

Vyšší odborná škola, střední odborná škola a základní škola MILLS

s. r. o.

Čelákovice

Suicidální jednání a jeho postavení v urgentní medicíně

Diplomovaný zdravotnický záchranář

Vedoucí práce: Mgr. Jitka Havlíčková

Vypracovala: Kateřina Tomečková

Čelákovice

2011

Prohlašuji, že jsem absolventskou práci vypracoval samostatně a všechny použité písemné i jiné zdroje jsem řádně citoval. Jsem si vědom, že doslovné kopírování cizích textů v rozsahu větším, než je krátká doslovná citace, je hrubým porušením autorských práv ve smyslu zákona 121 / 2000 Sb., je v přímém rozporu s interním předpisem školy a je důvodem pro nepřipuštění absolventské práce k obhajobě.

Ve Valašském Meziříčí 23. 8. 2012

Kateřina Tomečková

Poděkování:

Chtěla bych poděkovat vedoucí své práce Mgr. Jitce Havlíčkové za dobrou spolupráci a ochotu. Dále děkuji své staniční sestře v zaměstnání za toleranci ve směnách v době mého studia, pracovníkům ČSÚ za poskytnuté statistické informace, pracovníkům ZZS Valašské Meziříčí, Vsetín, Zlín, Olomouc, Nový Jičín, Ostrava, Opava, České Budějovice, Přerov, Most, Ústí nad Labem, Plzeň, Hradec Králové, a Pardubice za spolupráci při výzkumném šetření a samozřejmě i své rodině za podporu a trpělivost se mnou.

Obsah

	Úvod	6
1	Cíle absolventské práce	
	1.1. Hlavní cíle	8
	1.2. Dílčí cíle	8
2	Suicidální jednání	
	2.1. Definice a charakteristika sebevraždy	9
	2.2. Historie suicidálního jednání	10
	2.3. Formy suicidního jednání	13
	2.3.1. Suicidální myšlenky	14
	2.3.2. Suicidální pokus	15
	2.3.3. Suicidium	16
	2.4. Motivy suicidálního jednání	18
	2.5. Rizikové faktory suicidálního jednání	20
3	Statistiky sebevraždy v ČR	23
4	Právní aspekty suicidálního jednání	26
5	Suicidální jednání a urgentní medicína	
	5.1. Postavení suicidálního jednání v urgentní medicíně	29
	5.2. Způsoby vykonání suicidia a základní postupy ZZS u jednotlivých činů	31
	5.2.1. Oběšení	34
	5.2.2. Intoxikace	36
	5.2.3. Řezné rány	37
	5.2.4. Střelné rány	40
	5.2.5. Utonutí	41
	5.2.6. Upálení	43
	5.2.7. Skok z výšky a lenutí si pod pohybující se předmět	45
	5.3. Postoj k sebevrahům a komunikace se sebevražedným jedincem	48
6	Vlastní výzkumné šetření	
	6.1. Dotazník: „ Suicidální jednání“	51
	6.2. Hypotézy výsledků dotazníkového šetření	54
	6.3. Dotazníkové šetření na jednotkách ZZS	54

6.4. Vyhodnocení dotazníkového šetření	
6.4.1. Vyhodnocení otázky č. 1	57
6.4.2. Vyhodnocení otázky č. 2	58
6.4.3. Vyhodnocení otázky č. 3	59
6.4.4. Vyhodnocení otázky č. 4	60
6.4.5. Vyhodnocení otázky č. 5	61
6.4.6. Vyhodnocení otázky č. 6	62
6.4.7. Vyhodnocení otázky č. 7	63
6.4.8. Vyhodnocení otázky č. 8	64
6.4.9. Vyhodnocení otázky č. 9	66
6.4.10. Vyhodnocení otázky č. 10	67
6.4.11. Vyhodnocení otázky č. 11	68
6.4.12. Vyhodnocení otázky č. 12	69
6.4.13. Vyhodnocení otázky č. 13	70
6.4.14. Vyhodnocení otázky č. 14	71
6.4.15. Vyhodnocení otázky č. 15	72
6.4.16. Vyhodnocení otázky č. 16	73
6.4.17. Vyhodnocení otázky č. 17	74
6.4.18. Vyhodnocení otázky č. 18	75
6.4.19. Vyhodnocení otázky č. 19	76
Diskuse	77
Závěr	81
Zusammenfassung	83
Bibliografie	86
Přílohy č. 1 až 10	91

Úvod

Ke zpracování své absolventské práce jsem si zvolila téma : „Suicidální jednání a jeho postavení v urgentní medicíně“, tedy laicky řečeno sebevražedné jednání a jeho postavení v urgentní medicíně. Výše zmíněné téma jsem si vybrala z mnoha důvodů, v první řadě jistě stojí výskyt sebevražedného jednání v mé rodině a v okruhu mých přátel. Již v dětství jsem čelila situaci, kdy se rozhodla ukončit svůj život má teta, a to způsobem, který má v statistikách sebevražednosti první místo - oběšení neboli strangulace. Zde se jednalo o případ úspěšně dokonané sebevraždy. Dále jsem se během svého života setkávala s úspěšně i neúspěšně dokonanými sebevraždami v mém okolí. V této době jsem se začala velmi zajímat o sebevražednou problematiku a během svého studia na Střední zdravotnické škole v Teplicích jsem se dala na dobrovolnou praxi na psychiatrickém oddělení v Masarykově nemocnici v Ústí nad Labem. Člověk by řekl, když začne studovat obor Zdravotnický záchranář, že tato tematika téměř umlkne, ale jen během čtyřicetihodinové praxe na zdravotnické záchranné službě v prvním ročníku jsem se setkala se dvěma případy, kdy byl příčinou výjezdu pokus o sebevraždu, v jednom případě se dokonce jednalo teprve o jedenáctileté děvče. Ve druhém ročníku nás na přednáškách vnitřního lékařství upozorňoval MUDr. et RNDr. Petr Wagner na skutečnost, že sebevražedné jednání má ve statistikách na kontě mnohem více úmrtí než dopravní autonehody. V této době jsem se začala zajímat o doslova šokující statistiky a četnost výjezdů k sebevražedným pokusům na jednotkách zdravotnických záchranných služeb a zjistila jsem, že tato problematika není pro zdravotnické záchranáře až tak cizí, ačkoliv dle mého názoru nemají o této problematice ve většině případů takový rozsah znalostí, jaké by z mého pohledu měli mít.

Ve své absolventské práci bych chtěla uvést základní informace o suicidním jednání, jeho charakteristiku, dělení a statistické údaje sebevražednosti v České republice. Větší pozornost bych ráda věnovala technikám komunikace s osobou, která se právě snaží spáchat sebevraždu a technikám přednemocniční zdravotnické první pomoci v základních a nejčastějších způsobech sebevražedného jednání, tedy v případě neúspěšně dokonané sebevraždy. Je to klíčová chvíle pro celou posádku zdravotnické záchranné služby, jelikož v případě úspěšně dokonané sebevraždy již nastupuje na

scénu hlavně lékař, který musí konstatovat smrt. Výše zmíněné informace budu čerpat z literatury zařazené do sektoru psychologie, psychiatrie, sociální patologie a urgentní medicíny. Dále bych chtěla čerpat z informací, jež jsem získala v časopisu Psychologie dnes a v menší míře z internetových stránek zaměřujících se na suicidní jednání. Také bych samozřejmě nechtěla opomenout fakta, jaká jsem získala během svého studia na přednáškách, seminářích a na jiných školících akcích. V poslední řadě bude mít pro mou práci veliký přínos i ochotná spolupráce Českého statistického úřadu.

Mým cílem je zdůraznění důležitosti, četnosti výskytu a zejména postavení tématu suicidálního jednání v práci zdravotnického záchranáře a doufám, že má práce bude přínosem pro práci zdravotnické záchranné služby a dodá alespoň základní informace o komunikaci s osobou, která se snaží vzít si právě život. Podle mého názoru je příprava na takto velmi problematickou komunikaci předmětem práce především psychologů, psychiatrů, dokonce i hasičského záchranného sboru, a přitom v mnoha případech zasahuje jako první posádka zdravotnické záchranné služby. Tento často těžký úkol připadá právě jim, ačkoliv na tyto situace nejsou dostatečně školeni.

1 Cíle absolventské práce

1.1 Hlavní cíl

Zhodnotit orientaci pracovníků na zdravotnických záchranných službách v dané problematice.

1.2 Dílčí cíle

Poukázat na důležitost tématu sebevražedného jednání v urgentní medicíně.

Poskytnout informace o způsobu komunikace s osobou, jež se v aktuální chvíli chystá spáchat sebevraždu.

Ověřit si pravdivost své hypotézy o informovanosti pracovníků na zdravotnických záchranných službách a frekvenci výjezdů zdravotnických záchranných služeb k sebevražednému jednání.

2 Suicidální jednání

2.1 Definice a charakteristika sebevraždy

Sebevražedné jednání není jev jen dnešní doby, proto již v dávných dobách byly vytvořeny definice pojmu sebevražda. Nemusíme tedy nalézat definice jen dnešních psychologů, psychiatrů, vědců a různých organizací, ale v jistých literaturách nalezneme názor i osobností z jiného období. Například polský spisovatel a politik 20. století Stefan Kisielewski definoval sebevraždu takto: „Sebevražda je významný experiment s neznámým výsledkem.“ [CHROMÝ, 1997, s. 455]. Slovenský spisovatel Jan Johanič vytvořil definici: „ Sebevražda je protestem pýchy proti pýše.“ [CHROMÝ, 1997, s. 455]. Ruský dramatik 19. století Anton Pavlovič Čechov napsal: „Sebevražda je nežádoucí jev.“ [CHROMÝ, 1997, s. 455]. V roce 1968 přijala Světová zdravotnická organizace tuto definici: „Sebevražedný čin je útok proti vlastní osobě s různým stupněm úmyslu zemřít. Sebevražda je pak sebezničující čin s fatálním výsledkem.“ [<http://www.sebevrazda.psychoweb.cz/>, 1]

Je tedy zřejmé, že sebevražda se dá definovat mnoha způsoby. Nezáleží jen na době, národnosti, ale i na pohledu jednotlivé osoby na tento čin. Někdo se na sebevražedné jednání dívá jako na potřebu zviditelnění, kdy sebevrah chce být středem pozornosti. Jiný sebevraždu považuje za výsledek volání o pomoc a zoufalství. Někdy by se suicidium dalo vnímat i jako čin tzv. „na truc“, a nečastější dnešní pohled je, že sebevražedné jednání je psychiatrická porucha, která vyžaduje lékařskou pomoc. Najdou se ale i takoví, kteří tento čin vnímají jako protest, kdy je sebevražda spáchána s cílem něčeho dosáhnout. Tento případ zajímavě charakterizuje anglický spisovatel Gilbert Keith Chesterton, který tvrdí: „ Sebevrah je zřejmým opakem mučedníka. Mučedník je člověk, kterému záleží na něčem mimo něj tolik, že nedbá o svůj život. Sebevrah je člověk, kterému záleží na čemkoli mimo něj tak málo, že už s tím nechce nic mít. Jeden chce, aby něco začalo, druhý, aby všechno skončilo.“ [CHROMÝ, 1997, s. 455]

Jak můžeme tedy vidět, na suicidální jednání existuje mnoho pohledů, názorů a definic. Jisté znaky má však toto jednání vždy, bez ohledu na to, jak tento

problém vnímáme. Sebevražda je čin vždy vědomý, záměrný, v danou chvíli dobrovolný a s jediným cílem, a to zemřít.

2.2 Historie suicidálního jednání

Sebevražedný čin je součástí společnosti jistě již od dávných dob, ale až v 19. století byly první pokusy o vytvoření jistých vědeckých teorií sebevraždy. V prvních teoriích vědci nepřipouštěli sebevražedný čin v normálním psychickém stavu, tedy dnešní bílé sebevraždy. Doktor Dominiqua Esquirola a Moreaua Tours vytvořili jako první teorie sebevraždy na počátku 19. století, kdy tvrdili, že sebevrahové jsou jen výlučně duševně nemocné osoby. Pozdější teorie od Maurice Haldwacha připouštěla vliv sociálního klimatu na touhu zemřít. Až na konci 19. století zakladatel moderní sociologie Emil Durkheim připouští možnost, že sebevražedný čin může spáchat i osoba bez duševního onemocnění z důvodu svých osobních problémů. V této době se sebevražda stává čistě sociologickým jevem. Dnes se díky rozvoji psychoanalýzy sebevražedný čin považuje za psychosociální jev.

Stejně jako dnes, i v minulosti sebevražednost závisela na souboru různých faktorů jako je například kultura, urbanizace a také dostupnost prostředků, nutných k sebevražednému činu. To dokazují některé příklady z minulosti. Roku 1982 ve Stockholmu sáhlo 44% sebevrahů po střelné zbraně, zatímco ve Vídni jen 4%, jelikož v Rakousku je držení střelné zbraně velmi složité. Ve Vídni do 70 let 38% sebevražd byla spáchána pomocí plynu v domácnosti, v Kalifornii této metody nikdo nevyužíval, jelikož v domácnostech mají plyn sice výbušný, ale otrava jím není možná. V Anglii v 60. letech tvořily otravy plynem více než 50 % sebevražd. Dnes zde vymizely, jelikož Anglie používá již většinou přísun elektrické energie. Zde jsem zatím popsala, jak může dostupnost prostředků ovlivnit způsob vykonání sebevraždy, ale dostupnost těchto prostředků může ovlivnit i vzestup a snížení sebevražednosti na jiném místě. Příkladem je souostroví Samosa, kde v 80. letech byl velmi jednoduchá dostupnost silného jedu, v té době se na souostroví maximálně zvýšila sebevražednost, po jeho snížení dostupnosti sebevražednost opět klesla.

V každém období je jistý způsob sebevraždy více či méně častý, neboli více v módě, ale oběšení si dle způsobu spáchaných sebevražd drží jak v minulosti, tak i dnes první příčku. Snad jedinou výjimkou je USA, kde díky snadné dostupnosti střelných zbraní primát drží ukončení života zastřelení se. Dalším způsobem suicidálního jednání rozšířeného již od starověku až do dnešní doby je skok z výšky.

Pro dřívější dobu jsou však typické různé způsoby suicidálního jednání, některé dnes téměř vymizely. Např. smrt pomocí řezných ran, kdy suicidant používal často břitvy, v dnešní době, kdy jsou břitvy téměř nepoužívané ke kosmetické úpravě vousů, klesá sebevraždnost tímto způsobem téměř na nulový počet. Velmi oblíbenou metodou v minulosti bylo vyžití k sebevraždnému činu pozření jedu. Na rozdíl od dnešní doby, kdy se preferují farmaceutické prostředky, dříve se využívaly jedy z rostlin. Tento způsob sebevraždy se vyskytoval již v antice, např. oblíbený bolehlav, dnes se již nevyužívá, ačkoliv rostlina Bolehlav plamavý roste dnes na mnoha místech v Evropě. Ve starověku bylo také časté využití blínu černého, jenž je bylina obsahující neurologický jed. Sebevrahové později využívali extrakty z jedovatých hub, počátkem 20. století čistého arzeniku určeného k hubení krys, od 50. let 20. století se od jedů z rostlin a chemických látek upouštělo a sebevrahové začínali využívat nabídky farmaceutických přípravků. V minulosti existují i různé pozoruhodné případy sebevražd jako např. polykání předmětů. Je znám případ sebevraha, který spolylkal 15 zlatých medailí, kolečko od nočního stolku, 1500 připínáčku, 33 nožů a sadu domina. Pozoruhodné je, že tento pokus byl tenkrát pokusem neúspěšným. Do června 1963 bylo upálení oblíbeným způsobem sebevraždy především v Asii, jinde byl tento způsob vzácností. Tento měsíc a rok je zajímavý sérií protestních sebevražd buddhistických mnichů ve Vietnamu. Zahájil je Tching – Quang. Tyto činy zvýšily sebevraždnost upálením v Evropě, a to z čísel 5 sebevražd za 10 let před rokem 1963 na 117 sebevražd během deseti let po roce 1963. Sebevražda způsobem jako je skok pod dopravní prostředek se rozvíjela především až v druhé polovině 20. století díky rozvoji technologickému. V Melenu ve Francii na nádraží existuje ještě dnes pověstná tzv. „vyhýbka smrti“, kde jen v roce 1967 bylo spácháno deset dokonaných sebevražd. Velmi častými se v minulosti stávaly sebevraždy na kolejích pařížského metra, kde v roce 1963 hasiči vyjížděli minimálně třikrát do týdne k sebevrahům na pařížských

kolejích. Též oblíbený způsob skoncování se životem bývala dříve sebevražda s pomocí zvířat. Známý je případ vikomta Luise Elemedy, který v červenci roku 1906 přišel o celý svůj majetek, sepsal dopis, kde si přál, aby zbytky jeho těla byly uloženy do rodinné hrobky a před očima všech svých přátel, jež pozval k sobě domů na večeři, vešel do klece se třemi lvy. V první polovině 20. století byly časté sebevraždy pomocí náloží dynamitu a jiných výbušnin. Výbušninu sebevrahové umísťují na různá místa, např. roku 1971 si jeden muž v Perpignamu zajistil okamžitou smrt poté, co si vložil detonátor s bezpečnostní zápalnicí do ucha. Dnes je tento způsob častý především v islámských zemích, někdy i mezi teroristy. V minulosti existovaly případy lidí, kteří svůj život končili pomocí děsivých strojů vlastní výroby, jako třeba gilotina vyrobená ze stolu a rýče. Vyrobil ji roku 1852 truhlář Ambrosie Tardieu. Velmi unikátní je případ gilotiny z klavíru, kterou vytvořil mladý radiotechnik Dominik Helta. V roce 1960 se vyskytla první sebevražda elektrickým proudem, kdy si suicidant podle inspirace v elektrickém křesle vyrobil vlastní smrtící stroj. Od dvou mincí nalepených na spánku vedly dva dráty k transformátoru. Roku 1984 spáchal ve Štrasburku sebevraždu devětadvacetiletý muž elektrickým proudem tak, že si jeden elektrický drát omotal kolem krku a druhý kolem kotníků, jež v soustavě představoval záporný pól.

Největší rozšíření suicidálního jednání se vyskytovalo především v období válek. Téměř epidemie sebevražd vypukla v armádách, např. za napoleonských válek tvořily dle armádního chirurga Larreyho sebevraždy až polovinu padlých vojáků. Sebevražedná čísla stoupala rovněž v období epidemie nemocí, když např. roku 1890 postihla New York epidemie chřipky, sebevraždy probíhaly přímo v sériových vlnách. Podobně rozšíření cholery roku 1897 na Sicílii má na kontě stovky sebevražd. Velký vliv na vzrůst sebevražednosti měly též finanční krize, v 19. století v období hospodářské krize je počet sebevražd výrazně vyšší. Rovněž náhlá a ničivá epidemie sebevražd nastala v roce 1929 v USA, v době velké bídy. Je až neuvěřitelné, že epidemii sebevražd dokáže rozpoutat i nevinná píseň. Píseň „Temná neděle“ od skladatele maďarského původu Ladislava Javora inspirovala k sebevraždě osoby po celém světě. Píseň měla na svědomí v krátké době své existence více než dvacet dokonaných sebevražd a epidemie byla tak masivní, že budapeštská policie roku 1936 vydala dokonce oficiální zákaz, který zakazoval všem

hudebníkům a orchestrům píseň hrát. Velká epidemie sebevražd nastala také v roce 1945 před příchodem sovětských vojsk. V pomořanském Stolpu byla spáchána hromadná sebevražda. Tenkrát se zabilo z 50 000 obyvatel 1000. Některé sebevraždy leží také na bedrech medií. Roku 1963 napodobilo ve Francii několik žáků lycea buddhistické sebevrahy a upálili se na veřejných místech přesně tak, jak to viděli v novinách. Dopad na sebevražednost mají i televizní pořady. Seriál „Policie“ v roce 1994 inspiroval teprve devítiletou dívku v Alkirchu k oběšení. Provedla ho přesně tak jako postava z televizního seriálu. Dějiny světa skrývají i velké množství epidemií sebevražd stojících jen na touze napodobování. V Caricynu se v roce 1831 rozšířily ženské sebevraždy, které byly postaveny na potřebě napodobovat a v roce 1793 ve Francii v samotném Versailles napodobování stálo život cca stovku sebevrahů.

Zajímavé jsou historické premiéry sebevražd. V roce 1851 spáchal lékař Reyer ve Vídni první sebevraždu chloroformem. Ve stejném roce byla provedena jiným lékařem první sebevražda Kochovým bacilem, když si muž vstříkl do žil emulzi ze živých Kochových bacilů. 28. února roku 1974 si vzal život provrtáním lebeční stěny elektrickou vrtačkou důchodce ze Sochauxu. Roku 1974 byla spáchána první sebevražda před očima televizních diváků. Tehdy se mladá hlasatelka zpráv zastřelila v přímém přenosu. V 19. století muž spáchal ve Vídni první sebevraždu osmicentimetrovými hřebíky, jež si zatloukl do temene. Premiéru sebevraždy kotoučovou pilou měl němec Robert Cott v roce 1985. Své tělo rozřízl vedví. Březen 1994 je měsícem a rokem, kdy na ostrově Olerón spolkl muž radioaktivní látky přimíchané do bílého vína. V roce 1991 byla spáchána ženou v Lille první sebevražda šipkou, kterou si zarazila do spánku. Ve Štrasburku byla vykonána první sebevražda podchlazením v chladničce, a to v roce 1983. 21. března 1969 je datem první sebevraždy v kosmu, kdy si Walter Moore ve výšce 25 000 metrů dobrovolně strhl kyslíkovou masku a ihned zemřel.

[MONESTIER, 2003]

2.3 Formy suicidálního jednání

Suicidální chování není jen sám o sobě spáchaný čin, který vede k předčasně dobrovolné smrti. Suicidální chování má různou intenzitu a stupně, které na sebe

kaskádovitě navazují. V počátcích se objevují suicidální myšlenky, které přecházejí v suicidální tendence a nakonec v suicidální úvahy. V této chvíli se jedná o suicidální jednání s nízkou intenzitou a situace je vcelku dobře zvládnutelná. Tendence časem vyvrcholí a jedinec vstupuje do vyššího stupně suicidálního chování, kdy se již jedná o suicidální pokus. Mezi sebevražděnými úvahami a sebevražděným pokusem se nachází ještě jedna přestupní stanice, v níž až paradoxně dochází k uklidnění jedince. Ten přestává mluvit o svém trápení, hledání smyslu života a zdánlivě se okolí zdá, že se jeho stav zlepšil, ačkoliv pravda je opakem. Jedná se o období, kdy se jedinec rozhodl k realizaci sebevraždy. A dále jako nejvyšší stupeň sebevražděného chování nastává již dokonané suicidium. Ve většině případů je zachován kaskádovitý charakter a před dokonáním suicidiem stojí téměř vždy suicidální pokus. Je velice neobvyklé, aby jedinec přeskočil nižší stupně suicidálního chování a přistoupil od myšlenek přímo k poslední formě, tedy k dokonanému suicidiu. Jestliže tato situace nastane, většinou se nejedná o trvalou a dlouhodobou psychickou poruchu, ale s největší pravděpodobností o chvilkový zkrat, kdy je pravděpodobné, že jedinec by po krizové chvíli tento čin již spáchat nechtěl. [KOUTEK, KOCOURKOVÁ, 2003]

2.3.1 Suicidální myšlenky

Suicidální myšlenka je víceméně otázka bytí, kdy si daný jedinec pokládá otázky typu: „Co by bylo, kdybych tady nebyl? Co by se stalo, kdybych se zítra již neprobudil?“ Otázky bytí a pozitiv ukončení vlastního života jsou mezi lidmi běžné, tento fakt je dokonce mnoha výzkumy vědecky podložen, jen není obvyklé o nich v naší společnosti mluvit [MÜLLEROVÁ, 2007]. Otázky tohoto typu potrápí téměř každého z nás, alespoň jednou za život, je však velmi důležitá intenzita, nutkavost a frekvence návratu těchto otázek. Tyto tři charakteristiky nám následně člení suicidální myšlenka na trojí typ: suicidální nápad, egosyntonní suicidální myšlenky a egodystonní suicidální myšlenky.

Suicidální nápady jsou vcelku neškodné, často se vyskytují v dospívání, mají velice slabou intenzitu a spíše nutkavý charakter. Je však důležité, že jedinec trpící suicidálními nápady, své myšlení velmi jednoduše ovlivní a během vteřiny na suicidální nápady zapomíná.

Egosyntonní a egodystonní suicidální myšlenky jsou již vážnější. Jsou intenzivní, těžko odklonitelné z naší mysli a jedinec se jimi zabývá převážnou část dne, někdy i noci. Egosyntonní myšlenky nejsou jedinci cizí, považuje je za své myšlenky, které si on sám utvořil a taktéž přijal. Egodystonní myšlenky jsou již pro jedince cizorodé, jedná se o myšlenky stále se vracející až vtírající se, které jedinec nechce přijmout a neúspěšně se pokouší o jejich zahubení.

Nebezpečná je změna myšlenek v tendenci. Mezi suicidální myšlenkou a tendencí je velmi úzká hranice. Suicidálním myšlenkám se jedinec většinou snaží ubránit, v případě tendencí se již nebrání, ale stále je vůči nim pasivní a ambivalentní. Tendence se snadno mění v suicidální úvahy. Úvaha je situace, kdy je suicidální čin již připravován, jedinec již přijal možnost ukončení života, ale svým rozhodnutím zemřít si není stále jistý. Jedná se např. o sepisování dopisů na rozloučenou nebo přípravu materiálu nutného k suicidiu dle typu sebevražedného činu, jenž je jedinci nejbližší. Pak nastává zvrát, a to rozhodnutí o realizaci sebevraždy, období smíření a zdánlivého klidu v duši, které většinou vrcholí suicidálním pokusem nebo dokonanou sebevraždou.

[KOUTEK, KOCOURKOVÁ, 2003]

2.3.2 Suicidální pokus

Suicidální pokus je již čin, jenž je proveden s úmyslem zemřít, jedince přímo ohrožuje na životě, ovšem nikdy nekončí smrtí. Suicidální pokus a suicidium mají mezi sebou velmi úzkou hranici. Ve většině případů je pokus nazýván „nepodařená sebevražda“, v menšině se jedná o nedokonanou sebevraždu z důvodu zabránění činu druhou osobou. Patří však sem i tzv. parasuicidium a simulace suicidálního jednání. Parasuicidium je definováno jako sebepoškození bez úmyslu zemřít, které však může omylem vyvrcholit k dokonatému suicidiu. Simulace suicidálního jednání je vlastně takové malé divadlo, kdy je sebevražedný pokus jen předstírán za účelem dosáhnout jistého cíle.

Sebevražedné pokusy jsou typičtější pro ženy než pro muže a vyskytuje se především v první polovině života, převážně v adolescenci, kdy mají spíše spontánní charakter. K suicidálním pokusům se využívají hlavně tzv. měkké metody jako

intoxikace. Motivace k sebevražednému pokusu vychází nejčastěji z problémů v mezilidských vztazích, velmi často z partnerských problémů.

[KOUTEK, KOCOURKOVÁ, 2003]

2.3.3 Suicidium

Suicidium je úspěšně dokonáný suicidální pokus. Jedná se o akt jasně časově ohraničený, cca. na několik minut, hodin, maximálně na několik dnů. Výjimečně se můžeme setkat s tzv. protražovaným suicidálním jednáním. To se vyskytuje převážně u intoxikace, kdy se suicidant vědomě dlouhodobě intoxikuje, až nakonec dojde ke svému cíli. Někdy se tak může stát omylem, kdy suicidant neodhadne dávku vedoucí k úmyslné předčasné smrti.

Suicidium je typičtější pro muže než pro ženy a vyskytuje se především v druhé polovině života suicidianta, kdy čin je většinou dlouho plánovaný a připravovaný. K dokonané sebevraždě se využívá nejčastěji tzv. tvrdých metod např. skok z výšky nebo strangulace.

Motivace k dokonané sebevraždě jsou především intrapsychické problémy a pocity nebezpečí. S motivací k sebevraždě souvisí též jisté typy sebevražd. Suicidia se rozdělují na dva základní typy: patické a biické sebevraždy. U patických sebevražd je vždy přítomná jistá duševní porucha, např. deprese, schizofrenie, závislost, panické poruchy či poruchy osobnosti, jednoduše jistá patologie. V patických sebevraždách je často zahrnutá rozšířená sebevražda, kdy suicidant nejdříve zabije své blízké, a to nejčastěji v jisté panické poruše, kdy si vytvoří představu, že je tím uchrání, a poté zabijí sám sebe [POKORNÝ, 2003]. Biická sebevražda vychází svým motivem z reálného života, jedinec ji vykonává v normálním psychickém stavu a motivy sebevraždy jsou reálné a existující. Jedná se např. o nevléčitelně nemocné osoby. Mezi základní typy patří bilanční sebevražda, účelová a demonstrativní sebevražda, zkratová sebevražda, suicidální dohoda a rozšířená sebevražda. Ve slově „bilanční sebevražda“ zní jistě každému pojem „bilancování“. Jedná se o suicidium, kterému předcházelo obtížné rozhodování, zda je, či není lepší zemřít - jednoduše sčítání pro a proti vlastnímu životu - kde nakonec zvítězil názor „proti svému životu“ a jedinec přijal skutečnost, že smrt bude pro něj nejlepší řešení za pravdu. Účelová i demonstrativní

sebevražda je čin vykonaný s jistým cílem, kterého chce suicidant dosáhnout. Jedná se tedy o prostředek, který má docílit chtěného. Rozdíl mezi těmito typy je velmi malý. Účelová sebevražda je využívána k docílení cíle suicidianta nevědomě, zatímco demonstrativní sebevraždy využívá suicidiant úmyslně. Účelové suicidium bývá jistý způsob nevědomého vydírání, vyčítání nebo manipulace. Demonstrativní suicidium bývá častěji než způsob manipulace spíše volání o pomoc a snaha získat pozornost okolí, po kterém suicidant chce, aby si povšimli, že se v jeho životě děje něco zlého a potřebuje pomoc. Co je ovšem pro oba typy sebevraždy totožné, je frustrace touhy zemřít. Někdy se tyto typy zaměňují za simulaci sebevražedného jednání. Zde sice jedinec též nepociťuje touhu zemřít, ale rozdíl spočívá v tom, že zde se celé sebevražedné jednání předstírá, aby se něčemu vyhnul, anebo něčeho docílil. Vše je však pečlivě naplánované a nahrané tak, aby si neublížil. Může například předstírat, že chce skočit ze střechy, ale vybere si místo a čas takový, aby tam nebyl sám a byl dobře viditelný a naskytl se zde někdo, kdo ho přesvědčí, aby nedělal něco, co vlastně daná osoba nemá ani v nejmenším úmyslu udělat. Zkratová sebevražda je vykonána v zkratovém jednání. Je vykonána náhle, bez rozmyšlení a bez předešlého hledání jiného, lepšího řešení. Suicidální dohoda je sebevražda dvou i více lidí, kteří se společně rozhodnou zemřít. Jedná se často o milenecký pár nebo různé etnické skupiny. Většinou se ve skupině objevuje minimálně jeden iniciátor, který si opravdu smrt přeje a dokáže ostatní přesvědčit, že si přejí totéž. Rozšířená sebevražda je druh takového jednání, kdy suicidant s sebou stáhne i jinou osobu, např. rodič nejprve zabije své dítě a pak spáchá sebevraždu on sám.

Suicidium nesmíme zaměňovat s jiným autoagresivním chováním, jako je sebeobětování a sebezabití. V těchto případech sice dojde k dobrovolné předčasné smrti, ale při vykonávání činu chybí úmysl zemřít. Sebeobětování je cesta k předčasné smrti, ale ve prospěch někoho jiného. Daný jedinec by se v jiné situaci dobrovolně nezabil. Příkladem sebezabití může být např. skok z okna při paranoidní poruše, kdy se jedinec domnívá, že tak musí uniknout před hrozícím nebezpečím.

[KOUTEK, KOCOURKOVÁ, 2003]

2.4 Motivace k suicidálnímu jednání

Existuje neskutečná škála motivů, které vedou suicidanta k tak závažnému činu jako je sebevražda. Zjistit skutečnou motivaci k suicidálnímu pokusu, či k dokonanému suicidiu se dá nazvat velmi složitým procesem. Motivem může být nejen jedna záležitost, ale i dvě a více. Navíc poslední situace, která jedince dožene k pokusu o sebevraždu, nemusí být vždy tím hlavním motivem, může se však jednat, jak se říká o „třešničku na dortu“, a přitom hlavní motiv představuje sám o sobě ten „dort“. Podle poslední statistik, které byly vytvořeny v roce 2000, se podařilo motivaci k dokonané sebevraždě zjistit jen ve 40,6% případů, v 54,3% případů se motivace nikdy neodkryla a v 5,1 % byla motivace k sebevraždě naprosto nesrozumitelná. Zde je vidět, že ve více než polovině dokonaných sebevražd zůstává motiv záhadou. [KOUTEK, KOCOURKOVÁ, 2003]

Nejčastější motivací k sebevražednému jednání je dle statistických studií duševní onemocnění, dále zdravotní problémy a v poslední řadě partnerské, rodinné a jiné interpersonální konflikty. Za těmito příčinami pak stojí mnoho dalších. [KOUTEK, KOCOURKOVÁ, 2003]

Motivace k suicidálnímu jednání je velmi odlišná, ať už z pohledu obou pohlaví, tak i z věkových rozdílů. U mužského pohlaví se jako motiv nejčastěji vyskytuje nesmiřené zdravotní problémy, zatímco u žen převažují duševní poruchy. [KOUTEK, KOCOURKOVÁ, 2003]

Co se týče věkových rozdílů u dětských sebevražd, které jsou v ČR hned po úrazech na prvním místě v nejčastějších příčinách úmrtí dětí, převažují rodinné konflikty a motivy pracovní a školní, na což poukazuje i skutečnost, že nejvíce dětských sebevražd se vyskytuje v období vysvědčení a v rodinách, kde mezi rodiči panuje nevrlost až nenávisť. Děti si často myslí, že hádky a fyzické násilí mezi jejich rodiči je jen jejich vina. Někdy je dokonce sami rodiče křivě obviní, že se vše děje jen z důvodu jejich existence a přítomnosti. [VODÁČKOVÁ, 2007]

U dospívajících stoupají na světlo motivy erotické, které dle posledních statistických studií zaujímají v této věkové kategorii až 25 % suicidálního jednání, a dále partnerské konflikty. [KOUTEK, KOCOURKOVÁ, 2003] V této věkové skupině jsou časté tzv. „sebevraždy z nešťastné lásky“. Důvodem je myšlení mladé dospívající osoby, kdy je pro ni typické vyznávání absolutna a neuznávání

kompromisů, a proto odmítnutí ze strany milované osoby pro dospívající osobu může znamenat doslovně konec života. Nesmí se též zapomínat, že v období adolescence nastávají velké fyzické i psychické změny, které jedince vedou k procesu, kdy on sám se snaží v sobě vyznat a najít jistý smysl života. Jedná se o období velmi citlivé, kdy je pubescent a adolescent velmi zranitelný, a to je důvod, proč se mnohokrát impuls k sebevraždě může z pro nás zdát doslova malicherností, ačkoliv suicidant tuto malichernost vnímá jako důvod ukončit svou existenci na tomto světě. [VODÁČKOVÁ, 2007]

V období mladé dospělosti se oproti jiným věkovým kategoriím sebevražedné jednání vyskytuje jen zřídka. Většinou se jedná o motivy jako je onemocnění, ztráta milované osoby, rozchody nebo dokonce rozvody s životním partnerem, nebo velká zátěž zodpovědnosti, ať už v osobním či pracovním směru. [VODÁČKOVÁ, 2007]

Další velmi rizikové období je tzv. „ krize středního věku“, kdy jedinec hledá nový smysl života a tvoří si jakýsi souhrn toho, co ve svém životě dokázal a co ne. Může se stát, že se jedinec nesmíří se skutečností, že ne všechny sny v našem životě jsou naplnitelné a místo získání nového smyslu života nabude dojmu, že nic ve svém životě nedokázal, své největší sny si nikdy nesplnil a jeho život se stal duševně chudý a bezcenný. Když člověk odmítne hledat nové sny a nový smysl své existence na tomto světě, může též nabýt dojmu, že jeho nynější existence zde není již dále nutná. [VODÁČKOVÁ, 2007]

Ohroženou skupinou jsou i lidé, kteří mají téměř celý život za sebou. Ačkoliv se to zdá neobvyklé, i seniorům suicidální jednání není cizí. Když pomineme motivy, jaké jsou stejně tak časté i v mladším věku, např. změny zdravotní, kdy se člověk nesmíří s nevléčitelnou nemocí nebo postižením, které by mu změnilo jeho životní styl a samostatnost, převažuje zde motiv jiný než u lidí mladších. Jedná se především o pocit ohrožení a samoty. Nedokáží se smířit se skutečností, že se již o sebe nemohou postarat sami a cítí se ohrožení např. možností, že budou umístěni do zařízení jako je domov důchodců, či jiný typ sociálních lůžek. [VODÁČKOVÁ, 2007] Též mohou zažívat pocit samoty a kladou si otázky typu: „ Proč nemůžu žít u své dcery? Proč by se o mě nemohla starat právě ona?“. Na tyto otázky mívají své vlastní odpovědi. Často neuznávají pravdu, že jejich děti je

neopouštějí, jen jsou kupříkladu silně pracovní zatíženi, a kdyby si vzali rodiče domů, stejně by rodiče byli stále sami, protože oni by pracovali. Nakonec by opět nebyl nikdo, kdo by se o ně postaral. Práce nechat nechtějí, jelikož v dnešní době nezaměstnanosti a náročné finanční zátěže na denní potřeby by to bylo nezodpovědné nejen vůči nim samotným, ale i jejich rodinám a dětem. Někdy však mají staří lidé pravdu, že jejich děti se jednoduše nechtějí o ně postarat a doopravdy je opouštějí. Ale ať je již pocit samoty faktický či fiktivní, může být motivem k sebevraždě.

2.5 Rizikové faktory suicidálního jednání

Rizikové faktory souvisí s motivací a motivace souvisí s rizikovými faktory, vlastně se jedná o téměř příbuzné pojmy. Výskyt jistého eventuelního motivu k sebevraždě je vlastně riziko, že tento eventuelní motiv jedinec přijme za svůj, stane se tak důvodem změny jedince v suicidanta. Jelikož jsem se motivací věnovala již v předešlé kapitole, zaměřila bych se především na rizikové faktory, kterým jsem zatím nevěnovala větší pozornost. Pro přehled bych nejprve vyjmenovala nejčastější rizika, která mohou vést suicidálnímu jednání: zdravotní problémy, špatné rodinné zázemí, suicidální jednání vyskytující se již dříve v rodině suicidanta, partnerské konflikty, interpersonální konflikty, školní nebo pracovní neúspěch, přetěžování organismu, závislost, samota, vliv zařazení v určité sociální skupině, sociální situace, vliv náboženské víry, erotické problémy nebo sexuální zneužívání, domácí násilí nebo ztráta blízké osoby. To vše může být spouštěč k úvaze jedince, zda jeho vlastní život má ještě cenu. Pokud uváží, že cenu nemá a by bylo lepší na tomto světě již nebýt, stává se z jedince suicidant.

Zdravotní problémy se stávají rizikovým faktorem ve chvíli, kdy jsou natolik vážné, že jedince v jistých věcech omezují. Může se jednat o frustrace nebo dokonce deprivaci nějaké činnosti nebo stylu života. Např. pokud profesionální sportovec přijde o nohu, nastane situace, kdy ztratí práci, koníčka, anebo možnost splnit si sen a získat např. v daném sportu mezinárodní cenu. To je situace, kdy vznikne velké riziko ztráty životního smyslu. Pokud si smysl života nenajde jinde, stává se tento zdravotní problém rizikovým faktorem vedoucím k suicidálnímu jednání. Rizikovou skupinou jsou již v mé absolventské práci zmíněné osoby -

smrtelně nemocní. Taková osoba může často řešit, zda je lepší čekat na konec života, anebo jít konci naproti. Dalším příkladem, kdy se zdravotní problémy stávají rizikových faktorem, je situace, kdy osoba nemocná se nesmíří se situací, že potřebuje něčí péči a nemůže se o sebe, nebo dokonce o svou rodinu postarat sama.

Rodinné problémy jsem již rozebírala v předešlé kapitole, kde jsem poukázala hlavně na skutečnost, že se tato problematika týká především dětí. Je však důležité dát váhu slovu „ především“, protože i dospělý jedinec nemusí zvládnout své osobní rozpory, například se svými rodiči.

Partnerské konflikty se týkají všech věkových skupin. Pojetí lásky v pubescenci a adolescenci jsem popsala již výše. Poukázala bych však ještě více na problematiku rozvodů a rozchodů v dospělosti. Odloučení od partnera nebo partnerky je vždy těžká situace, a to ať už je rozchod chtěný od dané osoby, partnera, či se jedná o vzájemnou dohodu. Velké riziko představuje situace, když v době rozchodu jsou na světě již děti. Sama jsem se také setkala se situací, kdy byly děti po rozvodu mé přítelkyně dány do péče jejího muže, ale přítelkyně se s rozhodnutím soudu nesmířila. Měla pocit, že jí byly děti nadobro odebrány a pokusila se o sebevraždu skokem z pátého patra panelového domu.

Školní a pracovní neúspěchy mohou vést k pocitu neschopnosti, nebo i zklamání důvěry jiné osoby. V takové situaci hodně závisí na cílevědomosti jedince a jeho potřebě být nejlepší. Pokud jsou tyto dvě vlastnosti velmi silné, cítí se při neúspěchu být neschopným, má pocit, že zklamal a může rovněž cítit stud před svým okolím. Záleží však na podpoře z okruhu přátel a rodiny. Jinak bude vnímat pětku z matematiky dítě, kterému rodiče kladou na srdce, že již dvojka je špatná známka, a jinak situaci pojme dítě, pro které má rodič pochopení a bude vědět, že situace bude řešena s klidnou hlavou.

Zařazení v určité sociální vrstvě je též velmi rizikových faktorem, ačkoliv se to nezdá být problémem. Zařazení mezi nízkou sociální vrstvou nebo naopak mezi tzv. „smetánku“ může způsobit, že je jejich okolí v práci nebo ve škole bude odlišovat, ne-li vyřazovat z jejich společnosti, protože jsou jiní. Problematika pocitu samoty a vyřazení z jisté sociální skupiny je velmi závažná a může vést k suicidálnímu jednání.

Náboženská víra je velkým přínosem v životě jedince. Věřit v něco je velmi cenné a užitečné. Všeho moc ovšem škodí. Jakýkoliv typ přehnané víry může jedinci uškodit v situaci, kdy například spáchá dle jistých příkázání či pravidel takový hřích, který si před svým Bohem nebude moci odpustit a toto nesmíření se může též vést k potrestání, například odevzdáním svého života. Je to sice trochu neobvyklá situace. U běžného věřícího k ní dochází jen velmi zřídka, jedná se spíše o tzv. fanatismus, ale existuje mnoho etnických skupin, které sami sebe nazývají náboženskými, i když mnohokrát nejsou tak uznávány, a sebevražda pro ně může znamenat obětování se svému pánovi, potrestání nebo začátek nového života. Zde bych podotkla skutečnost, že v naší společnosti je počet sebevražd nižší než v jiných zemích, kde naopak není ve srovnání s Českou republikou tak rozšířené křesťanské náboženství, jelikož křesťanství přísně zakazuje sáhnout si na svůj vlastní život a považuje sebevraždu za těžký hřích. [MÜLLEROVÁ, 2007]

Sexuální zneužívání a domácí násilí je velmi závažný způsob týrání. Podepíše se do duše jedince na celý život. Tito lidé mohou nadále trpět sociální fobií nebo jiným druhem strachu, jenž jim nedovolí kvalitně rozvinout nový partnerský vztah. Několik neúspěšných pokusů zapojit se do normálního života může daná osoba pojmout jako svou slabost. V tomto pocitu se skrývá velké riziko suicidálního jednání.

V knize s názvem O sebevraždách mě zaujal jeden názor na příčinu suicidálního jednání: „ Hlavní důvod a společnou hrozbou je zkušenost ztráty.“ [FRANKEL, KRANZOVÁ, 1998, str.38] Myslím, že tato věta dobře upozorňuje na těžkost vyrovnání se se smrtí blízké osoby a každému z nás je jasné, že úmrtí v rodině, ale i v okruhu dobrých přátel je velkým rizikem především tzv. zkratové sebevraždy.

Ačkoliv se nejedná o genetickou predispozici, velké riziko představuje výskyt sebevražedného jednání v rodině. Jak napsali specialisté na krizovou intervenci: „To jsou odemčené dveře svádějící k úvahám, když to bylo řešení pro něho, proč by nemohlo být i pro mě?“ [VODÁČKOVÁ, 2007, s. 492]

3 Statistiky sebevraždy v ČR

Sebevražedné jednání je natolik závažné téma, že se každoročně Český statistický úřad, dále jen ČSÚ, zaměřuje na počet zemřelých osob z důvodu suicidálního jednání. Sebevražedné jednání člověka doprovází již od dávných dob, proto dostupné statistické údaje – zmíněné - sahají až do roku 1875. ČSÚ vytvořil statistický průzkum, který srovnává počet dokonanych sebevražd v předválečném období v ČR a v poválečném období v ČR. Celkový průměr sice vypovídá, že v předválečném období byla sebevražda častějším způsobem ukončení života, ale i přes tuto skutečnost čísla v poválečném období nejsou nijak upokojující. V předválečném období je rokem s nejvyšším počtem suicidia rok 1934, a to s počtem 4007 dokonanych sebevražd. Nejméně úspěšných sebevražedných případů před první světovou válkou je 1393 - v roce 1917. V období po druhé světové válce se rokem s maximálním počtem sebevražd stal rok 1970, tj. 2824 dokonanych sebevražd. Rok 2007 není jen rokem s nejmenším počtem suicidia, a to 1375, ale patří také k roku s historicky nejmenším počtem dokonanych sebevražd vůbec. Grafické znázornění porovnání předválečného a poválečného období uvádím ve své příloze č.1. [<http://www.czso.cz/>, 2]

Dále bych se ráda věnovala statistikám z aktuálnějšího období, a to za roky 2001 až 2010. Na rok 2011 zde neupozorňuji, jelikož zatím nebyl ČSÚ zpracován a zveřejněn na internetových stránkách. Za posledních deset let byl nejvyšší počet dokonanych sebevražd v roce 2003. Počet suicidia tvořil číslo 1719. Nejméně úspěšných sebevražd bylo již v zmíněném roce 2007. Statistiky poukazují na skutečnost, že za posledních pět let, tedy rok 2006 – 2010, byl počet úspěšných sebevražd menší než v kterýchkoliv statisticky zpracovaných letech. Grafické znázornění počtu zemřelých z důvodu dokonanych sebevražd uvádím v příloze č. 2. [<http://www.czso.cz/>, 2]

Dle provedených statistik muži umírají vlastní rukou častěji než ženy ve všech letech, jež byla statisticky zpracována. Zarážející je, že poměr mezi počtem suicidantů mužského a ženského pohlaví je obrovský. Zatímco ženy zaujímají během let 1946 – 2010 od 17,3 % do 31,6 % dokonanych sebevražd, mužské pohlaví se v procentuálním rozložení v těchto letech pohybuje od 68,4 % do 82,7%

dokonaných sebevražd. Vezmeme-li poslední nejaktuálnější pětileté období, tedy rok 2006 – 2010, zemřelo dobrovolně vlastní rukou 5887 mužů a 1233 žen, to znamená, že v 82,7 % případech sebevraždu spáchal muž a v 17,3 % případech se dobrovolně zabila žena. Pro malou představu si můžeme porovnat, že na 1 sebevraždu ženy připadá 4,8 sebevražd muže. Přesná čísla sebevraždnosti dle pohlaví v jednotlivých letech uvádím v příloze č.3. [<http://www.czso.cz/>, 2]

Známým faktem je skutečnost, že ženy mají na kontě větší počet suicidálních pokusů, zatímco muži drží prvenství v počtu úspěšných sebevražd. Důvod nacházíme v tom, že se ženy častěji pokoušejí o sebevraždu tzv. měkkou metodou, zatímco muži tzv. tvrdou metodou, proto jim je jim již málokdy pomoci. To ovšem dokazuje další statistická studie, která porovnává způsoby sebevraždění s ohledem na pohlaví. Způsoby provedení jsou rozděleny v tomto výzkumu do pěti skupin: oběšení, zastřelení, otrávení, skok z výšky a skupina zahrnující ostatní způsoby. Oběšení neboli strangulace drží prvenství u obou pohlaví, a to u mužů 67,4% a u žen 44,8% dokonaných sebevražd. Mužské pohlaví po strangulaci v největší míře volí střelnou zbraň, což je pro ženy naopak nejméně typické. Žena po strangulaci v největší míře volí intoxikaci a poté skok z výšky, zatímco muži tyto metody volí ve velmi malé menšině. Pro lepší představu a přesné procentuální rozložení se můžete podívat do mé přílohy č. 4. [<http://www.czso.cz/>, 2]

Za poslední pětiletí, tedy rok 2006 – 2010, ukazují statistiky, že největší počet sebevražd spáchaly osoby ve věku 50 až 54 let, zatímco nejméně děti od 10 do 14 let. Zdravotnické statistiky zahrnují do výzkumu sebevraždnosti v ČR jen děti od 10 let, sebevraždy u mladších dětí neuznávají. Najdou se však psychologové uznávající teorii, že již dítě ve věku 3 let, kdy si začíná uvědomovat samo sebe, tedy existenci své osoby, se může o sebevraždu nejen vědomě pokusit, ale také ji i úspěšně dokonat [FRANKEL, KRANZOVÁ, 1998]. Větší vzestup sebevraždnosti se drží ve věkové skupině cca 40 až 60 let, kde by svůj důvod mohla mít tzv. krize středního věku. Naopak nejmenší počet sebevražd po rozhraní 10 až 14 let drží věkové období adolescence a mladší dospělosti, tedy období od 15 do 29 let. Grafické znázornění sebevraždnosti dle věkové kategorie v posledních letech uvádím v příloze č. 5. [<http://www.czso.cz/>, 3]

Další zajímavý statistický náhled na sebevražednost v ČR je vytvořen z hlediska jednotlivých krajů. Utvořila jsem dle statistických údajů ČSÚ procentuální přehled počtu dokonaných sebevražd v jednotlivých krajích České republiky a znázornila je v grafu, jenž je vyobrazen v příloze č. 6. Vytvořila jsem průměr z údajů posledních statistik, tedy za rok 2001 – 2010. V průměru nejvíce úspěšných sebevražd vykonali v těchto letech obyvatelé Moravskoslezského kraje, suicidia v tomto kraji tvoří 13% všech dokonaných sebevražd v ČR, a to s počtem 1892 případů. Hned na druhém místě se umístil Středočeský kraj s průměrem 12% dokonaných sebevražd v ČR a třetí místo obsadilo hlavní město Praha s průměrem 11% úspěšných sebevražd v ČR. Naopak obyvatelé Karlovarského kraje páchají sebevraždy nejméně, zde se v těchto letech uskutečnilo jen 3% všech dokonaných sebevražd v ČR s počtem 482 případů. Vysočina a Liberecký kraj stojí hned za Karlovarským krajem také s malým procentem sebevražednosti, a to jen se 4 % všech dokonaných sebevražd v ČR. Veškeré informace k sebevražednosti v jednotlivých krajích v České republice mi ochotně zaslal pan Ondřej Košťata, pracovník Českého statistického úřadu. [KOŠŤATA, ČSÚ]

Zajímavý je také statistický výzkum sebevražednosti v ČR dle dokončeného vzdělání. Výzkumy dokazují, že se vzrůstajícím vzděláním klesá sebevražednost, a to jak u mužů, tak u žen. Tomu se ovšem vymyká střední vzdělání bez maturity, které drží u obou pohlaví první místo v sebevražednosti, stojí tedy i před základním vzděláním. [<http://www.czso.cz/>, 4]

Rovněž byly vytvořeny statistiky na sebevražednost v jednotlivých dnech a měsících. Jednoznačně nejvíce dokonaných sebevražd, a to s výrazně vyšším počtem než v jiných dnech v týdnu, bývá v ČR spácháno v pondělí, dále s menšími rozdíly mezi sebou následuje v tomto pořadí: úterý, čtvrtek, středa a pátek. Nejméně úspěšných sebevražd, opět s výrazně menším počtem oproti jiným dnům v týdnu, bývá spácháno o víkendu, kdy na neděli připadá o něco více sebevražd než na sobotu. Počty sebevražd v jednotlivých měsících v jednotlivých zpracovávaných letech značně liší. V posledních letech převažovalo září jako měsíc s nejmenším počtem sebevražd, to však rok 2010 zlomil, kdy nejméně dokonaných sebevražd bylo spácháno v prosinci, ale naopak září byl právě měsíc s největším počtem dokonaných sebevražd v ČR. [<http://www.czso.cz/>, 2]

4 Právní aspekty suicidálního jednání

Ačkoliv se skutečnost, že k sebevražednému jednání patří i tematika právnické vědy, zdá poněkud zvláštní, je celkem dostatek situací v suicidálním jednání, kdy je třeba soudu, právníků a zákona. Hned první situace nastává ve chvíli, kdy chceme přijmout osobu po sebevražedném pokusu k hospitalizaci, abychom zabránili jeho újmě na zdraví nebo dokonce i újmě na zdraví jiných lidí. Nebudme však naivní. Myslíte, že člověk, který se sžil s myšlenkou, že jeho smrt je to nejlepší, co může momentálně nastat, bude plný ochoty a zájmu se léčit? Většinou tak nastává situace, kdy psychiatrické oddělení musí přijmout osobu bez jejího souhlasu k hospitalizaci. Právo na takovou hospitalizaci dává psychiatrickému oddělení zákon ze dne 17. března 1966, a to Zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, na kterém se usnesla Česká národní rada. Příklad hospitalizace bez souhlasu nemocného upravuje § 23, odst. 4, který praví, cituji ze sbírky zákonů:

„(4) Bez souhlasu nemocného je možné provádět vyšetřovací a léčebné výkony, a je-li to podle povahy onemocnění třeba, převzít nemocného i do ústavní péče

- a) jde-li o nemoci stanovené zvláštním předpisem, u nichž lze uložit povinné léčení;
- b) jestliže osoba jevící známky duševní choroby nebo intoxikace ohrožuje sebe nebo své okolí;
- c) není-li možné vzhledem ke zdravotnímu stavu nemocného vyžádat si jeho souhlas a jde o neodkladné výkony nutné k záchraně života a zdraví;
- d) jde-li o nosiče.“ [<http://www.i-poradce.cz/>, 5]

Sebevražedného jednání se týká především druhý uvedený okruh, kdy hrozí velké nebezpečí pokusu o sebevraždu, jeho opakování, nebo dokonce i stáhnutí někoho blízkého s sebou. Třetí okruh se též může týkat sebevražedného jednání, kdy se např. suicidant po nezdařeném pokusu nachází v bezvědomí a nemůže tak dát souhlas k hospitalizaci.

§ 24 zákona č. 20/ 1966 Sb., dále praví, cituji: „ Převzetí nemocného bez jeho písemného souhlasu do ústavní péče z důvodů uvedených v § 23 odst. 4 je zdravotnické zařízení povinno do 24 hodin oznámit soudu, v jehož obvodu má sídlo.⁵⁾ Převzetí se soudu neoznamuje, jestliže nemocný dodatečně ve lhůtě 24

hodin projevil souhlas s ústavní péčí.“ [<http://www.i-poradce.cz/>, 5] Soud má dále povinnost v lhůtě do 7 dnů vyřknout oprávněnost či neoprávněnost k hospitalizaci klienta bez jeho souhlasu. Jestliže nastane situace, že léčba vyžaduje opakovanou hospitalizaci klienta, který s umístěním ve zdravotnickém zařízení nesouhlasí, musí soud nechat vypracovat znalecký posudek od nezaujatého psychiatra, tedy soudního znalce, který hospitalizaci může přikázat. Rozhodnutí musí soud vydat v lhůtě tří měsíců.

U dětí a mládeže do 18 let je většinou situace jednodušší. Za nezletilé musí souhlas podat jejich zákonný zástupce. Jen výjimečně nastává situace, kdy zákonný zástupce nesouhlasí s hospitalizací svého dítěte. V této chvíli se situace řeší s orgány pro péči o děti. Jednodušší situace nastává, kdy zákonný zástupce žádá o předčasné ukončení hospitalizace nezletilého, zde je nutnost ohlášení hospitalizace bez souhlasu do 24 hodin příslušnému soudu, jenž opět zváží oprávněnost k takové hospitalizaci.

Se suicidálním jednáním však souvisí i jistá trestní odpovědnost. Trestní zákon, přesněji sedmá hlava trestního zákona, jež upravuje trestní činy proti životu a zdraví, v § 144 upravuje dopad účasti na sebevraždě. Přesná citace odst. 1, odst. 2 a odst. 3 z trestního zákona zní:

„(1) Kdo jiného pohne k sebevraždě nebo jinému k sebevraždě pomáhá, bude potrestán, došlo-li alespoň k pokusu sebevraždy, odnětím svobody až na tři léta.
(2) Odnětím svobody na dvě léta až osm let bude pachatel potrestán, spáchá-li čin uvedený v odstavci 1 na dítěti nebo na těhotné ženě.
(3) Odnětím svobody na pět až dvanáct let bude pachatel potrestán, spáchá-li čin uvedený v odstavci 1 na dítěti mladším patnácti let nebo na osobě stížené duševní poruchou.“ [<http://zakony.kurzy.cz/>, 6]

Trestní zákon též upravuje tzv. suicidální dohodu, kdy se dva lidé domluví, že společně ukončí svůj život. Tuto situaci upravuje komentář trestního zákona z roku 1998, jenž zní: „Jestliže obviněný a poškozený se dohodnou na vzájemném úmyslném usmrcení jeden druhého jako způsobu společného dobrovolného ukončení života, potom dohodnuté jednání obviněného, jehož následkem byla smrt poškozeného, naplňuje znaky trestného činu vraždy podle § 140 odst. 1 tr. zák., nikoli znaky trestného činu účasti na sebevraždě podle § 144 tr. zák. Uvedené

okolnosti činu, zejména svolení poškozeného, mohou v konkrétním případě mít význačný vliv na stupeň nebezpečnosti činu pro společnost a spolu s dalšími okolnostmi svědčícími ve prospěch obviněného být důvodem pro použití ustanovení § 40 odst. 1 tr. zák. o mimořádném snížení trestu odnětí svobody.“ [ŠÁMAL, 2010, s. 1356]

Trestní zákoník se zabývá i problematikou při neposkytnutí pomoci osobě, jež je v nebezpečí smrti nebo jeví vážné poruchy zdraví. Zmíněnou situaci upravuje trestní zákon v § 207, kde se uvádí:

„ (1) Kdo osobě, která je v nebezpečí smrti nebo jeví známky vážné poruchy zdraví, neposkytne potřebnou pomoc, ač tak může učinit bez nebezpečí pro sebe nebo jiného, bude potrestán odnětím svobody až na jeden rok.

(2) Kdo osobě, která je v nebezpečí smrti nebo jeví známky vážné poruchy zdraví, neposkytne potřebnou pomoc, ač je podle povahy svého zaměstnání povinen takovou pomoc poskytnout, bude potrestán odnětím svobody až na dvě léta nebo zákazem činnosti.“ [<http://www.epravo.cz/>, 7]

Zvláštním případem je tzv. rozšířená sebevražda. Trestní zákon tento pojem nezná, proto tento typ suicidálního jednání, v případě přežití suicidanta, trestně stíhá jako vraždu. Zde je nutný znalecký posudek, který odliší patický typ suicidálního jednání od biického, kdy v případě přítomnosti duševní nemoci, jež mohla ovlivnit přemýšlení suicidanta, navrhuje ochranné léčení.

[KOUTEK, KOCOURKOVÁ, 2003]

5 Suicidální jednání a urgentní medicína

5.1 Postavení suicidálního jednání v urgentní medicíně

Suicidium i suicidní jednání stojí v zájmu mnoha zdravotnických odborníků a v řadách medicínských oborů. Sebevražedné jednání se podepisuje na psychickém i fyzickém zdraví jedince. Způsobuje lehčí či těžší poškození organismu nebo dokonce smrt. Sebevražedná jednání zanechávají za sebou různé vzkazy, ať už blízkým sebevraha nebo širší společnosti. Suicidní jednání může být postaveno jako protest, boj za ideu, volání o pomoc, výsledek cizího vlivu, čin z přesvědčení, nebo jednoduše ztráta chuti k životu. To je důvodem zájmu o tuto problematiku ze stran mnoha odborníků, nejen lékařského zaměření. Tato problematika je věčným a složitým tématem a zájmem lékařů, psychologů, právníků, policistů, estetiků, filozofů, politologů, dokonce i teologů.

Při sebevražedných myšlenkách nastupují na scénu psychologové a psychiatři. Ve chvíli, kdy se jedinec o sebevraždu pokusí, musí zasáhnout odborníci z různých oborů dle charakterů suicidia. U intoxikace stojí v první linii internisté a hned za nimi neurologové. Při suicidii ostrým předmětem nebo zastřelením nastupují na scénu především chirurgové, traumatologové a další, dle zasažené části těla např. specialisté na cévní chirurgii či neurochirurgové. Při skoku pod pohybující se předmět nebo z výšky je poškození organismu většinou v obraze polytraumatickém, kdy je poškozeno více systémů v lidském těle. Zde nastupuje velmi široká škála odborníků, kteří spolupracují, od traumatologů, neurochirurgů, kardiologů, mikrochirurgů, specialistů na cévní chirurgii až po gynekology a urology. V případě termického poškození, kdy se jedinec pokouší o sebevraždu upálením, jsou důležití specialisté z popáleninových center, ovšem i profese, která se zdá zaměřená spíše na kosmetické cíle, i přestože v této situaci stojí v centru důležitých lékařských cílů, a to plastická chirurgie. Zde je totiž důležitá transplantace kůže, která nemá jen kosmetický důvod, ale též důležité postavení v prevenci rozvinutí sepse. Při tonutí nebo strangulaci, tedy situacích, kde primárně nastává zástava dechu, hrají velkou roli především specialisté z anesteziologicko – resuscitační péče, kteří se zaměřují především na zajištění ventilace a léčbu klientů s rizikem selhávání vitálních funkcí. Dokonce i v případě dokonaných sebevražd je

zapotřebí lékaře. I když člověku již není pomoci, je nutné konstatovat smrt a provést pitvu, zde se tedy angažují patologové a někdy i soudní lékaři.

Je důležité si uvědomit, že jsem zatím zmínila jen odborníky, kteří ve většině případů zasahují do situace právě až v druhé řadě. Osoba, která se již o tento čin pokusila, jistě nedojde do nemocnice ke konečnému ošetření sama a po svých. Zde právě je důležitá přednemocniční zdravotnická péče, kterou zajišťují pracovníci zdravotnických záchranných služeb. Když pomíneme lékaře zdravotnických záchranných služeb, kteří nevyjíždí ke každému případu, jsou na scéně právě tzv. paramedici, tedy zdravotničtí záchranáři. Ti zasahují u suicidálních pokusů všeho druhu, poskytují přednemocniční péči, kdy v první řadě zajišťují vitální funkce, klienta stabilizují, aby zvládl transport ke konečnému ošetření do nemocnice. Také provádějí primární ošetření poranění traumatologického původu, aby zabránili prohlubování a zhoršení zranění a v neposlední řadě provádění protišokové opatření nebo poskytují protišokovou terapii při již vzniklém šokovém stavu, který doprovází většinu těžkého poškození organismu. Zdravotničtí záchranáři se setkávají se suicidálním jednáním velmi často, ačkoliv se tato skutečnost nezdá být pravdou. Např. zdravotnická záchranná služba v Praze za poslední tři měsíce, tedy říjen až prosinec, zveřejnila na svých stránkách jedenáct výjezdů k sebevražednému jednání a je důležité si uvědomit, že se jedná jen o zveřejněné zprávy a situace označené jako sebevražedný čin. Je možné, že po započítání sebevražd omylem konstatovaných jako nehoda a započtení nezveřejněných zpráv z výjezdů na internetových stránkách může být počet mnohonásobný. Když si prostudujeme zveřejněné zprávy zdravotnické záchranné služby v Praze, zjistíme, že zdravotničtí záchranáři se nese setkávají jen s nedokonanými sebevraždami, ale i s úspěšně dokonanými, kdy jsou přivolání k osobě, které již nemohou pomoci. Zde se jedná především o strangulace, kde smrt nastává rychle a osoba, která tento způsob sebevraždy zvolila, je většinou nalezena pozdě, než aby byla šance na obnovení vitálních funkcí. Také se setkají v neposlední řadě se situací, kdy se teprve k sebevraždě chýlí, nejčastěji v případě skoků z výšek, např. mostů nebo střech budov. Paramedici tedy často dojedou na místo, kde je nutná především profesionální, opatrná a správně laděná komunikace s osobou, jež chce odevzdat ten nejcennější dar - svůj vlastní život. Často však nastává problém, protože

komunikace s takovou osobou stojí v popředí zájmu především psychiatrů a psychologů, kteří často na místo nedorazí jako první. Vzhledem k tomu, že jedná o minuty ne-li o vteřiny, je nutné, aby do příjezdu odborníků „přes duši“ zasáhl právě přítomný zdravotnický záchranář. Je mnoho profesí, v nichž jsou lidé školeni, nebo i dlouhodobě vzděláváni pro tuto situaci, nejedná se však o studium psychologie. Jsou to například sociální pracovníci či členové hasičského záchranného sboru, kde se předpokládá četnost setkání s takovou situací v praxi. Paradoxem zůstává, že zdravotničtí záchranáři jsou na takovou situaci vzděláváni většinou jen povrchově, ne-li vůbec, a zároveň k této problematice vyjíždějí rozhodně častěji. Stále se klade důraz na to, jak správně zasáhnout např. při dopravní nehodě. Zapomíná se, že z důvodu sebevražedného jednání umírají lidé daleko častěji než při dopravních nehodách, tedy dle mého názoru má sebevražedné jednání v urgentní medicíně stejnou důležitost jako každá jiná nehoda.

5.2 Způsoby vykonání suicidia a základní postupy ZZS u jednotlivých činů

Již v předešlých kapitolách jsem psala o způsobech sebevražedného činu, ačkoliv v jiných souvislostech. Způsoby provedení sebevraždy se dělí na měkké a tvrdé. Měkké způsoby jsou takové, kdy je většinou velká šance i po vykonání sebevraždy, že jedinec přežije a bude zachráněn. Tvrdé metody jsou metody spolehlivé. Je zde minimální šance na záchranu, a to i v případě první pomoci. Je velmi složité striktně rozdělit jednotlivé způsoby do těchto dvou skupin, záleží totiž i na jednotlivých faktorech při suicidálním pokuse. Například skok z výšky - člověk by jej zařadil instinktivně mezi tvrdé metody, ale již si neuvědomuje, že záleží, z jaké výšky se jedinec rozhodne skočit. Skok z malé výšky patří k měkkým metodám, zatímco skok z velké výšky je metoda tvrdá. Totéž si můžeme ukázat na sebevraždě ostrým předmětem, nejčastěji se jedná o podřezání žil, především na zápěstí. Je to velmi bolestivý akt, proto málokterý suicidant má takový práh bolesti a malý pud sebezáchovy, aby si způsobil těžké řezné rány. Opět tedy záleží na závažnosti poranění, abychom mohli sebevražedný čin zařadit do jisté skupiny. [KOUTEK, KOCOURKOVÁ, 2003]

V této kapitole se budu věnovat zásadní záležitosti pro pracovníka zdravotnické záchranné služby, jenž se ocitne u suicidálního pokusu, a to ošetření nejčastějších způsobů suicidálního jednání, což jsou: oběšení, skok z výšky, řezné rány, střelné rány, upálení se, utopení se, intoxikace nebo lehnutí si pod pohybující se předmět.

Než se začnu věnovat ošetřování jednotlivých praktik, zaměřila bych se na transport suicidálního jedince do zdravotnického zařízení, který byl od svého činu odrazen. Převoz takového jedince na psychiatrické oddělení musí být opatrný a bezpečný.

Dle některých odborníků není nutností farmakologická terapie v urgentní péči, ale je dobré vědět, co je možné klientovi v potřebě podat. Takovému jedinci se při převozu nikdy nesmějí podávat stimulantia a noradrenergická antidepresiva. Tyto léky mohou způsobit zvýšení aktivity a energie, při níž však neutlumí depresivní náladu a ambivalenci k sebevraždě. Celkově však antidepresivní terapie nabývá účinku až po dvou až třech týdnech pravidelného užívání, tedy v urgentní péči to není ta správná volba obecně. Rovněž se nedoporučuje podávat benzodiazepinové léky, které mohou vyvolávat paradoxní reakci. Mohou způsobit dezinhibici neboli odtlumení, agitovanost neboli neklid a vyšší aktivitu ve smyslu pohybu a anxiety, tedy úzkostné projevy. Proto benzodiazepiny podáváme jen v případě silné nespokojenosti při převozu, a to jen krátkodobě účinkující, kdy musíme mít na paměti riziko paradoxní reakce, při které musíme počítat s možnou agresivitou a zvýšeným rizikem suicidia. [POKORNÝ, 2003]

Dobrý dlouhodobý účinek má Lithium a Klozapin, ovšem to je již záležitost dlouhodobé terapie. [POKORNÝ, 2003] Klozapin je první vyvinuté atypické antipsychotikum, které bylo aplikováno již v počátcích 60. let 20. století. Řadí se do skupiny neuroleptik. Využívá se především u schizofrenie, při které také dobře tlumí riziko suicidia. Jistou dobu bylo i zakázáno jeho užívání z důvodu velmi častého úmrtí na poruchy krvetvorby, dnes je již povoleno. V komerčních názvech ho najdeme třeba jako: Clozapin, Clozaril nebo Leponex. [<http://lekarske.slovniky.cz/>, 8] Lithium najdeme pod komerčním názvem jako Lithium carbonicum Slovakofarma. Užívá se jako léčba depresivní fáze při maniodepresivním syndromu, pro stabilizaci nálad nebo například pro utlumení

agresivity. Nesmí se užívat při onemocnění ledvin, štítné žlázy, v těhotenství a během kojení. [<http://www.lekarna.cz/>, 9]

V urgentní medicíně se však doporučuje využití sedativních neuroleptik, dobrý ohlas v urgentní péči má Chlorpromazin a Metotrimeprazin. [POKORNÝ, 2003] Chlorpromazin je neuroleptikum, přesněji typické antipsychotikum řadící se do skupiny fenothiazinů. Využívá se v léčbě psychóz a pro celkové uklidnění. Vyšší dávky než je zdrávo mohou vyvolat extrapiramidové příznaky jako je pseudoparkinsonismus projevující se zvýšeným svalovým tonusem, redukce volní i automatické hybnosti a třes. V komerčním názvu jej najdeme jako Klorproman, Largactil a Plegomazin. [<http://lekarske.slovniky.cz/>, 10] Nejužívanější a nejdostupnější je lék ve formě Plegomazinu. To ovšem neznámá, že Klorproman a Largactil by měly jiné účinky nebo dávkování, jelikož obsahují stejnou účinnou látku, eventuelně v jiné koncentraci. Plegomazin je 0,5 % roztok, který v 5 ml obsahuje 25 mg účinné látky. U dospělého jedince je aplikuje jednorázová dávka 25 mg intramuskulárně, v případě nutnosti může dospělá osoba dostat jednorázově nebo v krátkém časovém úseku maximálně 100 až 200 mg účinné látky. U dětských klientů se řídíme váhou, kdy podáváme intramuskulárně 0,5 mg / kg tělesné hmotnosti nebo 60 mg/ m² plochy povrchu těla. Děti od 1 do 5 let nesmí dostat jednorázově dávku vyšší než 40 mg účinné látky a děti od 6 do 12 let vyšší než 75 mg. Při aplikaci této látky je nutné monitorovat tlak, jelikož se zde může vyskytnout riziko hypotenze. [<http://www.lekarna-oaza.cz/>, 11] Metotromeprazin se řadí do stejné skupiny jako Chlorpromazin, stejně i tak účinkuje na centrální nervovou soustavu. V komerčním názvu jej najdeme jako Tisercin, jenž v 1 ml obsahuje 25 mg účinné látky. Důležité je, že Tisercin není povoleno kombinovat s lékovou skupinou antihypertenziva a antidepresivy typu inhibitory MAO. Tisercin se podává intramuskulárně, a to v jednorázové dávce 25 mg účinné látky. V případě nutnosti může být úvodní dávka zvýšená, maximálně na 75 až 125 mg účinné látky v jednorázové dávce či v krátkém časovém úseku. U dětí a starších osob užívání toho léku není příliš vhodné a preferuje se užití léčiva s účinnou látkou Chlorpromazin. [<http://www.lekarna.cz/>, 12]

5.2.1 Oběšení

Oběšení neboli strangulace je nejčastější způsob sebevraždy u mužů i žen. Jedná se o způsob, kdy se škrtidlo připevní z jedné strany k jakémukoliv předmětu a druhý konec se uváže kolem krku. Na strangulaci postačuje dokonce váha jen pěti kil, proto je možné se oběsit vkleče, nebo dokonce i vleže. [<http://cs.wikipedia.org/>, 13]

Smrt může nastat dvěma způsoby. První způsob je zlomení vazů neboli krčních obratlů. Je to lepší varianta, při které smrt nastává okamžitě, a čin je tedy bezbolestný, ale bohužel také ireverzibilní. Skutečnost je ovšem taková, pokud nastává smrt druhým způsobem, tedy udušením, je jen málo případů, kdy se jedince podaří zachránit.

Aby suicidant zemřel následkem zlomení vazů, je nutné dodržet dostatečnou výšku, při které suicidant dosáhne dostatečné rychlosti pádu. Pokud je výška ovšem příliš vysoká, může dokonce dojít k dekapitaci, neboli oddělení hlavy od trupu. Při nedostatečné výšce jedinec umírá na udušení. Jedná se o smrt delší, bolestnější, ale je zde malá šance na záchranu. Při oběšení s nedostatečnou výškou nastává podráždění nervus vagus, stlačení krkavic a zabránění průtoku krve do mozku a v neposlední řadě k uzavření dýchacích cest. Úmrtí nastává cca po 10 minutách, přičemž do bezvědomí upadá jedinec ihned po oběšení. Po jedné minutě nastává chvilková zástava srdeční, poté se srdeční činnost obnoví, ale krevní puls je slabý, nepravidelný a téměř nehmatný. Objevují se křeče a záškuby svalstva, cca po dvou minutách křeče odeznívají a asi po čtyřech minutách nastávají ireverzibilní změny na mozku a smrt. Při oběšení se vyskytuje epistaxe, krvácení z uší, pokálení, pomočení, může dojít dokonce i k erekci a výronu semene. Často dochází k prokousnutí jazyka a deformaci horních cest dýchacích. [<http://cs.wikipedia.org/>, 13]

Pokud zdravotnická záchranná služba přijede k případu strangulace, zjišťuje nejprve, zda nejsou přítomné již jisté známky smrti: posmrtné skvrny; rigor mortis neboli posmrtná ztuhlost; Tonelliho příznak, tj. nestejnouměrnou deformaci zornic po tlaku na oční bulbus; chladnutí těla oběti; zasyčání sliznic a po třech dnech od úmrtí a posmrtná hniloba. [<http://vitae.ic.cz/home.html>, 14] Jestliže jediná z těchto známek se u oběti nenachází, řídíme se postupem předlékařské první pomoci

KPR dle nejnovějšího guidelinesu, jenž česká resuscitační rada vydává v pětiletých intervalech. Univerzální algoritmus KPR dle nejnovějšího guidelinesu uvádím v příloze č. 7.

Jedinou zvláštností při KPR u oběšeného jedince je zajištění průchodnosti dýchacích cest. Díky deformaci horních cest dýchacích je zajištění průchodnosti dýchacích cest alternativními pomůckami nebo endotracheální intubací těžko proveditelné, proto zde musíme přistoupit ke koniopunkci nebo koniotomii. Zajištění dýchacích cest je zde velmi důležité, a to z důvodu, že je zde zástava dechu jako příčina bezvědomí, a proto je v KPR nutná kombinace nepřímé srdeční masáže a umělého dýchání.

Koniotomie je druhem zákroku, v němž je nutné udělat drobnou incizi mezi dolním okrajem chrupavky štítné a horním okrajem chrupavky prstencové. Řez vedeme vertikálně v délce 2 až 3 cm anebo horizontálně v délce 1 až 2 cm. Zde je nutné protnout ligamentum conicum. Řez je nutné vést co nejdále od dolního okraje štítné chrupavky, aby nedošlo k poranění větve a. thyroidea superior a následnému krvácení. Po dokončení incize je možné zavést tracheální kanylu, na kterou je možné napojit oxygenerátor nebo rourku s co největším průměrem, který u dospělých činí 6 mm a u dětí 3 mm. Přes rourku je možné zajistit spontánní ventilaci asi jen na půl hodiny, proto je nutné koniotomii co nejrychleji nahradit tracheotomií, která sebevrahům po oběšení s včasnou záchranou zůstává ve většině případech trvale. [LUKÁŠ, 2005]

Koniopunkce je proniknutí punkční jehlou do trachey pod úhlem 45° mezi chrupavku štítnou a prstencovou. Správné zavedení je možno zkontrolovat auskultačně, kdy slyšíme unikající vzduch, anebo aspirací vzduchu, který provedeme injekční stříkačkou částečně naplněnou fyziologickým roztokem. Poté zavádíme dilatátor a následně tracheální kanylu o průměru od 2 do 4 mm. Koniopunkci je možné napojit na resuscitační vak nebo oxygenerátor. [LUKÁŠ, 2005]

Na koniostomii i koniopunkci se vyrábí jednorázové sety, které jsou vyobrazeny v příloze č. 8.

5.2.2 Intoxikace

Intoxikace je druhý nejčastější způsob sebevraždy u žen. V dnešní době se od otrav jedy z rostlin a hub odstupuje a převažují intoxikace léky, které jsou dnes běžně k dispozici. Často je intoxikace kombinovaná, kdy suicidant požije léky v kombinaci s alkoholem. [POKORNÝ, 2003]

Nejčastější intoxikace vznikají pomocí léků jako jsou: benzodiazepiny, barbituráty, antiepileptika, antidepresiva, především tricyklická antidepresiva, neuroleptika, Paracetamol, salicyláty, beta – blokátory, antihistaminika, Inzulín a antidiabetika a v neposlední řadě organofosfáty. [POKORNÝ, 2003]

Otravy se odráží na mnoha systémech v organismu dle účinků požití látky. Poznamenaný je často centrální nervový systém, gastro - intersticiální trakt, krevní cirkulace, dýchací centrum, exkreční orgány jako játra a ledviny a porucha termoregulace.

Jako základ přednemocničního ošetření je zajištění základních životních funkcí, a to ve smyslu zajištění průchodnosti dýchacích cest endotracheální intubací nebo alternativními pomůckami a krevní cirkulace. V případě zástavy dýchání a krevního oběhu je nutné zahájit KPR dle nejnovějšího guidelinesu vydaným Českou resuscitační radou.

Pokud není nutné zahajovat KPR, musíme zajistit co nejmenší absorpci toxické látky do krevního oběhu a co nejvyšší exkreci toxické látky z těla ven.

Pokud víme, co přesně suicidant požil a poškozený není v bezvědomí, je možné se pokusit vyvolat zvracení. Účinný způsob, jak zabránit dále absorpci toxické látky, je výplach žaludku. Pomůcky na výplach žaludku nejsou však ve voze zdravotnické záchranné služby vždy k dispozici. Výplach žaludku provádíme jedině se zajištěnými dýchacími cestami, abychom neriskovali zavedení nasogastrické sondy do dýchacích cest, především u suicidantu v silném útlumu. Výplach provádíme, jen když víme, co dotyčný požil, jelikož např. u organofosfátů, zásad a ropných produktů se výplach nedělá, aby se dodržela prevence aspirace a těžké chemické pneumonie. Podává se též živočišné uhlí, které je tzv. univerzální antidotum, a to v dávce 1g/ kg hmotnosti klienta. [POKORNÝ, 2003] Specifická antidota nemají v přednemocniční péči zásadní význam, jelikož indikace k jejich podání by mělo správně být toxikologickým vyšetřením potvrzeno. I přesto se

jistých specifických antidot v předlékařské první pomoci využívá, především pokud je požití určité látky téměř stoprocentně potvrzeno postiženým, svědky a vyskytujícími se symptomy, nebo zajištěnými krabičkami od léků, či dokonce zbylými léky, anebo zda je podezření na požití výrazně toxické látky, která má antidotum. [<http://www.urgmed.cz/>, 14] Taková často používaná antidota jsou např. Flumazenil při otravě benzodiazepiny, Naloxon při otravě opiáty, Etanol při otravě metanolem, ACC při předávkování Paracetalem, Intrenon při otravě barbituráty, Atropin při otravě organofosfáty, Kalcium při otravě antagonisty kalciových kanálů anebo kyslík při otravě oxidem uhelnatým. I tak je nutno všechny důkazy jako načaté pití, jídlo, zvratky, injekční stříkačky a jehly zajistit pro další toxikologické vyšetření. [POKORNÝ, 2003]

K urychlení eliminace se může v terénu použít forsírovaná diurézy, kterou se zvýší glomerulární filtrace. Provádí se tak, že se intravenózně zvýší příjem tekutin tedy přesněji krystaloidů, pokud se diuréza nezvýší, je možnost ji podpořit aplikací 15 až 20% Manitolu i.v. nebo malé dávky Furosemidu i.v. Manitolu podáváme 20 ml, pokud volíme druhou možnost, podáváme 5 mg Furosemidu. Tato eliminační metoda se neprovádí u edému mozku nebo plic, poruch srdečního rytmu, při srdečním selhávání nebo u poruch jako je anurie a oligurie. [POKORNÝ, 2003]

5.2.3 Řezné rány

K řezné ráně dochází při suicidálnímu jednání, kdy se jedinec rozhodne k podřezání žil nejčastěji na zápěstí. Situace v tomto případě nebývá až tak dramatická. Většinou se jedná o žilní krvácení, jelikož tepny jsou uloženy ve větší hloubce a málokdy jedinec zvládne natolik potlačit svůj přirozený pud sebezáchovy, aby si způsobil tak devastující zranění.

V předlékařské první pomoci je nutná především včasná zástava krvácení. To zajistíme pomocí obvazového balíčku, z nějž zhotovíme tlakový obvaz. Jako první vrstvu přikládáme sterilní krytí, abychom minimalizovali vniknutí infekce do organismu zraněného. Druhou vrstvu tvoří tlakový polštářek, buď originál zhotovený pro zástavu krvácení, nebo improvizovaně smotané obinadlo. Nakonec přikládáme obinadlo cirkulárními otočkami. Již zhotovený tlakový obvaz nesnímáme ani v případě jeho prosáknutí krví, v této situaci přikládáme další vrstvu

obinadla cirkulárními otkami. Účinná pomůcka je elevace horní končetiny nad úroveň srdce. V případě, že je krvácení tak masivní, že stále neustává, což přichází v úvahu spíše u tepenného krvácení, zajišťujeme zástavu přiložením škrtidla. To v případě řezné rány na zápěstí přikládáme do pažního tlakového bodu, kdy stlačujeme arterii brachialis. Tento bod se nachází mezi musculus biceps brachii a musculus triceps brachii. Můžeme přiložit pryžové obinadlo podle Martina, které však dosahuje ještě menší účinnosti než přiložení manžety z tonometru, kterou pomocí insuflace na 20 až 30 Hg nad hodnotu, končetinu zaškrtneme lépe. Vždy zapisujeme čas přiložení škrtidla a snažíme se dobu přiložení maximálně minimalizovat, abychom zabránili následnému poškození končetiny z důvodu ischémie. Zaškrtnení se nesmí provádět na předloktí, anatomické postavení zde totiž nedovolí dostatečné stlačení tepny k zástavě krvácení. [POKORNÝ, 2003]

I při krvácení je nutné využít někdy potřebné farmaceutické prostředky. K zástavě krvácení využíváme injekčního roztoku PAMBA, kdy jedna ampule, tedy 5 ml, obsahuje 50mg účinné látky, tedy 50mg acidum aminometylbenzoicum. PAMBA se řadí do indikační skupiny antifibrinolitik. Je možné ji aplikovat intramuskulárně nebo intravenózně ve fyziologickém roztoku nebo glukóze. V případě masivních ztrát krve se preferuje intravenózní podání, jelikož je stejně nutné zajistit minimálně jeden, lépe dva intravenózní periferní vstupy. PAMBA se podává bolusově v dávce 100 mg intramuskulárně nebo 100 až 150 mg intravenózně, kdy při kontinuálním podání se aplikuje v dávce 100 mg/hod. [<http://www.lekarna.cz/>, 15]

Při masivním krvácení je nutno pomýšlet i na možnost, spíše pravděpodobnost vzniku šokového stavu, kdy v tomto případě vzniká hypovolemický šok ze ztrát intravazálního objemu, přesněji z krevních ztrát, kdy je jedná o hemoragickou podskupinu hypovolemického šoku. Jako důsledek šokového stavu se objevuje zmatenost, bledá až cyanotická barva kůže, chladná a opocená pokožka, v prvotní fázi tachykardie přecházející postupně v bradykardii, těžko hmatný puls na periferii, hypotenze, apatie, somnolence až bezvědomí. Vždy je nutné mít na paměti, že při každém úrazu děláme protišoková opatření i v případě, že nejsou viditelné jakékoliv známky šoku. Například u krevních ztrát jsou jisté známky šoku viditelné vcelku pozdě, a to až při ztrátách větších než 30 %

intravazálního objemu. Mezi první protišoková opatření patří vhodná poloha, kdy protišoková poloha vzniká při elevaci dolních končetin asi 30 cm nad podložku. V předlékařské první pomoci, kde je to možné, je efektivnější uložit zraněného do tzv. Trendelenburgové polohy. Celé tělo ukládáme tak, že hlava se nachází níže než dolní končetiny a mezi tělem a podložkou je tvořen uhel cca 30 °. Vhodné je zvýšit nabídku kyslíku, a to zahájením oxygenoterapie, a je nutné zahájit včasnou volumoterapii. Při ní podáváme krystaloidní a koloidní roztoky zároveň. Je dobré zahájit náhradu volumoterapii elektrolytovým roztokem např. Hartmanovým roztokem nebo Ringer – laktátem. Na úvod by měly být ztráty cirkulující tekutiny nahrazeny v 10 až 15 minutách rychleji. U dospělého aplikujeme 1 až 2 litry roztoku a u dětí 20ml/ kg celkové váhy. Po elektrolytovém roztoku je vhodné aplikovat plasmaexpandér, tedy koloidní náhradní roztok, jedná se zde o náhražku plazmy. Dostupné plasmaexpandéry jsou např. Dextran, Reodextran, Tensiton, Teras nebo Rheomacrodex. [POKORNÝ, 2003]

Při hypotenzi, která i po zahájení volumoterapii se nestabilizuje, je nutné aplikovat Dopamin, který může být k dispozici též pod názvem Tensamin. Dopamin zlepšuje kontrakce myokardu, a tím zajišťuje zvýšení krevního tlaku. Jedna ampule Tensaminu má 5 ml a obsahuje 200 mg účinné látky Dopamini hydrochloridum. Minidávky začínají na 2 až 5 mg / kg / min, může se aplikovat maximálně až 50 mg/ kg / min. Tensamin neboli Dopamin je možno ředit s fyziologickým roztokem, 5% glukózou, se sorbitem, Ringer –laktátem nebo s Ringrovým roztokem. Nesmí se však naředit s alkalickými roztoky např. s hydrogenuhličitanem sodným, jelikož alkalické roztoky účinky dopaminu deaktivují. Po dosažení vyhovujícího krevního tlaku je možné rychlost podávání infuze s Tensaminem zpomalit, tedy v jisté míře jej podáváme titračním způsobem. [<http://www.lekarna-oaza.cz/>, 16]

I v rámci protišokové terapie je nutné tišení bolesti. Vhodné je aplikovat např. Fentanyl. Fentanyl torrex je krátkodobě účinkující opioid. Jeho využití v urgentní medicíně je výhodné hned z několika důvodů: dobrá efektivnost tišení bolesti; tlumení dušnosti v rámci jeho využívaného vedlejšího účinku a odeznění do 30 minut, kdy nekomplikuje další ošetření např. u náhlých příhod břišních. Dlouhodobé utlumení může zastírat mnoho symptomů a komplikuje tak konečné ošetření. Fentanyl aplikujeme intravenózně, a to dle hmotnosti zraněného, zde se

podává 1 ml / 15 kg celkové hmotnosti klienta, přičemž 1 ml Fentanylu Torrex odpovídá 50 mcg účinné látky. [<http://www.lekarna.cz/>, 17]

Zraněného transportujeme na urgentní příjem se stálým monitoringem EKG – křivky, krevního tlaku, pulzu a SpO₂.

5.2.4 Střelné rány

Střelná rána neboli vulnus klopitarium je možné rozdělit na rány projektilové a střepinové. Při suicidálním chování se setkáme spíše s projektilovou střelnou ranou, jež je způsobena projektilem ruční zbraně. Střelné rány mají vždy vstřel a střelný kanál nebo vstřel, střelný kanál a výstřel. Záleží na situaci, zda se náboj zůstal v těle nebo jím prošel skrz. Střel je vždy menší devastací okolní měkké tkáně, výstřel je vždy větší rána a dochází zde k devastaci okolních měkkých tkání. Pokud byla střelná rána způsobena brokovnicí, je vstřel široký a hvězdovitého tvaru. Existence výstřelu u poranění brokovnicí je vzácná. Při sebevražedných činech je časté použití přístroje na zabíjení dobytka. Zde se z přístroje vysouvá tyčinka o délce cca 8 až 9 cm, která se po vysunutí zasune zpět do stroje. Podobně je možné využití nastřelovacích pistolí ve stavebnictví. [ZEMAN, 2003]

Sebevražda střelnou zbraní se nejčastěji zařazuje do tvrdých metod, to znamená, že je málokdy šance na záchranu, jelikož suicidant v úmyslu zemřít volí ke vstřelu místa na těle, kde je zranění devastující a častokrát ireverzibilní. Jedná se například o spánek nebo zasunutí střelné zbraně do úst.

Pokud však je suicidant v době příjezdu zdravotnické záchranné služby při vědomí nebo v bezvědomí se zachovanými životními funkcemi, je prvořadé stavění krvácení. Postupujeme zde stejným způsobem jako při stavění krvácení u řezných ran v kapitole 9.3, kdy aplikuje tlakový obvaz dle lokalizace rány, eventuelně škrtidlo a farmaceutické prostředky k zástavě krvácení. Krvácení z rány na hlavě a trupu zastavujeme přímým tlakem na krvácející ránu, u poranění krkavice stlačujeme poraněnou tepnu směrem proti transversálním výběžkům krční páteře. V případě nutnosti přiložení škrtidla využíváme tlakového bodu dle lokalizace zranění. Tlakové body pro přikládání škrtidla jsou: arteria subclavia při krvácení z ramene, arteria brachialis při krvácení z předloktí a ruky, arteria femoralis při krvácení ze stehna a arteria poplitea při krvácení z bérce a nohy. [POKORNÝ, 2003]

Dále je nutno poskytnout dostatečnou protišokovou terapii včetně tišení bolesti - je dopodrobna popsána v kapitole 9.3 při řezných ranách - a samozřejmě co nejrychlejší transport na chirurgický příjem ke konečnému ošetření se stálým monitoringem základních životních funkcí, tedy EKG – křivkou, krevním tlakem, pulsem a SpO₂.

V případě selhání dechu a krevního objemu zahajujeme po zástavě krvácení KPR dle nejnovějšího guidelinesu vydaným Českou resuscitační radou.

5.2.5 Utonutí

Sebevraždu za pomoci utonutí volí často neplavci. V případě plavců se můžeme setkat s přivázanými těžkými předměty k tělu suicidanta, aby zabránil projevu pudu sebezáchovy.

Tonutí se jeví jako respirační insuficience způsobená neprůchodností dýchacích cest. Při aspiraci sladké vody, jež je hypotonická ke krevní plazmě, nastává transport tekutiny z alveolů do intravazálního prostoru. Zde vzniká osmotická hemolýza, hyperkalémie a rozvíjí se DIC. Při tonutí ve slané vodě se hromadí tekutina v alveolech a následně vzniká plicní edém. U tonutí vzniká hypoxémie, spasmus bronchů, to má za následek vazokonstrikci plicních cév. [POKORNÝ, 2003] Až v 86% tonutí nastává regurgitace žaludečního obsahu a jeho následná aspirace, častokrát až při KPR. Také i u tonutí bez zástavy krevní cirkulace může vznikat kolaps alveolů a pravolevý zkrat. [DOBIÁŠ, 2007] To je důvod, proč každé tonutí vyžaduje hospitalizaci.

U tonoucí osoby je v první řadě zásadní vytažení z vody na břeh. Pokud je to možné, snažíme se preferovat vytažení tonoucího bez vstupu do vody. V potřebě vstupu do vody by měl tonoucího zachraňovat zkušený zdravotnický záchranář, nejlépe školený na vodní zachraňování. Zachránce by neměl plavat s hlavou pod vodou, aby v případě zmizení tonoucího pod hladinu věděl, ve kterých místech se suicidální jedinec ponořil. Pokud se jedná o laickou první pomoc, doporučuje se dokonce počkat, až tonoucí upadne do bezvědomí, aby záchránce zajistil svou bezpečnost. Poranění krční páteře při tonutí se vyskytuje jen cca v 0,5%, ale i přes to se snažíme minimalizovat flexi a extenzi krční páteře. Pokud je to alespoň trochu

možné, vytahujeme tonoucího z vody v horizontální poloze, minimalizujeme tak vznik hypotenze a kardiovaskulárního kolapsu. [DOBIÁŠ, 2007]

Po vytažení tonoucího z vody nastává jako předlékařská první pomoc KPR dle nejnovějšího guidelinesu, ovšem s jistými specifiky pro KPR po tonutí. Aspirovanou tekutinu není nutné odstraňovat z dýchacích cest, během tak malé chvíle se nestačí do dýchacích cest aspirovat takové množství, aby se nestačilo absorbovat do tělního oběhu. Pokud je ovšem aspirované množství vody opravdu masivní, můžeme jej odsát, jiné techniky by stav mohly ještě zhoršit. [DOBIÁŠ, 2007] Příčinou bezvědomí je zde opět zástava dechu, proto je nutná kombinace nepřímé srdeční masáže a umělého dýchání. Pokud se na místě vyskytuje lékař, je vhodná endotracheální intubace, a to z důvodu prevence aspirace žaludečního obsahu. Zdravotnický záchranář zajistí dýchací cesty alternativními pomůckami, v tomto případě je nejvhodnější volbou kombitubus, což je endotracheální rourka, kterou je možno zavést bez kontroly laryngoskopem. Klient má zajištěnou ventilaci, ať je kombitubus zaveden do trachey nebo do jícnu. Navíc kombitubus je mezi běžně dostupnými alternativními pomůckami k zajišťování dýchacích cest nejspolehlivější v zabránění aspirace žaludečního obsahu, ačkoliv ochrana jím před touto komplikací není stoprocentní. Kombitubus je možno napojit na resuscitační vak. [LUKÁŠ, 2005] Alternativní pomůcku i schéma jejího zavádění uvádím v příloze č. 9. Umělé dýchání z plic do plic je dobré zahájit již při vytahování utonulého z vody, méně zkušený záchranář až při mělké vodě, zkušenější mohou umělé dýchání zahájit již v hloubce. Při tonutí vzniká buď primární podchlazení, již ve vodě při tonutí, anebo sekundární podchlazení, které způsobuje odpařování vody z mokrého těla utonulého při KPR. Primární hypotermie má ochranný charakter, sekundární hypotermie již ochranné vlastnosti nemá. [DOBIÁŠ, 2007] Hypotermie sice zvyšuje šance na úspěšnou KPR, k neprospěchu však oddaluje vznik komorové fibrilace, tedy defibrilovatelného srdečního rytmu. To je důvod, proč musí být KPR u tonutí protrahovaná a prováděná za postupného zahřívání těla. [POKORNÝ, 2003] Při těžké hypotermii, tedy pod 30 ° C, je možno aplikovat defibrilační výboje pro zvýšení teploty jádra, výboje můžeme aplikovat ovšem maximálně tři. [DOBIÁŠ, 2007]

Při tonutí vzniká hyperkalémie, jež ohrožuje tonoucího vznikem poruchy myokardu. Proto je dobré tento stav řešit již při transportu či KPR. Po zajištění intravenózního periferního vstupu aplikujeme Kalcium chlorátum biotika. Jedná se o 10% injekční roztok, kdy 10ml, tedy 1 ampule, obsahuje 0,671 g Kalcium chloridum dihydricum v koncentraci iontů: 183 mg vápníku v 10ml a 324 mg chloridů v 10 ml. Kalcium se musí aplikovat přísně intravenózně, při paravenózním podání je velmi agresivní. Dospělým se aplikuje 5 až 10 ml Kalcia. Běžně se takové množství musí podávat velmi pomalu a to cca 3 až 10 minut, ovšem aplikace při KPR je výjimkou, kdy se intravenózní dávka aplikuje velmi rychle. Dětem se Kalcium dává dle věku. Pro děti od 1 do 6 let se jedná o dávku 0,25 až 0,5 g účinné látky, u dětí od 6 do 15 let se aplikuje 0,5 až 1 g účinné látky. Dle váhy můžeme u dospělého i dítěte aplikovat 25 až 50 mg / kg, což odpovídá asi 0,1 – 0,2 ml /kg celkové hmotnosti klienta. [<http://www.lekarna.cz/>, 18]

Pokud je tonoucí při vědomí, transportujeme jej v polosedě s dostatečně velkou nabídkou kyslíku přes oxygenerátor a při monitoringu EKG – křivky, krevního tlaku, pulzu a SpO₂. Tonoucího zabalíme do izotermické folie, kterou přiložíme zlatou stranou k tělu klienta, abychom zajistili tepelný komfort.

5.2.6 Upálení

Při neúspěšném suicidálním pokusu pomocí upálení jsou popáleniny ve většině případů rozsáhlé lokalizace druhého nebo třetího stupně popálení. Při druhém stupni popálení vznikají puchýře a je poškozen epitel a vrchní vrstva koria. Při třetím stupni je kůže poškozená v celé tloušťce včetně adnex. Popáleniny jsou velmi bolestivé, s masivní ztrátou tělesných tekutin, kdy jedinec rychle upadá do hypovolemického oligemického neboli popáleninového šoku. [ZEMAN, 2003]

V přednemocničním ošetření je zásadní terapie šoku, která je totožná s terapií popsanou v kapitole 9.3. Náhrada tekutin je zde však specifická. Volumoterapie se řídí tzv. Brookovo vzorcem, kdy koloidní roztoky a krystaloidní roztoky se aplikují v poměru 1: 3. Koloidy se poté aplikují dle vzorce: hmotnost v kg x % rozsah popálenin x 0,5 ml. Krystaloidy se aplikují dle vzorce: hmotnost v kg x % rozsah popálenin x 1,5 ml. Padesát procent objemu substitučních roztoků by mělo být aplikováno v prvních osmi hodinách, zbytek poté během dalších šestnácti

hodin. Tento výpočet se počítá maximálně do 50 % rozsahu popálenin. Při větším rozsahu považujeme 50 % pro výpočet jako maximum. [ZEMAN, 2003]

Co se týče tišení bolesti, zde je vhodnější aplikace Calypsolu, kdy jedna ampule injekčního roztoku obsahuje 10 ml roztoku a 500 mg účinné látky Ketaminu nebo Narkamonu, jenž má 1% koncentraci a jedna jeho ampule obsahuje 10ml injekčního roztoku a 100 mg účinné látky Ketaminu. Jeho aplikace u popálenin je vhodnější z důvodu, že se jedná o celkové anestetikum, jež netlumí dýchací centrum, což v daném případě není žádoucí. Pro dosažení analgetických účinků se aplikuje 0,5 mg účinné látky/kg celkové hmotnosti zraněného intravenózně nebo 2 až 5 mg účinné látky/kg intramuskulárně. Pro dosažení anestetického účinku se aplikuje 1 až 2 mg účinné látky/kg intravenózně nebo 5 až 12 mg účinné látky/kg intramuskulárně. [<http://www.komorazachranaru.cz/>, 19] V případě, že je rozsah popálenin tak masivní, že je téměř nemožné zajistit intravenózní periferní vstup, zajišťujeme intraoseální vstup.

Lokální ošetření popálenin spočívá především v přiložení sterilního krytí a chlazení. Na těžké popáleniny je vhodné přiložit mastný tyl nebo speciální gel, který brání přilepení sterilního krytí. Při improvizaci je možné použít EKG – gel, který patří k vybavení vozu vždy. Chladicí roušky by neměly pokrývat cca nad 10 % povrchu těla, abychom zabránili podchlazení. Pro tepelný komfort zabalíme postiženého do izotermické folie stříbrnou stranou k tělu, jelikož tato strana rovněž zajišťuje částečné chlazení povrchu těla.

Rozsah popálenin hodnotíme dle pravidla devíti, kdy jednotlivé části těla představují 9 % celkového povrchu těla. Tedy hlava, horní končetina, dolní končetina zezadu, dolní končetina zepředu, břicho, dolní část zad, hrudník a horní část zad představuje vždy 9 % povrchu těla, přičemž genitál tvoří 1% povrchu těla. Dále se může použít pravidlo ruky, kdy plocha ruky se sevřenými prsty postiženého odpovídá 1% celkovému povrchu těla. [ZEMAN, 2003]

Transport je nutný při stálém monitoringu základních životních funkcí a při bezvědomí se zajištěnými dýchacími cestami endotracheální intubací nebo alternativními pomůckami, dle přítomnosti nebo nepřítomnosti lékaře. Osoby se závažnou lokalizací popálenin, tedy obličeje, ruce, nohy, perineum a genitál, a osoby se závažným rozsahem popálenin, který se považuje za závažný u dětí do dvou let

2% a více, od tří do deseti let 10% a více, od deseti do patnácti let od 15% a více, u osob od šestnácti do sedmdesáti let od 20% a více a starších lidí nad sedmdesát let od 10% a více; vždy transportujeme letecky na popáleninové centrum, které se nachází v Praze, v Ostravě a nově i v Brně. Převoz z místa blízkému popáleninovému centru může být zajištěn i vozem zdravotnické záchranné služby. [<http://www.komorazachranaru.cz/>, 19]

5.2.7 Skok z výšky a lehnutí si pod pohybující se předmět

Skoky z výšek nebo lehnutí si pod pohybující se předmět, v suicidálním jednání nejčastěji ve smyslu skoku pod jedoucí vlak, pokud suicidant přežije, se jeví v obraze polytraumatu. Takové zranění definujeme takto: „Polytrauma je současné poranění více tělesných systémů či regionů, přičemž nejméně jedno z nich bezprostředně ohrožuje život raněného.“ [POKORNÝ, 2003] Polytrauma je kapitola sama o sobě, proto bych zde ve shrnutí chtěla vyzvednout jen základy při ošetřování takto závažně zraněného.

Při ošetřování polytraumatu je prioritní zástava krvácení, kdy vnější krvácení stavíme dle stejných postupů jako v kapitole 9.3 s tématem řezných ran. Vnitřní krvácení je v přednemocniční péči téměř nekontrolovatelné, jedinou výjimku tvoří fraktura pánevního kruhu, kde je možné pánev fixovat do vakuové matrace a takto vytvořeným tlakem v oblasti sakroiliakálního skloubení krvácení redukovat na co nejvyšší minimum. [POKORNÝ, 2003]

V případě, kdy nastala zástava dechu a krevního oběhu, zahajujeme KPR dle nejnovějšího guidelinesu včetně zajištění průchodnosti dýchacích cest endotracheální intubací, nebo v případě nepřítomnosti lékaře alternativními pomůckami, kdy nejvhodnější volbou je kombitubus. Zajištění dýchacích cest je v takto těžkém stavu vhodné i v případě, kdy není nutno zahajovat KPR. V případě devastujícího poranění v obličejové části a krvácení v dutině ústní či z trávicího traktu je prevencí aspirace krve nejoptimálnější endotracheální intubace s pomocí laryngoskopu. V případě přítomnosti jen zdravotnického záchranáře, který nemá povolení k endotracheální intubaci, je nejvhodnější použití kombitubusu, jelikož z alternativních pomůcek nejlépe brání aspiraci. Pokud je devastující poranění takové, že je nemožné zajistit dýchací systém přes ústa, volíme provedení

koniopunkce nebo koniotomie. Obě tyto metody jsou popsány v kapitole 9.1 s tématem oběšení.

V případě takto mnohočetného zranění je velmi důležitá terapie jistě vzniklého hypovolemického šoku hemoragického původu, včetně tišení bolesti, která je opět totožná s již popsanými postupy v kapitole 9.3.

Při poranění hlavy je zásadní sledovat stav vědomí dle Glasgow coma scale, kdy sledujeme otevření očí, slovní odpověď a motorickou odpověď na bolestivý podnět. Každá kategorie má své bodovací systémy, kdy součtem můžeme docílit maximálně 15 bodů tedy plného vědomí a nejméně 3 bodů, které indikují již hluboké kóma. Tedy již GCS 13 vyžaduje hospitalizaci a GCS 8 znamená mez kritického stavu mozku. Tabulku pro hodnocení GCS uvádím v příloze č. 10. Při poranění očí je nutné zraněné oko krýt mulem navlhčeným např. fyziologickým roztokem, aby se zabránilo jeho vyschnutí. Pokud se vyskytuje krvácení ze zvukovodu, nikdy neděláme tamponádu, přikládáme pouze sací vrstvu mulu. Při epistaxi je možné provést přední i zadní tamponádu, kdy se mulové longety zavádějí průduchy nosu při přední tamponádě a ústy do nosohltanu při zadní tamponádě. [POKORNÝ, 2003]

Při polytraumatech se chováme, jako kdyby byla poraněná páteř, její zranění nelze totiž v tak těžkém stavu vyloučit. Zde je nejdůležitější imobilizace. Krční páteř znehybníme krčním límcem, hrudní a bederní páteř nejefektivněji imobilizujeme vakuovou matrací. Při poranění páteře předpokládáme přítomnost edému míchy, proto je nutné preventivně nasadit Metylprednisolon, který je dostupný ve vozech pod názvem Solu – Medrol, jenž aplikujeme v dávce 30 mg / kg celkové hmotnosti zraněného do 250 ml fyziologického roztoku a necháme vykapat během 15 minut intravenózně. Solu – Medrol se řadí do skupiny kortikoidů, tlumí zánětlivou reakci a redukuje edém. [POKORNÝ, 2003]

Při poranění hrudníku je v polytraumatu největší hrozbou pneumotorax, tj. nahromadění vzduchu v dutině pohrudniční, který máme trojího typu: uzavřený, tenzní a otevřený pneumotorax. Při otevřeném pneumotoraxu proudí vzduch více ranou než dýchacími cestami a to vyvolává respirační insuficienci. V tomto případě ránu překryjeme neprodyšným krytím, které zalepíme ze tří stran a dolní stranu necháme otevřenou pro odchod vzduchu ven, aby se vzduch v pohrudniční dutině

nehromadil. V případě improvizace, kdy nemáme dostupné neprodyšné krytí, překryjeme ránu sterilním mulovým čtvercem a jakýmkoliv dostupným kusem igelitu, jenž opět přilepíme ze tří stran. Při uzavřeném pneumotoraxu je vzduch uvnitř a utlačuje plíci, nebo dokonce tvoří tamponádu srdeční. V tomto případě provedeme punkci silnou kanylou v 2. mezižebří v medioklavikulární čáře. Po odčerpání nahromaděného vzduchu kanylu kryjeme neprodyšným ventilem, jenž můžeme v improvizaci vytvořit např. z ochranné gumové rukavice. Tenzní pneumotorax je život ohrožující, vzduch při nádechu proniká do dutiny pohrudniční otevřenou ranou, při výdechu se otvor v hrudní stěně uzavře a vzduch se v těle stále více hromadí. Zde je nutné punkcí tenzní pneumotorax převést na otevřený a po odčerpání vzduchu přiložit opět neprodyšné krytí, a tak vytvořený otevřený pneumotorax převést na uzavřený. [POKORNÝ, 2003]

Může také nastat situace, v níž jsou při otevřeném poranění břicha útroby vyklenuty ven z dutiny břišní. Zde platí zásada, že útroby nikdy nereponujeme, jen kryjeme vlhkou sterilní rouškou a zároveň pomocí izotermické folie bráníme podchlazení zraněného. [POKORNÝ, 2003]

Při poranění končetin je nutno, jak jsem již zmínila výše, stavět krvácení a zajistit jejich imobilizaci, která se zajistí společně s páteří při vložení raněného do vakuové matrace. V případě amputace končetin je nutné přiložení škrtidla a zajištění amputátu, jenž spočívá v jeho zabalení do mulu navlhčeného fyziologickým roztokem a vložení do vodotěsně uzavřeného plastického vaku. Ten se v ideálních podmínkách vloží do nádoby s 2/3 ledové vody a 1/3 ledu, kde by měla být teplota kolem 4°C. [POKORNÝ, 2003] Takové podmínky se častokrát nemohou ve voze RZP zajistit, proto amputát balíme alespoň do navlhčeného mulu, chráníme jej před poškozením a udržujeme jej při transportu v co nejchladnějším prostoru vozu.

Polytrauma je závažný stav, jenž vyžaduje šetrný a rychlý transport na urgentní příjem při nepřetržitém monitoringu základních životních funkcí a se zajištěným intravenózním vstupem nejlépe na dvou místech. Proto je transport často indikován ve spolupráci s leteckou záchrannou službou.

5.3 Postoj k sebevrahům a komunikace se sebevražedným jedincem

Pracovníci zdravotnické záchranné služby, i přes skutečnost, že nejsou nijak specificky školeni na suicidální situace, ocitnou se častokrát u osoby, jež stojí na hranici života a smrti, a záleží jen na jejich psychologických dovednostech, jaký postoj k sebevražednému jedinci zaujmou a jakou formou komunikace budou na jedince působit, aby suicidanta přesvědčili k výběru správné cesty, vedoucí po cestě života, a ne smrti.

Postoj, jenž zachránce vůči suicidálnímu jedinci zaujme, je zcela zásadní. Je nutné v danou chvíli odsunout stranou předsudky a mýty o sebevraždách. Mnoho lidí považuje sebevraždu za záležitost slabochů, duševně chorých anebo podivínů. Jestliže tento postoj vůči jedinci zaujmeme, asi nebudeme pro jedince příliš důvěryhodným posluchačem a pomocníkem. I když taková osoba bude verbálně komunikovat dle doporučení a pravidel, málokdy zakryje pohled, tón hlasu, anebo sem tam to slovíčko, postoj a názor zachránce k dobrovolné smrti. Zachránce by měl vypustit své eventuelní přesvědčení. Např. u křesťanů je sebevražda těžký hřích, který vychází z Desatera, zde se praví: „Nezabiješ“. Nikdy by neměla osoba pomáhající k odvrácení sebevražedného činu zkoušet sebevražedného jedince přesvědčovat pomocí své víry a přesvědčení. [VODÁČKOVÁ, 2007] Nejde jen o situaci, kdy suicidant není věřící a kázání na něj bude působit jako provokace a stimulans, jenž ho k jeho činu ještě pohání, ale špatné vyložení situace může nastat i v případě věřící osoby. Věřící osoba by po tomto kázání mohla pocítit, že zklamala, nejen sama sebe a své okolí, ale dokonce i svého Boha a stvořitele. Takový pocit málokdy vyvolá reakci, kdy sebevrah vezme svůj čin zpět, ale spíše situaci, kdy pocítí ještě hlubší pocit slabosti, beznaděje a utrpení, kdy si bude pokládat otázku, co je to za křesťana, který nectí ani Desatero přikázání? To může být impuls k rozhodnutí, že si doopravdy nezaslouží dále žít.

Sebevražda je právě pro svou nesrozumitelnost a nepochopitelnost tolik nebezpečná, nemusíme se ovšem tvářit, že suicidálního jedince naprosto chápeme. Hrané pochopení je někdy i dokonce horší než žádné, ale měli bychom jedince utvrdit v tom, že se ho snažíme - a hlavně chceme- pochopit. [VODÁČKOVÁ, 2007]

Nemusí být vždy naprosto jisté, zda osoba chce či nechce spáchat sebevražedný čin, je tedy důležité takto cennou informaci zjistit. Téměř každému se

zdá příliš přímé a netaktní zeptat se přímo, ale tzv. chození kolem horké kaše a hypotetická řeč, v otázkách a metaforách mohou být méně snesitelné. Pojmenování činu, jenž chce jedinec spáchat, je v pořádku a správné. Proto je dobré se přímo zeptat, zda jedinec uvažuje o smyslu svého života. Pokud je odpověď pozitivní, můžeme rovnou a bez nejistoty položit otázku, zda chce daná osoba spáchat sebevraždu. Je totiž vědecky dokázáno, že pokud je pojem sebevraždy pojmenován, osoba, jež o ní uvažuje, je klidnější, má pocit, že jeho problém dostal své jméno a je zde někdo, komu nevadí o jeho problému hovořit a neodbývá ho starými dobrými frázemi typu: „ To bude dobré. Do rána tě to přejde.“ apod. Výjimku tvoří samozřejmě děti, zde nemůžeme používat tak silná slova jako je sebevražda, pro dítě může být toto pojmenování příliš těžké a může situaci jenom zhoršit. [VODÁČKOVÁ, 2007]

Je také důležité suicidálnímu jedinci nechat jistá práva. Nemůžeme mu jeho čin zakázat, zakazování by mohlo působit velký stres a provokaci. Sebevražední jedinci často pokládají otázky typu: „Chcete mi snad říci, že to nemůžu udělat?“ V takovou chvíli musíme osobě dát právo naložit se svým životem a usvědčit ho, že je to jen jeho rozhodnutí, zda tento čin udělá, ale je důležité, aby si uvědomil nevratnost a konečnost tohoto řešení. Musíme jedinci podat pravdu, že je dobré si rozmyslet, zda by nebylo lepší dát nejprve šanci jinému řešení, protože sebevraždu lze odložit a nechat ji v záloze, když již nic jiného nevyjde, ale když jednou sebevraždu zkusí, nebude mít již šanci, zda neexistovalo méně drastické vyřešení jeho situace. Nastává vlastně jistá dohoda o odložení suicidia. [VODÁČKOVÁ, 2007]

Je důležité se v takové komunikaci nesnížit k moralizování a nátlaku. To nemusí působit na jedince jako brzda v jeho činu, ale naopak jako hnací motor. Důležité je nerozpoutávat rozhovor typu: „ A co Vaše děti? Co Vaši partner / partnerka? To jim přece nemůžete udělat? Kdo se potom o ně postará?“ To jsou v dané chvíli naprosto nemístné otázky, které v suicidálním jedinci rozpoutají vlnu výčitek a pocitu, že naprosto selhal. [VODÁČKOVÁ, 2007]

Sebevražedný jedinec se ocitá v jiné časové dimenzi, kdy získává zpomalené tempo přemýšlení, mluvy i pohybů. Je na zachránci, aby takové tempo respektoval a především se mu podřídil. Netrpělivost a spěch je horší faktor působící na suicidanta, než když při svém činu zažívá samotu. Je důležité respektovat pomlky

v komunikaci s jedincem, trpělivě naslouchat a především nikdy nepodbízet z nedočkavosti sebevražednému jedinci vlastní slova a věty. Opatrnost je třeba věnovat i v neverbální komunikaci a zachovat klid nejen v rozhovoru, ale i klid našeho těla. Záchránce nesmí dát najevo svou nervozitu. Ať je to postoj, zkřížení rukou, zaťaté pěsti, vždy se jedná o impulzy, jež umí každý podvědomě číst. [VODÁČKOVÁ, 2007]

Empatie dokáže divy. Suicidální jedinci jsou velmi citliví k pochopení a pocitu, že se do nich dokáže někdo vcítit. Pozor však na přehoupnutí se z empatie na soucit, ten může naopak jedince ještě více podráždit. Zachránce musí mluvit pomalu, klidně a zřetelně. Mumlání si tzv. pod nos či nervózní koktavá řeč vyvolá nervozitu i v suicidálním jedinci. Je nutné se vyvarovat fráží, cizích slov a různých terapeutických hantýrek. Důležité je nebát se mluvit, nezáleží úplně na tom, co říkáme, ale především jakým způsobem. Tón hlasu je lépe udržovat v nižším tónu, zvýšení tónu hlasu může vyvolat rozčilení nejen v suicidálním jedinci, ale také v záchránci. Pokud možno poskytuje záchránce pružné odpovědi a nebagatelizuje suicidantův problém. Taktéž nesmí nikdy povzbuzovat jedince k dokončení činu, ačkoliv někdy paradoxně tento styl komunikace suicidanta odradí. Jedná se však o příliš velký risk, kdy dáváme život sebevražedného jedince v sázku. [VODÁČKOVÁ, 2007]

Na závěr je důležité uvědomit si hlavní věc: vždy je nutné zůstat sami sebou. Pokud si bude záchránce hrát na něco, co není, a pokud bude volit uměle laděnou komunikaci ze své strany, riskuje, že suicidant danou komedii prohlédne a ztratí jakoukoliv důvěru ke svému záchránci. Není divu. Kdo dnes věří lidem, kteří působí falešně? A bez jisté, alespoň malé špetky důvěry mezi suicidantem a záchráncem se nedá na ničem stavět. Stejně jako bez základu nepostavíme dům, tak i v tomto případě nemůžeme bez základu budovat vzájemnou komunikaci a bez komunikace se jedná o předem prohraný boj.

6 Vlastní výzkumné šetření

6.1 Dotazník „ Suicidální jednání“

Na úvod praktické části své absolventské práce vkládám k nahlédnutí dotazník, který jsem osobně zpracovala, odpovědi důkladně překontrolovala za pomoci odborné literatury a statistik ČSÚ a rozdala jej na několika pracovištích ZZS v ČR. Pro Vás jsem vyznačila správné odpovědi červeně:

*Dobrý den, jmenuji se **KATEŘINA KAČÍRKOVÁ**, jsem studentka **VOŠ MILLS s.r.o.** v Čelákovických oboru **DIPLOMOVANÝ ZDRAVOTNICKÝ ZÁCHRANÁŘ**, zpracovávám absolventskou práci na téma **SUICIDÁLNÍ JEDNÁNÍ A JEHO POSTAVENÍ V URGENTNÍ MEDICÍNĚ**. Byla bych Vám velice vděčná za vyplnění svého dotazníkového šetření, které je anonymní a informace v něm budou zveřejněny jen v mé absolventské práci. Na otevřené otázky odpovězte svými slovy, v případě, že jsou u otázek možnosti, zakroužkujte správnou odpověď nebo seřadte možnosti dle pokynu. Předem děkuji za Vaši ochotu a čas.*

Věk:

Pohlaví:

Zaměstnání:

Délka práce u ZZS:

1. Jak byste definovali slovní spojení: „ Suicidální jednání“ ?
SEBEVRAŽEDNÉ CHOVÁNÍ
2. V roce 2001 byl celkový počet zemřelých z důvodu dokonaných sebevražd 1623 osob. Myslíte si, že v roce 2010 byly statistiky dokonaných a doložených sebevražd:
 - a. **Nižší**
 - b. Stejný
 - c. Vyšší
3. Které pohlaví častěji umírá z důvodu spáchání sebevraždy:
 - a. **Mužské**
 - b. Ženské
4. Která věková kategorie dle posledních provedených statistik Českým statistickým úřadem za roky 2006 až 2010 dokonává největší počet dokonaných sebevražd?
 - a. Do 24 let
 - b. **40 až 54 let**
 - c. 70 a více let
5. Kde si myslíte, že je dle poslední provedených statistik Českým statistickým úřadem za roky 2006 až 2010 nižší sebevražděnost:
 - a. Čechy
 - b. **Morava a Slezsko**

6. Ve kterém kraji ČR se domníváte, že je dle posledních provedených statistik Českým statistickým úřadem za roky 2006 až 2010 nejnižší sebevraždnost?

VYSOČINA

7. Ve kterém kraji ČR se domníváte, že je dle posledních provedených statistik Českým statistickým úřadem za roky 2006 až 2010 nejvyšší sebevraždnost?

OLOMOUCKÝ

8. Pokuste se seřadit způsoby provedení sebevražd **od nejvíce častého po nejméně častý** dle posledních statistik provedených ČSÚ v ČR:

- a. Utonutí
- b. Intoxikace
- c. Oběšení
- d. Lehnutím si pod nebo před pohybující se předmět
- e. Skok z výšky
- f. Zastřelení
- g. Ostrým předmětem
- h. Jiný způsob

Odpověď: C; F; B; E; G; D; H; A

9. Seřadte příčiny úmrtí dle počtu zemřelých za rok v ČR od příčiny, která má na svědomí nejvíce zemřelých po tu, která má na svědomí nejméně zemřelých osob:

- a. Autonehody
- b. Těhotenství, porody a období šestinedělí
- c. Sebevraždné jednání
- d. Nádorové onemocnění

Odpověď: D; C; A; B

10. Měli jste možnost během studia, kurzů zajištěných Vaším zaměstnavatelem či jiných studijních činnostech zajištěných Vaším zaměstnavatelem na ZZS (semináře, příručky, přednášky aj.) seznámit se s technikami, jak komunikovat s osobou, která právě chce spáchat sebevraždu?

- a. Ano
- b. Ne

11. Pokud ano – jakým způsobem Vám byly předány informace: *(možno zakroužkovat více možností)*

- a. Během vyučování na VŠ
- b. Kurz
- c. Seminář
- d. Příručka
- e. Jiný způsob

12. Máte dojem, že informace jaké máte v oblasti psychologie směřované na sebevražděné jednání, které jste během svého studia a praxe na ZZS získal/ a jsou:
- Dostačující
 - Nedostačující
 - Dostačující, ale jen z důvodu osobního zájmu, nikoliv z informací zajištěných v rámci studijních aktivit a školicích akcí od zaměstnavatele ZZS
13. Myslíte si, že by se během studia VŠ pro obor Zdravotnický záchranář, ale i pro jiné zdravotnické obory měla věnovat větší pozornost vyučování o sebevražděném jednání a komunikaci s osobou s rizikem dokonání sebevraždy?
- Ano
 - Ne
14. Setkali jste se již při výjezdu se ZZS se sebevražděným jednáním:
- Ano
 - Ne

*Na další otázky může odpovídat jen ten, kdo se přímo setkal během své práce se sebevražděným jednáním, tedy ten, kdo v otázce č. 14 odpověděl **ANO**; ostatním **DĚKUJI** za ochotu a čas.*

15. Setkáváte se častěji již s dokonanými sebevraždami či spíše s osobami, které se teprve snaží sebevraždu spáchat:
- Dokonané sebevraždy
 - Osoby, které se teprve snaží sebevraždu spáchat
16. V kterém období jste nejčastěji vyjížděl/a k sebevražděnému jednání, ať již dokonanému, či nedokonanému:
- Jaro
 - Léto
 - Podzim
 - Zima
17. S kterým způsobem sebevražděného jednání a kolikrát za svou praxi na ZZS setkal/a: *(možno zakroužkovat více možností – za každou zatrhnutou možnost napište číslo, které označuje, kolikrát jste se se situací setkal/a)*
- Utonutí
 - Intoxikace
 - Oběšení
 - Lehnutím si pod nebo před pohybující se předmět
 - Skok z výšky
 - Zastřelení
 - Ostrým předmětem
 - Jiný způsob

18. Vyjížděli jste víckrát k sebevražednému jednání ženy či muže:

19. Setkali jste se během své praxe na ZZS se sebevražedným jednáním osoby mladší 14 let:

- a. Ano
- b. Ne

6.2 Hypotézy výsledků dotazníkového šetření

Domnívám se, že pracovníci zdravotnických záchranných služeb nemají dostačující přehled v oblasti suicidálního jednání.

Předpokládám, že minimálně každý druhý pracovník zdravotnické záchranné služby, jenž má alespoň jednoletou praxi ve výjezdových jednotkách, se již při své práci setkal s dokonanou či nedokonanou sebevraždou.

Dle mého názoru více než 50 % pracovníků ZZS se během svého celoživotního vzdělávání nesetkali s výukou, jak komunikovat s osobou, jež chce právě ukončit svůj život.

6.3 Dotazníkové šetření na jednotkách ZZS

Dotazník, který jsem zpracovala a vyobrazila výše, je určen pro všechny věkové kategorie pracovníků ve zdravotnických záchranných službách. Zahrnuje též mnoho profesí, jelikož byl zaměřen celkově na výjezdové posádky, nikoliv na jednotlivé profese. Mého dotazníkového šetření se zúčastnili lékaři zdravotnických záchranných služeb, zdravotničtí záchranáři, zdravotní sestry s ARIP nástavbou, pracující ve zdravotnických záchranných službách, nebo si zde jen přivydělávají, a též řidiči vozů rychlé zdravotnické pomoci, či rychlé lékařské pomoci.

Mé dotazníkové šetření bylo zaměřeno na ověření si informovanosti pracovníků zdravotnických záchranných služeb v oblasti suicidálního jednání, zjištění jejich názoru na nutnost vzdělávání pracovníků ZZS v komunikaci s osobou trpící suicidálním jednáním a na ověření si svého názoru, že suicidální jednání je častých důvodem k výjezdu ZZS.

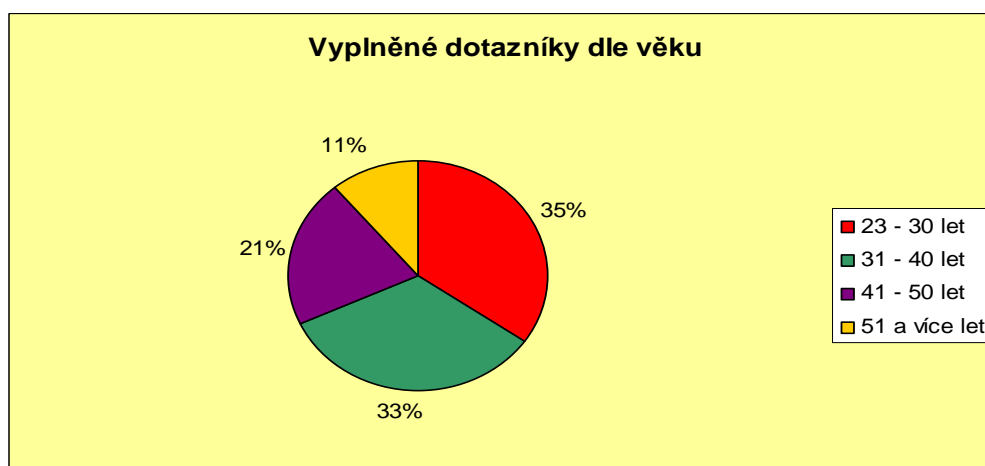
Rozdala jsem více než 300 dotazníků. Dotazníky na zdravotnické záchranné služby v blízkosti svého bydliště jsem roznesla osobně, dotazníky na vzdálenější pracoviště jsem rozeslala poštou nebo e-mailem. Většinu dotazníků jsem ovšem měla zprostředkovány za pomoci příbuzných, přátel a svých nadřízených v zaměstnání. Byla jsem velmi překvapená, když se mi vrátilo pouhých 72 dotazníků.

Dotazník mi vyplnilo 51 osob mužského pohlaví a 21 osob ženského pohlaví, procentuální vyobrazení je pod textem v grafu č.1 s názvem: „**Vyplněné dotazníky dle věku**“.



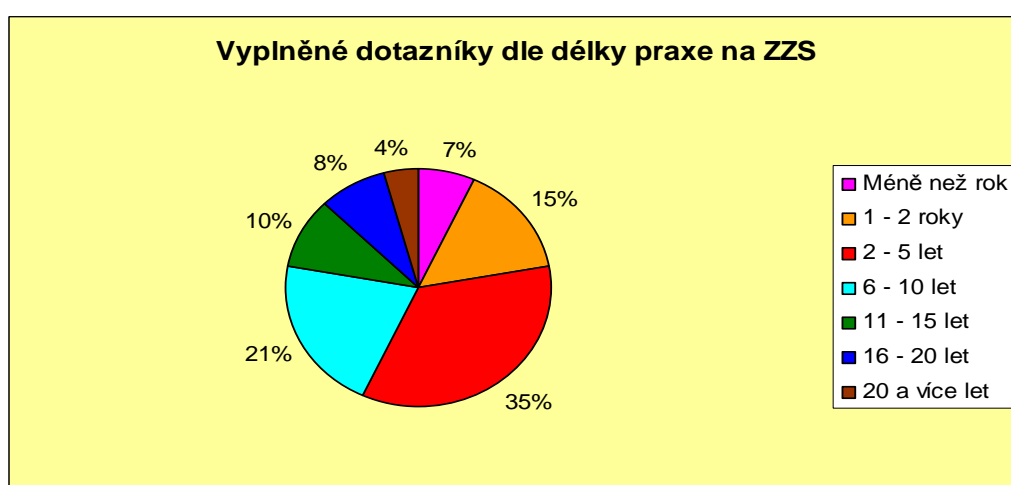
Graf č. 1 [vlastní]

Dotazníky mi vyplnilo 25 osob ve věkové kategorii 23 až 30 let, 24 osob ve věkové kategorii 31 až 40 let, 15 osob ve věkovém rozmezí 41 až 50 let a 8 osob ve věku 51 a více let. Procentuální vyobrazení můžete shlédnout v grafu č.2 pod textem s názvem: „**Vyplněné dotazníky dle věku**“.



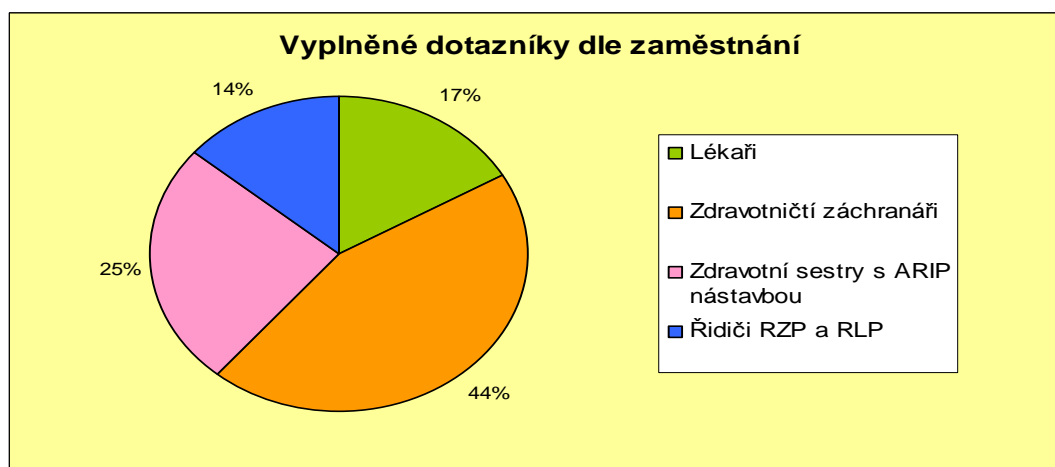
Graf č. 2 [vlastní]

Do mého dotazníkového šetření se v největší míře zapojili pracovníci ZZS s dvou až pětiletou praxí, a to v počtu 25 osob. Následovala velmi četná skupina pracovníků se šesti až desetiletou praxí s počtem 15 osob a skupina s jedno až dvouletou praxí s počtem 11 osob. Méně zastoupeny byly skupiny pracovníků s jedenácti až dvacetiletou praxí s počtem 7 osob, se šestnácti až dvacetiletou praxí s počtem 6 osob a s menší praxí než jeden rok s počtem 5 osob. Nejméně byla zastoupena skupina pracovníků s dvaceti a víceletou praxí, a to s počtem 3 osob. Procentuální vyobrazení uvádím zde pod textem v grafu č.3 s názvem: „**Vyplněné dotazníky dle délky praxe na ZZS**“.



Graf č. 3 [vlastní]

Mého dotazníkového šetření se zúčastnilo celkem 12 lékařů ZZS, 32 zdravotnických záchranářů, 18 zdravotních sester s ARIP nástavbou a 10 řidičů RZP a RLP. Procentuální vyobrazení v grafu můžete shlédnout pod textem v grafu č.4 s názvem: „**Vyplněné dotazníky dle zaměstnání**“.



Graf č. 4 [vlastní]

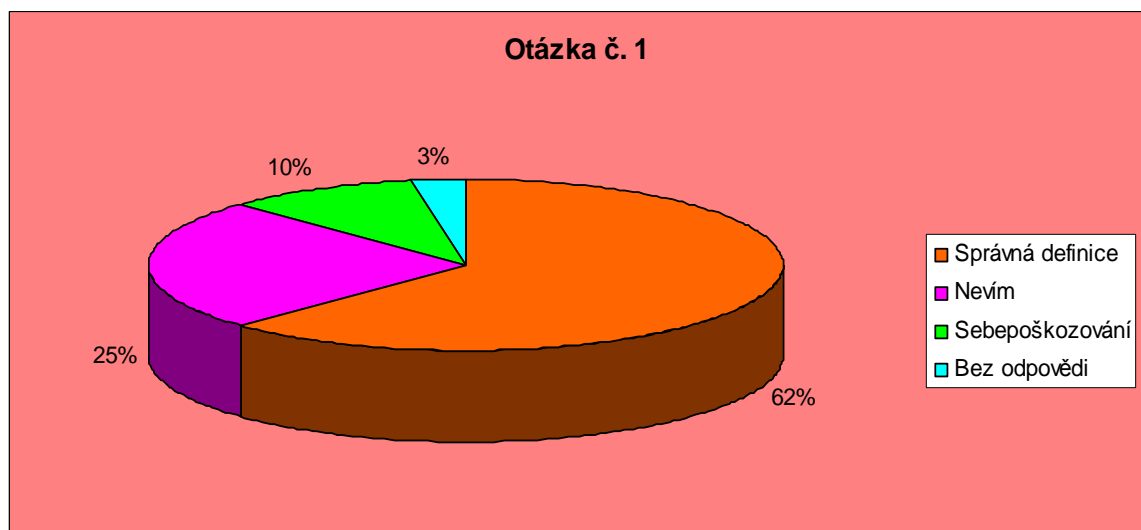
6.4 Vyhodnocení dotazníkového šetření

6.4.1 Vyhodnocení otázky č. 1

Jak byste definovali slovní spojení: „ Suicidální jednání“ ?

Na první otázku odpovědělo 45 respondentů správně, 18 respondentů zvolilo odpověď „Nevím“, 7 respondentů definovalo suicidální jednání jako sebepoškození, což je sice téma velmi blízké, ovšem definice velice nepřesná, a 2 respondenti neodpověděli na otázku vůbec.

Grafické znázornění otázky č. 1 včetně procentuálního rozložení:



Graf č. 5 [vlastní]

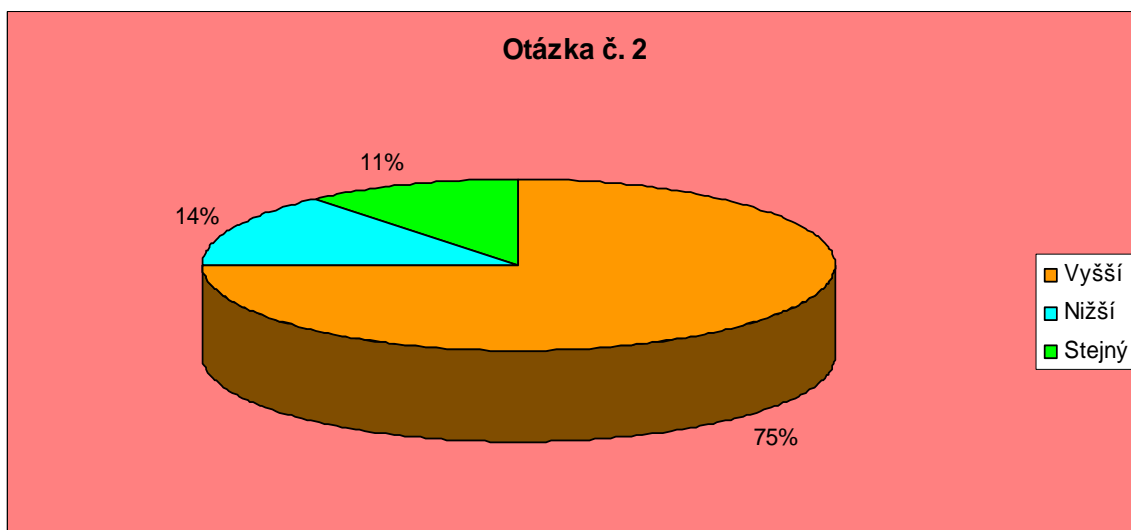
6.4.2 Vyhodnocení otázky č. 2

V roce 2001 byl celkový počet zemřelých z důvodu dokonaných sebevražd 1623 osob. Myslíte si, že v roce 2010 byly statistiky dokonaných a doložených sebevražd:

- a. Nižší*
- b. Stejný*
- c. Vyšší*

Zde se potvrdilo mé očekávání, kdy většina respondentů volila třetí možnost, ačkoliv opak je pravdou, jelikož poslední statisticky zpracované pětiletí, tedy rok 2006 – 2010, je období s historicky nejnižší sebevraždností v ČR. I přesto 54 tázaných zvolilo třetí možnost s variantou, že se sebevraždnost v ČR zvýšila, 8 respondentů se domnívá, že je sebevraždnost v ČR stále stejná a jen 10 pracovníků ZZS se přiklání k pravdivé odpovědi, že se sebevraždnost v ČR snižuje.

Grafické znázornění otázky č. 2 včetně procentuálního rozložení:



Graf č. 6 [vlastní]

6.4.3 Vyhodnocení otázky č. 3

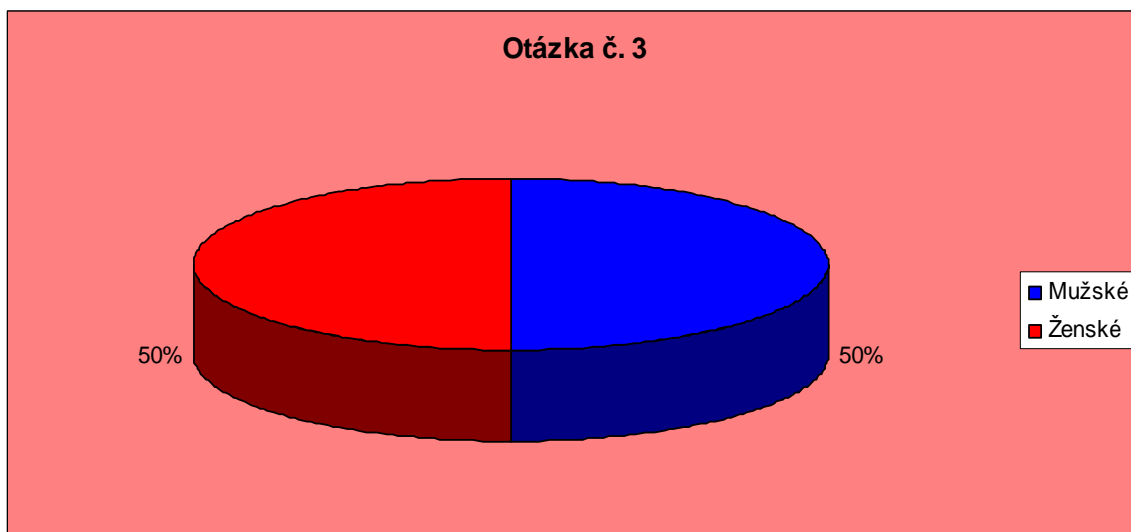
Které pohlaví častěji umírá z důvodu spáchání sebevraždy:

a. Mužské

b. Ženské

U této otázky jsem byla celkem mile překvapená, na otázku sice správně odpovědělo jen 50 % respondentů, ovšem očekávala jsem, že se téměř každý nechá zmást mýty, které tvrdí, že ženy umírají z důvodu spáchání sebevraždy častěji. Pravda je však taková, že na jednu sebevraždu ženy připadá cca 4,8 sebevraždy mužů. Zde tedy přesně 36 respondentů volilo první možnost, a to pohlaví mužské, a 36 respondentů se přiklonilo k druhé možnosti, tedy k ženskému pohlaví.

Grafické znázornění otázky č. 3 včetně procentuálního rozložení:



Graf č. 7 [vlastní]

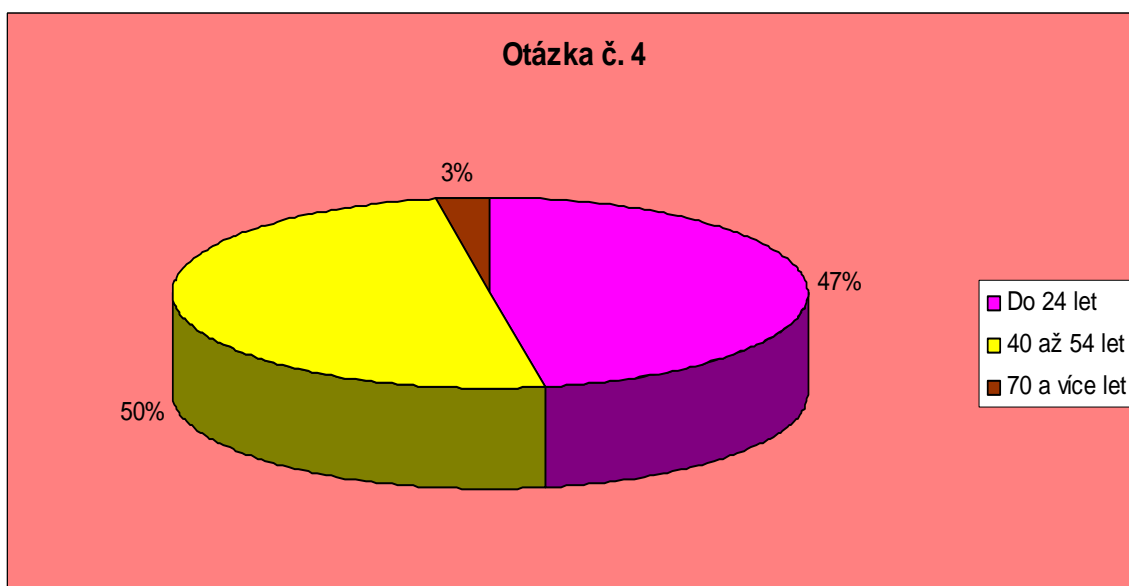
6.4.4 Vyhodnocení otázky č. 4

Která věková kategorie dle posledních provedených statistik Českým statistickým úřadem za roky 2006 až 2010 dokonává největší počet dokonaných sebevražd?

- a. Do 24 let***
- b. 40 až 54 let***
- c. 70 a více let***

V této otázce nastala opět málem situace „remízy“. Dva respondenti se přiklonili k třetí možnosti, předpokládali, že nejvíce sebevražd dokonají seniorové. Zbýlých 70 respondentů se rozdělilo téměř na polovinu, kdy 34 tázaných volilo první možnost, tedy věk adolescence a mladší dospělosti, zbylých 36 respondentů zvolilo správnou odpověď, tedy tzv. zlatý střed.

Grafické znázornění otázky č. 4 včetně procentuálního rozložení:



Graf č. 8 [vlastní]

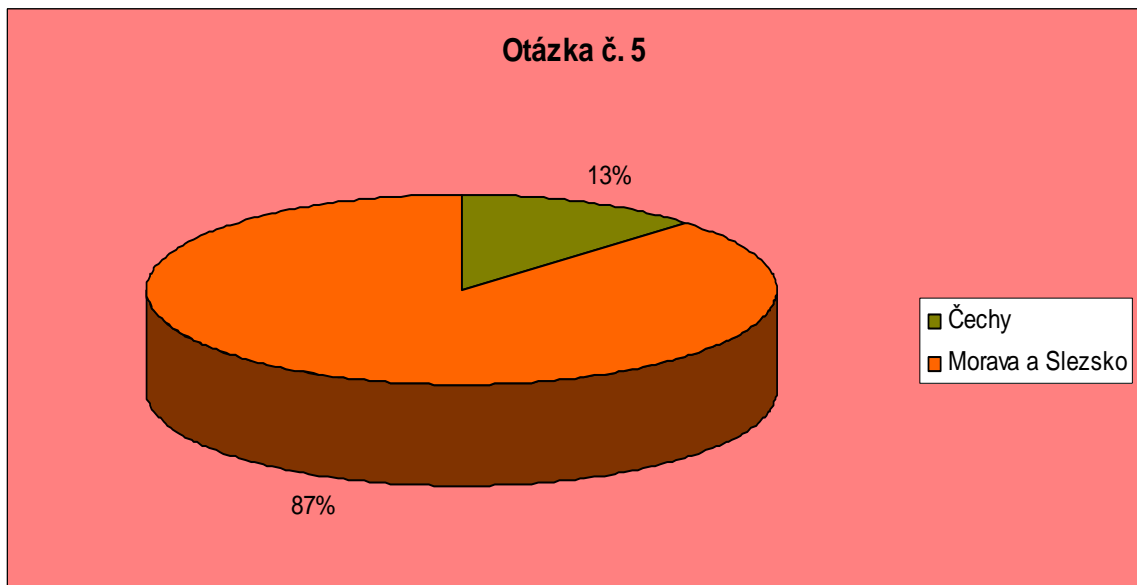
6.4.5 Vyhodnocení otázky č. 5

Kde si myslíte, že je dle posledních provedených statistik Českým statistickým úřadem za roky 2006 až 2010 nižší sebevražednost:

- a. Čechy*
- b. Morava a Slezsko*

V této otázce byli respondenti téměř ukázkoví. Jen pouhých 9 tázaných odpovědělo špatně, tedy první možnost, „Čechy“, zbylých 63 respondentů volilo správnou odpověď „Morava a Slezsko“.

Grafické znázornění otázky č. 5 včetně procentuálního rozložení:



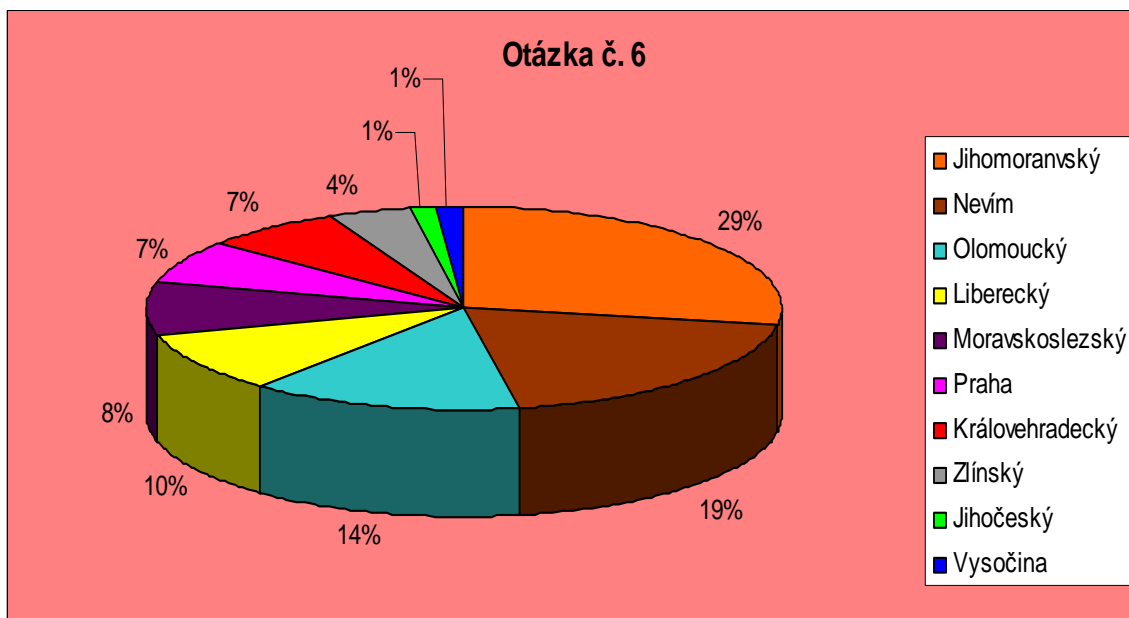
Graf č. 9 [vlastní]

6.4.6 Vyhodnocení otázky č. 6

Ve kterém kraji ČR se domníváte, že je dle posledních provedených statistik Českým statistickým úřadem za roky 2006 až 2010 nejnižší sebevraždnost?

Zde 99% respondentů volilo naprosto špatnou odpověď, jen jediný respondent správně zvolil Vysočinu jako místo s nejnižší sebevraždností. Největší počet, tedy 20 respondentů volilo Jihomoravský kraj, 14 tázaných se raději zdráhalo s odpovědí, 10 respondentů zvolilo Olomoucký kraj, 7 osob Liberecký kraj, 6 respondentů Moravskoslezský kraj, 5 tázaných Prahu a dalších pět Královehradecký. Dále se ještě 3 osoby přiklonily ke Zlínskému kraji, jeden z tázaných dokonce zvolil jih Čech, ale jen jedna osoba zvolila správnou odpověď, tedy Vysočinu. Celkem by mě zajímalo, zda byla tato volba výsledek vědomostí respondenta a jeho přehledu v problematice, či se jednalo o pouhý tip. To je však, jak se říká, ve hvězdách.

Grafické znázornění otázky č. 6 včetně procentuálního rozložení:



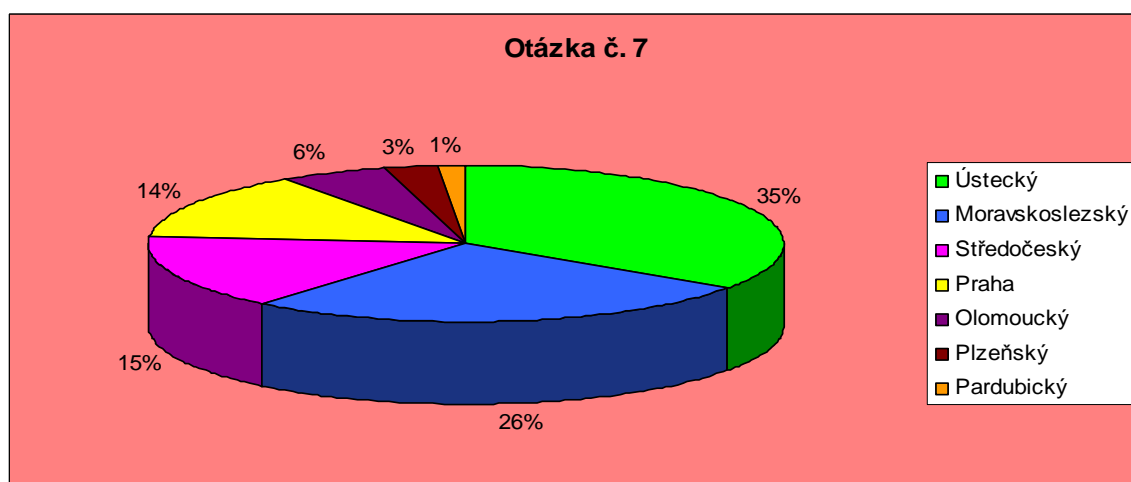
Graf č. 10 [vlastní]

6.4.7 Vyhodnocení otázky č. 7

Ve kterém kraji ČR se domníváte, že je dle posledních provedených statistik Českým statistickým úřadem za roky 2006 až 2010 nejvyšší sebevraždnost?

Otázka číslo sedm byla naprostým kontrastem k předešlé otázce. I zde respondenti volili kraj, ovšem již s nejvyšší sebevraždností. Zde byli již respondenti úspěšnější, ovšem nikoliv ve většině. Správnou odpověď zvolily pouhé 4 osoby, jež odpověděly „Olomoucký kraj“. Když se dívám na ostatní odpovědi, řekla bych, že celkem chápu logiku přemýšlení respondentů, a mě samotnou by Olomoucký kraj před obdobím, než jsem se o problematiku začala zajímat, nenapadl. Vždyť je známo, že Morava a Slezsko je právě místo, kde je sebevraždnost nižší, tak proč volit kraj nacházející se právě zde. Nejvíce respondentů, tedy 25, zvolilo Ústecký kraj. 19 osob volilo Moravskoslezský kraj, 11 osob Středočeský kraj, 10 osob Prahu, 2 respondenti vybrali Plzeňský kraj a 1 respondent Pardubický. Pokud bych si mohla dovolit hádat logiku odpovědi respondentů, tak v první řadě vyhrávají dva známé průmyslové kraje s velmi špatným ovzduším. Ústecký kraj jako první v pořadí navíc se známým Mosteckem a nejvyšší nezaměstnaností, a navíc v celém Ústeckém kraji vládnu časté nepokoje s naší rasovou menšinou - romskou populací. Logiku výběru bych tedy chápala a v starších statistikách by tato odpověď byla dokonce správná.

Grafické znázornění otázky č. 7 včetně procentuálního rozložení:



Graf č. 11 [vlastní]

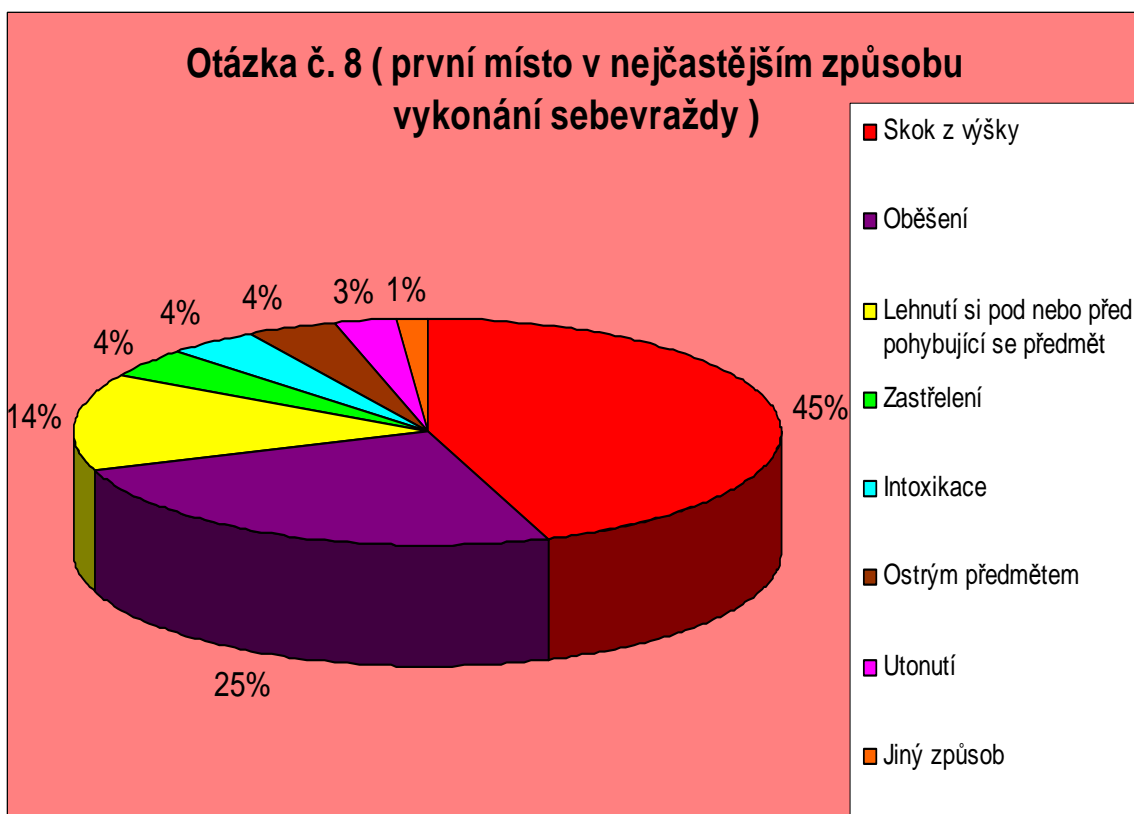
6.4.8 Vyhodnocení otázky č. 8

Pokuste se seřadit způsoby provedení sebevražd od nejvíce častého po nejméně častý dle posledních statistik provedených ČSÚ v ČR:

- a. Utonutí***
- b. Intoxikace***
- c. Oběšení***
- d. Lehnutí si pod nebo před pohybující se předmět***
- e. Skok z výšky***
- f. Zastřelení***
- g. Ostrým předmětem***
- h. Jiný způsob***

Otázku č. 8 nebudu graficky rozebírat jako celek, její znázornění v grafu by bylo velmi složité, jelikož možností bylo velmi mnoho. Graficky znázorněn je pouze způsob, který respondenti volili jako nejčastější. Graf najdete na další straně absolventské práce. Byla jsem velmi překvapená, ovšem nemile. Žádnému z respondentů se nepodařilo možnosti správně seřadit, to jsem ovšem čekala, ale ke správné odpovědi se navíc ve většině případů ani nepřiblížili. Jako nejčastější způsob vykonání sebevraždy respondenti volili skok z výšky, a to v počtu 32 tázaných, dále následovalo 18 respondentů, kteří zvolili správně oběšení, 10 tázaných se přiklápělo k lehnutí si pod nebo před pohybující se předmět, po třech respondentech byla zvolena možnost intoxikace, zastřelení a sebevražda za pomoci ostrého předmětu, 2 respondenti volili utonutí a jeden respondent dokonce sebevraždu jiným než zmíněným způsobem. Dále bych podotkla, že jen 8 respondentů na druhé místo postavilo správně zastřelení, ostatní tento způsob dávali většinou dokonce až za utonutí. Jediné, co by vcelku ještě patřilo do správného odhadu, je poslední místo způsobu vykonání sebevraždy, kdy 99% respondentů možnost jiného způsobu stavělo na správné na poslední místo.

Grafické znázornění otázky č. 8 včetně procentuálního rozložení:



Graf č. 12 [vlastní]

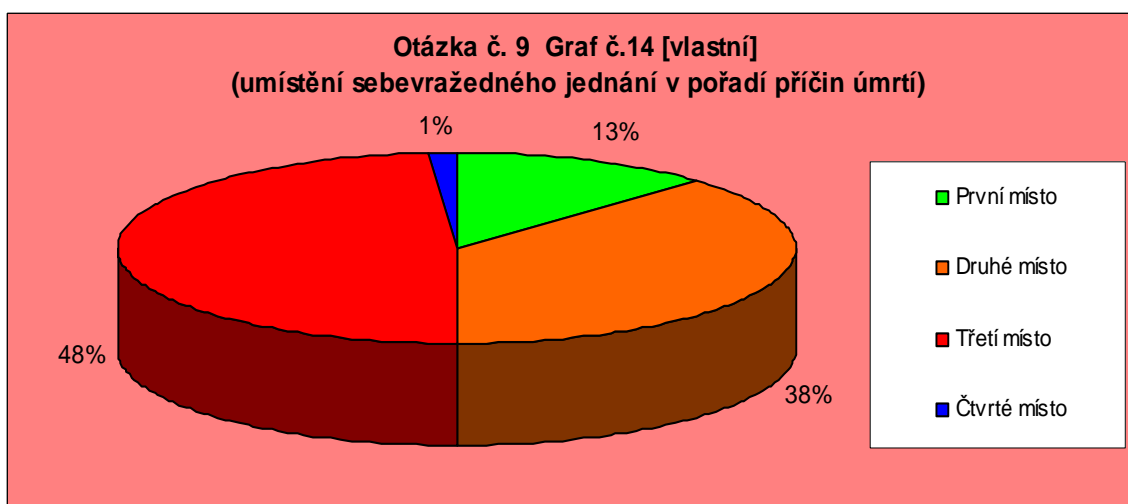
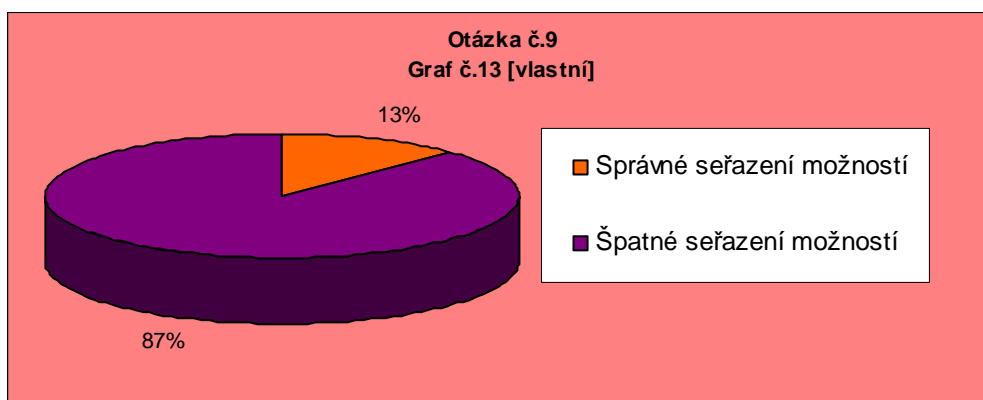
6.4.9 Vyhodnocení otázky č. 9

Seřadte příčiny úmrtí dle počtu zemřelých za rok v ČR od příčiny, která má na svědomí nejvíce zemřelých po tu, která má na svědomí nejméně zemřelých osob:

- a. Autonehody b. Těhotenství, porody a období šestinedělí**
c. Sebevražedné jednání d. Nádorové onemocnění

Zde opět nebyli respondenti příliš úspěšní. U této možnosti 63 respondentů seřadilo příčiny úmrtí špatně a jen pouhých 9 respondentů odpovědělo správně. Zde vyhrál předsudek, že autonehody jsou častější příčinou úmrtí než sebevraždy, ovšem pravda je opakem. Navíc nevíme, kolik autonehod je špatně prošetřených sebevražedných činů. I přesto ve statistikách sebevraždy vítězí. Co jsem neočekávala, byl fakt, že 50% respondentů postaví autonehody dokonce i před nádorové onemocnění.

Grafické znázornění otázky č. 9 včetně procentuálního rozložení:



6.4.10 Vyhodnocení otázky č. 10

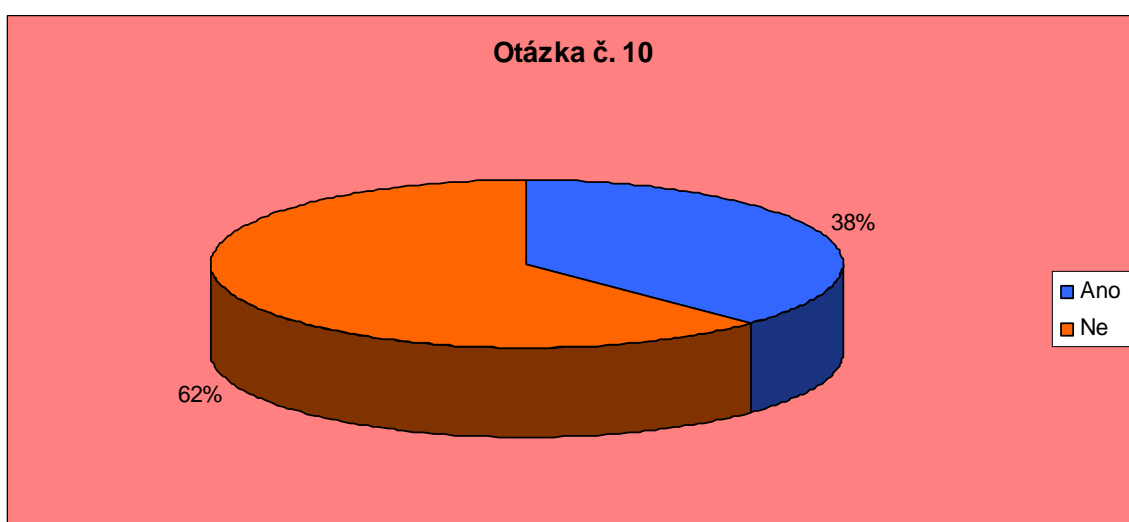
Měli jste možnost během studia, kurzů zajištěných Vaším zaměstnavatelem, či jiných studijních činnostech zajištěných Vaším zaměstnavatelem na ZZS (semináře, příručky, přednášky aj.) se seznámit s technikami, jak komunikovat s osobou, která právě chce spáchat sebevraždu?

a. Ano

b. Ne

Uznávám, že u této otázky jsem očekávala horší čísla. Přesto je však velmi smutné, že jen 27 respondentů ze 72 je alespoň v minimální míře proškoleny, jak komunikovat s osobou, která chce právě ukončit svůj život. Když si to převedeme do dramatictější situace, pokud osoba stojící na kraji střechy bude chtít skočit, má 62 % možnost, že k ní přistoupí záchranář, který ví, jak s ní komunikovat a přesvědčit ji o odvrácení se od takového činu, a to nepočítám pravděpodobnost, zda je těch 62% dostatečně proškolených, jelikož - co nám dá příručka! Na takové techniky by dle mého názoru měly být povinné kurzy, semináře a jiné způsoby, kdy dostaneme od odborníků vzácné rady a prakticky si celý rozhovor nacvičíme. Teorii se zvládne naučit každý, ale použít ji v praxi, to je již jiný oříšek.

Grafické znázornění otázky č. 10 včetně procentuálního rozložení:



Graf č. 15 [vlastní]

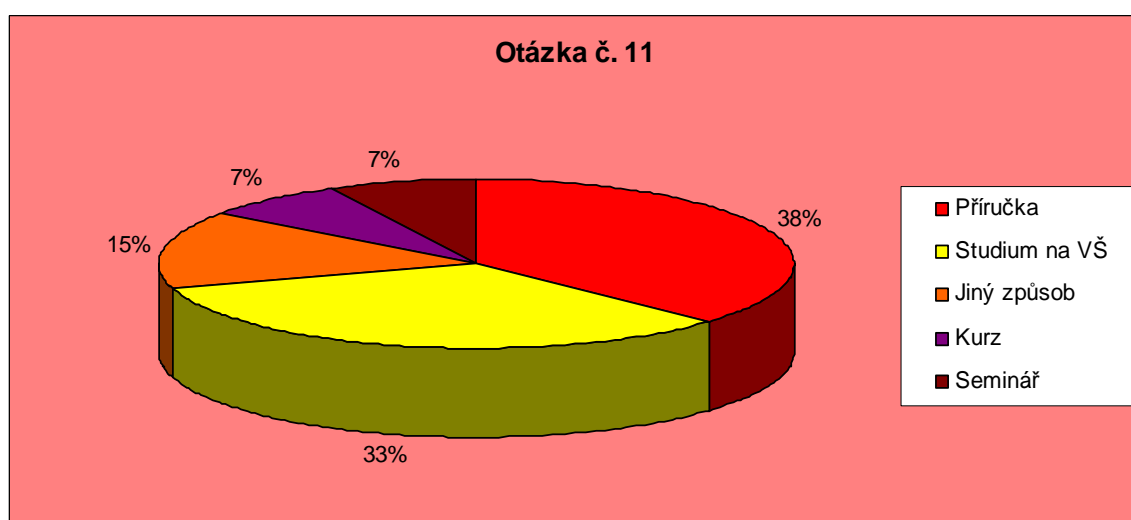
6.4.11 Vyhodnocení otázky č. 11

Pokud ano – jakým způsobem Vám byly předány informace: (možno zakroužkovat více možností)

- a. Během vyučování na VŠ***
- b. Kurz***
- c. Seminář***
- d. Příručka***
- e. Jiný způsob***

Pouhých 27 pracovníků ZZS bylo seznámeno se specifiky komunikace se suicidálním jedincem. Byla jsem překvapena, že 9 osob se opravdu seznámilo s technikami komunikace se sebevražedným jedincem na vysoké škole, což je celkem neobvyklé. O sebevražedném jednání se ve vyučování častokrát vyučující zmíní, ale nesetkala jsem se ještě s výukou komunikace se suicidantem. Překvapila mě dokonce odpověď 4 respondentů, jež navštívili seminář nebo kurz, což je pro mě nejuznávanější forma výuky technik komunikace. Zklamala mě však skutečnost, že v největším počtu skutečně vyhrávají příručky. Domnívám se, jak jsem již napsala výše, že jsou celkem bez efektu a měly by být jistým základem, kterým by měl projít každý pracovník ZZS, ovšem jistě ne dostačujícím způsobem vzdělávání v dané problematice.

Grafické znázornění otázky č. 11 včetně procentuálního rozložení:



Graf č. 16 [vlastní]

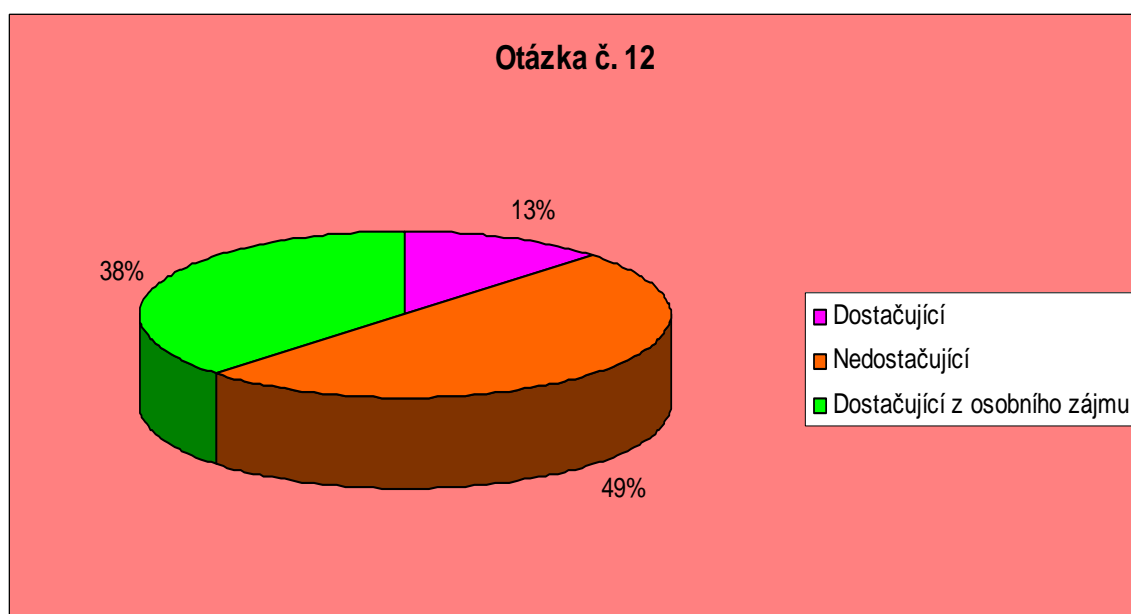
6.4.12 Vyhodnocení otázky č. 12

Máte dojem, že informace, které máte v oblasti psychologie směřované na sebevražedné jednání, které jste během svého studia a praxe na ZZS získal/a jsou:

- a. Dostačující***
- b. Nedostačující***
- c. Dostačující, ale jen z důvodu osobního zájmu, nikoliv z informací zajištěných v rámci studijních aktivit a školicích akcí od zaměstnavatele ZZS***

Myslím, že k této otázce není nic již nutno dodávat. Je zřejmé, že v případě, kdy 36 respondentů ze 72 své dovednosti a vědomosti hodnotí jako nedostačující, dostatečnost vzdělávání pracovníků ZZS mluví sama za sebe. Navíc dalších 27 respondentů své znalosti hodnotí dostačující jen z osobního zájmu a jen 9 respondentů se domnívá, že mají dostačující vzdělání v této problematice. Otázkou ovšem je, zda se jejich pocit rovná skutečnosti.

Grafické znázornění otázky č. 12 včetně procentuálního rozložení:



Graf č. 17 [vlastní]

6.4.13 Vyhodnocení otázky č. 13

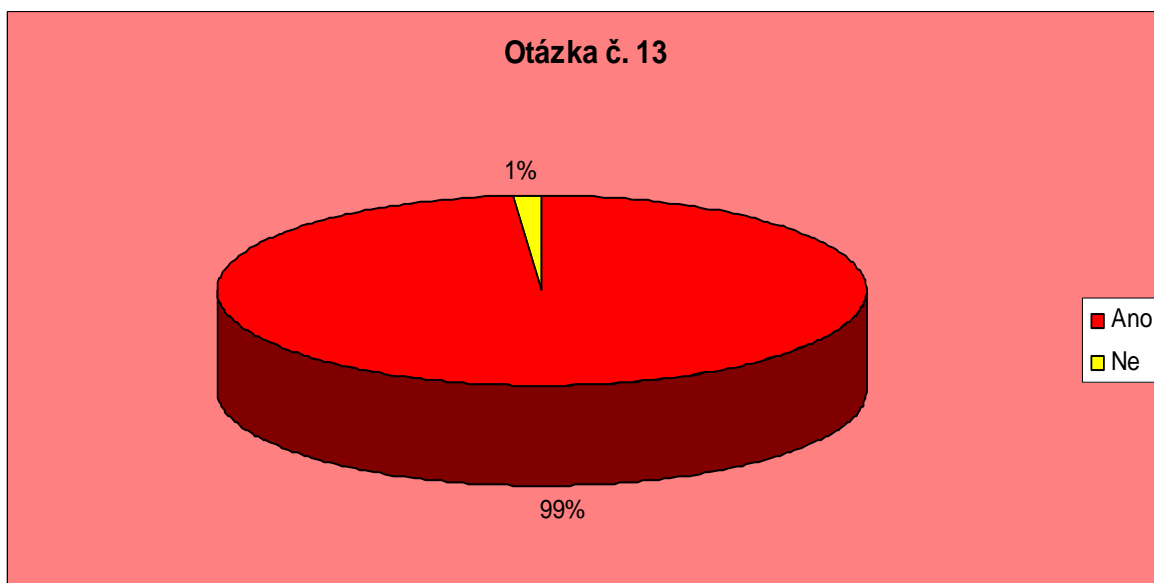
Myslíte si, že by se během studia VŠ pro obor Zdravotnický záchranář, ale i pro jiné zdravotnické obory, měla věnovat větší pozornost vyučování o sebevražedném jednání a komunikaci s osobou s rizikem dokonání sebevraždy?

a. Ano

b. Ne

Zde se všichni až na jednoho respondenta shodli v kladné odpovědi, dle mého názoru mají pravdu a jsem ráda, že pracovníci ZZS uznávají důležitost této problematiky pro své povolání.

Grafické znázornění otázky č. 13 včetně procentuálního rozložení:



Graf č. 18 [vlastní]

6.4.14 Vyhodnocení otázky č. 14

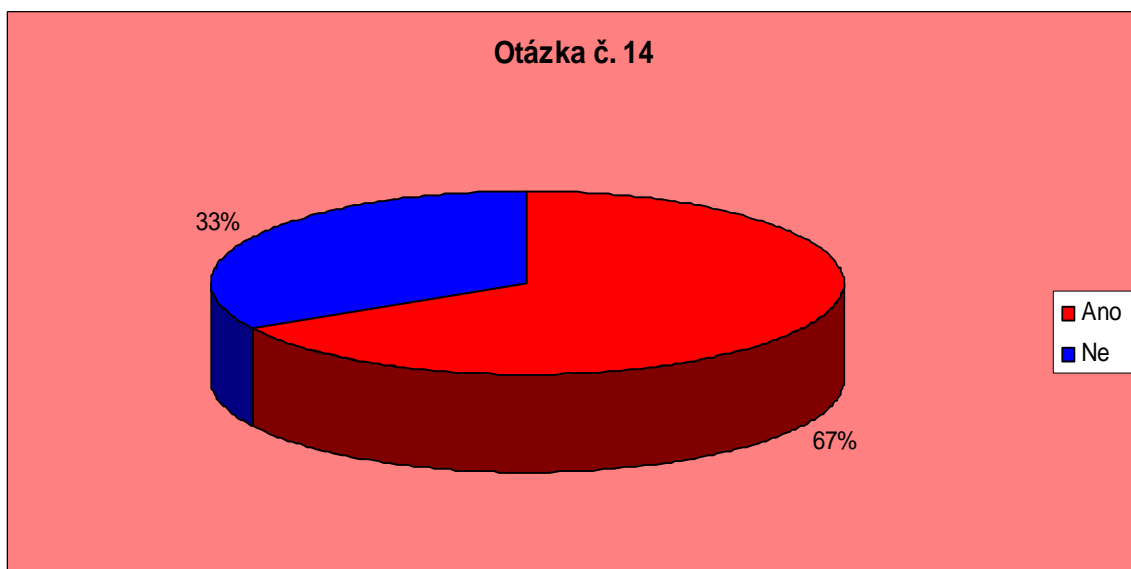
Setkali jste se již při výjezdu se ZZS se sebevražedným jednáním:

c. Ano

d. Ne

Zde je připraven graf, jenž poukazuje na skutečnost, že se nejedná jen o mou domněnku a že se pracovníci ZZS opravdu častokrát ve své práci setkávají se sebevražedným jednáním. 48 respondentů ze 72 se opravdu již během své praxe minimálně jednou setkali se suicidálním jednáním. Do grafu jsem zahrnula všechny respondenty, samozřejmě jsem se však zaměřila i na pracovníky, kteří mají menší praxi u ZZS než jeden rok. Výsledky byly však podobné, jelikož se jednalo jen o pět respondentů, z kterých se tři respondenti s touto problematikou v praxi setkali a dva nikoliv.

Grafické znázornění otázky č. 14 včetně procentuálního rozložení:



Graf č. 19 [vlastní]

6.4.15 Vyhodnocení otázky č. 15

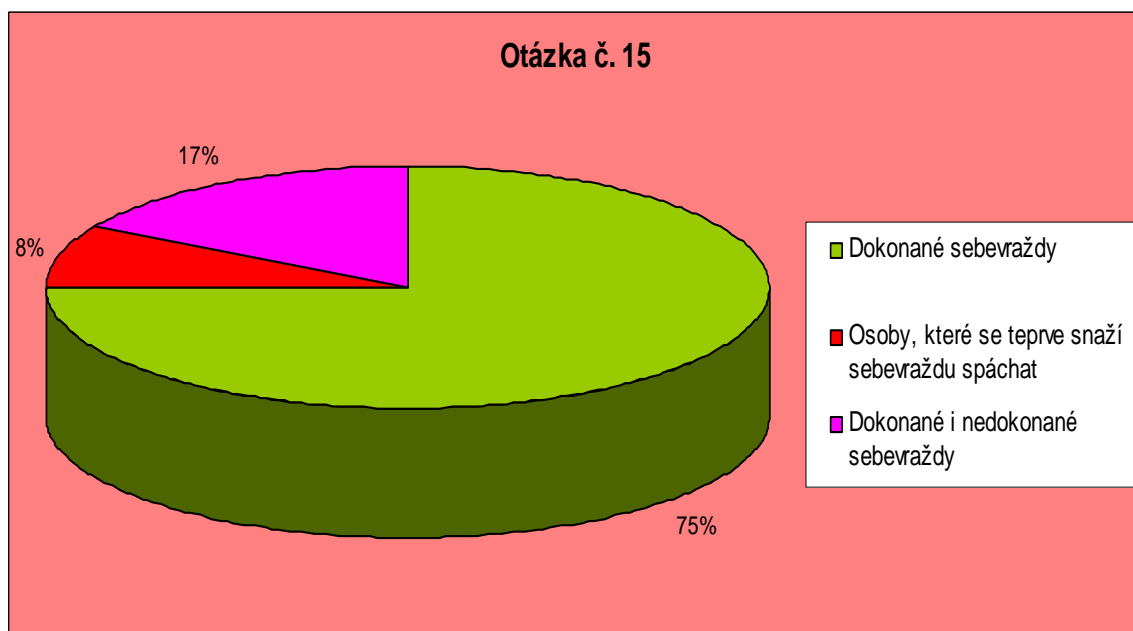
Setkáváte se častěji již s dokonanými sebevraždami, či spíše s osobami, které se teprve snaží sebevraždu spáchat:

a. Dokonané sebevraždy

b. Osoby, které se teprve snaží sebevraždu spáchat

Od této otázky pracuji již jen se 48 respondenty, poněvadž zbylých 24 respondentů se během své praxe se sebevražedným jednáním nesešlo. Ověřila jsem si zde svůj předpoklad, že pracovníci ZZS se setkávají častěji s dokonanými sebevraždami, což byla možnost, jakou zvolilo 36 respondentů. Byla jsem však překvapená, jaký podíl respondentů se již setkala s osobami, kteří se o sebevražedný čin teprve pokoušejí. Druhou možnost zvolili 4 respondenti. Do těchto počtů není ovšem zahrnuto 8 respondentů, kteří se již setkali s oběma případy.

Grafické znázornění otázky č. 15 včetně procentuálního rozložení:



Graf č. 20 [vlastní]

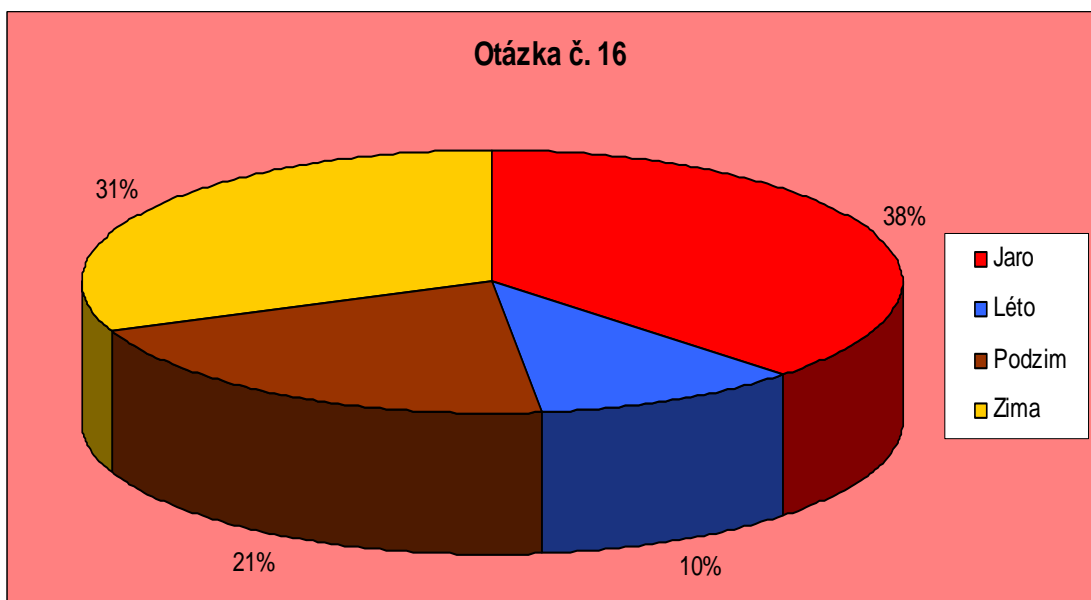
6.4.16 Vyhodnocení otázky č. 16

V kterém období jste nejčastěji vyjížděl/a k sebevražednému jednání, ať již dokonanému či nedokonanému:

- a. Jaro*
- b. Léto*
- c. Podzim*
- d. Zima*

Za nejčastější období výjezdu ZZS k suicidálnímu jednání bylo označeno jaro, které volilo 18 respondentů ze 48. Hned za ním s velmi malým rozdílem v počtu respondentů byla zima, kterou označilo 15 dotázaných. Podzim se postavil na třetí místo, a to s 10 respondenty. Za nejméně časté období k výjezdu ZZS k suicidálnímu jednání bylo označeno léto, které volilo pouhých 5 respondentů.

Grafické znázornění otázky č. 16 včetně procentuálního rozložení:



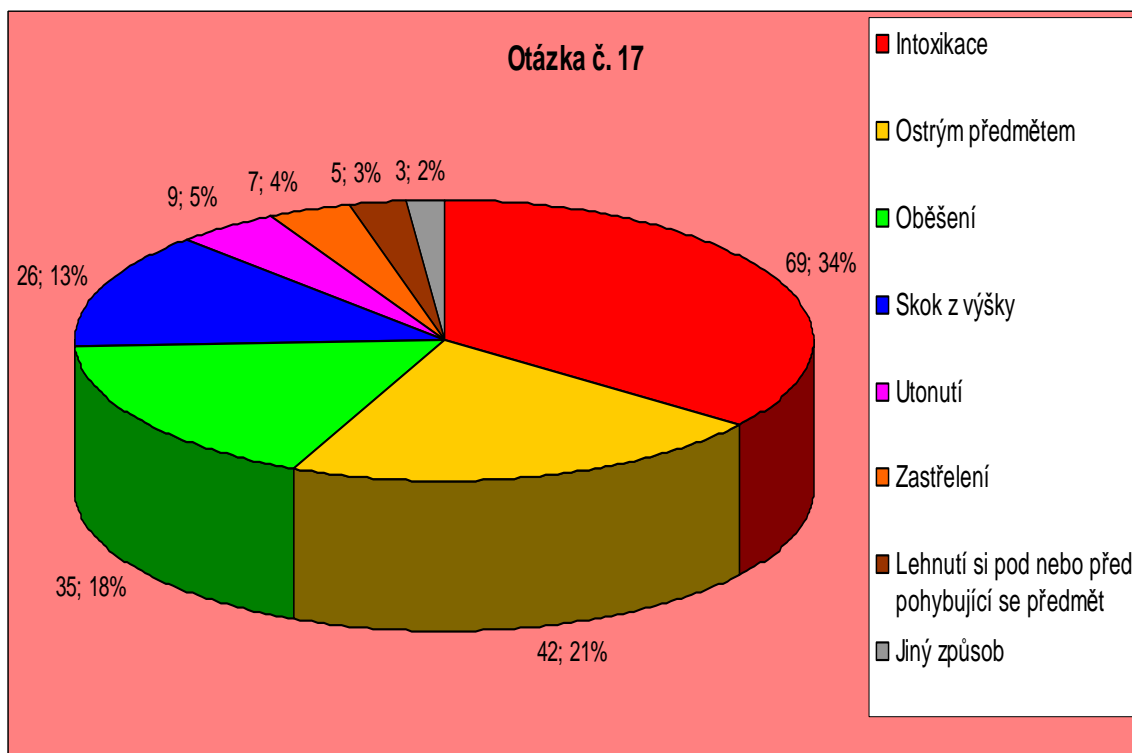
Graf č. 21 [vlastní]

6.4.17 Vyhodnocení otázky č. 17

S kterým způsobem sebevražedného jednání a kolikrát za svou praxi na ZZS setkal/a: (možno zakroužkovat více možností – za každou zatrhnutou možnost napište číslo, které označuje, kolikrát jste se se situací setkal/a)

- | | |
|--|----------------------------|
| a. Utonutí | e. Skok z výšky |
| b. Intoxikace | f. Zastřelení |
| c. Oběšení | g. Ostrým předmětem |
| d. Lehnutí si pod nebo před pohybující se předmět | h. Jiný způsob |

Cílem této otázky bylo zjištění způsobu sebevražedného jednání, jaké je nejčastějším důvodem výjezdu ZZS. Jelikož je otázka velmi obsáhlá díky bohaté škále druhů sebevražedného jednání, veškeré informace jsou obsaženy v grafu pod textem, tedy procentuální rozložení včetně počtů. Tento počet nás informuje, kolikrát byla možnost zmíněna.



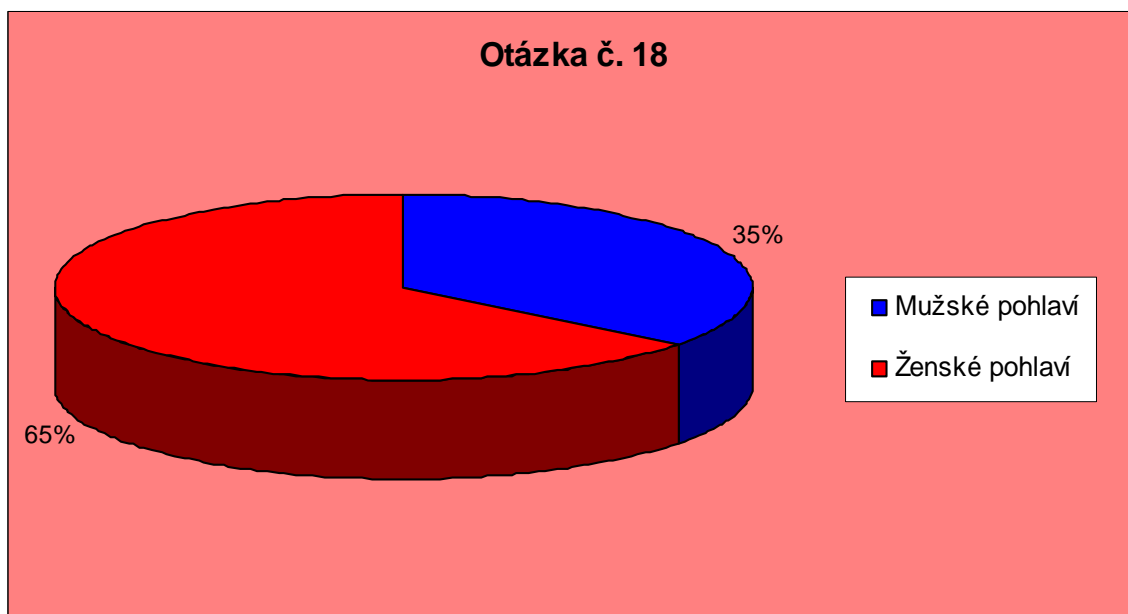
Graf č. 22 [vlastní]

6.4.18 Vyhodnocení otázky č. 18

Vyjížděli jste víckrát k sebevražednému jednání ženy či muže:

Ačkoliv mužské pohlaví umírá z důvodu sebevražedných činů častěji, výjezdy ZZS k suicidálnímu jednání je častější u ženského pohlaví. Mužské pohlaví volilo pouhých 17 respondentů, ženské pohlaví 31 respondentů ze 48. Můj osobní názor je takový, že tato čísla jsou jen výsledkem čísel z otázky sedmnáct. Když vezmeme na vědomí fakt, že nejvyšší procento výjezdů ZZS k sebevražednému jednání je z důvodu intoxikace a poranění ostrým předmětem, je nutné si uvědomit, že tyto způsoby jsou nejvíce typické pro ženy. Navíc se jedná nejčastěji o nedokonané sebevraždy, kdy je suicidant zachráněn. Například typický způsob sebevraždy pro muže, tedy zastřelení, tvoří jen pouhých 7% výjezdů. Zastřelení do některých částí těla má často fatální dopady a po jisté době, pokud suicidant není nalezen v určitém časovém úseku po činu, se jedná často již o práci kriminální služby a soudních znalců.

Grafické znázornění otázky č. 18 včetně procentuálního rozložení:



Graf č. 23 [vlastní]

6.4.19 Vyhodnocení otázky č. 19

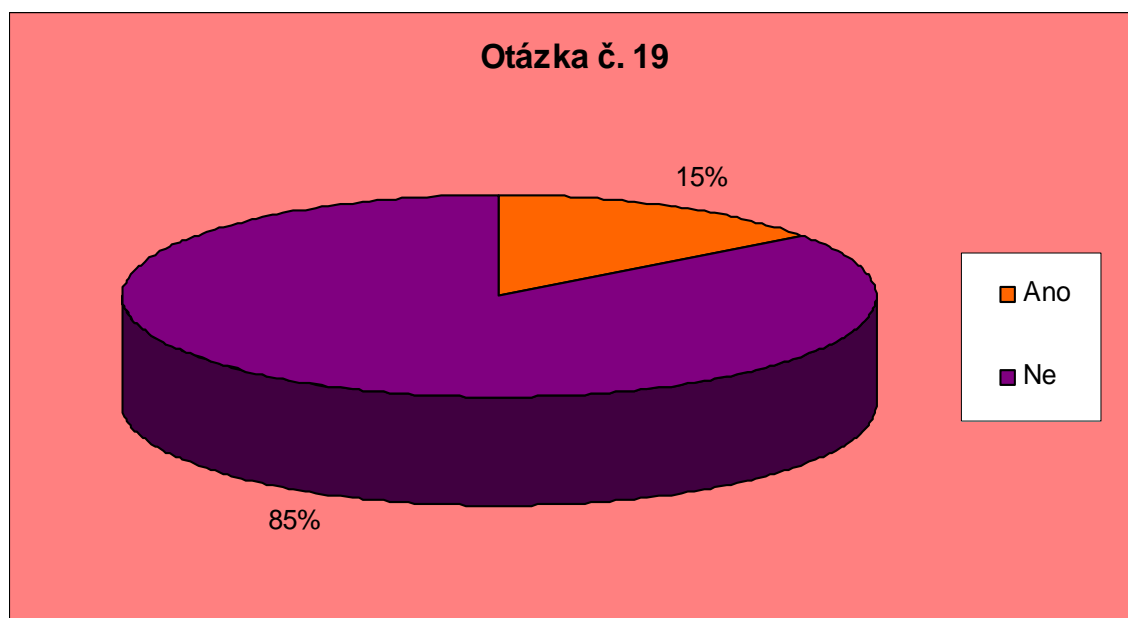
Setkali jste se během své praxe na ZZS se sebevražedným jednáním osoby mladší 14 let:

a. Ano

b. Ne

U této otázky bylo cílem zjistit frekvenci výjezdů ZZS k sebevražednému činu dětí, tedy osob mladších 14 let. Poněvadž i já sama jsem měla tu „čest“ setkat se na praxi se sebevražedným činem jedenáctileté dívky, zajímalo mě, zda se jednalo o náhodu, či rutinu. Ze 48 respondentů se již 7 respondentů setkalo se suicidálním jednáním u osob mladších 14 let. Není to sice veliký počet, ale vezmeme-li v úvahu, jak je sebevražednost osob mladších 14 let ve statistikách nízká, a i přesto se 7 pracovníků ZZS s tímto činem setká, je 15 % velmi děsivý výsledek.

Grafické znázornění otázky č. 19 včetně procentuálního rozložení:



Graf č. 24 [vlastní]

Diskuse

Téma suicidálního jednání jsem si vybrala ze zájmu o psychiatrickou a psychologickou problematiku v urgentní medicíně, ovšem neočekávala jsem, že zpracování práce bude natolik složité.

První a velmi podstatnou problematikou byly podklady k mé absolventské práci. Literatura o suicidálním jednání byla velmi obtížně dostupná. Jediná kniha, jež pojednává pouze o sebevražedném jednání, se jmenuje „Sebevražedné chování“ od Jiřího Koutka a Jany Kocourkové. Tato kniha mi poskytla v převážné míře veškeré informace o sebevražedném chování, ovšem jen z pohledu psychologického a právního, nikoliv z pohledu zdravotnického. Suicidální jednání je součástí téměř každé knihy o první pomoci, urgentní medicíně či sociální patologii, tam však hovoříme o součásti v rozsahu maximálně tří stran A5. Po dlouhém hledání se mi podařilo shromáždit jisté množství podkladů, jež bylo dostačující k mé absolventské práci. Předcházely tomu však dlouhé hodiny v knihovnách různých měst a fakult, mnoho hodin práce s internetem a komunikace s pracovníky psychiatrických oddělení a ČSÚ.

Druhým, velmi závažným problémem, byla neochota pracovníků zdravotnických záchranných služeb, jež jsem žádala o účast v mém výzkumném šetření. Do oběhu jsem poslala více než 300 dotazníků. Nejprve jsem obcházela ZZS v blízkosti svého bydliště osobně. Ovšem setkala jsem se dokonce i s nemocnicí, kde mé dotazníky nebyly odmítnuty ze strany pracovníků ZZS, ale ze strany personálního oddělení, jež mě informovalo o skutečnosti, že mají smlouvu jen s určitými školami, které mohou do jejich nemocnice zasílat své dotazníky v rámci studijního šetření, od jiných osob ani institucí žádné výzkumné šetření nesmí přijmout. Zvolila jsem tedy variantu, že dotazníky budu zasílat i do vzdálenějších měst a krajů poštou, proto jsem ke každému dotazníku přiložila obálku s nadepsanou zpáteční adresou a nalepenou poštovní známkou. Stačilo tedy dotazník jen vyplnit a poslat. Těchto dotazníků se mi vrátilo naprosté minimum. Více než 50% vyplněných dotazníků jsem získala cestou neoficiální, kdy jsem kontaktovala všechny své příbuzné, kamarády, známé a kolegyně v zaměstnání, jež znají jakoukoliv osobu pracující na zdravotnické záchranné službě. Ty dotazníky daly do oběhu a po známostech byla ochota mnohem větší. Ovšem i přes velikou pomoc mé nadřízené v zaměstnání, sestry na Lékařské fakultě v Hradci Králové,

bývalých spolužáků ze Zdravotně sociální fakulty v Českých Budějovicích a ostatních ochotných osob jsem nashromáždila pouhých 72 vyplněných dotazníků. Neochotou dnešní populace jsem byla velmi zklamaná, ale také dosti nervózní z důvodu výrazného zpomalení v dokončení mé absolventské práce.

Domnívám se, že důsledkem nedostupnosti literatury či jiných informačních zdrojů o sebevražedném chování v urgentní medicíně je nedostatečná informovanost pracovníků zdravotnických záchranných služeb v České republice. Prvních devět otázek mnou zpracovaného dotazníku bylo zaměřeno na ověření si mé první hypotézy, jež zní: „ Domnívám se, že pracovníci zdravotnických záchranných služeb nemají dostačující přehled v oblasti suicidálního jednání.“ Ačkoliv jsem očekávala výsledky tragičtější, byly stále neuspokojivé. Pouhé dvě otázky správně zodpověděla více než polovina respondentů, což bylo v procentuálním vyhodnocení 62% tázaných v otázce číslo jedna a 87% respondentů v otázce číslo pět. Uspokojivé jsou ještě otázky číslo tři a čtyři, kde bylo přesně 50% správných a 50% špatných odpovědí. Ostatní otázky mají naprosto tragické výsledky, v otázce číslo dvě bylo 11% správných odpovědí a v otázce číslo šest 1% správných odpovědí. Otázky číslo osm a devět byly poněkud specifické, jelikož jsem vyhodnocovala vždy dva faktory. V otázce číslo osm se nikomu z respondentů nepodařilo správně seřadit četnost použití jednotlivých způsobů sebevražedného jednání - a co hůře - jen 25% respondentů dokázalo zvolit správně nejčastější způsob suicidálního jednání. V otázce číslo devět se podařilo pouhým 13% respondentů správně seřadit příčiny úmrtí dle počtu zemřelých za rok, ovšem 38% tázaných se podařilo zařadit sebevražedné jednání na správné umístění v pořadí, i přes nesprávnost seřazení možností jako celku. Takové výsledky nepovažuji za dostačující pro informovanost v problematice. První hypotéza se mi dle mého názoru potvrdila.

Druhá hypotéza zněla: „Předpokládám, že minimálně každý druhý pracovník zdravotnické záchranné služby, jenž má alespoň jednoletou praxi ve výjezdových jednotkách, se již při své práci setkal s dokonanou či nedokonanou sebevraždou.“ I tato hypotéza se mi v mém výzkumném šetření potvrdila. Ze 72 respondentů se již se sebevražedným jednáním v praxi setkalo 48 respondentů. Pokud bychom vyčlenili z dotazníkového šetření pracovníky zdravotnických záchranných služeb s menší praxí než je jeden rok, výsledky by byly podobné. Vyčlenili bychom 5 osob, z kterých tři se již

se sebevražedným jednáním setkali a dva nikoliv. Tedy z 67 respondentů s delší praxí se již setkalo se sebevražedným jednáním ve své praxi 45. Což je více než každý druhý.

Třetí hypotéza zněla: „ Dle mého názoru, více než 50 % pracovníků ZZS se během svého celoživotního vzdělávání nesetkali s výukou, jak komunikovat s osobou, jež chce právě ukončit svůj život.“ I má třetí hypotéza byla potvrzená. Na ověření této hypotézy byla zaměřena v mém dotazníku otázka číslo deset, kde 62% respondentů, tedy 45 tázaných ze 72 potvrdilo, že se nikdy během svého studia, ani praxe na ZZS nesetkali s výukou, jak komunikovat s osobou, jež chce právě ukončit svůj život.

Když jsem sbírala informace ke své absolventské práci, často jsem narážela na tematiku mýtů o sebevraždách. Myslím si, že se jedná o celkem zajímavé a vážné téma v této problematice, ovšem ve své práci jsem se mu nevěnovala, jelikož bych již příliš prostupovala do problematiky psychiatrického a psychologického pohledu na sebevražedné jednání a utlumila bych jím tak zásadní ukotvení své práce do problematiky urgentní medicíny. Ze zvědavosti jsem ovšem rozpoutala diskuzi na toto téma mezi přáteli. Překvapující bylo zjištění, že na jisté teorie je doopravdy nahlíženo jako na pravdivé a opak je skutečnou pravdou. Jedná se často o názory, které mohou laické populaci zabránit povšimnutí si rizika suicidálního jednání u jejich rodinných příslušníků, známých, přátel, partnerů, ale klidně i ve skupinách neznámých osob. Ze začátku se mi tato tematika nejevila jako zásadní, ale později jsem si uvědomila, že odstranění těchto mýtů ze společnosti by mohlo zachránit mnoho životů a je dosti možné, že jejich existence již mnoho životů stála. Zde je pár zajímavých mýtů, které se v mém malém neoficiálním osobním šetření mezi kolegyněmi a známými potvrdily:

- a) Není pravda, že člověk, který o sebevraždě mluví, ji nikdy nespáchá, ba naopak cca 60% těchto lidí doopravdy podnikne suicidální čin. [<http://psychologie.cz>, 20]
- b) Druhý mýtus je, že komunikace se sebevražedným jedincem na téma jeho plánovaného činu vše jen uspíší, ovšem pravda je taková, že pojmenování jeho činu a debata o něm je velmi důležitá a pro suicidanta to znamená jisté odlehčení. [<http://psychologie.cz>, 20]
- c) Také není pravdou, že osoba, která se již jednou o sebevraždu pokusila, si to pro příště snadněji rozmyslí, asi 20% lidí, kteří se

již o sebevraždu jednou pokusili, si rekapitulaci činu udělají mnohem snadněji. [<http://psychologie.cz>, 20]

- d) Kdo chce spáchat sebevraždu, nehledá před tím pomoc. To je častý názor, ovšem většina lidí, kteří již spáchali sebevraždu, před svým činem hledali lékařskou, či přátelskou pomoc. [KOUTEK, KOCOURKOVÁ, 2003]
- e) Děti nedokáží spáchat sebevraždu. To je mýtus, který může mít na svědomí mnoho suicidálních činů dětí a adolescentů, jejichž sebevražednost v posledních letech stoupá. [KOUTEK, KOCOURKOVÁ, 2003]

Závěr

Práce s problematikou výjezdů zdravotnických záchranářů k psychiatrickým případům mi přišla velice zajímavá a přínosná. Myslela jsem, že mé vědomosti v této problematice jsou celkem dostačující z důvodů mého osobního zájmu, ale stále jsem při shromažďování a pročitání materiálů objevovala nové informace, které mé dosavadní vědomosti neustále obohacovaly. Hlavní cíl své práce jsem splnila. Díky svému dotazníkovému šetření jsem zhodnotila orientaci pracovníků ZZS v této problematice. Ovšem zhodnocení orientace pracovníků v tématice suicidálního jednání bylo součástí i mé hypotézy, její potvrzení jsem rozebrala ve své diskusi. Co se týče dílčích cílů mé práce, mám pocit, že jsem dostatečně poukázala i na důležitost daného problému v práci na ZZS. Kdo se zúčastnil mého dotazníkového šetření, si jistě uvědomil, že tato problematika je i součástí jeho povolání, i přes to, že pracuji v oboru, jenž se vymyká přímému zařazení do psycho – sociální skupiny. Kdo odmítl dotazník vyplnit, snad se alespoň zamyslel, zda je pravdou, že tato tematika se týká i jeho praxe ve zdravotnictví. Můj cíl zhodnocení hypotéz byl již také splněn, ověření či neověření jednotlivých hypotéz jsem rozebrala též v diskusi.

Problémem se částečně jevil můj dílčí cíl, jenž se týká poskytnutí informací o komunikaci s osobou, která se právě chystá ukončit svůj život. Cíl nebyl přímo specifikován na jistou skupinu a je pravdou, že této tématice jsem ve své práci věnovala celou podkapitolu. Má představa byla však mířená i na pracovníky zdravotnických záchranných služeb a je málo pravděpodobné, že se k této skupině moje práce dostane. Cíl byl sice splněn, ale mně osobně způsob jeho splnění neuspokojil. Proto jsem se rozhodla pro svůj osobní zájem s pomocí odborníků sestavit jednoduchou a výstižnou brožuru, jež bude shrnovat zásadní pravidla v komunikaci se sebevražedným jedincem a brožury rozeslat, minimálně alespoň na krajská operační střediska zdravotnických záchranných služeb.

Při mé práci mě zaujal citát ruského publicisty, jenž definuje společnou příčinu každé sebevraždy: „ Příčinou každé sebevraždy bývá nešťastná láska – někdy k ženě, a vždy k životu.“ [<http://cituj.cz/>, 21] Dle mého názoru se jedná o velmi výstižnou citaci, ať je již důvod sebevraždy jakéhokoliv druhu, každá sebevražda má stejnou příčinu. Suicidant přestane mít rád život a hlavně si jej přestane vážit. Dle mého názoru, při

terapii i komunikaci s osobou, jež má v úmyslu zemřít, by neměl být hlavním cílem jej přesvědčit o důvodech, proč tento čin nedotáhnout do konce, ale vyvolat u sebevražedného jedince lásku životu a přivést jej na cestu uvědomění si, jaký je život dar, jenž není hodno odevzdávat.

Zusammenfassung

Ich wähle zur Bearbeitung die meinen Absolventenarbeit das Thema: „ Die selbstmörderische Handlung und die ihre Stellung in der Urgentmedizin“ aus. Dieses Thema wähle ich aus, weil die selbstmörderische Handlung in meinen Familien und in dem Kreis meine Freude oft tretet auf. Ich habe auch das freiwillige Praktikum in der psychiatrischen Abteilung im Krankenhaus in Mündung über die Elbe gemacht. Ich habe gedacht, dass bei dem Studium den Rettungsassistent mit dieser Problematik nur selten mich treffe, aber das Gegenteil ist wahr. Ich habe im erste Studienjahr binnen das vierzigstunede Praktikum im Notfalldienst mit den zweien Vorfällen des Selbstmordversuchs getroffen, im einen Vorfall hat es sogar von dem Mädchen sich gehandelt, das erst elf Jahre alt war. MUDr. Et RNDr. Petr Wagner hat uns im zewite Studienjahr auf den Fakt hingewiesen, dass die selbstmörderische Handlung in den Statistiken auf dem Gewissen mehr des Tod's als die Verkehrsunfälle hat. In der diesen Zeit habe ich von den schokierenden Statistiken interessieren beggonen und ich habe festgestellt, dass diese Problematik ist für den Rettungsassiestent in der Praxis gar nicht fremd.

Die Weltgesundheitsorganisation hat im Jahr 1968 diese Definition aufgenommen: „ Die selbstmörderische Handlung ist der Anschlag gegen die eigene Person mit dem verschiedenen Grad des Vorhabens sterben. Der Selbstmord ist dann die selbstzerstörerische Handlung mit dem fatalen Resultat.“ Die selbstmörderiche Handlung enthält die vielen Weisen z.B. die Aufhängen, der Sprung aus einer Höhe, die Intoxikation, der Sprung unter einen Zug, die Schiessen, der Selbstmord der scharfen Sache, die Ertrinken, die Verbrennung usw. Die häufigste Weise des Selbstmords ist die Strangulation also die Aufhängen. Die Statistiken argumentieren, dass die Männer öfter aufgrund des Selbstmords als die Frauen sterben. Die Studien setzen doch voraus, dass die Frauen die Selbstmorde öfter als die Männer verrüben. Die Frauen benutzen doch öfter die Weisen weniger sicher z.B. die Intoxikation mit den Medikamenten, wo ist die grosse Chance auf die Rettung. Die Männer benutzen meistens die Weisen mehr sicher z.B. die Schusswaffe oder die Aufhängen, wo ist die minimale Chance auf die Rettung.

Die selbstmörderische Handlung ist die schwierige Problematik. Es existiert die wenigen Publikationen, die direkt der selbstmörderischen Handlung sich befassen. Das ist der Grund, warum war die Bearbeitung dieses Themas für mich schwer.

Ich arbeite bei der Bearbeitung des theoretischen Teils der Absolventenarbeit mit den Büchern, mit den Zeitschriften, mit dem Internet und ich kontaktiere die tschechische statistische Behörde.

Ich habe bei der Bearbeitung des praktischen Teil der Absolventenarbeit die fragebogene Ermittlung ausgenutzt. Ich habe die Fragebogen in die Rettungsdienste verschenkt, sie waren den Krankenschwestern, den Rettungsassistenten und den Ärzten in den ausgehenden Einheiten bestimmt. Die Fragebogen waren auf die Informiertheit die Mitarbeiter der Rettungsdienste in dieser Problematik und ihre Ansicht auf die Hinlänglichkeit oder auf die Unzulänglichkeit der Ausbildung der Mitarbeiter der Rettungsdienste in dieser Problematik konzentriert. Auch hatten sie durchforschen, wie oft kommen die Mitarbeiter der Rettungsdienste mit der selbstmörderischen Handlung in die Praxis zusammen. Ich habe die Fragebogen mehr als 300 verschenkt, es hat die ausgefüllten Fragebogen mir 72 zurückgekommen. Die Mitarbeiter haben die Fragebogen mir aus der Rettungsdienst in Valašské Meziříčí, Vsetín, Zlín, Olomouc, Nový Jičín, Ostrava, Opava, České Budějovice, Přerov, Most, Ústí nad Labem, Plzeň, Hradec Králové, a Pardubice ausgefüllt. Meine Hypothese war, dass die Mitarbeiter der Rettungsdienste mit dieser Problematik oft zusammenkommen, aber zugleich sind sie in dieser Problematik nicht hinlänglich ausbilden, aber sie möchten besser in dieser Problematik ausbilden. Meine Hypothese bestätigt sich. Die wichtige Ergebnisse sind der meinen Forschung: 67% der Mitarbeiter der Rettungsdienste treffen sich in seiner Praxis mit der selbstmörderische Handlung, 62% der Mitarbeiter der Rettungsdienste treffen sich mit dem Unterricht von der Kommunikation mit dem Selbstmörder nicht, 99 % der Mitarbeiter der Rettungsdienste denken, dass die grössere Aufmerksamkeit des Unterrichts von der Kommunikation mit dem Selbstmörder und von der selbstmörderische Handlung widmen hätte.

Die Schlüsselwörter:

die selbstmörderische Handlung – die Urgentmedizin – der Rettungsassistent – der Rettungsdienst - die Weltgesundheitsorganisation - die Aufhängen - der Sprung aus einer Höhe - die Intoxikation - der Sprung unter einen Zug - die Schiessen - der

Selbstmord der scharfen Sache - die Ertrinken - die Verbrennung - die tschechische
statistische Behörde - die fragebogene Ermittlung - die ausgehende Einheit – die
Mitarbeit – der Fragenbogen – die Hypothese – der Unterricht – der Selbstmörder –
die Aufmerksamkeit – die Forschung

Bibliografie

Monografie:

1. AMÉRY, Jean. *Vztáhnout na sebe ruku*, Praha : Prostor, s. r. o., 2010. 191 s. ISBN 978-80-7260-230-8.
2. BYDŽOVSKÝ, Jan, *Akutní stavy v kontextu*, 1. vyd. Praha : Triton, 2008. 417 s. ISBN 978-80-7254-815-6.
3. DOBIÁŠ, Viliam. *Urgentní zdravotní péče*, 1. české vyd. Martin : Osveta, spol. s. r. o., 2007. 180 s. ISBN 978-80-80-63-258-8.
4. FISCHER, Slavomil. ŠKODA, Jiří. *Sociální patologie*, 1. vyd. Praha : Grada Publishing, a. s., 2009. 224 s. ISBN 978-80-247-2781-3.
5. FRANKEL, Bernard., KRANZOVÁ, Rachel. *O sebevraždách*, Praha : NLN, s. r. o., 1998. 149 s. ISBN 80-7106-234-0.
6. CHROMÝ, Zdeněk. *Moudrost podle abecedy*, 1. vyd. Brno : Unis Publishing s. r. o., 1997. 711 s. ISBN 80-86097-10-2.
7. KOUTEK, Jiří., KOCOURKOVÁ, Jana. *Sebevražedné jednání*, 1. vyd. Praha : Portál, s. r. o., 2003. 127 s. ISBN 80-7178-732-9.
8. LUKÁŠ, Jindřich a kol. *Tracheostomie v intenzivní péči*, 1. vyd. Praha : Grada Publishing, a.s., 2005. 120 s. ISBN 80-247-0673-3
9. MONESTIER, Martin., *Dějiny sebevražd*, 1. vyd. Praha : dubbuk, 2003. 414 s. ISBN 80-903001-8-9.
10. POKORNÝ, Jiří. *Lékařská první pomoc*, 1. vyd. Praha : Galén, 2003. 354 s. ISBN 80-7262-214-5
11. ŠÁMAL, Pavel a kol. *Trestní zákoník II. § 140 až § 421. Komentář*. 1. vyd. Praha : C. H. Beck, 2010, 2011 s., ISBN: 978-80-7400-178-9
12. VODÁČKOVÁ, Daniela a kol. *Krizová intervence*, 2. vyd. Praha : Portál, s. r. o., 2007. 544 s. ISBN 978-80-7367-342-0.
13. ZADÁK, Zdeněk., HAVEL, Eduard a kol. *Intenzivní medicína na principech vnitřního lékařství*, 1. vyd. Praha : Grada Publishing, a. s., 2007. 336 s. ISBN 978-80-247-2099-9.

- 14.** ZEMAN, Miroslav a kol. *Chirurgická propedeutika*, 2. přepracované doplněné vyd. Praha : Grada Publishing a.s., 2003. 524 s. ISBN 80-7169-705-2

Články ze sériové publikace:

- 1.** MÜLLEROVÁ, Zuzana. Nesnesitelná těžkost bytí. *Psychologie dnes*, 2007, 13. ročník, 5. číslo, 60 s. ISSN 1212-9607.

Elektronické dokumentace:

- 1.** *Sebevražda, web z rodiny psychoweb.cz – informace a pomoc*. PhDr. PETERKOVÁ, Michaela. [online]. 2008 – 2011 [cit. 2011 – 9 - 26]. Dostupný z WWW: <http://www.sebevrazda.psychoweb.cz/>
- 2.** *Český statistický úřad, Tisková konference, Český statistický úřad, 16. září 2011*. Ing. POLÁŠEK, Vladimír. [110915 – Sebevrazdy.ppt]. 19.9.2011 [cit. 2011 – 10 - 2]. Dostupné z WWW: [http://www.czso.cz/csu/tz.nsf/i/prezentace_z_tk_sebevrazdy_v_cr/\\$File/110915-Sebevrazdy.ppt](http://www.czso.cz/csu/tz.nsf/i/prezentace_z_tk_sebevrazdy_v_cr/$File/110915-Sebevrazdy.ppt)
- 3.** *Český statistický úřad, 5. Sebevraždy podle věku*. Ing. POLÁŠEK, Vladimír. [401211k5.pdf]. 16.9.2011 [cit. 2011 – 10 - 2]. Dostupné z WWW: [http://www.czso.cz/csu/2011edicniplan.nsf/t/ED00352315/\\$File/401211k5.pdf](http://www.czso.cz/csu/2011edicniplan.nsf/t/ED00352315/$File/401211k5.pdf)
- 4.** *Český statistický úřad, 12. Sebevraždy podle vzdělání*. Ing. POLÁŠEK, Vladimír. [401211k12.pdf]. 16.9.2011 [cit. 2011 – 10 - 2]. Dostupné z WWW: [http://www.czso.cz/csu/2011edicniplan.nsf/t/ED00352326/\\$File/401211k12.pdf](http://www.czso.cz/csu/2011edicniplan.nsf/t/ED00352326/$File/401211k12.pdf)
- 5.** *Poradce s.r.o., i-poradce.cz – informační portál, ZÁKONY III / 2009, ZÁKON č.20/1966 Sb. ze dne 17. března 1966 o péči o zdraví lidu*. [online]. 3.1.2009 – 2012 [cit. 2011 – 10 - 20]. Dostupné z WWW: <http://www.i-poradce.cz/SubPages/OtvorDokument/Clanok.aspx?idclanok=98461>
- 6.** *Kurzy.cz, spol. s.r.o. a AliaWeb, spol. s.r.o., Trestní zákoník* [online]. 2000 – 2012 [cit. 2011 – 10 - 20]. Dostupné z WWW: <http://zakony.kurzy.cz/40-2009-trestni-zakonik/cast-2-hlava-1-dil-1/>

7. *Epravo.cz, a.s., ZÁKON ze dne 8. června 2011, kterým se mění zákon č. 141/1961 Sb., o trestním řízení soudním (trestní řád), ve znění pozdějších předpisů* [sb0073-2011.pdf]. 1999 – 2012 [cit. 2011 – 10 - 20]. Dostupné z WWW: <http://www.epravo.cz/dataPublic/sbirky/2011/sb0073-2011.pdf>
8. *Velký lékařský slovník, Maxdorf.* [online]. 2008 – 2012 [cit. 2011 – 11 - 18]. Dostupné z WWW: <http://lekarske.slovniky.cz/lexikon-pojem/klozapin-4>
9. *Lékárna.cz – první internetová lékárna v ČR.* HRSTKA, Pavel. [online]. 2003 – 2012 [cit. 2011 – 12 - 28]. Dostupné z WWW: <http://www.lekarna.cz/lithium-carbonicum-slovakofarma-tbl-100x300mg/>
10. *Velký lékařský slovník, Maxdorf.* [online]. 2008 – 2012 [cit. 2011–12 – 28]. Dostupné z WWW: <http://lekarske.slovniky.cz/pojem/chlorpromazin>
11. *Lékárna Oáza.* Mgr. KAJZAROVÁ, Jana. TRILEK a. s. [online]. 2008 - 2010 [cit. 2011 – 12 – 28]. Dostupný z WWW: <http://www.lekarna-oaza.cz/zbozi/5995327208107/plegomazin-0-5-inj-10x5ml-25mg>
12. *Lékárna.cz – první internetová lékárna v ČR.* HRSTKA, Pavel. [online]. 2003 – 2012 [cit. 2011 – 12 - 28]. Dostupné z WWW: <http://www.lekarna.cz/tisercin-inj-10x1ml-25mg/>
13. *Wikipedie – otevřená encyklopedie.* [online] . 2011 - 2012 [cit. 2011 – 12 – 29]. Dostupné z WWW: <http://cs.wikipedia.org/wiki/Ob%C4%9B%C5%A1en%C3%AD>
14. *Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně, Společnost urgentní medicíny a medicíny katastrof.* MUDr. DRÁBKOVÁ, Jarmila CSc, MUDr. TICHÁČEK, Milan. [online]. 2002 - 2011 [cit. 2011 – 12 – 30]. Dostupný z WWW: <http://www.urgmed.cz/postupy/intoxikace.htm>
15. *Lékárna.cz – první internetová lékárna v ČR.* HRSTKA, Pavel. [online]. 2003 – 2012 [cit. 2011 – 12 - 30]. Dostupné z WWW: <http://www.lekarna.cz/pamba-5x5ml-50mg-injekcni-roztok/>
16. *Lékárna Oáza.* Mgr. KAJZAROVÁ, Jana. TRILEK a. s. [online]. 2008 - 2010 [cit. 2011 – 12 – 30]. Dostupný z WWW: <http://www.lekarna-oaza.cz/zbozi/8594739049000/tensamin-inj-10x5ml-200mg>

- 17.** *Lékárna.cz – první internetová lékárna v ČR.* HRSTKA, Pavel. [online]. 2003 – 2012 [cit. 2011 – 12 - 30]. Dostupné z WWW: <http://www.lekarna.cz/fentanyl-torrex-50mcg-ml-inj-5x2ml-100rg/>
- 18.** *Lékárna.cz – první internetová lékárna v ČR.* HRSTKA, Pavel. [online]. 2003 – 2012 [cit. 2011 – 12 - 30]. Dostupné z WWW: <http://www.lekarna.cz/calcium-chloratum-biotika-inj-5x10ml-10/>
- 19.** *Komora záchranářů zdravotnických záchranných služeb České republiky, Popáleniny pro posádky RZP.* ŠKORŇÁK, Oldřich. [03_3.1POPALENINY_PRO_POSADKY_RZP.ppt]. 23. – 24.3.2011 [cit. 2012 – 1 - 12]. Dostupné z WWW: http://www.komorazachranaru.cz/download/03_3.1POPALENINY_PRO_POSADKY_RZP.ppt
- 20.** *Psychologie.cz – wellnes pro vaši duši, Mýty o sebevraždě.* MUDr. HONZÁK, Radkin CSc. [online]. 29.3.2011 [cit. 2012 – 4 - 4]. Dostupné z WWW: <http://psychologie.cz/myty-o-sebevrazde/>
- 21.** *Cituj.cz – největší český archiv citátů a přísloví.* [online]. 2003 -2012 [cit. 2012 – 4 - 7]. Dostupné z WWW: <http://cituj.cz/Citaty/kat-133.aspx?pg=5>
- 22.** *Dexamed s.r.o. – Medizintechnik rettet Leben.* [online]. 2010 – 2012 [cit. 2012 – 1 - 18]. Dostupné z WWW: www.bexamed.cz/catalogsearch/result/?q=konitomick%C3%A1+souprava
- 23.** *Pfnitzner News – der Spezialist für Ihre Rettungsausrüstung.* [online]. 2006 – 2012 [cit. 2012 – 1 - 20]. Dostupné z WWW: http://www.pfitzner.de/shop/popup_image.php/pID/1344/imgID/0/XTCsid/063048b11ddf7ccf2cdbf633a7559af6
- 24.** *OmniPrax – internetový obchod, Český distributor lékařské techniky.* OMNIPRAX s. r. o. [online] . 1998 -2012 [cit. 2012 – 1 – 29]. Dostupný z WWW: <http://www.omniprax.cz/index.php?kc=SERI7%205-18537>
- 25.** *Medik.cz, wiki.* Medik.cz – portál pro mediky. TURNOVEC, Marek. [online]. 2005 - 2006 [cit. 2012 - 1 - 30]. Dostupný z WWW: http://wiki.medik.cz/wiki/Glasgow_Coma_Scale

Jiné zdroje:

- 1.** *Statistiky sebevraždnosti v ČR.* Český statistický úřad, oddělení informačních služeb a podpory uživatelů, Na padesátém 81, 100 82 Praha 10. Kontakt : Ondřej Košata, ondrej.kosata@czso.cz.

Příloha č. 1

Graf zemřelých na území ČR – porovnání předválečného a poválečného období

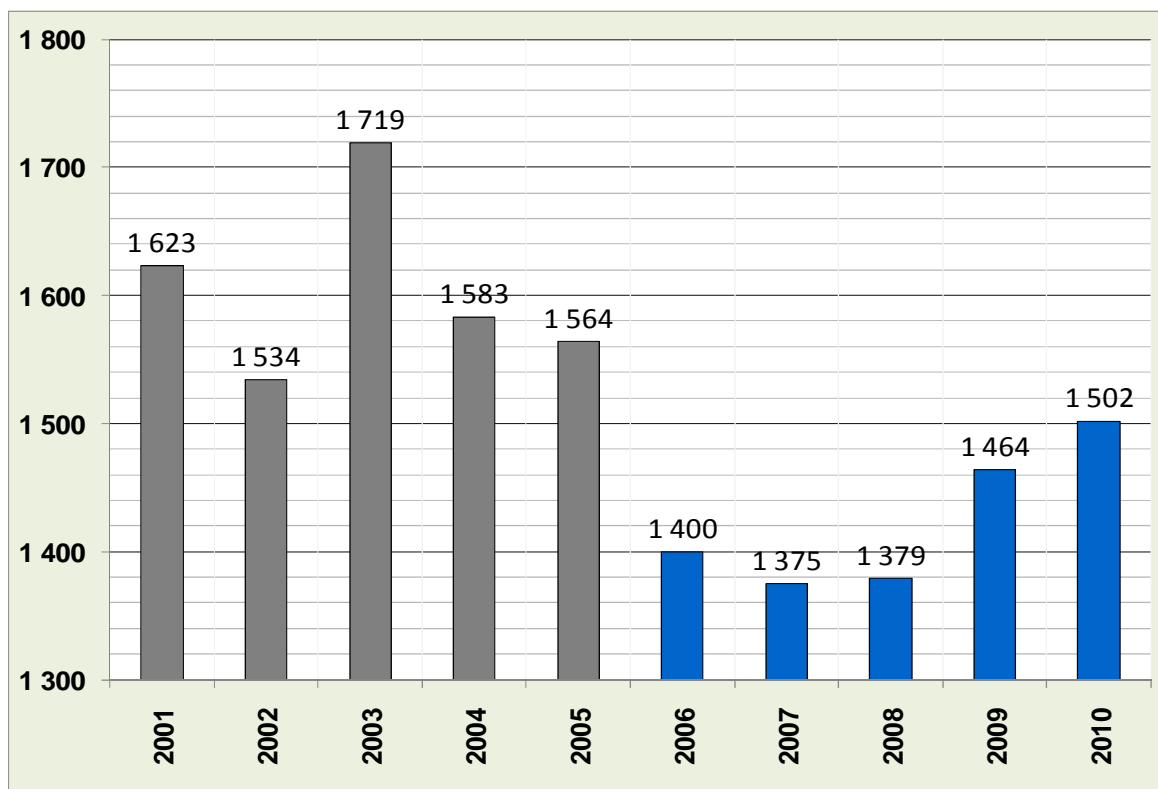
Zdroj informací: [<http://www.czso.cz/>, 2]



Příloha č. 2

Počet dokonaných sebevražd v roce 2001 – 2010

Zdroj informací: [<http://www.czso.cz/>, 2]



Příloha č. 3

Dokonané suicidium dle pohlaví

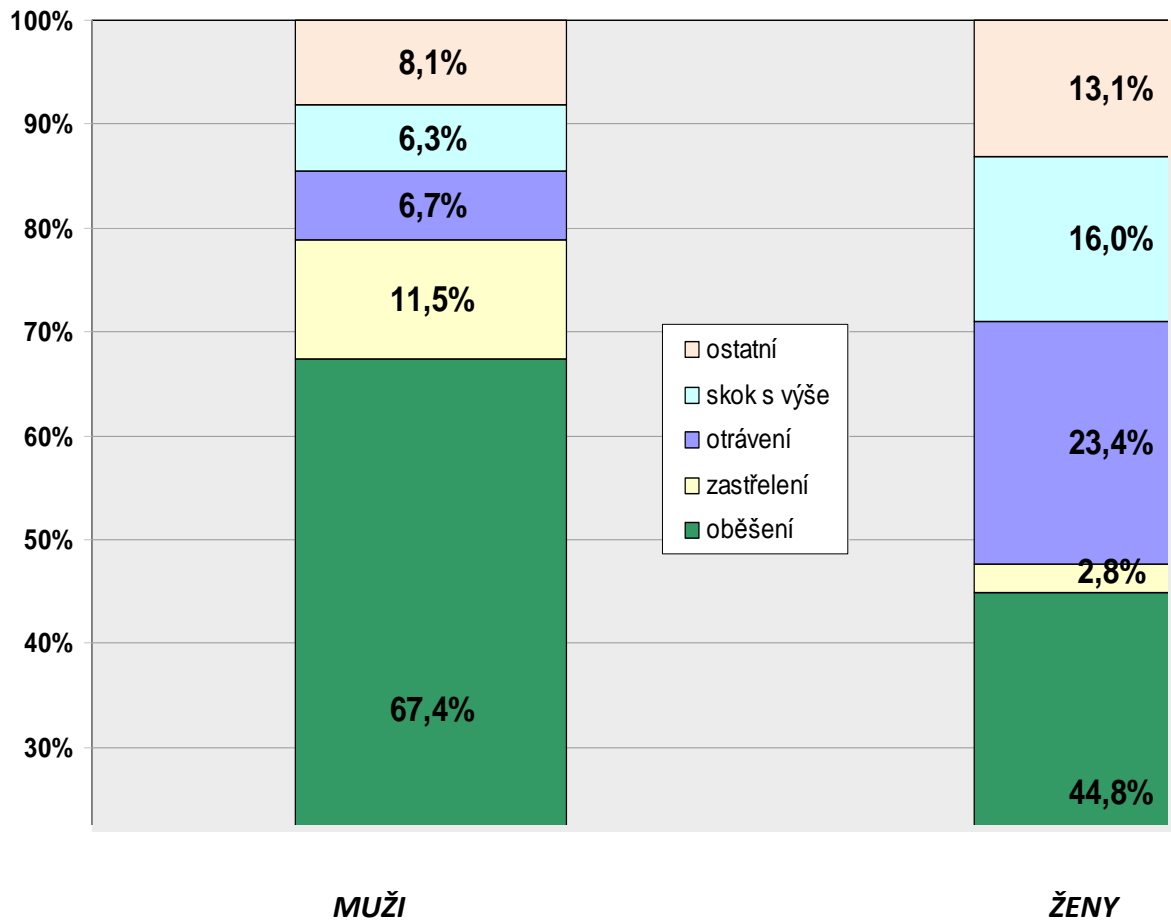
Zdroj informací: [<http://www.czso.cz/>, 2]

Období	Počet		Podíl na celku v %		Počet sebevražd mužů na 1 sebevraždou žen
	muži	ženy	muži	ženy	
1946 - 1950	7 002	3 229	68,4	31,6	2,2
1951 - 1955	7 419	3 246	69,6	30,4	2,3
1956 - 1960	8 325	3 708	69,2	30,8	2,2
1961 - 1965	8 286	3 811	68,5	31,5	2,2
1966 - 1970	9 465	4 191	69,3	30,7	2,3
1971 - 1975	9 027	3 842	70,1	29,9	2,3
1976 - 1980	8 003	3 418	70,1	29,9	2,3
1981 - 1985	7 711	3 098	71,3	28,7	2,5
1986 - 1990	7 080	2 894	71,0	29,0	2,4
1991 - 1995	6 915	2 502	73,4	26,6	2,8
1996 - 2000	6 368	1 738	78,6	21,4	3,7
2001 - 2005	6 433	1 590	80,2	19,8	4,0
2006 - 2010	5 887	1 233	82,7	17,3	4,8

Příloha č. 4

Procentuální rozložení sebevražd dle způsobu provedení

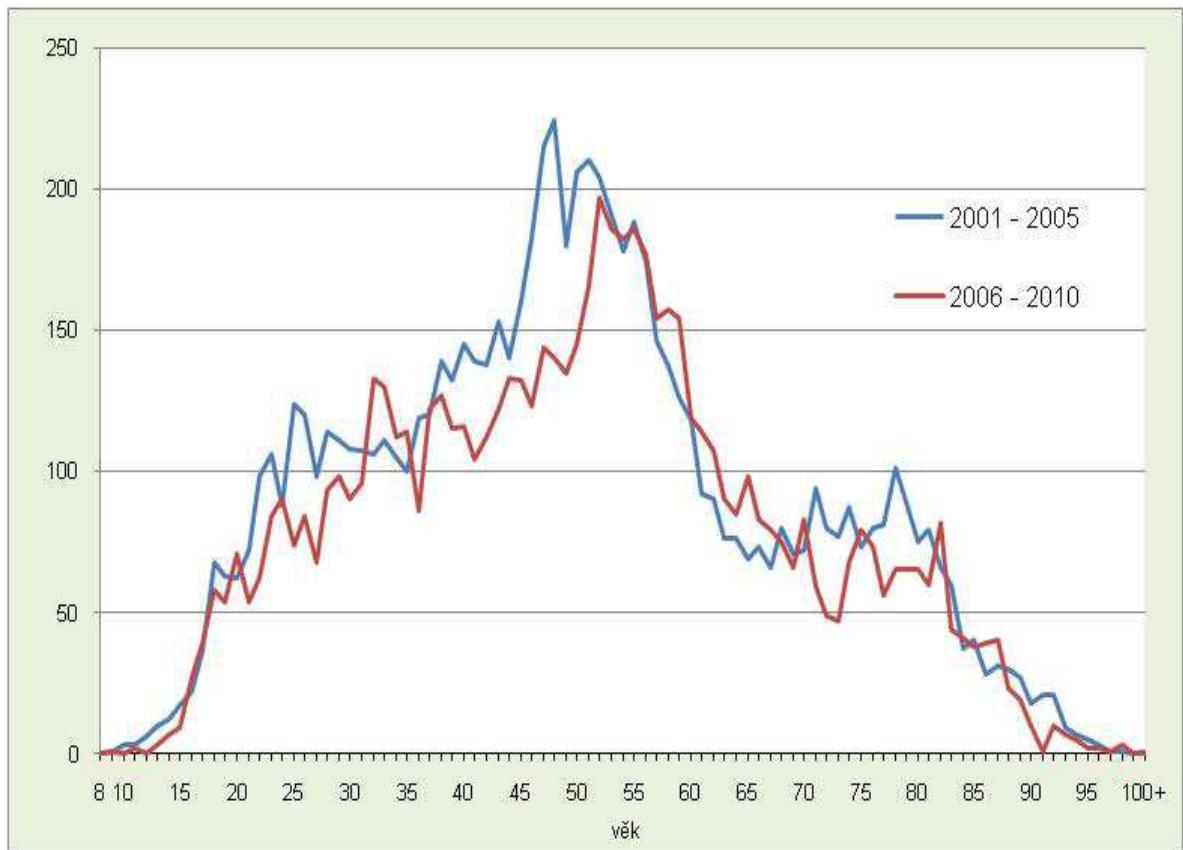
Zdroj informací: [<http://www.czso.cz/>, 2]



Příloha č. 5

Počet sebevražd dle věku; srovnání pětiletí 2001 – 2005 a 2006 - 2010

Zdroj informací: [<http://www.czso.cz/>, 2]

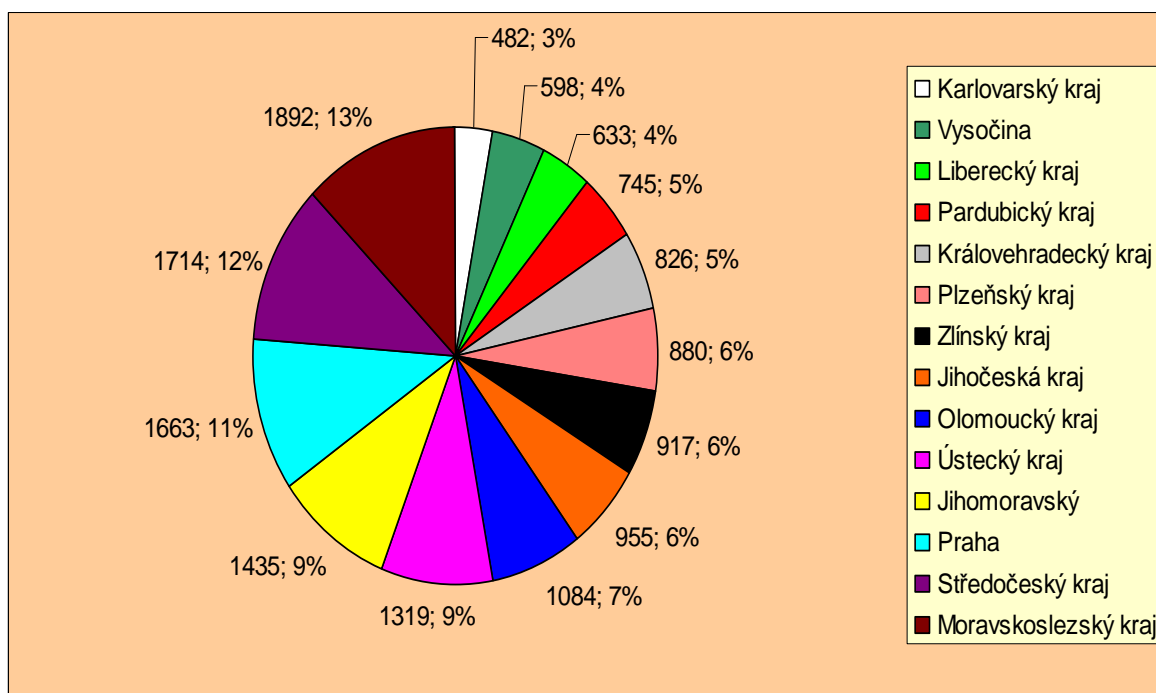


Příloha č. 6

Sebevražednost v ČR dle jednotlivých krajů v letech 2001 -2010

(v grafu je vyjádřen počet dokonaných sebevražd v kraji za dané období a procentem v celkovém počtu dokonaných sebevražd v ČR)

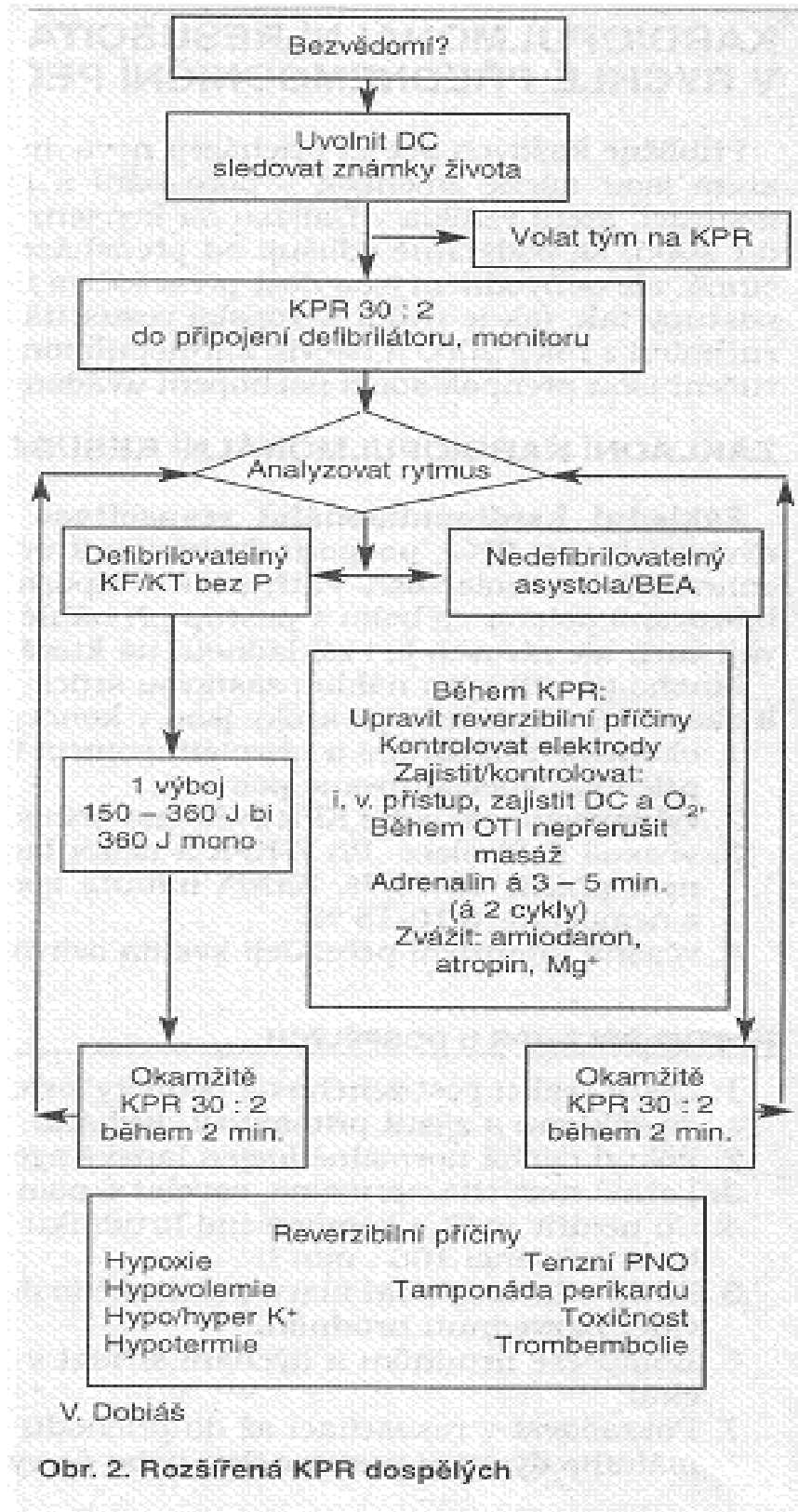
Zdroj: [vlastní]



Příloha č. 7

Algoritmus rozšířené KPR u dospělých osob

Zdroj informací: [DOBIÁŠ, 2007]



Obr. 2. Rozšířená KPR dospělých

Příloha č. 8

Koniotomie a koniopunkce

(Na obr. 1 je vyobrazen set na koniotomii; obr. 2 zobrazuje set na koniopunkci.)

Zdroj informací: [<http://www.bexamed.cz/>, 22] a [<http://www.google.cz/>, 23]



Obr. 1

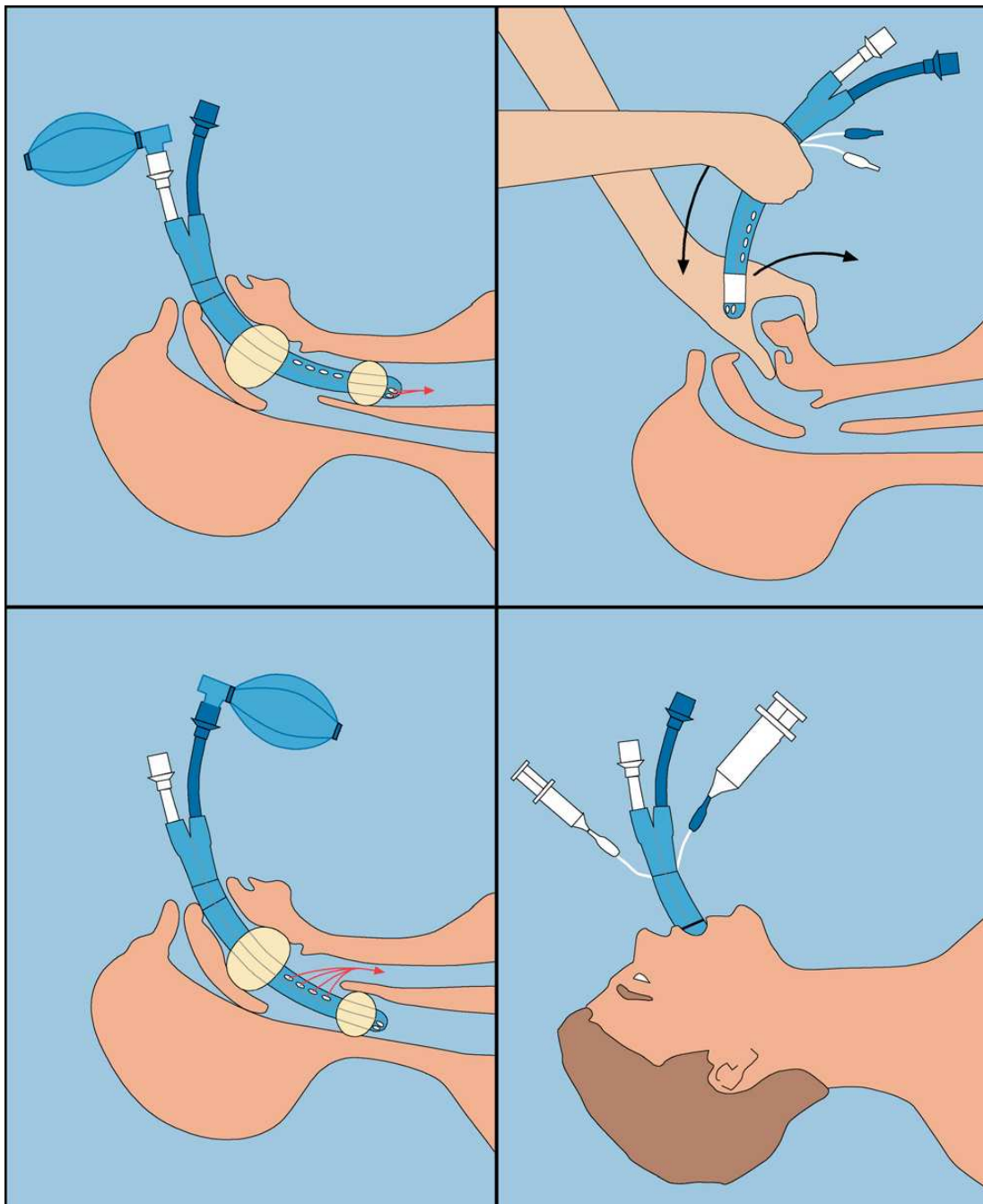


Obr. 2

Příloha č. 9

Kombitubus a schéma jeho zavedení

Zdroj informací: [<http://www.omniprax.cz/>, 25]



Příloha č. 10

Glasgow coma skale

Zdroj informací: [http://wiki.medik.cz/wiki/Hlavn%C3%AD_strana, 26]

Otevírání očí	
4	spontánní
3	na výzvu
2	na algický podnět
1	neotevírá
Motorické projevy	
6	uposlechnutí příkazů
5	lokalizace bolesti
4	uhýbání od algického podnětu
3	dekortikační (flekční) rigidita
2	decerebrační (extenční) rigidita
1	žádná reakce
Verbální reakce	
5	pacient orientovaný a konverzuje
4	pacient dezorientovaný či zmatený, ale komunikuje
3	neadekvátní či náhodně volená slova, žádná smysluplná konverzace
2	nesrozumitelné zvuky, mumláání, žádná slova
1	žádné verbální projevy