Zdravotně sociální fakulta
Faculty of Health and Social Sciences

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
University of South Bohemia in České Budějovice

Suicidální pacient z pohledu zdravotnického záchranáře

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Studijní program:
SPECIALIZACE VE ZDRAVOTNICTVÍ

Autor: Anna Krejčí

Vedoucí práce: Mgr. Jiří Majstr

České Budějovice 2018

Prohlášení

Prohlašuji, že svou bakalářskou práci s názvem: „Suicidální pacient z pohledu zdravotnického záchranáře‘‘ jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě 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 bakalářské práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé bakalářské práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systému na odhadování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 9.5. 2018 ……

Podpis

Poděkování

Touto cestou bych chtěla poděkovat panu Mgr. Jiřímu Majstrovi za odborné vedení, za pomoc a rady při zpracování této práce. Mé poděkování patří též paní PhDr. Zuzaně Fajtlové, DiS., za spolupráci při získání údajů pro teoretickou část a všem dotazovaným zdravotnickým záchranářům, kteří mi poskytli rozhovory.

Suicidální pacient z pohledu zdravotnického záchranáře

Abstrakt

Tuto bakalářskou práci na téma: „Suicidální pacient z pohledu zdravotnického záchranáře‘‘ tvoří dvě části, část teoretická a část výzkumná. Obsahem teoretické části je seznámení se suicidální problematikou, konkrétně s charakteristikou sebevraždy, úvod do historie, možné příčiny vzniku suicidálního jednání se zaměřením na deprese, či například schizofrenii, možné příznaky suicidálního jednání, dále na fáze sebevražd a typy provedení, rozdělení sebevražd dle věku, komunikace se suicidálním pacientem a práce zdravotnické záchranné služby na místě události u suicidálního pacienta.

Pro výzkumnou část byl stanoven Cíl 1: *Zmapovat, jaké podvědomí mají zdravotničtí záchranáři o problematice suicidií.* Na základě tohoto cíle byly vytvořeny dvě výzkumné otázky. Výzkumná otázka 1 zní: *Jakým způsobem vnímají problematiku suicidií zdravotničtí záchranáři v přednemocniční neodkladné péči?* Výzkumná otázka 2: *Jaká specifika vyžaduje řešení problematiky suicidií od zdravotnických záchranářů v přednemocniční neodkladné péči?* K získání potřebných dat byla zvolena metoda kvalitativního výzkumu tvořeného formou polostrukturovaných rozhovorů s osmi zdravotnickými záchranáři, z niž čtyři profesně působí u zdravotnické záchranné služby Jihočeského kraje, konkrétně v oblastních středisek České Budějovice, Jindřichův Hradec, Písek a se čtyřmi zdravotnickými záchranáři profesně působícími v kraji Vysočina, konkrétně v oblastních středisek Pelhřimov a Humpolec. Respondenti odpovídali celkem na 20 otázek, které byly následně rozděleny do 10 kategorií.

Výzkum potvrdil základní a dostačující vzdělání zdravotnického záchranáře ohledně teorie problematiky sebevražd. Nedostatky mají někteří dotazovaní zdravotničtí záchranáři v péči o suicidálního pacienta, konkrétně při akutní intoxikací léky. Jelikož se jedná o znalosti velmi důležité, považuji za přínosné doplnění vzdělání zdravotnických záchranářů ohledně péče o suicidálního pacienta.

Klíčová slova

Suicidium; deprese; schizofrenie; zdravotnický záchranář; zdravotnická záchranná služba

The suicidal patient from the point of view of a paramedic

Abstrack

This bachelor thesis on the topic: ‘‘The suicidal patient from the point of view of a paramedic‘‘ consists of two parts: first part is theoretical, the second part presents conducted research. The content of the theoretical part is an introduction to suicidal issues, namely the characteristics of suicide, an introduction to history and possible causes of suicidal behavior with a special focus on depression or schizophrenia, possible symptoms of suicidal behavior, suicide stages and types of execution, distribution of suicide by age, communication with a suicide patient and the work of medical rescue service at the scene of a suicidal patient’s event.

For the research section several aims were set. The first aim is to map what knowledge rescuers have on the suicide issues of their patients. Based on this aim, two research question is formulated as follows: ‘‘How are suicide issues perceived and managed by rescuers in the pre-hospital emergency care?‘‘ Second research question asks: ‘‘What specifities does rerequire solving suicide issues druing pre-hospital emergency care provided by rescuers?‘‘ In other to obtain the necessary data, a method of qualitative research was selected and conducted, consisting of semi-structured interviews with eight medical rescuers, of which four were professionally active at the South Bohemian Health Rescue Service, namely from the regional centres of České Budějovice, Jindřichův Hradec, Písek and four other medical rescuers professionally operating in the Vysočina region, specifically from Humpolec and Pelhřimov. Respondents answered a total of 20 questions, which were then divided into 10 categories.

Research has confirmed existence of basic education standard about the problem of suicide, and that it is sufficient for proper conduct of the profession of medical rescue. However, there are some shortcomings in the education of rescuers who deals with a suicidal patient. As this is a very important knowledge gap, I consider it necessary to supplement education about the care of suicide patient.

Key words

Suicidum; depression; schizophrenia; paramedic; ambulance

Obsah

Úvod ... 8
1 Současný stav ... 9
1.1 Sebevražda (suicidium) ... 9
1.1.1 Charakteristika sebevraždy ... 9
1.1.2 Charakteristika sebepoškozování ... 9
1.2 Historie sebevražd ... 10
1.3 Vybrané příčiny sebevraždy ... 10
1.3.1 Deprese ... 10
1.3.2 Depresivní příznaky u schizofrenie ... 11
1.3.3 Úzkostné stavy ... 12
1.3.4 Posttraumatická stresová porucha ... 12
1.3.5 Porucha osobnosti ... 13
1.3.6 Návykové nemoci ... 13
1.4 Vybrané příznaky suicidálního jednání ... 14
1.4.1 Ringelův presuicidální syndrom ... 14
1.5 Fáze sebevražd ... 14
1.5.1 Suicidální myšlenky ... 15
1.5.2 Suicidální pokus ... 15
1.5.3 Dokonané suicidium ... 15
1.6 Typy sebevražd ... 16
1.7 Sebevraždy podle věkových kategorií ... 17
1.7.1 Sebevraždy u dětí a v dospívání ... 17
1.7.2 Sebevraždy seniorů ... 18
1.8 Příklady sebevražd dle nejčastějšího typu provedení ... 18
1.8.1 Oběšení ... 19
1.8.2 Zastřelení ... 19
1.8.3 Intoxikace ... 19
1.8.4 Skok z výšky ... 19
1.8.5 Skok pod auto, vlak ... 20
1.9 Krizová intervence ... 20

1.9.1 Krizová intervence u pacienta v ohrožení suicidálním pokusem 20
1.9.2 Krizová intervence u pacienta po nepovedeném suicidálním pokusu 20
1.9.3 Krizová intervence po dokonaném suicidiu 21
1.10 Komunikace se suicidálním pacientem 21
1.10.1 Specifika komunikace s pacientem trpící depresí 22
1.10.2 Specifika komunikace s pacientem trpící schizofrenií 22
1.10.3 Role policejního vyjednavače se suicidálním pacientem 22
1.11 Zdravotnická záchranná služba 22
1.11.1 Zdravotnické operační středisko 23
1.11.2 Zdravotnický záchranář 23
1.11.3 Pracoviště krizové připravenosti 23
1.12 Práce zdravotnické záchranné služby při výjezdu k suicidálnímu pacientovi 24
1.12.1 Důvody přítomnosti zdravotnické záchranné služby na místě události 24
1.12.2 Úkoly a činnost zdravotnické záchranné služby u suicidálního pacienta na místě události 24
1.12.3 Specifika péče o pacienty po oběšení 25
1.12.4 Specifika péče o pacienta po akutní intoxikaci 25
1.12.5 Úkoly a činnosti zdravotnické záchranné služby po dokonané sebevraždě na místě události 26
2 Cíle práce a výzkumné otázky 27
2.1 Cíle práce 27
2.2 Výzkumné otázky 27
3 Metodika 28
3.1 Metodika práce 28
3.2 Charakteristika výzkumného souboru 28
4 Výsledky 29
4.1 Kategorizace získaných dat 29
5 Diskuze 43
6 Závěr 48
7 Seznam použité literatury 50
8 Seznam příloh 54
9 Seznam zkratek 59

Úvod

Tématem předkládané bakalářské práce je suicidální pacient z pohledu zdravotnického záchranáře. Jedná se o téma poměrně významné, jelikož zpravidla každý zdravotnický záchranář se se suicidálním pacientem během výkonu své profese někdy setká. U suicidálních pacientů se z pohledu zdravotnického záchranáře nejedná pouze o poskytnutí přednemocniční neodkladné péče, ale také o psychickou podporu. Zdravotnický záchranář by měl právě proto znát základy doporučovaných postupů a zásady správně vedené komunikace se suicidálním pacientem. Svou prací bych se tedy chtěla zaměřit nejdříve na seznámení suicidální problematiky se zaměřením na charakteristiku sebevražd, nejčastější příčiny sebevražedného jednání, jednotlivá sebevražedná jednání, se kterými se suicidální pacient potýká, základní rozdělení sebevražd. Dále je práce zaměřena na znalosti zdravotnických záchranářů o problematice suicidií a jejich správném postupu při péči o suicidálního pacienta, tedy správná komunikace se suicidálním pacientem, krizová intervence v souvislosti se sebevraždou a doporučené postupy při řešení problematiky suicidálního jednání. Cílem této bakalářské práce je zmapovat, jaké povědomí mají zdravotničtí záchranáři o problematice suicidií.

1 Současný stav

Dokonané i nedokonané suicidium tvoří běžnou součást spektra tísňových výzev řešených výjezdovými skupinami zdravotnických záchranných služeb (ZZS). Dle Českého statistického úřadu (2017) bylo minulý rok v České republice spácháno 1 482 sebevražd.

1.1 Sebevražda (suicidium)

Sebevražda je velice široký pojem týkající se nejen pacientů se suicidálním jednáním, ale také pacientů zesnulých, jejich blízkých i pacientů se suicidálními myšlenkami. Pokud se pacient dopustí sebevražedného pokusu je důležité věnovat takovému pacientovi pozornost a poskytnout specializovanou péči (Ocisková a Praško, 2015).

1.1.1 Charakteristika sebevraždy

Sebevražda (latinsky *suicidium*, ze *sui* = se, sebe a *caedere* = zabít, respektive *caedium* = zabití) je definována jako úmyslné a vědomé ukončení vlastního života. Jedinec, který se takového činu dopustí, je nazýván sebevrahem (Látalová et al., 2015).

Suicidální pacient volí smrt jako nejlepší možné řešení v případě, kdy sám nemůže, nechce či neumí najít jiné řešení své aktuální tíživé situace (Humpl et al., 2013).

Se sebevražedným jednáním souvisí i pojem sebezabití, kdy u pacienta není přítomen úmysl zemřít, avšak ke smrti dojde. Často je sebezabití spojováno s bludy a také halucinacemi (Dušek a Procházková, 2015).

1.1.2 Charakteristika sebepoškozování

Sebepoškozování je definováno jako chování, u kterého se jedná podobně jako u sebevraždy o autoagresivní chování, avšak cílem jedince není zemřít. Pacient takto reaguje na svou aktuální tíživou situaci. Problematika sebepoškozování vzniká častěji u psychiatrických pacientů. Mohou zde být i myšlenky na sebevraždu a samotný suicidální pokus (Humpl et al., 2013). Motivy způsobující sebepoškozování mohou být různé, nejčastěji se jedná o vztek na sebe samého. Často se sebepoškozování objevuje u jedinců, kteří byli pohlavně zneužiti či jinak týráni. U pohlavně zneužívaných či týraných lidí vznikne problematický stav ke svému vlastnímu tělu, které vnímají jako nečisté, a to je příčinou sebepoškozování. Většinou se sebepoškozování projevuje

řeznými ranami na kůži, nejčastěji v oblasti zápěstí, popáleniny a další. Terapie sebepoškozování závisí na individualitě jedince, charakteru jeho klinických příznaků, popřípadě psychosociálních okolností. Nejčastěji bývá terapie sebepoškozování vedena s rodinnými příslušníky či ve skupinách (Fischer a Škoda, 2014).

1.2 Historie sebevražd

Sebevražedné chování je popisováno již ve starověkém Řecku, kde bylo toto jednání považováno za lepší řešení, než otroctví či porážka v bitvě. Ve starověkém Římě byla sebevražda, podobně jako ve starověkém Řecku, považována za snahu udržet si svou čest, za projev moudrosti a nezávislosti (Hosák et al., 2015).

Křesťané ve středověku považovali sebevraždu jako velmi těžký hřích, protože suicidálním jednáním docházelo k porušení Božích přikázání, konkrétně „Nezabiješ''. Tímto přikázání bylo myšleno zabití sebe sama (Fishcer a Škoda, 2014). Následkem toho byl sebevrahům odmítán vystrojit křesťanský pohřeb, jejich těla musela být pohřbena za zdmi hřbitova, nikoli mezi hroby ostatních. Naopak například v Japonsku byla sebevražda brána jako morální povinnost. Například pokud velitel vojáků prohrál bitvu, bylo spáchání sebevraždy na místě (Látalová et al., 2015).

V 17. a 18. století bylo sebevražedné jednání považováno za čin, který se skládal z trojího provinění a to z vraždy, zrady a kacířství. Za smrt sebevraždou byl uložen trest ztráty majetku a zhanobení těla zemřelého (Ocisková a Praško, 2015).

1.3 Vybrané příčiny sebevraždy

Spouštěčem suicidálního jednání pacienta nemusí být pouze některá z psychických poruch, popřípadě nemoc, avšak pacienti trpící depresí jsou nejvíce ohroženou skupinou lidí, u kterých se objevuje suicidální jednání. Dále se sebevražedné chování může objevit u osob s některými poruchami osobnosti, nebo například může být vyvolané samotnou intoxikací či důsledkem vysazení návykových látek. Problémem však nejsou závislosti jen na omamných látkách. Mohou to být i doprovodné důsledky závislosti, nejčastěji materiální, sociální, společenské, zdravotní, aj. (Orel, 2016).

1.3.1 Deprese

Pacienti trpící depresí jsou nejvíce ohroženou skupinou lidí, u kterých je velmi pravděpodobné objevení suicidálního jednání (Orel, 2016). Ke vzniku depresí přispívá

několik faktorů. Jedním z těchto rizikových faktorů je prodělání deprese v minulosti. Dalším faktorem může být náhlé zhoršení chronické somatické nemoci, diagnostika onkologického onemocnění, fyzická ztráta blízkého člověka nebo například přetrvávající chronická bolest pacienta (Hosák, 2015). Hlavní příčinou agrese u depresivních pacientů je potlačení vnitřního hněvu. Pokud je pacient trpící depresí agresivní, může svou agresivitu projevit na osobě blízké, či agresi obrátit vůči sobě (Látalová, 2013).

Deprese jako taková je charakterizována depresivní náladou, kdy jedinec ztrácí zájmy, jeho nálada je doprovázena smutkem, postrádá motivaci a potěšení alespoň po dobu trvající nejméně dvou týdnů. U lidí trpících depresí je přítomen i celkový pokles energie, který se projevuje zhoršením výkonu v činnostech, se kterými dotyčný dříve neměl problém. Jedná se například o rychlost a svižnost těchto činností (Orel, 2016). Mezi další příznaky deprese lze zahrnout poruchy spánku, například neschopnost usnout, v noci se pacienti budí, brzy ráno vstávají. Depresivní pacienti často trpí i poruchou příjmu potravy, doprovázenou sníženou chutí k jídlu společně s poklesem celkové hmotnosti, avšak existují i jedinci, kteří svou špatnou náladu řeší jídlem a přejídají se. Zde dochází naopak k nárůstu hmotnosti. Smutná nálada se prohlubuje, může se objevit sebeobviňování, sebepodceňování, doprovázené bezradností a neschopností vyřešit aktuální tíživou životní situaci pacienta (Lukáš a Žák, 2015).

Depresivní stavy se mohou opakovat, nebo naopak po odeznění příznaků se již nemusí vracet. Diagnosticky se deprese dělí na lehkou (mírnou) depresivní fázi, středně těžkou depresivní fázi, těžkou depresivní fázi bez psychotických příznaků a těžkou depresivní fázi s psychotickými příznaky (Orel, 2016). Cílem léčby deprese je odstranit, popřípadě zmírnit příznaky depresivní poruchy, pomoci pacientovi se znovu začleněním se do společnosti a zabránit k případnému návratu, popřípadě zhoršujícímu se stavu samotné deprese (Hosák, 2015).

1.3.2 Depresivní příznaky u schizofrenie

Schizofrenie je chronická duševní porucha, která je charakterizovaná zkresleným myšlením a vnímáním. Suicidium a schizofrenie spolu úzce souvisí (Látalová, 2015).

Přesný vznik a příčiny schizofrenie nejsou dodnes známy. Faktory mohou být biologické (jako je například dědičnost) a psychosociální (například vliv životních

událostí na člověka či životní prostředí). Tyto faktory vedou člověka k vyšší citlivosti a zranitelnosti a tím vytváří dispozice k samotné schizofrenii (Skopová, 2016).

Schizofrenie je onemocnění mozku, které se dělí na několik epizod podle kritérií kdy a jakým způsobem se mohou vyskytovat. U některých pacientů se může akutní projev schizofrenie vyskytovat pouze jednou za život, jiné pacienty může ve své dekompenzované fázi schizofrenie postihnout i ve vícečetných akutních epizodách, mezi kterými se vyskytují různě dlouhé prodlevy klidného stádia, kdy se nevyskytují žádné příznaky tohoto onemocnění. Nejtěžší formou schizofrenie je její chronická fáze. Při chronické schizofrenii se nevyskytují žádné klidové pauzy, pacient je tak neustále vystaven trvalé změně chování. Při akutní i chronické fázi schizofrenie dochází k postupnému zhoršení stavu, které je způsobeno postupným prohlubování deficitu, a to zejména v oblasti intelektu a emocí (Vlček et al.,2014).

1.3.3 Úzkostné stavy

Úzkostné stavy se objevují nejčastěji u pacientů závislých na omamných látkách, například na alkoholu, pervitinu, popřípadě na opiátech. Častěji postihují ženy. Úzkostné stavy mohou být charakterizovány na sobě nezávislými akutními fázemi, či mohou být doprovázeny různými fobiemi, jakou je například sociální fobie (Kalina, 2015). U pacientů trpících úzkostnými stavy nejsou panické ataky předvídatelné, přichází náhle, nemají žádný konkrétní spouštěč. Klinicky se tyto panické ataky mohou projevovat různě. Jedná se například o dušnost, silné bušení srdce, bolesti na hrudi, popřípadě strach z náhlého zešílení. Po uplynutí akutní fáze ataky se pacient obává znovu objevení akutní fáze. Jiné formy panických atak mohou být méně dramatické, zato ale mnohem déle trvající a strach pacienta z náhle vzniklého nebezpečí neustává. Úzkostné stavy mohou být také doprovázeny poruchou spánku, koncentrace nebo bolestmi hlavy (Cipro, 2015).

1.3.4 Posttraumatická stresová porucha

O posttraumatickou stresovou rekci se jedná v případě, kdy pacient prožil ve svém životě nějakou negativní životní událost, která jeho život ovlivnila natolik, že není schopen se s touto událostí vypořádat. Mysl pacienta s posttraumatickou stresovou poruchou je tedy plná opakující se prožívání negativních událostí, což je následkem vzniku například nočních můr, vtíravých vzpomínek či intenzivní úzkosti při kontaktu

s věcmi připomínající negativní událost. Pacient s posttraumatickou stresovou poruchou trpí poruchou soustředěnosti, pocitem izolace či ztrátou zájmu o dříve jinak důležité činnosti doprovázené nervovou labilitou, například poruchami spánku, záchvaty vzteku. U pacientů s posttraumatickou stresovou poruchou dochází také ke ztrátě smyslu života a následné sebevraždě (Matoušková, 2013).

1.3.5 Porucha osobnosti

Porucha osobnosti často souvisí s depresí a stavy úzkosti. Lidé s poruchou osobnosti mají větší sklony k závislosti. Tito lidé se hůře sociálně přizpůsobují, trpí emoční nestabilitou, hůře zvládají životní situace, jejich jednání vede často ke konfliktu a bývají tak mnohdy opouštěni svými blízkými (Látalová et al., 2015).

1.3.6 Návykové nemoci

Návykové nemoci jsou takové nemoci, které vznikají v důsledku požívání zdraví škodlivých látek, popřípadě návyků. Mezi nejčastější zdraví nebezpečné látky patří hlavně alkohol, omamné látky a patologické hráčství, nebo-li „gambling''. V praxi existuje několik stavů, které vyvolávají návykové látky. Jedním návykově způsobeným stavem je akutní intoxikace. Akutní intoxikace je přechodný stav, který trvá ve větší části několik hodin, vznikající po užití látek s psychoaktivními účinky. Možné negativní účinky závisí na množství a charakteru látky, kterou pacient požil. U pacientů, kteří požívají návykové látky se objevuje syndrom závislosti. Syndrom závislosti je doprovázen například velmi silnou touhou užívat látku, postupnou ztrátou zájmů a potěšení, či pokračováním v požití návykových látek i přes jasné důkazy, které způsobují škodlivé dopady na tělo a psychickou stránku pacienta (Raboch, 2012).

Mezi další faktory vyvolávající suicidální jednání můžeme řadit ekonomické a sociální podmínky způsobené ztrátou zaměstnání, negativní životní změny, nešťastné interpersonální a osobní vztahy, zhoršení zdravotního stavu (například úrazy s následkem ztráty končetiny či onkologičtí pacienti, pacienti s nevyléčitelným onemocněním) a mnoho dalších. Velmi důležité je však věnovat dostatečnou pozornost i osobám blízkým a pečujícím, neboť péče o sebevražedného pacienta je velmi psychicky náročná a myšlenky na sebevraždu mohou vzniknout i u osob, které se na samotné péči podílí (Orel, 2016).

1.4 Vybrané příznaky suicidálního jednání

O sebevražedných myšlenkách mluví se svým ošetřujícím lékařem pouze jedna třetina pacientů. Oproti tomu většina - až 90 % osob se suicidálními myšlenkami vydává do svého okolí impulzy naznačující suicidální tendence a právě z takového důvodu je velice důležité zaměřit pozornost na odběr anamnézy z minulosti a znát základní rizikové faktory přispívající sebevražednému jednání (Turekci, A.Brent, 2015).

1.4.1 Ringelův presuicidální syndrom

Profesor Erwin Ringel sepsal soubory příznaků předcházejícím suicidálním chováním. Tento Ringerův presuicidální syndrom tedy zahrnuje zúžení subjektivního prostoru, při kterém dochází u člověka k myšlenkám, kdy při nichž nevidí žádné jiné možné východisko ze své aktuální situace než právě možnost sebevraždy. Beznaděj a úzkost doprovází tyto negativní myšlenky suicidálního pacienta a tím způsobují neschopnost korigovat své emoce, ztrácí se i schopnost radovat se z některých věcí. Dalším bodem Ringelova presuicidálního syndromu je zablokovaná nebo proti sobě obrácená agresivita, která je následkem přesvědčení suicidálního pacienta o tom, že si za aktuální tíživou situaci může sám svou neschopností a pocitem méněcennosti. Důsledkem tohoto negativního jednání vůči sobě je pocit nenávisti k sobě samému a následný hněv obrací proti sobě. Posledním bodem Ringerova presuicidálního syndromu jsou naléhavé sebevražedné fantazie, počínající nekonkrétními sebevražednými myšlenkami, kterým se člověk snaží bránit, zahání je. Z počátku považuje suicidální pacient tyto myšlenky za negativní, později je bere za své, stává se více pasivním a myšlenky mu připadají jako jediné možné řešení a možnost úlevy z akutní tíživé situace (Petr a Marková, 2014).

1.5 Fáze sebevražd

Suicidální jednání pacienta zpravidla nevzniká náhle a impulzivně. Samotnému suicidálnímu pokusu předchází různě dlouhé rozhodovací procesy. U suicidálního pacienta se tedy rozlišuje několik fází samotného suicidálního jednání (Špatenková, 2017).

1.5.1 Suicidální myšlenky

Suicidální myšlenky se velmi často objevují u většiny lidí již v dospívání, kdy řeší problémy ve škole či v mezilidských vztazích. Takové myšlenky však postrádají intenzitu, a to je výsledkem toho, že sebevraždy nebývají ve větší části realizované. Suicidální myšlenky, jako první forma sebevražedného jednání, jsou na rozdíl od výše zmíněných velmi impulzivní. Jedinci se buď s těmito myšlenkami spojí, berou je za své, nebo se jich naopak snaží zbavit. U lidí zabývajícími se suicidálními myšlenkami musíme věnovat pozornost hlavně impulzivitě a jak často se dotyční těmito myšlenkami zabývají. Poté následuje suicidální tendence, kdy si jedinec svůj čin promýšlí a připravuje se (například pořízením zbraně, či léků apod.). Zde jsou myšlenky na sebevraždu konkrétní (Humpl et al., 2013).

1.5.2 Suicidální pokus

Po suicidální tendenci následuje samotný pokus, se kterým se zdravotnický záchranář (ZZ) ve své profesi často setkává. Pokud pacient sebevraždu přežije, je tento čin nazýván suicidálním pokusem, který můžeme definovat jako *takové jednání, jehož cílem je přivodit si smrt, zemřít – který však nemá letální konec* (Humpl et al., 2013, s.57). Může se jednat o nedokonanou sebevraždu, kdy dotyčný chtěl opravdu zemřít, či můžeme hovořit o lidech, kteří například neodhadli smrtelnou dávku léků. Zde se setkáváme i s pojmem parasuicidium. Těmto jedincům nejde o to zemřít, jde pouze o sebepoškozování. Suicidální pokus lze také předstírat. U tohoto jednání také není cílem zemřít, ale stáhnout na sebe pozornost, popřípadě se něčemu nepříjemnému vyhnout (Hosák et al., 2015).

1.5.3 Dokonané suicidium

Dokonané suicidium je charakterizováno jako sebepoškozující akt s následkem smrti, který je způsoben sebou samým s vědomým úmyslem zemřít (Matoušková, 2013, s. 224). Jedinec si přeje zemřít a smrt si svým sebevražedným chováním dokoná. Suicidální pacient je o svém jednání zemřít plně rozhodnut a volí ten nejefektivnější způsob zabití, zároveň se snaží, aby mu jeho čin nikdo nepřekazil (Dušek a Procházková, 2015). U suicidálních pacientů se mohou objevovat varovné signály suicidálního ohrožení, mezi které patří například rozdávání majetku, negativní postoj k budoucnosti, zvýšený zájem o smrt, zajímání se o posmrtném životě či příznaky těžké deprese (Špatenková,

2017). Dle Světové zdravotnické organizace (World Health Organization, 2018) zemře na celém světě ročně 800 000 lidí následkem sebevraždy.

1.6 Typy sebevražd

Suicidální jednání je nejčastěji způsobeno touhou uniknout z aktuální, psychicky náročné situace. Motivy suicidálního jednání se dělí do několika forem (Fischer, 2014).

Biická sebevražda je doprovázena reálným motivem. Nemusí bezpodmínečně souviset s psychickou poruchou. Nejčastějším motivem bývá těžká deprese, déle pak strach z vážného onemocnění, neschopnost finančního zabezpečení z důvodu ztráty zaměstnání či zadlužení, spáchání trestného činu, strach z vězení a mnoho dalšího (Humpl et al., 2015).

Naopak u *patické sebevraždy* bývá motiv činu nereálný. Bývají to často deprese spojené s pocitem méněcennosti, s neschopností představit si budoucnost, schizofrenie, která často souvisí se sluchovými halucinacemi nabádající ke smrti, závislostí a strachu vysazení návykových látek, poruchy osobnosti a další (Latálová et al., 2015).

Demonstrativní sebevražda je založena na pokusech, kde hlavním záměrem není zemřít. Avšak existují i pokusy, které nechtěně končí tragicky. U těchto pokusů jde hlavně o „volání o pomoc‘‘. Hlavním cílem tedy bývá stáhnout pozornost na sebe, být politován a dočkat se soucitu okolí ohledně aktuální tíživé situaci. Často bývají hlavní příčinou partnerské problémy (Humpl et al., 2013).

Naopak *bilanční sebevražda* má zcela opačný cíl. Jedinec se snaží o život doopravdy připravit. Příčinou bývají situace, ve kterých dotyčný nevidí východiska, často tento typ sebevraždy vyhledávají starší lidé. Může se například jednat o nevyléčitelné onemocnění doprovázeno bolestí (Latálová et al., 2015).

Rozšířená sebevražda je nejhorší sebevražedné jednání. Pacient, který si zvolí způsob rozšířené sebevraždy, likviduje nejen svůj vlastní život, ale i život svých blízkých. Nejčastěji to bývají rodinní příslušníci, jako například děti, partneři, či domácí mazlíčci. Často bývá rozhodnutí rozšířené sebevraždy způsobeno bludy, kvůli kterým si suicidální pacient myslí, že hrozí lidem, které má rád, nebezpečí, tak je svým jednáním snaží ochránit před utrpením a radši zvolí tento druh sebevraždy (Kučerová, 2013).

Existuje i tzv. *zkratkovité suicidální jednání,* kdy suicidální pacient už přestal přemýšlet nad jinou možností řešení svých problémů. *Suicidální dohoda* je plánování sebevraždy ve větším počtu lidí, kde se většinou jedná o náboženské sekty, kamarády apod. (Humpl et al., 2013).

1.7 Sebevraždy podle věkových kategorií

Riziko vzniku suicidálního jednání je ovlivňováno věkem. Mladí lidé se dopouští suicidálního jednání nejčastěji ve věku 15–24 let. Vysoké riziko sebevraždy také představují pacienti starší než 75 let (Orel, 2016).

1.7.1 Sebevraždy u dětí a v dospívání

Problém sebevražd u dětí a v dospívání nespadá jen pod obor psychiatrie. Jedinec pokoušející se o sebevraždu mívá často trvalé následky způsobené suicidálním pokusem. Děti pod čtrnáctém roku věku volí sebevražedné jednání jen zřídka. V dospívání se vyskytuje spíše suicidální pokus, k dokonané sebevraždě nedochází často (Hosák et al. 2015). Ačkoli k dokonané sebevraždě u dospívajících nedochází tak často, jedná se, spolu s úrazy, o nejčastější příčinu smrti u dospívajících (Pöthe, 2013). S narůstajícím věkem vzrůstají i počty dokonaných sebevražd. Velmi závažným a rizikovým faktorem je sebevražedné chování objevující se již v minulosti, hlavně z důvodu vyššího rizika dokonané sebevraždy. Sebevraždy u dětí a v dospívání bývají často spojovány s juvenilní depresí, která může způsobit sociální izolaci a ta přispívá k suicidálnímu jednání. Schizofrenie je dalším faktorem spojovaným se suicidální jednáním v dětství a v dospívání. K suicidálnímu jednání dětí a dospívajících přispívá i nadměrné užívání alkoholu a návykových látek. Mohou zde být i přítomny poruchy příjmu potravy, kde se může vyskytovat anorexie, která má za následek sebevraždy, popřípadě bulimie vyvolávající suicidální pokusy (Hosák et al., 2015). Dalším faktorem přispívajícím k suicidálnímu jednání u dětí a dospívajících je zneužívání v dětském věku, popřípadě v dospívání. Důsledkem zneužití dítěte dochází ke změně citlivosti stresové osy, která způsobí to, že zneužité dítě reaguje na některé situace citlivěji a více se stresuje (Koukolík, 2017).

Hlavním úkolem prevence sebevražd u dětí a dospívajících je naučit člověka zvládat stresové situace zvyšováním frustračních tolerancí a zvládání neúspěšných situacích. Prevence na školách se zaměřuje na zvyšování sebevědomí a snaží se předcházet šikaně

na školách, popřípadě řešit ji (Hosák et al., 2015). Velmi důležité je věnovat pozornost dítěti, které sdělí komukoli ve svém okolí úmysl zemřít. Dítě se sebevražednými myšlenkami trpí úzkostí a je nezbytné poskytnout mu specializovanou odbornou pomoc. Pokud dítě suicidální pokus dokoná, je velmi důležitá péče o příbuzné a blízké zemřelého dítěte. Smrt dítěte přináší silnou stresovou zátěž nejen pro rodiče, ale i pro zasahující posádku, naštěstí bývá dokonané suicidum u dětí velice vzácné (Psycholodgy Today, 2016).

1.7.2 Sebevraždy seniorů

Sebevražda se vyskytuje častěji v seniorském věku než u ostatních věkových skupin (Hosák et al.,2015). Nejčastějším spouštěčem suicidálního chování v seniorském věku je deprese, která se projevuje zejména nepřátelským chováním k vlastní osobě a může vést až k nenávisti. Důsledkem nenávisti k vlastní osobě ztrácí jedinec zájem o činnosti a žádná činnost mu nedokáže zlepšit náladu. U seniora trpícího depresí je často přítomna i izolace od společenského života, odmítá komunikovat, nemá žádné vyhlídky do budoucna, trpí nespavostí a nemožností usnout. Tyto příznaky mohou později vyvrcholit v samotný pokus o sebevraždu (Brzáková, 2013).

Dalšími rizikovými faktory sebevraždy u seniorů je ztráta partnera, či blízké osoby. Důležitou roli hraje také zdravotní stav seniora se zaměřením na chronické nevyléčitelné choroby doprovázené silnou bolestí, která často bývá neovlivnitelná. Senioři následkem úbytku fyzické aktivity ztrácejí schopnost postarat se sami o sebe, začínají být závislí na svém okolí a to vyvolává pocit nadbytečnosti, může se objevit i zvýšená konzumace alkoholu, popřípadě jiných omamných látek (Orel, 2016).

1.8 Příklady sebevražd dle nejčastějšího typu provedení

Dle Českého statistického úřadu (2017) spáchá sebevraždu v průměru ročně 1482 lidí z toho 1 209 mužů a pouze 273 žen. Existuje hned několik typů provedení samotné sebevraždy. Pokud k sebevražednému pokusu opravdu došlo, základním úkolem samotného ZZ, je s ohledem na vlastní bezpečnost, zajištění základních životních funkcí, popřípadě učinit takové kroky, aby nedošlo k dalšímu ohrožení zdraví pacienta.

1.8.1 Oběšení

Oběšení je nejčastěji zvolený způsob sebevraždy. U mužů je to celkem 61 %. U žen zvolí způsob sebevraždy oběšením 40 % (Český statistický úřad, 2017).

Příčinou smrti bývá zlomení druhého krčního obratle, tzv. „katovská zlomenina“. Ta způsobí stlačení krčních cév, dýchacích cest a poranění míchy. Často bývá přítomna cyanóza v obličeji, která je způsobena útiskem krčních žil, a krev se tedy hromadí nad závěsem. Nejdůležitějším a nejvíce viditelným znakem oběšení bývá tzv. strangulační rýha na krku (Příloha 1). Vzhled, hloubka a lokalizace rýh závisí na způsobu úvazu škrtidla a zavěšením těla (Hirt et al., 2015).

1.8.2 Zastřelení

Druhým nejčastějším způsobem dokonané sebevraždy u mužů je zastřelení a to celkem 13 % (Český statistický úřad, 2017).

U střelných poranění je důležitá průraznost střely pronikat tkáněmi, ranivost střely (jaká poranění střela způsobí) a zastavovací účinek střely – stop efekt. Průraznost a ranivost spolu úzce souvisí (Příloha 2 a 3). Čím je průraznost střely větší, tím způsobí menší poranění a naopak (Hirt a Vorel, 2016).

1.8.3 Intoxikace

Druhým nejčastějším suicidálním způsobem u žen je intoxikaci. Tento způsob si volí 21 % z nich (Český statistický úřad, 2017).

Nejčastěji se jedná o intoxikaci alkoholem, inhalační intoxikace (nejčastěji oxidem uhelnatým), intoxikaci léčivy či přírodními jedy (například jedovaté houby). O celkovém klinickém stavu intoxikovaného pacienta rozhoduje, jaké farmakologické vlastnosti látka měla, dávka, cesta vstupu látky do organismu, odolnost samotného jedince a jak dlouho uplynulo od intoxikace (Šeblová a Knor, 2013).

1.8.4 Skok z výšky

Dalším možným způsobem dokonané sebevraždy je skok z výšky. Tento způsob si vybírá 10 % mužů a 19 % žen (Český statistický úřad. 2017).

1.8.5 Skok pod auto, vlak

Muži si tento způsob zvolí celkem 5 % z celkového počtu dokonaných sebevražd, u žen to je celkem 9 % (Český statistický úřad, 2017).

1.9 Krizová intervence

Krizovou intervenci můžeme nazvat jako specializovanou pomoc pro osoby, které se ocitly v nějaké krizi. U suicidálního pacienta využijeme krizovou intervenci v případech, kdy se jedná o bezprostřední ohrožení suicidálním pokusem, bezprostředně po neúspěšném suicidálním pokusu a po dokonané sebevraždě, kdy se jedná o pomoc pozůstalým (Špatenková, 2017).

Ve všech těchto situacích je nejdůležitější bezpečnost nejen posádky ZZS, ale i ostatních zasahujících složek integrovaného záchranného systému (IZS) a osob přítomných na místě události. Proto je velice důležité zhodnocení celé situace na místě události. Pomoci suicidálním pacientům nabízejí i krizová centra. Jedná se o zařízení pomáhající pacientů, kteří se ocitli v náročné životní situaci a nemohou najít žádné řešení svých problémů (Humpl et al., 2013).

1.9.1 Krizová intervence u pacienta v ohrožení suicidálním pokusem

U pacienta v situaci ohrožení sebevraždou se může jednat o krizovou intervenci odehrávající se osobním kontaktem, ve formě výjezdu ZZS, nebo telefonické pomoci (například linky důvěry, či zdravotnického operačního střediska). Při telefonické krizové intervenci je podstatně velkou výhodou snadná dosažitelnost pomoci, nebo například anonymita suicidálního pacienta. Cílem krizové intervence u osob ohrožených suicidálním pokusem je odvrácení rizika hrozící sebevraždy (Špatenková, 2017).

U sebevražedného jednání je velmi důležité navázat emocionální kontakt se suicidálním pacientem a tento kontakt udržovat. Nechat pacienta mluvit o své momentální těžké situaci a podporovat plány do budoucna, snažit se najít jiné řešení, nabídnout odbornou pomoc. V neposlední řadě je důležité i zhodnocení celé situace (Humpl et al., 2013).

1.9.2 Krizová intervence u pacienta po nepovedeném suicidálním pokusu

Pokud se pacient o sebevraždu pokusil, avšak nebyla sebevražda dokonána, musíme věnovat pozornost odborné diagnostice. ZZ má za úkol bezprostředně zhodnotit

somatický stav pacienta a poté následně poskytnout ošetření. Po ošetření následuje diagnostika psychického stavu pacienta. Pokud se jedná o opakovaný suicidální pokus, je dobré, pokud to dovolí psychický a somatický stav pacienta, navázat kontakt s pacientem co nejdříve. U pacientů po suicidálním pokusu lze pozorovat zlepšení nálady. Toto bývá chybně označeno jako smíření se se svou těžkou životní situací, avšak může se jednat pouze o přechodné uvolnění napětí a pocit uspokojení vyvolaný samotným sebevražedným pokusem. Největší riziko opakovaného sebevražedného pokusu nastává první tři měsíce po nedokonané sebevraždě (Špatenková 2017).

1.9.3 Krizová intervence po dokonaném suicidiu

Pokud bylo u pacienta suicidium dokonáno, je důležité věnovat pozornost rodině a blízkým pozůstalým. Osoby blízké bývají často na místě události. Z těchto důvodů by měl ZZ ovládat základní postupy komunikace s pozůstalými. Sebevražda blízkého člověka je velmi traumatická událost, která je doprovázena silnými emocemi, pocity viny sebevražedného jednání pacienta, neschopností pochopit, proč se jejich blízký o sebevraždu pokusil, proto je velice důležité nabídnout odpornou pomoc pozůstalým (Humpl et al., 2013).

1.10 Komunikace se suicidálním pacientem

U suicidálních pacientů je velmi důležitá správná komunikace. Dalším důležitým krokem ZZ při komunikaci se suicidálním pacientem je správné navázání kontaktu. Jedná se zejména o představení se, je třeba respektovat vzdálenost mezi suicidálním pacientem a ZZ, kterou pacient vyžaduje, velmi důležitá je klidně působící poloha těla a správný oční kontakt. ZZ by měl působit klidně. Snažit se správně artikulovat, nemluvit rychle, projevit zájem o aktuální těžké situaci suicidálního pacienta. Informovat pacienta o možné psychologické pomoci. V komunikaci se suicidálním pacientem je velmi důležitý čas. Pokud se pacient o svých problémech rozmluví, dává nám tím najevo zájem o pomoc (Humpl et al., 2013). Naopak, co by zdravotník neměl dopustit při komunikaci se suicidálním pacientem, je ignorování suicidálního pacienta při mluvení o negativních myšlenkách a aktuální tíživé situaci, popřípadě nezodpovězení některých otázek, které suicidální pacient klade na zdravotnického pracovníka. Může se vyskytnout i odmítavý postoj zdravotnického pracovníka k suicidálnímu pacientovi, avšak tato situace se vyskytuje jen zřídka (Raboch, 2012).

1.10.1 Specifika komunikace s pacientem trpící depresí

Pacienti trpící depresí mívají často nezájem komunikovat, jsou smutní, bez energie, proto jedním z nejdůležitějších zásad je projevení empatie. Dát pacientovi najevo zájem o jeho trýznivou situaci. Při rozhovoru je nezbytné zvážit každé slovo, zda není nevhodné. Pacienti trpící depresí jsou často vztahovační. Další zásadou při komunikaci je trpělivost, nevymlouvat smutek, neodsuzovat pacientovo jednání a chování a snažit se vžít do jeho momentální situace. Nic nezlehčovat a projevit snahu o společném řešení problémů, například nabídnutí odborné pomoci (Kelnarová a Matějková, 2014).

1.10.2 Specifika komunikace s pacientem trpící schizofrenií

U pacienta trpícího schizofrenií musíme ohledně komunikace přistupovat s jasnou, stručnou a jednoznačnou řečí. Velmi důležité v akutní fázi schizofrenie je snížení nadměrné stresové zátěži v aktuální situaci. Po odeznění akutní fáze je cílem terapie vstřebaní prodělaného negativního zážitku pacientem a zapojit do terapie rodinu a blízké (Kulišťák, 2017).

1.10.3 Role policejního vyjednavače se suicidálním pacientem

Policejní vyjednavač je specializovaná osoba odborně školena nejen z teoretické části, vedenou pravomocí Útvaru rychlého nasazení policie České republiky, ale také z praktického výcviku, který poskytuje Obor služebních příprav a sport ministerstva vnitra České republiky. Práce policejního vyjednavače se suicidálním pacientem vyžaduje soustředěnost na psychickou charakteristiku takového pacienta, neboť u suicidálního pacienta dochází k zúžení myšlení, a to je následkem negativních emocí, ze kterých pacient vidí jediné východisko - sebevraždu. Po navázání kontaktu je důležitým úkolem policejního vyjednavače dostat suicidálního pacienta do bezpečí tím, že zajistí pomocí vyjednání instrumentál určený k sebevraždě (Zúbek, 2017).

1.11 Zdravotnická záchranná služba

Dle zákona č. 374/2011 Sb., o zdravotnické záchranné službě je ZZS definována jako *zdravotní služba, v jejímž rámci je na základě tísňové výzvy, není-li dále stanoven jinak, poskytována zejména přednemocniční neodkladná péče osobám se závažným postižením zdraví nebo v přímém ohrožení života. Součástí zdravotnické záchranné služby jsou další činnosti stanovené tímto zákonem.* ZZS je tedy povinna například zajišťovat

nepřetržitý příjem tísňových volání na národní linku 155, příjem výzev vysílaných operačním střediskem a následné vyhodnocení stupně naléhavosti tísňového volání. ZZS je také povinna vést a zajišťovat přednemocniční neodkladnou péči (PNP) na místě události, popřípadě spolupracovat s ostatními složkami IZS a s cílovým poskytovatelem akutní lůžkové péče (Mach, 2013).

1.11.1 Zdravotnické operační středisko

Zdravotní operační středisko je centrální pracoviště, zajišťující nepřetržitý provoz přijímání tísňového volání na linku 155. Mezi základní činnosti zdravotnického operačního střediska je přijetí a následné vyhodnocení tísňového volání, včetně převzetí a vyrozumění přijatých od orgánů krizového řízení či od základních složek IZS. Po přijetí a následném vyhodnocení výzvy, předává zdravotnické operační středisko informace o tísňovém volání výjezdovým skupinám ZZS (Remeš a Trnovská, 2013).

1.11.2 Zdravotnický záchranář

ZZ je nelékařská zdravotnická profese. Kompetence ZZ upravuje vyhláška č.55/2011 Sb., §17 o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. Náplní práce ZZ je neodkladná léčebná a diagnostická péče v terénu, dále také péče v rámci specifické ošetřovatelské péče na anesteziologicko – resuscitačním oddělením, i urgentním příjmu. ZZ může vykonávat své povolání bez odborného dohledu, popřípadě ve spolupráci s lékařem (Štětina et al., 2014).

ZZ se ve svém povolání mnohdy setkává s duševními, emocionálními a fyzickými stresy. Důsledkem působení stresu se objevuje větší riziko vzniku posttraumatického psychického syndromu. Posttraumatický psychický syndrom je doprovázen stavem vyhoření v souvislosti s povoláním, zvyšování pracovních úrazů, podílí se na vzniku depresí a mohou vést až k samotné sebevraždě. Nejdůležitější je tedy osobní, fyzické a duševní zdraví pracovníka ZZS (EMS, Provider Health And Wellness, 2018).

1.11.3 Pracoviště krizové připravenosti

Včetně poskytování PNP je ZZS dále povinna sepisovat podklady k dokumentaci IZS týkající se činnosti k připravenosti na krizovou situaci, či mimořádnou událost. Pracoviště krizové připravenosti má tedy za úkol tyto činnosti zajišťovat dle postupů, které jsou vymezeny v rámci plánovacích dokumentů orgánu krizového řízení,

dokumentace složek IZS a havarijního plánu. Následně je pracoviště krizové připravenosti povinno zajišťovat znalosti i odbornou způsobilost složkám IZS v oblasti krizové připravenosti a mimořádné události, včetně například nácviku neodkladné resuscitace, či vytváří návrh ohledně traumatologického plánu. Jedním z dalších úkolů pracoviště krizové připravenosti je nepřetržitě zajišťovat psychosociální a intervenční služby pro pracovníky výjezdových skupin ZZS, popřípadě ostatní zdravotnické pracovníky, kteří se zúčastnili krizové situace (Mach, 2013).

1.12 Práce zdravotnické záchranné služby při výjezdu k suicidálnímu pacientovi

Úkoly a činnosti ZZS při výjezdu k suicidálnímu pacientovi jsou sepsány v katalogovém souboru typové činnosti 02/IZS Demonstrování úmyslu sebevraždy dle § 18 vyhlášky č. 328/2001 Sb., o některých podrobnostech zabezpečení IZS, ve znění vyhlášky č. 429/2003 Sb. Tento dokument je zpracován Ministerstvem vnitra – Generálním ředitelstvím Hasičského záchranného sboru a jeho hlavním účelem je popis činnosti a postupu všech složek IZS při společném zásahu u suicidálního pacienta (Agh, 2017).

1.12.1 Důvody přítomnosti zdravotnické záchranné služby na místě události

Přítomnost ZZS na místě zásahu je nutná hlavně z důvodu poskytnutí odborné zdravotnické pomoci nejen suicidálnímu pacientovi, ale také k ošetření zasahujícím příslušníkům IZS a ostatních přítomných osob, kteří byli napadeni suicidálním pacientem. Dalším důvodem přítomnosti ZZS je převoz suicidálního pacienta do specializovaného zdravotnického zařízení (Katalogový soubor typové činnosti 02/IZS).

1.12.2 Úkoly a činnost zdravotnické záchranné služby u suicidálního pacienta na místě události

Úkolem ZZS po příjezdu na místo události je navázání kontaktu se suicidálním pacientem po dobu, než si své rozhodnutí rozmyslí, popřípadě do vykonání samotné sebevražedného pokusu, či do příjezdu vyškoleného policejního vyjednavače. Z toho důvodu je velmi důležité znát správné zásady komunikace se suicidálními pacienty. Dalším důležitým úkolem ZZS na místě události je poskytnutí PNP zraněným osobám, které se nachází na místě zásahu, ať se jedná o ostatní zasahující členy IZS, či ostatní civilní osoby. Poskytnutí odborné pomoci suicidálnímu pacientovi a následný transport do specializovaného zdravotnického zařízení. Pokud je sebevražedný pokus dokonán, je

povinna ZZS tělo zemřelého ohledat, popřípadě vydat rozhodnutí o případné pitvě, zda-li se nejedná o trestný čin (Katalogový soubor typové činnosti 02/IZS).

1.12.3 Specifika péče o pacienty po oběšení

U suicidálního pacienta, který zvolil způsob sebevražedného jednání oběšením, dochází k útlaku dýchacích cest, který je způsobený zaškrcením na vnější straně krku pacienta. Na pacientovi můžeme pozorovat strangulační rýhy od škrtícího předmětu, nerovnoměrné dýchání, poruchu stavu vědomí a cyanózu, nebo-li šedo – modrou barvu kůže v obličeji. Pokud je pacient ještě zavěšený, je důležité za stálé podpory těla pacienta opatrně odříznout materiál, který pacient k oběšení použil s následným uvolněním vnější strany krku, aby nedocházelo k dalšímu zúžení dýchacích cest pacienta (Certification HQ, 2013).

Nejdůležitějšími zásady péče o suicidálního pacienta po oběšení je zhodnocení, následné zajištění dýchacích cest, zajištění žilního vstupu a stabilizace krční páteře krčním límcem. Endotracheální intubace je prováděna z důvodu vzniku možných komplikací, jakými jsou například potencionální otoky dýchacích cest, či krvácení (Nowak, 2016). Podle potřeby je pacient napojen na řízenou ventilaci. Dále monitorujeme srdeční činnost pacienta. Po odeznění akutní fáze je velmi důležité během hospitalizace zajistit psychiatrické vyšetření suicidálního pacienta. (Hanging Injuries and Strangulation Treatmen a Managment, 2016).

1.12.4 Specifika péče o pacienta po akutní intoxikaci

Suicidální pacienti, kteří se dopustili suicidálního jednání pomocí akutní intoxikací léčivými přípravky, patří k relativně častým situacím. Pacienti, volící způsob sebevraždy předávkování léky, jsou častěji mladí lidé, tudíž většinou netrpí žádnou závažnou interní poruchou, a tak, pokud byla včas poskytnuta PNP, mívají tito mladí suicidální pacienti dobrou prognózu. K úmrtí při intoxikací dochází například důsledkem nepravidelného srdečního rytmu, křečí a akutního zápalu plic. Pokud je suicidální pacient na místě události po sebevražedném pokusu při vědomí, je důležité co nejrychleji navázat s pacientem kontakt, snažit se přimět pacienta ke spolupráci a vysvětlit mu následující léčebný postup. Nezbytné je získat co nejvíce informací od pacienta, popřípadě osob blízkých na místě události, zejména jaký léčivý přípravek pacient požil, v jakém množství a zda došlo u pacienta ke zvracení. Poté je neméně

důležité sledování základních životních funkcí, fyzikální vyšetření pacienta, měření EKG[1], zajištění žilního vstupu a podle potřeby konzultovat stav pacienta s Toxikologickým informačním střediskem. Pokud se pacient nachází po akutní intoxikaci v bezvědomí je důležité vyčištění dutiny ústní, následná intubace a následná ventilace spolu s podáním kyslíku. Podobně jako u suicidálního pacienta při vědomí, monitorujeme základní životní funkce, fyzikální vyšetření, snímání EKG, zajištění žilního vstupu, popřípadě doplnit co nejvíce informací do anamnézy suicidálního pacienta od blízkých osob na místě události. Konzultace s Toxikologickým informačním střediskem[2] dle potřeby. Suicidální pacient po akutní intoxikaci léky by měl být převezen a následně hospitalizován na jednotce intenzivní péče (Pelclová, 2014).

1.12.5 Úkoly a činnosti zdravotnické záchranné služby po dokonané sebevraždě na místě události

Pokud se po příjezdu ZZS na místo události prokáže, že se opravdu jednalo o dokonanou sebevraždu, je důležitým úkolem zdravotnické záchranné služby péče o rodinné příslušníky, popřípadě přátelé zemřelého suicidálního pacienta, kteří se nachází na místě události. Velmi důležité je navázání kontaktu s pozůstalými pacienta, nabídnout pomoc, vyjádřit empatii a soucit, chovat se důstojně a profesionálně. Pokud je třeba, nechat pozůstalé mluvit o jejich myšlenkách, aktuálních tíživých pocitech a seznámit je s tím, že jejich emoce jsou naprosto přirozené po smrti blízkého člověka. Dalším důležitým krokem je informovanost a seznámení s dalším postupem vyšetřování, nejen ohledně situace, co se na místě události odehrálo, ale také jak bude probíhat péče o tělo zemřelého. V některých případech je nutné požádat příbuzné, popřípadě blízké nacházející se na místě události, o identifikaci těla zemřelého, s ohledem na jejich zdravotní stav. Velmi nezbytným krokem je také nabídka písemných informací o péči od specializovaného odborníka, který pomůže pozůstalým s psychickým stavem po úmrtí suicidálního pacienta. Následným významným krokem je poskytnutí psychické pomoci posádce ZZS zasahující, popřípadě dalším zasahujícím složkám IZS u suicidálního pacienta na místě události (Suicide Prevention Resource Center, 2013).

[1] EKG = elektrokardiogram poskytující diagnostiku patologických stavů srdečně cévního systému (Bulíková, 2015).
[2] Toxikologické informační středisko poskytuje nepřetržité informace ohledně účincích jednotlivých intoxikací, popřípadě následnou prevenci a léčbu nejen ZZS, ale i veřejnosti (Bartůněk et al., 2016).

2 Cíle práce a výzkumné otázky

2.1 Cíle práce

Cíl 1: Zmapovat, jaké povědomí mají zdravotničtí záchranáři o problematice suicidií.

2.2 Výzkumné otázky

Výzkumná otázka 1: Jakým způsobem vnímají problematiku suicidií zdravotničtí záchranáři v přednemocniční neodkladné péči?

Výzkumná otázka 2: Jaká specifika vyžaduje řešení problematiky suicidií od zdravotnických záchranářů v přednemocniční neodkladné péči?

3 Metodika

3.1 Metodika práce

Teoretická část bakalářské práce byla zpracována z odborných publikací a periodik. Praktická část této bakalářské práce byla vytvořena pomocí metody kvalitativního výzkumu. K získání dat byly použity polostrukturované rozhovory se ZZ vykonávající svou profesi u ZZS v Jihočeském kraji (JčK) a v kraji Vysočina (KV). Rozhovor byl složen z 20 otázek, které byly předem připraveny. První čtyři otázky se skládají z identifikačních informací o dotazovaných. Následující otázky byly zaměřeny na informovanost a na odbornou připravenost ZZ týkající se problematiky suicidií, dále na četnost suicidálního jednání v PNP, přítomnost policejního vyjednavače na místě události, aktivací krizového interventa ZZS, vnímání ZZ suicidální problematiky, znalosti ZZ o souboru typové činnosti 02/IZS. Z důvodu důležitosti znalostí ZZ o akutních život ohrožujících stavech, byla jedna otázka zaměřena na péči o pacienta po akutní intoxikaci léky. Jednotlivý respondenti byli předem informováni o anonymitě realizovaných rozhovorů a předem souhlasili s jejich poskytnutím. Všichni respondenti byli předem informováni o výhradním použití jím poskytnutých informací do této bakalářské práce za účelem sběru jednotlivých dat. Po realizaci všech poskytnutých rozhovorů byly odpovědi analyzovány a následně rozděleny do 10 kategorií. Celá výzkumná část probíhala v dubnu roku 2018.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor byl tvořen z celkem osmi náhodně vybraných ZZ, kteří vykonávají svou profesi bez odborného dohledu dle zákona č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povolání § 18. Oslovení ZZ z JčK profesně působící u ZZS v oblastním středisku v Českých Budějovicích, Jindřichově Hradci, Písku a dále dotazovaní ZZ z KV profesně působící u ZZS v oblastním středisku v Humpolci a v Pelhřimově. Všichni respondenti souhlasili s poskytnutím rozhovorů, následnou analýzou a zpracováním dat pro výzkumnou část této bakalářské práce.

4 Výsledky

4.1 Kategorizace získaných dat

Výsledky získané výzkumem jsou rozděleny do deseti kategorií, které jsou následně názorně zobrazeny v tabulce 1. Všechny tyto kategorie jsou následně podrobněji rozepsané na základě odpovědí dotazovaných respondentů a některé z těchto kategorií jsou zobrazeny do jednotlivých tabulek rozdělené podle kraje působnosti u ZZS.

Tabulka 1 zobrazuje rozdělení otázek do jednotlivých kategorií

Kategorie 1	Identifikační údaje respondentů
Kategorie 2	Informovanost ZZ o problematice suicidií
Kategorie 3	Četnost suicidálního jednání v PNP
Kategorie 4	Fáze suicidálního jednání v PNP
Kategorie 5	Přítomnost policejního vyjednavače u pacienta se suicidálním jednáním
Kategorie 6	Aktivace krizového interventa ZZS při suicidálním jednání
Kategorie 7	Vnímání suicidálního pacienta z pohledu ZZ
Kategorie 8	Soubor typové činnosti 02/IZS
Kategorie 9	Postup při péči o pacienta po akutní intoxikaci léky
Kategorie 10	Znalosti ZZ při správně vedené komunikaci se suicidálním pacientem

Zdroj: Vlastní výzkum

Kategorie 1: Identifikační údaje

Tabulka 2 – Identifikační údaje dotazovaných respondentů profesně působící u ZZS JčK

Respondent (R)	Vzdělání	Odborná praxe	Kraj působení
R1	Vysokoškolské (Bc.)	7 let	Jihočeský
R2	Vyšší odborné (Dis.)	11 let	Jihočeský
R3	Vyšší odborné (Dis.)	1,5 roku	Jihočeský
R4	Vysokoškolské (Bc.)	15 let	Jihočeský

Zdroj: Vlastní výzkum

Tabulka 3 – Identifikační údaje dotazovaných respondentů profesně působících u ZZS KV

Respondent (R)	Vzdělání	Odborná praxe	Kraj působení
R5	Vyšší odborné (Dis.)	16 let	Vysočina
R6	Vyšší odborné (Dis.)	13 let	Vysočina
R7	Vysokoškolské (Bc.)	10 let	Vysočina
R8	Vysokoškolské (Bc.)	2 roky	Vysočina

Zdroj: Vlastní výzkum

Tabulky 2 a 3 zobrazují identifikační údaje dotazovaných respondentů, kteří jsou rozděleni podle jednotlivých krajů. Cílem těchto položených otázek bylo zjistit, jaké nejvyšší dosažené vzdělání ve zdravotnictví dotazovaní ZZ mají, délka odborné praxe na ZZS a v jakém kraji dotazovaní respondenti profesně působí. Vysokoškolské vzdělání na úrovni bakalářského studia vystudovali celkem čtyři respondenti z obou krajů, a to konkrétně R1, R4 z JčK a R7, R8 z KV. Rozmezí odborné praxe jednotlivých respondentů u ZZS JčK je 1,5 let až 15 let, konkrétně R1 7 let, R2 11 let, R3 1,5 roku a R4 15 let. V KV se toto rozmezí pohybuje mezi 2 let až 16 let, konkrétně R5 16 let, R6 13 let, R7 10 let a R8 2 roky.

Kategorie 2: Informovanost zdravotnického záchranáře o problematice suicidií

Druhá kategorie byla tvořena pomocí třech otázek týkajících se informovanosti ZZ o problematice suicidií v JčK a v KV. Většina dotazovaných ZZ z obou krajů se shodla, že nejčastějším způsobem poskytnutí odborných informací týkající se problematiky suicidií bylo pomocí školního vzdělání. Pouze R4 upřednostňuje hlavně samostudium, okrajově na vysoké škole. Z KV odpověděl dotazovaný R5 pomocí školy a popřípadě v zaměstnání, a to z odborné praxe, popřípadě od zkušenějších kolegů. R6 také odpověděl pomocí Vyšší odborné školy v oboru akutní stavy psychiatrii, dále absolvoval kurz psychické pomoci od hasičského záchranného sboru a setkání v rámci výcviku první psychické pomoci od specializovaného pedagoga a psychiatra. Poskytnutí odborných informací ohledně problematiky suicidií pomocí školního vzdělání potvrzuje i R7, dále ještě dodává i pomocí školení od zaměstnavatele, a R8 také potvrzuje, že nejvíce byl ohledně této problematiky informován během školního studia. Druhá otázka byla směřována na míru poskytnutých informací a zda je dle názorů respondentů dostačující. Všichni čtyři respondenti z JčK se shodli, že vzdělání je základní, avšak pro

vykonání profese ZZ dostačující. Dotazovaní respondenti z KV také potvrdili dostačující vzdělání ohledně problematiky suicidií, pouze R8 odpověděl, že by uvítal více odborných informací týkající se této problematiky. Poslední otázka této kategorie byla zaměřena na to, jakým způsobem by dotazovaní respondenti upravili odbornou přípravu ZZ ohledně problematiky suicidií. Z JčK R1 je spokojen s obornou přípravou ZZ. R2, R3 a R4 se shodli, že by rádi uvítal nějaké semináře od osob, které se v problematice suicidií více pohybují, například psychologové, psychiatři, zkušenější ZZ, příslušníci policie České republiky či například hasičský záchranný sbor, avšak nepovažují tyto semináře za nutné, pouze jako doplnění dosavadního vzdělání. Z KV se shodli R5 a R6 na dostačujících informací, tudíž není potřeba dosavadní vzdělání nějak upravovat. R7 a R8 by rádi uvítali více odborných informací pomocí školení od psychologů, popřípadě zkušenými policejními vyjednavači. Toto školení by se podle těchto respondentů mělo zaměřit na postupy při jednání se suicidálním pacientem, příklady z praxe, popřípadě modelové situace.

Kategorie 3: Četnost suicidálního jednání v PNP

Tabulka 4 – Četnost suicidálního jednání v PNP u ZZS JčK

Respondent (R)	Výskyt suicidální problematiky v PNP	Výskyt dokonané sebevraždy v PNP
R1	6x za rok	4x za rok
R2	5x za rok	3x za rok
R3	10x za rok	5x za rok
R4	4x za rok	3x za rok

Zdroj: Vlastní výzkum

Tabulka 5 – Četnost suicidálního jednání v PNP u ZZS KV

Respondent (R)	Výskyt suicidální problematiky v PNP	Výskyt dokonané sebevraždy v PNP
R5	20x za rok	4x za rok
R6	12x za rok	3x za rok
R7	3x za rok	1x za rok
R8	10x za rok	2x za rok

Zdroj: Vlastní výzkum

Tabulka 4 a 5 znázorňuje četnost suicidální problematiky a také konkrétně dokonané sebevraždy vyskytující se v JčK a v KV. Dotazovaní respondenti profesně působící v JčK se setkávají se suicidální problematikou v rozmezí 4x až 10x za rok. Výskyt dokonané sebevraždy se objevuje v rozmezí 3x až 5x za rok. Respondenti profesně působící v KV vyjíždějí k suicidálnímu jednání častěji než dotazovaní respondenti z JčK, a to konkrétně 3x až 20x za rok. Naopak výskyt dokonané sebevraždy je nižší než v JčK. V KV se dotazovaní zdravotničtí ZZ setkávají s dokonanou sebevraždou 2x až 4x za rok.

Kategorie 4: Fáze suicidálního jednání v PNP

Tabulka 6 – Fáze suicidálního jednání v PNP dle dotazovaných ZZ profesně působící v JčK

Respondenti (R)	Fáze suicidálního jednání	Nejčastější fáze suicidálního jednání v PNP
R1	Sebevražedné myšlenky, příprava suicidálního pokusu, suicidální pokus, dokonaná sebevražda	Dokonaná sebevražda
R2	Nápad na suicidální jednání, suicidální myšlenky, demonstrativní sebevražda, suicidální pokus, dokonaná sebevražda	Dokonaná sebevražda
R3	Suicidální myšlenky, příprava, zkouška nebo demonstrativní sebevražda, dokonaná sebevražda	Dokonaná sebevražda
R4	Sebevražedné myšlenky, demonstrativní sebevražda, sebevražedné pokusy, dokonaná sebevražda	Dokonaná sebevražda

Zdroj: Vlastní výzkum

Tabulka 7 – Fáze suicidálního jednání v PNP dle dotazovaných ZZ profesně působících v KV

Respondent (R)	Fáze suicidálního jednání	Nejčastější fáze suicidálního jednání v PNP
R5	Přechodná sebevražedná myšlenka, neustálá myšlenka, rozhodnutí udělat samotný pokus, dokonaná sebevražda	Suicidální pokus a myšlenky
R6	Sebevražedné myšlenky, sebepoškozování, plánování pokusu, samotný pokus, dokonaná sebevražda	Sebepoškozování
R7	Uvědomění si problému, zamyšlení nad sebevraždou, fáze přípravy, demonstrativní sebevražda, nepovedený suicidální pokus dokonaná sebevražda	Demonstrativní sebevražda
R8	Sebevražedné myšlenky, pak samotné pokusy, dokonané suicidum	Sebevražedný pokus

Zdroj: Vlastní výzkum

Tabulka 6 a 7 znázorňuje fáze suicidálního jednání a následně nejčastější fáze suicidálního jednání v PNP dle dotazovaných ZZ. První otázkou bylo, zda dotazovaní ZZ znají jednotlivé fáze suicidálního jednání. Respondenti z JčK se ve svých odpovědí většinou shodují. Dle R1 je začínající fáze suicidálního jednání sebevražedná myšlenka, poté následuje příprava suicidálního pokusu, jako například obstarání léků, či zbraně, pokračuje to suicidálním pokusem a jako poslední je dokonaná sebevražda. Podle R2 musí někde vzniknout nápad na sebevražedné jednání, ač je založen na reálným, či nereálným podnětem, poté následují sebevražedné myšlenky, nabývající na intenzitě, demonstrativní sebevražda, suicidální pokus a dokonaná sebevražda. Podobně odpověděl i R3, kdy první fází jsou suicidální myšlenky, které vedou až k přípravě samotného pokusu, tedy obstaráni sebevražedného materiálu (například léky), následuje sebevražedný pokus, popřípadě demonstrativní sebevražda, a nakonec dokonaná

sebevražda. Dle R4 mezi základní fáze suicidálního jednání patří sebevražedné myšlenky, demonstrativní sebevražda, samotný sebevražedný pokus a následně dokonaná sebevražda. Dotazovaní ZZ z KV se také, podobně jako dotazovaní respondenti z JčK, na svých odpovědích z větší části shodují. Podle R5 začíná sebevražedné jednání přechodnou suicidální myšlenkou, po které následuje neustálá suicidální myšlenka na samotné suicidální chování, poté rozhodnutí suicidální jednat, a nakonec dokonané suicidum. Dle R6 nejprve vznikají sebevražedné myšlenky, které postupně vyvrcholují v sebepoškozování, dále plánování suicidálního pokusu, samotný suicidální pokus a v poslední řadě dokonané suicidum. R7 odpověděl, že základem suicidálního jednání je uvědomění si, že se něco děje, poté následuje fáze zamyšlení nad samotnou sebevraždou, přípravy na suicidální pokus, fáze přemítání, zda je ještě nějaké východisko z problému dotyčného, upozornění na sebe (první pokus o sebevraždu, popřípadě demonstrativní sebevražda) a nakonec dokonaná sebevražda. Dle R8 patří mezi základní části suicidálního jednání sebevražedné myšlenky, poté samotné pokusy, a nakonec dokonané suicidum. Druhou otázkou této kategorie bylo, s jakou nejčastější fází sebevražedného jednání se dotazovaní ZZ setkávají v PNP. Všichni respondenti z JčK se shodli, že se jedná o fázi dokonané sebevraždy. Na rozdíl od respondentů z KV, kde dokonaná sebevražda nebyla zmíněna ani jednou a odpovědi jednotlivých respondentů se lišily. Pouze R5 a R8 se v odpovědi shodli, že se převážně jedná o sebevražedné pokusy. R6 řekl, že se jedná nejčastěji o sebepoškozování. Dle R7 se nejčastěji v PNP vyskytuje demonstrativní sebevražda.

Kategorie 5: Přítomnost policejního vyjednavače u pacient se suicidálním chováním

Tabulka 8 – Přítomnost policejního vyjednavače u pacienta se suicidálním chováním dle dotazovaných ZZ JčK

Respondent (R)	Přítomnost policejního vyjednavače
R1	Ještě jsem se nesetkal
R2	Zatím jsem tuto zkušenost neměl
R3	Tuto zkušenost jsem ještě neměl
R4	Nikdy

Zdroj: Vlastní výzkum

Tabulka 9 – Přítomnost policejního vyjednavače u pacienta se suicidálním chováním dle dotazovaných ZZ KV

Respondent (R)	Přítomnost policejního vyjednavače
R5	Zatím ani jednou
R6	Sám jsem se s ním nesetkal
R7	Osobně ani jednou
R8	Tuto zkušenost nemám

Zdroj: Vlastní výzkum

Tabulka 8 a 9 znázorňuje v jaké frekvenci se dotazovaní ZZ profesně setkávají při řešení suicidií v PNP s přítomností policejního vyjednavače. Všichni dotazovaní respondenti, nezávisle na profesním působení v obou krajích se shodují na stejné odpovědi. Tito dotazovaní ZZ nemají zkušenost s přítomností policejního vyjednavače na místě události.

Kategorie 6: Aktivace krizového interventa zdravotnické záchranné služby při suicidálním jednání

Tabulka 10 – V jakém časovém horizontu může být aktivován krizový intervent ZZS dle dotazovaných ZZ profesně působících v JčK

Respondent (R)	Aktivace krizového interventa zdravotnické záchranné služby Jihočeského kraje
R1	Do dvou hodin
R2	Do jedné hodiny
R3	Do hodiny
R4	Do půl hodiny

Zdroj: Vlastní výzkum

Tabulka 11 – V jakém časovém horizontu může být aktivován krizový intervent ZZS dle dotazovaných ZZ profesně působících v KV

Respondent (R)	Aktivace krizového interventa zdravotnické záchranné služby kraje Vysočina
R5	Půl hodina až hodina
R6	Individuální, někdy k dispozici není vůbec
R7	V horizontu minut, spíše hodin
R8	Do jedné hodiny

Zdroj: Vlastní výzkum

Tabulka 10 a 11 znázorňuje podvědomí jednotlivých dotazovaných ZZ o aktivaci krizového interventa v kraji, ve kterém profesně působí. Tabulka 9 zobrazuje odpovědi dotazovaných respondentů z JčK. Aktivace krizového interventa je dle R1 do dvou hodin. R2 a R3 se na své odpovědi shodují, konkrétně tedy tvrdí, že krizový intervent je aktivován do jedné hodiny. Podle R4 dochází k aktivaci interventa do půl hodiny. Tabulka 10 zobrazuje odpovědi dotazovaných ZZ profesně působících v KV. Dle R5 nedrží krizový intervent pohotovost, tudíž je aktivován v rozmezí půl hodiny až hodiny. R8 se shoduje s dotazovanými ZZ JčK, konkrétně tvrdí do jedné hodiny. Podle R6 je aktivace krizového interventa velice individuální, popřípadě mohou se ocitnou situace, kdy není povolán vůbec. R7 odpověděl v horizontu minut, spíše hodin.

Kategorie 7: Vnímáni suicidálního pacienta z pohledu zdravotnického záchranáře

Následující kategorie vznikla na podkladu třech otázek a byla zacílena na vnímání suicidálního pacienta z pohledu. První otázka se zaměřovala na způsob vnímání jednotlivých dotazovaných respondentů na samotný výjezd k suicidálnímu pokusu. Většina dotazovaných respondentů se shodla na profesionálním jednání na místě události. Z JčK R1 tvrdí, že se jedná pouze o další běžný výjezd, pouze je důležité dbát více na vlastní bezpečí z důvodu například rozšířené sebevraždy. R2 odpověděl: *„Snažím se být profesionální, ale osobně mi to přijde jako zbytečná smrt, podle mě se dají vyřešit všechny problémy nějak jinak.* R3 uvedl výjezd k suicidálnímu pacientovi jako další běžný výjezd, avšak jeho jednání závisí na tom, jakým způsobem bylo suicidum vykonáno. R4 podobně jako R2 se snaží chovat profesionálně a zdůrazňuje nutnost odborné pomoci u suicidálního pacienta. Dotazovaní ZZ z KV odpovídali podobně jako dotazovaní respondenti z JčK. Dle R5 záleží na tom, v jaké suicidální fázi se pacient nachází. R6 zastává názor o nepodceňování dané situace a pacienta po suicidálním pokusu správně nasměrovat na odbornou pomoc. R8 vnímá výjezdy k suicidálnímu pacientovi většinou jako „zbytečné‘‘ a zdůrazňuje nutnou potřebu dostatečné odborné pomoci, která by nabídla pacientovi možnost suicidálnímu pokusu předejít. Druhá otázka této kategorie byla zaměřena na vnímání ZZ konkrétně na výjezd k dokonanému suicidiu. Všichni respondenti z obou krajů se shodli na profesionálním přístupu. R1 z JčK dodal nebrat si takový výjezd osobně, popřípadě když je potřeba, popovídat si o výjezdu s kolegy. Dále se tímto výjezdem nezabývat. R2 zmiňuje důležitost věku pacienta. Pokud se jedná o dítě, popřípadě dospívajícího, vzniká daleko větší zátěž na psychiku, ovšem i tak se snaží chovat profesionálně. R3 odpověděl:

„Záleží, kolik je na místě mrtvých. Jestli se jedná pouze o jednoho člověka, který to chtěl nebo o případ, kdy se může jednat jak o vraždu, tak i sebevraždu. Pokud dojde k usmrcení pouze člověka, který to chtěl, tak je mi to defacto jedno, chtěl to a když ho zachráníme, tak to udělá znovu, dokud se mu to nepovede. Pokud usmrtí i někoho nevinného, je to psychicky náročnější výjezd, ale to je taky součást naší práce, proto se snažím chovat profesionálně.‘‘ Dle R4 hraje nejdůležitější roli věk pacienta, který se rozhodl pro sebevraždu. Konkrétně když se jedná o mladého člověka, je to psychicky náročnější než starší člověk. Dotazovaní respondenti z KV odpovídali podobně jako dotazovaní respondenti z JčK. R5 podobně jako R4 zastává názor čím mladší pacient, tím hůře se dá výjezd snášet. R6 odpověděl: *„Záleží na způsobu provedení, na věku, v jakém rozsahu byl suicidální pokus proveden a podobně. Nikdy to není jednoduché, protože tito lidé potřebovali pomoc, kterou jim buď nikdo neposkytl, nebo nebyla tato pomoc dostačující. Asi nejhorší byl pro mě zásah u 15 ti-letého chlapce zemřelého oběšením.‘‘* Dle R7 a R8 je každé úmrtí tohoto typu spíše jako „zbytečnost‘‘ a něco, s čím ZZ nejsou schopni nic udělat. Poslední otázka této kategorie byla zaměřena na vnímání dotazovaných ZZ ohledně demonstrativní sebevraždy. Většina dotazovaných ZZ odpovídala nezávisle na kraji působení, že se nejčastěji jedná o tzv. „volání o pomoc‘‘ a následné nabídnutí odborné pomoci. Z JčK R1 dodal snahu o nalezení příčiny tohoto jednání, návrh řešení, nebo ideálně takové pacienty rovnu nasměřovat na krizového intervent, popřípadě na odbornou pomoc psychiatra. R2 a R4 se shodují na nutné poskytnutí psychiatrické pomoci suicidálnímu pacientovi. R3 naopak tvrdí, že demonstrativní sebevraždu vnímá jako běžný výjezd, při kterém je většina lidí v ebrietě[3] a následně končí na záchytce. Všichni dotazovaní respondenti profesně působící u ZZS v KV se shodují na způsobu vnímání demonstrativní sebevraždy jako na „volání o pomoc‘‘ s důrazem na poskytnutí odborné psychiatrické pomoci. R6 pouze dodává obtížnost odlišit demonstrativní způsob sebevraždy od záměrného pokusu zemřít, a i zde je důležité danou situaci nepodceňovat.

[3] Ebrieta – nebo-li *ebrietas simplex*, lidově řečeno *opilost*, stav vyvolaný požitím alkoholu (Kalina, 2015).

Kategorie 8: Soubor typové činnosti 02/IZS

Tabulka 12 – Soubor typové činnosti 02/IZS Demonstrování úmyslu sebevraždy dle dotazovaných ZZ profesně působících v JčK

Respondent (R)	Obsah souboru typové činnosti 02/IZS	Úkoly a činnosti zdravotnické záchranné služby dle souboru typové činnosti 02/IZS
R1	Úkoly jednotlivých složek integrovaného záchranného systému u výjezdu k sebevražednému pacientovi	Vyjednávání s pacientem, péče o pacienta, či poskytnutí pomoci ostatním zraněným osobám na místě události
R2	Typy a činnosti zdravotnické záchranné služby na místě události u sebevražedného pacienta	Komunikace s pacientem, popřípadě ošetření zraněných osob
R3	Soubor typologických činností a postupu při této problematice	Výslech pacienta, proč má takové úmysly, ošetření zraněných
R4	Soupis činností integrovaného záchranného systému u sebevražedného pacienta	Navázání komunikace s pacientem, ošetřený raněných osob, spolupráce s policií České republiky

Zdroj: Vlastní výzkum

Tabulka 13 – Znázorňuje odpovědi dotazovaných ZZ profesně působících v KV na otázky týkající se souboru typové činnosti 02/IZS Demonstrativní úmysl sebevraždy

Respondent (R)	Obsah souboru typové činnosti 02/IZS	Úkoly a činnosti zdravotnické záchranné služby dle souboru typové činnosti 02/IZS
R5	Postupy složek integrovaného záchranného systému přítomných na místě události	Transport pacienta, popřípadě ošetření zraněných osob
R6	Součinnost složek integrovaného záchranného systému při zásahu na sebevražedné jednání	Kontakt s pacientem, citlivě jednat verbálně i neverbálně, spolupráce s policií České republiky a hasiči
R7	Soubor jakýchsi typových činností složek integrovaného záchranného systému o sebevraždách, tedy jak při nich postupovat	Pomoci postiženým na místě události, komunikace s ostatními složkami integrovaného záchranného systému
R8	Správný postup složek integrovaného záchranného systému u sebevražedného pacienta	Komunikace s pacientem, poskytnutí odborného ošetření,

Zdroj: Vlastní výzkum

Tabulka 12 a 13 zobrazuje odpovědi dotazovaných ZZ ohledně informovanosti o souboru typové činnosti 02/IZS. R1 odpověděl, jako každá typová činnost, i tento soubor obsahuje úkoly jednotlivých složek IZS, zde konkrétně při výjezdu k sebevražednému pacientovi. Úkoly a činnosti ZZS dle toho souboru jsou vyjednávání s pacientem, kterou vede buď velitel posádky, popřípadě velitel zásahu, kdy je to většinou v tomto případě velitel policie České republiky. Dalším úkolem dle tohoto souboru je péče o zraněné, popřípadě o zemřelé. Dle R2 obsahuje soubor typové činnosti 02/IZS typy a činnosti zdravotnické záchranné služby u sebevražedného pacienta, kde úkolem ZZS je komunikace s pacientem a poskytnutí odborné ošetření zraněným. Podle R3 jsou obsahem tohoto souboru typologické činnosti a postupy IZS při této problematice. Úkoly ZZS jsou zejména vyslechnutí pacienta, proč má sebevražedné úmysly a dodává, že zpravidla jde těmto pacientům jen o popovídání si o jejich problémech. R8 odpověděl, že se jedná o soupis činností IZS u sebevražedného pacienta a úkoly ZZS jsou navázání kontaktu se sebevražedných pacientem, pokud se na místě události nacházejí zranění, tak poskytnutí odborné péče a spolupráce hlavně s policií České republiky. Respondenti z KV odpovídali podobně, jako dotazovaní respondenti z JčK. Dle R5 obsahuje tento soubor postupy jednotlivých složek IZS na místě události. Pokud je ZZS na místo události povolána, úkolem je transport osoby do nemocničního zařízení popřípadě, odborného pracoviště, ošetření zranění, která mohla vzniknou v potyčce s osobou demonstrující úmysl sebevraždy. R6 se domnívá podobně jako R4, že se jedná o součinnost složek IZS při zásahu na sebevražedné jednání a úkolem ZZS je navázání kontaktu s pacientem, chovat se velmi obezřetně, při příjezdu vypnout zvuková zařízení, citlivě jednat jak verbálně, tak i neverbálně a maximální spolupráce s velitelem zásahu, tudíž s policií České republiky a hasiči. R7 se domnívá o obsahu tohoto souboru, jako o souboru typové činnosti složek IZS o sebevraždách, jak při nich při výjezdu postupovat. Úkolem ZZS je dle R7 zajištění co nejkvalifikovanější pomoci postiženým na místě události a komunikace s ostatními složkami integrovaného záchranného systému. Podle R8 je obsahem tohoto souboru správný postup složek integrovaného záchranného systému u sebevražedného pacienta a úkolem ZZS je komunikace s pacientem a poskytnutí odporné péče zraněným.

Kategorie 9: Postup při péči o pacienta po akutní intoxikaci léky

Tabulka 14 zobrazuje odpovědi dotazovaných ZZ profesně působících v JčK na otázku, jaké jsou dle dotazovaných zásady při postupu v péči o pacienta po akutní intoxikaci léky, konkrétně pacienta lucidního (GCS 15-14), komunikujícího, spolupracujícího, spontánně ventilujícího a oběhově stabilního.

Respondent (R)	Zásady péče o pacienta po akutní intoxikaci léky
R1	Navázání kontaktu s pacientem, rychlý pokus o výplach žaludku a následný transport do zdravotnického zařízení
R2	Sledování základních životních funkcí, zajištění žilního vstupu, zjistit, co a v jakém množství pacient požil, transport do zdravotnického zařízení
R3	Co nejrychlejší transport do nemocnice
R4	Sledování základních životních funkcí, rychlý transport

Zdroj: Vlastní výzkum

Tabulka 15 zobrazuje odpovědi dotazovaných ZZ profesně působící v KV na otázku, jaké jsou dle dotazovaných zásady postupu při péči o pacienta pro akutní intoxikaci léky, konkrétně pacienta lucidního (GCS 15–14), komunikujícího, spolupracujícího, spontánně ventilujícího a oběhově stabilního.

Respondent (R)	Zásady péče o pacienta po akutní intoxikaci léky
R5	Hlavně komunikace s pacientem, zajištění žilního vstupu, kontrola vitálních funkcí
R6	Zjistit, jak moc je pacient intoxikovaný (kontrola základních životních funkcí), konzultace s toxikologickým centrem
R7	Zamezení dalšího působení léků na organismus, vyvolání zvracení, rychlý transport do nemocnice
R8	Kontrola základních životních funkcí, transport do nemocnice

Zdroj: Vlastní výzkum

Tabulka 14 a 15 zobrazuje odpovědi dotazovaných ZZ profesně působících v JčK a KV na otázku, jaké zásady vyžaduje péče o pacienta po akutní intoxikaci léky, konkrétně o pacienta lucidního (GSC 15–14), komunikujícího, spolupracujícího, spontánně

ventilujícího a oběhově stabilního. Všichni respondenti z obou krajů se shodli na nejdůležitějším kroku v péči o takové pacienta, konkrétně na sledování základních životních funkcí a následný transport pacienta do zdravotnického zařízení. Většina dotazovaných respondentů se také shodla na navázání komunikace s pacientem. R1 kromě těchto poznatků ještě dodal pokus o výplach žaludku. Dle R2 a R5 je dále neméně důležité zajištění žilního vstupu, co a v jakém množství pacient požil. R6 jako jediný zmínil konzultaci s toxikologickým střediskem. R7 by se navíc snažil vyvolat zvracení u pacienta.

Kategorie 10: Znalosti zdravotnických záchranářů při správně vedené komunikace se suicidálním pacientem

Tabulka 16 zobrazuje odpovědi ohledně hlavních zásad správně vedené komunikace se suicidálním pacientem dle dotazovaných ZZ profesně působících v JčK

Respondent (R)	Hlavní zásady správně vedené komunikace se suicidálním pacientem
R1	Nechat pacienta mluvit, představit se, nesoudit, nic nevyčítat, zajistit překážky k dokonání úmyslu, nabídka řešení, snažit se ukázat, že má cenu žít
R2	Snažit se mluvit s pacientem klidným hlasem, nabídnout řešení, nechat mluvit
R3	Záleží, zda si pacient přeje s námi mluvit, pokud ano, tak klidným hlasem, mluvit zřetelně, ne ve složitých větách
R4	Nechat pacienta mluvit, nepřerušovat, snažit se naslouchat

Zdroj: Vlastní výzkum

Tabulka 17 obsahuje odpovědi hlavních zásad správně vedené komunikace se suicidálním pacientem dle dotazovaných ZZ profesně působící v KV

Respondent (R)	Hlavní zásady správně vedené komunikace se suicidálním pacientem
R5	Pokus o odvrácení sebevražedných myšlenek, mluvit v klidu, snažit se nabídnout možná řešení a pomoc
R6	Pravidla aktivního poslouchání, nabídnout pomoc, nic neslibovat, předat odborníkovi na duševní zdraví
R7	Hlavní zásadou je naslouchat, chápat a nenechat pacienta se zabít
R8	Mluvit v klidu, naslouchat

Zdroj: Vlastní výzkum

Tabulka 16 a 17 zobrazuje odpovědi na hlavní zásady správně vedené komunikace se suicidálním pacientem dle dotazovaných ZZ. Všichni dotazovaní se shodují na zásadě mluvit klidným hlasem, naslouchat a nabídnout jiné řešení tíživé situace pacienta. R1 dodává představení se, zajištění překážky v dokonání úmyslu (například matrace pod okno), snažit se nabídnout řešení, snaha o odepření sebevraždy. R3 zdůrazňuje důležitost, zda chce pacient komunikovat či nikoli.

5 Diskuze

Tématem této bakalářské práce je „Suicidální pacient z pohledu zdravotnického záchranáře.‘‘ Problematika suicidálního jednání je hodnocena z pohledu ZZ vykonávající svou činnost bez odborného dohledu, dle zákona č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních § 18. Teoretická část této bakalářské práce byla sestavena pomocí odborných publikací a periodik. Praktická část byla zpracována kvalitativní metodou pomocí polostrukturovaného rozhovoru. Těchto rozhovorů se zúčastnilo celkem osm náhodně vybraných ZZ, z níž čtyři profesně působících u ZZS JčK a čtyři z nich profesně působících u ZZS KV. K získání výše uvedených odpovědí a následné analýzy odpovídali dotazovaní respondenti na předem připravené otázky. Všichni dotazovaní respondenti souhlasili s poskytnutím rozhovoru, analýzou jejich odpovědí a následné zapsání jimi poskytnutých informací do této bakalářské práce.

První kategorie se skládala ze tří otázek týkající se identifikačních údajů dotazovaných. Čtyři dotazovaní respondenti, konkrétně dva z JčK a dva z KV uvedli vysokoškolské bakalářské vzdělání a čtyři dotazovaní respondenti, konkrétně dva respondenti z JčK a dva z KV uvedli vyšší odborné vzdělání. Celková odborná praxe na ZZS se u respondentů z JčK pohybuje v rozmezí 1,5 roku až 15 let. U dotazovaných respondentů z KV se tato odborná praxe u ZZS vyskytuje v období od 2 let do 16 let.

Druhá kategorie této bakalářské práce byla zaměřena na informovanosti dotazovaných ZZ ohledně problematiky sebevražd. Cílem této kategorie bylo zjistit, zda je podle dotazovaných jejich informovanost o problematice sebevražd dostačující, popřípadě zda by uvítali změnu v odborné připravenosti ZZ týkající se práce se suicidálním pacientem. Konkrétně tuto kategorii tvořily tři otázky. První otázka se zaměřovala na to, jakým způsobem byly dotazovaným poskytnuty odborné informace ohledně této problematiky. Většina dotazovaných respondentů odpověděla, že nejčastějším způsobem poskytnutí informací ohledně suicidální problematiky byla škola. Jeden respondent upřednostňuje spíše samostudium. R5 a R7 dodali i v zaměstnání od zkušenějších kolegů, popřípadě z odborné praxe. Kurz psychické pomoci navíc absolvoval R6. Druhá otázka této kategorie byla směřována na míru poskytnutých informací a zda je dle názorů respondentů dostačující. Všichni čtyři respondenti profesně působící v JčK se shodují na základním vzdělání ohledně této problematiky, avšak k výkonu jejich profese dle nich dostačující. Většina dotazovaných respondentů profesně působících v KV také

potvrdila dostačující vzdělání ohledně problematiky sebevražd, pouze jeden respondent projevil zájem o poskytnutí většího množství odborných informací týkající se této problematiky. Poslední otázka této kategorie byla zaměřena na to, jakým způsobem by dotazovaní respondenti upravili odbornou přípravu ZZ ohledně problematiky sebevražd. Z JčK je s aktuální odbornou přípravou naprosto spokojen jeden respondent. Ostatní respondenti z JčK se shodli, že ačkoli považují své vzdělání ohledně této problematiky dostačující, rádi by uvítali semináře od osob, které se s touto problematikou setkávají častěji. Tyto semináře by sloužily pouze k doplnění informací ohledně problematiky sebevražd. Z KV se shodli R5 a R6 na dostačujících informacích, tudíž bez potřeby dosavadní vzdělání nějakým způsobem upravovat. Naopak R7 a R8 by uvítali školení zaměřující se na postupy při jednání se suicidálním pacientem, případy z praxe, popřípadě modelové situace.

Třetí kategorie byla zaměřena na četnost suicidální problematiky v PNP. Výzkum dle dotazovaných ZZ ukazuje, že výjezdy k suicidálnímu pacientovi se vyskytují častěji v KV. V JčK jsou tyto výjezdy méně časté, avšak četnost dokonaných sebevražd je zde vyšší než v KV. Vyšší četnost výskytu dokonaných sebevražd potvrzuje i Český statistický úřad (2016), který počet sebevražd v rozmezí roku 2007-2016 rozdělil podle jednotlivých krajů. V JčK se jednalo celkově o 908 dokonaných sebevražd, na rozdíl od KV, kde byl celkový počet sebevražd stanoven na 580.

Cílem čtvrté kategorie bylo zjistit, zda dotazovaní ZZ z obou krajů dokáží vyjmenovat základní fáze suicidálního jednání a určit s jakou suicidální fází se setkávají ve výkonu své profese nejčastěji. Dle Špatenkové (2017) suicidální jednání pacienta zpravidla nevzniká náhle a impulzivně, tudíž existuje několik fází suicidálního jednání. Humpl a kolektiv (2013) popisují jako první fázi suicidální myšlenky. Po těchto myšlenkách následuje samotný pokus. Jedná se o takové sebevražedné jednání, kdy pacient má za cíl zemřít, avšak smrt nenastane. Hosák a kolektiv (2015) zmiňují u suicidálního pokusu i pojem parasuicidum, nebo-li demonstrativní sebevražda, kdy pacientovým záměrem není zemřít, pouze se snaží upřít na sebe pozornost, z důvodu potřeby pomoci. Poslední fází sebevraždy je dokonané suicidium. Všichni dotazovaní respondenti zmínili ve svých odpovědí všechny výše uvedené fáze suicidálního jednání. Někteří respondenti své odpovědi doplnili a to konkrétně R2, R3, R4 a R7 o pojem demonstrativní sebevražda. Cílem druhé části této kategorie bylo zjistit s jakou fází se ve své profesi setkávají nejčastěji. Všichni dotazovaní respondenti z JčK se shodují na dokonané

sebevraždě, což potvrzuje i vyšší výskyt suicidálního jednání než u dotazovaných respondentů z KV. Dotazovaní ZZ z KV se převážně shodli na suicidálních pokusech. R6 označil jako nejčastější fázi suicidálního jednání sebepoškozování a R7 jmenoval demonstrativní sebevraždu.

Kategorie pět se zaměřila na výskyt policejního vyjednavače na místě události. Policejní vyjednavač je specializovaná osoba, která je odborně školena nejen teoreticky, ale také prakticky ohledně jednání nejen se suicidálním pacientem (Zúbek, 2017). Všichni dotazovaní respondenti obou krajů, bez ohledu na době působnosti odborné praxe u ZZS odpověděli, že se s policejním vyjednavačem během své odborné praxe zatím nesetkali.

Další kategorie byla zaměřena na aktivaci krizového interventa dle kraje, ve kterém dotazovaný ZZ profesně působí. V JčK je aktivován krizový intervent dle dotazovaných v rozmezí půl hodiny až dvou hodin. Dotazovaní respondenti z KV odpovídali podobně, tedy v rozmezí půl hodiny až do několika hodin.

Kategorie 7 byla zaměřena na vnímaní dotazovaných ZZ na suicidální problematiku v PNP. První otázka byla zaměřena na výjezd k suicidálnímu pokusu. Všichni dotazovaní respondenti se shodli na profesionálním jednání na místě události. R1 dodal dbát zvýšené bezpečnosti z důvodu například rozšířené sebevraždy. R2 a R8 vnímají výjezd k suicidálnímu pacientovi jako zbytečnou smrt. R3 vnímá tento výjezd až dle způsobu provedení sebevraždy. R4 spolu s R8 navíc zdůrazňují neprodlené poskytnutí odborné psychické pomoci suicidálnímu pacientovi. Dle R5 záleží na tom, v jaké suicidální fázi se pacient nachází. R6 zastává názor o nepodceňování dané situace a přesměrování suicidálního pacienta po sebevražedném pokusu na odbornou pomoc. Druhá otázka této kategorie byla zaměřena na vnímání dotazovaných konkrétně na dokonané suicidium. Podobně jako u předchozí otázky, se všichni respondenti shodují na profesionálním jednání na místě události. Většina respondentů se shodla na důležitosti věku pacienta. Čím je pacient mladší, tím je tento výjezd psychicky náročnější. Dle R3 záleží na počtu mrtvých. Pokud se jedná pouze o sebevraždu, nebo o vraždu a následnou sebevraždu. R6 dodává ohledně psychiky hraje také roli způsob sebevraždy. Poslední otázka této kategorie byla zaměřena konkrétně na demonstrativní sebevraždu. Většina dotazovaných respondentů odpověděla, že se nejčastěji jedná o „volání o pomoc‘‘, navíc zdůrazňují nabídnutí odborné pomoci. Rozdílnou odpověď

poskytl pouze R3, který naopak vnímá demonstrativní sebevraždu jako běžný výjezd, kde je většinou přítomnost požití alkoholu pacientem.

Následující kategorie byla zaměřena na znalosti ZZ ohledně souboru typové činnosti 02/IZS Demonstrování úmyslu sebevraždy. Hlavním účelem tohoto dokumentu je popis činnosti a postupu všech složek IZS při společném zásahu u suicidálního pacienta (Agh, 2017). Odpovědi dotazovaných respondentů potvrzují základní orientaci týkající se tohoto souboru typové činnosti. Všichni respondenti definovali tento dokument podobně jako postup složek IZS u suicidálního pacienta. Ohledně úkolů ZZS dle souboru typové činnosti 02/IZS na místě události u suicidálního pacienta, odpovídali všichni respondenti podobně, konkrétně se většina shoduje na navázání komunikace s pacientem a ošetření raněných osob na místě události.

Cílem předposlední kategorie bylo zjistit, jaké jsou dle dotazovaných respondentů zásady péče o suicidálního pacienta po akutní intoxikaci léky. Jelikož se jedná o široký pojem, byly všem respondentům poskytnuty konkrétní informace. Pacient je toho času lucidní (GCS 15–14), komunikující, spolupracující, spontánně ventilující a oběhově stabilní. Podle Pelclové (2014) je akutní intoxikace léčivými přípravky relativně častá. Dle českého statistického úřadu (2017) se jedná o druhou nejčastěji zvolenou sebevraždu u žen, a to konkrétně u 21 % žen. K úmrtí při intoxikaci dochází například důsledkem nepravidelného srdečního rytmu, křečí a akutního zápalu plic. Pokud je pacient po suicidálním pokusu při vědomí, je důležité co nejrychleji navázat kontakt, snažit se přimět pacienta ke spolupráci, nezbytné je získat co nejvíce informací od pacienta, popřípadě osob přítomných na místě události, zejména jaké léky pacient požil, v jakém množství, důležité je také sledování základních životních funkcí, fyzikální vyšetření pacienta, měření EKG, zajištění žilního vstupu a podle potřeby konzultovat stav pacienta s Toxikologickým informačním střediskem (Pelclová, 2014). Všichni dotazovaní respondenti z obou krajů se shodli na nejdůležitějším kroku v péči o intoxikovaného pacienta, konkrétně na sledování základních životních funkcích a poté následný transport do zdravotnického zařízení, kde pacientovi poskytnou následnou péči. Většina dotazovaných se také shodla na navázání kontaktu s pacientem. Fyzikální vyšetření a měření EKG nezmínil nikdo z dotazovaných. Jeden respondent by přemýšlel o výplachu žaludku. Pouze dva respondenti se shodli na zajištění žilního vstupu. R2 a R6 navíc dodali důležitost zjistit, co pacient požil. R6 navíc jako jediný

zmínil konzultaci s toxikologickým střediskem a R7 by se snažil vyvolat u pacienta zvracení.

Poslední kategorie byla zaměřena na zásady správně vedené komunikace mezi ZZ a suicidálním pacientem. Jak bylo zjištěno pomocí tohoto výzkumu o časté nepřítomnosti policejního vyjednavače na místě události, je velmi důležité, aby ZZ znal zásady správně vedené konverzace se suicidálním pacientem. U suicidálního pacienta je důležité správné navázání kontaktu. Jedná se zejména o představení se, respektování vzdálenosti mezi suicidálním pacientem a ZZ, kterou pacient vyžaduje, velmi důležitá je verbální a neverbální komunikace. ZZ by měl tedy působit klidně, pokud je potřeba, nechat pacienta mluvit a informovat o možné psychologické pomoci (Humpl et al., 2013). Výzkum této bakalářské práce prokázal dostatečné informace dotazovaných ZZ ohledně zásad správně vedené komunikace se suicidálním pacientem v obou krajích. Všichni dotazovaní respondenti se shodují na zásadě mluvit klidným hlasem, naslouchat a nabídnout pomoc.

6 Závěr

V mé bakalářské práci na téma: Suicidální pacient z pohledu zdravotnického záchranáře byl mnou stanoven jeden hlavní cíl. Cíl 1: Zmapovat, jaké podvědomí mají zdravotničtí záchranáři o problematice suicidií. Na základě stanovení tohoto cíle byly vytvořeny dvě výzkumné otázky. Výzkumná otázka 1 – Jakým způsobem vnímají problematiku suicidií zdravotničtí záchranáři v přednemocniční neodkladné péči? Výzkumná otázka 2 – Jaká specifika vyžaduje řešení problematiky suicidií od zdravotnických záchranářů v přednemocniční neodkladné péči?

Cílem první výzkumné otázky bylo zjistit, jak vnímají ZZ problematiku suicidií v PNP. Všichni dotazovaní respondenti v obou krajích se shodli na profesionálním jednání na místě události. Zde jsem svým výzkumem zjistila, že někteří respondenti vnímají sebevražedné jednání jako „zbytečnou‘‘ smrt a další běžný výjezd. Jiní dotazovaní respondenti mě příjemně překvapili, že si jsou vědomi nutnosti odborné pomoci suicidálním pacientům a v žádném případě by takové chování nepodcenili. Většina dotazovaných ZZ, nezávisle na profesním působením v obou krajích odpověděla, že nejvíce ovlivňuje jejich psychiku věk pacienta (čím mladší, tím horší) a způsob provedení sebevraždy.

Cílem druhé výzkumné otázky bylo zjistit, jaká specifika vyžaduje řešení problematiky suicidií v PNP. Soustředila jsem se zde na péči o suicidálního pacienta při akutní intoxikaci léky (pacient byl toho času lucidní, komunikující, orientovaný, spontánně ventilující a oběhově stabilní) a zásady správně vedené komunikace se suicidálním pacientem. Zde jsem zjistila, že znalosti ohledně poskytnutí PNP jsou pouze základní. Všichni se shodli, že nejdůležitější u takového pacienta je sledování základních životních funkcí a rychlý transport do nemocničního zařízení, kde by byla poskytnuta následná léčba, jako například výplach žaludku pacienta. Nikdo z dotazovaných respondentů nezmínil fyzikální vyšetření pacienta ani snímání EKG. Pouze jeden respondent zmínil možnost konzultace s Toxikologickým střediskem a pouze dva dotazovaní respondenti by zavedli žilní vstup. Jeden respondent by se pokusil o výplach žaludku a jeden o vyvolání zvracení u pacienta. Důležitost znalostí správně vedené komunikace mezi suicidálním pacientem a ZZ je dána hlavně nepřítomností policejního vyjednavače, kdy jsem pomocí svého výzkumu zjistila, že policejní vyjednavač nebyl v žádném případě přítomen na místě události u suicidálního pacienta dle dotazovaných

respondentů. Znalosti správně vedené konverzace se suicidálním pacientem mají dotazovaní ZZ základní. Všichni zmínili klidné vystupování, mluvit pomalu. Avšak pouze jeden respondent zmínil představení se a jiný dotazovaný respondent zmínil nejen citlivé verbální chování, ale také důležitost neverbálního chování. Což je v tomto případě velmi důležité.

Stanovený cíl této bakalářské práce byl splněn. Získáním informací pomocí výzkumného šetření jsem došla k závěru, že ZZ profesně působící v obou krajích mají dostačující informace ohledně teoretické problematiky sebevražd k výkonu své profese. Ohledně poskytnutí odborné péče suicidálnímu pacientovi se však vyskytují jedinci, kteří neznají správný postup při péči o suicidálního pacienta, a to považuji za problém. Řešení, které navrhuji ke zlepšení této situace je poskytnutí více informací ohledně péče o suicidálního pacienta pomocí zaměstnavatele, popřípadě vytvořit pro ZZ modelové situace, které by zobrazovaly suicidální problematiku.

7 Seznam použité literatury

1. AGH, Pavel. *Dokumentace IZS* [online]. 2017 [cit. 2018-04-19]. Dostupné z: http://www.hzscr.cz/clanek/dokumentace-izs-587832.aspx
2. BARTŮNĚK, Petr, Dana JURÁSKOVÁ, Jana HECZKOVÁ a Daniel NALOS, ed. *Vybrané kapitoly z intenzivní péče*. Praha: Grada Publishing, 2016. Sestra (Grada). ISBN 9788024743431.
3. BRZÁKOVÁ BEKSOVÁ, Kateřina. *Geriatrická problematika v pastorální péči: [postulát křesťanské etiky v péči o seniory]*. Praha: Karolinum, 2013. ISBN 978-80-246-2296-5.
4. BULÍKOVÁ, Táňa. *EKG pro záchranáře nekardiology*. Přeložil Ludmila MÍČOVÁ. Praha: Grada Publishing, 2015. ISBN 978-80-247-5307-2.
5. CIPRO, Martin. *Psychoanalytické koučování: vliv nevědomé motivace na jednání koučovaného*. Praha: Grada, 2015. Manažer. ISBN 978-80-247-5350-8.
6. DUŠEK, Karel a Alena VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ. *Diagnostika a terapie duševních poruch*. 2., přepracované vydání. Praha: Grada Publishing, 2015. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-4826-9.
7. *EMS, Provider Health And Wellness.* [online]. 2018 [cit. 2018-04-14]. Dostupné z: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29630288
8. *First aid for hanging, strangling, and throttling* [online]. [cit. 2018-04-14]. Dostupné z: (https://www.cprcertificationonlinehq.com/first-aid-hanging-strangling-throttling/
9. FISCHER, Slavomil a Jiří ŠKODA. *Sociální patologie: závažné sociálně patologické jevy, příčiny, prevence, možnosti řešení*. 2., rozš. a aktualiz. vyd. Praha: Grada, 2014. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-5046-0.
10. Glasgow Coma Scale. In: *Multimediální trenažér plánování ošetřovatelské péče* [online]. [cit. 2018-04-30]. Dostupné z: https://ose.zshk.cz/media/p5804.pdf
11. *Hanging Injuries and Strangulation Treatment & Management* [online]. 2016 [cit. 2018-04-14]. Dostupné z: https://emedicine.medscape.com/article/826704-treatment#d9
12. HIRT, Miroslav a František VOREL. *Soudní lékařství*. Praha: Grada Publishing, 2016. ISBN 978-80-247-5680-6.

13. HOSÁK, Ladislav, Michal HRDLIČKA a Jan LIBIGER. *Psychiatrie a pedopsychiatrie*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum, 2015. ISBN 978-80-246-2998-8.
14. HUMPL, Lukáš, Jiří PROKOP a Alena TOBIÁŠOVÁ. *První psychická pomoc ve zdravotnictví*. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2013. ISBN 978-80-7013-562-4.
15. KALINA, Kamil. *Klinická adiktologie*. Praha: Grada Publishing, 2015. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-4331-8.
16. *Katalogový soubor typové činnosti 02/IZS Demonstrování úmyslu sebevraždy* [online]. [cit. 2018-04-14]. Dostupné z: http://metodika.cahd.cz/stc/STC%2002-IZS%20Sebevrazda.pdf
17. KELNAROVÁ, Jarmila a Eva MATĚJKOVÁ. *Psychologie a komunikace pro zdravotnické asistenty - 4. ročník*. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2014. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-5203-7.
18. KOUKOLÍK, František. *Před úsvitem, po ránu: eseje o dětech a rodičích*. Vydání druhé, přepracované. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum, 2017. ISBN 9788024636344.
19. KUČEROVÁ, Helena. *Psychiatrické minimum*. Praha: Grada, 2013. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-4733-0.
20. KULIŠŤÁK, Petr. *Klinická neuropsychologie v praxi*. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum, 2017. ISBN 978-80-246-3068-7.
21. LÁTALOVÁ, Klára. *Agresivita v psychiatrii*. Praha: Grada, 2013. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-4454-4.
22. LÁTALOVÁ, Klára, Dana KAMARÁDOVÁ a Ján PRAŠKO. *Suicidialita u psychických poruch*. Praha: Grada, 2015. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-4305-9.
23. LUKÁŠ, Karel a Aleš ŽÁK. *Chorobné znaky a příznaky: diferenciální diagnostika*. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-5067-5.
24. MACH, Jan. *Univerzita medicínského práva*. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-5113-9.
25. MATOUŠKOVÁ, Ingrid. *Aplikovaná forenzní psychologie*. Praha: Grada, 2013. Psyché (Grada).

26. NOWAK, Tim. *Reality Training: Unresponsive teen after intentional asphyxiation* [online]. 2016 [cit. 2018-04-14]. Dostupné z: https://www.ems1.com/ems-products/Capnography/articles/149465048-Reality-Training-Unresponsive-teen-after-intentional-asphyxiation

27. Oblast vstřelu malorážní zbraní. In: *Akutní stavy v neurochirurgii* [online]. 2011 [cit. 2018-05-06]. Dostupné z: http://telemedicina.med.muni.cz/neurochirurgie/rubrika.php?rid=200600

28. OCISKOVÁ, Marie a Ján PRAŠKO. *Stigmatizace a sebestigmatizace u psychických poruch*. Praha: Grada Publishing, 2015. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-5199-3.

29. OREL, Miroslav. *Psychopatologie: nauka o nemocech duše*. 2., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada, 2016. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-5516-8.

30. PELCLOVÁ, Daniela. *Nemoci z povolání a intoxikace*. 3., dopl. vyd. Praha: Karolinum, 2014. ISBN 978-802-4625-973.

31. PETR, Tomáš a Eva MARKOVÁ. *Ošetřovatelství v psychiatrii*. Praha: Grada, 2014. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4236-6.

32. PÖTHE, Petr. *Emoční poruchy v dětství a dospívání*. 2., dopl. a aktualiz. vyd. Praha: Grada, 2013. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-4585-5.

33. RABOCH, Jiří a Pavel PAVLOVSKÝ. *Psychiatrie*. Praha: Karolinum, 2012. ISBN 9788024619859.

34. REMEŠ, Roman a Silvia TRNOVSKÁ. *Praktická příručka přednemocniční urgentní medicíny*. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4530-5.

35. Sebevraždy. *Český statistický úřad* [online]. [cit. 2018-02-04]. Dostupné z: https://www.czso.cz/csu/czso/sebevrazdy_zaj

36. Sebevraždy v krajích ČR. Český statistický úřad [online]. [cit. 2018-04-29]. Dostupné z: https://www.czso.cz/csu/xb/sebevrazdy-v-krajich

37. Strangulační rýhy. In: *Expres.cz* [online]. 2016 [cit. 2018-05-06]. Dostupné z: https://www.expres.cz/foto.aspx?r=dx-zpravy&c=A160209_125058_dx-zpravy_anna&foto=ANN61325f_A5_Detail2strangrh.jpg

38. *Suicide in Children — What Every Parent Must Know* [online]. 2016 [cit. 2018-04-14]. Dostupné z: https://www.psychologytoday.com/us/blog/growing-friendships/201609/suicide-in-children-what-every-parent-must-know
39. Suicide. *World Health Organization* [online]. 2018 [cit. 2018-02-18]. Dostupné z: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs398/en/
40. ŠEBLOVÁ, Jana a Jiří KNOR. *Urgentní medicína v klinické praxi lékaře*. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4434-6.
41. Shotgun Injuries. In: *Derick Mussen Healthcare* [online]. 2018 [cit. 2018-05-07]. Dostupné z: https://www.mussenhealth.us/gunshot-wounds/shotgun-injuries.html
42. SKOPOVÁ, Jaroslava. *Schizofrenie - vážné, ale dobře léčitelné onemocnění: informace pro pacienty a jejich blízké*. Praha: Galén, 2016. ISBN isbn978-80-7492-232-9.
43. ŠPATENKOVÁ, Naděžda. *Krize a krizová intervence*. Praha: Grada, 2017. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-5327-0.
44. *The Role of Emergency Medical Services Providers in Preventing Suicide* [online]. 2013 [cit. 2018-04-14]. Dostupné z: http://www.sprc.org/sites/default/files/resource-program/EMS.pdf
45. TURECKI, Gustavo a David A. BRENT. *Suicide and suicidal behaviour* [online]. [cit. 2018-04-14]. Dostupné z: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5319859/
46. VLČEK, Jiří, Daniela FIALOVÁ a Magda VYTŘÍSALOVÁ. *Klinická farmacie*. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4532-9.
47. ZÚBEK, Milan. *K některým psychologickým aspektům práce policejního vyjednavače.* Olomouc, 2017. Bakalářská práce. Univerzita Palackého v Olomouci. Filozofická fakulta.

8 Seznam příloh

Příloha 1 Strangulační rýha po oběšení

Příloha 2 Oblast vstřelu malorážní zbraní

Příloha 3 Oblast vstřelu brokovnicí

Příloha 4 GCS

Příloha 5 Otázky k rozhovorům

Příloha 1 – Strangulační rýhy

Zdroj: Strangulační rýhy. In: Expres.cz [online]. 2016 [cit. 2018-05-06]. Dostupné z: https://www.expres.cz/foto.aspx?r=dx-zpravy&c=A160209_125058_dx-zpravy_anna&foto=ANN61325f_A5_Detail2strangrh.jpg

Příloha 2 – Oblast vstřelu malorážní zbraní

Zdroj: Oblast vstřelu malorážní zbraní. In: Akutní stavy v neurochirurgii [online]. 2011 [cit. 2018-05-06]. Dostupné z: http://telemedicina.med.muni.cz/neurochirurgie/rubrika.php?rid=200600

Příloha 3 – Oblast vstřelu brokovnicí

Zdroj: Shotgun Injuries. In: Derick Mussen Healthcare [online]. 2018 [cit. 2018-05-07]. Dostupné z: https://www.mussenhealth.us/gunshot-wounds/shotgun-injuries.html

Příloha 4 – GCS

Glasgow Coma Scale (GCS)

- slouží ke kvantifikaci hloubky poruchy vědomí u dospělých

	Počet bodů
Otevření očí	
spontánní	4
na výzvu	3
na bolestivý podnět	2
žádné	1
Vědomí – komunikace, kontakt, bdělost	
orientován	5
dezorientován	4
zmatená a neodpovídající slovní reakce	3
nesrozumitelné zvuky	2
bez reakce	1
Motorická reakce na slovní výzvu, případně na bolestivý podnět	
vyhoví správně výzvě	6
cílená reakce na bolest	5
necílená reakce na bolest	4
flekční reakce na bolest	3
extenční reakce na bolest	2
bez reakce	1

Zdroj: Glasgow Coma Scale. In: Multimediální trenažér plánování ošetřovatelské péče [online]. [cit. 2018-04-30]. Dostupné z: https://ose.zshk.cz/media/p5804.pdf

Příloha 5 – Otázky k rozhovorům

1. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání ve zdravotnictví?
2. Jak dlouho působíte u zdravotnické záchranné služby?
3. V jakém kraji působíte jako zdravotnický záchranář?
4. Jakým způsobem Vám byly poskytnuty odborné informace ohledně problematiky suicidií? (škola, zaměstnání, jiné)
5. V jaké míře Vám byly dle Vašeho názoru poskytnuty odborné informace ohledně problematiky suicidií?
6. Jakým způsobem byste upravil/a odbornou přípravu zdravotnických záchranářů v problematice suicidií.

8. Jak často se profesně setkáte v průběhu 1 roku se suicidální problematikou?

9. Jak často se v průběhu 1 roku setkáváte s dokonanou sebevraždou?

10. Jaké jsou podle Vás fáze suicidálního jednání?

11. S jakou fází suicidálního jednání se setkáváte pří výkonu profese nejčastěji?

12. V jaké frekvenci se setkáváte při řešení suicidií s přítomností policejního vyjednavače na místě události?

13. V jakém časovém horizontu může být aktivován krizový intervent zdravotnické záchranné služby ve Vašem kraji při suicidálním jednání?

14. Jakým způsobem vnímáte výjezd k suicidálním pokusu?

15. Jakým způsobem vnímáte výjezd k dokonanému suicidiu?

16. Jakým způsobem vnímáte výjezd k demonstrativnímu způsobu sebevraždy?

17. Co podle vašeho názoru obsahuje soubor typové činnosti 02/IZS Demonstrování úmyslu sebevraždy?

18. Jaké jsou podle Vás úkoly a činnosti sil zdravotnické záchranné služby na místě události dle souboru typové činnosti 02/IZS Demonstrování úmyslu sebevraždy?

19. Jaké jsou zásady při postupu v péči o suicidálního pacienta, při akutní intoxikací léky? Pacient je toho času lucidní (GCS 15-14), komunikující, spolupracující, spontánně ventilující a oběhové stabilní.

20. Jaké jsou podle Vás hlavní zásady správně vedené komunikace se suicidálním pacientem?

9 Seznam zkratek

ekg	elektrokardiogram
GCS	Glassgow Coma Score
izs	integrovaný záchranný systém
Jčk	Jihočeský kraj
kV	kraj Vysočina
pnp	přednemocniční neodkladná péče
zz	zdravotnický záchranář
zzs	zdravotnická záchranná služba