

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích  
Zdravotně sociální fakulta

**Holistický přístup k pozůstalým při náhlém úmrtí z pohledu všeobecné sestry,  
členky výjezdového týmu záchranné služby**

Diplomová práce

Autor práce: Bc. Alena Gutová  
Studijní program: Ošetřovatelství  
Studijní obor: Ošetřovatelství ve vybraných klinických oborech  
Vedoucí práce: PhDr. Marie Trešlová, Ph.D.

Datum odevzdání práce: 15. srpna 2013

## ABSTRAKT

Úkolem záchranné služby při poskytování neodkladné péče je pomoc v ohrožení zdraví a života. Z pohledu sestry záchranné služby by nedílnou součástí neodkladné péče měla být i účinná pomoc pozůstalým i účastníkům náhlého úmrtí (psychosociální podpora a krizová komunikace). Vzhledem ke skutečnosti, že se mnohdy pozůstalí nebo účastník náhlého úmrtí blízké osoby setkává se smrtí poprvé, může se projevit stresová reakce různé intenzity. Sestra záchranář může tíživou situaci pozůstalému po sdělení náhlého úmrtí lékařem ulehčit, a to zahájením krizové komunikace, při které podle potřeb pozůstalého nabídne psychosociální podporu a pomoc, sdělí souhrnné informace bezprostředních kroků a úkonů souvisejících s úmrtím blízké osoby včetně projevu účasti. V praxi záchranné služby bývají potřeby pozůstalých a účastníků náhlého úmrtí někdy opomíjeny nebo jim není věnována potřebná pozornost.

Diplomová práce se zabývá holistickým přístupem ošetřovatelského personálu záchranné služby při poskytování psychosociální podpory a krizové komunikace pozůstalým nebo přímým účastníkům při náhlém úmrtí z pohledu sestry, členky výjezdového týmu záchranné služby.

Diplomová práce je členěna na část teoretickou a část empirickou. V teoretické části práce je věnována pozornost současné situaci v problematice sdělování smrti v akutní péči. Dále je zkoumán širší pohled společnosti na smrt a umírání v současnosti, v psychologickém pojetí a také v teologii. Pozornost je rovněž zaměřena na úmrtí a smrt v akutní péči i na přítomnost účastníků náhlého úmrtí. V oblasti teorie se tato část práce také zabývá podstatou strachu, smutku a truchlení jako faktorů, které ovlivňují chování pozůstalých i chování členů týmu záchranné služby. Mapování možnosti intervencí sestry v krizové situaci pro oblast psychosociálních potřeb a užití krizové intervence jako podpory pozůstalým při náhlém úmrtí je porovnáváno s jednotlivými pasážemi teoretické části diplomové práce.

Cílem diplomové práce bylo 1. Zjistit, s jakými problémy se setkává ošetřovatelský personál při kontaktu s pozůstalými při náhlém úmrtí blízké osoby. 2. Zjistit, jak jsou sestry, členky výjezdového týmu záchranné služby připraveny na komunikaci s pozůstalými.

Empirickou část diplomové práce tvoří kvantitativní a kvalitativní šetření. Pro kvantitativní část šetření byly stanoveny hypotézy H1 – Problémy, se kterými se setkává sestra, záchranář při kontaktu s pozůstalými při náhlém úmrtí blízké osoby v závislosti na potřebách pozůstalých jsou v souladu s očekáváním poskytnutí pomoci a podpory pozůstalých. H2 – Sestry, záchranáři v závislosti na potřebách pozůstalých aktivně využívají krizové komunikace při sdělení náhlého úmrtí blízké osoby. H3 – Sestry, záchranáři v závislosti na potřebách pozůstalých aktivně nabízí psychosociální podporu při sdělení náhlého úmrtí blízké osoby. H4 – Pro poskytování psychosociální podpory (krizové komunikace) je více limitujícím prvkem čas než vzdělání ošetrovatelského personálu výjezdového týmu záchranné služby. Na základě statistické metody chí kvadrát byly tyto hypotézy vyhodnoceny.

V rámci kvantitativního výzkumného šetření byly použity anonymní dotazníky. Dotazník obsahoval 23 otázek, konstruovaných jako otázky uzavřené, polozavřené, filtrační a kontrolní. Bylo osloveno celkem 364 respondentů (64 lékařů, 97 sester, 37 záchranářů, 24 dispečerů, 142 řidičů), zaměstnanců Zdravotnické záchranné služby Plzeňského kraje. Ke zpracování bylo využito celkem 152 (100%) správně vyplněných dotazníků. Pro analýzu odpovědí byly využity výsečové grafy a tabulky. Pro statistické vyhodnocení výsledků bylo použito třídění 2. stupně.

V rámci kvalitativního výzkumného šetření byl použit strukturovaný rozhovor se šesti otázkami. Rozhovor byl proveden celkem s 5 respondenty – pozůstalými při náhlém úmrtí blízké osoby. Byl pořízen audio záznam jednotlivých rozhovorů se souhlasem všech pěti respondentů. Analýza rozhovorů poskytla odpovědi na následné výzkumné otázky:

1. S jakými potřebami pozůstalých při sdělení náhlého úmrtí blízké osoby se členové výjezdového týmu záchranné služby setkávají?
2. Jak pozůstalí při sdělení náhlého úmrtí blízké osoby vnímají krizovou komunikaci sester, záchranářů – členů výjezdového týmu záchranné služby?
3. Jak pozůstalí při sdělení náhlého úmrtí blízké osoby vnímají psychosociální podporu sester, záchranářů – členů výjezdového týmu záchranné služby?

Zjištěné výsledky prokázaly, že většina sester má v kontaktu s pozůstalými při sdělování náhlého úmrtí blízké osoby problémy s komunikací, nejčastěji neví, jak pozůstalé podpořit. Většina sester neinformuje pozůstalé o možných podpůrných službách, které mohou pomoci pozůstalým k překonání nadlimitní psychické zátěže. V teoretické rovině sestry vnímají důležitost krizové komunikace a psychosociální podpory pozůstalým, ale v praxi ji poskytují minimálně. Krizovou komunikaci a psychosociální podporu provádí ve většině případů lékař popřípadě lékař a další člen týmu (sestra). Sestry a záchranáři v závislosti na potřebách pozůstalých aktivně nabízejí psychosociální podporu při sdělení náhlého úmrtí blízké osoby, v praxi ji však poskytují minimálně. Nadpoloviční většina respondentů má problém s úrovní komunikačních dovedností při poskytování psychosociální podpory a krizové komunikace pozůstalým při sdělování náhlého úmrtí blízké osoby. Většina respondentů považuje vzdělávání jako limitující faktor pro účinné a efektivní poskytování psychosociální podpory a krizové komunikace.

Na základě zjištěných výsledků diplomová práce doporučuje ošetrovatelskému personálu týmů záchranné služby využití navrhovaného Standardního ošetrovatelského postupu krizové komunikace s pozůstalými při náhlém úmrtí blízké osoby. Pro psychosociální podporu pozůstalých při sdělení náhlého úmrtí blízké osoby práce rovněž doporučuje ošetrovatelskému personálu týmů záchranné služby využití navrhované informační brožury Základní informace pro pozůstalé. Navrhované dokumenty pomohou jednak ke sjednocení přístupu ošetrovatelských týmů záchranné služby k pozůstalým při sdělování náhlého úmrtí blízké osoby, a zároveň bude věnováno více pozornosti pozůstalým a jejich psychosociálním potřebám. Navrhovaný postup péče o pozůstalé při náhlém úmrtí pak bude zcela v souladu se zásadami poskytování holistické péče.

## ABSTRACT

The task of the Rescue Service providing urgent care is the help in health and life distress. In a rescuer nurse's view, effective help to survivors and to sudden death participants should be an integral part of urgent care (i.e. psychosocial support and crisis communication). Many of the survivors and close person's sudden death participants come across death for the first time, so there are possibilities that a stress reaction of various intensity may be manifested. After the doctor communicates a sudden death to the survivor, a nurse rescuer can make the difficult situation for the survivors easier by initiating the crisis communication. She or he offers psychosocial support and help according to the survivor's needs and gives a summary of the course of action concerning the death of a close person including a show of sympathy. In reality, the needs of survivors and sudden death participants are sometimes neglected or they are not given sufficient attention.

The dissertation deals with holistic approach of nursing staff of the Rescue Service by providing psychosocial support and crisis communication to the survivors or direct sudden death participants from nurse's (member of the Rescue Service team) perspective.

The dissertation is divided into a theoretical part and an empiric part. In the theoretical part the attention is paid to the current situation of the issue of death communication in acute care. Another point that is weighed up is a wider community perception of death and dying. It is showed in psychological and theological context. The attention is further focused on dying and death at acute care as well as the presence of sudden death participants. Theoretically this dissertation also deals with the nature of fear, grief and mourning as factors that influence behaviour of survivors and members of the Rescue Service. Monitoring the possibilities of the nurse's crisis intervention within the psychosocial needs and the use of the crisis intervention as support for the survivors are compared with particular points of the theoretical part.

The goal of the dissertation has been 1. To detect problems which nursing staff deals with during the contact with the sudden death survivors. 2. To detect how nurses as members of the Rescue Service are prepared for communication with the survivors.

The empiric part consists of quantitative and qualitative research. For the quantitative part there were defined the following hypotheses H1 – The problems that a nurse, rescuer meets during contact with sudden death survivors of close person according to needs of survivors comply with the expectations of provided help and support to the survivors. H2 – Nurses, rescuers actively explore a crisis communication by notification of sudden death of close person according to survivors needs. H3 – Nurses, rescuers actively offer psychosocial support by notification of sudden death of close person according to survivors needs. H4 – Time rather than education of nursing staff is a much more limiting element in the Rescue Service while maintaining psychosocial support (crisis communication). Based on chi-square statistical method were evaluated hypotheses.

Anonymous questionnaires were used in quantitative research. The questionnaire contained 23 questions which were formed as closed, half-closed, filter and probing questions.

364 respondents, Rescue Service employees from the Pilsen region, were addressed (64 doctors, 97 nurses, 37 rescuers, 24 call operators, 142 drivers). 152 (100 %) correctly filled questionnaires were assessed. Pie charts and tables were used for analysis of answers. Two-grade classification was used for statistic assessment of the results.

A structured interview with six questions was used in the qualitative part of the research. There were 5 respondents – close person's sudden death survivors. The Audio recording of interviews been taken with the approval of all five respondents.

The interview analysis provided answers for the following research questions:

1. What needs of survivors do the members of Rescue Service encounter while communicating a sudden, unexpected death of a close person?
2. How do the survivors perceive the crisis communication of nurses, rescuers – Rescue Service members at the time of communication of a sudden death?
3. How do survivors perceive psychosocial

support of nurses, rescuers – Rescue Service members at the time of communication of a sudden death?

The results showed that majority of nurses encounter communication problems when they notify the survivors about a sudden death of a close person. Mostly, they do not know how to support them. Most of the nurses do not inform survivors about possible supporting services which can help the survivors manage the excessive psychic burden. Nurses perceive the importance of crisis communication and psychosocial support to survivors in theoretical way but they provide it insufficiently. In most cases, a doctor, or possibly a doctor together with another member of the Rescue Service (a nurse) provide the crisis communication and psychosocial support. Nurses and rescuers actively offer psychosocial support by sudden death of close person communication according to needs of survivors in theoretical way. In reality, they provide it insufficiently. More than half of the respondents have a problem with the level of communication skills concerning psychosocial support and crisis communication to survivors during the communication of sudden death of close person. Most of the respondents consider education as a limiting factor in effective providing of psychosocial support and crisis communication.

Based on the results of the dissertation, it is recommended for the nursing staff teams of Rescue Service to use the proposed Standard Nursing Practice of Crisis Communication with survivors by sudden death of a close person. For psychosocial support of the survivors at the time of communication of a sudden death of a close person the work also recommends using the proposed information brochure Basic Information for Survivors. The proposed documents not only contribute to the unanimous approach of the Rescue Service nursing teams to survivors at the time of communication of a sudden death of a close person but also ensure more attention to the survivors and their psychosocial needs. The proposed method of care of the survivors of sudden death will then fully comply with the principles of holistic care.

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své diplomové práce, a to – v nezkrácené podobě – v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných fakultou – elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 15. srpna 2013 .....

Alena Gutová



## **Poděkování**

Děkuji vedoucí práce PhDr. Marii Trešlové, Ph.D. za cenné rady, připomínky a metodické vedení práce. Rovněž děkuji Mgr. Olze Dvořáčkové za pomoc při statistickém zpracování dat a všem respondentům, kteří věnovali svůj čas a podíleli se na výzkumném šetření.

## OBSAH

<b>TEORETICKÁ ČÁST.....</b>	<b>4</b>
<b>Úvod.....</b>	<b>4</b>
<b>1 Současný stav.....</b>	<b>6</b>
<i>1.1 Holistický přístup k pozůstalým.....</i>	<i>6</i>
<i>1.2 Problematika sdělování smrti.....</i>	<i>7</i>
<i>1.3 Kvalifikační příprava nelékařského zdravotnického personálu.....</i>	<i>10</i>
<i>1.5 Vliv smrti na členy ošetrovatelského personálu záchranné služby.....</i>	<i>11</i>
<b>2 Vnímání smrti v moderní společnosti.....</b>	<b>13</b>
<i>2.1 Postoje moderní společnosti ke smrti.....</i>	<i>13</i>
<i>2.2 Institucionální přístup ke smrti.....</i>	<i>15</i>
<i>2.3 Přístupy ke smrti v psychologickém systému.....</i>	<i>18</i>
<i>2.4 Přístupy ke smrti v teologii.....</i>	<i>20</i>
<b>3 Úmrtí (smrt) v akutní péči dle věkových skupin.....</b>	<b>25</b>
<i>3.1 Prenatální období.....</i>	<i>25</i>
<i>3.2 Perinatální období.....</i>	<i>25</i>
<i>3.3 Postnatální období.....</i>	<i>29</i>
<i>3.4 Dospělost.....</i>	<i>30</i>
<b>4 Stach, smutek a truchlení v akutní péči.....</b>	<b>31</b>
<b>5 Etika resuscitace.....</b>	<b>35</b>
<i>5.1 Přítomnost členů rodiny při náhlém úmrtí.....</i>	<i>35</i>
<i>5.2 Reakce pozůstalých na ztrátu v akutní péči.....</i>	<i>37</i>

5.2.1 Peritraumatické projevy.....	37
5.2.2 Akutní reakce na stres (ARS – akutní stresová porucha).....	38
5.2.3 Postraumatické projevy.....	38
5.2.4 Postraumatická stresová porucha (PTSP).....	39
<b>6. Možnosti intervencí sestry v krizové situaci pro oblast psychosociálních potřeb pozůstalých při náhlém úmrtí blízké osoby.....</b>	<b>40</b>
6.1 Současný stav.....	40
6.2 Místo a prostředí setkání s pozůstalým.....	41
6.3 Komunikace s pozůstalými.....	42
6.4 Informace pro pozůstalé.....	43
6.5 Setrvání s tělem zemřelého.....	44
<b>VÝZKUMNÁ ČÁST.....</b>	<b>45</b>
<b>7 Cíle, hypotézy, výzkumné otázky.....</b>	<b>45</b>
<b>8. Metodika výzkumu.....</b>	<b>46</b>
8.1 Pilotní studie.....	46
8.2 Metodika práce a charakteristika souboru.....	46
<b>9 Výsledky.....</b>	<b>49</b>
9.1 Kategorizace dat pilotní studie.....	49
9.2 Kategorizace dat popisné statistiky kvantitativního výzkumného šetření v grafech a tabulkách.....	50
9.3 Kategorizace dat podle třídění 2. stupně statistického šetření kvantitativního výzkumu.....	68
9.4 Kategorizace dat dle odpovědí respondentů.....	73

<i>9.5 Výsledky rozhovorů s respondenty – pozůstalými</i> .....	79
<b>10 Diskuse</b> .....	<b>81</b>
<b>11 Závěr</b> .....	<b>101</b>
<i>11.1 Naplnění cílů</i> .....	<i>101</i>
<i>11.2 Ověření hypotéz</i> .....	<i>104</i>
<i>11.3 Vlastní zjištění</i> .....	<i>106</i>
<i>11.4 Doporučení pro praxi</i> .....	<i>107</i>
<b>12 Seznam literárních zdrojů</b> .....	<b>108</b>
<b>13 Klíčová slova</b> .....	<b>117</b>
<b>14 Seznam použitých zkratk</b> .....	<b>118</b>
<b>15 Přílohy</b> .....	<b>119</b>

## TEORETICKÁ ČÁST

### Úvod

Tématem diplomové práce je uplatňování holistického přístupu sestry, členky výjezdového týmu záchranné služby k pozůstalým - účastníkům náhlého úmrtí. Důvodem volby tématu je nejednotný přístup k pozůstalým ze strany členů výjezdového týmu záchranné služby. Zejména méně uspokojivá situace je při náhlých úmrtích v terénu. Při zásazích záchranné služby zpravidla nedochází k přílišné komunikaci s pozůstalými, přímými účastníky těchto situací.

Problematika přístupu členů výjezdového týmu záchranné služby (dále jen ošetrovatelský personál) k pozůstalým představuje vždy oboustranně emočně vypjatou situaci. Vzhledem k tomu, že pracuji jako sestra výjezdového týmu záchranné služby, rozhodla jsem se zmapovat aktuální stav v přístupu k pozůstalým na osmi stanovištích Záchranné služby Plzeňského kraje.

Činnost záchranné služby je zaměřena především na poskytování akutní péče. V průběhu zásahu se posádka zaměřuje na udržení a obnovu vitálních funkcí pacienta a ošetřující personál se příliš nezabývá psychosociálními potřebami pacienta či potřebami rodinných příslušníků. „Není na to čas.“

Velmi často se stává, že je ošetrovatelský personál záchranné služby účastníkem mezních situací, kdy je snaha o záchranu pacienta marná a situace je komplikovaná okolnostmi na místě zásahu. Jednou z možných komplikací je přítomnost blízké osoby při náhlé smrti. Komunikace s pozůstalým se omezuje pouze na sdělení základní informace o úmrtí. Umění komunikace s pozůstalými náleží k odborným kompetencím každého lékaře, ale v praxi záchranné služby se komunikace často omezí na strohé sdělení pravdy o smrti blízké osoby. Stručný a neosobní způsob sdělování špatné zprávy pozůstalí mohou vnímat jako nízkou míru empatie a porozumění ošetrovatelského personálu tomu, co právě prožívají. Důsledkem je zvyšování stresu a zhoršování psychického traumatu pozůstalých.

Ošetřovatelský personál záchranné služby nemůže pozůstalým nabídnout ucelené informace vztahující se k potřebám pozůstalých, protože doposud nebyl zpracován postup s potřebnými kompetencemi pro poskytování péče pozůstalým. Často bývá jediným řešením podání vhodného medikamentu a vyjádření upřímné soustrasti. Při holistickém pojetí ošetřovatelství je to jen „chabá náplast“ na možné psychické trauma pozůstalých. Je otázkou, zda sestra může v rámci svých kompetencí poskytnout účinnou podporu a potřebnou pomoc pozůstalým.

Domnívám se, že ošetřovatelský personál výjezdového týmu záchranné služby by měl být schopen poskytovat vždy v případě potřeby adekvátní psychosociální podporu pozůstalým při náhlém úmrtí blízké osoby s využitím dovedností vedení krizové komunikace.

## 1 Současný stav

### 1.1 Holistický přístup k pozůstalým

„Pojem holistického zdraví zahrnuje celou osobnost člověka jako celistvou bytost a všechny stránky jejího životního stylu – tělesnou zdatnost, primární prevenci negativních tělesných a emocionálních stavů, zvládání stresu, citlivost k prostředí, sebekoncepci a duchovno. Sestry pečují o člověka jako celek (úplnou holisticky pojatou bytost) nikoliv o jeho izolované části a funkce (Mastiliaková, 2007, s. 8)“. Umírání, smrt, péče o pozůstalé jsou součástí celostního přístupu k pacientům.

V dnešní společnosti převládá institucionální model umírání a smrti. Dříve lidé umírali v kruhu své rodiny, smrt pro ně byla součástí života, byli se smrtí smíření. Vlivem institucionálního pojetí umírání a smrti dochází k tomu, že se lidé smrti přímo děsí, nejsou připraveni smrt přijmout, nevnímají ji jako součást života, zvláště při náhlých úmrtích. K obavám ze smrti přispěla i její „tabuizace, která byla uplatňována nadlouho i u nás, zejména po 2. světové válce. Dnes se již stává zřejmým, že smrt patří do života stejně jako zrození (Sígl, 2006, s. 392)“.

Náhlá smrt blízké osoby je silně traumatizující zejména pro nejbližší pozůstalé. Jejich následné reakce mohou mít různé projevy i různě silný emoční náboj- od akutní reakce na stres až po stavy bezradnosti, bezmoci a vznik pozdější posttraumatické stresové poruchy. Ošetřovatelský personál záchranné služby pracuje mnohdy v improvizovaných podmínkách, v omezeném časovém limitu a tomu většinou odpovídá strohá a neosobní forma komunikace s pozůstalým. V praxi se komunikací s pozůstalými ošetřovatelský personál mnoho nezabývá, což není zcela v souladu s holistickým pojetím ošetřovatelství. Přestože pozůstalý v těchto situacích zpravidla nebývá schopen často ani ochoten komunikovat a vyjadřovat své potřeby, obavy, má pro něj empatický přístup ošetřovatelského personálu zcela zásadní význam. Necitlivost v komunikaci při sdělování smrti blízké osoby mnoho pozůstalých vnímá jako psychické trauma po celý zbytek života. Mnohdy dochází ze strany pozůstalých až ke zpochybňování kvality poskytované péče, což může být způsobeno tím, že ve výcviku členů výjezdového týmu záchranné služby se nezdůrazňují psychosociálně-spirituální potřeby pozůstalých, záchranáři

v těchto případech postupují spíše intuitivně. Z profesního pohledu je při zásahu poskytnuta akutní péče v souladu s lékařskou a ošetrovatelskou etikou. Veškerá lékařská a ošetrovatelská péče je směřována „pro záchranu života klienta/pacienta, což je v souladu s platnou legislativou. Legislativa ale neukládá poskytování péče pozůstalým v psychosociální oblasti. Z pohledu pozůstalých může být tato situace vnímána jako neetická pokud se lékař a ošetrovatelský personál stejnou měrou také nesoustředí na bezprostřední psychosociální podporu pozůstalým. Ti pak mohou z tohoto pohledu zpochybňovat kvalitu poskytované péče výjezdovým týmem záchranné služby. Z uvedeného vyplývá, že základním problémem nedorozumění je nedostatečná komunikace vedená lékařem i ošetrovatelským personálem s pozůstalým. Je otázkou, zda by výjezdový tým záchranné služby neměl v rámci svých odborných kompetencí provádět jak psychickou podporu, tak postupy krizové komunikace s pozůstalými.

Tento druh komunikace lékaři a sestry většinou teoreticky zvládají, ale ne vždy ji v praxi používají. V důsledku toho pak může dojít k nedorozumění a mnohdy i k pochybení. Výsledkem je zvyšování stresu pozůstalých (Janáčková, Weis, 2011; <http://psychologie.doktorka.cz/>).

Je otázkou, zda ošetřující personál výjezdového týmu záchranné služby respektuje pouze omezený čas pro poskytování akutní péče, nebo zda komunikaci s pozůstalými nepřikládá důležitost, anebo zda komunikačními dovednostmi v krizové situaci nedisponuje. V této souvislosti stojí za zmínku skutečnost, že v praxi, v dalším vzdělávání ošetrovatelského personálu výjezdového týmu záchranné služby je věnována minimální pozornost nácviku komunikačních dovedností v krizových situacích.

## *1.2 Problematika sdělování smrti*

Sdělování zpráv o smrti pacienta příbuznému je pro zdravotníka asi nejtěžším úkolem. Při sdělování smrti pacienta příbuzným je potřebná jistá dávka adekvátních



komunikačních schopností zdravotníků (Baštecká a kol., 2005). Příbuzný si tento okamžik zapamatuje navždy, proto je důležité informaci sdělit citlivě a korektně. Rozhovor s pozůstalými je jednou z povinností lékaře nebo vedoucího týmu, ale vhodné je využít pro psychosociální podporu i pomoc zkušené sestry.

Ošetrovatelský personál by měl při poskytování profesionální ošetrovatelské péče zohledňovat společenské, psychické a fyzické aspekty života, jež mají vliv na zdraví, nemoc, invaliditu a umírání.

Řešení otázek spojených s komunikací v procesu umírání a smrti nám dnes může ulehčit interdisciplinární vědní obor Thanatologie (tanatologie), pro který formulovala základy Elizabeth Kübler – Rossová (in Blechová, 2009) již počátkem šedesátých let minulého století. Blechová se kloní ke smíření se ztrátou, neboť se domnívá, že všichni jdou stejnou cestou a jednou se opět setkají (Blechová, 2009).

Sestra, členka výjezdového týmu záchranné služby může i v omezeném časovém limitu pro poskytování akutní péče nabídnout pomoc pozůstalým, která spočívá v projevu porozumění, účasti, včetně poskytnutí citové opory. Pozůstalý se mnohdy setkává poprvé se smrtí v souvislosti s úmrtím blízké osoby, a proto nemá zkušenosti s dalšími kroky, které musí bezprostředně po úmrtí učinit. Sestra může tíživou situaci pozůstalému ulehčit nabídkou souhrnných informací bezprostředních kroků a úkonů souvisejících s úmrtím blízké osoby, a to včetně projevu účasti. Praxe záchranné služby je zcela odlišná. Vzhledem k tomu, že ošetrovatelský personál výjezdového týmu záchranné služby doposud nemá k dispozici postup pro poskytování péče pozůstalým, proto ani jeho členové - sestry takovou péči pozůstalým neposkytují.

### *1.3 Kvalifikační příprava nelékařského zdravotnického personálu*

Podle zákona číslo 105/2011Sbírky, § 18, odstavec 4 se uvádí, že „odbornou způsobilost k výkonu povolání zdravotnického záchranáře má také nelékařský zdravotnický pracovník (dále jen NLZP záchranné služby), který získal odbornou způsobilost k výkonu povolání všeobecná sestra podle §5 a specializovanou způsobilost v oboru sestra pro intenzivní péči a byl členem výjezdové skupiny zdravotnické

záchranné služby nejméně v rozsahu alespoň poloviny týdenní pracovní doby po dobu pěti let v posledních šesti letech“.

Pracovní náplň jednotlivých členů NLZP určuje vyhláška číslo 55/2011 Sbírky, o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. Pro všeobecnou sestru mimo jiné určuje „provádět psychickou podporu umírajících a jejich blízkých a po stanovení smrti lékařem zajišťovat péči o tělo zemřelého a činnosti spojené s úmrtím pacienta“. Záchranářům uvedená vyhláška neukládá provádět psychickou podporu umírajícím a jejich blízkým, jak je tomu v případě všeobecné sestry. Všeobecná sestra, členka týmu zdravotnické záchranné služby vzhledem ke své kvalifikační přípravě by měla k umírajícím i pozůstalým přistupovat celostně, což znamená, že poskytování psychické podpory pozůstalým je součástí komplexní ošetrovatelské péče. Pokud je členkou ošetrovatelského týmu záchranné služby dochází k tomu, že se ošetrovatelský tým jako celek podrobněji nezabývá podporou pozůstalých. Záchranář poskytuje akutní péči, sestra je svou kvalifikací zaměřena na poskytování komplexní ošetrovatelské péče, včetně zohledňování biopsychosociálních potřeb klienta/pacienta.

Podle zákona č. 372/2011 Sbírky, o zdravotních službách dle § 49 odstavec 1 písmeno a) je zdravotnický pracovník je povinen poskytovat zdravotní služby, ke kterým získal odbornou nebo specializovanou způsobilost podle jiných právních předpisů, v rozsahu odpovídajícím jeho způsobilosti, zdravotnímu stavu pacienta, na náležitě odborné úrovni a řídit se etickými principy ([http://www.zakonycr.cz/seznamy/372-2011-Sb-zakon-o-zdravotnich-sluzbach-a-podminkach-jejich-poskytovani-\(zakon-o-zdravotnich-sluzbach\)](http://www.zakonycr.cz/seznamy/372-2011-Sb-zakon-o-zdravotnich-sluzbach-a-podminkach-jejich-poskytovani-(zakon-o-zdravotnich-sluzbach))).

Sestra v rámci ošetrovatelského procesu je povinna se řídit také Etickým kodexem sester, který jí mimo jiné ukládá poskytování péče a vytváření prostředí, v němž jsou respektována lidská práva, hodnoty, zvyky. „, Základní povinnost sestry je čtyřnásobná: podporuje zdraví, předchází nemocem, navrácí zdraví, zmírňuje utrpení. Sestry prokazují služby jednotlivci, rodině, a veřejnosti a koordinují své služby s profesně blízkými skupinami (Haškovcová, 2002. s. 88)“.

Obdobně charakterizují ošetrovatelský proces i někteří zahraniční autoři. „Ošetrovatelská praxe, zahrnuje víc než klinické dovednosti a znalosti, které sestry mají a používají. Ošetrovatelská praxe je koherentní struktura práce sestry, která integruje hlavní hodnoty, specifické akce v rámci sociálního poslání profese a společenské vědomí a poznání, že práce sestry přináší nějaké lidské dobro. Při pohledu nad rámec osobní zkušenosti, aby odrážela širší sociální a kulturní důsledky situace je jeden hmotný pohled praxe. Ošetrovatelství je holistická, humanistická a ošetrovatelská praxe. To nastane, když odborná způsobilost, terapeutické využití vlastní morální/etické chování a transformativní jednání probíhá synchronně (Enzman, 2009; <http://www.ahna.org/>)“.

Nejednotnost kroků ošetrovatelského personálu v přístupu a podpoře pozůstalých nabízí otázku, zda by nebylo vhodné zaujmout jednoznačný a etický postoj k tomuto citlivému tématu.

V současné době neexistuje legislativní podpora, která by jednoznačně a srozumitelně tento problém vymezovala a řešila jej. V několika posledních letech se již v některých Krajích České republiky (dále jen ČR) záchranné služby zaměřují na problematiku psychosociální podpory při akutní stresové reakci nebo v emočně vypjatých situacích samotným pacientům, ale i pozůstalým. Této problematice se intenzivně věnuje Zdravotnická záchranná služba Moravskoslezského kraje, dále pak i Zdravotnická záchranná služba Zlínského kraje, problematice se nevěnuje Zdravotnická záchranná služba Jihočeského kraje a Zdravotnická záchranná služba hlavního města Prahy. Zdravotnické záchranné služby v ostatních Krajích ČR se této problematice věnují jen z části. Zdravotnickým záchranným službám zákon č. 374/2011 Sbírky, o záchranné službě ukládá zřizovat v rámci pracoviště krizové připravenosti mimo jiné i psychosociální intervenční služby pro zaměstnance – poskytovatele zdravotnické záchranné služby. Tento zákon ale neřeší psychosociální služby pro pozůstalé.

#### *1.4 Multidisciplinární tým v záchranné službě*

Záchrannou službu lze chápat jako součást daleko širšího systému služeb. Tento systém zahrnuje lékařskou službu první pomoci, nemocnice, psychiatrické léčebny,

protialkoholní záchytné stanice, praktické lékaře, lékařské specialisty. Na takový systém můžeme pohlížet jako na síť obklopující jednotlivá pracoviště záchranné služby. Pokud instituce poskytuje jakoukoliv službu druhému člověku – zákazníkovi, klientovi či pacientovi – je výhodné, když sama sebe vnímá jako součást většího systému, s jehož pomocí může zvyšovat vlastní sféru možností (Vodáčková, 2008).

Obsazení a skladbu ošetrovatelského personálu výjezdového týmu záchranné služby zajišťuje personální oddělení. Multidisciplinární tým záchranné služby mohou tvořit: všeobecná sestra, všeobecná sestra se specializací v přednemocniční neodkladné péči, všeobecná sestra se specializací ošetrovatelská péče v anesteziologii, resuscitaci a intenzivní péči, všeobecná sestra – absolvent/ka bakalářského studijního programu se specializací, všeobecná sestra - absolvent/ka magisterského studijního programu se specializací a zdravotničtí záchranáři - absolventi vyšší odborné školy, zdravotničtí záchranáři – absolventi bakalářského studijního programu, řidič zdravotnický záchranář.

Členové ošetrovatelského personálu výjezdového týmu záchranné služby disponují teoretickými znalostmi a odbornými kompetencemi pro řešení emočně vypjatých situací. Současný model poskytování ošetrovatelské péče týmem záchranné služby bohužel v dané chvíli neřeší negativní emoční stavy zraněných ani přítomných členů rodiny. Je tedy problém ve vůli odborné veřejnosti přijmout jednotný postup záchranné služby při řešení emočně vypjatých situací v rámci celé ČR? Neutěšený současný stav potvrzuje i Feldmár: „Potřeby pozůstalých rodičů jsou tak různorodé a komplexní jako jejich zármutek. V zahraničí existují specializované skupiny, v nichž spolupracují lékař, sestra, psycholog, duchovní a sociální pracovnice a nabízejí podporu a pomoc pacientkám a párům po těhotenské ztrátě. Příčinou těhotenské ztráty mohou být například úrazy, vzniklé v důsledku dopravních nehod. V ČR není této problematice věnována dostatečná pozornost, přičemž by bylo užitečné založit podobnou organizaci i v naší zemi (Feldmár, 2009, s. 30)“.

### *1.5 Vliv smrti na členy ošetrovatelského personálu záchranné služby*

Posádky zdravotnické záchranné služby jsou denně vystavovány negativním emocím,

stresu souvisejícím s výkonem profese včetně bezprostředního kontaktu se smrtí, mnohdy s přítomností blízkých osob postiženého. Pokud se člen ošetrovatelského týmu záchranné služby nechá ovlivňovat dramatickostí situace, může být negativně ovlivněno jeho emoční prožívání. (Ertlová, 2000). Zátěžovými faktory jsou zejména “časový tlak ve snaze dodržet standardy, nutnost skloubit diagnostické a léčebné výkony v co nejkratším časovém úseku se zevními podmínkami (sklepy, silnice, nepříznivé počasí a podobně). Dílčími stresory jsou nutnost rychlého a správného rozhodování, sehraná práce v týmu, umění účinné improvizace, fyzická zdatnost a osobní ochrana před infekčními riziky, napadením a jinými riziky (Baštecká a kol., 2005, s. 269)“. Obdobný názor má také Špatenková a kol. (2004, s. 44 - 47).

Každý člen ošetrovatelského personálu výjezdového týmu záchranné služby se vyrovnává s nadlimitní situací (například náhlé úmrtí dítěte, neúspěšná resuscitace, úmrtí v důsledku dopravních nehod, sebevraždy a jiné) různým způsobem, a to v závislosti na jeho obranných mechanismech. V praxi záchranné služby jednotliví členové ošetrovatelského týmu se svými pocity bezprostředně po zásahu navenek příliš nezabývají. Mnohdy si pocity bezmoci z neúspěšné resuscitace vykládají jako profesní selhání. Doposud neměli možnost využít systému psychosociální intervenční péče (dále jen SPIS). Tento institut vstoupil v platnost v roce 2011 v souvislosti s účinností zákona č. 374/2011 Sbírky, o zdravotnické záchranné službě. Týmy SPIS se vytváří, v současné době jsou vyškoleni interventi – peři, ustanovují se pravidla pro činnost intervenčních týmů v rámci Záchranných služeb všech krajů České republiky. Vzdělávání peerů probíhá v certifikovaném kurzu Peer program péče a podpory zdravotnickým pracovníkům – Strategie zvládnutí psychicky náročných profesních situací. Vzdělávání zajišťuje Národní centrum ošetrovatelství nelékařských zdravotnických oborů v Brně.

## **2 Vnímání smrti v moderní společnosti**

### *2.1 Postoje moderní společnosti ke smrti*

Neutěšená situace v uplatňování krizové komunikace členy ošetrovatelského personálu výjezdového týmu záchranné služby při sdělování náhlého úmrtí pozůstalým, zcela koresponduje s vnímáním smrti ve společnosti. Přidalová uvádí dvě skupiny autorů, kteří vymezují svůj postoj ke smrti. První skupina autorů „upozorňuje na fakt, že moderní společnost se vyznačuje chorobným strachem ze smrti. Není schopna o ní uvažovat racionálně, ověňuje ji nepříjemnými až hrůznými představami, a proto o ní raději neuvažuje vůbec a vytěsňuje ji na nejzažší okraj svého zájmu. Nedokáže jí čelit, a tak se stává umírání v moderní společnosti traumatem jak pro umírajícího, tak pro jeho nejbližší okolí. Smrt je podle těchto autorů v moderní společnosti tabu (Přidalová, 1998, s. 347)“. Druhá skupina autorů zastává názor, „že moderní společnost jako celek smrt popírá a vyhýbá se jí, nesdílí ji. Podle nich není třeba vidět tabuizaci smrti a umírání v moderní společnosti tak tragicky a univerzálně. Tato skupina autorů především tvrdí, že tabuizace smrti je determinována sociálně a geograficky. Není to tedy celá společnost, kdo se smrti vyhýbá, ale spíše skupiny s určitými charakteristikami (Přidalová, 1998, s. 348)“.

Jeden z názorů autorů druhé skupiny říká: „Jsme-li v současné době obklopeni apatií, respektive nechutí a neschopností moderního člověka trpět, popřípadě být na blízku trpícímu (doprovázet ho), je to důsledek pragmatismu lidí, všeobecně sdílené touhy po klidu a snahy každé utrpení a bolest co nejrychleji odstranit, případně nějak „rozumně“ vyřešit“ (Jankovský, 2003, s. 129). V psychoterapeutické praxi, jak Peck uvádí, docházelo k situacím, že polovinu pacientů musel dotlačit k tomu, aby čelili realitě své smrti. Jejich neochota postavit se realitě smrti byla součástí jejich nemoci. Tito pacienti nenavštěvovali své přátele v nemocnici, nečetli smuteční oznámení, zapomínali psát kondolence. V noci se budili zalití potem, protože se jim zdálo, že se topí. Nemůžeme žít s odvahou a důvěrou, pokud nenavážeme vztah se svou vlastní smrtí. Nemůžeme plně žít, pokud neexistuje něco, pro co bychom byli ochotni zemřít (Peck, 1994). Je-li člověk připravený na přijetí své smrti i smrti svých blízkých závisí

na mnoha faktorech. Mezi ně zcela určitě náleží postoj rodiny k umírání – „rodinný model“ postoje ke smrti si dítě přenáší do dalšího života. Dalším významným faktorem je postoj všech stupňů vzdělávání ke smrti a umírání, respektive do jaké míry se jednotlivé stupně vzdělávání věnují kategoriím jako je smrt a umírání. Na toto téma bohužel doposud neproběhl žádný výzkum. Dá se předpokládat, že jeho výsledky by byly velmi zajímavé a zcela určitě by přinesly odpověď na otázku: „Do jaké míry se výchova a vzdělávání na našich školách věnuje významu umírání a smrti v životě člověka?“ Člověk nebude na smrt a umírání dostatečně připraven, pokud v těchto kategoriích nebude vychováván a vzděláván tak, aby pochopil, že smrt a umírání je zpravidla přirozeným koncem života, a že sdělování zprávy o úmrtí blízké osoby s tím úzce souvisí.

„Naše přesvědčení, postoje a (pracovní) postupy by měly odpovídat jasně vyjádřeným hodnotám. Nedostatečné vyjasnění hodnot, ze kterých vycházíme, má a následek zranitelnost dobrých snah při péči o umírající a pozůstalé. Přitom v lidském životě stěží najdeme tak výrazně hodnotově obsazená témata, jako je umírání a smrt (snad ještě rození a sexualita). Hodnoty slouží jako směrovky pro hodnocení kvality pomoci a péče. Bez jasných hodnot nejsme schopni hodnotit ani sebe, ani druhé, ani to, co děláme. O hodnoty se mají opírat zvolené (pracovní) postupy a zásady, které považujeme za správné a jejichž dodržování vyžadujeme od profesionálů a nabízíme lidem označeným jako „laici“ (Baštecká, 2010; [www.pohrebnictvi.cz/](http://www.pohrebnictvi.cz/))“.

Pro vlastní výkon profese ošetrovatelského personálu výjezdového týmu záchranné služby by mělo být umění krizové komunikace při sdělování náhlého úmrtí pozůstalým nezbytným předpokladem. V praxi záchranné služby ošetrovatelský personál podává profesionální výkon při záchraně lidského života. Je otázkou, do jaké míry zasáhne náhlá smrt pacienta jednotlivé členy ošetrovatelského personálu. Každý z nich je také jenom člověk a náhlá smrt pacienta může být spouštěčem emočního zmatku stejně tak, jako u pozůstalých, což může mít za následek ustoupení od uplatňování krizové komunikace s pozůstalými. Další otázkou může být nedostatečná schopnost vcítit se do postavení pozůstalého, připustit si, co asi po strohém oznámení smrti blízkého

člověka pozůstalý prožívá, jaké může mít bezprostřední potřeby. Ale i kdyby byla příčina jakákoliv, ošetrovatelský personál záchranné služby by měl podávat profesionální výkon i v krizové komunikaci s pozůstalými, a to i v případě omezeného času. Nic nebrání tomu chtít a prostě se to naučit.

## *2.2 Institucionální přístup ke smrti*

Je těžké představit si něco, co je z hlediska každého člověka více univerzálnější a osobnější, než smrt a umírání. V průběhu našeho života ztrácíme známé, přátele, rodinné příslušníky, a nakonec dojdeme k biologickému konci i my sami. Ve světle těchto faktů je udivující, že teprve na konci 60. let se začal v západní průmyslové civilizaci projevovat jakýsi zájem o studium smrti a umírání. To se týkalo nejen všeobecné veřejnosti, ale i vědců a profesionálů z oborů, které by se o to měly zajímat, například lékařství, psychiatrie, psychologie, antropologie, filosofie a teologie. Jediným logickým vysvětlením pro tento jev je masivní popírání smrti a psychologická represe v celé této oblasti (Grof, 2008b).

Janáčková zastává obdobný názor na smrt a umírání, jako Grof, že fenomén smrti a umírání je v současné době, zaměřen na výkony a spotřební život, člověk nemá na smrt a umírání čas. Lidé chtějí žít právě teď a málokdy přemýšlejí o tom, co bude, natož pak o otázkách smrti a lidské konečnosti. Téma smrti se postupně stalo tabuizovaným tématem, lidé ho vytěsňují ze svých myšlenek a začínají se jím zabývat až v momentě, když vážně onemocní oni či jejich blízcí. Smrt a konečnost se pak stala často strašákem, který je spojený se strachem, bolestí, utrpením a samotou. Za posledních padesát let se totiž mnoho změnilo. Medicína léčí mnohdy za každou cenu i nevléčitelné (Janáčková, 2012; <http://www.umirani.cz/>). „Lidé umírají většinou v nemocnicích či léčebnách pro dlouhodobě nemocné, hospicích a podobně, staří lidé se vyčleňují z rodin a umísťují se do různých ústavů. Lidé dávají přednost svému pohodlí, které racionalizují údajnou nejlepší ústavní odbornou zdravotní péčí pro jejich blízké. Tváří se, že otázky lidské konečnosti a smrti nepatří do osobního života (Janáčková, 2012; <http://www.umirani.cz/>)“.



Ošetřovatelský personál výjezdového týmu záchranné služby se setkává s náhlými úmrtími ve všech věkových kategoriích. Pokud náhle zemře blízká osoba, u které rodina úmrtí již předpokládá a je s ním předem seznámena, nebývají reakce na náhlou smrt natolik traumatizující, aby se pozůstalí obraceli na poskytovatele psychosociální podpory. V případech, kdy se jedná o náhlé úmrtí dětí, mladistvých, osob středního věku bývají reakce pozůstalých silně emotivní.

Vojtěchovský a Haškovcová vyhodnocují vývoj postoje současné společnosti ke smrti a umírání následovně: „Postoj ke smrti a její prožitek se tedy podstatně změnil jednak tím, že ubylo dětských smrtí v rodinách, jednak tím, že přibýlo násilí v televizi. Rozdíly budou také jistě mezi jednotlivými kulturami na zeměkouli. Fenomén smrti je nepochybně jinak chápán, pocíťován a prožíván v arabských zemích, jinak na Dálném Východě, jinak v Evropě, možná jinak v Americe (Vojtěchovský, Haškovcová, 1992; <http://www.hoschl.cz>)“. Tento problém řešila švýcarská psychiatrička, doktorka. Elisabeth Kübler-Rossová (in Cichá, 2009), která téměř po dvacetileté zkušenosti práce konsiliárního psychiatra ve všeobecných nemocnicích dospěla k názoru, že v současné době se s tanatologickou praxí - jak pomoci umírajícím pacientům – nedá prakticky nic dělat, protože ve většině států, které navštívila, je psychologická potřeba všech lidí umírat v klidu, doma a mezi nejbližšími příbuznými.

„Tématika umírání a smrti nepochybně patří k těm nejnáročnějším, a to nejen v ošetřovatelství. Umírání a smrt sice k životu patří, stejně jako narození, přesto je to pro každého člověka něco reálně nepředstavitelného. Na smrt je jen stěží možné se „dostatečně“ či „dobře“ připravit. Je to událost, která je pro všechny bezprostředně zúčastněné citově velmi náročná (Cichá, 2009; <http://www.prohuman.cz/>)“.

V Evropě na konci dvacátého století se všeobecně přijímá názor, že v souvislosti s civilizačními proměnami stylu našeho života je důležité detabuizovat smrt a hovořit civilně a bez emocí o problematice umírání. Život nelze dost dobře smysluplně prožívat, nelze se k němu stavět odpovědně, jestliže se vytěsňuje problém smrti. Kupodivu laická veřejnost má daleko větší zájem o problematiku smrti než lékaři a zdravotnický

personál. Odborníci vědí, že nemocní přijímají diskuse o smrti celkem bez větších problémů; daleko hůře lékaři a vůbec nejhůře ošetřovatelský personál. Proto současná literatura a osvěta týkající se smrti je často mířena do řad zdravotníků a sociálních a rehabilitačních pracovníků (Vojtěchovský, Haškovcová, 1992).

Ošetřovatelský personál výjezdového týmu záchranné služby nejčastěji volí pro sdělení náhlé smrti pozůstalým formu stručné a věcné komunikace a zpravidla aktivně neprojevuje vůli věnovat se potřebám pozůstalých. Lze konstatovat, že strohým a věcným způsobem komunikace s pozůstalými ošetřovatelský personál zcela naplňuje institucionální přístup při sdělování smrti, který akceptuje lékařská a ošetřovatelská veřejnost, nikoliv veřejnost laická. A právě tento moment současná společnost vnímá velmi negativně. Zcela právem od ošetřovatelského personálu očekává adekvátní míru empatie, projev soucítění, schopnost uplatňování krizové komunikace, i když se jedná o sdělení špatné zprávy, na které při ukončení zásahu nezbyvá mnoho času. Je otázkou, do jaké míry se profesní příprava ošetřovatelského personálu věnuje dovednostem krizové komunikace tak, aby se pro jednotlivé členy ošetřovatelského personálu výjezdového týmu stala standardním postupem. „Současná literatura a osvěta týkající se smrti, směřovaná do řad zdravotníků, jak uvádí Vojtěchovský, Haškovcová, je zcela jistě pozitivum, ale opomíjí uplatňování krizové komunikace při zásazích ošetřovatelského personálu záchranné služby. Pokud samotní lékaři i ošetřovatelský personál neprojeví dostatečný zájem získávat kompetence v krizové komunikaci, patrně k očekávané změně nedojde (Vojtěchovský, Haškovcová, 1992; <http://www.hoschl.cz/>).“

Svým pohledem na umírání a smrt uvedený stav obdobně popisuje i Grof, kdy pro něj „typická osoba umírající v západní industriální společnosti vyznává pragmatický a materialistický světový názor, nebo jím je přinejmenším ovlivněna. Ve světě, který uznává za reálné jen to, co se dá změřit a zvážit, není místo pro duchovnost jakéhokoli druhu (Grof, 2008b; <http://jlswebs.files.wordpress.com/>)“.

### *2.3 Přístupy ke smrti v psychologickém systému*

První průkopník, který začlenil téma smrti do svého psychologického systému, byl Sigmund Freud. Staví v něm proti sobě libido (Eros) a pud smrti (Thanatos). Cílem Erosa je život zachovat a cílem Thanata jej zrušit a zničit. Nutno však říci, že u jeho žáků a v pozdější psychoanalýze nebyla nová koncepce nikdy plně přijata. Alfred Adler byl dalším, který téma smrti shledal důležitým pro svou koncepci. V jeho případě vede neschopnost člověka smrti předejít a mít ji pod kontrolou k hlubokému pocitu nedostatečnosti. C. G. Jung měl za to, že smrt má na náš život zásadní vliv a je třeba ji pojímat se stejnou důležitostí, jako narození, jako neoddelitelnou část našeho života. Své místo má v procesu individuace, kde je pro Junga řídicí celistvost osobnosti. Jedinec však nemůže být celistvý, dokud nepřestane vidět smrt a život jako pouhé dva protiklady (Grof, 2008a; <http://gnosis9.net/>).

Sigmund Freud přišel na to, že racionálně pochopíme už v devíti letech, že musíme zemřít, ale iracionálně jsme skoro všichni přesvědčeni o své nesmrtelnosti. Freudův žák, švýcarský psychiatr Carl Gustav Jung, upozornil, že po dosažení vrcholu života, někdy kolem čtyřicítky, dochází k určitému zlomu. Následně by veškeré úsilí člověka mělo směřovat k tomu, aby psychologicky směřoval k naplnění druhé poloviny života, jejímž cílem je smrt. Se smrtí je třeba zákonitě počítat a nebát se jí. Koncipovat závěrečný úsek života tak, aby byl prožit beze strachu, byť s jistotou, že smrt jednou přijde (Vojtěchovský, Haškovcová, 1992; <http://www.hoschl.cz/>).

Psychologie umírání se v posledních sto letech v Evropě změnila ruku v ruce s radikální změnou věkové struktury umírajících. Ještě před sto lety skoro polovina všech pohřbů v našich oblastech byly děti do 5-15 let. Dnes je 60-70 procent všech pohřbů lidí starších 65 let. Osobní kontakt se smrtí se odsunul do stáří (Vojtěchovský, Haškovcová, 1992; <http://www.hoschl.cz/>).

Podíl klientů/pacientů, které záchranná služba ošetřuje, tvoří také lidé staří a chronicky nemocní. Častou diagnózou je zhoršení stavu při chronické ischemické chorobě srdeční, dechové potíže při chronické obstrukční plicní chorobě, cévní příhoda mozková. Další podíl klientů/pacientů představují úrazy v důsledku dopravních nehod,

sportovní a pracovní činnosti, a sebevraždy. Postoj pozůstalých k náhlé smrti je ovlivňován příčinou úmrtí, věkem zemřelého a rodinným vztahem. Emocionální projevy a potřeby pozůstalých při náhlých úmrtích s těmito faktory úzce souvisí.

„Ti, kteří očekávají svůj skon, a právě tak jejich rodinní příslušníci zcela pochopitelně pátrají nejen po přiměřených formách pomoci, ale také po informacích, jak analogickou situaci prožívali a jak se s ní vyrovnávali jiní lidé, a to historicky i aktuálně. Příbuzným a přátelům často chybí konkrétní návody a doporučení, jak zvládnout nesnadnou situaci (Haškovcová, 2007, s. 15)“.

Murray (2003) popisuje ztrátu člověka jako normální událost, se kterou mohou být spojené fyzické, psychické a sociální důsledky pro pozůstalé, stejně jako snížení individuálních a rodinných prostředků, ať už osobních, materiálních, nebo jenom symbolických. Během života jednou dojde k nahromadění vzpomínek spojených se ztrátou blízkého člověka. Některé z nich mohou být bolestné a smutné, a některé z nich mohou být pozitivní v tom, že cítíme, že jsme naučili reagovat na situace způsobem, který je v souladu s našimi hodnotami. Tyto vzpomínky jsou vyvolané podněty, se kterými se setkáváme v každodenním životě, rituály nebo výročí, známá místa a podobně.

V praxi záchranné služby může docházet k nedorozumění ve vztahu k pozůstalým, pokud se jim nedostane očekávané odpovídající psychosociální podpory včetně nezbytné krizové komunikace a předání zásadních informací, důležitých pro nejbližší dny jejich života. Pokud by akutní péče záchranné služby byla zaměřena i na poskytování uvedené pomoci pozůstalým, ti by v budoucnu neměli důvod spojovat bolestné a traumatizující vzpomínky s kvalitou této poskytované péče.

„Smrt je vnímána jako jediný typ ztrát, které nelze nikdy obnovit. Smutek v souvislosti s úmrtím může mít za následek negativní důsledky pro tělesné zdraví, včetně náchylnosti k onemocnění a nemocem, novým symptomům (často podobných těm, které zůstavitel vydržel), zhoršení stávajících zdravotních potíží, nechutenství nebo ztrátě chuti k jídlu, ztrátě energie, poruchám spánku, poklesu v počtu a funkci přirozeně odumřelých buněk a dlouho trvajícím změnám v mozku a genovém výrazu (Murray, 2003; [www.encyclopedia.com/](http://www.encyclopedia.com/))“.

V praxi záchranné služby je možno se setkat s emočními projevy pozůstalých od projevů apatie, pocitu bezmoci, pláče, úzkosti, strachu až po stádium šoku. Sestra, členka ošetrovatelského personálu výjezdového týmu záchranné služby může odhalit závažnost emočního stavu pozůstalého na základě znalosti ošetrovatelských diagnóz jako například úzkost, strach. Vhodnou intervenční komunikací sestra může tyto projevy zmírnit a tím usnadnit v prvopočátku vyrovnávání se se ztrátou blízké osoby. Základní problém ale tkví v tom, že poskytovaná psychosociální podpora pozůstalým pokud se děje, tak spíše intuitivně, než cíleně.

Schrerer ve svém článku uvádí postoje některých filosofů ke smrti. „Schulz se staví proti tomu, aby se představa přirozené smrti vykládala v tom smyslu, že člověk není nic jiného než přirozený exemplář svého druhu. W. Kamlah konstatuje, že existuje katastrofické chápání smrti. Lze je formulovat větou: Smrt je katastrofa, jež působí, že živá bytost, která žila po delší dobu, přestává žít pro celou budoucnost, a tato katastrofa jednou zničí každou živou bytost, včetně člověka. Podle Wilhelma Weischedela člověk ví o smrti, která není pouze více či méně vzdáleným koncem života v každém okamžiku. Jistota, že všechno zaniká, že poslední slovo má smrt a zánik, vyzývá skeptika k odříkání, sebeuskrovnění, pokoře a vzdání se sebe. Svoboda v této souvislosti znamená tolik jako být nezávislý, nezáviset ani na světě, ani na sobě samém. Cramer došel k poznání něčeho, co už nelze označit jako fakt: totiž že smrt člověka je sice konec, ale zahajuje jiný život (Schrerer, 2007; <https://ililka.signal.cz/>)“.

#### *2.4 Přístupy ke smrti v teologii*

„Smrtí se rozumí konec osobního životního příběhu. Životní příběh osoby je více než pouhé biologické fungování jednotlivých orgánů (Rotter, 1999, s. 87)“.

Sociokulturní faktory ovlivňující přístup ke smrti a umírání výstižně charakterizuje Marková. Nahlíží na přístup k umírání z pohledu historie a současnosti tak, že dříve byla úmrtí častější a časnější – nyní se prodlužuje střední délka života i průměrný věk. Ženy se dožívaly v roce 1830 34 let, v roce 1900 42 let, v roce 1930 58 let, v roce 1946

74 let a v roce 2006 79,5 roku. Smrt byla dříve přirozenou součástí života, je vnímána jako zdravotnický problém, diagnóza. Dříve fungovala podpora komunity – sousedé obec, farnost. Nyní se často neznají ani lidé v jedné ulici, v jednom panelovém domě. Dříve bylo náboženství součástí života rodiny, v současnosti převažuje sekularizace (potlačení vlivu náboženství či odnáboženštění). Dříve se viděl smysl života jako celku, nyní má smysl užívání si. Dříve docházelo k setkávání se smrtí reálně, v současnosti dochází k setkávání se smrtí virtuální. V minulosti byly rodiny větší, pospolitě, nyní jsou rodiny menší, atomizované. V minulosti byly ženy většinou v domácnosti, nyní jsou zaměstnané. Dříve bylo umírání doprovázeno větší fyzickou bolestí, v současnosti vlivem pokroku paliativní medicíny většinu symptomů umíme léčit. V minulosti umírající většinou nebyl osamocen, nyní jsou umírající většinou osamoceni. V minulosti se uplatňovalo soustředění na člověka, v současnosti se uplatňuje soustředění na nemoc (Marková, 2010).

„V souvislosti s projevy zániku tradičních institutů jako sousedství či kmotrovství, vzájemné podpory a deklarované potřeby a schopnosti společného prožívání s druhými, je i fakt vytrácení vědomí posvátna narození, umírání a smrti blízkého člověka (Navrátilová, 2004, s. 342)“.

Sklenovský zastává názor, že „smrt nás stále doprovází a je neoddělitelná od života. Smrt našeho nejbližšího člověka - smrt rodiče, dítěte, manžela v nás vyvolává stav, kdy se s touto skutečností nevyrovnáme, necháváme v sobě stav umírání nedokončený (Sklenovský, 2009; <http://psychologie.doktorka.cz/>)“.

Téměř všechny náboženské skupiny věří, že život po smrti existuje, že smrt není neodvolatelný konec, ale nový začátek. Různí se však z pohledu, kdy tento posmrtný život začíná a jak probíhá. Cichá (2009) ve svém článku shrnuje přístupy některých církví ke smrti a umírání.

„V podmínkách České republiky se nejčastěji setkáme s vyznavači křesťanství. Pro křesťana je umírání jen krátké přechodné stádium, znamenající biologické dožití těla, v žádném případě však zánik duše a ducha. Křesťané věří, že drží-li se Ježíšova učení, dostanou se po smrti do nebe. Bible dokonce vyzývá k boji proti strachu z umírání (Cichá, 2009; <http://www.prohuman.cz/>)“.

Pravoslavná církev vnímá smrt a oddělení těla a duše. Podobně přistupují k životu po smrti evangelíci (luteráni) a další protestanti. Doporučují poslední rozloučení s umírajícím, ale netrvají na něm. Rovněž židé věří, že zesnulý bude vzkříšen s příchodem Mesiáše. Muslimové se domnívají, že dobrý muslim, který denně zachovává rituály, přijde k Alláhovi. Umírající musí vyznat své hříchy a žádat o odpuštění v přítomnosti rodiny. Umírá-li muslimský pacient, jeho rodinní příslušníci se o něj velmi intenzivně starají, ideálně ve dne i v noci. Budhisté věří, že život je cyklus, a že mrtví se rodí znovu na odlišných „úrovních“ života, podle toho, jak prožili svůj život. Domnívají se, že je možno dosáhnout nirvány, tj. rozplynutí stavu blaženosti, klidu, zapomenutí. Svě zemřelé většinou spalují. V hinduismu existuje víra v osobní znovuzrození. Hinduisté se domnívají, že reinkarnace dosáhne ten, kdo prožil kvalitní život, a že je možné následování Brahmy, nejvyššího bytí. Cílem hinduisty je konečné duchovní vysvobození z koloběhu života a smrti (mókša) (Cichá, 2009; <http://www.prohuman.cz/>).

Mnoho kultur dodržuje určitý počet dní tak zvané období smutku, kdy lidé vyjadřují svůj žal nad ztrátou svého blízkého. Například židé dodržují sedmidenní doba smutku (Šiva). Ortodoxní židé truchlí zpravidla celý rok. Svůj zármutek projevují trháním oděvů. V islámu si muži nestřihají vlasy po čtyřicet dní od smrti blízkého příbuzného. Hinduisté po sedm dní od úmrtí v rodině nevaří. Jídlo jim dodávají přátelé (Cichá, 2009; <http://www.prohuman.cz/>).

„Katolická církev učí, že lidská osoba je zároveň bytost tělesná i duchová. Výraz duše pak označuje jednak lidský život či lidskou osobu, jednak duchový princip člověka. Jednota duše a těla je přitom tak hluboká, že je třeba považovat duši za „formu“ těla. Duchová duše je bezprostředně stvořena Bohem – není tedy „zplozena“ rodiči a je nesmrtelná, nezaniká při smrti, ve chvíli svého oddělení od těla, a znovu se s ním spojí ve chvíli konečného vzkříšení. Každý člověk umírá jen jednou a smrt představuje konec lidského putování člověka, času milosti a slitování, který mu dopřává Bůh, aby naplnil svůj pozemský život podle Božích záměrů a aby rozhodl o svém posledním osudu (Heczko, 2011; <http://www.rodon.cz/>)“.

„Zatímco u některých kultur je truchlení víceméně intimní záležitostí, v jiných je běžné truchlení na veřejnosti. V mnoha kulturách se na znamení smutku nosí smuteční oděv, ovšem jsou i takové kultury, v nichž je naopak v takové situaci běžné oblékat si oděv, symbolizující život. Znalosti těchto specifik jsou důležité s ohledem na pozůstalé, která by zdravotníky rovněž neměla být opomíjena (Cichá, 2009; <http://www.prohuman.cz/>)“.

Velmi citlivé vnímání smrti předkládá Sklenovský: „Chodíme kolem této události, nepřipouštíme si ji však jako skutečnost, neměnitelný fakt. V podvědomí stále čekáme s každým zvukem otevírání dveří na příchod, ač víme, že to není možné. Nenecháme k sobě přistoupit hloubku ztráty, hloubku hoře, aby se dostalo až do nitra naší osobnosti. Vytvoříme si jako obranu představu pouze dočasného, fiktivního rozloučení, s nadějí na opětovné setkání. V našem vědomí se vytvoří bolestivé místo, kolem kterého chodíme opatrně, jen občas na něj sáhneme, avšak ihned pro zjitřenou bolest ucukneme. Nenecháme svého nejbližšího ve své duši zemřít (Sklenovský, 2009; <http://psychologie.doktorka.cz/>)“.

Vzhledem ke skutečnosti, že se naše společnost postupně stává společností multikulturní, pronikají sociokulturní vlivy do péče nejen o umírající, ale i o pozůstalé. Lze konstatovat, že věřící nemají ze smrti panický strach, chápou, že smrt je přirozená součást života, jsou se smrtí smířeni, zejména pokud se jedná o smrt přirozenou. Při náhlých úmrtích i věřící cítí nezměrnou bolest i zármutek, ale tato stádia vzhledem ke své víře zvládají snadněji. Pokud jsou věřícími i pozůstalé osoby lze říci, že bolest i zármutek zvládají obdobně. Lékaři i ošetřující personál v nemocnicích, hospicích i v záchranné službě se mohou setkávat při výkonu své profese s umírajícími i pozůstalými, jako věřícími různých církví. S tím se pojí různý pohled věřících na smrt a umírání, na truchlení, prodlužování života, dárcovství orgánů, pitvu, kremaci, pohřební rituály a konečně i na život po smrti. Z etického pohledu lékař i ošetřovatelský personál výjezdového týmu záchranné služby by měli mít rámcový přehled o tom, jak jednotlivé církve ke smrti přistupují, jaké rituály smrt blízké osoby doprovází a co je pro jednotlivé věřící umírající i pozůstalé z jejich pohledu akceptovatelné.



„Sestry jsou konfrontovány novými kulturami s potřebou přehodnotit dosavadní hodnoty a učit se chápat cizí představy o zdraví, nemocích, léčbě a ošetřování (Farkašová a kol., 2006, s. 206)“.

„Setkání sestry s duchovními potřebami vyžaduje jejich posouzení, naslouchání pacientům a trávení času s pacienty. Sestra by měla považovat duchovní potřeby jako součást psychosociální oblasti ošetrovatelství a nikoli jako duchovní domény. Sestra by si měla uvědomit při setkání s pacientem, že jeho duchovní potřeby jsou důležitým aspektem ošetrovatelské péče (Gebhardt, 2005, s. 10)“.

Sestra v rámci ošetrovatelského procesu je také povinna se řídit Etickým kodexem sestry, který jí mimo jiné ukládá „poskytování péče a vytváření prostředí, v němž jsou respektována lidská práva, hodnoty, zvyky a duchovní přesvědčení jednotlivce, rodiny a komunity (Alexander, 2003, s. 48)“.

Charakteristické projevy a chování jednotlivých věřících by lékaře i ošetrovatelský personál neměly proto překvapit. Pokud je to možné, lékař i ošetrovatelský personál výjezdového týmu záchranné služby, by měli vyhovět (například ortodoxní Judaisté nenechávají mrtvého o samotě, nepřipouštějí pitvu, mají problematický přístup k dárcovství orgánů). Schopnost definovat a pochopit organizačně-sociální a psychologicko-spirituální situaci umírajícího i pozůstalých náleží k odborným kompetencím lékaře i ošetrovatelského personálu na kterémkoliv zdravotnickém pracovišti.

„Sestry musí přispět k vytvoření podmínek, aby každý jedinec, i když pochází z jiné země, uznává jinou kulturu, vyznává jiné náboženství, je sociálně závislý, je bezdomovcem anebo je nepřizpůsobivý, byl pro ošetřující tým člověkem, kterého je třeba poznat, získat celistvý pohled na jeho svět, vytvořit si k němu vztah, umožňující vzájemné spolužití a klima pomoci (Farkašová a kol., 2006, s. 206 - 207)“.

### **3 Úmrtí (smrt) v akutní péči dle věkových skupin**

#### *3.1 Prenatální období*

K úmrtí v prenatálním stádiu z pohledu urgentní medicíny dochází nejčastěji následkem dopravních nehod. Závažná polytraumata těhotných žen, vzniklá následkem dopravních nehod, představují zcela specifickou oblast urgentní medicíny, kdy je nezbytný vysoce organizovaný mezioborový přístup ošetřovatelského personálu záchranné služby, poskytujícího ošetřovatelskou péči. Poskytovaná ošetřovatelská péče těhotné ženě s polytraumatem v důsledku dopravní nehody směřuje k záchraně života a ošetření život ohrožujících zranění. V těchto případech mohou nastat další specifické komplikace jako například předčasný porod, přímé poranění plodu nebo jeho ztráta. Smrt plodu bývá častější než smrt matky.

Pro resuscitaci těhotné ženy s polytraumatem má zásadní význam znalost fetální fyziologie a fyziologie ženy v období těhotenství. Specifické znalosti z oboru gynekologie a porodnictví jsou proto nedocenitelným přínosem.

Úsilí poskytované péče směřuje především k záchraně života matek. To umožnilo mnohým z nich následně porodit zdravé dítě. Nelze však opomenout fakt, že některé z nich si přesto do dalšího života odnesly dlouhodobé zdravotní následky polytraumatu. Strach, úzkost a zármutek ženy - budoucí matky, otce i dalších nejbližších, přítomných při zásahu jsou neopomenutelné. Již z etického pohledu si vyžadují primární emoční podporu celého týmu poskytujícího ošetřovatelskou péči. Není neobvyklé, že se jako dočasné řešení emočně vypjaté situace omezuje jen na nabídku, či podání zklidňujících léčiv nejbližším přítomným členům rodiny.

#### *3.2 Perinatální období*

Úrazy v těhotenství představují dramatický stav, který ohrožuje dva životy současně – život matky a plodu. Úrazy těhotných žen z pohledu urgentní medicíny lze kategorizovat na traumata vzniklá následkem dopravní nehody, pádů, domácího násilí, střelných, nebo bodných poranění, popálenin, úrazů elektrickým proudem. Z charakteru

vzniku úrazu plyne nebezpečí akutního ohrožení života pro nastávající matku i plod. Při poskytování ošetrovatelské péče zraněné těhotné ženě na místě nehody by měl tým ošetrovatelského personálu výjezdového týmu záchranné služby předpokládat emočně vypjaté situace, vyplývající z obavy budoucí matky o život a zdraví ještě nenarozeného dítěte. Poskytovaná ošetrovatelská péče se prioritně zaměřuje na stabilizaci zdravotního stavu matky a její transport do nejbližšího traumacentra. Až do tohoto bodu nelze profesionalitě týmu poskytujícího ošetrovatelskou péči nic vytknout. Pocity úzkosti a strachu ze ztráty v případě matky či příbuzných osob, přítomných zásahu, jsou pro ošetrovatelský personál výjezdového týmu záchranné služby v tuhle chvíli druhořadé. Emočním stavem zraněné osoby i přítomných příbuzných se většinou nezabývá, vzhledem k omezenému času pro poskytování účinné pomoci v akutním ohrožení života. Například v USA se lékaři Urgentního příjmu (dále jen Emergency) zamýšlí nad poskytováním psychické podpory pacientům i jejich rodinným příslušníkům v případech náhlých úmrtí. “Máme velkou moc. Na pohotovosti nabízíme našim pacientům a jejich rodinám kurz péče s terapií, který mohou přijmout nebo odmítnout. Je v našich silách změnit osudy těch, kterým sloužíme tím, že budeme předcházet a mírnit jejich utrpení (Murphy, 2012; <http://onlinelibrary.wiley.com/>)“.

Daleko příznivěji vnímají danou situaci týmy Emergency například v USA. Murphy, hovořící za lékaře Emergency uvádí, že “ když budeme mít čas vzdělávat naše pacienty a jejich rodiny o konci života, když jim řekneme, že je to v pořádku, že babička zemřela, že my sami uděláme totéž pro vlastní babičku, pak jsou naše dluhy splaceny. Naši pacienti potřebují více než jen lékařskou technologii, potřebují vidět v lékaři přítele, který jim pomůže ulehčit jejich zármutek ze ztráty. Když pacientům ulehčíme utrpení, zmírníme i utrpení jejich rodin, a ulevíme vlastnímu utrpení a neklidu, které se objeví vždy, když jsme „poslušně rozdrtili hrudník“ 90 leté babičce ve snaze pokusit se o záchranu jejího života o jeden den navíc. V životě každého člověka nastane čas, kdy odejde. My, jako lékaři Emergency, bychom se neměli bát, toto sdělit. Měli bychom být dostatečně vyškoleni, abychom tak mohli činit. Rozhovory o konci života by měly být jedním z důležitých témat vzdělávání v urgentní medicíně (Murphy, 2012; <http://onlinelibrary.wiley.com/>)“.

v emoční podpoře těhotných žen při a po porodu mrtvého plodu, kdy v této situaci ženy prožívají proces ztráty, je i v akutní péči. „Porod mrtvého dítěte představuje pro všechny zúčastněné velký stres. Zdravotníci nemají často dostatek informací o podpoře procesu truchlení. Přitom právě jejich přístup může mít zásadní vliv na to, jak žena zvládne tuto situaci. Problematice truchlení jev ošetrovatelství věnována v posledních letech stále větší pozornost. Bohužel nejvíce v souvislosti se stářím nebo nevyléčitelnými nemocemi. Na ženy, které porodí mrtvé dítě, se jako na truchlící osoby často zapomíná (Kasparková, Bužgová, 2010, s. 388)“.

V mnoha státech světa perinatální hospice představují alternativu pro způsob řešení těchto situací, které jsou velmi náročné pro nastávající matku i členy rodiny. Například v USA perinatální hospice fungují. Hoeldtke a Calhoun, navrhli perinatální hospicový model, který zahrnuje zvládání perinatálního zármutku a hospicovou péči. Doporučují používat multidisciplinární týmový přístup - včetně využití anestezie, zdravotní péče sestry, sociálních pracovníků a duchovní péče kaplanů – ti všichni se starají o rodinu před, během a po porodu. Perinatální hospice nyní nabízí paliativní péči například v Hospici v San Diegu, Hospici v Kansas City, Zdravotním středisku a dětské nemocnici v Cincinnati, a dalších místech v Texasu a Kalifornii (Hoeldtke, Calhoun. 2001, in Kuelbeck, 2005; <http://perinatalhospice.org/>). Ale začátky perinatální péče o matku a členy rodin rovněž nebyly v USA povzbudivé. „Přestože smrt dítěte před nebo po narození není neobvyklá, po celá desetiletí byla zahalena mlčením. Rodiče obvykle nesměli vidět své dítě, a bylo jim doporučeno, aby zapomněli a měli další dítě. Dokonce i do roku 1980, mnoho nemocnic stále zakazovalo rodičům vidět, nebo držet mrtvé narozené dítě. Nyní začínáme vidět významný kulturní posun, v němž je rodičům umožněno, aby mohli truchlit pro malé dítě, které zemřelo. Pod tlakem truchlících rodičů a Organizace pro podporu těhotenství a ztráty dítěte mnoho nemocnic přijalo více citlivé postupy a podpůrné skupiny, které nabízejí podporu a poradenství pro truchlící rodiče. Perinatální hospice vychází z těchto snah (Kuebelbeck, 2005; <http://perinatalhospice.org/>)“.

Haškovcová zjistila, že například ve Velké Británii, Rakousku, USA mají skutečně značné praktické zkušenosti s hospicovým programem (Haškovcová, 2007). Malaska

v duchu holistického přístupu hospice Bluegrass v Kentucky uvádí: "My se nevěnujeme jen kvalitě života pacienta, ale také podpoře rodiny. Smrt bude mít vliv na všechny jeho blízké osoby. Devět interdisciplinárních týmů, skládajících se z lékařů, zdravotních sester, asistentů certifikované zdravotní sestry, sociálních pracovníků, kaplanů a dobrovolníků, pečovalo v roce 2010 o 627 pacientů a jejich rodiny (Malaska, 2011; <http://www.bestofnky.com/>)". V Německu je poměrně rozsáhlé hospicové poradenství, ale hospiců nedostatek. Podobně je tomu i ve Francii. Česká republika na tom není ve srovnání s jinými zeměmi výrazně špatně, ale je potřeba zlepšit osvětu.

Péče o duševní stav pacienta při ztrátě kteréhokoliv člena rodiny a emoční stav blízkých příbuzných má zcela jistě i etický rozměr při poskytování péče ambulantní, nemocniční nebo péče při akutním zásahu záchranné služby. Cassell uvedl: „Lékaři se nezabývají abstraktním pojmem utrpení, ale léčí člověka, který je postižen něčím, co utrpení způsobuje. Oddělování nemoci, která je příčinou utrpení, od člověka i utrpení samotného, je jako kdyby nemoc byla skutečnější a důležitější než sám pacient a jeho utrpení, je jedním z podivných myšlenkových paradoxů naší doby (Cassell, 1991, in O'Connor, 2005 s. 53)“.

Kuebelbeck je také toho názoru, že „i v oblastech bez oficiálního hospicového programu, mohou pečovatelé nabídnout péči v duchu hospice. Ke konci těhotenství, například, mohou pečovatelé poskytnout rodičům časté ultrazvukové fotografie, což také může pomoci při vypracování specializovaného plánu porodu a také mohou nabídnout rodičům podporu v zármutku. Jakmile se dítě narodí, pečovatelé mohou pomáhat rodinám udržet dítě ve větším pohodlí, když ještě žije. Pomáhají rodinám pořídit pamětní balíček - fotografie (Hochberg, 2003, in Kuebelbeck, 2005), otisky stop a kadeře vlasů. Asistují při koupání dítěte, zařizují pozvání členů rodiny, blízkých přátel, prostě pomáhají rodičům zmírnit jejich duševní trauma z blížící se smrti dítěte (Catlin, Carter, 2002, in Kuebelbeck, 2005; <http://perinatalhospice.org/>)“.

„Rodiče, kteří pokračují v těhotenství, obdrží dar času pro předpokládaný žal, mohou najít útěchu v poznání, že chránili své dítě a poskytli mu klidnou, přirozenou smrt. Rodiče také mohou získat větší pochopení a podporu od rodiny a přátel, kteří by jinak mohli odmítnout smrtelně nemocné, ale neviditelné dítě jako jednoduše zapomenutelný

omyl přírody. Pokud rodiče mají možnost pokračovat v těhotenství a mají jistotu, že nebudou doslova nebo obrazně “opuštěni “ zdravotnickým personálem, tak mnoho rodičů instinktivně chce toto přijmout – mohou strávit vymezený čas se svým dítětem, i když je to jen před jeho narozením (Kuebelbeck, 2005; <http://perinatalhospice.org/>)“.

### *3.3 Postnatální období*

Mezi nejčastější úrazy dětí na traumatologické JIP o prázdninách (1. 7. – 31. 8.) 2010 náležely úrazy následkem dopravní nehody v 54,7 procent, úrazy následkem pádu v 38,3 procenta a ostatní úrazy v 7 procentech. Obdobná situace byla i v roce 2011 (Hnilička, Kuklová, 2011).

Rodiče vnímají úrazy dětí během prázdnin s lítostí. O to více je pro ně situace velmi tíživá v případě úmrtí. O tom, co prožívá rodič, jemuž nečekaně zemřelo dítě, toho příliš mnoho nevíme. Nečekaná ztráta dítěte znamená pro rodiče vyrovnávat se nejen s nesmírným psychickým traumatem, ale zároveň i určitými životními úkoly v souvislosti s nečekaným úmrtím jejich dítěte, které je nutno řešit. Nabídka pomoci rodičům ze strany ošetrovatelského personálu výjezdového týmu záchranné služby se nejčastěji omezuje na podání léků na uklidnění. Proti podávání těchto podpůrných léků pozůstalým se vyjadřuje Špatenková. Vysvětluje, že truchlení nelze vyléčit pomocí léků. „Je to práce, náročná fyzická i psychická práce a pozůstalý, chce-li svůj zármutek ošetřit, musí pro to něco udělat, ne pasivně čekat, že to přejde samo. Nepřejde (Špatenková, 2008, s. 58).“

Ačkoliv jsou tato slova pravdivá, tak pro rodiče v daný okamžik přijetí zprávy o smrti dítěte mohou být velmi tvrdá. Snahou výjezdového týmu záchranné služby poskytujícího ošetrovatelskou péči, by mělo být v rámci časových možností projevení soucítění, poskytnutí zásadních informací pro nejbližší dny života rodičů. Souhrnně by mělo dojít k maximálnímu momentálnímu ulehčení této komplikované situace pozůstalých rodičů. Mnoho rodičů pravděpodobně nebude plně vnímat takto nabízenou pomoc, někdy zaujmou odmítavý postoj, ale budou schopni ji ocenit a využít později,

až se první nejsilnější emoce odezní.

„Svépomocná setkání mohou pozůstalým velmi pomoci při ztrátě blízkého člověka ve společenství dalších osob s podobným osudem. V bezpečném prostředí tak truchlíci mohou vzájemně sdílet své emoce a uvolňovat je před ostatními. Setkání s někým, kdo prožil rovněž úmrtí někoho z blízkých, je pro pozůstalé povzbuzení a tento laický poradce pomáhá pozůstalému od samoty. Zároveň pozůstalý zjistí, co pomáhalo ostatním, a má možnost vytvořit nový vztah v přátelství. V rámci svépomocných skupin se pořádají různé aktivizační, zájmové a vzpomínkové akce. Pomoc je diskrétní a bezplatná (Dohnalová, 2011. s. 32-34)“.

### *3.4 Dospělost*

S příčinami náhlých úmrtí dospělých osob ve věku 18 – 65 let a starší, se kterými se setkává ošetrovatelský personál výjezdového týmu záchranné služby, existuje velmi mnoho. Náhlá úmrtí dospělých osob, způsobená následkem selhání srdce, dopravní nehody, otravy, udušení, zastřelení, utonutí a sebevraždy v praxi záchranné služby náleží k těm nejčtetnějším. Evropská rada pro resuscitaci (2006) uvádí ischemickou chorobu srdeční za hlavní příčinu smrti na světě, náhlá srdeční zástava je zodpovědná za více než 60 procent úmrtí dospělých.

Ošetrovatelský personál výjezdového týmu záchranné služby se setkává i s dalšími příčinami, které ale nejsou tak časté. I zde je uplatňování krizové komunikace s pozůstalými problémem.

Quest uvádí, že „smrt v nouzovém prostředí stále znamená pro mnoho lékařů selhání. Sdělení smrti vnímají jako nejvíce stresující faktor při komunikaci s pozůstalými. Je to patrné zvláště v případech, kdy se lékař domnívá, že smrti mohlo být zabráněno, jako například lepší zdravotní péčí, v případech kdy šlo o dětského pacienta nebo když smrt nastala z nevysvětlitelných příčin. Lékař však musí dočasně své vlastní potřeby potlačit s cílem pochopit, co se pozůstalým děje a umožnit mu zahájit proces truchlení (Quest, 2008, s. 194; <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/>)“.

Pokud krizovou komunikaci nezahájí lékař nebo nevydá pokyn pro ošetrovatelský personál výjezdového týmu záchranné služby, tak k ní v podstatě nedojde. Lékař sdělí

pozůstalým smrt blízké osoby, projeví soustrast, v případě potřeby nabídne utišující medikamenty. Zde komunikace s pozůstalým končí. Quest nabízí postup kroků, které by měl lékař při sdělování smrti pozůstalým dodržovat. „Zajistit péči o pozůstalé po příjezdu, jednoznačně oznámit smrt, poskytnout prostor pro reakce na smutek a nabídnou pohled na zemřelého (Quest, 2008, s. 194; <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/>)“. Je také přesvědčen, že komunikační dovednosti při sdělování smrti by se měly vyučovat, důsledně nacvičovat včetně zpětné vazby. Jedině tak je možné krizovou situaci při sdělování smrti dobře zvládnout a tím pozůstalého ještě více netraumatizovat. V podmínkách záchranné služby je v tomto směru prostor pro vybrané členy ošetrovatelského personálu, kteří by mohli krizovou komunikaci s pozůstalým vést například výjezdová sestra nebo zdravotnický záchranář.

#### **4 Strach, smutek a truchlení v akutní péči**

„*Strach* je obava před něčím konkrétním, před určitým nebezpečím, má proto i velmi reálné obsahy dané pojetím ohrožující situace. Vystupňovaný strach je prožíván jako hrůza, zděšení a má stresové účinky. Strach je aktivující (útěk, únikové chování), hrůza desaktivující. Ve stavu hrůzy se člověk cítí být bezmocný, bezradný, neví, jak má jednat (Trachtová, 2005, s. 145)“.

„*Smutek* z trvalé ztráty například nejbližšího člověka je astenický utlumující cit, který je doprovázen ztrátou dosavadních zájmů, skleslostí a inaktivitou. Smutek je reakcí na ztrátu vazby a současně signalizuje svému okolí potřebu útěchy (Nakonečný, 1998, s. 316-317)“. „Smutek lze charakterizovat také jako totální reakci na emocionální zážitek ztráty, který se promítá do myšlenek, pocitů a chování. Smutek jako přirozená, subjektivní, emocionální odpověď na ztrátu, je pro dobré duševní i fyzické zdraví nevyhnutelný. Umožňuje jedinci postupně se se ztrátou vyrovnat a akceptovat ji jako součást reality. Smutek je sociální proces, nejlépe se snáší za spoluúčasti jiných (Kozierová, Erbová, Olivieriová, 1995, s. 817-819)“. „Období smutku (truchlení) může pozůstalému přinést například pocity, které ještě nepoznal;



mohou být velmi silné intenzity a třeba i protichůdné. Jsou však zcela normálním důsledkem obrovské bolesti, žalu. Smutek po smrti blízké osoby je zcela přirozený a je na místě, ale existuje určitý rozdíl v tom, jestli zemře přirozenou smrtí starý nemocný člověk nebo jestli tragicky skončí život mladého člověka, či rodiče malých dětí (Blatná, 2011; <http://www.csodn.cz/>)“.

Průběh smutku má několik stádií. Podle Küblerové-Rossovové je první fází popírání. Pacient odmítá věřit, že ztráta skutečně nastala. Úkolem sestry je verbální podpora. Ve fázi hněvu pacient nebo jeho rodina mohou přenášet hněv na sestru nebo ošetrovatelský personál pro nevýznamné skutečnosti. Sestra v této fázi pomáhá pacientovi pochopit, že hněv je normální reakce při ztrátě i pocitech bezmocnosti, systematicky a neustále podporuje pacienta, aby získal pocit jistoty. Jeho hněv si nebere osobně, zásadně se vyhýbá uzavření vůči pacientovi či odplatě. Ve fázi vyjednávání se pacient snaží vyjednávat, aby předešel ztrátě, dále může projevovat pocity viny a strachu. Sestra pozorně naslouchá a podporuje pacienta, aby se vypovídal a zbavil pocitu viny a iracionálního strachu. Ve fázi deprese pacient projevuje smutek nad tím, co se stalo a co nemůže změnit, může volně vyprávět anebo se uzavře. Sestra při komunikaci s pacientem sedí potichu, neočekává konverzaci. Projevuje porozumění dotykem. Ve fázi přijetí se pacient se ztrátou smířený, projevuje snížený zájem o okolí a blízké. Sestra pomáhá rodině pochopit chování pacienta i význam krátkých návštěv, podporuje pacienta v jeho účasti v terapeutickém procesu Küblerové-Rossovové (1993).

Lze namítnout, že fáze smutku Küblerová-Rossová pozorovala ve vztahu k pacientům v ošetrovatelském procesu nemocnic a hospiců. Avšak pro pochopení toho, co cítí a čím prochází pozůstalý při sdělení náhlého úmrtí blízké osoby včetně pochopení kompetencí sestry, mohou sestry/záchranáři z těchto závěrů ve zúženém pojetí při krizové komunikaci s pozůstalými vycházet (Küblerová-Rossová, 1993). Uvedenou vlastní zkušenost podporuje i názor Parkers, Reflová, Couldricková. Uvádějí, že: „nicméně na nás leží zodpovědnost za kontaktování rodiny, abychom mohli posoudit jejich potřeby a dát zřetelně najevo naši ochotu pomoci a ochotu poskytnout jim v tomto zlomovém okamžiku jejich života oporu (Parkers, Reflová, Couldricková, 2007, s. 29)“.

„V době pohřbu je základní akceptace ztráty realitou a začíná období *truchlení*, v němž pozůstalý nejen oplakává zemřelého, ale hledá také novou identitu, tedy způsob života, z něhož jeden podstatný člověk odešel (Haškovcová, 2007, s. 90)“. I období truchlení obdobně jako smutek se odehrává v několika údobích, někdy se prezentuje jako úkoly, které má pozůstalý při procesu truchlení naplnit. Zpravidla se uvádějí v tomto pořadí: Přijmout ztrátu jako skutečnost, zažít bolest zármutku, přizpůsobit se situaci a prostředí, ve kterém blízký člověk už není, kam nepatří, ukončit vztah se zemřelým a vložit energii do nových činností a vztahů (Baštecká, 2005).

Alexandrová et al popisuje proces truchlení pozůstalých těmito fázemi:

- a) Šok, který trvá minuty až týdny. Projevuje se jako protest, nevěřícnost, očekávání „návratu“ zemřelého.
- b) Období akutního dyskomfortu a sociální izolace. To trvá týdny až měsíce, projevuje se vzpomínkami na zemřelého, izolací od ostatního světa, vlnovitě přicházejícími tělesnými příznaky, distresem, hněvem, iritabilitou, pocity viny, ztrátou cílů a motivace.
- c) Období restituce a reorganizace trvá měsíce až roky, projevuje se rozloučením s původní a nalezením nové sociální role i vztahů (Alexandrová et al, 2009. Obdobně popisuje proces truchlení Špatenková. Rozlišuje krátké období otřesu, šoku, období intenzivního smutku a období akceptace, smíření a zvládnutí životní ztráty (Špatenková, 2004).

„Pokud mají pozůstalí potřebné zázemí, podporu a čas, dokáže většina z nich v průběhu několika měsíců až zhruba dvou let zmobilizovat své síly a s nastalou situací se vyrovnat. Přesto citlivá nabídka profesionální podpory tento proces usnadní a zpřehlední. U části pozůstalých, kteří z nějakého důvodu nemohou či nechtějí vztah se zesnulým blízkým člověkem opustit, však může dojít k tak zvanému komplikovanému truchlení, které se projevuje zejména neobvykle intenzivní a dlouhou dobou silného smutku, pozdními projevy deprese a rozvojem psychosomatických poruch. Právě komplikovaně truchlící lidé se cítí ve svém prožívání a chování nejistě, osamoceně a ztrácí náhled na svoji situaci, a mnohdy nejsou sami bez vnější pomoci schopni říci o své potřeby a pomoc. Pokud nemají bezpečné sociální zázemí, je obtížné

tuto patologii diagnostikovat. Mnohdy je potřeba následná péče nejen somatická ve formě farmakoterapie, ale i péče sociální i psychoterapeutická (Alexandrová et al, 2009, s. 32 – 34)“.

Zármutek popisovaný jako nemoc (trvá nepřiměřeně dlouho), má většinou za následek stigmatizaci pozůstalých. V rámci vhledu do široké problematiky truchlení však nelze upřít medicínskou spolupráci. Zároveň nesmíme zapomínat, že projevy smutku jsou nezbytné a vlastní truchlení je přirozeným procesem. Tento proces ve své podstatě znamená přijmout skutečnost a časem se vyrovnat s úmrtím blízkého člověka (Kubíčková, 2001).

„Na počátku devadesátých let dvacátého století začal být dosavadní model truchlení zpochybňován ze strany lékařů, výzkumníků, což je zvláště důležité i ze strany samotných pozůstalých a truchlících (Firthová, Luffová, Oliviere, 2007, s. 22)“. Dle Wortmana je „značné procento lidí neprožívá v důsledku velké ztráty intenzivní distres. Pro období jednoho měsíce po ztrátě je spíše typická variabilita reakcí. Počáteční reakce se navíc jeví jako významný predátor dlouhodobého přizpůsobení (Firthová, Luffová, Oliviere, 2007, s. 23)“.

Truchlení je namáhavé a někteří lidé jej nemohou zvládnout bez pomoci. Proto se rozvíjí speciální poradenství, které pomáhá udržet proces zármutku a žalu v normě. „Poradenství mohou provádět odborníci (psychologové, sociální pracovníci, kněží, faráři) nebo poučení laici. Organizačně se toto poradenství rozvíjí v rámci hospicového hnutí nebo v rámci stávajících struktur (Haškovcová, 2007, s. 90-91)“. Ve shodě názoru na proces truchlení je i Parkers, Reflová, Couldricková. Uvádějí, že „lidé, kteří se svým projevům zármutku nebrání, projdou často procesem truchlení rychleji než ti, kteří se těmto projevům vyhýbají nebo je potlačují (Parkers, Reflová, Couldricková, 2007, s. 23)“.

Existují však autoři, kteří nejsou zastánci obecně platného procesu zármutku. Patří mezi ně například Busch, který uvádí: „Z výzkumu stále jasněji vyplývá, že osobní prožitek zármutku truchlícího člověka závisí mnohem více na jeho osobnosti a na jeho obvyklých strategiích, jak se vyrovnává s vlastním stresem, než na nějakém obecně platném „procesu zármutku“. Pro některé lidi je přiměřené vyjadřovat zármutek bez

jakéhokoliv omezení. Jiní považují za vhodnější kontrolovat a brzdit projevy vlastních emocí. Důležité je, že způsob, jak každý člověk vyjadřuje svoje emoce, je pro něj patrně ten správný. Osobně se domnívám, že neexistuje jedna základní teorie, která by dokázala vysvětlit zkušenost všech truchlících lidí (Busch, 2001; <http://www2.edc.org/>)“

„Pokud pozůstalému tyto otázky nemůže zodpovědět jeho přirozené sociální prostředí, hledá často odpovědi ve zdravotnických zařízeních či psychosociální podpoře. Předání kvalifikovaných informací zdaleka není záležitostí pouze psychologa – měli by se v něm zdokonalovat všichni zdravotníci, kteří jsou v kontaktu s umírajícími (Alexandrová et al, 2009, s. 32 – 33)“.

S profesionálním výkonem ošetrovatelského personálu výjezdového týmu záchranné služby proces truchlení pozůstalých fakticky má již málo společného. Ale jeho vnímání v souvislostech co pozůstalý musí překonat, čím ještě projít, může pomoci při vlastní přípravě či dalším vzdělávání ošetrovatelského personálu právě v oblasti krizové komunikace s pozůstalými.

## **5 Etika resuscitace**

### *5.1 Přítomnost členů rodiny při náhlém úmrtí*

Otázka, zda dovolit členům rodiny, aby byli přítomni během pokusu o resuscitaci, jestliže si to přejí, byla v uplynulých dvaceti letech diskutována. Evropská rada pro resuscitaci uvádí: „že 90 procent příbuzných, kteří již byli přítomni při resuscitaci, by si přáli být opět přítomni. Nejčastěji uváděli tyto argumenty: pomoc ve smíření se s realitou smrti a usnadnění procesu bolestné ztráty, možnost komunikovat a dotýkat se svého milovaného v konečných okamžicích (mnozí cítí, že jejich milovaný oceňoval v té době jejich přítomnost, což je dost možné, když se během efektivní resuscitace vrací vědomí), pocit, že byli přítomni během konečných okamžiků a byli oporou svým milovaným, když to potřebovali a také pocit, že tam byli a viděli, že všechno co mohlo být uděláno, bylo uděláno. K zajištění nejlepší zkušenosti pro příbuzné za těchto okolností je zapotřebí:

- resuscitace by měla být vnímána jako kompetentně prováděná pod vedením dobrého vedoucího týmu s *otevřeným a přívětivým postojem* k příbuznému,
- příbuzný by měl být *stručně seznámen* se situací, v pojmech, kterým může rozumět a měly by mu být sděleny členem personálu trénovaným v této tématice, měl by *porozumět*, že volba být přítomen, je zcela na něm a neměly by být vyvolávány žádné pocity viny, ať je jeho rozhodnutí jakékoliv,
- příbuzný by si měl být vědom, jaké *postupy* pravděpodobně *uvidí* včetně reakcí pacienta a možných invazivních technik, mělo by mu být zdůrazněno, jak je důležité *nepřekážet* žádnému výkonu s vysvětlením nebezpečí, kdyby tak konal,
- ve většině případů bude nutné *vysvětlit*, že pacient nereagoval na resuscitační pokus a od pokusu muselo být upuštěno, rozhodnutí by měl učinit vedoucí týmu po zahrnutí členů týmu, příbuzný *by neměl být zatěžován touto odpovědností*,
- nakonec by měl mít příbuzný příležitost *se vyjádřit a položit otázky* o příčině a postupu a měly by mu být *uděleny rady* o úředních postupech při oznamování úmrtí a pomocných službách, které jsou k dispozici,
- je-li na místě konstatována smrt, měla by být příbuzným *nabídnuť podpora a pomoc* jejich rodinného lékaře nebo všeobecné sestry a poradce pro úmrtí blízké osoby,
- pro zaměstnance, provádějící resuscitaci stojí za to *nabídnout výcvik* pro případ přítomnosti příbuzných (Evropská rada pro resuscitaci, 2005, s. 164-166)“.

V praxi záchranné služby dochází k přítomnosti pozůstalých u resuscitace blízké osoby. Zejména časový limit pro život zachraňující úkony, mnohdy omezený prostor pro resuscitaci, vliv invazivních výkonů mohou blízkou osobu traumatizovat. Pokud by záchranná služba měla postupovat zcela dle doporučení Evropské rady pro resuscitaci, bylo by zapotřebí vyškolení interventů z řad ošetrovatelského personálu záchranné služby. Interventi by pak mohli být oslovováni podle závažnosti zásahu a následně při náhlém úmrtí poskytovat psychosociální podporu pozůstalým včetně krizové komunikace.

## 5.2 Reakce pozůstalých na ztrátu v akutní péči

### 5.2.1 Peritraumatické projevy

Jedná se o stav organismu například po bezprostřední traumatizující události, mezi níž lze zahrnout i sdělení špatné zprávy, například úmrtí blízké osoby při zásahu zdravotnické záchranné služby (existuje celá řada dalších příčin peritraumatických projevů, ale vzhledem k tématu diplomové práce nebudou zmiňovány). Typickým peritraumatickým projevem je racionální chování. „Může-li člověk v tu chvíli něco dělat, jeho typická reakce je „věčná“: mysl je oproštěná od silných emocí, soustřeďuje se na okamžité „ted' a tady“, vše se zaměřuje na boj proti nebezpečí nebo na dosažení bezpečí (Baštecká, 2005. s. 40)“. Pokud je pozůstalý oznámením o úmrtí blízké osoby „paralyzován“ (nezmůže se nic udělat), zpravidla se dostaví šok. Baštecká uvádí, že „z pohledu psychosociálního jsou první vteřiny až hodiny po události nazývány šokem, ten se v ryzí podobě (jako omámení a neochota uvěřit) objevuje možná jen u lidí, kteří nemohou nic dělat (Baštecká, 2005, s. 40)“.

Peritraumatické projevy pozůstalých při zásazích záchranné služby jsou velmi časté. Sestra, členka výjezdového týmu záchranné služby může vzhledem ke svým odborným kompetencím včas diagnostikovat možné projevy emocionálního stavu pozůstalého a emoční bolest (Munzarová, 2005). Může také v tomto směru nabídnout vhodnou psychosociální podporu, jak již bylo uvedeno v kapitole 2.2. Aby takový stav mohl fungovat v každodenní praxi záchranné služby, bude zapotřebí vytvořit pravidla a podmínky pro užší spolupráci v rámci týmu záchranné služby tak, aby lékař, a ostatní členové výjezdového týmu mohli psychosociální podporu v případě potřeby pozůstalým poskytnout. Pro zvláště komplikované případy (hromadné dopravní nehody, sebevraždy, úmrtí dítěte) by pak bylo vhodné, aby záchranná služba disponovala vlastním psychologem. Tím by se do určité míry eliminovala závislost na využívání psychologů a krizových interventů ostatních složek Integrovaného záchranného systému (Policie ČR, Hasičský záchranný sbor).

### 5.2.2 Akutní reakce na stres (ARS) – akutní stresová porucha

Po dopadu události (například sdělení úmrtí blízké osoby) se může u pozůstalých objevit akutní reakce na stres. Příznakem mohou být projevy od „omráčení“ a zúžení pozornosti přes tělesné projevy panické úzkosti (pocení, bušení srdce) a dislokační projevy (derealizace a depersonalizace) až k zmrtnění nebo únikové reakci. Lidé reagující zmrtněním, které může nabýt až formy disociačního stuporu (nadměrné strnulosti a ztuhlosti), jsou pomáhajícími snáze přehlédnuti než lidé reagující únikovou reakcí. Příznaky odeznívají během hodin nebo dnů a člověk jimi zasažený si je nemusí pamatovat. Porucha sama je vymezena jako přechodná, její příznaky samovolně odeznívají v průběhu hodin nebo dnů (Smolík 2002, in Baštecká a kol., 2005).

Lékař či ošetrovatelský personál diagnostikuje akutní reakci na stres u pozůstalých často jen v případech výrazných emotivních projevů (neutišitelný pláč, křik, agrese a podobně). V ostatních případech se pocitům a potřebám pozůstalých ošetrovatelský personál výjezdového týmu záchranné služby nevěnuje. Tato skupina pozůstalých může vnímat ošetrovatelský personál jako málo empatický, může mít pocit bezmoci, beznaděje a zmatku. V konečném důsledku se ztěžuje schopnost pozůstalého se vyrovnat se ztrátou blízké osoby.

### 5.2.3 Posttraumatické projevy

Do posttraumatických projevů se podle Baštecké a kol. řadí disociace, vybuzení, znovuprožívání a vyhýbání. Disociace člověka chrání proti ochromení bolestí a hrůzou. Má několik složek jako depersonalizaci – stav, kdy člověk má dojem, že se vzdálil z vlastního těla a hledí na sebe zvenku), derealizaci – člověk má dojem, že jeho okolí je neskutečné anebo snové, amnézii – ztrátu paměti a časovou distorzi – zkomolené vnímání času. V akutní fázi po dopadu traumatizující události má podobu omezeného vědomí okolí a pocitu zmrtnění, otupení. Disociace z teoretického hlediska je považována „za základní vyrovnávací mechanismus pro zvládnání traumatizujících prožitků (Baštecká a kol., 2005).

Ošetřovatelský personál záchranné služby se setkává s prvky disociace u pozůstalých, pokud byli svědky úmrtí blízké osoby. Jak již bylo uvedeno, výjezdový tým záchranné služby v těchto případech jedná intuitivně. Nabízí se otázka, zda je vhodné v nadlimitních situacích využít dovedností interventa – člena výjezdového týmu záchranné služby.

Vybuzení se projevuje podrážděností, nespavostí, přehnanou úlekovou reakcí a problémy se soustředěním a pamětí. Uvedené projevy mají ve vztahu k traumatizující události srozumitelnou funkci: zabránit opakování útoku a potřebu dát si pozor.

Vyhýbání obsahuje projevy disociace a vybuzení a má zabránit opakování neštěstí. Přináší dočasnou úlevu, pokud nepomine, může přinést potíže. Může nastat rozvoj pozdější posttraumatické stresové poruchy.

Znovuprožívání má rovněž mnoho podob: vtíravé myšlenky na událost a náhlé vracející se smyslové prožívání událostí přes den, noční můry a sny v noci. Smyslem je pravděpodobně stát se k události vlivem opakování lhostejný, co nejvíce se z ní naučit a vyzbrojit se pro příště. Přesto se znovuprožívání považuje za jádro posttraumatických poruch.

V praxi se ošetřovatelský personál záchranné služby s projevy vybuzení, vyhýbání a znovuprožívání u pozůstalých nesetkává, jelikož tyto projevy mohou nastat až za delší čas po oznámení úmrtí blízké osoby. V možnostech záchranné služby je nabídnout základní informace o průběhu a projevech stresové reakce včetně možnosti řešení.

#### *5.2.4 Posttraumatická stresová porucha (PTSP)*

Posttraumatická stresová porucha je opožděnou a prodlouženou odpovědí na traumatizující podnět, diagnostikuje se do šesti měsíců po události. Její příznaky tvoří znovuprožívání, vyhýbání se čemukoliv, co událost připomíná a zvýšená dráždivost – podrážděnost, návaly hněvu, lekavost, obtíže s usínáním nebo udržením spánku.

Vzhledem k délce času pro diagnostikování se ošetřovatelský personál výjezdového týmu záchranné služby s PTSP při poskytování akutní péče nesetkává.



## **6 Možnosti intervencí sestry v krizové situaci pro oblast psychosociálních potřeb pozůstalých při náhlém úmrtí blízké osoby**

### *6.1 Současný stav*

Zákon č. 374/2011Sb., o záchranné službě vymezuje v § 16 pracoviště krizové připravenosti záchranné služby, které je určeno pro koordinaci psychosociálních intervenčních služeb. V duchu tohoto ustanovení začínají krajská ředitelství záchranné služby proškolovat interventy – peery, kteří v případě potřeby budou poskytovat psychosociální pomoc zaměstnancům záchranné služby při ohrožení jejich psychického stavu v důsledku komplikovaných a vyčerpávajících akutních zásahů. V některých krajích ředitelství záchranné služby využívají vlastních psychologů pro krizovou intervenci s pozůstalými při náhlých úmrtích v terénu. Nutno dodat, že citovaný zákon takovou povinnost záchranné službě neukládá, rovněž neřeší otázku možnosti využít jednotlivých členů ošetrovatelského personálu záchranné služby pro krizovou intervenci s pozůstalými v terénu. Zřízení a využívání intervenčních služeb vlastního psychologa záchranné služby proto doposud není běžnou praxí. Krizovou intervenci má podrobně rozpracovanou Hasičský záchranný sbor (HZS) a Policie ČR – další složky Integrovaného záchranného systému (IZS), jejichž služeb v případě krizové situace záchranná služba využívá.

„Poskytnutí psychosociální intervence v souvislosti s mimořádnou událostí na místě zásahu či bezprostředně po jeho skončení není na území České republiky v současnosti již ničím ojedinělým. V situacích hromadného neštěstí, ale častěji u vážných dopravních nehod a úrazů či jiných událostí, poskytují tuto pomoc nejčastěji psychologové a vyškolení peři Hasičského záchranného sboru, v případě severní Moravy i psycholog záchranné služby (Humpl, 2009; <http://zdraví.e15.cz/>)“.

Moravskoslezskou a Zlínskou záchrannou službu lze nazvat „průkopníky“ v oblasti psychosociální intervence v krizových situacích. Jsou prvními kraji, které se začaly tímto oborem činnosti zabývat již před několika lety a postupně jej také realizovat v praxi záchranné služby. Otázka možného využití některých členů

ošetřovatelského personálu záchranné služby pro krizovou intervenci s pozůstalými v terénu je stále otevřená.

Převážná část dostupné literatury se zabývá poradenským procesem pro pozůstalé jednak z pohledu paliativní péče, a jednak z pohledu poskytovatele těchto služeb. Literární zdroje uvádějí, že poskytovatelem poradenství pro pozůstalé mohou být laici, dále lékaři a ošetřovatelský personál v nemocnicích, v hospicové péči a specializovaná poradenská pracoviště. Situace, jak přistupovat ke sdělení špatné zprávy pozůstalým při náhlém úmrtí ošetřovatelským týmem záchranné služby, jakým způsobem v krátkce vymezeném čase vyjádřit soustrast, jakým způsobem a formou nabídnout veškeré informace, které pozůstalý může v krátkém čase po sdělení špatné zprávy využít, není literaturou mapována. Vzhledem k tomu, že v České republice také neexistuje jednotný postup v rámci poskytování pomoci pozůstalým záchrannou službou, (v některých krajích volí vlastní postupy, jiné kraje se řídí pouze obsahem zákona o záchranné službě), má tato instituce obecně v etické rovině k pozůstalým při náhlém úmrtí blízké osoby stále velký „dluh“. Jedním z možných řešení by mohlo být zapojení sestry, členky výjezdového týmu záchranné služby do krizové komunikace s pozůstalými při náhlém úmrtí. Sestra vzhledem ke kvalifikačním předpokladům, schopnostem a dovednostem a svým dalším odborným kompetencím včetně holistického přístupu k pacientům, k pozůstalým, k člověku jako k bio-psycho-sociální bytosti, může vhodně podpořit lékaře – vedoucího výjezdového týmu záchranné služby právě při sdělování špatné zprávy a při krizové komunikaci s pozůstalými.

## *6.2 Místo a prostředí setkání s pozůstalým*

Místa a prostředí setkání s pozůstalými pro lékaře a ošetřovatelský personál záchranné služby bývají různorodá, například rodinné prostředí, místa dopravních nehod, místa při utonutí, místa hromadných neštěstí železničních, silničních, leteckých a další. Ošetřovatelský personál výjezdového týmu záchranné služby, jak je z uvedeného zřejmé, nemůže nijak ovlivnit místo, kde pozůstalým zprávu o úmrtí blízkého člena rodiny sdělí. Vzhledem k převážně zažitě praxi vedoucí výjezdového

týmu – lékař sděluje špatnou zprávu v rodinném prostředí, pokud k úmrtí došlo právě tam, nebo v terénu, a to vždy s ohledem na místní možnosti provedení zásahu.

Pozůstalí, pokud se rozhodnou v období truchlení vyhledat psychosociální pomoc, mají dvě základní možnosti. Mohou si zvolit poradenské zařízení, v případě, že dávají přednost osobnímu kontaktu, například krizové centrum, hospic nebo hospicovou poradnu, poradnu pro rodinu, manželství a mezilidské vztahy, pedagogicko psychologickou poradnu, ordinaci psychologa, psychoterapeutické pracoviště, poradnu některého občanského sdružení. Pokud nechtějí vyhledávat osobní kontakt, mohou využít poradenství pro pozůstalé prostřednictvím telefonu, linky důvěry, nebo internetové poradny (Špatenková, 2008).

### *6.3 Komunikace s pozůstalými*

V dané době pravdou při sdělování špatné zprávy rozumíme profesionální sdělení. Profesionálním sdělením špatné zprávy však není bezohledná přímočarost, často zaměňovaná za požadavek říkat pravdu (Linhartová, 2007).

„Zdravotníci všeobecně přiznávají komunikační potíže v určitých specificky náročných situacích například při sdělování špatných zpráv. Komunikace s člověkem, zasaženým mimořádnou událostí, je nelehkým úkolem, který vyžaduje specifické postupy a přístupy. Komunikátorem, který pracuje se zasaženými lidmi, může být odborník na duševní zdraví, zdravotník, policista, hasič atd. Ti všichni mohou svým přístupem, způsobem komunikace a volbou slov velmi pomoci, ale i velmi uškodit. Při komunikaci s člověkem v krizi je vhodné komunikovat optimálně (slovní i mimoslovní komunikace i řeč těla jsou v souladu), komunikovat empaticky, strukturovaně a jasně, komunikovat lehce asertivně a aktivně naslouchat, co zasažený potřebuje (Vymětal, 2009).

Lékaři Emergency by měli sdělovat špatné zprávy pozůstalým členům rodiny soucitně, přesto srozumitelně a tak, aby pozůstalí pochopili, jak vážnost dané situace, tak i vynaložené úsilí záchranářů při záchraně života (Limehouse, Feeser, Bookman, 2012).

Pro práci s člověkem zasaženým mimořádnou událostí uvádí Vymětal (2009) některá doporučení viz příloha č. 1. Tato doporučení lze s minimálními úpravami využívat i při komunikaci lékaře a členů ošetrovatelského personálu výjezdového týmu záchranné služby. Pro praxi zdravotnické záchranné služby v komunikaci s pozůstalým při náhlém úmrtí blízkého člena rodiny zatím nejsou stanoveny závazné standardy. Na ošetřující personál i lékaře zdravotnické záchranné služby není dostatečně vyvíjen tlak na další vzdělávání v oblasti komunikačních kompetencí. V současné době je situace taková, že lékař, vedoucí ošetrovatelského personálu zdravotnické záchranné služby udává rozsah a obsah komunikace s pozůstalým. Při většině výjezdů záchranné služby se tato komunikace omezuje na nabídku zklidňujících medikamentů, sdělení informací o dalším nakládání s tělem zemřelého a odkazem na vyhledání následné lékařské pomoci v případě potřeby. Po té vydá lékař posádky záchranné služby pokyn k odjezdu. Jak z uvedeného vyplývá, nedochází k předávání podrobnějších podpůrných informací, které mohou být pro pozůstalého potřebné, zejména pro jeho rychlou orientaci v prvních dnech po smrti blízké osoby.

#### *6.4 Informace pro pozůstalé*

„Zasažení lidé, poté, co postupně zjišťují potřebné informace, které jim napomáhají celou událost zařadit do jejich života a porozumět tomu, co se stalo, jsou nuceni zároveň řešit celou řadu praktických záležitostí, se kterou často neměli v minulosti žádnou zkušenost. Jedná se zejména o intenzivní styk s úřady, pojišťovny, s policií, soudy, v případě úmrtí též s pohřební službou a notářem v souvislosti s obstaráváním pohřbu, řešením a vyřizováním pozůstalosti, dědictví podobně (Neusarová, 2009, s. 183)“.

Informací, které mohou pozůstalému pomoci, je skutečně velmi mnoho. Nabízí se otázka, zda by z pohledu zdravotnické záchranné služby bylo možné poskytovat informace pozůstalým i písemnou formou. Obsahem pak mohou být například informace, sdělující kontakty na psychologa/psychiatra, na právní pomoc, na matriku, na správu sociálního zabezpečení, ale i kontakty na několik provozovatelů pohřební služby (pro zachování možnosti výběru). Součástí by rovněž mohl být i stručný postup

kroků, které musí pozůstalý po úmrtí blízké osoby zařídit, zejména ve vztahu k uvedeným institucím. Velmi důležitou informací může být stručný popis možných psychických projevů u pozůstalého vlivem prožívaného stresu a nastínění možností obrany. Ve smyslu lékařské i ošetrovatelské etiky by byl vhodný i kondolenční projev. Význam těchto informací spočívá zejména v tom, že pomohou pozůstalému přijmout ztrátu blízkého člověka jako reálný a trvalý stav, umožní zorientovat se v situaci prožívání zármutku, pomohou rychlejší orientaci v okolním světě. Zde se nabízí prostor pro využití sestry, členky výjezdového týmu záchranné služby. Sestra může následně po sdělení úmrtí lékařem plynule přejít na verbální komunikaci s pozůstalým, při které by mohla předat s vysvětlením i informace pro pozůstalé v tištěné podobě. Celá komunikace se tím stane efektivnější pro pozůstalého i ošetrovatelský personál výjezdového týmu záchranné služby - nezabere mnoho času. Právě čas je pro práci zdravotnické záchranné služby hlavním limitujícím faktorem. Sdělené informace v souvislosti s úmrtím blízké osoby vlivem stresu pozůstalá osoba často plně nevnímá. Nabídka informací v tištěné podobě může být další velmi vhodnou formou komunikace s pozůstalým. Zdravotnická záchranná služba ve své praxi tento informační materiál běžně neposkytuje.

### *6.5 Setrvání s tělem zemřelého*

Kozierová, Erbová, Olivieriová, (1995) uvádí povinnosti sestry při přípravě těla zemřelého před návštěvou pozůstalých v nemocnici. V případě úmrtí, konstatovaného lékařem záchranné služby, ošetrovatelský personál s tělem zemřelého již nijak nenakládá. Pozůstalí mohou s tělem zemřelého setrvat až do doby, kdy jej převezme k transportu pohřební služba.

V praxi dochází také k situacím, kdy si pozůstalí nepřejí setrvat s tělem zemřelého. Tomuto přání nelze vyhovět, vzhledem k legislativní úpravě nakládání s tělem zemřelého (zpravidla dvě hodiny po úmrtí se tělo ponechává na místě). Podle zákona č. 256/2001Sb., o pohřebnictví je provozovatel povinen převést tělo zemřelého bez zbytečného odkladu.

## VÝZKUMNÁ ČÁST

### 7 Cíle, hypotézy, výzkumné otázky

#### Cíle

Cíl 1: Zjistit s jakými problémy se setkává ošetrovatelský personál při kontaktu s pozůstalými při náhlém úmrtí blízké osoby.

Cíl 2: Zjistit, jak jsou sestry, členky výjezdového týmu záchranné služby připraveny na komunikaci s pozůstalými.

#### Hypotézy

H 1: Problémy, se kterými se setkává sestra, záchranář při kontaktu s pozůstalými při náhlém úmrtí blízké osoby v závislosti na potřebách pozůstalých jsou v souladu s očekáváním poskytnutí pomoci a podpory pozůstalých.

H 2: Sestry, záchranáři v závislosti na potřebách pozůstalých aktivně využívají krizové komunikace při sdělení náhlého úmrtí blízké osoby.

H 3: Sestry, záchranáři v závislosti na potřebách pozůstalých aktivně nabízí psychosociální podporu při sdělení náhlého úmrtí blízké osoby.

H 4: Pro poskytování psychosociální podpory (krizové komunikace) je více limitujícím prvkem čas než vzdělání ošetrovatelského personálu výjezdového týmu záchranné služby.

#### Výzkumné otázky

VO 1: S jakými potřebami pozůstalých při sdělení náhlého úmrtí blízké osoby se členové výjezdového týmu záchranné služby setkávají?

VO 2: Jak pozůstalí při sdělení náhlého úmrtí blízké osoby vnímají krizovou komunikaci sester, záchranářů – členů výjezdového týmu záchranné služby?

VO 3: Jak pozůstalí při sdělení náhlého úmrtí blízké osoby vnímají psychosociální podporu sester, záchranářů – členů výjezdového týmu záchranné služby?

## **8 Metodika výzkumu**

### *8.1 Pilotní studie*

Pilotní studie probíhala v období března 2012 až července 2013. V rámci pilotní studie byl osloven management patnácti Záchranných služeb - v Jihočeském, Ústeckém, Libereckém, Olomouckém, Karlovarském, Královéhradeckém, Pardubickém, Jihomoravském, Zlínském, Moravskoslezském, Plzeňském kraji a Kraji Vysočina, Záchranná služba hl. m. Prahy a Záchranná služba Středočeského kraje. Oslovena byla i Letecká záchranná služba v Plzni – Líních. Z patnácti oslovených záchranných služeb odpovědělo pouze deset. Byl položen tento soubor otázek:

1. Uplatňujete celostní přístup lékařů a sester k pozůstalým, svědkům náhlého úmrtí blízké osoby (dopravní nehody, neúspěšná resuscitace podobně)., 2. Zda má/nemá Vaše pracoviště zpracovaný standardní postup pro krizovou komunikaci s pozůstalými při sdělení náhlého úmrtí blízké osoby a informační materiál v tištěné podobě, který můžete nabízet pozůstalým?, 3. Jak řešíte podobné zátěžové situace ve vztahu k pozůstalým i ošetrovatelskému personálu?, 4. Máte-li standard pro krizovou komunikaci s pozůstalým a informační materiál v tištěné podobě, kdo se podílel na jeho vzniku a od kterého období jej využíváte?

V rámci pilotní studie se autorka rovněž věnoval analýze zákona č. 256/2001Sb., o pohřebnictví, zákona č. 374/2011Sb., o zdravotnické záchrané službě, vyhlášky č. 55/2011Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, zákona č. 372/2011Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování a zákona č. 105/2011Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních.

### *8.2 Metodika práce a charakteristika souboru*

Empirická část diplomové práce byla zpracována kombinací kvantitativního s kvalitativním výzkumným šetřením. Bylo osloveno 364 respondentů, zaměstnanců Záchrané služby Plzeňského kraje prostřednictvím e-mailové komunikace. Návratnost

dotazníků činila 41,76 procent, což představuje 152 (100 %) správně vyplněných dotazníků.

Pro zpracování dat v kvantitativní části výzkumu byla použita metoda dotazování s využitím techniky dotazníku (Příloha č. 3). Dotazník byl vytvořen a použit výhradně pro účely diplomové práce a byl anonymní. Obsahoval 23 otázek, konstruovaných jako uzavřené, polouzavřené, filtrační a kontrolní. Dotazníkové šetření probíhalo v období února a března 2013. Pro tvorbu diplomové práce byl využit program Microsoft Office Word 2007. Výsledky odpovědí z dotazníků byly vyhodnoceny pomocí grafů v programu Word Microsoft Excel 2007 a tabulek v programu SPSS 16.0. Hypotézy byly testovány pomocí chí kvadrát testu. Zvolená hladina významnosti  $\alpha = 5\%$ .

První hypotéza „Problémy, se kterými se setkává sestra, záchranář při kontaktu s pozůstalými při náhlém úmrtí blízké osoby v závislosti na potřebách pozůstalých jsou v souladu s očekáváním poskytnutí pomoci a podpory pozůstalých“, byla testována souborem otázek 5, 6, 6.1, 7, 7.1, 20, 21, 21.1, 22, 23, přičemž otázky 6.1, 7.1 a 21.1 dávaly možnost respondentům zvolit mimo uvedené varianty i jinou odpověď. Jiné odpovědi pak byly započítány v otázkách 6, 7 a 21.

Druhá hypotéza „Sestry, záchranáři v závislosti na potřebách pozůstalých aktivně využívají krizové komunikace při sdělení náhlého úmrtí blízké osoby“, byla testována souborem otázek 8, 10, 13, 14.a, 15, 15.1, přičemž otázky 14.a a 15. 1 dávaly možnost respondentům zvolit mimo uvedené varianty i jinou odpověď. Jiné odpovědi pak byly započítány v otázkách 14 a 15.

Hypotéza třetí „Sestry, záchranáři v závislosti na potřebách pozůstalých aktivně nabízí psychosociální podporu při sdělení náhlého úmrtí blízké osoby“, byla testována souborem otázek 8, 9, 11, 12, 14, 19, 19.1, při čemž otázka 19.1 dávala respondentům možnost zvolit mimo uvedené varianty i jinou odpověď.

Hypotéza čtvrtá „Pro poskytování psychosociální podpory (krizové komunikace) je více limitujícím prvkem čas než vzdělání ošetrovatelského personálu výjezdového týmu záchranné služby“, byla testována souborem otázek 3, 4, 16, 17, 18.

U všech uvedených hypotéz byla stanovena hraniční hodnota zastoupení odpovědí „ano“ 60%. Daná otázka potvrzovala platnost hypotézy, pokud byl výskyt „správné“



odpovědi „ano“ 60 % nebo více. Četnosti odpovědí byly testovány pomocí chí kvadrát testu. Testovaná nulová hypotéza neboli očekávané četnosti u všech odpovědí byly stanoveny v poměru 60 % „ano“ (z celkového počtu 152 odpovědí to je 73,2 odpovědi) a 40 % „ne“ (z celkového počtu 152 odpovědí to je 60,8 odpovědi). U otázky 8 je výzkumný soubor menší to je 150 respondentů - dva respondenti nezvolili žádnou nabízenou odpověď. V otázkách, kde byla použita stupnice odpovědí „ano“ a „spíše ano“ a dále „ne“ a „spíše ne“, byly tyto kategorie sloučeny z důvodu malé četnosti odpovědí. Ve všech testech tedy byly vždy jen dvě kategorie odpovědí, „ano“ a „ne“. Pokud byla dosažena hladina významnosti větší než 0,05 (5 %), znamená to, že počet správných odpovědí na danou otázku odpovídal poměru 60 %: 40 %, a proto potvrzuje stanovenou hypotézu. Pokud byla dosažena hladina významnosti menší než 0,05 (5 %), zjištěný poměr odpovědí se lišil od předpokládaného poměru 60 %: 40 %. Jestliže převládalo zastoupení odpovědí „ano“ (to je více než 60 %), byla daná otázka rovněž započítána ve prospěch studované hypotézy. V opačném případě (větší než 40 % zastoupení odpovědí „ne“) daná otázka hypotézu nepotvrdila.

Pro kvalitativní část výzkumu byla použita metoda polostrukturovaného rozhovoru s šesti otevřenými otázkami (Příloha č. 4). Audio nahrávka rozhovoru byla pořízena se souhlasem respondentů, a tím mohla být analyzována pro účely kvalitativního šetření. Rozhovor byl veden s pěti pozůstalými, svědky náhlého úmrtí blízké osoby, kteří byli vybráni náhodně. Jednotlivé odpovědi byly analyzovány a následně zpracovány do schémat SmartArt pomocí programu Microsoft Office Word 2007. Schéma 1 znázorňuje odpovědi respondentů - pozůstalých a je výstupem z kvalitativního šetření.

## 9 Výsledky

### 9.1 Kategorizace dat pilotní studie

#### **Přehled odpovědí Zdravotnických záchranných služeb (dále jen ZZS) ČR**

*ZZS Jihočeského kraje* neuplatňuje celostní přístup lékařů a sester k pozůstalým, nemá zpracovaný standardní postup (dále jen SP) krizové komunikace ani informační materiál, zátěžovou situaci pozůstalých ani personálu neřeší. *ZZS Ústeckého kraje* uplatňuje celostní přístup lékařů a sester k pozůstalým, nemá zpracovaný SP ani informační materiál, zátěžovou situaci pozůstalých řeší krizovou komunikací a nabídkou psychosociální podpory. V péči o personál využívají Systému psychosociální intervenční péče (dále jen SPIS) jak v telefonické tak v osobní formě. *ZZS Královéhradeckého kraje* uplatňuje celostní přístup lékařů a sester k pozůstalým, nemá zpracovaný SP ani informační materiál, zátěžovou situaci pozůstalých řeší prostřednictvím První psychické pomoci ve zdravotnictví, která je zaměřena na podporu sekundárně zasažených a sama ji zajišťuje.

*ZZS Pardubického kraje* uplatňuje celostní přístup lékařů a sester k pozůstalým, nemá zpracovaný SP ani informační materiál, zátěžovou situaci pozůstalých řeší podle stavu a situace. *ZZS Středočeského kraje* uplatňuje celostní přístup lékařů a sester k pozůstalým, nemá zpracovaný SP ani informační materiál, zátěžovou situaci pozůstalých řeší využitím služeb psychologa HZS na vyžádání, psychosociální intervence pro zaměstnance probíhá s využitím psychosociálního programu. *ZZS Zlínského kraje* uplatňuje celostní přístup lékařů a sester k pozůstalým, má zpracovaný SP nemá a informační leták má, zátěžovou situaci pozůstalých řeší dle situace s využitím edukačního materiálu pro pozůstalé, uplatňováním krizové komunikace s využitím služeb interventa v poskytování první psychické pomoci. Zátěžové situace u personálu jsou řešeny přes koordinátora psychosociální intervenční péče a to formou pohovorů s vyškolenými peery nebo psychologem. Na přípravě informačního letáku pro pozůstalé se podíleli krajský koordinátor pro poskytování psychosociální intervenční

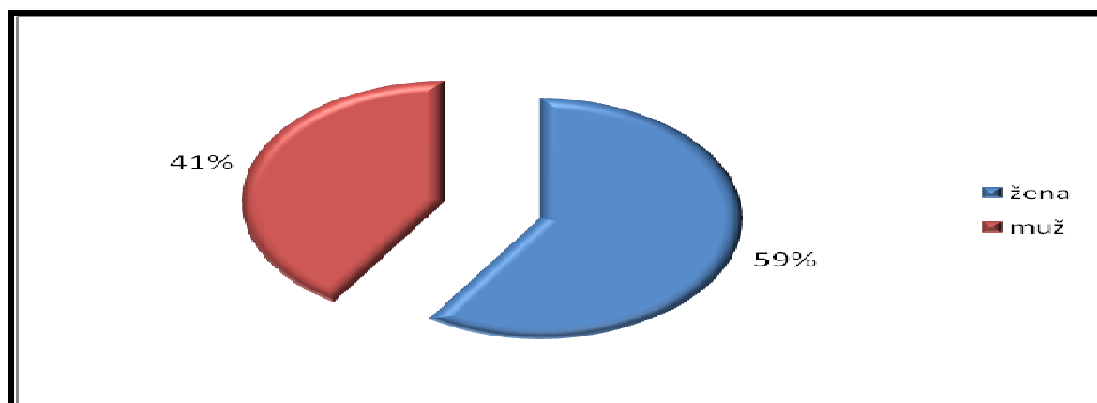
péče a vyškolení interventi v poskytování první psychické pomoci, leták se využívá od roku 2012.

*ZZS Hlavního města Prahy* neuplatňuje celostní přístup lékařů a sester k pozůstalým, nemá zpracovaný SP ani informační leták, zátěžovou situaci pozůstalých ani personálu neřeší. *ZZS Moravskoslezského kraje* uplatňuje celostní přístup lékařů a sester k pozůstalým, nemá zpracovaný SP, informační leták pro psychicky zasažené osoby mají posádky k dispozici. Zátěžovou situaci pozůstalých řeší s využitím vlastních vyškolených interventů – záchranářů, kteří jsou připraveni k poskytnutí první psychické pomoci. Pokud je ošetrovatelský personál ve službě vystaven nadlimitní psychické zátěži, má možnost využít pomoci peera nebo psychologa. Program psychosociální intervenční péče se využívá od roku 2009. *LZS Plzeňského kraje* uplatňuje celostní přístup lékařů a sester k pozůstalým, nemá zpracovaný SP ani informační leták pro psychicky zasažené osoby. Zátěžovou situaci pozůstalých řeší dle stavu a situace.

Z celkového počtu oslovených zdravotnických záchranných služeb neodpověděl management *Záchranné služby Kraje Vysočina, Olomouckého kraje, Karlovarského kraje, Libereckého kraje a Jihomoravského kraje.*

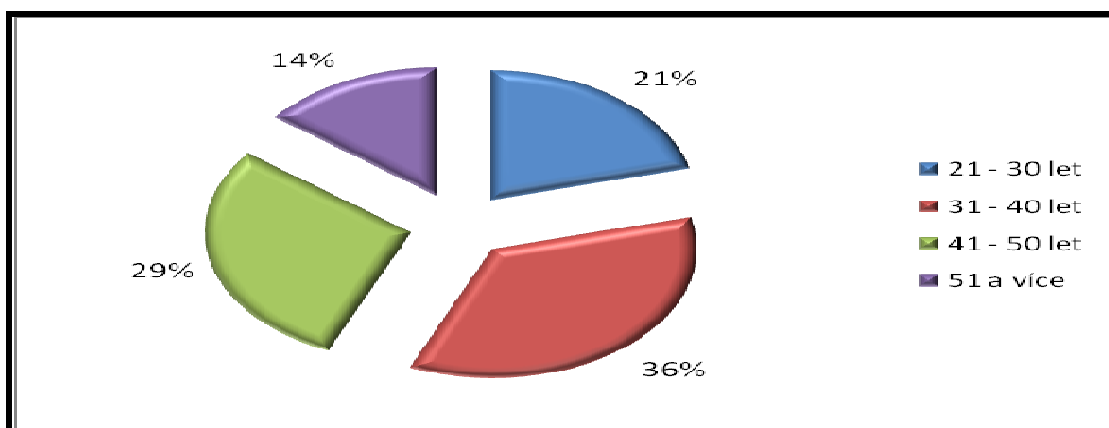
## 9.2 Kategorizace dat popisné statistiky kvantitativního výzkumného šetření v grafech a tabulkách

**Graf 1 Pohlaví respondentů**



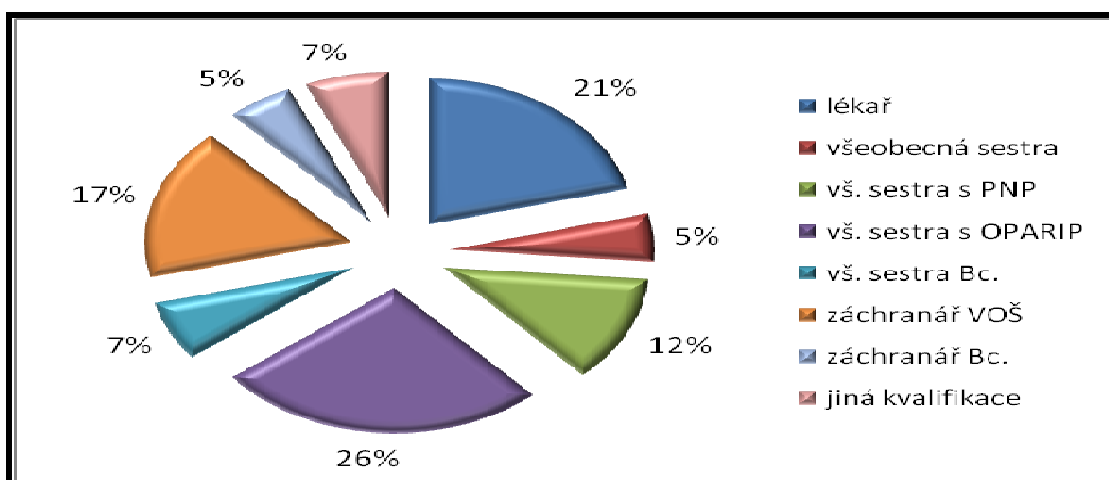
Z celkového počtu 152 (100 %) dotazovaných respondentů jich 62 (41 %) uvedlo pohlaví mužské a 90 (59 %) pohlaví ženské.

**Graf 2 Věk respondentů**



Věková hranice respondentů 21 – 30 let byla zastoupena v počtu 32 (21 %). Věková hranice 31 – 40 let představovala 54 (36 %) oslovených, počet 44 (29 %) respondentů je ve věku 41 – 50 let a 22 (14 %) dotazovaných dosahuje věkové kategorie 51 a více let.

**Graf 3 Dosažená kvalifikace**



Všeobecná sestra je zastoupena v počtu 8 (5 %), všeobecná sestra s PNP představuje počet 18 (12 %), všeobecná sestra s OPARIP dosahuje zastoupení 40 (26 %) a 10 (7 %) tázaných sester udává bakalářské studium. Kvalifikaci záchranář

VOŠ uvádí 26 (17 %) respondentů, kvalifikace záchranář Bc dosáhlo 8 (5 %) dotazovaných. 10 (7 %) tázaných udává jinou kvalifikaci. Ke kvalifikaci všeobecné sestry Mgr. se nepřihlásil žádný respondent.

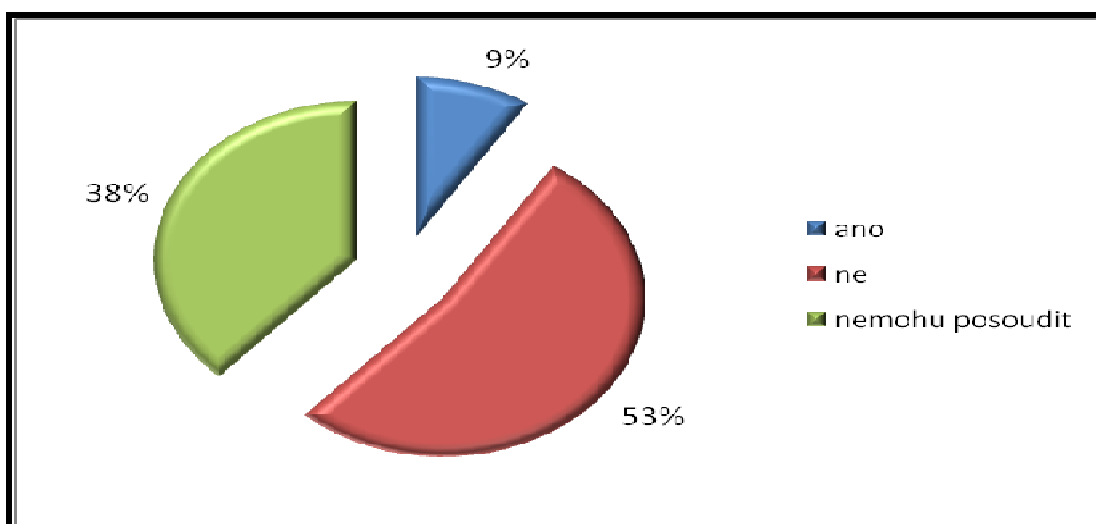
**Tabulka 1 Vztah kvalifikace k věku respondentů**

Věkové kategorie	Kvalifikace									Celkem všechny kvalifikace
	Lékař	Všeobecná sestra	Všeobecná sestra s PNP	Všeobecná sestra s OP ARIP	Všeobecná sestra Bc.	Všeobecná sestra Mgr.	Celkem sestry	Záchranář	Jiná kvalifikace	
21 - 30 let	6	0	0	0	2	0	2	22	2	32
31 - 40 let	6	0	8	22	4	0	34	12	2	54
41 - 50 let	10	4	8	14	1	0	27	0	6	43
51 a více	10	4	2	4	3	0	13	0	0	23
<b>Celkem</b>	<b>32</b>	<b>8</b>	<b>18</b>	<b>40</b>	<b>10</b>	<b>0</b>	<b>76</b>	<b>34</b>	<b>10</b>	<b>152</b>
21 - 30 let	19%	0%	0%	0%	20%	0%	3%	65%	20%	21%
31 - 40 let	19%	0%	45%	55%	40%	0%	45%	35%	20%	36%
41 - 50 let	31%	50%	45%	35%	10%	0%	35%	0%	60%	28%
51 a více	31%	50%	10%	10%	30%	0%	17%	0%	0%	15%
<b>Celkem</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>0%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

Tabulka 1 ukazuje vzájemný vztah dvou proměnných – věku respondentů, členů záchranných týmů zdravotnické záchranné služby a jejich dosažené kvalifikace. Z celkového počtu 76 (100 %) všeobecných sester má kvalifikaci všeobecné sestry 8 respondentů, z nichž – 4 (50 %) spadají do věkové kategorie 41 – 50 let a 4 (50 %)

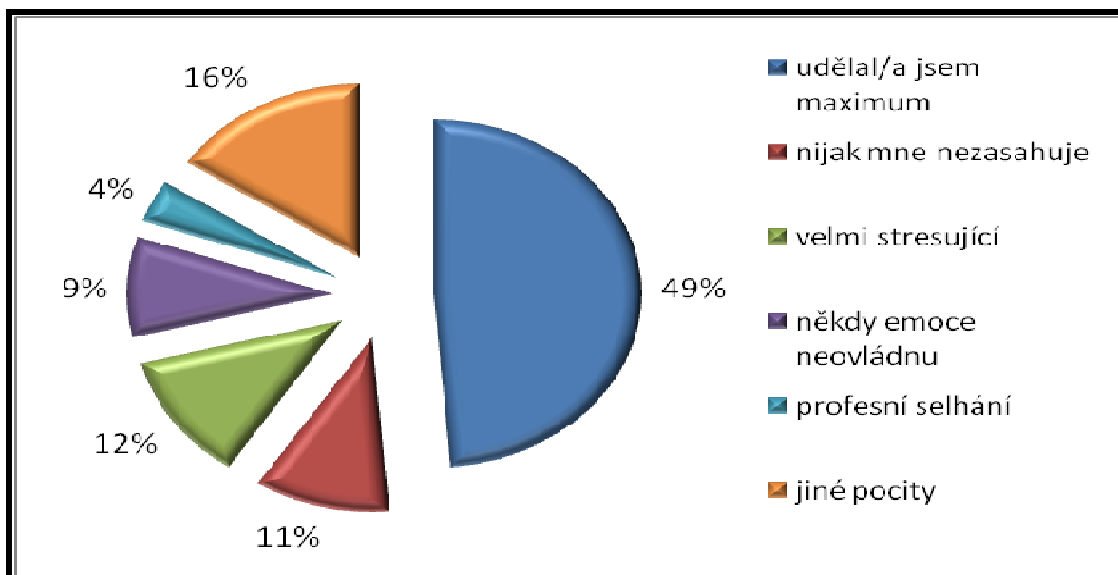
do věkové kategorie 51 a více let. Kvalifikace všeobecné sestry s PNP dosáhlo 18 respondentů – 8 (45 %) se vyskytuje ve věku 31 – 40 let, 8 (45%) ve věku 41 – 50 let a 2 (10%) respondenti ve věkové kategorii 51 a více let. Nejvíce je zastoupena kvalifikace všeobecné sestry se specializací OP ARIP – v počtu 40-ti respondentů – 22 (55 %) ve věku 31 – 40 let, 14 (35 %) všeobecné sestry se specializací OP ARIP věku 41 – 50 let a, 4 (10 %) dotazovaní ve věkové kategorii 51 a více let. Kvalifikace všeobecné sestry absolventky bakalářského studijního programu se specializací se vyskytuje u 10 respondentů 2 (20%) ve věku 21 – 30 let, 4 (40 %) ve věku 31 – 40 let, 1 (10 %) ve věku 41 – 50 let a 3 (30 %) dotazovaní ve věkové kategorii 51 a více let. Kvalifikace zdravotnický záchranář je zastoupena 34 respondenty – 22 (60 %) ve věku 21 – 30 let a 12 (35 %) dotazovaných ve věkové kategorii 31 – 40 let. Jinou kvalifikaci uvedlo 10 respondentů – 2 (20%) ve věku 21 – 30 let, 2 (20 %) ve věku 31 – 40 let a 6 (60 %) dotazovaných ve věkové kategorii 41 – 50 let. Kvalifikace lékař se vyskytuje v počtu 32 respondentů – 6 (19 %) ve věkové kategorii 21 – 30 let, 6 (19 %) ve věku 31–40 let, 10 (31%) ve věku 41 – 50 let a 10 (31 %) dotazovaných ve věkové kategorii 51 a více let.

**Graf 4** Názory na přípravu žáků v průběhu vzdělávání na přijetí umírání a smrti



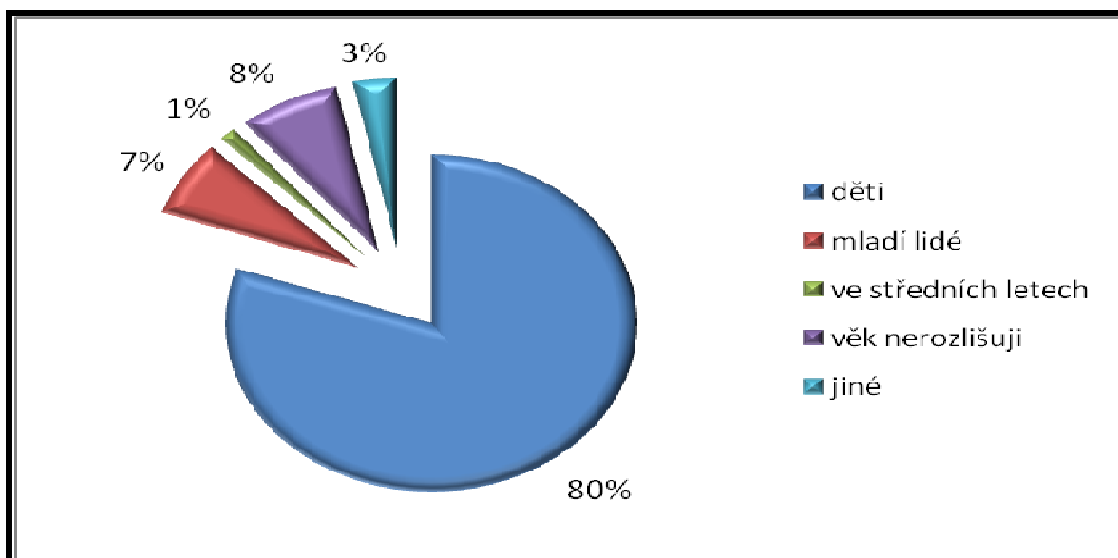
Oslovení respondenti vyjádřili názor, že žáci a studenti jsou v průběhu vzdělávání dostatečně připravováni na přijetí umírání a smrti v počtu 14 (9 %). Opačný názor zastává 80 (53 %) dotazovaných. Odpověď „nemohu posoudit“ vyjádřilo 58 (38 %) respondentů.

**Graf 5 Pocity při náhlém úmrtí pacienta**



Počet dotazovaných, kteří jsou přesvědčeni, že pro pacienta při náhlém úmrtí udělali maximum je 74 (49 %). Odpověď „náhlá smrt pacienta mne nijak nezasahuje“ vyjádřilo 16 (11 %) respondentů. Pro 18 (12 %) tázaných je náhlá smrt pacienta velmi stresující. Odpověď „někdy své emoce neovládnu“ uvedlo 14 (9 %) respondentů. Dotazovaní v počtu 6 (4 %) vyjádřili odpověď „profesní selhání“. 24 (16 %) respondentů volilo odpověď „jiné pocity“, z nichž 4 respondenti uvedli, že smrt pacienta je nestresuje, ale pozůstali plní emocí ano, 12 dotazovaných potvrzuje výběr možností otázky 5, 6 respondentů uvedlo, že záleží na okolnostech a věku pacienta, 1 dotazovaný volil stres a lítost, 1 respondent uvedl smrt pacienta jako smutnou událost, která patří k životu.

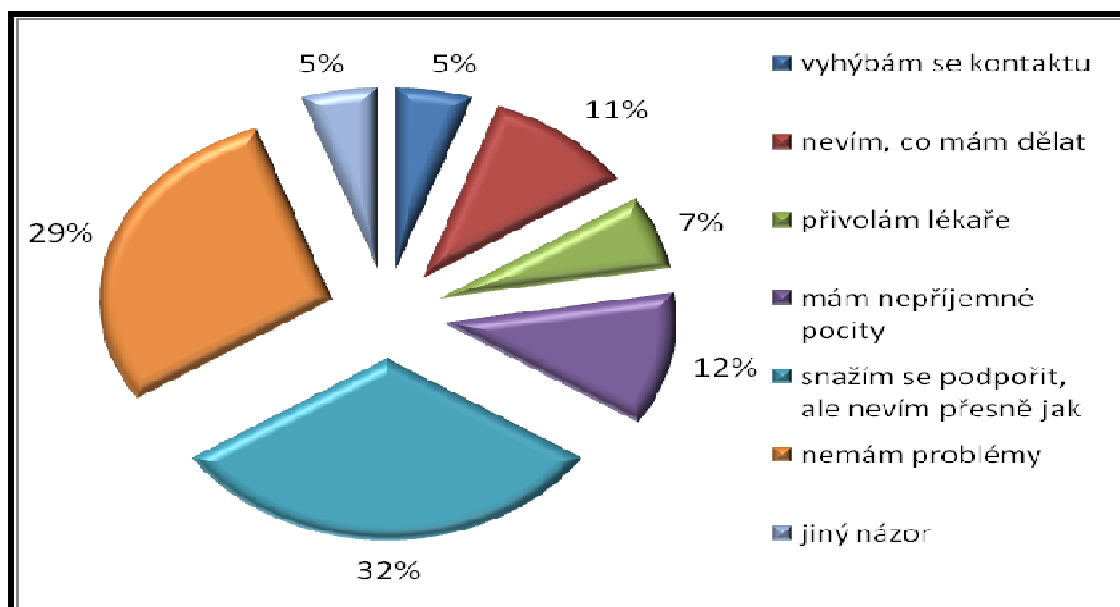
**Graf 6 Vliv věkové kategorie pacienta při jeho úmrtí na intenzitu prožívání zdravotníka**



Graf 6 ukazuje, že náhlá úmrtí pacientů/klientů v dětském věku jsou zatěžující a mají největší vliv na intenzitu prožívání zdravotníků, odpověď volilo nejvíce respondentů, a to 122 (80 %). 11 (7 %) tázaných vyjádřilo odpověď „mladí lidé do 40-ti let“ a 2 (1 %) dotazovaní odpověděli „pacient ve středních letech (41 – 60 let)“. K odpovědi „věk nerozlišuji“ se připojilo 12 (8 %) respondentů. Žádný z dotazovaných si nevybral odpověď „pacient byl starší (nad 61 let)“ a „nevím, nikdy jsem o tom nepřemýšlel“. 5 (3%) respondentů vyjádřili odpověď „jiné“, z nichž jeden uvedl, že žádná věková kategorie při náhlém úmrtí jej neovlivňuje, dva upřesnili odpověď „děti“ a to do 15 let, jeden uvedl, že záleží na příčinách a okolnostech a jeden by volil dvě odpovědi „děti“ a „mladí lidé do 40-ti let“.

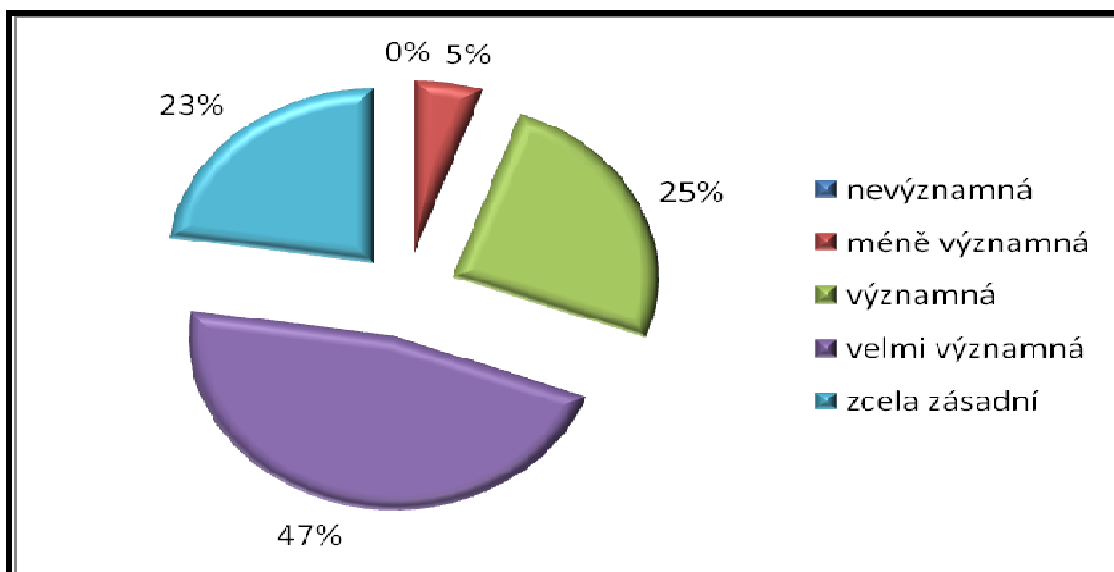


**Graf 7 Prožívání kontaktu s rodinou umírajícího (zemřelého)**



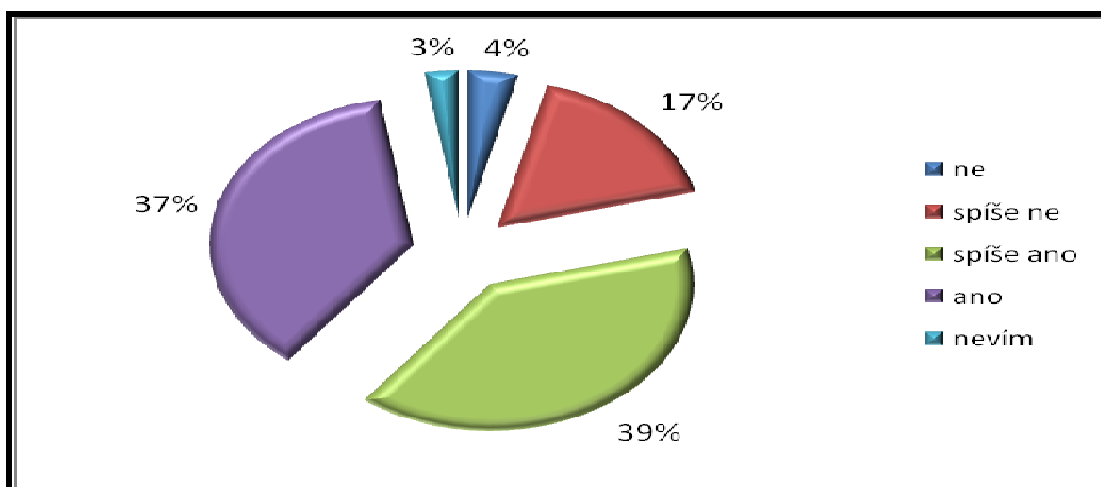
K odpovědi „vyhýbám se kontaktu“ se připojilo 8 (5 %) respondentů, k odpovědi „nevím co mám dělat“ 16 (11 %) dotazovaných. 10 (7 %) tázaných volilo odpověď „přivolám lékaře“. Respondenti v počtu 18 (12 %) uvedli odpověď „mám nepříjemné pocity“. 48 (32 %) dotazovaných vyjádřilo odpověď „snažím se podpořit, ale nevím přesně jak“. K odpovědi „nemám problémy“ se připojilo 44 (29 %) respondentů. Odpověď „požádám zkušenější kolegu/kolegyni, aby rozhovor s rodinou vyřídil/la za mě“ ne zvolil nikdo. „Jiný názor“ vyjádřilo 8 (5 %) dotazovaných, z nichž dva se blíže nevyjádřili, dva uvedli, že se snaží rodinu podpořit a vysvětlit situaci, dva uvedli, že se snaží být empaticí a vyjádřují upřímnou soustrast, jeden se domnívá, že situaci zvládá dobře, ale jemu samotnému to dobře nedělá a jeden respondent uvedl, že se snaží komunikovat, nechává projevit emoce rodiny, přistoupí i k soucitnému kontaktu člena rodiny (např. objetí).

**Graf 8 Míra důležitosti psychosociální podpory pozůstalým**



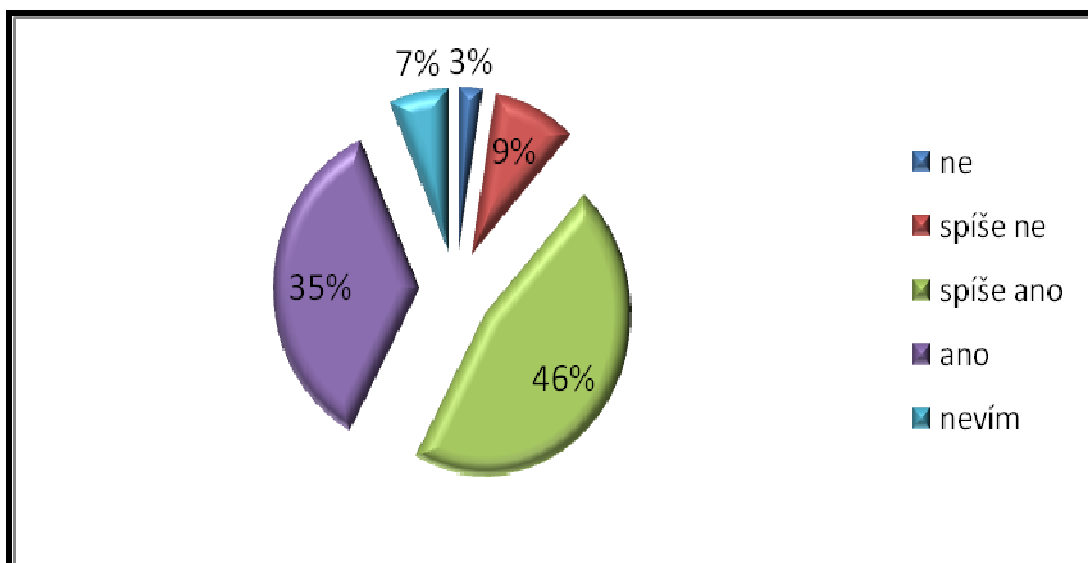
Na otázku 8 odpovědělo 150 respondentů, dva respondenti tuto otázku nezodpověděli. Za nevýznamné poskytovat psychosociální podporu (krizovou komunikaci) pozůstalým nepovažuje nikdo z dotazovaných. Odpověď „méně významná“ zvolilo 8 (5 %) tázaných. 38 (25 %) respondentů považuje poskytování psychosociální podpory (krizové komunikace) pozůstalým za významné a 70 (47 %) dotazovaných za velmi významné. Odpověď „zcela zásadní“ uvedlo 34 (23 %) tázaných.

**Graf 9 Nabídka psychosociální podpory pozůstalým**



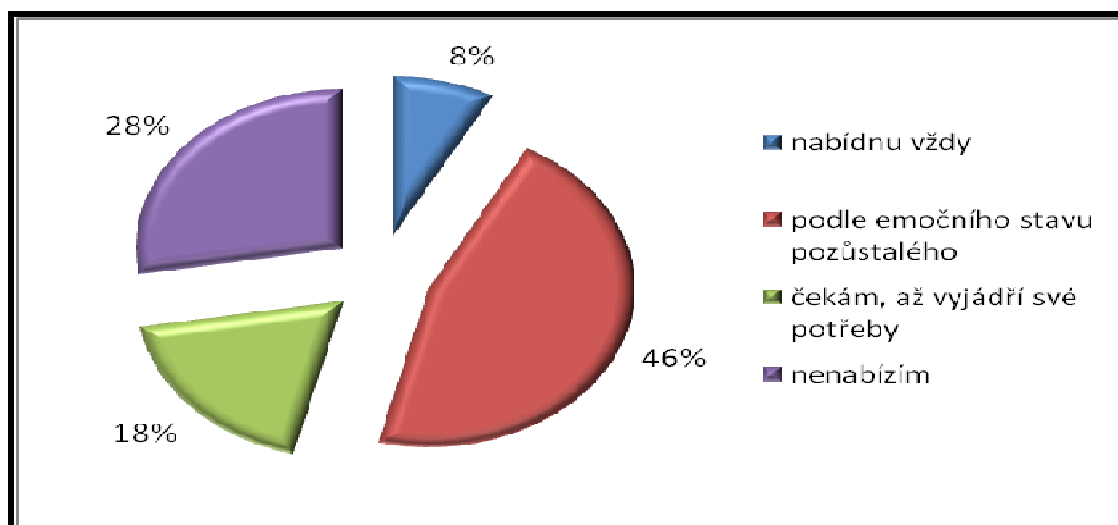
Názor, že tým záchranné služby by neměl v případě potřeby nabízet psychosociální podporu pozůstalým, zastává 6 (4 %) respondentů. Odpověď „spíše ne“ volilo 26 (17 %) dotazovaných. 60 (39 %) tázaných si vybralo odpověď „spíše ano“ a 56 (37 %) respondentů volilo odpověď „ano“. K odpovědi „nevím“ se přiklonilo 4 (3 %) dotazovaných.

**Graf 10 Využívání krizové komunikace s pozůstalými**



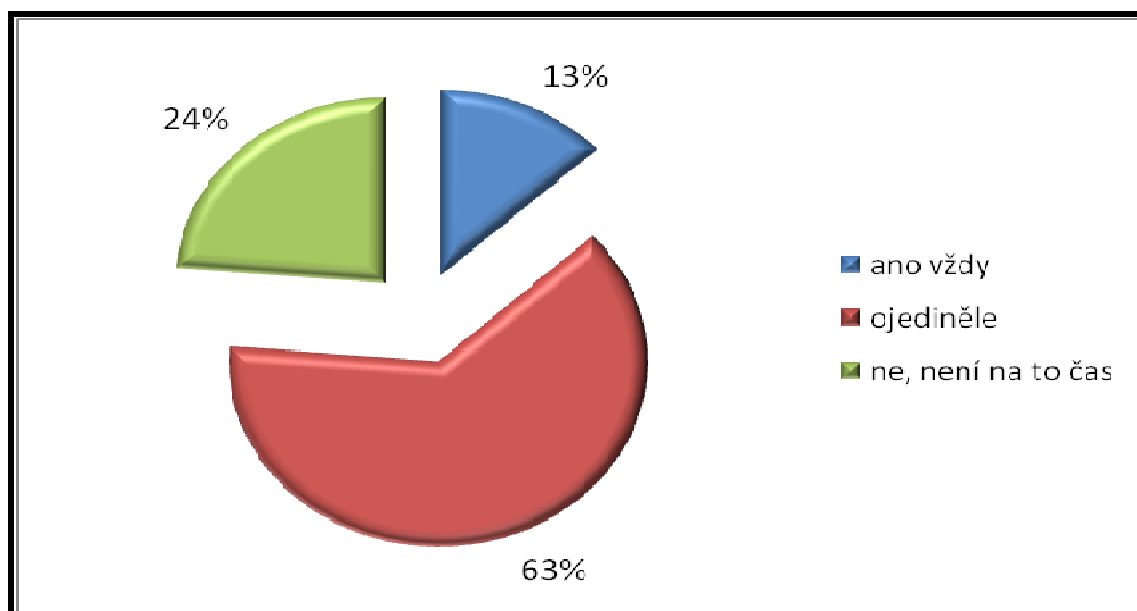
Respondenti v počtu 4 (3 %) jsou toho názoru, že tým záchranné služby by neměl běžně v případě potřeby využívat krizové komunikace s pozůstalým. 14 (9 %) dotazovaných zvolilo odpověď „spíše ne“. Respondenti v počtu 70 (46 %) vybrali odpověď „spíše ano“ a 54 (35 %) dotazovaných zvolilo odpověď „ano“. 10 (7 %) respondentů uvedlo odpověď „nevím“.

**Graf 11 Aktivní nabídka psychosociální podpory**



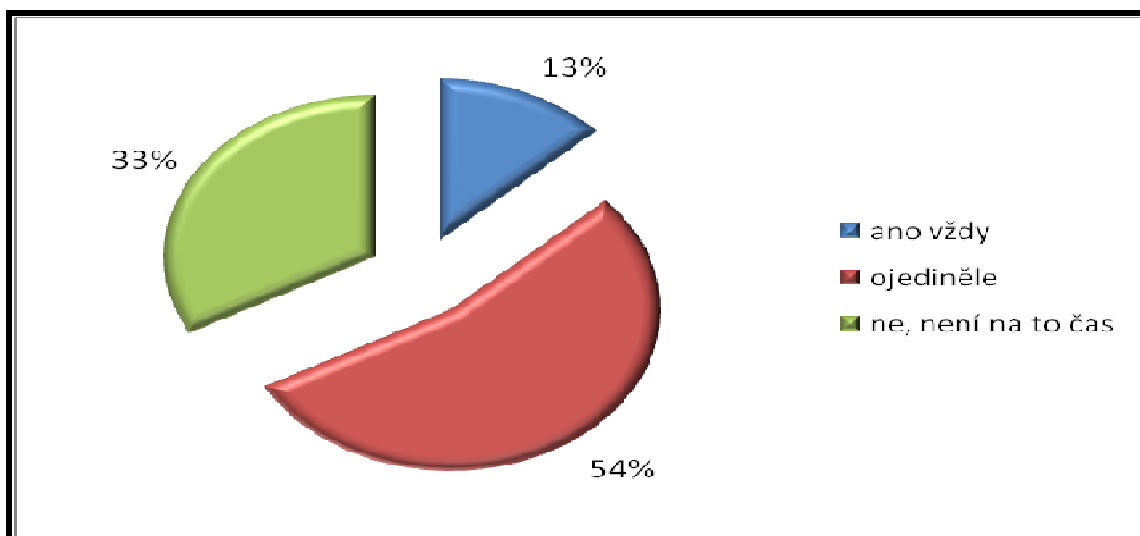
Aktivní nabídku psychosociální podpory pozůstalým nabídne vždy 12 (8 %) respondentů. 70 (46 %) dotazovaných zvolilo odpověď „nabídku podle emočního stavu pozůstalého“ a 28 (18 %) dotazovaných uvedlo odpověď „čekám, až pozůstalý vyjádří své potřeby“. Respondenti v počtu 42 (28 %) uvedli, že aktivně psychosociální podporu pozůstalým nenabízí.

**Graf 12 Provádění psychosociální podpory**



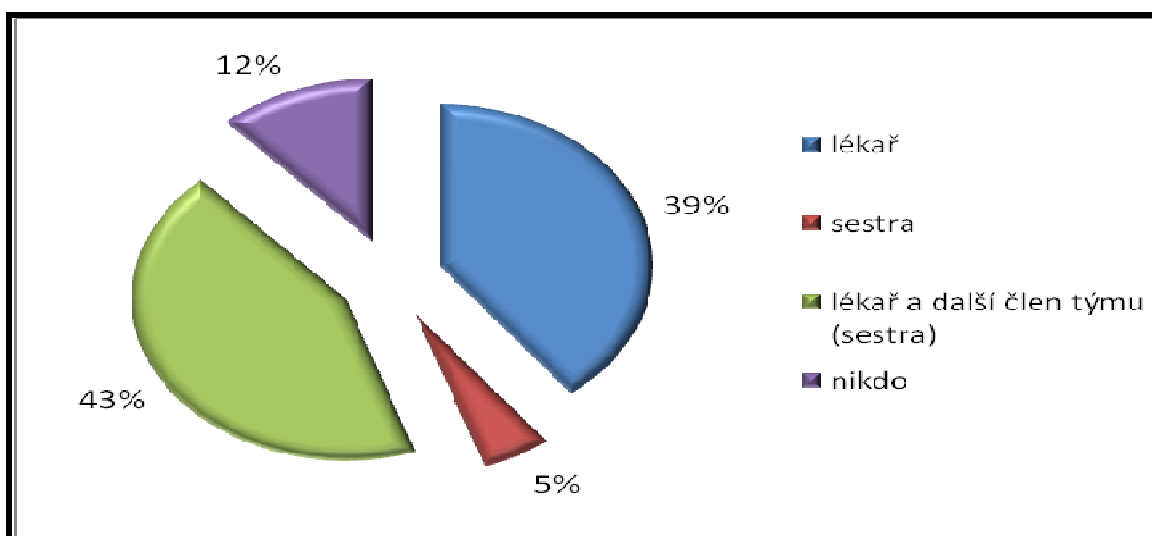
Respondenti v počtu 20 (13 %) uvedli, že že tým záchranářů provádí vždy psychosociální podporu pozůstalým. 96 (63 %) dotazovaných zvolilo odpověď „ojediněle“ a 36 (24 %) respondentů vybralo odpověď “ne, není na to čas“.

**Graf 13 Uplatňování krizové komunikace s pozůstalými**



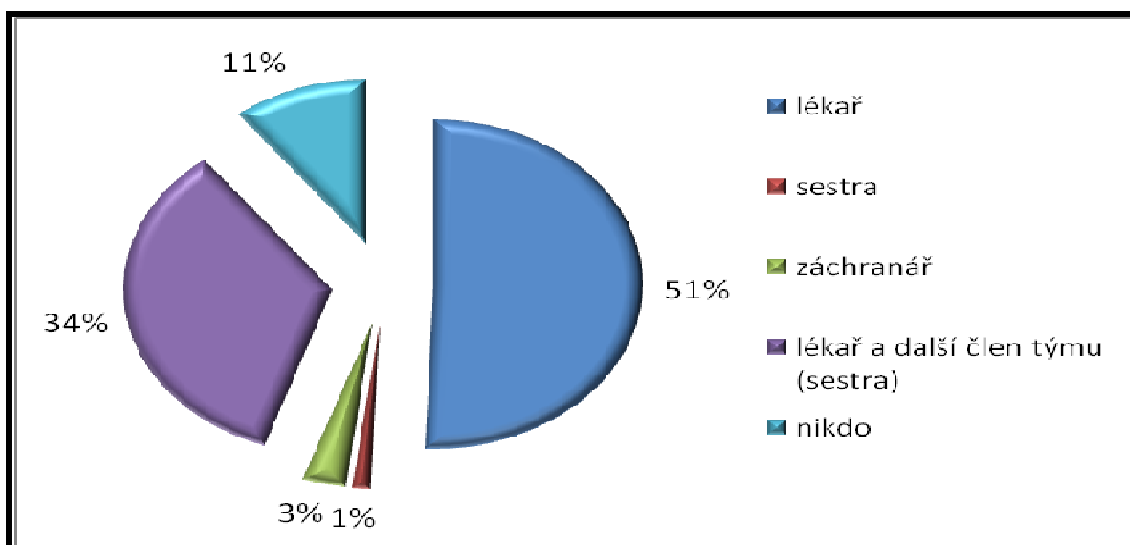
Respondenti v počtu 20 (13 %) uvedli, že že tým záchranářů provádí v případě potřeby vždy krizovou komunikaci s pozůstalými. 82 (54 %) dotazovaných zvolilo odpověď „ojediněle“ a 50 (33 %) respondentů uvedlo odpověď „ne, není na to čas“.

**Graf 14 Provádění psychosociální podpory pozůstalým**



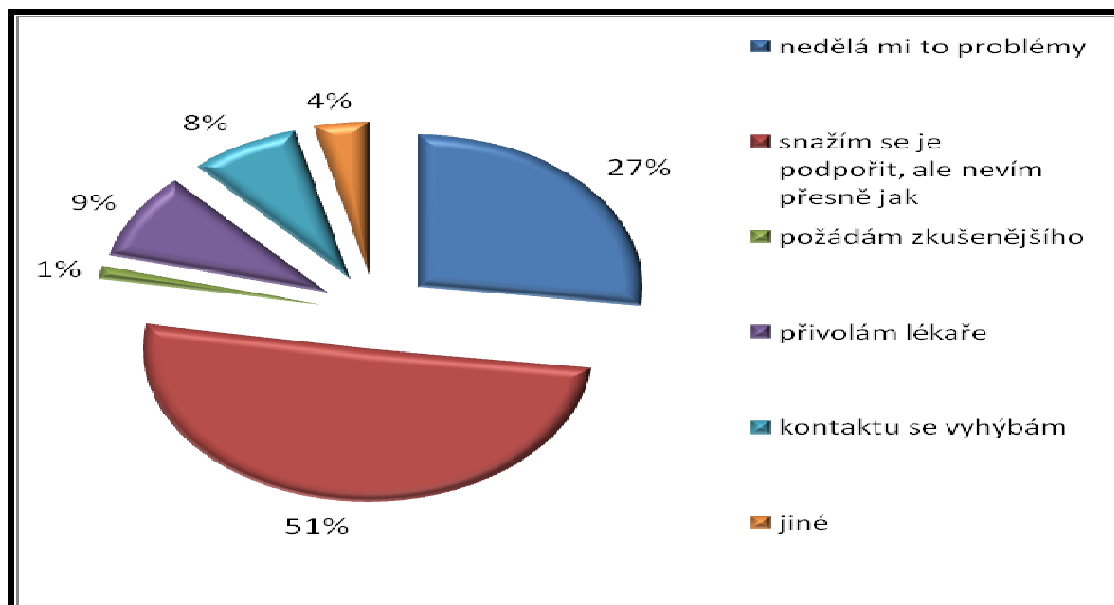
Respondenti v počtu 60 (39 %) uvedli, že psychosociální podporu pozůstalým v týmu záchranné služby provádí lékař. 8 (5 %) dotazovaných zvolilo odpověď „sestra“ a 66 (43 %) respondentů se přiklonilo k odpovědi „lékař a další člen týmu (sestra)“. Dotazovaní v počtu 18 (12 %) zastávají názor, že psychosociální podporu pozůstalým v případě potřeby neposkytuje nikdo z týmu záchranné služby.

**Graf 14a Provádění krizové komunikace s pozůstalými**



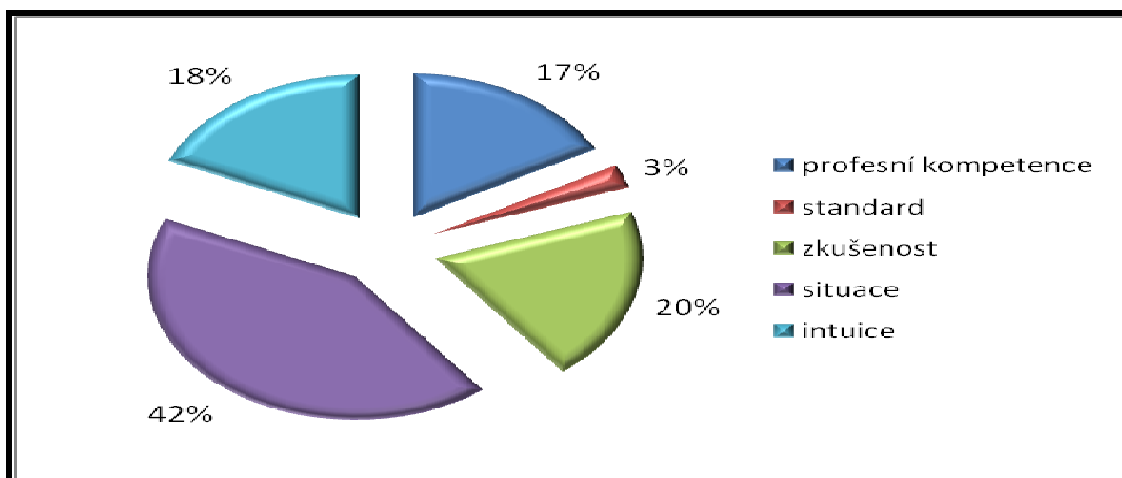
Respondenti v počtu 77 (51 %) uvedli, že krizovou komunikaci s pozůstalým v týmu záchranné služby provádí lékař. 2 (1 %) dotazovaných zvolilo odpověď „sestra“ a 52 (34 %) respondentů se přiklonilo k odpovědi „lékař a další člen týmu (sestra)“. Dotazovaní v počtu 16 (11 %) zastávají názor, že psychosociální podporu pozůstalým v případě potřeby neposkytuje nikdo z týmu záchranné služby.

**Graf 15 Reakce záchranáře při kontaktu s pozůstalými – svědky náhlého úmrtí**



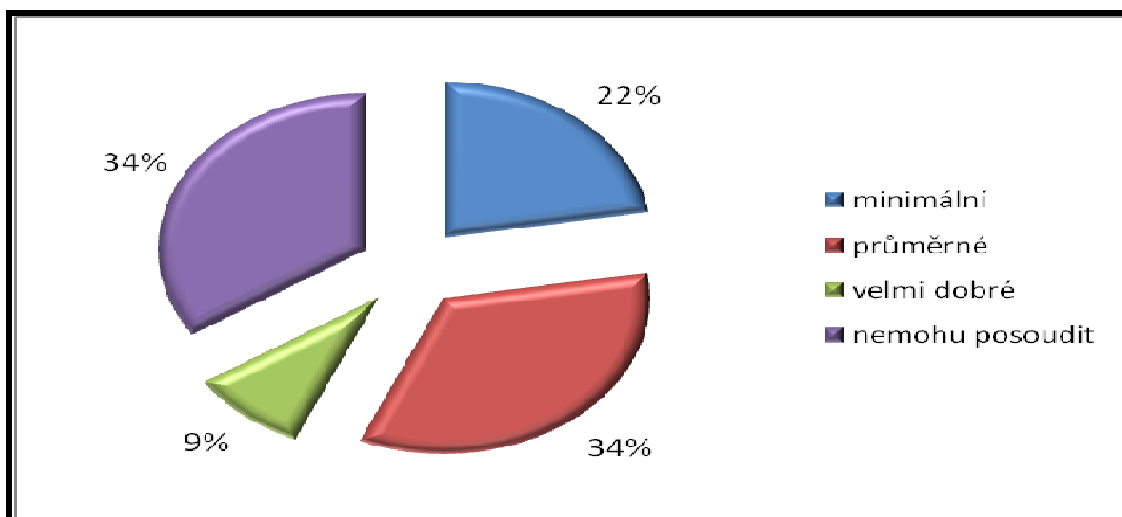
Při kontaktu s pozůstalými – svědky náhlého úmrtí uvedlo 41 (27 %) respondentů odpověď „nedělá mi to žádné problémy“. 77 (51 %) dotazovaných zvolilo odpověď „snažím se je podpořit, ale nevím přesně jak“. Odpověď „požádám zkušenějšího člena týmu, aby rozhovor s pozůstalým provedl za mě“ si vybrali 2 (1 %) respondenti. 14 (9 %) dotazovaných přivolá lékaře a vzdálí se. K odpovědi „kontaktu se vyhýbám, nevím jak komunikovat a jak se chovat“ se přiklonilo 12 (8 %) respondentů. 6 (4 %) dotazovaných zvolilo odpověď „jiné“, z nichž 3 respondenti dále své reakce nspecifikovali, dva uvedli „ snažím se pozůstalé podpořit a vysvětlit situaci“ a jeden respondent uvedl „ úmrtí pozůstalým oznamuje lékař, nevzdaluji se, pomohu pozůstalým s tím, co mají dělat, pohřební službu si určují sami“.

**Graf 16 Skutečnosti, kterými se záchranář při poskytování psychosociální podpory (krizové komunikace) pozůstalým řídí**



Při poskytování psychosociální podpory /krizové komunikace pozůstalým při sdělení náhlého úmrtí se 26 (17 %) respondentů řídí profesní kompetencí. 4 (3 %) dotazovaných uvedlo, že se řídí standardem. Zkušeností se řídí 30 (20 %) tázaných a 64 (42 %) respondentů zvolilo odpověď „situací“. 28 (18 %) dotazovaných uvedlo, že se řídí intuicí.

**Graf 17 Úroveň komunikačních dovedností záchranáře**

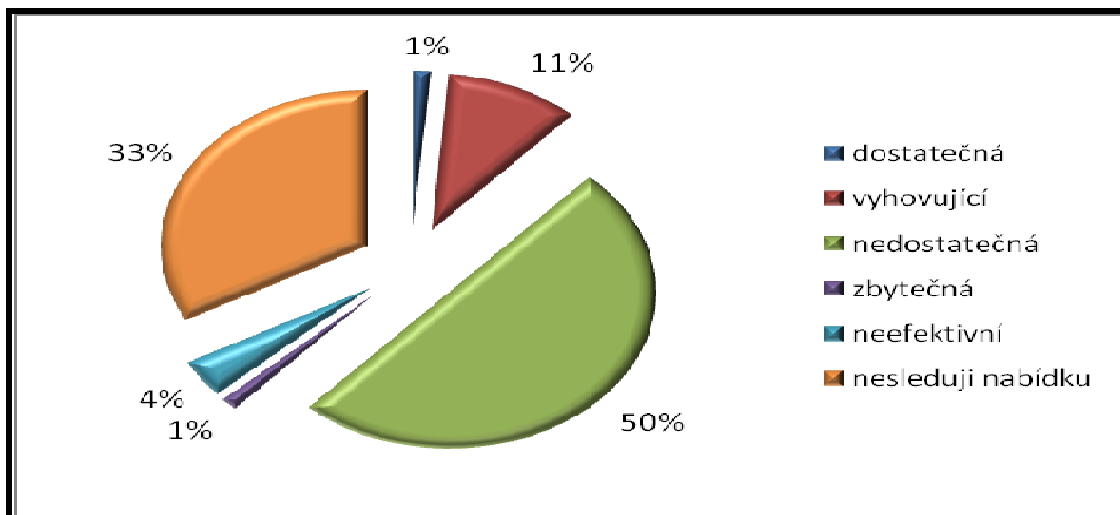


Minimální úroveň svých komunikačních dovedností hodnotilo 34 (22 %) respondentů. 52 (34 %) dotazovaných zvolilo odpověď „průměrné“ a 14 (9 %) respondentů zvolilo odpověď „velmi dobré“.



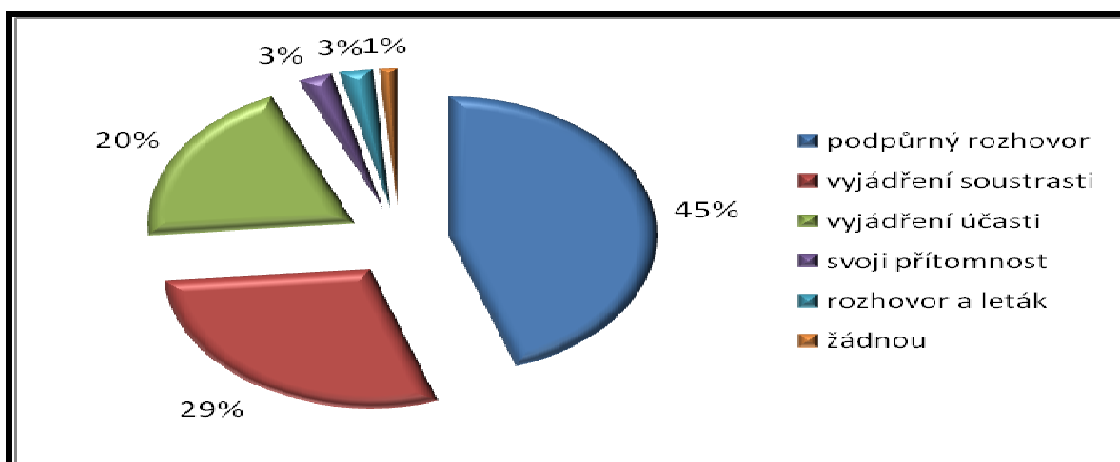
dotazovaných hodnotí své komunikační dovednosti jako velmi dobré. Odpověď „nemohu posoudit“ vybralo 52 (34 %) respondentů.

**Graf 18 Dostatečnost nabídky dalšího vzdělávání v oblasti krizové komunikace**



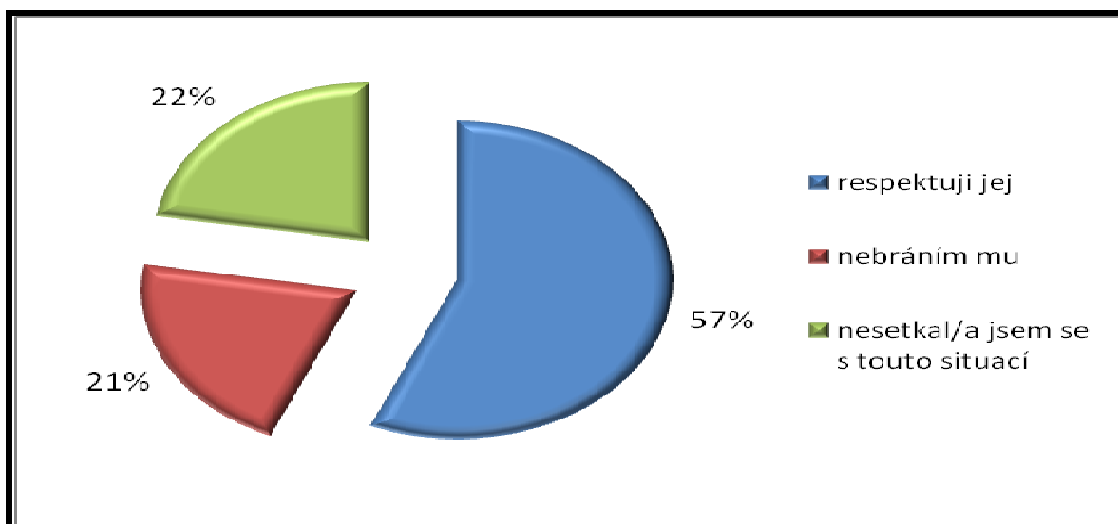
Nabídku dalšího vzdělávání zdravotnických pracovníků v oblasti krizové komunikace považují 2 (1 %) respondentů za dostatečnou. 76 (50 %) dotazovaných ji považuje za nedostatečnou. Odpověď „vyhovující“ zvolilo 16 (11 %) respondentů. 2 (1 %) dotazovaní považují nabídku dalšího vzdělávání v oblasti krizové komunikace za zbytečnou. Respondenti v počtu 6 (4 %) posuzují nabídku dalšího vzdělávání jako neefektivní. Odpověď „nesleduji nabídku“ vybralo 50 (33 %) dotazovaných.

**Graf 19 Formy bezprostřední psychosociální podpory pozůstalým**



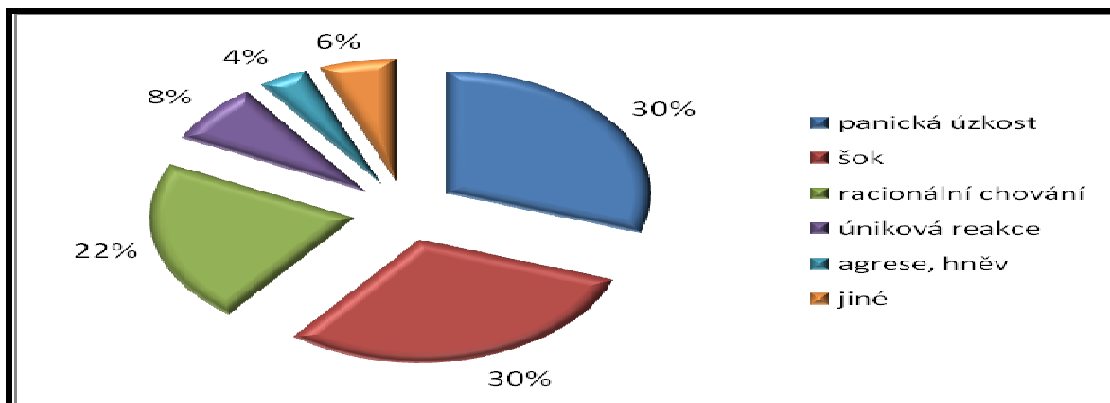
Podpůrný rozhovor jako možnost psychosociální podpory pozůstalým při sdělení náhlého úmrtí členy výjezdového týmu záchranné služby volilo 68 (45 %) respondentů. 44 (29 %) dotazovaných vybralo odpověď „vyjádření soustrastí“. K vyjádření účasti se přiklonilo 30 (20 %) respondentů. Dotazovaní v počtu 4 (3 %) uvedli odpověď „svoji přítomnost“. K rozhovoru a letáku se připojili 4 (3 %) tázaných. 2 (1 %) respondenti jsou toho názoru, že pozůstalým nemohou poskytnout žádnou psychosociální podporu. Odpovědi „mlčení“, „informační leták“ a „jiné“ nezvolil žádný respondent.

**Graf 20 Vnímání požadavku rituálu věřících pozůstalých při náhlém úmrtí blízké osoby**



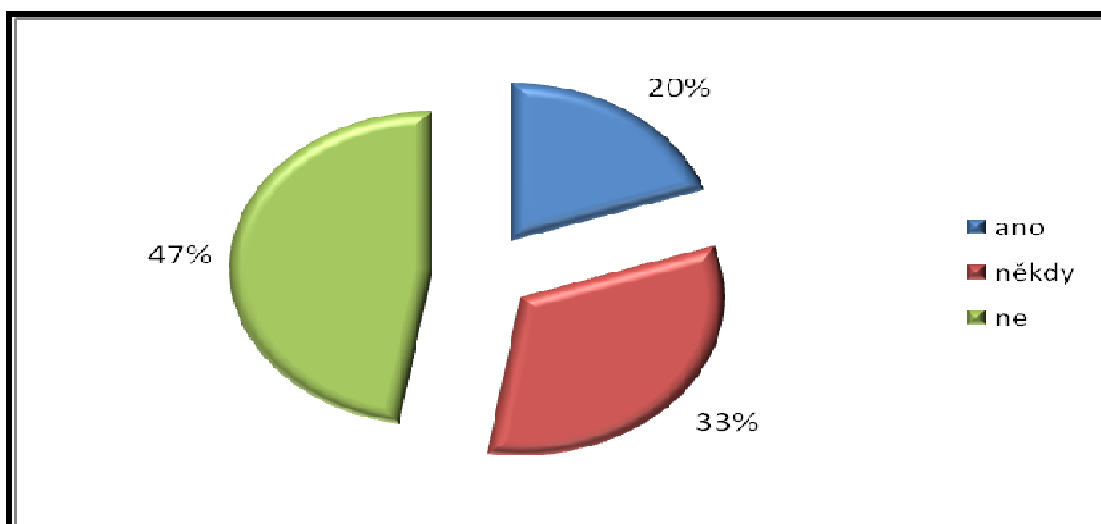
Respondenti v počtu 86 (57 %) respektují požadavky rituálu věřících pozůstalých při sdělení náhlého úmrtí blízké osoby. 32 (21 %) dotazovaných zvolilo odpověď „nebráním mu“. Odpověď „nesetkal/a jsem se s touto situací“ uvedlo 34 (22 %) respondentů. Odpovědi „neumožním jej“ a „v žádném případě jej neumožním“ nevybral nikdo z dotazovaných.

**Graf 21 Projevy pozůstalých při náhlém úmrtí blízké osoby**



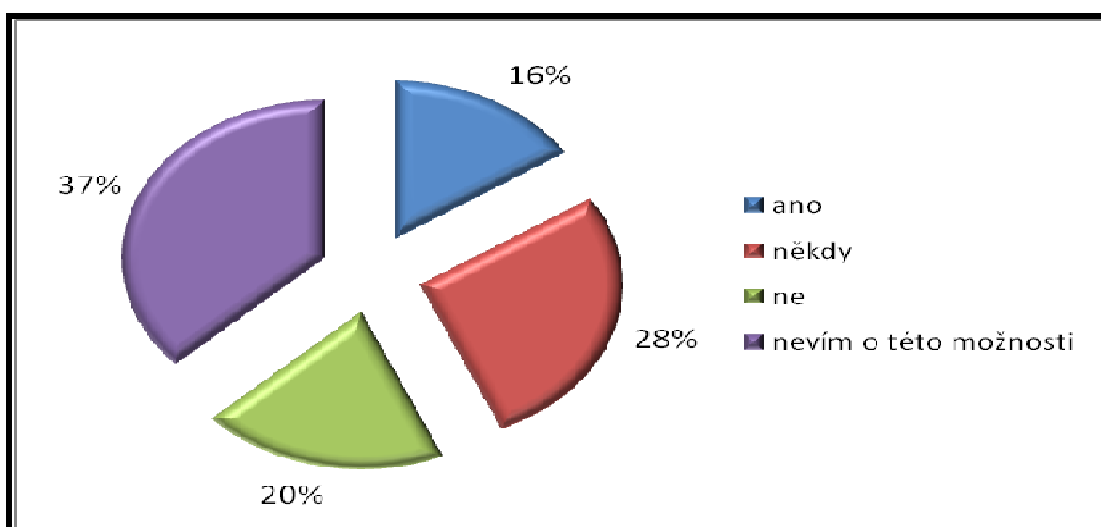
S panickou úzkostí pozůstalých při sdělení úmrtí blízké osoby se setkává 46 (30 %) respondentů. Stejný počet to je 46 (30 %) dotazovaných uvedlo odpověď „šok“, 33 (22 %) respondentů si vybralo odpověď „racionální chování“. Únikovou reakci uvedlo 12 (8 %) tázaných a agrese a hněv zvolilo 6 (4 %) dotazovaných. K odpovědi „jiné“ se přiklonilo 9 (6 %) respondentů, z nichž 4 potvrdili všechny uvedené možnosti, dva uvedli racionální chování a panickou úzkost, dva se setkali s pláčem a odmítáním reality a jeden respondent se setkal se situací, kdy pozůstalí nevěděli, co mají dělat.

**Graf 22 Informovanost pozůstalých při náhlém úmrtí blízké osoby členy týmu zdravotnické záchranné služby o možných projevech akutní stresové reakce**



Respondenti v počtu 30 (20 %) informují pozůstalé při náhlém úmrtí blízké osoby o možných projevech akutní stresové reakce. Odpověď „někdy“ zvolilo 50 (33 %) dotazovaných. 72 (47 %) respondentů pozůstalé o možných projevech akutní stresové reakce neinformuje.

**Graf 23 Informovanost pozůstalých při náhlém úmrtí blízké osoby členy záchranného týmu o možných podpůrných službách**



Počet respondentů, kteří informují pozůstalé o možných podpůrných službách, které pomohou překonat prožitou nadlimitní psychickou zátěž je 24 (16 %). Odpověď „někdy“ zvolilo 42 (28 %) dotazovaných. Počet respondentů, kteří neinformují pozůstalé o možných podpůrných službách je 30 (20 %). Odpověď „nevím o této možnosti“ uvedlo 56 (37 %) dotazovaných. Žádný respondent nevybral odpověď „nic takového neexistuje“.

### 9.3 Kategorizace dat podle třídění 2. stupně statistického šetření kvantitativního

výzkumu

Pro otázky 1 (pohlaví), 2 (věk) a 3 (kvalifikace), které charakterizovaly zkoumaný vzorek respondentů, nebyl chí kvadrát stanoven. Závislost věku na dosažené kvalifikaci uvádí tabulka 1.

#### Vyhodnocení H1

K H1 se vztahovaly otázky 5, 6, 7, 20, 21, 22 a 23. Hypotéza 1 byla testována pomocí Pearsonova chí kvadrát testu.

**Tabulka 2 Ověření hypotézy 1**

Otázky	Pozorované četnosti						Očekávané četnosti						Dosažená hladina významnosti	Platí H1?
	ano	procenta	ne	procenta	celkem	procenta	ano	procenta	ne	procenta	celkem	procenta		
č. 5	90	59%	62	41%	152	100%	91	60%	61	40%	152	100%	84,30%	ano
č. 6	12	8%	140	92%	152	100%	91	60%	61	40%	152	100%	<0,1%	ne
č. 7	52	34%	100	66%	152	100%	91	60%	61	40%	152	100%	<0,1%	ne
č. 20	118	78%	34	22%	152	100%	91	60%	61	40%	152	100%	<0,1%	ano
č. 21	119	67%	33	33%	152	100%	91	60%	61	40%	152	100%	<0,1%	ano
č. 22	30	20%	122	80%	152	100%	91	60%	61	40%	152	100%	<0,1%	ne
č. 23	24	16%	128	84%	152	100%	91	60%	61	40%	152	100%	<0,1%	ne

V tabulce číslo 2 hypotézu 1 potvrdily 2 otázky a vyvrátily 4 otázky. Otázka 5 potvrdila hypotézu 90 (59 %) hlasy, 118 (78 %) hlasy ji potvrdila otázka 20 a otázka 21 hypotézu podpořila 119 (67 %) hlasy. Proti hypotéze vypovídají výsledky odpovědí otázky 6 (140 - 92 % odpovědí), otázky 7 (100 – 66 % odpovědí), otázky 22 (122 – 80 % odpovědí) a otázky 23 (128 – 84 % odpovědí).

**H1:** Problémy, se kterými se setkává sestra, záchranář při kontaktu s pozůstalými při náhlém úmrtí blízké osoby v závislosti na potřebách pozůstalých jsou v souladu s očekáváním poskytnutí pomoci a podpory pozůstalých.

Hypotéza byla vyjádřena očekávaným poměrem odpovědí „ano“ : „ne“ 60 % : 40 %. Dosažená hladina významnosti v Pearsonově chí kvadrát testu je pro otázky číslo 6, 7, 20, 21, 22 a 23 menší než 0,1 %, což znamená, že předpokládaný poměr není správný. V otázkách 20 a 21 byla odpověď „ano“ častější než 60 %. Ve čtyřech případech (otázky 6, 7, 22, 23) však byla odpověď „ano“ zastoupena mnohem méně než 60 %, hypotéza 1 neplatí.

### ***Vyhodnocení H2***

K H2 se vztahovaly otázky 8, 10, 13, 14.a a 15. Hypotéza 2 byla testována pomocí Pearsonova chí kvadrát testu.

**Tabulka 3** Ověření hypotézy 2

Otázky	Pozorované četnosti						Očekávané četnosti						Dosažená hladina významnosti	Platí H2?
	ano	procenta	ne	procenta	celkem	procenta	ano	procenta	ne	procenta	celkem	procenta		
<b>č. 8</b>	142	95%	8	5%	150	99%	91	60%	61	40%	152	100%	<0,1%	<b>ano</b>
<b>č. 10</b>	124	82%	28	18%	152	100%	91	60%	61	40%	152	100%	<0,1%	<b>ano</b>
<b>č. 13</b>	20	13%	132	87%	152	100%	91	60%	61	40%	152	100%	<0,1%	<b>ne</b>
<b>č. 14a</b>	131	86%	21	14%	152	100%	91	60%	61	40%	152	100%	<0,1%	<b>ano</b>
<b>č. 15</b>	47	31%	105	69%	152	100%	91	60%	61	40%	152	100%	<0,1%	<b>ne</b>

V tabulce číslo 3 hypotézu 2 potvrdily 3 otázky a vyvrátily 2 otázky. Otázka 8 potvrdila hypotézu 142 (95 %) hlasy, otázka 10 ji podpořila 124 (82 %) hlasy a otázka 14.a potvrdila hypotézu 131 (86 %) hlasy. Proti hypotéze vypovídají otázka 13 (132 – 87% odpovědí) a otázka 15 (105 – 69 % odpovědí).

**H2:** Sestry, záchranáři závislosti na potřebách pozůstalých aktivně využívají krizové komunikace při sdělení náhlého úmrtí blízké osoby.

Hypotéza byla vyjádřena očekávaným poměrem odpovědí „ano“ : „ne“ 60 % : 40 %. Dosažená hladina významnosti v Pearsonově chí kvadrát testu je pro otázky číslo 8, 10, 13, 14.a, 15 menší než 0,1 %, což znamená, že předpokládaný poměr není správný. Ve třech případech (otázky 8, 10 a 14.a) byla odpověď „ano“ častější než 60 %. Ve dvou případech (otázky 13, 15) však byla odpověď „ano“ zastoupena mnohem méně než 60 %. Hypotéza 2 platí.

### Vyhodnocení H3

K H3 se vztahovaly otázky 8, 9, 11, 12, 14 a 19. Hypotéza 3 byla testována pomocí Pearsonova chí kvadrát testu.

**Tabulka 4 Ověření hypotézy 3**

Otázky	Pozorované četnosti						Očekávané četnosti						Dosažená hladina významnosti	Platí H3?
	ano	procenta	ne	procenta	celkem	procenta	ano	procenta	ne	procenta	celkem	procenta		
č. 8	142	93%	10	7%	152	100%	91	60%	61	40%	152	100%	<0,1%	ano
č. 9	116	76%	36	24%	152	100%	91	60%	61	40%	152	100%	<0,1%	ano
č. 11	82	54%	70	46%	152	100%	91	60%	61	40%	152	100%	12,80%	ano
č. 12	20	13%	132	87%	152	100%	91	60%	61	40%	152	100%	<0,1%	ne
č. 14	134	88%	18	12%	152	100%	91	60%	61	40%	152	100%	<0,1%	ano
č. 19	72	47%	80	53%	152	100%	91	60%	61	40%	152	100%	<0,1%	ne

V tabulce číslo 4 hypotézu 3 potvrdily 4 otázky a vyvrátily 2 otázky. Otázka 8 podpořila hypotézu 142 (93 %) hlasy, otázka 9 potvrdila hypotézu 116 (76 %) hlasy, otázka 11 (82 – 54 %) a otázka 14 hypotézu podpořila 134 (88 %) hlasy. Proti hypotéze vypovídá, otázka 12 (132 - 87 % odpovědí) a otázka 19 (80 – 53 % odpovědí).

**H3:** Sestry, záchranáři v závislosti na potřebách pozůstalých aktivně nabízí psychosociální podporu při sdělení náhlého úmrtí blízké osoby.

Hypotéza byla vyjádřena očekávaným poměrem odpovědí „ano“ : „ne“ 60 % : 40 %. Dosažená hladina významnosti v Pearsonově chí kvadrát testu je pro otázky číslo 8, 9, 12, 14 a 19 menší než 0,1 %, což znamená, že předpokládaný poměr není



správný. V otázkách 8, 9 a 14 byla odpověď „ano“ častější než 60 %. U otázky 11 byla odpověď „ano“ zastoupena právě 60 % – zastoupení odpovědí nebylo statisticky odlišitelné od poměru daném  $H_0$ , dosažená hladina významnosti je vyšší než 5 %. Ve třech případech (11, 12, 19) byla odpověď „ano“ zastoupena méně než 60 %. Hypotéza 3 platí.

#### **Vyhodnocení H4**

K H4 se vztahovaly otázky 4, 12, 13, 16, 17 a 18. Hypotéza 4 byla testována pomocí Pearsonova chí kvadrát testu.

**Tabulka 5 Ověření hypotézy 4**

Otázky	Pozorované četnosti						Očekávané četnosti						Dosažená hladina významnosti	Platí H4?
	ano	procenta	ne	procenta	celkem	procenta	ano	procenta	ne	procenta	celkem	procenta		
č. 4	14	9%	138	91%	152	100%	91	60%	61	40%	152	100%	<0,1%	ne
č. 12	36	24%	116	76%	152	100%	91	60%	61	40%	152	100%	<0,1%	ne
č. 13	50	33%	102	67%	152	100%	91	60%	61	40%	152	100%	<0,1%	ne
č. 16	30	20%	122	80%	152	100%	91	60%	61	40%	152	100%	<0,1%	ne
č. 17	66	43%	86	57%	152	100%	91	60%	61	40%	152	100%	<0,1%	ne
č. 18	18	12%	134	88%	152	100%	91	60%	61	40%	152	100%	<0,1%	ne

V tabulce číslo 5 hypotézu 4 vyvrátilo 6 otázek. Proti hypotéze svědčí 138 (91 %) odpovědí u otázky 4. Otázka 12 vykazuje 116 (76 %) odpovědí, otázka 13 obsahuje 102 (67 %) odpovědí, otázka 16 vykazuje 122 (80 %) odpovědí, otázka 17 obsahuje 86 (57 %) odpovědí a otázka 18 vykazuje 134 (88 %) odpovědí proti hypotéze.

**H4:** Pro poskytování psychosociální podpory (krizové komunikace) je více limitujícím prvkem čas než vzdělávání ošetrovatelského personálu výjezdového týmu záchranné služby.

Hypotéza byla vyjádřena očekávaným poměrem odpovědí „ano“ : „ne“ 60 % : 40 %. Dosažená hladina významnosti v Pearsonově chí kvadrát testu je pro otázky číslo 4, 12, 13, 16, 17 a 18 menší než 0,1 %, což znamená, že předpokládaný poměr není správný. Ve všech uvedených otázkách byla odpověď „ano“ zastoupena mnohem méně než 60 %. Hypotéza neplatí.

#### 9.4 Kategorizace dat dle odpovědí respondentů

##### **Respondent 1**

Respondentka v polostrukturovaném rozhovoru odpovídala na šest otázek. Na první otázku, kdo z výjezdového týmu záchranné služby sdělil informace o náhlém úmrtí blízké osoby, sdělila, že *o této skutečnosti nebyla nikým z týmu informována*. K otázce druhé, jak jste se při sdělení informace o náhlém úmrtí cítila, respondentka uvedla, že *ač nebyla přímo informována o náhlém úmrtí blízké osoby, úmrtí si uvědomovala*. V daný okamžik *prožívala psychický otřes, šok, plakala, byla velmi rozrušená*. Na otázku třetí, co by vám v dané chvíli nejvíce pomohlo, respondentka uvedla, že *nic, co by pomohlo, neexistuje*. K otázce čtvrté, splnil přístup člena/ů výjezdového týmu záchranné služby vaše očekávání, respondentka sdělila, že *nevěděla, co má očekávat*. K páté otázce, jakou pomoc jste v dané chvíli postrádala, se respondentka vyjádřila, že *nevěděla, co má dělat, jak se zachovat, kam se obrátit*. V šesté otázce, napadá vás ještě něco, čím by vám ošetrovatelský personál výjezdového týmu záchranné služby v dané chvíli mohl pomoci, respondentka sdělila, že jí *chyběly informace o dalších krocích*.

##### **Respondent 2**

Respondentka k první otázce polostrukturovaného rozhovoru, kdo z výjezdového

týmu záchranné služby sdělil informace o náhlém úmrtí blízké osoby, uvedla, že *informaci sdělil lékař*. K otázce druhé, jak jste se při sdělení informace o náhlém úmrtí cítila, respondentka uvedla, že *ji ztráta blízké osoby velmi zasáhla, nebyla na takovou situaci připravená, sdělenou informací byla dle svého vyjádření šokována*. Dále uvedla, že *plakala, prožívala velkou lítost nad náhlou ztrátou, trpí nespavostí, dodnes užívá hypnotika*. Na otázku třetí, co by vám v dané chvíli nejvíce pomohlo, respondentka uvedla, že *věděla, že se toto jednou stane, ale silně ji náhlé úmrtí blízké osoby zasáhlo*. Dále uvedla, že *to pro ni bylo velmi těžké období, žili jeden pro druhého. Uvítala by osobnější kontakt od personálu a informace o dalších krocích*. K otázce čtvrté, splnil přístup člena/ů výjezdového týmu záchranné služby vaše očekávání, respondentka sdělila, že *její očekávání od ošetrovatelského personálu výjezdového týmu záchranné služby nebylo naplněno. Její představa byla spojena s projevem osobnějšího kontaktu od členů posádky a chyběly jí informace o dalších krocích*. Dále sdělila, že *jí lékař nabídl uklidňující injekci, kterou odmítla, po té přijala od lékaře tabletu na uklidnění, po té záchranná služba odjela*. K páté otázce, jakou pomoc jste v dané chvíli postrádala, se respondentka vyjádřila, že *náhlým úmrtím blízké osoby byla velmi zasažena, v danou chvíli, dle jejích slov, „potřebovala psychiatra“*. *Nevěděla, co má dělat, v tu chvíli by jí pomohl rozhovor s lékařem či sestrou*. Také uvedla, že *sdělené informace by v tu chvíli pro velké rozrušení nechovala, raději by je přijala v tištěné podobě*. V šesté otázce, napadá vás ještě něco, čím by vám ošetrovatelský personál výjezdového týmu záchranné služby v dané chvíli mohl pomoci, respondentka odpověděla, že *jí chyběly informace o následných krocích*.

### **Respondent 3**

Na první otázku polostrukturovaného rozhovoru, kdo z výjezdového týmu záchranné služby sdělil informace o náhlém úmrtí blízké osoby, respondentka uvedla, že *informaci sdělil lékař*. K otázce druhé, jak jste se při sdělení informace o náhlém úmrtí cítila, respondentka vypověděla, že *ji ztráta blízké osoby velmi zasáhla, nebyla na takovou situaci připravená, cítila potřebu před vším utéci, zapomenout, vrátit čas*. Na otázku třetí, co by vám v dané chvíli nejvíce pomohlo, respondentka uvedla, že *chtěla být sama*

*a o tragické události nehovořit s nikým. K otázce čtvrté, splnil přístup člena/ů výjezdového týmu záchranné služby vaše očekávání, respondentka sdělila, že její očekávání od ošetrovatelského personálu výjezdového týmu záchranné služby bylo naplněno. Tým byl vstřícný, empatický, pomohl s výběrem pohřební služby. Bez této podpory by v danou chvíli nevěděla, co má dělat, kam se obrátit. K páté otázce, jakou pomoc jste v dané chvíli postrádala, se respondentka vyjádřila, že se o svou bolest se nechtěla v tu chvíli s nikým dělit. V šesté otázce, napadá vás ještě něco, čím by vám ošetrovatelský personál výjezdového týmu záchranné služby v dané chvíli mohl pomoci, respondentka odpověděla, že by jí pomohl rozhovor a podpora od členů týmu. Respondentka uvedla, že se se ztrátou dodnes nevyrovnala.*

#### **Respondent 4**

Respondent k první otázce polostrukturovaného rozhovoru, kdo z výjezdového týmu záchranné služby sdělil informace o náhlém úmrtí blízké osoby, uvedl, že *informaci nikdo nesdělil*. Rovněž uvedl, že *v místě zásahu dopravní nehody byl chaos a nikdo mu nesdělil, co se s blízkou osobou děje*. K otázce druhé, jak jste se při sdělení informace o náhlém úmrtí cítil, respondent vypověděl, že *prožíval šok, měl velké obavy o život blízké osoby i všech dalších zraněných osob*. Na otázku třetí, co by vám v dané chvíli nejvíce pomohlo, respondent uvedl, že *rozhovor a projev osobnějšího kontaktu týmu záchranné služby*. Dále sdělil, že *nikdo za ním nepřišel, neuklidnil jej, všichni měli práci*. Stál tam a *nevěděl co si počít a za kým jít*. K otázce čtvrté, splnil přístup člena/ů výjezdového týmu záchranné služby vaše očekávání, respondent sdělil, že *jeho očekávání od ošetrovatelského personálu výjezdového týmu záchranné služby nebylo naplněno*.

Respondent dále uvedl, že *po nějaké době mu sestra sdělila informaci, že je manželka ve velmi špatném stavu. V tu chvíli si uvědomil, že jde o velmi vážný stav*. K páté otázce, jakou pomoc jste v dané chvíli postrádal, se respondent vyjádřil, že *mu chybělo vyjádření účasti, projev osobnějšího kontaktu a informaci o následných krocích*. V šesté otázce, napadá vás ještě něco, čím by vám ošetrovatelský personál výjezdového týmu

záchranné služby v dané chvíli mohl pomoci, respondent odpověděl, že by *pomohl rozhovor a informace v tištěné podobě, aby se k nim mohl později vrátit.*

Během zásahu se *v rozrušení nemohl na nic soustředit.* Respondent se *se ztrátou manželky dodnes nevypořádal.*

### **Respondent 5**

Respondentka odpovídala na šest otázek polostrukturovaného rozhovoru. K první otázce, kdo z výjezdového týmu záchranné služby sdělil informace o náhlém úmrtí blízké osoby, uvedla, že *informaci nikdo nesdělil.* Rovněž uvedla, že *při zásahu k ní přicházela asi sestra, a když viděla její výraz tváře, tak respondentka upadla na zem a omdlela.* K otázce druhé, jak jste se při sdělení informace o náhlém úmrtí cítil, respondentka vypověděla, že *prožívala šok, pamatuje si, že u ní seděl nějaký hodný pán, byl to hasič, držel jí za ruku. V tu chvíli chtěla být sama, nechtěla nic slyšet.* Na otázku třetí, co by vám v dané chvíli nejvíce pomohlo, respondentka uvedla, že *asi nic, měla obavy o manžela a jeho maminku, hlavně jak jí sdělí úmrtí syna. Snaží se s celou situací vypořádat sama, podporuje jí také rodina. Obvodní lékař ji předepsal jen Neurol a dle jejích slov nějaká antidepressiva.* K otázce čtvrté, splnil přístup člena/ů výjezdového týmu záchranné služby vaše očekávání, respondentka sdělila, že *neví co by mohla očekávat, a také neví, jak by jí mohli pomoci, ale i když je to necelý rok od tragické události, nedaří se zapomenout.* K páté otázce, jakou pomoc jste v dané chvíli postrádala, se respondentka vyjádřila, že *neví, dostala injekci a byla otupělá. Dnes vidí, že by rozhovor mohl pomoci.* V šesté otázce, napadá vás ještě něco, čím by vám ošetrovatelský personál výjezdového týmu záchranné služby v dané chvíli mohl pomoci, respondentka odpověděla, že *neví, co by jí ještě mohlo pomoci, snažila se s tím vyrovnat sama.* Rovněž uvedla, že *se s touto těžkou ztrátou ještě nevyrovnala, ukončila pracovní poměr a odešla do předčasného starobního důchodu.* Po našem rozhovoru sama *uvažuje o vyhledání pomoci psychologa, protože ani po osmi měsících od bolestné ztráty se nedokázala se situací vyrovnat.*

Schéma 1 Výsledky rozhovorů s pozůstalými

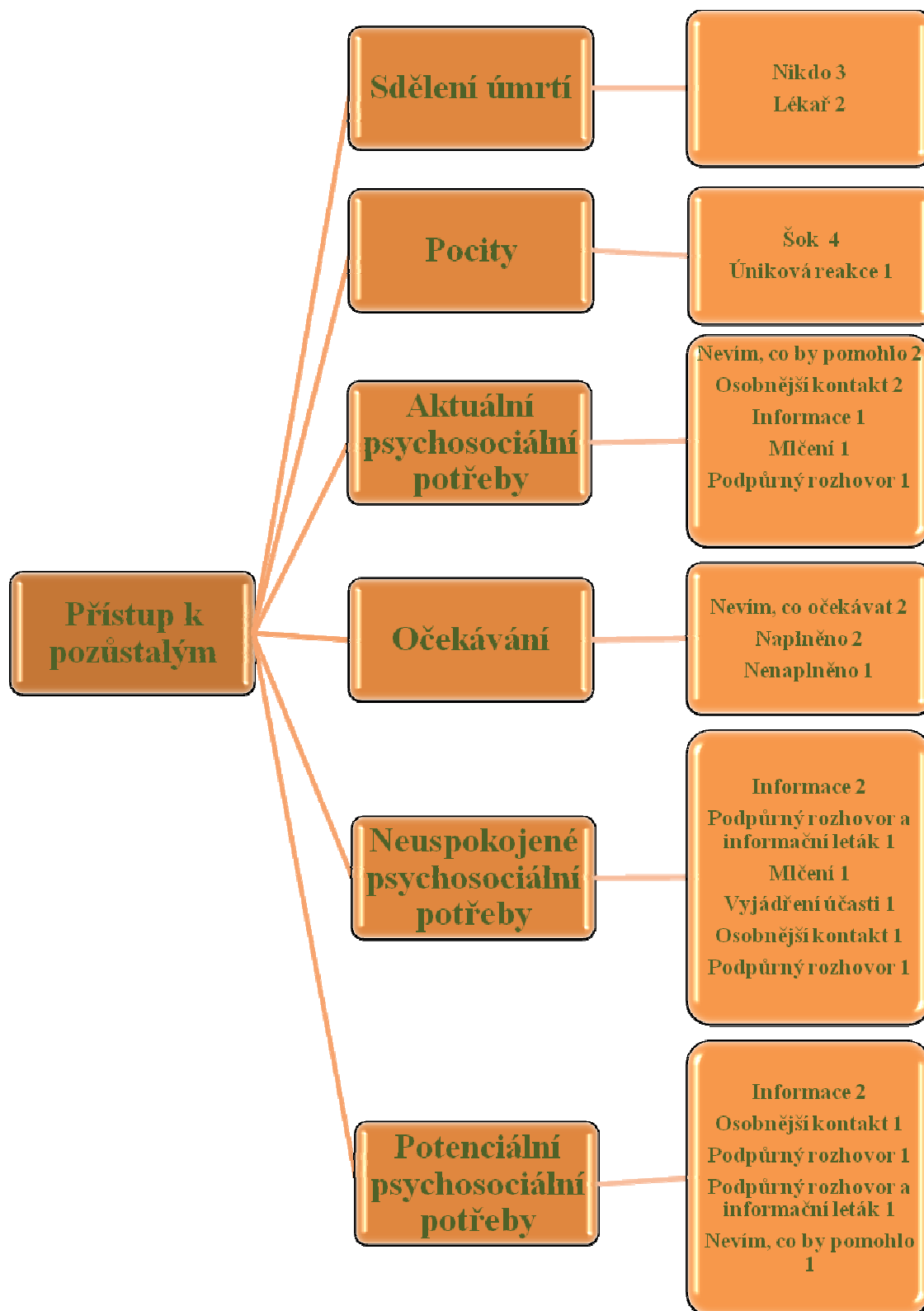


Schéma 1 zahrnuje odpovědi jednotlivých respondentů, svědků náhlého úmrtí blízké osoby, na šest otázek polostrukturovaného rozhovoru. Výsledkem analýzy rozhovorů pozůstalými, svědky náhlého úmrtí blízké osoby jsou možné intervence sestry/záchranáře, které vychází z aktuálních potřeb pozůstalých.

## Schéma 2 Intervence sestry/záchranáře pozůstalým

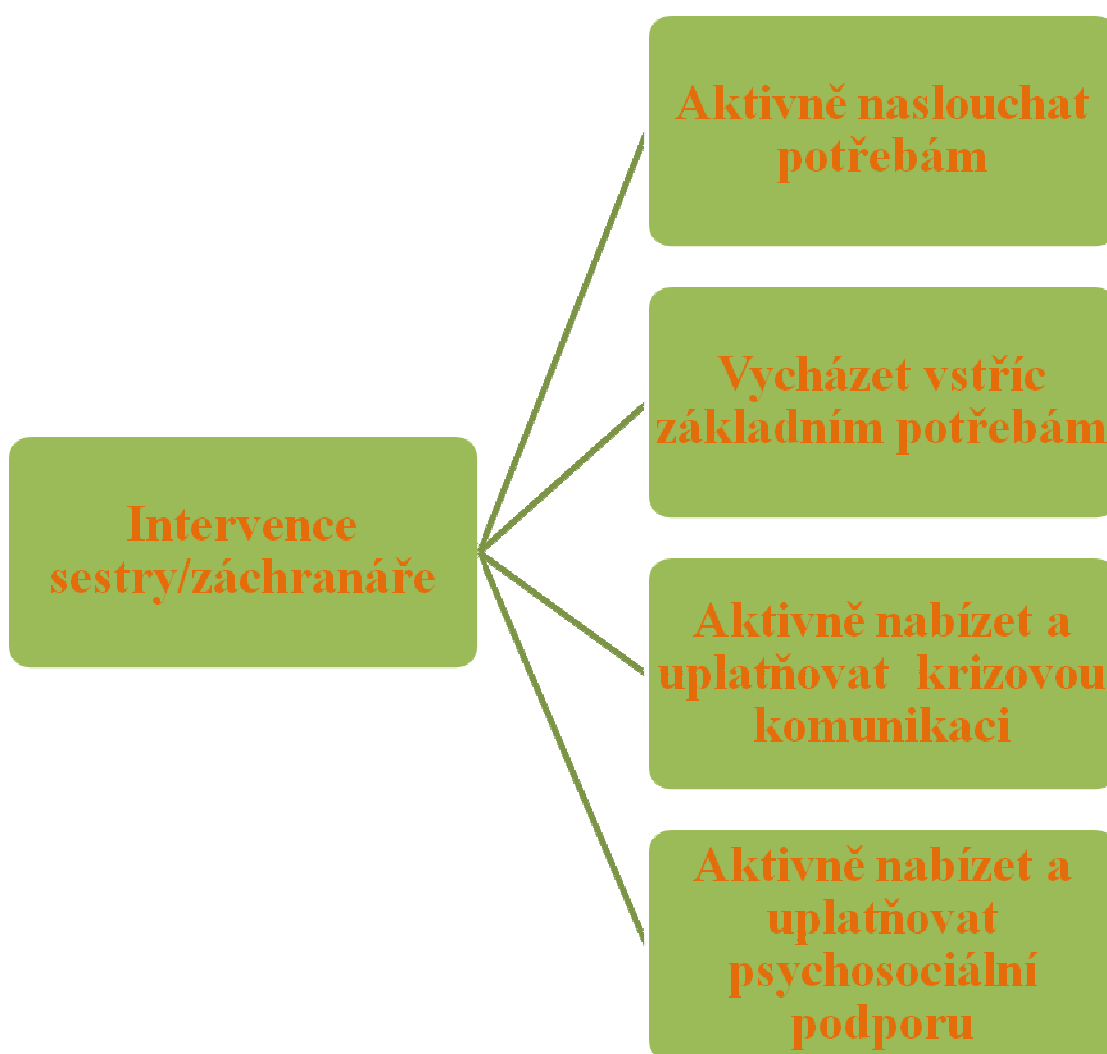


Schéma 2 ukazuje možné intervence sestry/záchranáře pozůstalým při sdělení náhlého úmrtí blízké osoby. Sestra, záchranář by měla aktivně naslouchat aktuálním potřebám pozůstalého, měla by vždy vycházet vstříc jeho základním potřebám (nabízet a zajišťovat vodu, deku a klidné místo). Rovněž by měla aktivně nabízet a uplatňovat krizovou komunikaci s pozůstalými a také aktivně nabízet a uplatňovat psychosociální podporu.

### 9.5 Výsledky rozhovorů s respondenty – pozůstalými

Respondenti, kteří poskytli rozhovor, se vyjadřovali ke skutečnosti, kdo z výjezdového týmu záchranné služby jim oznámil náhlé úmrtí blízké osoby. Respondenti odpovídali na otázku, kdo z výjezdového týmu záchranné služby jim sdělil informaci o náhlém úmrtí blízkého, R1, R4, R5 uvedli, že *úmrtí blízké osoby jim nikdo z ošetrovatelského personálu záchranné služby neoznámil*. Respondentky R2 a R3 uvedly, že *úmrtí blízké osoby jim oznámil lékař*. Na otázku, jak se při sdělení informace o náhlém úmrtí blízkého cítili, respondenti R1, R2, R4, R5 uvedli, že *prožívali šok*, a respondentka R3 sdělila, že *prožívala únikovou reakci*. K otázce, co by Vám v dané chvíli nejvíce pomohlo, se respondentky R1, R5 vyjádřily, že *neví, co by jim v danou chvíli pomohlo*. Respondentka R2 uvedla, že jí *chyběl osobnější kontakt a informace*. Respondentka R3 se vyjádřila, že jí *vyhovuje mlčení*. Respondent R4 sdělil, že *postrádal podpůrný rozhovor a osobnější kontakt*. Respondentky R1 a R5 na otázku, zda splnil přístup člena/ů výjezdového týmu záchranné služby Vaše očekávání, odpověděly, že *neví, co měly očekávat*. Respondenti R2 a R4 se vyjádřili, že *přístup členů výjezdového týmu záchranné služby nesplnil jejich očekávání*. Respondentka R3 uvedla, že její *očekávání bylo splněno*. K otázce, jakou pomoc v dané chvíli postrádaly, respondentka R1 uvedla, že jí *chyběly informace*, respondentka R2 se vyjádřila, že by uvítala *podpůrný rozhovor a informační leták*, respondentka R3 sdělila, že jí *vyhovovalo v té chvíli mlčet*, respondent R4 by uvítal *podpůrný rozhovor, osobnější kontakt a informace*, respondentka R5 v dané chvíli *postrádala podpůrný rozhovor*. Na otázku, zda vás napadá ještě něco, čím by vám ošetřující personál



výjezdového týmu záchranné služby v dané chvíli mohl pomoci, odpověděla respondentka R1, že jí *nejvíce chyběly informace*, respondentka R2 *postrádala osobnější kontakt a informace*, respondentka R3 se vyjádřila, že jí *chyběl podpůrný rozhovor*, respondent R4 by uvítal *podpůrný rozhovor a informační leták* a respondent R5 sdělila, že *nevěděla, co by jí pomohlo, připustila rozhovor*.

## 10 Diskuse

V souvislosti s holistickým přístupem k pozůstalým při náhlém úmrtí z pohledu všeobecné sestry, členky výjezdového týmu záchranné služby bylo záměrem diplomové práce zjistit, zda a jak členové týmu záchranné služby, zejména sestry, uplatňují celostní ošetrovatelský přístup k pozůstalým při náhlém úmrtí. Situace u záchranných služeb v jednotlivých Krajích České republiky v tomto směru není jednotná. Většina záchranných služeb zpravidla nevnímá pozůstalé při sdělení náhlého úmrtí jako potenciální pacienty, kteří mohou mít v důsledku tíživé psychosomatické situace akutní psychosociální potřeby. Záchranná služba Severomoravského kraje jako ojedinělá, uplatňuje celostní přístup i k pozůstalým při náhlém úmrtí blízké osoby. Výsledky diplomové práce směřovaly také k tomu, jak nalézt možná řešení pro plošnou realizaci celostního přístupu členů týmu záchranné služby k pozůstalým.

Pro kvantitativní část empirického výzkumu sloužila cílová skupina týmů Zdravotnické záchranné služby Plzeňského kraje. Složení týmu záchranné služby – lékař, záchranář, sestra a řidič představuje specifický tým profesionálů a vyčleňovat pro výzkumné šetření kategorii sestry, členky týmu záchranné služby vzhledem k tématu diplomové práce nebylo možné. V dotazníkovém šetření tedy byli zastoupeni všichni členové týmů záchranné služby. Tímto způsobem byla zachována objektivita zjišťovaných dat.

Cílem diplomové práce bylo zjistit, 1. S jakými problémy se setkává ošetrovatelský personál při kontaktu s pozůstalými při náhlém úmrtí blízké osoby a 2. Jak jsou sestry členky výjezdového týmu záchranné služby připraveny na komunikaci s pozůstalými. Dále záměrem výzkumného šetření bylo potvrdit hypotézy: H 1- Problémy, se kterými se setkává sestra, záchranář při kontaktu s pozůstalými při náhlém úmrtí blízké osoby v závislosti na potřebách pozůstalých jsou v souladu s očekáváním poskytnutí pomoci a podpory pozůstalých, H2 - Sestry, záchranáři v závislosti na potřebách pozůstalých aktivně využívají krizové komunikace při sdělení náhlého úmrtí blízké osoby, H3 -

Sestry, záchranáři v závislosti na potřebách pozůstalých aktivně nabízí psychosociální podporu při sdělení náhlého úmrtí blízké osoby a H4 - Pro poskytování psychosociální podpory (krizové komunikace) je více limitujícím prvkem čas než vzdělávání ošetrovatelského personálu výjezdového týmu záchranné služby. Tato tvrzení vyvstala v souvislosti se zamyšlením nad současným pojetím a aktuálním stavem v přístupu ošetrovatelského personálu týmu zdravotnické záchranné služby k pozůstalým, při sdělení náhlého úmrtí blízké osoby. Diplomová práce při tom vychází z předpokladu, že sestry, členky ošetrovatelského personálu týmu zdravotnické záchranné služby při své profesní činnosti využívají celostního přístupu nejen ke klientům/pacientům, ale i k jejich pozůstalým. Působením akutní psychosomatické reakce na ztrátu se právě pozůstalí mohou stát také příjemci ošetrovatelské péče v rámci výjezdu záchranné služby.

Cílem kvalitativního výzkumného šetření bylo zjistit odpovědi na výzkumné otázky 1. S jakými potřebami pozůstalých při sdělení náhlého úmrtí blízké osoby se členové výjezdového týmu záchranné služby setkávají?, 2. Jak pozůstalí při sdělení náhlého úmrtí blízké osoby vnímají krizovou komunikaci?, a 3. Jak pozůstalí při sdělení náhlého úmrtí blízké osoby vnímají psychosociální podporu sester, záchranářů – členů výjezdového týmu záchranné služby?.

Prostřednictvím demografických otázek 1, 2 a 3 byly získány informace o výzkumném vzorku respondentů. Otázka 1 (graf 1) vypověděla, že v týmech zdravotnické záchranné služby pracuje 51 % žen a 41 % mužů. Nejméně je zastoupena věková kategorie 51 a více let, a to 14 %, nejvíce je zastoupena věková kategorie 31 – 40 let, a to 36 %. Další věkové kategorie 41 – 50 let jsou zastoupeny 29 % a věková kategorie 21 – 30 let je zastoupena 21 % (tabulka 1). Ze zjištěných dat je rovněž zřejmé, že týmy zdravotnické záchranné služby tvoří nejvíce členové ve věku 31 – 50 let. Sestry, členky týmu zdravotnické záchranné služby tvoří 50 % členů ošetrovatelského personálu, nejčastěji ve věku od 31 až 51 let. Kvalifikace sester je z celkového počtu 76 složena z 11 % všeobecná sestra, 24 % všeobecná sestra s PNP, 53 % všeobecná sestra

s OP ARIP a 13 % sestra s bakalářským studijním programem. Ve zkoumaném vzorku respondentů - všeobecných sester nebyla zastoupena kvalifikace všeobecné sestry s magisterským studijním programem, přestože tato kvalifikace již několik let existuje. Záchranáři v celkovém počtu 34 vykazují v 76 % kvalifikaci VOŠ a 24 % kvalifikaci bakalářského studijního programu.

Prvním cílem diplomové práce bylo zjistit, s jakými problémy se setkává ošetrovatelský personál při kontaktu s pozůstalými při náhlém úmrtí blízké osoby. Analýza získaných dat v dotazníkovém šetření prokázala (graf 21), že v 30 % se jedná o panickou úzkost, v dalších 30 % o šok. Další významně zastoupenou reakcí pozůstalých je racionální chování, a to v 22 %. Úniková reakce představuje zastoupení 12 %, pláč, hněv a odmítání reality 9 % a agrese a hněv 4 %. **Zjištěné projevy pozůstalých při sdělení náhlého úmrtí blízké osoby korespondují s názorem některých autorů například** Baštecké (2005, s. 40), která uvádí, že pokud je pozůstalý oznámením o úmrtí blízké osoby „paralyzován“ zpravidla se dostaví šok. Dále Munzarová (2005) uvádí emoční bolest, jako jeden z možných projevů reakcí na ztrátu blízké osoby. Zjištěné projevy pozůstalých také korespondují s názory Smolíka (2002, in Baštetcká a kol., 2005), který uvádí, že při sdělení úmrtí blízké osoby se může u pozůstalých objevit akutní reakce na stres. Příznakem mohou být projevy od „omráčení“ a zúžení pozornosti přes tělesné projevy panické úzkosti (pocení, bušení srdce) a dislokační projevy (derealizace a depersonalizace) až k zmrtnění nebo únikové reakci.

Druhým cílem diplomové práce bylo zjistit, zda jsou sestry, členky výjezdového týmu zdravotnické záchranné služby připraveny na komunikaci s pozůstalými. Analýza odpovědí otázek 15, 16, a 17 vypovídá, že sestry, členky výjezdového týmu zdravotnické záchranné služby nejsou dostatečně připraveny na komunikaci s pozůstalými při sdělení náhlého úmrtí blízké osoby. V grafu 15 uvedlo 51 % respondentů, že vnímá krizovou komunikaci s pozůstalými jako správnou, snaží se s pozůstalými komunikovat, ale neví přesně jak. Dalších 9 % dotazovaných přivolá na pomoc lékaře, 8 % respondentů se kontaktu s pozůstalými raději vyhne, 1 % požádá zkušenějšího člena týmu, aby vedl krizovou komunikaci. Pouze u 27 % dotazovaných

krizová komunikace nedělá žádný problém. Z tohoto zjištění lze dovodit, že i sestry členky záchranného týmu mají s krizovou komunikací problém. V otázce 16 (graf 16) uvedlo 17 % respondentů, že se při krizové komunikaci řídí profesní kompetencí, 42 % dotazovaných se řídí situací, 20 % zkušeností, 18 % intuicí a pouze 3 % respondentů uvedla, že se řídí standardem. Z analýzy těchto odpovědí vyplývá, že pokud by existoval standardní postup pro krizovou komunikaci s pozůstalými při sdělení náhlého úmrtí blízké osoby, tak by právě takovou odpověď zvolila většina dotazovaných. Ošetrovatelské standardy jsou zcela běžnou normou pro nemocniční péči, pro podmínky práce týmu zdravotnické záchranné služby zatím takový standard nebyl stanoven. V důsledku toho se jednotliví členové týmu – tedy i sestry vypořádávají s danou situací „po svém“. Těch členů ošetrovatelského personálu, kteří si v dané situaci „vědí rady“ (17% - řízení podle profesní kompetence) je v dané situaci velmi málo. Řízení profesní kompetencí v součinnosti s ošetrovatelským standardem by měla být nejčastější volba dotazovaných. Respondenti v otázce 17 (graf 17) sami přiznávají úroveň svých komunikačních dovedností při poskytování psychosociální podpory pozůstalým při sdělení náhlého úmrtí blízké osoby – 34 % je hodnotí jako průměrné, 22 % jako minimální a pouze 9 % dotazovaných jako velmi dobré. Je pozoruhodné, že 34 % respondentů uvádí, že nemůže úroveň svých komunikačních dovedností posoudit. Průměrné a velmi dobré hodnocení komunikačních dovedností představuje 43 % dotazovaných, což nečiní ani polovinu zkoumaného vzorku respondentů. Toto zjištění ukazuje, že 47 % dotazovaných má s vedením krizové komunikace s pozůstalými „nějaký“ problém. V čem spočívá příčina nedostatečné přípravy na komunikaci s pozůstalými při sdělení náhlého úmrtí blízké osoby? Umění krizové komunikace je specifickou dovedností, bez které se zdravotnický pracovník, tedy i sestra členka týmu zdravotnické záchranné služby v terénu neobejde. K tomuto účelu je zapotřebí se v dovednostech krizové komunikace průběžně vzdělávat a osvojovat si ji. Je otázkou, zda další příčinou nedostatečné přípravy na komunikaci s pozůstalými nemůže být věk respondentů, zejména věkové kategorie 41 – 50 let a 51 let a více, které se odborně vzdělávaly v době, kdy vzdělávání v oblasti komunikace nebyl přikládán takový význam (tabulka 1).

Tato příčina by zasluhovala další podrobnější zkoumání, které je ale nad rozsah této diplomové práce.

Vzhledem k tomu, že v praxi zdravotnické záchranné služby žádná právní norma neukládá takovou povinnost, pokulhává i další vzdělávání všeobecných sester, členek ošetrovatelského personálu týmu zdravotnické záchranné služby v oblasti krizové komunikace. Legislativa rovněž neukládá řídit se standardem pro krizovou komunikaci s pozůstalým při sdělení náhlého úmrtí blízké osoby. Navíc, jak již bylo uvedeno, tento standard doposud nebyl stanoven. Celostnímu přístupu k pozůstalým – sekundárně zasaženým při sdělení náhlého úmrtí blízké osoby v praxi zdravotnické záchranné služby není přikládán velký význam. Často je přesouván na zdravotní péči praktických lékařů, psychologů či psychiatrů. S tímto zjištěním souhlasí i Janáčková, Weis (2011, <http://psychologie.doktorka.cz/>), kteří říkají, že, krizovou komunikaci lékaři a sestry většinou teoreticky zvládají, ale ne vždy ji v praxi používají. „Zdravotníci všeobecně přiznávají komunikační potíže v určitých specificky náročných situacích například při sdělování špatných zpráv (Vymětal, 2009). Ošetrovatelský personál výjezdového týmu zdravotnické záchranné služby nejčastěji volí pro sdělení náhlé smrti pozůstalým formu stručné a věcné komunikace a zpravidla aktivně neprojevuje vůli věnovat se potřebám pozůstalých. Lze konstatovat, že strohým a věcným způsobem komunikace s pozůstalými ošetrovatelský personál zcela naplňuje institucionální přístup při sdělování smrti, který akceptuje lékařská a ošetrovatelská veřejnost, nikoliv veřejnost laická. A právě tento moment současná společnost vnímá velmi negativně. Zcela právem od ošetrovatelského personálu očekává adekvátní míru empatie, projev soucítění, schopnost uplatňování krizové komunikace, i když se jedná o sdělení špatné zprávy, na které při ukončení zásahu nezbyvá mnoho času. Obdobný názor zastává i Haškovcová (2007, s. 15), která uvádí, že příbuzným a přátelům zemřelého často chybí konkrétní návody a doporučení, jak zvládnout nesnadnou situaci.

Výzkumné šetření diplomové práce směřovalo rovněž k ověření hypotézy **H1: Problémy, se kterými se setkává sestra, záchranář při kontaktu s pozůstalými při náhlém úmrtí blízké osoby v závislosti na potřebách pozůstalých jsou v souladu s očekáváním poskytnutí pomoci a podpory pozůstalých.** Tvrzení vychází

z předpokladu, že sestry (i záchranáři) se setkávají s celou škálou tělesných i emočních projevů pozůstalých, na které reaguje adekvátním poskytováním psychosociální podpory a krizové komunikace. Tato podpora je v souladu s očekáváním pozůstalých. V otázce 5 (graf 5) přiznává 74 (49 %) respondentů, že při náhlém úmrtí pacienta udělali maximum, 16 (11 %) dotazovaných uvedlo, že náhlá smrt pacienta je nijak nezasahuje. 18 (12 %) respondentů uvedlo, že náhlá smrt pacienta je velmi stresuje a 14 (9 %) dotazovaných při náhlém úmrtí neovládnu své emoce. Pocit profesního selhání uvedlo 6 (4 %) respondentů. Pozoruhodný je počet dotazovaných – 24 (16 %) s volbou odpovědi „jiné pocity“, které ale blíže nespecifikovali. Projevy respondentů při náhlém úmrtí pacienta – „pocit profesního selhání“ potvrzuje i Quest (2008, s. 194; <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/>), když uvádí, že náhlé úmrtí pacienta znamená pro mnoho lékařů selhání. Sdělení smrti vnímají jako nejvíce stresující faktor právě při komunikaci s pozůstalými. Odpověď respondentů „náhlá smrt pacienta mne velmi stresuje“ je v souladu s názorem Baštecké a kol. (2005, s. 269) a Špatenkové a kol. (2004, s. 44 - 47). Sdílejí fakt, že zdravotníci mohou být ovlivňováni stresory ve svých projevech (stresory jsou nutnost rychlého a správného rozhodování, sehraná práce v týmu, umění účinné improvizace, fyzická zdatnost a osobní ochrana před infekčními riziky, napadením a jinými riziky).

Intenzitu prožívání náhlého úmrtí ovlivňuje nejvíce u ošetrovatelského personálu týmu zdravotnické záchranné služby - 122 (80 %) věková kategorie „děti“ (graf 6). Odpovědi respondentů jsou v rozporu, jelikož 90 (60 %) respondentů uvádí, že udělalo maximum a náhlá smrt pacienta je nijak nezasahuje (graf 5), ale v otázce 6 (graf 6) 122 (80 %) dotazovaných uvádí, že je nejvíce zasahuje úmrtí věkové kategorie „děti“. Z uvedeného se lze domnívat, že v otázce 5 (graf 5) část respondentů zastírala vlastní emoční prožívání náhlé smrti pacienta, což potvrzují odpovědi otázky 6 (graf 6). Posádky zdravotnické záchranné služby jsou denně vystavovány negativním emocím, stresu souvisejícím s výkonem profese včetně bezprostředního kontaktu se smrtí, mnohdy s přítomností blízkých osob postiženého. Zjištění (graf 6), že 122 (80 %) dotazovaných v konečném důsledku přiznává jako stresující vliv náhlého úmrtí dítěte, koresponduje s tvrzením Ertlové (2000, s. 133), která uvádí osobní prožitek člena

týmu záchranné služby jako silně stresující, pokud se nechá příliš unášet dramatičností situace. Blatná (2011; <http://www.csodn.cz/>) naopak připouští určitý rozdíl vnímání náhlého úmrtí v tom, jestli zemře přirozenou smrtí starý nemocný člověk nebo jestli tragicky skončí život mladého člověka, či rodiče malých dětí.

Výkon profese sestry, záchranáře by neměl podléhat jeho momentálnímu emočnímu prožívání v důsledku náhlého úmrtí pacienta. Co tedy způsobuje negativní emoční prožitek respondentů? Jednou z příčin může být větší zastoupení žen – 90 (59 %) v ošetrovatelských týmech zdravotnické záchranné služby, jak uvádí graf 1. Ženy obecně více vnímají a prožívají ohrožení dítěte včetně jeho náhlého úmrtí, což může být dáno mateřskou rolí v jejich životě. Dalším vysvětlením může být nedostatečná zkušenost respondentů při výkonu profese, krátká doba praxe a další. Tabulka 1 dokládá, že nejvíce respondentů – 97 (64 %) se pohybuje ve věkové kategorii 31 – 51 let. Lze předpokládat, že dotazovaní v této věkové kategorii jsou již rodiči. Tento stav může ovlivňovat intenzitu emočního prožívání při náhlém úmrtí dítěte.

Je překvapující, že 100 (67 %) dotazovaných, jak znázorňuje graf 7, má nějaké problémy v kontaktu s pozůstalými při sdělování náhlého úmrtí (vyhýbání se kontaktu, nevědí, co mají říkat a jak se „správně“ chovat, přivolají k rozhovoru lékaře, požádají zkušenějšího kolegu, aby rozhovor s pozůstalými provedl, při kontaktu s pozůstalými mají velmi nepříjemné pocity, snaží se rodinu podpořit, ale neví přesně jak). Pouze 44 (29 %) respondentů nemá v kontaktu s pozůstalými žádné problémy. Zjištěný stav ukazuje na nedostatečnou zkušenost s poskytováním krizové komunikace s pozůstalými. Řešením může být intenzivnější další vzdělávání v oblasti krizové komunikace a zejména praktický nácvik. Podle pilotní studie ze 15 zdravotnických záchranných služeb jednotlivých Krajů ČR vyplynulo, že pouze 6 zdravotnických záchranných služeb uplatňuje krizovou komunikaci v kontaktu s pozůstalými. Osm zdravotnických záchranných služeb problematice uplatňování krizové komunikace s pozůstalými při náhlém úmrtí nevěnují pozornost – holistický přístup k sekundárně zasaženým (pozůstalým při sdělení náhlého úmrtí) v těchto případech zůstává nenaplněn. Otevírá se zde proto prostor pro zásadní změnu přístupu v rámci legislativy jednotlivých zdravotnických záchranných služeb (například úpravou vnitřních směrnic).



Členové ošetrovatelského týmu zdravotnické záchranné služby pozůstalým vychází vstříc v požadavku rituálu při náhlém úmrtí blízké osoby (graf 20), a to v počtu 118 (78 %). Zjištěný stav naznačuje, že ošetrovatelský personál týmu zdravotnické záchranné služby zcela respektuje požadavky rituálu pozůstalých při sdělení náhlého úmrtí blízké osoby. 34 (22 %) dotazovaných se požadavkem rituálu pozůstalých při náhlém úmrtí nesešlo.

Graf 21 ukazuje, že 152 (100 %) respondentů se setkali ve své praxi výjezdového týmu zdravotnické záchranné služby s různými projevy pozůstalých při sdělení náhlého úmrtí blízké osoby (panická úzkost 46 (30 %), šok 46 (30 %), racionální chování 33 (22 %), úniková reakce 12 (8 %), jiné 9 (6 %), agrese, hněv 6 (4 %). Obdobné projevy pozůstalých při náhlém úmrtí blízké osoby uvádí i Baštecká (2005, s. 40), Munzarová (2005), Smolík (2002, in Baštecká a kol., 2005) a rovněž Kübler-Rossová (1993). Respondenti vypověděli (graf 22), že v počtu 30 (20 %) poskytují informaci pozůstalým o možných projevech akutní stresové reakce. Je zajímavé, že 50 (33 %) dotazovaných poskytuje tyto informace pozůstalým pouze „někdy“, což lze považovat za neprofesionální přístup. Daleko závažnější je počet respondentů 72 (47 %), kteří tyto informace pozůstalým nesdělují. Pro nízkou četnost respondentů, kteří sdělují uvedené informace pozůstalým v souvislosti s výsledky grafu 21 je nutno zvážit, zda nenastala příležitost ke změně strategie v přístupu k sekundárně zasaženým. Poučit se lze ze zkušeností Zdravotnické záchranné služby Moravskoslezského kraje, která k těmto účelům využívá služeb vlastního psychologa (Humpl, 2009; <http://zdraví.e15.cz/>).

Pozornost si zaslouží odpovědi 56 (37 %) respondentů (graf 23), kteří neposkytují informace pozůstalým o možných podpůrných službách, které jim mohou pomoci k překonání prožití nadlimitní psychické zátěže. Je otázkou, zda je takový přístup k pozůstalým zcela v souladu na příklad s Etickým kodexem sester, který mimo jiné ukládá základní povinnost sestry - podporovat zdraví, předcházet nemocem, navracet zdraví, a také zmírňovat utrpení. Obdobný názor zastává i Alexander (2003, s. 48). Neposkytování informací pozůstalým o možných podpůrných službách nekoresponduje s názorem Malasky (2011, <http://www.bestofnky.com>), který uvádí, že je zapotřebí v rámci holistického přístupu poskytovat psychosociální podporu pozůstalým. Je také

pravdou, že ošetrovatelství je holistická, humanistická a starostlivá praxe. To nastane, když odborná způsobilost, terapeutické využití vlastní morální/etické chování a transformativní jednání probíhá synchronně, jak tvrdí Enzman (2009; <http://www.ahna.org/>), s čímž zjištěný výsledek šetření (graf 23) zcela nekoresponduje. Je na zvážení, zda by danou situaci nepomohla řešit písemná nabídka základních informací pro pozůstalé.

*Na základě předem stanoveného poměru (tabulka 2) byla hypotéza H1 vyvrácena.*

Diplomová práce se dále zabývala ověřením hypotézy **H2: Sestry, záchranáři v závislosti na potřebách pozůstalých aktivně využívají krizové komunikace při sdělení náhlého úmrtí blízké osoby**. Tvrzení vychází z předpokladu, že sestry, záchranáři při kontaktu s pozůstalými běžně aktivně využívají krizové komunikace.

Graf 8 ukazuje, že sestry, záchranáři v počtu 142 (95 %) považují psychosociální podporu (krizovou komunikaci) za důležitou (škála od významné - 38 (25 %), velmi významné - 0 (47 %) až po zcela zásadní - 34 (23 %). Za méně významnou považuje psychosociální podporu i krizovou komunikaci 8 (5 %) dotazovaných. Z grafu 10 je zřejmé, že 124 (82 %) dotazovaných se domnívá, že by tým zdravotnické záchranné služby měl běžně ve své práci v případě potřeby využívat krizové komunikace s pozůstalým. Respondenti v počtu 18 (12 %) jsou toho názoru, že tým záchranné služby by neměl běžně využívat ve své práci v případě potřeby krizové komunikace s pozůstalými. Odpověď „nevím“ vyjádřilo 10 (7 %) dotazovaných. Výsledky, které znázorňuje graf 8 a graf 10 dokládají, že respondenti v teoretické rovině velmi dobře chápou významnost poskytování psychosociální podpory a krizové komunikace pozůstalým při sdělení náhlého úmrtí blízké osoby. Názor většiny respondentů podporuje i Vymětal (2009), který také doporučuje postup vedení krizové komunikace s pozůstalými. Z grafu 13 je zřejmé, že pouze 20 (13 %) dotazovaných vypovídá, že tým zdravotnické záchranné služby v kontaktu s pozůstalými v případě potřeby uplatňuje krizovou komunikaci a 132 (87 %) respondentů uvedlo, že ji tým neuplatňuje nebo pouze ojediněle. Toto zjištění zcela nekoresponduje s výsledky grafu 10.

Respondenti si zde sice plně uvědomují, že tým má využívat krizové komunikace s pozůstalým (graf 10), avšak pouze 20 (13 %) dotazovaných přiznává, že v praxi krizovou komunikaci tým zdravotnické záchranné služby v kontaktu s pozůstalým (graf 13) uplatňuje (odpovědělo tak 9 lékařů, 7 sester, 3 záchranářů, 1 jiná kvalifikace). Odpověď, že tým uplatňuje krizovou komunikaci „ojediněle“ (graf 13) zvolilo 82 (54 %) respondentů (odpovědělo tak 14 lékařů, 45 sester, 19 záchranářů a 4 jiné kvalifikace). Více jak jedna třetina dotazovaných 50 (33 %) vypověděla, že tým pak krizovou komunikaci v kontaktu s pozůstalými neuplatňuje vůbec (odpovědělo tak 10 lékařů, 24 sester, 12 záchranářů a 4 jiné kvalifikace). Graf 14a vypovídá o skutečnosti, který z členů týmu záchranné služby provádí v případě potřeby krizovou komunikaci s pozůstalým. Respondenti dále uvedli (graf 14a), že krizovou komunikaci s pozůstalým uplatňuje 77 (51 %) lékařů, 52 (34 %) lékařů a další člen týmu (sestra), 5 (3 %) záchranářů, 2 (1 %) sester. Odpověď, že „nikdo“ neuplatňuje krizovou komunikaci v kontaktu s pozůstalým, volilo 16 (11 %) dotazovaných. Většina dotazovaných, tedy i sester pokládá psychosociální podporu (krizovou komunikaci s pozůstalými) za významnou až zcela zásadní. Respondenti se také domnívají, že by tým měl běžně ve své práci v případě potřeby využívat krizové komunikace s pozůstalými. Většina respondentů uplatňuje v kontaktu s pozůstalými v případě potřeby krizovou komunikaci ojediněle nebo uvádí nedostatek času. Ve většině případů krizovou komunikaci v případě potřeby provádí lékař, dále lékař a další člen týmu (sestra). Samotná sestra se na krizové komunikaci podílí minimálně. Výsledky nejsou v souladu s názory Baštecké a kol. (2005), která uvádí, že zdravotník proto, aby byl schopen využívat krizové komunikace s pozůstalými při sdělení náhlého úmrtí blízké osoby by měl být vybaven potřebnou dávkou adekvátních komunikačních schopností. Je otázkou, zda ošetřující personál výjezdového týmu záchranné služby respektuje pouze omezený čas pro poskytování akutní péče, nebo zda komunikaci s pozůstalými nepřikládá důležitost, anebo zda komunikačními dovednostmi v krizové situaci nedisponuje. V této souvislosti stojí za zmínku skutečnost, že v praxi, v dalším vzdělávání ošetřovatelského personálu výjezdového týmu záchranné služby je věnována minimální pozornost nácviku komunikačních dovedností v krizových situacích. Graf 15

ukazuje, jak ošetrovatelský personál týmu zdravotnické záchranné služby reaguje na kontakt s pozůstalými. Respondenti v počtu 41 (27 %) nemá problémy při kontaktu s pozůstalými. 59 (63 %) má při kontaktu s pozůstalými nějaký problém -- sice se snaží pozůstalé podpořit, ale neví přesně jak, často žádají zkušenějšího člena týmu, aby rozhovor s pozůstalými provedl za ně, také přivolají k rozhovoru lékaře a sami se vzdálí nebo se kontaktu s pozůstalým vyhýbají, neví jak komunikovat a jak se chovat. Uvedené výsledky grafu 5 korespondují s názorem Baštecké a kol. (2005, s. 269) a Špatenkové a kol. (2004, s. 44 - 47). Sdílejí názor, že zdravotníci mohou být ovlivňováni stresory ve svých projevech při kontaktu s pozůstalými. Členové ošetrovatelského personálu týmu zdravotnické záchranné služby se často setkávají s pozůstalými při náhlém úmrtí a měli by být vybaveni jak teoretickými znalostmi, tak praktickými dovednostmi v oblasti vedení krizové komunikace. Zjištěné výsledky však tomu nenasvědčují. Situaci by pomohlo intenzivnější a systematické zapojování členů ošetrovatelského personálu týmu zdravotnické záchranné služby do dalšího vzdělávání v této oblasti. Rozhovor s pozůstalými je jednou z povinností lékaře nebo vedoucího týmu, ale vhodné je využívat pro psychosociální podporu (krizovou komunikaci) pomoc zkušené sestry.

*Na základě předem stanoveného poměru (tabulka 3) byla hypotéza H2 potvrzena.*

Diplomová práce také ověřovala **hypotézu H3: Sestry, záchranáři v závislosti na potřebách pozůstalých aktivně nabízí psychosociální podporu při sdělení náhlého úmrtí blízké osoby.** Otázka vychází z předpokladu, že sestry, záchranáři jsou vybaveni informacemi o možnostech psychosociální podpory a při kontaktu s pozůstalými ji běžně sami aktivně pozůstalým nabízejí.

Výsledky grafu 9 – zda by měl tým záchranné služby běžně nabízet pozůstalým psychosociální podporu, korespondují s výsledky grafu 10 – zda by měl tým záchranné služby běžně využívat krizové komunikace s pozůstalými. Zjištěný výsledek vypovídá, že, respondenti vnímají jak krizovou komunikaci, tak psychosociální podporu pozůstalým jako běžnou součást výkonu své profese. Tento přístup ošetrovatelského personálu podporuje i názor Mastiliakové (2007, s. 8), která uvádí, že sestry pečují o člověka jako celek (úplnou holisticky pojatou bytost) nikoliv o jeho izolované části

a funkce. Výsledky grafu 12 – zda tým provádí psychosociální podporu pozůstalým, dosahují obdobných hodnot, které ukazuje graf 11 – zda se ošetřovatelský personál aktivně dotazuje pozůstalých na potřebu psychosociální podpory. Jak dotazování týmu (12, 8 % dotazovaných), tak praktické provádění psychosociální podpory (20, 13 % respondentů) pozůstalým, představuje velmi nízkou profesní angažovanost ošetřovatelského personálu ve vztahu k možným potřebám pozůstalým. Toto zjištění zcela nekoresponduje s názorem Haškovcové (2007, s.15), která se přiklání k poskytování psychosociální podpory pozůstalým. Tyto zjištěné výsledky (graf 9, 10, 11 a 12) odhalily u ošetřovatelského personálu týmu zdravotnické záchranné služby nesoulad mezi jejich profesním vědomím a praktickým prováděním psychosociální podpory pozůstalým. Lze se domnívat, že důvodem zjištěného stavu může být nedostatečná praktická připravenost provádět psychosociální podporu pozůstalým (graf 12 – 132 (87 %) dotazovaných, kteří provádí psychosociální podporu pozůstalým ojedinele nebo vůbec). Rovněž tak to může být i vliv vlastního negativního prožitku člena ošetřovatelského týmu při sdělení náhlého úmrtí (graf 7 – 56 (71 %) respondentů, kteří mají nějaké problémy v prožívání kontaktu s pozůstalým při sdělení náhlého úmrtí). Dalším vysvětlením může být obsah vyhlášky číslo 55/2011 Sbírky, o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, kde všeobecné sestře mimo jiné je určeno „provádět psychickou podporu umírajících a jejich blízkých, avšak záchranářům uvedená vyhláška tuto činnost neukládá. Velký podíl dotazovaných, kteří provádí psychosociální podporu pozůstalým ojedinele nebo vůbec je také v rozporu s názorem Parkers, Reflové, Couldrickové (2007, s. 29), kteří uvádějí, že na zdravotnících leží odpovědnost za kontaktování pozůstalých proto, aby mohli posoudit jejich potřeby a v důsledku toho jim mohli poskytnout adekvátní podporu, a rovněž v rozporu s doporučením Evropské rady pro resuscitaci (2005, s. 164-166), že při sdělení náhlého úmrtí má být pozůstalým nabídnuta podpora a pomoc. Jak dané situaci pomoci? Ošetřovatelský personál týmů záchranné služby by měl být dostatečně vyškolen tak, aby mohl poskytovat aktivně psychosociální pomoc pozůstalým při sdělení náhlého úmrtí blízké osoby. Jde o zcela zásadní kompetenci každého člena ošetřovatelského týmu zdravotnické záchranné služby. Obdobný názor sdílí i Murphy

(2012; <http://onlinelibrary.wiley.com/>). Je rovněž otázkou, zda ošetrovatelský personál dostatečně využívá v případech prožité nadlimitní psychické zátěže služeb vyškolených interventů peerů, kteří jsou součástí týmu psychosociální podpory zaměstnancům zdravotnické záchranné služby ve smyslu zákona č. 374/2011Sb., o zdravotnické záchranné službě.

*Na základě předem stanoveného poměru (tabulka 4) byla hypotéza H3 potvrzena.*

Diplomová práce dále ověřovala **hypotézu H4: Pro poskytování psychosociální podpory (krizové komunikace) je více limitujícím prvkem čas než vzdělávání ošetrovatelského personálu výjezdového týmu záchranné služby.** Otázka vychází z předpokladu, že pro ošetrovatelský personál týmu záchranné služby bude pro poskytování psychosociální podpory (krizové komunikace) více limitujícím prvkem čas, vzhledem k výkonu akutní péče v terénu.

Graf 4 ukazuje, že se respondenti v počtu 80 (53 %) domnívají, že žáci a studenti na všech stupních vzdělávání nejsou dostatečně vzdělávání na přijetí smrti a umírání. Poměrně velký počet respondentů- 58 (38 %) uvádí, že situaci nemohou posoudit. Pouze 14 (9 %) dotazovaných si myslí, že žáci a studenti jsou v přijetí umírání a smrti dostatečně vzdělávání. Vzhledem ke zjištění, že jsou žáci a studenti nedostatečně vzdělávání v přijímání umírání a smrti, může být v budoucnu ovlivněna intenzita jejich vlastního vyrovnávání se se ztrátou blízké osoby. Člověk dostatečně nepřipravený na přijetí umírání a smrti představuje pro ošetrovatelský personál záchranné služby daleko větší psychickou zátěž při poskytování krizové komunikace a psychosociální podpory. Tento názor je v souladu s tvrzením Questa (2008, s. 194, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/>), že komunikační dovednosti při sdělování smrti by se měly vyučovat, důsledně trénovat včetně zpětné vazby. Jedině tak je možné krizovou situaci při sdělování smrti dobře zvládnout a tím pozůstalého ještě více netraumatizovat. Vztah mezi názory respondentů, které uvádí graf 12 a graf 13 je v uvedených výpovědích shodný. 132 (87 %) respondentů poskytuje psychosociální podporu a krizovou komunikaci pozůstalým ojedinele nebo vůbec, a pouze 20 (13 %) dotazovaných poskytuje krizovou komunikaci a psychosociální podporu vždy.

Je otázkou, co členy ošetrovatelského personálu v neposkytování krizové komunikace psychosociální podpory limituje. Vzhledem k uvedeným výsledkům (graf 12 a 13) je to zcela nepochybně čas. Je v tomto případě důvod nedostatku času v souladu s holistickým přístupem k pozůstalým při sdělení náhlého úmrtí blízké osoby? Věrohodnějším důvodem se jeví spíše potřeba vzdělávání se v oblasti krizové komunikace a poskytování psychosociální podpory pozůstalým. Shodného názoru je i Alexandrová et al (2009, s. 32 – 33), která uvádí, že aby proběhlo předávání kvalifikovaných informací pozůstalým, není to jen záležitostí psychologa, ale zejména samotného vzdělávání všech zdravotníků, kteří jsou v kontaktu s umírajícími. Je zajímavé (graf 16), že při poskytování psychosociální podpory (krizové komunikace) se respondenti v počtu 64 (42 %) řídí „situací“, 30 (20 %) dotazovaných „zkušeností“, 28 (18 %) respondentů „intuicí“, 4 (3 %) dotazovaní „standardem“. Pouze 26 (17 %) respondentů se řídí profesní kompetencí. Není však povinností všech zdravotníků řídit se profesní kompetencí a závaznými postupy (standardy)? I Limehouse, Feeser, Bookman (2012) uvádějí, že sdělování špatné zprávy pozůstalým členům rodiny je nutno provést sice soucitně, ale profesionálně. Pro hlubší vhled do problematiky vedení krizové komunikace a psychosociální podpory pozůstalým při sdělení náhlého úmrtí blízké osoby může z části členům ošetrovatelského personálu týmu záchranné služby napomoci interdisciplinární vědní obor Thanatologie (tanatologie), pro který formulovala základy Elizabeth Kübler – Rossová (in Blechová, 2009). Uvedené výsledky vybízí k úvaze, zda by na jednotlivých stanovištích záchranné služby nebyla vhodná realizace odborných seminářů se zaměřením mimo jiné na problematiku vedení krizové komunikace a poskytování psychosociální podpory pozůstalým při náhlém úmrtí blízké osoby včetně praktického nácviku a zpětné vazby.

Graf 18 poskytl nejzajímavější výsledky. 18 (12 %) respondentů považuje nabídku dalšího vzdělávání zdravotnických pracovníků v oblasti krizové komunikace za vyhovující a dostatečnou. 76 (50 %) dotazovaných ji naopak považuje za nedostatečnou. Pouze 6 (4 %) respondentů ji považuje za neefektivní a 2 (1 %) dotazovaní považují vzdělávací nabídku za zbytečnou. Je zajímavé, že 50 (33 %) respondentů vzdělávací vůbec nesleduje. Výsledky, které uvádí graf 18, korespondují

s výsledky grafů 16 a 17. Potvrzují, že respondenti mají skutečně větší poptávku po vzdělávání v oblasti krizové komunikace, ale z druhého úhlu pohledu je alarmující počet respondentů, kteří se o vzdělávací nabídku v oblasti krizové komunikace nezajímají nebo ji nesledují.

Zjištěné výsledky statistického šetření zcela neprokázaly, že pro poskytování psychosociální podpory (krizové komunikace) je více limitujícím prvkem čas než vzdělávání ošetrovatelského personálu výjezdového týmu záchranné služby. Tento předpoklad byl mylný, pro respondenty je spíše limitujícím faktorem vzdělávání.

*Na základě předem stanoveného poměru (tabulka 5) byla hypotéza H4 vyvrácena.*

V kvalitativní části empirického výzkumu jsme zjišťovali, s jakými potřebami pozůstalých při sdělení náhlého úmrtí blízké osoby se členové výjezdového týmu záchranné služby setkávají, jak pozůstalí vnímají krizovou komunikaci sester, záchranářů – členů výjezdového týmu záchranné služby, a jak pozůstalí při sdělení náhlého úmrtí blízké osoby vnímají psychosociální podporu sester, záchranářů – členů výjezdového týmu záchranné služby. Šetření probíhalo od června 2013 do července 2013. Pro kvalitativní část výzkumu byla použita metoda polostrukturovaného rozhovoru s šesti otevřenými otázkami (Příloha č. 4). Bylo osloveno 5 pozůstalých s žádostí o poskytnutí rozhovoru, 1 respondentka rozhovor odmítla – nebyla ochotna se k bolestivé události vracet. Byla oslovena další náhradní respondentka, která s rozhovorem souhlasila. Rozhovor byl následně veden s pěti pozůstalými – svědky náhlého úmrtí blízké osoby, kteří byli vybráni náhodně. Jednotlivé odpovědi byly analyzovány a následně zpracovány do schémat SmartArt pomocí programu Microsoft Office Word 2007. Schéma 1 vyjadřuje informovanost, pocity, potřeby a očekávání jednotlivých respondentů – pozůstalých při náhlém úmrtí blízké osoby ke všem 6 otázkám rozhovoru, schéma 1 znázorňuje výstup z kvalitativního šetření.

Zjišťovaly se názory první respondentky. Respondentka byla svědkem náhlého úmrtí blízké osoby (manžela) v domácím prostředí. **Informace o náhlém úmrtí manžela respondentce nebyla poskytnuta, prožívala akutní reakci na stres –šok** (plakala, byla silně rozrušená, pociťovala hrůzu z celé události), aktuální psychosociální potřeby



**nedovedla vyjádřit**, ze strany výjezdového týmu záchranné služby **nevěděla, jakou pomoc od týmu může očekávat**, z hlediska neuspokojených psychosociálních potřeb **postrádala informace** (v celé situaci se nedovedla zorientovat, pomohla jí dcera. V oblasti potencionálních psychosociálních potřeb uvedla respondentka **potřebu informovanosti** (nevěděla, na kterou instituci se obrátit s žádostí o odvoz těla zemřelého, nevěděla co se s tělem zemřelého bude dále dít, kdy přijede pohřební služba a podobně). Mezi základní práva pacientů náleží právo na informace, z čehož lze dovodit, že takové právo má i pozůstalý při sdělení náhlého úmrtí blízké osoby. V případě respondentky tomu tak nebylo, což není zcela v souladu s názorem Questa (2008, s. 194, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/>), který uvádí, že lékař by měl při sdělování náhlého úmrtí pozůstalým dodržovat sled těchto kroků: „Zajistit péči o pozůstalé po příjezdu, jednoznačně oznámit smrt, poskytnout prostor pro reakce na smutek a nabídnout pohled na zemřelého. Pocity, které respondentka uvedla, popisuje i Baštecká (2005, s. 40). Uvádí, že pokud je pozůstalý oznámením o úmrtí blízké osoby „paralyzován“ (nezmůže se nic udělat) zpravidla se dostaví šok.

Zjišťovaly se také názory druhé respondentky. Respondentka byla svědkem náhlého úmrtí blízké osoby (manžela) v domácím prostředí. **Informace o náhlém úmrtí manžela respondentce byla sdělena lékařem, prožívala akutní reakci na stres -šok** (plakala, byla silně rozrušená, pociťovala hrůzu z celé události, situace byla pro ni šokující), z aktuálních psychosociálních potřeb **vyjádřila potřebu osobnějšího kontaktu a informací** ze strany výjezdového týmu záchranné služby, očekávání psychosociální pomoci od týmu **nebylo naplněno** – respondentce byla nabídnuta uklidňující injekce, kterou ale odmítla, přijala tabletu na uklidnění, dle jejích slov jí „prášek nebyl nic platný“, po té záchranná služba odjela. Z hlediska neuspokojených psychosociálních potřeb **postrádala podpurný rozhovor a informační leták** (v celé situaci se nedovedla zorientovat, situací byla zaskočena, nevěděla, co má dělat, kam se obrátit, dle jejích slov potřebovala psychiatra). V oblasti potencionálních psychosociálních potřeb uvedla respondentka **potřebu osobnějšího kontaktu a více informací o dalších nutných krocích** (v souvislosti s náhlým úmrtím manžela). Situace neuspokojených psychosociálních potřeb respondentky koresponduje, s názorem,

že“v praxi se sdělení špatné zprávy nejednou odehrává naprosto špatně“, jak uvádí Linhartová (2007). V takové situaci se od záchranářů očekává využití pravidel krizové komunikace, být oporou, vyjádřit soustrast, vyslechnout, nabídnout kapesník. Je vhodné, aby pozůstalý nezůstal po odjezdu sanity zcela osamocen (aktivizovat známé, příbuzné) - potřebuje pomoc a podporu ve své mezní situaci a na své cestě truchlením. Pozůstalým je vhodné nabídnout pomoc některých organizací – telefonních linek pomoci, center krizové intervence nebo speciální poradnu pro pozůstalé (Andršová, 2012). Z uvedených výpovědí respondentky je zcela zřejmé, že v prožité zátěžové situaci bylo vhodné využít empatický přístup, krizovou komunikaci a kompletní a základní informace pro pozůstalé při sdělení náhlého úmrtí blízké osoby.

Zjišťovaly se rovněž názory třetí respondentky. Respondentka byla svědkem náhlého úmrtí blízké osoby (matka) v domácím prostředí. **Informace o náhlém úmrtí matky respondentce byla sdělena lékařem, prožívala akutní reakci na stres -šok** (plakala, byla silně rozrušená, chtělo se jí před vším utéci, zapomenout, vrátit čas, situace byla pro ni šokující, s matkou měla respondentka silnou citovou vazbu – byla pro ni vším), z aktuálních psychosociálních potřeb **vyjádřila, že o celé události nemohla s nikým hovořit, chtěla být sama**, očekávání psychosociální pomoci od týmu **záchranné služby bylo naplněno** – (respondentka vyjádřila, že od týmu záchranné služby nečekala nic, na druhé straně konstatovala, že byli vstřícní a pomohli jí vybrat pohřební službu, pokud by to neudělali, sdělila, že by nevěděla co má dělat, kam se obrátit, byl pro ní problém kamkoliv telefonovat). Z hlediska neuspokojených psychosociálních potřeb **vyjádřila, že si přála o všem mlčet, nebyla v tu chvíli ochotna se s někým dělit o svou bolest**. V oblasti potencionálních psychosociálních potřeb uvedla respondentka **potřebu rozhovoru**. Respondentce se doposud (po 8 měsících) nepodařilo záležitost náhlého úmrtí matky uzavřít, je plačtivá, lítostivá. Uvedla rovněž, že o pomoci psychologa neuvažovala, nemá v tyto služby důvěru, není ochotna se svěřovat „cizím lidem“ s osobními záležitostmi. Z výpovědi respondentky je zřejmé, že se s úmrtím matky doposud nevyrovnala. Bylo chybou, že respondentka v době náhlého úmrtí matky neobdržela základní informace pro pozůstalé i v tištěné podobě, které by mohla později využít (co a kdo může pomoci, s jakými institucemi

je nutno jednat, čemu se nelze vyhnout, informace o nejbližších událostech, které musí proběhnout, užitečné kontakty, kondolence) a rovněž bylo chybou že se jí nedostalo doporučení využít poradenství pro pozůstalé. Obdobný názor zastávají Parkes, Relfová, Couldricková (2007). Uvádí, že lidé, kteří právě utrpěli nějakou ztrátu, jsou jen zřídka schopni posoudit svoji potřebu pomoci a mohou odmítnout i pomoc, kterou by možná o několik týdnů později rádi přijali.

Zjišťovaly se rovněž názory čtvrtého respondenta . Respondent byl svědkem náhlého úmrtí blízké osoby (manželky) při autonehodě. **Informace o náhlém úmrtí manželky respondentu nebyla sdělena, prožíval akutní reakci na stres -šok** (byl silně rozrušený, vyděšený, nadměrně kouřil), z aktuálních psychosociálních potřeb **vyjádřil, že postrádal osobnější kontakt a podpůrný rozhovor** (ač byl přímým účastníkem dopravní nehody, postrádal základní informace o stavu zraněné manželky, nevěděl, co si počít, za kým jít, koho se zeptat), očekávání psychosociální pomoci od týmu **záchranné služby nebylo naplněno** – (respondent vyjádřil, že po dlouhé době přiběhla sestra a sdělila mu, že je manželka ve velmi vážném zdravotním stavu, v tu chvíli mu připadalo, že ji ztratí, všichni se věnovali zraněným a dle jeho slov „nikdo nic neříkal“). Z hlediska neuspokojených psychosociálních potřeb **vyjádřil, že postrádal základní informace o stavu manželky, osobnější kontakt ze strany personálu včetně vyjádření účasti** (respondent byl zmatený, obával se o život manželky, že na zraněním na místě posléze podlehla pochopil, když uviděl, že manželku záchranáři přikryli, nedovedl se v celé situaci zorientovat, také uvedl, že „nakonec mi pomohla dcera“, kterou přivolal). V oblasti potencionálních psychosociálních potřeb uvedl respondent **potřebu podpůrného rozhovoru a základních informací v tištěné podobě** (respondent nevěděl, co bude dál, byl silně rozrušený, personál mu něco říkal, ale moci z toho nepamatoval, všechno bylo jako v mlze, s odstupem času vidí, že by mu pomohly informace, ke kterým by se mohl vrátit). Z výpovědi respondenta je zřejmé, že s ním, jako sekundárně zasaženým nebyla vedena krizová komunikace, rovněž neobdržel základní informace pro pozůstalé v tištěné podobě (co a kdo může pomoci, s jakými institucemi je nutno jednat, čemu se nelze vyhnout, informace o nejbližších událostech, které musí proběhnout, užitečné kontakty, kondolence).

K takové situaci by v praxi zdravotníků mělo docházet minimálně. I Vymětal (2009) je toho názoru, že při komunikaci s člověkem v krizi je vhodné komunikovat optimálně (slovní i mimoslovní komunikace i řeč těla jsou v souladu), komunikovat empaticky, strukturovaně a jasně, komunikovat lehce asertivně a aktivně naslouchat, co zasažený potřebuje.

Zjišťovaly se rovněž názory páté respondentky, která byla svědkem náhlého úmrtí blízké osoby (manžela) následkem těžkého zranění pracovním strojem na vlastním pozemku. **Informace o náhlém úmrtí manžela respondentce nebyla sdělena** (respondentka uvedla, že se něco vážného stalo podle přítomnosti policejního auta a sanitky, při příchodu k tomu místu uviděla přicházející sestru a podle výrazu v její tváři usoudila, že se něco vážného s jejím manželem stalo, následně upadla na zem a omdlela, viděla jsem pak sama, co se stalo), **prožívala akutní reakci na stres -šok** (plakala, pamatuje si, že vedle ní seděl hodný pán, byl to hasič, držel ji za ruku, dle jejích slov někdo řekl, že jí dá injekci, chtěli nějaké manželovo doklady, chtěla být sama, nechtěla nic slyšet), z aktuálních psychosociálních potřeb **vyjádřila, že neví, co by jí v té chvíli pomohlo** (měla strach o manžela a jeho matku, hlavně jak jí sdělí jeho náhlou smrt), k očekávání psychosociální pomoci od týmu **záchranné služby se vyjádřila, že neví co by měla očekávat, co by jí mohlo pomoci** (respondentka vyjádřila, že je to téměř rok od úmrtí manžela a doposud se se ztrátou nevyrovnala, trpí depresi a nespavostí, obvodní lékař jí předepsal Neurole a nějaká antidepresiva). Z hlediska neuspokojených psychosociálních potřeb respondentka **vyjádřila, že neví (přesto projevila potřebu vyhledání pomoci psychologa, kde by si mohla o celé události pohovořit)** V oblasti potencionálních psychosociálních potřeb uvedla respondentka, **že neví, co by jí pomohlo**, s celou záležitostí se snažila vypořádat sama, ale doposud se jí to nepodařilo. Z uvedené výpovědi respondentky vyplynulo, že pomoc odmítala a že se s celou zátěžovou situací vyrovná sama. Ale to se ani po uplynutí jednoho roku nezdařilo. Nyní připouští možnost pohovoru s psychologem. Bylo chybou, že v této krizové situaci respondentce nebyla věnována větší pozornost ze strany ošetrovatelského personálu výjezdového týmu záchranné služby. Jejich pomoc se omezila pouze na aplikaci zklidňující injekce. Psychosociální podporu na místě

poskytl člen HZS. Je zcela zjevné, že vyrovnání se se smrtí blízké osoby je v případě respondentky velmi obtížné. Toto zjištění potvrzuje názor Firthové, Luffové, Oliviera (2007), kteří uvádí, že vyrovnání se se smrtí někoho, kdo nám byl blízký, může být proces, který v různých podobách pokračuje po zbytek našeho života.

## 11 Závěr

### 11.1 Naplnění cílů

Diplomová práce s názvem Holistický přístup k pozůstalým při náhlém úmrtí z pohledu všeobecné sestry, členky výjezdového týmu záchranné služby je zaměřena na zmapování současného stavu v přístupu ošetřovatelského personálu zdravotnické záchranné služby k pozůstalým při sdělení náhlého úmrtí z pohledu všeobecné sestry.

Cílem bylo zjistit, s jakými problémy se setkává ošetřovatelský personál při kontaktu s pozůstalými při náhlém úmrtí blízké osoby. Analýza získaných dat v dotazníkovém šetření prokázala (graf 21), že u pozůstalých se v 30 % se jedná o panickou úzkost, v dalších 30 % o šok. Další významně zastoupenou reakcí pozůstalých je racionální chování, a to v 22 %. Úniková reakce představuje zastoupení 12 %, pláč, hněv a odmítání reality 9 % a agrese a hněv 4 %. V otázce 5 (graf 5) přiznává 74 (49 %) respondentů, že při náhlém úmrtí pacienta udělali maximum, 16 (11 %) dotazovaných uvedlo, že náhlá smrt pacienta je nijak nezasahuje. 18 (12 %) respondentů uvedlo, že náhlá smrt pacienta je velmi stresuje a 14 (9 %) dotazovaných při náhlém úmrtí neovládnu své emoce. Pocit profesního selhání uvedlo 6 (4 %) respondentů. Pozoruhodný je počet dotazovaných – 24 (16 %) s volbou odpovědi „jiné pocity“, které ale blíže nespecifikovali. Intenzitu prožívání náhlého úmrtí ovlivňuje nejvíce u ošetřovatelského personálu týmu zdravotnické záchranné služby - 122 (80 %) věková kategorie „děti“ (graf 6). Odpovědi respondentů jsou v rozporu, jelikož 90 (60 %) respondentů uvádí, že udělalo maximum a náhlá smrt pacienta je nijak nezasahuje (graf 5), ale v otázce 6 (graf 6) 122 (80 %) dotazovaných uvádí, že je nejvíce zasahuje úmrtí věkové kategorie „děti“. Z uvedeného se lze domnívat, že v otázce 5 (graf 5) část respondentů zastírala vlastní emoční prožívání náhlé smrti pacienta, což potvrzují odpovědi otázky 6 (graf 6). Posádky zdravotnické záchranné služby jsou denně vystavovány negativním emocím, stresu souvisejícím s výkonem profese včetně bezprostředního kontaktu se smrtí, mnohdy s přítomností blízkých osob postiženého. Je překvapující, že 100 (67 %) dotazovaných, jak znázorňuje graf 7, má nějaké problémy v kontaktu s pozůstalými při sdělování náhlého úmrtí (vyhýbání se kontaktu,

nevědí, co mají říkat a jak se „správně“ chovat, přivolají k rozhovoru lékaře, požádají zkušenějšího kolegu, aby rozhovor s pozůstalými provedl, při kontaktu s pozůstalými mají velmi nepříjemné pocity, snaží se rodinu podpořit, ale neví přesně jak). Pouze 44 (29 %) respondentů nemá v kontaktu s pozůstalými žádné problémy. Zjištěný stav ukazuje na nedostatečnou zkušenost s poskytováním krizové komunikace s pozůstalými. Členové ošetrovatelského týmu zdravotnické záchranné služby pozůstalým vychází vstříc v požadavku rituálu při náhlém úmrtí blízké osoby (graf 20), a to v počtu 118 (78 %). Zjištěný stav naznačuje, že ošetrovatelský personál týmu zdravotnické záchranné služby zcela respektuje požadavky rituálu pozůstalých při sdělení náhlého úmrtí blízké osoby. 34 (22 %) dotazovaných se požadavkem rituálu pozůstalých při náhlém úmrtí nesetkalo.

Graf 21 ukazuje, že 152 (100 %) respondentů se setkalo ve své praxi výjezdového týmu zdravotnické záchranné služby s různými projevy pozůstalých při sdělení náhlého úmrtí blízké osoby (panická úzkost 46 (30 %), šok 46 (30 %), racionální chování 33 (22 %), úniková reakce 12 (8 %), jiné 9 (6 %), agrese, hněv 6 (4 %).

Respondenti vypověděli (graf 22), že v počtu 30 (20 %) poskytují informaci pozůstalým o možných projevech akutní stresové reakce. Je zajímavé, že 50 (33 %) dotazovaných poskytuje tyto informace pozůstalým pouze „někdy“, což lze považovat za neprofesionální přístup. Daleko závažnější je počet respondentů 72 (47 %), kteří tyto informace pozůstalým nesdělují. Pro nízkou četnost respondentů, kteří sdělují uvedené informace pozůstalým v souvislosti s výsledky grafu 21 je nutno zvážit, zda nenastala příležitost ke změně strategie v přístupu k sekundárně zasaženým. Pozornost si zaslouží odpovědi 56 (37 %) respondentů (graf 23), kteří neposkytují informace pozůstalým o možných podpůrných službách, které jim mohou pomoci k překonání prožitých nadlimitních psychických zátěží.

Dotazníkovým šetřením a statistickým zpracováním dat byl také naplněn cíl 2 Zjistit, jak jsou sestry členky výjezdového týmu záchranné služby připraveny na komunikaci s pozůstalými. Graf 8 ukazuje, že sestry, záchranáři v počtu 142 (95 %) považují psychosociální podporu (krizovou komunikaci) za důležitou (škála od významné 38 (25 %), velmi významné 0 (47 %) až po zcela zásadní 34 (23 %)). Za méně

významnou považuje psychosociální podporu i krizovou komunikaci 8 (5 %) dotazovaných. Z grafu 10 je zřejmé, že 124 (82 %) dotazovaných se domnívá, že by tým zdravotnické záchranné služby měl běžně ve své práci v případě potřeby využívat krizové komunikace s pozůstalým. Respondenti v počtu 18 (12 %) jsou toho názoru, že tým záchranné služby by neměl běžně využívat ve své práci v případě potřeby krizové komunikace s pozůstalými. Odpověď „nevím“ vyjádřilo 10 (7 %) dotazovaných. Výsledky, které znázorňuje graf 8 a graf 10 dokládají, že respondenti v teoretické rovině velmi dobře chápou významnost poskytování psychosociální podpory a krizové komunikace pozůstalým při sdělení náhlého úmrtí blízké osoby. Z grafu 13 je zřejmé, že pouze 20 (13 %) dotazovaných vypovídá, že tým zdravotnické záchranné služby v kontaktu s pozůstalými v případě potřeby uplatňuje krizovou komunikaci a 132 (87 %) respondentů uvedlo, že ji tým neuplatňuje nebo pouze ojediněle. Toto zjištění zcela nekoresponduje s výsledky grafu 10. Respondenti si zde sice plně uvědomují, že tým má využívat krizové komunikace s pozůstalým (graf 10), avšak pouze 20 (13 %) dotazovaných přiznává, že v praxi krizovou komunikaci tým zdravotnické záchranné služby v kontaktu s pozůstalým (graf 13) uplatňuje (odpovědělo tak 9 lékařů, 7 sester, 3 záchranáři, 1 jiná kvalifikace). Odpověď, že tým uplatňuje krizovou komunikaci „ojediněle“ (graf 13) zvolilo 82 (54 %) respondentů (odpovědělo tak 14 lékařů, 45 sester, 19 záchranářů a 4 jiné kvalifikace). Více jak jedna třetina dotazovaných 50 (33 %) vypověděla, že tým pak krizovou komunikaci v kontaktu s pozůstalými neuplatňuje vůbec (odpovědělo tak 10 lékařů, 24 sester, 12 záchranářů a 4 jiné kvalifikace). Graf 14a vypovídá o skutečnosti, který z členů týmu záchranné služby provádí v případě potřeby krizovou komunikaci s pozůstalým. Respondenti dále uvedli (graf 14a), že krizovou komunikaci s pozůstalým uplatňuje 77 (51 %) lékařů, 52 (34 %) lékařů a další člen týmu (sestra), 5 (3 %) záchranářů, 2 (1 %) sester. Odpověď, že „nikdo“ neuplatňuje krizovou komunikaci v kontaktu s pozůstalým, volilo 16 (11 %) dotazovaných. Většina dotazovaných, tedy i sester pokládá psychosociální podporu (krizovou komunikaci s pozůstalými) za významnou až zcela zásadní. Respondenti se také domnívají, že by tým měl běžně ve své práci v případě potřeby využívat krizové



komunikace s pozůstalými. Většina respondentů uplatňuje v kontaktu s pozůstalými v případě potřeby krizovou komunikaci ojedinele nebo uvádí nedostatek času. Ve většině případů krizovou komunikaci v případě potřeby provádí lékař, dále lékař a další člen týmu (sestra). Samotná sestra se na krizové komunikaci podílí minimálně. Graf 15 ukazuje, jak ošetrovatelský personál týmu zdravotnické záchranné služby reaguje na kontakt s pozůstalými. Respondenti v počtu 41 (27 %) nemá problémy při kontaktu s pozůstalými. 59 (63 %) má při kontaktu s pozůstalými nějaký problém -- sice se snaží pozůstalé podpořit, ale neví přesně jak, často žádají zkušenějšího člena týmu, aby rozhovor s pozůstalými provedl za ně, také přivolají k rozhovoru lékaře a sami se vzdálí nebo se kontaktu s pozůstalým vyhýbají, neví jak komunikovat a jak se chovat. Je zajímavé (graf 16), že při poskytování psychosociální podpory (krizové komunikace) se respondenti v počtu 64 (42 %) řídí „situací“, 30 (20 %) dotazovaných „zkušeností“, 28 (18 %) respondentů „intuicí“, 4 (3 %) dotazovaní „standardem“. Pouze 26 (17 %) respondentů se řídí profesní kompetencí. Není však povinností všech zdravotníků řídit se profesní kompetencí a závaznými postupy (standards)? Graf 18 poskytl nejzajímavější výsledky. 18 (12 %) respondentů považuje nabídku dalšího vzdělávání zdravotnických pracovníků v oblasti krizové komunikace za vyhovující a dostatečnou. 76 (50 %) dotazovaných ji naopak považuje za nedostatečnou. Pouze 6 (4 %) respondentů ji považuje za neefektivní a 2 (1 %) dotazovaní považují vzdělávací nabídku za zbytečnou. Je zajímavé, že 50 (33 %) respondentů vzdělávací vůbec nesleduje. Výsledky, které uvádí graf 18, korespondují s výsledky grafů 16 a 17. Potvrzují, že respondenti mají skutečně větší poptávku po vzdělávání v oblasti krizové komunikace, ale z druhého úhlu pohledu je alarmující počet respondentů, kteří se o vzdělávací nabídku v oblasti krizové komunikace nezajímají nebo ji nesledují.

### *11.2 Ověření hypotéz*

Empirická část diplomové práce byla zpracována kombinací kvantitativního s kvalitativním výzkumným šetřením. Bylo osloveno 364 respondentů, zaměstnanců Záchrané služby Plzeňského kraje. Návratnost dotazníků činila 41,76 procent,

což představuje 152 (100 %) správně vyplněných dotazníků.

Pro zpracování dat v kvantitativní části výzkumu byla použita metoda dotazování s využitím techniky dotazníku (Příloha č. 3). Dotazník byl vytvořen a použit výhradně pro účely diplomové práce a byl anonymní. Obsahoval 23 otázek, konstruovaných jako uzavřené, polouzavřené, filtrační a kontrolní. Dotazníkové šetření probíhalo v období února a března 2013. Pro tvorbu diplomové práce byl využit program Microsoft Office Word 2007. Výsledky odpovědí z dotazníků byly vyhodnoceny pomocí grafů v programu Word Microsoft Excel 2007 a tabulek v programu SPSS 16.0. Hypotézy byly testovány pomocí chí kvadrát testu. Zvolená hladina významnosti  $\alpha = 5\%$ .

Na základě statisticky zpracovaných dat byly hypotézy vyhodnoceny takto:

**H1:** Problémy, se kterými se setkává sestra, záchranář při kontaktu s pozůstalými při náhlém úmrtí blízké osoby v závislosti na potřebách pozůstalých nejsou v souladu s očekáváním poskytnutí pomoci a podpory pozůstalých (tabulka 2), *byla vyvrácena*.

**H2:** Sestry, záchranáři v závislosti na potřebách pozůstalých aktivně využívají krizové komunikace při sdělení náhlého úmrtí blízké osoby (tabulka 3), *byla potvrzena*.

**H3:** Sestry, záchranáři v závislosti na potřebách pozůstalých aktivně nabízí psychosociální podporu při sdělení náhlého úmrtí blízké osoby (tabulka 4), *byla potvrzena*.

**H4:** Pro poskytování psychosociální podpory (krizové komunikace) je více limitujícím prvkem čas než vzdělávání ošetrovatelského personálu výjezdového týmu záchranné služby (tabulka 5) *se nepotvrdila*.

V kvalitativní části empirického výzkumu jsme zjišťovali, s jakými potřebami pozůstalých při sdělení náhlého úmrtí blízké osoby se členové výjezdového týmu záchranné služby setkávají, jak pozůstalí vnímají krizovou komunikaci sester, záchranářů – členů výjezdového týmu záchranné služby, a jak pozůstalí při sdělení náhlého úmrtí blízké osoby vnímají psychosociální podporu sester, záchranářů – členů výjezdového týmu záchranné služby.

Bylo osloveno 5 pozůstalých s žádostí o poskytnutí rozhovoru, 1 respondentka rozhovor odmítla – nebyla ochotna se k bolestivé události vracet. Byla oslovena další

náhradní respondentka, která s rozhovorem souhlasila. Rozhovor byl následně veden s pěti pozůstalými – svědky náhlého úmrtí blízké osoby, kteří byli vybráni náhodně. Schéma 1 vyjadřuje informovanost, pocity, potřeby a očekávání jednotlivých respondentů – pozůstalých při náhlém úmrtí blízké osoby ke všem 6 otázkám rozhovoru, znázorňuje výstup z kvalitativního šetření

### *11.3 Vlastní zjištění*

V závěru práce při hodnocení výsledků výzkumného šetření jsem z pohledu všeobecné sestry dospěla k názoru, že ošetrovatelský personál výjezdového týmu zdravotnické záchranné služby – sestry/záchranáři nejsou připraveni vést krizovou komunikaci s pozůstalými, v jejich prospěch ale svědčí skutečnost, že doposud nebyl stanoven závazný ošetrovatelský postup pro vedení krizové komunikace s pozůstalými, svědky náhlého úmrtí blízké osoby. Je ale pravdou, že úkolem zdravotníků by mělo být umět poskytnout oporu pacientům, příbuzným a svědkům náhlého úmrtí blízké osoby. Další příčinou dané situace může být legislativa (pracovní náplň jednotlivých členů NLZP určuje vyhláška číslo 55/2011 Sbírky, o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. Pro všeobecnou sestru mimo jiné určuje „provádět psychickou podporu umírajících a jejich blízkých a po stanovení smrti lékařem zajišťovat péči o tělo zemřelého a činnosti spojené s úmrtím pacienta“. Záchranářům uvedená vyhláška neukládá provádět psychickou podporu umírajícím a jejich blízkým, jak je tomu v případě všeobecné sestry). Podstatný vliv může mít i nedostatečné další vzdělávání ošetrovatelského personálu výjezdových týmů zdravotnické záchranné služby. Obdobná situace je i v oblasti poskytování psychosociální podpory pozůstalým. Výjezdové týmy zdravotnické záchranné služby nemusí mít vždy k poskytování krizové komunikace a psychosociální podpory dostatek času a personálu. Při prvním kontaktu s pozůstalým, svědkem náhlého úmrtí blízké osoby není zapotřebí mnoho času k podpůrnému rozhovoru, jde především o to, jak s pozůstalým komunikovat, jak k němu přistupovat, jak jej vnímat.

#### *11.4 Doporučení pro praxi*

Na základě výsledků diplomové práce a na základě vlastního zjištění doporučuji zdravotnické záchranné službě zaměřit se i mimo hlavní poslání – záchranu života, také na poskytování psychosociální podpory, ve smyslu naplňování holistického přístupu k pozůstalým při sdělení náhlého úmrtí blízké osoby. Mnohdy se stávají sekundárně zasaženými, pro které krizová komunikace a psychosociální podpora představuje první účinnou pomoc.

Pro efektivní vedení krizové komunikace navrhuji Standardní postup krizové komunikace s pozůstalými (Příloha č.7), který sjednotí přístup k pozůstalým.

Pro podporu poskytování psychosociální pomoci pozůstalým navrhuji informační brožuru Základní informace pro pozůstalé. V případě potřeby ošetřovatelský personál záchranné služby informační brožuru pozůstalému s vysvětlením předá. Rovněž je vhodné, vyškolit z řad ošetřovatelského personálu záchranné služby vlastní interventy, kteří budou schopni poskytovat psychosociální podporu a vést krizovou komunikaci s pozůstalými, svědky náhlého úmrtí blízké osoby.

## 12 Seznam literárních zdrojů

ALEXANDER, M., F., P., J. RUNCIMAN. *Struktura kompetencí všeobecné sestry podle ICN*. Překlad: Dobrovodská, L. Brno: NCONZO, 2003. 57s. ISBN 80-7013-392-9.

ANDRŠOVÁ, A. *Psychologie a komunikace pro záchranáře*. Praha: Grada, 2012. s. 128. ISBN 978-80-247-4119-2.

ALEXANDROVÁ, R., L. KABELKA, H. HÁJKOVÁ a kol.

Péče o pozůstalé – možnosti a meze profesionální podpory.

*Inflow: Paliativna medicína a liečba bolesti* [online]. 2009, č. 1, s. 32, s. 33, s. 34. [cit. 2013-01-01]. ISSN1337-6896.

Dostupné z: [www.solen.sk/index.php?page=pdf\\_view&pdf\\_id=3780](http://www.solen.sk/index.php?page=pdf_view&pdf_id=3780)

BÁRTLOVÁ, S., P. SADÍLEK, V. TÓTHOVÁ. *Výzkum a ošetrovatelství*. Brno: NCO NZO, 2005. ISBN 80-7013-416-X.

BAŠTECKÁ, B. Péče o pozůstalé (nejen) v hospici. Příspěvek na konferenci. 16. října 2010, Praha 4, Komunitní centrum Matky Terezy. In: [Www.pohrebnictvi.cz](http://www.pohrebnictvi.cz) [online]. [cit. 2013-01-01]. Dostupné z: [www.pohrebnictvi.cz/.../Hospice%20-%20Péče%20o%20pozůstalé%](http://www.pohrebnictvi.cz/.../Hospice%20-%20Péče%20o%20pozůstalé%)

BAŠTECKÁ, B. A KOL. *Terénní a krizová práce*. Praha: Grada, 2005, ISBN 978-80-247-6715-4.

BLATNÁ, M. Psychologická pomoc pro pozůstalé. České sdružení obětí dopravních nehod, 2011. In: [Www.csodn.cz](http://www.csodn.cz) [online]. [cit. 2013-01-01]. Dostupné z: <http://www.csodn.cz/poradenstvi>

BLECHOVÁ, Z. *O smrti a umírání*. Zdenka Blechová, 2009. ISBN 978-80-904007-5-7.

BUSH, C. J. On Creating a Healing Story: One Chaplain's Reflections on Bereavement, Loss and Grief. *Innovations in End-of-Life Care* 2001, [Www2.edc.org/lastacts](http://www2.edc.org/lastacts) [online]. [cit. 2012-12-27]. Dostupné z: <http://www2.edc.org/lastacts/archives/archivesMay01/buschreflections.asp>

ČESKO. NEMOCNICE BLANSKO. *Informační leták pro pozůstalé*. [online]. Nemocnice Blansko, © 2008 - 2012 [cit. 2013-02-01]. Dostupné z: <http://www.nemobk.cz/informace-pro-pozustale.html>

ČESKO. POHŘEBNÍ ÚSTAV HLAVNÍHO MĚSTA PRAHY. *Informace pro pozůstalé*. [online]. Pohřební ústav hl. m. Prahy, © 2010 [cit. 2013-02-01]. Dostupné z: [http://www.pohrustav.cz/informace\\_pro\\_pozustale.html](http://www.pohrustav.cz/informace_pro_pozustale.html)

ČESKO. Zákon č. 372/2011 ze dne 6. listopadu 2011 o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách). In: [Www.zakonycr.cz](http://www.zakonycr.cz). Dostup také z: [http://www.zakonycr.cz/seznamy/372-2011-Sb-zakon-o-zdravotnich-sluzbach-a-podminkach-jejich-poskytovani-\(zakon-o-zdravotnich-sluzbach\).html](http://www.zakonycr.cz/seznamy/372-2011-Sb-zakon-o-zdravotnich-sluzbach-a-podminkach-jejich-poskytovani-(zakon-o-zdravotnich-sluzbach).html).

ČESKO. Vyhláška č. 55/2011 ze dne 1. března 2011 o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. In: [Www.zakonycr.cz](http://www.zakonycr.cz). Dostupné z: <http://www.zakonycr.cz/seznamy/055-2011-Sb-vyhlaska-o-cinnostech-zdravotnickych-pracovniku-a-jinych-odbornych-pracovniku.html>.

ČESKO. Zákon č. 374/2011Sb., ze dne 6. listopadu 2011 o zdravotnické záchranné službě. In: [Www.zakonycr.cz](http://www.zakonycr.cz). Dostupné z: <http://www.zakonycr.cz/seznamy/374-2011-Sb-zakon-o-zdravotnicke-zachranne-sluzbe.html>.

ČESKO. Zákon č. 105/2011Sb., ze dne 25. března 2011 o nelékařských zdravotnických povoláních. In: [Www.uplnezneni.cz](http://www.uplnezneni.cz) Dostupný z:

<http://www.uplnezneni.cz/zakon/105-2011-sb-kterym-se-meni-zakon-c-962004-sb-o-podminkach-ziskavani-a-uznavani-zpusobilosti-k-vykonu-nelekarskych-zdravotnickych-povolani-a-k-vykonu-cinnosti-souvisejicich-s-poskytovanim-zdravotn/>

CICHÁ, M. Umírání a smrt z multikulturní perspektivy – východiska pro zdravotně sociální práci. *Www.prohuman.cz* [online]. 2009. [cit. 2012-12-11].

Dostupno z:

<http://www.prohuman.cz/socialna-praca/umirani-a-smrt-z-multikulturni-perspektivy%E2%80%93vychodiska-pro-zdravotne-socialni-praci>

DOHNALOVÁ, Z. Se smrtí dítěte se nelze smířit, ale je možné se i s touto bolestí naučit žít. *Sociální práce/Sociálna práca*, 2010, roč. 10, č. 2, s. 32-34. ISSN 1213- 6204.

ENZMAN, H. M. Caring and Holism: A Philosophical Model for Nursing Praxis. *Www.Ahna.org* [on-line]. 2009. [cit. 012-06-20]. Dostupné z:

<http://www.ahna.org/Portals/4/docs/Research/CaringandHolismaModelforPraxis.pdf>

ERTLOVÁ, F., J. MUCHA a kolektiv autorů. *Přednemocniční neodkladná péče*. Brno: NCO NZO, 2000. ISBN 80-7013-300-7.

EVROPSKÁ RADA PRO RESUSCITACI. *Kapesní vydání doporučených postupů v resuscitaci 2005*. Česká rada pro resuscitaci 2006. ISBN 80-239-7676-1.

FARKAŠOVÁ, D. a kol. *Ošetřovatelství- teorie*. Martin: Osveta, 2006. ISBN 80-8063-227-8.

FELDMÁR, P. Hledání vhodných slov po narození mrtvého dítěte. *Gynekologie po promoci*, 2009, vol. 9, no 3, s. 29–30. ISSN 1213-2578.

FIRTHOVÁ, P., G. LUFFOVÁ, D. OLIVIERE. *Ztráta, změna a zármutek v kontextu paliativní péče*. Brno: Společnost pro odbornou literaturu 2007. ISBN 978-80-87029-21-3.

GEBHARDT, M. C. Rehabilitation Nurses use of Sspiritual Care. [on-line]. May 2005[cit.2012-06-20].Dostupné z:  
[http://atheneum.libs.uga.edu/bitstream/handle/10724/8237/gebhardt\\_mary\\_c\\_200505\\_phd.pdf?sequence=1](http://atheneum.libs.uga.edu/bitstream/handle/10724/8237/gebhardt_mary_c_200505_phd.pdf?sequence=1)

GROF, S. Smrt a umírání. *Jlswbs.files.wordpress.com* [online]. 2008b [cit. 2012-12-31]. Dostupné z: <http://jlswbs.files.wordpress.com/2008/08/smrtgrof.pdf>

GROF, S. Poslední cesta. ISBN 0-9660019-9-0. *Gnosis9.net* [online]. 2008a. [cit. 2013-01-1]. Dostupné z: <http://gnosis9.net/view.php?cisloclanku=2008020009>

HAŠKOVCOVÁ, H. *Lékařská etika*. 3. vyd. Praha: Galén 2002. ISBN 80-7262-132-7.

HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanatologie: Nauka o umírání a smrti*. 2. přeprac. vyd. Praha: Galén, 2007. ISBN 978-80-7262-471-3.

HECZKO, S. Různá pojetí posmrtného života. *Www.rodon.cz* [online]. 2011. [cit. 2013-03-03]. Dostupné z: <http://www.rodon.cz/print/clanek.php?id=9>

HNILIČKA, J., M. LUKLOVÁ. Prázdninové úrazy dětí na traumatologické JIP. *Inflow: NEMOCNIČNÍ LISTY*. [online]. 2011, roč. 12, č. 3, s. 16 [cit. 2012-01-8]. Dostupné z: <http://www.rozstepy.cz/wp-content/gallery/images/LN-3-20112.pdf>



HUMPL, L. Psychosociální péče o osoby zasažené. *Zdravi.e15.cz* [online]. 2009, LL12. [cit. 2013-01-22]. Dostupné z: 1. <http://zdravi.e15.cz/clanek/priloha-lekarske-listy/psychosocialni-pece-o-osoby-zasazene-mimoradnou-udalosti-429723>

JANÁČKOVÁ, L., P. WEIS. Zásady při sdělování úmrtí. 2011. In: [Http://psychologie.doktorka.cz](http://psychologie.doktorka.cz) [online]. [cit.2013-03-03]. Dostupné z: <http://psychologie.doktorka.cz/zasady-pri-sdelovani-umrti/>

JANÁČKOVÁ, L. Smrt je tabuizovaným tématem. *Www.umirani.cz* [online]. 2012. [cit. 012-12-31]. Dostupné z: <http://www.umirani.cz/detail-clanek/laura-janackova-smrt-je-tabuizovany-m-tematem.html> /[detail-clanek/laura-janackova-smrt-je-tabuizovany-m-tematem.html](http://www.umirani.cz/detail-clanek/laura-janackova-smrt-je-tabuizovany-m-tematem.html)

JANKOVSKÝ, J. *Etika pro pomáhající profese*. 1.vyd. Praha: Triton, 2003. ISBN 80-7254-329-6.

KASPARKOVÁ, P., R. BUŽGOVÁ. Podpora rodičů při perinatálním úmrtí. *Inflow: Ošetrovatelství*. [online]. 2010, roč. 12, s. 387–398. ISSN 1212-4117 [cit. 2012-01-8]. Dostupné z: <http://casopis-zsfju.zsf.jcu.cz/kontakt/>

KOZIEROVÁ, B., G. ERBOVÁ, R. OLIVIERIOVÁ. *Ošetrovatelstvo 1, 2*. Překlad: Baška, T. Javorka, K. a kol. Martin: Osveta, 1995. ISBN 80-217- 0528-0.

KUBÍČKOVÁ, N. *Zármutek a pomoc pozůstalým*. Praha: ISV, 2001. ISBN 80-85866-82-X.

KUEBELBECK A. Perinatal Hospice: A Holistic Approach for When Death Comes at the Beginning of Life. *Perinatalhospice.org*. [online]. 2005. [cit. 2012-10- 27]. Dostupné z: <http://perinatalhospice.org/uploads/Kuebelbeck-ADEC.pdf>

KÜBLER-ROSSOVÁ, E. O smrti a umírání. Přel. J. Královec. Turnov: Arica, 1993. 251 s. ISBN 80-900134-6-5.

LINHARTOVÁ, V. *Praktická komunikace v medicíně*. Praha: Grada Publishing, 2007, ISBN 978-80-247-1784-5.

LIMEHOUSE W. E., V. R. FEESER, K. L. BOOKMAN a kol. A Model for Emergency Department End-of-life communications After Acute Devastating Events-Part I: Decision-making Capacity, Surrogates, and Advance Directives. *Academic Emergency Medicine*. Volume 19, Issue 9, September 2012, pages E106 *Liberary.viley.com* [online]. [cit. 2012-10-27]. Dostupné z:  
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.15532712.2012.01426.x/full>

MALASKA, D. Health: Holistic Approach. *Inflow: Nothern Kentucky Magazin* [on line]. © 2011 [cit. 2012-06-20]. Dostupné z:  
[http://www.bestofnky.com/NKY/Articles/Health\\_Holistic\\_Approach\\_25.aspx](http://www.bestofnky.com/NKY/Articles/Health_Holistic_Approach_25.aspx)

MARKOVÁ, M. *Sestra a pacient v paliativní péči*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-3171-1.

MASTILIAKOVÁ, D. *Holistické přístupy v péči o zdraví*. 2. vyd. Brno: NCONZO 2007. Tirážní znak 57-858-07.

MUNZAROVÁ, M. *Zdravotnická etika od A do Z*. Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-1024-2.

MURPHY, M. W. It's OK to Die. *Academic Emergency Medicine*. Volume 19, Issue 6, June 2012. *Liberary.viley.com* [online]. [cit. 2012-10-27]. Dostupné z:  
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1553-2712.2012.01370.x/full>

MURRAY, C. Grief, Loss, and Bereavement. Www.encyclopedia.com [online]. 2003. [2012-12-27]. Dostupné z:

<http://www.encyclopedia.com/doc/1G2-3406900200.html>

NAVRÁTILOVÁ, A. *Narození a smrt v České lidové kultuře*. Praha: Nakladatelství Vyšehrad, 2004. ISBN 80-7021-397-3.

NAKONEČNÝ, M. *Encyklopedie obecné psychologie*. 2. rozšíř. vyd.

Praha: Academia, 1997. ISBN 80-200-0625-7.

NEUSAROVÁ, J. Dopravní nehodovost a její následky na životy zasažených lidí. 2009, vol. 5, č. 2, s. 179 - 184. ISSN 1804-7858. In: *Casopis-zsfju.zsf.jcu.cz* [online]. [cit. 2013-01-01]. Dostupné z: <http://casopis-zsfju.zsf.jcu.cz/prevence-urazu-otrav-a-nasili/clanky/2~2009/67-dopravni-nehodovost-a-jeji-nasledky-na-zivoty-zasazenych-lidi>

O'CONNOR, M., S. ARANDA. *Paliativní péče (pro sestry všech oborů)*. Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-1295-4.

PARKES, M. C., M. RELFOVÁ, A. COULDRICKOVÁ. *Poradenství pro smrtelně nemocné a pozůstalé*. Brno: Společnost pro odbornou literaturu, 2007. ISBN 978-80-8729-23-7.

PECK, M. S. *Dále nevyšlapanou cestou: Nekonečná pouť duchovního růstu*. Olomouc: VOTOBIA, 1994. ISBN 80-85885-12-3.

PŘIDALOVÁ, M.: Proč je moderní smrt tabu? *Sociologický časopis*, [online] 34, 1998, 3, s. 347-361. [cit. 2012-01-17]. Dostupné z: [http://sreview.soc.cas.cz/uploads/7d2cd500a6dfd2a3e9719063a5c9c0cd6ced8cbf\\_231\\_347PRIDA.pdf](http://sreview.soc.cas.cz/uploads/7d2cd500a6dfd2a3e9719063a5c9c0cd6ced8cbf_231_347PRIDA.pdf)

QUEST, T. The Hardest News: Death Disclosure in the Emergency Department. *Medscape Journal of Medicine*. Volume 10, issue 8, p. 194, August 2008. *Www.ncbi.nlm.nih.gov* [online]. [cit. 2012-10-27]. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2562155/>

ROTTER, H. *Důstojnost lidského života*. Praha: Vyšehrad, 1999. ISBN 80-7021-302-7.

SÍGL, M. *Co víme o smrti*. Praha: Epoque, 2006. ISBN 80-87027-11-6.

SCHRENER, G. Smrt jako filosofický problém. 2007. *Ililka.signal.cz* [online]. [cit. 2012-12-31]. Dostupné z: <https://ililka.signal.cz/0710/smrt-jako-filosoficky-problem>.

SKLENOVSKÝ, A. Smrt milovaného člověka. *Psychologie.doktorka.cz* [online]. 2009. [cit. 2012-12-11]. Dostupné z: <http://psychologie.doktorka.cz/smrt-milovaneho-cloveka/>

ŠPATENKOVÁ, Naděžda. *Poradenství pro pozůstalé*. Naděžda Špatenková. Praha: Grada, 2008. 143 s. ISBN 9788024717401.

ŠPATENKOVÁ, N. a kol. *Krizová intervence pro praxi*. Praha: Grada, 2004. 200 s. ISBN 80-247-0586-9.

TRACHTOVÁ, Eva a kol. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Brno: NCO NZO, 2005. ISBN 80-7013-324-4.

VODÁČKOVÁ, D. *Prostupnost záchranné služby s psychosociálními službami*. 1. vyd. Kladno: ÚSZS SK, 2008. 30 s. ISBN 978-80.904018-1-5.

VOJTĚCHOVSKÝ, M., HAŠKOVCOVÁ, H. Interview.

In: Labyrint. Diskusní klub rozhlasové stanice Vltava, 24. 8. 1992, 21:30.

*Www.hoschl.cz* [online]. [cit. 2013-01-01].

Dostupné z: [http://www.hoschl.cz/files/421\\_cz\\_Tabuizovane%20tema%20smrti.pdf](http://www.hoschl.cz/files/421_cz_Tabuizovane%20tema%20smrti.pdf)

VYMĚTAL, Š. Krizová komunikace a komunikace rizika. *Praha: Grada 2009. 176 s. ISBN 978-80-247-2510-9.*

ZÁKON č. 256/2001Sb., o pohřebnictví a o změně některých zákonů. [online]. 2012. [cit. 2012-27-08]. Dostupné :

<http://portal.gov.cz/app/zakony/zakonPar.jsp?idBiblio=51516&fulltext=2~2F1969&nr=&part=&name=&rpp=15>

### **13 Klíčová slova**

Holistický přístup

Náhlé úmrtí

Pozůstalí

Psychosociální podpora

Sestra

Stresová reakce

Výjezdový tým záchranné služby

## **14 Seznam použitých zkratek**

ARS - Akutní stresová reakce

Bc - Bakalář

HZS - Hasičský záchranný sbor

IZS - Integrovaný záchranný systém

LZS PK - Letecká záchranná služba Plzeňského kraje

Mgr - Magistr

NLZP - Nelékařský zdravotnický pracovník

OP ARIP - Ošetřovatelská péče v anesteziologii, resuscitaci a intenzivní péči

PNP - Přednemocniční neodkladná péče

PTSP - Posttraumatická stresová porucha

SP - Standardní postup

SPIS - Systém psychosociální intervenční služby

VOŠ - Vyšší odborná škola

ZZS - Zdravotnická záchranná služba

## 15 Přílohy

### **Příloha 1 Zásady pro krizovou komunikaci s člověkem zasaženým mimořádnou událostí**

- představit se, uvést svoji roli a úkoly (Zasažený člověk získá pocit bezpečí, dojde k odplavení tenze.),
- reflektovat (Příklad ...vaše utrpení se mne velmi dotýká...),
- vyhnout se klišé (Rozhodně neužívat například ...čas vše zahojí, boží mlýny melou... a podobně.),
- ovládat vlastní emoce (Komunikátor může reagovat, ale nesmí zasaženého zahltit vlastními emočními reakcemi.),
- nesrovnávat s jinými událostmi (Nenabízet vlastní traumatické zkušenosti nebo příklady z okol.),
- nedělat rychlé prudké pohyby, chovat se spíše tiše, vysvětlovat (Rozrušený člověk se lépe cítí, pokud komunikátor působí klidně.),
- uvědomovat si svá zranitelná místa (Učit se s nimi zacházet.),
- nebrzdit, nepotlačovat emoce druhého (Emoční reakce – pláč, naříkání, zloba – pomáhají vyrovnat se s událostí.),
- nedávat pobídky na uklidňování a vzpomínání se (To emoce druhého zvyšuje a prohlubuje.),
- zrcadlit a potvrzovat emoce druhého (Například ...vidím, jak jste zdrcený...,
- potvrzovat právo druhého cítit to, co cítí (Například uvést ...každý by v takové situaci měl mnoho emocí...),
- podporovat schopnost druhého vracet se do reality a orientovat se v ní (Opakovat, parafrázovat, rekapitulovat a spojovat fragmenty hovoru – dávat jim smysl. dojde-li ke shrnutí emoční zploštělosti, energie je často věnována do myšlení.),
- vycházet vstříc základním potřebám (Nabízet a zajišťovat vodu, jídlo, toaletu, deku klidné místo.),
- hlídat potíže s rovnováhou a neklid (Posadit, podepřít – princip grounding „zemění“ – pevné půdy pod nohama),



- nabídnout uklidňující fyzický kontakt (Pokud druhý dává signály, že si je přeje – naklání se, hroutí se.),
- vyhovět obejmutí (Pokud je druhý sám iniciuje a pokud je to pro komunikátora přijatelné. Nebo nabídnout to, co je pro komunikátora přijatelnější – stisk ruky podobně.),
- potvrzovat bazální identitu druhého (Ptát se na jména, odkud je, co se přihodilo), (Vymětal, 2009, s. 94-96).

## **Příloha 2 Sociálně právní aspekty vybraných informací pro pozůstalé**

### *Informace o zdravotním důvodu úmrtí*

Zpravidla se jedná o informace k příčině úmrtí, dále pak kde může pozůstalý požádat o pitevní zprávu, popřípadě lékařské záznamy zemřelého. Pravděpodobnou příčinu smrti sděluje lékař záchranné služby pozůstalým na místě. Bližší informace může také podat ošetřující lékař zemřelého.

### *Úmrtní list*

Úmrtní list vydá matrika Městského úřadu místa úmrtí nejpozději do 30 dnů pouze oprávněným osobám - dle zákona 301/2000Sb., o matrikách. Lékař záchranné služby vystavuje list o prohlídce mrtvého, spolu s občanským průkazem zemřelého jej předává pohřební službě, kterou si pozůstalý zvolil. Pohřební služba pak tyto doklady spolu s tělem zemřelého předává Ústavu soudního lékařství. Matrika v místě bydliště zemřelého následně vystavený úmrtní list pozůstalým doručí.

### *Notářské řízení*

Dědické řízení se zahajuje, jakmile se příslušný soud dozví o úmrtí. Soud pověří projednáním dědictví notáře. K vyřízení dědického řízení je pozůstalý notářem vyzván písemně. Notář se ohlásí sám dle místa bydliště zemřelého.

### *Vdovský důchod*

O vdovský důchod žádá pozůstalý příslušnou Okresní správu sociálního zabezpečení podle trvalého bydliště pozůstalé/ho manžela/ky. Předkládá: úmrtní list, oddací list, důchodové výměry obou manželů (pokud pobírali důchod), občanský průkaz pozůstalé/ho manžela/ky. U pracujících se vyřizuje důchod u jeho zaměstnavatele. Veškeré žádosti a změny je možné zařizovat až v době, kdy pozůstalý obdrží z matriky úmrtní list.

### *Osobní doklady*

Ostatní osobní doklady zemřelého, například řidičský průkaz, vojenskou knížku, zbrojní průkaz, průkaz zdravotního pojištění odevzdají pozůstalí úřadům, které je vystavily. Také je třeba informovat se o způsobu odhlášení důchodu na pobočce správy sociálního zabezpečení dle místa trvalého bydliště zemřelého. Pokud byl zemřelý pojištěn životním nebo jiným pojištěním, je třeba kopii zaplacené faktury za pohřeb spolu s pojistnou smlouvou odevzdat do příslušné pojišťovny (Nemocnice Blansko, 2008 – 2012, <http://www.nemobk.cz/informace-pro-pozustale.html>).

### **Příloha 3 Dotazníkové šetření**

Dotazníkové šetření

Vážený/á pane, paní,

jsem studentkou druhého ročníku navazujícího magisterského studia Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. Ráda bych Vás požádala o vyplnění dotazníku, který je součástí diplomové práce na téma: „Holistický přístup k pozůstalým při náhlém úmrtí z pohledu všeobecné sestry, členky výjezdového týmu záchranné služby“. Dotazník je anonymní a jeho výsledky poslouží pouze pro potřeby této diplomové práce. Prosím označte v dotazníku pouze jednu odpověď, pokud není uvedeno jinak.

Děkuji za Vaší spolupráci. Bc. Alena Gutová

#### **1. Jste**

- žena
- muž

#### **2. Jaký je Váš věk?**

- 21 - 30 let
- 31 - 40 let
- 41 - 50 let
- 51 a více

#### **3. Jaká je Vaše kvalifikace?**

- lékař
- všeobecná sestra
- všeobecná sestra se specializací Přednemocniční neodkladná péče
- všeobecná sestra se specializací Ošetrovatelská péče v anesteziologii, resuscitaci a intenzivní péči
- všeobecná sestra – absolvent/ka bakalářského studijního programu se specializací

- všeobecná sestra - absolvent/ka magisterského studijního programu se specializací
- záchranář - absolvent vyšší odborné školy
- záchranář - absolvent bakalářského studijního programu
- jiná kvalifikace

**4. Myslíte si, že ve vzdělávacím procesu na našich školách všech vzdělávacích stupňů dochází k dostatečné přípravě žáků a studentů na přijetí umírání a smrti?**

- ano
- nemohu posoudit
- ne

**5. Vyjádřete Vaše pocity při náhlém úmrtí pacienta. V případě, že zvolíte odpověď „Náhlá smrt pacienta mne nijak nezasahuje,“ pokračujte otázkou až otázkou č. 7**

- Mám pocit profesního selhání.
- Jsem přesvědčen/a, že jsem udělal/a maximum.
- Náhlá smrt pacienta mě velmi stresuje.
- Někdy své emoce neovládnu.
- Náhlá smrt pacienta mne nijak nezasahuje.
- Mám jiné pocity.

**5.1 Prosím uveďte jaké:**

.....

.....

.....

**6. Které věková kategorie pacienta má větší vliv na intenzitu Vašeho prožívání při jeho náhlém úmrtí?**

- děti
- mladí lidé do 40-ti let
- pacient byl ve středních letech (41 – 60 let)

- pacient byl starší (nad 61 let)
- věk pacienta nerozlišuji
- jiné, prosím, uveďte v podotázce 6.1

**6.1 Prosím uveďte jaké:**

.....

.....

.....

**7. Jak obvykle prožíváte kontakt s rodinou umírajícího (zemřelého)?**

- vyhýbám se kontaktu
- nevím, co mám říkat a jak se „správně“ chovat
- přivolám k rozhovoru lékaře a opouštím „scénu“
- požádám zkušenější kolegyni/kolegu, aby rozhovor s rodinou vyřídil/a za mě
- při kontaktu mám velmi nepříjemné pocity
- snažím se rodinu podpořit, ale nevím přesně jak
- nedělá mi to žádné zvláštní problémy
- jinak, prosím, uveďte jak v podotázce 7.1.

**7.1 Prosím uveďte jak:**

.....

.....

.....

**8. Jakou důležitost přikládáte psychosociální podpoře (krizové komunikaci) pozůstalým?**

**Zakroužkujte na číselné škále (1-nevýznamná, 2-méně významná, 3-významná, 4-velmi významná, 5- zcela zásadní).**

- 1     2    3    4     5

**9. Domníváte se, že by tým záchranné služby měl běžně ve své práci v případě potřeby nabízet psychosociální podporu pozůstalým?**

- ne
- spíše ne
- píše ano
- ano
- nevím

**10. Domníváte se, že by tým záchranné služby měl běžně ve své práci v případě potřeby využívat krizové komunikace s pozůstalým?**

- ne
- spíše ne
- spíše ano
- ano
- nevím

**11. Dotazujete se aktivně pozůstalých, zda potřebují psychosociální podporu?**

- nabídnu vždy
- nabídnu podle emočního stavu pozůstalého
- čekám, až pozůstalý vyjádří své potřeby
- nenabízím

**12. Provádí Váš tým psychosociální podporu pozůstalým?**

- ano vždy
- ojediněle
- ne, není na to čas

**13. Uplatňuje Váš tým v kontaktu s pozůstalými v případě potřeby krizovou komunikaci?**

- ano vždy
- ojediněle

- ne, není na to čas

**14. Který člen týmu záchranné služby provádí v případě potřeby psychosociální podporu pozůstalým?**

- lékař
- sestra
- záchranář
- řidič záchranář
- lékař a další člen týmu
- nikdo - pokračujte otázkou č. 16.

**14.a Který člen týmu záchranné služby provádí v případě potřeby krizovou komunikaci s pozůstalým?**

- lékař
- sestra
- záchranář
- řidič záchranář
- lékař a další člen týmu
- nikdo - pokračujte otázkou č. 16.

**15. Jaké jsou Vaše reakce při kontaktu s pozůstalými – svědky náhlého úmrtí blízké osoby?**

- nedělá mi to žádné zvláštní problémy
- snažím se podpořit pozůstalé, ale nevím přesně jak
- požádám zkušenějšího člena týmu, aby rozhovor s pozůstalými provedl za mě
- přivolám k rozhovoru lékaře a vzdám se
- kontaktu s pozůstalými se vyhýbám, nevím jak komunikovat a jak se chovat
- jiné, uveďte jaké v podotázce 15. 1.



**15.1 Prosím uveďte jaké:**

.....  
.....

**16. Čím se řídíte při poskytování psychosociální podpory (krizové komunikaci) pozůstalým při sdělení náhlého úmrtí?**

- intuicí
- profesní kompetencí
- standardem
- zkušeností
- situací

**17. Jak hodnotíte své komunikační dovednosti při poskytování psychosociální podpory (krizové komunikaci) s pozůstalými při sdělení náhlého úmrtí?**

- minimální
- průměrné
- velmi dobré
- nemohu posoudit

**18. Domníváte se, že je nabídka dalšího vzdělávání zdravotnických pracovníků v oblasti krizové komunikace dostatečná?**

- je dostatečná
- je vyhovující
- nedostatečná
- zbytečná
- neefektivní
- nesledují nabídku

**19. Jakou bezprostřední psychosociální podporu pozůstalým při sdělení náhlého úmrtí mohou členové výjezdového týmu záchranné služby poskytnout?**

- žádnou

- podpůrný (empatický) rozhovor
- vyjádřit účast
- vyjádřit soustrast
- svoji přítomnost
- mlčení
- informační leták
- podpůrný rozhovor a informační leták
- jinou, uveďte jakou v podotázce 19. 1.

**19.1 Prosím uveďte jakou:**

.....

.....

.....

**20. Jak se vyrovnáváte s požadavkem rituálu věřících pozůstalých při náhlém úmrtí blízké osoby?**

- respektuji jej
- nebráním mu
- neumožním jej
- v žádném případě jej neumožním
- nesetkal/a jsem se s touto situací

**21. S jakými projevy pozůstalých při náhlém úmrtí se ve své praxi setkáváte?**

- racionální chování
- panická úzkost
- zmrtvení
- úniková reakce
- agrese, hněv
- šok
- jiné, uveďte jaké v podotázce 20. 1.

**21.1 Uved'te jaké:**

.....  
.....

**22. Informujete pozůstalé v případě potřeby o možných projevech akutní stresové reakce?**

- ano
- někdy
- ne

**23. Informujete pozůstalé v případě potřeby o možných podpůrných službách, které jim mohou pomoci k překonání prožití nadlimitní psychické zátěže?**

- ano
- někdy
- ne
- nevím o této možnosti
- nic takového neexistuje

## **Příloha 4 Struktura rozhovoru s pozůstalými**

### **Rozhovor**

Vážený/á pane, paní,

Jmenuji se Alena Gutová a jsem studentkou druhého ročníku navazujícího magisterského studia Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. Ráda bych Vás požádala o poskytnutí krátkého rozhovoru, který je součástí diplomové práce na téma: „Holistický přístup k pozůstalým při náhlém úmrtí z pohledu všeobecné sestry, členky výjezdového týmu záchranné služby“. Rozhovor je anonymní a jeho výsledky poslouží pouze pro potřeby této diplomové práce. Ráda bych Vás ještě požádala o souhlas s nahráváním tohoto rozhovoru. Nahrávka poslouží pouze pro přepis do diplomové práce.

Mohu Vám položit první otázku?

#### **Otázky:**

1. Kdo z výjezdového týmu záchranné služby Vám sdělil informaci o náhlém úmrtí Vašeho blízkého?
2. Jak jste se při sdělení informace o náhlém úmrtí Vašeho blízkého cítil/a?
3. Co by Vám v dané chvíli nejvíce pomohlo?
4. Splnil přístup člena/ů výjezdového týmu záchranné služby Vaše očekávání?
5. Jakou pomoc jste v dané chvíli postrádal/a?
6. Napadá Vás ještě něco, čím by Vám ošetřující personál výjezdového týmu záchranné služby v dané chvíli mohl pomoci?

Pokud můžete, přijměte moji upřímnou soustrast.

Děkuji Vám za poskytnutý rozhovor.

## **Příloha 5 – Záznam rozhovorů s pozůstalými**

### **Respondent 1**

**Datum rozhovoru:** 12. 6. 2013

**Délka rozhovoru:** cca 60 minut

#### **Sociodemografické údaje**

**Věk:** 61 let (1952)

**Pohlaví:** žena

**Rodinný statut:** vdova

**Vzdělání:** střední s výučním listem

**Typ bydlení:** rodinný dům

**Okolnosti náhlého úmrtí:** srdeční zástava

**Informovaný souhlas s účastí na výzkumu** – respondentka souhlasí

#### **Otázka 1. Kdo z výjezdového týmu záchranné služby Vám sdělil informaci o náhlém úmrtí Vašeho blízkého?**

**T:** Mohla byste mi říci, kdo z výjezdového týmu záchranné služby Vám sdělil informaci o náhlém úmrtí Vašeho blízkého?

**R:** Nikdo mi to nesdělil.

#### **Otázka 2. Jak jste se při sdělení informace o náhlém úmrtí Vašeho blízkého cítila?**

**T:** Můžete nějak popsat, jak jste se při sdělení informace o náhlém úmrtí Vašeho blízkého cítila?

**R:** Bylo to hrozný, ještě že беру prášky na spaní (pláč). Byla jsem rozrušená, ještě že ta Hanka (dcera) přišla.

**Otázka 3. Co by Vám v dané chvíli nejvíce pomohlo?**

**T:** Co si myslíte, že by Vám v dané chvíli nejvíce pomohlo?

**R:** Nic. Co by mi mohlo pomoci? Bylo mu dvaasedmdesát let.

**Otázka 4. Splnil přístup člena/ů výjezdového týmu záchranné služby**

**Vaše očekávání?**

**T:** Myslíte si, že splnil přístup člena/ů výjezdového týmu záchranné služby Vaše očekávání?

**R:** Nevím, co jsem měla čekat.

**Otázka 5. Jakou pomoc jste v dané chvíli postrádala?**

**T:** Mohla byste mi říci, jakou pomoc jste v dané chvíli postrádala?

**R:** Nevím. Ještěže tady byla dcera. Nevěděla jsem, co mám dělat, starali se mladý.

**Otázka 6. Napadá Vás ještě něco, čím by Vám ošetřující personál výjezdového týmu záchranné služby v dané chvíli mohl pomoci?**

**T:** Napadá Vás ještě něco, čím by Vám ošetřující personál výjezdového týmu záchranné služby v dané chvíli mohl pomoci?

**R:** Co jsem mohla čekat, bylo mu 72. Kondolovali mi. Jinak nevím.

**Respondent 2**

**Datum rozhovoru:** 12. 6. 2013

**Délka rozhovoru:** cca 60 minut

**Sociodemografické údaje**

**Věk:** 62 let (1951)

**Pohlaví:** žena

**Rodinný statut:** vdova

**Vzdělání:** střední s výučním listem

**Typ bydlení:** rodinný dům

**Informovaný souhlas s účastí na výzkumu** – respondentka souhlasí

**Okolnosti náhlého úmrtí:** náhlé úmrtí z neznámých příčin

**Otázka 1. Kdo z výjezdového týmu záchranné služby Vám sdělil informaci o náhlém úmrtí Vašeho blízkého?**

**T:** Mohla byste mi říci, kdo z výjezdového týmu záchranné služby Vám sdělil informaci o náhlém úmrtí Vašeho blízkého?

**R:** Řekl mi to doktor, sestřička tu nebyla žádná. A viděla jsem to sama, ležel tady na dvoře, nemusel mi to nikdo říkat.

**Otázka 2. Jak jste se při sdělení informace o náhlém úmrtí Vašeho blízkého cítila?**

**T:** Můžete nějak popsat, jak jste se při sdělení informace o náhlém úmrtí Vašeho blízkého cítila?

**R:** Nechtěli mě k němu pustit. Bylo to hrozný, brečela jsem. Celej tejden jsem z toho nespala. Měly jsme jeden druhýho a teď? Je to strašný. Kdo to nezažil, tak..

**Otázka 3. Co by Vám v dané chvíli nejvíce pomohlo?**

**T:** Co si myslíte, že by Vám v dané chvíli nejvíce pomohlo?

**R:** Já jsem věděla, že se to jednou stane. Stála jsem tady jako to. strašně mě to zasáhlo. To nejde ani mluvit. Bylo to pro mě těžký. Žili jsme jeden pro druhýho.

**Otázka 4. Splnil přístup člena/ů výjezdového týmu záchranné služby Vaše očekávání?**

**T:** Myslíte si, že splnil přístup člena/ů výjezdového týmu záchranné služby

Vaše očekávání?

**R:** Obvodní doktor mi říkal, že se na mě přijde podívat, ale dodnes nepřišel. Už je to tři měsíce a nemůžu se s tím vypořádat. Záchranka než odjela, tak mi říkali, že mi dají nějakou injekci, ale já sem to nechtěla. Tak mi dali nějaký prášek, co vám může už v takový chvíli pomoci? Stejně ten prášek nebyl nic platný. Ještě štěstí, že sem neomdlela, jinak by mě taky odvezli.

### **Otázka 5. Jakou pomoc jste v dané chvíli postrádala?**

**T:** Mohla byste mi říci, jakou pomoc jste v dané chvíli postrádala?

**R:** Nevěděla jsem, co mám dělat, takle náhle. Doktor mi řekl, že by mu stejně nepomohli. Já sem v tu chvíli potřebovala psychiatra, ale teď už je to jiný.

### **Otázka 6. Napadá Vás ještě něco, čím by Vám ošetřující personál výjezdového týmu záchranné služby v dané chvíli mohl pomoci?**

**T:** Napadá Vás ještě něco, čím by Vám ošetřující personál výjezdového týmu záchranné služby v dané chvíli mohl pomoci?

**R:** Nevím, přeci se kvůli tomu nepůjdu oběsit. Stejně by mi nepomohli.

### **Respondent 3**

**Datum rozhovoru:** 23. 6. 2013

**Délka rozhovoru:** cca 60 minut

#### **Sociodemografické údaje**

**Věk:** 48 let (1965)

**Pohlaví:** žena

**Rodinný statut:** vdaná

**Vzdělání:** střední s maturitní zkouškou

**Typ bydlení:** rodinný dům

**Informovaný souhlas s účastí na výzkumu** – respondentka souhlasí



**Okolnosti náhlého úmrtí:** kardiální příčina

**Otázka 1. Kdo z výjezdového týmu záchranné služby Vám sdělil informaci o náhlém úmrtí Vašeho blízkého?**

**T:** Mohla byste mi říci, kdo z výjezdového týmu záchranné služby Vám sdělil informaci o náhlém úmrtí Vašeho blízkého?

**R:** Řekl mi to doktor. Byl příjemnej.

**Otázka 2. Jak jste se při sdělení informace o náhlém úmrtí Vašeho blízkého cítila?**

**T:** Můžete nějak popsat, jak jste se při sdělení informace o náhlém úmrtí Vašeho blízkého cítila?

**R:** Chtělo se mi utéct před vším, zapomenout, vrátit čas. Byla pro mě všechno, měly jsme krásný vztah.

**Otázka 3. Co by Vám v dané chvíli nejvíce pomohlo?**

**T:** Co si myslíte, že by Vám v dané chvíli nejvíce pomohlo?

**R:** Já nevím. Doktor chtěl tu zprávu, s čím marodila. Chtěla jsem být sama.

**Otázka 4. Splnil přístup člena/ů výjezdového týmu záchranné služby Vaše očekávání?**

**T:** Myslíte si, že splnil přístup člena/ů výjezdového týmu záchranné služby Vaše očekávání?

**R:** Nečekala jsem od nich nic. Byli hodní, pomohli mi vybrat pohřební službu. Kdyby to neudělali, tak jsem nevěděla, co mám dělat, kam se obrátit. Byl pro mne problém zavolat, že se něco takového stalo.

**Otázka 5. Jakou pomoc jste v dané chvíli postrádala?**

**T:** Mohla byste mi říci, jakou pomoc jste v dané chvíli postrádala?

**R:** Nechci se dělit s nikým o tu bolest.

**Otázka 6. Napadá Vás ještě něco, čím by Vám ošetřující personál výjezdového týmu záchranné služby v dané chvíli mohl pomoci?**

**T:** Napadá Vás ještě něco, čím by Vám ošetřující personál výjezdového týmu záchranné služby v dané chvíli mohl pomoci?

**R:** Nevim, nějaká ta podpora od vás byla.

**Respondent 4**

**Datum rozhovoru:** 14. 7. 2013

**Délka rozhovoru:** cca 60 minut

**Sociodemografické údaje**

**Věk:** 53 (1960)

**Pohlaví:** muž

**Rodinný statut:** vdovec

**Vzdělání:** střední s maturitní zkouškou

**Typ bydlení:** rodinný dům

**Informovaný souhlas s účastí na výzkumu** – respondent souhlasí

**Okolnosti náhlého úmrtí:** dopravní nehoda

**Otázka 1. Kdo z výjezdového týmu záchranné služby Vám sdělil informaci o náhlém úmrtí Vašeho blízkého?**

**T:** Mohl byste mi říci, kdo z výjezdového týmu záchranné služby Vám sdělil informaci o náhlém úmrtí Vašeho blízkého?

**R:** Všichni tam pobíhali, byl tam chaos, neřekl mi nikdo nic. Záchranáři, hasiči, všichni říkali, jděte pryč, jděte pryč, nechte nás pracovat. Stál jsem tam jako bulík a nikdo nic.

**Otázka 2. Jak jste se při sdělení informace o náhlém úmrtí Vašeho blízkého cítil?**

**T:** Můžete nějak popsat, jak jste se při sdělení informace o náhlém úmrtí Vašeho blízkého cítila?

**R:** Byl jsem v šoku, i když člověk v životě tak nějak počítá s tím, že jednou to přijít musí, ale nikdy nato není připravenej.

**Otázka 3. Co by Vám v dané chvíli nejvíce pomohlo?**

**T:** Co si myslíte, že by Vám v dané chvíli nejvíce pomohlo?

**R:** Nikdo nepřišel a něřekl mi: „Chlape, uklidni se, aby to přeřila. To nikdo z nich neudělal. Všichni měli práci. Stál jsem tam a nevěděř jsem, co si mám počít, za kým jít, koho se optat, jen jsem kouřil.

**Otázka 4. Splnil přístup člena/ů výjezdového řymu záchranné služby Vaše očekávání?**

**T:** Myslíte si, že splnil přístup člena/ů výjezdového řymu záchranné služby Vaše očekávání?

**R:** Po dlouhý době přiběřla asi sestra a řekla mi, že manželka je na tom velmi špatně. Připadalo mi, že o ni přijdu, všichni dělali, jako že dělaj, a nikdo nic neřikal.

**Otázka 5. Jakou pomoc jste v dané chvíli postrádal?**

**T:** Mohla byste mi říci, jakou pomoc jste v dané chvíli postrádal?

**R:** Byl jsem zmatený, bál jsem se o život manželky, stejně to dopadlo špatně. Taky mi mohli něco říct. Pomohla mi dcera, které jsem telefonoval, a odvezla mě domů. Určitě by mi pomohly informace, co mám dělat, kde budou věci manželky. Doktor

moh taky přijít a říct mi, co se bude dít dál. Nevěděl jsem co s autem a tak.

**Otázka 6. Napadá Vás ještě něco, čím by Vám ošetřující personál výjezdového týmu záchranné služby v dané chvíli mohl pomoci?**

**T:** Napadá Vás ještě něco, čím by Vám ošetřující personál výjezdového týmu záchranné služby v dané chvíli mohl pomoci?

**R:** Nevěděl jsem, co bude dál, byl jsem rozrušenej, něco mi pak říkali, ale moc jsem toho nepamatoval. Všechno je jako v mlze. Ale dneska vidím, že by mi pomohly informace třeba někde napsané, abych se k nim mohl vrátit.

**Respondent 5**

**Datum rozhovoru:** 14. 7. 2013

**Délka rozhovoru:** cca 60 minut

**Sociodemografické údaje**

**Věk:** 61 (1952)

**Pohlaví:** žena

**Rodinný statut:** vdova

**Vzdělání:** střední s maturitní zkouškou

**Typ bydlení:** rodinný dům

**Informovaný souhlas s účastí na výzkumu** – respondentka souhlasí

**Okolnosti náhlého úmrtí:** náhlé úmrtí následkem úrazu

**Otázka 1. Kdo z výjezdového týmu záchranné služby Vám sdělil informaci o náhlém úmrtí Vašeho blízkého?**

**T:** Mohla byste mi říci, kdo z výjezdového týmu záchranné služby Vám sdělil informaci o náhlém úmrtí Vašeho blízkého?

**R:** Nikdo mi to nemusel sdělovat, stalo se to doma na pozemku u rybníka. Vyšla jsem ven z domu a viděla jsem policejní auto a sanitku. Byla tam sestra, a když jsem viděla, jak se tváří, tak jsem asi omdlela, upadla jsem na zem. Nevím, kdo mi to pak řekl. Oni mi neřekli nic, já jsem to pak viděla sama, co se stalo. Byla jsem tu jen s vnučkou.

**Otázka 2. Jak jste se při sdělení informace o náhlém úmrtí Vašeho blízkého cítila?**

**T:** Můžete nějak popsat, jak jste se při sdělení informace o náhlém úmrtí Vašeho blízkého cítila?

**R:** Byla jsem v šoku, někdo mi řekl, že mi dá injekci, chtěli nějaký doklady manželovo. Víím, že u mne seděl nějaký hodný pán, byl to hasič, držel mně za ruku. Chtěla jsem být sama, nechtěla jsem nic slyšet. Manžel byl pro mne oporou.

**Otázka 3. Co by Vám v dané chvíli nejvíce pomohlo?**

**T:** Co si myslíte, že by Vám v dané chvíli nejvíce pomohlo?

**R:** Asi nic, nic by mi nepomohlo, měla jsem strach jenom o manžela a jeho maminku, jak jí to řeknu. Je už hodně stará. Snažím se sama se s tím vypořádat. Podporuje mně rodina.

**Otázka 4. Splnil přístup člena/ů výjezdového týmu záchranné služby  
Vaše očekávání?**

**T:** Myslíte si, že splnil přístup člena/ů výjezdového týmu záchranné služby  
Vaše očekávání?

**R:** Jak by mi mohli pomoci? Už je to skoro rok a vůbec to nezvládám. Šla jsem do předčasného důchodu. Myslela jsem, že bych jela do Plzně vyhledat psychologa. Nezvládám to.

Obvodní doktor mi napsal jen Neurol a nějaký antidepressiva.

**Otázka 5. Jakou pomoc jste v dané chvíli postrádala?**

**T:** Mohla byste mi říci, jakou pomoc jste v dané chvíli postrádala?

**R:** Nevím, dostala jsem injekci a byla jsem taková nějaká otupělá.

**Otázka 6. Napadá Vás ještě něco, čím by Vám ošetřující personál výjezdového týmu záchranné služby v dané chvíli mohl pomoci?**

**T:** Napadá Vás ještě něco, čím by Vám ošetřující personál výjezdového týmu záchranné služby v dané chvíli mohl pomoci?


**R:** Ne. Snažila jsem se s tím vypořádat sama. Nevím, čím by mi mohli pomoci  
Ze zpětného pohledu vidím, že rozhovor by snad mi mohl pomoci.


## Příloha 6 Návrh buletinu Základní informace pozůstalým


Zdravotnická záchraná služba .....  
Adresa: .....  
Telefon: .....


# ZÁKLADNÍ INFORMACE PRO POZŮSTALÉ


Ydání: 1. Ročník: | Rok vydání: 2013  
1

 Úmrtí list vystaví matřka Městského úřadu příslušná podle místa úmrtí—ne podle místa trvalého bydliště. Vystavení úmrtího listu trvá přibližně 30 dnů. Matřka vystavený úmrtí list pozůstalým doručí.

 Pokud je osoba blízká zemřelému přítomna na místě úmrtí, sdělí jí lékař zdravotnické záchrané služby informaci o učení provedení pitvy a identifikační údaje provozovatele, který pitvu provede. Pokud osoba blízká zemřelému není přítomna ani známá, lékař vše předá Policii ČR. Ta dle zákona zajistí dále vše potřebné.

 Existuje-li podezření, že ke smrti nedošlo přirozenou cestou, provede lékař jen nezbytné úkony tak, aby nedošlo ke zničení či poškozování důkazů, které by nasvědčovaly ke spáchání trestného činu nebo sebevraždy. Lékař postupuje v úzké spolupráci s orgány Policie ČR.

 Zůstává-li po odchodu lékaře veškerá starost s tělem zemřelého na pozůstalém, musí zavolat pohřební službu (mimo situaci, kdy ji přivolává lékař—při nařazení pitvy).

 Jestliže cítíte, že situaci nejste schopni zvládnout a psychicky unést, doporučujeme Vám obrátit se na zkušebního psychologa.

**UŽITEČNÉ ADRESY:**  
Linka důvěry a psychologické pomoci MONS TOP na telefon 377 462 312, 605 965 822, email: [ld.pizen@stlas.cz](mailto:ld.pizen@stlas.cz), Ph. en.

**ÚSTAV SOUBNĚHO LÉKÁŘSTVÍ, LÉKÁŘSKÁ 428/8, 30100 Píseň: Severní Předměstí Tel: fon: 377 593 385**

**V případě dotazů nebo pochybností volejte linku 155 nebo na telefon +420 377 672 111**  
Zdravotnická záchraná služba .....  
Adresa: .....

Copyright | Mgr. Jana Gutová 2013  
6

Vážený/á pozůstatel/á,

ztráta blízké osoby je vždy nejtěžší chvílí. Stejně jako zrozením život začíná, smrtí končí. Hodně síly k překonání toho, co nemůžeme nikdy změnit.

Přijměte naši upřímnou soustrast.

Zdravotnická záchranná služba .....

Vážený pozůstatel,

**DOVOLTE, ABYCHOM VÁS INFORMOVALI O NEJBLIŽŠÍCH UDÁLOSTECH, KTERÉ PROBEHNOU.**

Nejprve je nutné kontaktovat pohřební službu k převozu TĚLA ZEMŘELÉHO DO CHLADÍČIHO BOXU. Zde tělo setrvává až do doby pohřbu. **Převoz těla provádí výhradně vozidlo pohřební služby.**

**Ohledání těla** provádí vždy lékař dle zákona č. 372/2011Sb., o zdravotních službách. Účelem je konstatovat smrt, zjistit pravděpodobné datum a čas úmrtí, pravděpodobnou příčinu smrti, rovněž určit, zda bude provedena pitva a vystavit List zemřelého.

Pokud lékař nařídil pitvu, současně je povinen zařídit odvoz těla zemřelého vozem pohřební služby do ústavu soudního lékařství zpravidla dle místa úmrtí nebo dle pokynů Policie ČR. Zde bude pitva provedena. Transport je hrazený z prostředků zdravotního pojištění.

Pokud lékař pitvu nenařídil, transport těla zemřelého zdravotnická záchranná služba nezařizuje. Příbuzní zemřelého objednají pohřební službu sami dle své volby. Transport zemřelého v tomto případě není hrazen zdravotní pojišťovnou. Náklady transportu spolu s ostatními náklady pohřbu bude hradit pozůstatel—objednavatel pohřbu.

Při odvozu zemřelého poskytl Pohřební služba a kontakt pro další podrobnější informace, spojené s pohřbem. Pohřební službu je možno vybrat na elektronické adrese [pohřební služby.cz](#).

List o prohlídce zemřelého pacienta—prostřednictvím tohoto dokladu je předáno rodné číslo zemřelého do 3 dnů matrice dle zákona č. 301/2000 Sb., o matrikách, Ústavu zdravotnických informací a statistiky, Českému statistickému úřadu a provozovatelů pohřební služby.



- ♦ odhlásit důchod zemřelého na pobočce příslušné správy sociálního zabezpečení
- ♦ vypořádat smluvní vztahy zemřelého s příslušnými institucemi
- ♦ požádat příslušnou správu sociálního zabezpečení o vdovský důchod
- ♦ u pracujících se vyřizuje vdovský důchod u zaměstnavatele zemřelého
- ♦ připadnou další sociální pomoc u sociálního odboru obce s rozšířenou působností
- ♦ otázky dědickeho řízení a pozůstalosti vyřizuje notář (není-li ustanoven správce dědictví, učty zemřelého mohou být zablokovány)
- k vyřízení dědickeho řízení bude pozůstalý notářem vyzván písemně

#### UPOZORNĚNÍ

Veškeré žádosti a změny je možné zařízovat až v době, kdy pozůstalý obdělí z matky úmrtní list.

#### 4. Čemu se nevyhýbáme

- ♦ Pohřbu—umožní přijmout fakt ztráty.
- ♦ Návštěvám hřbitova - pomohou vypořádat se se ztrátou, nalézt odvalu k dalšímu životu.
- ♦ Truchlení—je přirozenou reakcí na ztrátu blízké osoby (napomůže k uzavření jedné kapitoly života).

4

## ODPOVĚDI NA VAŠE OTÁZKY

### 1. Co se mnou může stát po ztrátě blízké osoby?

Člověk reaguje na ztrátu blízké osoby různým způsobem a může cítit odlišné potřeby. Porozumí-li tomu co se s ním děje, dokáže obtížnou životní situaci lépe zvládnout. Tělesné reakce na akutní stres se mohou projevit jako: strach, panická úzkost, bušení srdce, strnulost, pocity smutku, agrese a vinny včetně únikové reakce. Uvedené příznaky představují běžné reakce člověka na stres a náhlu krizovou situaci. Každý člověk se se stresem vyrovnává různě dlouho a ovlivňuje to mnoho faktorů.

### 2. Co mi může pomoci?

V prvních týdnech po ztrátě se věnujte sama sobě, dělejte běžné věci, které obvykle děláte, počítejte s menším výkonem. Se svým smutkem a bolestí nezůstávejte samu, nechte je proběhnout, nebraňte se jim. Časem dojde k jejich postupnému útlumu.

### 3. Kdo mi může pomoci?

I když můžeme říci pocit, že nám nikdo nemůže pomoci, obvykle pomáhá se o prožitky podělit s blízkými, s přáteli. Pomoc lze i vyhledat: lékař Vám pomůže s tělesnými, psycholog. Vám pomůže porozumět tomu, co právě prožíváte a duchovní s Vámi může hovořit o Vašich nezapovězených otázkách. Víme, že to pro Vás bude obtížná situace, ale je nutné provést následující kroky:

- ♦ osobní doklady zemřelého odevzdat tam, kde byly vystaveny

3

## Příloha 7

Návrh standardu:

### **Standardní postup krizové komunikace s pozůstalými, svědky náhlého úmrtí blízké osoby**

Zdravotnická záchranná služba

<b>Charakteristika standardu</b>	Rámcový standard postupu krizové komunikace s pozůstalými
<b>Cíl standardu</b>	Sjednotit přístup ošetrovatelského personálu výjezdového týmu záchranné služby k pozůstalému po sdělení náhlého úmrtí blízké osoby. Profesionálně komunikovat s pozůstalým po sdělení náhlého úmrtí blízké osoby V případě potřeby poskytnout informace pro vyhledání následné lékařské péče Poskytnout základní informace bezprostředních kroků a úkonů souvisejících s úmrtím blízké osoby. Souhrnně ulehčit bezprostřední situaci pozůstalého v rámci jeho psychosociálních potřeb
<b>Skupina péče</b>	Pozůstalí, svědci náhlého úmrtí blízké osoby
<b>Standard je určený pro</b>	Sestry/ záchranáři
<b>Frekvence kontroly</b>	2 x za rok
<b>Kontrolu vykoná</b>	Manažer/ka ošetrovatelství (manažer/ka kvality ošetrovatelské péče, hlavní sestra)
<b>Standard vypracovala</b>	Bc. Alena Gutová
<b>Přílohy standardu</b>	1. Definice standardu krizové komunikace s pozůstalými 2. Vymezení vybraných pojmů, 3. Související předpisy, 4. Použitá literatura

## **KRITÉRIA STRUKTURY:**

- S 1 Pracovníci:** sestra/ záchranář (s úplným středním odborným vzděláním, všeobecná sestra se specializací v přednemocniční neodkladné péči, všeobecná sestra se specializací ošetrovatelské péče v anesteziologii, resuscitaci a intenzivní péči, s vyšším odborným vzděláním, s vysokoškolským vzděláním 1. a 2. stupně)
- S 2 Prostředí:** místo zásahu zdravotnické záchranné služby
- S 3 Pomůcky:** Komunikaci s pozůstalými sestra/záchranář při sdělení náhlého úmrtí blízké osoby vhodně doplní předáním informační brožury Základní informace pro pozůstalé.
- S 4 Dokumentace:** Záznam o výjezdu - kolonka Poznámky

## **KRITÉRIA PROCESU:**

### **Sestra/záchranář v oblasti krizové komunikace**

- P 1** Zná zásady krizové komunikace
- P 2** Zná postup krizové komunikace

### **Povinnosti sestry/záchranáře před zahájením komunikace s pozůstalým**

- P 3** Před započítím komunikace sestra/záchranář pozůstalého poučí o možnosti poskytnutí psychosociální podpory a komunikace s ním.
- P 4** Psychosociální podporu a krizovou komunikaci sestra/záchranář vnímá jako okamžitou pomoc pozůstalým při sdělení náhlého úmrtí blízké osoby. Tyto aktivity je možné realizovat pouze se souhlasem pozůstalých.
- P 5** Vysloví-li pozůstalý souhlas, komunikace plynule pokračuje.
- P 6** Odmítne-li pozůstalý psychosociální podporu i možnost poskytnutí informací, sestra/záchranář nabídne pozůstalému informační brožuru - Základní informace pro pozůstalé.
- P 7** Sestra/záchranář průběžně sleduje reakce pozůstalého

## **Povinnosti sestry/záchranáře při vlastní komunikaci s pozůstalým**

**P 8** Při vedení komunikace s pozůstalým sestra/záchranář sleduje spolupráci pozůstalého.

**P 9** Sleduje psychosomatické projevy pozůstalého.

### **Provedení záznamu do dokumentace**

**P 10** Sestra /záchranář zaznamená poskytnutí či odmítnutí krizové komunikace a psychosociální podpory do Záznamu o výjezdu - kolonka Poznámky.

### **Sestra/záchranář v komunikaci**

**P 11** Pro navázání kontaktu a vytvoření důvěry vhodně pozdraví a představí se, uvede svoji roli a úkoly (*Pozůstalý získá pocit bezpečí, dojde k odplavení tenze.*).

**P 12** Řádně pozůstalého osloví, užívá slov „prosím“ a „děkuji“.

**P 13** Hovoří pomalu, komunikuje optimálně (verbální i nonverbální komunikace jsou v souladu), udržuje oční kontakt..

**P 14** Komunikuje empaticky, strukturovaně a jasně, lehce asertivně, reaguje na verbální i nonverbální projevy pozůstalého.

**P 15** Aktivně naslouchá, co pozůstalý potřebuje.

**P 16** Užívá prvky reflexe (*Příklad ...vaše utrpení se mne velmi dotýká...*).

**P 17** Vyhýbá se klišé (*Rozhodně neužívat například ...čas vše zahojí.... a podobně.*).

**P 18** Ovládá vlastní emoce (*Sestra/záchranář může reagovat, ale nesmí pozůstalého zahltit vlastními emočními reakcemi.*).

**P 19** Nesrovnává s jinými událostmi (*Nenabízí vlastní traumatické zkušenosti nebo příklady z okolí.*).

**P 20** Působí klidně, vysvětluje (*Pozůstalý se lépe cítí, pokud sestra/záchranář působí vlídně, vyrovnaně.*).

**P 21** Uvědomuje si svá zranitelná místa (*Učit se s nimi zacházet.*).

**P 22** Nebrzdí, nepotlačuje emoce pozůstalého (*Emoční reakce – pláč, naříkání, zloba – pomáhají vyrovnat se s událostí.*).

**P 23** Nedává pobídky na uklidňování a vzpomínání se (*To emoce pozůstalého zvyšuje a prohlubuje.*).

- P 24** Zrcadlí a potvrzuje emoce pozůstalého, vyjádří soustrast (*Například ...vidím , jak jste zdrcený..., - potvrzovat právo pozůstalého cítit to, co cítí například uvést každý by v takové situaci měl mnoho emocí..., Příklad ...vaše utrpení se mne velmi dotýká...*).
- P 25** V případě „ochromení“ podporuje schopnost pozůstalého vracet se do reality a orientovat se v ní, brání eventuálnímu poškození zdraví (*Opakovat,parafrázovat,rekapitulovat a spojovat fragmenty hovoru – dávat jim smysl. Dojde-li ke shrnutí emoční zploštělosti, energie je často věnována do myšlení.*).
- P 26** Vychází vstříc základním potřebám (*Nabízet a zajišťovat vodu, deku, klidné místo.*).
- P 27** Hlídá potíže s rovnováhou a neklid pozůstalého (*Posadit, podepřít – princip grounding „zemění“ – pevné půdy pod nohama*).
- P 28** Nabídne uklidňující fyzický kontakt (*Pokud pozůstalý dává signály, že si je přeje naklání se, hroutí se.*).
- P 29.** Vyhoví obejmutí (*Pokud je pozůstalý sám iniciuje a pokud je to pro sestru/záchranáře přijatelné. Nebo nabídnout to, co je pro sestru/záchranáře přijatelnější – stisk ruky podobně*).
- P 30** Potvrzuje bazální identitu a orientaci pozůstalého, pokud je zřejmé, že je dezorientován (*Ptát se na jména, odkud je, co se přihodilo*).
- P 31** Dopřeje prostor pro otázky.
- P 32** Předá Informační brožuru pro pozůstalé (*Vysvětlit, které informace zde pozůstalý může získat pro nejbližší úkony včetně informací o možné stresové reakci a obraně vůči ní*).

## **KRITÉRIA VÝSLEDKŮ**

- V 1** Sestra/záchranář pro vhodné vedení krizové komunikace s pozůstalým, svědkem náhlého úmrtí blízké osoby využívá komunikačních dovedností (zvýšení kvality a efektivity ošetrovatelské péče).

- V 2** Sestra/záchranář má znalosti o psychosomatických projevech akutní stresové reakce.
- V 3** Sestra/záchranář napomáhá vhodnou komunikací pozůstalému k orientaci v situaci při sdělení náhlého úmrtí blízké osoby.
- V 4** Sestra/záchranář uplatňuje krizovou komunikaci a aktivně nabízí psychosociální podporu pozůstalému při sdělení náhlého úmrtí blízké osoby.

### **AUDIT STANDARDU KRIZOVÉ KOMUNIKACE**

Vyhodnocení splnění standardu vedení krizové komunikace s pozůstalým při sdělení náhlého úmrtí blízké osoby u zdravotnické záchranné služby.

**Oddělení:**

**Auditoři:**

**Datum :**

#### **Metody auditu:**

- ◆ Kvalifikační předpoklady sestry/záchranáře v osobní dokumentaci
- ◆ Dotazy na zaměstnavatele
- ◆ Dotazy pro sestru/záchranáře
- ◆ Dotazy pro pozůstalé, rodinu
- ◆ Přímé pozorování pozůstalého/ sestry/záchranáře
- ◆ Přímé pozorování pracovního prostředí
- ◆ Kontrola pomůcek (dostupnost Informační brožury pro pozůstalé)
- ◆ Kontrola prostředí

S T R U K T U R A	Kód	Kontrolní kritéria	Metoda hodnocení	ANO	NE
	S 1	Krizovou komunikaci provádí: sestra/ záchranář (s úplným středním odborným vzděláním, všeobecná sestra se specializací v přednemocniční neodkladné péči, všeobecná sestra se specializací ošetrovatelské péče v anesteziologii, resuscitaci a intenzivní péči, s vyšším odborným vzděláním, s vysokoškolským vzděláním 1. a 2. stupně)?	Kontrola osobní dokumentace		
	S 2	Uplatňuje se krizová komunikace při sdělení náhlého úmrtí blízké osoby pozůstalým v místě zásahu zdravotnické záchranné služby?	Kontrola pracovního prostředí		
	S 3	Má sestra/záchranář připravenou potřebnou pomůcku ke komunikaci s pozůstalými při sdělení náhlého úmrtí blízké osoby (informační brožuru Základní informace pro pozůstalé)?	Kontrola pomůcky		
	S 4	Vede sestra/záchranář ošetrovatelskou dokumentaci Záznam o výjezdu?	Kontrola ošetrovatelské dokumentace		

	<b>Kód</b>	<b>Kontrolní kritéria</b>	<b>Metoda hodnocení</b>	<b>ANO</b>	<b>NE</b>
<b>P R O C E S</b>	<b>P 1</b>	Zná sestra/záchranář zásady krizové komunikace?	Otázka pro sestru/záchranáře, řízený rozhovor		
	<b>P 2</b>	Zná sestra/záchranář postup krizové komunikace?	Pozorování sestry/záchranáře, řízený rozhovor		
	<b>P 3</b>	Poučí sestra/záchranář před započítím komunikace pozůstalého o možnosti poskytnutí psychosociální podpory a komunikace?.	Pozorování sestry/záchranáře, pozůstalého		
	<b>P 4</b>	Vnímá sestra/záchranář krizovou komunikaci a psychosociální podporu jako okamžitou pomoc pozůstalým při sdělení náhlého úmrtí blízké osoby? Realizuje tyto aktivity pouze se souhlasem pozůstalých?	Pozorování sestry/záchranáře, pozůstalého		
	<b>P 5</b>	Respektuje sestra/záchranář vyslovení souhlasu pozůstalého s krizovou komunikací?	Pozorování sestry/záchranáře, pozůstalého		
	<b>P 6</b>	Nabídne sestra/záchranář při odmítnutí psychosociální podpory i možnosti poskytnutí informací pozůstalým informační brožuru Základní informace pro pozůstalé?	Otázka pro sestru/záchranáře, pozůstalého		
	<b>P 8</b>	Sleduje sestra/záchranář při vedení komunikace s pozůstalým spolupráci pozůstalého?	Pozorování sestry/záchranáře, pozůstalého		



<b>P R O C E S</b>	<b>P 9</b>	Sleduje sestra/záchranář psychosomatické projevy pozůstalého?	Pozorování sestry/záchranáře, pozůstalého		
	<b>P 10</b>	Zaznamená sestra /záchranář poskytnutí či odmítnutí krizové komunikace a psychosociální podpory do Záznamu o výjezdu?	Kontrola ošetrovatelské dokumentace		
	<b>P 11</b>	Pro navázání kontaktu a vytvoření důvěry sestra/záchranář vhodně pozdraví a představí se, uvede svoji roli a úkoly?	Pozorování sestry/záchranáře, pozůstalého		
	<b>P 12</b>	Osloví sestra/záchranář řádně pozůstalého, užívá slov „prosím“ a „děkuji“?	Pozorování sestry/záchranáře		
	<b>P 13</b>	Hovoří sestra/záchranář pomalu, komunikuje optimálně (verbální i nonverbální komunikace jsou v souladu), udržuje oční kontakt?	Pozorování sestry/záchranáře		
	<b>P 14</b>	Komunikuje sestra/záchranář empaticky, strukturovaně a jasně, lehce asertivně, reaguje na verbální i nonverbální projevy pozůstalého	Pozorování sestry/záchranáře, pozůstalého		
	<b>P 15</b>	Naslouchá sestra/záchranář aktivně potřebám pozůstalého?	Pozorování sestry/záchranáře, pozůstalého		
	<b>P 16</b>	Užívá sestra/záchranář prvky reflexe?	Pozorování sestry/záchranáře, pozůstalého		
	<b>P 17</b>	Vyhýbá se sestra/záchranář klišé?	Pozorování sestry/záchranáře, pozůstalého		

<b>P R O C E S</b>	<b>P 18</b>	Umí sestra/záchranář ovládat vlastní emoce?	Pozorování sestry/záchranáře		
	<b>P 19</b>	Nesrovnává sestra/záchranář s jinými událostmi?	Pozorování sestry/záchranáře, pozůstalého		
	<b>P 20</b>	Působí sestra/záchranář klidně, vysvětluje?	Pozorování sestry/záchranáře		
	<b>P 21</b>	Uvědomuje si sestra/záchranář svá zranitelná místa?	Otázka pro sestru/záchranáře, řízený rozhovor		
	<b>P 22</b>	Umí respektovat sestra/záchranář emoce pozůstalého?	Pozorování sestry/záchranáře, pozůstalého		
	<b>P 23</b>	Nedává sestra/záchranář pobídky na uklidňování a vzpomínání se?	Pozorování sestry/záchranáře, pozůstalého		
	<b>P 24</b>	Zrcadlí a potvrzuje sestra/záchranář emoce pozůstalého, vyjádří soustrast?	Pozorování sestry/záchranáře, pozůstalého		
	<b>P 25</b>	Pomáhá sestra/záchranář v případě „ochromení“ podporovat schopnost pozůstalého vracet se do reality a orientovat se v ní, brání eventuálnímu poškození zdraví?	Pozorování sestry/záchranáře, pozůstalého		
	<b>P 26</b>	Vychází sestra/záchranář vstříc základním potřebám pozůstalého?	Pozorování sestry/záchranáře, otázka pro pozůstalého		

<b>P R O C E S</b>	<b>P 27</b>	Hlídá sestra/záchranář potíže s rovnováhou a neklid pozůstalého?	Pozorování sestry/záchranáře, pozůstalého		
	<b>P 28</b>	Nabídne sestra/záchranář uklidňující fyzický kontakt?	Pozorování sestry/záchranáře, otázka pro pozůstalého		
	<b>P 29</b>	Umí sestra/záchranář vyhovět požadavku obejmutí?	Otázka pro sestru/záchranáře		
	<b>P 30</b>	Ví sestra/záchranář, že vhodné potvrzení bazální identity a orientace pozůstalého, pokud je zřejmé, že je dezorientován?	Otázka pro sestru/záchranáře, řízený rozhovor		
	<b>P 31</b>	Dává sestra/záchranář prostor pro otázky?	Otázka pro sestru/záchranáře		
	<b>P 32</b>	Předá sestra/záchranář Informační brožuru pro pozůstalé?	Otázka pro sestru/záchranáře		

	<b>Kód</b>	<b>Kontrolní kritéria</b>	<b>Metoda hodnocení</b>	<b>ANO</b>	<b>NE</b>
<b>V Ý S L E D K Y</b>	<b>V 1</b>	Využívá sestra/záchranář pro vhodné vedení krizové komunikace s pozůstalým, svědkem náhlého úmrtí blízké osoby komunikačních dovedností (pro zvýšení kvality a efektivity ošetrovatelské péče)?	Otázka pro sestru/záchranáře Pozorování sestry/záchranáře Kontrola ošetrovatelské dokumentace		
	<b>V 2</b>	Má sestra/záchranář znalosti o psychosomatických projevech akutní stresové reakce?	Otázka pro sestru/záchranáře Řízený rozhovor		
	<b>V 3</b>	Napomáhá sestra/záchranář vhodnou komunikací pozůstalému k orientaci v situaci při sdělení náhlého úmrtí blízké osoby.	Otázka pro sestru/záchranáře Pozůstalého		
	<b>V 4</b>	Uplatňuje sestra/záchranář krizovou komunikaci a aktivně nabízí psychosociální podporu pozůstalému při sdělení náhlého úmrtí blízké osoby?.	Otázka pro sestru/záchranáře Pozůstalého Kontrola ošetrovatelské dokumentace		

## **Přílohy**

### **Definice standardu krizové komunikace s pozůstalými**

Do krizové komunikace s pozůstalým náleží soucitné a srozumitelné sdělení lékaře výjezdového týmu záchranné služby o náhlém úmrtí blízké osoby pozůstalému. Standard krizové komunikace s pozůstalým při sdělení náhlého úmrtí blízké osoby řeší pouze Krizovou komunikaci ošetrovatelského personálu výjezdového týmu záchranné služby. SKKP vytváří podporu lékaře při sdělení této zprávy, ale zejména směřuje k vhodnému poskytování psychosociální podpory a pomoci pozůstalým včetně vedení potřebné bezprostřední komunikace s ním.

### **Vymezení vybraných pojmů**

*Psychosociální potřeby pozůstalých:* souhrn potřeb, které mohou pozůstalému bezprostředně po sdělení úmrtí blízké osoby ulehčit orientaci v dané situaci a navést na následné kroky v nejbližších dnech

*Sestra/záchranář:* rozumí se sestra a záchranář, kteří jsou členy ošetrovatelského personálu výjezdního týmu záchranné služby podle kvalifikačních předpokladů

### **Související předpisy**

Zákon č. 105/2011Sb., ze dne 25. března 2011, o nelékařských zdravotnických povoláních.

Zákon č. 372/2011Sb., ze dne 6. listopadu 2011, o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách).

Vyhláška č. 55/2011Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků

### **Použitá literatura**

BAŠTECKÁ, B. A KOL. Terénní a krizová práce. Praha: Grada, 2005,  
ISBN 978-80-247-6715-4

LINHARTOVÁ, V. Praktická komunikace v medicíně. Praha: Grada Publishing, 2007,  
ISBN 978-80-247-1784-5.

NÁRODNÍ AKREDITAČNÍ STANDARD ZDRAVOTNICKÝCH ZAŘÍZENÍ.

In: Www. szu.cz. Dostupné z:

[http://www.szu.cz/cekz/dokumenty/akreditace/nar\\_akredi\\_standardyZZ.pdf](http://www.szu.cz/cekz/dokumenty/akreditace/nar_akredi_standardyZZ.pdf)

VYMĚTAL, Š. Krizová komunikace a komunikace rizika. Praha: Grada 2009. 176 s.  
ISBN 978-80-247-2510-9