto úmrtích jak na místě výjezdu, tak v zázemí výjezdové stanice.

Klíčová slova

Úmrtí; Smrt; Rozhovor; Postup; Dopad; Řešení

ABSTRACT

Theoretical part is devoted to thanatology, concepts of medical psychology, practices of medical staff in pre-hospital care oriented to cases of death in this area. Further this part contains legal treatment focused on funeral services, conditions for the provision of health services and on emergency medical services in general, and an approach to the concepts of crisis intervention and the peer profession.

Researching part is oriented to describing of acquiring data course of the interviews itself with randomly chosen respondents and processing and disassembling of these acquired data.

This bachelors work is in general oriented to problematics of deaths in pre-hospital care, when there was discussed in details changes in established practices of emergency medical services at specific cases of deaths and impacts of these deaths to professional participators at these cases. Results of this work revealed concrete problematic types of cases, which had not only worse impacts to staff of emergency medical services, but also in these cases there have been changes in procedures after death statement.

Results of this work could be used to creation of recommendations for personnel of emergency medical services and their headquarters. These recommendations should be oriented to concrete cases of deaths, which raised from this work like key-ones, and practices in these deaths both on the spot of case and after these cases at background of ambulance station.

Keywords

Demise; Death; Interview; Process; Impact; Cope

OBSAH

1	ÚVOD	9
2	CÍLE PRÁCE	11
3	PŘEHLED SOUČASNÉHO STAVU	12
3.1	Thanatologie.....	12
3.2	Smrt.....	13
3.2.1	Smrt z pohledu biologického – regresivní změny.....	14
3.2.2	Smrt z hlediska historického a novodobého	14
3.2.3	Smrt z časového hlediska – avizovaná a neavizovaná.....	15
3.2.4	Sebevražda a sebezabití.....	15
3.2.5	Smrt klinická	16
3.2.6	Smrt mozková.....	17
3.2.7	Sociální smrt.....	18
3.2.8	Vita minima.....	19
3.3	Umírání	19
3.3.1	Období umírání	20
3.3.2	Model Kübler-Rossové	21
3.4	Základní pojmy zdravotnické psychologie	23
3.4.1	Vůle	23
3.4.2	Emoce.....	23
3.4.3	Afekt.....	25
3.4.3.1	Poruchy afektů jakožto poruchy emocí.....	25
3.4.4	Nálada.....	27
3.4.4.1	Poruchy nálad	28
3.4.5	Akutní stresová reakce	28
3.4.6	Posttraumatická stresová porucha.....	29
3.4.7	Krize	29
3.5	Specifika krizové intervence	30

3.5.1	První psychická pomoc	34
3.5.2	Formy krizové intervence	34
3.6	Pracovník krizové intervence	35
3.6.1	Peer jakožto krizová intervence pro zdravotníky a členy IZS.....	38
3.7	Postupy zdravotnického personálu při úmrtí v PNP.....	39
3.7.1	Právní ošetření.....	41
3.7.2	Nejčastější příčiny úmrtí v České republice	43
4	METODIKA	45
4.1	Postup sběru dat	49
4.2	Metoda vyhodnocení dat.....	50
5	VÝSLEDKY	52
6	DISKUZE.....	72
7	ZÁVĚR.....	81
8	SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK	82
9	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	84
10	SEZNAM POUŽITÝCH GRAFŮ A OBRÁZKŮ	88
11	SEZNAM POUŽITÝCH TABULEK.....	89
12	SEZNAM PŘÍLOH.....	90

1 ÚVOD

Smrt, někdy chápána jako opravdu poslední úkol lidského života, je i v dnešní době často silně tabuizované téma, které se ale dotýká každého z nás a nejvíce zdravotnického personálu. Každý jedinec, který se narodí, musí zákonitě i zemřít. Úmrtí je celkově bráno jako největší ztráta pro nejbližší zesnulého, vyvolávající silnou stresovou zátěž. Není ale vnímána pouze příbuznými nebo známými, nýbrž i zdravotnickým personálem starajícím se o pacienta během jeho posledních dní života. Bývá to pozorovatelné zejména u pracovníků nemocničních zařízení, kteří mají, i když často velmi omezené, možnosti pomoci umírajícímu s jeho vnitřními pohnutkami.

Výše zmíněné ale příliš neplatí o pracovnících zdravotnické záchranné služby. Ti se setkávají s úmrtím pacientů způsobeným různě závažnými traumaty, progresí nemoci nebo jiným náhlým zhoršením zdravotního stavu vedoucím k úmrtí pacienta, bez ohledu na věkovou kategorii, pohlaví nebo původ. Jedná se o silnou zátěž na psychiku tohoto personálu, který, i když to často nepřiznává, těmito případy trpí. Smrt je totiž zasahuje nejen formou úmrtí člověka, kterému se doteď snažili život zachránit, ale také reakcemi často přítomné rodiny zesnulého, kdy se stávají svědky truchlení rodiny po náhlé a nečekané ztrátě nejbližšího.

Nesmí se také zapomenout na dnešní pohled medicíny na úmrtí, které je bráno jako forma prohry vůči pacientovi, kterému zdravotnictví nedokázalo dostatečně pomoci. Jedná se o fenomén dnešních dní, kdy pacienta léčíme za každých podmínek nehledě na diagnózu, nejedná-li se o infusní proces, kdy dochází k využití paliativní péče. Jak už bylo zmíněno, smrt je všeobecně brána jako neúspěch nejen jednotlivce starajícího se o pacienta. [5]

Je nutné si uvědomit, co vše ovlivňuje vnitřní prožívání zdravotnického personálu tvořeného lidmi stejně, možná více vnímavými k okolí jako běžní

civilisté. Na rozdíl od nich se ale se smrtí a lidským utrpením setkávají častěji. Vše výše zmíněné mě nutí se zamyslet nad dopady na psychické zdraví zdravotnických záchranářů a lékařů pracujících pro zdravotnické záchranné služby, které je atakováno nejen vším výše zmíněným, nýbrž i faktem, že jsou v přímém kontaktu se zesnulým i po jeho posledním vydechnutí, kdy zahajují úkony tzv. péče o mrtvé tělo.

Toto téma jsem si pro svou bakalářskou práci vybral, jelikož jsem se během studia potkal s úmrtím pacientů a po následné konverzaci s kolegy jsem vnímal dopady těchto úmrtí na ně samotné. Nehledě na své zkušenosti s prožíváním těchto chvil danými jednotlivci jsem byl svědkem občasných „flashbacků“ mého otce, který pracoval pro zdravotnickou záchrannou službu jakožto lékař. Ty byly spojené s některými úmrtími během jeho lékařské praxe na zdravotnické záchranné službě (dále jen ZZS). V kontextu zmíněného jsem se rozhodl zabývat touto problematikou už během svého studia s cílem zaměřit se na postupy v těchto případech a na krizovou intervenci pro zdravotnické pracovníky zasažené následky konkrétních úmrtí.

2 CÍLE PRÁCE

Cíl 1

Zjistit rozdíly v postupech při konkrétních úmrtích v přednemocniční neodkladné péči v porovnání s běžnými postupy ZZS.

Cíl 2

Zjistit specifika úmrtí nejhůře doléhající na personál ZZS a jaké jsou konkrétní dopady na tyto pracovníky.

3 PŘEHLED SOUČASNÉHO STAVU

Úmrtí je široce uchopitelné téma. Nejedná se totiž jen o samotný konec lidského života, ale i to, co vše tomuto konci předcházelo a co vše na něj bude navazovat. Samotné umírání je tak obšírné, že si zasloužilo vlastní vědní obor zabývající se touto problematikou. Tento obor společně s krizovou intervencí a popsány postupy při úmrtí v přednemocniční péči budou tématy této kapitoly.

3.1 Thanatologie

Pojmenování tohoto oboru vychází z řecké mytologie, kde Thanatos je bohem smrti, vyobrazován jako mladý muž, okřídlený, často spící a opírající se o mrtvého, držící vyhasínající pochodeň. Stejně jako tomu je u smrti, byl sám charakterizován jako chladný, nepodplatitelný a neomylný jedinec, stranící se kontaktu s druhými. [1, 5, 15]

Thanatologie je interdisciplinární vědní obor zabývající se vším spojeným se smrtí, vycházející z mnoha dalších vědních oblastí. Obor jako takový vznikl v 50. a 60. letech v USA. Obecně jsou za zakladatele a průkopníky v oblasti thanatologie považovány dvě osoby, a to Robert Hertz, sociolog a antropolog, který sepsal studii pojednávající o smrti ve společnosti jak z hlediska duchovního, tak sociologického, a Elisabeth Kübler-Rossová, která je všeobecně pokládána za průkopnici thanatologie. [5]

Elisabeth Kübler-Rossová se ve svých dílech věnuje prožívání posledních chvil života umírajícího, zpracovala studie ohledně chování k umírajícím pacientům, popsala sdělování pravdy na lůžku a jednotlivé fáze adaptace jak truchlící rodiny, tak umírajícího pacienta na sdělenou infaustní diagnózu. Vše výše zmíněné naznačuje, s kterými vědními obory thanatologie spolupracuje. Kvůli složitosti uchopení probíraných témat tímto oborem

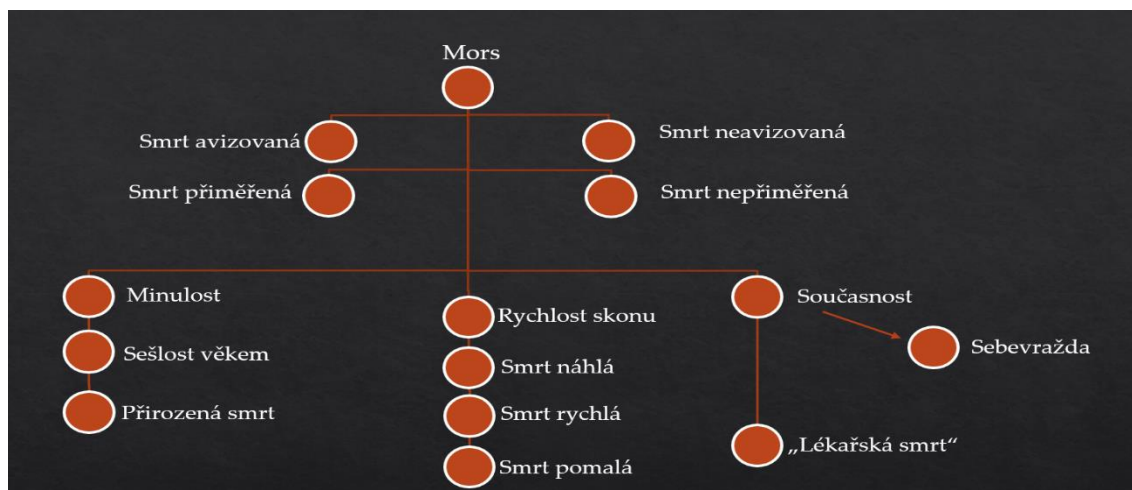
by bylo těžké thanatologii vymezit jako samostatný obor. Nelze ale popřít, že z hlediska moderní, institucionalizované medicíny je potřeba správně chápat problematiku umírání nejen lékařským personálem. Z důvodu častých styků se zesnulými pacienty a pozůstalými jsou jednotlivé body thanatologie probírány na všech zdravotnických i lékařských školách na různých oborech spadajících do interdisciplinárního hlediska tohoto oboru. [1, 5, 15]

3.2 Smrt

„Smrt je jediná jistota člověka, která je dána v okamžiku jeho narození. Ať už je život různě dlouhý, na jeho konci je vždy smrt“ [1, s. 128]. Jak ale nahlížet na pojem smrt jakožto termín z hlediska zdravotnického a duchovního? Do této doby není zavedena jednotná definice smrti. Definice totiž může mít mnoho podob, jimiž jsou medicínská, biologická, filozofická, sociologická, psychologická a v neposlední řadě teologická. [1, 4, 16, 18]

Jedna z definic nejlépe vystihujících tento biologický jev zní: „Smrt je nevratnou zástavou celovztažného uspořádání organismu.“ Tato definice ale naráží na další už výše zmíněné možnosti pojetí smrti, kdy některé kultury vnímají smrt jen jako další ze životních událostí, po které přichází další část života zesnulého jedince, a to ta éterická nebo, chceme-li, duchovní. Ve všech případech přináší tato životní událost silné emocionální prožitky, často vycházející z kultury, jejíž součástí byl zesnulý i jeho nejbližší. Až na výjimky se ale jedná hlavně o pocity zármutku, viny, žalu a zloby. [1, 4, 5]

Smrt se dá dělit z mnoha hledisek, jak už bylo naznačeno. Jedno z dělení druhů smrti je na následujícím diagramu: Obrázek 1.



Obrázek 1 – Rozdělení Smrti, Jedna z variant rozdělení – vlastní tvorba [1]

3.2.1 Smrt z pohledu biologického – regresivní změny

„Regresivní změny jsou změny ve smyslu zhoršení. Jejich nejvyšším stupněm je smrt, nevratný zánik organismu“ [6, s. 11]. Jako konečná fáze smrti se uvádí zhoršení stavu vedoucí k tzv. mozkové smrti, kdy centrální nervová soustava (dále jen CNS) přijde o regulační schopnosti. To znamená, že dochází k postupnému útlumu všech orgánových soustav, z nichž nejvýznamnější jsou oběhová a dechová. Jejich centrum je v medula oblongata, pons varoli a mesencephalonu. V případě, že dojde k porušení jakékoliv z částí medullaspinalis, mohou selhat obě životně důležité funkce – dechová i srdeční, a to nenávratně. [6, 16, 18]

3.2.2 Smrt z hlediska historického a novodobého

Pohled na smrt se z historického hlediska značně mění. V minulosti lidé na smrt nahlíželi poněkud opačným způsobem, než je tomu dnes. Jako příklad se dá uvést náhled na náhlou a nečekanou smrt z dochovaného díla Ars Moriendi, kdy byla tato smrt pokládána za strašnou, zatímco pomalá smrt byla žádoucí. Lidé umírali častěji na přirozenou smrt, tedy na sešlost věkem. To se v dnešní době změnilo, pacienti umírají hlavně na zjištěné nemoci a často

v nemocničních zařízeních. Z tohoto novodobého trendu vznikl pojem tzv. smrti lékařské. [5]

3.2.3 Smrt z časového hlediska – avizovaná a neavizovaná

Exitus se dělí na smrt náhlou, rychlou a pomalou.

Jak píše Haškovcová: „Pojmy náhlá a rychlá smrt se vzájemně překrývají. Pojem náhlá je častěji asociován s tragickou smrtí (úraz, autonehoda), pojem rychlá smrt reflektuje nemoc, která je příčinou brzkého skonu“ [5, s. 90].

Smrtí pomalou se pak chápe úmrtí stářím organismu, kdy je avizovaná formou příznaků. Z tohoto důvodu je pojem někdy rozdělen pouze na smrt avizovanou a neavizovanou, případně předčasnou a přiměřenou. [5, 18]

3.2.4 Sebevražda a sebezabití

Druh smrti, kterou si jednatel sám způsobí, je rozdělen na sebezabití, tedy smrt neúmyslně způsobenou, a sebevraždu, která je úmyslná. Akt sebezabití je přitom často přisuzován duševním poruchám. To ale neplatí vždy, jelikož sebevražedné úmysly mohou mít i lidé v těžkých životních krizích vyvolaných různými inzulty, od infaustní diagnózy po nezaměstnanost a ztrátu blízké osoby. [21]

Sebevražda je v dnešní době častým fenoménem v poli přednemocniční neodkladné péče, kdy suicidia tvoří podstatnou část výjezdů zdravotnické záchranné služby a hasičských záchranných sborů. Informace vyplývá z tabulky vybraných úmrtí níže, konkrétně část „Úmyslné sebepoškozování“.

Sebevraždy se dělí do vlastních skupin, kterými jsou:

- a) **Demonstrativní sebevraždy:** jednatel předstírá úmysl spáchat sebevraždu na viditelném místě ze snahy o stržení pozornosti v naději vyřešení problémů. (Jsou dokonce tak časté, že jim je věnován samostatný dokument v dokumentaci IZS. Viz STČ 2 – Demonstrování úmyslu sebevraždy).
- b) **Rozšířená sebevražda:** jedinec spáchá sebevraždu a společně se sebou zabije i další, obvykle sobě blízkou osobu, ze strachu o její budoucnost.
- c) **Bilanční:** bilanční sebevražda je nazývána pravou sebevraždou, ke které dochází po pečlivém zvážení pro a proti existence konkrétního jedince.
- d) **Impulzivní:** zkratkovitá sebevražda, kdy si dotyčný vezme život v reakci na krizovou situaci. [5]

3.2.5 Smrt klinická

Stojí proti smrti biologické, kdy se u jedince projevují „nejisté známky smrti“ a dochází k zástavě jedné z životně důležitých funkcí. Mezi tzv. nejisté známky smrti se řadí hlavně zástava dechu, zástava srdeční činnosti a vymizení rohovkového a zornicového reflexu. V tomto případě ještě nedošlo k mozkové smrti a organismus může být pořád úspěšně resuscitován. Nepovede-li se resuscitace do pěti minut, dochází k poškození tkání centrální nervové soustavy, což může mít za následek finální mozkovou smrt, kdy pacient v bezvědomí přechází do tzv. biologické smrti. [1, 6]

Povede-li se ale resuscitace a dojde k obnovení srdeční a dechové činnosti, můžeme u pacientů pozorovat po zpětném nabytí plného stavu vědomí určité změny v chování nebo změny v osobnosti, kdy pacienti často s klidem a nadšením hovoří o svých zážitcích, které zažili během chvil strávených v už zmíněné mozkové smrti.

Tyto příběhy obsahují jejich osobní kognitivní, citové, paranormální a nadpřirozené prožitky. Jejich obsahem jsou blízká setkání s anděly, mrtvými osobami či pocity pobytu v jiné dimenzi, často popisované jako nebe.

Dalším zajímavým aspektem je procitnutí, kdy dotyční pacienti hovoří o tom, jak si dokázali díky pohledu na sama sebe z třetí osoby uvědomit dopady jejich chování na další osoby jim blízké nebo ne. Vše výše zmíněné je doprovázeno pocity blaha a štěstí, které mohou pocházet z vyplavení endorfinů, jejichž hlavní úlohou je v danou chvíli zmírnění bolesti, a výše pocívané pocity jsou jejich vedlejším účinkem na organismus. [1]

3.2.6 Smrt mozková

„Nevratné poškození centrální nervové soustavy s přidruženými funkcemi, kdy se nebere ohled na zachovalou kardiovaskulární činnost či jiné orgánové funkce“ [1, s. 129]. Jedná se o zvláštní případy z hlediska dalších úkonů týkajících se těla. Pacient se často uměle udržuje při „životě“ pomocí umělého zajištění oběhu, umělé ventilace a snahou udržet stálost vnitřního prostředí. Většina států se řídí v případě „lege artis“ potvrzené mozkové smrti lékařem svými zákony umožňujícími využití vhodných orgánů k transplantačnímu programu. Co konkrétně se řadí mezi „vhodné orgány“, často řeší přímo zákony jednotlivých států. U nás se jedná o zákon „č. 44/2013 Sb.; Zákon, kterým se mění zákon č. 285/2002 Sb., o darování, odběrech a transplantacích tkání a orgánů a o změně některých zákonů (transplantační zákon), ve znění pozdějších předpisů, a další související zákony.“ [1, 2, 18]

Tento zákon přímo definuje orgány využitelné k transplantačnímu programu jako „orgány získané od dárce, který netrpěl infekcí HIV, nebo sepsí, dále netrpěl nádorovým onemocněním, kam se nepočítají přímo lokalizované karcinomy. Další kontraindikací je závažné poškození nebo nedostatečná funkce orgánu zamýšleného k transplantaci“ [1, s. 129, 2]. Zde musí smrt konstatovat nejméně dva nezávisle na sobě vyšetřující lékaři s příslušnou specializovanou způsobilostí. [2, 18]

3.2.7 Sociální smrt

Termín hluboce propojený s behaviorálními vědami, „hovořící o pacientovi, jehož vyšší části mozku byly natolik poškozené, že došlo k hluboce narušeným nebo zcela zničeným schopnostem komunikačním a rozumovým, tzv. stav Coma vigile“ [1, s. 129]. Tento termín je v dnešní době často nahrazován pojmem perzistentní a permanentní vegetativní stav. Tímto se chápe stav, kdy pacient leží v hlubokém kómatu se zachovalými dvěma ze tří atria mortis, tedy oběhovou a dechovou činností, díky nepoškozeným nižším částem mozku.

Rozdíl mezi perzistentním a permanentním vegetativním stavem je následující:

„Perzistentním vegetativním stavem se rozumí stav od překlenutí akutního stádia do 3 měsíců od netraumatického poškození mozku a do 12 měsíců u traumatického postižení mozku“ [1, s. 129]. Oproti tomu „permanentní vegetativní stav je stavem po uplynutí doby pro perzistentní vegetativní stav“ [1, s. 129].

„Oba tyto stavy se dále liší pravděpodobností zpětného nabytí vědomí nebo vůbec zlepšením stavu. U perzistentního vegetativního stavu je úprava stavu možná, ale nepravděpodobná, zatím co u permanentního je úprava vysoce nepravděpodobná až nemožná“ [1, s. 129].

Termín „sociální smrt“ je součástí spíše behaviorálních věd, kdy pacient díky svému stavu a dlouhodobě trvajícím odloučení vzhledem k pobytu ve zdravotnickém zařízení přichází o všechny své kontakty a sociální postavení. [1]

3.2.8 Vita minima

Takzvaná smrt zdánlivá nastává, když jedinec připomíná mrtvého nebo vypadá jako mrtvý, a to díky maximálně utlumeným životním funkcím. Pacient však není mrtvý z důvodu zachovalých, i když minimálních životních funkcí. [1, 18]

3.3 Umírání

Definice pojmu umírání se nedá konkretizovat pomocí jasně určeného časového úseku. Obecně platí, že umíráme už od narození, kdy se během života postupně učíme vnímat svou vlastní konečnost formou zkušeností s exity blízkých osob. Taktéž se můžeme setkat s chápáním umírání jakožto procesu začínajícího zjištěním konkrétní diagnózy až po biologickou smrt organismu. Zde nastává složitost v interpretaci, kdy pacient/klient nemusí umírat pouze na následky infaustní diagnózy, nýbrž i na následky akutních traumat a polytraumat způsobených necíleným násilím (nehoda) nebo cíleným napadením (člověk, zvíře). Na základě výše zmíněného můžeme říci, že umírání je celoživotní proces. Příbuznými je ale umírání nejčastěji bráno jako období zhoršování se pacientova zdravotního stavu, tedy období od diagnostiky infaustního onemocnění po už zmiňovanou biologickou smrt organismu. Vzhledem k obšírnosti pojmu umírání je dobré zdůraznit, co vše je jeho podstatou a s čím vším se musí vypořádat jak umírající, tak i nejbližší z řad rodiny a známých dotyčného. [1, 18, 23]

3.3.1 Období umírání

Složitost vymezení pojmu umírání je dána různými pohledy a chápáním tohoto období. Asi nejpresnější vymezení období umírání je od období narození po úmrtí poslední živé buňky těla. [1]

To však není bráno jako jediná možná cesta chápání období umírání. Stejně jako smrt samotná se i období umírání totiž dělí mnohými způsoby. Jedno z členění je uvedeno v následujících bodech.

a) Období před umíráním – *pre finem*

Primární je zde sdělení diagnózy, pravdy na nemocničním lůžku a mnohé další. Během tohoto období nedochází jenom ke konfrontaci pacienta a nejbližších s těžkou prognózou, ale taktéž s nastoupením modelu umírání dle Kübler-Rossové. V této úrovni je dobré pacienta ubezpečit o existenci nejen lékařské pomoci, nýbrž i o pomoci psychologů. Dále je dobré mu projevit tzv. pomoc „lidskou“, kdy může jak nejbližší, tak cizí osoba fungovat jakožto „krizový intervent“ z hlediska laického. [1, 4]

b) Období vlastního umírání – *in finem*

Nastupuje zde fáze fyzické smrti, tedy období těsně před biologickou smrtí. Pro tuto fázi je typické smrt ritualizovat, dát jí duchovní rozměr, je třeba poskytnout pacientovi odpovídající hospicovou a paliativní péči. Mohou nastoupit otázky týkající se problematiky eutanazie. [4]

c) Období po smrti – *post finem*

Fáze započatá fyzickou smrtí jednotlivce, po které nastupuje péče o tělo zesnulého a psychické strádání nejbližších a známých. [1, 4]

3.3.2 Model Kübler-Rossové

Fáze umírání popsané Elisabeth Kübler-Rossovou jsou teorií vztahující se na vyrovnávání se s těžkou nemocí s infaustní prognózou pacienta. Teorie byla rozpracována v nemocničním prostředí, kdy se pacienti dozvídali o svých nevléčitelných onemocněních na základě provedených vyšetření. To ale neznamena, že teorie se vztahuje pouze na pacienty odkázané na lůžkovou péči. Mnoho z infaustně diagnostikovaných pacientů může určité chvíle svého života i nadále trávit v domácích podmínkách dle odhadovaného zbývajícího času, který může být od několika dní po několik let. Kübler-Rossová si všimla určitých podobností mezi pacienty, kteří byli nevlí osudu odsouzeni na smrt svou diagnózou. Ty zformulovala do pětifázového vývoje, kterým by měl správně projít každý umírající pacient, a to z důvodu možného smíření se se vzniklou situací s následným akceptováním. Ne vždy je možné vzhledem k okolnostem úmrtí některých pacientů všemi těmito body projít. Podobný průběh vyrovnávání se s neodvratitelnou skutečností prožívají i blízcí pacienta, kteří ale nemohou prožívat jednotlivé úrovně tak hluboce jako dotyčný, jemuž se jedná o život. Z tohoto důvodu dochází k častým komunikačním bariérám mezi umírajícím a rodinou. [1, 3, 5]

a) Negace

Období negace představuje počáteční konfrontaci pacienta s nově nabytou skutečností neodvratného ohrožení života, kdy se informace zdá být nemožná, a tedy dochází k jejímu odmítání. Dalšími typickými projevy kromě odmítání jsou tzv. výběrové přijímání informací, naivní přesvědčování sama sebe o omylu zdravotnického personálu a nezáměrná ignorace podávaných informací lékařem. Umírající často hledá odpovědi na otázky kladené stále dokola s cílem dozvědět se uspokojující informace. [3] Dále dochází k hledání dalšího lékařského i nelékařského personálu se stejným cílem, a to vyvrátit nepříjemnou skutečnost. [4]

b) Zlost, agrese

Fáze zlosti a agrese má podobné projevy jak u umírajících, tak u truchlících. Je charakteristická hněvem projevovaným k okolí, a to jak k ošetřujícímu personálu, zdravým blízkým, tak k Bohu. [4]

c) Smlouvání

Snaha pacienta i truchlící rodiny oddálit skutečnost, která se nezvratně blíží, a to jak pokračující snahou o hledání léku v podobě alternativní nebo experimentální léčby, tak chováním hraničícím s degradací, jak uvádí Špatenková: „chovají se jako malé dítě, které za cukrátko slibuje hory, doly.“ [4, s. 32]

d) Deprese, smutek

Období deprese a smutku je další fáze, charakteristická progresí nemoci, kdy se léčba stává náročnější jak hmotně, tak fyzicky, a to pro umírajícího i pro rodinu. Výše zmínění začínají uvažovat nad smrtí nemocného a nad tím, co přijde potom. Zlost i smlouvání jsou zde nahrazeny pocity ztráty a prohry. [1, 4]

e) Fáze smíření se, rozjímání, akceptace

Pacient dochází k vnitřnímu klidu, kdy po delším boji akceptuje skutečnost, dochází ke smíření se situací. Umírající často přestává komunikovat slovně, používá hlavně gesta a sám rozjímá nad svým životem. Často bylo v této fázi doporučováno držet umírajícího za ruku nebo se k němu snažit promlouvat. Jak ale píše Haškovcová, „v poslední době často slyšíme, že umírající má pocítit fyzickou přítomnost doprovázející, nejlépe milované nebo milující osoby. Daniela Tausch-Flammerová dodává, že umírající je někdy tak zaneprázdněn vlastním životem, že ho při rozjímání o něm může i lehké dotýkání druhé osoby rušit. Proto univerzální rada: ‚držte umírajícího za ruku‘, nemusí být vždy vhodná.“ [5, s. 80]

3.4 Základní pojmy zdravotnické psychologie

Jak už bylo naznačeno výše, smrt zanechává v lidském vnímání a chování stopy. Reakce na událost úmrtí se projevuje mnohokrát spornými emocemi, vzájemně si protiřečícími. Důvodem jejich projevu je těžká životní událost, která způsobuje silné dopady na lidské vnímání, na lidskou psychiku. Právě toto téma bude obsahem této kapitoly, tedy pojmy zdravotnické psychologie související s úmrtím.

3.4.1 Vůle

Vůle je chápána jako záměrné úsilí k dosažení předem vytyčeného cíle. [8]

a) Hypobulie

Hypobulie je nerozhodnost a bezradnost, snížená snaha, člověk při ní „přichází o vůli“. [8]

b) Abulie

Pojem abulie označuje vymizení snahy o cokoliv usilovat, o čemkoliv rozhodnout, úplnou bezradnost. Jedinec není schopný v tomto stavu zahájit ani běžné činnosti. [8]

c) Hyperbulie

Při hyperbulii se jedná o přesný opak abulie, tedy zrychlené urputné rozhodování, jedinec je až patologicky aktivní, neústupný, vytrvalý. Vše může být buď překotné, nebo dlouhodobé. [8]

3.4.2 Emoce

Jedná se o spontánní výsledek subjektivního vnímání jedince. Emoce mohou být kladné a záporné, dokáží navodit fyziologické a motorické změny, jakými jsou: tepová frekvence, dechová frekvence, tremor.

Jejich společnými znaky jsou dle Duška [8, s. 54]:

- a) **Aktuálnost** – emoce se vyvíjejí dle aktuálního okolního dění.
- b) **Dynamičnost** – odpovídá aktuálnosti, emoce jsou nestálé a lehce měnitelné.
- c) **Polarita** – emoce jsou dělitelné na několik základních pólů, a to na kladné a záporné, příjemné a nepříjemné, na základě uspokojování a neuspokojování. [8]
- d) **Subjektivnost** – „vyjadřuje subjektivní vztah emocí k předmětům a jevům.“ [8, s. 54]
- e) **Asociace emocí** – MUDr. Dušek mluví o asociacích emocí jakožto o dvou nebo více současně probíhajících emocích různých kvalit, vzájemně se ovlivňujících, jejichž výsledkem může být jedna emoce, která ale není přesným vyvážením křížících se emocí. Převažuje vždy jedna silnější s prvky dalších slabších. [8]
- f) **Iradiace emocí** – jedná se o návaznost na asociaci, kdy dominantní emoce hraje hlavní roli a zbylé prožívané emoce jsou pouze doplňujícím aspektem. [8]
- g) **Přenos emocí** – původní prožívaná emoce se i po jejím ukončení reflektuje do dalších prožívaných aspektů. Může dojít k promítání i po delším časovém odstupu. [8]

Emoce se dělí do několika skupin dle polarit, kvality, intenzity a trvání.

- a) **Afektivita – nejen afektivita, ale i akutní reakce na stres a PTSD (Posttraumatic stress disorder)**

Afektivita znamená krátkodobé výpady nekontrolovaných bouřlivých emocí (afektů) vyvolaných stresovými inzulty. Tyto inzulty mohou být různě psychicky náročné, a to dle vnímání jedince. Znamená to, že vnímání a schopnost každého reagovat na různé podněty se může lišit silou projevu. [8]

b) Emotivita

Emotivitou se označuje celková citová složka osobnosti, její vnímání a citové rozpoložení. [8]

3.4.3 Afekt

„Afekt sám o sobě ještě neznamená chorobný stav, i když při afektu je tendence k neuváženému jednání.“ [8, s. 55] Jedná se o rychle vzniklou intenzivní bouřlivou emoci vyvolanou buď odpovídajícím, nebo neodpovídajícím inzultem, je cílená. K jeho projevu dochází během tzv. vyvrcholení městnání afektu, často nastane nezvládnutý afekt. Při absenci městnání afektu může dojít k afektu přesunutému, kdy jedinec nezvládne své emoce udržet po slabším inzultu, jenž se dostavil po silném podnětu, na který reagoval střídavě. Nejlepším možným způsobem je odreagování afektu, kdy dojde k vyvrcholení jinou formou než výše zmíněnými. [8]

3.4.3.1 Poruchy afektů jakožto poruchy emocí

Jedná se o poruchy s typickým projevem nepřiměřeně silné a intenzivní reakce na podnět.

Poruchami afektů jsou:

a) Nezvládnutý afekt

Nezvládnutý afekt nastává, pokud jeho náhlý vznik a vystupňování nebyly potlačeny a došlo k projevu cíleného, agresivního, nepřiměřeného chování, během kterého si jedinec své počiny uvědomuje, ale pod silným tlakem emocí není schopen tyto projevy potlačit. Díky krátkému trvání ale dochází k rychlé nápravě a zpětné emoční stabilitě, kdy prvním krokem bývá často spontánní pláč jedince. [8]

b) Patický afekt

Patický afekt se vyskytuje u širokého spektra pacientů, kteří trpí různou škálou onemocnění. Nejčastěji se s ním setkáváme u jedinců trpících epilepsií, poškozením CNS, alkoholiků a drogově závislých. Pro účely této bakalářské práce nás ale zajímají patické afekty vzniklé na podkladě silné traumatizující události.

Jedná se o velmi silný afektní stav způsobující až obnubilaci (kvalitativní porucha vědomí projevující se náhlou ztrátou a rychlým návratem vědomí), projevující se tremorem (nekontrolovatelný třes těla organismu) a jinými projevy motorického neklidu. Jedinec pod nátlakem emocí jedná často agresivně, melancholicky a dochází k projevu zoufalství, žalu, smutku a strachu. Vždy ale převažuje jedna záporná emoce, která podtrhuje celkový průběh a charakter vystupňovaného afektu. Má několik fází, první je fáze kumulační, během níž organismus začíná reagovat na silnou stresovou reakci nebo trauma. Už zde dochází k poruchám cílevědomého jednání. Další fáze je explozivní a nastává při ní uvolnění všech výše popsaných emocí, nastupuje obnubilace, kdy na postiženém můžeme pozorovat i tělesné změny, jakými jsou: „zarudnutí barvy kůže, nekontrolovatelný třes, pocení, křečovitá mimika, zrychlený pulz a mnohé jiné.“ [8, s. 56]

Poslední fází je fáze únavy, kdy po ataku patického afektu jedinec dochází do fáze vyčerpání, končící často spánkem. Jedinec si není schopný s odstupem času vybavit posloupnost událostí během ataky, nehledě na to, šel-li spát po patickém afektu, nebo ne. [8]

c) Afektivní stupor

Afektivní stupor, označovaný také jako Belzův úlekový stupor, je reakcí na silně traumatizující zážitek, kdy jedinec dochází do stavu emocionálního vyhasnutí za vymizení jakékoliv mimiky a pohybu. Trvá často velmi krátce a pacient během tohoto stavu nepřichází do změněného stavu vědomí. Svůj stav si plně uvědomuje, ale nedokáže ho ovlivnit. [8]

d) Afektivní útlum

Při vzniku traumatizující události jedinec projevuje vnější klid, až rozvážnost v jednání. Vnitřně plně pocítuje aktuální prožitky, ale není schopný je projevit, pokud traumatizující událost pořád trvá. Jedná automaticky a okolí jej často hodnotí jako „duchem nepřítomného“. Plný projev emocí nastoupí po odeznění událostí předcházejících tomuto stavu. Často se vyskytuje u hromadného postižení osob, katastrof, někdy i u ztráty rodinného příslušníka, obvykle při dopravních nehodách. [8]

e) Afektivní raptus

Bývá pozorován zvláště u pacientů trpících anxiózními stavy, těžkými depresiemi, u sociofobů a lidí vystavených dlouhodobému působení těžkých stresových faktorů. Bývá silně emočně prokreslený a cílený jak na okolí, tak na samotného pacienta. Chování je neovlivnitelné, ataka probíhá často rychle, pacient je během ní schopný ublížit jak sobě, tak okolí. Pacient projevuje uzavřenost, úzkost a nemá zájem o přítomnost druhých. [8]

3.4.4 Nálada

Celkové rozpoložení jedince závisí na mnoha faktorech, určující a podbarvující další psychické prožitky jednotlivce. Nálada je proti afektu časově déle trvající, za to ale intenzitou projevu slabší. [8]

3.4.4.1 Poruchy nálad

Poruchy nálad bývají nepříznivým faktorem při reakcích na těžkou stresovou situaci, jakou bývá v prostředí přednemocniční neodkladné péče často úmrtí. Zhoršují reakce pacienta, především z hlediska afektivního jednání a u dalších reakcí, které nejsou součástí organických duševních chorob. Ty jsou běžně pozorovatelné pracovníky intervenčních služeb a ZZS, přičemž tyto změny mohou nasvědčovat probíhajícím psychopatologickým procesům na základě nově vzniklé situace. Tyto příznaky poruch nálad zhoršují průběh hlavně u akutní stresové reakce a posttraumatické stresové poruchy (dále jen PTSD). [7, 8, 9]

3.4.5 Akutní stresová reakce

Charakteristika dle MKN-10: „Přechodná porucha, která se rozvíjí u jedince bez jakékoliv jiné zjevné duševní poruchy v reakci na výjimečný fyzický a duševní stres a která obvykle trvá několik hodin nebo dnů.“ [9, F43.0] Tak jako vše výše zmíněné je i akutní reakce na stres podmíněná mnoha faktory, do kterých spadá hlavně pacientova schopnost zvládat zátěžové situace, aktuální rozpoložení a komorbiditu. Jako typický obraz pacienta trpícího akutní reakcí na stres vnímáme turbulentně se měnící stavy nálad, především záporných, začínajících zármutkem, dochází ke snížení pozornosti až k ambulantním stavům (stavy vyžadující hospitalizaci). Dalšími přidruženými symptomy jsou hyperaktivita a přílišná agitovanost, zmatenost, výčitky, fuga, anxiózní ataky, až somatické projevy, jakými jsou pocení, tachykardie, tremor. Začátek stavu nastupuje často minuty po traumatizující události a trvá zpravidla do několika dnů. Neustoupí-li příznaky do několika dnů, je vhodné zvážit změnu diagnózy. [9]

Jedná se o stav, kdy často nastupují krizoví interventi, samozřejmě vždy jen po souhlasu zasažené osoby, snažící se dotyčnému zpravidla pomoci zpracovat proběhlou událost (často) úmrtí tak, aby nedošlo k tvorbě progredující patofyziologie a pacient se dokázal orientovat sám ve svém aktuálním stavu.

3.4.6 Posttraumatická stresová porucha

Proti akutní stresové reakci je nástup PTSD opožděný, což znamená, že její projevy jsou patrné několik dnů i týdnů po extrémně ohrožující, katastrofické události. Stejně jako u akutní stresové reakce ale nemusí postižený z počátku mít žádné onemocnění ovlivňující jeho psychický stav. Tato porucha je ale častější u pacientů, kteří mají jakoukoliv neurózu v anamnéze.

PTSD je dlouhotrvající stav a zpravidla vyžaduje profesionální intervenci, bez které může dojít k fatálnímu zhoršení stavu. Příznaky jsou vtíravé myšlenky na už proběhlou událost, tzv. „flashbacks“, promítající se do snů, vyvolávající zděšení až noční můry. Pacient se straní společnosti, je hyperaktivní, snadno se vyleká. PTSD bývá spojena s depresemi a anxiózními atakami, které mohou vyústit až v suicidální pokus. Obvykle dochází ke spontánní nápravě do několika měsíců. Projevují-li se ale symptomy dále, dochází k transformaci akutní fáze do chronického onemocnění. [9]

3.4.7 Krize

Krize je životní situací silného emocionálního rázu vyznačující se turbulentními změnami často záporného charakteru. Subjektivně je chápána jako ohrožující nebo nebezpečná pro daného jedince a jeho okolí. Základním principem krize jakožto situace je dle Vodáčkové [11, s. 32] tzv. dvojí kvantifikace. Jedná se o způsob reakce organismu jako celku na určitou událost a aktuální psychické rozpoložení jedince. [11]

Každá krize má dle teorie krize katastrof tzv. urychlovače, které napomáhají k jejímu vzniku. Jsou jimi ztráta, změna a volba. [11, 12]

Ztráta je v tomto smyslu chápána jako ztráta osoby blízké, materiální, vztahu, důvěry v rodinné příslušníky a známé etc. [11, 12]

Změna bývá velmi přidružená ztrátě, myslí se jí ale hlavně určitý stav. Tím může být změna zdravotního, rodinného, sociálního, pracovního stavu a jiných. Poslední částí je volba, kdy dochází k výběru mezi hodnotami stejné váhy. [11, 12]

3.5 Specifika krizové intervence

Krizová intervence, jakožto obor zabývající se osobami prožívajícími životní krizi, má za cíl navrátit jedince do jeho psychické pohody, zpřehlednit jeho prožívání a zastavit kontraproduktivní vývoj v chování jedince. Využívá k tomu různé formy pomoci, kdy nejčastějšími jsou pomoc lékařská, psychologická, sociální a právní. Nevynechává ale ani pomoc materiální a duchovní. [10, 11, 12, 13, 14]

Pomoc lékařská, chápána z pohledu krizové intervence, je pomoc zaměřená hlavně na medikamentózní léčbu, psychiatrickou a psychologickou lékařskou péči a v neposlední řadě na krátkodobou hospitalizaci na psychiatrickém oddělení. [10, 11, 12, 13, 14]

Psychologická pomoc, která by se dala brát jako stěžejní z hlediska krizové intervence, je zároveň nejvíce komplexní pomocí, jež může být jedinci podána. Jejím principem je vystavit pacienta přímé konfrontaci se vzniklou situací, kdy se intervent snaží vystavením jedince problému donutit ho ke snaze o řešení. [10, 11, 12, 13, 14]

Sociální intervence je formou vztahující se k okamžitému sociálnímu zásahu v prostředí vzniku krize. [10, 11, 12, 13, 14]

Právní pomoc může být podána i sociálním pracovníkem formou nabídek možností právní formy řešení situace. Jedná se ale o hlavní pole působnosti právníků, kdy intervent svými znalostmi může podat pouze obecné informace a rady, aby jedince nasměroval k řešení. [10, 11, 12, 13, 14]

Z hlediska zdravotnické záchranné služby jsou krizoví interventi proškolení pracovníci integrovaného záchranného systému (dále jen IZS), ale najdou se v jejich řadách i interventi z řad civilního obyvatelstva. Náplní jejich práce je obstarávat výjezdy k účastníkům těžké, pro ně často krizové situace. Rozhodnutí o povolání krizového interventa je na přítomném zasahujícím personálu. Na místo by ale neměl být povolán intervent na základě rozhodnutí zasahujících bez svolení osoby, které by byl krizový intervent určený. Povolení může být jakoukoliv formou. Vzhledem k těžké životní situaci, kdy člověk není schopný často žádné složitější komunikace s okolním prostředím, stačí i kývnutí hlavou na jednoduchý dotaz: „Přejete si, abychom vám zavolali specialistu, který by tady s vámi zůstal a věnoval se vám?“ [10, 11, 12, 13, 14, 23]

Krizový intervent může na místo určení dorazit během několika hodin, to ale neznamená, že by neměla být podána první psychická pomoc už zasahujícím personálem IZS přímo v terénním prostředí. Proto je důležité rozlišovat mezi krizovou intervencí a první psychickou pomocí, kterou by potřebným měli podat všichni bez ohledu na profesi, často i civilisté na místě neštěstí. Pro potřeby ukázky těžkých životních událostí je k dispozici tabulka 1 životních událostí Holmese a Rahea (studie 1960). Původně měla sloužit k objasnění nemocnosti vzhledem k situacím, které jsou v tabulce vyhodnoceny jako stresující události. Ty jsou ohodnoceny bodově od nejzávažnější po stresově méně závažnou událost. [11, s. 33, příloha č. 2] Zde je viditelné, že nejhůře zvládanými situacemi zůstávají úmrtí osob blízkých, a to partnerů a rodinných příslušníků. Pro potřeby krizové intervence je však důležité si uvědomit, že na lidskou psychiku těžce dopadají i úmrtí lidí cizích, u jejichž skonu byli

přítomni, jedná se z pravidla o autonehody, hromadná postižení osob s úmrtím jednoho a více pacientů. Stejně tak tyto a mnohé jiné případy úmrtí doléhají i na pracovníky IZS. Pro jejich potřeby jsou zde pracovníci krizové intervence taktéž. Jedná se o tzv. peery, tedy krizové interventy specializované přímo na pomoc pracovníkům IZS. Ti jsou úmrtím v přednemocniční neodkladné péči vystaveni nejčastěji, o to více je jejich snahou umírajícímu pomoci, i když neúspěšně. [10, 11, 12, 13, 14, 17]

Tabulka 1– Tabulka životních událostí dle Holmese a Rahea [11, s. 33, příloha č. 2]

Událost	Body
Úmrtí partnera, partnerky	100
Rozvod	73
Rozvrat manželství	65
Uvěznění	63
Úmrtí blízkého člena rodiny	63
Úraz nebo vážné onemocnění	53
Sňatek	50
Ztráta zaměstnání	47
Usmíření a přebudování manželství	45
Odchod do důchodu	45
Změna zdravotního stavu člena rodiny	44
Těhotenství	40
Sexuální obtíže	39
Přírůstek nového člena do rodiny	39
Změna zaměstnání	39
Změna finančního stavu	38
Úmrtí blízkého přítele	37
Přeřazení na jinou práci	36
Závažné neshody s partnerem	35
Půjčka vyšší než jeden průměrný roční plat	31
Splatnost půjčky	30
Změna odpovědnosti v zaměstnání	29
Syn nebo dcera opouští domov	29
Konflikty s tchánem, tchyní, zetěm, snachou	29
Mimořádný osobní čin nebo výkon	28
Manžel, manželka nastupuje či končí zaměstnání	26
Vstup do školy nebo její ukončení	26
Změna životních podmínek	25
Změna životních zvyklostí	24
Problémy a konflikty se šéfem	23
Změna pracovní doby nebo pracovních podmínek	20
Změna bydliště	20
Změna školy	20
Změna rekreačních aktivit	19
Změna církve nebo politické strany	19
Změna sociálních aktivit	18
Půjčka menší než průměrný roční plat	17
Změna spánkových zvyklostí a režimu	16
Změny v širší rodině (úmrtí, sňatky)	15
Změny stravovacích zvyklostí	15
Vánoce	12
Přestupek (např. dopravní) a jeho projednání	11

3.5.1 První psychická pomoc

První psychická pomoc je formou vstřícného chování k lidem postiženým mimořádnou událostí bez ohledu na vztahy mezi jednotlivci. [17] Jedná se o základní souhrn určitých úkonů, kterých je schopný každý jedinec i bez speciálního proškolení v oblasti krizové intervence. Mezi tyto postupy se řadí:

- a) Snaha o druhé pečovat, starat se o ně, ale jen formou, která není postiženému nepříjemná, s jeho osobním souhlasem.
- b) Vnímat jedince, vývoj jeho psychického stavu, jeho potřeby, obavy a starosti.
- c) Možnost i formy materiální pomoci. Nabídnout vodu, jídlo, kapesník nebo i cigaretu, dovoluje-li to zdravotní stav pacienta.
- d) Neporovnávat svou situaci a zkušenosti se situací jednotlivců, naslouchat a nenutit.
- e) Vlídnymi reakcemi pacienta uklidnit.
- f) Pacientovi nikdy nelhat, vystavit ho dané situaci a navést ho ke snaze o řešení.
- g) Zabránit dalšímu poškození jedince. [17]

3.5.2 Formy krizové intervence

Krizová intervence má několik forem. Kromě už zmiňovaného osobního kontaktu, kam se řadí ambulantní, hospitalizační a terénní krizová intervence, existují formy elektronické, tedy telefonická a internetová krizová intervence. Tyto distanční formy jsou zpravidla nejpoužívanějšími formami krizové intervence z důvodu možnosti anonymity a strachu z odsouzení. [7, 10, 11, 12, 13]

3.5.2.1 Krizová intervence telefonická

Telefonická krizová intervence je distanční forma krizové intervence zprostředkovaná telefonickými linkami důvěry. Ty jsou buď úzce specializované na konkrétní skupinu lidí či na konkrétní problematiku, anebo slouží širokému spektru jedinců s různou škálou potíží. Člověk prožívající krizi může využít kompletní anonymity a časté bezplatnosti linek. [7, 10, 11, 12, 13]

3.5.2.2 Internetová krizová intervence

Tato forma intervence je distanční formou, která je podobná telefonické a je postavená na psané komunikaci přes webové stránky a fóra. Člověk prožívající krizi využívá podobných výhod jako u telefonické linky, zde je ale umocněný pocit anonymity, jelikož intervent neslyší hlas osoby v krizi. [7, 10, 11, 12, 13]

3.6 Pracovník krizové intervence

Jako krizoví interventi působí jednotlivci mající specifickou odbornost. Těmi jsou lékaři, sociální pracovníci, psychologové a psychiatři, zdravotničtí záchranáři, sestry. Nejedná se ale o běžné neproškolené pracovníky z oblasti zdravotnického a psychosociálního personálu, ale o interventy, kteří prošli specializovanými kurzy. Těmi procházejí i krizoví interventi z řad civilistů, kteří nemusí mít žádnou z výše uvedených odborností, ale musí splňovat minimálně středoškolské vzdělání. [7, 23]

Požadavkem pro krizové interventy jsou už zmiňované specializované kurzy na distanční i osobní formy krizové intervence. Jedná se obvykle o 50 až 100hodinové kurzy dle probíraných témat a zaměření. Tyto kurzy mají aktuálně pod záštitou: SPIS, Sdružení přátel linky důvěry, SOS centrum Střediska křesťanské pomoci Diakonie Českobratrské církve evangelické Praha, Sdružení D Liberec, Občanské sdružení Remedium Praha a NCO NZO. [7, 11]

Obsahem těchto kurzů jsou jednotlivé problematiky, s nimiž se může krizový intervenent za doby svého působení setkat. Spadají sem především: ztráta blízké osoby v podobě úmrtí z mnoha příčin, specifika krizové intervence v partnerství a manželství, závislosti, sexuologie a mnohé jiné. [11]

Jedním z hlavních úkolů krizové intervence je vyřešit problém, který je jádrem krizové situace dotyčného, tak aby sám pacient dokázal v řešení krize pokračovat co možná nejvíce sám. Celý tento proces je dosažitelný pomocí jednotlivých přesně daných postupů, které musí být adaptované na řešenou krizi. Obvykle se jedná o vyvolání pocitu aktivity, kdy konzultant využívá direktivního přístupu. Konzultant je ten, který vede rozhovor, konfrontuje dotyčného s řešenou problematikou, dává ale mu prostor se vyjadřovat a následně jej odvádí od nevhodných řešení situace. Dochází k neustálé rekapitulaci sdíleného. Pacient musí nabýt dojmu, že on je ten, kdo situaci řeší. Důvodem je, že krizová intervence bývá pro každého jedince specifická. Těmito postupy jsou:

- a) **Zabezpečení základních potřeb klienta** – klient bývá během prožívání krizové situace v úzkosti. Díky ní bývá častěji žíznivý, prožívá pocity chladu, které se projevují třesem, častým nutkáním na toaletu a nutností zapálit si cigaretu. Krizová intervence by proto měla začít nejdříve základní informovaností o postupu během intervence a následným obstaráním tepelného komfortu, kapesníků, kávy nebo cigarety dle osobních potřeb klienta. Pro tyto případy jezdívají krizoví intervenenti na výjezdy s malým kufrem vybaveným pro zajištění nejběžnějších potřeb. Klientovi to dodá pocit laskavosti, vstřícnosti a ohleduplnosti z naší strany.
- b) **Vytvoření bezpečného místa pro kontakt, adaptace prostředí** – snaha s klientem navázat další kontakt spočívající v hlubším představení se a navázání na řešenou problematiku, to vše na vhodném místě. Nedoporučuje se provádět krizovou intervenci na místě, kde před chvílí

došlo ke vzniku samotné krizové situace. Klient musí mít pocit pohodlí, ten krizový intervent zajistí nejen vhodným místem k intervenci, ale taktéž vhodnou polohou klienta na ním zvoleném materiálu. Dochází zde ke konverzaci a podrobnější informovanosti ohledně průběhu krizové intervence, na jejímž základě intervent zhodnotí emoční stav klienta.

- c) **Započetí rozhovoru o základní orientaci v problematice** – zde dochází k započetí rozhovoru o prožití krizové situaci. Podstatné je klienta nechat mluvit a doptávat se na bližší podrobnosti, až sám klient přestane mluvit. Během rozhovoru se intervent snaží zjistit další bližší informace o klientovi. Těmito informacemi jsou přibližný věk, rodinný stav, sociální situace klienta a mnohé jiné. Pokračování rozhovoru by mělo být vedeno ke konkretizaci krizové situace, k jejímu přesnému časovému ohraničení a formě průběhu situace. Po případném delším monologu klienta je vhodné ho zdvořile zastavit, projevit chválu za snahu o řešení situace formou dovolání interventa a zrekapitulovat řečené informace
- d) **Očekávání** – část konverzace, kdy klient přestává mluvit z důvodu vyčerpání informací. Nezbytností pro interventa je navázat v rozhovoru jednoduchou otázkou na očekávání klienta od pomoci interventa. Nedojde-li k pochopení myšlenek interventa, intervent zrekapituluje dotazem na klienta zmíněné očekávání. Intervent se musí vyvarovat vlastních hypotéz o očekávání klienta od intervence.
- e) **Pojmenování překážky, katastrofický průběh** – v této fázi klient přechází ke svým představám o své nebo cizí budoucnosti na základě prožitého. Jedná se o pomyslné místo, z kterého vychází obavy a strach pacienta. Potřebné je projít těmito obavami bod po bodu. Intervent zde musí klienta provést těmito scénáři. Klient by měl mluvit o svém strachu a možnostech, kterých se obává, že by mohly nastat. Intervent se nesmí vyhýbat mluvením o sebevražedných myšlenkách.

- f) **Zkušenosti s podobnou situací v minulosti** – v případě, že by z rozhovoru vzešlo najevo, že klient má s podobnou situací už zkušenosti, snaží se intervent klienta navodit k vyrovnávacím mechanismům, které pomohly v minulosti.
 - g) **Psychodynamické souvislosti** – snaha najít podloží problému z hlediska delších časových a vztahových souvislostí. Díky ozřejmění dojde k lepšímu uchopení celé situace.
 - h) **Dohoda s klientem a závěr rozhovoru** – po všech těchto krocích by mělo dojít ke klientově úlevě, která by měla být pozorovatelná v rozhovoru. Při náznaku závěru rozhovoru intervent ještě jednou konfrontuje klienta s probíranou problematikou, aby došlo k opětovné odpovědi klienta na otázku, co chce se svou situací dělat. Zde intervent podává klientovi poslední informace vzhledem k návazné péči, kterou může klient využít.
- [11]

3.6.1 Peer jakožto krizová intervence pro zdravotníky a členy IZS

Jedná se o jednotlivce z řad profesionálního zdravotního personálu a pracovníků IZS, kteří prošli certifikovaným výcvikem v oblasti psychosociální péče o kolegy. Na základě předem stanoveného rozsahu péče mohou kolegům poskytovat psychickou podporu. Mantinely v rozsahu podávání psychosociální péče jsou stanoveny krajským koordinátorem a garanty Systému psychosociální intervenční služby, dále jen SPIS. Psychosociální krizová intervence je poskytována stejně jako běžná krizová intervence jen kolegům, kteří si o ni sami řekli, nebo jim může být doporučena. Účast ve SPIS je pro certifikované specialisty pouze dobrovolná a dá se kdykoliv ukončit. [19]

Osobnost zdravotnického záchranáře bývá mnohdy veřejností vnímána jako odolnější vůči stresorům okolí a od samotného záchranáře se očekává nadsazenost a emoční stabilita v každé situaci. Toto myšlení není daleko od pravdy, osobnost zdravotnického záchranáře opravdu bývá díky výcviku

i praxi odolná. Neznamená to ale absolutní psychickou odolnost za každé situace. Pro případné krize nejen zdravotnického personálu, ale obecně pracovníků IZS jsou zde už zmínění peři, kteří se starají o zvládání stresu a krize pracovníků IZS, již jejich služby vyhledají. [22]

3.7 Postupy zdravotnického personálu při úmrtí v PNP

Dojde-li k úmrtí v přednemocniční neodkladné péči (dále jen PNP), konstatuje úmrtí lékař ZZS nebo zavolaný koroner. Koroner není vždy lékařem zdravotnické záchranné služby. Jeho úkolem je provádění ohledání mrtvého na místě nálezů. Koroner má pravomoc uložit příkaz k pitvě zemřelého na základě podezření smrti z cizího zavinění a jeho povinností je zjistit smrt pacienta, pravděpodobnou dobu úmrtí a její příčinu. [24] Dohlížející lékař nahlašuje úmrtí místně příslušnému praktickému lékaři zemřelého. V PNP nemusí dohlížející lékař nahlašovat smrt dotyčného rodinným příslušníkům. Tuto funkci obstarává Policie České republiky. Lékař provádějící zevní prohlídku mrtvé osoby dále může za určitých okolností nařídít zdravotní pitvu, stejně jako koroner může nařídít pitvu soudní. Tyto pitvy nemohou rodinní příslušníci odmítnout. Dále, přijde-li zdravotnická záchranná služba na místo k zemřelému bez výskytu svědků události nebo dojde-li během PNP k úmrtí s podezřením na zapříčinění násilnou činností, přivolá lékař nebo nelékařský zdravotnický pracovník ZZS policii dle zákona č. 372/2011 Sb., zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, konkrétně dle § 86. Další funkcí lékaře je konstatování smrti, vyplnění průvodního listu o úmrtí pacienta a listu o prohlídce zemřelého. Konstatování smrti má velký význam například u rozhodování o ukončení resuscitace. [18]

Postup nelékařského zdravotnického personálu je, co se týče ohlašovací povinnosti, stejný jako pro každého dle výše zmíněného zákona. Praktický postup nelékařského zdravotnického personálu je jiný než u lékařského personálu zdravotnické záchranné služby. Nejedná-li se o případ, ke kterému je přivolána policie, zdravotnický personál vyplní parere s datem a časem úmrtí, případně rodině odevzdá seznam okolních pohřebních služeb a odjíždí z místa úmrtí po ohledání lékařem. Po případné resuscitaci nebo jiné intervenci zdravotnického personálu na pacientovi před jeho úmrtím odstraňuje personál ZZS po úmrtí všechny zavedené umělé vstupy do pacienta. Po smrti v domácím prostředí je obvyklé přemístění těla na postel do vodorovné polohy a jeho přikrytí pro snížení zátěže přítomné rodiny. Úmrtí bez svědků nebo přítomných rodinných příslušníků je řešeno dle slov zdravotnického personálu jeho přikrytím, odstraněním případných vstupů a sesbíráním cenností zemřelého pacienta, které měl u sebe, jejich zapsáním do záznamu o výjezdu a podpisem minimálně dvou pracovníků s dalším svědkem. Tyto cennosti jsou pak buď uloženy ve skladu ZZS, kam si pro ně přichází rodinní příslušníci zemřelého, nebo jsou v případě příchodu rodinných příslušníků ponechány na místě. Důvodem odjezdu po ohledání lékařem je co nejkratší doba blokování výjezdové skupiny u exitu a snížení finanční náročnosti celého procesu. Výjimkou v postupu jsou případy stádia nálezu s jistými známkami smrti, jakými jsou posmrtná rigidita (ztuhlost), hnilobné změny (rozklad organismu na podkladě hnilobných bakterií), dekapitace (oddělení lebky od zbytku těla) a jiné, kdy se nemusí čekat na příjezd lékaře. Zdravotnická záchranná služba není povinna odvážet z místa zásahu tělo zemřelého, nejedná-li se o případ úmrtí během prevozu do nemocnice. Případné zhoršení stavu ústí k resuscitaci při příjmu pacienta na urgentním příjmu je řešeno převzetím resuscitace pracovníky nemocnice, kdy po odevzdání písemností posádka ZZS vyjíždí buď na další výjezd, nebo se vrací na stanici.

Dalšími postupy kromě písemností a odstranění vstupů je už zmiňované odevzdání seznamu pohřebních služeb případně přítomné rodině na místě výjezdu, poskytnutí první psychické pomoci a přivolání krizového interventa v případě zájmu svědků na místě výjezdu. Jedná-li se o specifický druh výjezdu, jakými jsou dopravní nehody a hromadné postižení osob, jsou postupy upraveny dle situace. Ty se od sebe liší stát od státu. [29] Části těl při výše zmíněných případech se sbírají pro účely vyšetřování a při hromadných postiženích osob se dle charakteru výjezdu vytváří odkladiště mrtvých, které musí být mimo odsunové stanoviště s živými pacienty. Dále zasahující personál za specifických okolností nesmí hýbat s těly zemřelých. Těmito okolnostmi jsou letecké a železniční nehody a jiné. [22]

Dle jednotlivých pracovníků ZZS jsou základní postupy po úmrtí pacienta stanoveny v metodických postupech ZZS, přičemž každý kraj má své metodické postupy upravené dle svých preferencí.

3.7.1 Právní ošetření

Pojem úmrtí, postupy při úmrtí a pravomoci vychází z právních norem České republiky. Těmito právními normami jsou:

Zákon č. 256/2001 Sb., o pohřebnictví a o změně některých zákonů, je právní normou zabývající se nakládáním s lidskými ostatky a pozůstatky a dále právy a povinnostmi vyplývajícími z provozu pohřební služby, krematorií a pohřebišť. Tento zákon stanovuje podmínky, po jejichž splnění je možné provozovatelem pohřební služby převzít tělo zemřelého. Těmito podmínkami jsou odevzdání listu o prohlídce zemřelého vystaveného prohlízejícím lékařem, informace z případné pitvy a v případě podezření na spáchání trestného činu se dále jedná o souhlas státního zástupce a odevzdání dokladů zemřelého. Další povinnosti pohřební služby vycházející ze zákona č. 256/2001 Sb. a jsou jimi uloženy těl do transportních vaků nebo přepravních rakví dle vybavení vozidla

určeného k přepravě zemřelých a vedení správné evidence lidských pozůstatků a označování výše zmíněných rakví a pytlů tak, aby odpovídalo dokumentaci od prohlížejícího lékaře. [26]

Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotnických službách a podmínkách jejich poskytování, je zákonem upravujícím zdravotní služby, podmínky jejich poskytování, ustanovení výkonu státní správy, druhy a formy zdravotní péče, dále práva a povinnosti pacientů, zdravotnického personálu a poskytovatelů zdravotnických služeb. Pro účely této bakalářské práce je nejpodstatnější část sedmá, zabývající se nakládáním s odejmutými částmi lidského těla, tělem zemřelého, postupy při úmrtí a stanovení pitev. Tento zákon stanovuje úkony, které mohou být prováděny na těle zemřelého. Těmito úkony jsou například prohlídka zesnulého, pitva, odběr biologického materiálu za stanovených podmínek a jiné. Dále zákon určuje postupy při úmrtí, kterými jsou ohlašovací povinnost a zajištění ohledání zemřelého společně s určením ohledáním pověřených osob. [27]

Zákon č. 374/2011 Sb., o zdravotnické záchranné službě, je právní normou ustanovující podmínky poskytování zdravotnické záchranné služby, práva a povinnosti poskytovatele zdravotnické záchranné služby a povinnosti poskytovatelů akutní lůžkové péče v návaznosti na zdravotnickou záchrannou službu. Zákon stanovuje podmínky pro poskytovatele ZZS. Těmi jsou dostupnost formou dojezdové doby a plánu pokrytí kraje ZZS. Dále určuje součinnost mezi poskytovateli akutní lůžkové péče a ZZS. Zde je jasně uvedena kooperace při zajištění plynulé návaznosti následné péče, kdy ZZS je povinna zajistit společně s operačním střediskem neustálou výměnu informací jak o stavu pacienta, tak o stavu a počtu volných míst poskytovatele akutní lůžkové péče. [28]

3.7.2 Nejčastější příčiny úmrtí v České republice

Lidé umírají z různých vnějších i vnitřních příčin, na různých místech nehledě na věkovou skupinu. Data o jejich úmrtí s roční periodicitou sbírá Český statistický úřad (dále jen ČSÚ), který tato data dále poskytuje Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR (dále jen ÚZIS) a široké veřejnosti.

Díky těmto statistikám je možné vysledovat a vytipovat časté příčiny úmrtí v přednemocniční péči a zaměřit se na jejich jednotlivé skupiny vzhledem k získaným datům od respondentů této bakalářské práce. Tato získaná data pak mohou být zařazena do tabulky a z kategorií, do kterých budou přiřazena, se bude dát odvodit riziková skupina úmrtí pro personál ZZS z hlediska prožívání. Tabulka 2 [25 – převzato, upraveno]:

Tabulka 2 – Vybrané příčiny úmrtí v ČR od roku 2009 do roku 2018 – převzato, upraveno [34]

2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Průměr	Příčiny
107 421	106 844	106 848	108 189	109 160	105 665	111 173	107 750	111 443	112 920	108 741	Celkem zemřelých
28 064	28 222	27 539	27 683	27 449	27 603	27 407	27 806	27 852	28 266	27 789	Rakovina
2 171	2 188	2 794	2 692	4 286	4 090	4 491	4 521	4 497	5 137	3 687	Endokrinní onem.
1 036	1 135	1 324	1 232	2 402	2 402	2 711	2 916	2 905	3 440	2 150	Diabetes Mel. II.
1 089	1 064	2 132	2 522	2 601	2 664	3 019	3 156	3 269	3 636	2 515	Nervová s.
397	403	1 046	1 220	1 271	1 369	1 562	1 748	1 864	2 098	1 298	Alzheimerova ch.
54 100	53 590	52 725	53 046	51 731	48 627	50 969	47 611	49 346	48 792	51 054	Oběhová s.
6 565	6 261	6 566	6 305	6 190	5 317	4 856	4 531	4 563	3 989	5 514	AIM
18 903	18 529	19 575	19 953	21 115	20 032	21 188	18 679	19 250	18 702	19 593	Chronická ICHS
2 020	1 903	1 252	1 191	974	886	984	885	934	884	1 191	Plicní Embolie
2 823	2 685	2 762	2 996	2 955	2 804	2 740	2 720	2 713	2 712	2 791	CMP zjištěná
3 990	3 862	3 497	2 972	2 519	2 114	2 333	1 840	1 636	1 483	2 625	CMP nezjištěná
5 920	6 659	3 442	3 368	1 905	1 586	1 680	1 614	1 585	1 601	2 936	Ateroskleróza

6 393	6 151	5 690	5 882	6 833	6 210	7 478	7 128	8 067	8 315	6 815	Nemoci dýchací s.
2 843	2 891	2 059	2 170	1 933	1 954	2 364	2 483	2 927	2 998	2 462	Pneumonie
2 066	1 847	2 229	2 157	3 031	2 639	3 167	2 810	3 118	3 102	2 617	CHOPN
4 809	4 664	4 531	4 491	4 607	4 474	4 659	4 512	4 769	4 926	4 644	Onem. Trávi. S.
1 224	1 276	1 241	1 297	1 382	1 324	1 381	1 308	1 495	1 519	1 345	Alko. Onem. Jater
5 946	6 009	5 973	5 856	5 598	5 714	5 812	5 511	5 608	5 845	5 787	Poranění a otravy
1 026	907	871	813	760	786	811	715	689	736	811	Dopravní nehody
285	266	288	253	275	252	253	224	234	233	256	Chodec zraněn u d.n.
68	71	59	56	73	67	86	55	60	54	65	Cyklista zraněn u d.n.
72	70	56	63	65	90	97	62	69	90	73	Motorkář u d.n.
322	276	299	270	286	321	318	307	257	296	295	Člen osádky vozidla
2 897	3 107	3 005	2 894	2 786	2 926	3 107	2 916	2 974	3 087	2 970	Jiné příčiny náh. por.
1 489	1 370	802	751	657	572	597	562	602	608	801	Pády
338	325	338	419	419	395	426	464	464	391	398	Náhodné otravy šk.
1 464	1 502	1 589	1 647	1 573	1 488	1 384	1 316	1 395	1 352	1 471	Úmyslné sebepoš.
57	39	50	76	124	129	149	189	157	260	123	Kompl. zdrav. péče
											Úmrtí ve věku
341	313	298	285	265	263	272	317	304	292	295	0
76	88	77	68	66	65	62	72	67	71	71	1 až 4
50	47	41	48	51	53	50	43	53	53	49	5 až 9
72	60	54	57	37	40	52	51	41	38	50	10 až 14
210	209	210	188	185	165	129	129	130	148	170	15 až 19
108 741 = 100 %		1087,41 = 1 %					585 : 1087,41 = 0,54 %			585	Pac. od 0 do 19 let

4 METODIKA

Pro praktickou část bakalářské práce byl zvolen kvalitativní výzkum založený na polostrukturovaném vedeném rozhovoru. Výzkumný soubor je složen z deseti respondentů, z nichž každý je anebo byl zaměstnancem jedné ze zdravotnických záchranných služeb v České republice, krajské i soukromé složky. Každý z respondentů je rozličné věkové kategorie. Jedná se o šest zdravotnických záchranářů s různě dlouhou dobou praxe, tři lékaře zdravotnické záchranné služby a jednoho řidiče sanitního vozidla ZZS.

Podmínky výběru zkoumaných jedinců nebyly nijak pevně dány z důvodu snahy obsáhnout větší okruh zaměstnanců ZZS s rozličně dlouhou praxí, rozličného pohlaví i věkové kategorie. Nutně dané podmínky byly pouze dvě, a to minulá nebo současně trvající praxe na kterékoliv ZZS, soukromé nebo krajské složky, s prováděním tzv. primárních výjezdů a zažití exitu v přednemocniční neodkladné péči. Nebyl brán ohled na dobu od prožitého úmrtí pacienta po dobu provádění vedeného rozhovoru s danými pracovníky. Osloveni byli respondenti ze čtyř krajů České republiky ve snaze vybírat i z různých výjezdových stanovišť ZZS. To vše kvůli co největší objektivnosti dat, co nejmenšího rizika ovlivnění výsledků podobně naučenými postupy, vzájemnou účastí na stejných výjezdech nebo kolektivním prožíváním těchto i jiných úmrtí.

Metodou získávání dat byla forma vedeného rozhovoru s dotyčnými pracovníky se zachováním jejich anonymity. Základní otázky byly pro všechny sledované stejné a dopředu připravené. Metoda byla zvolena z důvodu možnosti získání většího objemu dat od menší zkoumané skupiny. Během vedeného rozhovoru tázající mezi jednotlivé otázky vstupoval formou improvizovaných otázek, které vznikaly na základě toho, co tázaný řekl, se snahou rozvést nebo přiblížit řečené myšlenky. Ty přiblížily pohled

vedoucího rozhovoru na vnímání prožitých úmrtí jak z hlediska průběhu celé situace ovlivňující postupy výjezdových skupin na místě zásahu, tak z hlediska jejich významu v kariérách jednotlivých pracovníků.

Otázky byly směřovány na zjištění, zda každý z tázaných zažil úmrtí v přednemocniční péči, které si pamatoval, z jakého důvodu si je pamatoval a jak během nich postupoval. Počet otázek věnovaných problematice zasažení zdravotnického personálu jednotlivými úmrtími je vyšší než počet otázek orientovaných na postupy jednotlivých výjezdových skupin ZZS. Důvodem je složitost získávání informací ohledně psychického dopadu na tyto pracovníky a jejich následné interpretace a vyhodnocení. Otázky směřované k postupům vzhledem k rysům výjezdů se dají jednoduše rozvést během probíhajícího rozhovoru a jejich předem připravená forma by proto byla spíše zbytečná. Tyto konkrétní případy pak byly v rozhovoru blíže rozebrány ve snaze pozdějšího zaměření se na získaná data a jejich kategorizaci.

*Tabulka 3 – Stručná charakteristika vybraných respondentů
(Pořadí v tabulce nesouvisí s pořadím vložených přepsaných rozhovorů)*

Respondenti	Funkce	Doba výkonu funkce	Kraj
Respondent č. 1	Řidič	5 let	Středočeský
Respondent č. 2	Záchranář	11 let	Jihočeský
Respondent č. 3	Záchranář	2 roky	Karlovarský
Respondent č. 4	Záchranář	16 let	Středočeský
Respondent č. 5	Záchranář	9 měsíců	Středočeský
Respondent č. 6	Záchranář	4 roky	Ústecký
Respondent č. 7	Záchranář	1,5 roku	Středočeský
Respondent č. 8	Lékař	7 let	Středočeský
Respondent č. 9	Lékař	15 let	Středočeský
Respondent č. 10	Lékař	9 let	Středočeský

Výpis předem připravených otázek k vedenému rozhovoru:

- 1) Jak dlouho už pracujete pro zdravotnickou záchrannou službu na této pozici?
- 2) Zažil/a jste za dobu svého působení úmrtí pacienta při výjezdu, pokud ano, kolik přibližně?

- 3) Je nějaké z těchto úmrtí exitem, který vás jakkoliv zasáhl?
- 4) Mohl/a byste popsat své vzpomínky na tento výjezd? (Jak probíhal, jaká byla atmosféra výjezdu, popřípadě přítomnost rodiny pacienta nebo cizích lidí, pacienta samotného v rámci mezí GDPR.)
- 5) Jak jste jako výjezdová skupina postupovali na místě po konstatovaném úmrtí pacienta?
- 6) Proč zrovna tento výjezd utkvěl ve vaší paměti?
- 7) Jaké byly vaše pocity po úmrtí pacienta v rámci výjezdu?
- 8) Způsobily vám vzpomínky na tento případ nějaké problémy? (Akutní reakce na stres, PTSD, deprese, abulie, spánkové obtíže.)
- 9) Řešil/a jste tyto problémy s někým?
- 10) Využil/a jste po tomto případě služeb peera?
- 11) Využil/a jste služeb peera po jiných výjezdech nebo po delším časovém úseku ve své funkci?

Tyto otázky jsou zaměřené na rozebrání jednotlivých případů, které byly pro dotazované těmi nejvíce traumatizujícími z více hledisek a postupů během nich. Respondenti byli dopředu informováni o zachování jejich soukromí formou anonymizace rozhovorů a o možnosti kdykoliv rozhovor ukončit v případě nepříjemných pocitů.

První sada otázek (od otázky č. 1 po otázku č. 3) je zaměřena na obeznámení se s konkrétními případy úmrtí v přednemocniční péči a dále na jejich bližší rozebrání související s obdobím prožití těchto výjezdů vzhledem odpracovanému časovému úseku na ZZS.

Druhá sada otázek (otázky č. 4 a č. 5) je orientována na přiblížení případů z pohledu jejich průběhu, atmosféry, která panovala na místě zásahu, a zvolených postupů při exitu pacienta vzhledem k stávající situaci.

Třetí sada otázek (od otázky č. 6 po otázku č. 8) je orientována na jednotlivce a jeho subjektivní vnímání těchto výjezdů vzhledem k jejich charakteristice, ve snaze přiblížit nejproblematictější druhy výjezdů, jejichž součástí je exitus.

Čtvrtou sadou otázek (od otázky č. 9 po otázku č. 11) jsou otázky směřované ke zkušenostem s řešením těchto úmrtí vzhledem k těžké životní události i pro zdravotnického pracovníka formou krizové intervence.

Všechny tyto sady byly doplňovány otázkami vycházejícími z informací řečených během rozhovoru, doplňujícími a rozšiřujícími objem získávaných dat.

Dále budou v přílohách práce citovány celé náhodně vybrané přepisy těchto rozhovorů a ve výsledcích budou uvedeny a rozebrány jejich části. Vše bude vloženo po předem vysloveném souhlasu s uveřejněním získaných dat i celého vedeného rozhovoru.

Problematika úmrtí je po zátěžové stránce na psychiku jednotlivce velmi důležitým tématem, jak udává tabulka 1. Proto je cílem těchto rozhovorů najít určité podobnosti v průběhu jednotlivých případů a popsat postupy výjezdových skupin ZZS u těchto výjezdů vzhledem k okolnostem. Tyto informace jsou dále vyhodnoceny a seřazeny do více skupin zaměřených na formu rizika vzniku jakýchkoliv obtíží, kterým by se dalo předejít řádně nebo včas provedeným zásahem peera, a na možnost dodržování běžných postupů při úmrtí za různých okolností. Sledovanými skupinami jsou: věková skupina pacientů, kariérní období prožitku úmrtí, postupy ZZS vzhledem k atmosféře na místech výjezdů, k pacientovi a k okolí. Některé z těchto sledovaných skupin vznikly na základě provedených rozhovorů a rozšířily sledované cíle této práce. Všechny tři skupiny považuji za stěžejní vzhledem k vzniku jakýchkoliv obtíží a případným aplikovaným změnám v postupech navazujících na prožité a probírané výjezdy.

4.1 Postup sběru dat

Rozhovory byly uskutečněny po společné domluvě s náhodně vybraným personálem ZZS. Domluva byla nutná z důvodu pracovní vytíženosti těchto pracovníků vzhledem k povolání. První rozhovory byly provedeny v místě bydliště dotyčných a na veřejných prostranstvích. Další rozhovory zkomplikovala situace ohledně nákazy COVID-19, kdy nebylo možné nejen navštěvovat tyto pracovníky, ale jejich pracovní vytíženost a ustanovení vlády nedovolovaly pokračování v těchto rozhovorech ani elektronickou formou, která je sama o sobě nevyhovující pro získání všech potřebných dat z vedených rozhovorů. Po rozvolnění situace kolem nákazy COVID-19 a po další domluvě byly za přísných hygienických podmínek zbývající rozhovory domluveny ve venkovních prostranstvích a dva přímo na oddělení COVID ARO Nemocnice na Homolce, kde jsem po dobu sběru dat působil jako dobrovolník s dalšími dvěma respondenty ze ZZS Středočeského kraje. Všechny tyto rozhovory vyžadovaly z důvodu vážnosti a intimity probíraného tématu co největší soukromí. Důvodem nebyla pouze snaha o zajištění co největšího pohodlí vzhledem k už tak nepříjemnému probíranému tématu, ale i předpoklad, že z rozhovoru vzejdou další poznatky díky větší otevřenosti respondenta před jednou osobou než před skupinou osob cizích. Toho se dalo dosáhnout i na veřejném prostranství, kde rozhovory probíhaly o samotě na předem domluvených místech s co nejmenším počtem osob v okolí.

Rozhovory probíhaly na základě detailního představení tématu, opětovného ujištění se o souhlasu dotyčného pracovníka s provedením rozhovoru a jeho samotného provedení.

Během společné konverzace docházelo k častým problémům se specifikací případů úmrtí u některých tázaných. Byli vždy ujištěni, že v případě značně prožívané bolesti během rozhovoru je možné tento rozhovor kdykoliv ukončit.

Dále dle očekávání docházelo k rozvedení probíraného tématu o další otázky vycházející z kontextu, které vedly k detailnímu rozebrání zažité situace těmito pracovníky. Součástí celého sběru dat nebyla pouze snaha o zdokumentování jednoho konkrétního případu úmrtí v oblasti PNP, ale taktéž zjišťování dalších případů zažitých tázanými jednotlivci. Cílem bylo získat hlavní data ke zpracování a vedlejší složku dat vedoucí k doplnění dat již zjištěných.

Všechny rozhovory se povedlo dovést dokonce a žádný z respondentů nepožádal o předčasné ukončení rozhovoru z důvodu osobního diskomfortu.

4.2 Metoda vyhodnocení dat

Všechny rozhovory byly nejdříve přepsány z audio verze do verze psané a náhodné z nich byly vloženy do příloh. Byly přepsané i v kombinaci se vzniklými výpisky z jednotlivých rozhovorů, a to kvůli zachycení myšlenek a nálad a opakované kontrole zjištěných dat. Získaná data byla vyhodnocována pomocí kategorizace do jednotlivých skupin. Jednalo se hlavně o změny v postupech při těchto úmrtích proti běžným postupům ZZS, nalezení jednotlivých skupin úmrtí pacientů způsobujících větší psychickou zátěž a o využití peerů vzhledem k případným následkům po těchto úmrtích. Všechna tato data byla následně rozvedena a případně převedena pomocí grafů do grafické podoby, kdy po provedení tohoto úkonu vycházely nejčtenější skupiny z řad probíraných.

Jednotlivé sady otázek byly vyhodnocovány rozebráním odpovědí a případným grafickým provedením zvláště kvůli ozřejmění jednotlivých problémů. Z nich vzešla sumarizace stejných dat u různých jedinců.

Během zpracování dat nedocházelo k vyřazení rozhovorů z důvodu nesplnění kritérií díky předem zjištěným informacím od tázaných jednotlivců.

Pro vyzdvižení nejpodstatnějších zjištěných dat jsou jednotlivé části rozhovorů citovány, rozebrány ve výsledcích a pro ukázkou budou vzhledem ke kontextu v přílohách vloženy i náhodné anonymní přepsané rozhovory.

5 VÝSLEDKY

Rozhovory jsem se snažil koncipovat tak, aby z nich vyplynulo co nejvíce výjezdů spojených s úmrtími v kombinaci s časovým úsekem stráveným ve funkci zdravotnického personálu ZZS. Všechny informace jsem se snažil otázkami propojit tak, aby vznikl ucelený blok vzájemně se na sebe vztahujících dat. Není totiž důležité rozebrat jednotlivé úseky otázek samostatně, ale zjistit, jak se vzájemně ovlivňují. Člověk by očekával, že po delší době strávené u ZZS a s tím obvykle spojeným větším počtem mrtvých nebude vnímání a prožívání některých situací tak silné a že služebně starší členové budou po letech strávených v přednemocniční urgentní medicíně vyhořelí a chladnější v přístupu k pacientům a jejich okolí. Výsledky vyplývající z rozhovorů ukazují nejen postupy jednotlivých pracovníků při úmrtích, ale rovněž to, která úmrtí jsou považována za ta nejtragičtější a samotné pracovníky zasáhla, či je dokonce donutila ke změně postupů u exitu při výjezdu. První otázka proto byla věnovaná délce působení těchto pracovníků na stanovišti výjezdové skupiny ZZS. Někteří respondenti spadali do skupiny případně vyhořelých pracovníků díky své odpovědi. Tato odpověď totiž obsahovala zkušenosti s prací původně na horších pracovních pozicích se všeobecně záporně vnímanou skupinou pacientů, jak to můžeme vyčíst u respondenta č. 4: „Musím se zamyslet. Počítají se i ty výjezdy ještě jako DRN pro geriatrické pacienty? Jestli ano, tak od roku 2004. Jezdím už šestnáct let. Na ZZS u primárních výjezdů konkrétně od roku 2010.“ Nejednalo se o jediný případ, který začínal svou kariéru na pozici DRN, díky níž se ve zdravotnickém prostředí pohyboval o to déle, viz respondent č. 1: „No, teď je otázka, jestli se do toho počítá i DRN. Protože jestli i tak, tak pak zhruba pět let.“ Kromě těchto případů se odpovědi pohybovaly vždy jen kolem prožitých let přímo u primárních výjezdů. Dalo se přitom očekávat, že u služebně staršího jedince se bude okruh prožitých exitů zvětšovat a společně s tím i určitý nadhled na úmrtí ovlivňující nejen chování,

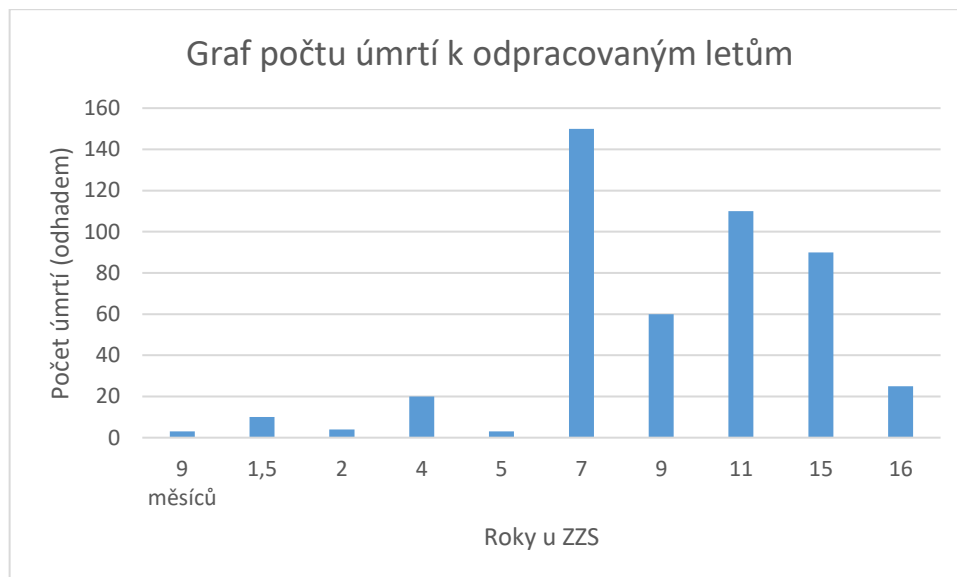
ale i postupy dotazovaných jedinců. Významné proto byly i odpovědi respondentů pracujících ve službách ZZS pouze krátkou dobu. Jedná se o respondenty č. 3, 5 a 7, kteří čerstvě absolvovali obor zdravotnického záchranáře a nepracovali před tím, kromě období praxí, na žádné ZZS ani DRN: „*Hmm, zhruba ty dva roky.*“, „*Od loňského září.*“ (v době zpracování rozhovorů 9 měsíců u ZZS), „*Třináct měsíců, i s praxemi jeden a půl roku.*“ Následující respondenti č. 1, 2, 6, 8, 9, 10 a už zmiňovaný respondent č. 4 byli opakem předešlých, a to délkou své služby u ZZS: „*Zhruba pět let*“, „*Jedenáct let, vlastně jedenáct let a před tím na ARU*“, „*Od roku 2016, teda čtvrtým rokem*“, „*Pro ZZS pracuji sedm let na své pozici*“, „*U ZZS pracuji tak patnáct let*“, „*Bude to kolem osmi, ne vlastně devíti let služby u ZZS*“, „*Od roku 2004, jezdím už šestnáct let. Na ZZS u primárních výjezdů konkrétně od roku 2010.*“

Dalším řešeným bodem byl přibližný počet prožitých exitů (otázka č. 2) za dobu služby u ZZS. Tato otázka měla u jednotlivých respondentů evokovat rozpomínání na případy, kterým se věnuje otázka následující. Podstatou nebylo jen ulehčit následný výběr zlomových případů, ale porovnat počet prožitých exitů vzhledem k době strávené u ZZS. Tato otázka odhalila nejen počty úmrtí na jednoho respondenta, ale též rozdíly těchto počtů vzhledem k odpracovanému období u ZZS. Tyto rozdíly jsou dobře pozorovatelné u respondentů č. 3, 4 a 7: „*Určitě byly. Minimálně deset, ale pravděpodobně více...*“, „*Zhruba čtyři.*“, „*Berou se v potaz pouze úmrtí během naší intervence, nebo úmrtí už před naším dojezdem? Tak to bylo kolem pěti, ano pět pacientů. Těch výjezdů, kdy jsme dojeli a pacient už byl mrtvý, bylo kolem dvaceti. Sám jsem rád, že za dobu mého působení ty exity nebyly zas tak časté.*“ a též u respondenta č. 1: „*Za svou kariéru tři, no přibližně tři.*“ Zmiňované rozdíly rychle vyvrátily původní myšlenky na možnost, že služebně starší jedinec je automaticky člověkem s větším počtem zažitých exitů. Další odpovědi nevybočovaly z očekávaných výsledků. To můžeme pozorovat u respondentů č. 2, 8, 9, 10: „*Když to řeknu hnusně, tak to*

je měsíčně několik, každoročně to bylo několik, kolem sta, sta deseti? Člověk to časem přestane počítat...“, „Určitě, skoro každou službu minimálně dvě, tím, že to bylo sedm let a jezdil jsem tak čtyři krát za týden, si to dokážeš představit“, „Hmm, tak určitě zažila, ale kolik, to nespočítám. Desítky, to budou určitě desítky, devadesát?“, „Taky to nespočítám přesně, těch úmrtí bylo hodně, možná kolem šedesáti, jednak to, co jsme jeli jako primární ohledání, jednak pár resuscitací, které nedopadly tak, jak bych chtěl, taky mám štěstí na vraždy, takže těch jsem taky pár potkal. Těch úmrtí bylo celkově mnohem více...“. Tito účastníci rozhovorů zažili nejvíce exitů vzhledem ke všem dotazovaným osobám. Díky rozmanitosti počtu a charakteru těchto výjezdů vzešlo z kontextu u některých respondentů předčasně najevo nedodržení běžných postupů při exitu pacienta v PNP nebo dopad některých úmrtí na ně samotné. Konkrétně se jedná o respondenta č. 4, 8, a 9, kteří spontánně v návaznosti na informace řečené po otázce č. 2 začali vzpomínat na některé ze svých výjezdů. Příklad respondenta č. 8: „Bylo jich opravdu hodně. V hlavě se mi pořád některé z nich přemítají. Třeba dítě, které se udusilo pepřem a my jsme ho vezli do nemocnice mrtvé jen pro to, abychom tam rodinu nenechávali se samotnou mrtvolou, než by došla pohřební služba.“ Všichni tito respondenti byli ponecháni, aby své myšlenky rozvedli, i když se jednotlivým případům věnuje následující otázka č. 3. Bylo to z důvodu toku volného proudu myšlenek, kdy jsem chtěl využít případy, o kterých začali spontánně mluvit, a rozvést je. Respondentům jsem proto položil následující otázku vycházející z kontextu (jedná se o převzatou a upravenou otázku 6): „Co si myslíte, že je tím důvodem, proč o tomto případě teď mluvíte?“ Tato otázka měla za úkol poodhalit konkrétní důvody rozpomenutí se na tyto případy, které musely být něčím speciální, když došlo k jejich téměř okamžitému vybavení. Těmi důvody se ve výsledku stala stejná specifika rozdílných výjezdů. Všichni respondenti uvedli přítomnost rodiny na místě události, věk pacienta nebo rozdílnost v přístupu k nim oproti každému jinému běžnému výjezdu, jehož součástí bylo úmrtí. Jako příklad uvádím odpovědi respondentů č. 4 a 9, přičemž respondent č. 9 se od ostatních dvou případů liší

zachováním běžných postupů i vzhledem k situaci při exitu pacienta (viz otázka č. 5): „Bude to asi ta celková atmosféra, ti účastníci, rodina na místě té tragédie, věk pacienta, změny v našem přístupu. To budou ty důvody, proč mne to tak teď napadlo, jestli chápu Vaši otázku správně.“, „To bude tím, že to bylo děfátko, a ten zvláštní pocit, který jsem během toho celého výjezdu měla. Byla tam s námi i rodina toho děfátka, ale chovali se zvláštně. Jinak, než by to člověk čekal od kohokoliv ve stejné situaci...“

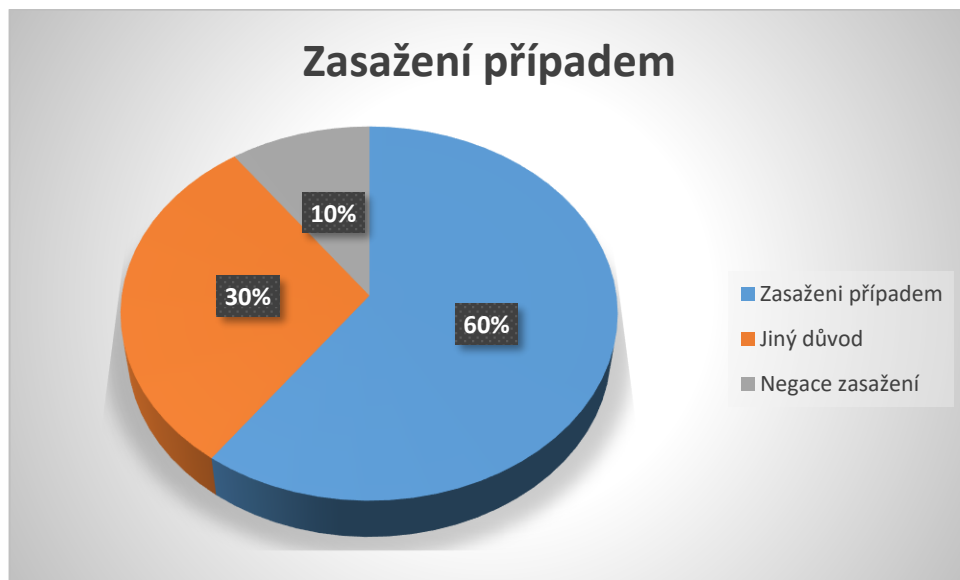
Data jsou zobrazena v následujícím grafu 1: jedná se o počet úmrtí vzhledem k letům odslouženým u ZZS:



Graf 1 – Graf počtu úmrtí k odpracovaným letům

Následující otázka č. 3 si klade za úkol zjistit konkrétní případy exitů, které by si dotazovaní pracovníci zapamatovali, a to z jakéhokoliv důvodu, jimž se dále budeme věnovat. Otázka je záměrně koncipována tak, aby v případné kladné odpovědi byly naznačeny vnímavost a prožívání těchto pracovníků vůči případům úmrtí obecně. Jednotliví respondenti na tuto otázku reagovali celkem třemi způsoby. První a nejčastější reakcí byla kladná odpověď, potvrzující existenci případů, které byly v jejich kariéře jakkoliv zásadní. Druhý způsob odpovědi byla odpověď upravující otázku, kdy jednotlivci negovali zasažení nějakým z prožitých případů, ale zmínili jejich zapamatování kvůli různým

specifikům konkrétních výjezdů. Poslední, nejméně častou a jedinou reakcí byla úplná negace bez jakéhokoliv rozvedení odpovědi na tuto otázku. Jako příklad uvádím tři odpovědi na tento dotaz. Každá z nich je zástupcem výše uvedených způsobů odpovědí a jsou v pořadí uvedených reakcí. Odpověď respondentů č. 4, 3 a 1: „Ano, třeba výše zmíněné.“, „Tak víceméně si je pamatuji všechny, ale myslím si, že je to spíše tím, že na ty situace není člověk zvyklý, než tím, že by mne to nějak psychicky výrazně zasáhlo.“, „Hmm, hele asi... asi ne.“ Zvláštností je, že respondent negující jakékoli obtíže či snad nestandardní pocity při exitu je řidič, který prošel oproti zdravotnickým záchranářům a lékařům nejmenší přípravou, co se týče hodin věnovaných psychologii a psychiatrii, a tedy by se dalo předpokládat, že bude jedním z respondentů hůře snázejících případy úmrtí jednotlivých pacientů. Druhým uváděným způsobem reakce reagoval pouze jeden další respondent, a to respondent č. 8. Všechny ostatní reakce odpovídaly prvnímu způsobu reakce. Získaná data můžeme vidět v následujícím grafu 2: graf popisující potencionální zasažení těmito případy korespondující s důvody uvedení jednotlivých pacientů:



Graf 2 – Pamatování si případů

Následuje otázka č. 4, kterou začíná druhý blok otázek, orientovaný na bližší specifikaci probíraných případů. Jak už bylo zmíněno, tyto otázky mají za úkol popsat jednotlivé případy z pohledu subjektivního vnímání celého výjezdu, atmosféry, průběhu a použitých postupů při řešení situace po nastalém exitu pacienta. Jejich úkolem je nejen zjistit případné odchylky při postupu jednotlivých výjezdových skupin, ale komplexně popsat, co vše mohlo dále ovlivnit odpovědi na navazující body rozhovoru. Samotná čtvrtá část byla složena z více bodů uvedených v závorce: *„Mohla byste popsat své vzpomínky na tento výjezd? (Jak probíhal, jaká byla atmosféra výjezdu, popřípadě přítomnost rodiny pacienta nebo cizích lidí, pacienta samotného v rámci mezí GDPR)“* Ty sloužily jako pomoc respondentům utřídit si jednotlivé detaily. Rozdělím zde odpovědi jednotlivců do jednotlivých skupin na základě zjištěných podobností. Zde uvedené odpovědi se budou prolínat s některými odpověďmi v otázce č. 5, zaměřené na postupy na místě po konstatování úmrtí, protože u čtvrté otázky respondenti často popsali celý výjezd i s postupem výjezdové skupiny ZZS na místě od příjezdu až po ukončení výzvy.

První skupinou jsou respondenti, kteří se odpověďmi shodovali na věkové skupině pacientů, již během výjezdu zemřeli nebo byli už před příchodem ZZS mrtví. Jedná se o skupinu od 0 do 18 let, tedy o nezletilé pacienty, v rozhovorech jednotně nazývané dětmi. Respondenty spadajícími do této skupiny jsou č. 4, č. 7, č. 8 a č. 9. Jejich odpovědi byly následující: Respondent č. 4: *„Nejhůře se mi vzpomíná na dvě úmrtí, u kterých probíhal TANR (telefonicky asistovaná neodkladná resuscitace). Nebyl jsem u nich fyzicky, ale stačilo mi to. Nevím, co by to semnou udělalo, kdybych u nich byl fyzicky. Ale přímo z terénu mám to jedno konkrétní. Bylo to ještě na „zdrávce“. Bylo to moje úplně první dítě. Jednalo se o rok a půl staré dítě. Na místo jsme dojeli jako RLP (rychlá lékařská pomoc), takže na místě jsme byli z našeho auta čtyři. Jednalo se o dopravní nehodu. Maminka jela na návštěvu se svými dvěma syny. Nejeli daleko, necelých pět kilometrů tam a zase zpátky. Rozhodla se, že mladšího kluka dá do nepřipoutané autosedačky. Seděl v zadní*

řadě. Poslední ani ne kilometr před dojetím se čelně střetla s jiným autem. Došlo ke katapultaci dítěte i s autosedačkou, to vrazilo svou hlavou do čelního skla a zlomilo si vaz. Už když jsme tuhle výzvu dostávali tak měla naléhavost 1 (u pacienta/ů došlo k selhání nebo bezprostředně hrozí selhání základních životních funkcí). Dále nám byli nahlášeni tři zranění a náraz v malé rychlosti. Věděli jsme, že něco není dobře, už ve chvíli, kdy jsme výzvu s těmito informacemi obdrželi. Tyto domněnky se začaly stupňovat ve chvíli, kdy se nás operační středisko ještě před naším dojezdem na místo ptalo, zda chceme dovolávat LZS (leteckou záchrannou službu). Po dojezdu na místo jsme zhodnotili, že LZS dovolávat chceme. Na místo jsme dojížděli jen se základními informacemi. Věděli jsme, že probíhá resuscitace dítěte hasiči, kteří jeli náhodou kolem a na místě začali zasahovat. Po příjezdu na místo jsme se rozdělili. Matka měla pouze drobné exkoriace, nic vážného vzhledem k nárazu. Jedenáctiletý bratr sedící ve předu měl otevřenou frakturu tibie. Na dítěti zatím pracovali hasiči, od kterých jsme pak resuscitaci přebírali. Bylo už tehdy mrtoé.“

Respondent č. 7: „Nejtraumatičtější výjezd byl pro mne výjezd na dušnost, mladý klučina 24 let se zápallem plic. Dost obézní Rom, okolo byla jeho partnerka, rodina... asi deset lidí okolo a nejmladším byl syn. Pán si stěžoval na špatné dýchání, a když se posadil, protože viděl, že si ho chci poslechnout, abych věděl, co se mu děje v plicích, tak pravděpodobně zembolizoval, vzal oči v sloup, padl na záda a bylo hotovo. Pak jsem si dovolával RLP, dostal několik miligramů adrenalinu a po hodině a půl resuscitace jsme ho neobživil... Dramatické to pro mne bylo, protože klučina byl stejný jako já, teda ne vahou, ale stejně starý, jednoduše to, že umřel neodpovídalo mému vnímání, tomu mladému člověku, který ležel na posteli. Dalším důvodem byla napjatá atmosféra na místě, kdy se začali shromažďovat další známí pacienta z této romské oblasti a všichni začali být dost nevrlí a agresivní. Proto jsme vlastně resuscitovali podstatně déle, než bývá v tomhle případě zvykem. Použili jsme i daleko více materiálu a ve výsledku jsme i tak dovolávali hlídky policie na místo. Takže to byl jeden... a pak byl vlastně druhý, tím byl výjezd, kde jsem byl u dopravní nehody, kdy otec vezl syna do školy, nedal přednost kamionu, který je ze strany spolujezdce, kde seděl syn, nabořil,

což vlastě znamenalo, že syn byl na místě mrtvý a otec měl náhlou příhodu břišní, rupturu střev, zlomené oba femury a snad i vykloubené rameno. Myslím, že pak ve vrtulníku dokonce umřel taky, když jsme ho předávali. To byl výjezd, co mě totálně zasáhl, protože jsem si říkal, mladý klučina zbytečně umřel, a jelikož taťka byl nezodpovědný a umřel pak taky, tak na místě vlastně zbytečně vyhasli dva životy. Pak výjezdy podobného rázu, kdy jsme jeli na pána, co měl zástavu, byl to výjezd na vesnici. Tam jsou ty dojezdové časy samy o sobě dlouhé, takže jsme tak nějak předpokládali, že jej nezachráníme. Nám se ale tehdy jednalo u toho jednoho hlavně o jeho devadesátiletou manželku, kterou tam necháváme s ním samotnou. Po konstatování úmrtí nám s pláčem říkala, jak s ním byla celý život a krom něj toho už moc neměla. To jako taky moc nemusím.“

Respondent č. 8: „Jedno bylo úmrtí malého dítěte a druhé byla havárie auta, které skončilo v příkopě po nárazu do stromů tvořících stromořadí, které jim utrhly střechu a skalpovaly je. Nepočítám úmrtí na železnicích, tam člověk počítá s tím, že to jsou devastační zranění. Ta autonehoda byla v podstatě normální výjezd a posádka se chovala běžně, řidiče jsme měli opravdu výborné, mladší jezdili sice nebezpečněji, ale nehodu se sanitkou jsme nikdy nezažili. Takže oba ty výjezdy i ten za tím dítětem probíhaly bez nějaké psychické újmy nebo stresu. Ta autonehoda byla se svědky, kteří dovolali na místo jak hasiče, tak nás i s policií. Tam už jak jsme přijeli a viděli, že je posádka skalpována, nebylo moc co řešit. Šel jsem rovnou vypsát papíry o ohledání mrtvého, naštěstí celé to bylo bez rodinných příslušníků, takže zásah probíhal klidně. To dítě mělo dva až tři roky, výzvu jsme dostali v noci, na místě nám rodina řekla, že prý večer lezlo po kuchyňské lince, kde se asi nadechlo koření, a od té chvíle se dusí. Celý ten případ byl velmi zvláštní. Nicméně začali jsme dítě resuscitovat, zaintubovali jsme jej. Všichni jsme na místě počítali s tím, že se to dítě rozběhne, ale... jsme to nerozchodili... a v tomhle případě jsme tu mrtvolu nenechávali na místě s rodinou, aby čekali na příjezd pohřební služby, ale vzali jsme ji i proti všem běžným postupům a předpisům do nemocnice na patologii. Otázka, zda to bylo správně, jestli jsme neměli dovolat policii už na místě před odjezdem. Mrtvé dítě jsme vzali pryč kvůli rodině, hlavně kvůli tomu,

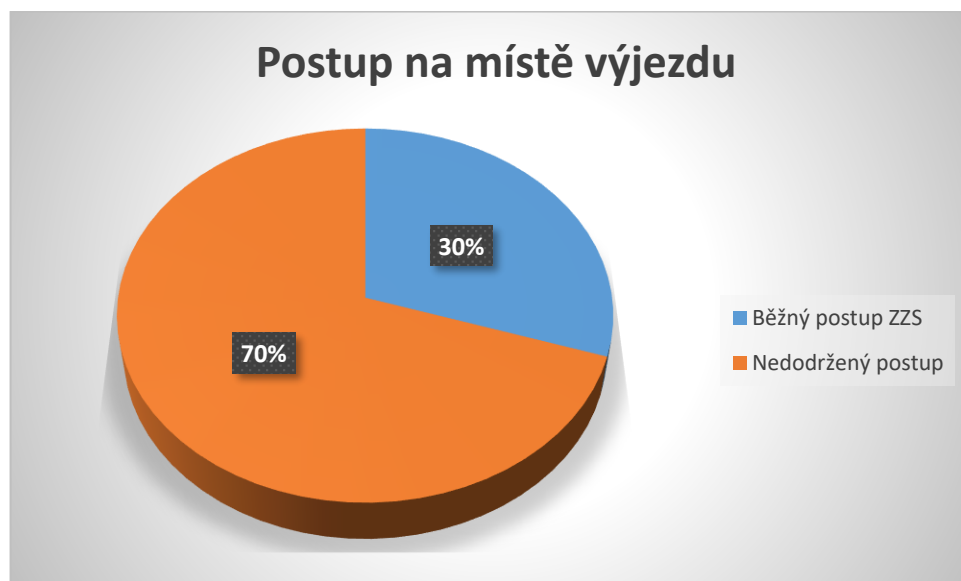
aby to na ně nemělo silnější dopad, i když celý ten jejich projev byl nadmíru klidný, vzhledem k lidem v jejich situaci. Oni samotní teda vypadali být takoví jednodušší, neříkám, dům měli hezký a uklizený, sice maličký, ale samotní se chovali tak zvláštně a těch dětí tam pobíhalo několik... Mě pak zajímalo nejvíce to, zda to koření, jelikož se s tím nesetkáváš často, zda ho můžeš vdechnout tolik, aby tě nešlo u resuscitace prodechnout. Šel jsem teda na patologii na pitvu, což je další nestandardní postup, a zde po otevření hrudníku a cest dýchacích pitvu provádějící lékař vyndal odlitek. Vysloveně pevný odlitek z koření, ve tvaru bronchiálního stromu. Ptal jsem se ho pak, jestli jsme to tím prodechnutím ambuvakem nemohli zhoršit. On vzal do ruky ten odlitek a řekl, že s tímhle jsme to opravdu zhoršit nemohli. Další mi zůstal v paměti díky přihlížejícím. Byl to výjezd na paní, která už při příjezdu jevila známky smrti... to za roky v tomhle oboru jednoduše poznáš. Byla to Romka a kolem ní skupina přihlížejících Romů. Podstatné bylo, aby nedošlo k situaci, kde usoudí, že neděláme nic pro její záchranu, bývají dost temperamentní, horkokrevní a výbušní, zvláště když se jedná o zdraví jejich blízkých. Začali jsme proto teatrálně resuscitovat, resuscitovali jsme dlouho a i po podání skoro všeho adrenalinu v autě jsme pokračovali. Měli jsme štěstí a po tom, co jsem nabral odvahy a resuscitaci ukončil, samotní uznali, že jsme pro její záchranu udělali maximum a nedalo se už nic dělat, když se neprobudila ani po injekcích. To byla vlastně další nestandardní situace, kdy jsem dlouhou dobu resuscitoval už zjevně delší chvíli mrtvou osobu naproti všem postupům a nařízením jen pro to, aby nikdo z nás nebyl obviněn z nedostatečnosti naší péče a nebyl napaden přihlížející skupinou.“

Respondent č. 9: „Asi nejhorší pro mne bylo mrtvé miminko, čtyřměsíční. Už ve výzvě bylo, že se jedná teda o mrtvé děťátko a krom ohledání není potřeba nic dalšího dělat. Ale už jen přímo to, že bylo mrtvé, bylo nepříjemné. Rodina tam byla a atmosféra byla velmi zvláštní. Maminka prý byla feřačka, ale dle jejích slov během starosti o dítě, teda děti, už byla mimo drogy. Jednalo se o to, že dítě brečelo, maminka ho překlopila na břicho a dítě se zadusilo a umřelo. Ráno ho našli mrtvé, bylo to takové zvláštní. Až pozdě jsme zaktivovali policii a na pitvě se nic neprokázalo. Jednoduše aspirační pneumonie. Ale bylo to takové nepříjemné, jak se jednalo o děťátko.“

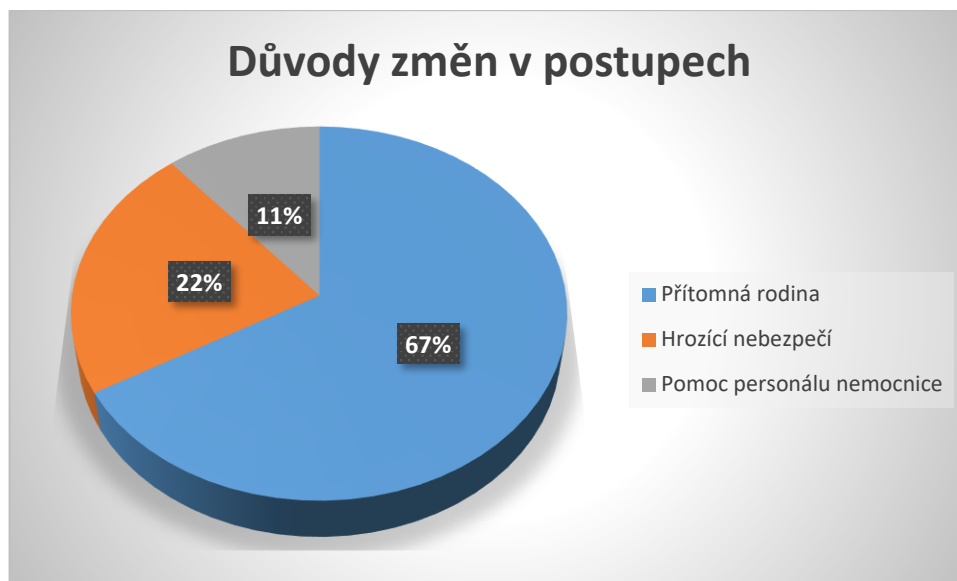
Další skupinou jsou odpovědi, ze kterých vzešel náznak rozdílu v provedených postupech proti běžně prováděné praxi. Těmito rozhovory jsou č. 2, 3, 4, 5, 7, 8 a 9. Tyto změny v postupech budou rozebírány dále v části věnované otázce č. 5. Dále byla jedním z nejčastějších aspektů odpovědí na otázku č. 4 též část, kdy respondenti udávali případy z období na začátku jejich kariéry nebo přímo během praxe ještě ve studentském období. Případy si obvykle pamatovali dle jejich slov nejčastěji kvůli jejich primu nebo z důvodu jiné zvolené cesty péče proti zažité ze škol. Tyto odpovědi budou dále blíže rozebrány v otázkách č. 5 a č. 6.

Otázka č. 5 je doplňující otázkou k předešlé. Jejím úkolem bylo blíže specifikovat nebo rovnou popsat, jaké kroky následovaly po konstatování úmrtí pacienta, a odhalit, zda došlo k změně ve standardních krocích. Jedinými podobnostmi nalézajícími se v odpovědích této otázky byly nalezené změny v pracovním postupu. Dle jejich slov byla důvodem jejich konání snaha o ulehčení prožívání přítomné rodiny v tehdy aktuální těžké emocionální situaci kvůli úmrtí dítěte. Zvolená cesta po konstatování smrti pacienta byla i přes riziko pracovního pokárání jednotlivci obhajována. Tato a otázka č. 4 byly v těchto případech rozvedeny doplňujícími dotazy, které měly za úkol právě blíže popsat provedené změny. Příkladem je doplňující dotaz z uvedeného přepsaného rozhovoru č. 1: *„Takže jste pokračovali kvůli přítomným rodinným příslušníkům?“* Tato část je do rozhovoru vložena po otázce č. 4. Nejedná se o jediný případ. Respondenti často popisovali přímo to, jak postupovali, právě v otázce č. 4, kdy č. 5 sloužila už jen jako rekapitulační dotaz. Jak už bylo zmíněno, těmito respondenty popisujícími změny byli č. 2, 3, 4, 5, 7, 8 a 9. Šest jich dohromady uvedlo, že jedním z důvodů byla přítomnost rodinných příslušníků, z toho tři uváděli změny i kvůli úmrtí dětského pacienta a osob blízkých, dva uvedli jako jeden z důvodů pocit nebezpečí na místě výjezdu. Poslední jeden opodstatnil změny při výjezdu snahou zvrátit úmrtí pacienta

pomocí nemocničnímu personálu s opětovnou resuscitací i po odevzdání na urgentním příjmu. Každý z uvedených případů je vidět v ukázkách odpovědí jednotlivých respondentů. Konkrétně skupiny uvádějící změny na základě úmrtí dětského pacienta, změny na základě přítomnosti rodiny a v důsledku nebezpečné situace vzhledem k možné agresivitě přihlížejících, jsou čitelné v ukázkách odpovědí na čtvrtou otázku. Poslední vzpomínanou odpověď popisující snahu pomoc personálu urgentního příjmu po dlouhých resuscitacích uvedl respondent, jehož přepsaný rozhovor je uveden v přílohách pod nadpisem „Respondent č. 2“. Ostatní rozhovory vykazovaly běžné postupy jak během celého výjezdu, tak po konstatování úmrtí pacienta. Následující grafy udávají procenta změněných postupů proti zachovaným a důvody změn v postupu při výjezdu:



Graf 3 – Postupy na místě výjezdu



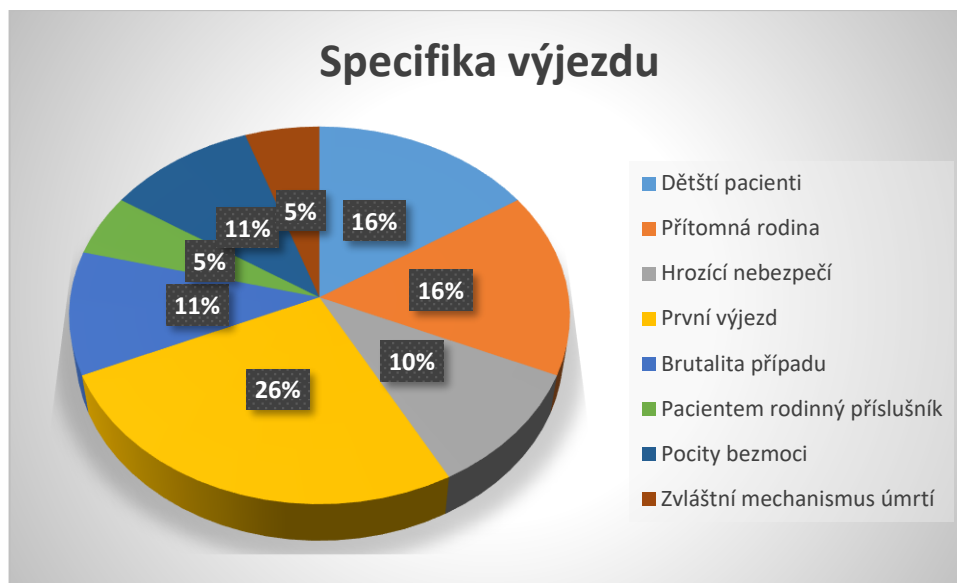
Graf 4 – Důvody změn v postupech

Otázkou č. 6 docházíme k další složce, zaměřené na jednotlivce a jeho subjektivní vnímání prožitého exitu nebo více exitů. Hlavním cílem celého tohoto souboru tří otázek je odhalit hlavní příčiny zapamatování si těchto exitů, přičemž otázka č. 7 pouze konkretizuje řečené k otázce č. 6 a společně s otázkou č. 8 volně navazují na probírané téma v poslední složce otázek. Tento dotaz zněl následovně: „Proč zrovna tento výjezd utkvěl ve vaší paměti?“ Otázka je otevřená, jejím úkolem není směřovat odpověď jednotlivce pouze k citové složce jeho vnímání celé situace, ale také odhalit další aspekty vyzdvižení uvedených případů jako stěžejních. Předchozí odpovědi naznačily, že jedinci mluvící o úmrtí dítěte budou pravděpodobně odkazovat na nepříjemný zážitek vyhasnutí mladého života i v této části. Domněnka se potvrdila, všichni respondenti uvádějící v předešlých odpovědích výskyt úmrtí dítěte souhlasně nezávisle na sobě potvrzovali, že si případ pamatují kvůli nepříjemnosti pocitů vyvolaných už zmiňovaným faktem vyhasnutí mladého života. Stejně tak se shodují odpovědi respondentů uvádějící nejen případné úmrtí pacienta, též ale přítomnost rodiny na místě výjezdu, ke kterým se v tomto společném aspektu přidal i respondent č. 1. Dále se objevily jednotlivé odpovědi respondentů č. 6, 7, 8 a 10, kteří jediní svými odpověďmi vybočovali.

Respondent č. 6 si případ pamatuje kvůli rodinné příslušnosti k zemřelému. Respondent č. 7 uvedl u jednoho z rozebíraných případů jako důvod zapamatování vžití se do pacienta díky věkové podobnosti a respondent č. 8 uvedl u jednoho z probíraných případů zvláštnost celého mechanismu úrazu, s jakým se běžně za svou kariéru nesetkal. Poslední respondent č. 10 uvedl jako důvod brutalitu, s jakou došlo k úmrtí pacienta. Očekávanou a potvrzenou domněnkou byly důležité části odpovědí odkazující na případy, které byly v kariéře zmiňovaných jednotlivců úplně prvními případy exitu v terénu. Jedná se o respondenty č. 1, 2, 3, 5 a 9. Jako příklad odpovědi uvádím část z přepsaného rozhovoru ze seznamu příloh pod nadpisem Respondent č. 2: „Byl to můj první exitus a také první, kdy jsme zahájili u pacienta KPR a pacient to nepřežil. Myslím si, že zrovna pro ten osobní kontakt, kvůli tomu proenství a zároveň neúspěchu.“ Jednotlivé důvody uvedené v odpovědích jsou dále vypsány v tabulce 4 a následně převedené do grafu 5:

Tabulka 4 – Uváděné důvody jmenovaných výjezdů (jednotliví respondenti uvedli více důvodů)

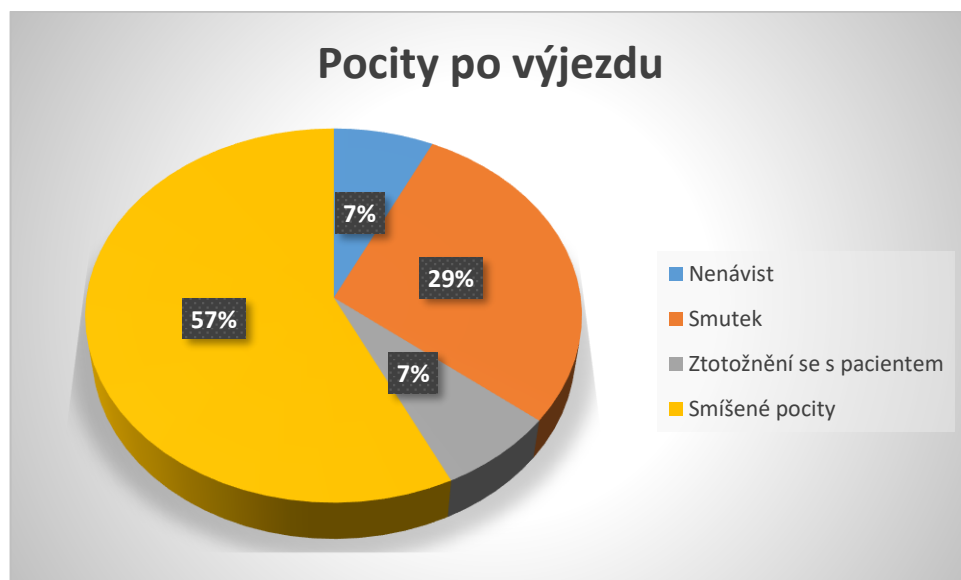
Dětsí pacienti	3
Přítomná rodina	3
Hrozící nebezpečí	2
První výjezd	5
Brutalita případu	2
Pacientem rodinný příslušník	1
Pocity bezmoci	2
Zvláštní mechanismus úmrtí	1



Graf 5 – Důvody uvádění případů

Otázka č. 7 je, jak už bylo řečeno výše, doplňujícím dotazem k šesté otázce, která konkretizuje subjektivní vnímání a prožívání těchto respondentů k prožitým zkušenostem. Společně s otázkou č. 8 slouží k plynulému navázání mezi třetí a čtvrtou skupinou otázek, což je také důvodem jejího zaměření především na citovou složku jedince. Její znění je: *„Jaké byly vaše pocity po úmrtí pacienta v rámci výjezdu?“* Všichni respondenti uváděli podobné pocity a jejich sílu, často lítost, zlobu, beznaděj a úzkost, které ve výsledku charakterizovali jako smíšené pocity. Jejich vyobrazení je uvedeno níže, v grafu č. 6. Nejvýraznější projev všech těchto pocitů měl respondent č. 10, který v průběhu celého rozhovoru nechtěl ani jeden probíraný případ moc specifikovat. Oba případy, které vzpomenu, byly výjezdy k pokusům o vraždu s obzvlášť brutálním průběhem se znásilněním, přičemž oba dopadly vraždou dokonanou. Vzpomínky na tyto výjezdy charakterizoval jako obzvlášť traumatizující. Jeho odpověď byla plná pocitů zloby, nenávisti, marnosti a úzkosti z obrazů, které mu utkvěly v paměti. Jeho odpověď byla následující: *„Víte, když potkáte někoho, kdo zemřel nějakým přirozeným způsobem, je to tragédie, obzvlášť, když je u toho rodina... je to tragédie pro tu rodinu. Tohle je o tom, že najednou vidíte člověka mladého a pravděpodobně i zdravého, kterého někdo svévolně*

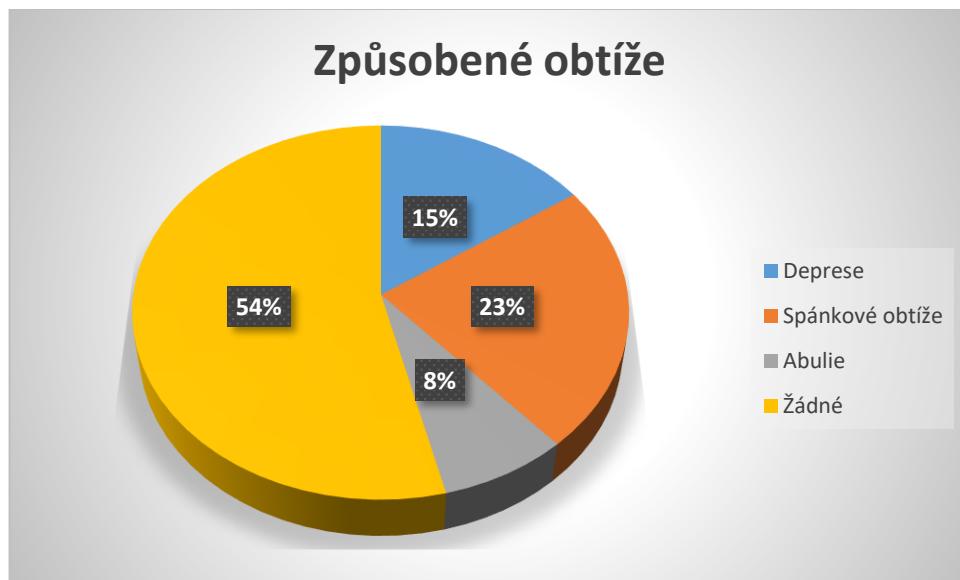
poměrně brutálním způsobem zabil. Takže ty pocity... Já, já nevím. Prostě, nechápu to, naprosto se to vymyká běžnému chápání, běžnému způsobu uvažování. To, že bych po tomhle měl strach, to ne, ale naštvání, nenávisť, zlobu vůči lidem, kteří dokážou udělat něco takového, zcela jistě jo. A trochu marnost, přijedete na místo a rádi byste pomohli, ale nemůžete, protože nemáte jak... vše je marné.“ Další významnou část tvořili respondenti, součástí jejichž výjezdu byla přítomnost rodinných příslušníků mrtvého pacienta. Tito respondenti mluvili nejčastěji o lítosti a nechtěném neúplném vžití se do jejich situace. Jako příklad uvádím část odpovědi respondenta č. 7: „Nejtraumatičtější výjezd byl pro mne výjezd na dušnost, mladý klučina 24 let se zápallem plic. Dost obézní Rom, okolo byla jeho partnerka, rodina, asi deset lidí okolo a nejmladším byl syn.“



Graf 6 – Pocity po výjezdu

Poslední otázkou v tomto souboru je otázka osmá, zaměřená na reálné promítnutí těchto případů do života jednotlivých respondentů. Otázka cílí na způsobené problémy psychického a sociálního rázu jednotlivců vzhledem k prožitému případu. Její znění je: „Způsobily vám vzpomínky na tento případ nějaké problémy? (Akutní reakce na stres, PTSD, deprese, abulie, spánkové obtíže.)“ Zajímavostí odpovědí na tento dotaz je, že respondenti povětšinou souhlasně nezávisle na sobě negovali existenci těchto problémů, kromě respondentů č. 3,

4, 9 a 10. Problémy respondenti negovali, i když se sami vyjádřili k silným nepříjemným pocitům, které jim vytvořila celá situace probíraného nebo exitu nebo probíraných exitů. Očekávaným byl častější výskyt psychických problémů po prožitých úmrtích napříč zvýšené odolnosti zdravotnického personálu uváděné výše v textu. Jako příklad uvádím odpověď respondenta č. 4: „Ano, způsobily, začaly se mi objevovat noční můry, míval jsem problémy se spánkem, kdy se mi neustále promítaly obrazy z tohoto výjezdu.“ Na doplňkovou otázku, zda se tyto problémy dále nějak projevovaly, respondent odpověděl: „Ano, nastoupily deprese a abulie.“ Grafické znázornění zjištěných problémů od čtyř respondentů je v grafu 7:



Graf 7 – Způsobené obtíže

Finální skupinou otázek jsou otázky věnované řešení jednotlivých výjezdů tázaného personálu formou krizové intervence, jejich názoru na ni a přístupu jejich vedení k možnosti psychosociální péče o své zaměstnance. První otázkou v této skupině je otázka devátá, jejíž náplní je zjistit, zda tázaný personál vzniklé problémy z těchto případů s někým někdy řešil. Jednalo se při tom o snahu poukázat na potřebu první psychické pomoci po nastalých událostech a na potřebu respondentů se svěřit. Tato první psychická pomoc mohla být poskytnuta jak profesionály, tak laiky. Většina

respondentů odvětila kladně. Sami přitom rozvedli myšlenku probírání těchto případů se svými známými, kdy se nezávisle na sobě shodovali. Dále vyjádřili i smíření se s nemožností sdílet tíhu těchto případů se svými nejbližšími. Tato komplikace vycházela obvykle ze stejného důvodu, kterým byl nezájem blízkých a rodinných příslušníků poslouchat o úmrtích druhých. Jejich nechuf je pochopitelná, povětšinou se dle respondentů nejednalo o lidi z praxe. Sami uváděli, že jim nejčastěji pomohlo si o případech promluvit s kolegy a kamarády z oboru, kteří podobné situace zažili a respondenti u nich dokázali nalézt pocit pochopení. Jako příklad uvádím odpověď respondenta z vloženého přepsaného rozhovoru pod nadpisem Respondent č. 3, který v odpovědi vyjádřil, že tyto konkrétní případy ve své bývalé výjezdové stanici sice neměl s kým rozebrat, ale v nové si už o prožitých výjezdech má s kým popovídat: *„Mně se akorát jednou ozvala psycholožka, a to i na potyčku, které jsem se nezúčastnila, kdy pán napadl záchranáře a řidiče, zatímco já jsem seděla v sanitce a psala papíry. Ano, to se mne ptala, jestli mne to náhodou nějak nezasáhlo. To je spíše pro zasmání. To jsem teda myslela, že se svalím na zem. Tam jsem si ani neměla s kým o tom povídat, myslím na bývalém pracovišti, kde jsem taky zažila všechny tyto nejhorší výjezdy. Tu už si mám s kým o těchto věcech popovídat.“*

Výsledek zjištění ohledně řešení problémů či výjezdů s druhou osobou:

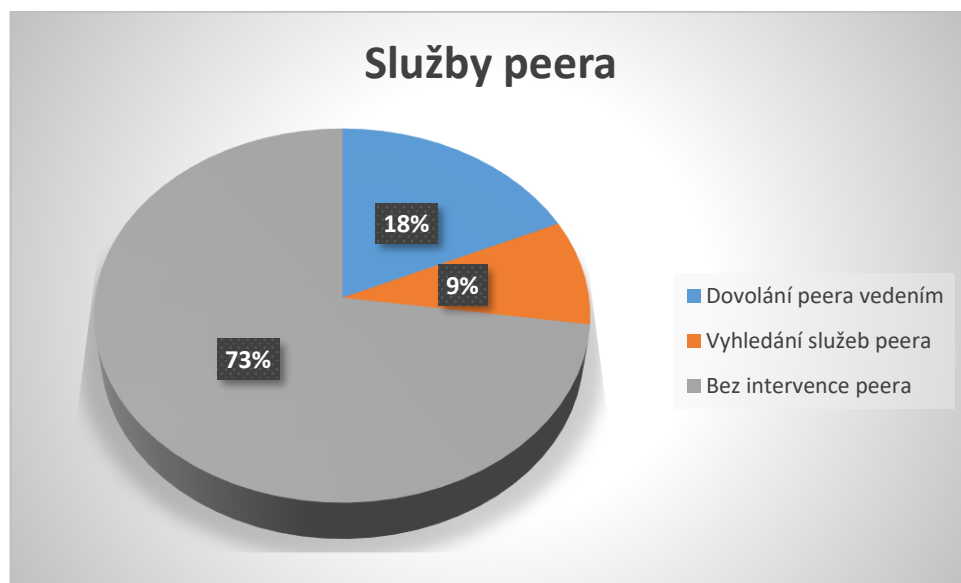


Graf 8 – Počet respondentů řešících své problémy s druhou osobou

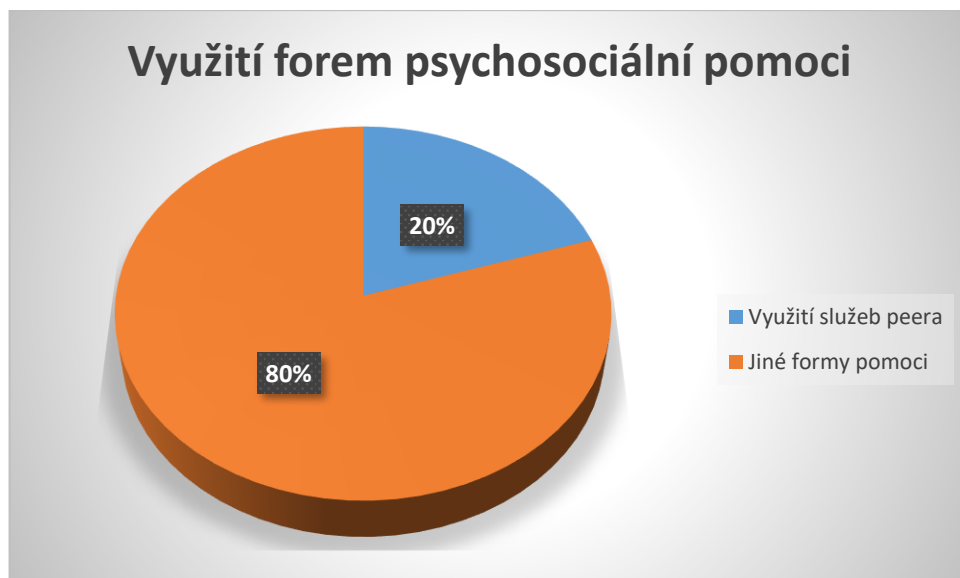
Poslední dvě otázky, a to č. 10 a č. 11, na sebe těsně navazují, proto je uvedu dohromady v jednom odstavci. Jedná se o otázky zaměřené na využití služeb peera jak po rozebíraných případech, tak po jiných případech, a jejich přivolání po některém z exitů vedením výjezdové skupiny. Poslední zmíněná část byla vloženou otázkou navíc, nevyskytující se u všech respondentů. Odpovědi se značně různily. Respondent č. 4 uvádí hned několik zkušeností se zásahem peera, přičemž jeho první setkání s ním proběhlo bez jeho vědomí po probíraném případě. Další respondenti se opět nezávisle na sobě shodují, že peerům moc nevěří anebo jejich služby nepotřebovali, protože budou své problémy raději řešit s přáteli z práce, o kterých vědí, že se dokážou vcítit do jejich situace a pochopit je. Jako příklad mohu opět uvést respondenta č. 3 z přepsaného rozhovoru a respondenta č. 8: „Ne, to bych asi ani nevyužila. Přece jenom jedná se o věci, kdy chcete být pochopen a řešit tyto problémy s někým, kdo je vám bližší, ne s úplně cizím člověkem. A zvláště, když jsem viděla některé ty chytráky, co tyto služby poskytovali, tak bych je odmítla na místě. Kdybych potřebovala pro sebe, tak bych si našla někoho osobně sama. Přijde mi totiž, že to nejsou lidé úplně erudovaní. Nedokážu si představit, že tito lidé s nějakými kurzy, když ani nezažili tu situaci, vám

jsou schopní adekvátně pomoci. Jestli vůbec. Nedůvěřuji jim. Věřila bych pouze lidem, u kterých bych věděla, že si něčím podobným prošli, a vědí, o čem mluví. Ani nám nikdy nebyli dovoláni na stanici po žádném výjezdu. Vlastně ani nevíme řádně, jak jejich služby využít, jak fungují...“, „Ne, ne, služeb psychologa, peera ani podobně jsem nikdy nevyužil, případy jsme vždy rozebrali s kolegy na výjezdové stanici a to nám jako psychosociální péče stačilo.“

Na dodatečnou otázku, zda jim byl někdy peer zavolán jejich vedením po určitých výjezdech, určenou některým respondentům, odpověděli až na respondenta č. 4 všichni tázání negativně. První z následujících dvou grafů znázorňuje využití služeb peera po zmiňovaných případech, druhý pak využití peera či jiné formy psychosociální pomoci všeobecně v kariéře:



Graf 9 – Využití peera po řešených výjezdech



Graf 10 – Využití peera či jiné pomoci obecně

6 DISKUZE

Práce přinesla zajímavé poznatky ohledně vnímavosti a přístupu pracovníků jednotlivých ZZS k určitým druhům úmrtí. Tím nemyslím pouze vnímání psychické, tedy případné strádání nebo jiné reakce na specifické exity, i když jsou rovněž předmětem práce. Prvním cílem a tedy nejvýznamnějšími poznatky bylo ozřejmění změn v běžných postupech aplikovaných těmito pracovníky na specifické případy. Zaměříme se nejdříve na tyto rozdíly v postupech.

Dle zjištěných dat spolu vzájemně korespondovala specifika některých případů a data o provedených změnách během exitu pacienta, které se týkaly sedmi z deseti tázaných. Jedná se o většinu respondentů, jejichž odůvodnění těchto změn se nezávisle na sobě shodovala. Nejčastějším důvodem byla přítomnost rodinných příslušníků na místě výjezdu, kteří se zde už vyskytovali nebo přijeli v průběhu zdravotnické intervence na pacientovi. Tento důvod uvádělo šest ze sedmi zdravotníků. Ti se jednotně shodli, že z důvodu obav psychického strádání rodinných příslušníků ze ztráty blízké osoby raději přistoupili ke změnám v běžných postupech. Změnami byly delší resuscitace u případů, kdy samotní lékaři na místě uznali beznadějnost snahy, odvezení mrtvého těla z místa exitu do nemocnice na patologii i proti předpisům zakazujícím odvezení zemřelých z místa, které se obvykle ponechává na pohřební službě či snad dovolení odletu mrtvého těla s během intervence dovolanou LZS. Jeden respondent také uvedl, že po úmrtí pacienta na místě s rodinou celá výjezdová skupina zůstala, a to z důvodu příslušnosti tohoto respondenta ke krizovým interventům, kdy sám začal podávat přítomným rodinným příslušníkům krizovou intervenci se snahou uvést je na cestu k započatí truchlení. Všechny zmíněné případy donutily tyto výjezdové skupiny k takovým změnám, které oddálily jejich opětovné využití z důvodu uvolnění po ukončení výjezdu, či ke změnám, které měly za následek zvýšenou finanční náročnost celého výjezdu. To vše z důvodu přítomnosti rodinných příslušníků, jimž se snažili ulehčit v tu

chvíli nelehkou životní situaci pramenící z úmrtí blízké osoby. Často k těmto změnám docházelo kvůli přidruženému aspektu. Všichni respondenti uvádějící nejen přítomnost rodinných příslušníků, ale i úmrtí dítěte, obhajovali své postupy zcela totožně, a to tak, že k jejich rozhodnutí došlo na základě všeobecně špatně vnímaných úmrtí mladistvé osoby. Nechtěli tedy jejich utrpení zhoršovat ponecháním mrtvoly jejich dítěte na místě do příjezdu pohřební služby, a tak se raději rozhodli dítě na vlastní riziko transportovat do nemocniční pitevny a prodloužit tím neschopnost vyjet k dalšímu výjezdu. Otázkou je správnost těchto zjištěných postupů pozměněných na základě přítomnosti pozůstalých i napříč jejich zvýšené citové zranitelnosti. Dle výsledků bakalářské práce z roku 2017 s názvem „*Postup zajištění zemřelých v přednemocniční neodkladné péči*“ [30], kde autorka Frischová od stránky 29 popisuje, jak dotazovaní pracovníci ZZS nakládají s tělem zemřelého po exitu, jsou vidět obecné nesrovnalosti v těchto postupech. Zjištěná data této bakalářské práce z roku 2017 mluví o zanechání těla na místě přesně v polovině případů, přičemž druhá polovina vykazuje přemisťování pacienta buď na patologii nemocnice, nebo dokonce oddělení ARO pro dodržení zákonných dvou hodin od konstatování exitu. Oproti práci Frischové, kde všichni zmínění zdravotničtí záchranáři uvedli jinak zcela běžné postupy při exitu v PNP dle specifik exitu (exitus bez svědků, s přítomností rodiny, úmrtí ve vozidle ZZS, násilné úmrtí a jiné), vyplývá z výsledků mé bakalářské práce silná adaptace postupů jednotlivci nebo jednotlivými výjezdovými skupinami dle různých situací. Pouze tři respondenti totiž uvedli běžné postupy se zanecháním těla na místě, případným překrytím, sepsáním záznamu o výjezdu a tak dále. Dále se v mé bakalářské práci zmiňuje výskyt dvou respondentů uvádějících pomoc na místě truchlícím pozůstalým formou první psychické pomoci. Frischová předkládá srovnatelný počet se dvěma respondenty uvádějícími pomoc truchlícím na místě skonu jejich blízké osoby. Pouze jeden z těchto respondentů ale pozměnil kvůli vlastnímu intervenčnímu zásahu po domluvě se svou

výjezdovou skupinou další postup na delší setrvání na místě. Druhý respondent pouze uvedl, že v rámci běžného postupu pomoci truchlícím formou odevzdání seznamu s čísly pohřebních služeb, dotazů na využití krizové intervence a jiných, poskytuje společně se svým kolegou během všech těchto úkonů základní první psychickou pomoc případným svědkům nebo pozůstalým po zemřelém rodinném příslušníkovi.

Změny nebyly prováděny pouze na základě přítomnosti rodinných příslušníků. Výjezdy ZZS jsou obvykle do neznámého prostředí a jednotlivé výjezdové skupiny mají pouze omezené informace o dění. Proto se klade vysoký důraz na bezpečnost těchto pracovníků a už od škol jsou vedeni k neustálé kontrole prostředí. Situace se ale horší i během výjezdu, kdy například na místě dochází k nepochopení práce ZZS přítomnými přihlížejícími. Právě tyto situace byly důvodem změny v postupech dvou výjezdových skupin u dvou případů úmrtí, kde byly skupiny přítomnými nejen zpomalovány v práci, ale celá situace nabrala po zhoršení stavu pacienta ostřejší průběh. Oba respondenti shodně tvrdili, že po příjezdu na místo si všimli přítomných problémových obyvatel vzhledem k vyloučené oblasti s výskytem různých sociálních skupin (problémových z důvodu silných citových reakcí na úmrtí). Nejdříve řešili případ bez přivolání státní nebo městské policie z důvodu, že situace prvotně nenasvědčovala nutnosti jejich přítomnosti. Oba přitom shodně tvrdili, že s těmito obyvateli je lepší případnou resuscitaci i nezvratitelně mrtvé osoby hrát nebo natahovat do maximální možné míry, aby se minimalizovalo riziko obvinění ze zanedbání péče a následného napadení jich nebo jejich kolegů. Tato zjištěná data korespondují s daty diplomové práce z roku 2016 s názvem „*Analýza okolností ovlivňujících napadení zdravotnického personálu při zásahu*“ [31], kde autor v kapitole číslo 6.4 u otázky 27 shodně uvádí, že při výjezdech do podobných lokalit s výskytem určitých sociálních skupin je vyšší riziko napadení buď ze strany přihlížejícího

okolí, nebo samotným rodinným příslušníkem. Při pocitu ohrožení, bez možnosti zajištění okamžité ochrany sebe nebo kolegy, je pak zcela pochopitelná snaha upravit běžně zavedené postupy v terapii i u pacienta, jež chce přítomný lékař už během zásahu prohlásit za mrtvého, ale výše zmíněné okolnosti mu nedovolují tento úkon provést.

Poslední zmiňovaný výsledek plynoucí z výzkumu ohledně provedených změn v úkonech po exitu souvisí s odpovědí respondenta uvádějícího pokračující resuscitaci na oddělení urgentního příjmu, kde předávali pacienta s nově vzniklou srdeční zástavou při příjmu. Lékař přitom dle slov konstatoval, že po tak dlouhých sekvencích tří resuscitací bude při nejbližší zástavě už konstatovat úmrtí pacienta. Během příjmu se ale rozhodli i po zkonstatovaném úmrtí zkusit finální resuscitaci. Tato resuscitace započala společně s personálem nemocnice a celá resuscitace blokovala jednu výjezdovou skupinu, která mohla odevzdat nebo vyplnit záznamy o výjezdu a odjet k dalšímu možnému výjezdu. Pokračovalo se ale i nadále do opětovného ukončení resuscitace s opětovným konstatováním úmrtí. Jedná se o specifický případ změny postupu bez možnosti srovnání v odborné literatuře.

Z výsledků části věnované postupům tedy vyplývají specifické situace, kdy se personál rozhodne i proti doporučeným postupům adaptovat své následující počínání. Jimi zvolené odůvodnění a cesta řešení situace ukazují nemožnost řídit se metodickými postupy v každé situaci stejně. Smrt pacienta může nastat za různých okolností nehledě na jeho věk, při nichž se nedá postupovat dle běžných postupů, nechceme-li zhoršit situaci pozůstalých nebo riskovat život a zdraví kolegy či celé výjezdové skupiny. První takovou situací je případ, kdy zůstat na místě i po exitu a jakkoliv pomoci či snad odvézt mrtvé tělo se dá pokládat za formu první psychické pomoci. Druhá situace souvisí s prostým bojem o přežití nebo zachováním zdraví. V těchto případech by měl personál ZZS opravdu umět adaptovat své možnosti, aby minimalizoval rizika napadení

i po evidentním exitu pacienta. Druhý bod se ztotožňuje s výsledky druhé zmiňované práce na téma „*Analýza okolností ovlivňujících napadení zdravotnického personálu při zásahu.*“ [31]

Druhým cílem práce bylo zjistit nejhůře snášená úmrtí a jejich dopad na zdravotníky ZZS při výjezdu na místě události. Tato část navazuje na výsledky uváděné u prvního cíle, kdy případy změn v přístupu byly také často případy nejhůře doléhajícími na respondenty. Náznakem nejhůře snášených exitů jsou výjezdy, u kterých i samotný personál došel ke změnám v postupu na základě predikce tíhy situace kvůli specifikům těchto případů. Jedněmi z nejhůře snášených jsou dětští pacienti a případy s přítomností rodiny. Tato data korespondují s bakalářskou prací s názvem „*Smrt – Pohled pracovníka ZZS*“ [32], kde Kubišová na stránce 71 zkoumá nejvíce zastoupené skupiny z pohledu zasažení pracovníka ZZS úmrtím v určité věkové kategorii. Nejčastější odpovědi jsou děti do patnácti let života, data tedy souhlasí se zjištěním této bakalářské práce. Jak ale bylo výše uvedeno, způsob zjištění nejhůře snášených případů je daleko složitější i kvůli neochotě rozebírat svá břemena s cizím člověkem. Z toho důvodu bylo vytvořeno více otázek orientovaných nejen na subjektivní citové prožitky, ale i na reálně vzniklé problémy duševního nebo fyzického rázu a využití peera v rámci krizové intervence po jakémkoliv z případů. Vše výše zmíněné z důvodu objasnění nejhůře snášených úmrtí ze všech možných stránek. Výsledná data jsou dále porovnávána se starší studií výše uvedené bakalářské práce autorky Kubišové [32]. Tato práce udává ve vzorku zkoumaných 43 % respondentů udávajících obtíže psychického rázu vztažených ke smrti během výjezdu. Data vycházející z mého aktuálního výzkumu potvrzují přibližně stejný počet respondentů se vznikem obtíží souvisejících se psychikou jednotlivce, kdy počet respondentů uvádějících psychické problémy po úmrtí potvrdilo 46 % tázaných respondentů. Případy, po kterých respondenti hlásili tyto problémy, byly úmrtí

dítěte, násilná vražda a přítomnost rodinných příslušníků na místě výjezdu. Výše uváděná data potvrzují už dvě zmiňované skupiny specifik jednotlivých případů. Tato data jsou pak dále podpořena výsledky z otázky zaměřené na pocity po výjezdu, kdy respondenti udávající smutek byli především ti, kteří se účastnili výjezdu s přítomnými rodinnými příslušníky. Poslední částí jsou respondenti uvádějící využití služeb peera po probíraných nebo jakýchkoliv jiných případech úmrtí. Tyto služby dle výsledků sám vyhledal pouze jeden respondent, který též společně s jiným respondentem nezávisle na sobě uvedl, že zažil krizovou intervenci peera zvaného jejich vedením. Respondent uvádějící dohledání služeb peera uvedl jako důvod úmrtí dítěte. K přivolání peera na základnu jednoho z výše uváděných respondentů došlo po úmrtí dítěte a u druhého respondenta u blíže nespecifikovaného výjezdu. Data souhlasí se zjištěním bakalářské práce „Řešení akutních krizových stavů ze strany IZS Královéhradeckého kraje“ [33] autorky Štěpánky Hrdinové, která uvádí nejmenší využití služeb peera ze strany ZZS Královéhradeckého kraje po dobu tří let. Výsledky nasvědčují zvýšené psychické odolnosti zdravotnického personálu uváděné v textu výše. Jedná se sice o data vztažená na jediný kraj, ale společně s výsledky této práce data naznačují, že jsou aplikovatelná na celou Českou republiku. Podíváme-li se ale na specifika případů úmrtí, po kterých došlo k přivolání peera, zjistíme, že data opět odpovídají úmrtí dítěte a přítomnosti rodiny. Ze zhodnocení všech těchto dat vyplývá, že jednoznačně nejhůře vnímanými případy úmrtí jsou děti do osmnáctého roku života a případy s výskytem rodinných příslušníků zemřelého na místě výjezdu, nejrizikovější je samozřejmě kombinace obojího.

Začal bych vyjádřením ke zjištěným datům z cíle č. 1. Existují určité postupy, které jsou popsány v zákonech a pevně standardizované, a pak metodické postupy jednotlivých krajů pro zdravotnické záchranné služby, jejichž společné části jsou popsány výše. Tyto postupy počítají s případy úmrtí za běžného

zajištění v rámci možnosti klidného průběhu situace. Jejich účelem je, jak už bylo zmiňováno, zkrátit dobu výjezdové skupiny strávenou při výjezdu zakončeném exitem a počítá se i s menšími finančními náklady (na odvážení zesnulého pohřební službou, nejedná-li se o případ trestného činu). Jak je vidět, ne vždy se tyto postupy dají dodržovat, a v případech, kdy by se daly dodržovat, je za určitých okolností personál nechce dodržet ve všech bodech. Navrhuji tedy vydat doporučené postupy pro všechny krajské záchranné služby upravující stávající postupy ZZS u specifických případů úmrtí nebo minimálně umožňující v těchto specifických případech zasahujícím záchranářům jednat dle jejich vlastního uvážení, protože jejich rozhodnutí může snížit i dopad těchto úmrtí na rodinné příslušníky. Navrhované postupy doporučuji vydat ve formě malého metodického manuálu, strukturovaného do podoby diagramu kvůli přehlednosti. Tabulka Frischové [30] udávající postup pro zajištění těla zemřelého pouze v případech úmrtí doma a v sanitním vozidle není vzhledem k informacím zjištěným v mé bakalářské práci dostačující pro všechny případy. Jedná se ale o směrodatný dokument v určitých částech se shodující s výsledky mé bakalářské práce. Navrhovaným manuálem pro postupy ve specifických případech úmrtí by měl být dokument zahrnující tato zmiňovaná specifika. Jako cestu vidím vydání těchto postupů ve formě ideálně společného dokumentu obsahujícího jak postupy pro zajištění těla zemřelého, tak postupy a doporučení ve specifických případech úmrtí. Jelikož se získané informace Wohlmutha [31] s mou prací shodují v riziku výjezdů ZZS do vyloučených oblastí, navrhuji dále k manuálu postupů při specifických úmrtích přiřadit i kartu s analýzou rizik vyplývajících z určitých specifík místa výjezdu, přítomných při výjezdu a možných situací panujících na vybraných místech a době výjezdu. To vše z důvodu efektivního zvládnutí problematiky úmrtí v přednemocniční péči za různých podmínek se snahou minimalizovat riziko fyzického a psychického poškození jak posádky, tak civilního obyvatelstva na místě události formou adaptování výjezdu těmito

podmínkám. Tato rozhodnutí by mohla být plně na zodpovědnosti posádky a případné změny proti běžným postupům by mohly být zapisovány do záznamu o výjezdu a do listu o prohlídce zemřelého. Takto obhájené a zdokumentované rozhodnutí by následně nebylo bráno jako porušení předpisů a doporučených postupů. Zapisování provedených změn doporučuji pro jejich přehlednost do speciálně určených kolonek vytvořených pro tyto účely do výše zmíněných dokumentů. Jedna z možných variant navrhovaného diagramu se základními doporučeními ve specifických situacích je přidána v přílohách pod názvem: Obrázek 2 – Postupy při úmrtí pacienta ve specifických situacích. Dále kromě vytvoření manuálu navrhuji o dané problematice provádět školení s možností simulace. Školení by byla vytvořená v návaznosti na manuál postupů při těchto situacích. Jejich hlavním účelem by nebylo pouze obeznámit jednotlivé pracovníky ZZS s existencí těchto skupin případů, ale konfrontovat je s myšlenkou improvizovaného postupu v nestandardní situaci a následné obhajitelnosti těchto změn v úkonech.

Zjištěná data z druhého cíle vykazují též určitá specifika vnímání a dopadů úmrtí na zdravotnický personál ZZS. Těmito daty jsou stejné skupiny nejhůře vnímaných úmrtí z hlediska psychického jednotlivými respondenty. Všichni, kteří neuvodili vysloveně obtíže psychického a fyzického rázu ale uvedli, že tyto zmiňované případy řešili buď s blízkými kolegy, nebo malá část s rodinou. Navrhuji pro tyto konkrétní případy vydat seznam pro vedení jednotlivých ZZS obsahující popsané všeobecně špatně vnímané skupiny úmrtí. Na základě toho seznamu dále navrhuji provést školení jednotlivých vedoucích pracovníků stanovišť ZZS, jež by je obeznámilo s nutností preventivních zásahů po případech obsahujících aspekty příkladů uvedených ve zmiňovaném seznamu s odevzdáním jednotných doporučení pro každé stanoviště. Tato doporučení by obsahovala následnou formu řešení těchto případů přivoláním pracovníka peer služby kvůli prevenci vzniku jakýchkoliv obtíží personálu.

Toto řešení navrhuji i právě kvůli nízkému výskytu zdravotníků ZZS vyhledávajících služby peer pracovníka, a to z důvodu zlepšení pohledu pracovníků na službu peerů a z důvodu prevence vzniku už zmiňovaných potencionálních obtíží jak psychického, tak fyzického rázu.

7 ZÁVĚR

První cíl této bakalářské práce byl splněn, a to s neočekávanými výsledky ukazujícími, kam až je schopný zajít pracovník ZZS ve svém doporučeném postupu či nařízení pro to, aby ulevil člověku strádajícímu ztrátou. Prostředí urgentní medicíny obvykle počítá s těžce doléhajícím úmrtím mladistvých stejně jako s tíhou úmrtí pacienta, při kterém jsou přítomní rodinní příslušníci. Tato práce ale ukazuje, jak mohou tato a jiná další specifická úmrtí a strádání s nimi spojená měnit zažité postupy, z nichž některé jsou nařízenými. Nastíňuje zlomovost prvního případu úmrtí v terénu většiny zdravotníků, o to víc, je-li první úmrtí jedním z popsanych výsledků této práce. Závěry prvního cíle ukazují nezbytnost umění adaptace v tomto oboru a zvlášť v těchto situacích. Na základě výsledků tohoto cíle tedy navrhuji vytvoření manuálu v kooperaci s výzkumy dalších prací obsahujících nejen výčet rizikových situací a jejich faktorů, ale celkových možností postupů během specifických úmrtí v PNP. Tento manuál by byl zároveň nosným dokumentem navrhovaných školení v této problematice pro pracovníky ZZS.

Druhý cíl se podařilo splnit s nečekanou návazností na cíl první, kdy se výsledná data shodují, i když v rozličné problematice. Výsledky nejenže blíže odhalily těžce snášená specifika jednotlivých případů, ale odhalily i určitou skepsi vůči schopnosti peerů pomoci jednotlivým zdravotníkům, jakkoliv zasaženým podobným z popsanych případů. Na základě výsledků tohoto cíle navrhuji vytvoření seznamu rizikových specifik jednotlivých případů úmrtí, s následným proškolením vedoucích pracovníků jednotlivých stanovišť ZZS o nutnosti preventivního zásahu peer služby v těchto případech. Každému stanovišti by rovněž měl náležet kromě zmiňovaného seznamu i list doporučení pro vedoucí pracovníky s postupem řešení situace po zásahu zaměstnance ZZS u případu úmrtí podobného úmrtím vycházejícím z výsledků výše popsanych.

8 SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

AIM – akutní infarkt myokardu

Alko. Onem. Jater – alkoholické onemocnění jater

Alzheimerova ch. – Alzheimerova choroba

CMP – cévní mozková příhoda

CNS – centrální nervová soustava

Č. – číslo

ČR – Česká republika

ČSÚ – Český statistický úřad

D. n. – dopravní nehody

Diabetes Mel. II. – Diabetes mellitus II. Typu

DRN – doprava raněných a nemocných

GDPR – General Data Protection Regulation

CHOPN – chronická obstrukční plicní choroba

Chronická ICHS – chronická ischemická choroba srdeční

IZS – Integrovaný záchranný systém

Jiné příčiny náh. por. – jiné příčiny náhlých poranění

Kompl. zdrav. péče – komplikace zdravotní péče

LZS – letecká záchranná služba

Náhodné otravy šk. – náhodné otravy škodlivinami

NCO NZO – Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů

Nemoci dýchací s. – nemoci dýchací soustavy

Nervová s. – nervová soustava

Oběhová s. – oběhová soustava

Onem. – onemocnění

Onem. Trávi. S. – onemocnění trávicí soustavy

PNP – přednemocniční neodkladná péče

PTSD – Posttraumatic stress disorder

RLP – rychlá lékařská pomoc

SPIS – Systém psychosociální intervenční služby

STČ – typová činnost složek IZS

Tzv. – takzvané

Úmyslné sebepoš. – úmyslné sebepoškozování

ÚZIS – Ústav zdravotnických informací a statistiky

Viz – videlicet

ZZS – zdravotnická záchranná služba

9 SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. VEVERKOVÁ, Eva et al. *Ošetrovatelské postupy pro zdravotnické záchranáře II*. Praha: Grada, 2019. ISBN 978-80-271-2099-4.
2. Zákon č. 44/2013 Sb., kterým se mění zákon č. 285/2002 Sb., o darování, odběrech a transplantacích tkání a orgánů a o změně některých zákonů (transplantační zákon), ve znění pozdějších předpisů, a další související zákony. In: Zlín: Aion, 2013, ročník 2013, číslo 44. Dostupné také z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2013-44#cast1>
3. Cesta domů. Komunikace v rodině: Fáze vyrovnávání se s těžkou nemocí a ztrátou. In: *Umirani.cz* [online]. 21. 9. 2015 [cit. 2019-12-25]. Dostupné z: <https://www.umirani.cz/rady-a-informace/faze-vyrovnvani-se-s-tezkou-nemoci-a-ztratou>
4. ŠPATENKOVÁ, Naděžda et al. *O posledních věcech člověka: vybrané kapitoly z thanatologie*. Praha: Galén, 2014. ISBN 978-80-7492-138-4.
5. HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Thanatologie: nauka o umírání a smrti*. 2., přeprac. vyd. Praha: Galén, 2007. ISBN 978-80-7262-471-3.
6. BÁRTOVÁ, Jarmila. *Patologie pro bakaláře*. Praha: Karolinum, 2004. ISBN 978-80-246-0794-8.
7. ŠPATENKOVÁ, Naděžda. *Krizová intervence pro praxi*. Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-0586-9.
8. DUŠEK, Karel a Alena VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ. *Diagnostika a terapie duševních poruch*. 2., přeprac. vyd. Praha: Grada, 2015. ISBN 978-80-247-4826-9002E.
9. *MKN-10: mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů : desátá revize : obsahová aktualizace k 1.1.2018*. 2. oprav. vyd. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2018. ISBN 978-80-7472-168-7.

10. ŠPATENKOVÁ, Naděžda. *Krize a krizová intervence*. Praha: Grada, 2017. ISBN 978-80-247-5327-0.
11. VODÁČKOVÁ, Daniela. *Krizová intervence*. 3. vyd. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0212-7.
12. ANDRŠOVÁ, Alena. *Psychologie a komunikace pro záchranáře: v praxi*. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-4119-2.
13. BAŠTECKÁ, Bohumila. *Psychosociální krizová spolupráce*. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4195-6.
14. BAŠTECKÁ, Bohumila. *Terénní krizová práce: psychosociální intervenční týmy*. Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-0708-X.
15. STEINDL, Rudolf. Thanatologie. In: *Sociologická encyklopedie* [online]. Praha I: Sociologický ústav Akademie věd ČR, 2017 [cit. 2020-03-08]. Dostupné z: <https://encyklopedie.soc.cas.cz/w/Thanatologie>
16. WALDAUF, Petr. *DEPPART: Predikce umírání a fyziologie* [online]. Brno: Institut biostatistiky a analýz LF MU, 2014 [cit. 2020-03-08]. Dostupné z: <https://www.akutne.cz/res/publikace/waldauf-deppart-predikce-mrt-a-fyziologie-um-r-n.pdf>
17. *Psychická první pomoc: průvodce pro terénní pracovníky* Praha: Diakonie ČCE - Středisko humanitární a rozvojové spolupráce, 2019. ISBN 978-80-906509-9-2.
18. POKORNÝ, Jiří. *Urgentní medicína*. Praha: Galén, 2004. ISBN 80-726-2259-5.
19. Systém Psychosociální Intervenční Služby. Peer. *Spis.cz* [online]. © 2011 [cit. 2020-03-17]. Dostupné z: <https://spis.cz/zakladni-dokumenty/peer/>
20. *Občanský zákoník: novelizované znění : rejstřík : redakční uzávěrka ...* Ostrava: Sagit, 2012. ISBN 978-80-7208-920-8.
21. ŠÍN, Robin, Petr ŠTOURÁČ a Jana VIDUNOVÁ. *Lékařská první pomoc*. Praha: Galén, 2019. ISBN 978-80-7492-433-0.

22. ŠTĚTINA, Jiří. *Zdravotníci a integrovaný záchranný systém při hromadných neštěstích a katastrofách*. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4578-7.
23. AYERS, Susan a Richard DE VISSER. *Psychologie v medicíně*. Praha: Grada, 2015. ISBN 978-80-247-5230-3.
24. Zdravotnická záchranná služba hl. m. Prahy. Koroner. *Zzshmp.cz* [online]. © 2018 [cit. 2020-05-04]. Dostupné z: <https://www.zzshmp.cz/prednemocnicni-pece/koroner/>
25. Český statistický úřad. Zemřelí podle seznamu příčin smrti, pohlaví a věku v ČR, krajích a okresech - 2009 až 2018. *Czso.cz* [online]. © 2019 [cit. 2020-05-04]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/ceska-republika-podle-pohlavi-a-veku-2008-2017-b1c67xq334>
26. Zákon č. 256/2001 Sb., o pohřebnictví a o změně některých zákonů. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2001, částka 98. Dostupné také z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2001-256>
27. Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách). In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2011, částka 131. Dostupné také z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372>
28. Zákon č. 374/2011 Sb., o zdravotnické záchranné službě. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2011, částka 131. Dostupné také z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-374>
29. SKINNER, David V. *Cambridge textbook of accident and emergency medicine*. New York: Cambridge University Press, 1997. ISBN 0-521-43379-7.
30. FRISCHOVÁ, Nikol. *Postup zajištění zemřelých v přednemocniční neodkladné péči*. České Budějovice, 2017. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Vedoucí práce Pavlína Picková.
31. WOHLMUTH, Lukáš. *Analýza okolností ovlivňujících napadení zdravotnického personálu při zásahu*. Praha, 2016. Diplomová práce.

Univerzita Karlova v Praze, Fakulta tělesné výchovy a sportu. Vedoucí práce Radim Pavelka.

32. KUBIŠOVÁ, Michaela. *SMRT – POHLED PRACOVNÍKA ZZS*. Hradec Králové, 2007. Bakalářská práce. Univerzita Karlova v Praze, Lékařská fakulta v Hradci Králové. Vedoucí práce Jana Kutnohorská.
33. HRDINOVÁ, Štěpánka. *Řešení akutních krizových stavů ze strany IZS Královéhradeckého kraje*. Hradec Králové, 2016. Bakalářská práce. Univerzita Hradec Králové, Ústav sociální práce. Vedoucí práce Radka Janebová.
34. BÍLÍK, Jan. Zemřelí podle seznamu příčin smrti, pohlaví a věku v ČR, krajích a okresech - 2009 až 2018. In: Český statistický úřad [online]. 20. 11. 2019 [cit. 2020-05-21]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/zemreli-podle-seznamu-pricin-smrti-pohlavi-a-veku-v-cr-krajich-a-okresech-lv8io6up9t>

10 SEZNAM POUŽITÝCH GRAFŮ A OBRÁZKŮ

Seznam grafů

Graf 1 – Graf počtu úmrtí k odpracovaným letům	55
Graf 2 – Pamatování si případů	56
Graf 3 – Postupy na místě výjezdu	62
Graf 4 – Důvody změn v postupech.....	63
Graf 5 – Důvody uvádění případů	65
Graf 6 – Pocity po výjezdu	66
Graf 7 – Způsobené obtíže	67
Graf 8 – Počet respondentů řešících své problémy s druhou osobou	69
Graf 9 – Využití peera po řešených výjezdech.....	70
Graf 10 – Využití peera či jiné pomoci obecně	71

Seznam obrázků

Obrázek 1 – Rozdělení Smrti, Jedna z variant rozdělení – vlastní tvorba.....	14
Obrázek 2 – Postupy při úmrtí pacienta ve specifických situacích	105
Obrázek 3 – Karta preventivního dovolání peera	106

11 SEZNAM POUŽITÝCH TABULEK

Tabulka 1– Tabulka životních událostí dle Holmese a Rahea	33
Tabulka 2 – Vybrané příčiny úmrtí v ČR od roku 2009 do roku 2018 – převzato, upraveno	43
Tabulka 3 – Stručná charakteristika vybraných respondentů	46
Tabulka 4 – Uváděné důvody jmenovaných výjezdů.....	64

12 SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1: Přepisy rozhovorů	91
Příloha č. 2: Karta preventivního dovolání peera.....	105
Příloha č. 3: Postupy při úmrtí pacienta ve specifických situacích	106

Příloha č. 1: Přepisy rozhovorů

Respondent č. 1

F: Dostáváme se k rozhovoru, začal bych nejdříve dotazem, zda jste dostatečně obeznámen s problematikou a zda souhlasíte s provedením a následným uveřejněním anonymního rozhovoru?

Respondent 1: Ano...

F: Dopředu upozorňuji, že je možné rozhovor kdykoliv ukončit, budete-li pociťovat diskomfort.

Přešel bych tedy k otázce č. 1:

Jak dlouho už pracujete pro zdravotnickou záchrannou službu na své pozici?

Respondent 1: Musím se zamyslet. Počítají se i ty výjezdy ještě jako DRN pro geriatrické pacienty?

F: Ano, můžeme je započítat.

Respondent 1: Tak od roku 2004, jezdím už šestnáct let. Na ZZS u primárních výjezdů konkrétně od roku 2010.

F: Zažil jste za tuto dobu svého působení úmrtí pacienta při výjezdu, pokud ano, kolik přibližně? Samozřejmě hrubým odhadem.

Respondent 1: Berou se v potaz pouze úmrtí během naší intervence, nebo úmrtí už před naším dojezdem?

F: Zde jsou možné obě varianty, nejvíce se ale zaměříme na pacienty zemřelé během naší intervence.

Respondent 1: Tak to bylo kolem... pěti, ano pět pacientů. Těch výjezdů, kdy jsme dojeli a pacient už byl mrtvý, bylo kolem dvaceti. Sám jsem rád, že za dobu mého působení ty exity nebyly zas tak časté. Bohužel některé se mi

vynořují... jedním příkladem je třeba dítě, které zemřelo při dopravní nehodě... Nemohli jsme ho tam kvůli mamince nechat... I když už bylo mrtvé...

F: Co si myslíte, že je tím důvodem, proč o tomto případě teď mluvíte?

Respondent 1: Bude to asi ta celková atmosféra, ti účastníci, rodina na místě té tragédie, věk pacienta, změny v našem přístupu... To budou ty důvody, proč mne to tak teď napadlo, jestli chápu vaši otázku správně.

F: Je nějaké z těchto úmrtí exitem, který vás jakkoliv zasáhl?

Respondent 1: Ano, třeba výše zmíněné...

F: Mohl byste popsat své vzpomínky na tento výjezd? (Jak probíhal, jaká byla atmosféra výjezdu, popřípadě přítomnost rodiny pacienta nebo cizích lidí, pacienta samotného v rámci mezí GDPR.)

Respondent 1: Nejhůře se mi vzpomíná na dvě úmrtí, u kterých probíhal TANR (telefonicky asistovaná neodkladná resuscitace). Nebyl jsem u nich fyzicky, ale stačilo mi to. Nevím, co by to se mnou udělalo, kdybych u nich byl fyzicky... Ale přímo z terénu mám to jedno konkrétní. Bylo to ještě na „zdrávce“. Bylo to moje úplně první dítě. Jednalo se o rok a půl staré dítě. Na místo jsme dojeli jako RLP (rychlá lékařská pomoc), takže na místě jsme byli z našeho auta čtyři.

Jednalo se o dopravní nehodu. Maminka jela na návštěvu se svými dvěma syny. Nejele daleko, necelých pět kilometrů tam a zase zpátky... Rozhodla se, že mladšího kluka dá do nepřipoutané autosedačky. Seděl v zadní řadě. Poslední ani nekilometr před dojetím se čelně střetla s jiným autem. Došlo ke katapultaci dítěte i s autosedačkou, to vrazilo svou hlavou do čelního skla a zlomilo si vaz.

Už když jsme tuhle výzvu dostávali, tak měla naléhavost 1 (u pacienta/ů došlo k selhání nebo bezprostředně hrozí selhání základních životních funkcí). Dále nám byli nahlášeni tři zranění a náraz v malé rychlosti. Věděli jsme, že něco není dobře, už ve chvíli, kdy jsme výzvu s těmito informacemi obdrželi.

Tyto domněnky se začaly stupňovat ve chvíli, kdy se nás operační středisko ještě před naším dojezdem na místo ptalo, zda chceme dovolávat LZS (leteckou záchrannou službu). Po dojezdu na místo jsme zhodnotili, že LZS dovolávat chceme. Na místo jsme dojížděli jen se základními informacemi. Věděli jsme, že probíhá resuscitace dítěte hasiči, kteří jeli náhodou kolem a na místě začali zasahovat.

Po příjezdu na místo jsme se rozdělili. Matka měla pouze drobné ekoriace, nic vážného vzhledem k nárazu. Jedenáctiletý bratr sedící vepředu měl otevřenou frakturu tibie. Na dítěku zatím pracovali hasiči, od kterých jsme pak resuscitaci přebírali. Bylo už tehdy mrtvé...

F: Takže jste pokračovali kvůli přítomným rodinným příslušníkům?

Respondent 1: V resuscitaci se pokračovalo vlastně jen kvůli přítomné matce a časem i otci. Vrtulník ale odvážel už jen tělo. Ano, snažili jsme se, co to šlo, ale už vzhledem k zraněním byla naše snaha marná, nehledě na dlouhou resuscitaci.

Situace se ale začala ještě komplikovat, kromě psychicky zhroucené matky a mrtvého dítěte, na kterém probíhala resuscitace, se nám na místo dostal i otec rodiny, který se tou dobou vracel z práce zrovna po této cestě. Není to něco, co bys na místě chtěl. Ten situaci neunesl a začal se rvát s přítomnými hasiči, kteří se snažili afektovaného otce nepustit přes zábranu k matce a ke svým dětem. Nakonec se stal taktéž pacientem, kdy bylo nutné mu vzhledem k situaci podat psychofarmaka ke zklidnění.

Abych se vrátil k tomu našemu rozdělení, já a řidič jsme řešili staršího syna, kterého jsem po ošetření zranění nechal pod dohledem řidiče, a šel jsem pomáhat lékařům a sestřím, kteří se společně s hasiči starali o nejmladšího syna.

F: Jak jste postupovali jako výjezdová skupina na místě po konstatovaném úmrtí pacienta?

Respondent 1: Z našeho pohledu to bylo jasné, smrt dítěte byla konstatována až lékařem LZS, s tím, že nám marnost našich úkonů byla jasná už před jejich příletem. Snažili jsme se ale i tak o dlouhou resuscitaci, kdy dokonce došlo i k zajištění dýchacích cest pomocí intubace. To vše jsme ale dělali hlavně kvůli přítomným rodinným příslušníkům, kteří ani jeden situaci nezvládali vůbec dobře. Po příletu LZS jsme dítě odevzdali jejich personálu, který následně pacienta odvezl. Celá situace byla silně chaotická...

F: Proč zrovna tento výjezd utkvěl ve vaší paměti?

Respondent 1: Určitě hlavně proto, že to bylo dítě, a přítomnost rodiny, jak říkám, celá ta situace byla dost chaotická a hrozně vypjatá. Nebylo to jen o tom, vnímat úmrtí dítěte, ale vnímat taky další pacienty, kteří byli pod extrémní psychickou zátěží.

Dále určitě také pro to, že jsem byl ještě student, a i když naježděno už jsem měl, tak tady to byla moje první větší bouřka, kdy toho bylo najednou na člověka strašně moc.

F: Jaké byly vaše pocity po úmrtí pacienta v rámci výjezdu?

Respondent 1: Úplně špatné, klepal jsem se, bylo mi špatně... Ne od žaludku, ale vnitřně...

F: To je pochopitelné, můžu se dále zeptat, zdali vám vzpomínky na tento případ způsobily nějaké problémy? (Akutní reakce na stres, PTSD, deprese, abulie, spánkové obtíže.)

Respondent 1: Ano způsobily, začaly se mi objevovat noční můry, míval jsem problémy se spánkem, kdy se mi neustále promítaly obrazy z tohoto výjezdu...

F: Projevilo se to ještě nějak?

Respondent 1: Ano, nastoupily deprese a abulie...

F: Řešil jste tyto problémy s někým?

Respondent 1: Řešil, dost, a to konkrétně se svou staniční sestrou z výjezdovky, která zároveň pracovala u nás na škole. Ta mi dost pomohla se z tohoto dostat.

F: Využil jste služeb peera po tomto případě?

Respondent 1: Ano, vlastně využil, i když tehdy jsem o tom ještě nevěděl. Ale hned po příjezdu z této bouračky jsme měli na stanici koupené kafe, dort a povídali jsme si s jedním naším pracovníkem přes půl hodiny. Klasická práce jako dnes od SPISU, jen tehdy to ještě nefungovalo tak jako dnes. To, že jsem si vlastně prošel zásahem interventa – peera mi došlo vlastně až časem. Oceňuji, že ten zásah byl preventivní.

F: Jako poslední bych se vás zeptal, zda jste využil služeb peera po jiných výjezdech nebo po delším časovém úseku ve své funkci?

Respondent 1: Zase mi nezbývá nic než říct „ano, využil“. Byl to výjezd k hromadnému postižení osob, kdy se vyboural autobus plný dětí v různých věkových kategoriích. Já osobně jsem se tam ocitl náhodou, výjezdem se to pro mne stalo až po tom, co jsem tam sám mimo službu zastavil a začal pomáhat, i když u některých to už nemělo smysl. Bylo to pro mne náročné, vybavily se mi vzpomínky na výjezd, o kterém jsme si doteď povídali, nehledě na to, že jsem odevzdával zdravotnické záchranné službě na místě holčičku, která vypadala jako dcera mého kamaráda.

Ano, po tomhle jsem musel vyhledat služby peera. Začaly se mi vracet deprese a měl jsem problém se přes to přenést, jak se jednalo zase o děti... Padlo to na mne cestou domů z tohoto místa. Nebyl jsem domů ani schopen dojet. Musel jsem zastavit a peera si dovolat.

F: Nemám dalších otázek, děkuji vám za věnovaný čas a ochotu.

Respondent č. 2

F: Náš rozhovor bych začal nejdříve menší vsuvkou. Rád bych podotkl, že chápu vážnost a možnou tíhu probíraného tématu v tomto rozhovoru, a rád bych tě upozornil, že kdykoliv během rozhovoru by ti to začalo být nepříjemné, tak mě jakkoliv upozorni a ukončíme tento rozhovor.

Respondent 2: Ok, беру na vědomí.

F: Dále bych chtěl zdůraznit, že celý náš rozhovor bude anonymní. Rád bych se proto zeptal, zdali souhlasíš s tím, abych rozhovor přepsal do své práce v rámci příloh?

Respondent 2: Nemám s tím problém.

F: Dobře... tak můžeme asi začít... Jak dlouho už pracuješ pro zdravotnickou záchrannou službu na své pozici? Nějaké ty dva roky, že?

Respondent 2: Hmm, zhruba ty dva roky...

F: Zažila jsi za tuto dobu svého působení úmrtí pacienta při výjezdu? Pokud ano, kolik přibližně?

Respondent 2: Ehm, úmrtí přímo při výjezdu...

F: Počítá se i dojetí na místo, kdy pacient už byl mrtvý.

Respondent 2: Zhruba čtyři.

F: Je nějaké z těchto úmrtí exitem, který by tě jakkoliv zasáhl, zůstalo ti něco z toho v hlavě?

Respondent 2: Tak víceméně si je pamatuji všechny, ale myslím si, že je to spíše tím, že na ty situace není člověk zvyklý, než tím, že by mne to nějak psychicky výrazně zasáhlo...

F: Kdybych se tě mohl zeptat, dokázala bys i tak přece jenom určit nějaký ten případ, který osobně považuješ za nejhorší, a popsat své vzpomínky na tento

výjezd? (Jak probíhal, jaká byla atmosféra výjezdu, popřípadě přítomnost rodiny pacienta nebo cizích lidí, pacienta samotného v rámci mezí GDPR.)

Respondent 2: Určitě... Tak tímto případem byla paní, co dělala na poště za přepážkou. My jsme dojížděli ve chvíli, kdy paní byla už stažená vzadu v zázemí ostatním personálem pošty. Jednalo se o zástavu. Takže jsme resuscitovali tam. Pomáhala nám tam vedoucí pošty, takové ty věci jako držet roztok a podobně. Byli jsme tam s doktorem... Byl poměrně problém se tam dostat s nosítky a s batohem, abychom ji dostali do sanitky, protože tam byly takové ty úzké chodbičky a devadesátkové úhly v rozích. Takže nám trvalo nějakou dobu, než jsme se odtamtud dostali. Nicméně paní měla pořád nějaké funkce schopné převozu. Po naložení do sanitky jsme ukončili masáž, doktor zhodnotil EKG křivku jako dostačující, nicméně se nám cestou ještě třikrát zastavila, takže jsme zastavovali na resuscitaci, lékař už tehdy konstatoval, že paní nejspíš nepřežije, obzvlášť vyskytne-li se další zástava. Do nemocnice jsme ji dovezli se slabou srdeční činností a v momentě, kdy jsme ji předali na urgentním příjmu, se zastavila po čtvrté. Po nějakou dobu déle trvající beznadějně resuscitace jsme to ukončili, lépe řečeno lékaři v nemocnici to ukončili. Pacientce se následně dělalo ECHO, aby zjistili, jak to vypadá. Nalezen byl masivní infarkt s téměř nulovou šancí na záchranu.

F: Vy jste se tedy té resuscitace účastnili i po příjezdu do nemocnice, i po odevzdání pacientky?

Respondent 2: Ano...

F: Dále bych se tě rád zeptal, jak jste postupovali jako výjezdová skupina na místě po konstatovaném úmrtí pacienta? Jaký byl postup?

Respondent 2: Vzhledem k tomu, že to už bylo na půdě nemocnice, tak si to vlastně i všechno řešila sama. Takže my jsme se pak následně vrátili na stanici a vyjeli na další výjezd. V resuscitaci jsme pomáhali ale i po té čtvrté zástavě,

i když náš lékař už tehdy hodnotil stav jako beznadějný, a pokračovali jsme ve snaze pomoci personálu urgentního příjmu.

F: Jak jsi vnímala to prostředí, ta situace, přítomnost jejích kamarádů a spolupracovníků, návštěvníků pošty? Byl tam zmatek? Jak to působilo?

Respondent 2: Byl tam zmatek, ti lidé vypadali, že nevědí, co se děje a co s tím mají dělat. Nevypadali, že by chápali, že někomu jde o život.

F: Proč jsi jmenovala zrovna tento výjezd?

Respondent 2: Byl to můj první exitus a také první, kdy jsme zahájili u pacienta KPR a pacient to nepřežil. Myslím si, že zrovna pro ten osobní kontakt, kvůli tomu prvenství a zároveň neúspěchu.

F: Jaké byly tvoje pocity po úmrtí pacientky v rámci výjezdu?

Respondent 2: Je to nepříjemné, protože si vlastně říkáš, že kdyby to bylo rychlejší, lepší, jinak provedené... cokoliv, tak jestli bys tam dokázal jako jednotlivec udělat něco lépe, něco nějak jinak. Myslím si, že mi dost pomohlo to provedené ECHO, kdy nás ujistili v tom, že už jsme nemohli nic udělat. To mi poměrně pomohlo... se s tím prvním úmrtím při výkonu povolání srovnat...

F: Způsobily ti vzpomínky na tento případ nějaké problémy? (Akutní reakce na stres, PTSD, deprese, abulie, spánkové obtíže.)

Respondent 2: Asi ne, nic si neuvědomuji...

F: Otázku číslo devět a deset můžeme přeskočit, navazují na osmou otázku a tu jsi negovala.

Respondent 2: Dobře.

F: Využila jsi služeb peera po jiných výjezdech nebo po delším časovém úseku ve své funkci?

Respondent 2: Ne...

F: Poslední otázka. Uvažovala jsi někdy nad tím, využít jejich (peer) služeb?

Respondent 2: Ne, neuvažovala, zatím si přijdu, že to vše zvládám a pomáhá mi odreagování se spolupracovníky a kamarády... I když... vlastně ano, chvíli ano, a to po tomhle probíraném případě, z důvodu občasných pocitů bezmocnosti...

Respondent č. 3

F: Začal bych zdůrazněním, že celý rozhovor je anonymní, v případě pocitů diskomfortu je možné celý rozhovor ukončit jednoduchým oznámením. Přepis tohoto rozhovoru bude uveden v anonymní přepsané formě v bakalářské práci, souhlasíte s tím?

Respondent 3: Ano, souhlasím s uveřejněním i s provedením tohoto rozhovoru.

F: Dobře, děkuji. Začal bych tedy první otázkou, a to jak dlouho pracujete pro zdravotnickou záchrannou službu na své pozici, stačí přibližně.

Respondent 3: Tak patnáct let.

F: Dobře, dále bych se rád zeptal, jestli jste za dobu svého působení zažila úmrtí pacienta v terénu, pokud ano, tak prosím pouze přibližně, o kolik úmrtí se asi jednalo? Počítají se jak úmrtí během vaší intervence, tak exity už před příjezdem vaší výjezdové skupiny.

Respondent 3: Hmm, tak určitě zažila, ale kolik... to nespočítám... Ty ano?

Respondent 4: Ne, ne. Bylo jich fakt hodně.

F: Jestli to nedokážete ani hrubým odhadem, ničemu to nevadí.

Respondent 3: Desítky, to budou určitě desítky... Devadesát?... Člověk to ani nechce počítat... Spousta z nich jsou opravdu nehezky vzpomínkami

a některé obzvlášť... Nejhorší jsou asi všeobecně děti, to bylo pro mne taky asi nejhorší... Dítě, které se udusilo ve své postýlce.

F: Co si myslíte, že je tím důvodem, proč o tomhle případu teď mluvíte?

Respondent 3: To bude tím, že to bylo děťátko, a ten zvláštní pocit, který jsem během toho celého výjezdu měla... Byla tam s námi i rodina toho děťátka, ale chovali se zvláštně... jinak, než by to člověk čekal od kohokoliv ve stejné situaci...

F: Je některé z těchto úmrtí, které jste zažila během své služby, úmrtím, které by vás jakkoli zasáhlo? Které by vám zůstalo v paměti?

Respondent 3: Ano, určitě, takových je hned několik... Na které vzpomínám nerada.

F: Dále budeme mluvit o konkrétních případech. Nemusíte mluvit ani z daleka o všech, stačí, když vyberete konkrétní. Ale poprosil bych vás, jestli byste mohla popsat své vzpomínky na tento výjezd. Jak probíhal? Jaká byla atmosféra při výjezdu? Přítomnost rodiny? Nebo vaše vnitřní pocity?

Respondent 3: Asi nejhorší pro mne bylo mrtvé miminko, čtyřměsíční. Už ve výzvě bylo, že se jedná o mrtvé děťátko a krom ohledání není potřeba nic dalšího dělat. Ale už jen přímo to, že bylo mrtvé, bylo nepříjemné. Rodina tam byla a atmosféra byla velmi zvláštní. Maminka prý byla feťačka, ale dle jejích slov během starosti o dítě, tedy děti, už byla mimo drogy. Jednalo se o to, že dítě brečelo, maminka ho překloupila na břicho a dítě se zadusilo a umřelo. Ráno ho našli mrtvé, bylo to takové zvláštní... Až později jsme zaktivovali policii a na pitvě se nic neprokázalo... Jednoduše aspirační pneumonie. Ale bylo to takové nepříjemné, jak se jednalo o děťátko.

F: Mohl bych se zeptat, kdy ve vaší kariéře nastoupil tento případ, jednalo se o začátek, nebo po delší době u ZZS?

Respondent 3: Na začátku, asi po dvou letech.

F: Uvědomujete si, že by se vás nějak tento případ dotkl nebo že by vás nějak poznamenal? A i třeba váš první exitus?

Respondent 3: Vlastně se jednalo o můj první samostatný výjezd. Teda jiný než to děťátko... Paní jsem tehdy strašně dlouho osahávala a stále znovu a znovu kontrolovala, jestli je opravdu mrtvá, což už v tu dobu dávno byla. Neresuscitovali jsme. Prvně ze začátku samozřejmě člověk jezdí s někým, aby do toho proniknul. Bylo to tak tři neděle, co jsem jezdila. Bylo to nahlášené jako infarkt, ale daleko, a než jsme dojeli, tak už paní byla mrtvá. Furt jsem jí otvírala oči a stále jsem kontrolovala, jestli se jí náhodou neroztahují zornice, a to i během toho, co jí sestra už balila ruce a podvazovala bradu. Což se tehdy dělalo. Takže to bylo takové pitomé. No a když přijela pohřební služba, která si tehdy jezdila pro papíry, tak hned vedle naší výjezdové byla i pohřební služba, tak jsem se jich ptala, jestli vlastně paní nešla nějak naproti... Nebyla jsem si stále jistá, jak jsem vypisovala ty papíry prvně sama. Všechno to bylo složité. Ale nějak ty záslepy, u některých těch výjezdů, přeci jen je to nepříjemné, jak se jedná o úmrtí.

F: Přece jenom se jedná o ztrátu lidského života, i když to byl lidský život nám neznámý...

Respondent 3: Ano, to máte pravdu.

F: Dobře, dostaneme se k další otázce. Chtěl bych se zeptat, jak jste jako výjezdová skupina na místě u toho prvního případu, který jste rozebrala, postupovali?

Respondent 3: Jezdili jsme jako RLP. Dítě leželo v postýlce, už si nevzpomínám na to, kde a jak kromě postýlky leželo. Pamatuji si, že jsem si ho přenesla do obýváku, a tak, jak děti bývají hadrovité a musí se podepřít, tak tady nebylo co podepírat. Dítě už bylo ztuhlé, jak bylo mrtvé delší dobu. V obýváku se na televizi koukaly děti, které jsme vyhnali, a po tom, co jsem si

dítě položila na stůl, ho začal olizovat pes... Jednoduše ta atmosféra byla opravdu zvláštní, kdyby to nebylo tak morbidní, tak by to mohlo přijít někomu skoro až vtipné... Maminka od dítěte plakala, babička... no jednoduše to byla zvláštní rodina. Prostě to poznali, to pozná každý, když se setká s mrtvolou, že dotyčný je mrtvý...“

Pak jsme ho, chlapečka, zabalili na tu patologii, kam jsme ho teda vezli my. Pak jsem nevěděla co, tak jsem se radila se všemi, s mámou, s primářem na ARU, pak jsme tak nějak všichni rozhodli, že by bylo vhodné zavolat policii. Ano, určitě byla chyba ho odvézt. To bylo s policií následně probráno a na patologii dítě i tak podstoupilo pitvu. Případu to ve výsledku nijak neublížilo. Jak už jsem říkala, aspirační pneumonie, závěr patologie.

F: Během toho, co jste pracovali s tím mrtvým děťátkem, jaká byla atmosféra za přítomnosti rodinných příslušníků? Nemyslím, teď sourozence, ale matku, otce...

Respondent 3: Otec tam myslím ani nebyl, matka s ním snad ani nežila. Atmosféra nebyla hysterická, jak by člověk čekal, myslím, že s námi maminka v místnosti ani nebyla.

F: I když jsme si to už vlastně řekli, tak pro shrnutí, proč si myslíte, že tento případ je tím, který jste si vybrala, o kterém mluvíte?

Respondent 3: Protože to mrtvé dítě je vždy nepříjemné... Pro každého. Zažila jsem jich jen pár a jsem ráda za to, že jen pár. Byly i jiné výjezdy, po kterých jsem měla noční můry a potřebovala pomoc psychologa, kterou mi ani nikdo nenabídl, ale tohle bylo asi to nejnepříjemnější. Možná vlastně proto, že se s ním nedalo nic dělat... Nemyslím pocit bezmoci, ten máte, když přemýšlíte, co jste mohl udělat lépe. Tady už se nic lépe udělat nedalo. Co nás trápí více, dle mého je to, když nad tím právě přemýšlíte, co jste mohl udělat lépe, rychleji... Jednoduše případy, kdy vám pacient umře pod rukama.

F: Tímto jsme si vlastně zodpověděli otázku sedmou, a to vaše pocity po konstatování úmrtí a během výjezdu. Přejdu tedy na otázku osmou... Chtěl bych se zeptat, jestli vám tento výjezd způsobil nějaké obtíže, jestli vás zasáhl. Neměla jste po něm noční můry, nechutenství, deprese?

Respondent 3: Nebylo to jednoduché se přes to přenést sama v sobě, ale nezpůsobil mi nic z toho, lépe řečeno si nepamatuji, že ano. Je pravda, měla jsem pak výjezd k úmrtí na dálnici, kde jsem taky nemohla už nic spravit, a čtrnáct dní se mi zdály hrozné sny, ale tady u toho si nevzpomínám.

F: Přeskočíme tedy otázku, zdali jste tyto problémy s někým řešila, když nenastaly, ale mohl bych ji adaptovat. Řešila jste někdy nějaké problémy vzniklé z jiných případů úmrtí?

Respondent 3: Mně se akorát jednou ozvala psycholožka, a to i na potyčku, které jsem se neúčastnila, kdy pán napadl záchranáře a řidiče, zatím co já jsem seděla v sanitce a psala papíry. Ano, to se mne ptala, jestli mne to náhodou nějak nezasáhlo. To je spíše pro zasmání. To jsem teda myslela, že se svalím na zem. Tam jsem si ani neměla s kým o tom povídat, myslím na bývalém pracovišti, kde jsem taky zažila všechny tyto nejhorší výjezdy. Tady už si mám s kým o těchto věcech popovídat.

F: Takže ani nikoho nenapadlo vám zavolat po tomto nebo jiném případě peera nebo se vás vůbec zeptat, zdali byste jeho služby nechtěla využít?

Respondent 3: Ne, nenapadlo.

F: Zeptám se, jestli jste někdy vůbec využila služeb peera nebo krizového intervenanta během své kariéry?

Respondent 3: On je obvykle volal dispečink, často už byli na místě. Ale nevím, jak na tom místě pomohli, já to moc nechápu ani, zda dokážou nějak pomoci, jestli vůbec... Když někomu umře dítě. Když je nedovolá intervent,

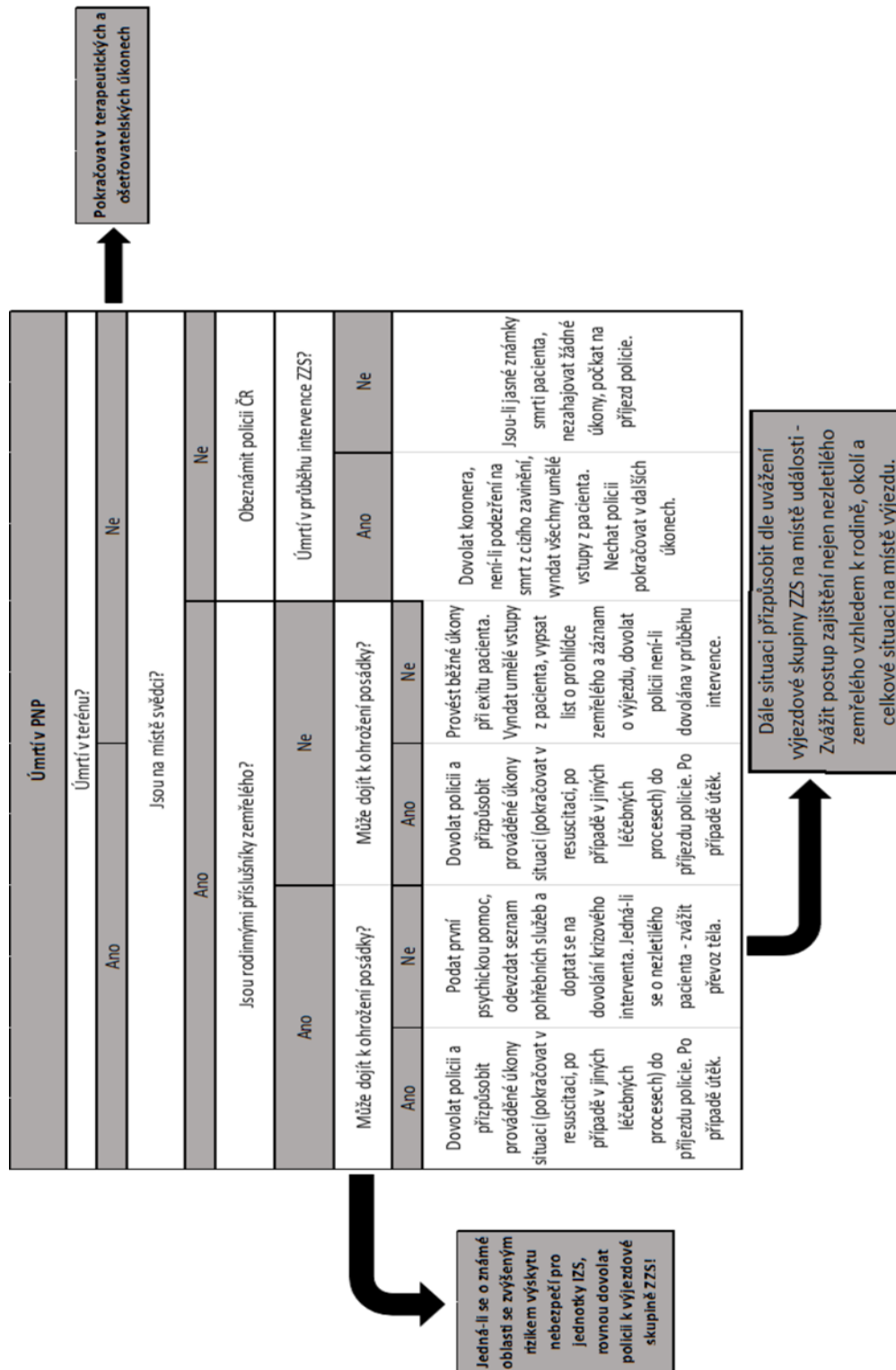
obvykle jim to radíme my nebo jim to doporučíme. Jinak radím přímo rodině, co by měli nebo mohli zkusit.

F: Dobře. A služeb přímo peera jste nikdy sama nevyužila?

Respondent 3: Ne, to bych asi ani nevyužila... Přece jenom jedná se o věci, kdy chcete být pochopen a řešit tyto problémy s někým, kdo je vám bližší, ne s úplně cizím člověkem. A zvláště, když jsem viděla některé ty chytráky, co tyto služby poskytovali, tak bych je odmítla na místě. Kdybych potřebovala pro sebe, tak bych si našla někoho osobně sama. Přejde mi totiž, že to nejsou lidé úplně erudovaní. Nedokážu si představit, že tito lidé s nějakými kurzy, když ani nezažili tu situaci, vám jsou schopní adekvátně pomoci. Jestli vůbec. Nedůvěřuji jim. Věřila bych pouze lidem, u kterých bych věděla, že si něčím podobným prošli a vědí, o čem mluví... Ani nám nikdy nebyli dovoláni na stanici po žádném výjezdu. Vlastně ani nevíme řádně, jak jejich služby využít, jak fungují...

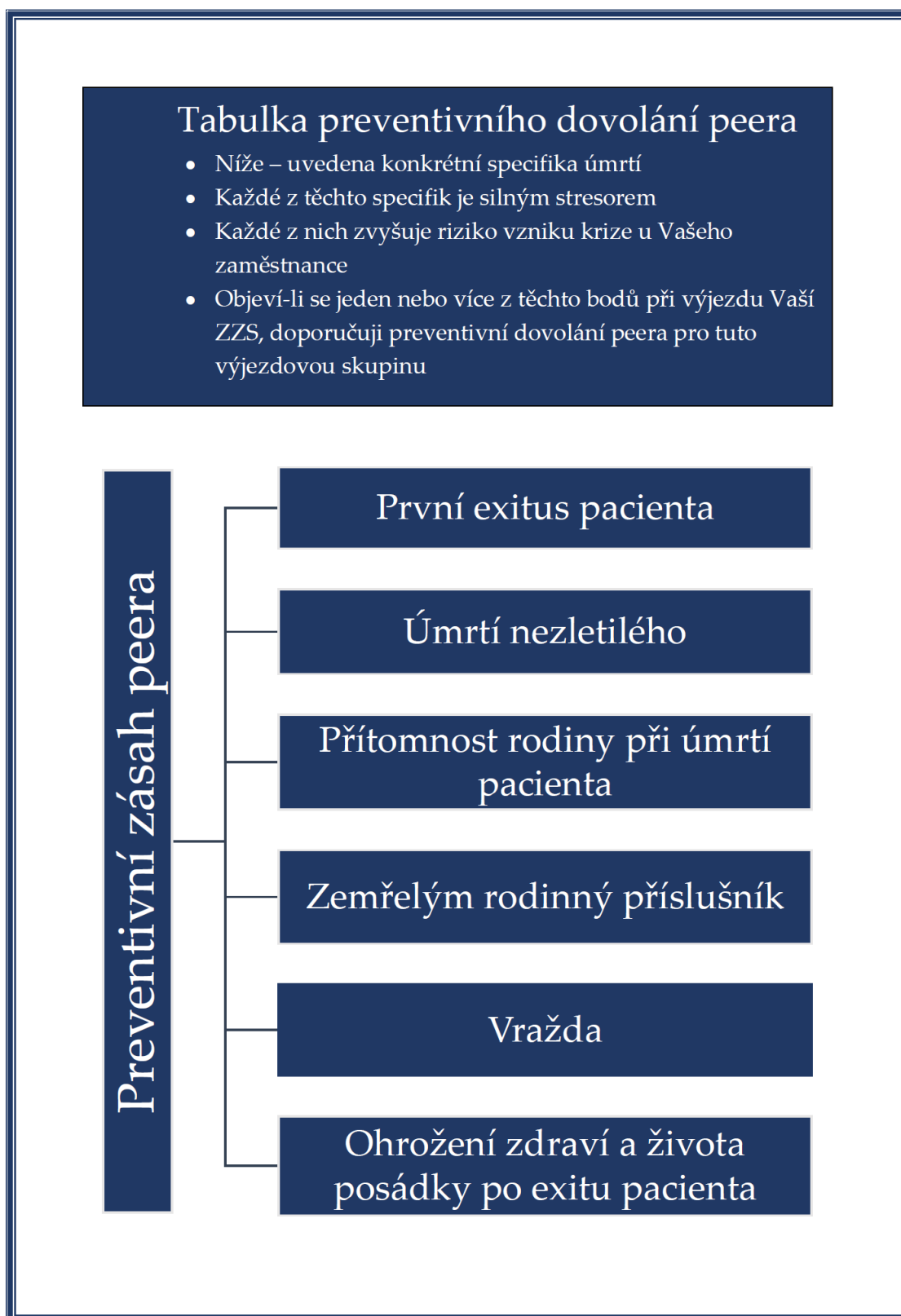
F: Dobře, to je vše, děkuji vám za věnovaný čas.

Příloha č. 2: Postupy při úmrtí pacienta ve specifických situacích



Obrázek 2 – Postupy při úmrtí pacienta ve specifických situacích

Příloha č. 3: Karta preventivního dovolání peera



Obrázek 3 – Karta preventivního dovolání peera