

**UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE**  
**LÉKAŘSKÁ FAKULTA V HRADCI KRÁLOVÉ**

ÚSTAV SOCIÁLNÍHO LÉKAŘSTVÍ  
ODDĚLENÍ OŠETŘOVATELSTVÍ

**SMRT – POHLED PRACOVNÍKA ZZS**

Bakalářská práce

Autor práce: **Michaela Kubišová**

Vedoucí práce: **Doc. PhDr. Jana Kutnohorská, CSc.**

**CHARLES UNIVERSITY OF PRAGUE**  
**MEDICAL FACULTY OF HRADEC KRÁLOVÉ**

INSTITUTE OF SOCIAL MEDICINE  
DEPARTMENT OF NURSING

**DEATH – from ZZS (First – aid service) staffer’s  
point of view**

Bachelor’s thesis

Autor: **Michaela Kubišová**

Supervisor: **Doc. PhDr. Jana Kutnohorská, CSc.**

Prohlašuji, že předložená práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracovala samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem čerpala, v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Ve Velkém Meziříčí, 20. duben 2007

.....

Touto cestou bych chtěla poděkovat za velmi citlivý přístup, rady a připomínky vedoucí této práce paní doc. PhDr. Janě Kutnohorské, CSc.

Rovněž bych chtěla poděkovat za podporu po celou dobu mého studia své rodině, zejména mé mamince, která mě dokázala vždy podpořit a to tak, že těžké, složité a neřešitelné situace se rázem staly jednoduchými a banálními.

Na posledním kroku dlouhé cesty  
umět se ohlédnout a říci:  
- Byla přímá, -  
to je nejkrásnější triumf duše bojující,  
ačkoliv trvá jenom jeden dech.

A pak zmocní se snítka vážný proud,  
pláč s úzkostí se vystřídají v tesknu hlídky,  
nebe rozhrne se očima.

Z jamky v dobrém písku dětské duše  
prohlubujeme se  
až k hrobu.  
To je osud člověka,  
leč to je taky vše.  
Ne, nezemřels.  
Tys vyhlédl jen z okna do noci,  
jež vyčkávala rána,  
klidná jak Tvé ruce.  
Hle, klíč svědomí haraší  
a otvírá se brána.  
Spravedlivý bude soudit dobu.

Závan větru přejde, les nedošumí.  
A básník zpívá,  
jak nejlépe umí,  
že snad zapomíná  
ode dne ke dni  
a do smrti.  
Ale nezapomíná se. Navždy.

Josef Kainar, *Epitaf*

|  |           |
|--|-----------|
| <b>OBSAH</b>   |           |
| <b>Úvod</b>  | <b>9</b>  |
| <b>Cíl práce</b>   | <b>11</b> |
| <b>I. TEORETICKÁ ČÁST</b>  |           |
| <b>HLAVNÍ TEXT PRÁCE</b>   |           |
| <b>1. Seznámení s pojmem smrt, umírání</b>                                   | <b>12</b> |
| 1.1 Smrt x lidský život  | 12        |
| 1.2 Umírání  | 14        |
| <b>2. Jednotlivé fáze smrti, umírání, akceptace informace o těžké nemoci</b> | <b>18</b> |
| <b>3. Pohled do historie smrti</b>   | <b>20</b> |
| 3.1 Filozofie umírání  | 20        |
| 3.1.1 Filozofie smrti  | 20        |
| 3.1.2 Noetika smrti  | 20        |
| 3.2 Historie umírání   | 21        |
| <b>4. Důstojná smrt</b>  | <b>27</b> |
| 4.1 Právo na smrt  | 27        |
| 4.2 Práva pacientů   | 27        |
| 4.3 Charta umírajících   | 29        |
| 4.4 Společnosti pro důstojné umírání   | 30        |
| <b>5. Umírání, smrt – definice, rozdělení</b>                                | <b>32</b> |
| 5.1 Pojímání smrti   | 32        |
| 5.2 Definice smrti   | 33        |
| 5.3 Náhlá smrt x přirozená smrt  | 34        |
| 5.3.1 Přirozená smrt   | 34        |
| 5.3.2 Náhlá smrt   | 36        |
| 5.4 Smrt a pracovník ZZS   | 36        |
| <b>6. Smrt – krizová situace pracovníka ZZS</b>                              | <b>38</b> |
| 6.1 Krize – obecný pohled  | 38        |
| 6.1.1 Krize jako medicínský problém  | 38        |
| 6.1.2 Psychická krize  | 39        |
| 6.1.3 Definice psychické krize   | 40        |
| 6.1.4 Spouštěče krize  | 40        |
| 6.1.5 Krize z hlediska trvání v čase a její fáze                             | 41        |

|       |   |    |
|-------|---|----|
| 6.1.6 | Klinické projevy psychické krize                                  | 42 |
| 6.2   | Agresivita jako reakce na práci pracovníka (záchranného týmu) ZZS | 42 |
| 6.2.1 | Neadaptivní chování   | 42 |
| 6.2.2 | Psychologická problematika nemocného v práci pracovníka ZZS       | 43 |
| 6.3   | Krizové intervence  | 44 |
| 6.3.1 | Definice krizové intervence                                       | 44 |
| 6.3.2 | Výchozí body a principy krizové intervence                        | 45 |
| 6.3.3 | Krizové intervence – psychické trauma                             | 45 |
| 6.3.4 | Psychologická situace pracovníka ZZS                              | 47 |
| 6.4   | Syndrom vyhoření - obecný pohled                                  | 48 |

## **II. EMPIRICKÁ ČÁST**

|           |   |           |
|-----------|---|-----------|
| <b>7.</b> | <b>Zkoumaný soubor a použité metody</b> | <b>51</b> |
| 7.1       | Úvod                                    | 51        |
| 7.2       | Cíle výzkumu                            | 51        |
| 7.3       | Metodika výzkumu                        | 52        |
| 7.4       | Předvýzkum                              | 52        |
| 7.5       | Popis souboru respondentů               | 52        |
| 7.6       | Charakteristika pracoviště respondentů  | 53        |
| <b>8.</b> | <b>Výsledky</b>                         | <b>54</b> |
| 8.1       | Kvalitativní výzkum                     | 54        |
| 8.1.1     | Informovaný souhlas                     | 54        |
| 8.1.2     | Kazuistika – případová studie č. 1      | 54        |
| 8.1.2.1   | Popis výjezdu – obecný pohled           | 54        |
| 8.1.2.2   | Popis výjezdu – lékařka                 | 56        |
| 8.1.2.3   | Popis výjezdu – zdravotnický záchranář  | 56        |
| 8.1.2.4   | Popis výjezdu – řidič-záchranář         | 58        |
| 8.1.3     | Kazuistika – případová studie č. 2      | 60        |
| 8.1.3.1   | Popis výjezdu – obecný pohled           | 60        |
| 8.1.3.2   | Popis výjezdu – zdravotnický záchranář  | 60        |
| 8.1.4     | Zhodnocení případových studií           | 61        |
| 8.2       | Kvantitativní výzkum                    | 62        |
| <b>9.</b> | <b>Diskuze</b>                          | <b>91</b> |

|                                     |            |
|-------------------------------------|------------|
| <b>Závěr</b>                        | <b>96</b>  |
| <b>Anotace</b>                      | <b>98</b>  |
| <b>Použitá literatura a prameny</b> | <b>100</b> |
| <b>Seznam příloh</b>                | <b>102</b> |



## Úvod

Každý den se ve svém životě setkáváme s krásou, pocitem štěstí, radosti, pohody... Jsou však chvíle, kdy se dá těžko říci, že jsme šťastni a spokojeni. A to zejména ve dnech a období, kdy přichází smutek, melancholie, samota a někdy až pocit beznaděje, bezmoci. Je potřeba, aby tak jako vše v našem životě, byly i tyto chvíle – úspěch a neúspěch - v rovnováze. Pro lidské žití musí být vždy chvílky smutku vyváženy chvílkou radosti, pocitem štěstí.

Tak jako v životě, tak i v naší profesi nacházíme nejen radostné chvíle, ale také předpokládané i nepředpokládané prohry. Pro zdravotníky jsou profesní prohry nesmírně náročné a zatěžující jejich osobu. Je třeba se stále učit, jak zvládat tyto krizové situace. K těmto negativním stránkám našeho povolání patří zejména úmrtí člověka – pacienta –, o kterého jsme pečovali. Velmi těžké a zatěžující je specifikum náhlého úmrtí, smrti. V oboru, ve kterém pracuji (zdravotnická záchranná služba, výjezdová sestra) se většinou právě s tímto „typem smrti“ setkáváme nejvíce.

V mém životě, tak jako u ostatních lidí, docházelo k řadě situacím, které byly více či méně zatěžující. Během posledních let došlo v mé úzké rodině k řadě úmrtí. Některá byla očekávaná (dlouhodobé onemocnění), některá byla náhlá. Úmrtí jsem vždy přijímala spíše jako záležitost, která má své místo v životě a hlavně, že k životu patří. Nikdy jsem se nezajímala ani o literaturu s tímto tématem. Tento postoj patřil i k mému profesnímu životu. Až teprve při studiu na Lékařské fakultě v Hradci Králové, obor ošetřovatelství (druhý ročník), v předmětu: „Komunikace s nemocnými“ jsem otevřela první literaturu s výše uvedenou tematikou. Začala jsem přemýšlet a více se zajímat o tuto stránku žití – lépe řečeno – jeho ukončení. Ve svých myšlenkách jsem se vracela zpět do období jednotlivých úmrtí mých blízkých, jejich prožitků před smrtí. Jak se v této fázi projevovali a chovali, co asi cítili, na co asi mysleli? Promítala jsem si však nejenom jejich odchod ze světa, ale i jednání a chování jejich blízkých – pozůstalých. Toto vše jsem si porovnávala s myšlenkami a s prostudovanou literaturou. Najednou jsem viděla, jak text v literatuře tolik odpovídá realitě.

Na základě svých životních zkušeností, zájmem a svým profesním oborem jsem si vybrala pro svou bakalářskou práci téma s výše uvedeným názvem. Chtěla bych

se dozvědět, jak mé kolegyně a kolegové reagují na úmrtí, smrt našich klientů. Pacienty ošetřujeme a dáváme do své práce veškeré své úsilí, energii. Snažíme se o co nejdokonalější provedení veškerých výkonů vedoucích k záchraně lidského života. Ne vždy se nám však daří a pak přichází pocit naší prohry, našeho selhání. Jak se s tím každý z nás vyrovná a smíří? Nemáme pocit vyhoření? Jaké jsou věkové skupiny lidí, které nás svou smrtí nejvíce zasáhnou? Co děláme pro naše „vnitřní já“? A proto téma mé bakalářské práce zní: **„SMRT – POHLED PRACOVNÍKA ZZS“**

## Cíl práce

Cílem mé práce je celkové shrnutí vnímání smrti z pohledu pracovníka zdravotnické záchranné služby (dále jen ZZS).

Bakalářská práce je složená z části teoretické, kde jsem se zabývala obecnými definicemi i textem vztahujícím se k tomuto tématu, a empirické (výzkumné) části. Empirickou část jsem rozdělila na výzkumnou část kvantitativní a kvalitativní. V části kvantitativní jsem použila dotazníkovou metodu a v části kvalitativní jsem použila metodu rozhovoru.

Cílem práce je:

1. Stanovit (určit) hierarchii pocitů pracovníka ZZS při setkání se smrtí
2. Stanovit hierarchii pocitů při odeznívání smrti
3. Zjistit, zda převažující reakcí (okolí, příbuzní a blízkých) na smrt pacienta je agresivita vůči pracovníkům ZZS
4. Zjistit postoj pracovníků ZZS k vlastní smrtelnosti

# I. TEORETICKÁ ČÁST

## 1. Seznámení s pojmem smrt, umírání

### 1.1 Smrt x lidský život

*„Smrt není porážka, jako ani život není vítězství.“*

Reinhard Abeln, Anton Kner

Existenci každé bytosti na této planetě charakterizuje určitý vývoj a zrání. Ani člověk z tohoto pohledu není jiný. I jeho provází typický vývoj daný lidské bytosti. Rodí se v pláči a bolesti. Pak postupně prochází jednotlivými vývojovými stádii – dětství, dospívání – až se posléze dostává do období zralého, dospělého věku. Od tohoto okamžiku – vrcholu žití - nastává období, kdy tělo začíná postupně stárnout a připravovat se na období stáří. Tato „čára života“ je poté zakončena skutečností, kterou nazýváme **smrt**.

„Lidský život je vymezen zrozením a smrtí. Před a po je sféra, kterou nelze zkušeností zakusit a jako takovou ji nelze ani pochopit. Život je šance, která je člověku zrozením dána, a je pouze na člověku, jak ji využije a jestli ji vůbec využije. V tomto smyslu tvoří život podle možností a svobody, přestože člověk nezvolil podmínky za jakých se jeho konkrétní život bude realizovat. Tak jako člověk nemůže volit své zrození, nemůže volit svoji nesmrtelnost. Smrt je skutečně jediná fakticita, která je v životě jistá. Člověku je život dán s podmínkou smrti. Smrt je pečetí, která dodává charakter každému jednotlivému životu i každému jednotlivému rozhodnutí.“ (Haškovcová, 1975, s.14).

Spisovatelka Z. Jordánová přirovnává život člověka k náhrdelníku, ke šňůře korálek. Říká, že v našem životě není nic náhoda. Cesta, kterou každý jdeme, je nesmírně složitá a těžká. Je daná našimi záměry, myšlenkami a následnými rozhodnutími. Jednotlivé korálky pomyslného náhrdelníku přirovnává k našim zkušenostem, které během života sbíráme a navlékáme na šňůrku. Jaké kvality korálky jsou, záleží jen na každém z nás. Zrovna tak i to, jak rychle je navlékáme a jakým způsobem je řadíme. Bylo by úžasné dojít ke konci šňůrky, zavázat ji a říci: „Hotovo“. Mít pocit spokojenosti se svou prací a vědět, že vím všechno, co jsem chtěla vědět; že jsem své poznání dobře využila ve svém životě... Bohužel však je zde rozdíl. Opravdové korálky můžeme (pokud se nám nelíbí či nějakým

způsobem se na náhrdelník nehodí, nepasují) kdykoli sundat, vyměnit a nebo, pokud jsme tolik nespokojeni se svou prací, začít znovu. Pomyslné korálky našich zkušeností však, bohužel, nemůžeme ani odstranit či vyměnit. Zůstávají. Jediné a čím jsou pro nás nesmírně důležité je, zda se z nich umíme poučit a využít tyto zkušenosti v našem dalším životě. Ty, které nepochopíme, přijdou znovu a opět nás zasáhnou. Myslím si, že pokud by bylo člověku dopřáno tento náhrdelník jednoho dne zavázat s pocitem spokojenosti a dobrého uspořádání – navlečení -, pak se stane jeho odchod ze světa jednodušším, lehčím, vyrovnaným a klidným. (Jordánová, 2005)

Smrtí končí život každé bytosti na naší planetě. Smrt nutí lidskou bytost přemýšlet, člověk má vědomí smrti, má strach. Pro zvíře je smrt jednodušší – nemá vědomí. Pociťuje pouze zřejmě jakousi „předtuchu“ smrti v daný okamžik, před jejím příchodem. Zvíře s vyšší inteligencí umí vycítit zranění či úmrtí svého pána, tragédii v jeho rodině. Lidská bytost je však jiná, její inteligence ji posouvá – možná bohužel – výše. Smrt nutí člověka přemýšlet. Přemýšlet o tom co se stane, co přijde. Smrt jest jakýmsi mementem lidské bytosti. Ne nadarmo se setkáváme na místech věčného odpočinku s nápisy: „Memento mori.“ („Pamatuj na smrt“)

„Umírání je nedílnou součástí života, stejně tak přirozené a očekávané jako narození. Ale zatímco narození je důvod k oslavě, smrt se stala hroznou a nepopsatelnou záležitostí, které se v naší společnosti vyhýbáme všemi možnými prostředky. Snad je to proto, že smrt nám připomíná naši lidskou zranitelnost navzdory všem našim technologickým pokrokům. Možná jsme schopni ji oddálit, ale nemůžeme jí uniknout. My, ne méně než ostatní neracionální živočichové, jsme předurčeni zemřít na konci našich životů. A smrt udeří nevybíravě – nestará se vůbec o společenské postavení nebo situaci každého, kterou si zvolil – každý musí zemřít, ať už je bohatý nebo chudý, slavný nebo neznámý. Dokonce ani dobré skutky neosvobozují jejich činitele od rozsudku smrti, ti dobří umírají stejně tak často jako ti špatní, zlí. Je to asi ta nevyhnutelná a neočekávaná vlastnost, která dělá tak hrůzu nahánějící pro mnoho lidí.“ (Kübler-Ross, 1986, s. 5)

Jak už jsem uvedla, člověk má strach a úzkost, obavy z neznámého. Strach ze smrti umocňují zejména obavy z bolesti. „Bolest však není něco, co stálo před člověkem, ona splývá s člověkem a spoluvytváří jeho osud. Toto je dáno pouze člověku, protože člověk během svého života získává zkušenosti, přemýšlí a učí se. Bolest není jenom krutá. Porozumívání bolesti je tvůrčím podnětem rozvoje dětských smyslů a nepostradatelným článkem biologického zákona, který vládne životu. Bolest je ta, která přes všechnu svoji

krutost a hrůzu učí člověka, že nemůže žít mimo svoji tělesnost. V tomto smyslu je někdy pokládána za projevy ochrany života, za výstražné znamení ...“ (Haškovcová, 1975, s. 49)

Na tomto světě jest jedna stoprocentně jistá spravedlnost a to, že každý, kdo se narodil, také jednou zemře. Bohužel se mnoho z nás chová tak, že se jich smrt netýká a chovají se tak, že nabýváme my ostatní dojmu, že tu budou věčně. Nikdo nemůže vědět, jaké bude jeho umírání. Říká se, že jak člověk žil, tak také zemřel. Myslím si, že sem patří právě otázka kvality života, prožitků, mít dar dělat své bližní a lidi kolem sebe šťastnými, umět se radovat z maličkostí každodenního života...to vše se, z mého pohledu, odrazí i na zakončení života. Pak snad, jak věřím, přijde ona milosrdná, klidná a vyrovnaná smrt. Člověk, jak si myslím, potom odchází z tohoto světa v klidu, v pokoji a jeho „já“, jeho duše je vyrovnaná, smířená a vyrovnaná s tím, co přijde.

## 1.2 Umírání

Doba, která velice často (někdy ovšem nemusí být přítomna, pokud jde o náhlou smrt) předchází smrti je nazývána **umíráním**. Tento čas můžeme nazvat „postupnou smrtí“ jedince jak po stránce tělesné, tak i duševní. Jde velmi často ruku v ruce s určitým specifickým onemocněním či dlouhodobou, nevléčitelnou nemocí. Rovněž však může být vyvrcholením a zakončením období stáří, stárnutí.

Nesmírně zajímavou, mající svou hloubku a krásu, je kniha autorky Marie de Hennezel. Spisovatelka působí jako psycholožka na oddělení paliativní péče. Na toto oddělení jsou přijímáni lidé, kteří jsou na konci svého utrpení a na konci života. Mnozí z nich buď nejsou informováni o konci anebo se brání či mají obavy z konce jejich životní cesty. Autorka s nimi prožívá každý den kruté, těžké a přesto i tak krásné zážitky běžného dne plynoucí z přicházejícího konce žití. (de Hennezel, 1997)

„Tato kniha je lekcí pro život. Světlo, které vydává, je jasnější než to, které nám dávají mnohá moudrá pojednání. Spíše než myšlenku nabízí svědectví jedné z nejhlubších lidských zkušeností. Její síla vychází ze skutečnosti a jejího nevyumělkovaného vylíčení. „Vylíčení“ je zde správným slovem. „Učinit znovu přítomným“ to, co vždy uniká před vědomím: přes věci a čas, podstatu úzkosti a naděje, utrpení druhého, věčný dialog mezi životem a smrtí.“ (de Hennezel, 1997, s. 5)

„Umírání jako poslední fáze života – stejně jako všechny ostatní životní fáze – ukládá člověku specifické etické úkoly. I umírající člověk zůstává mravně odpovědný. Proto

bychom s ním nikdy neměli jednat jako s nesvéprávnou infantilní bytostí. Právě v naší tak hektické době poskytuje vědomě prožívaný, často dlouhotrvající proces umírání poprvé možnost objevit smysl života jako celku. Takové objevování si žádá čas, a bylo by neetické člověka o tento čas připravit a ukrátit mu jej.“ (Günter, 1998, s. 55)

Autor Günter tvrdí, že v této fázi života (umírání) je člověk více odkázán na pomoc jiných lidí než v jiných obdobích svého žití. Jedinec, který v této době provází umírajícího musí být připraven na tuto těžkou roli. Měl by znát a být „nachystán“ na těžký úkol, který si vzal dobrovolně za své. V této záležitosti by mělo jít skutečně o dobrovolnost, protože tato úloha jest velmi náročná a je třeba ji vykonávat s velkým množstvím pochopení, lásky i oddanosti k bližnímu. Ne každý je však toho schopen a ne každý ve zkoušce obstojí. Jde o nesmírně těžkou úlohu a ten, kdo je nablízku umírajícímu, by měl znát okolnosti a věci, s nimiž se musí umírající jedinec vyrovnat. Jde o pochopení souvislostí a návaznosti mezi potřebami nejen tělesnými, ale i (a to možná více) duševními. Umět vše pochopit, mít schopnost cítit a umět se vcítit do potřeb druhého člověka je velmi, velmi těžké a náročné. (Günter, 1998)

Péče o umírajícího je velice, velice složitá. Z druhého úhlu pohledu je však nesmírně obohacující a hodně ovlivňuje další život člověka, který pečuje o umírajícího. Slova se těžko nachází. Snad se toto – dle mého názoru – podařilo vystihnout autorce de Hennezel, kdy píše v úvodu své knihy: „...myslím, že mohu zapůsobit na čtenáře bohatstvím způsobů, jak doprovodit svého blízkého v posledních chvílích života. Sama jsem toto bohatství objevila v průběhu let. Můj život se tím změnil. Umírání není, jak často věříme, absurdním obdobím, zbaveným smyslu. Aniž bych podceňovala bolest, která doprovází cestu smutku, vzdávání se, ráda bych ukázala, nakolik může být doba, která předchází smrti, dobou dovršení osobnosti a přeměny jejího okolí. Může se ještě prožít mnoho věcí na poli velmi jemném, velmi vnitřním, na poli vztahu k druhým. Když se již nic víc nemůže dělat, je možno ještě milovat a cítit se být milován. Mnoho umírajících ve chvíli, kdy opouští život nám sdělilo toto srdcervoucí poselství: nechoďte vedle života, nechoďte vedle lásky. Poslední okamžiky života milované bytosti mohou být příležitostí dojít co nejdále s touto osobou. Kolik z nás se chopí této příležitosti? Místo abychom se podívali do tváře skutečnosti, že smrt je blízko, děláme, jako by neměla přijít. Lžeme druhému, lžeme sami sobě. Místo abychom řekli podstatné, vyměnili si slova lásky, vděčnosti, odpuštění, místo abychom se jedni o druhé opřeli, abychom překonali ten s ničím nesrovnatelný okamžik, kterým je smrt milované bytosti, abychom spojili veškerou

moudrost, humor a lásku, jichž je lidská bytost schopná, aby vzdorovala smrti, místo toho tento jedinečný okamžik, základní v životě, je obklopen mlčením a osamoceností.“

(deHennezel, 1997, s. 11)

Pro veškeré znalosti a dovednosti v propojení tělesných, duševních a sociálních potřeb vážících se k problematice umírání a smrti je v současné době používán název thanalogie. Název je odvozený od řeckého bájesloví, kde se bůh, který pečoval o smrtelný spánek a smrt jmenoval Thanatos. (Haškovcová, 2000)

Autorka Haškovcová (Haškovcová, 2000) uvádí, že čas umírání je pro všechny zúčastněné časem krize, ve které vystupuje do popředí slova se svým významem – strach a nejistota. Uvádí, že ač je smrt jedinečná událost a každý umírá sám „za sebe“, lze najít určité souvislosti a zákonitosti. Co je potřeba znát a vědět?

Shrňme si tedy určité náležitosti, tolik důležité pro péči o člověka nacházejícího se v tomto složitém a těžkém období. Vždy však musíme vycházet ze změn, které nastanou s umírajícím a to nejen po tělesné, ale hlavně po duševní stránce. Jsou to změny, které nás, ošetřující, mohou velice zaskočit a překvapit. Jde o:

1. Úbytek fyzických a psychických sil
2. Vzdalování se od vnějšího reálného světa – menší zájem o okolní svět, často si přeje být sám – introvertní orientace, hodně spí (je více unavený)
3. Vede jakýsi monolog, kde velmi často bilancuje, zaniká mu smysl pro čas
4. Umírající má rád ticho, klid
5. Málo jí, střídají se chutě. Může se stát, že přestane jíst úplně, pak musíme dbát o dostatečný přísun tekutin – i třeba jen po lžičkách či jen otírání rtů
6. Neklid, který pečující zaskočí. Stačí často jen sednout k lůžku a „držet za ruku“ s vysvětlením strádajícímu, že není sám
7. Pár dní před smrtí přichází euforie – poslední rozkvět sil. Umírající je náhle v bdělém má zájem o druhé lidi, o společnost... Umírající se chová „jako kdysi“. Pak dochází ke smrtelnému kómatu – vzdálení se celému světu, žití. A právě zde je, dle autorky Haškovcové, čas na vyslovení: „Je mi Tě líto, mám Tě rád.“ Je dokázáno, že i apatický člověk vnímá jako by byl při plném vědomí.

***„Pokud jste už někdy byli u umírajícího, pak víte, že člověka, který stojí blízko smrti, bereme vážně. Nasloucháme-li slovům umírajícího, nejsou už naše reakce tak povrchní a nerozvážné a při čtení závěti, do níž člověk v tváři v tvář poslednímu velkému kroku vložil své myšlenky a poslední vůli, se ztišíme. A tušíme něco z velikosti každého bytí.***



*Vidíme člověka ve světle, v jakém jsme ho ještě nikdy neviděli. Zapadající slunce může všední scénu proměnit v nesmazatelnou vzpomínku.“*

(Rienhold Stecher)

## 2. Jednotlivé fáze smrti, umírání, akceptace informace o nemoci

*„Smrt je skutečná jen tehdy, udeří-li nedaleko nebo zasáhne-li člověka přímo.“*

E. M. Remargue

Náhlá, neočekávaná i očekávaná smrt milovaného člověka je jedním z nejtragičtějších zážitků. Vzhledem k dřívější „tabuizaci“ jsme velmi špatně připraveni na situaci, že ztrácíme svého nejbližšího a to zejména, pokud úmrtí nepředcházelo žádné onemocnění. Avšak i v případě očekávaného úmrtí je tato etapa života nesmírně bolestnou, trýznivou nejen pro nemocného, ale i blízké a později pro pozůstalé.

„Elizabeth Kübler-Ross je dnes považována za světoznámou specialistku v oblasti problematiky umírání a smrti; svými blízkými kolegy bývá dokonce nazývána „dámou umírání a smrti“. Její klinické zkušenosti z oblasti „lidského konce“ jsou mimořádně bohaté a promítají se samozřejmě zase zpět do realizované klinické praxe.“ (Kübler-Ross, 1995, s. 14)

„Cesta člověka ke smrti vede většinou úskalími nějaké nemoci. Jak ale konkrétně vypadá ona cesta, jakou tvář má život spoutaný nemocí, jak končí lidský život? Mimořádný odborný přínos Elizabeth Kübler-Ross spočívá především v tom, že popsala psychickou odezvu na příchod a rozvoj nevyлéčitelné nemoci. Tato křivka je dnes považována za klasickou.“ (Kübler-Ross, 1995, s.15)

Do jedné skupiny, z pohledu křivky výše uvedené autorky, nám patří nevyлéčitelné nemocní a umírající. Do řady dalších skupin jejich blízcí a pozůstalí. Patří sem i akceptace informace o nemoci. Všichni výše uvedení lidé prochází jednotlivými úseky popsané křivky.

Elizabeth Kübler-Rossová tyto stádia popsala následovně:

■ **Fáze šoku** – dostavující se bezprostředně po sdělení tragické zprávy. Toto stádium může mít velmi bouřlivou a dramatickou podobu. Může mít až obraz amentního stavu s částečnou dezorientací v místě, čase a především v situaci.

■ **Fáze popření a stažení se do izolace** – jako psychologická obranná reakce. „Postižení lidé“ odmítají přijmout informace jako realitu. „Odmítání, popírání reality funguje jako jakýsi nárazník, jenž tlumí účinky nenadálé a šokující zprávy, dovoluje pacientovi trochu se sebrat a, s postupem času, také zmobilizovat v sobě jiné, méně radikální obranné strategie.“ (Kübler-Ross, 1992, s. 36)

■ **Fáze zloby a hněvu** – to je období velmi náročné pro okolí nemocného, v případě hospitalizace pro ošetřující personál. Je zde třeba velká dávka tolerance, pochopení a empatie. Člověk, který se dostane do této fáze, potřebuje „vybít“ svůj hněv a „vykřičet“ svoje neštěstí, zlobu na celý svět. „Tragédií je, že o příčinách zlosti našich pacientů nepřemýšlíme vůbec, anebo jen málo, a jejich zlobné výpady bereme osobně, ačkoli – alespoň zpočátku – nemá tato zloba nic společného s lidmi, proti kterým se obrací.“

■ **Fáze smlouvání** – fáze, kdy nerealistické požadavky mohou vyvolat u zdravotníků pocity bezmoci a provinění. Stejně působí i sliby, které jsou schopni „postižení lidé“ slibovat a dělat, pokud bude zdravotník ochoten změnit nezměnitelné. Záleží na hodnotové individuální orientaci nemocného. Tato fáze, ač krátká oproti předešlým, je velmi důležitá.

■ **Fáze deprese (zoufání) a různé projevy smutku**

■ **Fáze přijetí pravdy (akceptace)** – poslední fáze. (Kübler-Ross, 1992, s. 36-47)

„Autorka je přesvědčena, že po přijetí pravdy je nastolení **důsledného klidu** méně častou variací nad dozrálou situací než **rezignace** nebo **zoufalství**. Závažné téma je proto kategorie **naděje**.“ (Kübler-Ross, 1995, s. 15)

„Před celou škálu prožitkových fází je třeba „předrazit“ tzv. fázi **nulovou** neboli **nulitní**. Pouze určitá část onemocnění má náhlý a překvapivě dramatický začátek. Většina patologických stavů se vyvíjí v relativně delším čase a nemoc se určitým způsobem ohlašuje. Postižený má chvíli pocit, že „není ve své kůži“, ale za krátko se opět dostaví nejen pocit zdraví, ale i uklidnění. To je následně přerušeno další nevolností, obtížemi, bolestmi. A těmto indiferentním pocitům, které nakonec dovedou nemocného k závěru, že se „něco“ děje a že je nutné vyhledat lékaře, se říká fáze **nulitní**. Je mimořádně důležité dozvědět se o ní více, protože část nemocných naopak popře stále viditelnější příznaky nemoci, lékaře nevyhledá a nebo přichází se svou žádostí o pomoc pozdě.“ (Kübler-Ross, 1995, s. 16)

Je naší nejvyšší povinností, abychom pomohli trpícímu člověku a jeho rodině, umírajícímu a jeho blízkým. Pomoci překonat hoře, vyhnout se nenapravitelným škodám a nekonečnému strádání. Příliš mnoho lidí, kterým se nedostalo dostatečné podpory, prožívá dlouhou dobu nepřekonatelného zármutku a nebo se nakonec uchylují k pomoci psychiatrů.

### **3. Pohled do historie**

#### **3.1 Filozofie umírání**

##### **3.1.1 Filozofie smrti**

Filozofické porozumění smrti je stále aktuální i v současné moderní, uspěchané době. Pokud chceme smrt definovat z pohledu filozofického myšlení, pak se musíme dle autora Scherera (Scherer, 2005) soustředit na následující základní skupiny otázek:

1. Co je smrt? Odděluje se duše od těla? Je smrt rovna procesu, že duše odešla z těla? Nebo je smrt nevyhnutelný, biologický nutný konec života? Znamená smrt konec osobní identity jedince? Je smrt chápána jako rozplynutí do naprostého nebytí či jen jako konec bytí zde a nyní?

2. Existuje pro člověka naděje po smrti? Jak si představujeme smrt?

3. Jak se máme postavit ke smrti? Každý člověk ví, že je smrtelný. Během celého svého života je poznamenán smrtí. Odráží se v našem žití. V tom co a jak konáme či nekonáme. Jaké cíle si klademe, co je pro nás hodnotné, jak intenzívně žijeme... Toto všechno závisí také na tom, jak chápeme sami sebe tváří v tvář smrti. Máme myšlenky na smrt potlačovat anebo si máme stále znovu uvědomovat pomíjivost všeho, co prožíváme, činíme...? Máme si vědomí smrti uvědomovat i proto, abychom lépe a hodnotněji využívali „zbytek času“, který je nám dán? Je smrt zlo, kterého se máme bát, nebo osvobození jedince?

4. Odkud víme o smrti a jak? Přemýšlíme o vlastní smrti na základě smrti druhých jedinců? Je to „předběh“ k vlastní smrti v souvislosti strachu před smrtí nebo je smrt zásah ztrátou milovaných osob, které takto ztrácíme?

Dle autora Scherera tyto čtyři hlediska tvoří otázku jedinou a to otázku po smyslu smrti, která tvoří základ filozofického tázání se na smrt.

##### **3.1.2 Noetika smrti**

Dle autora Scherera všichni lidé ví, že musí zemřít a všichni rovněž pokládají za pravdivý výrok „všichni lidé jsou smrtelní“. Z toho vyplývá, že všichni zemřeli a všichni také zemrou, každý umírá, i my sami. Neznamená to tedy, že můžeme zemřít, ale že jednoho dne skutečně zemřeme. Smrt je jistá a pouze nejistý je okamžik, kdy se tak stane.

Toto je základní myšlenkou „noetiky smrti“, k níž směřuje své filozofické úvahy Max Scheler. (Scherer, 2005, s. 59)

„Tvzení o naší jistotě smrti, která se zakládá pouze na indukci a opírá se o empirii, však Scheler odmítá. Podle jeho názoru nás indukce přivádí jen poněkud k dětskému sylogismu: pan X. zemřel, protože zemřel vévoda z Wellingtonu a několik dalších. To pak zachycujeme ve formě: všichni lidé jsou smrtelní. Pouhé empirické vědění ve skutečnosti sice vede k vysoké pravděpodobnosti, ale nemohlo by nikterak odůvodnit jistotu smrti, alespoň dokud jsme nepoznali, že stárnutí vedoucí ke smrti je přírodní zákon. Elisabeth Ströckerová mimoto právem upozorňuje na to, že pouhá indukce nemůže být spolehlivým podkladem pro mou smrt, nakolik se pokouším ji myslet skutečně a vážně jako mou smrt. Neboť v mé zkušenosti je mi vždy dána jen smrt druhých.“ (Scherer, 2005, s. 60)

„Má vlastní smrt se vůbec nikdy nemůže stát předmětem zkušenosti. Prožíval by ji pouze ten, kdo zemřel, a přece by žil. Jen ten by věděl, co je umírání a co je smrt. Na tomto pozadí teď můžeme otázku, o kterou zde jde, položit přesněji: Jak je pro žijícího člověka možný přístup ke smrti a k jistotě smrti, k jistotě, která v sobě nese zasaženost, o níž jsme mluvili?“ (Scherer, 2005, s. 61)

Dle Scherera a jeho myšlenkového postupu existuje „intuitivní jistota smrti“, na jejímž základě člověk ví, že i kdyby byl sám na celém světě jediný, že ho smrt zasáhne. Základem jistoty smrti je podstata života a zkušeností každého člověka. Za nejisté je bráno pouze způsob a okamžik jejího uskutečnění. (Scherer, 2005, s. 62)

„Scheler se pokouší vidět smrt názorně v oblasti života a ukázat jistotu smrti jako jev života. Jestliže však člověk musí ke smrti zaujmout určitý postoj, pak je ke smrti v jedinečném vztahu, jaký jinak nenacházíme u žádné jiné neživé bytosti.“ (Scherer, 2005, s. 67)

### **3.2 Historie umírání**

Každý člověk je osobností zcela jedinečnou svým myšlením, prožíváním a jednáním. Právě tato jedinečnost člověka se projevuje i zcela specifickým způsobem chování. Reakce člověka jsou ovlivňovány nejen jeho „vnitřním světem“, ale i prostředím, ve kterém se nachází a byl vychován. Je tedy naprosto pochopitelné, že i postoje k umírání a ke smrti se liší od jedince k jedinci. (Blumenthal-Barby a kol., 1987)

V průběhu lidských dějin docházelo k řadě změn. Každá epocha dějin byla formována

zejména požadavky každodenního života, společenskými a ekonomickými podmínkami. Nejinak je tomu i v oblasti umírání a smrti. K jakým změnám tedy docházelo v průběhu dějin? (Blumenthal-Barby a kol., 1987)

V **době ledové** (30 000-10 000 let př. n. l.) byl typickým rituálem, že člověk zahrabával mrtvolu pod odpadky jídla. Kromě toho stopy ukazují na to, že mrtví byli červeně pomalováni – zřejmě jako výraz usmíření obětí krve. Z **doby kamenné** (10 000-3 000 př. n. l.) jsou nalezeny komorové hroby. Tyto hroby jsou nacházeny a zachovány především na severu Německa v podobě mohyl. Postoje jednotlivých náboženství ke smrti a zemřelým jsou rozdílné.

V **staroegyptském náboženství** je nápadný přemrštěný kult pohřbívání. V této době se každý člověk ještě za svého života stará, jak bude pohřben, objednává si hrob apod. O Tutenchámovi se říká, že na jeho životě bylo pozoruhodné pouze to, že zemřel a byl pohřben. Jeho hrob je známkou kultu, který bychom v dějinách těžko našli. Hodnotu obrovského množství užitkových, luxusních a uměleckých předmětů, které zde byly uloženy, lze jen stěží popsat. Dějinné archeologické nálezy (mumifikace mrtvol, chrámy mrtvých s bohatou výzdobou či obrovské pyramidy) spíše působí dojmem, jakoby věřící Egypťan více myslel na svůj posmrtný život než na ten, který žil na zemi.

V protikladu staroegyptského náboženství je **staroiránské náboženství**, kde je tělo zemřelého považováno za něco nečistého. I mrtvolu vážených osobností byly házeny na tzv. mrchoviště a stávaly se pokrmem dravců. Říše smrti byla chápána jako říše zlého ducha Angra Mainyu. (Blumenthal-Barby a kol., 1987)

**Řecká antika** (1000-100 př. n. l.) je charakterizována již množstvím pevně vybudovaných hrobů. Téměř všichni zemřelí jsou pravidelně pohřbíváni. Do hrobů byly dávány předměty denní potřeby, jídlo a nápoje – zřejmě šlo o to vybavit zemřelého na dlouhou cestu do říše mrtvých. (Blumenthal-Barby a kol., 1987)

Podle autora Petišky byla zemřelému dávána pod jazyk mince, jako poplatek za převoz pro starce Charóna, který na svém člunu převážel „šedé postavy“ (duše zemřelých) přes řeku Styx - řeku mrtvých - do podsvětí, říše zemřelých. Zde vládl bratr Dia bůh Hádés (u Římanů Pluto) se svou manželkou Persefonou (u Římanů Proseпина). Bránu podsvětí hlídal, dle pověstí, trojhlavý pes Kerberos. (Petiška, 1996)

Z období řecké antiky však nacházíme v hrobech mrtvolu zatíženou kameny. Šlo zřejmě o zabránění mrtvému v návratu na svět. V hrobech nacházíme nejenom malby na stěnách, ale i na nádobách, které vyjadřují radost ze života, kterého se účastní i zemřelí. Později

dochází ke změně tematiky maleb. Objevuje se v nich hrůza a strach ze smrti. Z tohoto nám vyplývá, že v období antiky došlo k rozhodné změně v postoji k umírání a ke smrti. Řekové, stejně jako později Římané, se snažili zmírnit hrůzu umírání. U Homéra a v antických sousoších je smrt zobrazena jako dvojče spánku či jako mladistvý okřídlený Génus s vyhaslou pochodní. Tento mladík neničí, ale bere odloučenou duši od těla ve svou ochranu a uvádí ji do krásnějšího světa. Příslib světa krásnějšího a lepšího po úmrtí nacházíme v nejrůznějších náboženství. Zde nejde pouze o ulehčení odchodu ze světa, ale i o snahu pomoci snášet společenské těžkosti života.

**Římané**, stejně jako Řekové, již odlišují rozdíly mezi umíráním a smrtí. Slovo *keer*, popř. *lethum* znamená umírání jednotlivého člověka. Pro smrt platí slovní označení *thanatos*, popř. *mors*. Smrt je v tomto období chápána jako něco krásného, protože znamená věčný klid a nepřítomnost vášní. Římané zakládají v této době obrovské hřbitovy (*nekropolis*) – města mrtvých, která byla umístěna vně sídlišť. Jedno z největších leželo při *Via Appia*. K tomuto stylu pohřbívání vedly patrně hygienické důvody. Mezi křesťany bylo zvykem za mrtvé v pamětní dny zpívat a tančit. Zde je asi prvopočátek tance mrtvých. Tento způsob zobrazení nacházíme v řadě dobách až do 20. století. Velký rozmach tohoto druhu byl zaznamenán během epidemie moru ve středověku. Nejrůznější pojetí tance mrtvých nacházíme v německé, italské a nizozemské škole. Stále je poukazováno na smrtelnost každého člověka a to bez rozdílnosti stavu. Téma zní jasně: „Smrt je vždy vítězem.“

„Samy tance smrti však na iluminacích v modlitebních knihách nenajdeme; patří k výzdobě hřbitova, kam nás zavedl pohřební obřad; buď jsou vyobrazeny na freskách na zdech *carnarií*, anebo jsou vytesány na hlavicích sloupů hřbitovních ochozů. Tanec smrti je nekonečný kolový tanec řady střídavě mrtvých a živých tanečníků. Vedou je mrtví a jen oni tančí. Každou dvojici tvoří nahá, zahrňující, bezpohlavní a velice čilá mumie a muž nebo žena, odění podle svého společenského postavení a nevyházející z úžasu. Smrt podává ruku živému, kterého chce strhnout do víru tance, ale který její výzvy zatím neuposlechl. Vtip spočívá v protikladu mezi tempem mrtvých a ochromením živých. Mravokárným posláním obrazu je připomenout, že smrt si pro člověka může přijít kdykoli a že před smrtí jsou si všichni lidé rovni. Tanečníci jsou seřazeni podle věku a postavení v duchu soudobého vnímání společenské hierarchie. Tato hierarchická symbolika je pro dnešní historiky cenným zdrojem informací o dějinách společnosti.“ (Ariès, 2000, I. díl, s. 149)

V **prvých stoletích našeho letopočtu** nechybí snahy zmírnit hrůzu smrti. Církevní hodnostáři se snaží využívat obrazných výrazů, které mají velký vliv na výtvarné umění např. dobrý pastýř přenášející ovečku na věčnost.

Vzrůstající vliv církve je odražena i v ceremoniálu pohřbívání. V antice je pěstován kult hrobu. V 5. století vládla představa, že církev poskytne zesnulému přístřeší až po den vzkříšení. Pohřby byly v této době anonymní a dary do hroby nevýznamné.

V 11. a 12. století se opět objevují náhrobní nápisy, které zpočátku zdobí pouze hroby svatých a jim rovných osobnosti. Smrt byla pocíťována jako něco přirozeného. V této době byla náhlá smrt obávaná, protože neumožňovala člověku se rozloučit, žádat o odpuštění a učinit závěť. Období je vyznačováno obrovským vlivem církve a s tím i řadou rozličných ceremoniálů. V této době se stává součástí svátosti umírajících poslední pomazání, které bylo křesťany spíše využíváno jako léčebný prostředek. Z kazatelny se nesla slova, že ten, komu se nedostalo svátosti umírajících přijde navěky do očistce, případně bude pohřben mimo hřbitov. Proto zřejmě strach z náhlé smrti. Z pohledu dnešní doby je toto velmi zajímavé, protože právě dnes si většina lidí přeje rychlou, náhlou smrt. V případě přirozené smrti bylo dáno, že umírající musí ležet na zádech – to aby obličej směřoval k nebi. Jiná byla předepsaná poloha u Židů (popis ze Starého zákona), kteří se při umírání obraceli tváří ke zdi.

Okolo 1350, kdy Evropu postihla „černá smrt“, mor, se objevuje jako symbol smrti kostlivec s kosou. Typické pro tuto dobu jsou kostnice a kaple s lebkami.

Pro **středověk** znamená hřbitov s kostnicemi veřejné místo pro schůzky a hry. Konají se zde výroční trhy. Propojení upalování čarodějnic a hlubokých pověr je rovno propojení smrti s ďáblem. Smrt vystupuje jako účinkující. Znovu se objevuje názor, že před smrtí jsou si všechny stavy rovny, bez ohledu jaké postavení měl člověk v životě.

V **16. – 18. století** je patrný nový jev v zobrazování smrti, kdy Thanatos a Eros nahrazují realistické a naturalistické vyličení.

Baroko ve svém divadlu dochází tak daleko, že i milostné scény situuje na hřbitovy a hroby. Mrtvé a nahé tělo je nejen objektem vědecké shovívavosti, ale i chorobného požitku. Mrtvola je studována v předmětu anatomie. V centru zájmu jsou i barevné odstíny jimiž se projevuje rozklad těla. Na hrobech jsou zobrazována nahá těla jako symbolika a předobraz krásy.

V **18. století** dochází k vysušování, mumifikování a konzervování zemřelých těl i obyčejných smrtelníků. Takto upravená těla mohla být i veřejně vystavovaná



na hřbitovech. Malých i velkých kostí zemřelých bylo využíváno i v uměleckých řemeslech – rozličné ornamenty, lustry. V této epoše je nemocný zobrazován na lůžku a jeho pohled je vyznačován důvěrou ke svým blízkým, kteří se nachází v okolí lůžka. Tito lidé, kteří stojí u lože nemocného, nejsou již pouze pasivně pohrouženi v motlitby, nýbrž jsou účastníky děje. V této době má již i nemocnice určitou, byť podřadnou, roli. (Blumenthal-Barby a kol., 1987)

„Mnoho humanistů 18. století se ve svých pracích zabývá umíráním a smrtí. Lessing žádal, aby si umění znovu osvojilo rozjasněný obraz smrti tak, jak ji pojímali staří Řekové a Římané: „Neboť jest důkazem správně pochopeného náboženství, když nás ve všem upomíná na krásu.“ O Goethovi je známo, že se k utrpení a smrti stavěl spíše odmítavě a pokud mohl, se jim vyhýbal. Ve svých lékařsko-filozofických ranných pracích se i Schiller zabývá smrtí, píše, že „smrt se vyvíjí z života jako ze svého zárodku“. Vyjadřuje svou víru v odloučení, při níž se hmota rozpadá do nejmenších prvků, zatímco duše pokračuje v tom, aby v jiných oblastech zkoušela svou sílu myšlení.“ (Blumenthal-Barby a kol., 1987, s. 16)

Na základě svých studií autor Ariès dochází k názoru, že až na začátku **19. století**, smrt vzbuzuje úzkost a strach. Autor vychází z doložených okolností smrti, zobrazení tanců mrtvých, blízkosti hřbitovů a ne naposled spojení smrti se sexualitou. Na počátku tohoto století smrt nebyla na venkově spojována s žádným rozruchem. Chybějící strach však neznamená, že by se po zemřelých netruchlilo. Smutek nacházíme v různém období i intenzitě. Hysterie se dostavuje v průběhu 19. století a to ve spojení s omdléváním, pústou a chřadnutím. Přehánění těchto projevů znamená větší nevělu přijmout smrt toho druhého než dříve. Není zde obava ze smrti vlastní, ale z úmrtí druhé osoby. Tohle vše stojí u zrodu moderního kultu hrobů a hřbitovů.

Strach ze smrti nás udivuje hlavně z toho důvodu, že právě v tomto období (začátek 19. století) byla smrt veřejným obřadem. Důležitá byla přítomnost rodičů, přátel, nebo sousedů, přiváděly se i děti. Právě děti jsou téměř vždy zobrazeny v pokoji umírajícího až do 18. století. Bylo zcela přirozené setkávat se smrtí a umíráním, člověk byl na tuto záležitost zvyklý od dětství a spoluprožíval ji. (Blumenthal-Barby a kol., 1987)

Postupným vývojem dochází k přemístění umírání do nemocnice. Tímto vývojem došlo i k přenesení zodpovědnosti, z jedince samotného a jeho rodiny, na anonymní personál nemocnice. Pokud vynecháme důsledky pečovatelské i lékařské, vyplývá nám z toho všeho zcela logicky úplně změněný postoj k umírání a smrti. Během **20. století** došlo v této kapitole lidského života téměř k odosobnění až ztrátě lidskosti, emocí. Tato doba

je vyznačována postupnou „tabuizací“ smrti, umírání. Lidé umírají osamoceni ve zdravotnických zařízeních, za bílou plentou a v určeném pokoji, odkud ví, že není návratu, ale pouze jediné cesty... Jsme tak emočně ploší a necitliví k sobě, ostatním? Nebo jde pouze o zavinění „uspěchanou, moderní“ dobou?

V současné době je našťastí voláno po zlepšení, po snaze najít „zlatou střední cestu“ mezi tzv. starým modelem a tzv. novým modelem umírání. Musíme věřit, že najdeme řešení vhodné a důstojné pro naše umírající.

## 4. Důstojná smrt

### 4.1 Právo na smrt

„Medicína ve snaze bránit ohrožený život jednotlivce vrhla své síly na poznání, pochopení a zvládnutí biologické podstaty nemoci. Smrt je však přirozený důsledek života, smrt není nemoc, i když bývá většinou dovršením nemoci, respektive i když nemoc většinou bezprostředně k nemoci vede. Smrt je děj, kterým je nám život umožněn, který provází každé konkrétní individuum konkrétním životem, a smrt je děj, kterým také všechno živé odchází.“ (Haškovcová, 1975, s. 46)

„Důstojnost smrti bychom snad mohli spatřovat v důsledném a obětavém ošetřování člověka, který naši profesionální i laickou péči potřebuje, a měli bychom se vědomě oprostít od estetických kritérií, které nám zabraňují přirozeně přijímat fyziologické projevy strádání, kachexie a nemohoucnosti. Fyziologická tvář smrti není lidem známa a možná proto ji pokládají za nepatřičnou a ošklivou. Nepochybně je vhodné pečovat o kultivované a čisté rodinné prostředí. Nejdůležitějším prvkem důstojného umírání a důstojné smrti je osobní blízkost druhého člověka. **Nikdo se nerodí sám a nikdo by neměl umírat sám.** Přítomnost druhých lidí činí z procesu zrodu i skonu **sociální akt**. Ten, spolu se znalostmi základního rituálu laskavého doprovodu, pak skutečně může vytvořit reálný předpoklad pro důstojný rámec umírání a smrti.“ (Haškovcová, 2000, s. 129)

„Právo na smrt bývá interpretováno tak, že člověk má právo se rozhodnout o čase místě i způsobu svého skonu a že výkon tohoto práva přenáší na jiného člověka, jmenovitě na lékaře, který je tak manipulován do role, jež je přinejmenším kontroverzní. Lékař může ovlivnit způsob umírání, umírající může rozhodovat (pokud toho je schopen) o tom, kde se tak stane. Odborníci se shodují v názoru, že právo na smrt by mělo být chápáno jako **právo na přirozenou smrt**, s vědomím, že definice tohoto pojmu je obtížná.“ (Haškovcová, 2000, s. 130)

### 4.2 Práva pacientů

„V poslední době se hovoří často, a to v různých souvislostech, o lidských právech. Také člověk, který se ocitne v roli nemocného, má určitá práva, která se váží k nesnadné

situaci lidské bolesti, strádání a nouze. Jistěže nikdo z nás není pacientem rád, ale prakticky nikdo této roli neunikne.“ (Haškovcová, 1996, s. 3)

Veškerá práva člověka – pacienta jsou shrnuta do celku, který nazýváme etický kodex **Práva pacientů**. Proč, jak a za jakým účelem práva pacientů vznikala?

„Po dlouhá staletí neměli pacienti žádná práva a nutno spravedlivě doplnit, že je ani nepotřebovali. Pacient byl v minulosti plně závislý na lékaři, a to nejen v rovině odborné, ale často i lidské. Asymetrie vzájemného vztahu byla obrovská a vedla ke vzniku klasického paternalistického modelu. O právech pacientů formulovaných jako komplementární doplněk tradičních deontologických modelů se začíná hovořit v podstatě na začátku sedmdesátých let minulého století. Důvody už jsou známé, ale stručně je zopakujeme: V občanské demokratické společnosti jsou lidská práva a individuální svobody vysoce ceněny; lidé přejímají plnou odpovědnost za svůj život a přejí si, aby měli dostatek informací i v situaci nemoci a aby i v zdravotní nepřízni osudu mohli o sobě rozhodovat nebo alespoň minimálně spolupracovat. Jsou vzdělanější, zdravotně informovanější a nelze jim nadále vnucovat pouze submisivní roli. V souvislosti vědy a techniky prodělalo lékařství jako obor i zdravotnictví jako systém řadu změn; profesionální péče o nemocné je týmová, specializovaná až superspecializovaná. Nabídka diagnostických a terapeutických metod je pestrá a někdy je neskutčné určit, která varianta je pro pacienta nejlepší. Lékaři při volbě nejlepšího možného diagnostického postupu či léčby používají samozřejmě klasické konziliární metody, ale postupně docházejí k názoru, že svůj názor na věc mají vyjádřit i ti, kterých se léčba týká, tedy pacienti.“ (Haškovcová, 1997, s. 84)

Jednou z částí etického kodexu Práva pacientů (celé znění viz. příloha č.2) je právo č.10: „Nemocný v závěru života má právo na citlivou péči všech zdravotníků, kteří musí respektovat jeho přání, pokud tato nejsou v rozporu s platnými zákony.“

Autorka Haškovcová ve svém komentáři k tomuto kodexu uvádí, že i zde je pamatováno na všechny ty, kteří jsou na konci své životní cesty. Zdůrazňuje nutnost všestranné, velmi tak důležité citlivé péče o umírajícího. Rovněž hovoří o nutnosti respektovat individuální přání člověka, nacházejícího se v této etapě života. Zamýšlí se nad tím, že bychom měli co nejdříve uvést do praxe zcela nové, moderní přístupy k umírajícímu, abychom byli schopni vyplnit zcela pochopitelné přání každého člověka – zemřít v důstojnosti. Co si však každý z nás představuje pod pojmem důstojná smrt? (Haškovcová, 1996)

„Máme-li uspět a poskytnout umírajícím péči v kvalitativně nových formách, musíme

si především ujasnit, co pod pojmem důstojné umírání a důstojná smrt myslíme, pak hierarchicky stanovit cíle a postupně se snažit o jejich naplnění. Je jisté, že na péči o umírající se nemohou podílet pouze zdravotníci, ale také sociální pracovníci, psychologové a theologové. V každém případě by měla spolupracovat rodina a přátelé. Účast laických dobrovolníků je u nás neobvyklá, ve světě je však značně rozšířená. V současné chvíli je zcela evidentní, že problematika umírání a smrti je naléhavá, situace mnohých umírajících a jejich rodin neutěšená a postoje pomáhajících rozpačité. To proto, že chybějí pravidla; starý model umírání totiž „zemřel“ a nový se teprve a ve značných bolestech „rodí“. (Haškovcová, 1996, s. 134)

Etický kodex Práva pacientů byl zařazen jako povinné téma do osnov výuky na středních a vyšších zdravotnických školách. U starších kolegyní (zdravotních sester) je naprostou samozřejmostí doplnění znalostí tohoto kodexu. Rovněž medicí se seznamují s Právy pacientů v rámci povinné výuky lékařské etiky. Oboru, který byl ustanoven jako samostatná lékařská disciplína v naší republice v roce 1991.

### **4.3 Charta umírajících**

Z výše uvedených témat – právo na smrt, práva pacientů – se musíme zamyslet nad myšlenkou: Co vlastně potřebuje umírající člověk? Zhodnotíme-li proces umírání, budeme-li respektovat požadavky umírajícího člověka (z pohledu bio-psycho-sociálního) a přidáme-li případné spirituální potřeby, bude nemocný ušetřen utrpení. Při zamyšlení se nad etickým kodexem Práva pacientů, můžeme konstatovat, že právě tato mravní norma vyjadřuje opodstatněné potřeby a přání nemocných. Existuje řada dalších mravních norem, které se zabývají právě těmito potřebami a přáními např. i americká

#### **Charta umírajících**

- mám právo na to, aby se se mnou až do smrti zacházelo jako s lidskou bytostí
- mám právo na naději, a nezáleží na tom, že se mění moje životní perspektiva
- mám právo vyjádřit své pocity a emoce týkající se blízké smrti
- mám právo se podílet na rozhodnutí týkajících se péče o mně
- mám právo na stálou zdravotnickou péči, přestože se cíl „uzdravení“ mé nemoci mění na „zachování pohodlí a kvality života“
- mám právo nezemřít opuštěn
- mám právo být ušetřen bolesti

- mám právo na poctivé odpovědi na své otázky
- mám právo nebýt klamán
- mám právo na pomoc rodiny a na pomoc pro rodinu v souvislosti s přijetím mé smrti
- mám právo zemřít v klidu a důstojně
- mám právo uchovat si svou individualitu a mám právo na laskavé pochopení svých rozhodnutí a názorů
- mám právo být ošetřován pozornými, citlivými a zkušenými lidmi, kteří se pokusí porozumět mým potřebám a kteří budou prožívat zadostiučinění z toho, že mi budou pomáhat tváří v tvář smrti (Haškovcová, 2000, s. 37)

Pokud se zamyslíme nad „Chartou umírajících“, pak se nelze neztotožnit s autorkou a necitovat závěrem této části: „...i když je bitva prohraná, je mravné neopustit umírajícího. O laskavý doprovod se však nejenom mohou, ale musí postarat skutečně všichni, tedy psychologové, sociální pracovníci, theologové, členové rodiny, a to za vydatné pomoci lékaře, který by měl hrát roli „dirigenta“. Je třeba „pouze určit“ kdo, co, kdy, kde a jak bude ve prospěch umírajícího dělat. Společným jmenovatelem všech činností necht' je: **důstojnost až do konce.**“ (Haškovcová, 1996, s. 140)

#### 4.4 Společnosti pro důstojné umírání

Život a smrt. Jaká dvě obrovská, svým obsahem velká témata! Jaký kontrast těchto dvou celků! S tématem „ŽIVOT“ se setkáváme na každém kroku, vidíme při každém svém pohledu, vnímáme celým svým žitím... Co ale „SMRT“? A co umírání? Jaké jsou naše představy, vize? Donedávna bylo umírání a smrt těžce tabuizovaným tématem. V současné době dochází k „pootvírání“ pomyslné komnaty poznání a my se setkáváme již poměrně často s touto tematikou.

„Umírání a smrt je velké lidské a obtížné odborné téma. Oba fenomény je možné uvažovat z filozofických, teologických, psychologických i sociálních hledisek. Prakticky je však umírání i smrt především údělem člověka. Obojí nás v individuální budoucnosti čeká a nemine.“ (Haškovcová, 1997, s. 149)

„Složitou problematiku umírání a smrti je vhodné z metodického hlediska nejprve utřídit.

Poté je nutné osvojit si, a v následných rozpravách respektovat, určitou faktografii.

V opačném případě totiž hrozí, že diskuse na dané téma budou především emotivně laděné a individuální názor bude improvizací, vypovídající o nezvládnutí problematiky

a zastíňující podstatu pojednávané věci.“ (Haškovcová, 1997, s. 150)

Problémů spojených s potřebou poskytnout lidem adekvátní, empatickou a citlivou péči v poslední etapě života je mnoho. Z tohoto důvodu v mnoha zemích vznikla celá řada společností zabývajících se právě zabezpečením všeho potřebného k zajištění důstojné smrti a důstojného umírání. Autorka Haškovcová uvádí, že nejstarší společnost tohoto typu zřejmě vznikla v Anglii už v roce 1930. Pravděpodobně však největší společnost pro důstojné umírání existuje již od roku 1980 a to v Německu – Deutsche Gesellschaft für humanes Sterben. Počet jejích členů dosahuje na 60 tisíc. Co je cílem této společnosti? „Hlavním cílem je ochrana práv pacientů, kteří se nacházejí ve zvláštní situaci, tedy v procesu umírání. Členem společnosti se může stát kdokoli, a proto v členské základně převažují laici, kterým není lhostejné, jakým způsobem lidé umírají, a kteří chtějí také sami pro sebe připravit důstojný rámec klidného odchodu ze života. Nezřídka jsou členy společnosti lidé, kterým někdo z blízkých zemřel za nedůstojných podmínek.“

(Haškovcová, 2000, s. 131) – pozn. rozepsané cíle viz. příloha č.3

Z textu autorky Haškovcové plyne, že společnost má jasnou organizační strukturu.

Po celém území Německa jsou rozmístěna informační centra, která poskytují informace o uznání nároku na přirozený vstup smrti. Z praktického pohledu to znamená, že člověk bude dochován s ohleduplností, taktem a noblesou. Bude dbáno, aby nebylo používáno postupů vedoucích k prodlužování utrpení. Podporují rovněž pasivní eutanázii – strategii odkloněné stříkačky. Tato společnost vydává rovněž celou řadu propagačních a osvětových textů, ve které je vysvětlována podstata umírání, potřeby umírajících i formy účinné pomoci. Nepečuje se jen o nemocné, ale i o pozůstalé - o to, aby zármutek nepřerostl v patologii a aby se potřební vrátili do normálního života. (Haškovcová, 1996)

## 5. Umírání, smrt – definice, rozdělení

*„Smrt se nás netýká – když jsme my, není smrt, a když je smrt, nejsme my. Nebytí v budoucnu nás tedy může trápit stejně málo jako nebytí v minulosti.“*

Arthur Schopenhauer

### 5.1 Pojímání smrti

Definovat tak často užívaný pojem **umírání** je, ač se to nezdá, velice složité a komplikované. Autor Blumenthala-Barby ve svém díle říká: „Můžeme sice zcela obecně hovořit o přechodné fázi mezi životem a smrtí, ale už samotný konec fáze, smrt, připouští více způsobů nazírání.

Čistě biologicky vzato je fáze umírání ukončena teprve tehdy, když odumřela poslední buňka organismu; proto se též mluví o absolutní smrti. Z klinicko-psychologického a konečně i ze sociálního hlediska je třeba považovat fázi umírání člověka za ukončenou již tehdy, když vymizí jeho vědomí, což bývá označováno jako psychická smrt.

Kunhledahl staví proti sobě biologickou smrt a individuální smrt. Pojem „individuální smrti“ by ukazoval na velmi důležitou okolnost, totiž na její význam pro postiženého jedince, pro umírajícího samotného. Poukaz na vnímání ze strany umírajícího ulehčuje však velmi podstatně potíže při vymezení začátku fáze umírání. Klinicky a biologicky orientovaná definice vychází z toho, že umírání začíná teprve tím, že ustávají životně důležité funkce organismu; tím je rozmezí předem značně zúženo. Poněkud šířeji je pojat Gsellův (1974) pokus o definici, který tvoří základ pro „Pokyny pro péči o umírající“ Švýcarské lékařské akademie. Říká se tam: „Umírající je nemocný nebo raněný, u něhož lékař dojde na základě klinických známek k přesvědčení, že nemoc není zvrátná nebo že poškození úrazem probíhá nepříznivě a smrt nastane v krátké době“. Tato definice ponechává umírajícímu pro vnímání jeho stavu jistý i když omezený prostor. Vezmeme-li však za základ pokusu o definici to na čem nám záleží, totiž pomoci umírajícímu při vnímání a zpracování jeho neodvratitelného osudu, musíme předpokládat začátek období umírání daleko dříve. Takto chápáno, začíná umírání již tehdy, když se nemocný vědomě nebo nevědomě vyrovnává se skutečností, že jeho život končí“. (Blumenthal-Barby, 1987, s. 41, 42)



Definování umírání autorem Blumenthalem je z pohledu umírajícího. Z pohledu biologického, tedy lékařského, definujeme umírání takto: „ **Umírání** začíná dekompenzací obranných mechanismů organismu vyvolanou rozvratem funkce životně důležitých orgánových systémů. Terminální stav je ukončen smrtí.“ (Pokorný a kol., 2003, s. 24). Terminální stav je období selhávání základních životních funkcí (dýchání, krevního oběhu) směřující ke smrti. (Vokurka, 1994, s. 323).

**Smrt** – jak hodnotit či definovat smrt? Tak jako v předchozí části, existuje řada pohledů, ze kterých můžeme definovat smrt. Dle autora Schopenhauera, který ve svém díle říká: „Smrt je hlavní inspirátorkou a věrnou přítelkyní filosofie. Nebýt smrti, jen stěží bychom mohli filosofovat.“ (Schopenhauer, 1996, s. 5). Z pohledu přírody autor Schopenhauer ve svém díle uvádí: „...hlas přírody zůstává vždy a všude stejný a my mu musíme pozorně naslouchat. Zdá se, že nám zřetelně říká, že smrt je velké zlo. V jazyce přírody **smrt** znamená zánik. A že to příroda se smrtí myslí vážně, můžeme usoudit i z toho, že ani s životem, jak každý ví, nejsou žádné žerty. Nejsme zřejmě hodni ničeho lepšího než života a smrti.“ (Schopenhauer, 1996, s. 7).

Z lékařského pohledu definujeme smrt takto: „**Smrt (mors)** je nezvratná zástava všeho celovztažně uspořádaného dění v organismu.“ (Pokorný a kol., 2003, s. 24)

Další definice zní: „**Smrt (mors)** je individuální zánik organismu, tedy také člověka.

V jistém slova smyslu se dá říci, že člověk umírá od narození. Geneze smrti je podmíněna životem a život je umožňován smrtí.“ (Haškovcová, Thanalogie, 2000, s. 74).

Z praktického slovníku nám zní další definice: „Smrt je z lékařského hlediska stav, kdy u člověka dochází k nezvratným změnám mozku, při nichž nastane selhání funkce a zánik center řídicích krevní oběh a dýchání. Zánik jedince, u něhož vymizí známky života a jeho funkce.“ (Vokurka, 1994, s. 303)

## 5.2 Definice smrti

### Rozdělení smrti:

Dle autora Pokorného dělíme smrt následovně:

**Klinická smrt** je následek náhlé zástavy oběhu a dýchání při dosud reverzibilním (zvratném) selhání funkce mozku.

**Smrt mozku** je nezvratné zničení mozkové tkáně, včetně mozečku, středního mozku a mozkového kmene. Je synonymem smrti jedince. Nastala zástava všeho celovztažně

uspořádaného dění v organismu. (Pokorný a kol., 2003, s. 25)

**Biologická smrt**, jež zahrnuje nekrobiózu – buněčnou smrt – je pokračující destruktivní proces všech tkání.

Dle autora Vokurky smrt dělíme na:

**Klinická smrt** je charakterizována zástavou dechu a činnosti srdce. Přičemž okamžitě zahájenou resuscitací je v některých případech možné tyto funkce obnovit. Řada lidí již svou klinickou smrt přežila.

**Smrt mozku** s nevratným poškozením jeho funkcí může nastupovat již po pěti minutách, během nichž je mozek bez kyslíku. Postižený je v hlubokém bezvědomí, nereaguje na podněty a vymizí jeho základní reflexy.

Někdy se používá pojem **sociální smrt** pro stav, kdy došlo k částečnému odumření mozku (a to jeho vyšších součástí), zatímco nižší části řídící oběh a dýchání jsou zachovány. Postižený jedinec sám dýchá a má zajištěn i oběh krve, ale ostatní funkce (včetně rozumových, komunikace s lidmi apod.) má velmi poškozeny až zničeny. (Vokurka, 1994, s. 303).

„Termínu sociální smrt se používá jestliže je člověk vyvázán ze všech důležitých sociálních funkcí. Sociálně mrtvý může být i medicínsky zdravý člověk.

**Sociální smrt** je stav, kdy člověk sice žije, ale je vyvázán z důležitých sociálních vztahů, je odtržen od společnosti a nelze jej do kontextu společnosti vrátit. Sociální smrt může nastat i u zdravého člověka. Musíme usilovat o to, aby nemocný „žil“ i ve stínu blížící se smrti.“ (Kutnohorská, 2004, s.193-198)

### 5.3 Náhlá smrt x přirozená smrt

#### 5.3.1 Přirozená smrt

„Biologové hovoří o **programu života**, který je střídán smrtí, anebo o **programu smrti**, k jehož spuštění dojde poté, kdy byl vyčerpán programem života. Na bázi genetického programování vznikl i pojem **smrtné hodiny**. V minulosti umírali lidé častěji tzv. **přirozenou smrtí**, někdy označovanou jako **sešlost věkem**.“ (Haškovcová, 2000, s. 74)

„Rychlost skonu je různá, proto rozlišujeme **smrt náhlou, rychlou a pomalou**. V odborné literatuře se lze setkat také s výrazy **avizovaná a neavizovaná smrt**. Pomalá smrt

se v určitém, relativně dlouhém čase ohlašuje, tedy avizuje. Ohlášení se projevuje prostřednictvím nejrůznějších obtíží. Umírající strádá a příbuzní se mají čas připravit se na extrémní ztrátu. Pomalé umírání je vnímáno jako ekvivalent nezměrného utrpení. Teprve v posledních letech se hovoří o umírání jako o fázi **posledního zrání** a o **posledním úkolu**. Bývá opomíjen i tradiční vliv těžké nemoci na psychiku nemocného, který výstižně vyjadřuje slovní obrat: „nemoc si člověka připraví“. Ani avizovaná smrt není zárukou připravenosti. Příbuzní nezřídka prožívají skon blízkého člověka jako jistý druh překvapení, jako skutečnost, které „nemohou uvěřit.“ (Haškovcová, 2000, s. 75). Dle autorky Haškovcové (Haškovcová, 1996) nám vyplývá, že smrt a umírání je problémem, se kterým v současné době velice potýkáme. Díky ještě leckde přetrvávající tabuizaci tohoto tématu, je situace mnohých umírajících a jejich rodin alarmující. Tito lidé se ocitají díky „nevědomostím“ v situaci, kdy jsou zcela bezradní. Neví, jak si s daným problémem poradit, jak se postarat a co dělat v této situaci. Zcela totiž chybí určitá pravidla či manuály, i jinak řečeno návody, jak se zachovat. V minulé době existovalo něco, co nyní nazýváme **tradiční model umírání**. Podstatou modelu bylo, že péči o nemocného či umírajícího převzala rodina. Péče tedy byla spíše laická. To mělo své výhody i nevýhody. Výhodou bylo jakési předávání znalostí a vědomostí v této oblasti z generace na generaci. Dále zde byla aktivní účast všech členů rodiny a tím i každý z nich viděl poznání „rytmu života a smrti.“ Šlo o přirozené prostředí, ve kterém uvedený člověk nejen žil a pracoval, ale též i zemřel. Nevýhodou však byla nepřítomnost profesionální pomoci a právě toto se stalo motivem ke změnám. I přes pozitiva domácího modelu umírání, smrti, bohužel pro mnohé zůstávalo nenaplněným snem mít čistou postel, teplo, jídlo, základní ošetření a léky tlumící bolest.

A tak postupným vývojem se snahou o dokonalost došlo k řadě změnám, které můžeme nazvat **moderní model umírání**. Je zajištěná vysoce odborná péče. Bohužel však došlo k vyškrtnutí lidského kontaktu, ztratila se ona „milující náruč“ rodiny. Není nikdo, kdo by pohladil, našel si chvíličku k popovídání, k posezení. Umírající či nemocní jsou osamoceni. Dokonce šlo vše tak daleko, že lidé odcházeli ze světa nejen osamoceni, ale i za bílou plentou (padesátá léta minulého století). Nebyly výjimkou i tzv. zvláštní pokoje, kam byli umírající přesouváni a ze kterých již nikdo „neodešel po svých.“

V současné době byli naštěstí zrušeny tyto pokoje i „bílé plenty“ a ač se hodně hovoří o právech pacientů, právech umírajících atd., jsme stále ve fázi hledání nových rituálů a postupů, které by bylo možné uplatnit nejen ve změněných podmínkách zdravotnictví,

ale i společnosti. (Haškovcová, 1996)

Z mého pohledu jest plně ideální propojení výše uvedených modelů. Typickou symbolikou propojení daných modelů umírání je, pro mne, vznik agentur domácí péče v kombinaci s domácí péčí nebo hospicové hnutí. Myslím si, že tímto přístupem můžeme docílit právě tolik žádaného a požadovaného práva na důstojné umírání i důstojnou smrt.

### 5.3.2 Náhlá smrt

„V současnosti je zpravidla smrt konečným stadiem nějakého patologického procesu (nemoci). Někdy bývá označována jako „lékařská smrt“ a tento pojem asociuje smrt, která nastává, která nastává v důsledku nemoci a ke které, až na výjimky, dochází v nemocnici či jiné instituci.

„**Náhlá smrt** svůj příchod neavizuje, rychlá smrt to činí nezřetelně nebo v omezeném rozsahu. Pojmy náhlá a rychlá smrt se prakticky překrývají. Pojem náhlá smrt je častěji asociován s tragickou smrtí (úraz, autonehoda), pojem rychlá smrt reflektuje nemoc, která je příčinou rychlého skonu (např. při infarktu myokardu). Důležité je, že oba tyto druhy smrti zaskočí zcela nepřípravené příbuzné.

V současné době by většina lidí dala přednost náhlé nebo rychlé smrti. Ve středověku, jak dokládá ars morendi (umění umírat), vládl názor zcela opačný. Za nejhorší byla považována smrt náhlá a nepředvídaná a před ní měl ochránit člověka sám Bůh.“

(Haškovcová, 2000, s. 75)

### 5.4 Smrt a pracovník ZZS

Pracovník ZZS se setkává – bohužel – během výkonu své práce se všemi možnými typy smrti. Rovněž i v naší profesi se setkáváme s umírajícími, těžce nemocnými a samozřejmě i s lidmi, kteří pečují o nemocné, umírající. Největší kapitolu typu smrti však představuje smrt náhlá. Bývá nejčastěji zapříčiněna úrazy, auto nebo moto nehodami, neopatrností či akutními stavy např. infarkt myokardu nebo chronické onemocnění, které se akutně zhoršilo. Méně se už setkáváme s pomalou, přirozenou smrtí.

Velice hezky píše o náhlé smrti ve svém příspěvku „Náhlá smrt“ autorka Drábková. (Kübler-Ross E., 1995) Neodkladnou péči rozebírá ve většině textu spíše z pozice pracovníků nemocniční péče. Týmová práce pracovníků ZZS je však velmi podobná

a blízká. Autorka ve svém příspěvku definuje zajímavým způsobem náhlou smrt. Vychází ze dvou citátů a to:

**„Náhlá smrt – jaké to lidské dobrodiní!“** (Plinius Starší)

**„Snesu pohled na hrůzné polytrauma, zvládnou stres na jednotce kritických stavů – jen mě, prosím Vás, neposílejte říci rodině, že nám pacient právě zemřel!“** (Wright)

„Oba výroky mají jen několik slov, ale reflektují hloubku filozofie náhlé smrti, její etickou i psychologickou náročnost. Svědčí o tom, že antický starověk i technicky vyspělé XX. století jsou v základních lidských hodnotách života a smrti neměnné.“ (Kübler-Ross, 1995, s. 148)

„Do poslední chvíle záchranný tým ještě doufal, že moderní medicína a sveřepá osobní snaha pomohou úspěšně zvládnout stav bezprostředně ohrožující život. Všichni jsou z neúspěchu ještě sami otřeseni a měli by předstoupit před čekající rodinu. Ta nic netuší, či se naopak zoufale drží naděje, je v akutní krizi.

Sdělit jim takto absolutní zprávu – podpořit je a přitom sám osobně odolat a postupně nezhloustejnět – není divu, že únik z této konfrontace je myšlenkou a přáním nejen mladých, ale snad všech ze záchranného týmu.“ (Kübler-Ross, 1995, s. 149)

## 6. Smrt – krizová situace pracovníka ZZS

### 6.1 Krize – obecný pohled

„Původ slova **krize** je z latinského *crisis*. Pojmu se užívá široce a velmi často v mnoha rozdílných oblastech, které přesahují hranice medicíny nebo psychologie. Slovníky a encyklopedie hovoří o krizi jako o rozhodné chvíli, rozhodném obratu, nebezpečného okamžiku, **bodu obratu** nebo období zmatku a strastiplného hledání řešení. Termín zastřešuje různé nebezpečné nebo povážlivé stavy, spojené s bodem obratu: krize mezinárodních vztahů, vládní, ministerská, hospodářská, finanční..., krize hodnot, ducha, morálky, krize manželství a rodiny tvůrčí krize, popřípadě – v literárním smyslu – krize jako vyvrcholení děje románu nebo dramatu.

Pro pochopení pojmu lze použít rovněž historická, sociologická nebo politologická hlediska. Krize bývá spojována s pojmy jako stres, panika, katastrofa, neštěstí, zločin nebo jeho hrozba.

Termín krize slouží k označení mnoha rozdílných druhů situací, spojených s vysokou naléhavostí nebo fenoménem změny.“ (Klimpl, 1998, s. 25)

#### 6.1.1 Krize jako medicínský problém

„Tradiční obsah pojmu krize (klinická krize) se začal postupně měnit s prosazením skutečně účinných „lékařských technologií“. Centrem pozornosti medicíny konce dvacátého století přestalo být sledování pacientových vitálních funkcí prostřednictvím klasických vyšetřovacích metod (poklep, poslech atd.), neboť byli vynalezeny nejrůznější náhrady lékařových smyslů, rozšiřující jeho možnosti netušeným způsobem.

Medicínský obsah pojmu krize prodělal ve dvacátém století pozoruhodný vývoj. Do 50. let byl spojován téměř výlučně s klinickou krizí. Také pohled na klinické krize se v posledních desetiletích velmi změnil. S nástupem moderní diagnostiky a terapie se stále více uplatňuje etiologický a patogenetický pohled na chorobné změny: běžně se hovoří o kritickém stavu, nikoli o krizi.“ (Klimpl, 1998, s. 25 – 26)

„České lékařské slovníky popisují krizi klinickou: rozhodná doba, náhlý odpad horečky, náhlé změny chorobných stavů, obrat v průběhu nemoci. Vedle dnes již historických pojmů – krize u pneumonie (9. den) nebo při tyfu (21. den) – bývají uváděny např.

hypertenzní, revmatická, symptomimetická nebo adrenokortikální krize. Kromě „pevné půdy“ klinické krize, které se starší české lékařské slovníky drží (patrně také pro politickou konotaci slova krize po roce 1968), se v západní literatuře rozšiřuje význam o **psychickou krizi**.“ (Klimpl, 1998, s. 26)

„Do obsahových proměn pojmu se promítly zásadní medicínské objevy tohoto století. Po vyřešení dilemat mnohých infekčních chorob, traumatologie a dalších základních otázek moderní medicíny se pojem – v psychiatrii a lékařské psychologii – postupně naplnil *sociálním obsahem*, jak odpovídá nynějšímu chápání zdraví a nemoci v rámci koncepce bio-psycho-sociální jednoty člověka.“ (Klimpl, 1998, s. 27)

### 6.1.2 Psychická krize

„Otázky psychické krize se v posledních zhruba padesáti letech dostaly do zorného pole psychiatrie a klinické psychologie nejen pro posuny v chápání generačních životních změn (vývojových krizí), jakými jsou puberta (menarché), klimakterium a involuce, jejichž výklad byl v důsledku srovnávacích studií kulturní antropologie nově vymezen také sociálními vlivy, které se ukazují jako neoddělitelné od biologických a psychologických faktorů.

Ve dvacátém století vedla realita dvou světových válek a neúčinnost dosavadních metod péče o duševní zdraví k zaměření pozornosti na intervenční postupy při přechodných duševních poruchách.“ (Klimpl, 1998, s. 27)

„*Zdroje teorie krize* a porozumění psychické krizi jako komplexnímu biologickému a sociálnímu procesu pocházejí z různých oblastí:

- Z biologického hlediska představují významný zdroj poznání **patofyziologické objevy**. Teorie stresu umožnila v lidském chování v naléhavé zátěžové situaci pochopit biologické souvislosti: odpověď typu útok nebo útek a obvykle po vyčerpání této adrenergní odpovědi následující kortikoidní reakci, charakterizovanou vzdáním se a depresí.
- Pro rozvoj psychiatrického zájmu o psychickou krizi byla určující **psychoanalýza**, jejíž vliv na teoretiky krize je mimo pochybnost. Nelze pominout ani pozdější inspirující vliv existenciální filozofie a strukturalistické sociologie, které ovlivnily vědeckoteoretické myšlení medicíny zejména v šedesátých letech.
- Sociálně medicínské zázemí krizové pomoci rovněž představuje již více než sto let se rozvíjející **mentálně hygienického hnutí**. Je rozšířené v různých podobách po celém

světě.

Současná celosvětová tendence k medicínskému řešení otázek životní krize je projevem faktického uznání práva (post) moderního člověka na krizi.“ (Klimpl, 1998, s. 28)

### 6.1.3 Definice psychické krize

„Teorie psychické krize a pomoci v ní byla rozpracována v knize Geralda Caplana Principy preventivní psychiatrie (1964). Caplanovy práce představují základní teoretická díla sociální psychiatrie a moderní psychiatrické první pomoci.

*Caplanova teorie krize (Crisis Theory) zdůrazňuje dva základní principy:*

- **Princip homeostázy**, kdy na základě podnětů z nitra organismu nebo okolí dochází k reakci v podobě návratu do rovnovážného stavu („kybernetický“, zpětnovazebný model, dynamická rovnováha).
- **Princip sociálního učení**, kdy jedinec řeší krátkodobé výkyvy rovnováhy automaticky, závažnější vědomě cestou pokusu a omylu, a při dalším zvýšení napětí se pokouší o inovativní řešení.

Teorie krize a procedurální definice krize vycházejí z předpokladu, že neobvyklá zátěž (**spouštěč krize**), postihuje dosud psychicky vyrovnaného člověka. Skutečnost se ukazuje mnohem složitější v tom smyslu, že osoby postižené krizí lze často jen obtížně rozlišit od akutních psychiatrických pacientů. Rozlišování mezi **naléhavou situací** jako nejzávažnější poruchou (např. intoxikace se suicidálním úmyslem), vyžadující psychiatrickou první pomoc, **patologickou krizí** způsobenou např. zásahy osob z okolí (partnerská krize), jež však vystačí s poradenskou nebo neprofesionální pomocí, a **normální krizí**, např. adolescentní, kdy vystačí pomoc rodiny, učitelů nebo sousedů.“ (Klimpl, 1998, s. 29)

### 6.1.4 Spouštěče krize

Z pohledu vlivů, kterou mohou vyvolat krizi, se rozeznávají traumatické krize a krize z životních změn. Jakýkoliv seznam možných spouštěčů zůstává nutně neúplný a zaměřuje se na známé a časté příčiny.

„**Traumatické krize** vznikají v důsledku situací všeobecně považovaných za bolestné a nepředvídatelné, jež náhle narušují psychiku jedince, jeho sociální identitu, jistotu a pocit



zdraví (bio-psycho-sociální pohodu). Časté spouštěče traumatické krize představují: úmrtí blízké osoby, partnerské a rodinné problémy, nemoc a její souvislosti, nebo vnější katastrofa.“

„**Krize z životních změn** se objevují při opouštění rodičovského domu, v souvislosti se sňatkem, narozením dětí, stěhování, ztrátou zaměstnání, odchodem dětí z domova, penzionováním a konečně při konfrontaci s vlastním umíráním. Pro krize z životních změn bývá příznačné, že původně radostně očekávaná událost se může změnit ve zdroj stresu a psychické nejistoty (např. toužebně očekávané penzionování vyvolá krizi ze ztráty sociálních kontaktů, smyslu života a z nečinnosti).“ (Klimpl, 1998, s. 32)

### 6.1.5 Krize z hlediska trvání v čase a její fáze

Na vznik, vývoj a řešení krize můžeme pohlížet jako na proces, který netrvá nijak dlouho, ale má určitou danou posloupnost. Vývoj krizového stavu je možné rozfázovat do krátkých stadií, která někdy trvají několik hodin, někdy pár dnů.

„Jedním z předních teoretiků krize, který definoval jednotlivé fáze krizového stavu, je například Caplan.

#### 1. Fáze:

Vnímáme **ohrožení**. Důsledkem je **zvýšená úzkost**. Zaktivizujeme proto obvyklé vyrovnávací strategie, což se pro někoho může odehrát v rovině svépomoci, někdo hledá pomoc u blízkých lidí. Neosvědčí-li se to, nastupuje druhá fáze (odehrává se v horizontu minut až hodin, maximálně několika málo dnů).

#### 2. Fáze:

Neúčinnost vyrovnávacích mechanismů ve fázi 1 vede k dalšímu zmatku. **Zažíváme pocit zranitelnosti a nedostatku kontroly nad situací**. Může se objevit ochromení nebo se můžeme pokoušet vyrovnat se situací náhodným způsobem. V této fázi někdo například kontaktuje linku důvěry. Pokud úzkost přetrvává a řešení se neobjevuje, vstupujeme do další fáze (odehrává se v horizontu hodin až několika dnů).

#### 3. Fáze:

V této fázi se pokoušíme o **předefinování krize** s nadějí, že důvěrně známé vyrovnávací prostředky budou úspěšné. Nové způsoby řešení problémů mohou být rovněž účinné. Jsme obvykle schopni si připustit pocity a dělat rozhodnutí. Můžeme se vrátit na předkrizovou úroveň fungování. V této fázi jsme nejpřístupnější pomoci a krizová intervence jako

metoda pomoci je zde plně dostačující, pokud krize neohlašovala hlubší problém, k němuž se konečně otevřela cesta. Klienti v této fázi navštěvují krizová centra spontánně.

#### **4. Fáze:**

Podle Caplana, se vyznačuje **závažnou psychologickou dezorganizovaností**. Úzkost a reakce na ni se podobají stavům paniky. Objevují se hluboké kognitivní, emocionální a psychologické změny. V této chvíli, pokud je zřejmé, že krize vyúsťuje negativně, se může krizová intervence ukázat jako nezbytná; na ni někdy naváže psychoterapie. Síla vnitřního utrpení zkresluje „optiku“ vnitřního prožívání. Zorné pole člověka má tendenci se zužovat na úzký výsek vjemů. Síla vyhledat vhodnou pomoc zde v této fázi proto někdy chybí. Rozhovor na lince důvěry by proto měl motivovat právě tento důležitý krok návštěva krizového centra se někdy odehraje i z popudu členů rodiny, kolegů, přátel (odehrává se v horizontu dnů až týdnů).“ (Vodáčková a kol., 2002, s. 39-40)

### **6.1.6 Klinické projevy psychické krize**

„Dojde –li k formování příznaků na úrovni selhání (4. stadium krize dle Caplana) – lze poměrně snadno popsat prostřednictvím psychopatologických pojmů. Skutečnost, že krize mívá dramatický průběh s rychlým nástupem symptomů („šok“, „zhroucení“), většinou dovoluje nalézt bezprostřední souvislost mezi spouštěčem a symptomem. Při psychické krizi bývá souvislost mezi spouštěčem a reakcí zřejmá lékařovi i pacientovi. Psychoreaktivně podmíněná krize se manifestuje bezprostředně nebo v období do zhruba šesti měsíců po zátěžové události zejména symptomy úzkosti, strachu, deprese, tělesnými příznaky nebo různou mírou dezintegrace psychiky.“ (Klimpl, 1998, s. 35)

## **6.2 Agresivita jako reakce na práci pracovníka (záchranného týmu) ZZS**

### **6.2.1 Neadaptivní chování**

V okamžiku tísně každý jedinec reaguje jiným způsobem. Jeho reakce a projevy závisí na míře odolnosti vůči zátěži (označované někdy jako frustrační tolerance). Hovoříme o **chování neadaptivním** (nesrozumitelné a nepochopitelné), které se vyznačuje nepřiměřeností a nepřiléhavostí. Toto chování může mít nejrůznější formy projevu. Patří sem agrese, únik, negativismus, regrese, represe, rezignace, racionalizace, kompenzace atd.

(Ertlová, Mucha, 2006)

„**Agrese** představuje nejrozmanitější formy útočného chování od hrubého fyzického útoku, přes různá slovní napadení, výhrůžky gestikulací a mimikou až k „zastřené agresi“ v podobě ironie, jízlivosti, sarkazmu nebo zlomyslnosti. Agresivní chování může být obráceno vůči:

- předmětům (člověk v afektu rozbije cennou věc, na níž si vylévá zlost)
- druhým lidem (i nahodile přítomným v dané situaci), případně
- sobě samému (tzv. autoagrese). Autoagrese je jev vyskytující se relativně častěji u psychiatrických pacientů nebo u osob pod vlivem drogy, můžeme se s ní ovšem setkat i v dalších případech. Autoagresi známe i z každodenních situací v mírné formě (např. zbytečné obviňování). Vyhrcozenou formou autoagrese mohou být různé způsoby sebetřýznění až sebevražedné snahy.“ (Ertlová, Mucha, 2006, s. 136)

## 6.2.2 Psychologická problematika nemocného v práci pracovníka ZZS

V naší profesi musíme brát ohled na možné reakce pacienta, případně jeho příbuzných, musíme zvažovat věkové zvláštnosti nemocného i rozsah jeho aktuálního postižení. Z tohoto pohledu můžeme provést dělení na akutní stavy, chronická onemocnění a vitální ohrožení.

**Akutní stavy** jsou značně tíživé, zejména jsou-li spojeny s bolestí či jinými závažnými příznaky. Patří sem i úraz. Náhlé a zcela nečekané postižení vytrhuje člověka z normálního života. Náhlá změna zdravotního stavu bývá provázena obavami o rodinu, o majetek, o zaměstnání. V řadě příznaků si však postižený vše v první chvíli nemusí ani uvědomovat. Snažíme se tedy nebagatelizovat problémy, které mohou postiženého tížit a které se nám zdají být nepodstatné, abychom tak neposilovali jeho negativní prožitky.

Pro nemocného může být velkou zátěží i skutečnost, že zanechává opuštěnou domácnost, nedospělé členy rodiny, případně domácí zvířata bez zajištění, nebo že nemůže dokončit nějakou (pro něj důležitou) činnost. Často se proto obrací na záchranáře s prosbou o zajištění pomoci. Problémem je, pokud naráží na neochotu, nezájem a odmítnutí. Následkem toho se velice často horší, již už takto komplikovaný, zdravotní stav.

**Chronické onemocnění.** Nemocní mohou být z tohoto pohledu rozděleni do dvou skupin. První skupinu tvoří pacienti, které své zhoršení nemoci komentují nadměrnými stesky, přetrvávající mrzutou náladou, útočným chováním nebo depresiemi a druhou skupinu

mohou vytvářet tíž nemocní, kteří jsou naopak laděni pozitivně, s potřebou navázat slovní kontakt se zdravotníkem.

**Vitální ohrožení.** U nemocných bezprostředně ohrožených na životě je hlavním faktorem čas. V péči o takto ohroženého pacienta může být rušivým momentem rodinný příslušník, soused či nahodilý divák. Reakce těchto lidí mohou mít projev neadaptivního chování, může být přítomný projev nedůvěry až nepřátelství. Postižený navíc často není schopen cíleně komunikovat a sdělovat svá přání. Pokud je pacient při vědomí, musí zdravotník kontrolovat nejen svoji komunikaci, ale též vyjít vstříc při jeho pokusech o nějaké sdělení. (Ertlová, Mucha, 2006)

„Ne vždy dokážeme na podobné tíšňové formy sdělení vhodně reagovat. Nevhodným vyjádřením můžeme postiženého snadno iatrogenizovat, poškodit ho. Příkladem nevhodných projevů může být sdělování vlastní nejistoty („tohle asi nezvládneme“), závažnosti situace („tohle se mi nelíbí“, „to vypadá moc špatně“) nebo nevhodných poznámek, kterými si zdravotník zvyšuje vlastní tenzi („ta ruka je v háji, ta půjde stejně pryč“). Psychické poškození zdravotníkem může mít za následek např. zesílení pacientových obav, silnou psychosomatickou odezvu (zhoršení dechových potíží, rozvoj srdečních obtíží, třes atd.) či panické chování.“ (Ertlová, Mucha, 2006, s. 139-140)

## **6.3 Krizové intervence**

### **6.3.1 Definice krizové intervence**

„Krizová intervence je odborná metoda práce s klientem v situaci, kterou osobně prožívá jako zátěžovou, nepříznivou, ohrožující. Krizová intervence pomáhá zpřehlednit a strukturovat klientovo prožívání a zastavit ohrožující či jiné kontraproduktivní tendence v jeho chování. Krizová intervence se zaměřuje jen na ta prvky klientovy minulosti či budoucnosti, které bezprostředně souvisejí s jeho krizovou situací. Krizový pracovník klienta podporuje v jeho kompetenci řešit problém tak, aby dokázal aktivně a konstruktivně zapojit své vlastní síly a schopnosti a využít potenciálu přirozených vztahů. Krizová intervence se odehrává v rovině řešení klientova problému a překonávání konkrétních překážek.“ (Vodáčková a kol., 2002, s. 60)

### 6.3.2 Výchozí body a principy krizové intervence

- Krize má **individuální charakter** – pro každého znamená něco jiného.
- Krizový stav je **časově omezený**, není-li úspěšně vyřešen včas, nabývá v zájmu udržení životní rovnováhy jiných, méně produktivních podob.
- V krizové intervenci hlavní **těžiště práce** s klientem tvoří **řešení problému**.
- Jedním z cílů krizové intervence je **posílit klientovu kompetenci** natolik, aby v řešení své krizové situace zvládl co možná nejvíce svým vlastním přičiněním.
- Odborná práce v krizové intervenci je **eklektická** – je šitá na míru člověku a jeho situaci.
- Při práci s člověkem v krizi bychom se měli **zaměřit** na to, kdy a jak **krizová situace vznikla (blízká minulost)**.
- Měli bychom s klientem **dosahovat** jen do **blízké budoucnosti**.
- V krizi se většinou neocitnul jedinec osamoceně, jeho situace se týká přímo či nepřímo celého vztahového systému, v krizové práci je tedy vhodné se zaměřit na celý **system**.
- Člověk v krizi přichází celý – se svou duší, tělem a vztahy – krizová intervence by měla zaujímat celý **prostor bio-psycho-sociálně-duchovní**.
- Krizová intervence má mít tam, kde je to indikováno, **kontinuitu** v další odborné práci s klientem.
- V práci s krizovými stavy by měli mít krizoví pracovníci za sebou **zázemí týmu**, který vytváří důležitou základnu pro bezpečí pracovníků i klientů a zprostředkovává celistvost bio-psycho-sociálně-duchovního pole.

(Vodáčková a kol., 2002, s. 60)

„Krizový pracovník by měl fungovat jako ten, kdo vnese **strukturu a oporu** a kdo pomůže zpřehlednit situaci. Jako direktivní označujeme postupy, při nichž konzultant má rozhovor pevně v rukou, drží bezpečně rámec konzultace, vede, řídí, pojmenovává a strukturuje. Dává častou zpětnou vazbu ve formě reflektujících a rekapitulujících sdělení, doporučuje, odrazuje od kontraproduktivních řešení, někdy klienta konfrontuje s realitou.

V takovém rámci se klient může cítit bezpečný, a přitom aktivní.“ (Vodáčková a kol., 2002, s. 61)

### 6.3.3 Krizové intervence – psychické trauma

„**Psychické trauma** vzniká působením jednoho extrémně stresujícího zážitku nebo

dlouhotrvající stresující situace, které mají následující charakteristiky:

- příčina přichází z vnějšku
- je extrémně děsivá
- navozuje prožitek ohrožení života, tělesné či duševní integrity
- navozuje pocity bezmocnosti

Zažívá-li člověk takto vyhocenou situaci, adaptační mechanismy, které běžně využívá při běžné zátěži, selhávají. To silně otřásá jeho sebeprožíváním, zejména pocit **ztráty moci a vlivu** je zdrcující.“ (Vodáčková a kol., 2002, s. 360)

Reakce na psychické trauma můžeme rozdělit do diagnostické kategorie **akutní reakce na stres** (fyziologické změny a změny v chování a v prožívání se dostavují okamžitě nebo v následných 2-3 dnech, co se traumatizující podnět objevil) a do kategorie **posttraumatická stresová reakce** (projevuje se měsíce i roky po události, která ji vyvolala). (Vodáčková a kol., 2002)

V počáteční fázi krizové intervenci je vhodné postarat se o klientův **pocit bezpečí** a zvyšovat jeho kapacitu kontaktu. Pokud jsou v popředí u klienta *emoční reakce* (pláč, naříkání či zlobný afekt), bylo by chybou tyto projevy brzdit a potlačovat. Náš projev typu uklidněte se, zamyslete nad svou situací či doporučení, aby dělal něco „konstruktivního“, klientovy emoce jenom zvýší, prohloubí jeho vztek a bezmoc. (Vodáčková a kol., 2002). „Na místě je **zrcadlení a potvrzení emocí**. Například tím, že klientovi nabízím:

- vidím, jak jste zdrcený
- kolik bolesti je ve vás
- jak zoufale se cítíte
- jak jste rozzlobený
- jak se cítíte bezmocný

Přidáváme potvrzení, které ujistí klienta, že má na takovou reakci právo, že je „normální“:

- každý by v takové situaci měl mnoho emocí
- je pochopitelné, že se tak cítíte
- je to normální reakce na tak těžký zážitek
- většina lidí by se v taková situaci cítila bezmocná

Jsou-li v popředí *reakce strnutí*, někdy vidíme emoční oploštělost a energii investovanou do roviny „myšlení“, čímž nemíníme kvalitní schopnost uvažování, nýbrž fragmenty úvah, které se většinou opakují. Jsou projevem nesmyslnosti a neuchopitelnosti reality a orientovat se v ní. Jestli-že tyto fragmenty opakujeme, spojujeme a dodáváme jim smysl,

zvyšujeme klientovu schopnost vracet se do reality a orientovat se v ní.

Často se objevuje neklid, fyziologické reakce organismu, nevolnost, potřeba se vymočit, napít. Vycházejte vstříc těmto potřebám, aktivně nabízejte cesty k jejich naplnění.“

(Vodáčková a kol., 2002, s. 366-367)

Pokud má klient problém s udržení *rovnováhy a je-li silně neklidný*, nabízíme jednoduché prostředky ke zvýšení **groundingu** (uzemnění). Nabízíme „půdu po nohama“ (vyzveme ho, aby dal šlapky na zem a opřel se o ně, aby se opřel o zed’; eventuálně si sedl na zem). Někdy, pakliže klient dává signály, můžete nabídnout fyzický kontakt např. stisk ruky, dotyk na rameno. Je-li klient v *regresivní reakci*, pak často sám tento kontakt iniciuje (přeje si být objatý a podobně). Pokud mu vyhovíme, pak dochází k projevení emocí a zklidnění. Není-li to z naší strany proveditelné, volíme méně ohrožující kontakt, například pevné uchopení ruky, doprovázené očním a verbálním kontaktem. Současně nabízíme prostředky pro prohloubení *pocitu vlastního středu* (centering). Musíme pomoci klientovi se soustředit na dech a nadechnout do hrudníku, do břicha. Klientovi pomáháme rovněž v *sebepotvrzení bazální identity* – ptáme se na jméno, odkud je, zda ví, co se přihodilo a podobně. Rovněž rozvíjíme schopnost přenášet pozornost na *tělesné pocity* a podporujeme schopnost klienta *registrovat okolí*.

Je velmi důležité se klientovi představit a vysvětlit mu, v jaké roli k němu přistupujete. Mezi základní předpoklady patří i nabídka *nerušeného místa* k rozhovoru. V přímém kontaktu volíme *klid, ticho*. Snažíme se o vyslovení pochopení pro *zvláštní pocity a projevy*, které klient má – jsou to normální projevy v dané situaci. Jsme si vědomi, že klient velmi citlivě reaguje i na naše neverbální projevy. Sami musíme pracovat se svým napětím a uklidňovat svou mimiku. Ptáme se klienta i sami sebe: co se stalo, co kdo potřebuje. Není výjimkou, že člověk pod tíhou šokující události opomene, že někdo další je ohrožen. (Vodáčková a kol., 2002)

### 6.3.4 Psychologická situace pracovníka ZZS

Situace, které prožívá každý člen záchranného týmu může být velmi stresující, pokud se nechá unést dramatičností situace. Velký vliv má i nedostatečné odborné, popřípadě technické vybavení či pocit nekompetentnosti k určitým zákrokům. Stresová situace může vést až k neorganizovanému chování i k neefektivnímu chování vůči okolí.

Vystupňovanost emocí může dojít tak daleko, že se vytratí i schopnost účinně jednat.

Je proto důležité osvojit si v činnosti záchranáře takové dovednosti, k nimž patří:

- efektivní (neverbální i verbální) chování
- vysoká míra sebekontroly a
- schopnost vzhledu do dané krizové situace

Tyto zdánlivě snadné „dovednosti“ je možno zvažovat s ohledem na hlubší pochopení vlastní motivace v práci každého člena záchranného týmu. „Motivem mohou být i hlubší popudy, související s naší životní historií, s potřebou pomáhat druhým lidem atd.

Pozitivní motivy pro práci nám mohou pomáhat při překonávání svízelných situací, snáze se přeneseme přes nejrůznější těžkosti. Tam, kde je vztah k práci laxní a nevyhraněný, se snadněji smíříme se změnou profese a zaměstnání, vnímáme spíše nevýhody profese. Práce může být významným zdrojem spokojenosti i nespokojenosti v osobním životě.“ (Ertlová, Mucha, 2006, s. 140-141)

#### 6.4 Syndrom vyhoření – obecný pohled

V životě často narážíme na svízelné situace, které dle míry zátěže můžeme charakterizovat jako:

- **situace nepřiměřených požadavků a úkolů** (např. není v silách jedince poskytnout účinnou pomoc při záchraně lidského života)
- **problémové situace** (např. chybí nám znalosti pro zvládnutí náročné situace)
- **konfliktové situace** (např. lidé s rozdílnými názory)
- **situace typu *burn out***, překládané jako „vyhoření, vypálení“: stav, kdy časem začneme při výkonu náročné profese postrádat další motivaci a sílu pro práci. Svou práci tak začneme vykonávat s velkým sebezapřením, bez zaujetí, rutinně. S prožitkem vyhoření se můžeme setkat např. u zdravotníků na exponovaných pracovištích, kde je jejich snaha o záchranu lidského života je marná. (Ertlová, Mucha, 2006).

**Syndrom vyhoření** byl poprvé popsán v r. 1974. Vyskytuje se častěji u původně zapálených a svědomitých pracovníků. Hlavní **příčiny** vzniku jsou:

- **individuální faktory** (např. zvyšující se nároky na sebe, stres, konfliktní napětí)
- **profesní faktory** (např. tlak sociální role, monotónní rutina, nedostatečná zpětná vazba)
- **organizační faktory** (např. směnný provoz, přesčasy, akutní příjmy)

Základními **projevy** syndromu vyhoření jsou:

- ztráta schopnosti se radovat, těšit se ze života, ztráta vůle se angažovat, ztráta schopnosti



empatie, pocitu zodpovědnosti

- negativní postoje vůči vlastní osobě, práci, pracovišti, společnosti, životu vůbec
- porucha spánku, nechutenství, zvýšená unavitelnost, dispozice k psychosomatickým poruchám i jiným nemocem
- emocionální problémy, agresivita, netrpělivost, nervozita, popudlivost
- únava, vyčerpání, ztráta zájmů, pití, drogy, těžká deprese a další psychické poruchy

Proces, na jehož konci je právě syndrom vyhoření, může trvat i několik let. V současné době jsou již popsány i akutní formy. **Fáze** syndromu vyhoření:

- ve fázi **nadšení** přichází zdravotník s opravdovou snahou pomáhat a poskytovat nejlepší péči trpícímu člověku (i nad rámec pracovních povinností)
- nadšená motivace se časem otupí, nastává fáze **stagnace** – zdravotník slevuje ze svých ideálů, pracovní požadavky ho unavují, vyhýbá se pacientům, „protože to zavinili“.
- zdravotník prožívá **frustraci**, je zklamán povoláním
- nastupuje **apatie** - provede jen to nejnutnější, pacienti ho nezajímají, je k nim nevlídný
- ve fázi **vyhoření** dochází k naprosté lhostejnosti a objevují se výrazné somatické i psychické poruchy. (Staňková, 2002, s. 72-73)

Velmi důležitá je prevence tohoto syndromu. Pokud je už potřeba uplatnit léčbu, pak byla zanedbaná právě prevence. Terapie spočívá v počátku dostatečným odpočinkem a odstupem od příčinné situace. Někdy stačí změna pracoviště, jednosměnný provoz, zkrácení pracovní doby apod. Může se stát, že všechna opatření nepostačují a zdravotník je nucen odejít úplně ze zdravotnictví. A právě proto je třeba hovořit o této problematice. Nevyhýbat se rozhovoru na toto téma, který je součástí tak důležité prevence syndromu vyhoření. Co je prevencí?

- mít zdravou životosprávu
- naučit se správně odpočívat (sport, být aktivní...)
- nebýt v soukromí osamělá, navazovat dobré vztahy, mít blízké přátele, rodinu apod., kteří poskytují sociální podporu
- těšit se ve svých zálibách a koníčcích
- neuzavírat se do sebe, projevovat svoje emoce
- po celý život se učit a vzdělávat
- nestavět se do role oběti, ale držet situaci aktivně a cílevědomě v rukou
- chápat změnu jako výzvu
- včas vyhledat odbornou pomoc, samoléčení úspěch nepřináší

Do povinností zaměstnavatelů patří péče o zdraví svých zaměstnanců. Zaměstnavatel by měl především dbát, aby bylo pracovní ohrožení zdravotníků co nejmenší. Kombinace úsilí zaměstnavatelů a každého zdravotníka může přinést dobré výsledky. (Staňková, 2002, s. 74)

„Pacienti, jimž je v terénu poskytována neodkladná přednemocniční neodkladná péče a jsou v bezprostředním ohrožení života, mohou pro pracovníky záchranné služby představovat svou mírou zátěže situace leckdy *hraniční až extrémní*. Ocitají se v podmínkách prostředí často neznámého, v sociální atmosféře mnohdy až dramatické, s výraznými citovými projevy rodinných příslušníků postiženého nebo nahodilých účastníků nějaké nehody. Od záchranného týmu všichni očekávají rozhodnost, rychlost a zdatnost a především pak účinnou pomoc. Pokud není naplněno očekávání účastníků nehody, může snadno docházet k absolutnímu přenesení odpovědnosti za neodvratný osud postiženého na členy záchranného týmu. Je proto nutné dokázat si uvědomit, že odtud pramení již zmíněné formy neadaptivního chování, ať již samotného postiženého, nebo ostatních lidí v dané svízelné situaci.“ (Ertlová, Mucha, 2006, s. 138)

***„Nemyslím na všechnu tu bídu, ale na krásu, která stále přetrvává.“***

(Anna Franková)

## II. EMPIRICKÁ ČÁST

### 7. Zkoumaný soubor a použité metody

#### 7.1 Úvod

Ve výzkumné části své bakalářské práce jsem provedla vyhodnocení vnímání smrti pracovníkem ZZS jak po stránce kvalitativní, tak i kvantitativní.

V kvalitativním výzkumu jsem provedla zhodnocení dvou naprosto odlišných typů úmrtí. K tomuto účelu jsem použila dvě případové studie – dva zcela odlišné výjezdy posádky ZZS.

V kvantitativním výzkumu jsem se zaměřila na pět oblastí vnímání smrti pracovníkem ZZS:

- profil pracovníka ZZS
- pocity při momentálním setkáním se smrtí
- pocity při odeznívání smrti
- agresivita jako reakce na smrt ze strany pozůstalých, okolí
- postoj k vlastní smrtelnosti

#### 7.2 Cíle výzkumu

Cílem výzkumu bylo zjistit, jak je vnímáno umírání a smrt z pohledu pracovníka ZZS.

Jednotlivé cíle jsem stanovila následovně:

- stanovit (určit) hierarchii pocitů pracovníka ZZS při setkání se smrtí
- stanovit hierarchii pocitů pracovníka ZZS při odeznívání smrti
- zjistit, zda převažující reakcí na smrt je agresivita
- zjistit postoj pracovníků ZZS k vlastní smrti

### **7.3 Metodika výzkumu**

Výzkumnou část bakalářské práce jsem rozdělila na část kvantitativní a kvalitativní. V části kvalitativní jsem použila metodu rozhovoru a v části kvantitativní jsem použila dotazníkovou metodu.

Základem mé práce byl výzkum kvantitativní. Tuto část výzkumu jsem prováděla na přelomu roku 2006 – 7 (prosinec, leden) pomocí dotazníku – viz. kapitola přílohy, příloha č. 1. Uvedený dotazník se skládal z 25 otázek, zaměřených na sledovanou problematiku mé práce. U většiny otázek měli respondenti možnost zakroužkovat jednu odpověď. V případě vícero odpovědí byla respondentům dána možnost pomocí volné odpovědi viz. otázka č. 5, 7, 16,17, 23.

Dotazník byl anonymní a respondenti byli předem upozorněni, že výsledky budou použity pouze pro tuto bakalářskou práci.

### **7.4 Předvýzkum**

Abych zjistila, zda vytvořený dotazník je vhodný pro mou bakalářskou práci, provedla jsem tzv. předvýzkum. Postup byl následující. Deset kolegyní a kolegů jsem požádala o vyplnění výše uvedeného dotazníku. Během vyplňování jsem byla přítomna, abych mohla v případě nějakých nejasností poskytnout vysvětlení či popřípadě provést hned úpravy. Všichni respondenti položeným otázkám porozuměli správně a neměli žádný problém s vyplňováním daného dotazníku. Z tohoto důvodu jsem zmíněný dotazník použila v nezměněné formě i v širším měřítku respondentů.

### **7.5 Popis souboru respondentů**

V rámci kvantitativního výzkumu jsem oslovila 110 respondentů. Plně vyplněných dotazníků se mi vrátilo 108. Z toho bylo procentuálně zastoupeno 69 % mužů a 31 % žen. Rovněž jsem procentuálně vyhodnotila i délku pracovního poměru na ZZS:

- 0 – 4 roky 28%
- 5 – 9 roků 27%
- 10 – 14 let 28%
- 15 a více 17%

Dalším procentuelním vyhodnocením bylo zhodnocení pracovního zařazení v týmu ZZS:

- řidič 20%
- řidič – záchranář 21%
- záchranář 10%
- zdravotní sestra s PSS (pomaturitním specializačním studiem) 27%
- lékař 22%

Dle mého názoru nás bude tato struktura respondentů dostatečně informovat o vnímání smrti pracovníkem ZZS.

V rámci kvalitativního výzkumu jsem využila případové studie (case study) a to popisu dvou zcela odlišných typů úmrtí.

V první záležitosti šlo o tragickou hromadnou havárii. Návratu zasahujícího týmu na domovské výjezdové stanoviště jsem byla osobně přítomna a s celým zasahujícím týmem jsem hovořila bezprostředně po zásahu. V této případové studii jsou shrnuty a popsány vzpomínky, myšlenky a pocity každého člena daného týmu ZZS a to po uplynutí ½ roku.

V druhé případové studii jsou popsány mé vlastní pocity a myšlenky v souvislosti s přirozenou smrtí (cca po ½ roce), se kterou se výjezdové týmy ZZS málokdy setkávají.

## **7.6 Charakteristika pracoviště respondentů**

Všichni respondenti jsou pracovníci ZZS. Každý z nich pracuje na určených výjezdových stanovištích, v nepřetržitém provozu. Jejich hlavní povinností je výjezd příslušné posádky tzn. od přijetí výzvy od zdravotnického operačního střediska (dále jen ZOS), do tří minut. Všichni pracovníci ZZS mají přesně stanovené kompetence a náplně práce, takže přesně ví, jak postupovat a jak se chovat během každého jednotlivého zásahu. Práce a výkony všech záchranných týmů ZZS nesou označení „přednemocniční neodkladná péče.“

ZZS je spolu s Hasičským záchranným sborem (dále jen HZS) a Policií České republiky zařazena do systému, který nazýváme „Integrovaný záchranný systém.“

## **8. Výsledky**

### **8.1 Kvalitativní výzkum**

#### **8.1.1 Informovaný souhlas**

Všichni účastníci byli informováni, že uvedené informace budou použity pouze v této práci. Každý z nich souhlasil s takovýmto zveřejněním jejich vzpomínek, myšlenek a pocitů.

#### **8.1.2 Kazuistika – případová studie č. 1**

„Náhlá smrt je definována jako smrt, která následuje v krátkém časovém intervalu po inzultu, tj. po vyvolávajícím momentu. Neočekávanost smrti, tj. překvapení intenzitou a agresivitou inzultu je druhý stěžejní moment.

Oba činitelé – velmi krátký čas i neočekávanost určují samostatnou, zvláštní atmosféru pro všechny zúčastněné – postižené, jeho nejbližší i pro jeho ošetřující profesionální pracovníky. Čas pro pochopení a pro přípravu je před hranicí život – náhlá smrt zanedbatelně krátký. Je vyplněn snahou profesionálů o záchranu, okamžitou péčí s náročnými, somaticky cílenými prioritními úkony a výkony, které cele zaměstnají ošetřující tým.“ (Kübler-Ross E., 1995, s. 149, 150)

##### **8.1.2.1 Popis výjezdu – obecný pohled**

Práce zaměstnanců ZZS ve výjezdové skupině je nesmírně náročná nejen fyzicky, ale i psychicky. Jedním z mnoha stresujících faktorů je i častá přítomnost blízkých členů rodiny a tzv. „publika“ (okolojdoucí cizí lidé, kteří se stávají diváky neštěstí). Velmi často dochází k situacím, kdy pracovníci ZZS musí zvládat naprosto „šílené“ výjezdy. Dokladem je i případ pracovní skupiny ZZS, který se stal v loňském roce na začátku letních prázdnin. V této posádce sloužila lékařka (dva měsíce praxe na ZZS), zdravotnický záchranář (žena - 12 let praxe na ZZS) a řidič-záchranář (tři měsíce praxe na ZZS).

Denní služba začínala ten den jako každá jiná. Již při předávání směny začaly pagery signalizovat výjezd. Denní posádka vyjíždí na svůj první zásah již v 6,45 hod. Po návratu

na základnu nestačí ani zpracovat základní administrativu uskutečněného výjezdu a již „dostávají“ další výjezd – havárie na D1 s větším počtem zraněných. Na místo neštěstí je poslán souběžně vrtulník naší ZZS a, kromě již naší uvedené posádky, další tři zásahová vozidla ZZS (je 9,21 hod). Příjezd výše popisované posádky na místo určení je pět minut. Posádka již z dálky viděla hromadu plechů a zbytky toho, čemu se kdysi mohlo říkat osobní vozidla (dva kusy), nákladní vozy TIR ( dva kusy) a užitkový vůz. Náš záchranný tým přijíždí na místo zásahu jako první, ač měl zadané špatné místo neštěstí – špatně nahlášené volajícím na zdravotnické operační středisko (dále jen ZOS). Ihned se zapojují do vyprošťovacích prací.

Posádka rekognoskuje terén a následně poskytuje zásadní, validní informace ZOS. Bilance je tragická: čtyři těžce ranění a tři mrtví. Pacienti – tři těžce zranění – jsou postupně ošetřováni posádkami z vrtulníku a všech sanitních vozidel. Zranění jsou po stabilizaci zdravotního stavu postupně odváženi do předem telefonicky domluvených zdravotnických zařízení (zařizuje ZOS).

Na naši výše popisovanou posádku „zůstávají“ zranění v osobním automobilu Favorit, který byl „zapresovaný“ mezi dvěma nákladními vozidly TIR. Ve zcela zdemolovaném voze jsou čtyři osoby. Pouze jeden z nich komunikuje. Ostatní – po bližší kontrole – mají těžká zranění, která jsou neslučitelná se životem. Komunikující, mladý pacient je rovněž těžce zraněn a stále se ptá po přítelkyni, kamarádech. Tento zraněný je naší posádkou zajištěn ještě ve vraku vozidla a přebírá si jej – po vyproštění – posádka volného sanitního vozu. Naše posádka zůstává na místě tragédie a provádí postupné ohledání všech tragicky zemřelých. Jde – bohužel – o mladé lidi ve věku 14 – 18 let, dva chlapce (bratry) a dívku. Diagnóza zní u všech stejně – polytrauma. Uvedená posádka provádí vše potřebné a odjíždí z místa zásahu. Na základnu přijíždí v 11,26 hod.

Po příjezdu všichni tři mluví o hrůze, kterou právě zažili. Líčí tu bezmoc a beznaděj – už nemohli pomoci (viz. příloha č. 4 – kazuistika). „Služebně mladší“ členové týmu hovoří více – zřejmě potřeba „vyhovořit“ své pocity, bezmoc. Kolegyně, která pracuje na ZZS déle (12 let) hovoří méně, spíše „dokresluje“ tu hrůzu. V jejím obličejí (bledost, napětí), tak jako u zbývajících členů posádky, jsou znát stopy stresu, vypětí, maximálního soustředění...

A co dál?

Naše posádka začíná s potřebnou administrativní prací k danému výjezdu. Je to šílené. Spíše by měl být okamžitě na místě psycholog, který by s nimi pohovořil, pomohl jim

překlenout toto těžké a dramatické období. Bohužel, než stačila posádka vyplnit všechny příslušné dokumenty, dostávají další tíšňovou výzvu. Je 12,48 hod. Do konce směny je ještě čeká jeden neodkladný výjezd. Shrnutí: za uvedenou směnu měli čtyři neodkladné výjezdy, ošetřili čtyři pacienty a vypsali tři úmrtní listy.  
...byl krásný, prázdninový a slunečný den...

### **8.1.2.2 Popis výjezdu - lékařka**

**dva měsíce praxe na ZZS**

**37 let, vdaná, dvě děti – dcery 12 a 10 let**

Ten den začínal jako každý druhý. Do práce jsem přišla s mírnými obavami (jako nováček na ZZS jsem jej překonávala každou službu), ale kolegové při předávání služby svou dobrou náladou a vtipkováním mé obavy rozptýlili.

Když naši posádku ZOS posílalo na dálnici D1, moc mi nedocházelo, jaká hrůza by mě tam mohla čekat. Po příjezdu na místo určení si pamatuji, že první co jsem uviděla bylo zdevastované, pomačkané a zaklíněné auto bez střechy. V tomto voze byli čtyři lidé. Tři z nich byli mrtví a čtvrtý nás prosil, ať jej odsud „dostanem“. Všude kolem vozu bylo rozházeno spousta věcí (automapa, jedna dámská bota, pecen chleba, spousta rozbitého skla) a kusy lidských tkání (kus kalvy, amputovaná ruka, mozková tkáň). Pak už jsme začali ošetřovat živé. Spolupracovali jsme s HZS i našimi kolegy ze ZZS. Po transportu všech zraněných na nás zbyl ten nejhorší úkol – ohledání těl mrtvých a vypsání úmrtních listů.

Často jsem po této události myslela na matku dvou zemřelých bratrů (14 a 18 let), kteří odjeli na dovolenou a máma se jich už nikdy nedočkala.

### **8.1.2.3 Popis výjezdu - zdravotnický záchranář (žena)**

**12 let praxe na ZZS**

**33 let, vdaná, 1 dítě – chlapec 3 roky**

Byla jsem požádána, jestli bych mohla a byla schopna, v písemné formě vyjádřit mé pocity z kontaktu se smrtí – konkrétně z tragické dopravní nehody na D 1. Došlo zde k úmrtí tří lidí a čtyři byly vážně zraněni.

Můj pohled : velice vážná tragická nehoda, zemřeli zde mladí lidé ve věku 18,18 a 14 let.



Moje pocity : sklíčenost, úzkost, bezmocnost, zachován určitý nadhled.

Zní to poněkud stroze, ale je to pohled záchranáře, který už nějaký výjezd zažil a ne každý výjezd skončí záchranou lidského života. Možná, kdybych ho měla popsat před nějakými pár lety, na začátku mé praxe na ZZS, vzpomněla bych si na spoustu detailů, na mé pocity, barvu auta, oblečení... i když přece: byl krásný letní den, sluníčko příjemně hřálo a nebe bylo bez mráčků...

Ale aby to neznělo opravdu moc stroze, budu se snažit celý můj postoj trochu přiblížit a vysvětlit. V úvodu bych se zmínila o povaze mé profese. Člověk si při této práci musí zvyknout na to, že dopředu neví, co ho ve službě čeká, kolik pacientů ošetří, jestli přijde do kontaktu s dětmi, se seniory, s úrazy, schizofreniky, opilci... Každá služba je jiná, každý výjezd je jiný a my se vždy musíme v dané situaci rychle zorientovat a správně jednat. Ve stresových situacích, kterými se denně prokousáváme, se to od nás požaduje.

Setkání se smrtí??? Byla jich spousta: lidé s akutním onemocněním, chroničtí pacienti, onkologičtí pacienti, mladí lidé s akutním selháním orgánů, děti po úrazech, dopravních nehodách i náhlé úmrtí novorozence. To vše v různém sledu a v různé frekvenci. Každé z těchto úmrtí mě svým způsobem zasáhne a donutí mě přemýšlet o životě. O křehkosti dělicí linie mezi životem a smrtí. A na řadu přichází otázka proč? Doba, kdy jsem se ptávala a snažila se najít důvod proč, je už za mnou. Našla jsem si slovo OSUD a pod to jsem všechny nezodpovězené otázky schovala. Je to osud, nic s ním nenaděláme a kdo se ho snaží obejít, toho si stejně najde. Jeden příklad z mnoha : kolegův syn prodělal týdenní chřipku. Jejím následkem mu začalo těžce selhávat srdce. Okamžitá hospitalizace, hledání vhodného dárce a nakonec úspěšná operace. Vše dopadlo nad očekávání dobře a onen mladík se o dva roky později zabije na motorce. Byl to osud, pokusil se ho obelstít a on si ho našel. Ve zcela jiné pozici, ale našel.

Zlo bývá vyváženo dobrem, smrt životem. Proto vždy po výjezdu s tragickým koncem uvítám další výjezd, kde někomu jinému vhodným lékem a včasným zákrokem zachráníme život - včas ho dovezeme např. na angiolinku, aby mu co nejdříve mohli zprůchodnit ucpanou cévu a vrátili ho tímto zákrokem do činného života nebo porodili dítě, které se rozhodne, že chce za každou cenu na svět a v „bříšku už nepočká“ ani minutu. Všechny tyto krásné okamžiky vykompenzují ty smutné, nešťastné, na které má člověk tendenci co nejdříve zapomenout.

Mojí ochranou před „splínem“ z těchto událostí je pomyslně vytvořená hranice - krunýř, za který tzv. pracovní záležitosti nepouštím. Chráním tím sebe sama a samozřejmě

i svou rodinu, ve které nacházím potřebný klid a jistotu.

Je zvláštní, že daleko intenzivnější pocity si vybavuji z mého úplně prvního úmrtí v nemocnici a na záchranné službě. I s odstupem času se mi vybaví ten zvláštní pocit beznaděje a absolutní nejistoty, co mám dělat? Bylo to úmrtí očekávané, které nikoho nepřekvapilo. Pouze mě! Nikdy před tím, jsem žádného mrtvého neviděla, o to větší hrůzu jsem prožívala, když mě kmotřička smrt přišla pozdravit na mé první samostatné službě. Dlouho jsem na to myslela, přišly i pochybnosti, zda to zvládnou příště. Ale čas všechno srovnal. To byla úmrtí v nemocnici, kde už jsou lidé zaléčení, umytí, oblečení... a pak přišla úmrtí úplně jiná – v terénu a tam se nikdy nedá počítat s tím, že to budou úmrtí tzv. „čistá“. Byla jich celá řada, ale já si pamatuji hlavně dvě – první dospělý muž, asi 40 let, dopravní nehoda na D1, čelní náraz zezadu do kamionu, poranění neslučitelná se životem: traumatická amputace hlavy, sériová zlomenina žeber. První setkání s tímto druhem zranění a úmrtí. A mé druhé úmrtí: 5-ti měsíční kojeneček s dg: syndrom náhlého úmrtí. Tato dvě úmrtí se mi vryla do paměti a všechna ostatní se již splývají v jeden celek. Je to samozřejmě zapříčiněno určitou rutinností, ale určitě i podvědomou ochranou mého vlastního rozumu.

I když se sebe víc snažím pojmenovat mé pocity z oné tragické nehody, tak jak vidět, mi to moc nejde. Možná kolegové, kteří tam byli se mnou a na záchranné službě v té době pracovali zhruba dva a čtyři měsíce, o tom dokáží mluvit podrobněji. Viděla jsem na nich, jak moc jsou danou situací překvapeni a zaskočení. Bylo pro mě samozřejmostí je svým nadhledem a určitou nestranností strhnout, podpořit. Rozptýlit jejich myšlenky a snažit se profesionálně zvládnout celou situaci. A to se nám podařilo.

Možná zní moje úvaha poněkud stroze a cynicky, ale každý je určitým způsobem poznamenán svým povoláním a profesí. Moje deformace z povolání představuje určitou obrněnost ve stresových situacích, ale zároveň i nutnost jednat v těchto okamžicích rychle, správně a bez zbytečné „omáčky“ rozhodnout, co je v daném okamžiku důležité a co ne. Toto si s sebou nesu i do toho mého, obyčejného života.

#### **8.1.2.4 Popis výjezdu - řidič – záchranář**

**tři měsíce praxe na ZZS**

**27 let, ženatý, 0 dětí**

V dopoledních hodinách jsem se jako řidič záchranář podílel na likvidování následků

dopravní nehody, která se odehrála na dálnici D1. Tato dopravní nehoda si vyžádala tři mrtvé a čtyři těžce zraněné oběti. Nyní se na následujících řádcích pokusím vyložit své bezprostřední pocity, které doprovázely moji činnost na místě zásahu.

Po přijetí výzvy, která byla řidičem na místě události nahlášena na chybný kilometr i směr, jsme vyjeli k nehodě, o které jsme v podstatě vůbec nic nevěděli. Nebyl upřesněn počet zraněných, o mrtvých vůbec nemluvě. Po složitém hledání místa nehody jsme dorazili na místo, kde se nám naskytl děsivý pohled. V osobním vozidle, které bylo vlivem deceleračních sil zmáčknuté jako harmonika se nacházeli čtyři osoby, z toho tři nejevily známky života. Upřímně řečeno, věděli jsme o třech, poslední oběť (čtrnáctiletý chlapec) byla nalezena až po rozpáčení zadních sedaček speciální technikou.

Na následujících řádcích bych chtěl popsat své pocity při styku s touto tragédií. Tuto úvahu bych rozdělil na dva základní momenty, práci na místě a čas po zásahu strávený na základně. Co se týče psychiky na místě zásahu, musím konstatovat, že na jakékoliv pocity nebyl ani ten nejmenší prostor. Naše posádka byla na místě zásahu jako první a ihned po příjezdu jsem musel korespondovat s dispečinkem ohledně upřesnění místa zásahu, počtu zraněných, apod. Poté následovalo třídění postižených, prvotní ošetřování, spolupráce s ostatními složkami IZS, ohledání, apod. Na úvahy jednoduše nebyl prostor, na místě zásahu byla ještě spousta těch, kterým bylo třeba adekvátním způsobem pomoci. Psychika ale na sebe nenechala dlouho čekat a po návratu na základnu člověka dostihla. Probíral jsem si v hlavě jednotlivé kroky svého počínání na místě zásahu, přemýšlel, co mohlo být lépe a potlačit nešla samozřejmě ani obsedantní do hlavy se vtírající myšlenka a to, že na místě zásahu zemřeli tři lidé, jejichž věk v součtu by nedal ani věk odchodu do penze jednoho jedince. Se smrtí jsem se setkal již dříve, ale v jakési „sterilní, nemocniční“ podobě. Na oddělení, kde jsem pracoval, umírali pacienti i v perspektivním věku, ale vždy to bylo s jakousi uniformitou nemocničního zařízení, kde pod změtí drátků a hadiček jaksi zanikala osobnost lidské bytosti. Toho osudového dopoledne na dálnici D1 byla smrt k vidění v podobě naprosto jiné, tzv. nesterilní. Mám-li odhalit své pocity naplno, musím konstatovat, že mi ani tak nevadil kontakt s tělesnými pozůstatky, jako takovými, jako spíše s určitými momenty, které se člověku vryjí do paměti a jen velmi těžko se jich zbavuje. Konkrétně? Při vyprošťování mrtvého těla mladé dívky nelze přehlédnout nakousnutou svačinu, kterou svírá ve své ruce, řidiči jenž jediný ve voze přežil nelze vysvětlit, že jeho partnerka s výhřezem mozkové tkáně na vedlejším sedadle již neodpoví na jeho otázky... Snad ani nemusím pokračovat.

Jak jsem se vyrovnal s tímto zážitkem ? Částečně pomohla konfrontace se spolupracovníky, částečně přesunutí myšlenkových pochodů na soukromý život, svou terapeutickou roli sehrál i všemocně léčivý čas. Na závěr snad jednu malou poznámku. S každou takovouto situací se dá dle mého názoru dříve, či později vyrovnat. Ne však zcela zapomenout a kdo říká že ano, lže sám sobě...

### **8.1.3 Kazuistika – případová studie č.2**

#### **8.1.3.1 Popis výjezdu – obecný pohled**

Tento zásah se uskutečnil na podzim 2006, v rámci noční služby (v této posádce jsem měla službu na pozici záchranář). ZOS zadává našemu týmu v 3,00 hodin výzvu k výjezdu záchranného týmu. Souběžně dostáváme následující údaje: paní XY, 88 let, dnes kolem 2,30 hod. náhlé zhoršení stavu, snad (dle volajícího na tísňovou linku 155) bezvědomí, bledost, v anamnéze nálezná generalizovaná malignita nejasné etiologie. Naše posádka vyjíždí v 3,02 hodin. Na místě určení jsme v 3,14 hodin.

#### **8.1.3.2 Popis výjezdu – zdravotnický záchranář**

Již při vstupu do domu a následně do místnosti, kde ležela pacientka jsem cítila zvláštní atmosféru. Ač byla hodně pozdní doba, bylo zde nezvykle mnoho lidí. Paní ležela v posteli a nebyla při vědomí. Měla agonální dechy, kachektická, periferie byla cyanotická, neurologicky negativní. Krevní tlak byl neměřitelný, srdeční frekvence byla nepravidelná cca 30 – 40 tepů za minutu. Bylo zcela zjevné, že paní XY umírá. Lékař navrhuje hospitalizaci, kterou rodina okamžitě odmítá, jakmile slyší o blížící se smrti jejich blízké. Z přítomnosti celé rodiny (syn a jeho žena se dvěma jejich syny) je mi jasné, že se po celou dobu vzorně o paní starali a dbali, aby jí nic nescházelo. Všichni měli o paní starost a přišli okamžitě, jakmile zjistili, že se její zdravotní stav zhoršil. V této situaci se shodli, že se o paní postarají i za těchto okolností. Po zvážení všech pro a proti se s lékařem domlouvají, že paní zůstane doma a lékař vypisuje ve vedlejší místnosti výjezdovou kartu, jejíž kopii musíme ponechat na místě pro praktického lékaře. Na všech rodinných příslušnících je znát úleva, že paní zůstává doma a odchází k paní XY. Zůstávají otevřené dveře. Celá rodina je u lůžka umírající. S vyplňováním výše uvedeného formuláře nespěcháme, oba

tušíme, že smrt na sebe nenechá dlouho čekat. A skutečně. Během této krátké chvíle paní zemřela. Lékař konstatuje úmrtí a provádí ohledání zesnulé.

Pozůstali, ač smutní z odchodu jejich blízké, nám děkovali.

Byl to zvláštní pocit a zážitek. Během mé praxe na ZZS (14 let) jsem podobnou situaci nezažila. V jeden jediný okamžik tolik lásky, citů, lidskosti a důstojnosti k druhé osobě. Člověk se těžko brání dojetí, ale mohu-li říci, pak je na místě konstatování: „Šťastná to žena“. Sama za sebe mám již nyní představu důstojné smrti, o které jsem četla v knihách.

#### **8.1.4 Zhodnocení případových studií**

V první případové studii vidíme velkou tragiku výjezdu. Jde o úmrtí náhlé a zcela nečekané. Kromě toho ještě dramatičnost umocňuje i přítomnost laiků (okolí). Pracovníci ZZS jsou o to ještě víc zatíženi v daném okamžiku stresem.

Je zajímavé číst emoce, myšlenky a vzpomínky kolegů s odstupem ½ roku. Každý z nich se s tímto problémem vyrovnává a vyrovnal po svém, každému z nich ulpělo v paměti něco jiného, jiná maličkost...

V popisu dané události mě velmi zaujal a zarazil zcela podobný výraz „čistá, sterilní“ smrt v nemocničním zařízení oproti smrti v práci pracovníka ZZS. Toto označení nacházím v textu záchranářky a řidiče-záchranáře. Oba popisují rozdílnost vnímání smrti na ZZS a v nemocnici. Nikdy jsem o této problematice nepřemýšlela. A toto je právě ta náročnost práce na ZZS - velký kontrast a rozdílnost mezi jednotlivými zásahy.

Shrnu-li všechny okolnosti toho „mimořádného“ dne s tím, co sama ze své dlouholeté praxe znám a sama jsem zažila, tak nemohu říci nic jiného než „šílené“. Není mnoho takovýchto „vydařených“ směn, ale pokud se události stanou, musí být každý z týmu schopen pracovat, ošetřovat a jít dál. Lidé, kteří pracují na ZZS musí být silní a odolní jedinci proti stresu, musí se umět vyrovnat s těmito náročnými okolnostmi každého zásahu. Nesmí selhat!

Tito lidé většinou nesmírně lpí své rodině, na svých dětech, na svých blízkých... Jsou pro ně zázemím – náhradou za to „zlé a škaredé“.

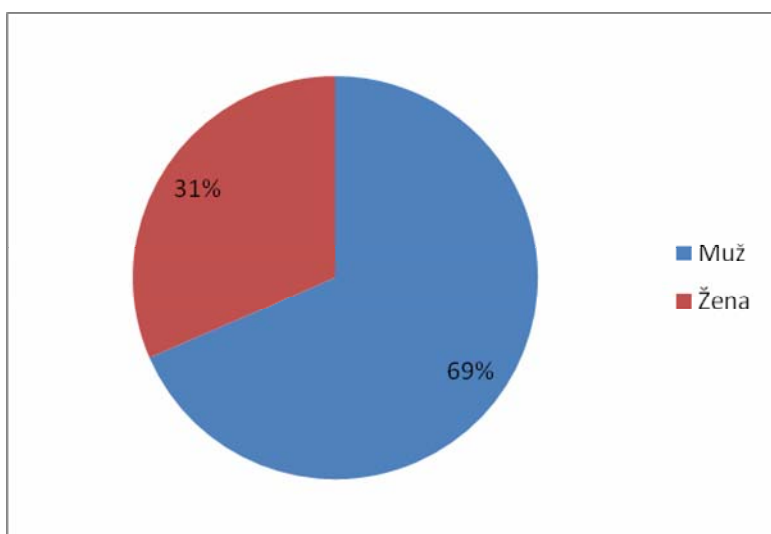
V druhé případové studii popisují svůj vlastní prožitek (pozn. řidič našeho týmu ZZS nebyl přítomný v domě; lékař již u nás nepracuje, proto jen můj vlastní pohled). Myslím si, že jsem zažila právě to, po čem dnes tolik veřejnost volá a čeho bychom rádi docílili – důstojné umírání, důstojná smrt. Pozůstali, svým nevědomým chováním a jednáním z úcty

a lásky ke své blízké člence rodiny, vytvořili určitý rituál, který je možný charakterizovat jednoduchým slovem: „Důstojnost“.

## 8.2. Kvantitativní výzkum

### 1. otázka: Jste muž či žena?

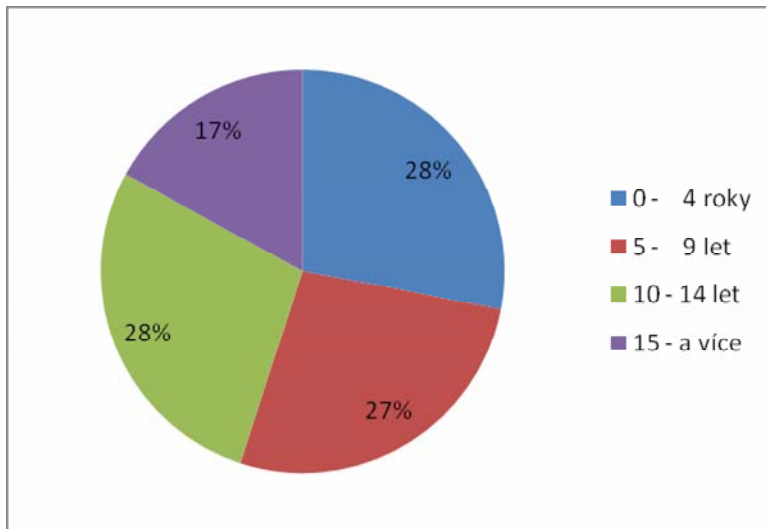
|      |      |
|------|------|
| Muž  | 69 % |
| Žena | 31 % |



Z celkového počtu respondentů je 69 % mužů a 31 % žen. Toto procentuální zastoupení v žádném případě neukazuje, že toto povolání není vhodné pro ženy. Výsledek je dán tím, že na jednotlivých stanovištích mají muži uplatnění ve vícero pracovních pozicích než ženy. Muži jsou na následujících pracovních zařazeních: řidič, řidič-záchranář, zdravotnický záchranář, zdravotní sestra s PSS – anesteziologicko resuscitačně intenzivní péče (dále jen ARIP) či intenzivní péče (dále jen IP) a lékař. Ženy jsou pouze na pozici zdravotnický záchranář, zdravotní sestra s PSS –ARIP, IP a lékař.

## 2. otázka: Jak dlouho pracujete na ZZS?

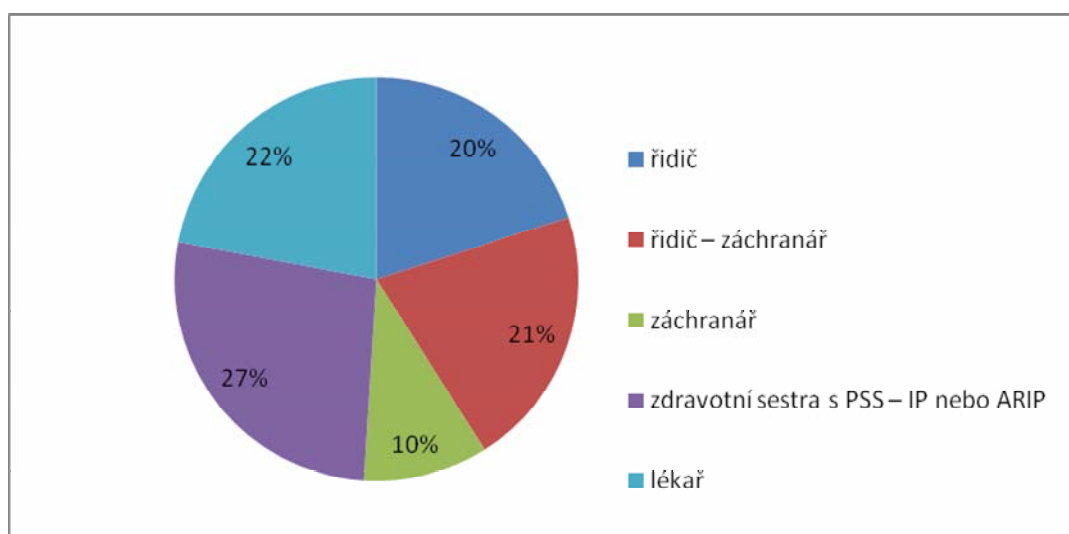
|             |      |
|-------------|------|
| 0 – 4 roky  | 28 % |
| 5 – 9 let   | 27 % |
| 10 – 14 let | 28 % |
| 15 a více   | 17 % |



Na základě zhodnocení této otázky nám vyplývá, že na ZZS pracuje v téměř shodném procentuálním zastoupení délky pracovního poměru skupina pracovníků 0 – 14 let (tedy tři sledované skupiny). V kategorii 15 a více let je 17 % pracovníků z celkového počtu respondentů. Myslím si, že tento výsledek odpovídá nejen psychické náročnosti, ale i otázce fyzické připravenosti a schopnosti pracovníků v daném vývojovém věku tuto profesi vykonávat.

### 3. otázka: Vaše zařazení ve výjezdové skupině ZZS je:

|                                       |      |
|---------------------------------------|------|
| Řidič                                 | 20 % |
| Řidič – záchranář                     | 21 % |
| Zdravotnický záchranář                | 10 % |
| Zdravotní sestra s PSS – IP nebo ARIP | 27 % |
| Lékař                                 | 22 % |



Otázka č. 3 nám dává přehled, jaké je procentuální zastoupení jednotlivých pracovních kategorií.

Pracovníci nazváni řidič a řidič-záchranář mají ve výjezdovém týmu hlavní úkol a to řídit sanitní vůz s výstražným zařízením. Mezi nimi je pouze rozdíl v dosaženém vzdělání, z tohoto důvodu je jiné označení. Celkem jejich počet dosahuje 41 % z celkového počtu. Jsou tedy nejpočetněji zastoupenou skupinou pracovníků ZZS.

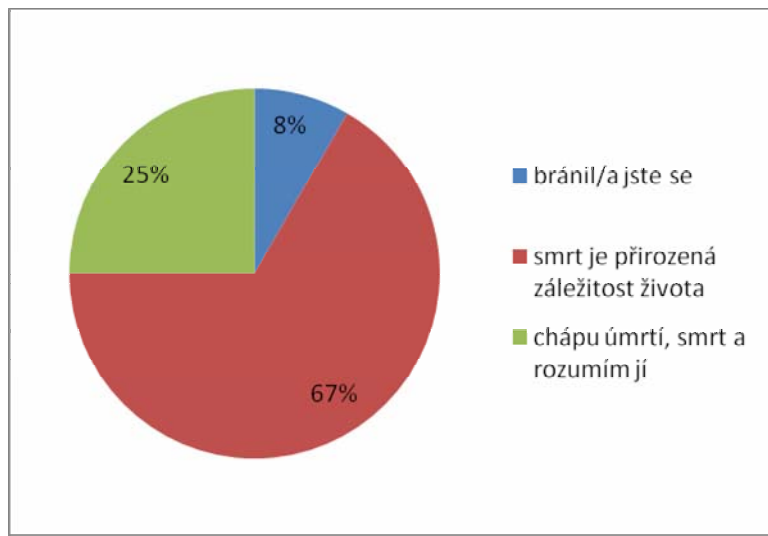
Respondenti s názvem zdravotnický záchranář a zdravotní sestra s PSS – IP nebo ARIP tvoří druhou početně nejsilnější skupinu a to 32 %. Je zde opět pouze rozdíl v dosaženém vzdělání. Co se týče odbornosti jsou si rovni a též mají stejné pracovní povinnosti.

Nejnižší procentuální zastoupení je lékařů – 22 %. Tato situace je dána strukturou ZZS. V ZZS je většina posádek na výjezdových stanovištích typu rychlá zdravotnická pomoc (dále jen RZP). Tyto posádky jsou dvoučlenné, složené z výše dvou uvedených skupin. Méně časté jsou posádky, kdy zmíněná dvoučlenná posádka je změněna na tříčlennou, doplněnou o lékaře.



#### 4. otázka: Jaký byl Váš první dojem při setkání se smrtí?

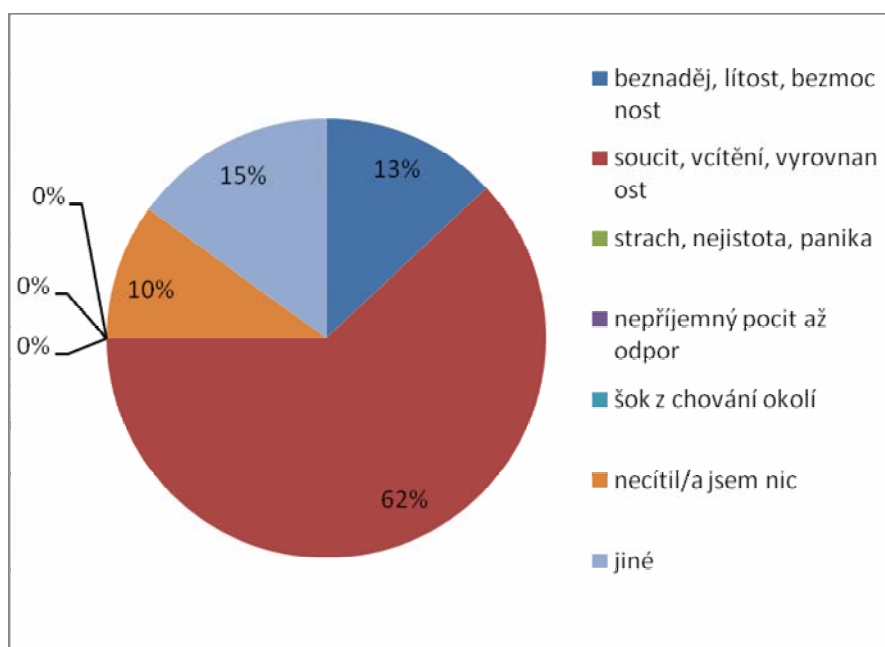
|                                     |      |
|-------------------------------------|------|
| Bránil/a jste se                    | 8 %  |
| Smrt je přirozená záležitost života | 67 % |
| Chápu úmrtí, smrt a rozumím jí      | 25 % |



Z uvedeného nám plyne, že z celého počtu respondentů odpovědělo: smrt je přirozená záležitost života (67 %) a odpověď: chápu úmrtí, smrt a rozumím jí (25 %) – dohromady 92 %. Tito respondenti by neměli mít problém s vyrovnáváním se s úmrtím pacienta. U zbylých 8% by se mohl problém vyskytnout.

## 5. otázka: Co pociťujete při setkání s úmrtím, se smrtí?

|                              |      |
|------------------------------|------|
| Beznaděj, lítost, bezmocnost | 13 % |
| Soucit, vcítění, vyrovnanost | 62 % |
| Strach, nejistota, panika    | 0 %  |
| Nepříjemný pocit až odpor    | 0 %  |
| Šok z chování okolí          | 0 %  |
| Necítil/a jsem nic           | 10 % |
| Jiné                         | 15 % |



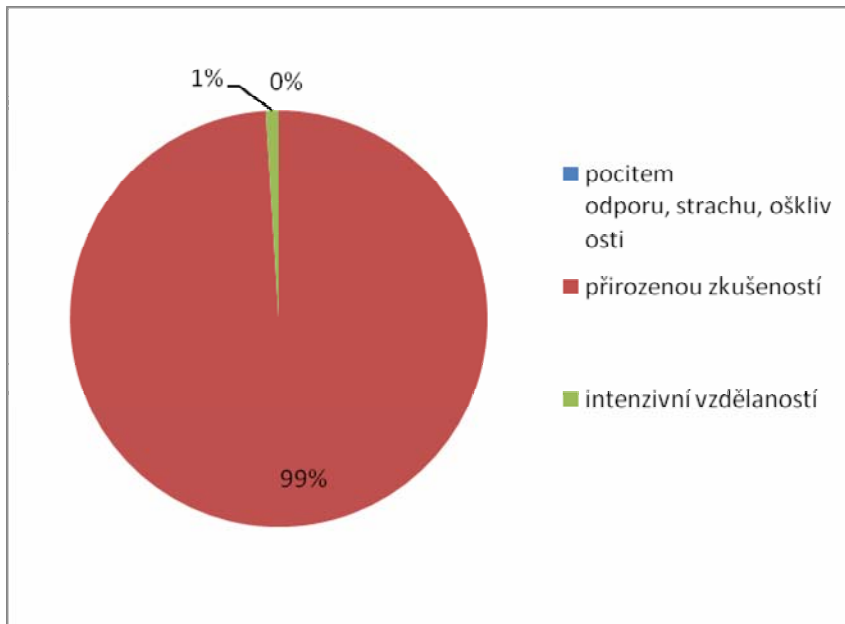
Shrňme-li výsledek této odpovědi, dostáváme pocity respondentů při setkání se smrtí.

62 % - soucit, vcítění, vyrovnanost - je, z mého pohledu, v otázce dalšího působení v ZZS hodnoceno jako dobré. 13 % - beznaděj, lítost, bezmocnost - vidím jako situaci, kdy bych zahájila prevenci působení zátěžových situací na pracovníka ZZS. 10 % - necítil jsem nic – nevidím jako dobré a rozhodně bych se těmto pracovníkům věnovala více.

15 % - jiné – znamená odpovědi typu: někdy necítím nic, někdy soucit; dále slovní kombinace prvních dvou odpovědí či prvních čtyř odpovědí dle tabulky; to co cítím záleží na věku a zdravotním stavu zemřelého či zda šlo o dlouhodobé nebo akutní úmrtí; akceptuji smrt.

## 6. otázka: Jak reagujete na mrtvé tělo?

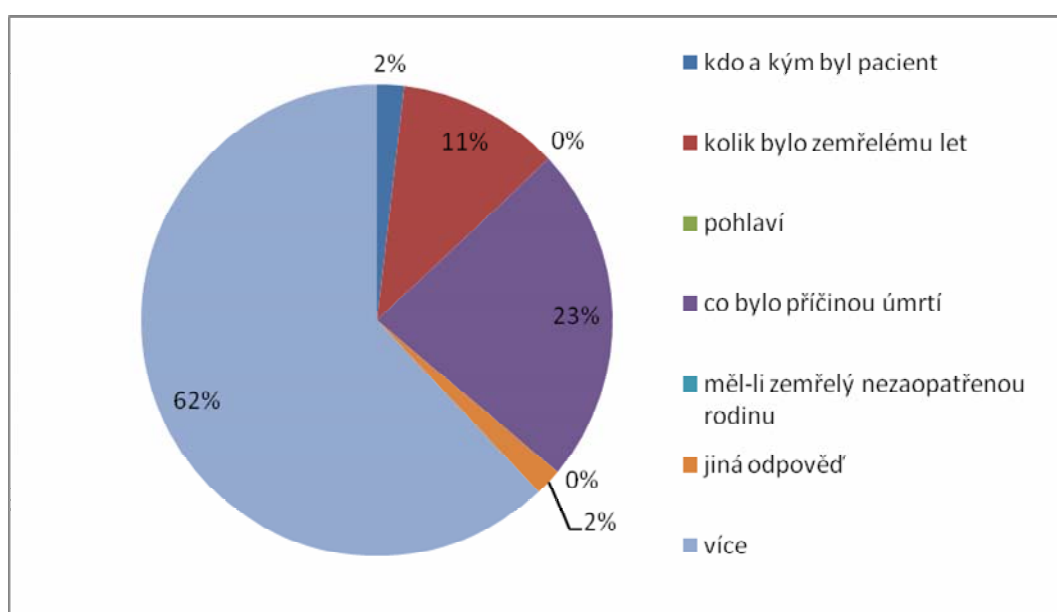
|                                     |      |
|-------------------------------------|------|
| Pocitem odporu, strachu, ošklivosti | 0 %  |
| Přirozenou zkušeností               | 99 % |
| Intenzivní vzdělaností              | 1 %  |



Vyhodnocení této odpovědi jednoznačně procentuálně ukazuje na využívání přirozených zkušeností v reakci na mrtvé tělo.

## 7. otázka: Co Vás zajímá a ovlivňuje při úmrtí pacienta?

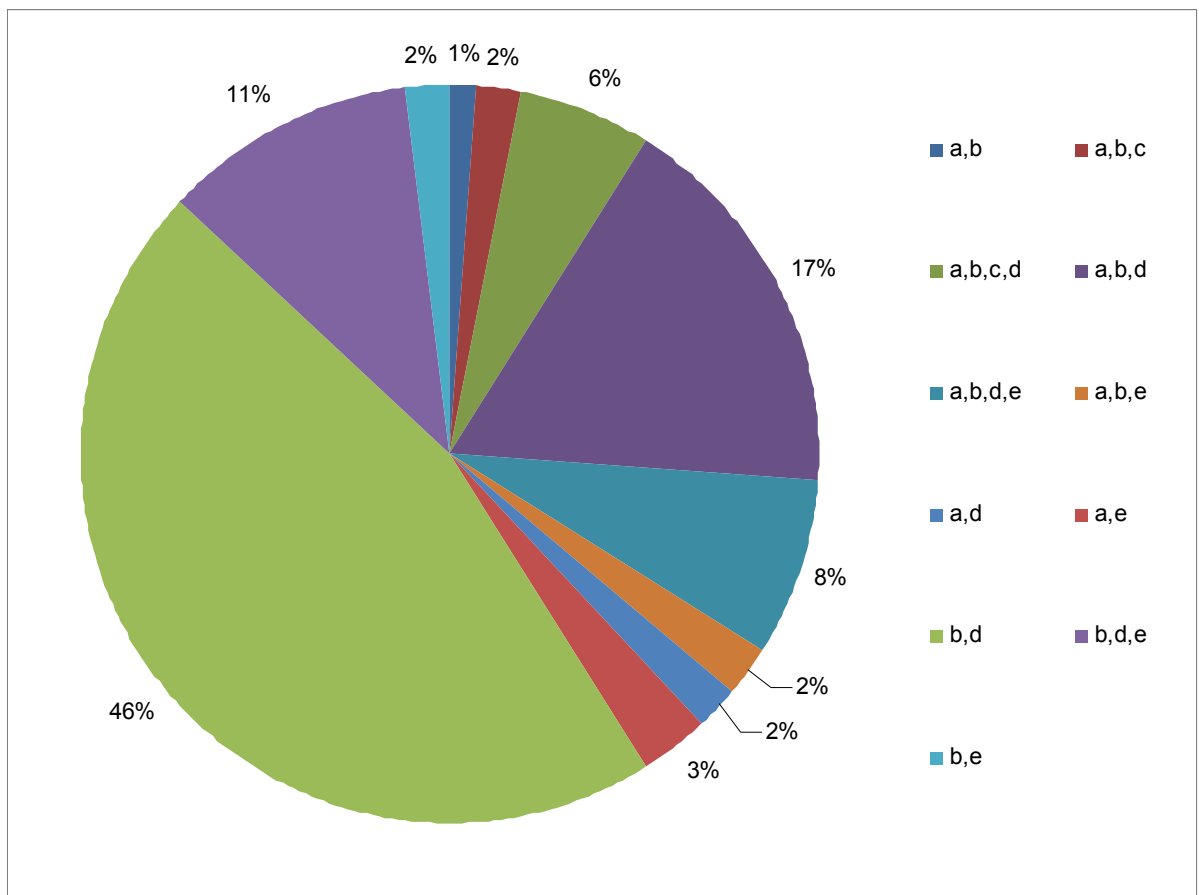
|   |                                     |      |
|---|-------------------------------------|------|
| A | Kdo a kým byl pacient               | 2 %  |
| B | Kolik bylo zemřelému let            | 11 % |
| C | Pohlaví                             | 0 %  |
| D | Co bylo příčinou úmrtí              | 23 % |
| E | Měl-li zemřelý nezaopatřenou rodinu | 0 %  |
| F | Jiná možnost                        | 2 %  |
| G | Více možností                       | 62 % |



Statistika nám jednoznačně udává, že respondenti si nejvíce vybírali odpověď: více možností (62 %), kterou jsem níže podrobněji rozebrala. Další nejvíce procentuálně zastoupenou odpovědí je odpověď: co bylo příčinou úmrtí (23 %). O něco méně je odpověď: kolik bylo zemřelému let (11 %). 2 % dotazovaných mají v odpovědi: kdo a kým byl pacient a varianta jiná možnost (veškeré informace o zemřelém, osobní vztah k zemřelému).

7g – kombinace možností

|            |      |
|------------|------|
| A, B       | 1 %  |
| A, B, C    | 2 %  |
| A, B, C, D | 6 %  |
| A, B, D    | 17 % |
| A, B, D, E | 8 %  |
| A, B, E    | 2 %  |
| A, D       | 2 %  |
| A, E       | 3 %  |
| B, D       | 46 % |
| B, D, E    | 11 % |
| B, E       | 2 %  |



V otázce č. 7 měli respondenti možnost v odpovědi g) zkombinovat odpovědi a – e).

V posloupnosti od nejvíce procent k nejmenšímu procentu je vyhodnocení následovné:

46 % kombinace: B, D – kolik bylo zemřelému let a co bylo příčinou úmrtí

17 % kombinace: A, B, D – kdo a kým byl pacient, kolik bylo zemřelému let, co bylo

příčinou úmrtí

11 % kombinace: B, D, E – kolik bylo zemřelému let, co bylo příčinou úmrtí, měl-li zemřelý nezaopatřenou rodinu

8 % kombinace: A, B, D, E – kdo a kým byl pacient, kolik bylo zemřelému let, co bylo příčinou úmrtí, měl-li zemřelý nezaopatřenou rodinu

6 % kombinace: A, B, C, D – kdo a kým byl pacient, kolik bylo zemřelému let, pohlaví, co bylo příčinou úmrtí

3 % kombinace: A, E – kdo a kým byl pacient, měl-li zemřelý nezaopatřenou rodinu

2% kombinace: A, B, C – kdo a kým byl pacient, kolik bylo zemřelému let, pohlaví

2 % kombinace: A, B, E – kdo a kým byl pacient, kolik bylo zemřelému let, měl-li zemřelý nezaopatřenou rodinu

2 % kombinace: A, D – kdo a kým byl pacient, co bylo příčinou úmrtí

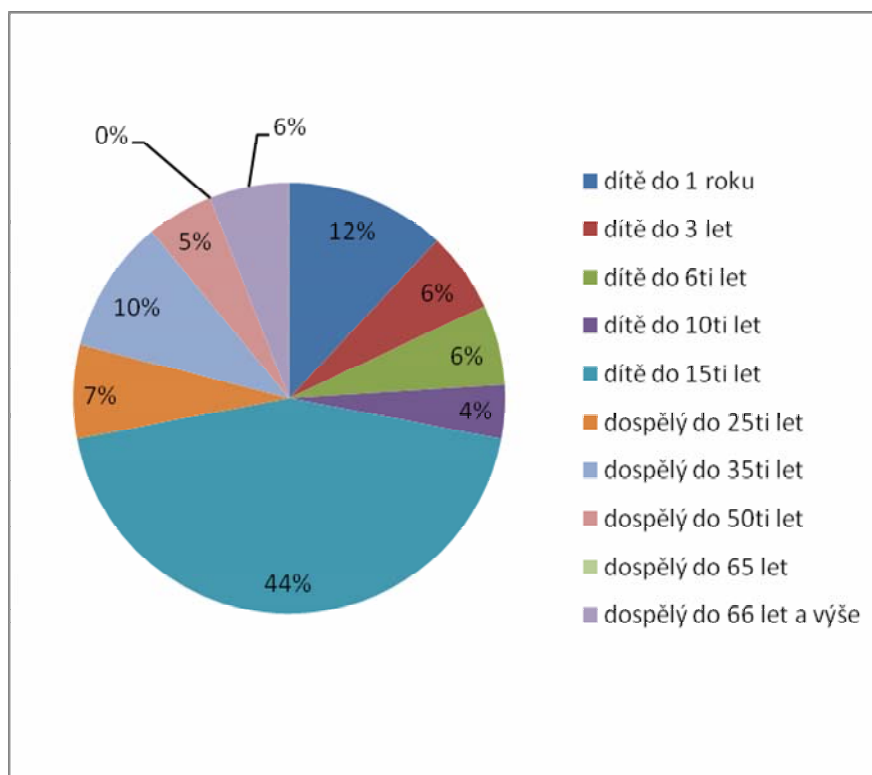
2 % kombinace: B, E – kolik bylo zemřelému let, měl-li zemřelý nezaopatřenou rodinu

1 % kombinace: A, B – kdo a kým byl pacient, kolik bylo zemřelému let

Po celkovém zhrnutí nám jednoznačně vyplývá, že respondenty nejvíce zajímá a ovlivňuje odpověď: co bylo příčinou úmrtí a kolik bylo zemřelému let.

**8. otázka: Která věková skupina Vás nejvíce zasáhne svým úmrtím?**

|                          |      |
|--------------------------|------|
| Dítě do 1 roku           | 12 % |
| Dítě do 3 let            | 6 %  |
| Dítě do 6 let            | 6 %  |
| Dítě do 10 let           | 4 %  |
| Dítě do 15 let           | 44 % |
| Dospělý do 25 let        | 7 %  |
| Dospělý do 35 let        | 10 % |
| Dospělý do 50 let        | 5 %  |
| Dospělý do 65 let        | 0 %  |
| Dospělý do 66 let a výše | 6 %  |



V rámci těchto odpovědí předložka DO znamená celou uvedenou skupinu dětí, lidí od narození až do uvedeného věku. Z toho nám vyplývá, že uvedený vzorek respondentů nejvíce zasáhne:

- skupina dětí do 15 ti let – 44 %

- dítě do 1 roku – 12 %
- skupina dospělý do 35 let – 10 %
- skupina dospělý do 25 let – 7 %
- skupina dětí do 3 let – 6 %
- skupina dětí do 6 let – 6 %
- skupina dospělých do 66 let a výše – 6 %
- skupina do 50 let – 5 %
- děti do 10 let – 4 %

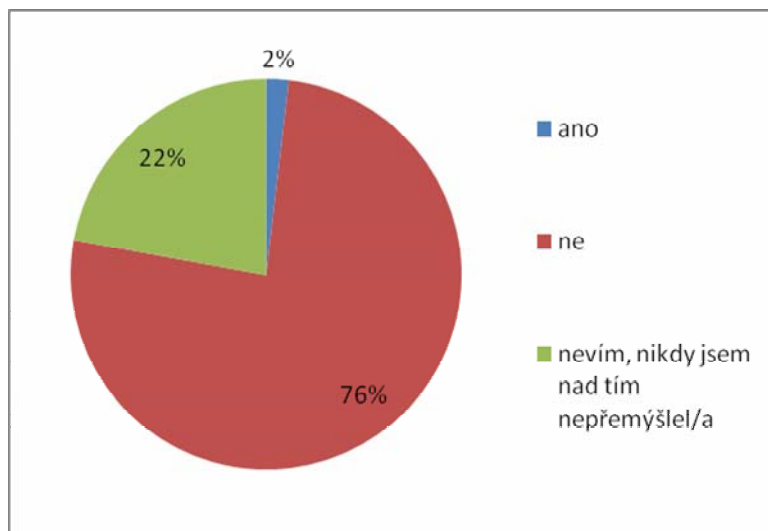
Procentuální výsledek nám jednoznačně signalizuje, že nejvíce respondenty zasáhne úmrtí dítěte a to jakékoli věkové skupiny (celkem 72 %).

Zajímavé je i procento skupiny dospělých do 66 let a výše. Můžeme konstatovat, že tyto respondenty zasáhne úmrtí člověka v jakékoliv věkové skupině.



**9.otázka: Máte strach ze sebekontroly při umírání pacienta?**

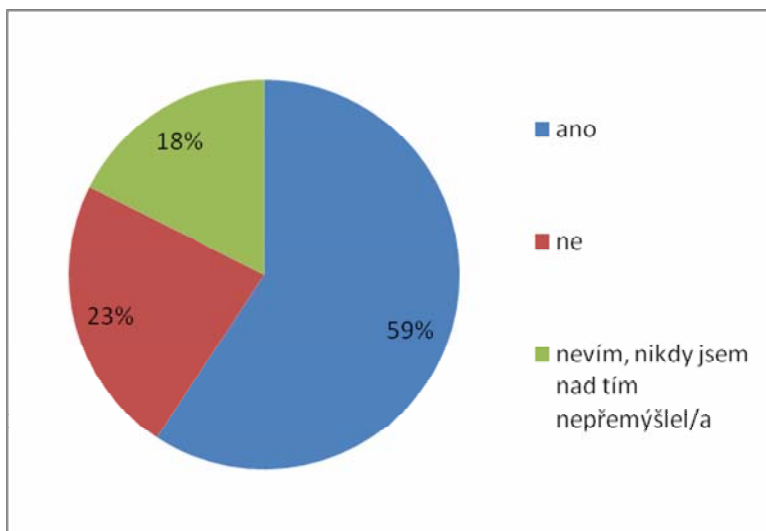
|   |      |
|---|------|
| Ano                                     | 2 %  |
| Ne                                      | 76 % |
| Nevím, nikdy jsem nad tím nepřemýšlel/a | 22 % |



Respondenti z 76 % nemají v této odpovědi problém se sebekontrolou při umírání pacienta, další množství (22 %) nad tímto problémem nikdy nepřemýšlel/a. Pouze 2 % mají strach, že tuto záležitost nezvládnou, což může být v budoucnu zdrojem psychických potíží těchto respondentů.

**10. otázka: Trápí Vás v souvislosti s Vaším zaměstnáním často myšlenky na možnost ztráty svých blízkých v této otázce?**

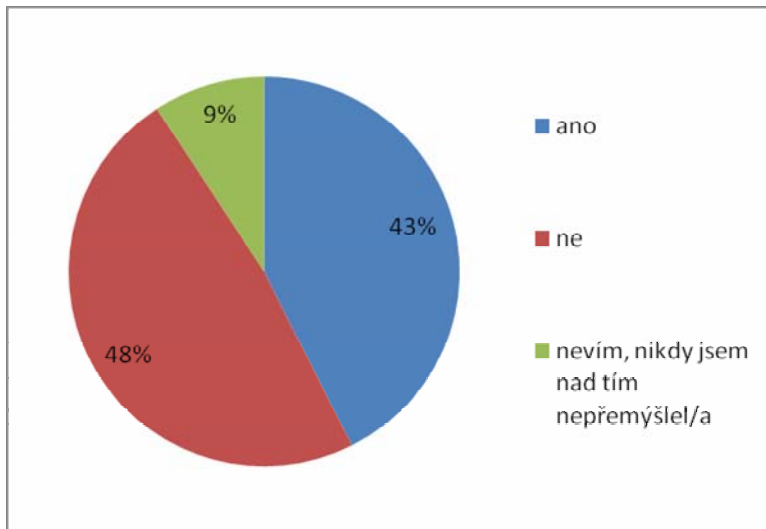
|   |      |
|---|------|
| Ano                                     | 59 % |
| Ne                                      | 23 % |
| Nevím, nikdy jsem nad tím nepřemýšlel/a | 18 % |



Vyhodnocení této odpovědi signalizuje, že větší polovinu respondentů (59 %) smrt pacientů „donutila“ přemýšlet o možnosti ztráty blízkých. Poměrně je vyšší procento (18 %) nad touto otázkou nikdy nepřemýšlela. Zbýlých 23 % tato záležitost netrápí.

### 11. otázka: Ovlivňuje smrt Vašeho pacienta Vaši psychiku?

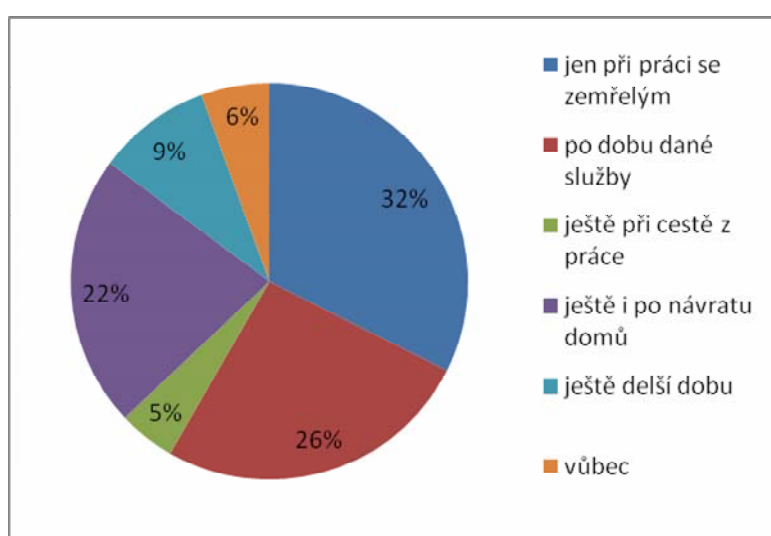
|   |      |
|---|------|
| Ano                                     | 43 % |
| Ne                                      | 48 % |
| Nevím, nikdy jsem nad tím nepřemýšlel/a | 9 %  |



Vyhodnocení této otázky nás informuje, že úmrtí pacienta psychiku respondentů ovlivňuje zhruba půl na půl. Z celkového počtu jich 43 % uvádí ano, 48 % uvádí ne a zbylých 9 % se nad tímto problémem nikdy nezamyslela.

## 12. otázka: Myslíte dlouho na zemřelého pacienta?

|                           |      |
|---------------------------|------|
| Jen při práci se zemřelým | 32 % |
| Po dobu dané služby       | 26 % |
| Ještě při cestě z práce   | 5 %  |
| Ještě i po návratu domů   | 22 % |
| Ještě delší dobu          | 9 %  |
| Vůbec                     | 6 %  |



Uvedená otázka nám rovněž souvisí s psychikou a její ovlivnění v důsledku úmrtí pacienta.

Čím déle respondenti myslí na zemřelého, tím je více jejich psychika ovlivňována.

32 % respondentů myslí na zemřelého jen při práci se zemřelým

26 % respondentů myslí na zemřelého jen po dobu dané služby

22 % respondentů myslí na zemřelého ještě i po návratu domů

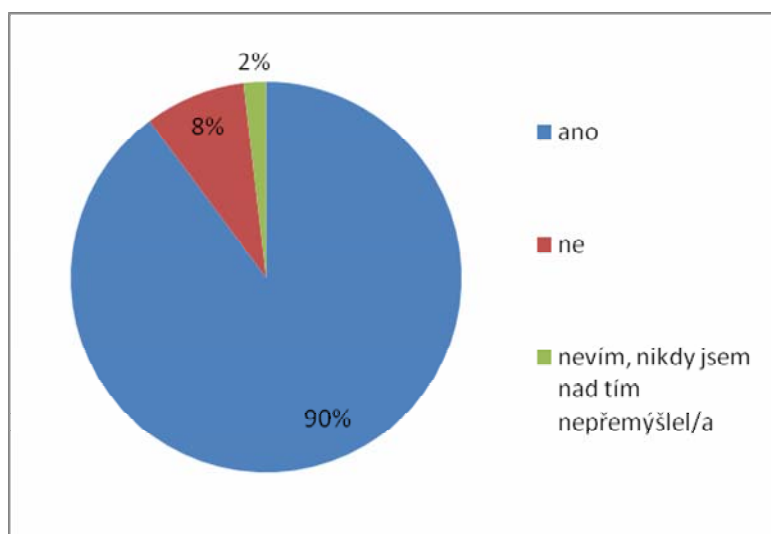
9 % respondentů myslí na zemřelého ještě delší dobu

6 % respondentů na zemřelého nemyslí vůbec

5 % respondentů myslí na zemřelého ještě při cestě z práce

**13. otázka: Je doba přemýšlení o zemřelém ovlivněna věkem, tragikou a dramatikou událostí?**

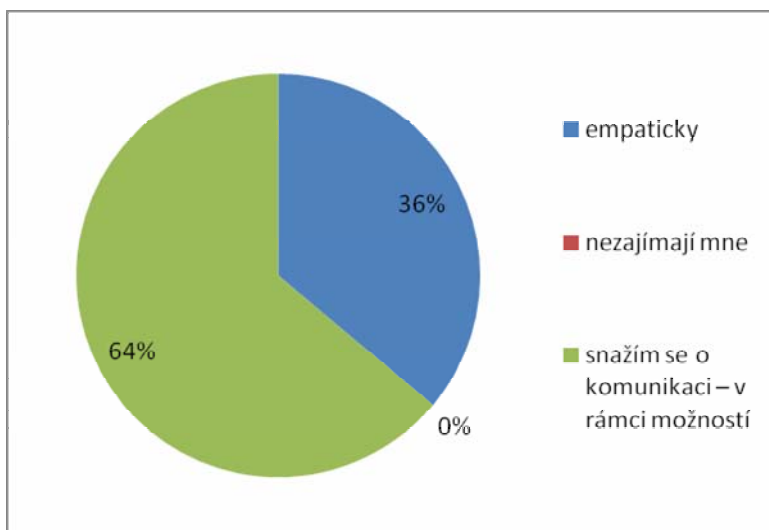
|   |      |
|---|------|
| Ano                                     | 90 % |
| Ne                                      | 8 %  |
| Nevím, nikdy jsem nad tím nepřemýšlel/a | 2 %  |



Doba, po kterou respondenti přemýšlí o zemřelém je z 90 % ovlivňována věkem, tragikou a dramatickou událostí. Pro 8 % respondentů není tato doba uvedenými aspekty ovlivňována. Pouze 2 % respondentů se nad tímto problémem nikdy nezamyslela.

#### 14. otázka: Jak se stavíte k přítomným pozůstalým?

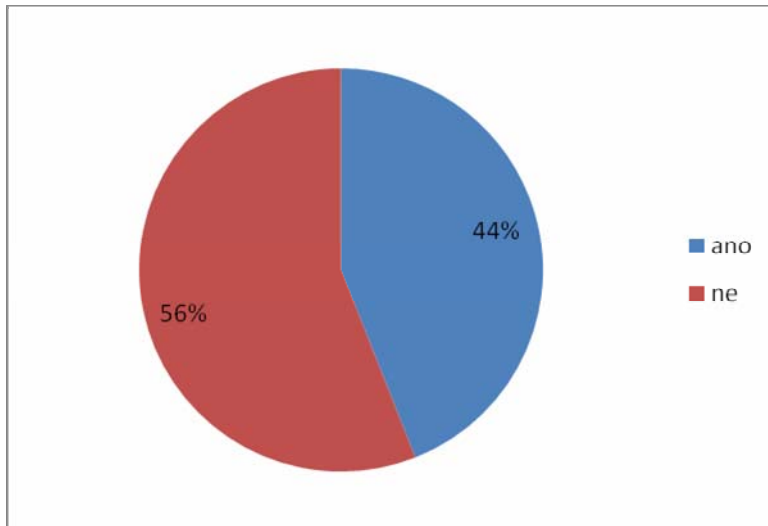
|   |      |
|---|------|
| Empaticky                                 | 36 % |
| Nezajímají mne                            | 0 %  |
| Snažím se o komunikaci – v rámci možností | 64 % |



Vyhodnocení odpovědí, vztahující se k této otázce, je důležité z etického pohledu působení pracovníků ZZS k pacientům a k okolí. Rozhodně zde není ze strany respondentů negativní postoj k pozůstalým. Nesmírnou pozitivitou je, že chování a jednání respondentů je z 36 % empatické a 64 % respondentů se snaží v rámci možností o komunikaci.

**15. otázka: Setkal/a jste se v návaznosti bezprostředně po úmrtí Vašeho pacienta s agresivitou?**

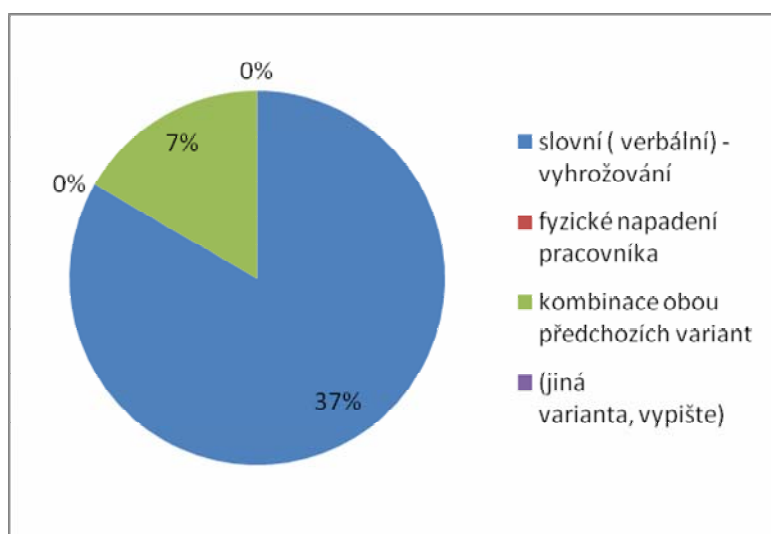
|     |      |
|-----|------|
| Ano | 44 % |
| Ne  | 56 % |



Menší polovina respondentů se během své práce setkala ze 44 % s agresivitou. Větší polovina (56 %) se v průběhu svých pracovních činností s agresí vůbec nesešla. Tento výsledek nám zcela zřetelně ukazuje na zvýšenou rizikovost popisovaného povolání.

### 16. otázka: Jakého charakteru byla tato reakce?

|                                    |      |
|------------------------------------|------|
| Slovní (verbální) – vyhrožování    | 37 % |
| Fyzické napadení pracovníka        | 0 %  |
| Kombinace obou předchozích variant | 7 %  |
| Jiná                               | 0 %  |

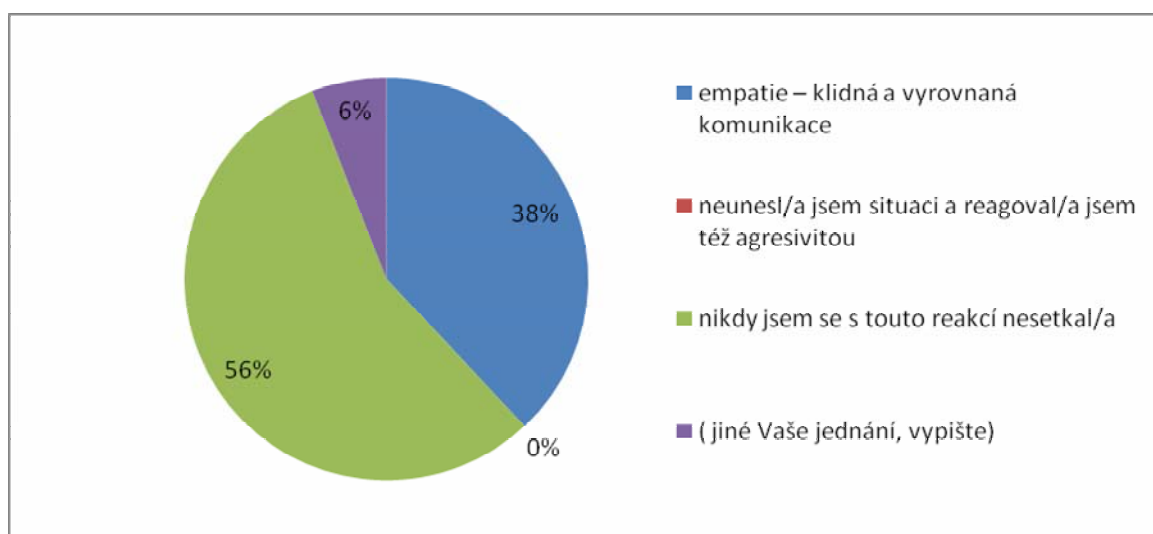


Respondenti v této odpovědi blíže specifikují druh agresivity jako reakci na úmrtí jimi ošetřovaného pacienta. 37 % z nich udává „pouze“ verbální agresivitu a 7 % z nich udává kombinaci jak verbálního, tak i fyzického napadení. Celkem tedy bylo postiženo agresivitou 44 % respondentů, což souhlasí s vyhodnocením předchozí otázky č. 15.



### 17. otázka: Vaše reakce na tuto agresi?

|  |      |
|--|------|
| Empatie – klidná a vyrovnaná komunikace                  | 38 % |
| Neunesl/a jsem situaci a reagoval/a jsem též agresivitou | 0 %  |
| Nikdy jsem se s touto reakcí nesetkal/a                  | 56 % |
| Jiné   | 6 %  |



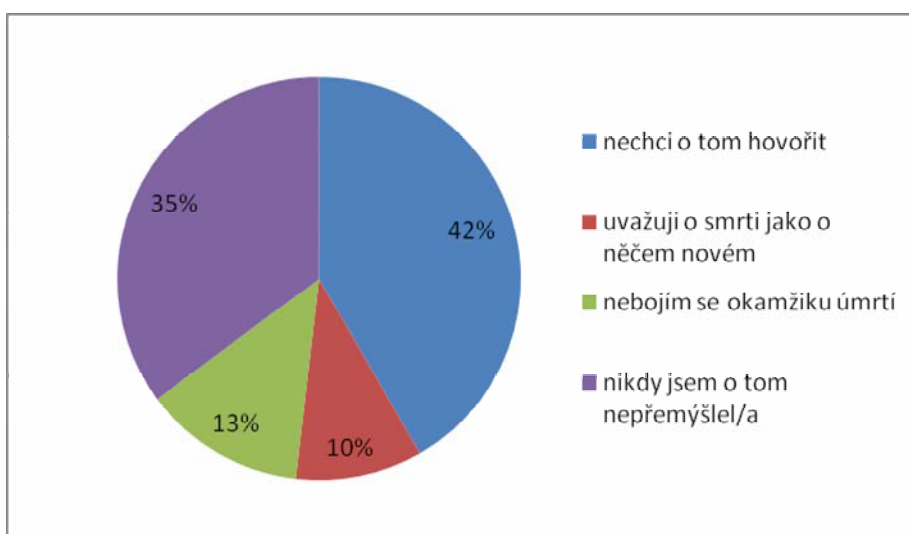
Jak reagovali respondenti na agresivitu, která se objevila po úmrtí jejich pacienta?

38 % z nich se projevili, dle jejich názoru, empaticky. 56 % respondentů se nikdy s touto reakcí nesetkalo (odpovídá výsledku otázky č. 15). Jiným chováním a jednáním se projevuje 6 % respondentů, kteří jednali následovně:

neodporoval jsem; přestal jsem s dotyčným komunikovat; udržoval jsem odstup; empatie a současně zvýšená verbální komunikace; lékař komunikoval, sama jsem se s tímto nikdy nesetkala a jen jsem žasla.

### 18. otázka: Jaký máte postoj k vlastní smrti?

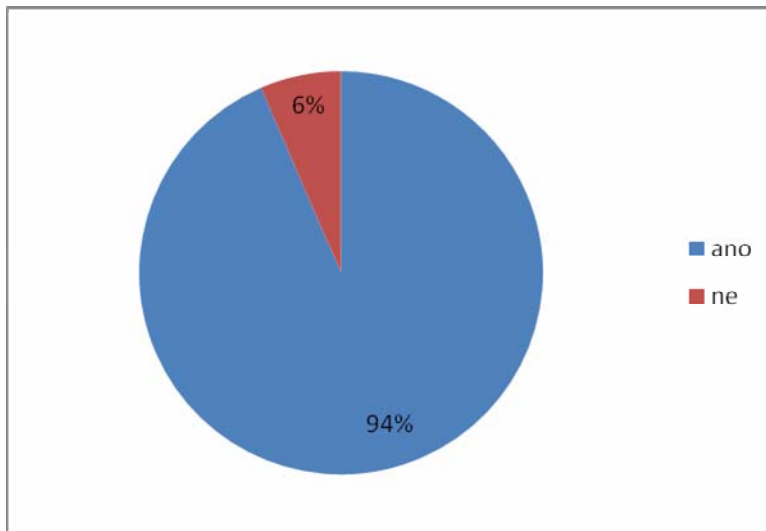
|                                    |      |
|------------------------------------|------|
| Nechci o tom hovořit               | 42 % |
| Uvažuji o smrti jako o něčem novém | 10 % |
| Nebojím se okamžiku úmrtí          | 13 % |
| Nikdy jsem o tom nepřemýšlel/a     | 35 % |



V 18. otázce se respondenti vyjadřují k vlastní smrti. Téměř polovina (42 %) o tom nechce hovořit, další větší skupina respondentů o tom nikdy nepřemýšlela (35 %). Respondenti, kteří se nebojí okamžiku svého úmrtí, jsou představováni 13 %. Zbýlých 10 % uvažuje o smrti jako o něčem novém.

**19. otázka: Znáte pojem „syndrom vyhoření“ (burn-out)?**

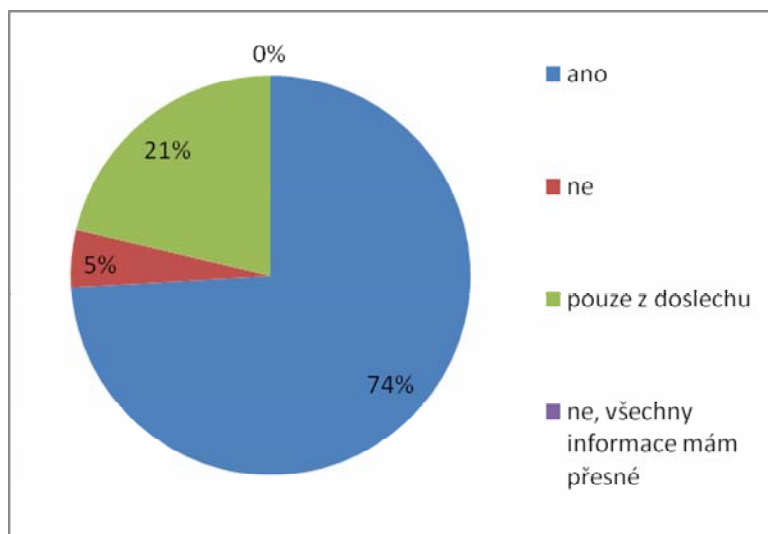
|     |      |
|-----|------|
| Ano | 94 % |
| Ne  | 6 %  |



V souvislosti „syndromu vyhoření“ a pomáhající profese mne zajímalo, zda respondenti znají pojem „syndrom vyhoření“. Z 94 % pracovníci ZZS odpověděli ano, zbylých 6 % ne.

## 20. otázka: Znáte jeho příčiny vzniku, hlavní projevy a jeho vývoj?

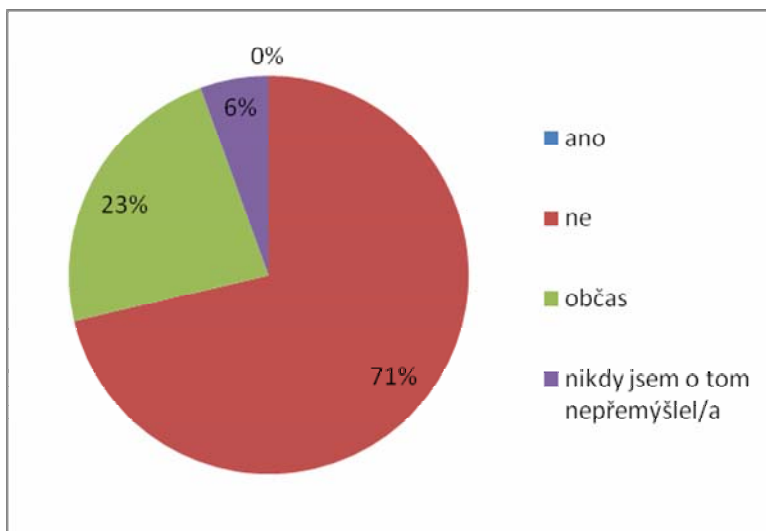
|                                 |      |
|---------------------------------|------|
| Ano                             | 74 % |
| Ne                              | 5 %  |
| Pouze z doslechu                | 21 % |
| Ne všechny informace mám přesné | 0 %  |



Z této otázky dostáváme vyhodnocení, zda mají respondenti základní vědomosti o „syndromu vyhoření“. 74 % respondentů odpovídá ano. 21 % respondentů má tyto informace pouze z doslechu, což nepovažují za dostatečné a už za zcela nedostatečné považují absolutní neznalost u 5 % respondentů, kteří odpověděli ne.

**21. otázka: Nemáte u sebe pocit vzniku syndromu vyhoření v souvislosti s úmrtím Vašeho pacienta?**

|   |      |
|---|------|
| Ano                                     | 0 %  |
| Ne                                      | 71 % |
| Občas                                   | 23 % |
| Nevím, nikdy jsem nad tím nepřemýšlel/a | 6 %  |

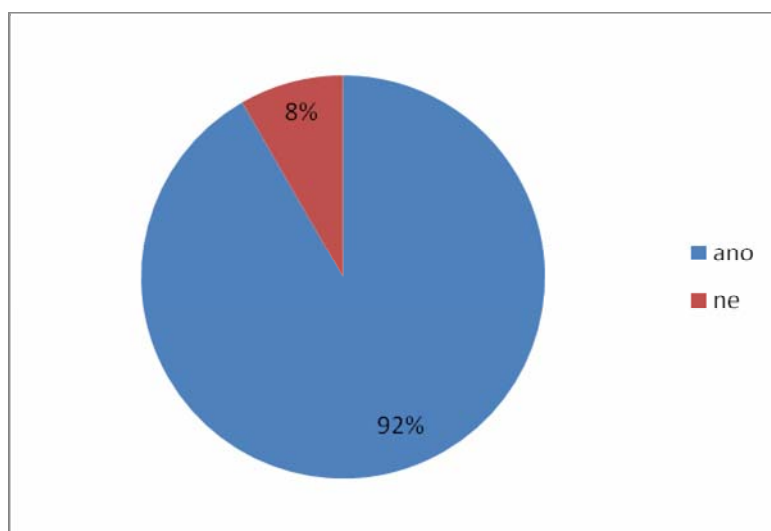


Na tuto otázku respondenti odpovídají ne ze 71 %, občas 23 % a odpověď nevím, nikdy jsem o tom nepřemýšlela je zastoupena 6 ti %. Žádný z respondentů nemá u sebe pocit vzniku syndromu vyhoření.

V předchozí otázce č. 19 - 6 % respondentů odpovídá, že nezná pojem „syndrom vyhoření“. V další předchozí otázce č. 20 zase 5 % respondentů odpovídá, že neznají základní informace o „syndromu vyhoření“. Zhodnocení předchozích otázek č. 19, 20 téměř odpovídá výsledku v této odpovědi a to: nevím, nikdy jsem o tom nepřemýšlel/a, která je rovna 6 %.

**22. otázka: Znáte prevenci tohoto syndromu, umíte se odreagovat po službě, ve které došlo k úmrtí pacienta?**

|     |      |
|-----|------|
| Ano | 92 % |
| Ne  | 8 %  |



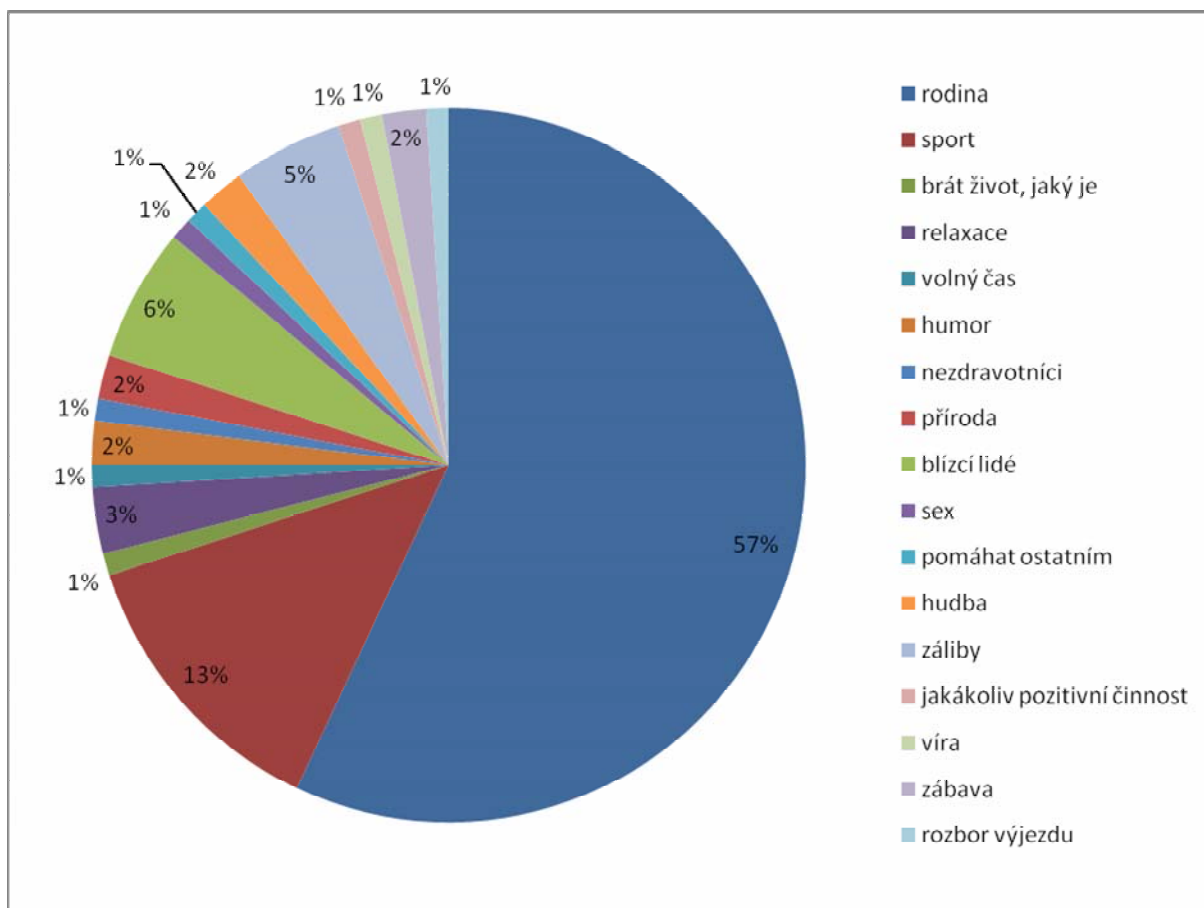
Vyhodnocením této otázky dostáváme odpověď, že 92 % respondentů zná prevenci „syndromu vyhoření“ a umí se po službě, ve které došlo k úmrtí pacienta, odreagovat. 8 % respondentů neví nic o prevenci tohoto syndromu.

Pokud vycházíme z předchozích odpovědí na otázky č. 19 (vůbec nezná pojem „syndrom vyhoření“ 6 % respondentů) a otázky č. 20 (nezná základní informace o „syndromu vyhoření“ 5 % respondentů), pak 2 - 3 % respondentů, kteří znají vše potřebné o výše uvedeném syndromu, neznají ani jeho prevenci a ani se neumí po takto náročné službě odreagovat.

### 23. otázka: Co Vám pomáhá najít Vaši duševní a fyzickou rovnováhu?

Každý respondent jako odpověď na tuto otázku uváděl více položek. V podstatě se položky u každého z respondentů opakovaly, pouze však v různém sledu pořadí. Abych mohla provést vyhodnocení, vycházela jsem z toho, že ta položka, kterou respondent uvedl na prvním místě je pro něj zcela zásadní a nejdůležitější. Položku z prvního místa jsem tedy vzala jako nosnou a výsledkem je následující vyhodnocení této otázky.

|                             |      |
|-----------------------------|------|
| Rodina                      | 57 % |
| Sport                       | 13 % |
| Brát život jaký je          | 1 %  |
| Relaxace                    | 3 %  |
| Volný čas                   | 1 %  |
| Humor                       | 2 %  |
| Nezdravotníci               | 1 %  |
| Příroda                     | 2 %  |
| Blízcí lidé                 | 6 %  |
| Sex                         | 1 %  |
| Pomáhat ostatním            | 1 %  |
| Hudba                       | 2 %  |
| Záliby                      | 5 %  |
| Jakákoliv pozitivní činnost | 1 %  |
| Víra                        | 1 %  |
| Zábava                      | 2 %  |
| Rozbor výjezdu              | 1 %  |



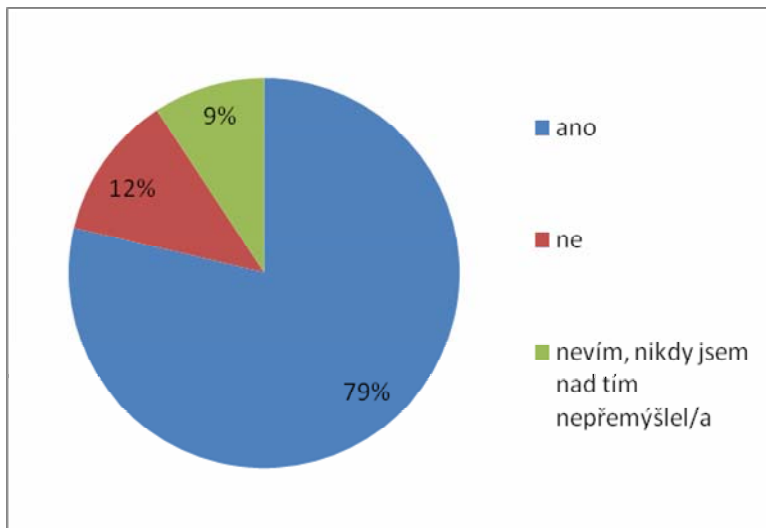
Respondentům pomáhá najít duševní a fyzickou rovnováhu dle očekávání na prvním místě z 58 % rodina. Další je z 13% sport. Z dalších položek, které jsou více procentuálně zastoupeny je: 6 % blízcí lidé, 5 % záliby a 3 % relaxace. Ostatní položky jsou zastoupeny již v rozmezí 1 – 2 %.

Z tohoto nám vyplývá důležitost dobrého a kvalitního zázemí – rodiny – pro tuto „pomáhající profesí“.



#### 24. otázka: Změnila Vás Vaše práce v otázce žebříčku Vašich životních hodnot?

|   |      |
|---|------|
| Ano                                     | 79 % |
| Ne                                      | 12 % |
| Nevím, nikdy jsem nad tím nepřemýšlel/a | 9 %  |

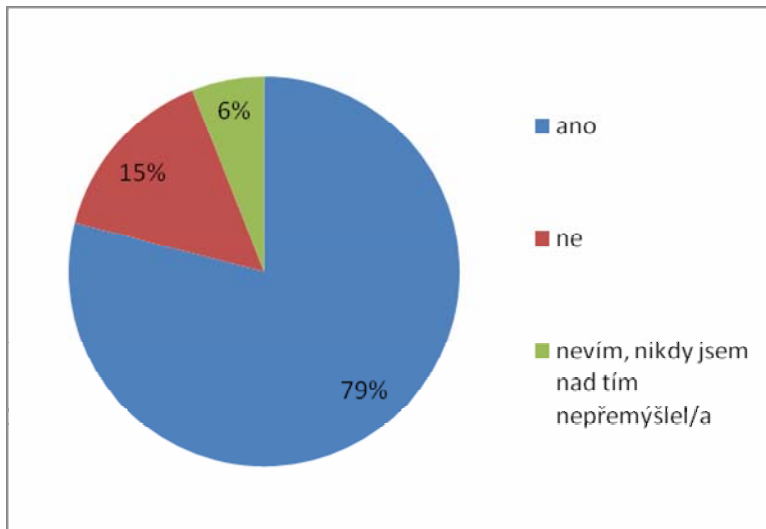


Odpovědi respondentů jsou z toho pohledu velmi zajímavé. V jejich životě, v důsledku jejich povolání, dochází ke změně životních hodnot. Ano – odpovídají respondenti z 79 %. Ne – z 12 %. Nevím, nikdy jsem o tom nepřemýšlel/a odpovídají z 9 %.

Vyhodnocení nás rovněž informuje o náročnosti této profese.

**25. otázka: Změnilo Vás Vaše zaměstnání v pohledu na život a smrt člověka?**

|   |      |
|---|------|
| Ano                                     | 79 % |
| Ne                                      | 15 % |
| Nevím, nikdy jsem nad tím nepřemýšlel/a | 6 %  |



Respondenti, v rámci odpovědi, na otázku reagují takto: 79 % uvádí ano, 15 % uvádí ne. Zbýlých 6 % odpovídají: nevím, nikdy jsem nad tím nepřemýšlela.

## 9. Diskuze

Hlavním a nosným cílem mé práce je celkové shrnutí vnímání smrti z pohledu pracovníka ZZS. K získání co nejvíce materiálů a informací jsem využila výzkumu kvantitativního a kvalitativního.

Výzkum kvalitativní zahrnuje prožívání emocí, tragiky dvou záchranných týmů, které se během své pracovní činnosti setkaly s naprosto odlišným typem úmrtí. Obě tyto situace nesou psychické a emoční vypětí členů posádek. Poznávají nejen psychiku, ale i bio-psycho-sociální pohodu jednotlivých členů posádky.

V první případové studii jsem byla přítomna návratu zmiňovaného týmu na výjezdové stanoviště. Na první pohled bylo zřejmé, jak extrémně silný byl jejich zážitek, jejich trauma. Pokud provedu shrnutí této události (příčina z vnější, silná až extrémní; prožitek ohrožení života, tělesné či duševní integrity; pocit bezmocnosti atd.), pak mohu zkonstatovat, že šlo o těžké psychické trauma pro zúčastněné pracovníky ZZS. V rámci jejich akutní reakci na stres dominoval emoční projev – hovoření o negativním zážitku. Společně jsme provedli rozbor situace a kolegové mluvili, mluvili a mluvili. Značkou ideál by byl pro ně větší klid, ničím nerušené místo k rozhovoru, popř. rozhovor se specialistou a nikoliv další akutní výjezd. Pozdní reakci na popisovaný zásah můžeme sledovat v jimi provedeném písemném shrnutí po cca ½ roce. Každý z nich vzpomene jinou maličkost či drobnost, která mu utkvěla v paměti.

V druhé případové studii popisují svůj vlastní prožitek. I zde je zcela jasně vidět odraz akutní reakce na smrt. Velmi mne, ač šlo o úmrtí, překvapila a zasáhla již zmiňovaná důstojnost okamžiku. V odstupě času (pozdní reakci) se mi stále vybavuje „úžasnost té chvíle“. Mám dobrý pocit z toho, že i v dnešní uspěchané době se najdou lidé laskaví, dobří a ochotní dát lásku i starým, nemohoucím lidem...

V kvantitativním výzkumu jsem použila anonymní dotazníkovou metodu. Jednotlivé odpovědi na příslušné otázky jsem zhodnotila z pohledu pěti oblastí:

- profil pracovníka ZZS
- pocity při momentálním setkáním se smrtí
- pocity při odeznívání smrti
- agresivita jako reakce na smrt ze strany pozůstalých, okolí
- postoj k vlastní smrtelnosti

Do oblasti **profilu pracovníka ZZS** jsem zařadila odpovědi na otázky č. 1 – 3

a vyhodnotila bych je následovně. Na ZZS může pracovat člověk bez rozdílu pohlaví a věku. Musí však splňovat určité požadavky a podmínky zaměstnavatele. Důležitou roli při přijímání nových pracovníků na určité pracovní zařazení hraje odpovídající vzdělání (dle zákona č.96/2004 Sb.) a zdravotní stav uchazeče o přijetí do zaměstnání na ZZS.

V oblasti **pocity při momentálním setkání se smrtí** jsem hodnotila otázky č. 4 – 8. Respondenti chápou (otázka č. 4) smrt jako přirozenou záležitost života; chápou úmrtí, smrt a rozumí jí. Pouze 8% odpovídá, že se bránili tomuto ději, což je poměrně malé procento v daném množství. V otázce č. 5 „Co pociťujete při setkání se smrtí?“ odpovídá více než polovina respondentů - soucit, vcítění, vyrovnanost (62 %). Nepříznivá odpověď: „Necítil jsem nic“ je naštěstí zastoupena pouze 10 %. Odpověď: „beznaděj, lítost, bezmocnost“ může znamenat v budoucnu problém a odrazit se v psychice pracovníka. Zajímavým množstvím odpovědí (99 %) přirozenou zkušeností a 1 % intenzivní vzdělaností je zhodnocena otázka č. 6 – „Jak reagujete na mrtvé tělo?“. Otázka č. 7 je představována zejména odpovědí, která zahrnuje vícero možností (62 %). Z tohoto množství variant volili nejvíce respondenti odpověď B,D – kolik bylo zemřelému let a co bylo příčinou úmrtí.

V otázce č. 8 jsem předpokládala, že nejvíce zasáhne mé kolegy dětská kategorie a úmrtí mladých lidí. Můj předpoklad se mi potvrdil.

Výsledkem hodnocení této oblasti výzkumu je, z mého pohledu, snaha o profesionální přístup pracovníků ZZS. Tito lidé se zdají navenek bez citů, emocí. Není to však pravda. I tyto pracovníci „pomáhající profese“ znají soucit, lítost, bezmocnost a vcítění.

Další zkoumanou oblastí jsou **pocity při odeznívání smrti**, která zahrnuje odpovědi na otázky č. 9 – 14.

Z otázky č. 9 – „Máte strach ze sebekontroly při umírání?“ vyplývá, že respondenti tyto obavy nemají. Odpověď – ano – volilo pouze 2 % pracovníků ZZS.

V otázce č. 10 – „Trápí Vás v souvislosti s Vaším zaměstnáním často myšlenky na možnost ztráty svých blízkých v této otázce?“ volí odpověď ne 23 % a nevím, nikdy jsem o tom nepřemýšlela 18 % pracovníků. Znamená to, že větší polovina respondentů mají strach o své blízké, bojí se o ně a jsou svým povoláním v tomto pohledu deformováni.

Otázka č. 11 – „Ovlivňuje smrt Vašeho pacienta Vaši psychiku?“ Odpověď – ano – zní u 43 %, ne u 48 % a nevím, nikdy jsem o tom nepřemýšlel/a u 9 % respondentů. Psychika pracovníků ZZS je tedy orientačně ovlivňována půl na půl.

V otázce č. 12 – „Myslíte dlouho na zemřelého pacienta?“ odpovídá nejvíce (32 %)

pracovníků „jen při práci se zemřelým“, po dobu dané služby 26 % a ještě i po návratu domů 22 %. Dalších 9 % na zemřelého myslí ještě delší dobu. Při cestě z práce o zemřelém přemýšlí 5 % a vůbec na něj nemyslí 6 %. Tyto procenta nám ukazují, že respondenti se snaží oprostít od myšlenek na zemřelého a co nejdříve tyto smutné záležitosti nahradit pozitivními zážitky.

Na otázku č. 13 – „Je doba přemýšlení o zemřelém ovlivněna věkem, tragikou a dramatikou události?“ jednoznačně odpovídají pracovníci ZZS z 90 % ano. Pouze 8 % odpovídá ne.

V otázce č. 14 – „Jak se stavíte k přítomným pozůstalým?“ je velmi pozitivní, že 36 % odpovídá – empaticky a 64 % pracovníků ZZS se snaží o komunikaci. Ani jedno procento nepředstavuje odpověď – nezajímají mne.

Výsledkem vyhodnocení třetí oblasti kvantitativního výzkumu je, že pracovníci jsou i při odeznívání smrti pacienta ovlivňováni a to o to déle, čím je zásah záchranného týmu tragičtější, dramatičtější. Vliv má rovněž věk postiženého. Radostným zjištěním je i fakt, že pracovníci ZZS se řídí, jak ukázal výzkum, etickými a morálními ukazateli.

Čtvrtou vyhodnocovanou oblastí je **agresivita jako reakce na smrt ze strany pozůstalých, okolí**. Hodnoceny byly otázky č. 15 – 17.

Dle otázky č. 15 – „Setkal jste se v návaznosti bezprostředně po úmrtí Vašeho pacienta s agresivitou?“ odpovídají pracovníci – ano (44 %) a – ne - 56 %.

V otázce č. 16 – „Jakého charakteru byla tato reakce?“ hodnocena jako verbální 37 % a kombinace verbální s fyzickou 7 % uvedenými respondenty. Tyto hodnoty odpovídají odpovědi v předchozí otázce, tedy hodnotě, či množství setkání se s agresivitou vůbec.

Otázka č. 17 – „Vaše reakce na tuto agresi?“ hodnotí přístup respondentů na agresivitu. Je potěšující, že pracovníci ZZS se nenechají vyprovokovat a z 38 % reagují empaticky. 56 % pracovníků se s touto reakcí nikdy nesečkali (odpovídá otázce č. 15). Pouze 6 % udává jinou reakci a to typu: neodporoval jsem; přestal jsem s dotyčným komunikovat; empatie spolu se zvýšenou verbální komunikací. I toto procento nám udává, že se respondenti nenechali unést k negativní reakci, což je velmi pozitivní a radostné.

Z uvedené zkoumané oblasti se nám jednoznačně potvrzuje upozorňování médií na vzrůstající agresivitu proti pracovníkům ZZS. Kombinace slovní a fyzické agresivity dosahuje „zatím pouze“ 7 %, ale rozhodně stojí za povšimnutí a zahájení včasné prevence.

Poslední hodnocenou oblastí je **postoj k vlastní smrti**. Tato oblast byla hodnocena z otázek č. 18 –25.

Otázka č. 18 – „Jaký máte postoj k vlastní smrti?“ nám hodnotí, jaký postoj mají pracovníci ZZS k vlastní smrtelnosti. 42 % z nich o daném postoji nechtěla hovořit, 35 % o daném problému nikdy nepřemýšlela, 13 % se nebojí vlastního okamžiku úmrtí a ti, kteří uvažují o smrti jako o něčem novém je 10 %.

Otázka č. 19 – „Znáte pojem syndrom vyhoření?“ zkoumá znalost pojmu jako takového. O poměrně slušné informovanosti hovoří 94 % respondentů (ano). 6 % z nich odpovídá – ne.

V otázce č. 20 – „Znáte příčiny vzniku, hlavní projevy a jeho vývoj?“ jsem se snažila zjistit, zda pracovníci ZZS mají podrobnější znalosti o výše uvedeném syndromu. Výsledky nejsou zrovna uspokojivé. Na to, jak je daný problém uvedeného syndromu závažný, nejsou znalosti dostačující. Odpověď – ano uvedlo 74 % respondentů, pouze z doslechu 21 % a ne odpovídá 5 % z celkového počtu respondentů.

Zajímavé jsou odpovědi na otázku č. 21 – „Nemáte u sebe pocit vzniku syndromu vyhoření v souvislosti s úmrtím Vašeho pacienta?“. Pracovníci ZZS odpovídají – ne – 71 %, občas 23 % a odpověď nikdy jsem o tom nepřemýšlela zahrnuje 6 %. Odpověď ano nemá ani jedno procento. Myslím si, že odpověď občas je dána opět věkem pacienta, tragikou a dramatičností okamžiku.

V otázce č. 22 – „Znáte prevenci tohoto syndromu, umíte se odreagovat po službě, ve které došlo k úmrtí pacienta?“ je odpověď velice potěšující, protože – ano – je zastoupena 92 % a odpověď – ne – pouze 8 %. Odpověď – ne - je dána i procentem neznalostí pojmu „syndromu vyhoření“ (viz. otázka č. 19).

Otázka č. 23 - „Co Vám pomáhá najít Vaši duševní a fyzickou rovnováhu?“ je volnou otázkou a respondenti uváděli řadu položek. Při hodnocení jsem vycházela z toho, že to co uvedu jako první je pro mne to nejdůležitější. Můj soukromý pohled odpovídal uvedeným položkám oslovených respondentů. Na prvním místě je 58 % zastoupena rodina. Dalším procentuálním vyjádřením je z 13 % sport. Z dalších položek, které jsou více procentuálně zastoupeny je: 6 % blízcí lidé, 5 % záliby a 3 % relaxace. Ostatní položky jsou zastoupeny již v rozmezí 1 – 2 %. Z tohoto nám vyplývá důležitost dobrého a kvalitního zázemí – rodiny – pro tuto „pomáhající profesi“.

Je zajímavé, že otázky č. 24 – „Změnila Vás Vaše práce v otázce žebříčku Vašich hodnot?“ a otázka č. 25 – „Změnilo Vás Vaše zaměstnání v pohledu na život a smrt člověka?“, mají téměř shodné procentuální odpovědi. Odpověď – ano – je zastoupena 79 %, odpověď – ne – 12 % a nevím, nikdy jsem o tom nepřemýšlela je zastoupena 9 %.

Z těchto vyhodnocení nám zcela jasně vychází, že zkoumaná profese se z větší části dotýká, ovlivňuje a mění životní postoje a hodnoty pracovníků ZZS. Rovněž mění i jejich pohled na život a smrt.

A postoj k vlastní smrtelnosti pracovníka ZZS? O vlastní smrti a smrtelnosti buď nechtějí hovořit či raději ani nechtějí přemýšlet. Dle mého názoru spíše tuto otázku „zasunují někam hodně hluboko“. Věci „škaradé a zlé“ se snaží nahradit prožitky krásnými, jimi milými a pro ně hodnotnými. Velkou roli u nich mají rodiny, jejich děti, blízcí lidé...

Smrt je téma, o kterém se v současné době konečně začíná více hovořit. Odkládáme pomyslnou „tabuizaci“. V přednemocniční neodkladné péči není mnoho řešena problematika psychické zátěže v souvislosti s pracovníkem ZZS. O tom, co cítí, jak sám sebe zvládá člověk ve vypjatých situacích této „pomáhající profese“ se rovněž mnoho nedovíme. Proč čekat až se objeví „syndrom vyhoření“ u pracovníků ZZS? Proč se o tyto zdravotníky více nezajímat, nevěnovat jim zvýšenou péči zejména v psychické oblasti? Co tolik požadovaná prevence?

To vše je ještě běh na dlouhou míli a čeká nás dlouhá cesta...

## **Závěr**

„Smrt“ – na jedné straně krátké slůvko, obsahující pouhá čtyři písmenka a na straně druhé velkolepost, emočnost, důstojnost, citlivost... Jak jedinečné a úžasné téma.

Existuje řada pohledů, jak definovat smrt, umírání. Z mého hlediska je základ citlivost vnímání každého jedince založeného na mnoha znalostí i vědomostí, které člověk získá nejen svými životními prožitky, ale i sebevzděláváním.

Výše uvedené téma mne zaujalo natolik, že jsem se pro ně rozhodla i v rámci své bakalářské práce. Zaměřila jsem se na pracovníky ZZS. V této oblasti zdravotnictví se mnoho – ostatně jako i v jiných oborech – nikdo nezamýšlí nad tím, co pro pracovníky ZZS znamená setkání se smrtí pacienta v sanitním voze, doma či v terénu. Do jaké míry je ovlivňována jejich psychika, nad čím přemýšlí po úmrtí jim svěřeného člověka, co se v nich odehrává nejen bezprostředně po úmrtí, ale i v odstupu času...

Pro svou bakalářskou práci jsem si stanovila čtyři hlavní cíle a to:

1. Stanovit (určit) hierarchii pocitů pracovníka ZZS při setkání se smrtí
2. Stanovit hierarchii pocitů při odeznívání smrti
3. Zjistit, zda převažující reakcí (okolí, příbuzní a blízkých) na smrt pacienta je agresivita vůči pracovníkům ZZS
4. Zjistit postoj pracovníků ZZS k vlastní smrtelnosti

### **Cíl č. 1:**

Pracovníci ZZS z větší části chápou smrt jako přirozenou záležitost života, při úmrtí pacienta cítí soucit, vcítění a vyrovnanost. Na smrt člověka se snaží reagovat přirozenou zkušeností a profesionálně. V rámci psychické zátěže při setkání se smrtí však velmi záleží i na okolnostech daného úmrtí – zejména pokud jde o úmrtí dětí a mladých lidí. Často se pak přidává i pocit bezmocnosti až bezradnosti.

Uvedené vyhodnocení vychází z kvalitativního i kvantitativního výzkumu. Cíle bylo dosaženo a byl splněn.

### **Cíl č. 2:**

V rámci vyhodnocení tohoto cíle bylo konstatováno, že pracovníci ZZS nemají strach či obavy ze ztráty sebekontroly v souvislosti s úmrtím ošetřovaného pacienta. Smrt klienta ovlivňuje psychiku dotazovaných pracovníků ZZS zhruba půl na půl. Úmrtí má rovněž vliv i na možnost vzniku obav ze ztráty blízkých našich sledovaných pracovníků. Doba



přemýšlení a odeznívání smrti pacienta je dána zejména věkem, tragikou a dramatikou události.

Závěrem můžeme konstatovat, že u pracovníků ZZS je přímá souvislost v působení úmrtí ošetřovaného pacienta na jejich psychiku, prožívání nejen po bezprostředním úmrtí pacienta, ale i při odeznívání jeho smrti s odstupem času.

Cíl byl vyhodnocen a splněn za pomoci kvalitativního i kvantitativního výzkumu.

#### **Cíl č. 3:**

Analýza výsledků z kvantitativního výzkumu ukázala, že téměř polovinou bezprostředních, převažujících reakcí na smrt svých blízkých je agresivita k pracovníkům ZZS.

Převažujícím typem reakce je verbální agrese. Kombinace verbální s fyzickou agresí se vyskytuje v relativně malém měřítku. I když je procento této varianty nízké, jde o alarmující stav, který je třeba včas preventivně řešit v celé společnosti. Velice potěšujícím zjištěním je fakt, že pracovníci ZZS jsou schopni reagovat na agresi empaticky a nenechat se vyprovokovat k negativní reakci.

Cíl byl vyhodnocen a splněn.

#### **Cíl č. 4:**

Provedeme-li shrnutí tohoto cíle dostáváme, že sledovaná profese ovlivňuje pracovníka ZZS po psychické stránce. Současně mění a ovlivňuje životní postoje i hodnoty členů záchranných týmů. Smrt pacienta má vliv na jejich postoj k vlastní smrti, smrtelnosti.

Podporou v jejich náročné profesi jim je jejich rodina, děti, blízcí lidé...

Radost z krásy, života, rodiny a dětí, přátel a hlavně mít smysl pro co žít, mít smysl života je tou správnou prevencí „syndromu vyhoření“.

Cíl byl vyhodnocen a splněn pomocí kvalitativního a kvantitativního výzkumu.

Co říci závěrem? Profese pracovníka ZZS je nesmírně náročným povoláním. Z jedné strany mince je krutá, tragická a velmi vyčerpávající. Na straně druhé nacházíme (ač se nezdá) do jisté míry krásu, úspěšnost a pocit uspokojení z toho, že můžeme a hlavně, že umíme pomoci. Z mého pohledu velmi příléhavě celou problematiku vystihuje následující citace:

***„Zatímco smrt je tak blízko, že smutek a utrpení převládají, ještě tu může být život, radost, hnutí duše nepoznané hloubky a síly.“***

(Maria de Hennzel)

## Anotace

- Autor:** Michaela Kubišová
- Instituce:** Ústav sociálního lékařství LF UK v Hradci Králové  
Oddělení ošetrovatelství
- Název práce:** Smrt – pohled pracovníka ZZS
- Vedoucí práce:** Doc. PhDr. Jana Kutnohorská, CSc.
- Počet stran:** 114
- Počet příloh:** 4
- Rok obhajoby:** 2007
- Klíčová slova:** smrt, umírání, zdravotnická záchranná služba, krize, krizová intervence, syndrom vyhoření, případová studie, agrese, vlastní smrtelnost pracovníka ZZS, pomaturitní postgraduální specializační studium (dále jen PSS) – ARIP (anesteziologicko-resuscitačně-intenzivní péče) či IP (intenzivní péče)

Bakalářská práce pojednává o celkovém vyhodnocení smrti z pohledu pracovníka zdravotnické záchranné služby. Soustřeďuje se na určení hierarchie pocitů pracovníka ZZS při setkání se smrtí, při odeznívání smrti pacienta, soustřeďuje se na agresivitu jako reakci na smrt ze strany pozůstalých a na postoj pracovníků ZZS k vlastní smrtelnosti.

Základem práce je kvalitativní a kvantitativní anonymní výzkumná část.

V kvalitativní části jsem pomocí dvou případových studií zhodnotila dva zcela odlišné typy úmrtí s vlivem na psychickou stránku pracovníků ZZS. Zhodnocení jsem provedla bezprostředně po akutní stresové situaci a následně po zhruba ½ roce.

V kvantitativní části výzkumu jsem pomocí anonymního dotazníku vyhodnotila vnímání smrti pracovníkem ZZS. Zkoumaný vzorek je tvořen pracovníky ZZS a to řidič, řidič-záchranář, zdravotnický záchranář, zdravotní sestra s PSS – ARIP, IP. V rámci mé práce jsem oslovila 110 respondentů, kteří mi vrátili řádně vyplněných 108 dotazníků.

This bachelor work is about complete evaluation of death from the medical first-aid service worker's point of view. It concentrates on determination of feelings hierarchy of the medical first-aid service worker during meeting with the death, during patient's

death subsiding, furthermore it concentrates on aggression as a reaction to the death from the survivors' side and on the medical first – aid service workers' attitude towards their own mortality.

A qualitative part and a quantitative anonymous experimental part are the ground of this work. I evaluated two different types of death, that have an influence on mental state of the medical first- aid workers, by means of two case studies in the qualitative part. I made evaluation immediately after an acute stressful situation and later on after about a half of a year. I evaluated perception of death by the first – aid service worker in the quantitative experimental part by means of an anonymous question-form. My testing sample consists of these first – aid service workers – namely a driver, a driver – rescuer, a medical rescue worker, a nurse with PPS – ARIP, IP. Within the framework of my bachelor work I addressed 110 respondents who gave me back 108 properly filled question-forms.

## POUŽITÁ LITERATURA A PRAMENY

1. ARIÈS, P. *Dějiny smrti – I. díl*. Praha: Argo, 2000. ISBN 80-7203-286-0
2. BLUMENTHAL-BARBY, K. a kol. *Kapitoly z thanalogie*. Praha: Avicenum, 1987
3. ERTLOVÁ, F., MUCHA, J. *Přednemocniční neodkladná péče*. Brno: NCO NZO, 2006. ISBN 80-7013-379-1
4. DE HENNEZEL, M. *Smrt zblízka – umírající nás učí žít*. Praha: ETC Publishing, 1997. ISBN 80-86006-15-8
5. GÜNTER, V. *Žít až do konce – etika umírání, smrti a eutanazie*. Praha: Vyšehrad, 2000. ISBN 80-7021-330-2
6. HAŠKOVCOVÁ, H. *Lékařská etika*. Praha: Galén, 1994. ISBN 80-85824-54-X
7. HAŠKOVCOVÁ, H. *Lékařská etika*. Praha: Karolinum, 1997. ISBN 80-7484-466-7
8. HAŠKOVCOVÁ, H. *Práva pacientů*. Havířov: Nakladatelství Aleny Krtilové, 1996. ISBN 80-902163-0-7
9. HAŠKOVCOVÁ, H. *Rub života – líc smrti*. Praha: Orbis, 1975. 11-107-75
10. HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanalogie – nauka o umírání a smrti*. Praha: Galén, 2000. ISBN 80-7262-034-7
11. JORDÁNOVÁ, Z. *Souvislosti*. Praha: Vodnář, 2005. ISBN 80-86226-55-7
12. KLIMPL, P. *Psychická krize a intervence v lékařské ordinaci*. Praha: Grada, 1998. ISBN 80-7169-324-3
13. KUTNOHORSKÁ, J. *Některé morální aspekty umírání a smrti*. In: *Ošetřovatelství perspektivní věda a umění*. Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-1156-7
14. KÜBLER-ROSS, E. *Death – The Final Stage of Growth*. New York: Touchstone, Rockefeller Center, 1986. ISBN 0-684-83941-5
15. KÜBLER-ROSS, E. *Odpovědi na otázky o smrti a umírání*. Praha: Tvorba, 1995. ISBN 0-02-089150-4
16. KÜBLER-ROSS, E. *O smrti a umírání*. Turnov: Arica, 1993. ISBN 80-900134-6-5
17. PETIŠKA, E. *Staré řecké báje a pověsti*. Praha: Albatros, 1996. ISBN 80-00-00143-8

18. POKORNÝ, J. a kol. *Lékařská první pomoc*. Praha: Galén, 2003.  
ISBN 80-7262-214-5
19. SCHERER G. *Smrt jako filozofický problém*. Kostelní Vydří, Karmelitánské nakladatelství, s.r.o., 2005. ISBN 80-7192-914-X
20. STAŇKOVÁ, M. *ČESKÉ OŠETŘOVATELSTVÍ 11, Sestra – reprezentant profese*. Brno: NCO NZO, 2002. ISBN 80-7013-368-6
21. VODÁČKOVÁ, D. a kol. *Krizová intervence*. Praha: Portál, 2002.  
ISBN 80-7178-696-9
22. VOKURKA, M. *Praktický slovník medicíny*. Praha: Maxdorf, 1994.  
ISBN 80-85800-06-3

Diplomové a bakalářské práce:

23. BLAŽKOVÁ, L. *Ošetrovatelská péče o umírající*. Diplomová práce obhájená na Lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Hradci Králové v r. 1998. 46 s. Depon in: Archiv Ústavu sociálního lékařství Lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Hradci Králové
24. KNEEOVÁ, I. *Postoje zdravotních sester k umírání a smrti*. Bakalářská práce obhájená na Lékařské fakultě University Karlovy v Hradci Králové v r. 2001. 51 s. Depon in: Archiv Ústavu sociálního lékařství Lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Hradci Králové
25. MARTANOVÁ, S. *Hledání odpovědí na otázky bytí, umírání a smrti*. Bakalářská práce obhájená na Lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Hradci Králové v r. 2003. 64 s. Depon in: Archiv Ústavu sociálního lékařství Lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Hradci Králové

## **SEZNAM PŘÍLOH**

**Příloha č. 1 – dotazník**

**Příloha č. 2 – etický kodex Práva Pacientů**

**Příloha č. 3 – Cíle Německé společnosti pro důstojné umírání**

**Příloha č. 4 – Dokument Rady Evropy k péči o smrtelně nemocné**

## **Příloha č.1**

### ***DOTAZNÍK pro zaměstnance ZZS***

Vážené kolegyně, kolegové!

Jmenuji se Michaela Kubišová a obracím se na Vás s prosbou o spolupráci v empirické části bakalářské práce z ošetřovatelství, na Lékařské fakultě UK v Hradci Králové.

Velmi bych uvítala, kdyby jste vyplnil/a následující dotazník, jehož obsah směřuje k tématu: „Smrt – pohled pracovníka ZZS“.

Věnujte, prosím, jednotlivým otázkám dostatek času, zamyšlení a pozornosti. Přemýšlejte a napište vše tak, jaké pocity máte a co cítíte Vy sami. Danou, dle Vašeho rozhodnutí, správnou odpověď – zakroužkujte. Děkuji.

Výsledky tohoto dotazníku budou zpracovány anonymně a využity pouze pro tuto práci.

Děkuji za Váš čas a ochotu spolupracovat se mnou.

1. Jste muž či žena?

- a) muž
- b) žena

2. Jak dlouho pracujete na ZZS?

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

3. Vaše zařazení ve výjezdové skupině ZZS je:

- a) řidič
- b) řidič – záchranář
- c) záchranář
- d) zdravotní sestra s PSS – IP nebo ARIP
- e) lékař

4. Jaký byl Váš první dojem při setkání se smrtí?

- a) bránil/a jste se
- b) smrt je přirozená záležitost života
- c) chápu úmrtí, smrt a rozumím jí

5. Co pociťujete při setkání s úmrtím, se smrtí?

- a) beznaděj, lítost, bezmocnost
- b) soucit, vcítění, vyrovnanost
- c) strach, nejistota, panika
- d) nepříjemný pocit až odpor
- e) šok z chování okolí
- f) necítil/a jsem nic
- g) (Vaše jiná odpověď) .....

6. Jak reagujete na mrtvé tělo?

- a) pocitem odporu, strachu, ošklivosti
- b) přirozenou zkušeností
- c) intenzivní vzdělaností

7. Co Vás zajímá a ovlivňuje při úmrtí pacienta?

- a) kdo a kým byl pacient
- b) kolik bylo zemřelému let
- c) pohlaví
- d) co bylo příčinou úmrtí
- e) měl-li zemřelý nezaopatřenou rodinu
- f) (Vaše jiná odpověď) .....
- g) (pokud vícero odpovědí, vypište a) – e)

.....



8. Která věková skupina Vás nejvíce zasáhne svým úmrtím?
- a) dítě do 1 roku
  - b) dítě do 3 let
  - c) dítě do 6ti let
  - d) dítě do 10ti let
  - e) dítě do 15ti let
  - f) dospělý do 25ti let
  - g) dospělý do 35ti let
  - h) dospělý do 50ti let
  - i) dospělý do 65 let
  - j) dospělý do 66 let a výše
9. Máte strach ze sebekontroly při umírání pacienta?
- a) ano
  - b) ne
  - c) nevím, nikdy jsem nad tím nepřemýšlel/a
10. Trápí Vás v souvislosti s Vaším zaměstnáním často myšlenky na možnost ztráty svých blízkých v této otázce?
- a) ano
  - b) ne
  - c) nevím, nikdy jsem nad tím nepřemýšlel/a
11. Ovlivňuje smrt Vašeho pacienta Vaši psychiku?
- a) ano
  - b) ne
  - c) nevím, nikdy jsem nad tím nepřemýšlel/a
12. Myslíte dlouho na zemřelého pacienta?
- a) jen při práci se zemřelým
  - b) po dobu dané služby
  - c) ještě při cestě z práce
  - d) ještě i po návratu domů
  - e) ještě delší dobu
  - f) vůbec
13. Je doba přemýšlení o zemřelém ovlivněna věkem, tragikou a dramatikou událostí?
- a) ano
  - b) ne
  - c) nevím, nepřemýšlel/a jsem o tom
14. Jak se stavíte k přítomným pozůstalým?
- a) empaticky
  - b) nezajímají mne
  - c) snažím se o komunikaci – v rámci možností

15. Setkal/a jste se v návaznosti bezprostředně po úmrtí Vašeho pacienta s agresivitou?
- a) ano
  - b) ne
16. Jakého charakteru byla tato reakce?
- a) slovní ( verbální) - vyhrožování
  - b) fyzické napadení pracovníka
  - c) kombinace obou předchozích variant
  - d) (jiná varianta, vypište)
- .....
- .....
17. Vaše reakce na tuto agresi?
- a) empatie – klidná a vyrovnaná komunikace
  - b) neunesl/a jsem situaci a reagoval/a jsem též agresivitou
  - c) nikdy jsem se s touto reakcí nesetkal/a
  - d) ( jiné Vaše jednání, vypište)
- .....
- .....
18. Jaký máte postoj k vlastní smrti?
- a) nechci o tom hovořit
  - b) uvažuji o smrti jako o něčem novém
  - c) nebojím se okamžiku úmrtí
  - d) nikdy jsem o tom nepřemýšlel/a
19. Znáte pojem „syndrom vyhoření“ (burn-out)?
- a) ano
  - b) ne
20. Znáte jeho příčiny vzniku, hlavní projevy a jeho vývoj?
- a) ano
  - b) ne
  - c) pouze z doslechu
  - d) ne, všechny informace mám přesné
21. Nemáte u sebe pocit vzniku syndromu vyhoření v souvislosti s úmrtím Vašeho pacienta?
- a) ano
  - b) ne
  - c) občas
  - d) nikdy jsem o tom nepřemýšlel/a

22. Znáte prevenci tohoto syndromu, umíte se odreagovat po službě, ve které došlo k úmrtí pacienta?

- a) ano
- b) ne

23. Co Vám pomáhá najít Vaši duševní a fyzickou rovnováhu?  
( volná odpověď)

.....  
.....  
.....

24. Změnila Vás Vaše práce v otázce žebříčku Vašich životních hodnot?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím, nikdy jsem o tom nepřemýšlel/a

25. Změnilo Vás Vaše zaměstnání v pohledu na život a smrt člověka?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím, nikdy jsem o tom nepřemýšlel/a

Děkuji za ochotu a spolupráci. Vážím si toho, že jste mi věnovali svůj čas.

## **Příloha č.2**

### **Práva pacientů**

1. Pacient má právo na ohleduplnou odbornou zdravotnickou péči prováděnou s porozuměním kvalifikovanými pracovníky.
2. Pacient má právo znát jméno lékaře a dalších zdravotnických pracovníků, kteří ho ošetřují. Má právo žádat soukromí a služby přiměřené možnostem ústavu, jakož i možnost denně se stýkat se členy své rodiny či s přáteli. Omezení takového způsobu (tzv. kontinuálních) návštěv může být provedeno pouze ze závažných důvodů.
3. Pacient má právo získat od svého lékaře údaje potřebné k tomu, aby mohl před zahájením každého dalšího nového diagnostického a terapeutického postupu zasvěceně rozhodnout, zda s ním souhlasí. Vyjma případů akutního ohrožení má být náležitě informován o případných rizicích, která jsou s uvedeným postupem spojena. Pokud existuje více alternativních postupů nebo pokud pacient vyžaduje informace o léčebných alternativách, má na seznámení s nimi právo. Má rovněž právo znát jména osob, které se na nich zúčastní.
4. Pacient má právo v rozsahu, který povoluje zákon, právo odmítnout léčbu a má být současně informován o zdravotních důsledcích svého rozhodnutí.
5. V průběhu ambulantního i nemocničního vyšetření, ošetření a léčby má nemocný právo na to, aby v souvislosti s programem léčby brány maximální ohledy na jeho soukromí a stud. Rozbory jeho případu, konzultace vyšetření a léčba jsou věci důvěrnou a musejí být prováděny diskrétně. Přítomnost osob, které nejsou na léčbě přímo zúčastněny, musí odsouhlasit nemocný, a to i ve fakulních zařízeních, pokud si tyto osoby nemocný sám nevybral.
6. Pacient má právo očekávat, že veškeré zprávy a záznamy týkající se jeho léčby jsou považovány za důvěrné. Ochrana informací o nemocném musí být zajištěna i v případě počítačového zpracování.
7. Pacient má právo očekávat, že nemocnice musí podle svých možností přiměřeným způsobem vyhovět pacientovým žádostem o poskytování péče v míře odpovídající povaze onemocnění. Je-li to nutné, může být pacient předán jinému léčebnému ústavu, případně tam převezen poté, když mu bylo poskytnuto úplné zdůvodnění a informace o nezbytnosti tohoto předání a ostatních alternativách, která přitom existují. Instituce, která má nemocného převzít do své péče, musí překlad nejprve schválit.

8. Pacient má právo očekávat, že jeho léčba bude vedena s přiměřenou kontinuitou. Má právo vědět předem, jací lékaři, v jakých ordinačních hodinách a na kterém místě jsou mu k dispozici. Po propuštění má právo očekávat, že nemocnice určí postup, jímž bude jeho lékař pokračovat v informacích o tom, jaká bude jeho další péče.
9. Pacient má právo na podrobné a jemu srozumitelné vysvětlení v případě, že se lékař rozhodl k nestandardnímu postupu či experimentu. Písemný vědomý souhlas nemocného je podmínkou k zahájení neterapeutického i terapeutického výzkumu. Pacient může kdykoliv, a to i bez uvedení důvodů, z experimentu odstoupit, když byl poučen o případných zdravotních důsledcích takového rozhodnutí.
10. Nemocný v závěru života má právo na citlivou péče všech zdravotníků, kteří musejí respektovat jeho přání, pokud tato nejsou v rozporu s platnými zákony.
11. Pacient má právo a povinnost znát a řídit se platným řádem zdravotnické instituce, kde s léčí (tzv. nemocniční řád). Pacient bude mít právo kontrolovat svůj účet a vyžadovat odůvodnění jeho položek bez ohledu na to, kým je účet placen.

Česká verze etického kodexu Práva nemocných byla koncipována na základě Vzorových práv pacientů, která zveřejnil Americký svaz občanských svobod v roce 1985. Byla respektována i některá naše specifika, tak i připomínky vznesené v rámci diskuse odborné veřejnosti.

Definitivní verze Práv pacientů formulovala a vyhlásila CEK MZ ČR dne 25.2.1992.

### **Příloha č. 3**

#### **Cíle Německé společnosti pro důstojné umírání**

1. Právo pacienta na sebeurčení musí být zaručené i v nemocnici.
2. Ve fázi umírání je třeba respektovat vůli pacienta. Současně je nutné umožnit umírajícímu, aby si včas uspořádal osobní záležitosti, závěť nevyjímaje.
3. Každý pacient musí být včas a dobře informován o svém zdravotním stavu.
4. Ve fázi umírání by mělo být s bolestí pacientů bojováno velkoryse.
5. V nemocnici, která je beznadějná a vede pouze k problematickému životu (např. úroveň vegetativních funkcí), nemusí být život pacienta prodlužován za každou cenu vespělou technikou.
6. Nemocnice a sociální ústavy jsou vytvářeny pro lidi a právě existence vyspělé lékařsko-technické péče navozuje nutnost lidské podpory a účasti.

## Příloha č. 4

### Dokument Rady Evropy k péči o smrtelně nemocné <sup>1</sup>

#### Ochrana lidských práv a důstojnosti smrtelně nemocných a umírajících (1999)

- 1 Posláním Rady Evropy je chránit důstojnost všech lidí a práva, jež z ní lze odvodit.
- 2 Pokrok medicíny umožňuje v současné době léčit mnohé dosud neléčitelné nebo smrtelné choroby, zlepšení lékařských metod a rozvoj resuscitačních technik dovolují prodlužování života lidského jedince a odsouvání okamžiku jeho smrti. V důsledku toho se však často nebere ohled na kvalitu života umírajícího člověka a na osamělost a utrpení jak pacienta, tak jeho blízkých a těch, kdo o něj pečují.
- 3 V roce 1976 deklarovalo Parlamentní shromáždění v rezoluci č. 613 své přesvědčení, že největším přáním většiny umírajících pacientů je zemřít pokojně a s důstojností, pokud možno za doprovodu příbuzných a přátel, s jejich útěchou a podporou. Ve svém doporučení 776 (1996) k tomu shromáždění dodalo, že „prodloužení života by nemělo být jediným cílem lékařské činnosti, jejíž snahou také musí být ukončit utrpení.“
- 4 Konvence o ochraně lidských práv a lidské důstojnosti s ohledem na aplikaci biologie a medicíny od té doby vyjádřila důležité zásady a připravila cestu, aniž se explicitně věnovala specifickým potřebám smrtelně nemocných nebo umírajících lidí.
- 5 Povinnost respektovat a chránit důstojnost všech smrtelně nemocných a umírajících osob je odvozena z nedotknutelnosti lidské důstojnosti ve všech obdobích života. Respekt a ochrana nacházejí svůj výraz v poskytnutí přiměřeného prostředí, umožňujícího člověku důstojné umírání.
- 6 Jak ukázaly mnohé současné i minulé zkušenosti s utrpením, je třeba tato opatření uskutečňovat zvláště v zájmu nejzranitelnějších členů společnosti. Právě tak, jako je člověk slabý a závislý na začátku svého života, potřebuje ochranu a podporu při umírání.

---

<sup>1</sup> Používají se také názvy Charta umírajících, Práva umírajících. Parlamentní shromáždění Rady Evropy přijalo 25. června 1999 velkou většinou hlasů dokument, který reaguje na aktuální problém medicíny v rozvinutých zemích. Je zde požadavek, aby se zabránilo nesmyslnému prodlužování terminálních fází života proti vůli nemocných, při neadekvátním nasazení všech dosažitelných prostředků. Člověk jehož život je v krátké době ukončen přirozenou smrtí má právo na to, aby zemřel v klidu.

7 Základní práva odvozená z důstojnosti smrtelně nemocných nebo umírajících osob jsou dnes ohrožena mnoha faktory:

- malou dostupností paliativní péče a kontroly bolesti,
- častým zanedbáváním péče o tělesné utrpení a nedostatečným ohledem na psychologické, sociální a duchovní potřeby,
- umělým prodlužováním procesu umírání, buď nepřiměřeným používáním léčebných prostředků, nebo pokračováním v léčbě bez pacientova souhlasu,
- nedostatečným dalším vzděláváním a malou psychologickou podporou ošetřujícího personálu činného v paliativní péči,
- nedostatečnou péčí věnovanou rodinným příslušníkům a přátelům smrtelně nemocné nebo umírající osoby, jež by mohly přispět ke zmírnění lidského utrpení v jeho různých dimenzích,
- obavami nemocného ze ztráty autonomie, z úplné závislosti na příbuzných a institucích a z toho, že by mohl být na obtíž,
- chybějícím nebo nevhodným sociálním a institucionálním prostředím, umožňujícím pokojné rozloučení s příbuznými a přáteli,
- nedostatečnou alokací prostředků a zdrojů pro péči o smrtelně nemocné a umírající a pro jejich podporu,
- sociální diskriminací, jaká je vlastní slabosti, umírání a smrti.

8 Shromáždění proto doporučuje, aby Výbor ministrů vyzval členské státy Rady Evropy, aby ve všech ohledech respektovaly a chránily důstojnost smrtelně nemocných nebo umírajících lidí, a to tím:

a) že uznají a budou hájit nárok smrtelně nemocných nebo umírajících lidí na komplexní paliativní péči a přijmou příslušná opatření:

- aby zajistily, že bude paliativní péče uznána za zákonný nárok individua,
- aby byl všem smrtelně nemocným nebo umírajícím osobám dopřán rovný přístup k přiměřené paliativní péči,
- aby byli příbuzní a přátelé povzbuzováni, aby doprovázeli smrtelně nemocné a umírající a aby jejich snaha byla profesionálně podporována. Pokud se ukáže, že rodinná nebo soukromá péče nestačí nebo je přetěžována, musejí být k dispozici alternativní nebo doplňkové formy lékařské péče,



- aby ustavily ambulantní týmy a síť poskytování paliativní péče, které by zajišťovaly domácí péči vždy, pokud je možné pečovat o smrtelně nemocné nebo umírající ambulantně,
- aby zajistily spolupráci všech osob podílejících se na péči o smrtelně nemocného nebo umírajícího pacienta,
- aby vyvinuly a vyhlásily kvalitativní normy pro péči o smrtelně nemocné nebo umírající,
- aby zajistily, že smrtelně nemocné a umírající osoby, pokud si nebudou přát jinak, dostanou přiměřenou paliativní péči a tišení bolesti, i kdyby tato léčba měla u příslušného jedince přispívat ke zkrácení života,
- aby zajistily, že ošetřující personál bude vyškolen a veden tak, aby mohl každému smrtelně nemocnému nebo umírajícímu člověku poskytnout v koordinované týmové spolupráci lékařskou, ošetrovatelskou a psychologickou péči v souladu s nejvyššími možnými standardy,
- aby založily další a rozšířily stávající výzkumná, výuková a doškolovací centra pro obor paliativní medicíny a péče, stejně jako interdisciplinární thanatologie,
- aby zajistily alespoň ve větších nemocnicích vybudování specializovaných oddělení paliativní péče a thanatologických klinik, které by mohly nabídnout paliativní medicínu a péči jako integrální součást každé lékařské činnosti,
- aby zajistily, že bude paliativní medicína a péče ukotvena ve veřejném vědomí jako důležitý cíl medicíny.

b) tím, že budou chránit právo smrtelně nemocných a umírajících osob na sebeurčení, a že pro to přijmou nutná opatření:

- aby se prosadilo právo smrtelně nemocné nebo umírající osoby na upřímnou srozumitelnou, ale citlivě podanou informaci o jejím zdravotním stavu, a aby při tom bylo respektováno přání jedince, který nechce být informován,
- aby měla každá smrtelně nemocná nebo umírající osoba možnost konzultovat ještě jiné lékaře než svého pravidelně ošetřujícího,
- aby bylo zajištěno, že žádná smrtelně nemocná nebo umírající osoba nebude ošetřována a léčena proti své vůli, že při svém rozhodování nebude ovlivňována nikým jiným, a že na ni nebude činěn nátlak. Mějí být zvažena taková opatření, aby takové rozhodnutí nebylo učiněno pod ekonomickým tlakem,

- aby bylo zajištěno, že bude respektováno odmítnutí určitého lékařského postupu, vyjádřené v písemném projevu vůle, v „pořízení smrtelně nemocné nebo umírající osoby, která již nebude aktuálně schopná se vyjádřit. Dále musí být zajištěno, aby byla stanovena kritéria platnosti takových prohlášení, pokud jde o rozsah předem vyjádřených pokynů, ale i pokud jde o jmenování zmocněnců a rozsah jejich pravomocí. Rovněž musí být zajištěno, že rozhodnutí učiněná zmocněncem v zastoupení nemocného neschopného se vyjádřit, a která se opírají o předchozí vyjádření vůle nebo o předpokládanou vůli nemocného, budou uznána jen tehdy, když v nastalé akutní situaci nemocný sám svou vůli nijak neprojeví nebo když ji není možno poznat. V takovém případě musí být jasná souvislost s tím, co příslušná osoba říkala v době krátce před okamžikem rozhodování, nebo přesněji krátce než začala umírat, a to v odpovídající situaci, bez cizího ovlivnění a nátlaku, a ještě při zachovaných duševních schopnostech. Konečně má být zajištěno, aby nebyla respektována zástupná rozhodnutí, jež se opírají jen o všeobecné hodnotové soudy platné v příslušné společnosti, aby ve sporných případech bylo rozhodnuto ve prospěch života a jeho prodloužení.
- aby bylo zajištěno, že výslovná přání smrtelně nemocné nebo umírající osoby týkající se určitých léčebných postupů budou respektována bez ohledu na zásadní terapeutickou odpovědnost lékaře, pokud nejsou v rozporu s lidskou důstojností,
- aby bylo zajištěno, že v případě, kdy není k dispozici předchozí vyjádření vůle pacienta či pacientky, nebude porušeno jeho právo na život. Musí být vytvořen katalog léčebných úkonů, které musejí být poskytovány za všech okolností a jež nesmí být zanedbány,
- že zachovají předpis zakazující úmyslné usmrcení smrtelně nemocných nebo umírajících osob a že zároveň:
  - uznají, že právo na život, zejména ve vztahu k smrtelně nemocným a umírajícím osobám, je členskými státy garantováno v souladu s článkem 2) Evropské úmluvy o lidských právech, který říká, že „nikdo nemá být úmyslně zbaven života“,
  - uznají, že přání zemřít vyjádřené smrtelně nemocnou nebo umírající osobou, samo o sobě nezakládá legální ospravedlnění činností, úmyslně způsobujících smrt.

