

Každodennost pracovníků zdravotnické záchranné služby – vyrovnávání se smrtí

Everyday Life of Employees of the Emergency Medical Service – Coming to Terms with Death

Mgr. Olga Nešporová, Ph.D.

Etnologický ústav Akademie věd České republiky, v. v. i., Na Florenci 3,
110 00 Praha, CZECH REPUBLIC

nesporova@eu.cas.cz

ORCID: 0000-0001-6506-9533

Abstract

The study examines how employees of the emergency medical service in the Czech Republic come to terms with death and crisis situations. It is based on oral history research and focuses on the everyday practice and experience of emergency medical service staff – physicians, nurses, drivers, and paramedics. It presents an actor's perspective on death and deals with the early period of the modern emergency medical service, from the 1970s to the early twenty-first century. The article provides an overview of the attitudes towards death held by paramedics, but it primarily focuses on the strategies they have adopted to be able to cope psychologically with extreme situations and with patients' deaths. The article also explores which cases emergency medical service employees consider the most difficult, as well as what they think and do in relation to their own psychological hygiene.

Key words

Emergency medical service – death – oral history – psychological hygiene – paramedic – physician – trauma

Acknowledgement / Funding

Tato studie je výstupem projektu č. 410/23-05753S *Minuty mezi životem a smrtí: Proměny zdravotnické záchranné služby a profesní identita jejích zaměstnanců v českých zemích 1952-2003*. podpořeného Grantovou agenturou České republiky, jehož řešitelem je Ústav pro soudobé dějiny AV ČR, v. v. i., a spoluřešitelem Etnologický ústav AV ČR, v. v. i.

Práce personálu zdravotnické záchranné služby je v mnohém velmi náročná. Vyžaduje rychlou akci, ale často zároveň maximální soustředěnost v okamžiku zásahu, schopnost rychlého a správného rozhodování, nechybování, a to za okolností, které se liší. K tomu mnohdy přispívá i nedostatek potřebných informací o pacientovi. Oproti práci v nemocnici za stabilních podmínek, uspořádání a příslušné zdravotní dokumentace o pacientovi je to práce s vyšší mírou nevyzpytatelnosti. Noční směny jsou rovněž náročné pro lidský organismus, „záchranáři“¹ při nich musí podávat kvalitní výkony, a pokud je to potřeba, musí fungovat stejně dobře jako ve dne. Jako zátěžové lze rozhodně vnímat setkávání se se smrtí. Záchranáři jsou těmi, kdo ji dokážou odvrátit, anebo také ne.

Z povahy věci je setkání se smrtí a řešení dalších krizových situací a situací ohrožujících život běžnou součástí práce zdravotnických záchranářů. Primárním účelem zdravotnické záchranné pomoci, která se na území České republiky jakožto rychlá lékařská pomoc plošně etablovala v 70. letech 20. století, byly právě výjezdy k pacientům v ohrožení života a po těžkých úrazech. Mezi nejčastější stavy bezprostředně ohrožující život patří poruchy základních životních funkcí, tedy poruchy vědomí, dýchání a krevního oběhu. Rovněž mnohé úrazy vyžadují rychlé lékařské ošetření, jinak by vedly ke smrti nebo trvalému poškození zdraví. Tyto úlohy záchranné službě zůstaly, i když je pravda, že dnes vyjíždí sice častěji, ale mnohokrát těž k méně závažným případům.² Záchranáři při své práci zažívají i neúspěchy, když se život nepodaří zachránit. Setkávání se zátěžovými situacemi, které mají vliv na jejich psychiku, je zhruba pro třetinu z nich běžné téměř při každé službě, další třetina se do takových situací dostává každý týden.³

Na úvod považuji za nezbytné připomenout širší kontext přistupování ke smrti v moderních společnostech. Tento základní rámec totiž ovlivňuje všechny, včetně zdravotníků. Udává způsob, jak sami na smrt reagují i jak se od nich očekává, že mají reagovat, když zachraňují pacienty nebo řeší smrt s jejich blízkými. Mnozí

1 Termín záchranáři zde užívám jako synonymum pro personál zdravotnické záchranné služby, zahrnuje všechny členy výjezdové posádky (lékař, zdravotní sestra, záchranář, řidič) a dispečery.

2 HLAVÁČEK, Jiří – ZÁVADOVÁ, Irena: Institucionální vývoj přednemocniční neodkladné péče v českých zemích (1792–2003): od dobrovolných záchranných spolků ke zdravotnické záchranné službě. *Historická demografie* 48, 2024, č. 2, s. 175–178; URBÁNEK, Pavel: Pohled důchodce – „Když si nikdo nestěžuje, je něco špatně!“ *Urgentní medicína* 27, 2024, č. 2–3, s. 39; ŠEBLOVÁ, Jana: Úvodní slovo. *Urgentní medicína* 21, 2018, č. 4, s. 3.

3 Podílý pocházejí ze zjištění kvantitativního výzkumu realizovaného v roce 2016 mezi členy Integrovaného záchranného systému (IZS). Šetření sledovalo četnost setkávání se respondentů při výkonu povolání s mimořádnou událostí, která má výrazný vliv na jejich psychiku. Pracovníci Zdravotnické záchranné služby vykazovali nejvyšší četnosti v kategoriích „téměř každou službu“ a „jednou za týden“, výrazně tím převyšovali jak dotazované příslušníky Hasičského záchranného systému ČR, tak příslušníky Policie ČR. RALBOVSKÁ, Dana Rebeka – ŠÍN, Robin – RALBOVSKÁ, Denisa Charlotte: Vliv psychické zátěže u členů Integrovaného záchranného systému. *Urgentní medicína* 20, 2017, č. 3, s. 33. Přímý dotaz na setkávání se smrtí sice položen nebyl, nicméně je jasné, že právě pracovníci Zdravotnické záchranné služby se s ní v porovnání s dalšími aktéry IZS setkávají nejčastěji.



Obr. 1. Transport pacienta. Jižní Čechy, počátek 90. let 20. století. Archiv ZZS Jihočeského kraje.

historici a společenští vědci upozorňovali na to, že smrt se v moderních společnostech v průběhu 20. století postupně stala skrývaným, až tabuizovaným tématem.⁴ Souviselo to s dalšími proměnami i s tím, že ve vyspělých zemích již v 19. století (a u nás až ve 20. století) významně poklesla úmrtnost. Lidé se tak se smrtí setkávali výrazně méně často a podle některých autorů byla smrt vědomě zakrývaná i proto, že si nechtěli připomínat četná úmrtí, ke kterým došlo ve dvou světových válkách.⁵ Paralelně s tím došlo i k dalším změnám a autoritu nad smrtí převzali od duchovních lékaři.⁶ Zatímco smrt v tradičních společnos-

4 ARIÈS, Philippe: *Dějiny smrti*. I., II. Praha: Argo, 2000; ARIÈS, Philippe: *Western Attitudes toward Death: From Middle Ages to the Present*. Baltimore and London: The Johns Hopkins University Press, 1976; JUPP, Peter C. – WALTER, Tony. *The Healthy Society*: 1918–98. In: Jupp, Peter C. – Gittings, Clare (eds.): *Death in England*. Manchester: Manchester University Press 1999, s. 256–282; WALTER, Tony: *The Revival of Death*. London: Routledge, 2002.

5 JUPP, Peter C. – WALTER, Tony: *The Healthy Society*, c. d., s. 256–261. Katherine Merridale zase vysvětlovala vytěsnění tématu smrti z veřejného prostoru na příkladu Ruska tím, že lidé si nechtěli připomínat válečné hrůzy a rovněž úmrtí v gulazích. MERRIDALE, Catherine: *Night of Stone. Death and Memory in Russia*. London: Granta Books, 2000.

6 Na tyto proměny upozornil WALTER, Tony: *The Revival of Death*, c. d.

tech byla častá, nevyzpytatelná a lidé ji považovali za nevyhnutelnou, francouzský historik Ariès ji označoval za „ochočenou“,⁷ v moderních společnostech se nejen podle něj⁸ stala „divokou“, protože zmizely tradiční náboženské obřady, kterými byla dříve tišena. Lékaři se smrtí bojovali sice někdy úspěšně, ale pokud ne, neměli na rozdíl od duchovních již žádné prostředky, jak její nezvratnost překonat. Navíc svědčila o jejich neúspěchu, což je považováno za jeden z hlavních důvodů pro její vytěšňování.⁹ Někteří autoři hovoří dokonce o její tabuizaci, která byla pro druhou polovinu 20. století typická i u nás.¹⁰

Jak ke smrti přistupují zdravotničtí záchranáři? Jaké k ní zauímají postoje a jak se s ní vyrovnávají? K zodpovězení těchto otázek využijeme orálněhistorický výzkum zaměřený na každodenní praxi pracovníků záchranné služby na území České republiky. S narátory jsme hovořili především o jejich minulých zkušenostech, časově tak budu referovat zejména o období konce 20. století a počátku 21. století. Článek je členěn do několika základních oddílů. První zahrnuje úvod a popis výzkumu, následuje podkapitola věnovaná postojům ke smrti, třetí část se zaměřuje na konkrétní postupy vyrovnávání se smrtí pacienta; poslední oddíl je pak věnován psychohygieně a tomu, jak ji záchranáři ve svém životě uplatňují, byť by oni sami tento termín nepoužili. Závěr pak stručně shrnuje základní zjištění ve sledované oblasti.

O výzkumu

Studie je založena na výzkumu sestávajícím se z orálněhistorických rozhovorů s pracovníky zdravotnické záchranné služby, který byl realizován v letech 2023 až 2024. Rozhovory s minulými i současnými pracovníky záchranné služby nám poskytly unikátní data, která umožňují sledovat každodennost a přístupy, které nejsou jinak dobře zachytitelné například v archivních datech. Mým cílem bylo propojit tento přístup s přístupem fenomenologickým a podtrhnout pohledy a zkušenosti respondentů a jejich názory na určité jevy. V sociální antropologii se jedná o pohled aktéra, tedy pohled emický.

Hlubkové rozhovory jsme vedli s aktuálními a bývalými pracovníky záchranné služby, kteří zastupovali různé profesní role, včetně lékařů (36), zdravotních sester (33), vedoucích pracovníků (22), řidičů (18), dispečerů (14), administrativních pracovníků (3) a techniků (1). Mnoho narátorů mělo dvě role, někteří

7 ARIÈS, Philippe: *Dějiny smrti*, c. d.; ARIÈS, Philippe: *Western Attitudes toward Death: From Middle Ages to the Present*, c. d.

8 Podobně líčil smrt v moderních společnostech WALTER, Tony: *The Revival of Death*, c. d, s. 18–22, 47–56, 185–186 nebo ELIAS, Norbert: *O osamělosti umírajících v našich dnech*. Praha: Nakladatelství Franze Kafky, 1998.

9 WALTER, Tony: *The Revival of Death*, c. d.; WALTER, Tony: Modern death: taboo or not taboo? *Sociology* 25, 1991, č. 2, s. 293–310.

10 PŘÍDALOVÁ, Marie: Proč je moderní smrt tabu? *Sociologický časopis* 34, 1998, č. 3, s. 347–361.

i více. Lékaři obvykle zastávali také vedoucí manažerské pozice, dotazovaní muži často pracovali zároveň jako řidiči a zdravotní sestry, protože byli postupem času nuceni dodělat si vyšší vzdělání, když chtěli poskytovat záchrannou pomoc. Zdravotní sestry ženy často pracovaly jak v terénu na výjezdech, tak na dispečerských stanicích. Účelový výběr participantů výzkumu měl za cíl zachytit různé perspektivy v rámci záchranné služby. Nejenomže narátory působili na různých pozicích, ale rovněž pocházeli z různých částí České republiky. Celkem jsme hovořili s 81 narátory, z nichž bylo 29 žen. Tato disproporce v zásadě odpovídá reálnému zastoupení, protože v porovnání s muži sloužily ženy u záchranné služby méně často.

Všechny rozhovory byly vedeny osobně, aby byla atmosféra příjemnější a uvolněnější, posílila se vzájemná důvěra a podpořilo se sdílení zkušeností. Rozhovory byly individuální¹¹ a vedlo je celkem pět tazatelů. Většina rozhovorů (71) přitom byla realizovaná jedním ze dvou tazatelů.¹² Rozhovory se konaly v různých prostředích, nejčastěji v domácnostech participantů, restauracích nebo na pracovištích, podle jejich preferencí. Délka rozhovorů se značně lišila, od 20 minut do čtyř a půl hodiny, přičemž průměrný rozhovor trval jednu hodinu a 46 minut. Všechny rozhovory byly nahrány a následně přepsány, u 17 přepisů byla na základě přání narátorů provedena autorizace.¹³ Od všech 81 účastníků byl získán písemný informovaný souhlas, čímž byla zajištěna etická shoda a posílena transparentnost výzkumného procesu. Data jsou uložena v archivu Ústavu soudobých dějin AV ČR a v archivu Ústavu etnologie AV ČR.¹⁴

Analýza dat byla provedena s pomocí softwaru ATLAS.ti, který byl použit ke kódování přepisů rozhovorů a pro lepší správu a organizaci rozsáhlého shromážděného materiálu. Zejména bylo použito otevřené tematické kódování, kódování pomocí vyhledávání klíčových slov a následná kategorizace. Veškerá analýza byla pouze kvalitativní, kvantitativní metody nebyly použity. Vzhledem k povaze a rozmanitosti materiálu z rozhovorů byly všechny úryvky týkající se smrti, umírání a resuscitace znovu pročitány a porovnávány s ohledem na postavení mluvčího. To umožnilo jejich vzájemné srovnání a vymezení hlavních vzorců a přístupů, které jsou ve studii prezentovány.

11 S výjimkou dvou případů, v jednom byly přítomné dvě tazatelky, ve druhém dvě narátorky.

12 Nejvíce rozhovorů realizovali Jiří Hlaváček (49) a Olga Nešporová (22).

13 Pokud narátor požádal o autorizaci, ale následně ji neučinil (9 rozhovorů), informace z rozhovoru jsme sice analyzovali, ale neuvádíme přímé citace z těchto rozhovorů.

14 V souladu s etickými pravidly projektu jsou data v současné době přístupná pouze vědecké veřejnosti v Ústavu soudobých dějin AV ČR, který je hlavním řešitelem výzkumného projektu a všechna je shromažďuje. V archivu Etnologického ústavu AV ČR jsou uložena pouze data z rozhovorů vedených Olgou Nešporovou a nejsou veřejnosti přístupná.

Postoje ke smrti

Postoje ke smrti nejsou mezi záchranáři rozhodně jednotné. Výzkum ukázal, že se liší i podle věku a délky praxe, a lze tedy říci, že se v průběhu života proměňují. Mnozí starší záchranáři a záchranářky zmínili, že smrt ve starším věku vnímají jinak s tím, jak se i ta jejich blíží. Do určité míry platí, že s ní méně bojují a mají k ní větší respekt. Přístupují k ní zpravidla citlivěji, protože si intenzivněji než v době svého mládí uvědomují vlastní smrtelnost. Spíše než o smrti samotné přemýšlejí o umírání, protože jak uváděli, znají všechny možné způsoby, jak lze zemřít, a ví, jak by sami zemřít nechtěli. Z rozhovorů vyplynulo, že mladí záchranáři mají v porovnání se staršími kolegy větší tendenci smrt negovat. Nemusí to být obecné, ale profesně mladší záchranář bude spíše zachraňovat lidský život za každou cenu, zatímco ten starší, který už má mnohem více zkušeností, se spíše rozhodne, že resuscitace v určitém případě není dobrou volbou. Seniorní lékař nebo lékařka bude rozvažovat další okolnosti a zachraňovat život člověka především tehdy, pokud je nějaká naděje na další hodnotný život. Stejná osoba by se v juniornější pozici pravděpodobně rozhodovala trochu jinak a záchrana života by pro ni byla významnější, důležitější a přednější, a to bez ohledu na další konsekvence.

Více než smrt samotná jsou důležitější další okolnosti. I záchranáři vnímají jinak smrt starého člověka a smrt dítěte. Jedna ze zdravotních sester pracujících u záchranné služby od poloviny 80. let 20. století v rozhovoru zdůraznila právě ony rozdílné okolnosti: *„Já vám to řeknu asi takhle. Je smrt a smrt. Jo? Smrt dítěte hrozné, strašné; smrt nemocného starého člověka vysvobození a, já nevím, jak bych to řekla. Jako u dětí to je špatné, pokud to není opravdu nějaké hodně těžce nemocné dítě. Říkám, u těch starých, pokud už ten věk je opravdu vysoký a vidíte, že ten člověk leží, pomalu už ani nevnímá, neví, tak to беру jako vysvobození pro něj i pro tu rodinu.“*¹⁵ Další sociální okolnosti tedy byly pro setkání se smrtí zatěžující. Mnozí záchranáři se zmínili, že právě smrt dětí je pro ně tím, s čím se nejhůře vyrovnávají. Na těžce raněná či mrtvá těla se dá zvyknout a je to nezbytné, pokud je chtějí ošetřovat. Záchranáři se ovšem musí umět vyrovnat i s dalšími okolnostmi a sociálními konsekvencemi, a to je právě to, co je těžké. To, co budí negativní emoce a musí být překonáváno.

Jak se svěřil jeden ze seniorních lékařů: *„smrt je součást života, s ní to končí. Ta smrt spíše se týká [živých], těm mrtvým už je to jedno“*.¹⁶ Úkolem lékaře pak je stanovit příčinu úmrtí a vypsát úmrtní list, což je rutina, na kterou jsou lékaři

15 Rozhovor (ZZS-075) ze dne 24. 5. 2024 se zdravotní sestrou a dispečerkou působící ve zdravotnické záchranné službě ve Východočeském kraji od poloviny 80. let 20. století. Vzhledem k historickému zaměření výzkumu používáme staré krajské členění z let 1960–2000.

16 Rozhovor (ZZS-070) ze dne 18. 4. 2024 s lékařem působícím ve zdravotnické záchranné službě Středočeského kraje od konce 90. let 20. století.

zvyklí, a nemají velké problémy s tím, aby ji zvládli. Co ale může být obtížnější a náročnější, je komunikace s rodinou: „[...] vysvětlit to té rodině a předat té rodině, že vlastně pro toho člověka buď je to jakoby vysvobození, když jsou to nějaké ty nevyléčitelné stavy, nebo aby se s tím ta rodina smířila, tak to je na tom to nejsložitější.“¹⁷

Na druhou stranu mohou být častá setkání se smrtí určitým způsobem pro smýšlení člověka i prospěšná. Alespoň se o tom zmínil jeden z lékařů, který upozornil na to, že práce u záchranné služby vlastně změnila celý jeho pohled na život v tom smyslu, že si jej víc váží a dokáže rozlišit důležité věci od malichernosti: „[...] normální člověk možná vidí jednoho, dva mrtvé za celý svůj život. Vy to vidíte na záchranné službě možná i za den, takže určitě vám to změnilo životní priority a řekl bych, že se naučíte velice rychle rozlišovat, co je v tom životě podstatné a co je takové to, řekněme, odložitelné nebo v uvozovkách možná víc balastní.“¹⁸ Přestože je tedy setkání se smrtí náročné a zatěžující, zvláště pokud jsou okolnosti dramatické nebo zemře dítě či mladý člověk, lze i taková setkání přerámovat tak, aby člověku pomohla v osobním životě. Takový postoj lze zároveň vnímat jako jeden ze způsobů, jak se s krizovými situacemi u záchranné služby vyrovnávat. Jedná se o určitý životní nadsled, který si lékaři i další pracovníci záchranné služby musí vytvořit, aby svoji profesi mohli vykonávat.

I ti nejzkušenější nicméně připouštěli, že je setkání se smrtí stále nějakým způsobem ovlivňuje, byť jsou si vědomi, že je nezbytnou součástí života: „K životu patří smrt stejně jako zrození, je to naprosto přirozená záležitost. Pokud zemřel člověk ve věku nebo na nějaké závažné choroby ve věku, ano, je to smrt, je to smutné, ale takový je život. Pokud zemře mladý člověk při nehodě, promiňte mi, a je na s***u, tak to s váma zamává.“¹⁹

Postupy vyrovnávání se se smrtí pacienta

Vyrovnat se se smrtí ve společnosti, kde smrt není tak častá a je spíše zakrývána, než že by se o ní hovořilo, nemusí být lehkým úkolem. Zdravotníci pracující na záchranné službě jsou těmi, kteří jsou schopni smrt oddalovat, nicméně když nastane, musí se s jejím příchodem vyrovnat. Pokud toho nejsou schopni, není reálné, aby takovou práci delší dobu vykonávali. My jsme rozhovory vedli především s těmi, kteří na „záchrance“ pracovali dlouhodobě a s touto prací se identifikovali, lze je považovat za ty, kterým se to povedlo. Způsoby, jak to činili, byly různé, ale některé styčné body se objevovaly u mnoha z nich.

¹⁷ Tamtéž.

¹⁸ Rozhovor (ZZS-016) ze dne 4. 4. 2023 s lékařem působícím u zdravotnické záchranné služby ve Středočeském a Severomoravském kraji od počátku 90. let 20. století.

¹⁹ Rozhovor (ZZS-045) ze dne 8. 8. 2023 s lékařem působícím ve zdravotnické záchranné službě Severočeského kraje od počátku 90. let 20. století.

Především je nezbytné rozlišit dvě roviny. První rovina zahrnuje akci, tedy schopnost rychlého zásahu, rozhodování a konání v krizové situaci, včetně takových, které jsou na první pohled pro nezkušeného člověka traumatizující. Druhá rovina spočívá ve schopnosti smířit se s neúspěchem, v daném případě se ztrátou života pacienta. Pro obě roviny používají záchranáři zpravidla jiné strategie zvládání, které mohou být více či méně propojené. Často souvisí s jejich celkovými postoji ke smrti a s typem osobnosti. Setkávání se smrtí nějak formuje náhled na ni, podle mnohých však nikoliv tak, že by si na ni člověk plně zvykl a nebral ji vážně. Mnozí narátoři v rozhovorech zmínili, že plně přijímat lze smrt starého člověka, ale nikoliv úmrtí mladých lidí a dětí. Nad tím nelze „jen mávnout rukou“, to zkrátka nejde.

Řada dotazovaných se v rozhovoru zmínila, že má ke smrti respekt. Tento postoj jim vlastně zároveň umožňuje vyrovnat se například s neúspěšnou resuscitací. Uvědomují si, že jako zdravotníci mohou do osudu zasáhnout, ale současně i to, že to někdy není v jejich silách. Zároveň se snaží vyhýbat situacím, kdy by mohli sami sebe obvinít z toho, že pro pacienta neudělali dostatek, a zapříčinili tak jeho smrt. Zmínila se o tom sestra pracující u záchranné služby již od 70. let 20. století. „Vždycky je to velký respekt [ke smrti]. Velký respekt a víte dobře, že to máte teď prostě v ruce, mnohdy, ne vždycky, že jo, někdy přijedete pozdě, někdy prostě to není tak závažné a tak dále. Ale víte, že uděláte pro toho člověka, a je to jedno, jestli je mu 80 nebo pět měsíců, to, co ve vás je a co udělat musíte a kolikrát děláte mnohem víc a přijde ten doktor a rve vás pryč od toho člověka – nech toho, už toho nech. A já furt si říkám – ne, ještě se mi zdálo, že by mohl [žít], jo? Ten předěl mezi životem a smrtí je miniaturní, že jo. Ani ne těch pět minut, jak se říká, kolikrát to je mnohem míň. A když neuděláte to, co máte, nebo přijedete pozdě, tak víte dobře, že jste to zavinil, je to špatné.“²⁰

Udělat pro daného člověka maximum v první rovině při zásahu je jednou ze strategií, která pomáhá i v rovině druhé, o čemž bude pojednáno níže.

Pokud zůstaneme ještě u roviny první, můžeme konstatovat, že mnozí z dotazovaných záchranářů a lékařů v rozhovorech uvedli, že v okamžiku zásahu jednají do značné míry automatizovaně a tak, aby nevnímali emoce, které by mohly paralyzovat jejich počínání. Jedná se v zásadě o profesionalitu a připravenost zasáhnout. Jeden z lékařů pro ilustraci připomněl vlastní zkušenost, kdy se na dovolené nečekaně setkal s traumatickým krvácivým poraněním, kdy byl dotyčný odnášen na nosítkách týmem záchranářů. Připustil, že ho to velmi překvapilo včetně toho, že nebyl úplně ve stavu, aby mohl takového člověka ošetřit. Vysvětloval to tím, že nebyl na danou situaci připravený a nepočítal s ní. Naproti tomu v práci, když jede na výjezd, se už cestou psychicky připravuje na situaci,

20 Rozhovor (ZZZ-067) ze dne 8. 4. 2024 se zdravotní sestrou působící u záchranné služby na území Západočeského kraje od konce 70. let 20. století do počátku 20. let 21. století.

kteřou bude muset řešit a nedělá mu problém zasáhnout. Někteří to nazývali otupením, jiní obrněním či rutinou. Šlo o zvyk rychle reagovat a konat ve vypjatých situacích.

Jeden ze způsobů, jak sebe i ostatní uvést do akceschopného stavu, zahrnoval využití humoru. Suchý humor pomáhal odlehčit situaci i pro členy posádky. Na to v rozhovoru vzpomínal jeden z řidičů záchranářů, kterému zpočátku tento přístup ze strany lékaře připadal nevhodný. Později jej však také přijal jako účinný prostředek, jak si zachovat klidnou hlavu v zátěžových situacích: *„A já jsem za ním pak [po výjezdu] šel a říkám – pane doktore, můžu se vás na něco zeptat? Jo, jo, co by tě zajímalo? Já povídám – no mně se nelibil ten váš humor, nad člověkem, který umírá nebo je mrtvý a my ho tam resuscitujeme, tak mně přijde tohleto jako nemístné, tenhle humor. A on tak na mě koukal a povídá – popovídáme si o tom za pár let, až budeš mít nějaké za sebou ty své [mrtvé], tak pak si o tom promluvíme. Tam pochopíš, že když to neodlehčíš, tak ti lidé nebudou dělat, co budeš chtít, ale místo defibrilátoru ti klidně dovezou odsávačku a pak je to v p***li. Tehdy mi to takhle vysvětlil. Pak jsme si potykali, kamarádíme se dodneška a já jsem mu musel mnohokrát dát za pravdu [...] je to naše obrana proti tomu, co se děje, protože prostě musíte být v nějakém jiném módu než v tom, že se budete litovat, nebo jeho budete litovat, nebo budete prožívat to okolo, co prožívá ta rodina.“²¹*

Schopnost rozvážně a rychle jednat se samozřejmě zvyšuje s délkou praxe. To někteří starší řidiči i lékaři zmiňovali, když vzpomínali na výjezdy zhruba z 80. let 20. století s lékaři, pro které byla služba na záchrance ne příliš vítanou povinností k práci v nemocnici. Problém to byl zejména u těch, kteří třeba neuměli „zaintubovat“²² pacienta, protože to běžně ve své zdravotní praxi praktického lékaře či pediatra neprováděli. Intubaci běžně a rutině provádí anesteziologové, proto se právě z nich lékaři záchranné služby v 70. a 80. letech 20. století nejčastěji rekrutovali.

Za obtížné považovalo hodně lékařů i zdravotníků ošetřování dětí v ohrožení života, případně výjezdy k mrtvým dětem. Jednak to bylo psychicky náročné, jednak tělo dítěte vyžaduje odlišné zacházení v porovnání s dospělým tělem. Není-li tedy člověk pediatr, může pro něj být zachraňování dítěte nesnadné. Rovněž i proto, že se s ním nesetkává tak často. Obtížnější však je i následná psychická rekonvalescence po nezdařeném zásahu, když dítě zemře. S tím se

21 Rozhovor (ZZS-053) ze dne 12. 10. 2023 s řidičem, zdravotní „sestrou“ a dispečerem působícími v záchranné službě Jihomoravského a Východočeského kraje od konce 80. let 20. století.

22 Provedení endotracheální intubace je používáno pro zajištění umělého dýchání a zabránění aspirace (vniknutí žaludečních šťáv do dýchacích cest). Je tedy prostředkem proti udušení pacienta. Vyžaduje zavedení tracheální rourky (endotracheální trubice, kanyly) přes ústa či nos, hrtan, hlasivky až do průdušnice. Při nesprávném provedení hrozí mechanické poškození tkání, perforace jícnu, hltanu nebo průdušnice a pneumothorax následovaný částečným nebo plným kolapsem plic.

v rozhovorech svěřilo mnoho narátorů. Řidič pracující u záchranky čtyři deseti let se svěřil s vlastními pocity: *„To mi dělalo teda celou moji kariéru [problém] – dítě. Jako – jedeme k dítěti. Já říkám – ty jo. Vidíte to dítě, má život před sebou. Takhle když jedete k dospělému, tak řeknete – no je 23, ale už si něco užil na tom světě. Ale to dítě nic.“*²³

Podobně se jeden z lékařů zmínil o náhlých úmrtích novorozence jako o svých nejhorších případech, kde nemohl pomoci a cítil bezmoc: *„Já třeba za nejhorší považuji náhlé úmrtí novorozence. To jsem měl tři ve své praxi. A to je prostě věc, na kterou si nemůžu nikdy říct, že se všechno udělalo, jak se mělo, protože nikdo neví, proč to je, že jo, ale hlavně to dítě zemře, aniž by to ta maminka věděla. To znamená, my tam třeba přijedeme k dítěti, které je hodinu mrtvé. Co tam my můžeme dělat, že jo? Nic. Jenom té mamince šetrně říct...“*²⁴ Z této výpovědi je patrný i velmi častý postup, jak se lékaři a další personál záchranné služby se smrtí pacienta vyrovnávají. Jedná se o strategii udělat maximum možného, ale pokud život zachránit nelze, nebrat si to jako osobní selhání, ale považovat to do jisté míry za přirozený děj či nutnost. Zachovat si odstup nejen v době zákroku, ale pokud možno i po něm. Někteří z dotazovaných tvrdili, že se jim postupem času podařilo vypěstovat si takový odstup, a to nakonec i v souvislosti s úmrtím dětí. Jiní to naopak popírali.

To, co dávalo personálu „záchraneč“ sílu překonávat smrt, nebyly výjezdy k pacientům, kteří zemřeli nebo byli mrtví už v okamžiku, kdy na místo dorazili. Byly to naopak výjezdy, kde se život člověka zcela jednoznačně jejich zásahem podařilo zachránit. Svoji roli v tom patrně má i adrenalin, který se při takovém zásahu vyplavuje, a radost, která nastává, pokud je výsledek pozitivní a resuscitace úspěšná. Případy, kdy člověk díky poskytnuté pomoci pokračuje v životě ke spokojenosti svojí i jeho okolí. Radost, která takový výsledek doprovází, pomáhá vyrovnat se s případy, kde se to navzdory veškeré snaze a úsilí nepodařilo.

Případy, kdy se podaří někomu pomoci, nebo dokonce zachránit lidský život, potvrzují, že jejich práce má smysl a zároveň jim pomáhá smířit se s těmi neúspěšnými. Zmínil se o tom jeden z řidičů. I on zároveň upozornil na skutečnost, že neúspěšné zásahy zejména u dětí se překonávají poměrně obtížně, zvláště zpočátku: *„Je fakt, že u prvního výjezdu, který jsem měl na záchrance, tak to bylo sražené dítě někde tady za [název města], tak jsem měl, protože to nedopadlo dobře, tak jsem měl chuť toho nechat. A když tuto člověk překonal, tak pak už se mu to líbí a zůstane u toho. Je to adrenalin prostě. A když pak někde se povede nějaká resuscitace nebo z bouračky někoho [zachránit], tak vás to*

23 Rozhovor (ZZS-058) ze dne 24. 11. 2023 s řidičem a vedoucím dopravy působícím u záchranné služby v bývalém Severočeském kraji od konce 70. let 20. století.

24 Rozhovor (ZZS-026) ze dne 16. 5. 2023 s vedoucím lékařem působícím u záchranné služby ve Východočeském kraji od počátku 80. let 20. století.

nabije a prostě člověk jede dál, zase i překlene potom nějaké tyhle ty běžné výjezdy a tuhle to mu pomůže potom dělat dál. To je fakt, to pomůže, no, to nabije člověka."²⁵

I práce u záchranné služby má svůj vývoj a přistupování ke smrti se proměňuje v závislosti na době strávené v zaměstnání a v souvislosti se stárnutím člověka. Záchranáři si díky praxi v terénu postupně budují lepší znalosti a získávají větší zkušenosti i odstup k tomu, s čím se v terénu setkávají. Navíc, jak upozornili někteří nárátoři, i zkušenost se smrtí ve vlastní rodině nebo mezi blízkými lidmi proměňuje práci záchranáře, protože může rozvinout jeho empatii a schopnost lépe naplňovat potřeby rodiny a blízkých, takže se mohou zlepšit měkké dovednosti potřebné pro komunikaci s rodinou o úmrtí.

Vedle již zmíněných strategií vyrovnávání se se smrtí vynikla v rozhovorech ještě jedna, a sice přehodnocení události a přesvědčení se o poskytnutí náležitě pomoci. Výsledkem evaluace bylo zjištění, že vše bylo provedeno, jak mělo být. Následně pak již cílené nepřemýšlení o okolnostech úmrtí. Jak mnozí dotazovaní uvedli, jde o to, uzavřít si daný případ ve vlastní mysli a nevracet se k němu. To se ve většině případů daří, problematické jsou v tomto ohledu především právě zmíněná úmrtí dětí. U dospělých se tento přístup uplatňuje lépe. Na tom se v rozhovoru shodly dvě zdravotní sestry pracující u záchranné služby již od 70. let 20. století: „Dokázala jsem to, dokázala jsem to nevnímat. Jo? Prostě jako takhle, nepustit si to do hlavy. Makám, makám, makám, ale prostě jdu a jdu od sud. Pak přemýšlím, jestli jsem třeba něco udělala... jestli jsem udělala všechno, co jsem měla, jestli jsem něco nepodělala, neopomněla. A pak to takhle řeknu – ne, je to v pořádku, udělala jsi [všechno]. A už to dál nepouštím, protože to by se člověk z toho [...]“²⁶ Ta druhá ji přizvukovala: „Musíte, musíte to vytěsnit, protože jinak byste se zbláznil, za ta léta těch úmrtí byly tisíce.“²⁷ První sestra ještě upřesnila, jak to vyrovnání v její mysli funguje. Předně se snaží zapomenout a nemyslet na daný nespěšný zásah končící smrtí. Jak řekla: „Snažit se to netahat domů.“²⁸

Jeden z řidičů se vymezil vůči nabízenému konceptu otupění při setkání se smrtí. Smrt tak ani po letech není pro mnohé záchranáře něco, na co by si vždy a za všech okolností zvykli. Respekt k ní mnohým zůstane a sociální okolnosti je dojmají. Nesmí to však být tak, aby je paralyzovaly v jednání a následně aby jim znemožnily žít běžný osobní život. Stejný řidič tvrdil, že přestože si mnozí lékaři, řidiči a záchranáři budují image tvrdých mužů, na které okolnosti nijak nepůsobí,

25 Rozhovor (ZZS-071) ze dne 25. 4. 2024 s řidičem a zdravotní sestrou působícími v bývalém Západočeském kraji od počátku 90. let 20. století.

26 Rozhovor (ZZS-066) ze dne 8. 4. 2024 se zdravotní sestrou působící u záchranné služby na území Západočeského kraje od konce 70. let 20. století do počátku 20. let 21. století.

27 Rozhovor (ZZS-067), c. d.

28 Rozhovor (ZZS-066), c. d.

zpravidla tomu tak není a tragické případy je ve skutečnosti poznamenávají. Jako příklad zmínil jeden příběh, kdy syn po skoku z výšky zemřel v náručí matky poté, co ho odmítla pustit do bytu: *„No, tak vylezl do sedmého patra nahoru [místo] v tom věžáku. A skočil. No. A teďko ta máma o tom věděla, že on se na ni dobýval, koukala teda z okna a viděla prostě nás, jak ho tam resuscitujeme. On s námi ještě mluvil, ale plaval, jak říkáme, když jste ho chtěl resuscitovat, jak to všechno plavalo, jak byl rozlámaný po tom pádu na chodník. A ještě s námi mluvil chvilku. No a příběhla ta máma a takhle ho držela za tu hlavu a on jí sko-
nal vyloženě, jo? To jsou takové ty [případy], to člověk prostě neskousne nikdy, jo? To jsou opravdu faly [případy končící smrtí]. Jo, tohle na tu psychiku je to, nechce to. Oni někteří kluci [záchranáři] dělají frajery, ale ne, ne. Já jsem ho taky ze začátku dělal, že mi to nevadí. Ne, ne, vadí, vadí, prostě to by člověk nebyl humánní vůbec [...] Já jsem viděl hodně mrtvých. No, potom, není to otupění, ale už je to takový jako prostě, takový rituál nebo já nevím, jak bych to nazval. Rutina. Ano, to je ten termín, ten správný.“*²⁹

Z mnohých rozhovorů vyplynulo, že spíše než smrt jako taková nebo mrtvé tělo samo o sobě jsou pro vnímání a psychiku záchranářů z lidského hlediska těžší na vyrovnání se okolnosti úmrtí. Přesněji řečeno, zmínění se s úmrtím pacienta vyrovnávají hůře, je-li smrt spojena s určitými sociálními okolnostmi, zahrnujícími tragické osudy zemřelého a jeho blízkých. Na to poukázal lékař, který sám o sobě tvrdil, že tento aspekt na rozdíl od jiných spolupracovníků příliš nevnímal. Uvedl, že lidé pracující u záchrané služby se ve svých přístupech různí, někteří s pacienty a jejich blízkými jejich nepříznivé osudy více prožívají a hodně je to poznamenává, jiní jsou rezistentní. Strategie jeho jako lékaře (i lékařů dalších) spočívá spíše v soustředění se na vlastní výkon či ve snaze udělat vše co nejlépe. Pokud je i přesto výsledek negativní a pacient zemře, tak už se tím dál nezabývá.

Jiná lékařka se naopak zmínila, že spíše než že by se uzavřela a nepřemýšlela o daném případě, má naopak tendenci uvažovat nad tím, co se bude v rodině, kde došlo k úmrtí, dít dál. Je to přístup více vztahový, možná víc specifický pro ženy. Alespoň o něm v rozhovorech ženy více hovořily. Nepochybně to souvisí i s odlišnými genderovými rolemi a rozdíly v tomto ohledu byly umocněné i tím, že narátoři vesměs patřili ke starším generacím, kde byly genderové role mužů a žen poměrně odlišné. Daná lékařka kromě jiného uvedla, že první, na co po úmrtí pacienta myslí, je to, jak informaci řekne rodině a jak ta se s tím faktem bude dál vyrovnávat. Při setkání se smrtí je podle ní důležitá spíše určitá „lidskost“ než profesionální znalosti. Ty řeší fyzickou rovinu, nikoliv vztahovou, která nabývá na významu poté, co pacient zemře. Úmrtím pacienta totiž práce

²⁹ Rozhovor (ZZS-061) ze dne 25. 3. 2024 s řidičem a vedoucím dopravy působícím u záchrané služby v Západočeském kraji od konce 70. let 20. století.

lékaře záchranné služby nekončí. Kromě ohledání těla a sepsání listu o prohlídce zemřelého je totiž potřeba šetrným a empatickým způsobem komunikovat o úmrtí s pozůstalými, pokud jsou na místě. Až tím práce záchranářů končí. Pak už mohou uplatňovat běžnou strategii, že záměrně nepříjemné případy vytěšňují z mysli, „vyhazují je z hlavy“ a „nenosí si je domů“. Tedy snaží se nepřemýšlet o traumatizujících okolnostech úmrtí ze své pracovní praxe ve svém vlastním osobním životě.

Psychohygiena

Vedle výše zmíněných postupů v záchranářské praxi můžeme sledovat něco, co lze nazývat psychohygienou. Máme na mysli postupy, které pomáhají udržovat a utužovat duševní zdraví v podmínkách, které jsou mnohdy psychicky značně zátěžové, což samotné časté setkání se smrtí nepochybně je. Takové postupy nebyly ve 20. století u záchranné služby nijak cíleně uplatňovány. Ohledy na psychiku byly obecně v té době nižší než dnes. Postupy vyrovnávání se s mezními situacemi byly vnímány spíše jako osobní záležitosti a nebyla jim byla věnovaná speciální pozornost. Možná to souvisí i s výše zmíněným přístupem zakrývání a vytěšňování smrti. S takovým náhledem je vcelku logické, že se se smrtí cíleně nepracovalo. Změna přístupu přišla vlastně až po transformaci na krajskou organizaci záchranné služby po roce 2003 a více až v posledních letech. Od roku 2012 je totiž systém psychosociálních intervenčních služeb pro zaměstnance „záchranky“ součástí zákona o zdravotnické záchranné službě.³⁰

Ve 20. století bylo vyrovnání se s obtížnými případy na záchranné službě záležitostí daného jednotlivce, i když se mnohdy dělo za vzájemné podpory těch, kteří se na případu podíleli. Ti totiž byli v podobné pozici, měli dostatek informací o případu i podobných zkušeností a potřebovali překonat stejnou negativní zkušenost.

Častým prostředkem byla (pracovní) přestávka spojená s konzumací kávy, cigarety a případně i alkoholu. Zejména alkohol byl ve větší míře užíván především muži a zvláště po obtížných a tragických případech. O kávě a cigaretě jako tišícím prostředku po psychicky náročných výjezdech se zmiňovaly naopak spíše ženy, sestry. Jak uvedla jedna z nich: *„Já to vyřeším tou cigaretou a tou kávou [...] dřív ti peerové³¹ nebyli, ale řešili [jsme] to nějak, že po službě jsme šli na pivo, já to vyřeším tak, že si uvařím dobrou kávu, protože jsem kafař a mám ráda kávu, tak si uvařím dobrou kávu a dám si cigaretu a vyklábosím se z toho, jo? Jako bavíme se s kolegy u toho stolu a řekneme – to je strašné, mladý člověk,*

30 Součástí zařízení poskytovatele zdravotnické záchranné služby musí být i pracoviště krizové připravenosti, které psychosociální intervenční služby pro zaměstnance koordinuje. Zákon č. 374/2011 Sb., § 9 a § 16.

31 Tj. kolegové, kteří poskytují psychickou pomoc a podporu u záchranářů v současnosti, tedy na počátku 20. let 21. století.

*zjistili mu to třeba v srpnu a je prosinec a už umřel, šlo to rychle.*³²

Podle mnohých starších narátorů byla a je důležitá zejména podpora v rámci týmu, který u dané události byl. Jeho členové nejlépe ví, co se stalo. Vykonávané úkony, které je možné označit za psychohygienu, byly mezi záchranáři různé. Zahrnovaly únik do přírody či k jiným volnočasovým aktivitám, ale i požívání alkoholických nápojů. Jeden ze záchranářů se v rozhovoru zmínil, že okolí chce raději slyšet verze o ozdravných procházkách v přírodě či volnočasových aktivitách s dětmi než verze o opití. Obojí se nicméně v praxi dělo. Zejména starší generace mužů řidičů odmítá novější varianty psychické pomoci a spíše trvají na tvrdším přístupu a případném sdílení emocí se zúčastněnými. O tom se velmi otevřeně svěřil jeden z řidičů záchranářů³³, který byl ve službě od 70. let 20. století až do 20. let 21. století: *„Když někomu řeknete, že se prachšprostě ožerete, pomalu do bezvědomí, tak to se nedá nikde publikovat, jo? Že se vylijete tak, že chci zapomenout, to se nenosí zkrátka, protože. Ale ono to tak je. A já jsem už několikrát řekl a nestydím se za to, tekly nám slzy jak hrachy, úplně jsme byli v p***li, úplně. [...] A já v té chvíli potřebuji k sobě ty lidi, s kterými jsem to prožil, čili ten můj komplic, to je ten doktor, s kterým jsem byl. A já můžu být akorát s nimi v té první chvíli, já můžu jít s nimi na pivo a my to musíme spolu jakoby dožít, my to musíme spolu překonat, dožít. Takže mě žádný peer [nepomůže]. Takže ano, já žiji v tom, že v devadesátkách to nebylo, my jsme se to takhle naučili. [...] Piva a to [panáky] a samozřejmě ten film běží a jsou to furt ty stejné příběhy a vždycky s tím svým komplicem, nestyděli jsme se za to a my jsme se normálně vybrečeli, ožrali se a bylo to dobré a jdeme od toho. Není možné se v tom babrat dál, není, to fakt člověk nemůže dělat.”*³⁴

Jednalo se o individuální strategie, ale několik dotázaných zmínilo, že jim pomáhala fyzická aktivita. Někteří vyprávěli například o práci na stavbě domu, poměrně časté bylo mezi lékaři a záchranáři běhání, cyklistika, případně lyžování. Do jisté míry to souvisí i s tím, že u této práce v terénu je fyzická zdatnost určitě výhodou, u leteckých jednotek je prakticky nezbytná. Mnoho záchranářů tedy zároveň sportovalo, čímž si udržovalo dobrou fyzickou kondici. Někdy to ovšem vyplynulo při rozhovoru spíš mimovolně, než že by to sami vnímali jako cílený prostředek pro zvládání stresu či způsob vyrovnání se se smrtí. Podle výpovědí starších lékařů, sester i řidičů nebylo dříve tolik zvykem věnovat se psychice jedince. Dotyční navíc museli mimo práci zajistit rodinu, a neměli tedy čas příliš

32 Rozhovor (ZZS-012) ze dne 3. 4. 2023 se sestrou zdravotnické záchranné služby působící v bývalém Středočeském kraji od počátku 90. let 20. století.

33 Tito řidiči si v 90. letech 20. století doplnili požadované vzdělání zdravotní sestry, bývají proto někdy mezi záchranáři označováni jako „sestřáci“. Pro mladší generace pak již bylo k dispozici speciální vzdělávání na poli urgentní medicíny a záchranářské praxe.

34 Rozhovor (ZZS-008) ze dne 15. 3. 2023 s řidičem a zároveň zdravotní sestrou zdravotnické záchranné služby působícím v Jihomoravském kraji od konce 70. let 20. století.

se zabývat vlastními psychickými potřebami. Museli bezproblémově fungovat jak v práci, tak v osobním životě: *„Většina z nás [...] přišel domů a začal kopat krumpáčem, nebo přehazovat písek lopatou, nebo řezat pilou a tím se vyčistil. Ono samozřejmě, když jako dneska se tu [taky] dostáváte samozřejmě do toho, do těch blbých situací, jo? Ale potom prostě přijdete domů a čučíte do okna, protože jste singl, že jo, a tak dále, jo? Prostě když jsem přišel domů, tam mi řvaly tři děti, manželka byla vzteklá, že jsem přišel domů po 48 hodinách a kapal kohoutek a nebyla zrytá zahrada [...] ta fyzická námaha, ty jiné starosti a tohle.“*³⁵

Psychická zátěž se tedy řešila nepochybně méně než ve dvacátých letech 21. století.³⁶ Ve 20. století byl důraz kladený na funkčnost a zvládání. Mimopracovní záležitosti vyžadovaly často jinou formu práce, zapojení se do rodinného života a péče o domácnost a děti byly běžnou a nezbytnou součástí životů personálu záchranné služby. I tímto způsobem se kompenzovala pracovní zátěž. Záchranáři se snažili přepínat a v osobním životě o strastech, se kterými se setkali ve svém pracovním životě, neuvažovat. Jak bylo uvedeno výše, snažit se případy „uzavírat“, „vyhodit“, pokud možno na ně dál nemyslet, „domů si to netahat“.

Jeden z mladších lékařů se zmínil, že běhal nebo chodil na procházky cíleně právě proto, aby si „vyčistil hlavu“. Tedy aby zapomněl na nepříjemné zážitky nebo i jiné stresové záležitosti.

*„Tak toto možná má každý nějaký svůj přístup, možná až jakoby nějaký rituál. Mně pomáhají třeba dlouhé procházky nebo běhání, že vlastně tou fyzickou námahou se určitým způsobem ten mozek přenastaví a teď se soustředí jenom na to, co je teď a teď se musíte nadechnout a teď prostě došlápnete, teď se odrazíte, jo? A všechny ty další jakoby věci, ten Csikszentmihalyi Mihaly, nebo tak nějak, tenhleten Maďar, ten psycholog, ten na to měl celou takovou tu teorii toho flow. Jako, že se dostanete do toho stavu jakoby plynutí, kdy jste odizolovaný od toho okolního světa. Tak já si říkám, že to je flow třeba v těch 30 minutách, kdy běžím a popadám dech a lehce se jakoby dusím. (smích) Že se dostanu vlastně tady do toho, kdy vlastně ten mozek nemá čas na to zpracovávat ty emoce nebo nějaké další věci a soustředí se jenom na to základní.“*³⁷

35 Rozhovor (ZZS-068) ze dne 10. 4. 2024 s lékařem působícím u záchranné služby v Jihočeském kraji od poloviny 80. let 20. století.

36 V posledních 15 letech narůstá i množství české odborné literatury, která se psychické zátěží a psychohygieně u pracovníků záchranné služby věnuje, viz např. ANDRŠOVÁ, Alena: *Psychologie a komunikace pro záchranáře v praxi*. Praha: Grada, 2012, s. 97–107; RALBOVSKÁ, Dana Rebeka: *Psychologické aspekty mimořádných událostí*. In: Šín, Robin a kol.: *Medicína katastrof*. Praha: Galén, 2017, s. 287–308; RALBOVSKÁ, Dana Rebeka – ŠÍN, Robin – RALBOVSKÁ, Denisa Charlotte: *Vliv psychické zátěže u členů Integrovaného záchranného systému, c. d.*

37 Rozhovor (ZZS-021) ze dne 6. 4. 2023 s lékařem a manažerem zdravotnické záchranné služby působící na území bývalého Jihomoravského kraje od počátku 90. let 20. století.

Psychosociální pomoc ani podpora v psychohygieně tedy lékařům ani dalšímu personálu zdravotnické záchranné služby ve 20. století nebyla nijak cíleně a organizovaně ze strany zaměstnavatele poskytována. Bylo prakticky výhradně na každém jednotlivci, jak si ji sám zajistí a bude realizovat. Podle výpovědí však byly kolektivy menší a často poměrně dobré, takže si ji mnohdy poskytovali zaměstnanci navzájem. Podle některých se jednalo o nejlepší způsob, protože vzájemně nejlépe věděli, co se stalo. Rozhodně se nejednalo o žádnou formalizovanou pomoc. Ta se do prostředí záchranné služby dostává až v současnosti, prostřednictvím systému Peer program péče a podpory zdravotnickým pracovníkům, ve kterém vybraní a vyškolení zdravotníci („peeři“) poskytují svým kolegům první psychickou podporu a pomoc v psychicky náročných situacích, přičemž zachovávají mlčenlivost a spolupracují s odborníky na duševní zdraví.³⁸ Nicméně z rozhovorů vyplynulo, že mnozí starší pracovníci takovou podporu příliš neoceňují. Podle některých je důležitá spíše pro pozůstalé pacientů než pro záchranáře samotné. Ti se údajně musí umět s traumatizujícími pracovními zážitky vyrovnat bez formální cizí pomoci.

Závěr

Hlavním posláním zdravotnické záchranné služby je poskytování rychlé odborné zdravotní služby v terénu, na místě, kde se nachází pacient. Určena byla primárně pro závažné zdravotní stavy, ohrožení života, traumatická poranění a nehody, které potřebují rychlý neodkladný zásah. Pacient tak není transportován za lékařem, ale lékař či zdravotnická posádka přijíždí za ním. V případech bezdeší, bezvědomí a náhlé zástavy srdeční rozhodují minuty, či dokonce vteřiny o tom, zda pacient přežije, nebo zemře. Záchranáři tak mnohdy přijíždí na místo v době, kdy mohou jen konstatovat smrt, nebo boj s ní prohrávají. Jak se s takovými situacemi vyrovnávají? Dle předpokladu se do způsobů řešení mezních situací promítá i to, jak je smrt přijímaná obecně ve společnosti. V souladu s postoji k ní a jejím popírání v moderních společnostech dochází k tomu, že pro zdravotnický personál je často nepřítelem, proti kterému je nezbytné bojovat a nasadit veškerý um, zkušenosti a prostředky, jak ji zvrátit. Pokud se to nepovede, dochází zpravidla k tomu, že se pracovníci záchranné služby snaží na takové případy zapomenout, nepřipomínat si je a uzavřít je s tím, že udělali, co mohli a dál nemá smysl se daným případem zabývat. Samozřejmě se vyskytují rozdíly a každý jednotlivý záchranář se se smrtí vyrovnává jinak, toto byl ovšem nejčastější způsob, jak to učinit. Zapomenutí a vytěsnění tedy bylo u záchranářů pracujících u záchranky na sklonku 20. století nejběžnější strategií, plně v souladu s moderním pohledem na smrt, o kterém hovořili Ariès, Walter a Elias.³⁹

38 RALBOVSKÁ, Dana Rebeka: Psychologické aspekty mimořádných událostí, c. d.

39 ARIÈS, Philippe: *Western Attitudes toward Death. From Middle Ages to Present*, c. d.; ELIAS, Norbert:

Na druhou stranu musí být zmíněno, že náš výzkum byl historický s akcentem na 20. století, a proto i záchranáři, se kterými jsme hovořili, patřili především ke starším generacím. Mladší záchranáři mohou celou problematiku vnímat alespoň částečně odlišně. V posledních letech se téma smrti, resuscitace a neresuscitace otvírá i mezi českými záchranáři a stává se ústředním v etice urgentní medicíny.⁴⁰ Je pravděpodobné, že s rozvojem paliativní medicíny a větším povědomím o ní i mezi běžnou populací se přístup ke smrti promění, a je možné, že se změní i strategie, jak se s ní vypořádávat a překonávat ji. A to nejen mezi pracovníky zdravotnické záchranné služby, ale i mezi běžnými lidmi.

Literatura

- ANDRŠOVÁ, Alena: *Psychologie a komunikace pro záchranáře v praxi*. Praha: Grada, 2012.
- ARIÈS, Philippe: *Dějiny smrti*. I., II. Praha: Argo, 2000.
- ARIÈS, Philippe: *Western Attitudes toward Death. From Middle Ages to Present*. Baltimore – London: The Johns Hopkins University Press, 1976.
- ELIAS, Norbert: *O osamělosti umírajících v našich dnech*. Praha: Nakladatelství Franze Kafky, 1998.
- HLAVÁČEK, Jiří – ZÁVADOVÁ, Irena: Institucionální vývoj přednemocniční neodkladné péče v českých zemích (1792–2003): od dobrovolných záchranných spolků ke zdravotnické záchranné službě. *Historická demografie* 48, 2024, č. 2, s. 155–185.
- JUPP, Peter C. – WALTER, Tony: The Healthy Society: 1918–98. In: Jupp, Peter C. – Gittings, Clare (eds.): *Death in England*. Manchester: Manchester University Press, 1999, s. 256–282.
- MERRIDALE, Catherine: *Night of Stone. Death and Memory in Russia*. London: Granta Books, 2000.
- POKORNÁ, Milana – ŠEBLOVÁ, Jana – SKŘIPSKÝ, Roman: Etická dilemata urgentní medicíny – názory zdravotníků na indikace a kontraindikace neodkladné resuscitace u pacientů trpících závažným chronickým onemocněním. *Urgentní medicína* 20, 2017, č. 3, s. 22–29.
- PŘÍDALOVÁ, Marie: Proč je moderní smrt tabu? *Sociologický časopis/Czech Sociological Review* 34, 1998, č. 3, s. 347–361. <https://doi.org/10.13060/00380288.1998.34.3.08>

O osamělosti umírajících v našich dnech, c. d.; WALTER, Tony: The revival of death, c. d.

40 POKORNÁ, Milana – ŠEBLOVÁ, Jana – SKŘIPSKÝ, Roman: Etická dilemata urgentní medicíny – názory zdravotníků na indikace a kontraindikace neodkladné resuscitace u pacientů trpících závažným chronickým onemocněním. *Urgentní medicína* 20, 2017, č. 3, s. 22–29; ŠEBLOVÁ, Jana: „Etika v urgentní medicíně.“ In: Šín, Robin – Štourač, Petr et al.: *Urgentní medicína*. Praha: Galén, 2024, s. 605–615; ŠEBLOVÁ, Jana – MATĚJEK, Jaromír: *Etika urgentní medicíny z pohledu každodenní praxe*. Praha: Grada, 2023.

- RALBOVSKÁ, Dana Rebeka – ŠÍN, Robin – RALBOVSKÁ, Denisa Charlotte: Vliv psychické zátěže u členů Integrovaného záchranného systému. *Urgentní medicína* 20, 2017, č. 3, s. 30–35.
- RALBOVSKÁ, Dana Rebeka: Psychologické aspekty mimořádných událostí. In: Šín, Robin a kol.: *Medicína katastrof*. Praha: Galén, 2017, s. 287–308.
- ŠEBLOVÁ, Jana: Úvodní slovo. *Urgentní medicína* 21, 2018, č. 4, s. 3.
- ŠEBLOVÁ, Jana: Etika v urgentní medicíně. In: Šín, Robin – Štourač, Petr a kol.: *Urgentní medicína*. Praha: Galén, 2024, s. 605–615.
- ŠEBLOVÁ, Jana – MATĚJEK, Jaromír: *Etika urgentní medicíny z pohledu každodenní praxe*. Praha: Grada, 2023.
- URBÁNEK, Pavel: Pohled důchodce – „Když si nikdo nestěžuje, je něco špatně!“ *Urgentní medicína* 27, 2024, č. 2–3, s. 39–41.
- WALTER, Tony: Modern death: taboo or not taboo? *Sociology* 25, 1991, č. 2, s. 293–310.
- WALTER, Tony: *The revival of death*. London – New York: Routledge, 2002.

Rozhovory

- Rozhovor ZZS-008 vedl Jiří Hlaváček (2023). Digitální sbírky ÚSD AV ČR.
- Rozhovor ZZS-012 vedl Jiří Hlaváček (2023). Digitální sbírky ÚSD AV ČR.
- Rozhovor ZZS-016 vedl Jiří Hlaváček (2023). Digitální sbírky ÚSD AV ČR.
- Rozhovor ZZS-021 vedla Olga Nešporová (2023). Digitální sbírky ÚSD AV ČR.
- Rozhovor ZZS-026 vedl Jiří Hlaváček (2023). Digitální sbírky ÚSD AV ČR.
- Rozhovor ZZS-045 vedla Olga Nešporová (2023). Digitální sbírky ÚSD AV ČR.
- Rozhovor ZZS-053 vedla Olga Nešporová (2023). Digitální sbírky ÚSD AV ČR.
- Rozhovor ZZS-058 vedla Olga Nešporová (2023). Digitální sbírky ÚSD AV ČR.
- Rozhovor ZZS-061 vedl Jiří Hlaváček (2024). Digitální sbírky ÚSD AV ČR.
- Rozhovor ZZS-066 vedl Jiří Hlaváček (2024). Digitální sbírky ÚSD AV ČR.
- Rozhovor ZZS-067 vedl Jiří Hlaváček (2024). Digitální sbírky ÚSD AV ČR.
- Rozhovor ZZS-068 vedl Jiří Hlaváček (2024). Digitální sbírky ÚSD AV ČR.
- Rozhovor ZZS-070 vedl Jiří Hlaváček (2024). Digitální sbírky ÚSD AV ČR.
- Rozhovor ZZS-071 vedl Jiří Hlaváček (2024). Digitální sbírky ÚSD AV ČR.
- Rozhovor ZZS-075 vedl Jiří Hlaváček (2024). Digitální sbírky ÚSD AV ČR.