

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích  
Zdravotně sociální fakulta

**Práce zdravotnického záchranáře se sebevražednými pacienty**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

**Vedoucí práce:** Mgr. Václav Šnorek

**Autor:** Lenka Bendová

**Datum odevzdání práce:** 17. 8. 2009

## Abstrakt

Drives to persons demonstrating a suicidal intent are demanding especially for the mental condition of interveners, due to its emotional intensity as well as the awareness of responsibility for a human life that may be rescued, if a suitable intervention procedure is chosen, but also easily lost, if the intervener fails in the suicide's eyes. A well chosen intervention may revert the suicide's wish to die. For that reason, the rescue workers should be given the best possible preparation before this situation occurs in reality.

The objective of my thesis was to find out whether the participating paramedics in the role of respondents proceed according to the valid standards (the type plan) or not, and if they do not, to what extent their methods, to which adhere in their practice, differ from the recommended standards.

To obtain the necessary data, I used an anonymous questionnaire, aimed at the staff of the Emergency Medical Service of the Region of South Bohemia, working in the position of a paramedic. The questions were aimed at the possibility to obtain expert information concerning the subject in question, the frequency of drives to persons demonstrating a suicidal intent, composition and work of the intervention team on the spot of the event, and comparing the opinions of the procedure in the course of the intervention with standards recommended.

The first hypothesis established, which was supposed to confirm that paramedics know the standards (the type plan or any other plan) of work with persons demonstrating a suicidal intent, was not confirmed because most of the respondents answered that they did not know these standards. The second hypothesis was partly confirmed.

To improve professional knowledge concerning work with persons demonstrating a suicidal intent I propose a training course for paramedics, led by experts.

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma práce zdravotnického záchranáře se sebevražednými pacienty vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě/v úpravě vypuštěním vyznačených částí archivovaných Zdravotně sociální fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách.

V Českých Budějovicích 7. 8. 2009

.....

podpis studenta

### **Poděkování:**

Na tomto místě bych ráda vyjádřila poděkování Mgr. Václavu Šnorkovi za odborné vedení, spolupráci a čas, který mi věnoval.

Dále bych chtěla poděkovat všem zdravotnickým záchranářům Jihočeského kraje, kteří se podíleli na výzkumu.

## Obsah

Úvod .....	7
1 Současný stav .....	8
1.1 Zdravotnický záchranář .....	8
1.2 Sebevražda (suicidum).....	9
1.2.1 Charakteristika sebevraždy.....	9
1.2.2 Sebezabití .....	9
1.2.3 Sebevražedný pokus .....	10
1.2.4 Demonstrativní sebevražda – parauicidum .....	10
1.2.5 Sebeobětování, rozšířená sebevražda .....	11
1.3 Osoby ohrožené sebevraždou .....	12
1.4 Časté mýty o sebevraždách.....	15
1.5 Sebevraždy dle způsobu provedení .....	17
1.5.1 Oběšení .....	17
1.5.2 Zastřelení .....	17
1.5.3 Otrávení .....	18
1.5.4 Skok z výše.....	18
1.5.5 Sebevražda ostrým předmětem .....	19
1.5.6 Sebevražda skokem nebo lehnutím si pod pohybující se předmět..	19
1.5.7 Utopení .....	20
1.5.8 Ostatní způsoby sebevraždy .....	20
1.6 Fáze sebevraždy.....	21
1.6.1 Vývoj tendence k suicidálnímu jednání .....	21
1.6.2 Varovné signály a diagnostika presuicidálního ohrožení.....	22
1.6.3 Ringelův presuicidální syndrom.....	22
1.7 Krizová intervence v případě suicidálního jednání .....	24
1.7.1 Krizová intervence v situaci ohrožení sebevraždou .....	24
1.7.2 Krizová intervence při nezdařeném pokusu o sebevraždu .....	25
1.7.3 Krizová intervence po dokonaném suicidu .....	26

1.8	Katalogový soubor typové činnosti STČ -02/IZS – Demonstrování úmyslu sebevraždy .....	29
1.8.1	Charakteristika.....	29
1.8.2	Úkoly a činnosti sil ZZS.....	30
1.8.3	Role policejního vyjednavče .....	31
2	Cíl práce a hypotézy .....	33
2.1	Cíl práce.....	33
2.2	Hypotézy.....	33
3	Metodika.....	35
3.1	Použité metody .....	35
3.2	Charakteristika výzkumného souboru .....	35
4	Výsledky.....	36
5	Diskuze.....	53
6	Závěr.....	63
7	Klíčová slova.....	65
8	Seznam použitých zdrojů .....	66
9	Přílohy .....	70

## Úvod

Zdravotnický záchranář se díky své profesi setkává s lidmi v mezních životních situacích daleko častěji než jiní, a proto by měl být připraven pomoci co nejlépe. Může se jednat o situace charakterizované pouze somatickým poškozením, kdy je důležitá zejména zdravotní pomoc, ale mnohdy trpí zejména duše, a tehdy je nejdůležitější psychická podpora. Do této kategorie se řadí právě případy, kdy přichází na operační středisko výzva, že někdo chce spáchat sebevraždu. Zdravotnický záchranář by měl právě pro tyto události znát alespoň základ z doporučených postupů a zásad při komunikaci a práci se suicidálním jedincem, a neměl by se spoléhat na to, že na místě zásahu bude tým vyškolených vyjednávačů a psychologů. Ostatně dovednost správně komunikovat s člověkem, který chce ukončit svůj život, se mu může hodit i v osobním životě.

Domnívám se též, že mezi záchranáři – ale i zbytkem populace, je velmi silně zakořeněn názor, že osoby, které se pokoušejí o sebevraždu, je zbytečné zdoluhavě přemlouvat od spáchání sebedestruktivního činu, protože stejně nejsou psychicky zdravé nebo chtějí být pouze středem pozornosti. Tyto předsudky mohou velmi silně ovlivnit chování záchranáře na místě zásahu a způsobit i jeho neprofesionalitu, a v neposlední řadě i smrt nešťastného člověka, který by mohl být zachráněn při troše pochopení a zájmu o jeho osud a problémy. Jedním ze záměrů mé práce je tedy i snaha lépe pochopit to, co se odehrává v myslích případných pacientů, se kterými se pracovník záchranné služby může dostat do užšího kontaktu.

Dalším aspektem, kterým se tato práce zabývá, je zjištění postupů užívaných v současné době zdravotnickými záchranáři a jejich konfrontace s doporučenými standardy.

# 1 Současný stav

## 1.1 Zdravotnický záchranář

Profese zdravotnického záchranáře klade na osoby vykonávající toto povolání vysoké nároky v mnoha oblastech, a požaduje pracovníky připravené nejen tělesně, ale zejména psychicky a morálně. Mezi základní vlastnosti zdravotnického záchranáře lze počítat odborné znalosti a zkušenosti, zručnost, přesnost, spolehlivost, rychlost a schopnost zachovat racionální uvažování i za vypjatých podmínek, jakou jistě práce s osobou vykazující sebevražedné jednání je [4, 20, 21]. Práce s osobou demonstrující úmysl sebevraždy, ale i poskytování přednemocniční neodkladné péče osobě po suicidálním pokusu, klade na zdravotnického záchranáře (ale i jakéhokoliv jiného pracovníka) vysoké nároky na psychiku – pohybuje se totiž mezi dvěma tlaky. Na straně jedné to je zodpovědnost zdravotnického pracovníka poskytnout adekvátní péči vyplývající ze zákona o zdravotnické záchranné službě [30], při stavu, který působí změny chování a jednání postiženého, ohrožuje jeho samotného nebo jeho okolí, a na straně druhé stojí respekt k osobní svobodě člověka [1]. Pokud chce zdravotnický záchranář pomoci osobě, která chce spáchat sebevraždu, musí si uvědomit svůj vlastní postoj k problematice siucida a smrti vůbec. Záleží především na jeho názoru, jak bude přistupovat k suicidálnímu jedinci a ke komunikaci s ním [22]. V každém vztahu zachránce a zachraňovaný by měli platit zásady důstojného jednání, nezlehčování situace, trpělivého a empatického přístupu [23].



## **1.2 Sebevražda (suicidum)**

### **1.2.1 Charakteristika sebevraždy**

Sebevraždu lze jednoduše definovat jako úmyslné a vědomé ukončení vlastního života [29]. Sebevražda je tedy autoagresivní projev, při kterém dochází k násilnému jednání s charakteristickým úmyslem zničit svůj vlastní život, přičemž podstatným rysem je dobrovolné rozhodnutí k činu. U osoby dochází k poruše sebezáchovného pudu, avšak jedinec nemusí mít patologicky pozměněnou psychiku [27]. Přibližně 25 % lidí, kteří zemřou při sebevraždě, mají v anamnéze alespoň jeden suicidální pokus [18].

Sebevraždu lze rozdělit na biickou, jejíž motiv vychází z reality, a patickou, která je způsobena psychopatologií jedince [18] (například u schizofreniků [25]).

Z hlediska motivace lze rozlišit sebevraždu bilanční, impulzivní a experimentální. Bilanční sebevražda je dána rozumovým zhodnocením své situace, rozhodnutí je pevné a sebevražda ve většině případu dokonaná. Impulzivní sebevražda vzniká na podkladě náhlého, afektivně podmíněného rozhodnutí, motivem bývají obvykle problémy v mezilidských vztazích. Velmi často jde o takzvané volání o pomoc, nebo o prostředek pro dosažení určitého cíle. S experimentální sebevraždou se setkáme zejména u dětí a dospívajících, chybí zde srozumitelné důvody [9]. Může jít o čin inspirovaný mediálně známou osobností či osobou z okolí jedince [11].

### **1.2.2 Sebezabití**

Při sebezabití dochází také ke zničení vlastního života, avšak jedinec neměl v úmyslu zemřít. Dotyčný jedinec nedokáže například v afektu adekvátně posoudit riziko svých činů, nebo je jeho chování a úsudek ovlivněn alkoholem či jinými návykovými látkami. K sebezabití často dochází u psychicky nemocných

osob. Tento typ úmrtí může být také vynucen násilím, kdy daná osoba jedná proti své vůli, často na přání svého partnera nebo sekty. U malých dětí se také častěji jedná o sebezabití než úmyslnou sebevraždu, například jako nápodoba při hře [15, 18, 22].

### **1.2.3 Sebevražedný pokus**

Při sebevražedném pokusu je vědomým úmyslem jedince zemřít, avšak pokus se z nějakého důvodu nezdaří a osoba přežívá. Velké množství těchto osob se opět o sebevraždu pokusí, a to nejčastěji během následujících tří měsíců. Do deseti let zemře asi 10 % jedinců dokonanou sebevraždou [18]. Po sebevražedném pokusu dochází v životě člověka k řadě změn, které pro něj mohou být velmi důležité. Zahrnuje se sem pobyt v nemocnici, kde je často první příležitost léčit stav, který k sebevraždě vedl, možné fyzické postižení, které může mít zásadní vliv na další život, přechodné opuštění konfliktního prostředí, což může napomoci řešení problémů, změna v dosavadních lidských vztazích buď k lepšímu či horšímu, změna ve způsobu života jak suicidanta tak jeho blízkých a pomoc okolí, která může znamenat konec osamění [1].

#### **1.2.3.1 Simulace sebevražedného pokusu, vyhrožování sebevraždou**

Se simulací sebevražedného pokusu se setkáváme často u osob, které se snaží vyhnout nepříjemné situaci, zejména v důsledku trestné činnosti. Vyhrožováním sebevraždou chce jedinec získat výhody a dochází k němu zejména při partnerských konfliktech [18].

### **1.2.4 Demonstrativní sebevražda – paraucidum**

Parasuicidum je spojeno buď s přáním dočasně uniknout tíživé situaci, nebo s úmyslem vynutit si jiný postoj okolí k vlastní osobě. Jedinec si nepřeje ve skutečnosti zemřít, nebo si tím není zcela jist, a pokud se tak stane, jedná se

zpravidla o nešťastnou náhodu. Parasuicidum páchají nejčastěji ženy a adolescenti. Lidé jednají impulzivně, rychle a bez předchozí přípravy, volí způsob, který je snadno odhalitelný, a mírné metody, u nichž je velká pravděpodobnost, že nebudou smrtelné [11, 18].

### **1.2.5 Sebeobětování, rozšířená sebevražda**

Sebeobětování vychází z rozhodnutí jedince, které je svobodné a dobrovolné, obětovat vlastní život v zájmu hodnot, které mají aktuálně vyšší cenu [28]. K sebezabití dochází buď při záchraně někoho blízkého (rodič chrání dítě vlastním těle při srážce s autem apod.), nebo jde o obětování se za určitý ideál vyplývající z morálních hodnot jedince [1].

Rozšířená sebevražda je charakterizována rozhodnutím více osob, majících vzájemný vztah, spáchat sebevraždu ve stejnou dobu. Může se jednat o sebevraždu ve dvou (zejména se jedná o partnery), skupinovou (často rodina) a masovou (sekty) [1, 15]. K rozšířené sebevraždě se uchylují i psychicky nemocní lidé, kteří jsou přesvědčeni, že své blízké uchrání od utrpení pozemského světa, pokud je zabijí [16].

### 1.3 Osoby ohrožené sebevraždou

O sebevraždu se během svého života pokusí 2-3 % populace, u psychicky nemocných osob to je až 20-30 %. Sebevrahové mají také často v osobní i rodinné anamnéze suicidální chování [4]. Míra ohrožení sebevraždou je ovlivněna mnoha následujícími faktory.

#### Věkový faktor

Dětský věk – vědomá sebevražda je v dětském věku vzácná, spíše se jedná o sebezabití. Četnost sebevražd vzrůstá okolo desátého až dvanáctého roku života, kdy si dítě začíná uvědomovat význam smrti. Sebevražda je hlavně výsledkem ukvapené, zkratkovité reakce na stresovou situaci, kterou děti neumí adekvátně zvládnout pro nedostatek zkušeností a dovedností.

Dospívající – u dospívající populace může být příčinou sebevraždy obava ze zklamání rodičů, strach ze zkoušek, sexuální zneužívání, týrání, nechtěné otěhotnění, nešťastná láska, rozvrat v rodině, abúzus alkoholu či drog a další. Nejvyšší četnost sebevražd, ale i sebevražedných pokusů, kterými se spíše daní jedinci snaží na sebe upozornit, je mezi patnáctým až devatenáctým rokem.

Střední věk - sebevraždy v tomto věku bývají bilanční, vyvolané hlavně ztrátou partnera, problémy v práci, depresemi, ale také závislostí na alkoholu [22, 27].

Senioři - Nejvyšší počet sebevražd se vyskytuje u osob starších 70 let [18], a to v množství pětikrát až desítkrát vyšším než ve středním věku. V letech 2001 až 2005 bylo však maximum v České republice ve věkové skupině 50-54 let [6]. Vyvolávajícím faktorem suicidálních úvah a jednání se může stát somatické onemocnění, zhoršující se fyzická soběstačnost, odchod do důchodu spojený se ztrátou společenských vazeb, osamělost, nečinnost, ztráta blízké osoby – velmi často životního partnera, strach spojený s vidinou bezmocnosti a utrpení během umírání. Jedná se tak ve většině případů o bilanční sebevraždu, kdy jedinec negativně hodnotí svoji životní situaci i svoji budoucnost [22, 27].

### Faktor pohlaví

Sebevražda je jako příčina smrti častější u mužů, kteří volí radikálnější způsoby provedení, zejména oběšení a zastřelení [4]. Podíl oběšení v celkovém počtu dokonalých sebevražd v České republice v letech 2001 až 2005 byl u mužů 64,1 % (ženy 45,3 %), podíl zastřelení pak 10,7 % (ženy 2,8 %) [5]. Podnětem bývají problémy v oblasti seberealizace, ztráta zaměstnání či společenského statutu. Navíc muži málokdy vyhledají odbornou pomoc, neboť to pokládají za potvrzení svého selhání [27].

U žen je méně dokonaných sebevražd za rok, avšak více pokusů o sebevraždu. Tato poměrová neúspěšnost je dána tím, že volí méně radikální způsoby, jako je předávkování hypnotiky či podřezání zápěstí [4]. Poměrně často také volí skok z výšky, a to v 16 % (muži 6,6 %) v České republice za období 2001 až 2005 [5]. Motivem suicida jsou zejména obtíže v osobním životě a citových vztazích [27].

Celkem za stejné období spáchalo dokonanou sebevraždu 6433 mužů a 1590 žen [7].

### Psychické faktory

Sebevražda je často spojena s duševním onemocněním (ale mnohdy se může jednat o sebezabití), a to nejčastěji se schizofrenií a afektivními poruchami [25]. U schizofrenie je typickým sebevrahem mladší muž, který je sociálně izolovaný, často bez zaměstnání, se zhoršeným chorobným stavem, v anamnéze mohou být předchozí pokusy o sebevraždu či sebepoškozování [3]. Dle statistik je sebevražda druhou nejčastější příčinou smrti psychicky narušených jedinců [18].

K sebevraždě se také ve značné míře uchylují lidé trpící depresí, při které jsou velmi sebekritičtí a pesimističtí [14]. Sebevraždou tak chtějí vyřešit své utrpení, které subjektivně pociťují jako nesnesitelné [27]. Mezi varovné příznaky zvýšeného ohrožení sebevraždou patří vnitřní neklid spojený s úzkostí, nechutenství a pokles tělesné hmotnosti [18], pocity těžké viny a vlastní neschopnosti [10].

### *Abúzus psychoaktivních látek*

Alkohol a drogy významně ovlivňují nejen chování a myšlení člověka, ale i jeho mezilidské vztahy [27]. Tyto látky navíc vyvolávají a prohlubují depresi a úzkost, zkreslují úsudek osoby, a u alkoholiků je vyšší výskyt suicidálních pokusů než u ostatních osob [19, 24].

### Sociálně-psychologické faktory

Do této skupiny lze zařadit situace, které často přicházejí náhle, a jedinec se s nimi nedokáže vyrovnat. Může to být například ztráta profesního a společenského postavení, osamělost, ztráta partnera, uvěznění, migrace, ztráta zázemí při živelných katastrofách a podobně [27]. Dle výzkumů prováděných v USA na oblastech postižených přírodními katastrofami, se sebevraždnost v daných lokalitách zvýšila o více jak 10 %, a to zejména v prvním roce po události [23].

## 1.4 Časté mýty o sebevraždách

*Lidé, kteří o sebevraždě mluví, ji nikdy nespáchají.*

Většina osob hovoří o svém záměru sebevraždu spáchat, dávají tím svému okolí najevo, co prožívají a zamýšlí. Tyto varovné signály však mnohdy nebývají vyslyšeny.

*Když s někým mluvíte o sebevraždě, můžete mu myšlenku na sebevraždu vnuknout.*

Hovorem nelze někomu, kdo suicidální myšlenky nemá, tento nápad vnuknout. Rozhovor o případném sebevražedném smýšlení může mít naopak pozitivní účinek a umožní posouzení přítomnosti a míry suicidálního rizika.

*Sebevražda je náhlé, impulzivní rozhodnutí*

Sebevražda zpravidla nebývá důsledkem myšlenkového zkratu, jedná se o různě dlouhý rozhodovací proces. Lze pozorovat známky presuicidálního syndromu - psychického napětí, poruchy spánku, tělesné obtíže a další.

*Pokud je někdo po dlouhé depresi veselejší a v pohodě, jedná se o dobré znamení, žádné nebezpečí již nehrozí.*

Často se může jednat o fázi, kdy se jedinec rozhodne spáchat sebevraždu, přičemž mu toto rozhodnutí přinese úlevu.

*Nejvíce sebevražd je na konci roku a kolem Vánoc.*

Dle statistik za roky 2001 až 2005 bylo nejvíce dokonaných sebevražd spácháno v měsíci dubnu [8].

*Sebevrazi jsou prostě blázni.*

Většina sebevrahů nemá v anamnéze psychiatrickou diagnózu, a jejich předchozí život byl často naprosto normální, dokud se neocitli v situaci, se kterou se nedokázali vypořádat.

*Děti nedokážou spáchat sebevraždu*

Se sebevraždami se setkáme i v dětském věku, vzrůstající tendence jsou pak okolo dvanáctého roku života, kdy si jedinec začíná uvědomovat význam smrti.

*Pokud někdo přežije pokus o sebevraždu, již se o to nikdy nepokusí.*

Velká část osob, kterým se sebevražedný pokus nezdařil, se znovu o sebevraždu pokusí.

*Když se někdo rozhodne spáchat sebevraždu, nikdo mu v tom nemůže zabránit*

Sebevraždě se dá často zabránit, měli bychom se o to alespoň pokusit. Mnoho lidí pokoušejících se o sebevraždu, se navíc pohybuje mezi touhou žít i zemřít. Pokud je jim tedy pomoc a léčba nabídnuta včas, lze sebevraždu odvrátit [4, 11, 12, 22].



## **1.5 Sebevraždy dle způsobu provedení**

### **1.5.1 Oběšení**

Oběšení je v našich podmínkách trvale nejrozšířenějším způsobem sebevraždy – v letech 2001 až 2005 to bylo 4 844 z celkového počtu 8 023 sebevražd, což je 60% podíl. K oběšení přistupují častěji muži (64,1 % z celkového počtu sebevražd) než ženy (45,3 % z celkového počtu sebevražd), a s maximum ve věkové kategorii 85 let a více. U žen je maximum ve věku 75 až 79 let [5].

Při oběšení dochází k sevření krku smyčkou za působení vlastní váhy, dochází ke stlačení krčních cév, dýchacích cest a poranění páteře a míchy, kdy při správně provedeném oběšení dochází k tzv. katovské zlomenině, kdy dens axis utlačí míchu. Smrtelné může být i nekompletní oběšení, kdy působí hmotnost pouze části těla, a to již od 7 % hmotnosti. Mezi klinické příznaky patří strangulační rýha, pohmoždění a oděrky, překrvení a cyanóza obličeje, krvácení ve spojivkách. Při poskytování přednemocniční neodkladné péče by měl být krk imobilizován za použití krčního límce. V případě úmrtí nelze většinou stanovit Tonelliho příznak pro zvýšený nitrooční tlak [4].

Pro tento způsob sebevraždy bylo napočítáno přes 200 možných pozic, ve kterých se dá oběsit. Typ lana či jiného prostředku a způsob uvázání uzlu může být charakteristický pro různé profese [15].

### **1.5.2 Zastřelení**

Zastřelení bylo v období 2001 až 2005 druhou nejčastější příčinou dokonané sebevraždy, a to celkem v 860 případech (10,7 % z celkového počtu). Muži takto učinili v 12,6 % ze všech případů sebevražd za uvedené období, ženy v 2,8 % [5].

Střelná poranění mají určitá specifika – při průchodu projektilu tkání vzniká dočasná dutina, která má třicetkrát až čtyřicetkrát větší průměr než je průměr projektilu, dochází k útlaku, zhmoždění a nekróze okolních tkání. Závažnost poranění je závislá na hmotnosti a rychlosti projektilu, a na lokalizaci poranění [4]. Většina sebevrahů se střílí do hlavy či úst, nebo pod bradu, méně pak do hrudi nebo břicha [15]. Primární péče o ránu zahrnuje sterilní krytí, záznam o charakteru rány - závažnost a charakter poranění, popis obnažených struktur (kosti, šlachy), stupeň znečištění rány (cizí tělesa, oděv). Před zakrytím rány je možné provést proplach rány fyziologickým roztokem [23].

### **1.5.3 Otrávení**

Sebevražda otrávením byla za roky 2001 až 2005 třetím nejčastějším typem suicida, a to v 810 případech (10,1 % z celkového počtu). Otrávení dávají přednost ženy, za uvedené období u nich tvořil tento způsob sebevraždy 20,5% podíl ze všech sebevražd, zatímco u mužů to bylo 7,5 %. Volba určitého typu prostředku pro tento způsob sebevraždy je značně závislá na jeho aktuální dostupnosti. Za dané období připadají téměř dvě třetiny na sebevraždu léky a léčiv, a čtvrtina na otravu plyny [5], ovšem lze se setkat i s otravami za pomoci kyselin či louhů. Při sebevraždě léky je jen málokdy použit jen jeden typ přípravku, častěji jde o kombinace několika [15]. První pomocí u alimentárních otrav je vyvolání zvracení (pokud je jedinec při vědomí a s výjimkou otrav pěnотvornými látkami, které se ani neředí vodou) a podání aktivního uhlí. U inhalačních otrav se jedná zejména o technickou první pomoc, kdy se postižený vynese ven. Při inhalačních otravách je v popředí ohled na ochranu a zdraví zachránců [4].

### **1.5.4 Skok z výše**

Skoku z výše dalo za období 2001 až 2005 přednost celkem 677 osob, tedy 8,4 procenta všech úspěšných sebevrahů. Ke skoku z výše se častěji přiklání ženy

(16 % z celkového počtu sebevražd), a to zejména do 19 let, muži tento typ sebevraždy zvolili v 6,6 % případů z celkového počtu sebevražd [5]. Při krizové intervenci s osobou demonstrující úmysl sebevraždy tímto způsobem je třeba dbát na vlastní bezpečnost – nesnažit se sebevraha zachytit nad volnou hloubkou bez vlastního jištění [13].

### **1.5.5 Sebevražda ostrým předmětem**

Sebevraždu za pomoci ostrého předmětu spáchalo celkem 269 osob v období 2001 až 2005, což představuje 3,4 % z celkového počtu dokonáných sebevražd [5]. Předmětem pro spáchání sebevraždy se mohou stát nože, žiletky, břitvy, dýky, skleněné střepy a podobně [15]. Pokud je řez prováděn na zápěstí, dochází ve většině případů pouze k poranění žil. První pomoc je zejména stavění krvácení za pomoci zvednutí postižené končetiny nad úroveň srdce, stisknutí rány prsty, přiložení tlakového obvazu. Pokud je poraněn krk a velké cévy, rizikem jsou zejména masivní krvácení z krční tepny, poranění nervu vagu, embolizace, poranění dýchacích cest a aspirace krve do plic. V rámci první pomoci se postižený uloží do Trendelenburgovy polohy (celé tělo je v úhlu asi 30°, hlava uložena níže), přiložení většího množství sterilního mulu a neprodyšné krytí k prevenci vzduchové embolie. Poraněné dýchací cesty se zajistí intubací [4].

### **1.5.6 Sebevražda skokem nebo lehnutím si pod pohybující se předmět**

Tento způsob sebevraždy zvolilo 203 osob za období 2001 až 2005, to představuje 2,5% podíl z celkového množství sebevražd. Rozdíl mezi muži (2,4 % z celkového počtu sebevražd) a ženami (3 % z celkového počtu sebevražd) je nevýrazný. Nejčastější prostředek k ukončení života je vlak [5]. Poskytnutí přednemocniční neodkladné péče v případě přežití je závislé na typu poranění.

### **1.5.7 Utopení**

V letech 2001 až 2005 se utopilo celkem 140 sebevrahů, tedy 1,7 % z celkového počtu. K tomuto způsobu inklinují spíše ženy (5 % z celkového počtu sebevražd) než muži (0,9 % z celkového počtu sebevražd) [5]. Sebevrazi tonutí mnohdy spojí se skokem z výše, a často si svážou ruce a nohy aby měli jistotu, že překonají pud sebezáchovy [15]. Při poskytování přednemocniční neodkladné péče je dobré pamatovat na fakt, že pokud je přítomna hypotermie, zvyšuje se šance na přežití [4].

### **1.5.8 Ostatní způsoby sebevraždy**

Do ostatních způsobů sebevraždy lze zařadit upálení, polknutí předmětu, sebevražda za pomoci zvířat, umrznutí a další [15]. Do této kategorie spadá celkem 220 dokonaných sebevražd za období 2001 až 2005, tedy 2,8 % z celkového počtu [5].

## 1.6 Fáze sebevraždy

### 1.6.1 Vývoj tendence k suicidálnímu jednání

Tendence k sebevraždě se obvykle po určitou dobu vyvíjí, proces je složen z několika fází a může trvat různě dlouhou dobu, přičemž se nemusí uplatnit všechny fáze (jedinec může například o sebevraždě uvažovat, avšak neprovede ji). Do stádií se řadí fáze počátečních úvah o sebevraždě, fáze konkretizace způsobu sebevraždy a fáze realizace sebevražděho úmyslu.

Fáze počátečních úvah o sebevraždě nadchází, pokud jedinec začne uvažovat o sebevraždě jako o možné alternativě řešení svých problémů. Hlavním rysem této fáze jsou suicidální myšlenky, které jsou zatím jen na úrovni symbolické. Jedinec si sebevraždu pouze nekonkrétně představuje, uvažuje nad smyslem bytí. Mnoho lidí o svých úvahách i mluví. Jedinec si většinou připouští i jiná možná řešení problémů, a sebevraždu si ponechává jako řešení pro nejhorší případ. Tato fáze je charakterizována postojem jedince „mohl bych to udělat“.

Druhá fáze, tedy fáze konkretizace způsobu sebevraždy, je charakterizovaná suicidálními tendencemi, akceptováním sebevraždy jako řešení problému. Dochází ke konkrétním suicidálním úvahám o určitém způsobu sebevraždy, zvažování dostupnosti a subjektivní přijatelnosti různých metod. Tato fáze se dá vyjádřit úvahou jedince „jak bych to mohl udělat“.

Při fázi realizace sebevražděho úmyslu dochází k aktivitám, které jsou zaměřené na destrukci vlastního života. Rozhodnutí k suicidu jedinec považuje za vyřešení svého problému, a často vede k určité úlevě a uvolnění napětí, jedinec přestává komunikovat o svém problému a smyslu života se svým okolím, které se tak může mylně domnívat, že došlo ke zlepšení stavu, přičemž jedinec čeká na příhodný okamžik k provedení sebevraždy [18, 27].

Vyvolávající motiv sebevraždy, který bezprostředně vede k suicidálnímu činu, se může mnohdy zdát jako malicherný, nesmyslný. Velmi často bývá impulzem k sebevraždě poslední problém, který nemá charakter hlavní příčiny,

ale jedná se o pomyslnou poslední kapku. Různé problémy během určitého období či během celého života se mohou sčítat, a v souhrnu pak ovlivňují riziko suicidálního jednání [27].

### **1.6.2 Varovné signály a diagnostika presuicidálního ohrožení**

K sebevraždám málokdy dochází bez předchozích varovných příznaků. Pokud je okolí neignoruje či nebagatelizuje, je velká šance sebevraždě zabránit. Jedinec vysílá signály, kterými chce varovat své blízké, naznačuje, co zamýšlí. Někdy mohou být tyto varovné příznaky patrné jen zpětně.

Mezi signály se může řadit rozdávání majetku, který dle jeho slov již nebude potřebovat, negativní poznámky o budoucnosti („beze mne vám bude lépe“), poznámky o budoucnosti bez něj (věty typu „už se nevidíme a podobně), zvýšený zájem až fascinace tématy smrti, umírání a posmrtného života, psaní poslední vůle, izolace od okolí, odmítání dát slib o neublížení, známky těžké deprese (ztráta zájmů, aktivit, neschopnost mít z něčeho radost, poruchy spánku, ztráta energie a podobně) [4, 22].

### **1.6.3 Ringelův presuicidální syndrom**

Ringelův presuicidální syndrom umožňuje rozpoznat, zda je jedinec ohrožen suicidem. Je založen na třech základních znacích, kterými jsou stupňující se zužování, zadržování agrese a suicidální fantazie. Tyto znaky se vzájemně umocňují. Dochází taktéž ke změnám metabolismu mozku.

Při stupňujícím se zužování dochází u jedince souhrnně k omezení prožívání, jednání a chování. Konkrétně se může jednat o zužování osobních možností jedince (tzv. situační zužování, kdy se daná osoba cítí ohrožena vnějšími okolnostmi, které nemůže ovlivnit a nelze nad nimi zvítězit, domnívá se, že plně ovlivňují jeho život; stává se tak například po smrti blízké osoby, zaviněním nehody, prohrou veškerých financí apod.), uvědomění si vlastních zužujících pocitů (tzv. dynamické zužování, kdy dochází k jednostrannému negativnímu

vnímání reality i sebe sama - negativní emoce vedou ke stupňování pesimismu, depresím či apatii, jedinec má vtíravé myšlenky na sebevraždu, neuvažuje racionálně a pud sebezáchovy je oslaben či zcela eliminován), zužování sociálních kontaktů a mezilidských vztahů (tzv. mezilidské zužování, které může vzniknout při totální izolaci – jedinec je skutečně opuštěn okolím, omezení sociálních kontaktů – zejména u seniorů, kterým postupně umírají přátelé a jiné blízké osoby, a při znehodnocení existujících vztahů), zužování hodnotového světa (tzv. hodnotové zužování, projevující se narušením hierarchie hodnot, přikládáním menší důležitosti dříve uznávaným hodnotám a podobně).

Zadržování agrese má významný vliv na suicidalitu. Pokud jedinec nedokáže ventilovat pocity hněvu a vzteku vůči těm, kteří je zavinili, obrací agresi vůči sobě samému. Tento jedinec se pak nenávidí, myslí si o sobě, že je neschopný, nedostatečně kvalitní a tím pádem nehodný bytí. Velké riziko suicidálního chování je tedy u osob, které nemohou ventilovat agresi vůči okolí například kvůli vlastním zábránám.

Suicidální fantazie o vlastní smrti a sebevraždě mohou jedinci přinášet osvobození, úlevu. Zahrnují myšlenky na to, jaké by to bylo, kdyby se zabil, jaké to je být mrtvý, konkrétní plány k provedení sebevraždy (již se pak začíná jednat o sebevražedné tendence) [22, 27].

## **1.7 Krizová intervence v případě suicidálního jednání**

Krizovou intervencí v rámci suicidálního jednání lze provádět při započetí suicida, tedy v situaci ohrožení suicidem, po neúspěšném suicidálním pokusu a po dokonalé sebevraždě.

### **1.7.1 Krizová intervence v situaci ohrožení sebevraždou**

Krizová intervence před sebevražděným pokusem, tedy s osobou demonstrující úmysl sebevraždy, se může odehrávat telefonicky nebo osobně. Krizovou intervencí v této fázi se rozumí snaha o odvrácení suicidálního rizika, a zvrácení Ringelova presuicidálního syndromu, pokud je rozpoznán [22]. Je lépe míru suicidálním riziko hodnotit kritičtěji, a považovat je za akutní, než jej podcenit [24]. Je dobré mít na paměti, že pokud je jedinec pevně rozhodnut sebevraždou spáchat, s velkou pravděpodobností se o to pokusí i přes přítomnost záchranářů [18]. Činnost jednotlivých složek integrovaného záchranného systému na místě zásahu, kde osoba demonstruje úmysl spáchat sebevraždou, je popsána v katalogovém souboru [26].

Během jednání s osobou demonstrující úmysl sebevraždy je vždy potřeba dbát na vlastní bezpečnost – nepřibližovat se k ozbrojené osobě, nesnažit se za každou cenu chytat osobu nad volnou hloubkou proti její vůli a bez vlastního jištění.

V první řadě by mělo dojít k navázání kontaktu s osobou demonstrující úmysl spáchat sebevraždou. Při tom má být zachován klid – neprojevat překvapení či zděšení z toho, že jednáme s člověkem, který se chce zabít. Pokud si intervent není zcela jist, zda se skutečně jedná o sebevraha, lze se jej konkrétně zeptat, zda chce spáchat sebevraždou. Požádáme jej o eliminaci rizika (například odložení zbraně z dosahu, odstoupení od okraje střechy a podobně). Jakmile je připuštěn suicidálním úmysl, je dobré suicidanta podporovat v mluvení o svých myšlenkách a pocitech. K hovoru jej podněcujeme otevřenými otázkami. Pokud



jedinec neodpovídá na otázky, opakujeme je. Během rozhovoru není doporučováno zacházet příliš do hloubky problémů, které jedinec má, je třeba se spíše zaměřit na aktuální podnět vedoucí k sebevražednému jednání. Nikdy by nemělo dojít k obviňování, odsuzování, moralizování, bagatelizování problémů a hádkám. Během rozhovoru vyjadřujeme osobní zaujetí a porozumění, snažíme se najít nějaký záchytný bod, který má pro klienta ještě význam (práce, domácí mazlíček a podobně). Se suicidantem se snažíme probrat jiné alternativy řešení problému než je smrt, zdůraznit, že se nejedná pouze o jednu variantu, která je navíc definitivní, a nabídnout mu možnosti pomoci, avšak vyloženě jej nepřemlouvát k nespáchání sebevraždy. Během celé doby je třeba dávat pozor na narážky či věty, které naznačují spáchání sebevraždy. Pokud intervent něco vyžaduje, měl by si za tím stát, ale nezastrašovat. Nikdy se také nemá přistupovat na poslední přání (přivolání partnera když jej chce vidět a podobně). Pokud se intervence nezdaří a dojde ke spáchání sebevraždy, je dobré si uvědomit skutečnost, že šlo o svobodnou vůli člověka a záchránci udělali vše, co bylo v jejich silách.

Odborná přednemocniční péče zahrnuje farmakologickou léčbu – podání neuroleptik. Benzodiazepiny nejsou doporučovány, pokud je suicidant směřován na lůžkové psychiatrické oddělení, pro možnou paradoxní reakci ve smyslu dezinhibice aktivity, agitovanosti a úzkosti [4, 13, 22, 26, 28].

### **1.7.2 Krizová intervence při nezdařeném pokusu o sebevraždu**

Krizová intervence při nezdařeném pokusu o sebevraždu začíná zhodnocením somatického stavu. Pokud dojde ke zdravotnímu poškození, posádka zdravotnické záchranné služby musí poskytnout první pomoc na podkladě aktuálního stavu závislého na vitálních funkcích. Během poskytování péče nelze brát ohled na znaky úmyslného suicida a odmítání pomoci. Stejně tak je třeba se vyvarovat zpochybňování smyslu záchrany člověka, který se pokusil zemřít [11].

Pokud je suicidant po nezdařeném pokusu hospitalizován, je potřeba navázat kontakt jakmile to umožní jeho psychický a fyzický stav. Každému jedinci by měla být poskytnuta terapeutická a psychoterapeutická péče zaměřená na léčbu symptomů a případného duševního onemocnění, objasnění motivů suicidálního jednání a úvah, pomoc při hledání jiných řešení krize, minimalizace přístupu k prostředkům použitelným ke spáchání sebevraždy, k alkoholu a drogám, snaha o poskytnutí sociální opory, a snaha o pochopení významu sebevražedného pokusu.

Krizová intervence má být zaměřena i na rodinu a blízké okolí suicidanta. Špatné rodinné vztahy mohou být mnohdy příčinou snah o suicidium a terapie by měla být směřována na zlepšení těchto vazeb. Sebevražedný pokus může mít paradoxně pozitivní vliv na dění v rodině – stane se impulzem pro ochotu ostatních členů rodiny angažovat se do řešení problémů. Cílem krizové intervence v rodině je zabránění vzniku negativní atmosféry, která by mohla vést k izolaci jedince, který se pokusil o sebevraždu, podpoření snah rodiny poskytnout suicidantovi oporu, poskytnutí podpory k vyrovnání se s celou situací a prevence suicidálního chování v rodině. Je vhodné zařadit do terapeutických návštěv intervanta s jedincem po sebevražedném pokusu i setkání s celou rodinou [18, 22].

### **1.7.3 Krizová intervence po dokonaném suicidu**

Krizová intervence po dokonaném suicidu zahrnuje pomoc pozůstalým, pro které je sebevražda nejhůře akceptovatelným a zvládnutelným typem ztráty. Situace vyvolává výrazné emocionální reakce, pozůstalí nechápou, proč je jejich blízký zcela dobrovolně opustil, mohou vinit sami sebe ze spáchání suicida. Pozůstalí jsou silně ohroženi vlastním suicidálním jednáním pro sebeobviňování, stigmatizaci společností, změny v rodinných vztazích, stud a obavy z ventilace svých pocitů. Pokud situaci neunesou, mohou zvolit způsob řešení problému, který jim „ukázal“ jejich blízký. Suicidium blízké osoby mohou pozůstalí chápat

také jako odmítnutí, vzkaz že pro něj nic neznamenal, vyhnutí dalšímu společnému soužití. To silně ovlivňuje jejich sebehodnocení.

Může dojít i k situaci, kdy pozůstalí začnou zkreslovat okolnosti úmrtí, lžou o něm, vydávají jej za nešťastnou náhodu. Krátkodobě takové jednání přináší úlevu, ale z dlouhodobého hlediska nikoliv – prohlubují se komplikace ve vzájemných vztazích.

Intervence je ztížena negativními sociálními postoji ve společnosti, která sebevraždu málokdy toleruje, vede k tabuizaci a neochotě o problému mluvit. Aby byla intervence efektivní, měla by být zaměřena především na zpracování negativních emocí k sebevrahovi i k sobě samému, zvládnutí pocitů viny a umění s ní žít pokud je opodstatněná, korekci neobjektivních představ o suicidantovi, ventilaci negativních pocitů, zpracování pocitu osamění a zabránění situovat se do role viníka a trpitele.

Z dlouhodobého hlediska je vhodné poradenství a psychologická pomoc. Není výjimkou, že pozůstalí jsou schopni akceptovat skutečnost, že jejich blízký zemřel vlastní rukou, až po několika letech [22].

### **1.7.3.1 Postup při informování příbuzných a pozůstalých o úmrtí**

Oznámení úmrtí někoho blízkého je vždy velmi stresující pro všechny zainteresované. Sdělování špatné zprávy vyvolává u informujících nejistotu, stres a úzkost. Tato skutečnost má mnoho důvodů – přítomna je obava z reakce na informaci, tíže profesionální odpovědnosti a sounáležitosti, pocity selhání a vědomí, že stejná situace může kdykoliv nastat i v jeho okolí.

Základním rysem postupu by měla být empatie, tedy schopnost vcítit se do pocitů postiženého, naopak soucit by se neměl vyjadřovat přehnaně (nepoužívají se tedy věty typu „Je mi vás líto“, které spíše zraňují, než pomáhají). Osobní kontakt se vždy zahajuje vyjádřením soustrasti, později lze vyjádřit empatii (například větami „dovedu si představit vaše pocity, chápu jak vám je“, ale je nutno si uvědomit, že i toto může vyvolat negativní reakci až agresi).

Pokud je první informace podávána telefonicky, sdělení by mělo být omezeno pouze na zásadní oznámení o nešťastné události, veškeré další zprávy o úmrtí a jeho podrobnostech je lépe sdělit osobně.

Na jednání s pozůstalými je nutno vyčlenit dostatek času, a komunikovat s nimi v klidném prostředí, nikdy nepodávat informace „mezi dveřmi“. Osoby, které budou informovány, by měly sedět. Předchází se tím nebezpečí úrazu vlivem náhlých vegetativních reakcí, a také negativní reakce nemívají tak vysokou intenzitu. Intervent by měl taktéž sedět.

O smrti nemluvíme eufemisticky, ale věcně, jasně a srozumitelně, tak, aby nevznikl dojem falešné naděje. Měly by být co nejlépe popsány všechny okolnosti úmrtí. Intervent by měl být připraven zodpovídat i dotazy, které se nejeví jako věcné či patřičné.

Na závěr by měli být podány informace o následujících formalitách a nabídnuta pomoc psychologa či duchovního [18].

## **1.8 Katalogový soubor typové činnosti STČ -02/IZS – Demonstrování úmyslu sebevraždy**

### **1.8.1 Charakteristika**

Tento soubor je řazen mezi typové plány, což jsou metodické návody pro potřebu krizového řízení a havarijního plánování, určené složkám integrovaného záchranného systému, pro jejich společný postup při provádění záchranných a likvidačních pracích během mimořádných událostí. Cílem typových plánů je utřídění a sjednocení informací o mimořádné události, která hrozí nebo již vznikla, a vyznačení řešení. Zpracovávají se pro určité konkrétní ohrožení [2].

Tento katalogový soubor se zaměřuje na činnost složek integrovaného záchranného systému během mimořádné události, která je charakterizována demonstrováním úmyslu sebevraždy – daná osoba (nebo osoby) tedy vykazuje takové jednání, které směřuje k násilnému ukončení vlastního života [17]. Během pokusu o sebevraždu může dojít ke zranění či usmrcení suicidanta, přičemž může být i různě vysoké riziko vzniku újmy na životě, zdraví nebo majetku i jiným nezúčastněným osobám. K tomuto zranění dalších osob může dojít vlivem rozšířené sebevraždy, nebo provedením suicida takovým způsobem, který ohrozí osoby nacházející se v blízkosti suicidanta (například sebevražda za použití výbušniny, plynu, auta a podobně).

Tato mimořádná událost je dále specifikována následujícími požadavky a doporučeními – suicidální intervenci by měl provádět vyškolený odborník, se kterým mají být projednány veškeré další postupy během zásahu; zásah by se neměl uspěchat, ale spíše oddalovat, protože v případě, že jsou složky integrovaného záchranného systému již na místě, působí plynoucí čas na vývoj pozitivně; vhodně aplikovaný postup suicidální intervence má stěžejní význam pro vyřešení události; během příjezdu a přítomnosti na místě zásahu je vhodné zvážit opodstatnění užití zvláštního výstražného zařízení, protože jeho užití může mít stresující účinek na osobu demonstrující úmysl sebevraždy.

Cílem zásahu je odvrácení osoby od úmyslu spáchat sebevraždu a minimalizace rizik, které by mohly jeho činností vzniknout. Ukončit společný zásah lze v případech, kdy osoba upustí od úmyslu spáchat sebevraždu, případně dojde k jejímu zranění a je předána záchranné službě, nebo dojde k jejímu úmrtí a je ohledáno místo činu a jsou ukončeny záchranné a likvidační práce.

Soubor dále vymezuje postup velitele zásahu, doporučení pro jednání s osobou demonstrující úmysl sebevraždy, úkoly jednotlivých operačních středisek a hlavních složek integrovaného záchranného systému a přehled zdravotnických zařízení, které jsou schopny poskytnout odbornou pomoc osobě, která se pokusila o sebevraždu [26].

### **1.8.2 Úkoly a činnosti sil ZZS**

Přítomnost posádky zdravotnické záchranné služby na místě zásahu u osoby demonstrující úmysl sebevraždy je nutná během celého zásahu, a to pro možnost ošetření jak suicidanta, tak ošetření možných zranění zasahujících členů složek integrovaného záchranného systému či dalších osob, pokud je sebevrah poraněn například při páhání rozšířené sebevraždy, a následný transport postižených osob do cílového zdravotnického zařízení [26]. V neposlední řadě pak je nutná přítomnost lékaře pro konstatování smrti, pokud osoba sebevraždu zdárně dokoná. Navíc zdravotnická záchranná služba má ze zákona úkol poskytovat odbornou přednemocniční neodkladnou péči při stavech, které působí změny chování a jednání postiženého, ohrožují jeho samotného nebo jeho okolí [30].

Na místě posádka záchranné služby zajišťuje zejména suicidální intervenci – komunikaci se sebevrahem, která je v kompetencích lékaře (pokud je na místě), a to zejména do té doby, kdy od svého úmyslu upustí či naopak spáchá sebevražedný čin, nebo do příchodu školeného policejního vyjednavče. Zraněným poskytuje přednemocniční neodkladnou péči a zajišťuje jejich transport do zdravotnického zařízení. Osobě, která demonstrovala úmysl sebevraždy,

poskytuje urgentní terapeutickou intervenci, dle potřeby ji fyzicky omezuje a zklidňuje, a transportuje ji do cílového zařízení. V případě úmrtí po dokonaném suicidálním pokusu lékař konstatuje smrt, ohledá tělo a rozhoduje o případné pitvě [26].

### **1.8.3 Role policejního vyjednavče**

Policejní vyjednavče je osoba, která má za úkol navázat verbální kontakt s cílovou osobou (pachatelem, osobou v krizi), a komunikací vytvářet podmínky pro zklidnění a stabilizování napjaté situace s cílem jejího pokojného vyřešení. Pro tuto práci jsou nejčastěji vybíráni adepti z řad policistů, přičemž není podmínkou mít psychologické vzdělání. Pro tuto profesi je nutné osobní zaujetí, schopnost úzké spolupráce v týmu, schopnost dobře se vyrovnávat s frustracemi a případným neúspěchem, orientovat se snadno v dvojznačných situacích. Policejní vyjednavči často pracují v kriminální policii či zásahových týmech. Odbornou kvalifikaci získávají během speciálních kurzů a každoročně musí prokázat své znalosti, aby jim byl statut policejního vyjednavče ponechán [17].

Na místo zásahu je možné přivolat policejního vyjednavče přes operační střediska. Povolání vyjednavče je především v kompetencích velitele zásahu (velitelem se stává vedoucí té složky IZS, která se dostaví na místo zásahu jako první, odpovídá za provedení prvotních nezbytných úkonů na místě události).

Policejní vyjednavče provádí na místě suicidální intervenci. Jeho hlavním úkolem je navázání kontaktu, zklidnění a stabilizace situace cestou cílené komunikace. Konečným cílem vyjednávání je odvrátit osobu od dokonání sebevraždy.

Policejní vyjednavče by měl mít nerušené a nepřetržité spojení se suicidantem a velitelem zásahu, možnost požádat o kontaktování a dopravení jiných osob pro kontakt s osobou demonstrující úmysl sebevraždy, dále s ním konzultuje velitel zásahu nutnost omezení osobní svobody suicidanta. Policejní

vyjednávač také poskytuje základní posttraumatickou péči osobám, které ji potřebují nebo o ni požádají [26].



## **2 Cíl práce a hypotézy**

### **2.1 Cíl práce**

Cíl 1: Zjistit současné postupy práce zdravotnických záchranářů se sebevražděnými pacienty.

Účelem stanovení tohoto cíle je snaha zjistit, jak zdravotničtí záchranáři postupují při práci s pacienty vykazujícími prvky suicidálního jednání.

Cíl 2: Konfrontovat standard s názory zdravotnických záchranářů na způsob práce se sebevražděnými pacienty.

Tento cíl má za úkol zjistit, zda a v jaké míře se rozcházejí názory zdravotnických záchranářů na vybrané postupy práce posádky zdravotnické záchranné služby s osobami demonstrujícími úmysl sebevraždy, oproti doporučovaným postupům uvedeným ve standardech.

### **2.2 Hypotézy**

Hypotéza 1: Zdravotničtí záchranáři znají standardy práce s osobami demonstrujícími úmysl sebevraždy.

Tato hypotéza má za úkol stanovit, zda jsou zdravotničtí záchranáři obeznámeni s platnými standardy společnými pro všechny hlavní složky integrovaného záchranného systému zaměřenými na postup práce s osobou demonstrující úmysl sebevraždy na místě zásahu – katalogovým souborem typové

činnosti STČ-02/IZS. Tato znalost je důležitá pro správné vyřešení mimořádné události.

Hypotéza 2: Zdravotníci záchranáři postupují při práci s osobami demonstrujícími úmysl sebevraždy dle standardů.

Tato hypotéza je založena na předpokladu, že zdravotníci záchranáři znají dané standardy a během zásahu podle nich postupují. Tato aplikace v praxi by měla být zárukou kvalitně provedeného zásahu s co největší nadějí na upuštění jedince demonstrujícího úmysl sebevraždy od spáchání aktuálně hrozícího suicidálního činu.

## **3 Metodika**

### **3.1 Použité metody**

Pro ověření hypotéz byly použity metody kvantitativní metodologie – dotazníkové šetření.

#### Dotazník

Dotazník byl anonymní, obsahoval celkem 17 otázek. 14 otázek bylo uzavřených. 3 otázky byly výčtového typu – respondenti mohli označit více vhodných odpovědí či vlastní odpověď vypsát. Výzkumný soubor tvořili pracovníci Zdravotnické záchranné služby Jihočeského kraje, na pozici zdravotnický záchranář.

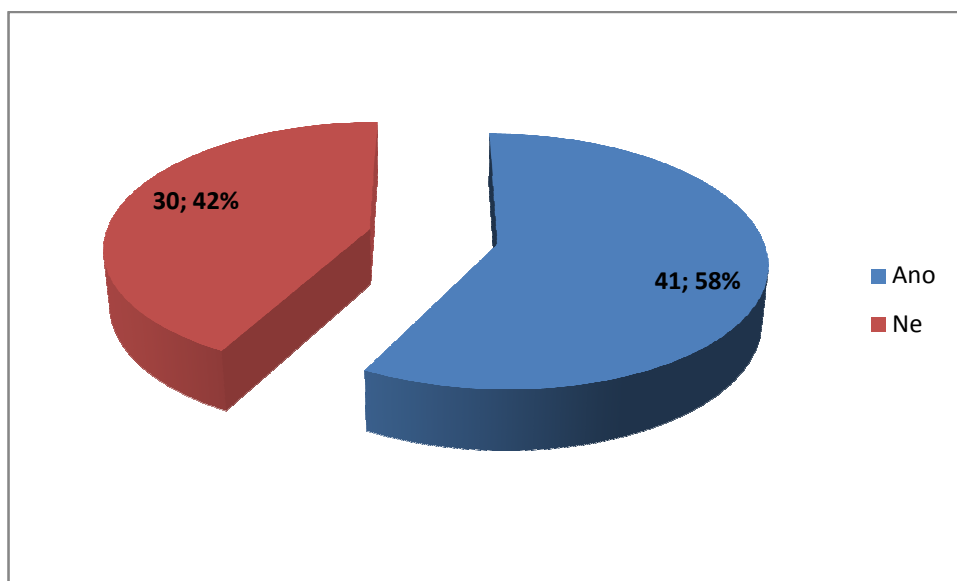
Dotazník je zaměřen na získání dat souvisejících s problematikou práce zdravotnických záchranářů s pacienty vykazujícími prvky suicidálního jednání. Otázky jsou směřovány na zjištění možností zisku odborných informací týkajících se dané problematiky v rámci profesní přípravy, četnosti účasti na výjezdech k osobám demonstrující úmysl sebevraždy, složení a práci intervenčního týmu na místě události, a porovnání názorů na postup během zásahu s doporučovými standardy.

### **3.2 Charakteristika výzkumného souboru**

Výzkumný soubor tvořili zdravotničtí záchranáři Zdravotnické záchranné služby Jihočeského kraje z oblastních středisek České Budějovice, Český Krumlov, Jindřichův Hradec, Písek, Prachatice, Strakonice a Tábor. Celkem bylo rozdáno 120 dotazníků. Návratnost byla 78 dotazníků, z nichž muselo být 7 vyřazeno pro nekompletnost a nevěrohodnost. Konečný počet respondentů pro výzkum byl 71. Data byla zpracována a zobrazena v jednotlivých grafech.

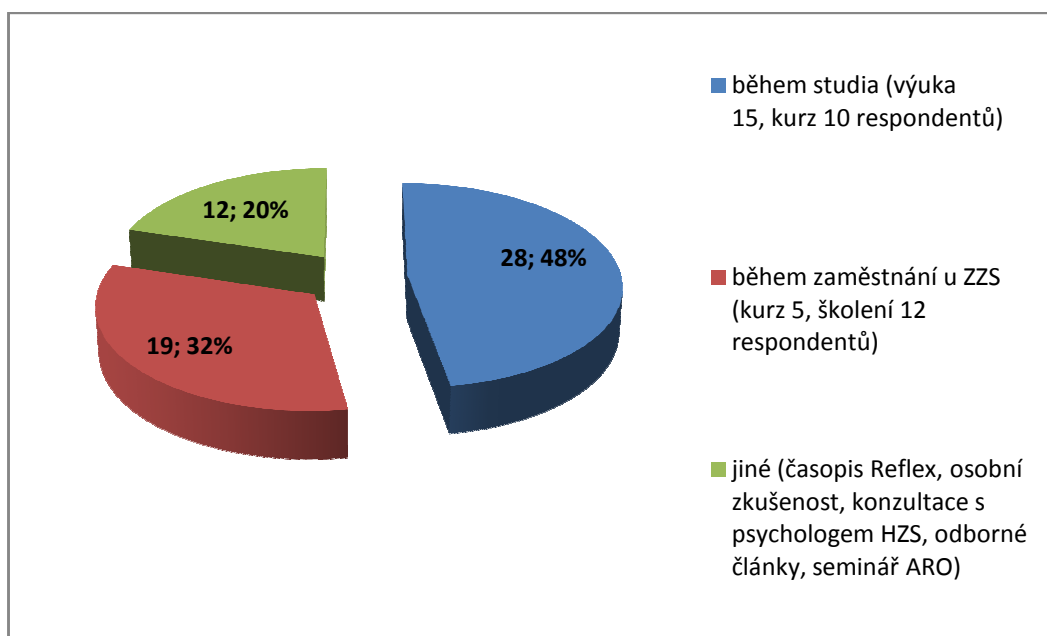
## 4 Výsledky

**Graf č. 1:**  
**Poskytnutí odborných informací pro postup práce s osobou demonstrující úmysl sebevraždy**



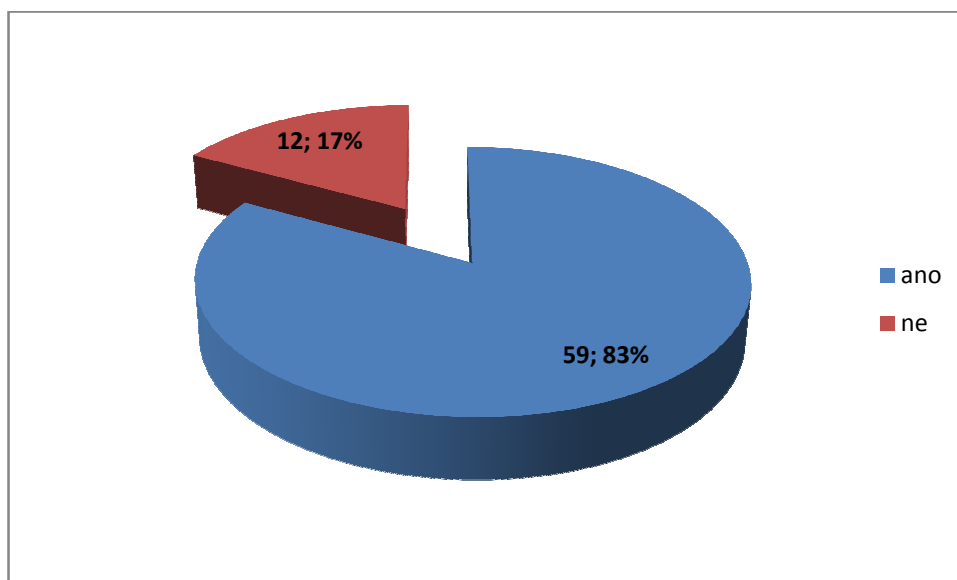
Z celkového počtu 71 dotazovaných, tvrdí 41 (58 %) respondentů že jim byli poskytnuty odborné informace týkající se problematiky práce s osobou demonstrující úmysl sebevraždy, 30 (42 %) respondentů tvrdí, že jim tyto informace poskytnuty nebyly.

**Graf č. 2:**  
**Způsob poskytnutí informací týkajících se postupu práce s osobou  
demonstrující úmysl sebevraždy**



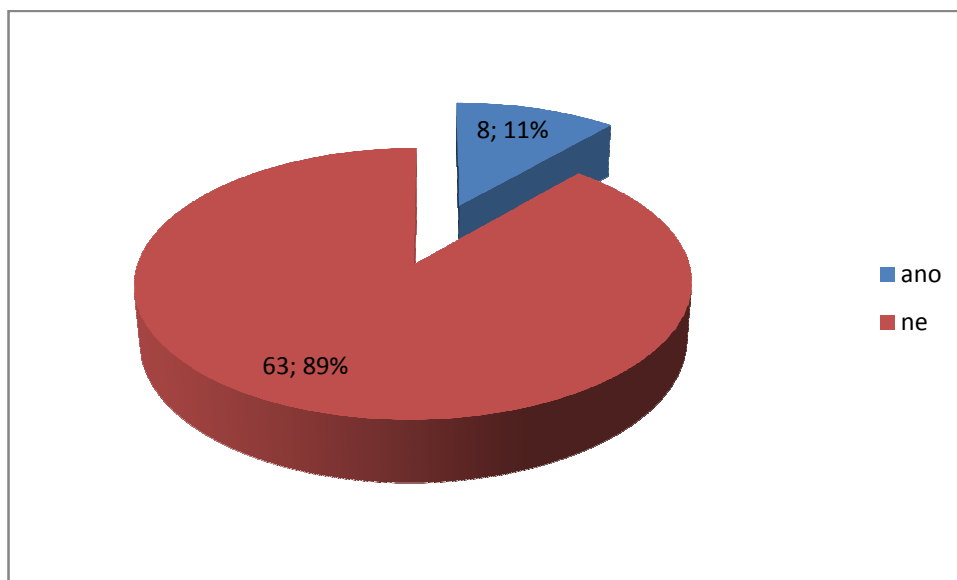
Ze 41 (100 %) respondentů, kteří odpověděli na otázku číslo 1 kladně, získalo odborné informace týkající se problematiky práce s osobou demonstrující úmysl sebevraždy celkem 28 (48 %) respondentů během studia, 19 (32 %) během zaměstnání u ZZS a 12 (20 %) uvedlo jinou možnost.

**Graf č. 3:**  
**Možnost školení**



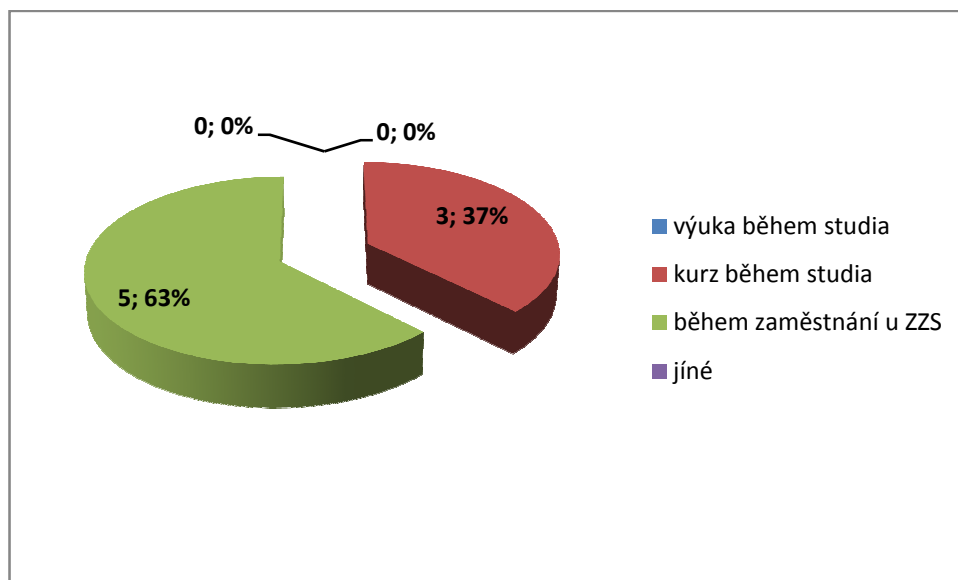
Celkem 59 (83 %) respondentů by uvítalo školení zaměřené na problematiku práce s osobou demonstrující sebevraždu, 12 (17 %) respondentů nikoliv.

**Graf č. 4:**  
**Znalost katalogového souboru typové činnosti při demonstrování úmyslu sebevraždy - STČ-02/IZS**



Z celkového počtu 71 respondentů uvedlo 8 (11 %) respondentů, že znají katalogový soubor typové činnosti při demonstrování úmyslu sebevraždy - STČ-02/IZS. 63 (89 %) respondentů tento soubor nezná.

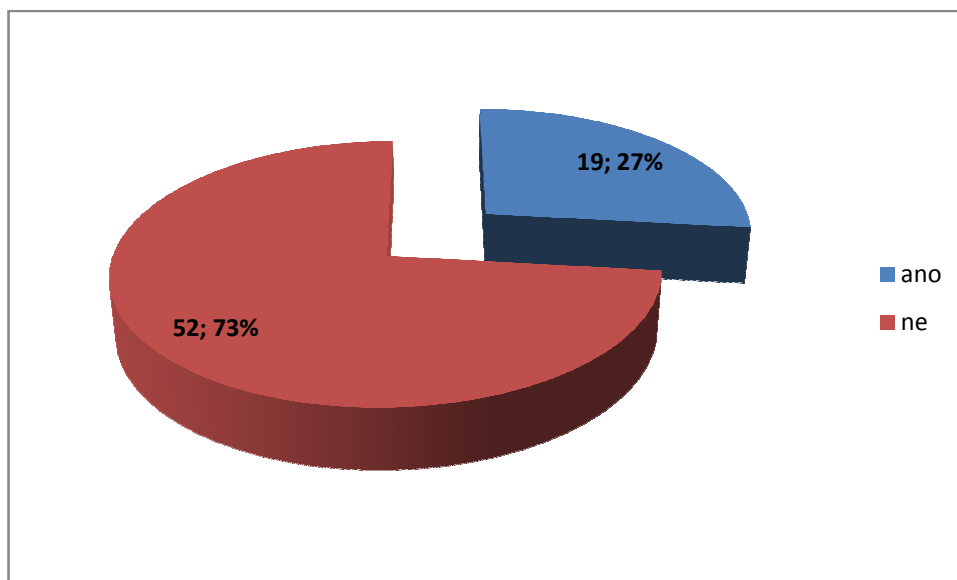
**Graf č. 5:**  
**Způsob seznámení s katalogovým souborem typové činnosti při  
demonstrování úmyslu sebevraždy - STČ-02/IZS**



Z celkem 8 (100 %) respondentů, kteří odpověděli na otázku číslo 4 kladně, uvedlo 5 (63 %) respondentů že se seznámili se souborem během zaměstnání u ZZS, 3 (37 %) během studia. Možnost výuka během studia a jiné neuvedl žádný respondent.



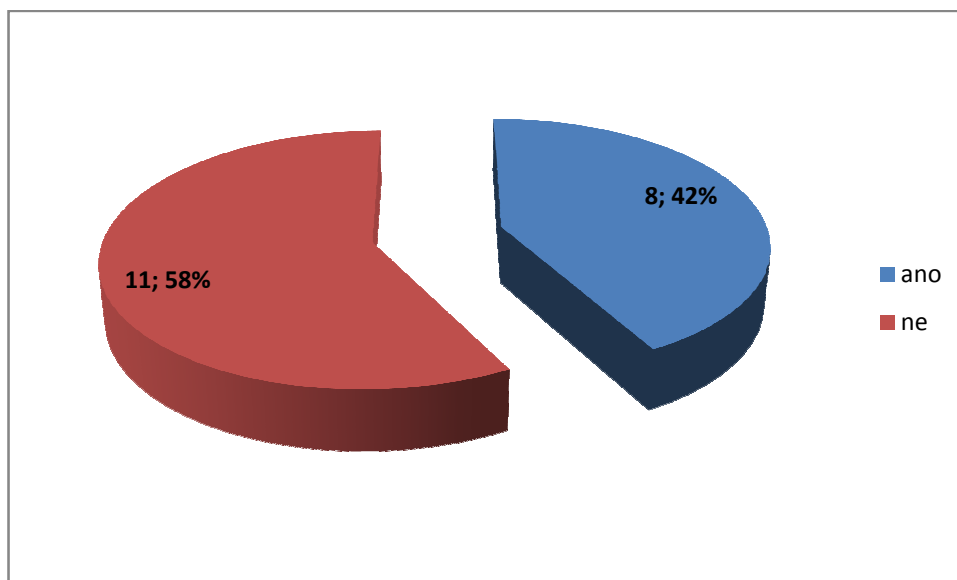
**Graf č. 6:**  
**Možnost nahlédnutí do plánů týkajících se intervence při suicidu na ZZS Jihočeského kraje**



Z celkového počtu 71(100 %) respondentů 19 (27 %) respondentů tvrdí, že je možnost nahlédnout v rámci ZZS Jihočeského kraje do plánů týkajících se intervence při suicidu, 52 (73 %) respondentů se domnívá, že tato možnost není.

**Graf č. 7:**

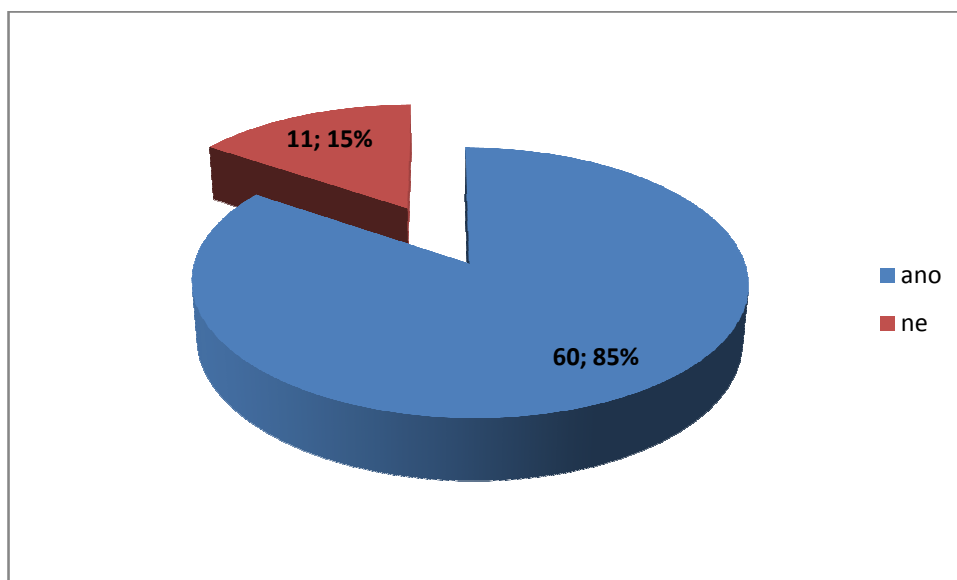
**Využití možnosti nahlédnutí do plánů s doporučenými postupy při jednání se suicidálními pacienty**



Z 19 (100 %) respondentů, kteří odpověděli na otázku číslo 6 kladně, využilo možnosti obeznámení se s plány 8 (42 %) respondentů, 11 (58 %) respondentů této možnosti nevyužili.

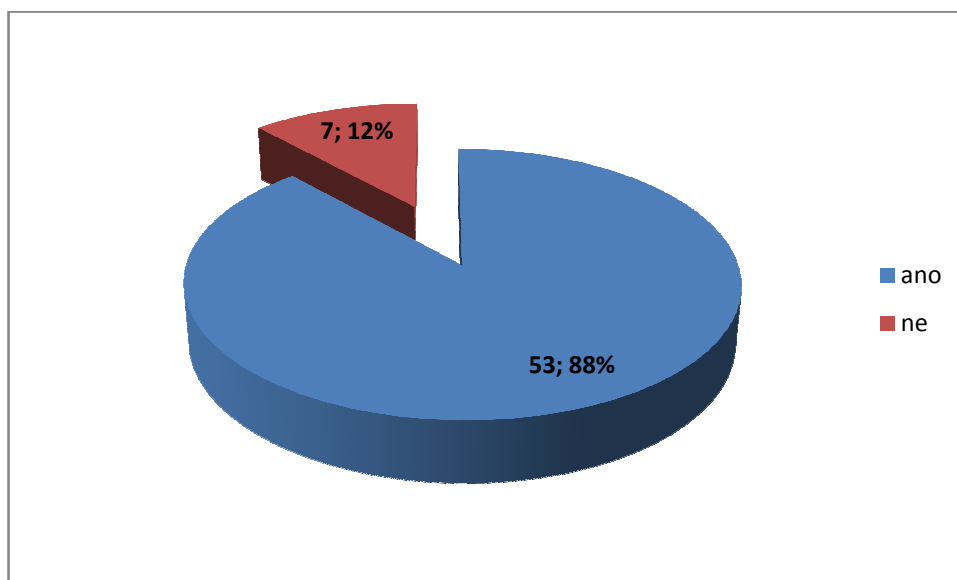
**Graf č. 8:**

**Přítomnost ve výjezdu k osobě demonstrující úmysl sebevraždy**



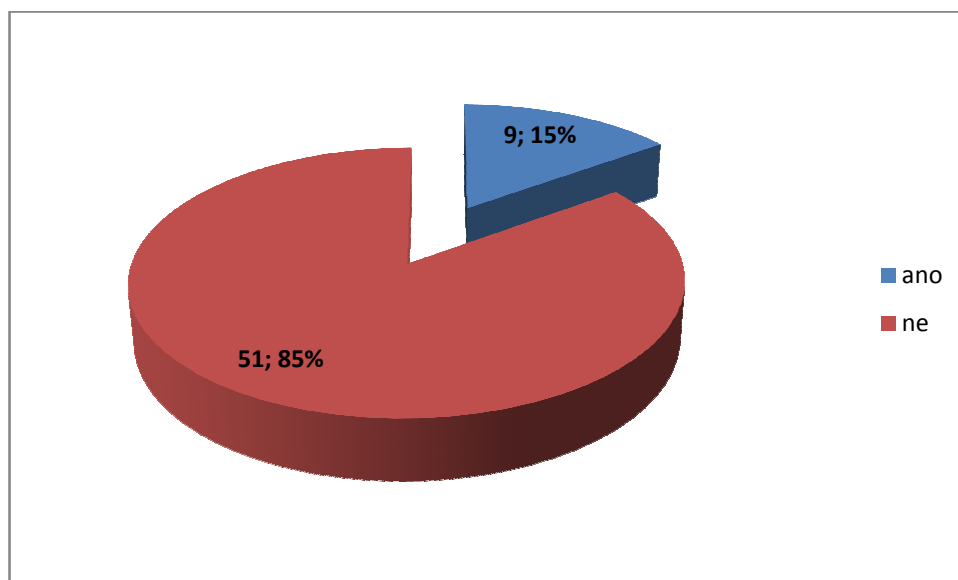
60 (85 %) respondentů z celkového počtu 71 (100 %) uvedlo, že byli přítomni jako členové výjezdové skupiny u výjezdu k osobě demonstrující úmysl sebevraždy, 11 (15 %) respondentů se takového výjezdu doposud nezúčastnilo.

**Graf č. 9:**  
**Přítomnost lékaře ZZS na místě zásahu**



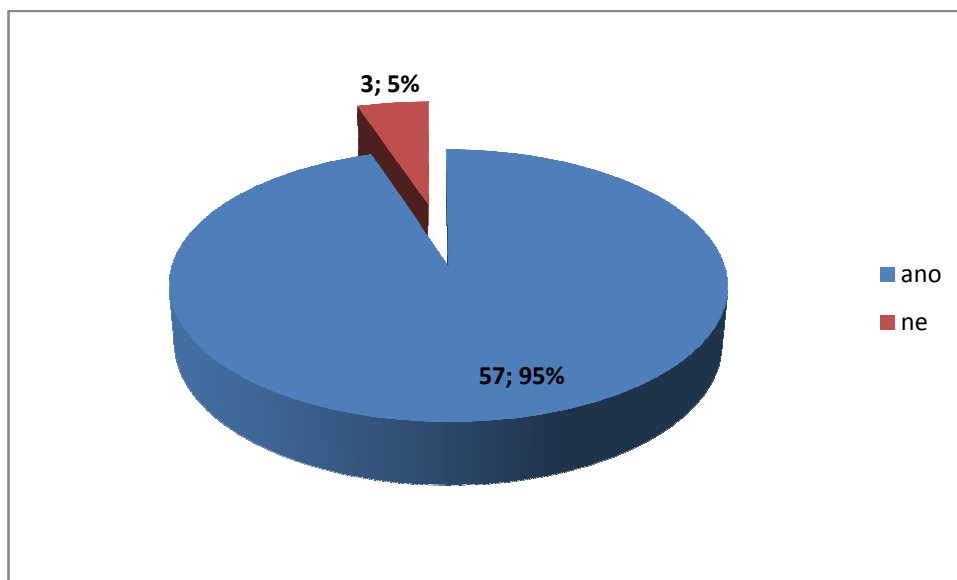
Z celkem 60 (100 %) respondentů přítomných na výjezdu k osobě demonstrující úmysl sebevraždy uvedlo 53(88 %) respondentů, že na stejném zásahu byl přítomen i lékař ZZS. 7 (12 %) respondentů uvedlo, že lékař ZZS na místě nebyl.

**Graf č. 10:**  
**Přítomnost policejního vyjednaváče na místě zásahu**



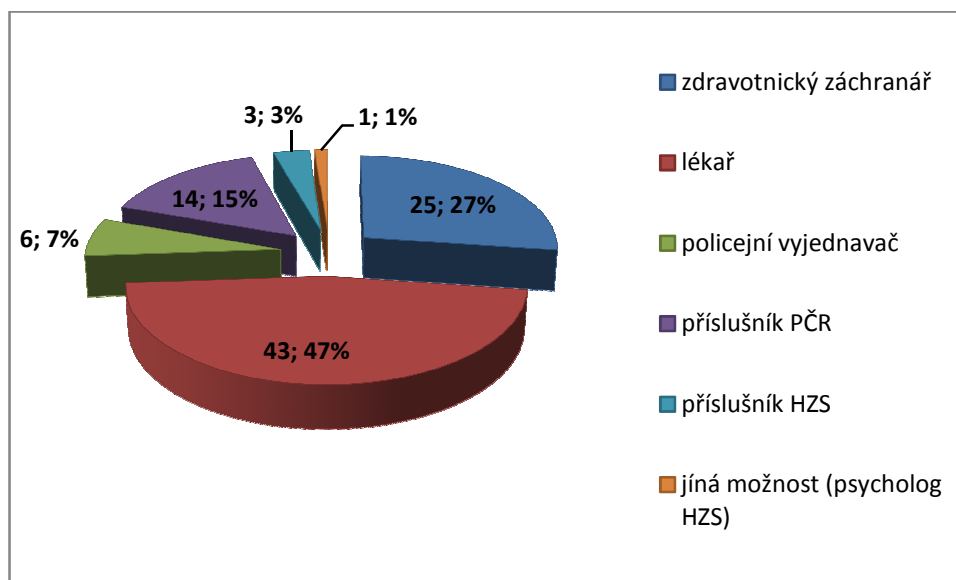
Z celkem 60 (100 %) respondentů přítomných na výjezdu k osobě demonstrující úmysl sebevraždy uvedlo 9 (15 %) respondentů, že na stejném zásahu byl přítomen vyjednaváč policie ČR. 51 (85 %) respondentů uvedlo, že vyjednaváč policie ČR na místě zásahu přítomen nebyl.

**Graf č. 11:**  
**Navázání kontaktu a vedení rozhovoru s osobou demonstrující úmysl sebevraždy**



Z celkového počtu 60 (100 %) respondentů, kteří byli přítomni na výjezdu k osobě demonstrující úmysl sebevraždy, uvedlo 57 (95 %) z nich, že na místě byl navázán kontakt s jedincem demonstrujícím úmysl sebevraždy a veden rozhovor za účelem odvrácení úmyslu sebevraždy spáchat, 3 (5 %) respondenti uvedli, že ke kontaktování a rozhovoru v průběhu zásahu nedošlo.

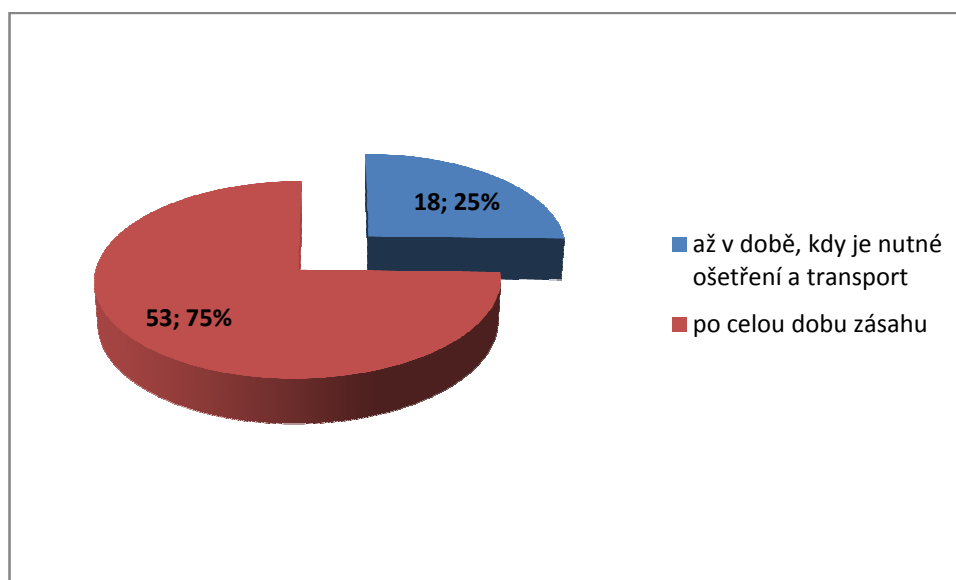
**Graf č. 12:**  
**Osoby podílející se na komunikaci**



Dle respondentů se na komunikaci podíleli zejména lékaři a to ve 43 (47 %) případech, dále sám respondent, tedy zdravotnický záchranář, a to v 25 (27 %) případech, příslušník policie ČR v 14 (15 %) případech, policejní vyjednaváč v 6 (7 %) případech, příslušník hasičského záchranného sboru ve 3 (3 %) případech a v jednom případě (1 %) byla uvedena možnost jiná – psycholog HZS.

**Graf č. 13:**

**Doba přítomnosti posádky ZZS na místě zásahu u osoby demonstrující úmysl sebevraždy**

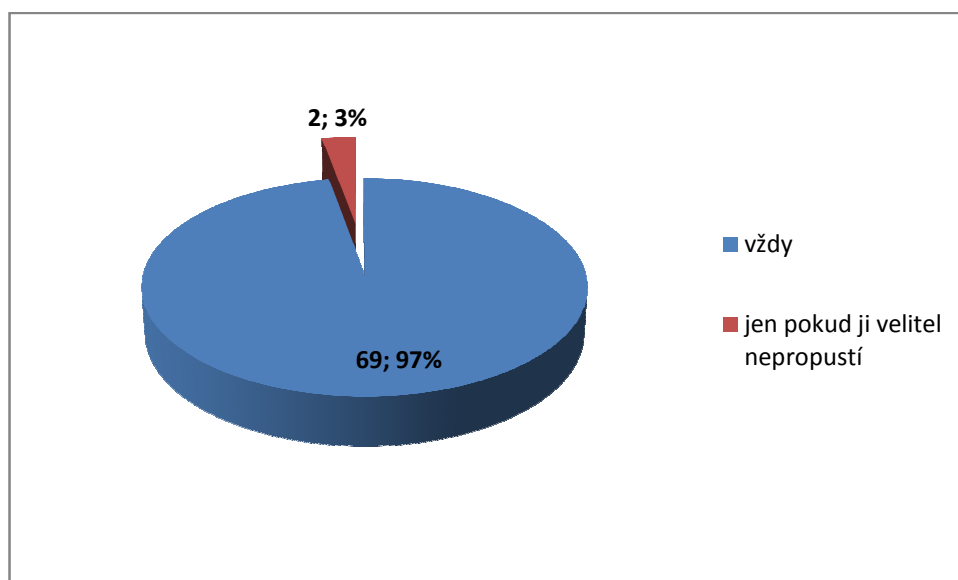


Z celkového počtu 71(100 %) respondentů se 53 (75 %) domnívá, že přítomnost posádky zdravotnické záchranné služby na místě zásahu při ohlášeném demonstrování úmyslu sebevraždy, je vyžadována po celou dobu zásahu. 18 (25 %) respondentů se domnívá, že za stejné situace je přítomnost posádky zdravotnické záchranné služby vyžadována až v době, kdy je nutné ošetření osoby páchající suicidum a její převoz do zdravotnického zařízení.



**Graf č. 14:**

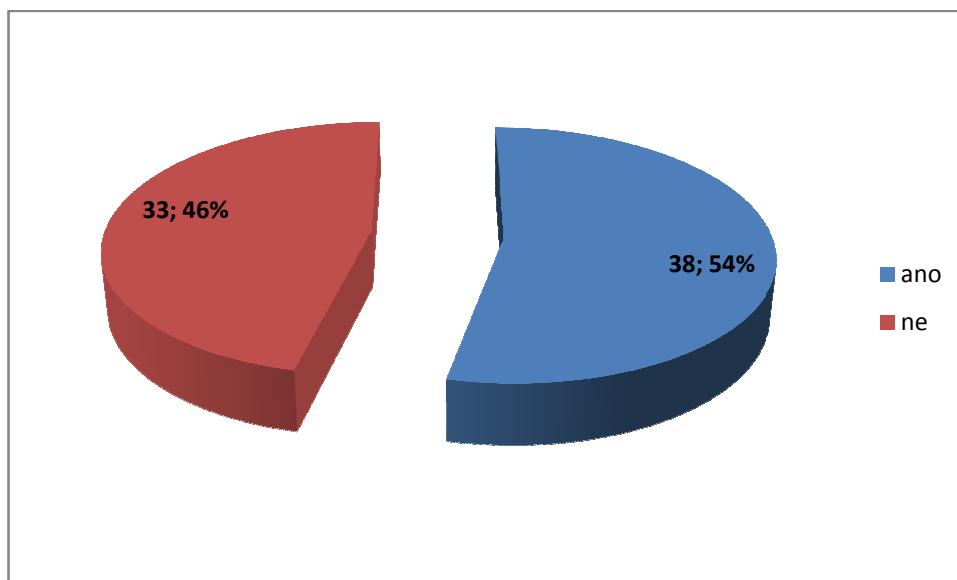
**Transport nezraněné osoby, která upustila od úmyslu spáchat sebevraždu do zdravotnického zařízení**



Z celkového počtu 71 (100 %) respondentů by 69 (97 %) transportovali nezraněnou osobu, která upustila od úmyslu spáchat suicidium do zdravotnického zařízení vždy. 2 (3 %) respondenti by takto učinili pouze v případě, že ji velitel zásahu nepopustí.

**Graf č. 15:**

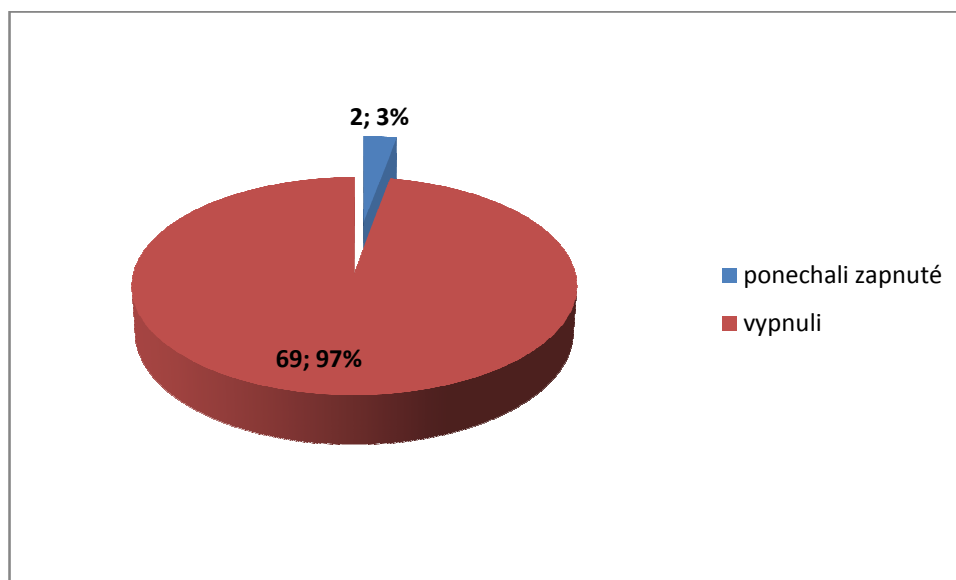
**Zklidnění a fyzické omezení nezraněné osoby, která upustila od úmyslu spáchat sebevraždu, během transportu do zdravotnického zařízení**



38 (54 %) respondentů (z celkového počtu 71 (100 %) respondentů) by transportovali nezraněnou osobu, která upustila od úmyslu spáchat suicidium do zdravotnického zařízení zklidněnou a fyzicky omezenou. 33 (46 %) respondentů by tak neučinilo.

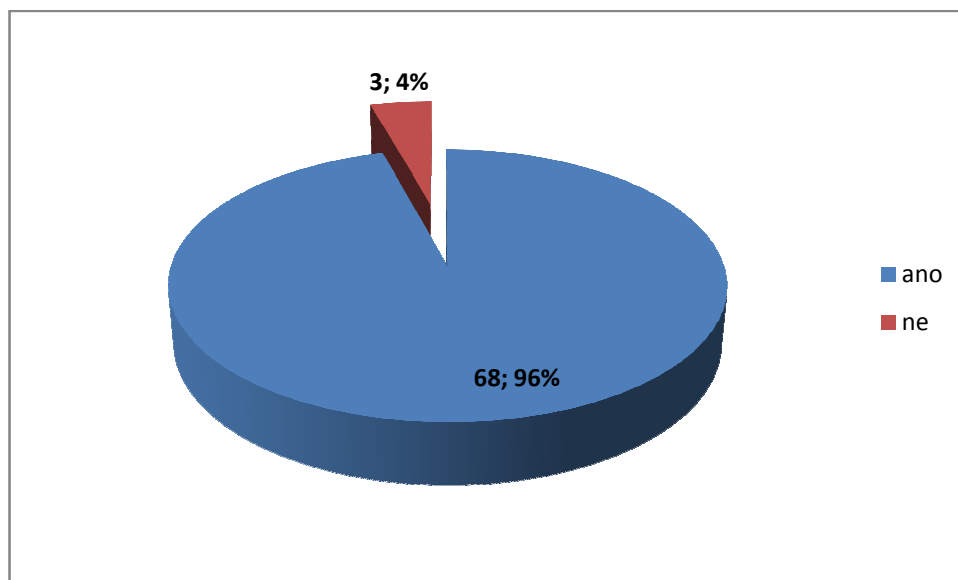
**Graf č. 16:**

**Použití výstražného zvukového zařízení vozidla při přiblížení k místu zásahu**



Z celkového počtu 71 (100 %) by 69 (97 %) respondentů při přiblížení k místu zásahu, kde se nachází jedinec s úmyslem suicida, výstražné zvukové znamení vypnulo, 2 (3 %) respondenti by jej ponechali zapnuté.

**Graf č. 17:**  
**Oprávněnost lékaře vést komunikaci s osobou demonstrující úmysl sebevraždy**



Z celkového počtu 71 (100 %) se 68 (96 %) respondentů domnívá, že lékař je oprávněn vést komunikaci s osobou demonstrující úmysl sebevraždy, za podmínek dodržení lékařovi bezpečnosti a ochoty ke komunikaci ze strany pacienta. 3 (4 %) respondentů se domnívají, že lékař ke komunikaci není oprávněn.

## 5 Diskuze

Výjezdy k osobě demonstrující úmysl sebevraždy jsou náročné zejména na psychiku interventů pro svoji častou emoční vypjatost, a pro vědomí odpovědnosti nad lidským životem, který může být při vhodně zvoleném postupu zásahu zachráněn, ale i snadno ztracen, pokud intervent v očích suicidanta selže. Ne vždy sebelépe provedená krizová intervence přiměje odhodlaného sebevraha upustit od spáchání suicidálního aktu, ale mnohdy se to podaří. Proto by měl být záchranář připraven co nejlépe na tuto situaci, ještě než ve skutečnosti nastane. Cílem mé práce je především objasnění, zda zúčastnění zdravotníků záchranáři v roli respondentů postupují v souladu s doporučenými standardy či nikoliv, a pokud nepostupují, tak v jaké míře se jejich metody, ke kterým se přiklání v praxi, od daných standardů odlišují. V současné době je doporučen postup katalogového souboru typové činnosti STČ-02/IZS, který se právě věnuje problematice zásahu u osoby demonstrující úmysl sebevraždy, a je platný pro všechny hlavní složky integrovaného záchranného systému a popisuje jejich postup a součinnost, a to i případe spáchání suicidálního pokusu nebo dokonání suicida [26]. Z dotazníkového šetření jednotlivých respondentů vyplývají následující zjištění.

Graf č. 1 poskytuje přehled o výsledcích vyplývajících z otázky č. 1. Tato otázka měla za úkol zjistit, jak velké části respondentů byly poskytnuty odborné informace týkající se problematiky práce s osobou demonstrující úmysl sebevraždy. 41 (58 %) respondentům informace poskytnuty byly, zatímco 30 (42 %) respondentům nikoliv. Tento výrazný rozdíl v rámci jedné zdravotnické organizace si vysvětlují tím, že jednotliví respondenti absolvovali různé specializované obory na nestejných vzdělávacích institutech, a ani jejich doba pracovního poměru u Zdravotnické záchranné služby Jihočeského kraje není stejná, tudíž se všem nemuselo dostat shodné průpravy. Někteří kladně odpovídající respondenti mohli dané informace získat na jiných pracovištích.

41 respondentů, kteří odpověděli kladně na první otázku, se měli v následující otázce vyjádřit, jakým způsobem jim byly dané informace poskytnuty, přičemž mohli zvolit více odpovědí. Výsledek znázorňuje graf č. 2. Informace byly poskytnuty ponejvíce během studia – tuto možnost označilo celkem 28 (48 %) respondentů, a to v 15 případech během výuky, a v 10 případech během kurzu (3 respondenti blíže nespecifikovali). Během zaměstnání u zdravotnické záchranné služby získalo tyto informace celkem 19 (32 %) respondentů, a to v 5 případech formou kurzu, a v 12 případech formou školení (2 respondenti nespecifikovali). Možnost „jiná“ byla uvedena 12 (20 %) respondenty. Vždy po jednom případě uvedli jako zdroj informací časopis Reflex, osobní zkušenost, konzultaci s psychologem hasičského záchranného sboru, odborné články a seminář anesteziologicko-resuscitačního oddělení. Domnívám se, že není příliš podstatné, kde zdravotničtí záchranáři získají odborné informace týkající se dané problematiky, avšak tyto informace by měly být ucelené a poskytovány odborníky na danou problematiku. Proto bych si na tomto místě dovolila doporučit uspořádání školení, na kterém by se zaměstnanci, u nichž je vysoká pravděpodobnost kontaktu s těmito pacienty, dozvěděli potřebné informace. Přínosným krokem by také mohla být možnost konzultace přímo s policejním vyjednávačem či psychologem HZS.

Výsledky vyplývající z odpovědí na otázku č. 3 („Uvítali byste školení zaměřená na řešení problematiky práce s osobou demonstrující úmysl sebevraždy?“), znázorňuje graf č. 3. Ke školení se ze všech 71 dotázaných přiklání 59 (83 %) respondentů, 12 (17 %) respondentů o něj nemá zájem. Na základě těchto výsledků se domnívám, že většina respondentů si není zcela jista tím, jak by se v dané situaci měli zachovat, a to i přes fakt vyplývající z grafu číslo 1, ve kterém 41 (58 %) respondentů uvedlo, že jim už alespoň jednou tyto informace poskytnuty byly.

Zjištěné hodnoty na otázku č. 4 zobrazuje graf č. 4. V uvedené otázce měli respondenti zodpovědět, zda znají katalogový soubor typové činnosti STČ-02/IZS - typová činnost složek IZS při společném zásahu – demonstrování úmyslu sebevraždy, což je typový plán společný pro všechny hlavní složky integrovaného záchranného systému [26]. Pouze 8 (11 %) respondentů ze všech uvedlo, že tento typový plán zná, 63 (89 %) jej nezná.

Graf č. 5 je výstupem získaných dat z otázky č. 5, která specifikuje způsob, jakým se respondenti, kteří odpověděli v předchozí otázce číslo 4 kladně, s tímto dokumentem seznámili. Z celkem 8 respondentů uvedlo možnost „během zaměstnání u ZZS“ 5 (63 %) dotázaných, a možnost „kurz během studia“ 3 (37 %) dotázaní. Možnosti „výuka během studia“ a „jiné“ neuvedl žádný respondent.

Na základě získaných výsledků z grafů číslo 4 a 5 lze usuzovat buď na skutečnost, že uvedený typový plán Zdravotnická záchranná služba Jihočeského kraje nepoužívá, a respondenti, kteří odpověděli kladně, se s ním seznámili na jiném pracovišti či institutu, nebo jej užívá, avšak většina respondentů se s ním neobeznámila.

Z hodnot zobrazených v grafu č. 6 vyplývá, že 19 (27 %) respondentů se domnívá, že nahlédnout do tohoto (katalogový soubor typové činnosti při demonstrování úmyslu sebevraždy - STČ-02/IZS) či jiného plánu týkajícího se intervence suicida, nahlédnout lze. 52 (73 %) respondentů se domnívá, že jim tyto dokumenty k dispozici nejsou.

Výsledky ukazují, že 8 (42 %) respondentů z 19 respondentů, kteří na předchozí otázku odpověděli kladně, se touto cestou s postupy obeznámili, 11 (58 %) respondentů této možnosti nevyužilo. Toto je zobrazeno v grafu č. 7.

Na podkladě získaných dat u otázek č. 6 a 7 se domnívám, že Zdravotnická záchranná služba Jihočeského kraje v současné době nemá ucelený plán pro postup týkající se dané problematiky na všech svých střediscích. Tuto domněnku jsem si potvrdila dotazem směřovaným na školitele Zdravotnické záchranné služby Jihočeského kraje, kterým bylo potvrzeno, že žádný oficiální postup v současnosti není zaměstnancům na pozici zdravotnický záchranář k dispozici. Tomu ovšem neodpovídá výsledek patrný z grafu č. 7, kdy se 8 respondentů touto cestou s postupy seznámilo. Myslím, že toto může být způsobeno skutečností, že na některém z oblastních středisek se vyskytuje takovýto dokument (například z dřívějších dob), nebo uvedení respondenti nechtěli odpovídat záporně, aby neměli případné problémy v zaměstnání, či se seznámili s postupem na jiném pracovišti.

Ze zjištěných dat uvedených respondenty na otázku č. 8 vyplývá, že 60 (85 %) z nich bylo přítomno jako členové výjezdové skupiny u výjezdu k osobě demonstrující úmysl sebevraždy. 11 (15 %) respondentů se takového výjezdu dosud nezúčastnilo. Výstupem dat je graf č. 8. Z těchto výsledků je patrné, že tento typ tísňové výzvy není neobvyklý, a osobně se výjezdu za takovýmto pacientem zúčastní během své kariéry patrně většina zaměstnanců na pozici zdravotnický záchranář. Zejména ti pracovníci, kteří se mohou dostat do přímého kontaktu se suicidantem, by si měli předem ujasnit své postoje a názory na otázku dobrovolné smrti, avšak neměli by zapomínat na profesionalitu spjatou se svým povoláním, aby dokázali zachovat klidný přístup ke klientovi během zásahu, a zejména se vyvarovali zděšení, odsuzování, bagatelizování a podobných negativních reakcí, kterými by spíše utvrdili suicidanta v jeho rozhodnutí zemřít. Stejně tak by se měli vyvarovat utváření zkratkovitých závěrů bez zvážení dalších informací souvisejících s případem. Proto by se označení „demonstrování úmyslu sebevraždy“ mělo brát jako situace, kdy je vždy ohrožen lidský život [17, 22]. Domnívám se, že tato vysoká hodnota kladných odpovědí je jedním z důvodů,



proč by měl být kladen důraz na důkladné obeznámení zdravotnických záchranářů se zásadami krizové intervence u jedinců vykazujícími sebevražedný úmysl.

Odpovědi na otázku č. 9 vypovídají o přítomnosti lékaře na zásazích, kterých se zúčastnili kladně odpovídající respondenti z předešlé otázky. Přehled je znázorněn v grafu č. 9. Z celkem 60 respondentů, přítomných na výjezdu k osobě demonstrující úmysl sebevraždy, uvedlo 53 (88 %) respondentů, že na stejném zásahu byl přítomen i lékař zdravotnické záchranné služby. 7 (12 %) respondentů uvedlo, že lékař ZZS na místě nebyl. Katalogový soubor typové činnosti STČ-02/IZS uvádí, že pro tento typ mimořádné události je očekávána posádka s lékařem [26]. Tento požadavek byl ve většině případů splněn. Domnívám se, že nepřítomnost lékaře na některých případech mohla být způsobena jeho nedostupností v dané lokalitě či čase, a než se na místo události mohl dostavit, jedinec demonstrující úmysl sebevraždy buď upustil od úmyslu suicidum spáchat, nebo sebevražedný akt vykonal a ošetření včetně následného transportu do cílového zdravotnického zařízení zvládla dvojčlenná posádka bez nutnosti povolávat lékaře. Dle standardů je přítomnost lékaře vyžadována zejména pro to, že se může stát velitelem zásahu, a to do příjezdu Policie ČR, dále je oprávněn vést komunikaci s osobou demonstrující úmysl sebevraždy a v případě dokonání suicida konstatovat úmrtí a případně nařídít pitvu [26].

Výsledky ukazují, že na zásazích u osob demonstrujících úmysl sebevraždy, kde byli přítomni i respondenti, byl přítomen policejní vyjednávač Policie ČR v 9 (15 %) případech, 51 (85 %) zásahů se uskutečnilo bez jeho přítomnosti. Výsledky graficky znázorňuje graf č. 10. Domnívám se, že tato bilance není zcela optimální. Na místě takovéto mimořádné události by bylo vhodné, aby suicidální intervenci prováděl k tomu vyškolený pracovník, kterým je právě policejní vyjednávač. Policejního vyjednávače či celý vyjednávací tým povolává na místo velitel zásahu. Pokud je vyjednávač přítomen, mají s ním být projednávány veškeré další postupy. Policejní vyjednávač se taktéž může stát

velitelem zásahu z důvodu své příslušnosti k Policii ČR [17, 26]. Usuzuji, že důvodů, proč byl policejní vyjednaváč přítomen pouze v 9 případech z 60, může být několik (ovšem jedná se pouze o domněnky). Buď byla situace úspěšně zvládnuta přítomnými interventy, nebo naopak suicidant spáchal sebevražedný čin tak rychle, že přítomný velitel zásahu nestihnul či již nepovažoval za nutné povolávat vyjednaváče. Dalším možným aspektem, podílejícím se na tomto poměru, by mohla být malá informovanost zasahujících o možnosti vyjednaváče povolání a o způsobu jeho povolání. Povolání vyjednaváče lze přes operační středisko Policie ČR po 24 hodin denně. V současné době je na území Jihočeského kraje asi 25 zaměstnanců z řad Policie ČR, kteří tuto funkci vykonávají dobrovolně a nad rámec svých povinností. Je snaha o to, aby operační středisko povolalo právě toho vyjednaváče, který je místu mimořádné události vzdálen nejméně

Výsledky na otázku č. 11 („byl s osobou demonstrující úmysl sebevraždy navázán kontakt a veden rozhovor za účelem odvrácení sebevraždy?“) zobrazuje graf č. 11. Z dosažených výsledků vyplývá, že z celkového počtu 60 (100 %) respondentů, kteří byli přítomni na výjezdu k osobě demonstrující úmysl sebevraždy, uvedlo 57 (95 %) z nich, že na místě byl navázán kontakt s jedincem demonstrujícím úmysl sebevraždy a veden rozhovor za účelem odvrácení úmyslu sebevraždy spáchat, 3 (5 %) respondenti uvedli, že ke kontaktování a rozhovoru v průběhu zásahu nedošlo. Výsledky poukazují na fakt, že téměř vždy je suicidant ochoten komunikovat se svým okolím, a je tak vysoká šance na jeho záchranu. Navíc se domnívám, že osoby, které chtějí mít jistotu, že nebudou zachráněny, si ke spáchání suicida vyberou oblast, kde hrozí minimální riziko včasného odhalení. Na místech snadno veřejně přístupných se tak častěji setkáme s osobami, které stále ve skrytu duše doufají v záchranu – projev podpory a zájem o jejich problémy a pomoc. Z tohoto důvodu by se vždy mělo alespoň pokusit o navázání kontaktu se suicidantem, samozřejmě za předpokladu, že to není spojeno s velkým nebezpečím pro zachránce.

Výsledky ukazují, že na komunikaci s osobou demonstrující úmysl sebevraždy se podíleli zejména lékaři, a to ve 43 (47 %) případech, dále sám respondent, tedy zdravotnický záchranář, a to v 25 (27 %) případech, příslušník policie ČR v 14 (15 %) případech, policejní vyjednaváč v 6 (7 %) případech, příslušník hasičského záchranného sboru ve 3 (3 %) případech a v jednom případě (1 %) byla uvedena možnost jiná – psycholog hasičského záchranného sboru. Získaná data zobrazuje graf č. 12. Pokud porovnáme výsledky s hodnotami z předešlých grafů, zjistíme, že celkově se do intervence nezapojil lékař v 10 případech (přítomen v 53 případech, intervenci poskytoval ve 43 případech). Toto zjištění je v rozporu se záměrem katalogového souboru STČ-02/IZS, kdy je na místě žádána přítomnost lékaře ZZS z důvodu oprávnění vést suicidálním intervenci. Nicméně ne vždy je lékař schopen navázat kontakt se suicidantem, a této role se může lépe ujmout jiný pracovník. Podle mě je důležitější ochota a sympatie suicidanta k jinému, třebaže oficiálně neschválenému interventovi, zvyšující naději na úspěch celé akce, než striktní dodržování pravidel. Další rozdíl je patrný u kategorie policejní vyjednaváč. Z otázky č. 10 vyplývá, že vyjednaváč byl přítomen v celkem 9 případech zásahu, avšak na komunikaci se suicidantem se podílel jen u 6 z nich. Usuzuji, že tento nepoměr by mohl být způsoben pozdějším příjezdem vyjednaváče na místo, kde již mohla být získána důvěra suicidanta vůči jinému interventovi, a policejní vyjednaváč se rozhodl toto pouto zbytečně nenarušovat. Policejní vyjednaváč v těchto případech slouží jako poradce, a intervenci přebírá tehdy, pokud se neubírá správným směrem a interventi ji přestávají zvládat či jednají nevhodně (užívají věty typu „stejně to neuděláš, tak slez dolů“ a podobně). Pokud není k dispozici policejní vyjednaváč, lze využít také služeb psychologa hasičského záchranného sboru, jak tomu bylo v jednom případě. Domnívám se, že o této možnosti jsou také zdravotničtí záchranáři málo informováni. Respondent, tedy zdravotnický záchranář komunikoval na místě zásahu v 25 případech. Tento fakt jen potvrzuje můj názor, že by každý pracovník na této pozici měl být obeznámen se zásadami poskytování

suicidálním intervence co nejkvalitněji, protože i na něm patrně bude jednou záležit, zda se suicidant přikloní k sebevraždě či nikoliv.

Výsledky na otázku č. 13, která měla za úkol zjistit názory respondentů na délku přítomnosti posádky zdravotnické záchranné služby na místě zásahu, za předpokladu, že na místě jsou i další hlavní složky integrovaného záchranného systému (Policie ČR a Hasičský záchranný sbor ČR), jsou zobrazeny v grafu č. 13. Ze získaných hodnot je patrné, že 53 (75 %) respondentů se domnívá, že přítomnost posádky zdravotnické záchranné služby je požadována po celou dobu zásahu. Tento názor se shoduje s požadavkem katalogového souboru typové činnosti při demonstrování úmyslu sebevraždy - STČ-02/IZS. Tento požadavek je dle mého názoru zcela oprávněn z několika poměrně zřejmých důvodů. Během zásahu je často přítomno riziko poranění záchránců či osob suicidantovi blízkých, pokud se snaží spáchat rozšířenou sebevraždu, ale i jiných, nezávisle se vyskytujících osob v okolí. Toto riziko je u některých způsobů sebevraždy zvýšeno (například sebevražda za pomoci trhaviny, hořlavé látky a podobně). 18 (25 %) respondentů se přiklonilo k variantě druhé, a to, že za stejné situace je přítomnost posádky zdravotnické záchranné služby vyžadována až v době, kdy je nutné ošetření osoby páchající suicidum a její převoz do zdravotnického zařízení. Úskalím této domněnky je podle mě zejména fakt, že jen stěží přítomní záchránci určí přesný moment, kdy dojde k provedení suicidálního pokusu. Následná prodleva mezi definitivním přivoláním posádky záchranné služby a poskytnutím přednemocniční neodkladné péče snižuje možnost záchrany člověka

Dosažené výsledky ukazují, že nezraněnou osobu, která upustila od úmyslu spáchat suicidum by do zdravotnického zařízení transportovalo 69 (97 %) respondentů vždy, 2 (3%) respondenti jen tehdy, pokud ji velitel zásahu nepopustí. Katalogový soubor STČ-02/IZS uvádí možnost velitele zásahu v takovémto případě jedince propustit. Tímto tedy potvrdili znalost standardu pouze 3 respondenti. Převaha odpovědí „vždy“ je však podle mě z praktického

hlediska pochopitelná. Pokud se u někoho projeví silná suicidální tendence, značí to nějakou poruchu buď v psychice, nebo v jeho vztazích, a pokud se jí nebude nadále věnovat pozornost, může snadno dojít k suicidálnímu pokusu kdykoliv. Proto je vhodný převoz do zdravotnického zařízení, kde takovému to jedinci může být poskytnuta odborná pomoc a lépe zhodnocena míra suicidálního rizika. Navíc je lépe riziko přecenit než podcenit [26], a k tomuto názoru se též přikláním. Domnívám se, že jedinou přijatelnou výjimkou, kdy osobu netransportovat, je její předání Policii ČR, v případě, že suicidální jednání bylo pouze zástěrkou při spáchání trestného činu a snaha vyhnout se tak odpovědnosti.

Z výsledků získaných otázkou č. 15 („Osobu, která upustila od úmyslu spáchat suicidium a nebyla zraněna, byste transportoval do zdravotnického zařízení zklidněnou a fyzicky omezenou“) je patrné, že 38 (54 %) respondentů (z celkového počtu 71 respondentů) by ji zklidnilo a fyzicky omezilo, 33 (46 %) respondentů nikoliv. V katalogovém souboru STČ-02/IZS se dočteme, že fyzické omezení osoby a transport zklidněné osoby patří do úkolů a činností sil a prostředků zdravotnické záchranné služby. Z toho vyplývá, že podle standardu by se měla tato osoba transportovat vždy fyzicky omezená a zklidněná. Nicméně se domnívám, že toto opatření by mělo být co nejvíce individuální případ od případu, založené na kvalitním posouzení aktuálního psychického stavu suicidanta, navíc nevhodně aplikovaná medikace může vést ke zhoršení psychomotoriky (na tuto problematiku upozorňuje například Pokorný [18]). Takto nejspíš uvažovali i respondenti při zodpovídání této otázky, a každému se patrně vybavila jiná vize pacienta na základě svých dosavadních zkušeností.

Graf č. 16 poskytuje přehled o získaných výsledcích ohledně problematiky použití zvláštních zvukových výstražných zařízení při přiblížení k místu zásahu, na kterém se nachází pacient s úmyslem suicida. Z celkového počtu 71 by 69 (97 %) respondentů vypnulo výstražné zvukové znamení, 2 (3 %) respondenti by jej ponechali zapnuté. Názor většiny respondentů se shoduje s doporučením

katalogového souboru STČ-02/IZS. Toto doporučení vychází ze skutečnosti, že zvukový efekt zařízení může mít na osobu stresující účinek, ve kterém spíše spáchá suicidium. Ovšem rozhodnutí o vypnutí či ponechání výstrahy je vždy ovlivněno vnějšími okolnostmi a mírou nebezpečí vyplývajícího z vypnutí.

Výsledky ukazují, že z celkového počtu 71 se 68 (96 %) respondentů domnívá, že je lékař oprávněn vést komunikaci s osobou demonstrující úmysl sebevraždy, za podmínek dodržení jeho bezpečnosti a ochoty ke komunikaci ze strany pacienta. 3 (4 %) respondenti se domnívají, že oprávněn není. Názor respondentů odpovídajících kladně se shoduje s katalogovým souborem STČ-02/IZS. Lékař je určen ke komunikaci s touto osobou zejména v případě, že na místě události není policejní vyjednávač, a pokud je to k úspěchu vhodnější, a to do doby, než od úmyslu spáchat sebevraždu upustí, či pokus uskuteční, nebo do příchodu školeného vyjednávače Policie ČR. Myslím si, že negativní odpovědi se vyskytly kvůli předpokladu, že lékař k tomuto není odborně proškolen, avšak je nutno si uvědomit, že jakýkoliv pokus o navázání kontaktu (i neodborný), je lepší, než žádný.

## 6 Závěr

Sebevraždy jsou nedílnou součástí lidského chování a provází lidstvo už od jeho počátku. Vždy se najde někdo, kdo se ji bude snažit vykonat, a právě tito jedinci se mohou stát klienty zdravotnických záchranných služeb. Proto by zdravotničtí záchranáři měli být co nejlépe seznámeni s problematikou suicidologie. Během tvorby této práce jsem se zaměřila především na určité aspekty – zjištění, kteří jedinci jsou sebevraždou ohroženi, co vede k jejímu spáchání, jaké prostředky jsou nejčastěji voleny a zejména jak těmito lidem, kteří chtějí aktuálně spáchat sebevražedný čin, pomoci.

Hlavním cílem mé práce bylo zjistit, jaké postupy používají zdravotničtí záchranáři při práci se sebevražednými pacienty v současné době, a porovnání jejich názorů na problematiku s doporučenými standardy.

Pro práci byly stanoveny dvě hypotézy. První hypotéza předpokládala, že zdravotničtí záchranáři znají standardy práce s osobami demonstrující úmysl sebevraždy. Standardem je v současné době katalogový soubor typové činnosti STČ-02/IZS - typová činnost složek IZS při společném zásahu – demonstrování úmyslu sebevraždy. Tato hypotéza potvrzena nebyla. Druhá hypotéza předpokládala, že zdravotničtí záchranáři postupují při práci s osobami demonstrujícími úmysl sebevraždy dle standardů. Tato hypotéza byla potvrzena částečně, neboť v některých aspektech postupují zdravotničtí záchranáři stejně, v jiných se postup odlišuje.

Výsledky výzkumného šetření odhalují fakt, že zdravotničtí záchranáři Jihočeského kraje nejsou (až na výjimky) obeznámeni se standardem pro danou problematiku, nicméně jejich postup není výrazně v rozporu s obecnými pravidly. Věřím, že na místě zásahu by odvedli kvalitní práci v mezích svých možností. I přes to se však domnívám, že by bylo vhodné se dané problematice více věnovat,

k čemuž se přiklání i sami respondenti. Stejně tak by měla být tato problematika zařazována již do přípravy na budoucí profesi.

Věřím, že tato práce může najít uplatnění mezi všemi, kdo se zajímají o danou problematiku především z hlediska přednemocniční neodkladné péče a vedení krizové intervence. Byla bych také ráda, kdyby se tato práce stala přínosem pro zdravotnické záchranné služby a možnou inspirací pro zkvalitnění poskytovaných služeb.



## **7 Klíčová slova**

Krizová intervence

Osoba demonstrující úmysl sebevraždy

Policejní vyjednávač

Ringelův presuicidální syndrom

Sebevražda

## 8 Seznam použitých zdrojů

- [1] BAŠTECKÁ, Bohumila a kol. *Klinická psychologie v praxi*. 1. vyd., Praha: Portál, 2003. 416 s. ISBN 80-7178-735-3.
- [2] BAŠTECKÁ, Bohumila a kol. *Terénní krizová práce*. 1. vyd., Praha: Grada, 2005. 300 s. ISBN 80-247-0708-X
- [3] BEER, M. Dominic, PEREIRA, Stephen M. a PATON, Carol. *Intenzivní péče v psychiatrii*. 1. vyd., Praha: Grada, 2005, 296 s. ISBN 80-247-0363-7.
- [4] BYDŽOVSKÝ, Jan. *Akutní stavy v kontextu*. 1. vyd., Praha: Triton, 2008. 456 s. ISBN 978-80-7254-815-6.
- [5] ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD, *Sebevraždy podle způsobu provedení*. [Online], 3.10.2006 [cit. 2009-07-10]  
<[http://www.czso.cz/csu/2006edicniplan.nsf/t/FB00479D3D/\\$File/401206k06.pdf](http://www.czso.cz/csu/2006edicniplan.nsf/t/FB00479D3D/$File/401206k06.pdf)>
- [6] ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD, *Sebevraždy podle věku*. [Online], 3.10.2006 [cit. 2009-07-10]  
<[http://www.czso.cz/csu/2006edicniplan.nsf/t/FB004782D5/\\$File/401206k05.pdf](http://www.czso.cz/csu/2006edicniplan.nsf/t/FB004782D5/$File/401206k05.pdf)>
- [7] ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD, *Sebevraždy podle pohlaví*. [Online], 3.10.2006 [cit. 2009-07-10]  
<[http://www.czso.cz/csu/2006edicniplan.nsf/t/FB00476EFF/\\$File/401206k04.pdf](http://www.czso.cz/csu/2006edicniplan.nsf/t/FB00476EFF/$File/401206k04.pdf)>
- [8] ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD, *Sebevraždy podle měsíců*. [Online], 3.10.2006 [cit. 2009-07-10]  
[http://www.czso.cz/csu/2006edicniplan.nsf/t/FB0047B5B9/\\$File/401206k07.pdf](http://www.czso.cz/csu/2006edicniplan.nsf/t/FB0047B5B9/$File/401206k07.pdf).

- [9] ČÍRTKOVÁ, Ludmila. *Policejní psychologie*. 2. rozšířené vyd. Praha: Portál, 2004. 272 s. ISBN 80-7178-931-3.
- [10] DROSTE, Conrad, PLANTA, Martin. *Memorix - vademecum lékaře*. 1. vyd. Praha: Scientia Medica, 1992. 336 s. ISBN 80-85526-04-2.
- [11] FRANZ, Jiří. Tentamen suicidii v PNP. *Urgentní medicína*, 2004, roč. 7. č.4. stránky 20-23. 2004/4. ISSN 1212-1924.
- [12] KOUTEK, Jiří, KOCOURKOVÁ, Jana. *Sebevražedné chování*. 1. vyd. Praha: Portál, 2003. 128 s. ISBN 80-7178-732-9.
- [13] Metodický list č. 10 - *jednání s osobou se sebevražednými úmysly //* Bojový řád jednotek požární ochrany - taktické postupy zásahu. Ministerstvo vnitra - generální ředitelství HZS ČR, 2006.
- [14] Mezinárodní klasifikace nemocí. *Duševní poruchy v primární péči*. Vodítka pro diagnostiku a léčbu. Praha: Psychiatrické centrum Praha, 2001. 104 s. ISBN 80-85121-09-3.
- [15] MONESTIER, Martin. *Dějiny sebevražd*. Praha: dybbuk, 1. vyd. 2003. 414 s. ISBN 80-903001-8-9.
- [16] PAVLOVSKÝ, Pavel a kol. *Soudní psychiatrie a psychologie*. 2. rozšířené a aktualizované vyd. Praha: Grada, 2004. 208 s. ISBN 80-247-0542-7.
- [17] PILAŘ, Aleš. Ministerstvo vnitra, 112 Odborný časopis pořánní ochrany, IZS a ochrany obyvatelstva. *Povolání: policejní vyjednaváč* [Online].[cit.2009-07-10]  
<[http://web.mvcr.cz/archiv2008/casopisy/112/2008/brezen/strana\\_10.html](http://web.mvcr.cz/archiv2008/casopisy/112/2008/brezen/strana_10.html)>
- [18] POKORNÝ, Jiří. *Lékařská první pomoc*. 1. vyd. Praha: Galén, 2003. 351 s. ISBN 80-7262-214-5.

- [19] PRAŠKO, Ján a kol. *Poruchy osobnosti*. 1. vyd. Praha: Portál, 2003 359 s. ISBN 80-7178-737-X.
- [20] RAPČÍKOVÁ, Tatiana. Etický rozmer práce zdravotníckeho záchranára. *Urgentní medicína*, 2007, roč. 10. č. 2. stránky 26-30. ISSN 1212-1924.
- [21] SIHELSKÁ, Dana. Zdravotnícky záchranár - profesionál, osobnosť *Urgentní medicína*, 2007, roč. 10. č. 2. stránky 30-32. ISSN 1212-1924.
- [22] ŠPATENKOVÁ, Naděžda a kol. *Krizová intervence pro praxi*. 1. vyd. Praha: Grada, 2004. 200 s. ISBN 80-247-0586-9.
- [23] ŠTĚTINA, Jiří a kol. *Medicína katastrof a hromadných neštěstí*. 1. vyd. Praha: Grada, 2000. 436. ISBN 80-7169-688-9.
- [24] TIMULÁK, Ladislav. *Základy vedení psychoterapeutického rozhovoru*. 1. vyd. Praha: Portál, 2006. 184 s. ISBN 80-7367-106-9.
- [25] TUČEK, Jan, CHODURA, Vladimír. 1. vyd. *Psychiatrie*. České Budějovice: Jihočeská Univerzita, Zdravotně sociální fakulta, 2005. 89 s. ISBN 80-7040-786-7.
- [26] Typová činnost složek IZS při společném zásahu demonstrování úmyslu sebevraždy, *Katalogový soubor typové činnosti STČ-02/IZS*. 2005.
- [27] VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3. rozšířené a přepracované vyd. Praha: Portál, 2004. 872 s. ISBN 80-7178-802-3.
- [28] VODÁČKOVÁ, Daniela. *Krizová intervence*. 1. vyd. Praha: Portál, 2002. 544 s. ISBN 80-7178-696-9.
- [29] VOKURKA, Martin, HUGO, Jan a kol. *Velký lékařský slovník*. 2. vyd. Praha: Maxdorf, 2002. ISBN 80-85912-77-5.

[30] Vyhláška č. 434/1992 Sb., o zdravotnické záchranné službě.

## **9 Přílohy**

Příloha 1 – Dotazník

Příloha 2 – Typová činnost složek IZS při společném zásahu demonstrování úmyslu sebevraždy, Katalogový soubor typové činnosti STČ-02/IZS

Příloha 3 - Metodický list č. 10 - jednání s osobou se sebevražednými úmysly (bojový řád jednotek požární ochrany - taktické postupy zásahu)

Dobrý den,

jmenuji se Lenka Bendová a jsem studentkou 3. Ročníku oboru Zdravotnický záchranář na Jihočeské Univerzitě v Českých Budějovicích. V bakalářské práci se věnuji tématu: Práce zdravotnického záchranáře se sebevražednými pacienty. V souvislosti s tímto tématem jsem vypracovala dotazník, který je nedílnou součástí této práce. Ráda bych Vás požádala o vyplnění tohoto dotazníku, který velkou měrou přispěje k výsledkům mé práce. Dotazník je zcela anonymní. **Dotazník je určen zaměstnancům ZZS na pozici Zdravotnický záchranář.** Děkuji Vám za spolupráci a v případě jakýchkoliv dotazů se prosím obraťte na tento e-mail: bendyl@seznam.cz

1. Byly Vám někdy poskytnuty odborné informace týkající se problematiky práce s osobou demonstrující úmysl sebevraždy (suicidální jednání)?  
 Ano       Ne
  
2. Pokud jste odpověděli ano, zaškrtněte prosím, jakým způsobem Vám byly informace poskytnuty (lze zaškrtnout více možností):  
 během studia -  výuka       kurz  
  
 během zaměstnání u ZZS –  výuka       kurz       školení  
  
 jiné:.....
  
3. Uvítali byste školení zaměřená na řešení problematiky práce s osobou demonstrující úmysl sebevraždy?  
 Ano       Ne
  
4. Znáte Katalogový soubor typové činnosti STČ-02/IZS - typová činnost složek IZS při společném zásahu – demonstrování úmyslu sebevraždy?  
 Ano       Ne
  
5. Pokud jste odpověděli ano, zaškrtněte prosím, kde jste s ním byli obeznámeni (lze zaškrtnout více možností) :

- výuka během studia
- kurz během studia
- během zaměstnání u ZZS

6. Máte možnost nahlédnout do tohoto souboru, či do jiného plánu týkající se intervence suicida na ZZS Jihočeského kraje?

- Ano  Ne

Pokud jste odpověděli ne – nevyplňujte následující otázku č. 7

7. Obezámil jste se touto cestou s doporučovými postupy pro jednání s osobou demonstrující úmysl sebevraždy?

- Ano  Ne

8. Byl jste někdy přítomen jako člen výjezdové skupiny u výjezdu k osobě demonstrující úmysl sebevraždy?

- Ano  Ne

Pokud jste odpověděli ne - nevyplňujte následující otázky č. 9 – 12

9. Byl na místě zásahu přítomen lékař ZZS?

- Ano  Ne

10. Byl na místě přítomen policejní vyjednaváč?

- Ano  Ne

11. Byl s osobou demonstrující úmysl sebevraždy navázán kontakt a veden rozhovor za účelem odvrácení sebevraždy?

- Ano  Ne

12. (Vyplňte, pokud jste v otázce č. 11 odpověděli ano)

Kdo komunikoval s osobou demonstrující úmysl sebevraždy (za účelem odvrácení sebevraždy)?

vy sám  lékař  policejní vyjednaváč  příslušník PČR

příslušník HZS  jiná možnost .....



13. Domníváte se, že přítomnost ZZS na místě zásahu (při ohlášeném demonstrování úmyslu sebevraždy za předpokladu že na místě jsou zbývající hlavní složky IZS - policie ČR, HZS) je vyžadována:
- až v době, kdy je nutné ošetření osoby páčající suicidum a její převoz do zdravotnického zařízení
  - po celou dobu zásahu
14. Osobu, která upustila od úmyslu spáchat suicidum a nebyla zraněna, byste transportoval do zdravotnického zařízení
- vždy
  - jen pokud ji velitel zásahu nepropustí
15. Osobu, která upustila od úmyslu spáchat suicidum a nebyla zraněna, byste transportoval do zdravotnického zařízení zklidněnou a fyzicky omezenou
- Ano                       Ne
16. Při přiblížení se k místu zásahu, kde se nachází pacient s úmyslem suicida, byste výstražné zvukové zařízení vozidla:
- ponechali zapnuté (houkající)
  - vypnuli jej (nehoukající)
17. Domníváte se, že je lékař oprávněn vést komunikaci s osobou demonstrující úmysl sebevraždy, za podmínek dodržení jeho bezpečnosti a ochoty ke komunikaci ze strany pacienta?
- Ano
  - Ne, není k tomu nikdy oprávněn