

UNIVERZITA PARDUBICE
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2025

Veronika Hitzgerová

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií

Problematika sebevražd z pohledu zdravotnického záchranáře

Bakalářská práce

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2023/2024

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Veronika Hitzgerová**
Osobní číslo: **Z21151**
Studijní program: **B0913P360008 Zdravotnické záchranářství**
Téma práce: **Problematika sebevražd z pohledu zdravotnického záchranáře**
Téma práce anglicky: **The issue of suicides from the perspective of a paramedic**
Zadávající katedra: **Katedra klinických oborů**

Zásady pro vypracování

1. Studium literatury, sběr informací a popis současného stavu řešené problematiky.
2. Stanovení cílů a metodiky práce.
3. Příprava a realizace výzkumného šetření dle stanovené metodiky.
4. Analýza a interpretace získaných dat.
5. Zhodnocení výsledků práce.

Rozsah pracovní zprávy: **35 stran**
Rozsah grafických prací: **dle doporučení vedoucího**
Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam doporučené literatury:

HALUZÍKOVÁ, Jana. *Základy první pomoci a přednemocniční péče pro nelékařské obory*. Praha: Grada Publishing, 2023. ISBN 978-80-271-1739-0.
HAŠKOVCOVÁ, Helena a Helena KUČEROVÁ. *Sebevraždy*. Praha: Galén, 2020. ISBN 978-80-7492-521-4.
KUČEROVÁ, Helena. *Psychiatrické minimum*. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4733-0.
OREL, Miroslav. *Psychopatologie: nauka o nemocech duše*. 3., aktualizované a doplněné vydání. *Psyché (Grada)*. Praha: Grada, 2020. ISBN 978-80-271-2529-6.
ŠPATENKOVÁ, Naděžda. *Krize a krizová intervence*. Psyché. Praha: Grada, 2017. ISBN 978-80-247-5327-0.

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Šárka Bräuerová**
Katedra klinických oborů

Datum zadání bakalářské práce: **1. prosince 2023**
Termín odevzdání bakalářské práce: **30. dubna 2025**

L.S.
doc. RNDr. ThLic. Karel Sládek, Ph.D., MBA v.r.
děkan

Mgr. Zuzana Červenková, Ph.D. v.r.
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 6. března 2025

PROHLÁŠENÍ AUTORA

Prohlašuji:

Práci s názvem „Problematika sebevražd z pohledu zdravotnického záchranáře“ jsem vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury. Byla jsem seznámena s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon), ve znění pozdějších předpisů, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše. Beru na vědomí, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb., o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších předpisů, a směrnicí Univerzity Pardubice č. 7/2019 Pravidla pro odevzdávání, zveřejňování a formální úpravu závěrečných prací, ve znění pozdějších dodatků, bude práce zveřejněna prostřednictvím Digitální knihovny Univerzity Pardubice.

V Pardubicích dne 29.4. 2025

Veronika Hitzgerová v.r.

PODĚKOVÁNÍ

Upřímné poděkování patří paní magistře Šárce Bräuerové, vedoucí mé práce, která mi pomáhala při zpracování i průzkumu. Byla vstřícná a trpělivá. Dále bych ráda vyjádřila vděčnost oběma statečným ženám, které mi poskytly rozhovor a náhled do jejich zdravotnické dokumentace. Samozřejmě také děkuji týmu operačního střediska ZZS, za pomoc při práci s výjezdovou dokumentací. Naposled bych zmínila všechny rodinné příslušníky a kamarády, kteří ve mě věřili a podporovali mě v průběhu zpracování bakalářské práce.

ANOTACE

Práce se zabývá problematikou sebevražd z pohledu zdravotnického záchranáře. Teoretická část popisuje příčiny, rizikové faktory, konkrétní způsoby suicidia a první pomoc. V praktické části jsou prezentovány kazuistiky dvou pacientů po neúspěšném suicidiu, společně s analýzou výjezdů zdravotnické záchranné služby k sebevražedným pacientům.

KLÍČOVÁ SLOVA

Sebevražda, suicidium, pokus o sebevraždu, sebezabití, sebepoškozování, sebevražedný pacient, první pomoc.

TITLE

The issue of suicide in psychiatry from the point of view of a paramedic

ANNOTATION

The thesis deals with the issue of suicide in psychiatry. The theoretical part describes the causes, risk factors, specific ways of suicidium and first aid. It describes first aid in the field and in the outpatient clinic, briefly then the follow-up care. The practical part presents case studies of patients after unsuccessful suicide.

KEYWORDS

Suicide, suicide attempt, self-harm, self-killing, first aid, suicidal patient.

OBSAH

Seznam obrázků a tabulek	9
Úvod.....	11
1 Cíle a metody práce	13
1.1 Cíle.....	13
1.2 Metody dosažení cílů.....	13
2 Teoretická část	14
2.1 Vymezení základních pojmů	14
2.2 Druhy sebevražd	15
2.3 Faktory ovlivňující psychické zdraví.....	16
2.3.1 Biologické příčiny duševních nemocí.....	17
2.3.2 Psychosociální faktory.....	17
2.4 Příčiny suicidálního chování a rizikové faktory	19
2.4.1 Motivy.....	20
2.4.2 Rizikové faktory	21
2.5 Způsoby provedení suicidia.....	22
2.5.1 Otrava.....	22
2.5.2 Pořezání	23
2.5.3 Zastřelení	24
2.5.4 Oběšení, uškrcení, udušení	24
2.5.5 Skok z výšky, skok pod dopravní prostředek	24
2.5.6 Ostatní.....	25
2.6 První pomoc v terénu.....	25
2.6.1 Vyšetření pacienta.....	25
2.6.2 První pomoc v systému ABCDE	26
2.6.3 První pomoc při akutní intoxikaci	28
2.6.4 První pomoc při řezném poranění.....	31

2.6.5	První pomoc při střelném poranění.....	32
2.6.6	První pomoc při polytraumatu.....	32
2.6.7	Psychologická první pomoc.....	34
2.7	Následná péče o sebevražedné pacienty.....	35
3	Praktická část.....	36
3.1	Metodika praktické části.....	36
3.2	Cíle praktické části.....	37
3.3	Analýza výjezdů ZZS k sebevražedným pacientům.....	38
3.3.1	Analýza použitých prostředků k suicidii.....	39
3.3.2	Analýza četnosti pohlaví v případě suicidia a parasuicidia.....	40
3.3.3	Analýza sebevražd podle věkových skupin a pohlaví.....	41
3.3.4	Analýza diagnóz sebevražedných pacientů.....	42
3.4	Kazuistiky sebevražedných pacientů.....	43
3.4.1	Žena A.....	43
3.4.2	Žena B.....	47
4	Diskuze.....	54
4.1	Vyhodnocení výsledků analýzy sebevražedných pacientů.....	54
4.2	Vyhodnocení kazuistik.....	55
5	Závěr.....	57
6	Použitá literatura.....	58
6.1	Primární zdroje.....	58
6.2	Sekundární zdroje.....	59
6.3	Odborné články.....	59
6.4	Internetové zdroje.....	59

SEZNAM OBRÁZKŮ A TABULEK

Obrázek 1 - statistika sebevražd v ČR v letech 1876–2020 (Český statistický úřad, 2023)	12
Obrázek 2 - komplexnost vlivů na psychické zdraví (Orel, 2020, str. 88).....	16
Obrázek 3 - graf četnosti použitých prostředků k suicidiu/parasuicidiu	39
Obrázek 4 - graf četnosti pohlaví v případě suicidia/parasuicidia.....	40
Obrázek 5 - graf četnosti jednotlivých věkových skupin	41
Obrázek 6 - graf četnosti diagnóz u sebevražedných pacientů.....	42

SEZNAM ZKRATEK A ZNAČEK

ČR	Česká republika
FZS	Fakulta zdravotnických studií
ZZS	zdravotnická záchranná služba
NPK	nemocnice pardubického kraje, a.s.
UPCE	Univerzita Pardubice
KPR	kardiopulmonální resuscitace
Atd.	a tak dále
Stp.	stav po
Subj.	subjektivně
Obj.	objektivně
L	levá
P	pravá
OCD	obsedantně kompulzivní porucha
PTSD	posttraumatická stresová porucha
ca	karcinom
Dg.	diagnóza
OL	obvodní lékař
KP	kardiopulmonální
PO	psychiatrické oddělení

ÚVOD

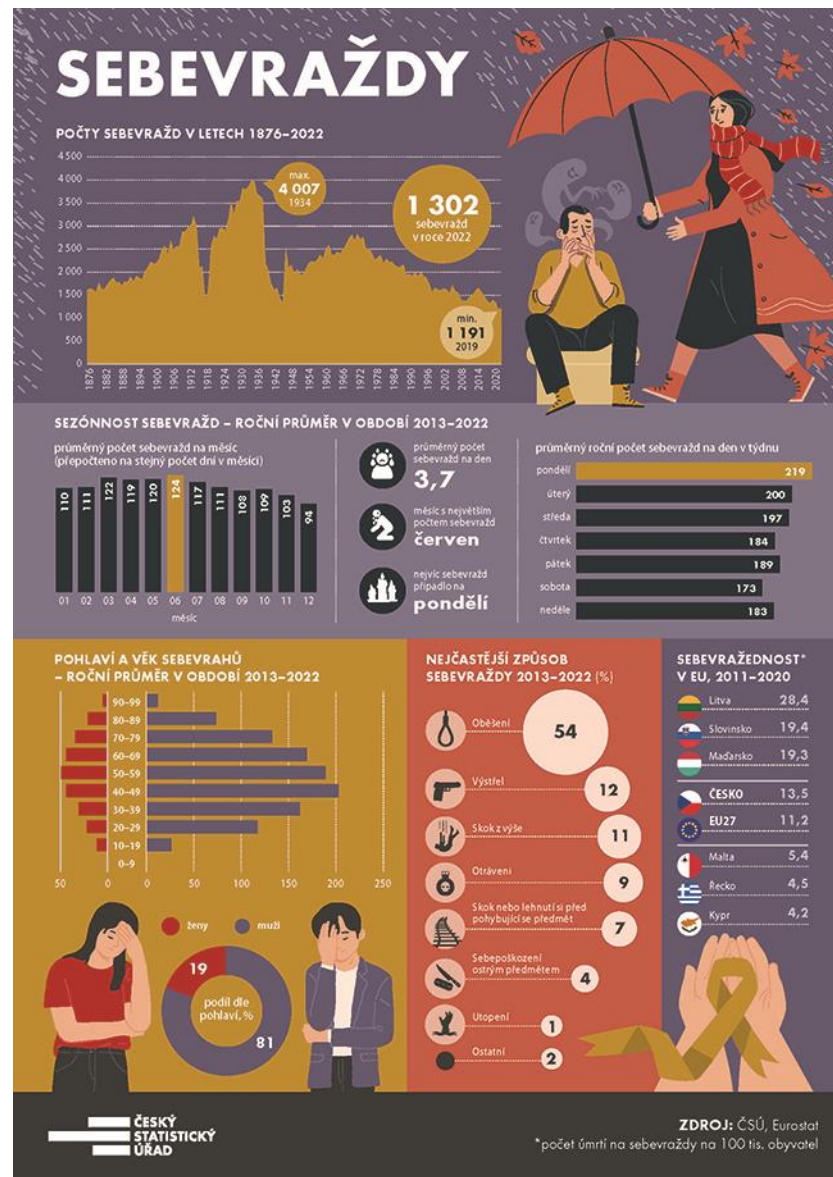
Téma problematika sebevražd v psychiatrii je v současné době velmi aktuální a zajímavé téma. V České republice je sebevražda nejčastější příčinou jiného úmrtí než přirozeného. Hlavním důvodem výběru je má osobní zkušenost s pokusem o sebevraždu na podzim roku 2021. Zároveň jsem měla možnost setkat se s lidmi, kteří mají nebo měli psychické problémy. Zнала jsem i několik lidí, kteří suicidium dokonali.

Někteří lidé, jak píše ve své knize Kučerová (2013), si nedovedou představit sáhnout si na život, že nemají odvalu něco takového udělat. Vyznívá to pak, jako by právě ta odvaha k pokusu o sebevraždu, byla něco pozitivního, ale není. Vždy jde o tragický a zoufalý čin. Jako osoba, která mohla pocítit na vlastní kůži emoce a bolest spojenou s touto situací se cítím být s tímto tématem provázána na vyšší než studijní úrovni. Mým cílem je přiblížit motivaci k sebevraždě lidem, kteří si nedokáží představit, jak se pacienti cítí a co prožívají (Kučerová, 2013).

Zabránění sebevražednému jednání je povinnost každého občana, především zdravotníka, ne vždy je to ale možné. U mých spolužáků a kolegů se často setkávám s velkou mírou předsudků vůči sebevrahům a s „házením je do jednoho pytle“. V laické veřejnosti přetrvává stejně jako u některých zdravotníků myšlenka, že „zdravý“ člověk sebevraždu nespáchá. Pomyslí si o sebevražedném pacientovi, že je „blázen“. Tento jev se nazývá stigmatizace, díky které může být pro pacienta ztížená komunikace s lékařem a zdravotnickým personálem. Každý člověk je individuální. I když se mohou některé rysy a znaky u sebevražedných pacientů více či méně prolínat, je důležitý individuální a šetrný přístup s kterým jsem se ne vždy setkala. Každý pokus o pomoc a akceptaci má totiž pro tyto pacienty smysl (Haškovcová, 2020), (Orel, 2020).

Statistické údaje pro Českou republiku, které se týkají se sebevražd, udávají nárůst počtu sebevražd v roce 2022, hlavně u mladších věkových kategorií. V roce 2019 počet sebevražd (1191) byl nejnižší za posledních více než 100 let, zatímco v roce 2022 spáchalo suicidium 1302 osob. Důvod nárůstu není přímo známý, s jistotou však lze říci, že se na něm podílela pandemie koronaviru a problémy vzniklé s ní, především ztráty povolání, finanční problémy a izolace. Co se pohlaví týče, u dokonaných sebevražd tvoří drtivou většinu muži, v posledních 10 letech 81 %, ženy jen 19 %. Ženy častěji páchají demonstrativní pokusy o sebevraždu. Údaje úzce souvisí i se způsobem, jaký si jednotlivá pohlaví vybírají, ženy totiž většinou sahají po lécích, zatímco muži po „jistějších“ metodách jako je oběšení či zastřelení. Oběšení je nejčastěji použitým prostředkem, a to ve více než polovině případů, dále následují střelná zbraň, skok z výšky, otrava a skok pod pohybující se předmět (typicky vlak), tyto možnosti mají téměř

stejné procentuální zastoupení. Zde můžeme vidět, že použití ostrého předmětu k sebevraždě pacienti většinou neusmrtí, jen 4 % sebevražd jsou spáchány tímto způsobem. Nejčastější věk sebevrahů je 40-59 let, s věkem nižším i vyšším pravděpodobnost klesá. Pro zajímavost měsíc s největším počtem sebevražd je červen a den pondělí (Český statistický úřad 2023, WHO 2025).



Obrázek 1 - Statistika sebevražd v ČR v letech 1876–2020 (Český statistický úřad, 2023)

1 CÍLE A METODY PRÁCE

1.1 Cíle

Cílem práce v teoretické části je seznámení čtenáře s problematikou sebevražd, definice pojmů a druhů suicidia. Dále popsání vlivů na psychické zdraví a rizikových faktorů suicidálního chování. Nakonec pak popsání způsobů provedení a první pomoci v terénu u vybraných prostředků použitých k suicidiu.

V praktické části práce, je průzkumným cílem analyzovat informace z výjezdových dokumentů sebevražděných pacientů a zobrazit získaná data pomocí grafů. V druhé polovině, pak popsání konkrétních suicidálních pokusů, u dvou vybraných osob. Cílem je popsat případy detailně a zaměřit se na motivaci těchto činů a léčbu.

1.2 Metody dosažení cílů

Teoretická část je zpracována pomocí odborné literatury a odborných článků, především z oblastí psychiatrie, psychologie a první pomoci. Výzkumná část je zpracována z dokumentace jednotlivých pacientů, nejdříve bylo zjištěno, zda je subjekt vhodný pro výzkum. Poté byla zvolena metoda studium dokumentace výjezdů zdravotnické záchranné služby. Sběr dat byl proveden na operačním středisku ZZS. Druhá část průzkumu se zaměřila na dvě konkrétní sebevražděné pacientky, u nichž byly informace získány z dokumentace. Následně byl s oběma ženami proveden obsáhlý nestrukturovaný rozhovor. Průzkum byl proveden v psychosomatické ambulanci, ve které se pacientky léčily.

Teoretická část tedy poskytuje základní informace o pojmech, problematice, rizikových faktorech a možnostech první pomoci. Praktická část představuje soubor 71 sebevražděných osob, u kterých zasahovala konkrétní záchranná služba. Poté proběhla analýza dat a ze získaných údajů byly dále vytvořeny názorné grafy. V druhé části průzkumu jsou již popsány případy konkrétních pacientek, jejich motivace k činu, způsob provedení sebevraždy a faktory související s tímto činem. Postup léčby a poskytnuté intervence jsou popsány tak, aby umožnily úplný náhled do léčby sebevražděného pacienta.

2 TEORETICKÁ ČÁST

2.1 Vymezení základních pojmů

Suicidium – pro vymezení pojmu sebevraždy je užíváno mnoho definicí. Světová zdravotnická organizace (2025) definuje sebevražedný čin takto: „Útok proti vlastní osobě s různým stupněm úmyslu zemřít. Sebevraždy je pak sebezničující čin s fatálním výsledkem.“ V základu může být definováno jako úmyslné zabití sebe sama. Jedná se také o poruchu sebezáchovy, jejímž následkem je patologické jednání s cílem ukončit svůj život (WHO, 2025).

Je to zvrácený způsob řešení určitého problému (Kučerová, 2013). Pod sebezáchovy zároveň popisujeme jako vrozenou obrannou reakci se záměrem zachovat vlastní existenci (Raboch, 2012). Jiný zdroj popisuje sebevraždu jako úmyslné zabití sebe sama s různou motivací, většinou to bývá reakce na konkrétní situaci, zdánlivě bezvýhodnou a velmi tíživou, kdy osoba jedná v afektu. Jiné osoby může přivést k sebevražednému jednání halucinace či blud (Nekonečný, 2020). Někdy však není zcela jasné, zda lze skok z okna u pacienta se schizofrenií, jenž

se pokouší utéci před svými bludy považovat za sebevraždu, jelikož některé zdroje udávají, že znaky sebevraždy jsou dobrovolnost a vědomost.

Sebezabití – pokud se jedná pouze o demonstrativní sebevraždu, při které osoba nechtěně přijde o život, nazýváme tento čin sebezabití (Raboch, 2012). Je to tedy druh smrti, kdy dotyčný umřít nechce, ale svým jednáním si smrt způsobí (Orel, 2020).

Rozšířená sebevraždy – jedná se o velmi tragickou situaci, kdy pacient své destruktivní jednání vyvíjí nejen sám na sobě, ale i na osoby ve svém okolí, často právě své nejbližší – na partnerovi, dětech, přátelích. Ve většině případů se mylně domnívá (na základě bludů), že jim hrozí nebezpečí, před kterým je musí uchránit, aby netrpěli (Kučerová, 2013).

Tentamen suicidii (pokus o sebevraždu) – pokud se sebevraždy nezdaří nebo pokud tento čin osoba z nějakého důvodu zcela nedokoná, mluvíme pouze o pokusu o sebevraždu. Dotyčný si na poslední chvíli své jednání rozmyslí a zavolá si pomoc. Může se také stát, že v dokonání někdo zabrání. Tento pokus často předchází samotnému suicidiu a vyznačuje se značnou recidivitou (Kučerová, 2013).

Suicidální myšlenky (ideace) – jedná se o myšlenky na provedení sebevraždy. Většina osob, které tyto myšlenky má, se o nic nepokusí. Přemýšlení a pohrávání si s představou ukončení svého života, se dá považovat za rizikový faktor suicidálního jednání v budoucnu. Dotyčný

uvažuje, jak čin provede nebo například i nad tím, jak to ovlivní jeho okolí. Sebevrazi mají někdy tendenci spáchat sebevraždu kvůli konkrétní osobě či osobám. Pokud se osoba svěřívá s myšlenkami týkajícími se sebevraždy, je nutné ji brát vážně, nezlehčovat situaci a pokusit se pomoci nebo vyhledat odborníka (Bachárová, MUDr. Koutek, 2023).

Suicidální tendence – činy, které osoba dělá v přípravě na sebevraždu. Může se jednat například o plánování, nakupování předmětů, které chce použít, loučení se atd. Uskutečněním dalších kroků se osoba stále víc přibližuje k realizaci sebevraždy. Je třeba dbát zvýšené opatrnosti na osoby provádějící činy vedoucí k sebevraždě. Zde je na místě též vyhledat odbornou pomoc (Bachárová, MUDr. Koutek, 2023).

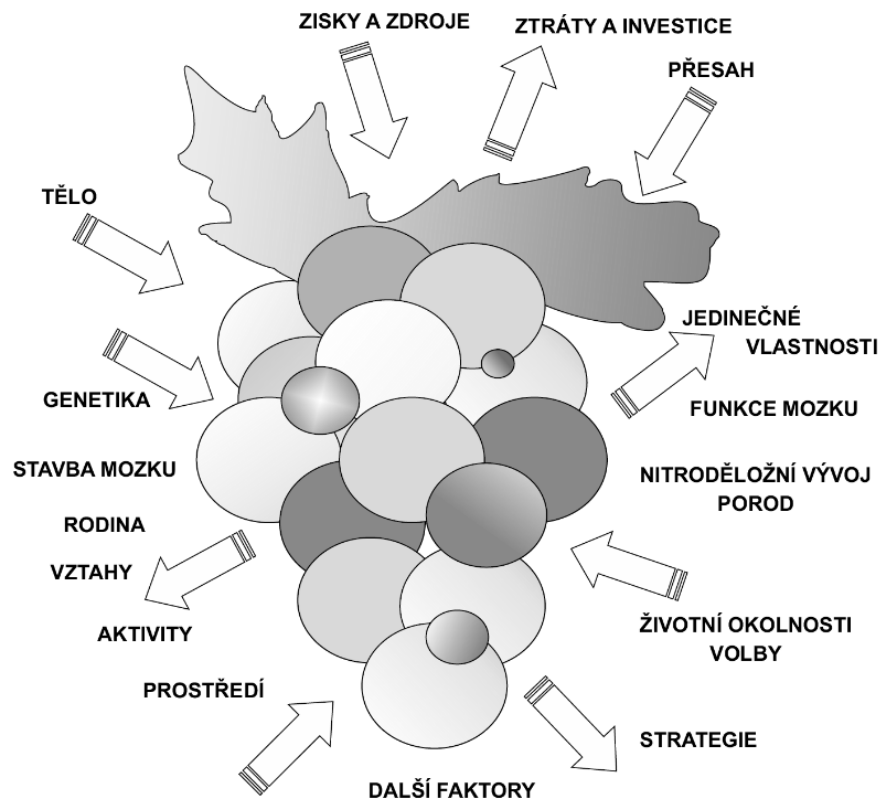
2.2 Druhy sebevražd

Dělení sebevražd může být pojato z více úhlů pohledu. Základní rozdělení je dle motivu jedince. Pokud se jedná o chování, které cílí na přitáhnutí pozornosti a vyvolání soucitu okolí, jedná se o sebevraždu **demonstrativní (parasuicidium)**. Může být formou volání o pomoc, kdy chce pacient na sebe upozornit. Dokonce se může jednat i o formu vydírání, kdy se snaží vystrašit blízké, aby dosáhl svého. Někteří jedinci se sebevražednými sklony svým psychickým nátlakem vyloženě terorizují své okolí. Obecně mají tyto sebevrazi společné, že doopravdy zemřít nechtějí. I toto chování je však nebezpečné, protože osoba nemusí odhadnout situaci správně a vlivem svého jednání se o život opravdu připraví. Pokud je jednání promyšlené a osoba myslí svůj čin zcela vážně, jedná se o sebevraždu **bilanční**. Někdy je také označována za jedinou „pravou“ sebevraždu. Označujeme ji také jako **biická**, to znamená, že původ má v realitě. Dotyčný má pocit, že se nachází v životní situaci, která nemá jiné řešení. Tento typ pozorujeme u pacientů s nevléčitelnou chorobou, mohou to být onkologická onemocnění, ale i různé pohlavní choroby (syfilis, nakažení virem HIV) a další nemoci, například roztroušená skleróza, lupénka. Patří sem i činy motivované osamělostí ze ztráty milované osoby, rozvodu, odebrání dítěte a jiné. Finanční a existenční problémy jsou spojené s pocitem bezvýchodnosti a selhání, mohou proto také vést k ukončení života. Jednoduše řečeno, člověk zváží pro a proti své existenci a dojde k závěru, že lepší je nežít. Třetím typem je sebevražda **patická**, kdy motiv vychází z psychopatologie, to znamená, že podnět k zabití sebe sama není reálného podkladu. Tento druh se vyskytuje u duševně nemocných osob. Může se jednat například o bludy nebo halucinace u pacientů se schizofrenií. Poslední druh sebevraždy,

který bych zmínila je **asistovaná sebevražda**. Jedná se o druh eutanázie, založený na svobodném rozhodnutí pacienta ukončit svůj život. Lékař na pacientovu žádost provede asistenci a umožní tak uskutečnění smrti osoby. Tento způsob s sebou však nese velké množství rozporů ať už náboženského či etického pohledu. V některých zemích se tato možnost nabízí a je tolerována a prováděna. V České republice zatím eutanázie povolena není. (Raboch 2012, Kučerová 2013, Peterková 2013, Haškovcová 2020).

2.3 Faktory ovlivňující psychické zdraví

Psychické zdraví se skládá z mnoha částí, které jsou vzájemně propojené a je mezi nimi interakce. Máme vrozené předpoklady, některé faktory na nás působí už v průběhu nitroděložního života a zbytek faktorů působí po narození, například rodina, prostředí, vlastní vize, rozhodnutí a jiné. Můžeme si je tedy představit jako hrozn faktorů, které společně působí na zdraví jedince, některé hrozn jsou v pořádku, jiné ale poškozené nebo nakažené, mají tedy tendenci nakazit i zbytek hroznů. „Změna v jedné oblasti tak vždy vyvolá odezvu v celém systému a ovlivní všechny ostatní roviny“ (Orel, 2020, str. 84).



Obrázek 2 - Komplexnost vlivů na psychické zdraví (Orel, 2020, str. 88)

2.3.1 Biologické příčiny duševních nemocí

Genetické – základem lidského těla, jeho stavby, funkce a struktury je genetická informace. Genetické dispozice nemocí jsou dnes již potvrzeny i u mnoha psychických onemocnění. Je známo, že kombinací genů rodičů získá dítě jisté povahové rysy, to však neznamená, že osobnost je předurčena. V průběhu života se mění pomocí působících faktorů. Jistým způsobem však geneticky daná osobnost manipuluje člověka k vyhledávání určitých prožitků a zkušeností.

Nervové – stres. Přirozená reakce organismu na potenciální nebezpečí a diskomfort. Pozitivní stres (eustres) je pro psychickou pohodu nezbytný. Jedná se o pocit vzrušení, výzvy, který vede k hodnotnějšímu prožívání života, motivuje k výkonu a přispívá k optimistickému myšlení. Na rozdíl od negativního stresu (distres) není původcem chronických onemocnění. Distres přichází, pokud se člověk nedokáže s množstvím stresu vyrovnat. Jeho dlouhodobé působení může vést k řadě chorob těla i mysli.

Hormonální – vývoj mozku plodu ovlivňuje například nedostatek hormonu štítné žlázy matky již v průběhu nitroděložního života. Hormony mají vliv na funkci mozku i v dětství a dospělosti. Jejich nedostatek nebo naopak přebytek se projevuje výkyvy nálady, depresemi, až ztrátou motivace a zájmu o okolní svět.

Exogenní – na psychické poruchy má vliv řada vnějších faktorů. Příčiny fyzické jsou například kraniocerebrální poranění nebo některé typy záření. Chemické látky, které působí na lidský mozek jsou různé návykové látky (alkohol, drogy), toxiny v potravě a prostředí, ale i užívaná léčiva. Pokud je poškození mozku způsobeno bakteriemi, viry, houbami, priony či jinými původci, jedná se o biologickou příčinu.

Endogenní – onemocnění, která postihují mozek primárně, například karcinom, atrofie nebo sekundární postižení mozku na základě jiných tělesných onemocnění (metabolické, kardiovaskulární)

(Orel, 2020)

2.3.2 Psychosociální faktory

Sociální prostředí hraje významnou roli ve vzniku, průběhu, diagnostice i terapii psychických chorob a odchylek. Každý se ve svém životě dostává do určitých rolí (dcera, otec, kamarád, partner, student, zaměstnanec a další). Na pacienta je pohlíženo i z hlediska jeho funkce v těchto rolích.

Člověk nikdy není izolovanou bytostí, vždy je součástí celého systému vztahů. Můžeme říci, že člověk je „vztahově závislý“ od prvopočátku své individuální existence (Orel, 2020, str. 232).

Rodina – sociální skupina bezpochyby klíčová v psychickém vývoji dítěte. První vzniklý vztah se tvoří již v těle matky, která je však i dlouho po narození nedílnou součástí života jedince. Od narození dítěte se tvoří primární vazba s pečující osobou (většinou matka), s ní navazuje jedinec první vztah. Dítě je na vztahu s primární pečující osobou závislé a zkušenosti získané touto vazbou celoživotně používá k navazování a udržování dalších vztahů. Postupem života získávají důležitost i jiné sociální vazby. Vliv rodiny je však v mnoha ohledech zásadní. Ukazuje člověku první obraz mezilidských vztahů a citové vazby. V dětství a dospívání mohou mít jisté události vliv na vznik patologických vzorců chování a myšlení, které si jedinec nese celým životem (pokud nedojde k seberozvoji a uvědomění). Tyto vzorce při jisté situaci vyvolají neadekvátní reakci (emoční, behaviorální, somatickou, kognitivní). Důležitý vliv na potomka mají stresové situace jako například úmrtí rodiče, neadekvátní tresty, přílišná kontrola, zákazy, sexuální zneužití, šikana a další (Orel, 2020).

Sociální potřeby – nadstavbou potřeb biologických jsou potřeby sociální. Míra jejich uspokojení se odráží na přemýšlení jedince, prožívání, chování a sociálních interakcích. **Potřeba místa** je jednou ze základních, každá lidská bytost sdílí touhu „někam patřit“. Sycení fyzické i psychické potřeby „někam patřit“ je důležité pro dobré psychické zdraví. Pokud má osoba pocit, že nikam nezapadá a nemá „to svoje místo“, může se nedostatek projevit nejistotou, pochybami i agresí. Neméně důležitá **potřeba bezpečí** je uspokojená, pokud se jedinec cítí neohrožený a nemá pocit, že se musí bránit ať už fyzicky či psychicky. Při nedostatku pocitu bezpečí se stáhne člověk do sebe, dostaví se pocity úzkosti a bezmoci. Zároveň se stane méně samostatným a není schopen se dobře adaptovat na změny. **Potřeba podnětů, péče a výživy** se týká nejen fyzického těla, ale i duše. Pro zdravý vývoj je potřebné dostatečné množství stimulů, zážitků a nových informací. Nadbytek podnětů také působí patologicky (v dnešní době například sociální sítě, přepracovanost). Je proto důležité udržovat zdravou míru stimulace mysli, která je individuální. **Potřeba podpory a opory** je klíčová na úrovni tělesné i psychické. Doteky, polibky, tělesný kontakt s blízkou osobou jsou stejně důležité jako slovní ocenění a pochvala. Deficit této podpory a opory může mít zničující dopad na sebedůvěru a motivaci jedince. Posledním dílem skládky potřeb je **potřeba limitu**. Bez hranic není morálka. Už od raného věku se dítě učí pravidla slušného chování pomocí výchovy a limitace rodičů nebo jiných autorit. Nejen pro začlenění do společnosti, ale i pro vlastní bezpečí je nezbytné uvědomovat si co se má, nemá a nesmí. Výchova bez limitů je příčinou bezohlednosti,

společenské dysfunkce, konfliktů s vrstevníky i dalších problémů v dětství i dospělosti. Přílišná limitace naopak způsobuje sebekritičnost, nedostatek spontánního myšlení, úzkostlivost, pocity nedostatečnosti a další (Orel,2020).

Ostatní – vliv na psychický stav nemají jen události z dětství, ale z průběhu celého života.

- Ztráty – partner, potomek, blízký člověk, zaměstnání, svobody, jistoty, důstojnosti atd.
- Sociální konflikty – ponižování, zneužívání, patologické vztahy, jakékoli násilí a jiné.
- Intrapsychické konflikty – konflikty člověka se sebou samým (co bych chtěl versus co bych měl dělat, tendence k rizikovému chování).
- Frustrace – dlouhodobé neuspokojení jedné nebo více potřeb fyzických nebo mentálních, situace vyvolávající frustraci jsou subjektivní a souvisí s hodnotami jedince, může být krátkodobá nebo dlouhodobá, vyvolává pocity hněvu, úzkosti, bezmoci, agrese.
- Trauma – nadměrně silná negativní událost s psychickými následky.
- Krize – pocit selhání, bezvýchodnosti životní situace, charakteristické znaky jsou neočekávanost, intenzita, omezená schopnost řešení, nutnost rozhodnutí nebo změny a riziko spojené s možnými negativními důsledky.
- Deprivace – *„na rozdíl od frustrace nejde o blokování možnosti uspokojovat aktuální potřeby člověka, ale o dlouhodobou nemožnost saturovat určité základní potřeby, a to buď úplně, nebo v nedostatečné míře“* (Markusová, 2017), může být biologická (spánková deprivace), emocionální (nedostatek rodičovské lásky) nebo sociální (izolace), deprivace má hlubší dopad než frustrace, často způsobuje trvalé psychické nebo fyzické problémy.
- Stres a stresující faktory.

(Orel, 2020)

2.4 Příčiny suicidálního chování a rizikové faktory

O motivu ukončení svého života u konkrétní osoby jde pouze přemýšlet a spekulovat, zvláště pokud je sebevražda úspěšná. Nedokážeme se podívat do hlavy pacienta, ani neznáme okamžiky před usmrcením sebe sama nebo jak dotyčnému bylo dny před aktem. Napomoci nám mohou deníky, zápisky nebo rozhovory, které vedla osoba před svým činem. U nevydařených pokusů je někdy možnost se dozvědět příčiny a myšlenky spojené s činem pomocí rozhovoru s pacientem. Často je velmi těžké odlišit, zda pacient je sám sobě nebezpečný nebo jestli myšlenky na sebevraždu nechce uskutečnit. Nikdy se nedá s jistotou

říci, že daná osoba sebevraždu spáchá či nikoli. Ani zkušený psycholog nebo psychiatr se za svůj odhad nezaručí. Jsou však skutečnosti, které mohou v diagnostice problému a příčiny napovědět (Kučerová, 2013), (Haškovcová, 2020).

2.4.1 Motivy

Motivem sebevražedného jednání se může stát cokoli, proto se občas stane, že i zdánlivě vyrovnaný a zdravý člověk se uchýlí k tomuto činu. Lidé jsou různí, každý má jinou míru schopnosti zvládat složité události a každý má na svět subjektivní pohled. Někdy situace, která jednomu přijde banální, může u jiného způsobit pocit, že se hroučí celý jeho svět. Práce popisuje vlivy na lidskou psychiku, a protože jich je mnoho, sebevražda je komplexní, stejně jako její motiv (Haškovcová 2020, WHO 2025).

Existenční problémy – změna životní situace jako ztráta práce, bydlení, katastrofa, při které osoba přijde o svůj majetek, má na psychický stav velký dopad, zvláště pak, pokud je osoba živitelem partnera nebo dětí. Do této kategorie spadají i závislosti drogové, závislost na herních automatech a jiné, dotyčný kvůli nim přichází o majetek a často si tvoří dluhy. Tato situace může vést až k bezdomovectví (WHO, 2025).

Společenské problémy – člověk je od přírody společenský. Jakékoli ponížení, hanbu, ztrátu společenského statusu nese špatně každý. Situace může vést až k úplné izolaci a vyloučení jedince ze společenského života. Nastává osamělost a pocit bezvýchodnosti, při kterém osoba sahá po jediném zdánlivém řešení. Patří sem i šikana ve škole nebo v práci (WHO, 2025).

Rodinné a vztahové problémy – rodina, partner, přátelé a další. Lidé žijí v různých sociálních skupinách a mezilidské vazby jsou nezbytné pro psychickou pohodu. Ať už jde o děti, dospívající nebo dospělé, dysfunkční rodina má nepříznivý vliv. Může se také jednat o rozvod, ztrátu partnera, smrt blízkého člověka. V partnerství zde může hrát roli toxický vztah, nevěra, vydírání či neopětovaná láska (Haškovcová 2020, WHO 2025).

Psychické onemocnění – existuje řada duševních nemocí, které mohou pacienta dohnat k sebevraždě. Deprese, schizofrenie, hraniční porucha osobnosti, poruchy příjmu potravy, posttraumatická stresová porucha, bipolární porucha a další. Spáchání sebevraždy nemusí být jen výsledek dlouhodobého psychického utrpení, ale i impulzivního rozhodnutí (například u hraniční poruchy) či halucinací (schizofrenie). Duševně nemocní lidé vidí svět jinak a i zdánlivě malý problém může vyvolat neadekvátní reakci, která se projeví úzkostí a depresí. Je nutné přijmout, že tomu, co se v jejich hlavě odehrává věří a může to pro ně být velmi nebezpečné (Haškovcová, 2020).

Zdraví a sexualita – nemoc ovlivňuje psychiku a není-li zdravé tělo, trpí i mysl. Zvláště pokud se jedná o neléčitelné onemocnění (onkologická onemocnění, nakažení virem HIV) či o ztrátu části těla vlivem nemoci nebo úrazu. Pro mnoho lidí, především v produktivním věku je nepředstavitelná invalidita a potřeba dopomoci od druhých. Proto se pak bohužel stává, že takto žít nechtějí. Sexualita je součástí celého života. Odchylky od normy (homosexualita, transsexualita a jiné) ve společnosti nejsou vždy přijímány a tolerovány a může dojít k ponižování a pronásledování osoby na základě sexuální orientace. Problém nastává i u sexuálních odchylek (pedofilie, nekrofilie, dysfunkce a tak dále), pro člověka je někdy nemožné přijmout věci, které ho sexuálně vzrušují, stydí se svěřit a v některých případech s deviacemi nedokáže žít. Události jako znásilnění, zneužívání, obtěžování často způsobí trauma na celý život, zvláště pokud je zneužívané dítě někým z rodiny. Pocit pošpinění a neřešitelnosti situace může vést až k sebevraždě (Orel 2020, Haškovcová 2020, Bachárová a MUDr. Koutek 2023).

2.4.2 Rizikové faktory

Existuje mnoho záznamů o sebevraždách dokonáných i nedokonáných. Páchají je lidé různého věku, povolání, postavení ve společnosti, národnosti, pohlaví. Kde tedy hledat indicie dříve, než pacientovi nebude možné pomoci? Je vůbec možné říci, že právě u této osoby lze očekávat pokus o sebevraždu? Nikdy nejde s jistotou odhalit myšlenky člověka. Existují však skutečnosti, které mohou zvýšit riziko suicidálního jednání. Rizikové faktory sebevražedných myšlenek i činů jsou mnohdy úzce spojené s motivy, je proto důležité zjistit o pacientovi co nejvíce, aby bylo možné odhadnout rizika (Haškovcová 2020, Kučerová 2013).

Varovné signály

- Myšlenky na sebevraždu, mluvení o smrti, hledání informací, jak ukončit život, přehnaný zájem o smrt, plánování a shánění prostředků.
- Asociální chování, ztráta zájmu a motivace, samotářství.
- Pocit, že je osoba přítěží, nikomu nebude chybět, loučení se.
- Sebepoškozování, zvýšení frekvence užívání alkoholu a drog nebo jiné rizikové chování.
- Změny nálad – nesoustředěnost, špatná nálada, smutek, agresivita, emoční nestabilita, beznaděj, pocit prázdnoty.
- Osoba se zbavuje věcí, chce vše urovnat, mít „čistý stůl“.
- Nespavost či přehnaná spavost, apatie, deprese, vyčerpání.

- Zanedbávání sebepečce, svých potřeb, změna stravovacích návyků jako například hladovění nebo přejídání.

(Haškovcová 2020, Národní ústav duševního zdraví 2022)

Rizikové faktory

- Psychické onemocnění – poruchy osobnosti, deprese, bipolární porucha, schizofrenie, úzkosti, narkomanie, mentální anorexie a další.
- Genetika – sebevražda v rodině.
- Sebepoškozování a předchozí pokusy o sebevraždu.
- Rodinné problémy – ztráta osoby blízké, rozpad důležitého vztahu, úmrtí, rozvod, domácí násilí, zneužívání a jiné.
- Socioekonomické faktory – gamblerství, ztráta práce, dluhy, finanční ztráty, bezdomovectví, chudoba.
- Nedávná krize – traumatické a tragické životní události jakéhokoli typu.
- Fyzické onemocnění – rakovina, traumatické poranění mozku, pohlavní nemoci, invalidita, hemodialýza, lupus a tak dále.
- Psychosociální stavy – šikana, osamělost, diskriminace, nedostatek sociálních vazeb.
- Dostupnost prostředků ke spáchání suicidia.

(Haškovcová 2020, Národní ústav duševního zdraví 2022)

Protektivní faktory

- Pevné a zdravé sociální vazby s rodinou, přáteli a komunitou.
- Sebedůvěra, schopnost adaptace, řešení problémů.
- Náboženství a víra.
- Omezený přístup k sebevražedným prostředkům.
- Kvalitní zdravotní péče, přístup k léčbě duševních nemocí.
- Zájmy, cíle, motivace, kvalitně strávený čas, fyzické aktivity.
- Zázemí, plnohodnotná strava, bezpečí, dostatek péče.

(Haškovcová 2020, Národní ústav duševního zdraví 2022)

2.5 Způsoby provedení suicidia

2.5.1 Otrava

Způsoby otravy jsou velmi různorodé a jedná se o populární metodu sebevraždy nebo pokusu o ni, především díky dostupnosti a jednoduchosti. **Otrava medikamenty** neboli požití většího

než předepsaného množství léků. Přes všechna opatření proti zneužívání léčiv není možné mu zcela zabránit. Nad volně dostupnými léky není možné mít plnou kontrolu, i tyto léky mohou v letální dávce velmi poškodit zdraví člověka či zapříčinit smrt. Když je však sebevrah odhodlaný, dokáže si obstarat i léky na předpis, buď pomocí osob, které s nimi nelegálně obchodují nebo od rodinného příslušníka, který tyto medikamenty má předepsané. Často pacient požije více léků najednou, poté hrozí i nebezpečí lékové interakce, stačí však i alkohol, který ve velkých dávkách negativně ovlivňuje vědomí, pravidelnost srdeční akce a aktivitu dechového centra. Mezi nejzávažnější otravy patří otravy léky ovlivňující srdeční činnost, centrální nervovou soustavu a dechové centrum. K otravě se dále dají použít i jiné volně dostupné látky jako **insekticidy, herbicidy, čisticí prostředky a jiné**. Další možnost otravy je inhalační cestou, kde zaznamenáváme především otravu **výfukovými plyny** a v minulosti plynem v domácnosti (**svítiplynem**). Nemohou být opomenuty ani nelegální návykové látky, které nejsou tak snadno dostupné, o to nebezpečnější je však jejich vpravení do organismu, patří mezi ně například **amfetaminy, opioidy, kokain, LSD, marihuana** či jiné syntetické stimulanty a halucinogeny (Haškovcová 2020, Ševela 2011).

2.5.2 Pořezání

Metoda ukončení vlastního života ostrým předmětem a následnou smrtí vykrvácením je značně populární, většinou však neúspěšná. Nejde tu o dostupnost, jelikož žiletka a nož může získat a použít každý. S tímto způsobem je spojena především velká psychická náročnost, „říznout sám do sebe“ vyžaduje totiž značnou míru odhodlání. Zároveň hraje roli i bolest a diskomfort spojený s narušením integrity kůže, zřejmě proto pacient většinou skončí na ambulanci pouze s povrchovým poraněním, vyžadujícím lékařskou intervenci pouze v podobě zašití rány, která však ani zdaleka neohrožuje osobu na životě. Masivní ztráty krve lze dosáhnout pouze v případě porušení větších žil či tepen. Průměrný člověk je schopen bez následků přežít ztrátu 500-750 ml krve, život ohrožující krvácení nastane při ztrátách nad 40 %, což jsou přibližně 2 litry krve. Při takové ztrátě dochází k rozvoji hemoragického šoku, bez jehož kompenzace dojde k úmrtí. Lidské tělo je ale logicky uspořádáno tak, aby větší cévy chránila dostatečná vrstva kůže, vaziva a dalších struktur, které je sice ostrý předmět schopen přerušit, ale průměrný člověk při vědomí sám sobě není schopen způsobit takovou bolest. Zároveň většina laické veřejnosti nemá dostatečné informace o anatomii lidského těla a nedokáže tak provést příliš efektivní řez (Haškovcová, 2020).

2.5.3 Zastřelení

Na rozdíl od podřezání žil, střelná zbraň s téměř stoprocentní jistotou způsobí smrt sebevraha. Vlastnictví střelné zbraně je v České republice přísně evidováno. Pro vydání zbrojního průkazu je podle zákona povinnost osoby splňovat tyto podmínky – trestní bezúhonnost, zdravotní způsobilost včetně posudku od lékaře, věk vyšší než 21 let a držitel také musí složit úspěšně zkoušku odborné způsobilosti. Přístup ke zbrani je v České republice omezený, avšak ne nemožný. Zastřelení sebe sama také ukazuje na značnou odhodlanost člověka, jelikož si opravdu uvědomuje, že s největší pravděpodobností nepřežije. Pokud pacient nezemře ihned po prostřelení hlavy a mozku, s největší pravděpodobností se tak stane o několik dní později v nemocnici. I přes péči neurochirurgů je ve většině těchto případů nemožné zachránit život pacienta a i když se podaří jej zachránit, následky poškození mozku ve většině případů způsobují postižení a trvalou invaliditu (Haškovcová 2020, Odbor bezpečnostní politiky, oddělení obecní policie, zbraní a dopravního inženýrství 2018).

2.5.4 Oběšení, uškrcení, udušení

Oblíbený způsob zbavení osoby života a hojně používaný v historii je takzvané věšení neboli oběšení. V dnešní době se ve většině zemí s tímto způsobem popravy nesetkáme, je však stále nástrojem pro osoby, které se samy rozhodnou vzít si život. Při správném provedení je oběšení bezbolestné a jednoduché. Funguje na principu škrtidla, utaženého kolem krku a tlaku vzniklého vahou těla. K oběšení může dojít ve stoje, v sedě i v kleče a stačí k němu poměrně malá síla. Nejdříve dochází k bezvědomí, které je způsobeno útlakem krčních tepen a nedostatečného zásobení mozku kyslíkem. Zároveň dojde k uzavření dýchacích cest a podráždění vagového nervu, což může způsobit srdeční zástavu. Srdeční funkce však může být zachována až 15 minut po aktu. Tento způsob sebevraždy je v České republice nejčastěji vybraným sebevrahy, jejichž čin je úspěšný (Štefan, 2010).

2.5.5 Skok z výšky, skok pod dopravní prostředek

Způsob ukončení života skokem z výšky (most, budova) nebo skokem pod vlak, auto, autobus či jiný dopravní prostředek mají ve většině případů podobný výsledek – polytrauma (postižení nejméně dvou orgánových systémů z nichž alespoň jeden ohrožuje pacienta na životě) nebo sdružené poranění (postižení nejméně dvou orgánových systémů, která pacienta na životě neohrožují). Pacient nutně nezemře ihned po aktu, lze očekávat méně či více závažná tupá poranění tkání a orgánů, která mohou vést k vysokým krevním ztrátám, významným kraniocerebrálním traumatům nebo třeba i k traumatické zástavě srdce. Některé ze sebevražedných pokusů provedených tímto stylem končí trvalou invaliditou, například

v podobě ztráty končetin (Anesteziologicko-resuscitační klinika LF MU a FN u sv. Anny v Brně, 2017).

2.5.6 Ostatní

Zbytkové procento způsobů sebevraždy se týká například utopení nebo upálení sebe sama. Za zmínku stojí i úmyslné nabourání ve vysoké rychlosti v jakémkoli dopravním prostředku. Dále je možné usmrcení elektrickým proudem, například vhození elektrického spotřebiče do vany, ve které osoba leží. Za sebevraždu by se dal považovat i atentát, kdy útočník sám sebe obětuje a usmrtí i další osoby (výbušniny) (Haškovcová, 2020).

2.6 První pomoc v terénu

2.6.1 Vyšetření pacienta

Komplexní vyšetření pacienta je pro záchranáře důležitý nástroj k určení správného postupu ošetření a zdravotnické intervence. Velmi důležité jsou informace později i pro přivolaného lékaře či při předání pacienta do péče zdravotnického zařízení. V terénu jsou nástroje a metody k vyšetření pacienta omezené (Kučerová, 2013).

- **Příchod na místo** – Nejdříve by měl záchránce dbát na své vlastní bezpečí, při příchodu na místo zásahu sleduje okolí, zda je bezpečné. Svou pozornost soustředí především na předměty jako jsou zbraně různého typu, nebezpečné látky a agresivní osoby. Na subjektivním uvážení je poté, zda lze začít bezpečně ošetřovat zraněného. Pokud má záchránář pochyby o svém vlastním bezpečí, má možnost požádat o spolupráci policii (Kučerová, 2013).
- **První kontakt** – Velmi důležité je se soustředit na komunikaci s pacientem, vytvořit ideálně pro něj bezpečné prostředí a podpořit vzájemnou důvěru. Bez ohledu na jakékoli faktory by se vždy každý zdravotník měl držet profesionality a zásad slušného chování. U psychiatrických pacientů je často potřeba postupovat s opatrností, aby k nám pacient neztratil důvěru. V této chvíli již probíhá pozorování chování osoby a pokud existuje tato možnost, informace lze získat i od případných svědků události (Kučerová, 2013).
- **Anamnéza** – klíčová součást vyšetření. Odebírá se přímo od pacienta, v případě neschopnosti komunikace od osoby blízké. Kladeny jsou dotazy na onemocnění prodělaná a chronická, zvláště na srdeční onemocnění, diabetes, epilepsii, poruchy srážení krve a operace. U sebedestruktivních projevů je podstatné, zda je pacient sledovaný na psychiatrii, popřípadě z jakého důvodu, a jestli užívá medikaci pravidelně

podle doporučení lékaře. U osob předávkovaných medikamenty je důležité množství, druh a přibližný čas požití. U pacienta v bezvědomí je možné se pouze domnívat, které léky požil, pokud se tedy v okolí nenacházejí plata od léků či obaly, nasvědčující pravděpodobnému použití. Důležitá je veškerá medikace včetně potravinových doplňků i léků užívaných příležitostně. Dalším bodem anamnézy je abúzus látek jako je alkohol, drogy, tabákové výrobky, zneužívání léků nepředepsaných lékařem, a to jak v blízké minulosti, tak i dlouhodobě, což by mohlo mít zásadní vliv na aktuální stav pacienta. Dále se ptáme na potravinové a lékové alergie. Prostředí, ve kterém osoba žije, vztahy s okolím, patologické faktory sociálního prostředí (zneužívání, šikana) a události, které v blízké době měly vliv na psychický diskomfort. Práce a pracovní prostředí, nezaměstnanost, předchozí zaměstnání a jejich psychická či fyzická náročnost, odchod do důchodu, nezaměstnanost, stres spojený se zaměstnáním. U žen také na gynekologickou anamnézu, potrat, menopauza a neplodnost jsou pro spoustu žen faktory působící dlouhodobě negativně na jejich psychické zdraví (Orel 2020, Raboch 2012, Kučerová 2013).

- **Životní funkce** – Mezi základní životní funkce se řadí vědomí, tepová frekvence, krevní tlak, dechová frekvence a tělesná teplota. Změna jedné či více poukazuje na patologickou změnu v organismu. Tyto funkce jsou však závislé na mnoha faktorech, proto je možné najít odchylku i u zdravého člověka (například sportovci mají nižší tepovou frekvenci, děti mají nižší tlak). Měření provádí záchranář pomocí přístrojů nebo pohledem, pohmatem, poslechem. Měří se i další hodnoty jako například saturace krve kyslíkem, glykémie. Policie může poskytnout i test na prokázání alkoholu z dechu (Český červený kříž, 2017).

2.6.2 První pomoc v systému ABCDE

Při vyšetření pacienta zdravotnický záchranář používá systém (X) ABCDE. Tento pomocný model lze využít u každého kritického i nekritického pacienta. Podstatné je postupovat podle systému, aby byly včas odhaleny závažné stavy a byla provedena první pomoc. Pokud není vyřešený a zajištěný bod, ve kterém existuje problém, nemělo by se postupovat. V případě sebevražedných pacientů tomu není jinak a každý záchranář by měl znát a používat tento systém (Ing. Zdeněk Pavelek a spol., 2022).

- **(X)** – zástava masivního krvácení. Nejčastěji traumata s amputací končetiny, poškození velkých cév, penetrující poranění břicha. (komprese, tlakový obvaz, tamponáda rány).

- **A – airway.** Zajištění průchodnosti dýchacích cest pacienta. Může zde být obstrukce cizím tělesem, zapadlý jazyk, otok či jiné stavy k případné intervenci (záklon hlavy, vyčištění dýchacích cest, zajištění dýchacích cest intubací, laryngeální maskou, vzduchovodem, vypuzovací manévry, koniopunkce). U traumatického pacienta se provádí manuální stabilizace krční páteře s předsunutím čelisti, nasazení krčního límce.
- **B – breathing.** Kontrola a zajištění dostatečné dechové aktivity oxygenace. Dechy musí mít dostatečnou intenzitu i hloubku. Je nutné zkontrolovat hrudník (symetrie, poslech, poranění) a popřípadě provést punkci tenzního pneumothoraxu. V této fázi se zahajuje ventilace ambuvakem, je-li třeba, podává se kyslík.
- **C – circulation.** V tomto kroku je nutné zajištění dostatečné cirkulace krve. Měří se krevní tlak, pulz na periférii a karotidě, kapilární návrat, barva a teplota kůže, saturace krve kyslíkem, hodnotí se srdeční funkce a EKG. Zavádí se se žilní vstup a v případě potřeby jsou podány tekutiny a medikamenty. Pokud je pacient traumatický, měl by záchranář pamatovat na kontrolu a zajištění stability pánve a femurů.
- **D – disability.** Kontrola a zhodnocení vědomí pomocí různých škál. Dále se vylučuje cévní mozková příhoda nebo krvácení do mozku (základní neurologické vyšetření). Zornice by měly být u zdravého člověka stejné a adekvátní velikosti, reagující na osvit. Posuzuje se případná intoxikace alkoholem, drogami, léky a jinými látkami. Měří se hodnota cukru v krvi. Právě zde se hodnotí psychický stav pacienta (agrese, psychóza, apatie).
- **E – exposure** neboli vyšetření od hlavy k patě. V tomto bodě se ošetřují menší zranění, fixují se zlomeniny, také je důležité zajistit tepelný komfort a změřit tělesnou teplotu. Provádí se i vyšetření břicha.

(Ing. Zdeněk Pavelek a spol., 2022)

Zdravotnictví je prostředím, kde často pracuje mnoho lidí najednou, je nutné tedy myslet na efektivní spolupráci s ostatními zdravotníky, lékaři, složkami integrovaného systému, operačním střediskem, toxikology a dalšími.

„Týmová spolupráce je tu naprosto nezbytná a sehraný tým v těchto případech vůbec nemusí mezi sebou hovořit. Každý ví, co má dělat“ (Kučerová, 2013, str. 106).

2.6.3 První pomoc při akutní intoxikaci

„Otrava je stav po proniknutí otravné (jedovaté) látky do organismu. Otrava je charakterizována chorobnými změnami typickými pro jednotlivé jedovaté látky. Tyto změny pak narušují stav zdraví a mohou být i příčinou zániku organismu“ (Ševela a Ševčík, 2011, str. 30).

Ve své knize zmiňují Ševela a Ševčík výzkum zahrnující 221 závažných akutních intoxikací. Znepokojivým faktem je, že 95 % těchto otrav bylo zapříčiněno suicidálním úmyslem.

Jed je látka, která do těla proniká v různých formách (kapalina, plyn, pevná látka) a různými cestami (perorálně, inhalačně, intravenózně a tak dále). Jedy se dělí především podle účinku po vpravení do lidského těla, existují jedy toxické pro ledviny, játra, dráždivé, látky tlumící centrální nervovou soustavu, neurotoxické a krevní jedy. Příznaky otravy se však často neřídí žádnými pravidly a zvláště při kombinaci více toxických látek bývá klinický obraz různý (Ševela a Ševčík, 2011).

Diagnostika otrav v přednemocniční péči je velmi složitá. Vyžaduje znalost typických příznaků pro jednotlivé jedy. Tyto příznaky mohou být v některých případech pozměněny, pokud osoba požila více látek či při dlouhodobé léčbě medikamenty na předchozí onemocnění (Ševela a Ševčík, 2011).

Otrava různými látkami ovlivňuje tělesný stav pacienta. Může vést k různým stavům. Základními stavy po intoxikaci jsou:

- **Delirium** – stav charakteristický poruchou kognitivních procesů, není trvalý, projevuje se výkyvy ve stavu vědomí, dezorientací, halucinacemi, strachem, postižením řeči, myšlení a problémem s koordinací. Může být vyvoláno alkoholy, barbituráty, halucinogeny, benzodiazepiny a řadou dalších látek.
- **Křeče** – nejčastěji se objeví při otravě amfetaminy, kokainem nebo antidepresivy. Křečové stavy mohou vést k dalšímu zranění pacienta, pokud například upadl.
- **Anticholinergní příznaky** – tyto symptomy způsobuje řada antipsychotik, antidepresiv a halucinogenů. Po intoxikaci dojde k inhibici parasymptického nervového systému což vede k bradykardii, bronchokonstrikci, svalové slabosti, záchvatům kašle, průjmu a zvracení.
- **Cholinergní příznaky** – patří mezi ně zmatenost, poruchy vědomí, slinění, pocení, zúžení zornic, svalové křeče, inkontinence, bronchospasmus, popřípadě poruchy

srdečního rytmu až plicní edém. Tyto příznaky jsou typické pro otravu organofosfáty, některými insekticidy, parasymptomimetiky a jedovatými houbami.

- **Poruchy dýchání** – souvisí s poruchami centrální nervové soustavy. Projevují se hypoventilací (sedativa, hypnotika, barbituráty, opioidy). Při útlumu CNS hrozí i aspirace zvratek nebo cizích těles. Křeče mohou vyvolat svalovou paralýzu a bronchospasmus (organofosfáty). Otrava léky na srdce (betablokátory, antidysrytmika) může vést až k plicnímu edému kardiogennímu. Naopak nekardiogenní edém vzniká při předávkování například opioidy. Vysoké dávky kokainu mohou způsobit krvácení do alveolů. Kyanid, sirovodík, čpavek a oxid uhelnatý způsobují poruchu vnitřního dýchání, kyslík je vytěsněn jiným plynem z krve a nastává hypoxie.
- **Útlum centrální nervové soustavy** – způsobený nejčastěji alkoholy, glykoly, benzodiazepiny, barbituráty, opioidy, sedativy, hypnotiky, antiepileptiky, antihypertenzivy, tricyklickými antidepresivy, antipsychotiky a dalšími. Hlavními příznaky intoxikace jsou poruchy vědomí různého stupně, bradykardie, hypotenze, hypotermie, mióza, útlum dechového centra (pomalé a mělké dýchání). U některých pacientů mohou nastat i křeče.
- **Stimulace centrální nervové soustavy** – navozují ji například amfetaminy, kokain, LSD, ethanol, marihuana, psilocybin, meskalin, anticholinergika nebo oxid uhelnatý. Vlivem těchto drog dochází k tachykardii, hyperaktivitě, hypertenzi, tachypnoei, hypertermii, pocení, neklidu, který může vést až k toxické psychóze. Typickým znakem intoxikace stimulanty je reaktivní mydriáza.
- **Poruchy kardiovaskulárního systému** – může nastat hned několik komplikací. Pokles krevního tlaku a srdeční frekvence vyvolává alkohol, benzodiazepiny, analgetika, sedativa, barbituráty, hypnotika, opioidy a další. Zvýšení krevního tlaku a srdeční frekvence je typické pro látky stimulační, především drogy jako kokain, extáze, marihuana. Stimulanty a halucinogeny mohou způsobit poruchy srdečního rytmu. Předávkování tricyklickými antidepresivy je charakteristické sinusovou tachykardií, která přechází v supraventrikulární a následně na komorovou.
- **Poruchy regulace tělesné teploty** – hypertermie i hypotermie je při intoxikaci ovlivněna do jisté míry i teplotou okolního prostředí, protože po jisté dávce některé látky zbavují tělo schopnosti samostatné termoregulace. Tento stav může vést k hypertermickému syndromu (anticholinergika, antihistaminika, amfetaminy). K hypotermii potenciálně vede každá otrava způsobená látkou tlumící centrální nervový

system. Pacient nevnímá chlad a ztrácí se základní reflexy, to vede zvláště v chladném prostředí k rychlému klesání tělesné teploty.

- **Poruchy vnitřního prostředí** – nejčastější poruchou vnitřního prostředí bývá metabolická acidóza, pokud vyloučíme diabetickou ketoacidozu a uremické koma, s největší pravděpodobností je způsobena intoxikací například methanolem, etylenglykolem, etanolem, nesteroidními antirevmatiky a dalšími.
- **Akutní poškození jater a ledvin** – vzniká při intoxikaci řadou látek, nejnámější z nich je paracetamol, etanol a toxiny muchomůrky zelené. Poškození ledvin vzniká na podkladu celkové poruchy hemodynamiky.

(Švela a Ševčík, 2011)

První pomoc při akutní intoxikaci souvisí s jejími příznaky a samozřejmě použitým jedem. Záchranář v této situaci postupuje podle algoritmu ABCDE, doporučených postupů a indikace lékaře záchranné služby. K dispozici je i konzultace s toxikologickým centrem, kterou si v terénu zajistí hovorem s dispečerem operačního střediska. Postup u otráveného pacienta se odvíjí od jeho aktuálního stavu. Vždy je nutné nejdříve zajistit průchodné dýchací cesty, pokud toho pacient není schopen sám, provede se záklon hlavy, při podezření na poranění krční páteře pouze předsunutí čelisti. Dočasně je lze zajistit pomocí vzduchovodu nebo laryngeální masky, v případě, kdy je přítomen lékař, je u nestabilních pacientů s těžkou poruchou vědomí na místě zavedení intubační kanyly. Po zajištění dýchacích cest se zajišťuje dostatečná oxygenace pacienta, o podání kyslíku rozhoduje klinický stav, stejně jako o jeho způsobu podání, může stačit kyslíková maska. V případech závažného útlumu dechového centra je k dosažení optimální saturace potřeba ventilace pomocí ambuvaku či napojení pacienta na ventilátor (Švela a Ševčík, 2011).

Následuje kontrola funkce kardiovaskulárního systému a monitorace, pokud je nutná kardiopulmonální resuscitace, zahajujeme ji okamžitě, analýza EKG křivky může odhalit další arytmie indikované k intervenci či podání látek upravujících srdeční rytmus, proto je potřeba zajištění žilního vstupu (když je nutné podat léky a nelze zajistit žilní, využívá se intraoseální vstup). Pokud je látka požitá pacientem zdravotníkům známá a vyžaduje-li to klinický stav pacienta, je možné podat specifické antidotum (pokud na látku existuje), příkladem je Naloxon (opiáty), glukagon (betablokátory), Flumazenil (benzodiazepiny). Při otravě nemrznoucí kapalinou (Fridexem) se jako antidotum používá co nejsilnější alkohol. Při požití benzínu

a nafty se pacientovi podává parafinový nebo rostlinný olej. Univerzální látkou užívanou ke zmírnění účinku otravné látky je živočišné uhlí, má schopnosti absorbovat toxiny z trávicího traktu. Léčba hypotenze a šoku probíhá podáním tekutin intravenózně, vazopresorů, úpravu tělesné teploty (zahřáté roztoky) a je-li to nutné úpravu osmolality (Ševela a Ševčík, 2011).

Konvulzivní stavy se léčí podle jejich etiologie, k jejich léčbě se standardně používá diazepam, midazolam, léky z řady antiepileptik a poslední možností jsou svalová relaxancia. Po zajištění funkčnosti a efektivity dýchání a oběhu pacienta záchranář provede zbývající vyšetření – neurologické (FAST, Glasgow coma scale), měření hodnoty glykémie, posouzení stavu zornic, celkového tělesného stavu, včetně kontroly intoxikovaného od hlavy k patě. Při ošetření na místě i transportu je důležité myslet na tepelný komfort pacienta a zvážit rizika podchlazení či přehřátí. Následně v nemocniční péči může být pacient indikován k výplachu žaludku, hemodialýze, forsírované diuréze a dalším postupům užívaným ke zbavení těla jedu (Kelnarová a spol. 2012, Haluzíková 2023).

2.6.4 První pomoc při řezném poranění

První pomoc u suicidálních pacientů s řezným poraněním závisí na hloubce i místě rány. Místem volby u sebevražedných pacientů bývá často zápěstí, předloktí, ale je možné se setkat i s pořezáním například krku. Zdravý dospělý člověk je schopen bez větší změny vitálních funkcí ztratit přibližně 10 % krve (0,5 litru), závažná krevní ztráta je definována úbytkem krve nad 20 %, u průměrného dospělého člověka jde o zhruba 1 litr krve. Závažnost krevní ztráty lze odhadnout podle viditelných stop na oblečení či na místě události. Je-li zraněný například ve sprše nebo vaně, kde není možnost posoudit krevní ztráty, je možné posoudit závažnost i pomocí klinického stavu pacienta. Již při prvním kontaktu s pacientem je vhodné si všimnout bledosti, chladné kůže, poruchy vědomí a slabě hmatných pulzací na periférii, které mohou značit závažnější ztrátu krve. Masivní krvácení se zastavuje přiložením prstů na ránu a tlakem. Záchranář má k dispozici obvazový materiál, který lze použít k vytvoření tlakového obvazu. Pokud krvácení neustává (obvaz i s několika vrstvami prosakuje), je na místě použití škrtidla (je-li rána na končetině). Dále zdravotník řeší aktuální stav pacienta podle jeho fyziologických funkcí. Závažné ztráty krve je možné kompenzovat náhradou tekutin, nejvhodnější možností náhrady krve je krevní transfuze, když není k dispozici, podávají se krystaloidy, případně vazopresory k udržení krevního tlaku. U nezastavitelných krvácení je možná léčba hemostatiky již na místě události. Je nutno myslet na to, že vykrváčený pacient si těžko udrží tělesnou

teplotu, a proto je na místě podávat roztoky ohřáté a zajistit tepelný komfort termofolií (Kelnarová a spol. 2012, Haluzíková 2023).

2.6.5 První pomoc při střelném poranění

Stejně jako u pořezání, záleží u střelné rány především na části těla, která je postřelená. Pokud sebevrah zasáhne srdce či mozek, nastává ve většině případů téměř bezprostředně smrt. Střelná rána nepoškozuje pouze tkáň, kterou pronikne, ale i její okolí, kde je narušena funkce nervové soustavy, což vede k depresi všech vitálních procesů. Klinicky se tento šok projeví hypotenzí, bledostí a tachykardií. Šok zde může vzniknout z více příčin, například při zasažení velké tepny nebo žíly vznikne následným krvácením hypovolemický šok. Postup je však stále zaměřen na zachování základních životních funkcí. Proto prvním krokem je vždy zastavení akutního masivního krvácení, kontrola dýchacích cest, případně odsátí krve. U střelných poranění hlavy je téměř vždy nutno zajistit dýchací cesty endotracheální kanylou, protože u pacientů s kraniotraumaty jsou dechové procesy nestabilní a souvisí s nimi porucha vědomí, při které hrozí aspirace. Pokud je indikována ventilace, popřípadě oxygenoterapie, provede záchranář i tyto úkony. Dalším krokem je stabilizace krevního oběhu, došlo-li k jeho zástavě, je okamžitě zahájena kardiopulmonální resuscitace. Náhrada tekutin a farmakoterapie se aplikuje dle klinického stavu pacienta. Následuje zhodnocení stavu vědomí, neurologické vyšetření, zhodnocení velikosti a reakce zornic. Zdravotník dbá na tepelný komfort a monitoraci po celou dobu transportu, osoby v závažném stavu je možné přepravit letecky do nejbližšího traumacentra po konzultaci s operačním střediskem (Kelnarová a spol. 2012, Haluzíková 2023).

2.6.6 První pomoc při polytraumatu

Sebevražedný pacient může zvolit jako prostředek skok pod jedoucí dopravní prostředek (nejčastěji vlak) nebo skok z výšky. V tomto případě, přežije-li osoba tento pokus o sebevraždu, mechanismus úrazu vede většinou ke sdruženému poranění nebo polytraumatu. Schéma ošetření traumatického pacienta je částečně odlišné od klasického postupu ABCDE. Před zahájením kontroly dýchacích cest záchranář zastavuje masivní krvácení například z amputované končetiny, a to nejlépe turniketem, pokud nejde o končetinu, provádí se tamponáda rány a tlak na ránu rukou. Průchodnost dýchacích cest kontrolujeme pouze předsunutím spodní čelisti, kvůli případnému poranění páteře, k její imobilizaci se používá krční límec, který však brání pouze předozadnímu pohybu, proto jeden ze záchránců musí držet hlavu, aby se nehýbala. Nedokáže-li pacient udržet sám průchodné dýchací cesty z důvodu poruchy vědomí, zapadnutého jazyka nebo z jiného důvodu, zajistí je záchranář vzduchovodem nebo laryngeální maskou. Lékař může provést intubaci. Hodnocení dýchání se provádí

poslechem a pohmatem hrudníku, hodnotí se frekvence, kvalita, hloubka, fenomény, symetrie hrudníku a poranění hrudníku. Stav špatné oxygenace ukazuje i cyanóza kůže. Pokud není dechová aktivita nebo pacient závažně hyperventiluje nebo hypoventiluje, je indikována ventilace ambuvakem. Traumatický pacient může mít pneumothorax, v tomto případě se provádí punkce. Oběhový systém se hodnotí pomocí monitoringu pulzací na periferních částech těla, jejich kvality nebo absence, lze tak odhadnout přibližný krevní tlak a pulz. Posouzením kapilárního návratu se hodnotí míra perfuze tkání. Není-li přítomna známka funkčního oběhu, zahajuje se resuscitace podle protokolu. U traumatických pacientů se v tomto bodě vyšetřuje pánev a stehenní kosti a pokud nejsou stabilní, provádí se jejich fixace pomocí pánevního pásu a trakční dlahy. Hodnotí se i EKG, léčba se nasazuje dle klinického stavu a dle doporučených postupů. Zavedení vstupu do žíly umožní aplikaci léků a tekutin podle potřeby a stavu pacienta, u hypotenzních osob někdy nelze zavést intravenózní vstup, poté se volí navrtání vstupu do kosti. Po zajištění oběhu a kontinuální monitorace vitálních funkcí se hodnotí stav vědomí pomocí škály Glasgow nebo AVPU (alert, voice responsive, pain responsive, unresponsive), hodnota glykémie, u traumatických pacientů se hledají známky kraniotraumatů (výtok krve nebo mozkomíšního moku z uší, rozdílná velikost zornic, krvácení z nosu, hematomy na hlavě, nestabilní lebka, závrať, křeče, jiné neurologické deficity). V posledním kroku se pacient vyšetřuje od hlavy k patě, zajišťuje se tepelný komfort a stabilizace zlomenin. Podle indikace a naléhavosti následuje transport na spádové chirurgické oddělení nebo do traumacentra. Po dobu transportu je nutná neustálá monitorace životních funkcí a kontrola efektivity aplikovaných pomůcek a medikamentů (Anesteziologicko-resuscitační klinika LF MU a FN u sv. Anny v Brně, 2017).

2.6.7 Psychologická první pomoc

Je-li zdravotní stav sebevraha kompenzovaný, ale po psychické stránce záchranář potřebuje provést intervenci ke zklidnění, případně zabránění dalšímu ublížení sobě či osobám přítomným, aplikují se základní pravidla pro komunikaci v krizových situacích. Někdy je dokonce potřeba osobu přesvědčit, aby se nechala vyšetřit a ošetřit. Pacient může být ve stavu těžké deprese, deliria, agitace, paniky, strachu a je ovládán svými emocemi a psychickým stavem. Cílem intervence záchranáře není vyřešit jeho životní situaci, ale stabilizovat osobu a podpořit ji k řešení problému a přijetí pomoci. Je nutno si uvědomit, že člověk, který prožívá krizi, se cítí velmi zranitelný, má pocit bezvýchodnosti situace a jeho vnímání je zkreslené (Špatenková, 2017).

Z pozice laika i zdravotníka je vhodné:

- nevnucovat se, být soucitný, netlačit na osobu
- poskytnout pocit bezpečí a pohodlí
- uklidňovat jedince
- naslouchat, reagovat na potřebu kontaktu
- poskytnout pomoc, která je v silách záchranáře
- nabídnout informace
- kontaktovat rodinné příslušníky a požádat je o pomoc
- nekritizovat, nesoudit, nelhat, neslibovat, nezlehčovat, neanalyzovat, být trpělivý

(Špatenková, 2017)

2.7 Následná péče o sebevražedné pacienty

Záchranář, který se setká v terénu se sebevražedným pacientem, by měl být schopný určit, na jaké oddělení osobu směřovat. Nejdůležitější je zvážit fyzický stav pacienta, zda je v přímém ohrožení života nebo zdraví. Podle stavu, který si způsobil, je zvolen transport na příslušné oddělení nebo ambulanci, která je v dané lokalitě k dispozici (otrava – interní ambulance/oddělení, řezné rány – urgentní příjem/chirurgická ambulance atd.). Při přímém ohrožení sebe nebo jiných osob lze pacienta transportovat i proti jeho vůli a záchranář si může přivolat na pomoc policii. V případě, že je dotyčný klinicky stabilní, ale jeho psychický stav nedovoluje ponechání na místě, transport směřuje na psychiatrickou ambulanci. Jedině lékař psychiatrie je schopen plně posoudit riziko sebevraždy důkladným vyšetřením pacienta a rozhodnout o nutnosti hospitalizace na psychiatrickém lůžkovém oddělení. Má-li pacient ošetřujícího psychiatra, který v dobu incidentu ordinuje, je možné se domluvit na převozu k němu, jelikož lékař má přehled o historii dané osoby, diagnóze a popřípadě o předchozích incidentech. Léčba sebevražedných pacientů je velmi komplexní a většinou i dlouhodobá, odvíjí se od psychického stavu, stejně tak jako medikace a hospitalizace v psychiatrické léčebně. Pro záchranáře je především důležité nepodcenit situaci a poskytnout adekvátní první pomoc s transportem na pracoviště, kde osoba dostane péči, kterou potřebuje (Haškovcová a Kučerová, 2020).

Podmínky hospitalizace proti vůli pacienta vymezuje zákon č. 372/2011 sb. o zdravotních službách. Záchranář musí mít na paměti, že se jedná o zásah do osobní svobody pacienta. Nedobrovolná hospitalizace slouží k ochraně pacienta a okolních osob. Hrozba musí být v čase hospitalizace závažná a bezprostřední. Zároveň se musí jednat o hrozbu na zdraví nebo životě pacienta nebo jeho okolí. Typicky pokud má osoba suicidální tendence, nebo jeví známky závažné duševní poruchy či duševní poruchou trpí. Zdravotnické zařízení má povinnost oznámit do 24 hodin každé takové omezení soudu (Liga lidských práv, 2016).

3 PRAKTICKÁ ČÁST

3.1 Metodika praktické části

V praktické části bakalářské práce jsou zpracovány a zaznamenány skutečné případy suicidálních pokusů a dokonáných sebevražd, ke kterým byla přivolána ZZS kraje, ve kterém byl průzkum proveden. Název kraje zde není zmíněn z důvodu zachování anonymity. Dále byly vypracovány kazuistiky vybraných pacientů psychiatrické ambulance pro dospělé. Zde nejsou uvedeny žádné osobní údaje z důvodu zachování soukromí osob. Informace o incidentech byly čerpány z výjezdových zpráv, které se nacházejí v archivu operačního střediska a v ambulanci z dokumentace pacientů a nestrukturovaných rozhovorů s pacienty a pracovníky.

V první polovině praktické části jsem zvolila kvantitativní metodu sběru dat, studium dokumentace o výjezdech ZZS mezi lety 2020-2024. Zkoumaný soubor obsahuje 71 náhodně vybraných subjektů. Do průzkumu byly zařazeny případy, kde se prokazatelně jednalo o sebevražedný pokus/sebevraždu. Dále byly vypracovány analýzy incidentů. Ze získaných údajů byly vytvořeny grafy. Zkoumané údaje byly následující: věk, pohlaví, použitý prostředek, dokonaná/nedokonaná sebevražda, diagnóza (psychiatrická, onkologická a jiné).

Potenciálním problémem může být nedostatečné vytěžení a neúplný záznam informací o pacientovi, proto byly vybrány případy s obsáhlou a úplnou zprávou. Byly vyřazeny incidenty, kde se objevila nejasnost, zda šlo o suicidální pokus. Dokumentace je ovlivněna individuálními způsoby záznamu informací jednotlivými pracovníky této konkrétní záchranné služby, proto by potenciálně mohlo dojít k chybné interpretaci některých získaných dat. Další možnou komplikací může být subjektivní pohled členů posádky na situaci a její průběh, který se může projevit na dokumentaci.

V druhé polovině je popsáno několik případů pacientů se suicidálními sklony ve formě kazuistik. Průzkum byl proveden kvalitativně – studium dokumentace, rozhovor s pacientem, rozhovor s pracovníkem ambulance, ve které byl průzkum proveden. Možná komplikace je subjektivita v interpretaci informací. Dalším problémem může být nedostatečný náhled do životní situace zkoumaných osob kvůli omezeným zdrojům a časovým možnostem.

3.2 Cíle praktické části

Hlavním cílem průzkumné části práce je analyzovat sebevraždy a sebevražedné pokusy, se kterými se skutečně setkaly výjezdové skupiny ZZS. V této části práce jsou grafy zobrazující nejčastější použitou metodu, procento dokonaných sebevražd, další údaje zobrazují rozdělení osob podle věku a pohlaví. Poslední graf zaznamenává analýzu diagnóz pacientů a jejich četnost. Praktická část obsahuje zároveň obsáhlé kazuistiky dvou přeživších sebevražedných pacientek, které se zaměřují na období před incidentem, popisují průběh, následky a lékařskou péči. Jejich cílem je popsat okolnosti vedoucí k suicidálnímu jednání a následný postup při akutní intervenci a dlouhodobé léčbě.

3.3 Průběh průzkumu

Nejdříve byl zajištěn písemný souhlas obou pracovišť, vedoucího katedry a vedoucího práce. Následně proběhla domluva na termínu provedení průzkumu. Na operačním středisku průzkum trval 2 dny. Informace byly studovány přímo z archivu hlášení a zapisovány do sešitu. Následně byla data analyzována a přenesena do grafů pomocí aplikace excel.

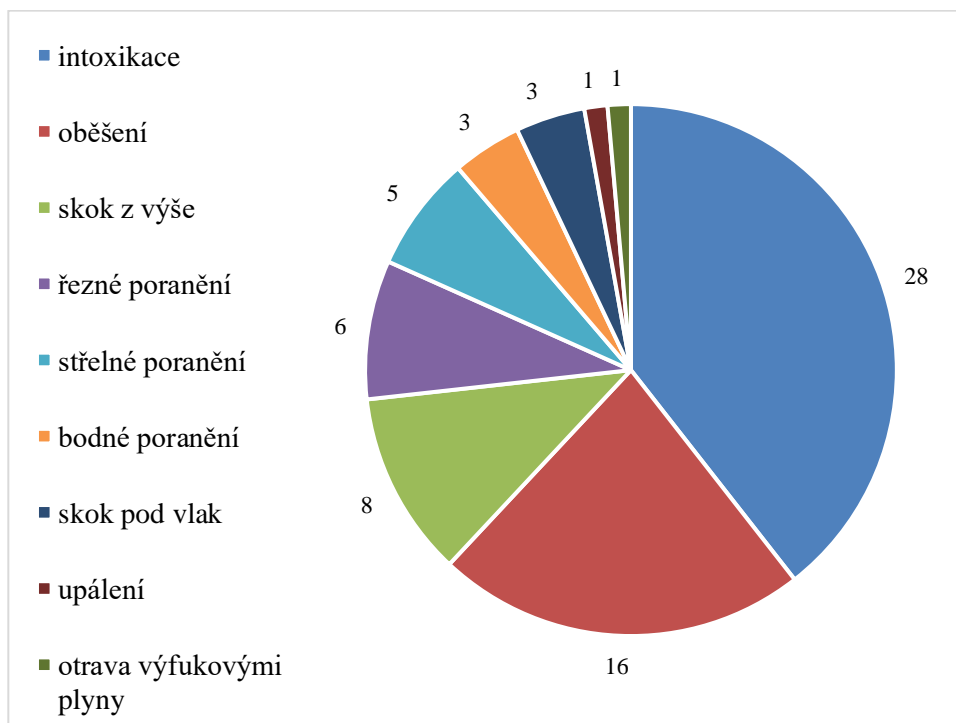
V psychiatrické ambulanci byl průzkum proveden v rámci jednoho dne. Po příchodu následoval krátký rozhovor s lékařkou, s jejím souhlasem mi sestra poskytla kompletní dokumentaci dvou pacientek. Sestra pracující na ambulanci obě pacientky dobře znala, proto byl uskutečněn nejdříve rozhovor s ní. Poté mi byla poskytnuta místnost, kde jsem mohla být sama s každou z žen. S oběma byl veden obsáhlý rozhovor, z kterého byly zaznamenány důležité postřehy do mého notebooku. Následovalo studium dokumentace a vypracování kazuistik ze všech zjištěných údajů.

3.4 Analýza výjezdů ZZS k sebevražedným pacientům

Zkoumaný soubor obsahuje 71 sebevražedných pacientů. Výběr byl prováděn náhodně. Z dokumentace každého vybraného pacienta bylo zjištěno, zda se jednalo o sebevraždu nebo sebevražedný pokus. Vyřazeny byly případy, u kterých nebylo možné získat z dokumentace všechny potřebné informace k průzkumu. Případy, u kterých nebylo zřejmé, zda se jednalo o vlastní úmyslné poškození pacientem s cílem ukončit svůj život, nebyly použity. Dále byly vyřazeny případy, které byly operačním střediskem přenechány ZZS jiného kraje.

3.4.1 Analýza použitých prostředků k suicidiu

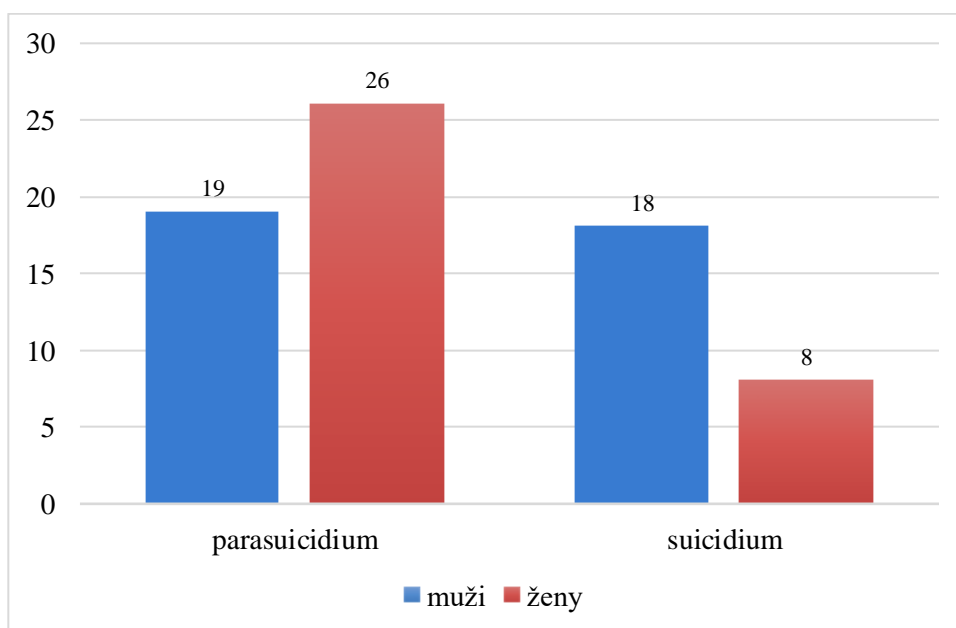
Obrázek 3 – graf zobrazuje způsoby provedení sebevraždy/pokusu o sebevraždu, které byly použity osobami ve zkoumaném souboru. Nejčastějším použitým prostředkem je intoxikace, kterou zvolilo 28 pacientů (39,44 %). Použité byly především medikamenty – benzodiazepiny, analgetika, antiflogistika a jiné, často v kombinaci s alkoholem. Pouze jeden z těchto případů byl na místě smrtelný, to znamená, že u 27 osob jde o parasuicidální pokus. Dlouhodobě nejpopulárnějším způsobem sebevraždy v celé České republice je oběšení. Graf znázorňuje 16 osob (22,54 %), které si zvolily tento prostředek. V tomto případě se ve většině případů jednalo o dokonanou sebevraždu. 8 osob (11,27 %) uskutečnilo sebevraždu skokem z výše (panelový dům), 6 z nich s fatálními následky a úmrtím na místě, všech 8 případů byly ženy. Následuje pořezání – 6 osob (8,45 %), ani jedno smrtelné. Dále střelné poranění – 5 osob (7,04 %), 4 kraniocerebrální poranění neslučitelná se životem, 1 poranění jateční pistolí do hrudníku – transportován ve stabilizovaném stavu do zdravotnického zařízení. Bodné poranění 3 osoby (4,23 %), jedno z nich smrtelné, pacient se bodnul do hrudní oblasti vojenským bajonetem. Skok pod vlak 3 osoby (4,23 %), všechny s devastujícími následky na tělo, které se neslučují se životem. 1 osoba (1,41 %) se pokusila otrávit výfukovými plyny, 1 osoba (1,41 %) se upálila v autě.



Obrázek 3 - graf četnosti použitých prostředků k suicidiu/parasuicidiu

3.4.2 Analýza četnosti pohlaví v případě suicidia a parasuicidia

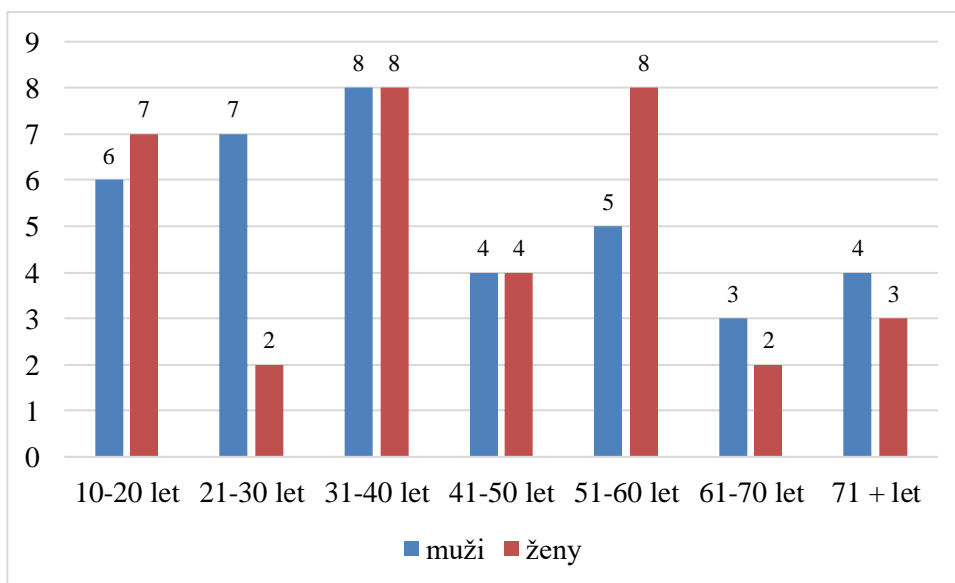
Průzkum ukazuje, že převažuje počet parasuicidálních pokusů 45 (63,38 %), nad sebevraždami dokonanými 26 (36,62 %). Parasuicidium spáchalo 26 žen (36,62 %) a 19 mužů (26,76 %), z čehož vyplývá, že ženy se o sebevraždu pokouší častěji než muži. Suicidium dokonalo 8 žen (11,27 %) a 18 mužů (25,35 %). Míra úmrtnosti jednotlivých pohlaví závisí na použitém prostředku. Možná protože u žen je volena především intoxikace, která, jak bylo zmíněno v odstavci 3.1.1, není v drtivé většině případů smrtelná. Naopak muži častěji sahají po tzv. tvrdých metodách, například zastřelení.



Obrázek 4 - graf četnosti pohlaví v případě suicidia/parasuicidia

3.4.3 Analýza sebevražd podle věkových skupin a pohlaví

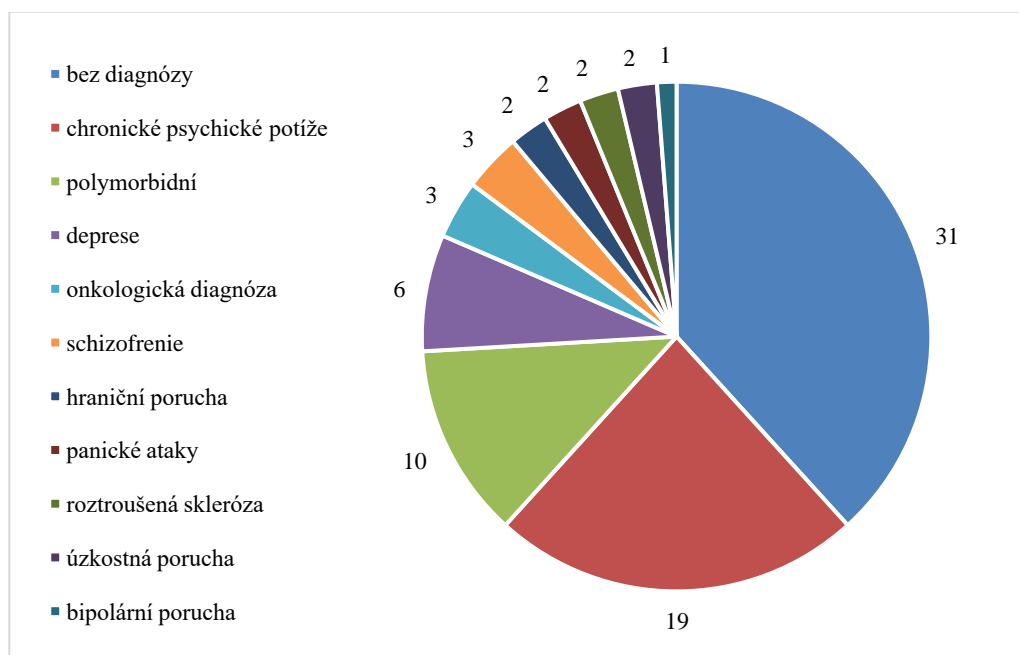
Obrázek 5 – graf zobrazuje analýzu jednotlivých věkových skupin s rozdělením podle pohlaví. 13 osob (18,31 %) bylo ve věku 10–20 let, 9 osob (12,68 %) ve věku 21–30. Nejpočetnější skupinou obsahující 16 pacientů (22,54 %) je kategorie 31–40 let. Dále 8 osob (11,27 %) 41–50 let, 13 osob (18,31 %) ve věku 51–60 let. Poslední dvě kategorie čítají 5 osob (7,04 %) starých 61–70 let a 7 osob (9,86 %) ve věkové kategorii 71+ let. Zajímavostí je, že s vyšším věkem se stupňovala i míra úspěšnosti sebevraždy.



Obrázek 5 - graf četnosti jednotlivých věkových skupin

3.4.4 Analýza diagnóz sebevražedných pacientů

Poslední graf znázorňuje diagnózy zkoumaných pacientů, zjištěny z údajů uvedených ve výjezdové zprávě. Některé osoby byly započítány do více kategorií kvůli více diagnózám. Kategorie bez diagnózy obsahuje všechny osoby, u kterých nebylo v anamnéze uvedeno žádné onemocnění, ani nebylo zmíněno rodinou či pacientem. Tato skupina je nejpočetnější – 31 osob (43,66 %), většinou do této kategorie zapadají dokonané sebevraždy mužů ve středním věku. Druhá početná skupina jsou osoby s chronickými psychickými potížemi, obsahuje 19 osob (26,76 %). Jsou to pacienti, kteří se léčili na psychiatrii, ale neměli specifickou diagnózu nebo u kterých byly v anamnéze zmíněny nespecifikované psychické problémy. Dále 10 osob (14,08 %) polymorbidních, ve většině případů seniorů, kteří se současně léčí s více chronickými chorobami. Bylo zaznamenáno 13 osob s diagnostikovaným psychickým onemocněním, z toho 6 deprese (8,45 %), 3 schizofrenie (4,23 %), hraniční porucha osobnosti 2 (2,82 %), panické ataky 2 (2,82 %), úzkostná porucha 2 (2,82 %), bipolární porucha 1 (1,41 %). Onkologicky nemocné osoby byly 3 (4,23 %) a posledním závažným somatickým onemocněním – roztroušenou sklerózou trpěly 2 osoby (2,82 %).



Obrázek 6 - graf četnosti diagnóz u sebevražedných pacientů

3.5 Kazuistiky sebevražedných pacientů

Osobní informace nejsou uvedeny, aby bylo zachováno soukromí obou pacientek. Pracoviště, na kterém byl průzkum proveden, souhlas udělilo s podmínkou zachování jeho anonymity, proto jeho název není zmíněn. Rovněž nejsou uvedena data ani lokace zmíněných zdravotnických zařízení. Kazuistiky jsou psány chronologicky. Opakující se informace, jako jsou údaje v anamnéze nebo medikace jsou vypsány na začátku. Poté jsou uvedeny pouze případné změny, lékařské zprávy, intervence a postup pacientky v léčbě. Období následné léčby je shrnuto v jednom odstavci a jsou zde uvedeny pouze zásadní informace o postupu v ambulantní péči.

3.5.1 Žena A

Rok narození: 2004

Diagnózy: F412 – smíšená úzkostná a depresivní porucha, F432 – poruchy přizpůsobení, F603 – emočně nestabilní porucha osobnosti.

Ambulantní zpráva – první vyšetření v psychosomatické ambulanci

Osobní anamnéza: somaticky zdravá, v dětství úraz zlomenina prstu LHK.

Rodinná anamnéza: matka se léčí na psychiatrii (OCD, PTSD), hypotyreóza, otec podstupuje onkologickou léčbu nádoru na mozku, v minulosti karcinom slinivky.

Gynekologická anamnéza: menstruace pravidelná, porody, potraty neguje, hormonální antikoncepci neužívá.

Toxikologická anamnéza: v minulosti kuřák, alkohol příležitostně, jiné návykové látky neguje, zkusila marihuanu.

Pracovní anamnéza: absolventka střední školy, obor praktická sestra, pracovala v městské nemocnici, práce ve zdravotnictví ji naplňuje.

Psychiatrická anamnéza: hospitalizace 0, psycholog 0.

Sociální anamnéza: žije s rodiči v bytě, svobodná, bezdětná, problematický vztah s matkou, otec nezaujatý.

Anamnéza subj.: žije s rodiči, smutky, úzkosti už od dětství, nyní zhoršení v posledních 2 letech. Matka má velké nároky stran školy, je psychicky nemocná, pacientka se snaží pomáhat, smutek už jí narušuje osobní život. Tlak ze všech stran, hledala si práci,

ale nevyhovovala ji, po týdnu ukončila, čeká ji nástup do nemocnice. Spánek většinou dobrý, ráno se cítí nevyspaná, dříve měla záchvatovité přejídání, teď spíše nechutenství. Zvracení nebylo, nebyly halucinace ani sebevražedné myšlenky, sebepoškozuje se, pomohlo jí to ulevit, trápí ji, že jí zasahuje do osobního života.

Alergie: u pacientky nebyla zjištěna léková alergie.

Výška: 175 cm Hmotnost: 70 kg BMI: 22,86 TK: 110/70 Puls: 68

SpO2: 99 % Teplota: 36,5 °C

Dg.: F412 – smíšená úzkostná a depresivní porucha

Doporučení: rozhovor, podpora, úprava medikace, nově Deprex 20mg 1-0-0, SOS medikace Rivotril 1-4 kapek, Magnosolv 1x denně, z psychiatrického hlediska schopna práce zdravotní sestry bez omezení včetně nočních služeb, poučena, souhlasí, nemá dalších otázek.

Ambulantní zpráva – kontrola po tentamen suicidii

Akutní psychiatrické vyšetření. 20letá pacientka odeslána po předchozí telefonické domluvě z nemocnice. V péči psychiatra pro depresivní potíže. Dnes vyšetřena v nemocnici po nadužití Rivotrilu, není známo množství, z interního hlediska nebyla dosažena toxická dávka. Do nemocnice přivezena ZZS. Suicidální úmysl nejuje. Před 3 dny se pořezala na L koleno.

Subj.: celkově ve špatné situaci, otec se léčí s karcinomem mozku, matka do ní ryla, má na ni velké nároky. Pacientka je citlivá, tak to začala řešit sebepoškozováním, na psychiatrii začala chodit před měsícem. Řezáním se sebepoškozuje 2 roky, odmala deprese, bála se chodit domů se špatnými známkami. Aktuálně má hodně stresu, dnes se předávkovala, řekla si, že je lepší, aby tu nebyla. Byla u přítele, ten viděl, že je malátná, tak zavolal záchranku a ta ji odvezla do nemocnice. Matka jí říká, že se řeže jen proto, že se nudí, ať si jde radši hodit lano, jestli to myslí vážně. Myšlenky na sebevraždu ji přepadají, brání jí v tom pud sebezáchovy, pořezáním uvolní napětí, přenáší psychickou bolest na fyzickou. Chce se odstěhovat, matka ji vydírá přes otce, nedovolí jí chodit ven.

Obj.: při vědomí, lucidní, orientovaná, spolupracuje, bez výrazného útlumu, psychomotorické tempo norma, forie subdepresivní, afektivní labilita, významný situační podklad, stp. parasuicidálním pokusu intoxikací medikamenty, kritická, opakovaně automutilace, aktuálně bez suicidálních tenzí, konstruktivní, nic psychotického, abusus bezvýznamný, VAS 0, na L předloktí četné povrchové nekrvácející ranky.

Doporučení: pacientka nyní klidná, spolupracující, asuicidální, nyní není nebezpečná sobě ani svému okolí, není indikace k akutní hospitalizaci, medikace adekvátní, zatím krátce, nutno vyčkat efektu, probrány základní svépomocné techniky, nyní dimise po vlastní ose.

Diagnózy: F412 – smíšená úzkostná a depresivní porucha.

Ambulantní zpráva – kontrola parere pro psychiatrické oddělení

Pacientka v péči pro úzkostně depresivní syndrom v rámci poruchy přizpůsobení F603. Nyní velmi těžká rodinná situace – otec ca mozku, matka náročná na sebe i na dceru. Vygradovalo odchodem pacientky k příteli a jeho rodině. Nyní zhoršení stavu sebepoškozování, nadužívání medikace. Do medikace přidán Fluoxetin kvůli záchvatovitému přejídání v anamnéze. Svobodná, bezdětná, žila s rodiči, teď u přítele, abusus nevýznamný.

Subj.: po nasazení Deprexu zhoršení první týden, pak celkem v pohodě. Zhoršení po hádce s matkou, sebepoškozování, trápí ji, že zatěžuje lidi okolo. Rodina přítele musí schovávat nože, nůžky, starat se o ni. V noci celkem spí, přes den má myšlenky na sebepoškozování.

Obj.: forie pokleslá, deprese středně těžká, emotivita kolísá, suicidální ideace, intoxikace léky, aktuálně bez zjevných suicidálních tenzí, dekompenzovaná, při tíživé rodinné situaci sebepoškozování řezáním a nadužíváním léků, nyní hypogeusie, apychotická, osobnost disponovaná, emočně nestabilní rysy.

Dg.: F43.2 – poruchy přizpůsobení, F60.3 – emočně nestabilní porucha osobnosti.

Doporučení: vzhledem k situační dekompenzaci stavu, suicidálním ideacím, sebepoškozování doporučena hospitalizace na psychiatrickém oddělení, domluveno přijetí.

Propouštěcí zpráva – psychiatrické oddělení

Dle pacienta: Aktuálně v tíživé situaci, zhoršení sebepoškozování. Vypila lahvičku Rivotrilu, den na to lahvičku Algifenu, spolykala zbytek Deprexu.

Psychický stav: lucidní, orientovaná, spolupracující, odpovědi bez latence, přiléhavé, obsažné, psychomotorické tempo norma, myšlenky koherentní, bez psychotické produkce, nálada pokleslá, hypohedonie, hypoprosexie, hypobulie, lakrimační skluzu, sebevražedné ideace, tendence nejeví, stp. Intoxikaci medikamenty, osobnost emočně nestabilní rysy, disharmonický vývoj, intelekt orientačně průměr, kognitivní úroveň orientačně bez známek deteriorace, spánek nenarušen, odvykáci stav nepozorují.

Somatický stav: bolesti dle VAS 0, habitus: normostenický, hydratace v normě, bez známek cyanózy, ikteru, hlava na poklep nebolestivá, bulby ve středním postavení, zornice isokorické, orient. Neurologicky bez lateralizace, skléry anikterické, spojivky růžové, jazyk středem, bez povlaku, cení symetricky, hrdlo klidné, štítná žláza nezvětšená, KP kompenzovaná, břicho měkké, prohmatné, palpačně nebolestivé, peristaltika přítomna, játra a slezina 0, tapotment negativní, dolní končetiny bez otoků a známek zánětu, na L předloktí a L stehně drobné exkoriace po automutilaci, vyšetření krve v normě.

Farmakoterapie: Deprex 20mg 1-0-0, Trittico AC podle potřeby na spaní.

Terapie: režim, ergoterapie, skupinová psychoterapie, arteterapie.

Souhrn psychologa: Pacientka se v režimu oddělení adaptovala přiměřeně, zapojila se, využila možnosti individuálního sezení. V kontaktu vstřícná, motivovaná k práci na sobě, schopnost sebereflexe, usilovala o konstruktivní a aktivní postoj v aktuální náročné životní situaci, hovořila otevřeně, naslouchala. Pojmenovala potřebu vnímat vlastní potřeby, vyvažovat energii, kterou směřuje k ostatním a sama k sobě, nastavit jasné hranice, chránit se, zpracovávat a uvolňovat pocity, otevřeně o nich komunikovat, posilovat vlastní autonomii. Otevřela vztah s rodiči, komplikovaný a zraňující vztah s matkou, emočně náročná situace při vážné nemoci otce. Hledala kompromis mezi potřebou pečovat a osamostatnit se, zajistit si klidné, přijímající prostředí. Realisticky nahlížela do blízké budoucnosti, vnímala zátěž, náročnost, která ji čeká, zároveň existující zdroje, zvládací strategie, které má k dispozici. Podpořena, posílena. Doporučena individuální psychoterapie, skupina regulačních technik.

Průběh hospitalizace: Na oddělení se adaptovala bez potíží, zapojena do režimu. Pro stížnosti na nespavost medikace posílena tranzodolem s dobrým klinickým efektem. V popředí klinického obrazu emoční dysregulace s limitovanou frustrační tolerancí, automutilační tenze, zvládá korigovat, dostatečně konstruktivní, aktivně se zapojuje do psychoterapie. Podpořena individuálním pohovorem s psychologem. Postupně klidnější, zvládá aplikovat naučené zvládací techniky, bez suicidálních tenzí. Zvládá zkušební propustky domů, kde situačně podmíněné zakolísání. Domluvena dimise. V kompenzovaném stavu do ambulantní péče dimise.

Dg.: F43.2 – poruchy přizpůsobení, F60.3 – emočně nestabilní porucha osobnosti.

Doporučení: spolupráce s psychiatrem, psychoterapie, zvládací techniky, pracovní neschopnost pokračuje.

Období po hospitalizaci

Pacientka dochází na pravidelné ambulantní kontroly, v případě nouze i na neplánované. Stále má problém se sebepoškozováním a nadužívání léků, ale má vůli žít kvůli příteli a práci, která ji naplňuje. Snaží se to zvládat. Bydlí u přítele, k rodičům chodí, ale matka ji psychicky vydírá a necítí se tam dobře. Otec je nemocný, jeho stav se zhoršuje.

Stav pacientky kolísá, někdy má chuť se zabít, spolykat léky. Uvědomuje si, že má lidi kolem sebe, ale je pro ni těžké se starat o umírajícího otce. Má noční můry a špatně spí. Trpí úzkostnými stavy a občas se pořeže. Dvakrát pacientce byl v ambulanci aplikován injekčně Haloperidol, kvůli nevladatelnému stavu úzkosti, po kterém se jí ulevilo. Byla zvýšena dávka Deprexu. Měla nastoupit znovu na psychiatrické oddělení k hospitalizaci, ale rozmyslela si to.

Smrt otce pro ni byla velká rána, ale zároveň se jí ulevilo. Trápil se a s matkou se kvůli němu hádaly. Měla by zájem o psychoterapii. Trpí lehkou depresí a emoční nestabilitou. S přítelem je stále, tam nejsou žádné problémy. Chce znovu nastoupit do práce. Plánuje stěhování do svého bytu, aby se dostala od matky. Po medikaci se její stav částečně zlepšil. Stále mívá deprese a úzkosti, ale vidí před sebou budoucnost a chce to zvládnout.

3.5.2 Žena B

Rok narození: 2002

Diagnózy: F50.2 – mentální bulimie

Ambulantní zpráva – první vyšetření v psychosomatické ambulanci

Osobní anamnéza: operace – tonsilektomie (2017), extrakce osmiček v celkové anestezii, sledována na oční ambulanci, nosí čočky, trpí chronickou gastritidou.

Rodinná anamnéza: oba rodiče trpí hypertenzí, matka má bulimii, matka matky trpí fibrilací síní, pacientka má 3 starší sourozence, jsou zdraví, psychiatricky se v rodině nikdo neléčil. Rodina má tendence k nadužívání alkoholu. Někteří členové rodiny berou antidepressiva, chodí k psychologovi.

Farmakologická anamnéza: Omeprazol dle potřeby.

Gynekologická anamnéza: menstruace pravidelná, porody, potraty neguje, hormonální antikoncepci neužívá.

Toxikologická anamnéza: nekouří, alkohol příležitostně, vyzkoušela marihuanu.

Pracovní anamnéza: absolventka gymnázia, studuje sestru na vysoké škole.

Sociální anamnéza: pacientka žije s rodiči a prarodiči v rodinném domě na vesnici.

Anamnéza subj.: pacientka pochází z ortodoxní křesťanské rodiny, doma se moc nemluvílo o problémech. Od mala se snažila získat pozornost, pokoušela se si přivodit horečku, zranit se. má potíže s jídlem od 15 let, inspirovala se kamarádkou, která měla anorexii. Zkoušela chvíli nejíst, pak se zase přejídala a brala projímadla a diuretika, opakovaně zvracela. Střídají se u ní epizody hladovění a zvracení, stravuje se špatně. Aktuálně zhoršení, zvrací i několikrát denně. Hodně záleží na náladě a stresu.

Anamnéza obj.: upravená mladá žena, kontakt navazuje ochotně, v projevu hlučnější, hovorná, psychomotorické tempo živé, usměvavá, spánek kolísá, nevýtěžný, chuť k jídlu větší, pravidelné bulimické epizody, někdy i několikrát za den, minimálně několikrát týdně, aktuálně bez větší motivace ke změně, intelekt nehodnotím, nelze vyloučit poruchy aktivity a pozornosti.

Alergie: nebyly zjištěny.

Výška: 173 cm Hmotnost: 95 kg BMI: 31,74 TK: 150/90 Puls: 104

SpO₂: 98 % Teplota: 36,6 °C

Dg.: F50.2 – mentální bulimie.

Ambulantní zpráva – kontrola

V péči ordinace pro mentální bulimii.

Subj.: pacientka se má stejně, nemá motivaci ke změně. Měsíc nezvracela, protože byla na dovolené se známými. Ví, že jí to škodí, ale nedokáže přestat, zvracení ji uklidňuje, vyhovuje jí to.

Obj.: upravená mladá žena, kontakt navazuje ochotně, v projevu hlučnější, hovorná, psychomotorické tempo živé, usměvavá, spánek kolísá, nevýtěžný, chuť k jídlu větší, pravidelné bulimické epizody, někdy i několikrát za den, minimálně několikrát týdně, aktuálně bez větší motivace ke změně, intelekt nehodnotím, nelze vyloučit poruchy aktivity a pozornosti.

Doporučení: ET rozhovor, podpora, abreakce. Zatím ponechávám bez medikace, není motivace ke změně, situace probrána, rozumí.

Ambulantní zpráva – kontrola po tentamen suicidii (3 dny hospitalizace na PO)

Dříve u nás na 2 kontrolách pro mentální bulimii, nebyla motivace k léčbě, přechodně přerušena spolupráce. Nyní přichází po dimisi z psychiatrické léčebny, kde byla 3 dny pro tentamen suicidii medikamenty – Rivotril 14 mg. Zjevná je porucha aktivity a pozornosti, emočně nestabilní rysy, bagatelizace obtíží.

Subj.: od poslední kontroly byla kvůli emočnímu rozladu u OL, ten nasadil Sertralin. Před 4 dny se opila, snědla 8 Rivotrilů, zapila to vínem, moc si nepamatuje. Bylo to nahromadění emocí, chtěla tomu uniknout. Zavolala kamarádce, ta s ní zůstala do rána, druhý den došla k OL, ten domluvil přijetí do léčebny. Po 3 dnech propuštěna, kvůli manipulaci s infuzí jiného pacienta. Doma emoce neprojevovala před rodinou. Když jí bylo špatně, pálila se deodorantem, zaváděla si NSG sondu, odebírala si krev, píchala si injekce. Neví proč, asi ji není úplně dobře, nedokáže popsat. S jídlem už takový problém nemá.

Obj.: upravená, hovorná, forie pokleslá, zvýšený tlak řeči, byly i suicidální ideace, akt neguje, stp. tentamen suicidii – intoxikace medikamenty a vínem. Sebepoškozování pálením, injekcemi, zavádění sondy atd. Osobnost disponovaná, emočně nestabilní rysy, terén poruchy aktivity a pozornosti.

Terapie: Asentra 100 mg 1-0-0, Trittico AC 0-0-1/3, Omeprazol 20 mg, Neurol 0,25 dle potřeby.

Dg.: F41.2 – smíšená úzkostná a depresivní porucha.

Doporučení: ET rozhovor, podpora, abreakce, vhodná psychoterapie, úprava medikace – Asentra vysadit, nově Velaxin 75 mg 1-0-0.

Ambulantní zpráva – kontrola

Subj.: od poslední kontroly přerušila studium vysoké školy, kvůli psychickým problémům. V lednu se chystá na hospitalizaci na psychoterapeutické oddělení. Zvracela jednou, stran jídla problém není, byl to způsob sebepoškozování. Aktuálně ji to táhne k nadužívání léků, spolykala Neurol 0,25 mg 5 tablet.

Obj.: klidnější, upravená, ubylo afektivní tenze, medikaci toleruje, nadále subdepresivní ladění, lehký psychomotorický neklid, osobnost disponovaná, emočně nestabilní rysy.

Dg.: F41.2 – smíšená úzkostná a depresivní porucha, F60.3 – emočně nestabilní porucha osobnosti, F50.2 – mentální bulimie.

Doporučení: vzhledem k přetrvávajícímu depresivnímu ladění doporučuji navýšit Velaxin na 150 mg 1-0-0, indikují psychologické vyšetření, v lednu by měla nastoupit do léčebny, termín upřesní.

Propouštěcí zpráva – psychiatrická nemocnice (57 dnů)

Dle parere: 21letá žena, léčena na psychiatrii pro emočně nestabilní poruchu osobnosti, mentální bulimii. Bezdětná, svobodná, studium vysoké školy přerušila, bydlí s rodiči. Dříve hospitalizovaná na 3 dny pro suicidální pokus v opilosti. Významný abusus alkoholu, někdy až 8 piv denně, drogy experimentálně kratom, marihuana. Pacientka má problém s vyjadřováním emocí, potlačuje vztek, přenáší vše do humoru, dříve bulimie, poslední 2 roky sebepoškození, nadužívání alkoholu, léků.

Dle pacientky: Dlouhodobě bojuje s bulimií, už asi 6 let. Předtím zvracením hodně zhubla, byla na tom závislá, začala brát projímadla, diuretika. Studuje zdravotní sestru, zkoušela se sebepoškozovat různými způsoby. Zneužívala léky – Brufen, antihypertenziva, antidepressiva, antiarytmika, Rivotril, zapíjela to vínem. Asi to dělala v sebevražedném úmyslu, někdy chtěla umřít, záleží na situaci, někdy má sebevražedné myšlenky. Hodně pije, má s tím problém. Když ji bylo 17 kamarád ji opil a znásilnil. Mívá noční můry, špatně spí. Neumí si představit, že by byla někdy v pořádku.

Stav po přijetí: lucidní, vigilní, orientovaná všemi směry, psychomotorické tempo norma, navazuje kontakt ochotně, odpovědi přiléhavé v relaci dotazu, ladění v normě, bez hlubší deprese, bludné tendence ani poruchy vnímání nezjištěny, bez suicidálních tendencí a ideací.

Zobrazovací vyšetření: nativní snímek RTG břicho ve stoje, patrné dva kovové předměty v oblasti středního hypogastria – pacientka spolkla dva kovové přívěsky na klíče. Lékař RTG i chirurg se domnívají, že není třeba předměty chirurgicky vytahovat.

Průběh hospitalizace: Pacientka byla přijata na otevřené psychoterapeutické oddělení pro anhedonii, hypobulii, úzkosti, automutilaci. V medikaci Argofan, Trittico, pro ADHD symptomatiku nasazen Atomoxetin, postupně vysazený Venlafaxin. Pro nespavost navýšena dávka trazodonu. Pacientka se účastnila skupinové dialektické behaviorální terapie s nácvikem dovedností, v nichž si adaptovala nové způsoby práce s emocemi. Absolvovala nácviky asertivity a všímavosti, docházela do činnostní terapie. Absolvovala dovolenky v domácím prostředí, z kterých se v pořádku vrátila. Během hospitalizace docházelo k opakovanému požití menstruačních a odličovacích tamponů, popálení sprejem. V průběhu dovolenky si sama

odebírala krev, následně se k tomu přiznala. Situace řešeny v rámci skupiny. V druhé polovině hospitalizace se snížila četnost těchto automutilačních projevů. Požila dva kovové přívěsky – kontrola interní ambulance, stav vyřešen. Pacientku propouštíme v psychicky stabilizovaném stavu do ambulantní péče. Během hospitalizace byla asuicidální, apsychotická, nikoho neohrozila.

Dg.: F60.3 – specifické poruchy osobnosti – emočně nestabilní porucha osobnosti, F50.2 – mentální bulimie

Farmakoterapie: Omeprazol 20 mg 1-0-0, AtomineX 80 mg 1-0-0, Trittico AC 150 mg 0-0-1, Atarax 25 mg dle potřeby.

Terapie: režim, skupinová dialektická behaviorální terapie, psychoterapie, činnostní terapie, nácviky.

Doporučení: pravidelné kontroly u ošetřujícího psychiatra, vhodná dlouhodobá individuální psychoterapie, užívání předepsané medikace.

Ambulantní zpráva – kontrola po 2. hospitalizaci

Subj.: asi se cítí lépe, somaticky zdráva, stav od hospitalizace se příliš nezměnil, ještě by měla jet na psychotherapeutický pobyt. Při úzkosti bere Atarax.

Obj.: upravená, hovorná, emotivita oploštěná, nečitelná v projevu, zvýšená iritabilita, emotivita kolísá, nadále tendence ke zkratkovitému jednání, sebepoškozování bizarními způsoby pokračuje, osobnost disponovaná, emočně nestabilní rysy, hraniční typ.

Dg.: F60.3 – emočně nestabilní porucha osobnosti.

Doporučení: medikace, podpora, abreakce, plánované přijetí do psychiatrické nemocnice k dalšímu pobytu.

Propouštěcí zpráva – psychiatrická nemocnice (70 dnů)

Průběh hospitalizace: Pacientka byla přijata na otevřené psychiatrické oddělení, po domluvě s ošetřujícím psychiatrem pro anhedonii, hypobulii, úzkosti, mentální bulimii. V medikaci AtomineX, Trittico. Účastnila se skupinové psychoterapie, individuálních pohovorů s psychologem, nácviků asertivity a všímavosti, docházela na činnostní terapie. Spánek zlepšen, proto snížena dávka Trittica. Pacientka se celkově zklidnila, ladění se upravilo, úzkosti se

zmírnily. Pacientku propouštíme, po zdárném absolvování terapeutického programu v psychicky stabilizovaném stavu, do ambulantní péče. Pracovní neschopnost nevystavena.

Dg.: F60.3 – emočně nestabilní porucha osobnosti, F50.2 – mentální bulimie, ADHD v dospělosti.

Ambulantní zpráva – kontrola po 3. hospitalizaci

Subj.: program byl na 6 týdnů, byla tam 10. psychoterapie s ní měla paní primářka, hodně přísná na sebepoškození, visel nad ní meč, hrozili ji, že ji vyhodí. Sebepoškození bylo v 1. polovině, zvracela, bylo to těžké fyzicky i psychicky. Trvalo to dlouho, ale hodně se to tam zlepšilo, aktuálně chodí na psychoterapie.

Obj.: parciálně zklidněná, upravená, lehce se ošívá, forie lehce pokleslá, emotivita kolísá, i nadále zvýšená iritabilita, tendence k automutilaci, dominují emočně nestabilní rysy, terén ADHD.

Doporučení: omezení výkonu profese zdravotní sestry, domluvené psychologické vyšetření.

Psychologické vyšetření

Důvod a okolnosti vyšetření: psychologické vyšetření na žádost ošetřujícího psychiatra se zaměřením na intelekt, osobnost, psychotické příznaky, případně rozvahu a vyjádření k vybrané profesi zdravotní sestry.

Z vyšetření: přichází včas, v kontaktu milá, vstřícná, v rozhovoru otevřená, zabíhá do detailů, schopná přiměřeně reagovat na dotazy. Patrný stud a defektivní reagování v kontextu určitých témat, udrží oční kontakt bez výrazných potíží. Často se směje, má tendence podceňovat, devalvovat v rámci vyšetření. Kognitivně klinicky bez narušení, spolupracuje dobře, vyhoví, snaží se o dobrý výkon. Pracovní tempo v normě, dokáže být i rychlá, pozornost udrží bez potíží, mírná unavitelnost po větší zátěži. Orientována všemi směry, bez psychotických fenoménů.

Z testování: Má tendenci se podceňovat, intelekt v pásmu průměru. Patrné stažení se, potíže v interpersonálních vztazích, nediferencované prožívání, které může být masivně úzkostně depresivní, pocity prázdnoty, nesmyslnosti, nejistota, subjektivní vnímání reality, labilní prožívání, obraný mechanismus deflexe, disociace, vytěsnění. Kognitivní zdroje dobré, ale osobnostní oslabené.

Závěr: křehká hraniční organizace osobnosti, pravděpodobná porucha osobnosti, traumatizována rodinou, dezorganizovaný attachment, obraný mechanismus deflexe. Současně nelze doporučit výkon profese zdravotnické sestry, má sklony jednat neadekvátně, autoagresivně.

Období poté

Pacientka byla velmi smutná z rozhodnutí, že aktuálně není vhodné, aby pokračovala ve studiu. Práce a škola ji bavila, ale rozumí, že je to nejde, pokud na ni prostředí nemocnice bude působit negativně. Stále se potýká s depresemi a úzkostmi. Dochází na psychoterapie, s kterými je velmi spokojená. Někdy má problém být mezi lidmi, ale snaží se. Medikaci toleruje dobře, jen má občas pocit, že je až příliš utlumená. Spí dobře, jen mívá noční můry. Ráda by se dostala do stavu, aby mohla po dokončení studia pracovat, jako zdravotní sestra. Aktuálně má před sebou ještě zkoušky a praxe, stresuje je, ale doufá, že to zvládne. Měla by nastoupit jako ošetřovatelka do nemocnice.

4 DISKUZE

4.1 Vyhodnocení výsledků analýzy sebevražedných pacientů

V úvodu jsou zmíněny statistiky sebevražd vypracované Českým statistickým úřadem. Tyto se týkají pouze dokonaných sebevražd, zatímco analýza v této práci obsahuje sebevražedné pacienty zesnulé i přeživší. Z toho důvodu nelze data zcela porovnávat. Pokusy o sebevraždu v ČR nejsou podchycené statisticky tak, aby se z nich dala čerpat jasná data k porovnání.

Z průzkumu výjezdů ZZS lze vyvodit, že se posádky častěji u pacientů setkávají s pokusem o sebevraždu. Přibližně 2/3 náhodně vybraných sebevražedných osob záchranáři odvezli ve stabilizovaném stavu do zdravotnického zařízení, v několika případech byl pacient ponechán na místě. U většiny z nich je možné předpokládat (na základě záznamu o výjezdu), že jejich sebedestruktivní čin neměl ani v budoucnu vliv na jejich fyzické zdraví. Není s jistotou možné říci, že následně v nemocnici nezemřeli na zdravotní komplikace, které si způsobili (například intoxikace vysokými dávkami paracetamolu, může způsobit akutní selhání jater, které se projeví až v době hospitalizace).

Suicidia dokonaná, kterých analýza obsahuje 26, lze porovnat s celostátní statistikou. Četnost použitých prostředků je velmi podobná. Dominuje oběšení, které tvoří přibližně polovinu, dále zastřelení, skok z výšky a v nejnižších procentech jsou intoxikace, pořezání, skok pod vlak a upálení. Také lze potvrdit, že sebevraždy dokonané páchá větší množství mužů než žen. Věková skupina zesnulých se nejvíce pohybovala ve vyšším středním věku, protože většina mladších lidí (10-30 let) ve zkoumané skupině incident přežila.

V teoretické části jsou popsány jednotlivé způsoby provedení suicidia. V průzkumu bylo potvrzeno, že vybraný prostředek často souvisí s efektivitou činu a dopadem na život a zdraví pacienta. Zastřelení, oběšení a skok z výšky/pod vlak, měly téměř 100 % úmrtnost. Na druhou stranu intoxikace medikamenty/alkoholem/návykovými látkami a pořezání nebo bodné poranění, přežila drtivá většina sebevražedných pacientů. Bylo i potvrzeno, že ženy sahají více po metodách „jemnějších“, na rozdíl od mužů, kteří si ve většině volí metody „tvrdé“ (všichni zastřelení pacienti byli muži).

Posledním zkoumaným znakem byla diagnóza pacienta. V teorii jsou popsány motivy a rizikové faktory. Analyzovaný soubor obsahuje více než polovinu osob, léčících se s psychickým či somatickým onemocněním. Ve skutečnosti nemocných je pravděpodobně větší procento, protože lze předpokládat, že parciálně jsou informace neúplné nebo zde existují psychická onemocnění, která nebyla diagnostikována. Téměř polovina (49,31 %) z celkového

počtu zkoumaných se léčila s psychickým onemocněním (hraniční porucha osobnosti, schizofrenie, bipolární porucha, deprese nebo chronické psychické obtíže). Následuje 21,13 % osob s vážným somatickým onemocněním, například roztroušená skleróza nebo rakovina. Některé osoby spadají do obou skupin, to znamená, že byli sledováni pro fyzické i duševní onemocnění. U 43,66 % nebyla zjištěna žádná diagnóza, proto se lze domnívat, že motivem mohla být těžká životní situace, jednalo by se tedy o bilanční sebevraždu. Jistotu nemáme v žádném případě, jelikož pravý důvod může identifikovat pouze sebevrah a pokud jej nevysloví, je v některých případech nemožné ho zjistit.

4.2 Vyhodnocení kazuistik

Oba případy byly vypracovány z kompletní dokumentace o průběhu léčby. Byly provedeny i obsáhlé rozhovory s ženami, proto poskytují detailní náhled do života psychicky nemocného člověka. Na první pohled byly obě upravené, milé a sympatické mladé ženy, které ničím nevyčnívaly. Laicky řečeno, kdyby je kdokoli potkal na ulici, nejspíše by ani netušil, že se jedná o osoby, které se pokusily vzít si život.

V záznamu je možné vidět, že vlivy na psychický stav jsou komplexní. Ani jedna z pacientek nebyla schopna říci jeden konkrétní důvod, který by ji přiměl k parasuicidálnímu pokusu. Zároveň u obou se objevuje patologie v rodinném prostředí a výchově, která nejspíše měla svůj podíl na rozvinutí psychických problémů. Obě pacientky studovaly náročnou školu a měly na sebe vysoké nároky. Podobnost lze identifikovat i v období před incidentem, u žen se nejdříve objevilo sebepoškození a suicidální myšlenky. Trvalo roky od vzniku patologického chování a myšlení, než se pokusily vzít si život. Každá měla individuální způsob automutilace. Jedna z nich trpěla od nízkého věku mentální bulimií a neléčeným ADHD, u těchto nemocí lze předpokládat dlouhodobě špatný vliv na duševní zdraví. Postupem ambulantní péče byla u obou diagnostikována emočně nestabilní porucha osobnosti.

Průběh léčby byl rozdílný, z důvodu nutnosti individuálního přístupu k pacientům. Obě podstoupily po parasuicidálním pokusu hospitalizaci, v obou případech s kladným efektem. Po celou dobu léčby docházely do psychosomatické ambulance, kde lékařka předepsala medikaci v podobě antidepresiv (u ženy s ADHD též Atomineks, indikovaný k léčbě těchto pacientů). Při dotazu na efekt medikace se pacientky shodly, že částečný efekt měla, v průběhu u obou bylo potřeba provést úpravy a změny v některých lécích.

V období po hospitalizaci se psychické problémy u obou žen vracely, lze tedy říci, že léčba duševně nemocných není krátkodobá záležitost a je potřeba pro stabilizaci stavu užívat

medikaci dlouhodobě, ideálně zároveň podstupovat pravidelně psychoterapii (obě během léčby podstoupily individuální konzultace s psychologem). Z posledních lékařských zpráv však lze vyčíst zlepšení stavu pacientek. Při rozhovoru působily spokojeně a mluvily o plánech do budoucnosti. Zda se bude pokus o sebevraždu u některé z nich opakovat nelze potvrdit ani vyvrátit. Aktuálně to vypadá, že léčba byla účinná a obě se postupně dostávají do stabilizovaného stavu.

5 ZÁVĚR

Cílem celé práce bylo přiblížit sebevražedné pacienty lidem, kteří této problematice nerozumí, popřípadě nechápou souvislosti vedoucí k tak tragickému činu. Teoretická část byla vypracována z odborné literatury a článků. Uvádí čtenáře do obsáhlého pozadí samotného činu – vlivy na psychické zdraví, motivy, rizikové faktory. Dále pak popisuje způsoby provedení sebevraždy, první pomoc v terénu u vybraných prostředků.

Psychologie suicidia zahrnuje množství poznatků. S ohledem na rozsah a časový rámeček nebylo možné popsat vše s ním související. Proto jsem se pokusila zachytit základní pojmy a informace potřebné k pochopení psychopatologického podkladu sebevraždy. První pomoc byla napsána z pohledu záchranáře, proto se zaměřuje pouze na přednemocniční péči. Následná péče je stručně obsažena v jedné kapitole.

Průzkumná část se skládá z analýzy 71 sebevražedných pacientů a 2 kazuistik. Cílem bylo shromáždit, zaznamenat a analyzovat data. Z důvodu časové náročnosti výzkumu není zkoumaný soubor pacientů obsáhlý. Získané informace se však víceméně shodují s literárními poznatky a statistikami českého statistického úřadu. Až na pár kuriózních případů se provedení sebevražd opakuje. Z ostatních hledisek můj průzkum pouze potvrzuje data o celostátní sebevražednosti (věk, pohlaví, způsob provedení). Procentuální zastoupení je obdobné. Případy zkoumané více do hloubky (kazuistiky dvou žen) poukazují na stejné patologické vzorce vzniku psychických problémů, které lze dohledat v odborné literatuře. Patří sem problematické rodinné zázemí, vysoké nároky na výkon, komplikované mezilidské vztahy a další.

Možný přínos může mít tato práce pro každého, kdo by chtěl více porozumět sebevražedným osobám. Například pro zdravotníky, kteří se ve své profesi setkávají s různými pacienty. Vypracované případy pacientek poskytují unikátní náhled do myšlenek a prožitků duševně nemocného. Tyto informace mohou pomoci při komunikaci se samotným sebevrahem a poskytnout parciální pochopení jeho jednání. Kapitoly zabývající se první pomocí mohou být zdrojem zajímavých informací pro studenty zdravotnických oborů. Zjištěné poznatky mohou být tedy k užítku širokému spektru lidí.

Plně si uvědomuji, že má práce nepřinesla nic nového. Pokud by však má práce napomohla alespoň jedinému člověku k pochopení sebevrahů, pak by byl její smysl naplněn. Věřím, že práce je napsána srozumitelně a zajímavě.

6 POUŽITÁ LITERATURA

6.1 Primární zdroje

ČESKÝ ČERVENÝ KŘÍŽ. *Základy první pomoci*. 2., upravené vydání. Praha: Český červený kříž, 2017. ISBN 978-80-87729-22-9.

HALUZÍKOVÁ, Jana. *Základy první pomoci a přednemocniční péče pro nelékařské obory*. Praha: Grada Publishing, 2023. ISBN 978-80-271-1739-0.

HAŠKOVCOVÁ, Helena a Helena KUČEROVÁ. *Sebevraždy*. Praha: Galén, 2020. ISBN 978-80-7492-521-4.

KELNAROVÁ, Jarmila a spol. *První pomoc I pro studenty zdravotnických oborů*, přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-4199-4.

KUČEROVÁ, Helena. *Psychiatrické minimum*. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4733-0

KOUTEK, Jiří a KOCOURKOVÁ, Jana. *Sebevražedné chování*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-349-9.

OREL, Miroslav. *Psychopatologie: nauka o nemocech duše*. 3., aktualizované a doplněné vydání. *Psyché (Grada)*. Praha: Grada, 2020. ISBN 978-80-271-2529-6.

RABOCH, Jiří, PAVLOVSKÝ, Pavel a kolektiv. *Psychiatrie*. Univerzita Karlova v Praze: Karolinum, 2012. ISBN 978-80-246-1985-9.

ŠEVELA, Kamil a ŠEVČÍK, Pavel. *Akutní intoxikace a léková poškození v intenzivní medicíně*. 2., doplněné a aktualizované vydání Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3146-9.

ŠPATENKOVÁ, Naděžda. *Krize a krizová intervence*. *Psyché*. Praha: Grada, 2017. ISBN 978-80-247-5327-0.

6.2 Sekundární zdroje

ŠTEFAN, Jiří a Jiří HLADÍK. *Soudní lékařství a jeho moderní trendy*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-3594-8.

6.3 Odborné články

Ing. Zdeněk Pavelek, Ph.D. MBA, Ing. Jaroslav Provázek, Ing. Ladislav Hübner, Svatomír Tošenovský, Jan Šulej, Pavel Melicher. (2010) *Záchranář*. Online. Dostupné z: <https://zachranar.cz/2022/02/prvni-pomoc-v-systemu-abcde/>. [cit. 2024-10-10].

6.4 Internetové zdroje

ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD © 2023 (poslední aktualizace 22.9. 2023). *Český statistický úřad*. Online. Dostupné z: https://csu.gov.cz/sebevrazdy_zaj. [cit. 2024-10-16].

Gabriela Bachárová, MUDr. Jiří Koutek. (2023). *Sebevražda dítěte, Šance dětem*. Online. Dostupné z: <https://sancedetem.cz/sebevrazda-ditete-ze-se-nemuze-stat>. [cit. 2024-11-08].

MARKUSOVÁ, Renata. (2017), *Sociologická encyklopedie*. Online. Dostupné z: <https://encyklopedie.soc.cas.cz/w/Deprivace>. [cit. 2024-11-14].

MUDr. Vladimír Šrámek, MUDr. Martin Pavlík, doc. MUDr. Pavel Ševčík, CSc.
Anesteziologicko-resuscitační klinika LF MU a FN u sv. Anny v Brně. (2017) *Traumatologie, Lékařská fakulta Masarykovy univerzity*. Online. Dostupné z: https://www.med.muni.cz/Traumatologie/ark_sv_Anna/Trauma.htm. [cit. 2024-11-08].

Národní ústav duševního zdraví. (2022). *Sebevražda, P.S. žij*. Online. Dostupné z: <https://sebevrazdy.cz/sebevrazda/>. [cit. 2024-11-14].

NEKONEČNÝ, Milan a LINHART, Jiří (2020). *Sociologická encyklopedie*. Online. Dostupné z: <https://encyklopedie.cas.soc.cz/w/sebevrazda>. [cit. 2024-10-16].

Liga lidských práv. (2015), *Sociální práce*. Online. Dostupné z: https://llp.cz/wp-content/uploads/Nedobrovolna_hospitalizace_psihiatrickych_pacientu_v_CR.pdf. [cit. 2024-11-16].

Odbor bezpečnostní politiky, oddělení obecní policie, zbraní a dopravního inženýrství (2018). *Zbrojní průkaz*. Online. Dostupné z: <https://mv.gov.cz/clanek/rady-a-sluzby-dokumenty-zbrojni-prukaz-pro-fyzickou-osobu.aspx>. [cit. 2024-10-16].

PETERKOVÁ, Michaela (2013). *Sebevražda*. Online. Dostupné z: <https://www.sebevrazda.psychoweb.cz/>. [cit. 2024-10-16].

World health organization (2025). *WHO*. Online. Dostupné z: <https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/suicide>. [cit. 2025-04-01].