

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2019

Eliška Brdová

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví B 5345

Eliška Brdová

Studijní obor: Zdravotnický záchranář 5345R021

**PROBLEMATIKA SEBEVRAŽEDNÉHO JEDNÁNÍ U
PACIENTA V PŘEDNEMOCNIČNÍ NEODKLADNÉ PÉČI**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Stanislava Reichertová

PLZEŇ 2019

Čestné prohlášení:

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité prameny jsem uvedla v seznamu použitých zdrojů.

V Plzni dne 29. 3. 2019

.....

vlastnoruční podpis

Anotace

Příjmení a jméno: Brdová Eliška

Katedra: Katedra záchranářství, diagnostických oborů a veřejného zdravotnictví

Název práce: Problematika sebevražedného jednání u pacienta v přednemocniční neodkladné péči

Vedoucí práce: Mgr. Stanislava Reichertová

Počet stran – číslované: 67

Počet stran – nečíslované (tabulky, grafy): 26

Počet příloh: 5

Počet titulů použité literatury:

Klíčová slova: sebevražedné jednání, Ringelův presuicidiální syndrom, krizová intervence, urgentní farmakoterapie, přednemocniční neodkladná péče

Souhrn:

Bakalářská práce popisuje problematiku sebevražedného jednání v přednemocniční neodkladné péči. Práce je rozdělena na část teoretickou a na část praktickou.

V teoretické části se zaměřujeme na charakteristiku sebevražedného jednání jako takového a historický vývoj. Věnujeme se také rozdělení tohoto jednání na formy sebevražedného jednání a uvádíme varovné známky, kde se především zaměřujeme na Ringelův presuicidiální syndrom. Dále popisujeme příčiny a metody suicidálního jednání. V další kapitole uvádíme na charakteristiku a metody poskytování krizové intervence. V poslední kapitole se zaměřujeme na definici přednemocniční neodkladné péče a možnosti postupů u suicidálního pacienta.

V praktické části práce pomocí kazuistik zkoumáme specifika poskytované péče u suicidálního pacienta v přednemocniční neodkladné péči.

Annotation

Surname and name: Brdová Eliška

Department: Department of Rescue Services, Diagnostic Fields and Public Health

Title of thesis: Problematics of suicidal behavior in pre-hospital emergency care

Consultant: Mgr. Stanislava Reichertová

Number of pages – numbered: 67

Number of pages – unnumbered (tables, graphs): 26

Number of appendices: 5

Number of literature items used: 43

Keywords: suicide, Ringel's presuicide syndrom, crisis intervention, urgent pharmacotherapy, pre-hospital care

Summary:

The bachelor thesis describes the issue of suicidal behavior in pre-hospital emergency care. The thesis is divided into theoretical and practical part.

In the theoretical part we focus on the characteristics of suicidal behavior as such and historical development. We are also focusing on dividing this behavior into forms of suicidal behavior, and there are warning signs where we focus on Ringel's presuicidal syndrome. We also describe the causes and methods of suicidal behavior. In the next chapter we present the characteristics and methods of providing crisis intervention. In the last chapter we focus on the definition of pre-hospital emergency care and the possibilities of procedures for a suicidal patient.

In the practical part of the thesis we use the case studies to examine the specifics of the care provided at a suicidal patient in pre-hospital emergency care.

PŘEDMLUVA

Tato bakalářská práce si určuje za hlavní cíl zjištění specifik poskytované péče u suicidálního pacienta v přednemocniční neodkladné péči. Předmětem napsání práce je zejména početná frekventovanost výjezdů zdravotnické záchranné služby, a tím zvyšující se možnost, setkat se v odborné praxi s jedincem se sebevražednými sklony. Účelem práce je především upozornit na danou problematiku suicidálního jednání v PNP.

Poděkování:

Velice děkuji paní Mgr. Stanislavě Reichertové za ochotu a trpělivost při vedení mé odborné práce, za její cenné rady a nápady. Dále děkuji Zdravotnické záchranné službě Karlovarského kraje za vstřícnost, ochotu a poskytnutí podkladů. Poděkování také patří mé rodině a blízkým za jejich podporu při psaní mé práce.

OBSAH

| | |
|--|----|
| SEZNAM ZKRATEK | 8 |
| SEZNAM TABULEK | 10 |
| ÚVOD..... | 15 |
| TEORETICKÁ ČÁST | 16 |
| 1 SUICIDIÁLNÍ JEDNÁNÍ | 17 |
| 1.1 Sebevražda jako pojem | 17 |
| 1.2 Sebevraždy v historii lidstva..... | 18 |
| 1.3 Formy suicidálního vývoje | 19 |
| 1.3.1 Suicidální myšlenky | 20 |
| 1.3.2 Suicidální tendence a plány | 20 |
| 1.3.3 Suicidální pokus | 20 |
| 1.3.4 Suicidium..... | 21 |
| 1.4 Typy suicidálního jednání..... | 21 |
| 1.5 Varovné známky a presuicidální mentalita..... | 23 |
| 1.6 Příčiny suicidia | 25 |
| 1.6.1 Sociálně-psychologické příčiny..... | 25 |
| 1.6.2 Dědičnost a faktory obecně medicínské | 25 |
| 1.6.3 Faktor pohlaví..... | 26 |
| 1.6.4 Sezonní a klimatické vlivy | 26 |
| 1.7 Metody sebevražd | 27 |
| 1.7.1 Tvrdé metody..... | 27 |
| 1.7.2 Měkké postupy | 29 |
| 1.7.3 Mezinárodní klasifikace | 30 |
| 1.8 Vliv sebevražedného jednání na nejbližší okolí | 30 |
| 2 KRIZOVÁ INTERVENCE U SUICIDIÁLNÍHO JEDNÁNÍ | 31 |
| 2.1 Krize..... | 31 |
| 2.2 Krizová intervence | 31 |
| 2.2.1 Charakteristika krizové intervence | 32 |
| 2.2.2 Etapy krizové intervence | 32 |
| 2.3 Metoda krizové intervence..... | 32 |
| 2.3.1 Všeobecné zásady psychoterapeutického přístupu v krizové intervenci..... | 33 |
| 2.3.2 Krizová intervence při nezdařeném pokusu | 33 |
| 3 PŘEDNEMOCNIČNÍ NEODKLADNÁ PÉČE..... | 34 |
| 3.1 Vymezení pojmu..... | 34 |
| 3.1.1 Historie přednemocniční neodkladné péče..... | 35 |

| | | |
|-------|--|----|
| 3.2 | Zdravotnická záchranná služba..... | 36 |
| 3.2.1 | Výjezdové skupiny | 37 |
| 3.2.2 | Stupně naléhavosti tísňového volání | 37 |
| 3.3 | Urgentní farmakoterapie suicidální jednání..... | 38 |
| 3.4 | Postupy v PNP u pacienta se suicidálním jednáním | 38 |
| | PRAKTICKÁ ČÁST | 40 |
| 4 | FORMULACE PROBLÉMU | 41 |
| 5 | CÍLE A ÚKOL PRŮZKUMU | 42 |
| 5.1 | Dílčí cíle..... | 42 |
| 5.2 | Výzkumné otázky | 42 |
| 6 | METODIKA | 43 |
| 7 | VZOREK RESPONDENTŮ | 44 |
| 8 | PREZENTACE A INTERPRETACE ZÍSKANÝCH ÚDAJŮ | 45 |
| 8.1 | Kazuistiky | 45 |
| 8.2 | Myšlenkové mapy | 68 |
| 9 | DISKUZE | 75 |
| | ZÁVĚR..... | 81 |
| | SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ..... | 82 |
| | SEZNAM PŘÍLOH | 86 |
| | PŘÍLOHA A – Průměrný roční počet sebevražd podle pohlaví a jejich struktura podle způsobu provedení..... | 87 |
| | PŘÍLOHA B – Mezinárodní klasifikace nemocí X60 – X84..... | 88 |
| | PŘÍLOHA C – Seznam typických antidot při intoxikacích | 91 |
| | PŘÍLOHA D – Žádost o povolení sběru dat na ZZS KVK..... | 92 |
| | PŘÍLOHA E – Žádost o povolení sběru dat na ZZS Pk..... | 92 |
| | | 93 |

SEZNAM ZKRATEK

| | |
|---------------|---|
| AA..... | Alergická anamnéza |
| ARO..... | Anesteziologicko-resuscitační oddělení |
| ATB..... | Antibiotická léčba |
| BZD..... | Benzodiazepin |
| CO..... | Oxid uhelnatý |
| ČSÚ..... | Český statistický úřad |
| ČR..... | Česká republika |
| DK..... | Dolní končetiny |
| EKG..... | Elektrokardiogram |
| FA..... | Farmakologická anamnéza |
| GCS..... | Glasgow Coma Scale |
| GIT..... | Gastrointestinální trakt |
| CHOPN..... | Chronická obstrukční plicní nemoc |
| IZS..... | Integrovaný záchranný systém |
| KVS..... | Kardiovaskulární systém |
| MU..... | Mimořádná událost |
| MU s HPO..... | Mimořádná událost s hromadným postižením osob |
| NLZP..... | Nelékařský zdravotnický pracovník |
| NSA..... | Nesteroidní antiflogistika |
| OA..... | Osobní anamnéza |
| PNP..... | Přednemocniční neodkladná péče |
| RLP..... | Rychlá lékařská pomoc |

RV Reindez vouz – setkávací systém

RZP Rychlá lékařská pomoc

TANR..... Telefonicky asistovaná neodkladná resuscitace

TS..... Sebevražedný pokus

UM..... Urgentní medicína

UP Urgentní příjem

ZOS Zdravotnické operační středisko

ZZS Zdravotnická záchranná služba

ZZS KVK..... Zdravotnická záchranná služba Karlovarského kraje

ZZS Pk Zdravotnická záchranná služba Plzeňského kraje

ZZ..... Zdravotnické zařízení

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1: Důvody suicidálního jednání

Tabulka 2: Návykové látky

Tabulka 3: Urgentní farmakoterapie

Tabulka 4: Krizová intervence

Tabulka 5: Směrování pacienta

Tabulka 6: Asistence Policie ČR

Tabulka 7: Věkové spektrum

ÚVOD

V této bakalářské práci si určujeme za hlavní cíl zjištění specifik poskytované péče u suicidálního pacienta v přednemocniční neodkladné péči. V teoretické části máme za úkol vysvětlit sebevraždu jako pojem a stručně popsat její historii, charakterizovat formy, typy a metody suicidia. Také se zaměřujeme na varovné známky a možné příčiny suicidálního jednání. V další kapitole popisujeme krizovou intervenci, její rozdělení a její poskytování na místě události osobám, které ji potřebují. Poslední kapitolu věnujeme přednemocniční neodkladné péči, urgentní farmakoterapii a možným postupům, které lze využít u suicidálního pacienta v PNP. V praktické části se pomocí kvalitativního výzkumu zaměřujeme na popsání specifické péče. Vybrané kazuistiky zodpovídají předem určené dílčí cíle.

Suicidální jednání nepatří v přednemocniční neodkladné péči mezi početně frekventované, ale přesto se s nimi zdravotničtí pracovníci v PNP relativně často setkávají. Sebevražda se objevuje v každé společenské vrstvě a není závislá na socioekonomickém statusu, vzdělání, etniku nebo národnosti či věku. Suicidální jednání i přesto, že se dotýká celé populace, je stále jedno z nejvíce tabuizovaných témat v dnešní společnosti. Musíme si však uvědomit, že suicidální jednání není právním systémem České republiky nějak postihováno, a proto tu vždy určitým způsobem bylo a bude přítomno.

Toto téma jsem si vybrala z důvodu mých praxí na zdravotnické záchranné službě, kde jsem si začala uvědomovat suicidální jednání jako zátěžovou situaci jak pro zdravotnický personál, který se snaží poskytovat co nejkvalitnější péči, tak i pro přítomné rodinné příslušníky. Začala jsem vnímat, že jsou často v takových chvílích pacienti odsuzováni a že negativní postoj okolí má mnohdy dopad na následné jednání se suicidálním pacientem.

TEORETICKÁ ČÁST

1 SUICIDIÁLNÍ JEDNÁNÍ

Sebevražda je akt vědomého a úmyslného ukončení vlastního života. Problematika sebevražedného jednání se dotýká celé populace. Sebevražda je problémem o to závažnějším, že se týká všech věkových kategorií společnosti a celkový nárůst výskytu tohoto jevu je zřejmý.

1.1 Sebevražda jako pojem

Sebevražda z lat. *suicidum* (*sui – sebe, cedere – zabít*) je vědomý akt, kdy se jedinec ze své vlastní vůle rozhodne dobrovolně ukončit svůj život. Jedná se o patologický jev, který se charakterizuje jako: „*porucha pudu sebezáchovy*“ (Kučerová, 2013, str. 37; Svoboda, Češková, Kučerová, 2015, str. 110) nebo „*autoagrese*“ (Dušek, Večeřová-Procházková, 2015, str. 142).

„Pro odlišení od jiných forem autodestruktivního jednání je rozhodující přání zemřít a volba prostředků, jimiž lze tento cíl uskutečnit.“ (Štefan, Hladík, 2012, str. 183)

Osoba, která dojde k závěru, že skoncuje se svým životem, může mít svoji psychiku chorobně pozměněnou, ale nemusí tomu tak být. Pokud psychika člověka není patologicky změněna, říkáme, že jde o sebezabití. Dle Duška a Večeřové-Procházkové (2015, str. 143) můžeme termín sebezabití popsat jako „*ukončení života činem, který byl namířen proti integritě vlastního těla, nebyl však veden touhou zemřít nebo si uškodit.*“

Hlavním znakem suicidia je smrt a je i hlavním cílem sebevražedného jednání. Z psychologického hlediska sebevraždu můžeme pochopit jako radikální reakci na významné zatížení organismu. Pro osobu toto východisko odchodu ze života může být únikové, útočné nebo násilné řešení, které je však pro takto smýšlejícího člověka nejlepším východiskem. (Špatenková, 2017; Fischer, Škoda, 2014)

V české společnosti, a zvláště v českém jazyce, je termín „spáchat sebevraždu“ místy brán jako nepřipustný čin a je přirovnáván k zvláště nepřijatelným jevům, jako spáchat zločin či hřích. Při dosažení smrti vlastním rozhodnutím, tedy spíše volíme popisování formou mechanismu aktu, tzn. „oběsil se“ případně „zastřelil se“. (Ocisková, Praško, 2015, str. 236) nebo eufemismy pro zmírnění nepříjemné skutečnosti, např. „vzal si život“ či „dobrovolně odešel ze světa“. (Látalová, Kamarádová, Praško, 2015, str. 9)

1.2 Sebevraždy v historii lidstva

V historii lidstva se sebevražděné jednání vyskytuje od prvopočátků lidské civilizace. Objevovalo se vždy v různých formách vývoje suicidia. V průběhu staletí se však názory, přístupy a postoje lidí ve společnosti k takovému jednání utvářely a měnily. Pohledy podléhaly dané době, kultuře, její filozofii a současným názorům na život. (Fischer, Škoda, 2014, str. 62)

V antické kultuře se na sebevraždu nenahlíželo jako na čin, který je společensky nemorální, a tím suicidant nebyl odsuzován za svůj čin. Platon a Sokrates byli dokonce přesvědčení, že těžká bolestivá nemoc je dostatečné odůvodnění k ukončení vlastního života sebevraždou. Na druhou stranu Aristoteles zastával názor, že suicidium není „*morálně odůvodněným krokem, ale útokem proti státu*“. (Kupka, 2014, str. 135) Takto přesvědčený byl i Pythagoras. Stoická škola, především pozdní větve směru, ovšem už otevřeně uznávala právo člověka ukončit svůj život, přináší-li mu jakékoli utrpení. Osoba by měla v takovém případě svobodně odejít ze života, jestliže to rozum v určitém stavu doporučí (Fischer, Škoda, 2014, str. 62). V antice nacházíme sebevražděné jednání i u známého řeckého politika a řečníka Démosthena, nebo u jedné z hlavních osobností stoické filozofie, římského filozofa Seneky. (Monestier, 2003)

V rané fázi křesťanství docházelo rovněž k sebevraždám. Příkladem je sekta donatistů, pro které byla volba smrti ochranou před upadnutím do hříchu. (Fischer, Škoda, 2014) Monestier (2003, str. 334) říká, že křesťanská církev postavila svou víru na suicidii maskovaném jako mučednictví. Po stabilizaci křesťanského náboženství je však sebevražděné jednání bráno jako provinění a jsou s ním spojeny řady trestů. V 10. a 11. století byla dokonce v některých evropských zemích přijata opatření ve formě trestů, kdy se takové činy autoagrese, anebo napomáhání k nim, braly jako závažný přečin. Takové přečiny byly postihovány například odebráním všeho majetku, či odepřením křesťanského obřadu. (Monestier, 2003) Podle Bible (2017) by každý měl snášet své utrpení, a ne skoncovat se svým životem bez božího úmyslu. Jedná se o porušení Božího přikázání – „*Nezabiješ*“. Suicidium bylo bráno jako vzepření se Bohu. (Fischer, Škoda, 2014)

Názory na sebevražděné jednání se začaly obměňovat v 18. století s nastoupením osvícenství, během kterého je náboženství a jeho vliv na společnost v této době potlačen. Sebevražednost toleruje pouze anglikánská církev (Fischer, Škoda, 2014)

Později se jím začali zabývat i odborníci jako lékaři, psychologové a psychiatři. Nebyly to však jen tyto obory specialistů, sebevražděným jednáním se zabýval i sám T. G. Masaryk, který se zabýval sociálními vlivy v závislosti na suicidálním jednání vzhledem k motivaci. Ve 20. století není vykonání sebevražděného jednání závislé na typu profese. (Hosák, Hrdlička, Libinger, 2015)

Dnes má společnost na sebevraždu rozdílné názory. V buddhistickém a judaistickém náboženství neberou věřící sebevraždu bezprostředně jako hřích, ale zaujímají k ní zdrženlivý postoj. V islámské kultuře zastávají složitější názor. Konzervativní muslimové mají podobný přístup jako křesťané, kdy je sebevražda brána jako hřích. Fischer a Škoda (2014, str. 62) uvádějí, že radikální jedinci se „řídí příkazem Koránu „Šiřte víru tělem i mečem“, od něhož odvozují suicidium jako sebeobětování pro víru“ Na jedné straně je toto chování bráno jako psychopatologický jev, na straně druhé ji populace považuje jen jako negativní sociální projev bez přítomnosti psychopatologie.

1.3 Formy suicidálního vývoje

Suicidium mezi lidmi existuje ve více formách. Kopecká (2015) a Andršová (2012) rozdělují suicidium do pěti forem. Jsou jimi sebevražděné myšlenky, suicidální tendence, úvahy, rozhodnutí a následná realizace. Tento vývoj popisuje i Dušek a Večeřová-Procházková (2015), ti však vynechávají formu suicidálních úvah.

Prvotně vždy přijdou na řadu sebevražděné myšlenky. Osoba přemýšlí nad životem převážně pod vlivem deprese. V počátku se myšlenky snaží vypudit a vymýšlí důvod, proč není dobré suicidium zprostředkovat. Druhou fází jsou suicidální tendence, kdy si člověk rozmýšlí, zda sebevraždu vykoná, či ne. Stále ale nemá odvalu ji zrealizovat. (Dušek, Večeřová-Procházková, 2015).

Na tento stav navazují *suicidální úvahy*. V této formě jedinec rozmýšlí nad volbou metody, místem aktu, kdo a kdy nalezne tělo. Zpravidla je tato fáze charakterizována vysíláním varovných signálů, či sdělováním suicidálního úmyslu. (Kopecká, 2015, str. 109)

Poté, co se člověk dostane přes tyto části stádia, dostává se k *rozhodnutí o sebevraždě*. Již ví, že suicidium vykoná, a chystá realizaci tohoto činu. Zpravidla můžeme u jedince vidět typické známky, kdy například rozdává nebo rozprodává majetek, loučí se nebo se snaží sehnat pomůcky ke zrealizování sebevražděného jednání. (Kopecká, 2015)

Při rozhodnutí u osoby dochází „*paradoxně k uvolnění*“ (Dušek, Večeřová-Procházková, 2015, str. 144) a toto stadium je velmi závažné z důvodu, že ostatním se může zdát, že idea sebevraždy jedince opustila. Poslední fází je samotná *realizace*. Jedná se o vykonání sebevražedného činu.

1.3.1 Suicidální myšlenky

Sebezničující myšlenky jsou tehdy, kdy se jedinci v hlavě rodí úmysly na sebevraždu. Dá se říci, že tato forma jednání se vyskytuje u většiny lidí napříč různými kulturami. Tato forma je intenzivním sebevražedným chováním. Jedinec se myšlenkami na smrt, které bývají těžce odklonitelné, zabývá velkou částí svého života. (Matoušková, 2013, str. 224). Posuzování nebezpečnosti těchto myšlenek je závislé na tom, jak moc jsou konkrétní. Postižený má jasnou představu, jak by suicidium mohlo probíhat.

1.3.2 Suicidální tendence a plány

Sebevražedné tendence a plány se vyznačují slovními a neverbálními znaky. Tyto znamení ukazují, že osoba se zaobírá myšlenkami na suicidální akt. Mezi známky můžeme řadit stažení se do sebe, snížení zájmu o okolí, nevyhledávání kontaktu s blízkými a v žádném směru nenacházení potěšení. (Interní medicína pro praxi, 2010, MUDr. Jiří Koutek)

O významu sebevražedných plánů zpravidla rozhoduje několik složek. Jedinec hodnotí danou úspěšnost vybrané suicidální metody, jak vysoká je možnost opatření si prostředků, nebo do jak velkých detailů je možno sebevraždu naplánovat a připravit. (Hosák, Hrdlička, Libinger, 2015, str. 546; Fischer, Škoda, 2014, str. 71)

1.3.3 Suicidální pokus

Jako další stádium řadíme sebevražedný pokus (*tentamen suicidii – zkr. TS*), který lze pojmenovat jako čin, při kterém člověk ohrožuje svůj život a jeho záměrem je zemřít, ale nepřeje si, aby byl tento konec definitivní. Můžeme uvést, že sebezničující pokus páchají častěji ženy než muži. Tento akt se ve větší míře vyskytuje u mladších jedinců a toto rozhodnutí je méně promyšlené, než-li samotné sebevražedné jednání. Při pokusech se nejčastěji uplatňuje tzv. měkká metoda pomocí medikamentů. Suicidální pokusy jsou často stimulovány nekvalitními mezilidskými vztahy, kdežto k sebevraždám přispívají motivy „*vnitřní, osobní a z problému ohrožení*“. (Matoušová, 2013, str. 225).

1.3.4 Suicidium

Sebevražda jako projev autoagrese, u které je následkem smrt, je „*patický čin a motivace je zde chorobná, psychotická.*“ (Pavlovský, 2009, str. 34) Pro sebevraždu je nutností překonat vysoký lidský pud sebezáchovy a může jít o radikální a drastické východisko při řešení krize. (Andršová, 2012, str. 91) Kategorizace sebevražednosti dělíme na dokonané a nedokonané. Dokonané suicidium znamená, že osobě se sebevražda povedla. Nedokonaná sebevražda je to tedy, pokud nebyl akt dovedený až do úplného konce. Do nedokonané řadíme i suicidální pokus anebo demonstrativní suicidium. (Andršová, 2012)

1.4 Typy suicidálního jednání

Druhy sebevražd lze rozdělit podle hlavních motivů, které k nim vedly. Dle Hosáka, Hrdličky a Libigera (2015); Látalové, Kamarádové a Praška (2015) rozeznáváme dva základní typy suicidálního jednání: biickou a patickou sebevraždu. Mezi další podtypy řadíme účelové, inspirativní, kumulované či zkratkovité sebevražedné jednání, bilanční sebevraždu, sebeobětování, parasuicidium, suicidální dohoda, automutilace. (Andršová, 2012)

Biická sebevražda je charakterizována tím, že její motiv vychází z reálného podkladu. Pacient nemusí mít žádnou duševní poruchu. Příkladem může být člověk, který v hluboké depresi vyhodnotí svůj stav jako konečný či beznadějný a hodlá tak ukončit své trápení. (Kopecká, 2015)

Jedním z typů biického suicidia je *bilanční sebevražda*. Bývá prováděna na podkladě předešlého bilancování osobnosti. Pacient po dlouhém přemýšlení „*dobrovolně volí smrt*“ (Hosák Hrdlička, Libiger, 2015. str. 72), aby nemusel snášet ještě větší strádání v životě. Zpravidla zhodnotí výhody a nevýhody svého bytí. Objevuje se častěji u starších osob. Důvodem může být špatná finanční situace, smrt blízké osoby nebo nevléčitelná choroba. (Kopecká, 2015)

Pokud je motiv sebevraždy na podkladě nějaké psychopatologie, jedná se o *patické suicidium*. Mezi duševní onemocnění, která mohou vyvrcholit až v tento typ sebevraždy, patří deprese, bipolární afektivní porucha, závislosti všeho druhu, porucha osobnosti nebo posttraumatická stresová porucha. (Hosák, Hrdlička, Libiger, 2015) Typ patické sebevraždy má tři sociální jednání, která se projevují u jednotlivých duševních poruch.

Prvním je *úzkostně agitovaný typ*, který má zvýšené riziko akutní sebevraždy. Mezi onemocnění, které tento typ podporují, patří těžké deprese, úzkosti nebo schizofrenie. *Impulzivně-agresivní typ* má dlouhodobě zvýšené riziko akutní suicidality. Tento typ se vyskytuje u závislostí nebo poruch osobnosti. Posledním typem je *adhedonicko-beznadějný typ*, který je dlouhodobě zvýšený u suicidality. Zpravidla se tento typ nachází u osob se schizofrenním onemocněním s negativní symptomatikou nebo u chronifikovaných depresí. (Látalová, Kamarádová, Praško, 2015. str. 28)

Zkratkovitě sebevražedné jednání je realizováno na podkladě impulzu. Je provedeno bezmyšlenkovitě, v afektu a mnohdy bez vysvětlení. Takové jednání se často vyskytuje u mladistvých. Ukázkou tohoto jednání mohou být žáci, kteří se rozhodnou skoncovat se svým životem například po předání vysvědčení se špatným výsledkem. (Kopecká, 2015, str. 108)

Účelové jednání je sebevražda, jejímž cílem není zemřít, ale vyřešit nějaký problém. Velmi podobná je demonstrativní sebevražda, rozdíl je v tom, že cíle účelové sebevraždy jsou dosahovány nevědomě, kdežto u demonstrativního jednání chce aktér dosáhnout nátlaku a vydírání svého okolí. Ve většině případů má toto jednání sloužit k upoutání veškeré pozornosti na problematiku jedince. (Dušek, Večeřová-Procházková, 2015, str. 143)

Parasuicidium neboli *demonstrativní jednání* je nejčastější aplikovanou formou u dospívajících, především u žen. Osoba však nechce umřít, chce pouze poukázat na z jejího pohledu nevyřešitelnou či zátěžovou situaci. Používají se mírnější metody suicidia a zpravidla ihned po vykonání činu jedinec píše nebo volá rodinným příslušníkům, známým či přímo zdravotnickým pracovníkům. (Hosák, Hrdlička, Libiger, 2015; Kučerová, 2012) Podle Špatenkové (2017) má demonstrace sebevraždy za význam poukázání na svůj problém, volání o pomoc, a především vidinu benefitu v získání ohledů, zájmu a spolupráce okolí. (Špatenková, 2017)

Je-li sebevražda provedena na podkladě inspirace, nazýváme ji *inspirativní*. Vzorem pro toto jednání mohou být slavné osobnosti z různých profesí. Například suicidium muzikanta K. Cobaina, kdy byl jeho pokus napodobován jeho příznivci. (Andršová, 2012)

Rozšířená sebevražda je specifická úmrtím nemocného jedince, který ale pro své přesvědčení zabije i někoho ze svých příbuzných. Důvodem je většinou ochrana před situací, jež podle něj nemá žádné východisko. Jako příklad lze uvést milosrdné zabití dítěte matkou při válečném konfliktu. (Kopecká, 2015)

Hromadné sebevraždy, kdy se více osob rozhodne organizovaně odejít ze světa stejným způsobem, se nazývají *kumulované suicidia*. Tento způsob je viděn např. u sekt. (Andršová, 2012). Můžeme říct, že určení lidé mají mezi sebou řečenou *suicidální dohodu*, že tento čin vykonají. (Kopecká, 2015)

Automutilace neboli *sebepoškození* je další forma autoagrese. Dělí se do více typů. Pokud jedinec jedná za účelem zisku nějaké výhody, jedná se o bilanční nebo rentové sebepoškození. V případě, že je přítomná automutilace u duševně nemocného, mluvíme o patickém sebepoškození. (Dušek, Večeřová-Procházková, 2015)

Při *sebeobětování se* jedinec dobrovolně obětuje, „*aby tím prospěl většímu sociálnímu celku.*“ (Hosák, Hrdlička, Libiger, 2015, str. 72) Tento čin bývá u zdravých osob bez duševní poruchy. Dušek, Večeřová-Procházková (2015) uvádí, že osoba očekává, že prokáže službu někomu dalšímu nebo určité komunitě. Myšlenka obětování má pro něj větší hodnotu než vlastní život. Například v České republice je ukázkou tohoto typu Jan Palach. (Fischer, Škoda, 2014)

Při *sebezabití* je opět přítomná autoagrese, která je zakončena vlastním zaviněným úmrtím. U suicidanta však nebyla motivem „*touha zemřít nebo si uškodit*“ (Dušek, Večeřová-Procházková, 2015, str. 141), ale pokud byl akt účelný, sledoval jiný cíl. Člověk tento čin vykoná nevědomě a nejčastěji na základě psychické poruchy. (Kopecká, 2015)

1.5 Varovné známky a presuicidální mentalita

Jako sebevražednou mentalitu vyjadřujeme soubor symptomů, které jsou brány jako předstádium suicidálního jednání. Fáze takového činu jako první popsal profesor Erwin Ringel, rakouský psychiatr a neurolog, podle kterého se také nazývá *Ringelův presuicidální syndrom*. (Špatenková, 2017, str. 246; Hosák, Hrdlička, Libinger, 2015, str. 543) Toto schéma se dá použít jako jedno z diagnostických skórovacích systémů suicidia. Zakládá se na třech primárních prvcích. V problematice sebevražedného jednání bývá jedno z nejvíce používaných a nejznámějších. Tyto tři hlavní činitelé presuicidální

mentality se navzájem utvrzují, a tím pádem vzniká zakletý kruh. (Špatenková, 2017, str. 247)

Vývoj presuicidálního jednání začíná *zúžením subjektivního prostoru*. V této fázi neví člověk, kam dál, vše na něj padá a situace se pro něj stává neúnosnou. Procházka (2014, str. 70) říká, že osoba může vnímat pocity alienace (odcizení) především proto, že nenachází způsob, jak z tohoto stavu uniknout. Omezuje kontakt s přáteli a okolím a postupně se uzavírá do sebe. Přestávají pro něj být i důležité priority. Osoba ztrácí schopnost kladného emočního vyjadřování. (Petr, Marková, 2014, str. 147)

Druhé stadium je charakterizováno jako *zablokování nebo proti sobě zaměřená agresivita*. Jedná se o fázi, kdy si suicidiant myslí, že se v této situaci nachází jen kvůli svým chybám a vlastní neschopnosti. Podceňuje se a svým dalším jednáním hloubí zlost až k nenávisti vůči sobě. (Hosák, Hrdlička, Libinger, 2015, str. 543)

V poslední etapě syndromu má jedinec *naléhavé sebevražedné fantazie*. Představy jsou ze začátku velmi nekonkrétní. Jedná se o „úlevový mechanismus“ (Hosák, Hrdlička, Libinger, 2015, str. 544), kde se prostřednictvím vizí snaží představit si svou smrt. Později však tenze k těmto obrazům graduje na síle a jedinci připadá tento způsob odchodu ze života jako jediná možnost. (Procházka, 2014, str. 70) Zpravidla se po rozhodnutí odejít ze světa osoba zklidní a okolím je vnímán její stav jako zlepšující. (Petr, Marková, 2014, str. 70)

Každý člověk, který je ohrožen sebevražedným jednáním, vysílá do svého okolí výstražné známky, kterými naznačuje, že by se mohl pokusit o suicidium. Pokud si těchto signálů všimnou příbuzní či někdo z blízkého okolí, můžou se pokusit tomuto činu zabránit. (Špatenková, 2017, str. 245) Mezi hlavní varovné signály můžeme vždy dle Špatenkové (2017, str. 245) a Látalové, Kamarádové a Praška (2015, str. 28) zařadit majetkové uspořádání. Především se jedná o rozdávání majetku, kdy se jedinec rozhodne prodat či darovat své cennosti nebo vzácné a pro něho důležité předměty.

Špatenková (2017, str. 245) mezi varující známky dále řadí záporné komentáře o budoucnosti a poznámky o světě bez jeho přítomnosti. Člověk má zesílený zájem o smrt, o umírání a o to, co nastane po konci jeho života. Negativně pozměněná může být i jeho nálada, kdy se příznaky těžké deprese zařazují mezi varovné signály.

U adolescenta je varující tzv. sebevražedná triáda. Toto členění zahrnuje negativní pohled na svou osobnost, záporný pohled na probíhající události a negativní pohled na budoucnost. Toto varování ale nemusí být bráno jako podstatné, dá se lehce přehlédnout a připsat k pubertálnímu dospívání. (Špatenková, 2017, str. 249)

Senioři mohou v rámci presuicidia pozměnit své chování a jejich výstražné příznaky je nutno brát plně na vědomí. Mezi známky jednání patří sociální stažení až izolace, ztráta zájmů o milované činnosti, nedodržování lékařských doporučení či větší nahromadění léků. (Hosák, Hrdlička, Libiger, 2015. str. 549)

1.6 Příčiny suicidia

Faktory, které ovlivňují suicidální mentalitu a zvyšují tak riziko sebevražedného jednání, jsou různé a velice pestré. Mohou být spojovány s psychiatrickým onemocněním, např. „*psychózy, poruchy nálad, abúzus návykových látek, nepříznivé osobnostní rysy, antisociální osobnost*“. (Kukla, 2016, str. nejsou). Suicidální chování ale nemusí být ovlivněno pouze nemocí z psychiatrického spektra. Fischer a Škoda (2014, str. 72) ve své publikaci uvádí, že se mezi příčiny řadí např. sociální faktor, biologické predispozice, demografické nebo psychické faktory. Všechny tyto okolnosti zvyšují možnost rizika suicidálního jednání.

1.6.1 Sociálně-psychologické příčiny

Tyto pohnutky jsou při většině sebevražd jedním z hlavních a nejzávažnějších důvodů, proč lidé páchají suicidium. Spadají mezi ně ekonomické faktory, jako je ztráta zaměstnání a dluhy, ale také neuspokojivé faktory, chybějící sociální vztahy či osamělost, která je hlavně u osob, které si prošly ztrátou blízkého člověka, například ovdověním či ztrátou dítěte, dále u lidí bez dostatečné podpory ve svém okolí nebo dlouhodobě upoutaných na lůžko. (Jirák, Holmerová, Borzová, 2009, str. 139)

Vývoj člověka nebo jeho smýšlení bývá značně ovlivněno následkem dysfunkční nebo neúplné rodiny, násilím v rodině či rodinnými spory. Další rizikové predispozice se mohou týkat školních problémů či poškozeného tělesného a psychického vývoje. (Fischer, Škoda, 2014, str. 73)

1.6.2 Dědičnost a faktory obecně medicínské

Suicidalita ve spojitosti s genetickými a fyziologickými predispozicemi není stále dostatečně prokázána a vysvětlena. Dědičnost se v otázkách genetických predispozic

vyskytuje spíše jako sekundární původce. Do dědičného onemocnění lze zařadit deprese, různé typy schizofrenií, poruchu osobnosti či závislosti k psychoaktivním látkám. (Fischer, Škoda, 2014, str. 73).

Obecně medicínským důvodem k sebevražedným sklonům může být různé tělesné postižení, somatické onemocnění či částečná, nebo úplná invalidita. Jedinci se v tomto případě nechtějí smířit s faktem, že jsou určitým způsobem znevýhodněni. Tyto důvody vedou ke stresujícím následkům na jejich osobnost a následné zhoršené rozvíjení stavu. (Fischer, Škoda, 2014, str. 68)

1.6.3 Faktor pohlaví

V druhé světové válce dominovali v suicidálním jednání především muži. Dokončené sebevraždy prováděli totiž dvakrát častěji než ženy. V 90. letech se u mužů sebevraždy navýšili na trojnásobek. Dle Českého statistického úřadu (2018) v posledním pětiletém období 2012–2016 na jednu sebevraždu ženy připadlo 4,4 sebevražd mužů, když sebevraždou zemřelo v průměru ročně 1 209 mužů a jen 273 žen. Rozdílnost mezi oběma pohlavími znamená odlišnosti při vyrovnání se se zátěžovými situacemi. (Látalová, Kamarádová, Praško, 2015, str. 13)

1.6.4 Sezonní a klimatické vlivy

V povědomí široké veřejnosti je, že suicidální sklony jsou obvykle častější v podzimních a zimních obdobích, kdy je méně světla, a tím pochmurnější a depresivní je nálada jedince. Podle pověr si lidé berou nejčastěji život o Vánocích, kdy si údajně více uvědomují svou osamělost, nebo na podzim, kdy ze špatného počasí mají chmurnou náladu. To ale čísla ČSÚ nedokazují. „*Naopak prosinec je měsícem s nejmenším počtem sebevražd (v období 2012–2016 průměrně 99, tj. necelých 7 % ročního počtu). Maximální počet zemřelých sebevraždou vykazují jarní měsíce, za poslední pětileté období to byl březen a duben (průměrně 141, resp. 139 úmrtí za měsíc, tj. cca 9,5 % ročního počtu v každém měsíci).*“ (ČSÚ, [online, cit. 2018-07-]).

Oproti faktorům, které zvyšují riziko sebevražedného jednání, existují i faktory protektivní, které toto riziko naopak sníží. Do těchto ochranných faktorů patří například pocit zodpovědnosti vůči rodině, těhotenství, péče o děti, víra kladného terapeutického spojení nebo podpora známých a rodiny. (Dušek, Večeřová-Procházková, 2015)

1.7 Metody sebevražd

Metody, které bývají použity, se člení na několik druhů, na takzvané měkké a tvrdé postupy (Tress, 2008), nebo na násilné a nenásilné metody. (Hosák, Hrdlička, Libinger, 2015) Do měkkých (nenásilných) metod řadíme dle Tressa (2008) požití vysoké dávky léků na spaní (hypnotik) nebo léků na bolest (analgetik) nebo podříznutí tepny, kde je však tento postup Hosákem (2015) hodnocen jako násilný. Mezi násilné (tvrdé) metody sebevražedného jednání patří oběšení, skok z mostu či skok před jedoucí vlak a požití toxických látek (E 605, cyankáli). Podle Tressa (2008, str. 245) se každá desátá sebevražda stane dokonanou.

Způsoby, volené pro suicidium, jsou ovlivňovány etnickými či kulturními faktory a možnostmi nástrojů, ke kterým bude mít jedinec při vymýšlení své smrti přístup. (Fischer, 2014, str. 65)

1.7.1 Tvrdé metody

Způsob sebevraždy násilnou metodou je podle Tressa (2008, str. 245) zvolen v 15 % všech případů. Dle Matouškové (2013, str. 223) je však tvrdá metoda volena především u dokonaných sebevražd, což uvádí i Český statistický úřad (ČSÚ) (Příloha A). Na základě údajů ČSÚ je viditelné, že násilným postupem bylo v období 2012 – 2016 ukončeno přibližně 85 % všech suicidií obou pohlaví.

Oběšení

Strangulace neboli věšení je jednou z možností vykonání suicidia. Při této metodě je tělo sebevraha „zavěšeno ve smyčce“ (Kelnarová, 2013, str. 89), která je uvázána kolem jeho krku. Tělo je netečně taženo dolů pomocí plné hmotnosti člověka, nebo jen částí těla. (Štefan, Mach, 2005, str. 60). Smrt je zpravidla zapříčiněna nedostatečným přívodem vzduchu, a tím zastavením přenosu kyslíku v organismu z plic do tkání. Jedinci se také může porušit či zcela přerušit mícha a hrtan. (Kelnarová, 2013, str. 89)

Prostředky používané k vykonání věšení jsou rozmanité. Nejčastěji je využíván provaz. Dále se používá např. kravata, rozstříhaná látka, různé provázky či tkaničky, šňůry, nebo opasek. (Monestier, 2003, str. 19)

Strangulace je pro dobrovolný odchod ze světa nejrozšířenější technikou a nejčastěji je provedena muži (přes 60 %). Ženami je takový čin páchan méně (40 %), přesto je stále na prvním místě při výběru provedení suicidia. (ČSÚ, 2018, 15.12. 2018)

Utonutí

Tonutí je možno definovat jako dechovou insuficienci, která je zaviněna potopením nebo ponorem do kapaliny. Hlavním principem metody je nemožnost dýchání z důvodu natečení vody do plic. Smrt je zaviněna hypoxií organismu. (Štětina, 2014, str. 468)

Jedinec může mít svázané ruce i nohy, být přivázan k těžkému předmětu nebo může mít naplněny kapsy těžkými předměty. (Štefan, Hladík, 2012. str. 88; Monestier, 2003, str. 22)

Požezání či ubodání

Osoba si přivodí řezné (*vulnera scissa*) či bodné rány (*vulnera punctum*) na těle ostrým nástrojem. Mechanismem postupu by mělo být způsobení dostatečného zevního krvácení, které způsobí následnou hypovolemii, a tím zapříčiní smrt. V některých případech se může však jen jednat o sebepoškozování, jako například povrchové pořezání žiletkami. (Fischer, Škoda, 2009, str. 180)

Možnosti při výběru nástroje jsou velice různorodé. Velmi časté bývají zejména nože, žiletky nebo také skalpely, nůžky, střepy a ostré předměty (Monestier, 2003, str. 24)

Skok z výšky, pád nebo skok pod dopravní prostředek

Tento způsob je známý od starověku. Velký vliv na násilnou metodu měl a stále minimálně má neustálý růst infrastruktury. I přes dostatečná bezpečnostní opatření vysokých budov se někdy sebevražedný skok podaří vykonat. Většinou jsou však vybírána volně přístupná veřejná místa. (Monestier, 2003, str. 31)

Suicidium skokem z výšky je mnohdy kombinováno s pádem pod jedoucí vlak. Důvodem této kombinace je nedostatečné případné poranění při samostatném skoku, které by nezpůsobilo natolik vážné zranění, aby končilo odchodem ze života. (Štefan, Hladík, 2012, str. 51) Se stálým rozvojem a modernizací jakýkoliv dopravních prostředků se odhalily nové možnosti, jak zrealizovat svou smrt rychle a vcelku bezbolestně. Při výběru prostředku stále zůstávají upřednostňovány vlaky, soupravy metra nebo automobily. (Monestier, 2003, str. 34)

Upálení sebe sama

Místem upálení je obvykle zvolen veřejný prostor. Smrt je zapříčiněna politím osoby hořlavou látkou a jejím následným zapálením. Upálení je nejčastěji zvoleno jako určitá forma protestu. (Štefan, Mach, 2005, str. 82)

Značný nárůst sebevrahů se stejným zapálením pro tento postup proběhl po smrti Jana Palacha, který se upálil v lednu v roce 1969. Jeho čin byl klasifikován jako protest proti vstupu ruské armády do naší republiky. (Monestier, 2003, str. 33)

Zastřelení

„Druhým nejčastějším způsobem suicidia je dnes zastřelení.“ (Fischer, Škoda, 2009, str. 69) Suicidium pomocí střelné zbraně je metodou nejextrémnější, ale nejrychlejší a nejzaručenější. Letalita je vysoká. Charakteristickým znakem pro sebevraždu je výstřel z bezprostřední vzdálenosti nebo přiložením na kůži. Výběr místa je spánková nebo čelní oblast hlavy, poté si sebevrazi vkládají hlaveň do úst nebo si ji přiloží k srdci. (Štefan, Mach, 2005, str. 57)

Sebevražda za pomoci výbušniny

S vývojem výbušných látek a jejich snazší dostupnosti se od začátku 20. století tyto metody stávají více populární. Jelikož teroristické skupiny plánují útoky i formou obětujících se jedinců, je tato sebevražda stále aktuální. Suicidant má na sebe obvykle navěšené „po domácku“ vytvořené pásy výbušnin, nebo svírá výbušninu ve svých rukou. (Monestier, 2003, str. 36)

1.7.2 Měkké postupy

Jako měkké metody jsou popisovány činy, ke kterým není úmyslně použito násilných technik. Jedná se především o intoxikace různými typy léčiv, plyny jako například oxidem uhelnatým (CO), množství jedů nebo látkami běžně dostupnými použitými v kombinaci s medikamenty. (Monestier, 2003, str. 25)

Intoxikace

Otravou se rozumí vstoupení jedovaté substance do organismu. Toxická látka způsobí v lidském těle typické patologické známky, kterými se charakterizuje dána skupina látek. Jed se může vyskytovat a zároveň požit v jakémkoliv dostupném skupenství – plynném, kapalném i tuhém. Dle časového rozmezí nástupu účinků hodnotíme otravy jako akutní, subakutní a chronické. Příčinou akutní intoxikace je v 95 % suicidální úmysl. (Ševela, Ševčík, 2011, str. 17,19)

1.7.3 Mezinárodní klasifikace

Mezinárodní klasifikace nemocí a příčin smrti udává v podkapitole „Úmyslné sebepoškození“ celkem dvacet pět způsobů provedení sebevraždy označené diagnózami X60 –X84. (Fischer, Škoda, 2014). (Příloha B)

1.8 Vliv sebevražedného jednání na nejbližší okolí

Ať už má suicidální akt jakýkoli konec, nebývá pouze problémem jedince. Do takové situace bývají zahrnuti i nejbližší lidé z okolí suicidanta, na které má toto jednání také určitý dopad. Dle Vágnerové (2012, str. 507) se u příbuzných a přátel vyskytují pocity ukřivdění. Cítí se opuštění a pociťují nedostatečný ohled na sebe od sebevraha. Rodina se také může domnívat, že se problém suicidálního jedince dal řešit i jiným způsobem. Mnohdy může být sebevražda brána, z pohledu rodiny, jako odmítnutí vztahů s příslušnými jedinci pro jejich bezvýznamnost.

Mezi další vlivy patří negativní emoce příbuzných, jako je zejména pocit viny, kdy si rodina vyčítá neposkytnutí dostatečného zájmu a pozornosti pro postiženou osobu. Někdy mohou viníka hledat v jiných osobách, které ho k takovému činu, dle jejich názoru, mohly dohnat. Může mezi ně být například řazen partner, který ho opustil, nebo zaměstnavatel, který ho propustil ze zaměstnání. Okolí má pocit vlastního selhání, které pramení z nedostatku pochopení pro vykonané suicidální jednání. (Vágnerová, 2012, str. 507)

Je prokázáno, že vyrovnání se s úmrtím blízké osoby je těžší v případě, kdy nedošlo k přirozenému úmrtí. U nejbližších tak dochází k pocitu nevyčerpané možnosti ovlivnit rozhodnutí osoby, která spáchala suicidium. Pozůstalá osoba také může změnit vnímání své osoby, kdy si svým sebehodnocením snižuje své životní hodnoty a cíle ve smyslu „Nechal/a mě tady, určitě jsem mu za to nestál/a.“ Avšak při přehodnocení vztahu mezi osobou blízkou a sebevrahem dochází k idealizaci vzpomínek. Pozůstalí si uvědomují, že znovuprožití zážitků je nemožné, a tak se snaží pozitivně zkreslit ty stávající. Ve fázi vyrovnání však dochází k negativní vidině budoucnosti z důvodu právě prožívaných depresí ze ztráty. (Vágnerová, 2012, str. 507)

2 KRIZOVÁ INTERVENCE U SUICIDIÁLNÍHO JEDNÁNÍ

2.1 Krize

Krize bývá popsána jako situace, při které dojde u člověka k dramatické změně. Tento přechod je charakterizován zápornými emocemi a negativními prožitky. Událost je z jeho pohledu vnímána jako nebezpečná a jedinec z ní sám nedokáže najít vhodné východisko a řešení. Krize se může definovat jako nepříznivá a obtěžující situace, kterou pociťuje jako nevyřešitelnou. Andršová (2012, str. 85) ji popisuje v základě jako „normální reakci na nenormální situaci“. Je důležitá pro další rozvoj osobnosti a uvádí se, že některým osobám krize přináší například otevření očí, nebo umožňuje změnu žebříčku svých hodnot, postoj k majetku, rodině či dodává nadhled na věc a vyšší empatii. Událost nemusí být těžká pouze pro jedince, ale může do ní být zapojeno více osob, jako například pár, rodina, komunita či společnost. (Špatenková, 2017, str. 11)

Krize se dá definovat ze tří složek, které napomáhají v jejím rozvoji. Zpravidla začíná určitou spouštěcí událostí, která je osobou dále vnímána jako nebezpečná a ohrožující, a tento pocit nahrazuje selhání obvyklých zvládajících mechanismů. Při rozvoji krize není však podstatné, jaká událost napomohla vzniku takového stavu, spíše jako, komu se to událo a jak takovou situaci vnímá. (Špatenková, 2017, str. 11) Dle Duška a Večeřové-Procházkové (2015, str. 375) jsou nejnáchylnější osoby, které jsou zaměřeny na životní jistotu a před každou situací očekávají pro ně známý konec.

Není možné srovnat současný krizový stav s předešlými zkušenostmi. Jedinec tím pádem není schopen připravit se na její následný vývoj. Většinou nastává u člověka selhání naučených a často používaných zvládajících psychických mechanismů a reakcí na stres. Proto se každá taková událost stává další smyčkou v životě člověka. (Dušek, Večeřová-Procházková, 2015, str. 376)

2.2 Krizová intervence

Krizová intervence je odborná metoda poskytována jedinci, který situaci subjektivně vyhodnotil jako ohrožující a velice zatěžující. Bývá prováděna odborným pracovníkem, který se chová a jedná tak, aby v klientovi vzbudil pocit zvládnutí situace, úlevy a bezpečí. Hlavním postupem intervence je uspořádání na sebe navazujících postupů, které jedince směřují k vyřešení stavu a obnovení jeho lidských sil. Vždy se zaměřuje na

vyvolávající důvod začátku krize, na zvládnutí emoční reakce postižené osoby a na možnou pomoc z okolí. Intervence je určena primárně i sekundárně zasaženým, ale i personálu nemocnice nebo lidem, co spadají do programu zajišťující jí. (Cimrmannová, 2013, str. 50)

2.2.1 Charakteristika krizové intervence

Mezi hlavní specifikující body krizové intervence se řadí zejména rychlost jejího provedení. Časové omezení má z důvodu, aby se nepromeškala fáze labilního chování u osoby. Měla by být prováděna individuálně s co největším ohledem a respektem na zaměřenou osobu, protože každý jedinec neprožívá krizový stav stejným způsobem. Je důležité nechat pacienta projevit své emoce, jako je vztek, pláč, křik a mnoho dalších. Intervence by měla být prvotně zaměřena na hlavní spouštěč celé události, ale zároveň by se měl pověřený pracovník omezeně zajímat o celou problematiku pacientova chování. K tomu bývá nutné navázat dostatečnou důvěru mezi klientem a krizovým interventem. Při jednání je důležité zaměřit se pouze na to, kdy a jakým způsobem krize vznikla, a při plánování dalších řešení a možností by se měla zajímat pouze o blízkou budoucnost. (Dušek, Večeřová-Procházková, 2015, str. 376, Vodáčková, 2007, str. 60)

2.2.2 Etapy krizové intervence

Krizová intervence se dle Špatenkové (2017, str. 46) dělí na tři základní fáze – zahájení, samotná realizace a její ukončení. V etapě zahájení je klíčovým prvkem rychlé navázání kontaktu. Dále z důvodu klientovy emoční lability je v této fázi neodmyslitelnou součástí projevení zájmu a zajištění bezpečného prostředí. Ve stádiu realizace je pro účinnou intervenci nutné získávání důležitých informací, především co se stalo, kdy, kde a za jakých podmínek k tomu došlo. Ve třetím stupni ukončení by mělo docházet k nabídnutí možných řešení problému a ujasnění následných cílů do budoucnosti. Tyto etapy by měly být formovány ve formě terapeutických prostředků v krátkodobé psychoterapii a jsou omezeny počtem sezení na čtyři až šest. (Dušek, Večeřová-Procházková, 2015, str. 376)

2.3 Metoda krizové intervence

Zdravotník by měl umět poskytnout určitou oporu pacientovi, příbuzným či svědkům v psychicky vyčerpávající životní události. Základní podporou je komunikace na profesionální úrovni a následný podpůrný rozhovor. Rozhovor se jako metoda získávání informací dělí na tři základní fáze.

První etapou je *vymezení problému* a primárním postupem je naslouchání a projevení zájmu, kdy se jedná o podporu. Hlavní radou je dáno „*více naslouchat, méně mluvit*“. (Andršová, 2012, str. 88)

Druhou fází je *porozumění problému*, kdy je nutné vytřídit a strukturovat informace do určitého rámu. Zde je nutné, aby zachránce porozuměl celému textu v rozhovoru, ale aby dokázal i číst mezi řádky. Důležitou a podstatnou částí je však vytýčení pozitivního věcného cíle, který si aktivně jedinec sám snaží zvolit. (Andršová, 2012, str. 88)

Posledním stupněm je *hledání optimálního řešení a způsobu jeho realizace*, kde je úkolem zpracování a uspořádání plánu k dosažení cíle. Jedinec by měl být naveden k lepšímu a zřetelnějšímu posouzení problému a měly by mu být navrženy možné alternativy. (Andršová, 2012, str. 88)

2.3.1 Všeobecné zásady psychoterapeutického přístupu v krizové intervenci

Jako první je nutné navázat kontakt s jedincem se snahou vložit do komunikace vyhovující verbální i neverbální projevy k získání určité důvěry. Krizový pracovník by měl nechat klienta chovat se tak, jak se zrovna cítí, ale měl by pro ně zajistit bezpečné prostředí. Klíčovou zásadou je zachování klidu ze strany cvičené osoby při vyhodnocování a zjišťování adekvátních informací. Při jejich shromažďování je důležité se zaměřit na výchozí problém a poté dále vymýšlet další postup při poskytování intervence. Jako užitečná rada se uvádí parafrázování klientových nesnází, kdy se intervent ujistňuje o správném porozumění. Další aspekt je více vázán na poskytovatele krizové intervence, který by se měl chovat trpělivě, citlivě a tolerantně. Neměl by odsuzovat emoce pacienta a měl by o ně projevovat reálný zájem a porozumění. (Andršová, 2012, str. 89)

2.3.2 Krizová intervence při nezdařeném pokusu

Pokud osoba nedokončí svůj pokus o sebevraždu je u ní nutné ihned poté, zjistit tělesný stav, aby mohla být v urgentním případě zdravotnické pomoci. Po zhodnocení by u ní, v co nejkratší době, měla být zahájena krizová intervence. Dle Špatenkové (2017) je osoba při nedokonaném pokusu neprodleně indikována k terapeutické péči, aby u ní nemohlo dojít k dalšímu pokusu.

3 PŘEDNEMOCNIČNÍ NEODKLADNÁ PÉČE

3.1 Vymezení pojmu

Přednemocniční neodkladná péče (PNP) je dle zákona č. 374/2011 Sb., definována jako základní systém poskytování odborné zdravotnické péče postiženým osobám v místě náhlého úrazu nebo onemocnění, v průběhu transportu do zdravotnického zařízení a při předávání pacienta k dalšímu odbornému vyšetření. Tato primární zdravotní péče je zajišťována lékařskými, ale i nelékařskými zdravotníky, kteří vystudují specializační studijní program v oboru zdravotnický záchranář nebo všeobecné sestry se specializací v intenzivní péči.

Medicínský obor, který se zabývá poskytováním přednemocniční neodkladné péče na místě události, se nazývá Urgentní medicína (UM). Šeblová a Knor (2018, str. 15) uvádí, že toto odvětví je *„specializace založená na znalostech a dovednostech nezbytných pro prevenci, diagnostiku a zvládnutí urgentních a emergentních příznaků nemocí a úrazů, které postihují pacienty všech věkových skupin a v celém spektru nediferencovaných somatických a psychických poruch“* (Šeblová, Knor, 2018, str. 15). Do tohoto úseku medicíny spadá několik dalších odvětví z lékařství, proto ho můžeme nazývat multidisciplinárním oborem.

Nejmodernější systém urgentní péče se dle Šína (2017) skládá ze tří hlavních pilířů. První oporou této struktury je samotná přednemocniční neodkladná péče, která je založena na poskytování prvotního ošetření jedince zdravotnickou záchrannou službou (ZZS) na místě události. Cílem PNP je minimalizovat následky akutního postižení zdraví, náhlého zhoršení chronického onemocnění, a to nejlépe tak, aby se nemocní vrátili zpět do života bez výrazného omezení.

Druhou částí základních pilířů je urgentní nemocniční péče čili urgentní příjem (UP). Urgentní příjem je *„specializované pracoviště poskytovatele akutní lůžkové péče s nepřetržitým provozem“* (zákon č. 374/2011 Sb.). Hlavní náplní UP je přijímání pacientů a poskytování odborného akutního ošetření a specializované ambulantní péče pacientům, u kterých se náhle rozvinulo závažné postižení zdraví, anebo jsou v přímém ohrožení na životě. UP je místo *„kde jsou přijímáni a ošetřováni pacienti přicházející do nemocnice pro akutní onemocnění“* (Polák, 2016, str. 24). Zajišťuje plynulé pokračování v péči o pacienta převzatého od posádek ZZS.

Třetí složkou systému je připravenost na řešení mimořádných událostí. Mimořádná událost (MU) je situace s hromadným postižením osob, kde není možné zvládnout rozsah postižení běžnými postupy a s dostupnými prostředky. (Šeblová, Knor, 2018).

System urgentní medicíny má za úkol zajistit obyvatelstvu co nejkvalitnější péči v co nejkratší době od vzniku náhlé poruchy zdraví. Na místě události se provede primární zhodnocení stavu a nutná léčebná opatření v časové tísní i přes nedostatek nezbytných informací v nevyhovujícím prostředí. (Remeš, Trnovská, 2013)

3.1.1 Historie přednemocniční neodkladné péče

Pojem urgentní medicína, jako lékařský termín, se ve světě začal objevovat od 60. let minulého století. Urgentní medicína pochází ze Spojených států amerických, kde urgentní příjem sloužil jako oddělené pracoviště, které je schopné postarat se o postiženého i mimo ordinální hodiny praktických lékařů. Tato oddělení vznikala pod názvem Emergency medicine. Uvádějí, že systém poskytování přednemocniční neodkladné péče v USA, se primárně zakládá na nelékařském personálu s různým stupněm výcviku – od EMT basic po paramediky s nácvikem v rozmezí 600 až 3000 hodin. Vždy se však ošetřující personál řídí platnými standardy a směrnicemi, které vypracoval vedoucí pracovník daného oddělení či zdravotnické záchranné služby. (Šeblová, Knor, 2018)

V Evropě je však vývojový stupeň UM na rozdílné úrovni. Zpravidla to bývá kvůli různému vzdělávacímu systému v daných evropských zemích. Proto se můžeme setkat se zajištěním UM od dobrovolníků (Německo) až po lékaře se specializací. Na východní straně Evropy se na rozvoji značně podíleli anesteziologové a intenzivisté, ve Velké Británii chirurgové s výcvikem v této oblasti a na jihu Evropy spíše internisté. Popisovány jsou stále dva druhy modelu PNP: *anglo-americký systém*, který je postaven na paramedickém modelu, a poté *franko-germánský systém*, který je charakterizován přítomností lékaře v terénu. (Šeblová, Knor, 2018)

V evropských zemích je v roce 2018 urgentní medicína samostatnou specializací ve 24 z 28 členských států Evropské unie. (Šeblová, Knor, 2018).

V České republice se nejdéle působící zdravotnická záchranná služba nachází na území hlavního města Prahy. Začátek jejího působení je datován pod spolkem *Pražský dobrovolný sbor ochranný* od roku 1857. Sbor měl stanovený cíl: „ochrániti, co jest

ochrany hodno, zachrániti v každém druhu nebezpečí jak životy lidské, tak i majetek spoluobčanů dobrovolně, neohroženě a nezištně“. [online ZZS HMP – 12.12. 2018]

Od 70. let 20. století byla služba ZZS zajišťována za pomoci lékařů z oddělení ARO a chirurgie, kteří sloužili v rámci své práce na oddělení. Po předání výzvy od operátorky vyjížděl lékař na místo se zdravotní sestrou sanitním vozem. Česká republika má urgentní medicínu jako samostatný medicínský obor od 90. let minulého století, kdy se ZZS oddělily od nemocničních zařízení a došlo k vytvoření územních středisek záchranné služby. V roce 2004 se zřizovateli ZZS stávají nově vzniklé kraje. Od té doby je na území ČR zřízeno 14 samostatných krajských zdravotnických záchranných služeb. (Remeš, Trnovská, 2014)

3.2 Zdravotnická záchranná služba

Zdravotnická záchranná služba je v České republice zřizována příslušným územním krajem jako příspěvková organizace (p. o.). Charakteristika ZZS je dána poskytováním zdravotní služby, v jejímž rámci je na základě tísňové výzvy, pokud není ustanoveno jinak, zpravidla poskytována přednemocniční neodkladnou péče jedincům se „závažným postižením zdraví nebo v přímém ohrožení života.“ (zákon č. 374/2011 Sb.)

Organizace zdravotnické záchranné služby se vždy skládá z ředitelství, ze zdravotnického operačního střediska, výjezdových základen s výjezdovými skupinami, pracoviště krizové připravenosti a ze vzdělávacího a výcvikového střediska. (Mach, 2013)

Mezi hlavní činnosti ZZS patří dle zákona č. 374/2012 Sb., „*nepřetržitý kvalifikovaný bezodkladný příjem volání, vyhodnocování stupně naléhavosti tísňového volání, řízení a organizace PNP na místě události, spolupráce s cílovým poskytovatelem akutní lůžkové péče, poskytování instrukcí k zajištění první pomoci prostřednictvím sítě, vyšetření pacienta a poskytnutí zdravotní péče, nepřetržitě sledování základních životních funkcí, přeprava pacienta letadlem, přeprava tkání a orgánů k transplantaci, ale i třídění osob postižených na zdraví“.*

Zdravotnická záchranná služba patří mezi hlavní složky integrovaného záchranného systému dle zákona č. 239/2000 Sb.

Poskytovatel ZZS je povinen zpracovat plán návrhu celoplošného pokrytí kraje nejméně jednou za dva roky. Plán je vytvářen tak, aby po celém území kraje byla

poskytována zdravotnická péče v dojezdové době do 20 minut. (Šín, 2017, str. 63) Tato dojezdová doba je stanovena zákonem č. 374/2011 Sb., o zdravotnické záchranné službě. Doba dojezdu na místo události stanovuje čas od převzetí tísňové výzvy výjezdovou skupinou do příjezdu na místo, kde se nachází osoba postižena na zdraví, a musí být dodržována s výjimkou nečekaných a neovlivnitelných dopravních či živelných podmínek.

3.2.1 Výjezdové skupiny

Přednemocniční péče je v terénu zajišťována zdravotnickými pracovníky, kteří mají kompetence k vykonávání činností stanovené zákonem o zdravotnické záchranné službě. Skupina je zajišťována minimálně dvěma členy. Poskytovatel určí vedoucího člena výjezdové skupiny. (zákon č. 374/2011 Sb.)

Výjezdová skupina rychlé zdravotnické pomoci (RZP) se skládá z nelékařského zdravotnického personálu (NLZP) a řidiče. Na místo události se dopravují sanitním vozem a disponují možností přepravy pacienta do zdravotnického zařízení.

Výjezdová skupina rychlé lékařské pomoci může jezdit v typu *rychlé lékařské pomoci (RLP)*, která jezdí ve složení lékař, nelékařský zdravotnický pracovník a řidič. Tato skupina má také možnost přepravit pacienta sanitním vozem k poskytovateli akutní lůžkové péče. Nebo *rendes vous (RV)*, kdy se jedná o setkávací systém. Výjezdová skupina je personálně zajištěna lékařem a zdravotnickým záchranářem. Na místo, kde se nachází osoba postižena na zdraví, se dopravují osobním automobilem. Po vyšetření a zhodnocení pacienta se lékař může či nemusí rozhodnout doprovázet pacienta spolu s posádkou RZP. z důvodu, že RV nemá možnost přepravovat nemocného do zdravotnického zařízení. Další varianta je poté letecká záchranná služba, ve složení lékaře a NLZP. (Remeš, Trnovská, 2013)

3.2.2 Stupně naléhavosti tísňového volání

Zhodnocení naléhavosti tísňového volání mají na starosti operátoři zdravotnického operačního střediska. Operátor přijme výzvu a vyhodnotí příslušný stupeň naléhavosti od jedné do čtyř podle vyhlášky č. 240/2012 Sb., která provádí zákon o zdravotnické záchranné službě. Poté vysílá výjezdovou skupinu v pořadí od prvního do čtvrtého stupně.

Při prvním stupni se jedná o osobu, u které došlo k „*selhání nebo bezprostředně hrozí selhání základních životních funkcí*“ (vyhláška č. 240/2012 Sb.), nebo se jedná o MU s HPO. V této situaci je na místo poslána nebo přesměrována nejbližší výjezdová skupina

s lékařem a nejbližší výjezdová skupina rychlé zdravotnické pomoci. Druhý stupeň bývá u jedince, který je zřejmě ohrožen selháním základních životních funkcí. Třetí je klasifikován u osoby, u které nejsou v brzké době ohroženy základní životní funkce. Čtvrtá úroveň je vyhodnocena, pokud je nejedná o stupeň jedna až tři. (vyhláška č. 240/2012 Sb.)

3.3 Urgentní farmakoterapie suicidální jednání

Urgentní farmakoterapie je akutní podání léčiv do organismu jedince z důvodu zlepšení jeho aktuálního stavu či zastavení rozvíjejícího se onemocnění nebo úrazu, které ho může ohrozit na životě, nebo je tak již děje.

Dle Duška a Večeřové-Procházkové (2015) není u suicidálního pacienta urgentní farmakoterapie nutnou součástí PNP. Nápomocné však mohou být antipsychotika podaná v jednorázové aplikaci, která v krátkém čase dokáže potlačit sebevražedné tendence. Svoboda, Češková a Kučerová (2015, str. 276) uvádí, že „*pokud je příčina psychotická nebo situace závažná, preferujeme antipsychotika.*“ Možnou farmakologickou skupinou jsou i benzodiazepinová (BZD) anxiolytika, která lze podat perorálně, intramuskulárně či parenterálně.

Po přistoupení k farmakoterapeutické léčbě se musí vzít v úvahu doba působení námi vybraného medikamentu. Například diazepam se rychleji vstřebává perorální formou a má rychlejší nástup účinku než intramuskulární aplikace. Dále máme na výběr dlouhodobě působící benzodiazepiny: klonazepam (Rivotril) a krátkodobě působící BZD midazolam (Dormicum). Všechny jsou dostupné v injekční formě. (Svoboda, Češková, Kučerová, 2015).

Při sebevražedném pokusu otravou je nutná farmakologická intervence proti dané látce. V tomto případě se musí použít vybraná antidota, která mají účinky substance antagonizovat. Jestliže se váhá při volbě léčby, je možné kontaktovat bezplatnou telefonickou linku Toxikologického informačního střediska v Praze, kde je služba přítomna 24 hodin denně. V příloze C je přehled antidot pro léčbu některých otrav. (Zadák, Havel, 2017, str. 368)

3.4 Postupy v PNP u pacienta se suicidálním jednáním

Jako jeden z hlavních postupů lze použít *Typovou činnost složek IZS při společném zásahu – Demonstrování úmyslu sebevraždy (STČ – 02/IZS)* z Katalogového souboru typových činností. Tato typová činnost jako první charakterizuje druh mimořádné události

(MU) a obsah zprávy určený všem složkám. Při definování typu musí dispečer přihlížet na reálné možnosti újmy na životě, zdraví nebo majetku nezúčastněných osob. MU se specifikuje tím, že suicidální intervenci provádí vyškolený pracovník a zvolí vhodný intervenční postup, že složky IZS jsou na místě, nebo při příjezdu zváží rizikové faktory a případně nutnost výstražného zařízení. (STČ – 02/IZS) Velitelem zásahu se obvykle stává příslušník Policie ČR. Pokud není na místě, do jeho příjezdu odpovídá za součinnost složek IZS velitel požární ochrany nebo zdravotnická záchranná služba, kde je hlavním vedoucím zvolen lékař. Dle přiloženého kontrolního listu velitel sleduje a vymýšlí další postup.

Při oznámení o demonstrování sebevražedného úmyslu je přítomnost zdravotnické záchranné služby na místě události nutná a nezbytná. Ať už pro ošetření a transport samotného suicidanta do zdravotnického zařízení, ale i pro členy zasahujících složek, kteří se mohou zranit. Činnost formuluje úkoly a činnosti ZZS na místě zásahu a nabízí přehled poskytovatelů specializovaných zdravotnických zařízení, kteří mají způsobilost nabídnout pomoc osobě, která se pokusila o sebevraždu. Hlavním úkolem je vedení komunikace s jedincem demonstrující sebevraždu, dále poskytnutí přednemocniční neodkladné péče všem zraněným osobám při zásahu, urgentní terapeutickou intervenci a transport do specializovaného zařízení pro suicidanta, nebo v nejhorším případě konstatování smrti a prohlídky těla zemřelého při dokonaném suicidii. (STČ – 02/IZS)

Další možností postupu je Bojový řád jednotek požární ochrany – taktické postupy, kde je stanoven metodický list 10 S pro *Jednání s osobou se sebevražednými úmysly*. Plán definuje osobu se suicidálními pokusy, stanovuje úkoly a postup činnosti ve spolupráci IZS, zásady jednání s osobou se sebevražednými úmysly, kdy přesně určuje způsob jednání, taktické zásady při jednání a obecné zásady pro jednání. (Kolektiv autorů, 2017).

PRAKTICKÁ ČÁST

4 FORMULACE PROBLÉMU

Tématem této bakalářské je problematika sebevražedného jednání u pacienta v přednemocniční neodkladné péči. Suicidální jednání je problémem celé populace a týká se každé věkové kategorie a každého pohlaví, nezávisle na profesi či etniku. Suicidální jednání nepatří v přednemocniční neodkladné péči mezi početně frekventované, ale přesto se s nimi zdravotničtí pracovníci v PNP relativně často setkávají. V České republice však není v právním systému sebevražda brána jako trestní čin, a proto je pravděpodobné, že se s takovými výjezdy bude zdravotnický pracovník setkávat i nadále.

5 CÍLE A ÚKOL PRŮZKUMU

Zjistit specifika péče o suicidálního pacienta v přednemocniční neodkladné péči.

5.1 Dílčí cíle

C1: Zjistit nejčastější důvody suicidálního jednání u pacienta v přednemocniční neodkladné péči.

C2: Analyzovat četnost možného požití návykových látek u pacienta se suicidálním jednáním.

5.2 Výzkumné otázky

VO1: Jaké jsou nejčastější příčiny sebevražedného jednání u pacienta v přednemocniční neodkladné péči?

VO2: Jaké návykové látky jsou nejčastěji používány u pacientů se suicidálním jednáním?

VO3: V kterých případech je využita urgentní farmakoterapie u sebevražedného jedince v PNP?

VO4: Kdy a jakým způsobem byla poskytována krizová intervence na místě události?

VO5: V jakých případech byla na místo události povolávána Policie ČR?

VO6: V kterých případech je suicidální pacient směřován do nemocničního zařízení s urgentní péčí?

VO7: Jaká je nejčastější věková skupina u dokonanych a nedokonanych sebevražď?

6 METODIKA

V praktické část bakalářské práce bylo hlavním cílem zjistit specifika poskytované péče u suicidálního pacienta v PNP. Ke zjištění dílčích cílů C1 a C2 byl zvolen kvalitativní výzkum provedený pomocí kazuistik.

Pro lepší znázornění získaných výsledků byly vytvořeny myšlenkové mapy prostřednictvím internetové stránky www.coggle.it.

Sběr dat v podobě kazuistik probíhal na Zdravotnické záchranné službě Karlovarského kraje (ZZS KVK) od 15. ledna do 28. února 2019. Schválená žádost ke sběru anonymizovaných dat je součástí příloh (Příloha D). Sběr dat nemohl probíhat v období mé praxe na Zdravotnické záchranné službě Plzeňského kraje z důvodu neschválení žádosti o sběru dat (Příloha E).

7 VZOREK RESPONDENTŮ

Výzkumný vzorek pro zpracování praktické části byl vybírán pomocí předem stanovených kritérií. Pro stanovený soubor bylo základním vymezeným měřítkem konání suicidálního jednání. Z důvodu požadavků ZZS KVK o zachování anonymity nejsou u popisování událostí stanoveny žádné údaje o datech konání. Dalším důležitým kritériem byla indikace tísňové výzvy, určená zdravotnických operačním střediskem, pokus o sebevraždu. Jako další byla důležitá stanovená hlavní diagnóza podle mezinárodní klasifikace nemocí X60 – X84.

Z celkového počtu dvanácti respondentů bylo deset osob mužského pohlaví a dvě osoby pohlaví ženského. Pro účely přehlednosti kvalifikační práce byli suicidanti nazváni jako Pacient 1 až Pacient 12.

8 PREZENTACE A INTERPRETACE ZÍSKANÝCH ÚDAJŮ

8.1 Kazuistiky

Kazuistika 1

Pacient 1, pohlaví: žena, věk: 36 let

Přednemocniční neodkladná péče

Ve večerních hodinách byl zdravotnických operačním střediskem (ZOS) přijat hovor od Policie České republiky. Po následném vyhodnocení situace byla výzva ve 20:33 předána výjezdové skupině RZP výjezdové základny Žlutice s indikací: intoxikace III. Po výjezdu určené skupiny v 20:35 se na místo události dostavili o 2 minuty později ve 20:37. Po příjezdu na místo nachází v obývacím pokoji v bytovém domě opilou ženu. Dle svědků měla být agresivní a chtěla si podřezat zápěstí.

OA: Pacientka trpí depresivními stavy, opakovaně má v anamnéze zaznamenány suicidální pokusy. Dvakrát byla hospitalizována v Nemocnici Ostrov na Psychiatrickém a psychoterapeutickém oddělení. Mimo hospitalizace je v odborné ambulantní péči psychiatra.

FA: Atarax 25mg 1-1-1, Rivotril 0,5mg 1/2-0-1/2, Olpinat – dávkování nezjištěno

AA: na léky nekuje

Nynější onemocnění: suicidální pokus. Pacientka dnes pila alkoholický nápoj, poté byla dle svědků události agresivní a chtěla si nožem podřezat zápěstí. Nůž jí byl odebrán rodinou, tchán následně přivolal Policii ČR a ti po příjezdu dovolali na místo ZZS KVK.

Status praesens: při příjezdu při vědomí, sedí na pohovce, GCS 4-5-6, plně orientována místem, časem i osobou, kardiopulmonálně kompenzována – akce srdeční pravidelná. Dýchání: eupnoe, bez fenoménů, oboustranně slyšitelné. Zornice izokorické, reagující na osvit. Břicho prohmatné, měkké a nebolestivé. Hlava celistvá bez známek traumatu. Dolní končetiny bez otoků. Na levém zápěstí viditelná řezná povrchová ranka. Ve spolupráci s Policií ČR krvi naměřeno 2 ‰ alkoholu. Ztížená spolupráce a komunikace.

Tabulka 1: Změřené vitální hodnoty, kazuistika 1

| Čas | TK (mm Hg) | TF (/min) | RR (/min) | SpO ₂ (%) | GCS | Glykemie (mmol/l) |
|-------|------------|-----------|-----------|----------------------|-------|-------------------|
| 20:43 | 122/78 | 96 | 14 | 96 | 4-5-6 | 5,3 |
| 21:23 | 128/80 | 94 | 14 | 96 | 4-5-6 | - |

Zdroj: dokumentace ZZS KVK

Pacientka se suicidálními tendencemi je toho času nebezpečná své osobě. Indikováno akutní vyšetření specialistou. Subjektivně pacientka prožívá depresivní období, všem prý ubližuje a nechce nadále žít. Při cestě do sanitního vozu byla zachycena zdravotníky, když chtěla vběhnout pod kolemjedoucí automobilový vůz.

Terapie: Pacientka byla připojena na monitor, byli ji změřeny vitální hodnoty, registrováno EKG, zavedena periferní žilní kanyla – 20G do loketní jamky levé horní končetiny. Řezná ranka dezinfikována a sterilně kryta čtverci.

Stanovené diagnózy:

- X7801 – Úmyslné sebepoškození ostrým předmětem
- F100 – Poruchy způsobené alkoholem – akutní intoxikace

Ve 21:11 byla žena transportována výjezdovou skupinou RZP na oddělení Emergency nemocnice Karlovy Vary, kde byla předána ve 21:38 do následné péče sloužícího zdravotnického personálu. Transport proběhl bez komplikací, za přítomnosti příslušníka PČR. Pacientka byla klidná, spala.

Kazuistika 2

Pacient 2, pohlaví: muž, věk: 30

Přednemocniční neodkladná péče

V noci v 1:13 byla výzva s indikací pokus o sebevraždu s naléhavostí III předána výjezdové skupině RZP, která sídlí na výjezdové základně Cheb. Ta na místo události dojela v 1:20. Muž se údajně dle matky a své sestry chtěl zabít skokem z okna ze čtvrtého patra bytového domu. Poté, co se ho snažili zastavit, byl agresivní a došlo mezi nimi ke konfliktu.

OA: Pacient je pravidelným uživatelem pervitinu, který si aplikuje intravenózně nebo šňupáním. V minulosti TS stejným způsobem. 1x hospitalizován na psychiatrickém oddělení v nemocnici Ostrov nad Ohří., do psychiatrické ambulance pravidelně nedochází.

FA: nezjištěna

AA: neguje

Nynější onemocnění: Pacient se chce zabít, pokusil se skočit z okna, zadržen rodinou. Následně tím bylo u něj vyvoláno agresivní jednání vůči svému okolí a došlo k potyčce. Výjezdová skupina si přes ZOS dovolává na pomoc hlídku Police ČR.

Status praesens: při příjezdu sedí pacient u kuchyňského stolu, plně při vědomí, GCS 15. Nespolupracují a je s ním velmi obtížná komunikace. Na krku má tři škrábance, které nekrvácí. Jinak na něm nejsou žádné jiné známky poranění. Dýchací cesty má volné, dýchání bilaterálně sklípkové. Akce srdeční pravidelná. Pacient je kardiopulmonálně kompenzovaný. Břicho měkké, nebolestivé a bez hmatné rezistence. Peristaltika v pořádku, slyšitelná. Zornice obě reagující, izokorické. Pacient je ameningeální, afebrilní. Hybnost všech končetin zachována bez zjevného deficitu. Dechová zkouška byla negativní. Pozitivní byl test prokazující amfetamin ve slinách.

Tabulka 2: Změřené vitální hodnoty, kazuistika 2

| Čas | TK (mm Hg) | TF (/min) | RR (/min) | SpO ₂ (%) | TT (°C) | GCS | Glykemie (mmol/l) |
|------|------------|-----------|-----------|----------------------|---------|-------|-------------------|
| 1:26 | 120/80 | 85 | 14 | 97 | 36,5 | 4-5-6 | 5,5 |
| 2:20 | 118/70 | 82 | 14 | 98 | - | 4-5-6 | - |

Zdroj: dokumentace ZZS KVK

Pacient je doporučen k akutnímu vyšetření specialistou z důvodu sebevražedných tendencí, kdy je toho času nebezpečný své osobě.

Terapie: Byly přeměřeny fyzikální hodnoty jako je tlak, tepová frekvence, dechová aktivita a saturace. Pro zjištění kvality vědomí bylo proveden vyhodnocení GCS. Registrováno EKG, změřena glykémie.

Stanovená diagnóza:

- X80 – Úmyslné sebepoškození skokem z výše
- Z915 – Sebepoškození v osobní anamnéze

Pacient je po konzultaci s lékařem psychiatrického oddělení Nemocnice Ostrov nad Ohří v 1:55 transportován do již zmíněného zdravotnického zařízení. Transport proběh za asistence hlídky Policie ČR.

Kazuistika 3

Pacient 3, pohlaví: muž, věk: 29

Přednemocniční neodkladná péče

S indikací pokus o sebevraždu s naléhavostí III byla ve 21:57 předána výzva od operačního střediska na výjezdovou základnu Sokolov výjezdové skupině ve složení RZP. Na místo události se dostavili ve 22:15.

OA: Pravidelným uživatelem drog. Mezi užívané drogy patřil pervitin aplikován do těla intravenózně a šňupáním, asi před dvěma dny naposledy. Cannabis užil naposledy přibližně před třemi dny. Anamnéza jinak bezvýznamná.

FA: léky pravidelně neužíval

AA: neguje

Nynější onemocnění: Pacient opakovaně vyhrožuje sebevražděným jednáním, v minulosti se několikrát pobodal nožem, v den výjezdu má pouze nutkání se zabít. Sebevraždu chtěl provést opět tvrdým způsobem – pobodáním. Podle něj ztratil smysl života, nemá stálou práci a pokud ji má, tak do ní nechodí. Přítelkyni nemá, rozešla se s ním před měsícem.

Status praesens: Při příjezdu zdravotnické záchranné služby do průmyslového objektu byla již na místě Policie ČR. Volána byla pacientem, kam poskytl informace, že se chce zabít a že již nemá pro co žít. Pacient byl při vědomí, plně spolupracující a komunikující. Dýchací cesty volné, eupnoe, normosaturace. Dýchání při poslechu pravidelné, čisté sklípkové. Akce srdeční po registrování EKG pravidelná, bez patologických jevů. Zornice izokorické, reagující na osvit, bez lateralizace. Afebrilní, ameningeální. Břicho měkké, prohmatné. Končetiny bez známek traumatu. DK bez otoků. Hybnost zachována ve všech kloubech. Na těle byli viditelné různě staré řezné a bodné rány. Pozitivní test prokazující metamfetamin ve slinách.

Tabulka 3: Změřené vitální hodnoty, kazuistika 3

| Čas | TK (mm Hg) | TF (/min) | RR (/min) | SpO ₂ (%) | TT (°C) | GCS | Glykemie (mmol/l) |
|-------|------------|-----------|-----------|----------------------|---------|-------|-------------------|
| 22:21 | 130/80 | 75 | 16 | 98 | 36,2 | 4-5-6 | - |
| 21:23 | 130/75 | 82 | 14 | 98 | | 4-5-6 | - |

Zdroj: dokumentace ZZS KVK

Muž hodnotil své jednání a činy velmi kriticky. Dodal, že by se chtěl léčit. Před týdnem byl v psychiatrické ambulanci v Nemocnici Ostrov nad Ohří. Tam jim prý neřekl celou pravdu, obával se. Zdravotnická záchranná služba nemá bohužel žádnou lékařskou zprávu, pacient ji sám zničil.

Terapie: Pacientovi byly přeměřeny fyziologické funkce. Pro zjištění kvality vědomí bylo proveden vyhodnocení GCS. Registrováno EKG.

Stanovené diagnózy:

- X7869 – Úmyslné sebepoškození ostrým předmětem
- F192 – Poruchy způsobené více drogami – syndrom závislosti

Muž byl po telefonické domluvě se sloužící lékařkou v 22:30 transportován do psychiatrické ambulance do nemocnice Ostrov na Ohří. Během cesty byl pacient klidný, spavý. Byl transportován v polosedě. Předání do péče zdravotnického personálu proběhlo ve 23:00.

Kazuistika 4

Pacient 4, pohlaví: žena, věk: 38

Přednemocniční neodkladná péče

V podvečer v 18:57 byla dispečerem ZZS KVK předána výjezdové základně Sokolov výzva s indikací pokus o sebevraždu, naléhavost I. Výjezdové skupiny se složení RZP a RV se dopravili k volajcímu domů v 19:19, kde se shledaly s otcem ženy, který ji našel se suicidálními úmysly.

OA: dlouhodobý abúzus alkoholu. Otec uvádí, že ji před přibližně 10 dny měla zemřít kamarádka.

FA: pro nespolupráci nezjištěna

AA: pro nespolupráci nelze zjistit

Nynější onemocnění: okolo 18:50 nalezena doma otcem. Škrtila sama sebe gumovým provazem. Po odvázání v bezvědomí nebyla, po celou dobu dýchala spontánně.

Status praesens: žena od příjezdu v kontaktu s posádkou, ale nespolupracují, plačtivá. Na místě PČR, která byla dovolávána ZOS ZZS. Její dech byl cítit po alkoholovém aroma, orientační zkouška na alkohol pozitivní. Kvantitativnímu dechovému testu se nechtěla podrobit. Krk bez dalšího viditelného poranění nebo strangulace. Hltan na pohled bez otoků. Dýchání poslechově bilaterálně čisté, sklípkové, bez vedlejších fenoménů, normosaturace. Hrudník celistvý. Břícho měkké, prohmatné. Končetiny bez viditelného poranění.

Tabulka 4: Změřené vitální hodnoty, kazuistika 4

| Čas | TK (mm Hg) | TF (/min) | RR (/min) | SpO ₂ (%) | TT (°C) | GCS | Glykemie (mmol/l) |
|-------|------------|-----------|-----------|----------------------|---------|-------|-------------------|
| 19:25 | 120/70 | 140 | 16 | 97 | - | 4-5-6 | - |

Zdroj: dokumentace ZZS KVK

Terapie: Byly přeměřeny fyzikální hodnoty jako je tlak, tepová frekvence, dechová aktivita a saturace. Pro zjištění kvality vědomí bylo proveden vyhodnocení GCS.

Stanovené diagnózy:

- X84 – Úmyslné sebepoškození neurčenými prostředky
- Opilost v. s.

Pacientky jednání bylo lékařem hodnoceno jako demonstrativní pokus o sebepoškození, s přidruženými symptomy opilost a chronická závislost na alkoholu. Žena byla výjezdovou skupinou ponechána na místě a předána dovolané hlídce Policie ČR k eventuálnímu odvozu na protialkoholní záchytnou stanici.

Kazuistika 5

Pacient 5, pohlaví: muž, věk: 30

Přednemocniční neodkladná péče

Pro pacienta vyhrožujícího suicidem volána RZP z výjezdové základny Aš, která obdržela výzvu s indikací pokus o sebevraždu s naléhavostí III v 17:32. Na místo události se dopravila v 17:36. Na místě již přítomna PČR, pacient byl jimi dosud hledán. Rodina o něj měla strach.

OA: dle rodiny údajně v minulosti uživatel pervitinu

FA: pravidelné užívání léků neguje

AA: udává, že své alergie nezná

Nynější onemocnění: nalezen doma v 17:20 svou matkou a jejím přítelem. Údajně vyhrožoval skokem z rozhledny a touhou se zabít.

Status praesens: při příjezdu sedí pacient na schodech do domu v doprovodu Policie ČR, matky a jejího partnera. Udával, že je nešťastný. Ztratil smysl života, nic mu nevychází. Opustila ho již druhá přítelkyně s dítětem, a proto to chce vyřešit po svém. Pacient je bez neurologického deficitu, při vědomí, bez známek lateralizace, ameningeální. Spolupracující, orientován všemi kvalitami. Dýchání pravidelné, poslechově čisté. Dle EKG AS pravidelná, bez patologických jevů. Chvillemi je jeho chování arogantní, z dechu byl cítit alkohol. Vykazoval známky verbální agrese.

Tabulka 5: Změřené vitální hodnoty, kazuistika 5

| Čas | TK (mm Hg) | TF (/min) | RR (/min) | SpO ₂ (%) | TT (°C) | GCS | Glykemie (mmol/l) |
|-------|------------|-----------|-----------|----------------------|---------|-------|-------------------|
| 17:42 | 115/75 | 85 | 14 | 100 | - | 4-5-6 | - |
| 18:43 | 118/70 | 85 | 12 | 98 | - | 4-5-6 | - |

Zdroj: dokumentace ZZS KVK

Terapie: Byly přeměřeny fyzikální hodnoty jako je tlak, tepová frekvence, dechová aktivita a saturace. Pro zjištění kvality vědomí bylo proveden vyhodnocení GCS. Registrováno EKG.

Stanovená diagnóza:

- X80 – Úmyslné sebepoškození skokem z výše

Pacient se suicidálními tendencemi byl toho času nebezpečný sobě, bylo indikováno akutní vyšetření specialistou, Ovšem po orientační dechové zkoušce mu bylo naměřeno 1,63 promile alkoholu. Policie ČR odmítá převoz na záchytnou stanici Sokolov. Z toho důvodu bylo vyjednáno směřování pacienta na interní ambulanci do chebské nemocnice. Zde byl předán do rukou ošetřujícího personálu v 19:05.

Kazuistika 6

Pacient 6, pohlaví: muž, věk: 65

Přednemocniční neodkladná péče

Ráno v 8:12 přijata tísňová výzva s indikací pokus o sebevraždu s naléhavostí III výjezdovou základnou Žlutice se složení RZP. Posádka na místě v 8:17. V

OA: pacient se s žádnou nemocí neléčí. Před deseti lety TS také oběšením, sousedka ho stihla odvézt. 2x hospitalizován na psychiatrickém oddělení Ostrov nad Ohří.

FA: neguje dlouhodobé užívání léků

AA: neudává

Nynější onemocnění: nalezen paní na hřišti. Pokus o suicidium oběšením.

Status praesens: při příjezdu pacient sedí na zábradlí, má připravený provaz se smyčkou. Po navázání kontaktu udával, že ho nebaví žít. Spletl se ve svém známém, který ho podvedl a okradl. Krizová intervence poskytnuta zdravotnickým pracovníkem, po krátkém rozhovoru, přibližně po 10 minutách, se pacient zklidnil. Nechal k sobě přistoupit osobu, a poté se nechal odvést do sanitního vozu. Pacient při vědomí, spolupracující, bez známek ikteru. Obě zornice reagují na osvit, bez neurologického deficitu, bez známek lateralizace. Eupnoe, dýchání poslechově čisté, Dle KS akce srdeční pravidelná. Břicho měkké, prohmatné a nebolestivé.

Tabulka 6: Změřené vitální hodnoty, kazuistika 6

| Čas | TK (mm Hg) | TF (/min) | RR (/min) | SpO ₂ (%) | TT (°C) | GCS | Glykemie (mmol/l) |
|------|------------|-----------|-----------|----------------------|---------|-------|-------------------|
| 8:23 | 210/100 | 77 | 14 | 92 | - | 4-5-6 | - |
| 8:36 | 118/70 | 78 | 14 | 92 | - | 4-5-6 | - |

Zdroj: dokumentace ZZS KVK

Terapie: Z důvodu alkoholu v krvi není možno podat žádné léky. Pacientovi byli přeměřeny vitální hodnoty, registrováno EKG, kontrolován stav vědomí.

Stanovená diagnóza:

- X70 – Úmyslné sebepoškození oběšením
- Z915 – Sebepoškození v osobní anamnéze

Pacient se suicidálními tendencemi toho času nebezpečný sobě, indikován k akutnímu vyšetření specialistou. Po konzultaci s lékařkou psychiatrie nemocnice Ostrov nad Ohří pacientovo směřování domluveno na standardní oddělení.

Kazuistika 7

Pacient 7, pohlaví: muž, věk: 36

Přednemocniční neodkladná péče

Výjezdová skupina ve složení RZP z výjezdové základny Cheb si v 22:06 převzala výzvu s indikací neagresivní pacient s naléhavostí II s přesným místem události stanice Městské police Cheb, kam se dostavila ve 22:11.

OA: s ničím se neléčí. Pracuje v továrním zařízení, v čase události byl v pracovní neschopnosti.

FA: Uvedl, že pravidelnou medikaci neužíval.

AA: neguje

Nynější onemocnění: Pacient byl již dnes jedenkrát vezen zdravotnickou záchrannou službou do interní ambulance chebské nemocnice, poté co měl mít sebevražedné úmysly. Chtěl provést sebevražedný akt skokem pod jedoucí vlak. Po předání pacienta ošetřujícímu personálu utekl. O 4 hodiny později se šel nahlásit na Městskou policii, dle jeho výpovědi má stále chuť spáchat suicidium.

Status praesens: při příjezdu při vědomí, orientován všemi směry, spolupracující. Byl z něj cítit alkohol, naměřeno dle orientační dechové zkoušky 1,4 ‰ alkoholu v dechu. Byl neagresivní, klidný. Dostatečně saturován, akce srdeční byla pravidelná. Měl pocit, že se mu hůře dýchá, bolela ho hlava. Nauzeózní stav nepřevládá. Břicho bylo prohmatné, měkké a nebolestivé. Bez známké ikteru, fotoreakce +/+, šíře zornic L3, R3. Po vyšetření bez neurologického deficitu, bez lateralizace. Na pravé horní končetině zajištěn i. v. vstup o velikosti kanyly 20G. Kanyla byla zajištěna z předchozího výjezdu.

Tabulka 7: Změřené vitální hodnoty, kazuistika 7

| Čas | TK (mm Hg) | TF (/min) | RR (/min) | SpO ₂ (%) | TT (°C) | GCS | Glykemie (mmol/l) |
|-------|------------|-----------|-----------|----------------------|---------|-------|-------------------|
| 22:17 | 120/80 | 68 | - | 94 | - | 4-5-6 | 4,6 |
| 23:33 | 110/60 | 70 | - | 98 | - | 4-5-6 | - |

Zdroj: dokumentace ZZS KVK

Pacient s ošetřujícím záchranářem hovořil o svých životních nesnázích, nevěděl, jak má dál pokračovat. Po otázce, proč utekl z nemocničního zařízení, na ni nedokázal odpovědět.

Terapie: Pacientovi byly přeměřeny vitální hodnoty. Změřena hodnota glykémie v krvi. Byla zkontrolována průchodnost zavedeného periferního žilního katétru. Následně do ní bylo podáno 100 ml roztoku 5 % glukózy a 500 ml fyziologického roztoku. Z důvodu pozitivní dechové zkoušky nemohl být pacientovi podán lék na zklidnění.

Stanovená diagnóza:

- X81 – Úmyslné sebepoškození skokem nebo lehnutím si před pohybující se předmět

Muž si přál být odvezen na psychiatrické oddělení do Ostrova nad Ohří, kde po telefonní konzultaci se sloužícím lékařem byl příjem odmítnut. Z toho důvodu byl pacient směřován, na místo odkud utekl, do chebské nemocnice na interní ambulanci. Tam po přijetí vyjednává lékařka převoz na psychiatrii, kde chtěl být muž hospitalizován. Převoz a předávání na standardní oddělení nemocnice Ostrov nad Ohří proběhl bez komplikací.

Kazuistika 8

Pacient 8, pohlaví: muž, věk: 54

Přednemocniční neodkladná péče

V 7:34 byla poslána ze zdravotnického operačního střediska výzva výjezdové skupině ve složení RZP z výjezdové základny Sokolov. Indikace výzvy zněla pokus o sebevraždu s naléhavostí II. K pacientovi, do místa jeho bydliště, dorazili v 7:38, kde je čekala manželka.

OA: Pacient se léčí s psychiatrickým onemocněním s diagnózou úzkost. Pacient by měl docházet do psychiatrické ambulance v Sokolově. Poslední týden nebere pravidelnou medikaci. Před 7 lety byl dle manželky jednou hospitalizován v PL Petrohrad.

FA: Neurol 1,0: 1-0-1, Rivotril 2 mg: ½-0-½

AA: Dle manželky by na nic být alergický neměl.

Nynější onemocnění: Pacient v minulosti vyhrožoval sebevražedným aktem. Manželka popisuje u muže psychické potíže ze ztráty zaměstnání. Zdravotnickou záchrannou službu volala jeho manželka, která ho našla poté, co se vrátila domů po noční směně.

Status praesens: při příjezdu sedí pacient v kuchyni, na zemi se nachází kaluž krve. Místa krvácení má zavázané prosakujícími obvazy. Opodál leží prázdná lahvička Rivotril 2 mg. Somnolentní, GCS 12, střední porucha vědomí, setřelá řeč. Pacient má dýchací cesty zatím průchodné. Obě plíce jsou při poslechu dobře slyšitelné, bez patologických fenoménů, hyposaturace bez cyanózy. Dle EKG akce srdeční pravidelná, tachykardie, bez patologického nálezu. Krvácení na obou horních končetinách v oblasti zápěstí. Na levé ruce 2 hluboké rány přibližně 6 cm dlouhé, na pravém zápěstí 1 povrchová ranka o délce 2 cm. Předpokládá se intoxikace benzodiazepiny.

Tabulka 8: Změřené vitální hodnoty, kazuistika 8

| Čas | TK (mm Hg) | TF (/min) | RR (/min) | SpO ₂ (%) | TT (°C) | GCS | Glykemie (mmol/l) |
|------|------------|-----------|-----------|----------------------|---------|-------|-------------------|
| 7:44 | 100/65 | 115 | 10 | 92 | - | 3-4-5 | 4.8 |
| 7:55 | 110/70 | 95 | 13 | 98 | - | 4-5-6 | - |

Zdroj: dokumentace ZZS KVK

Po podání antagonisty benzodiazepinů se pacient pomalu probíhá do stavu při vědomí. Po vzháání přiznává zdravotnickému personálu perorální aplikaci léků Rivotril 2 mg kolem sedmé hodiny ranní, přibližně 20 prášků.

Terapie: Pacientovi byly změřeny vitální funkce. Zajištěn periferní žilní katétr velikosti 18G na PHK v loketní jamce. Přeměřena hodnota glykémie v krvi. Aplikováno 500ml 5 % Glukózy, v 7:49 podáno antidotum – flumazenil 0,2mg i.v. Aplikace stejné dávky antidota byla jednou opakována během transportu v 8:10. Polomaskou byl podán O₂ s průtokem 6 l/min. Dále mu byl podán fyziologický roztok 250 ml. Řezná rána na pravé pravé horní končetina vydezinfikována a sterilně kryta. Rány na levé ruce překryty tlakovým obvazem, neprosakuje.

Stanovená diagnóza:

- X7801 – Úmyslné sebepoškození ostrým předmětem
- T42.4 – Akutní otrava benzodiazepiny
- F41.9 – Úzkostná porucha NS
- Z915 – Sebepoškození v osobní anamnéze

Pacient byl v 8:05 transportován na oddělení Emergency do nemocnice v Karlových Varech. Pacient byl během cesty klidný, spolupracující. V nemocnici byl předán v 8:23 do následné péče ošetřujícího personálu příslušného urgentního příjmu.

Kazuistika 9

Pacient 9, pohlaví: muž, věk: 20

Přednemocniční neodkladná péče

Ve 21:21 vyjíždí z výjezdové základny v Aši výjezdová skupina ve složení rychlé zdravotnické pomoci na výzvu s indikací pokus o sebevraždu s naléhavostí III. Na místo události se dostavili o 9 minut později.

OA: jako dítě byl astmatik. Již 6 let žádnou léčbu nepodstupuje.

FA: nebere žádnou pravidelnou medikaci

AA: neguje

Nynější onemocnění: kolem 20 hodiny večerní požil v prostřední domova celou lahvičku Algifen Neo ve formě kapek. K tomu vypil asi 100 ml rumového alkoholického nápoje. Před týdnem se rozešel s dívkou, již 3 dny se zdá rodičům divný.

Status praesens: při příjezdu při vědomí, spolupracující, sedí v obývacím pokoji pod dohledem matky, GCS 15. Bez neurologického deficitu, bez lateralizace. Amengienální. Přiměřená hydratace. Pacient je orientován místem, časem i osobou. Kardiopulmonálně stabilní, eupnoe, akce srdeční pravidelná. Zornice reagující na osvit, izokorické. Břicho měkké, prohmatné, bez hmatné rezistence. DK bez otoků. Bez viditelných patologických změn na těle. Další požití léků či jiných drog odmítá.

Tabulka 9: Změřené vitální hodnoty, kazuistika 9

| Čas | TK (mm Hg) | TF (/min) | RR (/min) | SpO ₂ (%) | TT (°C) | GCS | Glykemie (mmol/l) |
|-------|------------|-----------|-----------|----------------------|---------|-------|-------------------|
| 21:31 | 110/70 | 112 | 15 | 98 | - | 4-5-6 | 5,7 |
| 22:08 | 115/80 | 96 | 14 | 99 | - | 4-5-6 | - |

Zdroj: dokumentace ZZS KVK

Terapie: změřeny fyziologické hodnoty. Zavedena periferní žilní kanyla do levé horní končetiny do oblasti dorsa ruky o šířce 20G. Přeměřena hladina glykemie v krvi. Podáno 500 ml fyziologického roztoku. Pravidelně kontrolován stav vědomí.

Stanovená diagnóza:

- X60 – Úmyslné sebeotrávení neopioidními analgetiky, antipyretiky a antirevmatiky a expozice jejich působení

Pacient byl ve 21:50 transportován do nemocničního zařízení v Chebu na oddělení centrálního příjmu do interní ambulance. Předání personálu nemocnice proběhlo ve 22:20.

Kazuistika 10

Pacient 10, pohlaví: muž, věk: 58

Přednemocniční neodkladná péče

Výjezdová skupina RV z výjezdové základny Sokolov byla v dovolávána na výzvu s naléhavostí II ve znění indikace pokus o sebevraždu. Na místě události byla po příjezdu již RZP z Kraslic a Policie ČR.

OA: hypertonik

FA: nezjištěno

AA: penicilin

Nynější onemocnění: před čtyřmi dny mu zemřela manželka. Odpoledne za ním přijela dcera, která ho našla. Naposledy ho viděla včera odpoledne. Není schopna pospat okolnosti.

Status praesens: při příjezdu na místo pacient nejeví známky života. Viditelné zranění v oblasti hrudníku, střelen do levé horní poloviny. Rána neprošla tělem – zástřel. Již rozvinutý rigor mortis.

Tabulka 10: Změřené vitální hodnoty, kazuistika 10

| Čas | TK (mm Hg) | TF (/min) | RR (/min) | SpO ₂ (%) | TT (°C) | GCS | Glykemie (mmol/l) |
|-------|------------|-----------|-----------|----------------------|---------|-------|-------------------|
| 17:37 | 0/0 | 0 | 0 | 0 | - | 1-1-1 | - |

Zdroj: dokumentace ZZS KVK

Terapie: Byly přeměřeny fyzikální hodnoty jako je tlak, tepová frekvence, dechová aktivita a saturace. Pro zjištění kvality vědomí bylo proveden vyhodnocení GCS.

Stanovená diagnóza:

- X7201 – Úmyslné sebepoškození výstřelem z pistole, revolveru

Pacient byl ponechán na místě události v doprovodu Policie ČR do příjezdu koronera. Byl dovolán krizový intervent pro dceru pacienta z důvodu psychologického zhroucení.

Kazuistika 11

Pacient 11, pohlaví: muž, věk: 57

Přednemocniční neodkladná péče

V 18:01 přijaly skupiny RV a RZP z výjezdové základny z Ostrova nad Ohří výzvu s naléhavostí II s indikací střelba, na místo ihned po kontaktování oznamovatelem požádalo zdravotnické operační středisko o spolupráci Policii ČR. Posádky na místě za 13 minut

OA: Pacient byl onkologickým pacientem, jeho diagnóza zněla karcinom hrtanu v terminálním stadiu.

FA: Viz přiložená dokumentace

AA: Bodnutí hmyzem

Nynější onemocnění: Přibližně v půl čtvrté odpolední volal manželce na mobil, rozloučil se s ní a položil jí telefon. Okamžitě mu volala nazpět, ale již se nedovolala. Okolo 17:55 se vrátila domů a našla jej zastřeleného. TANR se neprováděl.

Status praesens: Pacient při příjezdu sedí na dvoře, opřený o dřevěný přístřešek. Po vyšetření neklamné známky smrti, posmrtná ztuhlost. Na hlavě viditelné poranění krania v oblasti spánkových oblastí, neslučitelné se životem. Vstřel na levém spánku, výstřel na pravém. Tonelliho příznak pozitivní. Fotorekace -/-, oboustranně mydriáza. Další poranění na těle nejsou viditelná. Neindikována KPR.

Tabulka 11: Změřené vitální hodnoty, kazuistika 11

| Čas | TK (mm Hg) | TF (/min) | RR (/min) | SpO ₂ (%) | TT (°C) | GCS | Glykemie (mmol/l) |
|-------|------------|-----------|-----------|----------------------|---------|-------|-------------------|
| 18:20 | 0/0 | 0 | 0 | 0 | - | 1-1-1 | - |

Zdroj: dokumentace ZZS KVK

Terapie: Byly přeměřeny fyzikální hodnoty jako je tlak, tepová frekvence, dechová aktivita a saturace. Pro zjištění kvality vědomí bylo proveden GCS. Byla provedena tkouška Tonelliho příznaku.

Manželka se po příjezdu zdravotnické záchranné služby psychicky zhroutila. Lékař a zbylí zdravotničtí pracovníci se jí snažili uklidnit až do příjezdu krizového intervenanta, který byl pro ni dovolán.

Stanovená diagnóza:

- X7401 – Úmyslné sebepoškození výstřelem z jiné a neurčené střelné zbraně
- C321 – ZN – Supraglottis

U pacient byl konstatován exitus letalis extra muros v 18:25 hod. Ponechán na místě s dohledem Policie ČR. Muž byl určen k dalšímu směřování na oddělení soudního lékařství, kde proběhne pitva.

Kazuistika 12

Pacient 12, pohlaví: muž, věk: 52

Přednemocniční neodkladná péče

V 10:07 převzaly výjezdové skupiny ve složení RV a RZP z výjezdové základny Karlovy Vary výzvu s indikací střelba o naléhavosti I. Na místo události se obě skupiny dopravili o deset minut později.

OA: civilní zaměstnanec Městské Policie. V minulosti prodělal spinální trauma s transversální lézí míšni a paraplegií DK, které si způsobil při jízdě na kole. Léčí se s CHOPN.

FA: již nelze zjistit.

AA: pro stav nelze zjistit

Nynější onemocnění: v dopoledních hodinách, přibližně v 10:04 hod. během střeleckých závodů TS učinil průstřel hlavy, snad zahájena telefonicky asistovaná neodkladná resuscitace (TANR)

Status praesens: při příjezdu RV na místě PČR, pacient ležící v supinální poloze na střelnici, TANR se neprovádí, moribundus adlatum, po vyšetření neklamné známky smrti, přítomné kraniotrauma neslučitelné se životem, areflektořické koma. Zornice bez fotoreakce, bilaterálně mydriáza L 5, P 5. Při vyšetření pozitivní Tonelliho příznak. Apnoický, bledý. Dle KS izoelektrická linie a viditelné známky asystolie, bez hmatné pulzace na ACI. V okolí hlavy je velké množství koagulované krve, v dolní části tváře viditelný výstřel, v jeho místě otevřená rána 3x3cm, která již nekrvácí. Orientačním vyšetřením bez dalších zjevných známek poranění. KPR nebyla v tomto stavu indikována.

Tabulka 12: Změřené vitální hodnoty, kazuistika 12

| Čas | TK (mm Hg) | TF (/min) | RR (/min) | SpO ₂ (%) | TT (°C) | GCS | Glykemie (mmol/l) |
|-------|------------|-----------|-----------|----------------------|---------|-------|-------------------|
| 10:23 | 0/0 | 0 | 0 | 0 | - | 1-1-1 | - |

Zdroj: dokumentace ZZS KVK

Terapie: Byly přeměřeny fyzikální hodnoty jako je tlak, tepová frekvence, dechová aktivita a saturace. Pro určení srdeční akce bylo registrováno EKG. Proveden Tonelliho test. Pro zjištění kvality vědomí bylo proveden GCS.

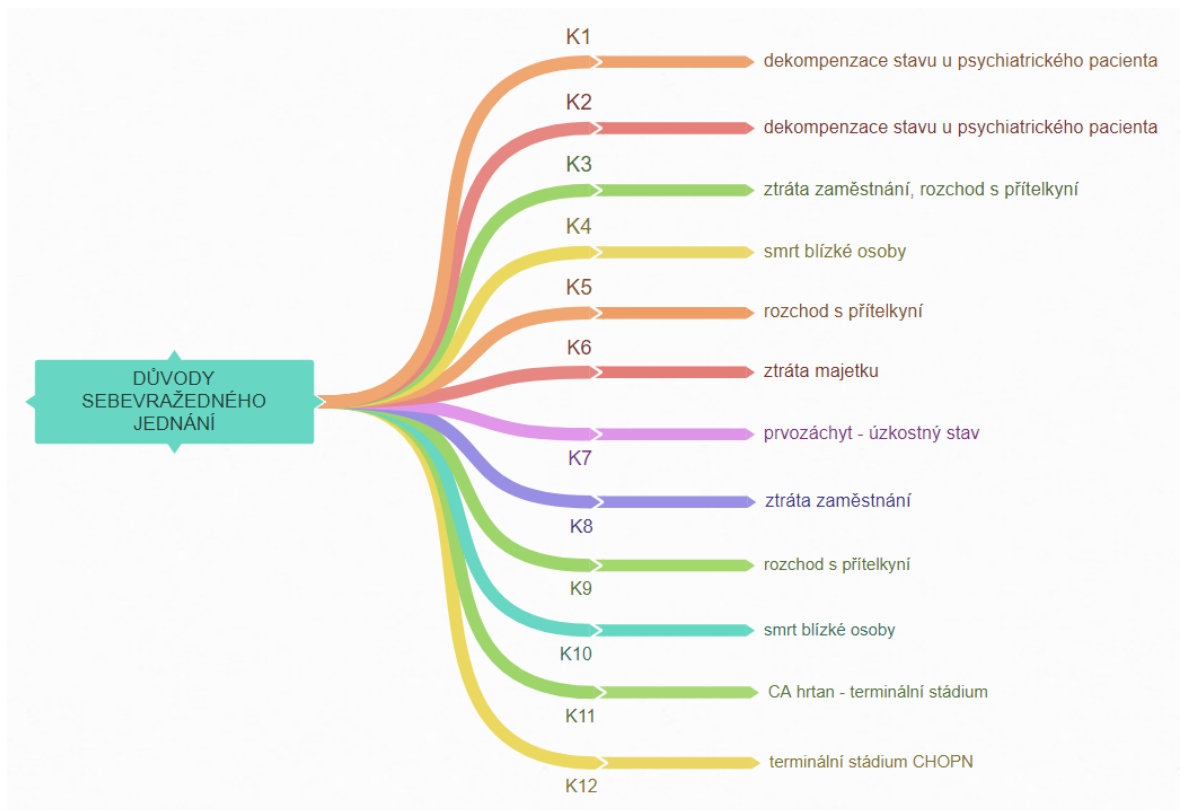
Stanovená diagnóza:

- X74 – Úmyslné sebepoškození výstřelem z jiné a neurčené střelné zbraně
- S010 – Otevřená rána vlasové části hlavy

U osoby bylo v 10:20 konstatováno exitus letalis extra muros. Byla indikována pitva na oddělení soudního lékařství. Pacient byl výjezdovou skupinou s lékařem ponechán na místě pod stálým dohledem Policie ČR do příjezdu pohřební služby.

8.2 Myšlenkové mapy

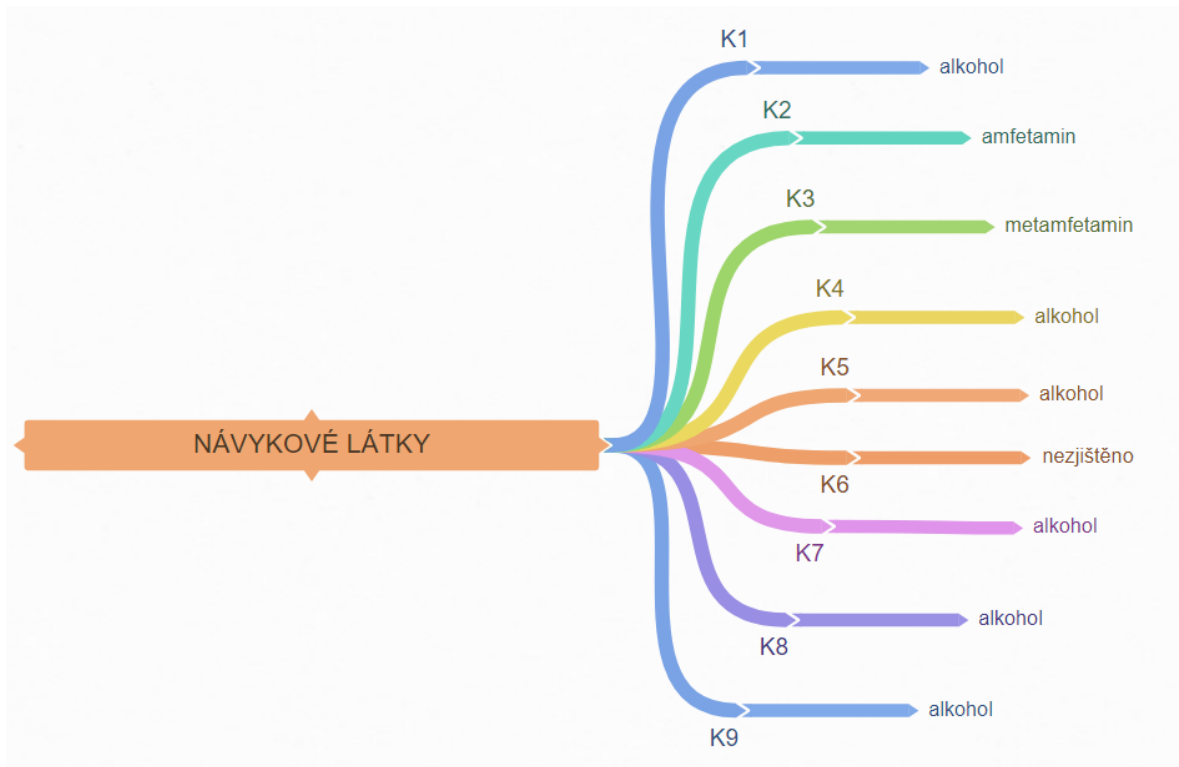
Tabulka 1: Důvody sebevraždného jednání



Zdroj: vlastní

Dle tabulky je viditelné, že mezi nejčastější důvod suicidálního jednání spadá sociálně-psychologického faktor, který byl vyvolávající příčinou u 7 pacientů z deseti. Na druhém místě je faktor medicínský, zde jsme zařadili zbývajících pět pacientů.

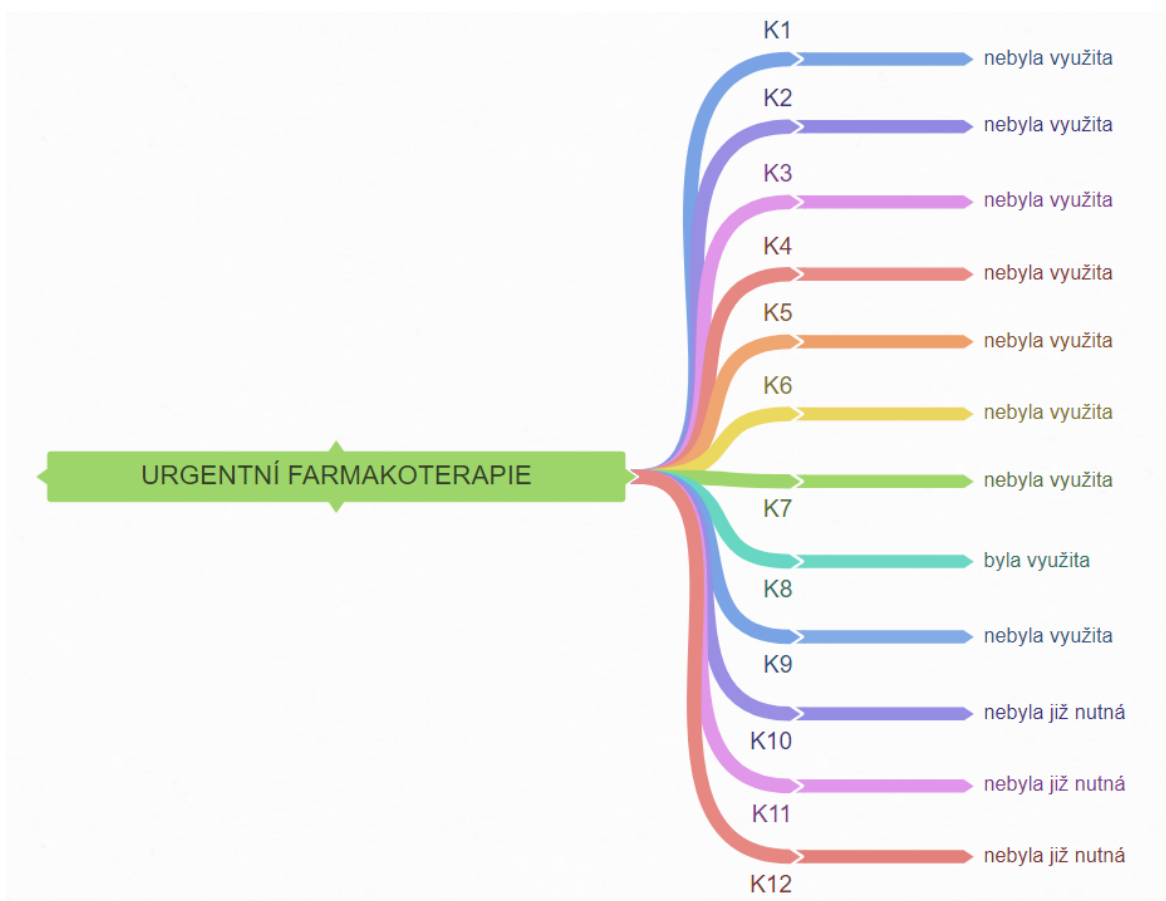
Tabulka 2: Návykové látky



Zdroj: vlastní

U osmi nedokonaných suicidálních pokusů bylo prokázáno požití návykové látky. Z tohoto celku byl u 6 pacientů prokázán alkohol. U dvou bylo zjištěno aplikace drogy, v jednom případě amfetamin, ve druhém metamfetamin. Pouze jeden nevykazoval žádné známky intoxikace.

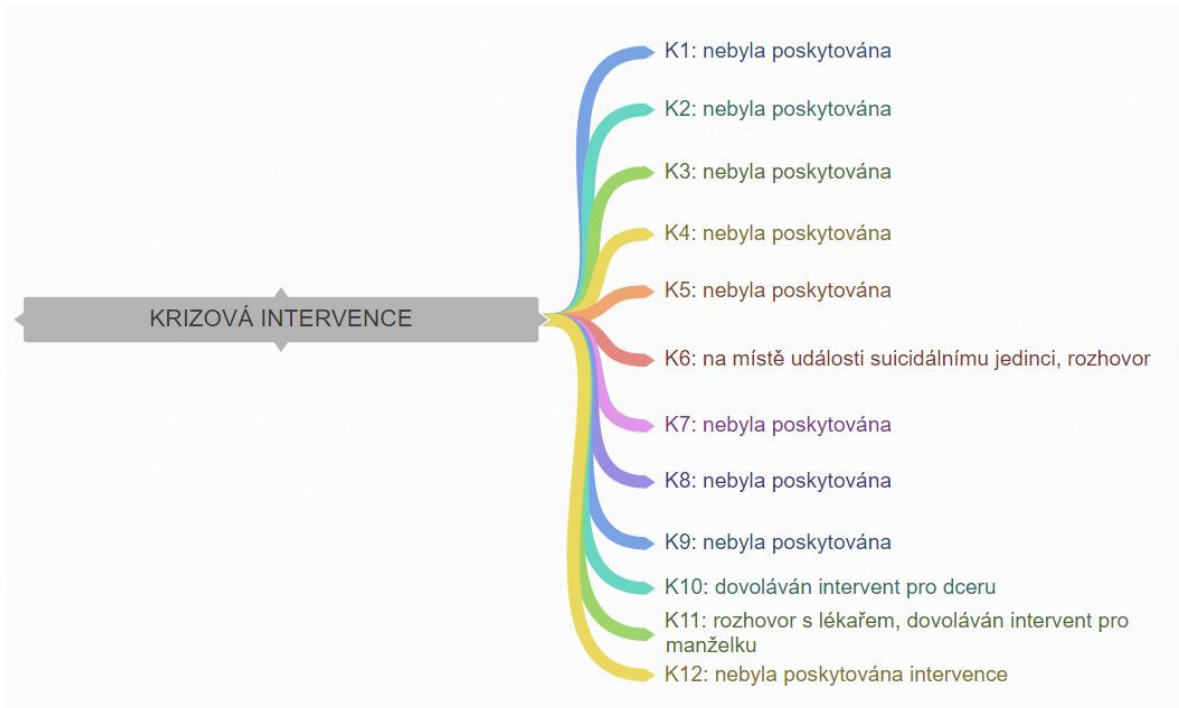
Tabulka 3: Urgentní farmakoterapie



Zdroj: vlastní

Urgentní farmakoterapie byla využita pouze v jednom případě z celkové počtu pacientů. U třech pacientů již nebyla nutná z důvodu dokonáního suicidálního pokusu. U osmi pacientů se k léčbě farmaky nepřistoupilo.

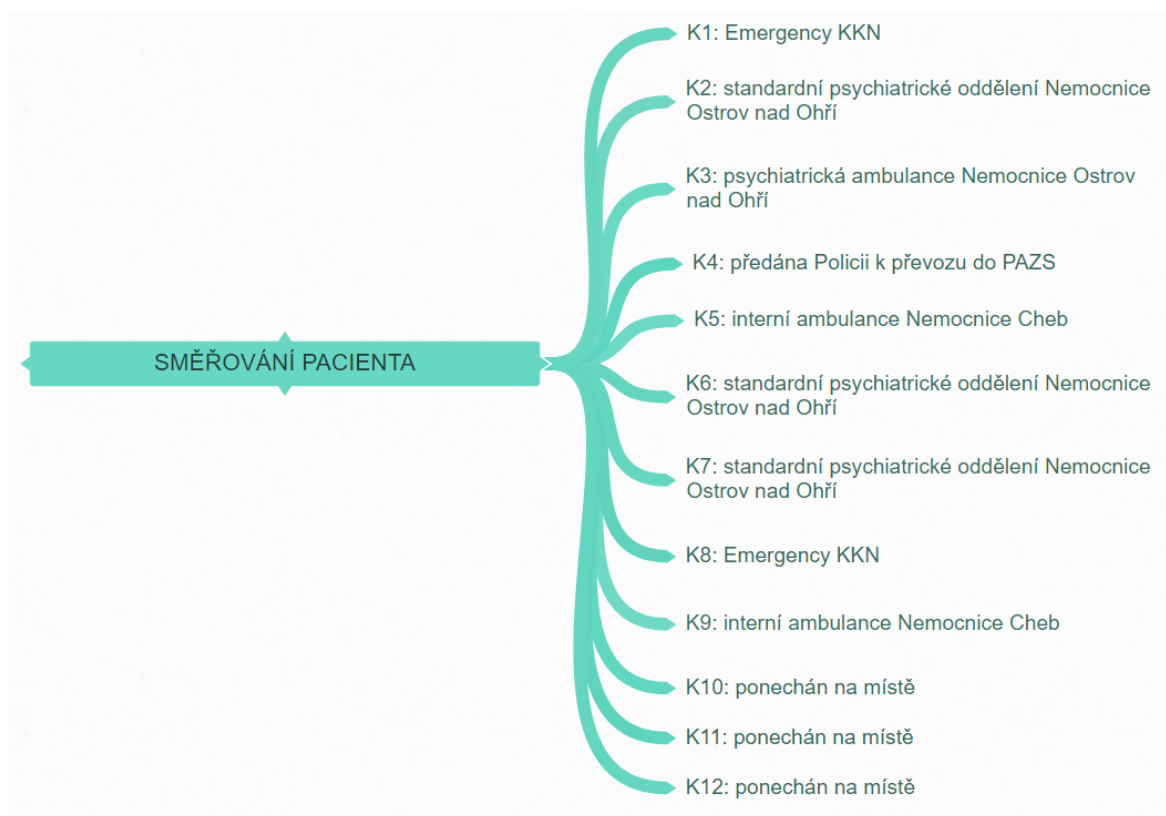
Tabulka 4: Krizová intervence



Zdroj: vlastní

Krizová intervence byla poskytnuta u nedokonaného typu sebevražedného pokusu v jednom případě. U dokonaného typu suicidia byla potřeba intervence především pro rodinné příslušníky, jako tomu bylo u dvou ze tří sebevražedných činů. U zbývajících kazuistik poskytována nebyla.

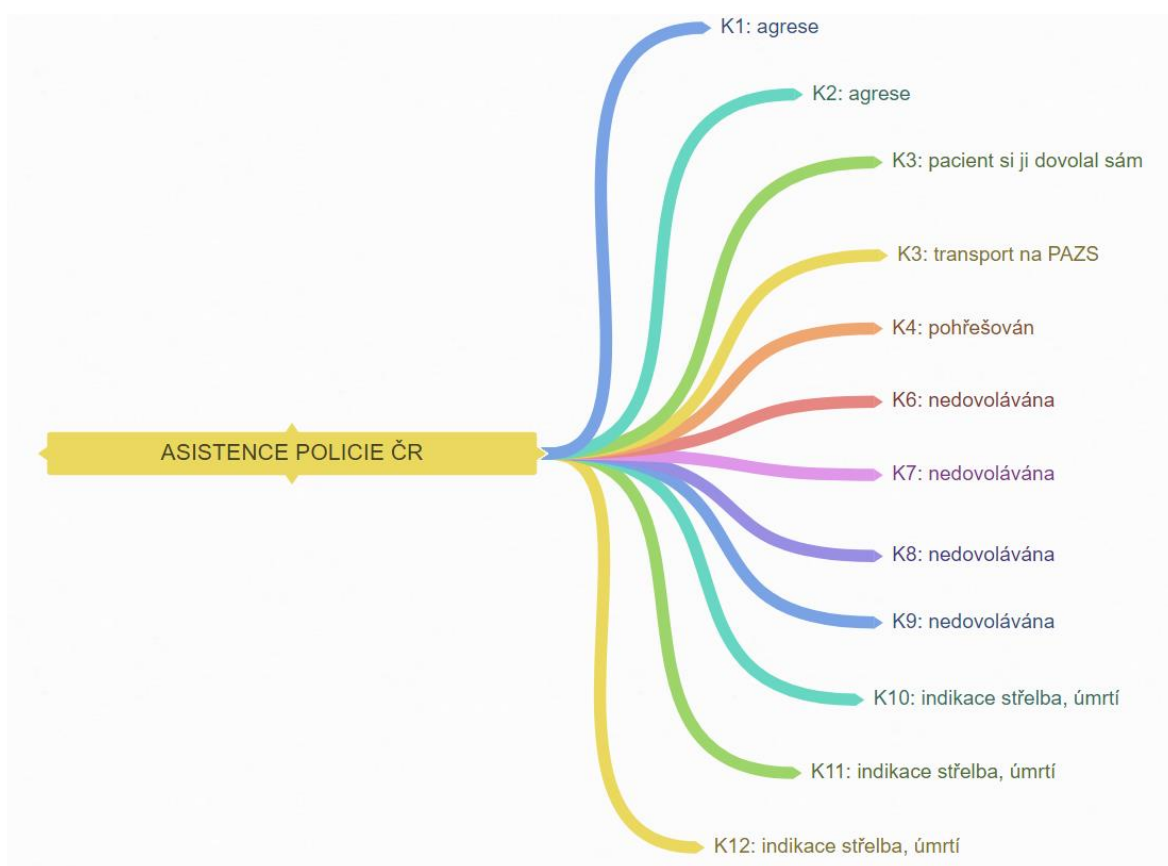
Tabulka 5: Směrování pacienta



Zdroj: vlastní

Dle dosažených výsledků byl pacient směrován na urgentní příjem Nemocnice Karlovy Vary pouze ve dvou případech ze 12 možných. Čtyřikrát proběhlo předání pacienta do psychiatrické péče, ať již ambulantní nebo na standardní oddělení. Dva pacienti byly transportováni do interní ambulance chebské nemocnice. Předání pacienta policii proběhlo v jednom případě z důvodu následného transportování do PAZS. Žádné směrování se neuskutečnilo u třech pacientů, jelikož provedli dokonatý suicidální akt.

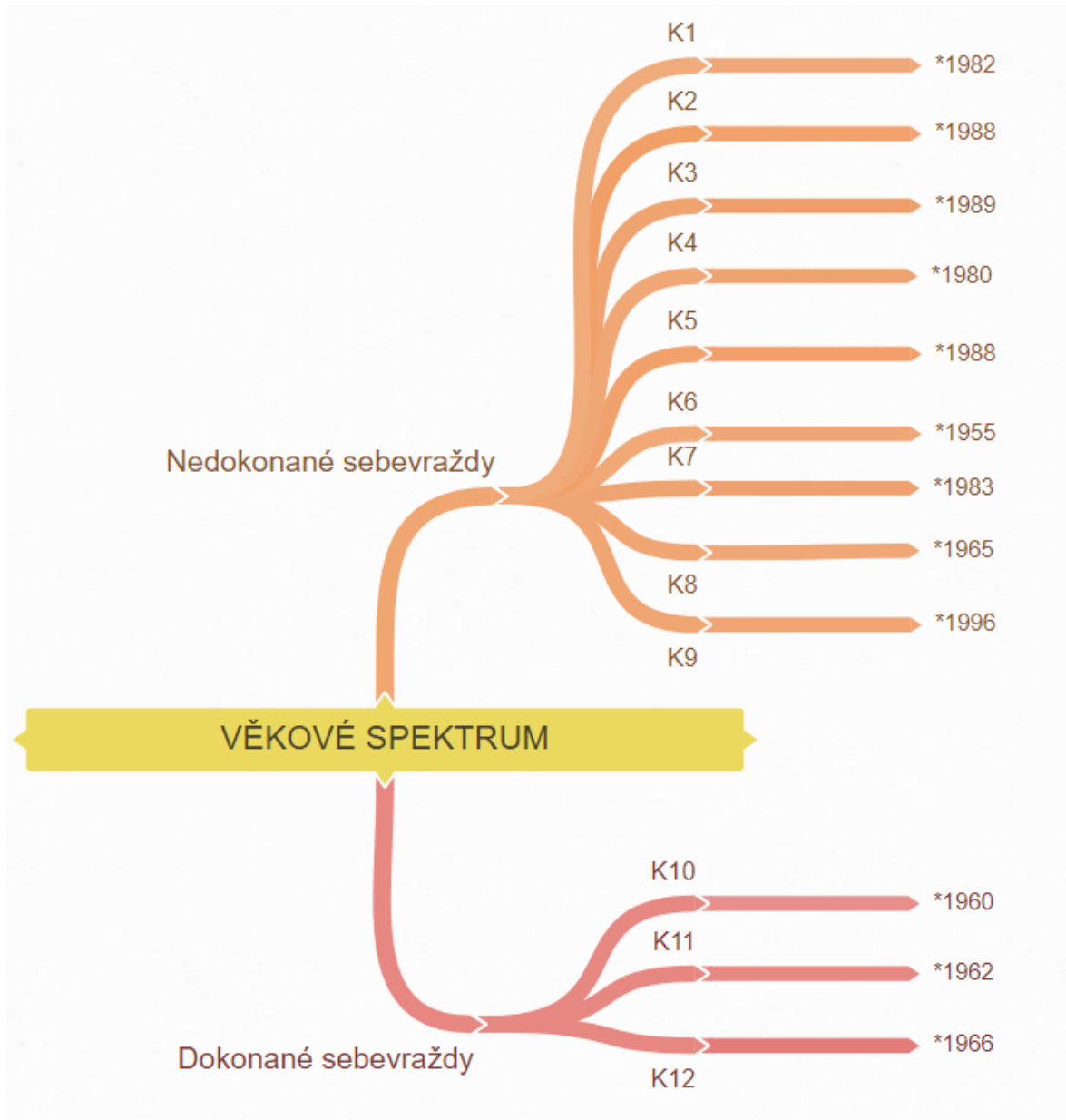
Tabulka 6: Asistence Policie ČR



Zdroj: vlastní

Asistence Policie ČR při poskytování odborné péče proběhla z dvanácti možných případů pouze u osmi. Mezi případy, kterých proběhla součinnost, patří úmrtí pacienta, agresivní chování, transport na PAZS nebo byl pacient pohřešován. U zbylých 4 nebyla vyžadována.

Tabulka 7: Věkové spektrum



Zdroj: vlastní

Dokonané sebevraždy jsou častěji páčány lidmi ve středním věku. Oproti tomu nedokonané sebevražedné pokusy nejčastěji připadají na věkovou skupinou osob v rozmezí od 29 do 38 let věku. Ve výzkumu však provedli suicidální pokus i dva pacienti nad padesát let a jeden dvacetiletý pacient.

9 DISKUZE

Bakalářská práce byla zaměřena na problematiku sebevražedného jednání v přednemocniční neodkladné péči. Objektem kvalitativního výzkumu byl vždy zvolen pacient, který se pokusil o sebevražedný akt, ať již dokonatý či nedokonatý. Získaná data byla zpracována pomocí popsaných kazuistik z prostředí přednemocniční neodkladné péče a shrnuta pomocí myšlenkových map. Získané údaje o subjektech pro vypracování výzkumu pocházely ze Zdravotnické záchranné služby Karlovarského kraje. Poskytnuté výjezdové záznamy o dané události pocházely z časového rozmezí od 15. ledna do 28. února roku 2019.

V empirické části bylo celkem zpracováno 12 kazuistik podle výjezdových záznamů ZZS KVK. V devíti výjezdech z celkového počtu byla výjezdová skupina poslána na událost nedokonatého sebevražedného pokusu. U tří výjezdů ZZS byly výjezdové skupiny poslány na suicidální jednání dokonatého typu. Výběr vzorku respondentů byl omezen kritérii, mezi které patřilo určené období, nutnost indikace Pokus o sebevraždu či konečná stanovená diagnóza dle mezinárodní klasifikace nemocí X60 – X84. Tyto měřítka byly stanoveny z důvodu dosáhnutí širšího pohledu na danou problematiku, dále abychom docílili porovnání získaných dat a splnili tak stanovené dílčí cíle. Pro účely přehlednosti kvalifikační práce byli suicidanti nazváni jako Pacient 1 až Pacient 12.

Pacient 1 byla žena ve věku 36 let, u které došlo k intoxikaci organismu a následné agresí vůči sobě a svému okolí. Pacient 2 byl třicetiletý muž, který vyhrožoval skokem z okna bytového domu. Pacient 9 ve věku 29 let byl taktéž mužského pohlaví, vyhrožoval sebevražedným pokusem, přesněji chtěl provést sebepoškození ostrým předmětem. Pacient 4 byla žena ve věku 38 let, která provedla suicidální pokus tvrdou metodou oběšením. Pacient 5, muž ve věku 30 let, vyhrožoval sebevražedným jednáním, a to skokem z rozhledny. Pacient 6 byl muž ve věku 65 let, který se pokusil o sebevražedný akt oběšením. Pacient 7, taktéž muž, ve věku 36 let, vyhrožoval skokem pod jedoucí dopravní prostředek. Pacient 8, muž ve věku 54 let, provedl suicidální pokus ostrým předmětem, podřezáním žil. Pacient 9 byl 20letý muž, který se intoxikoval analgetiky kvůli rozchodu s přítelkyní. Pacient 10 byl muž ve věku 58 let, který provedl dokonatý sebevražedný akt tvrdou metodou zastřelením. Pacient 11, 57letý muž, také dokonal suicidium metodou zastřelením. Pacient 12, muž ve věku 52 let, provedl suicidální čin stejným způsobem jako Pacient 11 a Pacient 12.

Hlavním cílem práce bylo zjistit specifika péče u suicidálního pacienta v přednemocniční neodkladné péči. Tento stanovený cíl byl rozdělen na dva dílčí cíle C1 a C2.

K prvnímu dílčímu cíli **C1**: Zjistit nejčastější důvody suicidálního jednání u pacienta v přednemocniční neodkladné péči se poutala **VO1**.

VO1: Jaké jsou nejčastější příčiny sebevražedného jednání u pacienta v přednemocniční neodkladné péči?

Fischer a Škoda (2014) uvádí, že mezi nejčastější důvody suicidálního jednání patří sociálně – psychologický faktor, kam se řadí ekonomické důvody, ztráta zaměstnání nebo chybějící sociální vztahy. Z výjezdových záznamů je patrné, že tyto příčiny ovlivnily 7 pacientů z 12 zmíněných. Pacient 3 se rozhodl provést suicidální pokus po ztrátě zaměstnání a následném opuštění přítelkyně. Pro Pacienta 4 byla rozhodující smrt blízké osoby v podobě kamarádky. Pacient 5 se pokusil o suicidium po rozchodu z dlouhodobého vztahu s přítelkyní, která si s sebou vzala i jejich společné dítě. Pacienta 6 vedl k sebevražednému pokusu důvod zrady od blízkého přítele, který mu sebral i značnou část jeho majetku. Pacient 8 chtěl vykonat suicidální akt po ztrátě zaměstnání. Pacienta 9 vedla k sebevražednému jednání stejná příčina jako Pacienta 3, čímž byl rozchod s přítelkyní. Pacient 10 provedl dokonanou sebevraždu po smrti své družky. U všech dokonaných sebevražd se však můžeme pouze domnívat, proč vykonali tento autoagresivní akt. Jako další důvod ve sledovaném vzorku dominoval obecně medicínský faktor. Fischer a Škoda (2014) prezentují, že suicidium páchají zejména pacienti v terminální fázi onemocnění různé etiologie. Přítomnost somaticky nevyléčitelného onemocnění ovlivnila počiny u Pacienta 11 a Pacienta 12, kteří provedli tvrdou metodou dokonaný sebevražedný čin. Obecně medicínský faktor však z určitého hlediska ovlivnil i Pacienta 1 a Pacienta 2, kteří provedli nedokonaný pokus z důvodu dekompenzace jejich zdravotního stavu. Oba se léčili s psychiatrickým onemocněním.

Zodpovězením otázky **VO1** jsme naplnili dílčí cíl kvalifikační práce **C1**: Zjistit nejčastější důvody suicidálního jednání u pacienta v přednemocniční péči.

Na druhý stanovený dílčí cíl **C2**: Analyzovat četnost možného požití návykových látek u pacienta se suicidálním jednáním navazuje výzkumná otázka **VO2**: Jaké návykové látky jsou nejčastěji používány u pacientů se suicidálním jednáním?

Pro zodpovězení této otázky museli být vybráni pacienti, kterým byla v přednemocniční neodkladné péči dechovou zkouškou nebo testem na přítomnost drog ve slinách či v moči prokázána návyková látka v organismu, která mohla ovlivnit jejich chování. V přehledové studii Zášková a Pavlica (2010) uvádí, že k abúzu návykových látek se přidružují suicidální myšlenky i pokusy samotné a že sebevražedným pokusem jsou nejvíce ohroženi uživatelé alkoholu. Toto vyplývá i z dosažených výsledků z vypracovaných kazuistik. Před sebevražedným pokusem se k alkoholu přiklonilo 5 pacientů z 8 vybraných, u kterých byla provedena dechová zkouška, a kteří se poté jinou metodou pokusili o suicidální akt. Pacientovi 1 byly při dechové zkoušce naměřeny přibližně 2 promile alkoholu. Pacient 4 měl sice pozitivní orientační dechovou zkoušku, ale přesná hodnota mu přes jeho nesouhlas nebyla dále změřena. Pacient 5 se podrobil dechové zkoušce, při které mu bylo změřeno 1,63 ‰ alkoholu. Po dechové zkoušce bylo u Pacienta 7 naměřeno 1,4 promile. Z výsledku dosaženého šetření vyplývá, že nejčastější pozitivou návykovou látkou před suicidálním činem je alkohol. Druhou nejčastější pozitivou návykovou látkou byly benzodiazepiny. Pacienta 8 k nim měl přístup z důvodu jeho psychiatrické léčby. U pacienta 2 byl prokázán amfetamin ve slinách a u Pacient 3 metamfetamin. Oba pacienti jsou však pravidelnými uživateli tvrdých drog.

Po zodpovězení výzkumné otázky **VO2** jsme splnili stanovený dílčí cíl **C2**: Analyzovat četnost možného požití návykových látek u pacienta se suicidálním jednáním.

VO3: V kterých případech je využita urgentní farmakoterapie u sebevražedného jednání?

Dušek, Večeřová-Procházková (2014) uvádí, že urgentní farmakoterapie nepatří u suicidálního pacienta mezi nutnou součást přednemocniční neodkladné péče. Bezprostřední podání léčiv nebylo při výjezdu nutné u Pacienta 10, Pacienta 11 a Pacienta 12, jelikož zde došlo k dokonání typu suicidálního jednání. Urgentní farmakoterapie byla použita pouze u Pacienta 8, u kterého došlo k akutní intoxikaci benzodiazepiny. Z tohoto důvodu se členové výjezdové skupiny přiklonili k použití vybraného antidota, které mělo účinky působící látky antagonistovat. Ačkoli Zadák a Havel (2017) uvádějí, že došlo-li k akutní intoxikaci, je nutná farmakologická intervence proti dané látce, u ostatních intoxikovaných pacientů z výzkumu tak učiněno nebylo. Důvodem nepodání medikamentů, které by mohly zmírnit pacientovo autoagresi, byla pravděpodobná nebo prokázána intoxikace návykovými látkami.

VO4: Kdy a jakým způsobem byla poskytována krizová intervence na místě události?

Z kazuistik je patrné, že přímá krizová intervence byla bezprostředně poskytována suicidálnímu pacientovi pouze v jednom případě. Pacient 6 chtěl provést sebevražedný pokus oběšením na hřišti a nechtěl k sobě nechat přistoupit žádné osoby. Krizová intervence byla provedena formou rozhovoru se zdravotnickým pracovníkem. V žádném jiném případě nedokonaného suicidálního pokusu nebyla intervence poskytnuta. Dedičová (2010) uvádí: „*Sebevražedný jedinec potřebuje psychosociální krizovou intervenci bezprostředně po suicidálním pokusu*“. Taktéž například Špatenková (2017) publikuje, že intervence by měla být započata v co nejkratší době, protože bychom měli docílit minimální časové prodlevy od fáze psychické lability. V praxi krizovou intervenci může provést zkušený zdravotnický záchranář nebo lékař, nebo je zde možnost přivolání kvalifikované osoby na místo události. Tento postup můžeme vidět u Pacienta 10 a Pacienta 11, kde byl intervent potřebný pro pozůstalé osoby. V případě Pacienta 10 byla formou rozhovoru lékařem zdravotnické záchranné služby s dcerou započata krizová intervence, která probíhala do příjezdu krizového intervenanta.

VO5: V jakých případech byla na místo události povolávána Policie ČR?

Policie České republiky je povolávána na místo události vždy při dokonaném suicidálním aktu, jako tomu bylo u Pacienta 10, Pacienta 11 a Pacienta 12. Na těchto výjezdech byla hlídka Policie potřebná i z důvodu zajištění střelné zbraně. Dvakrát byla hlídka povolávána na pacienta s agresí, která se projevila u Pacienta 1 a Pacienta 2. K Pacientovi 1 byla nejprve volána Policie ČR, která po prvotním zhodnocení situace na místě povolala ZZS KVK. U Pacienta 2 bylo policejní operační středisko kontaktováno přes ZOS výjezdovou skupinou po příjezdu na místo, důvodem byla pacientova agrese vůči okolí. Při výše zmíněných událostech se Policie ČR zúčastnila transportu pacientů do nemocničních zařízení. K zajištění transportu byla policejní hlídka povolávána pouze jednou, a to u Pacienta 4. Jednalo se o převoz na Protialkoholní a záchytnou stanici Sokolov, hlídka byla vyžádána zdravotnickým operačním střediskem. V jednom případě byla Policie ČR volána prostřednictvím ZOS na místo události z důvodu nalezení pohřešované osoby, která měla v úmyslu spáchat sebevražedný čin. V jednom případě si policejní hlídku povolal na místo sám Pacient 3 ještě před příjezdem výjezdové skupiny. Z tohoto výzkumného šetření vyplývá, že stěžejním důvodem povolání Policie ČR

na místo události je dokonané suicidální jednání nebo agresivita suicidanta vůči svému okolí, ale i autoagrese.

VO6: V kterých případech je suicidální pacient směřován do nemocničního zařízení s urgentní péčí?

Pro zodpovězení této výzkumné otázky jsme museli pacienty roztřídit na ty, co byli ponecháni na místě a na ty, kteří byli transportováni do nemocničního zařízení zdravotnickou záchranou službou. Díky tomuto kritériu jsme dostali osm cílových pacientů, kteří byli předáni do následující zdravotnické péče. Avšak z výzkumu vyplývá, že pouze Pacient 1 a Pacient 8 byli předáni na oddělení urgentního příjmu, přesněji na Emergency nemocnice Karlovy Vary. Pacient 1 byl na toto oddělení transportován z důvodu silné intoxikace alkoholem a své přidružené diagnóze v podobě povrchové řezné ranky na zápěstí levé horní končetiny. Na urgentní příjem byl také směřován Pacient 8, u kterého byla hlavním důvodem intoxikace benzodiazepiny a následné pořezání na obou horních končetinách. Z toho vyplývá daná skutečnost, že v karlovarském kraji jsou všichni pacienti od ZZS přijímáni přes bezprahový urgentní příjem. Poskytování odborné péče na urgentním oddělení není tedy závislá na indikačních kritériích. Někteří pacienti v podobě Pacienta 2, Pacienta 3, Pacienta 6 a Pacienta 7 byli předáni do péče ošetřujícího týmu psychiatrického oddělení Nemocnice Ostrov nad Ohří. Pacient 5 a Pacient 9 byli směřováni na oddělení interní ambulance chebské nemocnice.

VO7: Jaká je nejčastější věková skupina u dokonáných a nedokonáných sebevražd?

Z našeho výzkumného šetření vyšlo, že nejčastější věkovou skupinou nedokonáných sebevražd jsou lidé mezi 30 až 40 lety věku. Do tohoto spektra se nám řadí 5 pacientů z celkového vzorku, a tím se výsledek shoduje s Macůrkem (2013), který ve své práci uvádí, že nejvíce nedokonáných sebevražd patří do věkového rozmezí od 31 let do 40 let věku. Tímto jsme prokázali, že nedokonané suicidální jednání je opravdu nejčastější ve středním věku života.

Pro zjištění věkové kategorie, která je nejčastější u dokonané formy suicidia, nám poslouží kazuistiky Pacient 10, Pacient 11 a Pacient 12. Všichni tři pacienti jsou muži ve věku nad 50 let. Pokorná a kol. (2019) ve své publikaci uvádí, že četnost suicidia s věkem stoupá. „*Procentní nárůst sebevražd byl u mužů ve věku 45–64 let.*“ (Pokorná,

2019, str. 52). Tyto tvrzení potvrzují, že nejčastější věková skupina páchající dokonané suicidium jsou lidé v pozdním věku.

Postupným splněním zodpovězení všech výzkumných otázek **VO1 – VO7** a postupným naplněním stanovených dílčích cílů **C1** a **C2** jsme splnili hlavní cíl bakalářské práce.

ZÁVĚR

Tato práce se věnuje problematice sebevražedného jednání u osob v přednemocniční neodkladné péči. Hlavním cílem bylo zjistit specifika péče o suicidálního pacienta v přednemocniční neodkladné péči. Tohoto cíle bylo dosaženo díky splnění dvou dílčích cílů.

Oba dílčí cíle byly splněny kvalitativním výzkumem. První dílčí cíl se zaměřoval na zjištění nejčastějších důvodů, které vedou osobu k sebevražednému jednání. Druhý dílčí cíl analyzoval četnost možného požití omamných látek u jedince se sebevražednými sklony. Na tento cíl navazovala druhá výzkumná otázka z kvalitativního šetření. Pro jejich dosažení bylo zpracováno dvanáct kazuistik z výjezdových záznamů poskytnutých Zdravotnickou záchrannou službou Karlovarského kraje. Stanovené kritérium, které nám vymezilo počet respondentů, bylo časové rozmezí od 15. ledna do 28. února roku 2019. Ve vypracovaných kazuistikách jsou vždy podrobně popsány údaje o nynějším onemocnění, status praesent, popřípadě zvolená terapie a následné směřování pacienta do zdravotnického zařízení. Po zodpovězení výzkumných otázek jsme naplnili oba dílčí cíle a tím splnili vymezený cíl bakalářské práce.

Tato práce má za úkol přiblížit pojem suicidálního jednání, které je v České republice stále jedním z častých příčin úmrtí. A proto je důležité, aby i na zdravotnických záchranných službách proběhla destigmatizace osob s duševním onemocněním.

Na základě výzkumného šetření je zřejmé, že výuka zdravotnických záchranářů v provedení krizové intervence je důležitá. Domníváme se, že poskytnutí krizové intervence může pomoci v komplexní péči u osob ohrožených sebevražedným jednáním při výjezdu zdravotnické záchranné služby. Klíčový je zejména nácvik metody rozhovoru, volby správných slov a slovních spojení. Je ale nutné brát v potaz, že podmínky poskytování péče při zásahu jsou individuální a závislé na různých okolnostech.

Výstupem této kvalifikační práce bude článek vypracovaný z výzkumných šetření, který bychom chtěli uveřejnit v odborném zdravotnickém periodiku.

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

ANDRŠOVÁ, Alena. *Psychologie a komunikace pro záchranáře: v praxi*. Praha: Grada, 2012. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4119-2.

Bible: Písmo svaté Starého a Nového zákona (včetně deuterokanonických knih): český ekumenický překlad. 23. (14. opravené) vydání. Praha: Česká biblická společnost, 2017. ISBN 978-80-7545-052-4.

CIMRMANNOVÁ, Tereza. *Krize a význam pomáhajících prvního kontaktu: aplikace v kontextu rodinného násilí*. Praha: Karolinum, 2013. ISBN 978-80-246-2205-7.

ČESKO, Vyhláška č. 240 ze dne 26. června 2012, která provádí zákon o zdravotnické záchranné službě. In: Sbíрка zákonů České republiky, částka 82/2012, s. 3226-3231.

ČESKO. Zákon č. 374 ze dne 6. listopadu 2011 o zdravotnické záchranné službě. In: Sbíрка zákonů České republiky. 2011, částka 131/2011, s. 4839–4848.

ČESKO. Zákon č. 239 ze dne 28. června 2000 o integrovaném záchranném systému a o změně některých zákonů. Sbíрка zákonů České republiky, částka 73/2000, s.

ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. *Sebevraždy*. In: Český statistický úřad[online]. [Praha]: Český statistický úřad. [cit. 2018-07-20] Dostupné z: http://www.czso.cz/csu/czso/sebevrazdy_zaj.

DEDIĆ, Gordana. Model of psychotherapeutic crisis intervention following suicide attempt. *Vojnosanitetski Pregled: Military Medical* [online]. 2012, 69(7), 610-615 [cit. 2019-03-23]. DOI: 10.2298/VSP100901003D. ISSN 00428450.

DUŠEK, Karel a Alena VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ. *Diagnostika a terapie duševních poruch*. 2., přepracované vydání. Praha: Grada, 2015. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-4826-9.

FISCHER, Slavomil a Jiří ŠKODA. *Sociální patologie: závažné sociálně patologické jevy, příčiny, prevence, možnosti řešení*. 2., rozš. a aktualiz. vyd. Praha: Grada, 2014. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-5046-0.

FISCHER, Slavomil a Jiří ŠKODA. *Sociální patologie: analýza příčin a možnosti ovlivňování závažných sociálně patologických jevů*. Praha: Grada, 2009. Psyché (Grada). ISBN 9788024727813.

HOSÁK, Ladislav, Michal HRDLIČKA a Jan LIBIGER. *Psychiatrie a pedopsychiatrie*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum, 2015. ISBN 978-80-246-2998-8.

JIRÁK, Roman, Iva HOLMEROVÁ a Claudia BORZOVÁ. *Demence a jiné poruchy paměti: komunikace a každodenní péče*. Praha: Grada, 2009. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2454-6.

KELNAROVÁ, Jarmila. *První pomoc II: pro studenty zdravotnických oborů*. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2013. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4200-7.

KOPECKÁ, Ilona. *Psychologie: učebnice pro obor sociální činnost*. Praha: Grada, 2015. ISBN 978-80-247-3877-2.

KOLEKTIV AUTORŮ. *Bojový řád jednotek požární ochrany - taktické postupy zásahu, Jednání s osobou se sebevražednými úmysly - Metodický list č.10/S*. Praha. Ministerstvo vnitra. Generální ředitelství Hasičského záchranného sboru České republiky, 2017.

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

KUKLA, Lubomír. *Sociální a preventivní pediatrie v současném pojetí*. Praha: Grada, 2016. ISBN 978-80-247-3874-1.

KUPKA, Martin. *Psychosociální aspekty paliativní péče*. Praha: Grada, 2014. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-4650-0.

LÁTALOVÁ, Klára, Dana KAMARÁDOVÁ a Ján PRAŠKO. *Suicidialita u psychických poruch*. Praha: Grada, 2015. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-4305-9.

MACH, Jan. *Univerzita medicínského práva*. Praha: Grada, 2013. ISBN 9788024751139.

MATOUŠKOVÁ, Ingrid. *Aplikovaná forenzní psychologie*. Praha: Grada, 2013. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-4580-0.

MONESTIER, Martin. *Dějiny sebevražd: dějiny, techniky a zvláštnosti dobrovolné smrti*. Praha: Dybbuk, 2003. ISBN 80-903001-8-9.

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

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

POKORNÁ, Andrea, Dana DOLANOVÁ, Veronika ŠTROMBACHOVÁ, Petra BŮŘILOVÁ, Jana KUČEROVÁ a Jan MUŽÍK. *Management nežádoucích událostí ve zdravotnictví: metodika prevence, identifikace a analýza*. Praha: Grada, 2019. ISBN 978-80-271-0720-9.

POLÁK, Martin. *Urgentní příjem: nejčastější znaky, příznaky a nemoci na oddělení urgentního příjmu*. Druhé, přepracované a doplněné vydání. Praha: Mladá fronta, 2016. Edice postgraduální medicíny. ISBN 978-80-204-3939-0.

PROCHÁZKA, Roman. *Teorie a praxe poradenské psychologie*. Praha: Grada, 2014.. ISBN 978-80-247-4451-3.

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

SVOBODA, Mojmír, Eva ČEŠKOVÁ a Hana KUČEROVÁ. *Psychopatologie a psychiatrie: pro psychology a speciální pedagogy*. Vydání třetí. Praha: Portál, 2015. ISBN 978-80-262-0976-8.

ŠEBLOVÁ, Jana a Jiří KNOR. *Urgentní medicína v klinické praxi lékaře*. 2., doplněné a aktualizované vydání. Praha: Grada, 2018. ISBN 9788027105960.

ŠVELA, Kamil a Pavel ŠEVČÍK. *Akutní intoxikace a léková poškození v intenzivní medicíně*. 2., dopl. a aktualiz. vyd. Praha: Grada, 2011. ISBN 9788024731469.

ŠÍN, Robin. *Medicína katastrof*. Praha: Galén, 2017. ISBN 978-80-7492-295-4.

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

ŠTEFAN, Jiří a Jiří HLADÍK. *Soudní lékařství a jeho moderní trendy*. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-3594-8.

ŠTEFAN, Jiří a Jan MACH. *Soudně lékařská a medicínsko-právní problematika v praxi*. Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-0931-7.

ŠTĚTINA, Jiří. *Zdravotnictví a integrovaný záchranný systém při hromadných neštěstích a katastrofách*. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4578-7.

TRESS, Wolfgang, Johannes KRUSSE a Jürgen OTT. *Základní psychosomatická péče*. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-309-3.

VODÁČKOVÁ, Daniela. *Krizová intervence*. 2. vyd. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-342-0.

Výbor pro civilní nouzové plánování. *STČ - 02/IZS Typová činnost složek IZS při společném zásahu „Demonstrování úmyslu sebevraždy“*. Praha. Generální ředitelství HZS ČR, 2005.

ZADÁK, Zdeněk a Eduard HAVEL. *Intenzivní medicína na principech vnitřního lékařství*. 2., doplněné a přepracované vydání. Praha: Grada, 2017. ISBN 9788027102822.

ZÁŠKODNÁ, Helena a PAVLICA, Karel. *Suicidální chování a abúzus návykových látek. Psychologie a její kontexty*,

Zdravotnická záchranná služba hl. m. Prahy [online] ZZS HMP: ©2018 [cit. 12.12.2018]. Dostupné z: <https://www.zzshmp.cz/o-zzs-hmp/historie-zzs-hmp/>.

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A – Průměrný roční počet sebevražd podle pohlaví a jejich struktura podle způsobu provedení

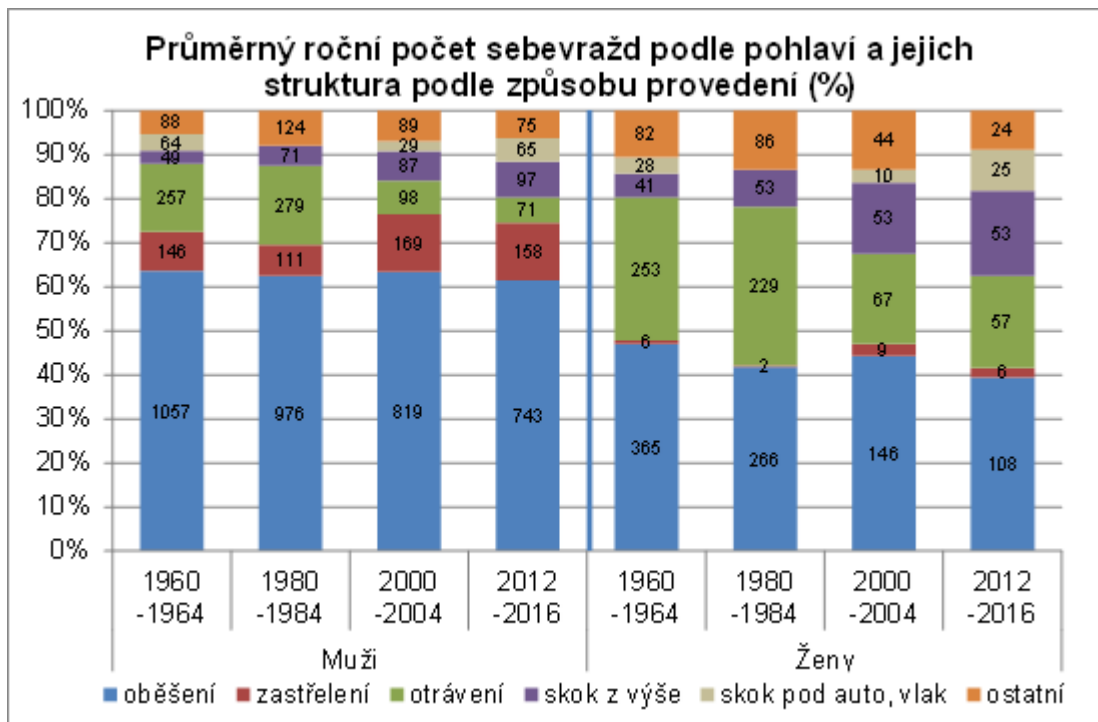
Příloha B – Mezinárodní klasifikace nemocí X60 – X84

Příloha C – Seznam typických antidot při intoxikacích

Příloha D – Žádost o povolení sběru dat na ZZS KVK

Příloha E – Žádost o povolení sběru dat na ZZS Pk

PŘÍLOHA A – Průměrný roční počet sebevražd podle pohlaví a jejich struktura podle způsobu provedení



Zdroj: ČSÚ: 2018. https://www.czso.cz/csu/czso/sebevrazdy_zaj

PŘÍLOHA B – Mezinárodní klasifikace nemocí X60 – X84

| Číslo dg. | Přesný název | Příklady |
|-----------|--|---|
| X60 | Úmyslné sebeotrávení neopioidními analgetiky, antipyretiky a antirevmatiky a expozice jejich působení | deriváty 4-aminofenolu; NSA; pyrazolonové deriváty; salicyláty |
| X61 | Úmyslné sebeotrávení antiepileptiky, sedativy-hypnotiky, antiparkinsoniky a psychotropními léky a expozice jejich působení, nazařazené jinde | antidepresiva; barbituráty; hydantoinové deriváty; iminostilbeny; sloučeniny metakvalonu; neuroleptika; psychostimulancia; sukcinimidy a oxazolindiony; trankvilizéry |
| X62 | Úmyslné sebeotrávení narkotiky a psychosydeptiky (halucinogeny) a expozice jejich působení, nezařazené jinde | konopí (deriváty); kokain; kodein; heroin; lysergid (LSD); meskalin; metadon; morfin; opium (alkaloidy) |
| X63 | Úmyslné sebeotrávení jinými léčivými působícími na autonomní nervovou soustavu a expozice jejich působení | parasymptolitika s anticholinergním a antimuskarinovým účinkem a spasmolytika; parasymptomimetika (cholinergika); sympatolytika (antiadrenergika); sympatomimetika (adrenergika) |
| X64 | Úmyslné sebeotrávení jinými a neurčenými léky, léčivými, návykovými a biologickými látkami a expozice jejich působení | prostředky primárně působící na hladké svalstvo a dýchací soustavu; anestetika (celková, místní); léčiva působící na KVS a GIT; hormony a jejich syntetické náhrady; systémové a hematologické prostředky; systémové ATB a jiné protiinfekční prostředky; léčebné plyny; prostředky pro místní použití; očkovací látky; prostředky a léčiva působící na vodní rovnováhu; přeměnu minerálních látek a metabolismus kyseliny močové |

| | | |
|-----|--|---|
| X65 | Úmyslné sebeotrávení alkoholema expozice jeho působení | alkohol: NS, butyl (1-butanol), etyl (etanol), isopropyl (2-propanol), metyl (metanol), propyl (1-propanol); přiboudlina |
| X66 | Úmyslné sebeotrávení organickými rozpouštědly a halogenovými uhlovodíky a jejich parami a expozice jejich působení | benzén a jeho homology; tetrachlormetan; chlorofluoruhlovodíky; petrolej, ropa (deriváty) |
| X67 | Úmyslné sebeotrávení jinými plyny a parami a expozice jejich působení | CO; helium (nemedicínální), NJ; slzotvorný plyn (slzný plyn); výfukový motorový plyn (z vozidla); oxid dusíku; oxid siřičitý; svítíplyn; |
| X68 | Úmyslné sebeotrávení pesticidy a expozice jejich působení | vyfukovací prostředky; fungicidy; herbicidy; insekticidy; rodenticidy; ochranné nátěry dřeva |
| X69 | Úmyslné sebeotrávení jinými neurčenými chemikáliemi a škodlivými látkami expozice jejich působení | žiravé aromatické látky, kyseliny a leptavé alkálie; lepidla a lepidlivé látky; kovy včetně dýmů a par; nátěry a barviva; živiny a hnojiva rostlin; jedovaté potraviny a rostliny; mýdla a čistící a prací prostředky |
| X70 | Úmyslné sebepoškození oběšením, (u)škrcením a (za)dušením | |
| X71 | Úmyslné sebepoškození (u)topením a potopením | |
| X72 | Úmyslné sebepoškození výstřelem z pistole, revolveru | |
| X73 | Úmyslné sebepoškození výstřelem z pušky, brokovnice a větší ruční střelné zbraně | |
| X74 | Úmyslné sebepoškození výstřelem z jiné a neurčení střelné zbraně | |
| X75 | Úmyslné sebepoškození výbušnou látkou | |

| | | |
|-----|--|--|
| X76 | Úmyslné sebepoškození kouřem, dýmem a ohněm | |
| X77 | Úmyslné sebepoškození vodní parou, horkými výpary a horkými předměty | |
| X78 | Úmyslné sebepoškození ostrým předmětem | |
| X79 | Úmyslné sebepoškození tupým předmětem | |
| X80 | Úmyslné sebepoškození skokem z výše | úmyslný pád z jedné úrovně na druhou |
| X81 | Úmyslné sebepoškození skokem nebo lehnutím si před pohybující se předmět | |
| X82 | Úmyslné sebepoškození havárií motorového vozidla | úmyslná srážka s: motorovým vozidlem, vlakem, pouliční dráou |
| X83 | Úmyslné sebepoškození jinými určenými prostředky | úmyslné sebepoškození: žíravými látkami (vyjma otravu); zřícení letounu, usmrcením elektrickým proudem |
| X84 | Úmyslné sebepoškození neurčenými prostředky | |

Zdroj: <https://www.uzis.cz/cz/mkn/X60-X84.html>

PŘÍLOHA C – Seznam typických antidot při intoxikacích

| | | |
|-----------------------------------|----------------------------|--|
| hydroxokobalamin | Cyanokit | kyanidy, kouřové plyny s kyanovodíkem |
| amylum nitrosum | Amyl Nitrite Inhalants USP | kyanidy |
| 4-dimethylaminofenol | 4-DMAP | kyanidy |
| thiosíran sodný | Natrium thiosulfát 10% | kyanidy, nitroprusid |
| obidoxim chlorid | Toxogonin | organofosfáty – bojové látky, insekticidy |
| atropin | Atropin | organofosfáty |
| fysostigmin salicylát | Anticholium | anticholinergika – atropin, skopolamin, hyoscyamin |
| tolonium chlorid | Toluidin blau | methemoglobinizující látky |
| berlínská modř | Radiogardase-Cs | thallium |
| unithiol | DMPS, Dimaval | rtuť, těžké kovy |
| dimercaptosuccinic acid | Succicaptal | olovo, těžké kovy |
| dioxin reaktivní Fab protein | DigiFab | dioxin, digitalisové alkaloidy |
| 4-metylpyrazol | Fomepizol | glykoly, metanol |
| etylalkohol | Ethanol magistraliter | glykoly, metanol |
| aktivní uhlí | Carbosorb | „univerzální“ antidotum |
| macrogolum | Fortrans | léky, houby |
| flumazenil | Anexate | benzodiazepiny, zolpidem |
| intrenon | Naloxon | morfin a jeho deriváty |
| dantrolenum | Dantrolen | křečové jedy |
| glukagon | Glucagen | beta-blokátory, blokátory kalciových kanálů |
| desferoxamini mesilas | Protamin Valeant | heparin |
| silibin-C.2,3 dihydrogen sukcinát | Legalon SIL | Amanita phalloides |
| octreotidum | Sandostatin | sulfonylurea PAD |
| procyclidini hydrochloridum | Kemadrin | neuroleptika |
| mesna | Uromitexan, Mistabron | cyklofosfamid |
| kyselina listová | Acidum folicum | metylalkohol |
| N-acetylcystein | ACC injekt | paracetamol |
| pyridoxin | Pyridoxin | izoniazid |
| vitamin K | Kanavit | kumariny |
| 20% lipidová emulze | Intralipid, SMOF-lipid | blokátory kalciových kanálů, některá neuroleptika a beta-blokátory |

Zdroj: Zadák, Havel, 2017, str. 368

PŘÍLOHA D – Žádost o povolení sběru dat na ZZS KVK

Zdravotnická záchraná služba Karlovarského kraje, p.o.
MUDr. Jiří Smetana
Závodní 390/98C
360 06, Karlovy Vary

V Plzni dne 15. 01. 2019

Věc: Žádost o povolení sběru dat na ZZS KVK

Vážený pane doktore,

jmenuji se Eliška Brdová, jsem studentkou 3. ročníku oboru Zdravotnický záchranář na Fakultě zdravotnických studií Západočeské univerzity v Plzni.

Tímto bych Vás ráda požádala o umožnění nahlédnutí do zdravotnické dokumentace, konkrétně do záznamů o výjezdech ZZS KVK. Tato data bych ráda využila k analýze při zpracování praktické části ve své bakalářské práci. Téma mé bakalářské práce je: „Problematika sebevražedného jednání u pacienta v přednemocniční neodkladné péči.“

V práci nebudou uvedeny, vzhledem k problematice GDPR, žádné osobní údaje pracovníků ZZS KVK ani ošetřovaných pacientů. Uveden bude pouze předmět výzvy, pohlaví a věk pacienta a zvolená metoda suicidálního pokusu.

Tuto bakalářskou práci zpracovávám pod vedením Mgr. Stanislavy Reichertové z Fakulty zdravotnických studií Západočeské univerzity v Plzni.

Tímto Vás žádám o sdělení Vašeho rozhodnutí.

Děkuji za vstřícnost,

Eliška Brdová
studentka 3. ročníku oboru Zdravotnický záchranář
FZS ZČU v Plzni

Vedoucí práce:

Mgr. Stanislava Reichertová
Katedra záchranářství a technických oborů
Fakulta zdravotnických studií
ZČU v Plzni
E-mail: sreich@kaz.zcu.cz

Kontaktní údaje:

Eliška Brdová
Krtý 81
270 33, Jesenice u Rakovníka
Tel. č. : + 420 731 73 47 36
E-mail: brdovae@students.zcu.cz

Vyjádření k žádosti: a) žádost povolena

~~b) žádost zamítnuta~~

Odůvodnění:

.....
.....
.....

Datum, podpis, razítko:

28.1.2019 *Smetana*

Zdravotnická záchraná služba
Karlovarského kraje, příspěvková organizace
MUDr. Jiří SMETANA
Ředitel
Závodní 390/98C, 360 06 Karlovy Vary
Tel. +420 353 362 520
IČO: 005 74 660 (2) IČZ: 42 424 000

PŘÍLOHA E – Žádost o povolení sběru dat na ZZS Pk

Zdravotnická záchraná služba Plzeňského kraje
MUDr. Jiří Růžička, Ph. D.
Klatovská tř. 2960/200i
301 01 Plzeň

V Plzni dne 15. 01. 2019

Věc: Žádost o povolení sběru dat na ZZS Pk

Vážený pane doktore,

jmenuji se Eliška Brdová, jsem studentkou 3. ročníku oboru Zdravotnický záchranář na Fakultě zdravotnických studií Západočeské univerzity v Plzni.

Tímto bych Vás ráda požádala o umožnění nahlédnutí do zdravotnické dokumentace, konkrétně do záznamů o výjezdech ZZS Pk za poslední 2 roky. Tato data bych ráda využila k analýze při zpracování praktické části ve své bakalářské práci. Téma mé bakalářské práce je: „Problematika sebevražedného jednání u pacienta v přednemocniční neodkladné péči.“

V práci nebudou uvedeny, vzhledem k problematice GDPR, žádné osobní údaje pracovníků ZZS Pk ani ošetřovaných pacientů. Uveden bude pouze předmět výzvy, pohlaví a věk pacienta a zvolená metoda suicidálního pokusu.

Tuto bakalářskou práci zpracovávám pod vedením Mgr. Stanislavy Reichertové z Fakulty zdravotnických studií Západočeské univerzity v Plzni.

Tímto Vás žádám o sdělení Vašeho rozhodnutí.

Děkuji za vstřícnost,

Eliška Brdová
studentka 3. ročníku oboru Zdravotnický záchranář
FZS ZČU v Plzni

Vedoucí práce:

Mgr. Stanislava Reichertová
Katedra záchranářství a technických oborů
Fakulta zdravotnických studií
ZČU v Plzni
E-mail: sreich@kaz.zcu.cz

Kontaktní údaje:

Eliška Brdová
Krtý 81
270 33, Jesenice u Rakovníka
Tel. č. : + 420 731 73 47 36
E-mail: brdovae@students.zcu.cz

Vyjádření k žádosti: a) žádost povolena

b) žádost zamítnuta

Odůvodnění:

Nelze poskytnout, kalibruje do 20V z důvodu vnitřek přístroje.

Datum, podpis, razítko:

lido *RAZÍTKO*