



**ČESKÉ VYSOKÉ UČENÍ TECHNICKÉ V PRAZE**  

---

**FAKULTA BIOMEDICÍNSKÉHO INŽENÝRSTVÍ**  
**Katedra zdravotnických oborů a ochrany obyvatelstva**

**Problematika tiesňového volania  
pacientmi so suicidálnymi sklonmi**

**The Issue of Emergency Calls by Patients  
with Suicidal Tendencies**

Bakalářská práce

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví

Studijní obor: Zdravotnický záchranář

Autor bakalářské práce: Daniela Lazoriková

Vedoucí bakalářské práce: PhDr. Mgr. Dana Rebeka Ralbovská, Ph.D., LL.M.,

DBA

---

**Kladno 2023**

## I. OSOBNÍ A STUDIJNÍ ÚDAJE

Příjmení: **Lazoriková** Jméno: **Daniela** Osobní číslo: **491620**  
Fakulta: **Fakulta biomedicínského inženýrství**  
Garantující katedra: **Katedra zdravotnických oborů a ochrany obyvatelstva**  
Studijní program: **Specializace ve zdravotnictví**  
Studijní obor: **Zdravotnický záchranář**

## II. ÚDAJE K BAKALÁŘSKÉ PRÁCI

Název bakalářské práce:

**Problematika tiesňového volania pacientmi so suicidálnymi sklonmi**

Název bakalářské práce anglicky:

**The Issue of Emergency Calls by Patients with Suicidal Tendencies**

Pokyny pro vypracování:

Predmetom bakalárskej práce bude problematika tiesňového volania pacientov so suicidálnymi sklonmi s ohľadom na aktuálnu dobu. V teoretickej časti sa bude práca zaoberať kľúčovými pojmami súvisiacimi so spracovávanou problematikou a pozornosť bude venovaná aj problematika samovražedného konania. V praktickej časti práce bude využitá kvantitatívna metóda zberu dát súvisiacich s problematikou a to prostredníctvom neštandardizovaného anonymného dotazníkového šetrenia s minimálnym počtom 75 respondentov. Kritériom výberu respondentov bude pracovný pomer na zdravotníckom operačnom stredisku jednotlivých ZZS. V diskusii bude využitá metóda komparácie získaných s výsledkami iných autorov.

Seznam doporučené literatury:

- [1] RALBOVSKÁ, Rebeka, Ivana ARGAYOVÁ a Monika ZÁVIŠ, Základy psychoterapeutického prístupu pre zdravotníckych záchranárov, ed. 1. , Prešov: Prešovská univerzita v Prešove, 2021, 255 s., ISBN 978-80-555-2765-9
- [2] ŠPATENKOVÁ, Naděžda a kol., Krize a krizová intervence, ed. 1. vyd., Praha: Grada, 2017, 288 s., ISBN 978-80-247-5327-0
- [3] POKORNÁ, Andrea a kol. , Management nežádoucích událostí ve zdravotnictví: metodika prevence, identifikace a analýza, ed. 1., Praha: Grada, 2019, 256 s., ISBN 978-80-271-0720-9

Jméno a příjmení vedoucí(ho) bakalářské práce:

**PhDr. Mgr. Dana Rebeka Ralbovská, Ph.D., LL.M., DBA**

Jméno a příjmení konzultanta(ky) bakalářské práce:

Datum zadání bakalářské práce: **14.02.2023**

Platnost zadání bakalářské práce: **20.09.2024**

## **PREHLÁSENIE**

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci s názvem Problematika tiesňového volania pacientmi so suicidálnymi sklonmi vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů, které uvádím v seznamu bibliografických odkazů.

Nemám závažný důvod proti užití tohoto školního díla ve smyslu § 60 zákona č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon), ve znění pozdějších předpisů.

V Kladně dne 17.05.2023

.....  
Daniela Lazoriková

## **POĎAKOVANIE**

V prvom rade by som rada poďakovala svojej vedúcej práce PhDr. Mgr. Dane Rebeke Ralbovskej, Ph.D., LL.M., DBA za jej odborné vedenie, užitočné rady, pripomienky a hlavne za jej podporu a trpezlivosť pri vytváraní tejto bakalárskej práce.

V druhom rade by som rada poďakovala respondentom z rad operátorov zdravotníckych záchranných služieb, ktorí boli ochotní vyplniť dotazníkové šetrenie a tým mi umožnili získať potrebné dáta k praktickej časti.

Zároveň chcem poďakovať mojej rodine a kamarátom, ktorí ma podporovali počas celého štúdia, ako aj pri písaní tejto bakalárskej práce.

## **ABSTRAKT**

Obsahom bakalárskej práce je problematika tiesňového volania pacientmi so suicidálnymi sklonmi. V teoretickej časti práce bude popísaná problematika tiesňovej komunikácie na národné tiesňové číslo 155. Na podklade analýzy odbornej literatúry budú definované kľúčové pojmy vzťahujúce sa ku spracovanej problematike. Práca sa bude sústrediť na suicidálne jednanie ako aj následnú krízovú komunikáciu s jedincom demonštrujúcim samovraždu. Práca sa bude ďalej zaoberať obsahom typovej činnosti STČ 02/IZS ako aj rizikovým a ochranným faktorom samovraždy a psychosociálnym aspektom suicidálneho konania.

V praktickej časti bude urobená analýza operátorov zdravotníckeho operačného strediska a ich skúsenosti s volaním s jedincom demonštrujúcim samovraždu. Zároveň bude skúmaná znalosť typovej činnosti STČ 02/IZS a jej následné využívanie v praxi ako aj možnosťami školení na problematiku vedenia hovoru s jedincom demonštrujúcim samovraždu. K získaniu výsledkov bude využitá kvantitatívna metóda zberu dát prostredníctvom anonymného dotazníkového šetrenia, ktoré bude realizované naprieč celou Českou republikou a oslovení budú operátori zdravotníckych operačných stredísk. V závere práce bude vyhodnotenie získaných dát a následne porovnanie výsledkov s výsledkami iných autorov, ktorí sa zaoberali rovnakou alebo podobnou problematikou.

### **Kľúčové slová**

Samovražda; suicidium; STČ 02/IZS; zdravotnícke operačné stredisko; samovražedné tendencie; tiesňová linka; krízová komunikácia.

## **ABSTRACT**

The aim of the bachelor thesis is the issue of emergency calls by patients with suicidal tendencies. In the theoretical part of the thesis, the issue of emergency communication to the emergency line 155 will be described. Key terms related to the processed issue will be defined on the basis of the analysis of the collected literature. The work will focus on suicidal behavior as well as subsequent crisis communication with an individual demonstrating suicide. The thesis will further follow up the content of State Type Activity 02/IRS as well as the risk and protective factor of suicide and psychosocial aspect of suicidal behavior.

In the practical part, the analysis will be made of the operators of the medical operating center and their experience in calling with an individual demonstrating suicide. At the same time, the knowledge of State Type Activity 02/IRS and its subsequent use in practice will be investigated, as well as the possibilities of training on the issue of conducting a conversation with an individual who demonstrates suicide. To obtain the results, a quantitative method of data collection will be used through an anonymous questionnaire survey, which will be carried out across the entire Czech Republic and operators of medical operating centers will be contacted. At the end of the thesis, there will be an evaluation of the obtained data and then a comparison with the results of other authors who dealt with the same or similar issues.

## **Keywords**

Suicide; State Type Activity 02/IRS; medical operating center; suicidal tendencies; emergency line; crisis communication.

## Obsah

1	Úvod.....	9
2	Ciele práce .....	11
2.1	Stanovené hypotézy .....	12
3	Prehľad súčasného stavu .....	13
3.1	Aktuálny stav tiesňových liniek .....	13
3.1.1	Tiesňová linka Zdravotníckej záchranej služby .....	13
3.2	Suicidálne jednanie a jeho príčiny z pohľadu psychopatológie .....	15
3.2.1	Pudy a ich poruchy .....	16
3.2.2	Agresia zameraná proti sebe samému .....	16
3.3	Psychosociálne aspekty suicidálneho jednania.....	17
3.3.1	Faktory obecné medicínske.....	17
3.3.2	Demografické faktory .....	18
3.3.3	Sociálne faktory .....	19
3.3.4	Biologické predispozície.....	20
3.3.5	Psychické faktory .....	20
3.4	Formy suicidálneho jednania.....	23
3.4.1	Sebapoškodzovanie.....	23
3.4.2	Samovražedné nápady a myšlienky.....	24
3.4.3	Samovražedné tendencie .....	24
3.4.4	Samovražedný pokus .....	24
3.4.5	Dokonané suicidium.....	25
3.5	Typy samovraždy .....	26
3.6	Rizikové a ochranné faktory samovraždy .....	28

3.7	Spôsoby vykonania samovraždy .....	29
3.8	Krízová komunikácia .....	30
3.8.1	Krízová komunikácia s jedincom demonštrujúcim samovraždu	30
3.8.2	Krízové vyjednávanie .....	31
3.9	Typová činnosť 02/IZS Demonštrovanie úmyslu samovraždy.....	31
4	Metodika.....	34
4.1	Popis výskumného šetrenia .....	34
4.2	Stanovenie výskumnej vzorky.....	34
4.3	Výskumný nástroj.....	35
5	Výsledky.....	36
5.1	Vyhodnotenie výsledkov dotazníku .....	36
5.2	Výsledky kvantitatívneho výskumného šetrenia .....	37
5.3	Vyhodnotenie cieľov práce .....	52
5.4	Vyhodnotenie stanovených hypotéz .....	52
6	Diskusia .....	55
7	Záver .....	65
8	Zoznam použitých skratiek .....	66
9	Zoznam použitej literatúry .....	67
10	Zoznam použitých obrázkov .....	71
11	Zoznam použitých tabuliek.....	73
12	Zoznam príloh .....	74



# 1 ÚVOD

Kvalita zdravotníctva a poskytovania zdravotnej starostlivosti v Českej republike sa za posledné roky drží na veľmi vysokej úrovni. Vďaka nepretržitej možnosti kontaktu so zdravotníckym personálom ako aj s odborníkmi v zdravotníctve je dostupnosť zdravotníckej pomoci takmer okamžitá. Za posledné roky sa vo svete udialo veľa vecí, ktoré významne ovplyvnili každého občana Českej republiky, či už vedome alebo nevedome. Za najdôležitejšie považujem svetovú pandémiu Covid-19, vojnový konflikt na Ukrajine a následnú ekonomickú krízu. V čase, keď sme sa mali zomknúť ako národ a chrániť seba a okolie sa názory spoločnosti začali rozdeľovať a začali sa strácať istoty človeka, nielen zdravie, ale aj práca a sociálny kontakt so známymi a rodinou. Operátori tiesňových liniek, zdravotnícky záchranári a lekári v prednemocničnej neodkladnej starostlivosti sú v posledných rokoch vystavení neľahkej situácii, a to reagovať na volania a výzvy s úmyslom fatálneho a nezvratného rozhodnutia siahnuť si na život, ktoré sú častokrát reakciou na neschopnosť ďalej zvládať tieto udalosti.

Zamýšľanie sa nad touto situáciou ma priviedlo k téme „Problematika tiesňového volania pacientmi so suicidálnymi sklonmi“. V teoretickej časti bude priblíženie problematiky zdravotníckeho operačného strediska, zároveň úvod do problematiky samovražedného konania, ako aj jeho formy, rizikové a ochranné faktory a hodnotiace škály rizika tohto konania.

V praktickej časti je formou neštandardizovaného anonymného dotazníkového šetrenia zisťované od pracovníkov zdravotníckeho operačného strediska ako často sa stretávajú s volaním pacientmi so suicidálnymi sklonmi, ich pohľad na dôvody a prípadnú zmenu týchto dôvodov volaní s ohľadom na dobu. V praktickej časti budú prehľadným spôsobom prezentované výsledky

dotazníkového šetrenia v porovnaní s hypotézami a bude uverejnená verifikácia alebo falzifikácia vopred naformulovaných hypotéz.

## 2 CIELE PRÁCE

V tejto bakalárskej práci bolo stanovených niekoľko cieľov. Prvým cieľom je analýza odbornej tuzemskej aj zahraničnej literatúry ku problematike tiesňového volania pacientmi so suicidálnymi sklonsmi.

V teoretickej časti bude na podklade analýzy relevantnej tuzemskej aj zahraničnej odbornej literatúry spracovaný ucelený náhľad na problematiku tiesňovej komunikácie na národné tiesňové číslo 155. Ďalej bude v práci vymedzený pojem samovražda, jej rizikové a ochranné faktory, ďalej bude práca zameraná na formy a psychosociálne aspekty suicidálneho konania. Práca taktiež priblíži typovú činnosť STČ 02/IZS pojednávajúcu o demonštrovaní úmyslu samovraždy.

Cieľom preštudovania literatúry bude taktiež získanie dostatočného počtu záverečných kvalifikačných prác ako aj odborných článkov, ktoré sa svojím obsahom týkajú problematiky tiesňového volania s jedincom demonštrujúcim samovraždu a v prácach boli analyzované dáta výskumnou formou.

V praktickej časti bude hlavným cieľom verifikácia alebo falzifikácia stanovených hypotéz. V rámci vyhodnotenia výskumných otázok bude stanovenie výsledkov vychádzať z neštandardizovaného anonymného dotazníkového šetrenia, ktoré bolo distribuované elektronicky, s minimálnym počtom 75 respondentov. Kritériom výberu respondentov bude pracovný pomer na zdravotníckom operačnom stredisku jednotlivých ZZS.

### **Ciele práce:**

- Priniesť ucelený pohľad na problematiku suicidálneho konania, ako aj dokonanej samovraždy;

- analýza odbornej literatúry ohľadom problematiky STČ 02/IZS demonštrovanie úmyslu samovraždy;
- zmapovanie možností vzdelávania respondentov v oblasti jednania s jedincom demonštrujúcim samovraždu;
- verifikácia alebo falzifikácia stanovených výskumných otázok.

## 2.1 Stanovené hypotézy

V tejto bakalárskej práci sú stanovené nasledujúce hypotézy:

1. *Predpokladáme, že viac ako 50 % respondentov využíva počas trvania ich pracovného pomeru na zdravotníckom operačnom stredisku STČ 02/IZS v rámci prijatia telefonátu jedincom demonštrujúcim samovraždu*
2. *Predpokladáme, že bude viac ako 50 % respondentov považovať telefonát s jedincom demonštrujúcim samovraždu za stresujúci*
3. *Predpokladáme, že sa viac ako 50 % respondentov zúčastnilo aspoň raz na školení o problematike vedenia telefonického hovoru s jedincom demonštrujúcim samovraždu*

## 3 PREHĽAD SÚČASNÉHO STAVU

Nasledujúce kapitoly sa budú venovať aktuálnemu stavu tiesňových liniek, konkrétne aj tiesňovej linke zdravotníckej záchranej služby. Ďalej práca priblíži problematiku suicidálneho správania, jeho príčiny, hodnotiace škály, ochranné faktory, ako aj klasifikáciu samovrážd podľa medzinárodnej klasifikačnej stupnice chorôb. Práca priblíži aj rôzne typy samovrážd a ich pokusov, ako aj komunikáciu s jedincami demonštrujúcimi samovraždu a krízové vyjednávanie.

### 3.1 Aktuálny stav tiesňových liniek

Pod pojmom tiesňová linka sa podľa zákona o elektronických komunikáciách rozumie bezplatná voľba čísel, ktoré sú stanovené v číslovacom pláne a sú uvedené v telefónnych záznamoch. Tieto čísla je povinné sprístupniť výlučne na záchranu majetku, zdravia a životov.

Podľa zákona č. 127/2005 *Sb.*, *Zákon o elektronických komunikáciách a o zmene některých souvisejících zákonů (zákon o elektronických komunikáciách)*, má podľa §33 bodu 1, každý poskytovateľ verejne dostupnej interpersonálnej komunikačnej služby založenej na číslach povinnosť poskytnúť prístup na bezplatné volanie na čísla tiesňového volania vrátane jednotného európskeho čísla tiesňového volania „112“, prípadne ďalšie čísla stanovené v číslovacom pláne. Tento prístup musí byť umožnený ako zdravotne postihnutým používateľom, tak aj používateľom z verejných telefónnych automatov. [1]

#### 3.1.1 Tiesňová linka Zdravotníckej záchranej služby

Podľa zákona o zdravotníckej záchranej službe (ďalej ZZS) č. 374/2011 *Sb.*, *Zákon o zdravotníckej záchranné službě*, zahrňuje táto služba činnosti nepretržitého kvalifikovaného neodkladného príjmu volania na národné číslo tiesňového

volania 155 a výziev predaných operačným strediskom inej základnej zložky integrovaného záchranného systému (ďalej IZS) alebo pomocného operačného strediska. Zároveň vyhodnocuje stupne naliehavosti tiesňového volania, rozhoduje o najvhodnejšom okamžitom riešení tiesňovej výzvy podľa zdravotného stavu pacienta, rozhoduje o vyslaní výjazdovej skupiny, rozhoduje o presmerovaní výjazdovej skupiny a operačne riadi výjazdové skupiny. Ďalej spolupracuje s cieľovým poskytovateľom akútnej lôžkovej starostlivosti a poskytuje inštrukcie k zaisteniu prvej pomoci prostredníctvom siete elektronických komunikácií v prípade, že je nevyhnutné poskytnúť prvú pomoc do príchodu výjazdovej skupiny na miesto udalosti. [2]

Dostupnosť ZZS je daná predovšetkým plánom pokrytia územia kraja výjazdovými základňami ZZS (výjazdové základne). Plán pokrytia územia kraja výjazdovými základňami stanoví počet a rozmiestnenie výjazdových základní v závislosti na demografických, topografických a rizikových parametroch územia jednotlivých obcí a mestských častí hlavného mesta Prahy tak, aby miesto udalosti na území jednotlivých obcí a mestských častí bolo dosiahnuteľné z najbližšej výjazdovej základne v dojazdovej dobe do 20 minút. [2]

V súčasnej dobe disponuje každý kraj v Českej republike (ďalej ČR) a hlavné mesto Praha vlastným operačným strediskom. Pod týchto 14 zdravotníckych operačných stredísk (ďalej ZOS) spadalo ku koncu roka 2022 612 výjazdových skupín, ktoré spadajú pod 318 výjazdových základní. Podľa týchto štatistík bol v roku 2022 počet volaní na tiesňovú linku s číslom 155 viac ako milión a príjem volaní z tiesňovej linky 112 po prepojení na príslušné ZOS ZZS bol viac ako dvestotisíc. Počet výjazdov za rok 2022 bol viac ako milión, čo predstavuje viac ako tritisíc výjazdov denne po celej Českej republike. [3]

## 3.2 Suicidálne jednanie a jeho príčiny z pohľadu psychopatológie

Pre pochopenie problematiky suicidality je dôležité vymedzenie pojmov ako suicidálne správanie a jednanie a príčiny tohto jednania z pohľadu psychopatológie.

Suicidálne správanie podľa Fischera predstavuje širší pojem, obsahujúci výroky, myšlienky, nápady a verejné prehlásenie, bez toho, aby muselo dôjsť ku vlastnému samovražednému aktu, naproti tomu suicidálne jednanie zahŕňa behaviorálne prejavy, ktoré aktívne smerujú k samovražednému činu. [4]

Podľa Vágnerovej je suicidálne jednanie potreba chápať ako krajnú reakciu na subjektívne významnú záťaž, ktorá predstavuje stratu osobne dôležitej hodnoty alebo jej ohrozenie, častokrát dočasne, vedie k pocitu straty zmyslu ďalšieho života. Za týchto okolností zlyhávajú bežné adaptačné mechanizmy a môže dôjsť ku závažnému oslabeniu pudu sebazáchovy, ktorý vyústi až v úsilie o sebazničenie. Samovražedná aktivita je komplexnou obrannou reakciou, ktorá zahŕňa útočný, únikový, násilný spôsob riešenia, kedy je agresia zameraná voči vlastnej osobe. Silu záťaže je potreba posudzovať podľa jej subjektívneho významu pre daného človeka, avšak ak je dostatočne silná, môže takto reagovať aj doposiaľ vyrovnaný jedinec. [5]

Všeobecne sa dá povedať, že príčiny suicidálneho jednania z pohľadu psychopatológie sú poruchy pudu sebazáchovy a agresia zameraná voči sebe samému.

### **3.2.1 Pudy a ich poruchy**

Každý človek na svete má geneticky vrodené a stále reakcie na určité udalosti, ako aj tendencie k určitým aktivitám. Tieto tendencie a reakcie zabezpečujú uspokojenie základných životných potrieb a nazývajú sa pudy. Pudy sa u človeka individuálne menia a prispôbujú výchove, kultúrnym, náboženským a spoločenským vplyvom, ako aj myslením a vývojom. Avšak základné pudy, ktoré nájdeme u človeka sú definované tri: pud zachovania vlastnej existencie, pud sociálny a pud zachovania vlastného druhu. Akákoľvek porucha týchto základných pudov u človeka je veľmi závažná, a v niektorých prípadoch priam ohrozuje život potomstva alebo seba samého. [6]

Medzi poruchy pudu sebazáchovy patrí seba poškodenie, seba poškodzovanie a samovražda. [6]

### **3.2.2 Agresia zameraná proti sebe samému**

Agresia je útočné správanie, ktoré je zámerné, zjavné a s cieľom spôsobiť ublíženie, deštrukciu alebo škodu ako živým, tak aj neživým organizmom vrátane agresie voči sebe samému. V niektorých typoch agresie, ako konanie pod vplyvom omamných látok, prípadne impulzívneho konania môže absentovať zámernosť správania sa, ale stále toto konanie môže vyvrcholiť v zapríčinenie smrti. Agresiu dokážeme rozdeliť na biologickú, výhradne ľudskú a agresiu zameranú proti sebe samému. [6]

Pod pojmom agresia rozumieme nepriateľstvo; útok; útočnosť voči osobe, predmetu, či prekážke na ceste k uspokojeniu potreby; môže sa prejavíť otvorene, byť potlačená, prejavíť sa podráždenosťou, psychosomatickými dôsledkami, byť presunutá, ritualizovaná alebo symbolizovaná; agresívne konanie najvýraznejšie pri získavaní potravy, obrane teritória, získaní sexuálneho partnera, či vlastnej obrane. [7]



Pod agresiu, ktorá je zameraná proti sebe samému spadá sebapoškodzovanie a suicidálne konanie, je to zároveň najzávažnejší znak autoagresie. Komplexne by sa dalo hovoriť o suicidálnom správaní. Pod pojem samovražedné správanie spadajú myšlienky, výroky, prehlásenia a nápady, avšak nemusí nutne toto správanie viesť aj ku vlastnému suicidálnemu aktu. Suicidálne konanie naopak smeruje aktívne ku suicidálnemu činu a zahŕňa behaviorálne prejavy. [4]

### **3.3 Psychosociálne aspekty suicidálneho jednania**

Hľadaním príčin suicidálneho jednania sa zaoberá niekoľko oborov. Z pohľadu psychopatológie sú tieto príčiny vysvetlené v predošlej kapitole, avšak dá sa na nich pozeráť aj z pohľadu sociálnej patológie. Tieto príčiny nám približujú autori Fisher a Škoda, ktorí ich rozdelili do piatich hlavných kategórií, a to faktory obecné medicínske, demografické, sociálne, psychické a biologické predispozície. Obecné tak môžeme povedať, že tieto kategórie spadajú do psychosociálnych aspektov, pretože v každej sa prejavuje duševný alebo spoločenský rys, ktorý je charakteristický pre určitú skupinu vykonaných samovrážd. [4]

#### **3.3.1 Faktory obecné medicínske**

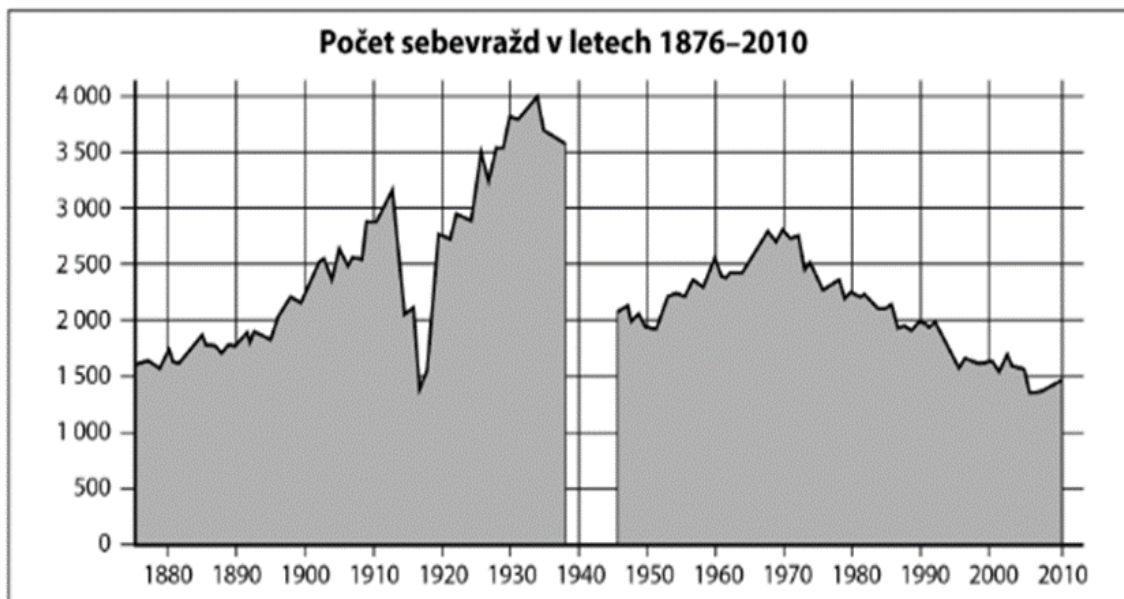
Medzi tieto faktory patria prevažne telesné ochorenia. Najrizikovejším obdobím je doba, kedy je závažné alebo chronické ochorenie diagnostikované. Toto riziko stúpa s obavami chorého o prognózu diagnózy, s množstvom nepríjemných liečebných procedúr a nežiadúcich účinkov medikácie, ako aj s mierou bolesti. Rovnako sú rizikové terminálne štádia ochorenia, kedy zohrávajú úlohu aj sociálne faktory, a to, že chorý nechce byť na príťaž svojim blízkym, nechce, aby druhí videli jeho slabosť a nechce byť závislý na pomoci vlastnej rodiny. [4]

Ochorenia, ktoré spadajú pod túto kategóriu sú napríklad pľúcne choroby, AIDS, diabetes, onkologické ochorenia, inkontinencia, epilepsia a iné. [4]

### 3.3.2 Demografické faktory

Demografické faktory vyplývajú zo štatistických údajov a zaznamenávajú vyššie riziko výskytu v určitých segmentoch spoločnosti. Skúmajú samovražednosť z pohľadu veku, vzdelanosti, gendrového hľadiska, ako aj partnerského spolužitia. [4]

Na nasledujúcom obrázku je graficky znázornený počet samovrážd v rokoch 1876 až 2010.



Obrázok 1 - počet samovrážd na území dnešnej ČR [Zdroj: 8, s. 18]

Podľa Českého štatistického úradu (ďalej ČSU) pripadalo v období 2017-2021 4,1 samovrážd mužov na jednu samovraždu ženy. Zároveň v tomto období bola u mužov najviac zastúpená veková skupina 40-44 rokov, zatiaľ čo u žien to bola veková skupina 50-54 rokov. Z tejto štatistiky môžeme tvrdiť, že rizikovejšou skupinou sú od počiatku vedenia štatistík, a to roku 1951, muži. [9]

Podrobnejšie štatistické údaje pre obdobie rokov 2001-2005 a 2017-2021 sú zhrnuté v nasledujúcej tabuľke:

**Tabuľka 1 – Počet samovrážd na území dnešnej ČR – počet samovrážd v rokoch 2001-2005 a 2017-2021 podľa pohlavia a veku jedincov**

	Doba	Veková skupina														
		-19 24	20- 29	25- 34	30- 39	35- 44	40- 49	45- 54	50- 59	55- 64	60- 69	65- 74	70- 79	75- 84	80- 89	85+
<b>Počet samovrážd</b>	<b>Muži</b>															
	2001–2005	188	371	503	456	523	613	789	779	635	349	258	296	295	213	166
	2017–2021	123	221	307	350	404	514	442	427	416	400	403	399	306	212	210
	<b>Ženy</b>															
	2001–2005	53	55	65	81	87	102	173	210	136	103	101	114	129	104	77
2017–2021	61	45	63	69	62	92	105	124	118	112	92	98	75	59	76	
<b>Podiel samovrážd na všetkých úmrtiach (%)</b>	<b>Muži</b>															
	2001–2005	6,6	18,8	22,7	19,8	17,3	12,9	8,3	4,7	2,7	1,4	0,9	0,8	0,7	0,6	0,5
	2017–2021	7,1	25,4	25,2	20,1	15,9	11,6	6,8	4,3	2,8	1,6	1	0,8	0,6	0,5	0,3
	<b>Ženy</b>															
	2001–2005	3	10,1	9,4	9,7	6,9	4,8	4,1	2,9	1,3	0,8	0,6	0,4	0,3	0,2	0,1
2017–2021	5,4	15,7	15,1	9,6	5,4	4,5	3,4	2,9	1,7	0,9	0,4	0,3	0,2	0,1	0,1	

[Zdroj: 9]

### 3.3.3 Sociálne faktory

Sociálne faktory patria medzi najzávažnejšie faktory zvyšujúce riziko samovráždy. V detstve a adolescencii zohráva významnú rolu sociálna situácia rodiny, nezamestnanosť rodičov, ako aj nezamestnanosť adolescentov, zároveň zohráva veľkú úlohu opustenie domova. V dospelosti je rizikový faktor nižšie vzdelanie, nezamestnanosť alebo postavenie v zamestnaní, ako aj nižší sociálny status. Medzi správaním sa delikventným až kriminálnym a suicidálnym existuje významná súvislosť. [10]

### 3.3.4 Biologické predispozície

Vplyv fyziologických a genetických informácií v spojitosti so suicidalitou nie je stále dostatočne vysvetlený. Náchylnosť k úzkostným stavom, a tým nepriamo aj k samovražednému chovaniu je daná pomerom neurotransmitérov, hlavne kyseliny  $\gamma$ -aminomaslovej, serotonínu a cholecystokinínu. Kľúčový význam má predovšetkým serotonín. Pri pacientoch so samovražednými sklonsmi bola dokázaná nízka hladina tohto neurotransmitéru v mozgomiešnom moku, tento výskum odštartoval úspech mnohých antidepresív tretej generácie. [4]

### 3.3.5 Psychické faktory

U osôb pokúšajúcich sa spáchať samovraždu nemusí ísť vždy o psychickú poruchu, avšak psychické poruchy, prevažne depresia, výrazne zvyšujú jej riziko. Názory rôznych autorov sa na psychické faktory suicidálneho jednania častokrát líšia, ale zhodujú sa na fakte, že duševná choroba zohráva významnú rolu v riziku suicida. [4]

Podľa názoru mnohých ľudí pokušenie samovraždy je samo o sebe už príznakom šílenstva. Avšak zďaleka nie všetci duševne chorí majú sklons k páchaniu samovrážd, rovnako tak nie sú zďaleka všetci samovrahovia duševne chorí. [11]

Väčšina samovrážd sa deje v stave istej duševnej depresie, človek, ktorý sa považuje za tak nešťastného, že sa rozhodne dobrovoľne život opustiť nevyhnutne pociťuje veľkú duševnú úzkosť a duševnú bolesť. [12]

Okolo 90% osôb, ktoré spáchajú samovraždu, trpia nejakou psychickou poruchou. Do jedného roka po pokuse o tento čin je riziko, že sa postihnutý pokúsi o ďalší. Riziko je veľmi vysoké hlavne pri depresii, ťažkých úzkostných

poruchách, hraničnej poruchy osobnosti, psychózach, postraumatickej stresovej poruche a iných. [13]

S psychickými faktormi suicidálneho jednania úzko súvisí Ringelov presuicidálny syndróm, ktorý hovorí o trojfázovom vývoji samovražedného správania. Existuje aj škála SPS – Sad Persons Scale, ktorá je využívaná lekárom, ktorý nie je psychiater, pri prvom kontakte.

### **3.3.5.1 Ringelov presuicidálny syndróm**

Zúženie subjektívneho priestoru – jedinec stráca schopnosť regulovať svoje emócie, niektoré životné oblasti strácajú na zaujímavosti, obmedzene prežíva a vníma, má pocit, že je v pasci, izoluje sa alebo obmedzuje sociálne vzťahy, je osamelý, dominuje u neho zúfalstvo, strach, bezmocnosť. V tejto fáze začína jedinec fantazírovať o predstavách samovraždy, avšak predstavy nemajú konkrétny charakter a jedinec sa im bráni. [13, 14]

Zablokovaná agresivita alebo jej obrátenie voči sebe – jedinec je čím ďalej, tým viac presvedčený, že nemá žiadne schopnosti a kvality, ktoré by mal mať, má pocit, že sám zavinil celú situáciu, z ktorej neexistuje východisko, cíti k sebe hnev a nenávisť. V tomto stupni sa jedinec už nebráni samovražedným myšlienkam a začne sa s nimi stotožňovať, začína premýšľať nad konkrétnym spôsobom vykonania samovraždy. Táto fáza by sa dala označiť taktiež ako „volanie o pomoc“. [13, 14]

Naliehavé suicidálne fantázie – jedinec v tejto fáze pociťuje pranie byť mŕtvy, má predstavy o samovražde, toto fantazírovanie mu prináša úľavu, začína byť stále viac lákavé, postupom času pôsobí ako jediná alebo najlepšia cesta riešenia situácie, utečenia od bolesti a trápenia. V tejto poslednej fáze

nastáva paradoxné upokojenie, kedy jedinec prijal rozhodnutie ukončiť svoj život a hrozí v nej reálne nebezpečenstvo vykonania samovraždy. [13, 14]

### 3.3.5.2 Sad Persons Scale

Škála Sad Persons Scale je využívaná v urgentnej medicíne, kedy nie je dostatok času a nie vždy je prítomný psychiater. Údaje využívané v tejto škále sa dajú zistiť z anamnézy alebo od okolia jedinca demonštrujúceho samovraždu, a to aj vtedy, ak sa jedná o nespolupracujúceho jedinca. Vždy je však potreba mať na vedomí, že sa jedná len o pomôcku v rozhodovaní sa, a že v prípade pochybností nemôže nahradiť vyšetrenie jedinca psychiатrom. [15]

**Tabuľka 2 – SAD PERSONS SCALE** – pre orientačné hodnotenie rizika suicidality: 0-2 body – bez nutnosti odbornej psychiatickej liečby; 3-4 body – vhodná ambulantná liečba; 5-6 – je doporučené zvážiť hospitalizáciu; 7-10 bodov – je hospitalizácia, poprípade aj nedobrovoľne

	<b>Legenda akronymu v AJ</b>	<b>Riziková skupina</b>	<b>body (1 = ano, 0 = nie)</b>
<b>S</b>	SEX	Muž	
<b>A</b>	AGE	pod 20 a nad 45 rokov	
<b>D</b>	DEPRESSION	pridružená depresia	
<b>P</b>	PREVIOUS ATTEMPT	predchádzajúci pokus	
<b>E</b>	EXCESSIVE DRUG USE	abúzus drog alebo alkoholu	
<b>R</b>	RATIONAL LOSS	strata racionálneho myslenia	
<b>S</b>	SEPARATED	bez partnera, po rozvode a pod.	
<b>O</b>	ORGANISED PLAN	organizovaný plán	
<b>N</b>	NO SUPPORT	chýbajúca sociálna opora	
<b>S</b>	SICKNESS	somatické ochorenie (závažné)	
			<b>súčet bodov</b>

[Zdroj: 15]

### 3.4 Formy suicidálneho jednania

Pri samovražednom správaní sa a jednaní sa rozlišujú rôzne formy. Prvým varovným signálom môže byť sebapoškodzovanie, túto formu dokáže jedinec spoznať a identifikovať ako „volanie o pomoc“ a nemusí vždy končiť fatálne. Ťažšie rozpoznateľné už bývajú samovražedné myšlienky a samovražedné tendencie. Posledným varovaním okolia pri jedincovi demonštrujúcom samovraždu býva samovražedný pokus, avšak aj tento pokus môže skončiť fatálne, vtedy sa jedná o dokonanú samovraždu. [10]

Pri formách samovražedného jednania sa naskytá otázka, či sa formy líšia len kvantitatívne alebo aj kvalitatívne. Mnohí autori vnímajú suicidálne správanie len kvantitatívne, a ak by toto správanie pomyselne ležalo na jednej priamke líšili by sa jednotlivé formy iba v intenzite tendencií a v pevnosti rozhodnutia zomrieť. Podľa iných autorov je potrebné vnímať samovražedné jednanie ako kvantitatívne, tak kvalitatívne. V tomto prípade toto správanie neleží na pomyselných priamke, ale každá forma znamená niečo rozšírenejšie a samovražedným pokusom nemôžeme klasifikovať iba nepodarenú samovraždu. [10]

#### 3.4.1 Sebapoškodzovanie

Jednorazové sebapoškodenie, ako aj opakované sebapoškodzovanie (automutilace, z gréckeho autos – sám, samotný a latinského multilare – zohaviť, zmrzačiť, znetvoriť, zohyzdiť), je forma ujmy vlastného tela, ktorú človek pôsobí sám sebe. Častokrát dochádza k činu sebapoškodenia z dôvodu nenávisti samého seba, podceňovania sa a narušeného pohľadu sám na seba. Nie zriedka majú jedinci pocit potreby „potrestania sa“ alebo „ventilovania“ vnútorného napätia. Podstatným rozdielom oproti samovražde je primárny motív, ktorým nie je túžba po smrti, avšak dôsledky takéhoto

konania môžu byť natoľko závažné, že môžu spôsobiť trvalé následky, zmrzačenie až smrť. [6]

### **3.4.2 Samovražedné nápady a myšlienky**

Do konfrontácie s myšlienkou, čo by bolo ak by človek nebol, keby zaspal a nezobudil sa je postavený skoro každý jedinec v priebehu svojho života. Často a typicky sú tieto myšlienky v priebehu dospievania. Vo väčšine prípadov sú však tieto myšlienky bez väčšej intenzity a chýba u nich tendencia k realizácii. Samovražedné myšlienky sú intenzívne, niekedy môžu mať nutkavý charakter, dotýčny sa nimi zaoberá prevažnú časť svojho času a myšlienky sú ťažko odvrátiteľné. [10]

Podľa Poustku sú samovražedné myšlienky charakterizované ako verbálne a neverbálne prejavy. Pri ich posudzovaní zohľadňujeme ich intenzitu, čas po ktorý má jedinec tieto myšlienky a ich konkrétnosť. [10]

### **3.4.3 Samovražedné tendencie**

Samovražedné tendencie sú ďalšou etapou v suicidálnom vývoji. Využívajú sa hlavne v období príprav na samotný akt samovraždy. Jedinec si napríklad zhromažďuje lieky, kúpi si strelnú zbraň, stanovuje si spôsob realizácie samovraždy. [16]

### **3.4.4 Samovražedný pokus**

Niektorí autori vnímajú samovražedné správanie ako pomyselnú kontinuálnu priamku, kde na jednom póle sú samovražedné myšlienky a na druhom dokonaná samovražda. Prechody medzi jednotlivými formami nevidia ostro a jednoznačne, ako by sa mohlo zdať podľa výsledku samovražedného jednania, kedy je na jednej strane život a druhej smrť. Iní autori vnímajú medzi



samovražedným pokusom a dokonanou samovraždou kvalitatívne rozdiely. Medzi suicidálnym pokusom a dokonaným suicidom sú uvádzané nasledujúce rozdiely:

- U žien sa vyskytujú častejšie samovražedné pokusy, u mužov dokonaná samovražda;
- samovražedný pokus prevláda u detí a mladších ľudí, dokonaná samovražda zas u starších, dospelejších a vyzretejších;
- pri pokusoch sú častejšie využívané tzv. mäkké metódy ako porezanie sa, intoxikácia liekmi, pri samovražde sú to tzv. tvrdé metódy ako skok z výšky, obesenie sa, strelná rana;
- motívy vedúce k pokusom sú väčšinou z oblasti medziľudských vzťahov, u suicida bývajú skôr motívy vnútorné, osobné a z problémov ohrozenia;
- k pokusom zvykne dôjsť zo spontánneho, nepremysleného rozhodnutia, samovražda je výsledkom dlhšieho plánovania a príprav. [17]

Zvláštnym prípadom nedokonaného suicidálneho jednania je parasuicidum. Jedná sa o variabilné spôsoby zámerného sebapoškodzovania, pri ktorých je riziko smrti. Primárne sa však nevyskytuje úmysel zomrieť, ide skôr o formu sebapoškodzovania, avšak stále môže skončiť úmrtím jedinca. [16]

#### **3.4.5 Dokonané suicidum**

Samovražda (latinsky suicidium, pochádza zo slova *sui-* se, sebe a *caedium-* zabitie, usmrtenie) je čin vedomého a úmyselného správania sa s primárnym cieľom zabiť sa. Dotyčný sa aktívne podieľa na vlastnom ukončení života a túto smrť si praje. [6]

World health organisation (WHO) popisuje samovraždu pomocou definície: *samovražedný čin je útokom proti vlastnej osobe s rôznym stupňom úmyslu zomrieť.*

*Samovražda je tak sebazničujúci čin s fatálnym výsledkom. Jedinec, ktorý takýto čin realizuje sa označuje ako samovrah. Sebazabítie je tabuizovaná téma, ktorá sa aj v dnešnej dobe stretáva s veľkým morálnym odsúdením jedinca, ktorý sa úmyselne pripravil o život.*

Samovražda je chorobný čin vyskytujúci sa v priebehu schizofrénie alebo ťažkých depresí, kde môže byť motivácia chorobná alebo psychotická. Jej príčinou nemusí byť psychická choroba alebo porucha, avšak o to častejšie býva príčinou afektívna porucha alebo porucha osobnosti. U niektorých ľudí môže samovraždu vyvolať závislosť na návykových látkach, kde tomu prispieva ako akútna intoxikácia týmito látkami, tak aj ich vysadenie. [18]

Témou samovraždy sa zaoberajú rôzne skupiny ľudí ako sú umelci , lekári a filozofovia. Z pohľadu psychiatrického je zaujímavý pohľad Esquirola, ktorý je považovaný za zakladateľa modernej psychiatrie, ktorý považoval samovraždu za chorobný prejav vyvierajúci z ľudských vášní alebo duševnej choroby. S týmto názorom nesúhlasil Masaryk, ktorý tvrdil, že táto definícia nepopiera z vedeckého stanoviska absolútne príčetnosť a zodpovednosť páchatel'a. [18]

### **3.5 Typy samovraždy**

Samovraždy delíme na:

- **Demonštratívna samovražda** – do tejto skupiny samovrážd zahrňame prevažne samovražedné pokusy, kde absentuje úmysel zomrieť a zvyčajne sa jedná o smrť, ktorá nastala nechcene, tragicky. Ide o typ volania o pomoc, pričom subjekt túži po záujme a súcite zo strany okolia, snaží sa tým iba upozorniť na jeho problémy a ťažkú životnú situáciu, v ktorej sa vyskytol. Častokrát sa vyskytuje u mladých ľudí, ktorí si romantizovane predstavujú

smrť a „obetujú sa“ pre lásku. Tento syndróm sa nazýva Wertherov efekt, pomenovaný podľa literárneho diela Utrpenie mladého Werthera od J. W. Goetheho. [16]

- **Bilančná samovražda** – Jedinec analyzuje a bilancuje vlastnú životnú situáciu. K tomuto typu samovraždy sa jedinec odhodláva v situácii, v ktorej už pre neho neexistuje východisko, čím môže byť nevyliciteľná choroba s nevyhnutným koncom a ukrutnými mučivými bolesťami bez vyhliadky prežitia, strata dlhoročného životného partnera, pocit osamelosti a iné. [16]
- **Pseudobilančná samovražda** – v tomto type samovraždy jedinec vidí iba negatívne aspekty jeho aktuálnej životnej situácie a nedokáže vnímať jej pozitíva. Súvisí to s takzvaným „tunelovým videním“, kde vníma negatívne dopady napríklad stratu zamestnania, rozvod, dlhy a iné, pričom si neuvedomuje pozitíva svojho života ako sú rodina, deti atď. [16]
- **Rozšírená samovražda** – jedná sa o typ samovraždy, kedy sa jedinec zároveň stáva vrahom a ukončuje nielen vlastný život, ale taktiež blízkych osôb alebo rodiny. Častokrát sa jedinec dostane do krízovej situácie, pri ktorej vníma sebazabíjanie ako najlepšiu možnosť a nechce, aby trpelo jeho rozhodnutím okolie. [16]
- **Impulzívna samovražda** – častokrát je označovaná ako skratkovitá, je realizovaná na podklade nepremyslenej, unáhlenej a rýchlej reakcie na nejakú aktuálnu udalosť (ako napr. zlé známky alebo vysvedčenie v škole, problémy s partnerom, v láske atď.). [16]

### 3.6 Rizikové a ochranné faktory samovraždy

U pacientov so suicidálnymi tendenciami nemusí byť vždy prítomná psychická porucha, ale existuje veľa rizikových a ochranných faktorov, ktoré môžu byť ako príčinou, tak prevenciou spáchania tohto činu.

V nasledujúcej tabuľke sú uvedené rizikové a ochranné faktory samovraždy:

**Tabuľka 3 - Rizikové a ochranné faktory samovraždy**

<b>Rizikové faktory</b>	
Demografické charakteristiky	<ul style="list-style-type: none"><li>• Vek, pohlavie, rodinný stav, sociálna podpora, homosexualita, rasa, zamestnanie</li></ul>
Psychické fungovanie	<ul style="list-style-type: none"><li>• Diagnóza, nadlimitný stres, nedávna strata alebo výročie straty, sluchové halucinácie prikazujúce smrť, nedostatočné zvládajúce schopnosti, stupeň beznádeje alebo zúfalstva, fantázie o znovu spojení sa s mŕtvou milovanou osobou</li></ul>
Rozhodnutie a anamnéza	<ul style="list-style-type: none"><li>• Konkrétnosť plánu, rodinná história suicidálneho správania sa, letalita prostriedkov, nedávne alebo predchádzajúce pokusy alebo postoje, dostupnosť prostriedkov, priama alebo nepriama komunikácia o zámere</li></ul>
Telesné zdravie a kondícia	<ul style="list-style-type: none"><li>• Nedávny pôrod, chronická nespavosť, napredujúce ochorenie, chronická bolesť</li></ul>
Vzorcie správania sa	<ul style="list-style-type: none"><li>• Impulzivnosť, izolácia, rigidita</li></ul>
<b>Ochranné faktory</b>	
<ul style="list-style-type: none"><li>• Podpora okolia, pocit zodpovednosti voči rodine, schopnosť adekvátneho testovania reality, deti v rodine, životná spokojnosť, pozitívne terapeutické spojenectvo, tehotenstvo, viera</li></ul>	

[Zdroj: 8]

### 3.7 Spôsohy vykonania samovraždy

Spôsohy vykonania samovraždy sú častokrát ovplyvnené dostupnými prostriedkami, ako aj kultúrnymi faktormi. MKCH uvádza 25 spôsobov vykonania samovraždy označených diagnózami X60 – X84 (viď tabuľka).

Tabuľka 4 – Medzinárodná klasifikácia chorôb – MKCH-10

Kód	Spôsob vykonania samovraždy
X60	Úmyselné sebapoškodzovanie otravou a priotrávením neopiátovými analgetikami, antipyretikami a antireumatikami
X61	Úmyselné sebapoškodzovanie otravou a priotrávením antiepileptikami, sedatívami, hypnotikami, antiparkinsonikami a psychotropnými liekmi nezatriedené inde
X62	Úmyselné sebapoškodzovanie otravou a priotrávením opiátovými analgetikami a psychodysleptikami (halucinogénmi) nezatriedené inde
X63	Úmyselné sebapoškodzovanie otravou a priotrávením účinkujúcimi na autonómny nervový systém
X64	Úmyselné sebapoškodzovanie otravou a priotrávením inými a bližšie neurčenými liečivami, liekmi a biologickými látkami
X65	Úmyselné sebapoškodzovanie otravou a priotrávením alkoholom
X66	Úmyselné sebapoškodzovanie otravou a priotrávením organickými rozpúšťadlami, halogénovými uhľovodíkmi a ich výparmi
X67	Úmyselné sebapoškodzovanie otravou a priotrávením inými plynmi a výparmi
X68	Úmyselné sebapoškodzovanie otravou a priotrávením pesticídmi
X69	Úmyselné sebapoškodzovanie otravou a priotrávením inými a bližšie neurčenými chemickými a škodlivými látkami
X70	Úmyselné sebapoškodenie obesením, zaškrtením a zadusením
X71	Úmyselné sebapoškodenie utopením a topením
X72	Úmyselné sebapoškodenie výstrelom z ručnej zbrane
X73	Úmyselné sebapoškodenie výstrelom z guľovnice, brokovnice a dlhej str. zbrane
X74	Úmyselné sebapoškodenie výstrelom z inej a bližšie neurčenej strelnej zbrane
X75	Úmyselné sebapoškodenie výbušnou látkou
X76	Úmyselné sebapoškodenie dymom, požiarom a plameňmi
X77	Úmyselné sebapoškodenie parou, horúcimi výparmi a horúcimi predmetmi
X78	Úmyselné sebapoškodenie ostrým predmetom
X79	Úmyselné sebapoškodenie tupým predmetom
X80	Úmyselné sebapoškodenie skokom z výšky
X81	Úmyselné sebapoškodenie skočením alebo ľahnutím pred pohybujúci sa predmet
X82	Úmyselné sebapoškodenie havarovaním s motorovým vozidlom
X83	Úmyselné sebapoškodenie inými bližšie určenými prostriedkami
X84	Úmyselné sebapoškodenie bližšie neurčenými prostriedkami

[Zdroj: 19]

### 3.8 Krízová komunikácia

Krízová komunikácia je súčasťou krízového riadenia a jej cieľom je poskytovať úplné, správne a spoľahlivé informácie o postupoch pri riešení mimoriadnej udalosti alebo kríze. V procese krízovej komunikácie je nutné aktívne uplatňovať prvky pozitívneho sociálneho myslenia, umenia vyjadriť pokoru a empatie.

Prístup krízovej komunikácie musí postihnutým pomôcť znovu získať pocit istoty a bezpečia. Nevyhnutnou súčasťou krízovej komunikácie je taktiež trpezlivosť a schopnosť aktívne načúvať. V krízovej komunikácii je vhodné prejsť pochopenie, povzbudiť obeť ku komunikácii, ale popri tom si stále uvedomovať svoje verbálne a neverbálne prejavy. [20]

#### 3.8.1 Krízová komunikácia s jedincom demonštrujúcim samovraždu

Pod pojmom krízová komunikácia rozumieme obvykle odvrátenie rizika hrozacej samovraždy. V prípade identifikácie **Ringelovho presuicidálneho syndrómu** je cieľom krízovej komunikácie zvrátenie tohto syndrómu, „naštartovanie“ jeho spätného chodu. [21]

Pri krízovej komunikácii s jedincom demonštrujúcim samovraždu je dôležité dodržiavať podľa autorky Špatenkovej nasledujúce body: naviazanie kontaktu; zachovanie pokoja; zhodnotenie ohrozenia; krátke zhodnotenie situácie; okamžitá redukcia nebezpečenstva; odpustenie si hĺbkovej analýzy príčin; identifikovanie záchytného bodu; ponúknuť inej alternatívy; ponúknuť špecifického plánu; vyjadrenie naozajstného záujmu; určenie motivujúceho faktoru; ponúknuť možnosť pomoci; neprehováranie ku nespáchaniu samovraždy; uzavretie kontraktu o nespáchaní samovraždy. [21]

Postupy, ktorým je potreba vyvarovať sa pri komunikácii s jedincom demonštrujúcim samovraždu sú **NEobviňovať**, **NEodsudzovať**; **NEmoralizovať**; **NEbagatelizovať**; **NEhádať sa s klientom**. [21]

### 3.8.2 Krízové vyjednávanie

Krízové vyjednávanie je metóda riešenia incidentov a kríz pomocou komunikácie polície s páchatelmi a ďalšími zúčastnenými osobami, ktoré je dôležitou súčasťou zvládania niektorých typov krízových situácií. Táto činnosť je v kompetenciách Polície ČR, ale môžu s ňou prísť do kontaktu aj ďalší príslušníci bezpečnostných zborov. Využíva sa v prípadoch, kedy by použitie sily znamenalo pre nevinných účastníkov udalosti príliš veľké riziko zranenia alebo smrti. Cieľom krízového vyjednávania je primárne upokojiť situáciu a vytvoriť časový priestor pre riešenie krízy a zároveň presvedčenie páchatel'a, aby prestal páchať protiprávne. [22]

Medzi najčastejšie situácie, kedy sú vyjednávači využívaní, patria intervencia pri demonštrovaní úmyslu samovraždy, pri barikádových situáciách, pri vydieraní, únosoch osôb atď. [22]

## 3.9 Typová činnosť 02/IZS Demonštrovanie úmyslu samovraždy

Pri demonštrovaní úmyslu samovraždy sa v prednemocničnej neodkladnej starostlivosti (ďalej PNS) dá využiť a uplatniť postup, ktorý je označený ako Typová činnosť 02/IZS **Demonštrovaní úmyslu sebevraždy**. Tento dokument bol vydaný v roku 2005 a aktualizovaný v roku 2007 MV – generálnym riaditeľstvom Hasičského záchranného zboru ČR obor IZS a výkonu služby. Typová činnosť obsahuje postup zložiek IZS pri záchranných a likvidačných prácach s ohľadom na druh a charakter mimoriadnej udalosti. [23]

Medzi základné zložky IZS patria: Polícia Českej republiky, Hasičský záchranný zbor Českej republiky, jednotky požiarnej ochrany zaradené do plošného pokrytia kraja jednotkami požiarnej ochrany a poskytovatelia zdravotníckej záchranej služby. [24]

Z typovej činnosti 02/IZS vyberáme nasledujúce body, ktoré pojednávajú o zásadách jednania s osobou so samovražednými úmyslami určenými pre zasahujúce osoby, ktoré nie sú preškolené pre suicidálnu intervenciu:

- **Spôsob jednania:**

- Pokojným hlasom zreteľne, pomaly a jednoducho oslovte osobu a opýtajte sa na jej úmysly;
- nechajte osobu hovoriť o čom chce. O ničom ju nepresvedčujte. Hovorte čo najmenej. Dôležité je naslúchať. Jednanie by situáciu nemalo zhoršovať;
- riadte sa svojimi pocitmi a rozumom. Získavajte čas do príchodu policajného vyjednávača.

- **Taktické zásady pri jednaní:**

- Nepribližujte sa k ozbrojenej osobe;
- myslite na svoju bezpečnosť a istenie. Nesnažte sa za každú cenu chytať osobu nad voľnou hlávkou proti jej vôli a bez vlastného zaistenia;
- vyjednávanie sa dá postupne, s ohľadom na situáciu, doplniť opatreniami k prekazeniu samovražedného úmyslu, napríklad zaistením osoby proti pádu, inštaláciou matraca na predpokladanej dopadovej ploche a podobne. [25]



List ZZS a ďalších zdravotníckych zariadení popisuje úlohy a činnosti ZZS a ďalších zdravotníckych zariadení nasledovne:

1. **Úlohy a činnosti síl a prostriedkov ZZS kraja** – vedenie komunikácie, lekára s osobou demonštrujúcou samovraždu; poskytnutie prednemocničnej neodkladnej starostlivosti zraneným v priestore zásahu a ich transport; urgentná terapeutická intervencia a fyzické obmedzenie osoby; konštatovanie smrti v prípade dokonanej samovraždy.

2. **Úlohy a činnosti ďalších zdravotníckych zariadení** – príprava odborného pracoviska k ošetrovaniu a stabilizácii zdravotného stavu zranených pri zásahu; zahájenie následnej odbornej starostlivosti podľa druhu a rozsahu poruchy zdravia a iné.

3. **Úlohy a činnosti stredísk špeciálnych zdravotníckych zariadení schopných poskytnúť odbornú zdravotnú starostlivosť osobe, ktorá demonštrovala úmysel samovraždy** – potvrdiť operačnému stredisku ZZS možnosť vyšetrenia a ošetrovania pacienta; rozhodnutie o nutnosti hospitalizácie; potvrdiť jeho prijatie do odbornej ústavnej starostlivosti operačnému stredisku ZZS; zahájiť následnú odbornú ústavnú terapiu.

4. **Úlohy a činnosti súdneho lekárstva** – v zvláštnych prípadoch dokonanej samovraždy, prevažne rozšírenej, plnia privolaní špecialisti súdneho lekárstva úkony podľa pokynov orgánov činných v trestnom riadení. [26]

## 4 METODIKA

Teoretická časť tejto bakalárskej práce bola spracovaná pomocou dopredu vytvorenej literárnej rešerše. Informácie boli vyhľadávané pomocou stanovených kľúčových slov v tuzemskej a zahraničnej literatúre, odborných periodikách a v databázach vysokoškolských záverečných kvalifikačných prácach pomocou webového portálu Theses.cz. K vyhľadávaniu informácií boli taktiež využité databázy Scopus a Web of Science.

### 4.1 Popis výskumného šetrenia

Pre potreby spracovania bakalárskej práce sme zvolili metódu kvantitatívneho výskumného šetrenia pomocou neštandardizovaného anonymizovaného dotazníkového šetrenia (viď príloha 1). Výskum bol realizovaný v českom jazyku, z dôvodu jazykových rozdielov. Vyhodnotenie výskumu však bude v jazyku slovenskom.

Kvantitatívny výskum predpokladá, že fenomény sociálneho sveta, ktoré sú predmetom skúmania, sú svojím spôsobom merateľné, či minimálne nejak triediteľné a usporiadateľné. Zároveň bola táto metóda zvolená kvôli možnosti oslovenia väčšieho počtu respondentov, a teda širšieho pojatia danej problematiky a diferenciality výsledkov. [27]

Výskumné šetrenie bolo zahájené 6. 3. 2023 a ukončené bolo 7. 5. 2023.

### 4.2 Stanovenie výskumnej vzorky

Kritériom výberu respondentov bol ich pracovný pomer na ZOS jednotlivých krajských ZZS v rámci Českej republiky. Minimálny počet respondentov bol stanovený na 75. Celkovo poskytlo svoje odpovede 86 respondentov z celej Českej republiky.

### 4.3 Výskumný nástroj

Pre potreby spracovania bakalárskej práce sme ako výskumný nástroj zvolili metódu neštandardizovaného anonymizovaného dotazníkového šetrenia. Distribúcia dotazníkov prebiehala v elektronickej podobe pomocou platformy Google Forms. Respondentom bolo položených 15 otázok. Z týchto otázok bolo 13 určených k jednoslovnej odpovedi respondenta. Zvyšné 2 otázky boli určené k možnosti výberu z viacerých odpovedí, ako aj možnosti vyjadriť vlastný názor na danú problematiku.

## 5 VÝSLEDKY

Súčasťou tejto kapitoly bude uverejnenie štatistickej analýzy výsledkov získaných prostredníctvom realizácie neštandardizovaného anonymného dotazníkového šetrenia. Získané dáta budú jednoduchou formou prezentované v prehľadných grafoch, ktoré budú podkladom pre vyhodnotenie výskumných otázok.

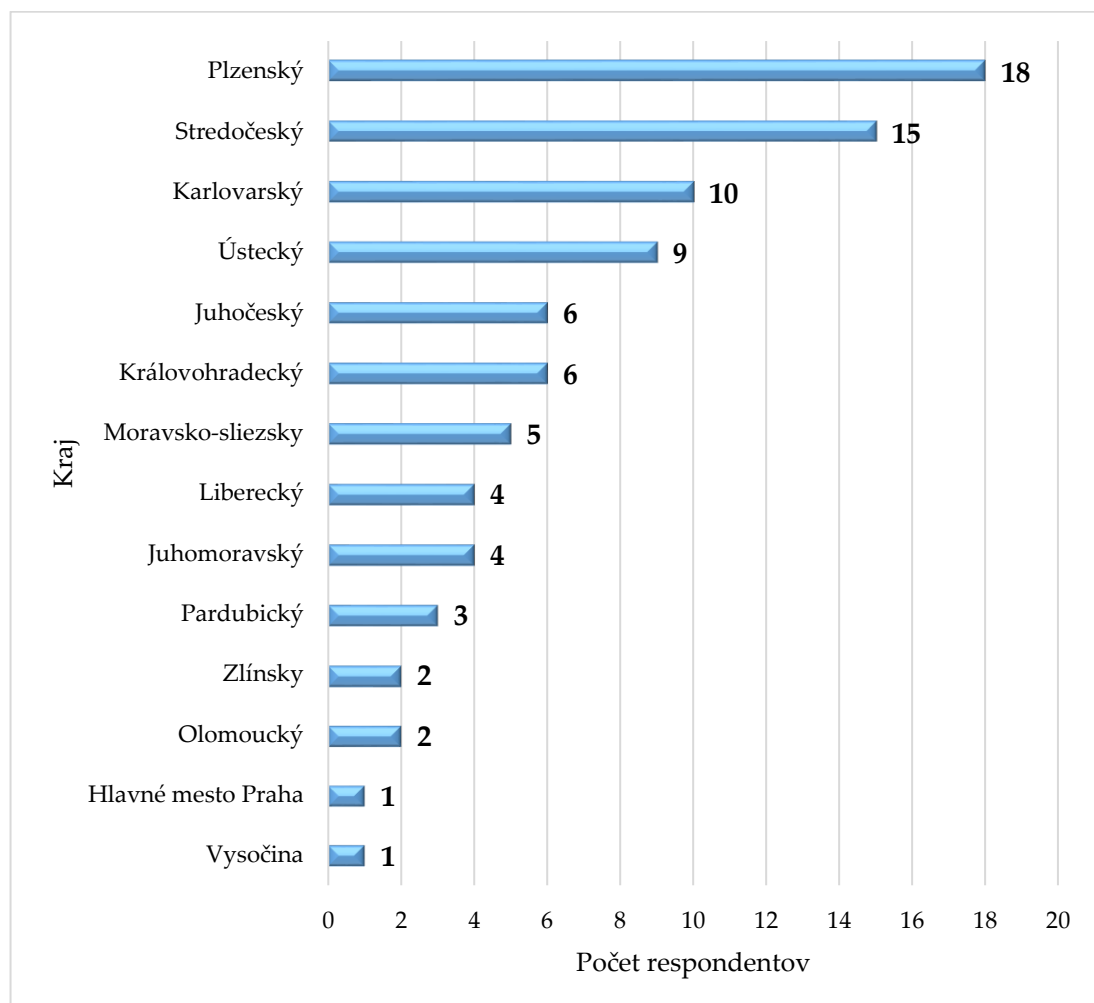
### 5.1 Vyhodnotenie výsledkov dotazníku

Vyhodnotených bolo celkom 86 dotazníkov, každý obsahoval 15 otázok. Dotazník je zameraný na objektívne informácie získané pri vedení telefonátu s jedincom demonštrujúcim samovraždu, využitie a znalosť STČ 02/IZS, na absolvované formy vzdelávania na danú problematiku a ich dostupnosť a subjektívne hodnotenie vlastnej skúsenosti s vedením takéhoto telefonátu, ako aj vyrovnávanie sa s telefonátom po jeho ukončení. Pri niektorých otázkach mohli respondenti vybrať viac odpovedí, prípadne dopísať vlastnú. Celkovo 5 operátorov uviedlo, že nikdy nevedli telefonát s jedincom demonštrujúcim samovraždu. Tvorili 5,8 % z celkového počtu. Týchto 5 respondentov nebude zahrnutých v odpovediach na otázky konkretizujúce informácie o jedincovi, s ktorým viedli telefonát; ako aj ich subjektívne vyrovnávanie sa s telefonátom; dôvody, ktoré uviedli jedinci; zároveň nebudú zahrnutí v odpovedi ohľadom postupovania podľa STČ 02/IZS pri vedení telefonátu s jedincom demonštrujúcim samovraždu. Takisto nebudú ich odpovede zahrnuté v otázke ich subjektívneho názoru na nárast alebo pokles týchto hovorov za posledných 5 rokov, kedy prebiehala pandémia Covid-19 a/alebo prebieha konflikt na Ukrajine. V ostatných otázkach budú ich odpovede zahrnuté.

## 5.2 Výsledky kvantitatívneho výskumného šetrenia

V nasledujúcej kapitole sú uvedené bližšie charakteristiky respondentov a výsledky kvantitatívneho výskumného šetrenia.

Otázka č. 1 – V ktorom kraji sa nachádza zdravotnícke operačné stredisko (ZOS), na ktorom pracujete?

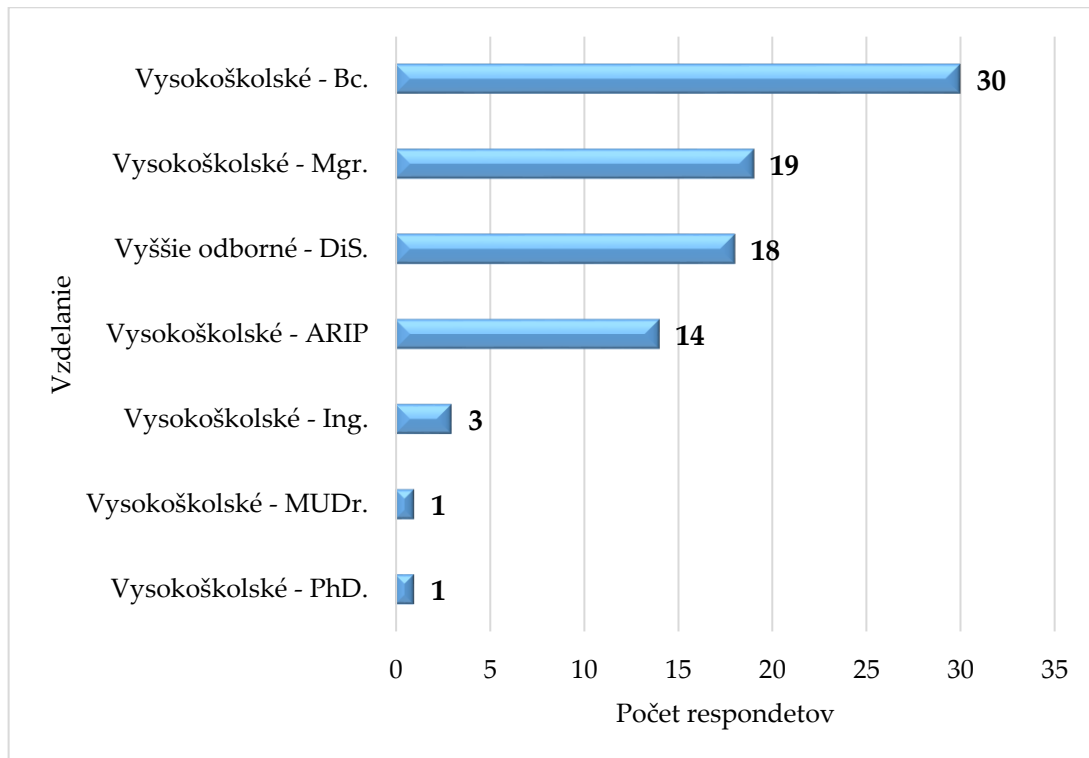


Obrázok 2 – zastúpenie respondentov podľa krajov [Zdroj: autorka práce, 2023]

Na obrázku 2 je vidieť zastúpenie operátorov ZOS v jednotlivých krajoch. Plzenský kraj bol zastúpený počtom 18, Stredočeský 15, Karlovarský 10, Ústecký 9, Juhočeský 6, Královohradecký 6, Moravsko-sliezsky 5, Liberecký 4, Juhomoravský 4, Pardubický 3, Zlínsky 2, Olomoucký 2, Hlavné mesto Praha 1, Vysočina 1.

Juhomoravský 4, Pardubický 3, Zlínsky 2, Olomoucký 2, Hlavné mesto Praha 1, Vysočina 1 operátor.

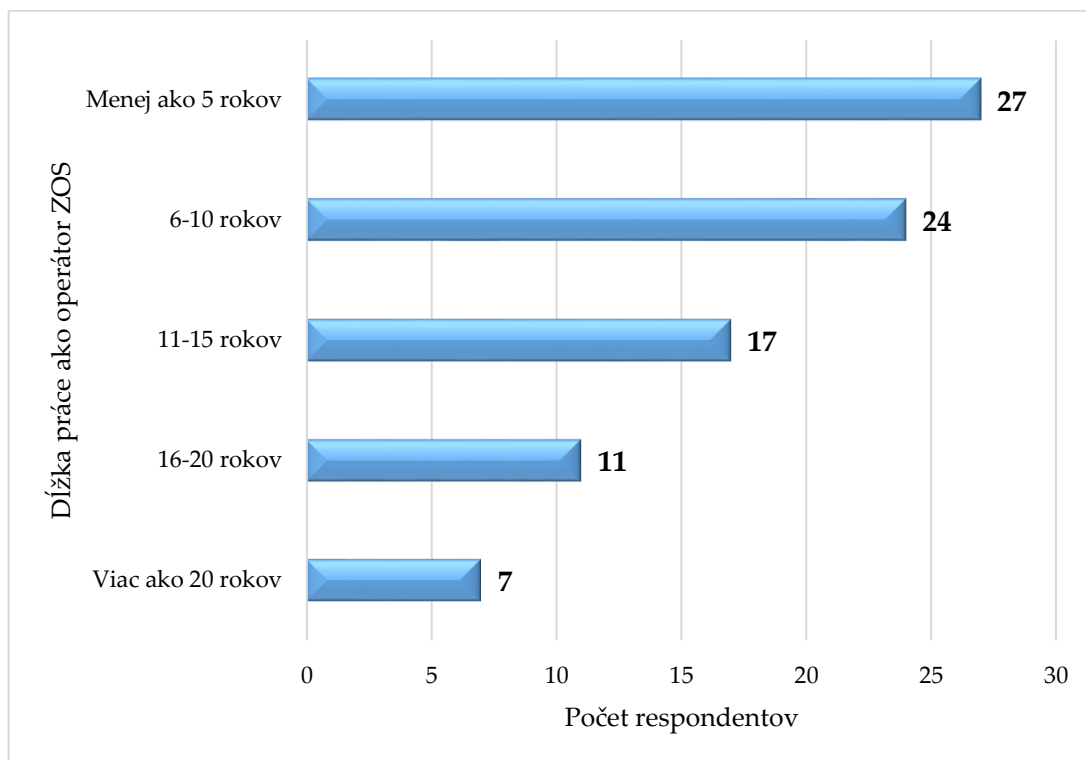
### Otázka č. 2 – Aké je Vaše najvyššie dosiahnuté vzdelanie?



Obrázok 3 – vzdelanie respondentov [Zdroj: autorka práce, 2023]

Z obrázku 3 vidíme, že najväčšie zastúpenie respondentov na ZOS tvoria ľudia s vysokoškolským vzdelaním bakalárskym 30, nasleduje zastúpenie magisterské 19, potom vyššie odborné diplomovaného špecialistu 18 a vo veľkom zastúpení sú taktiež ľudia so vzdelaním anesteziologicko-resuscitačnej intenzívnej starostlivosti 14. Pri ostatných typoch vzdelania bolo zastúpenie respondentov pomerne nízke a to 5.

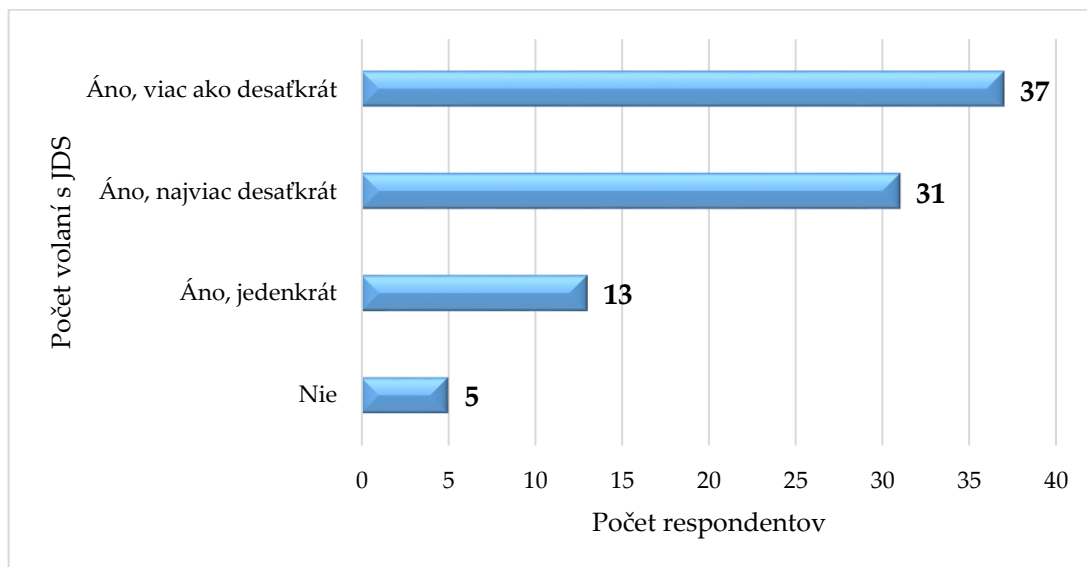
Otázka č. 3 – Ako dlho pracujete na zdravotníckom operačnom stredisku ako operátor?



Obrázok 4 – dĺžka práce ako operátor ZOS [Zdroj: autorka práce, 2023]

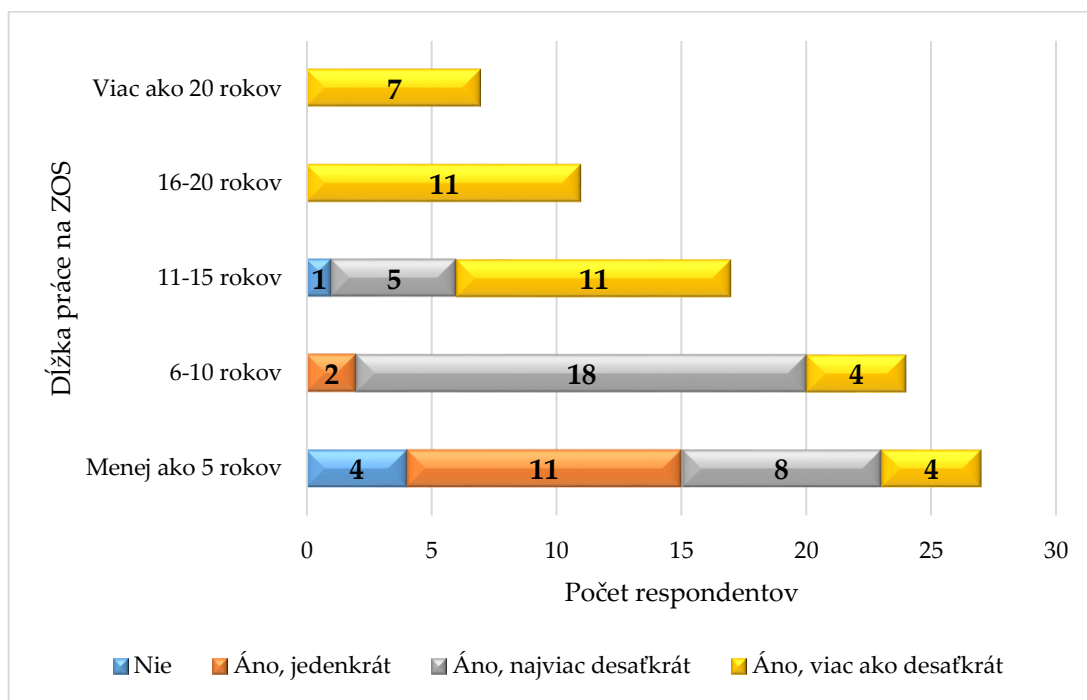
Obrázok 4 znázorňuje dĺžku praxe ako operátor na ZOS. Necelá tretina respondentov pracuje na ZOS kratšie ako 5 rokov. Skoro rovnako veľké zastúpenie majú respondenti s dĺžkou práce 6-10 rokov. Pätina respondentov uviedla dĺžku práce 11-15 rokov. Zastúpenie respondentov s dĺžkou praxe 16-20 rokov tvorí necelú osminu. Dĺžku praxe viac ako 20 rokov uviedlo iba 7 respondentov, čo tvorí dvanástinu.

**Otázka 4 – Zažili ste niekedy behom trvania Vášho pracovného pomeru na ZOS volanie s jedincom demonštrujúcim samovraždu?**



Obrázok 5 – skúsenosť operátorov ZOS s volaním s JDS [Zdroj: autorka práce, 2023]

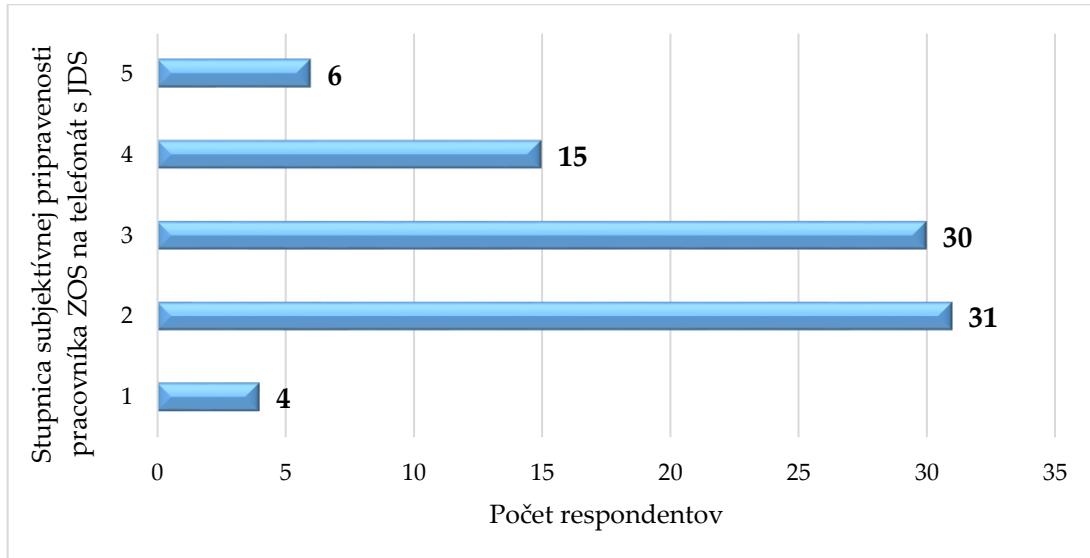
Z obrázku 5 je vidieť, že väčšina respondentov ZOS má aspoň jednu skúsenosť s volaním s JDS.



Obrázok 6 – skúsenosť operátorov ZOS s volaním s JDS na základe dĺžky práce ako operátor ZOS [Zdroj: autorka práce, 2023]

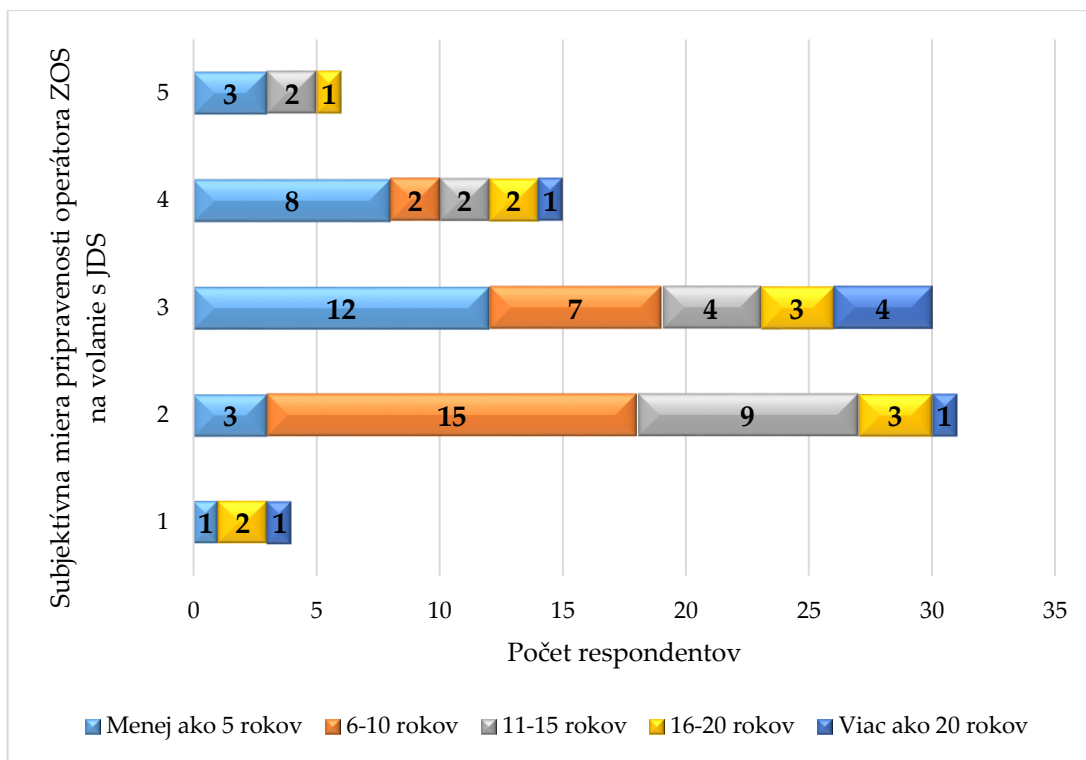


Otázka 5 – Na stupnici 1-5, ako veľmi sa považujete za subjektívne dostatočne pripraveného človeka na telefonát s jedincom demonštrujúcim samovraždu? (1=najlepšie, 5= najhoršie)

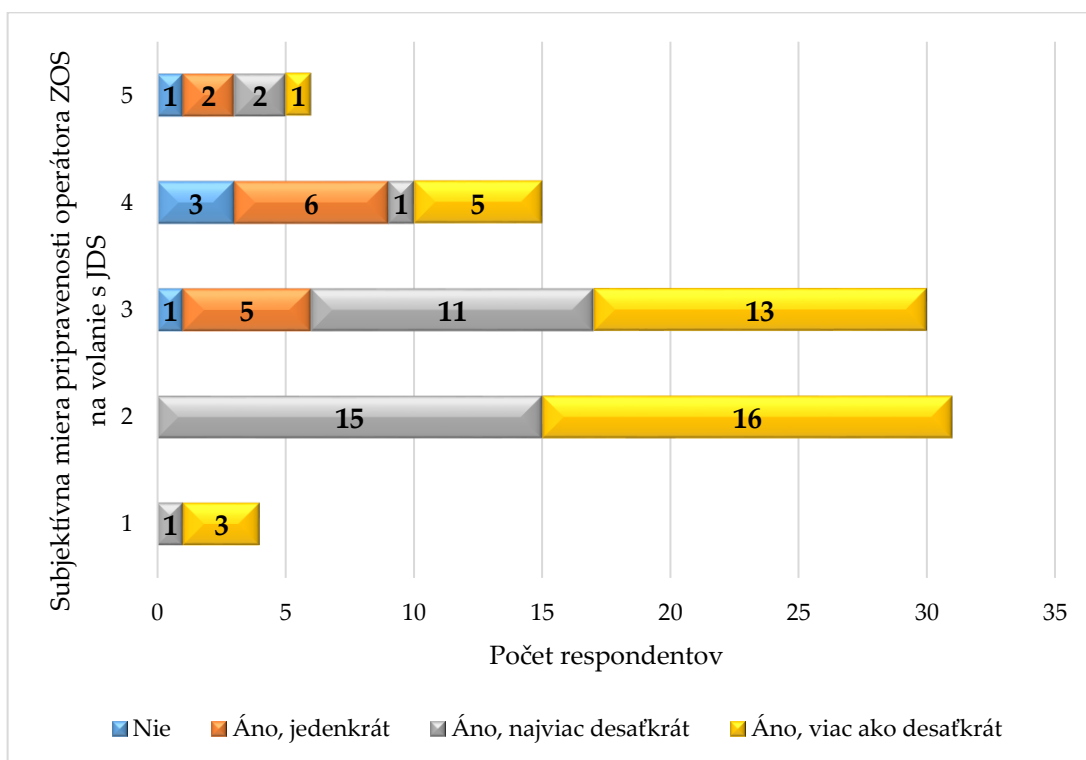


Obrázok 7 – subjektívna pripravenosť operátorov ZOS na telefonát s JDS  
[Zdroj: autorka práce, 2023]

Z obrázku 7 je vidieť, že väčšina respondentov sa považuje za skôr pripravených alebo priemerne pripravených na telefonát s JDS. Možnosť skôr pripravený zvolilo 31 respondentov, čo tvorí 36 %. Možnosť priemerne pripravený zvolilo 30 respondentov, čo tvorí 34,9 %. Iba 6 respondentov sa vníma za najhoršie pripravených na telefonát s JDS, čo tvorí 7 %. Za najlepšie pripravených na telefonát s JDS sa vnímajú iba 4 respondenti, čo tvorí 4,7 % z celkového počtu.

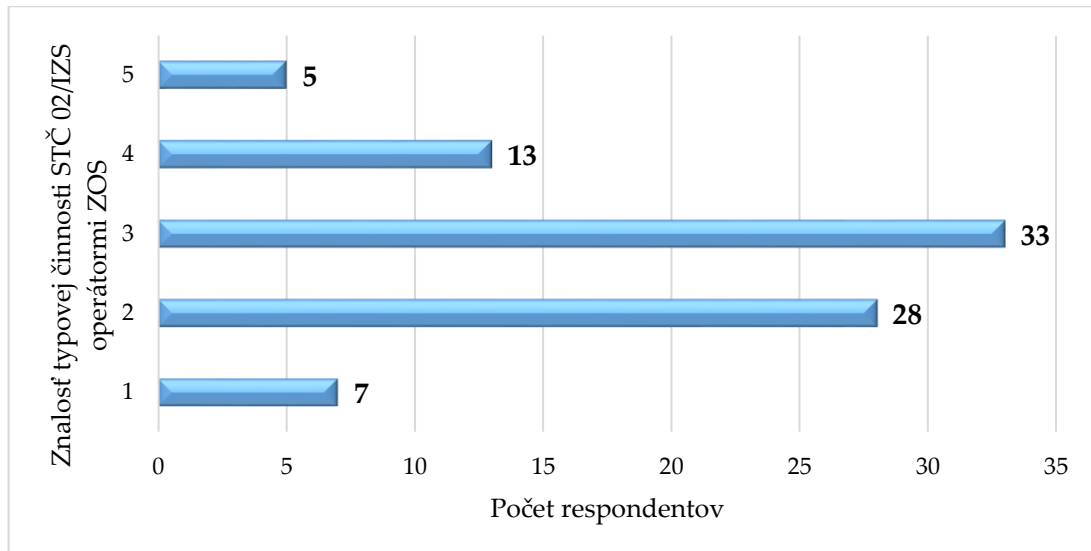


Obrázok 8 – subjektívna pripravenosť operátorov ZOS na volanie s JDS na základe dĺžky práce ako operátor ZOS [Zdroj: autorka práce, 2023]



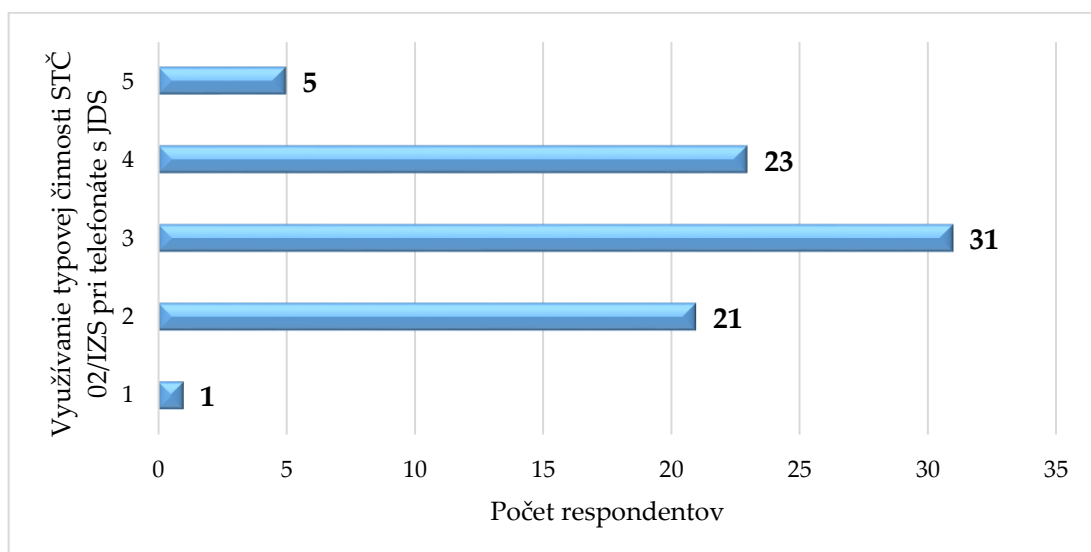
Obrázok 9 – subjektívna pripravenosť operátorov ZOS na volanie s JDS na základe ich skúsenosti s týmito volaniami [Zdroj: autorka práce, 2023]

Otázka 6 – Na stupnici 1-5, ako veľmi ste oboznámený/á s obsahom typovej činnosti STČ 02/IZS? (1 = viem ju presne popísať, 5 = nikdy som o nej nepočul/a)



Obrázok 10 – znalosť typovej činnosti STČ 02/IZS [Zdroj: autorka práce, 2023]

Otázka 7 – Na stupnici 1-5, ako často postupujete po prijatí telefonátu s jedincom demonštrujúcim samovraždu, podľa typovej činnosti IZS pri spoločnom zásahu, konkrétne STČ 02/IZS, ktorá hovorí o demonštrovaní úmyslu samovraždy? (1 = vždy, 5 = nikdy)



Obrázok 11 – využívanie typovej činnosti STČ 02/IZS pri telefonáte s JDS [Zdroj: autorka práce, 2023]

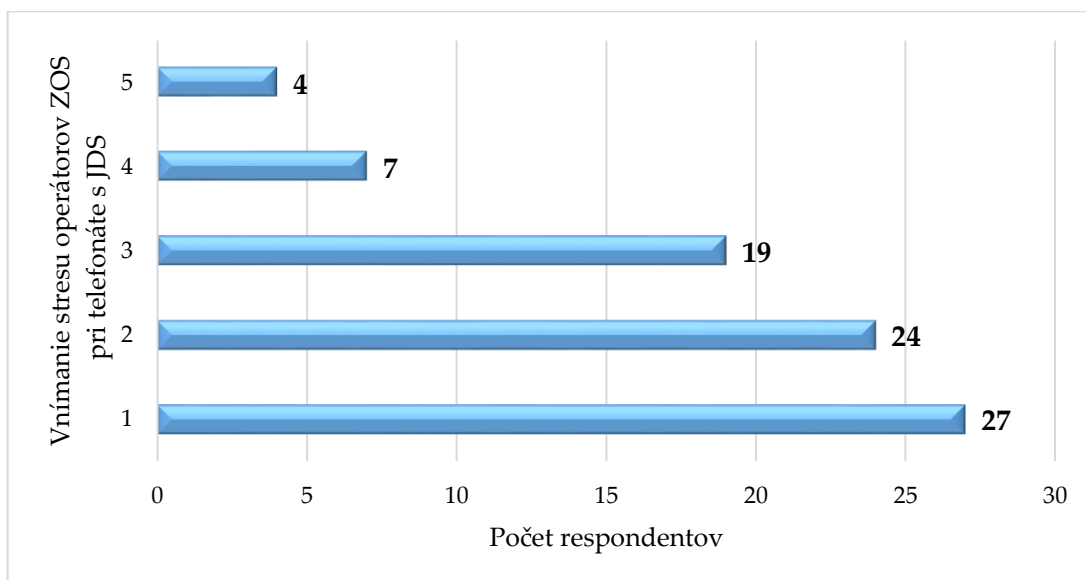
**Tabuľka 5 – Porovnanie využitia typovej činnosti STČ 02/IZS so znalosťou obsahu typovej činnosti STČ 02/IZS operátorov na ZOS**

		Využitie STČ 02/IZS				
		1	2	3	4	5
Znalosť STČ 02/IZS	1	1	5	1	-	-
	2	-	11	12	5	-
	3	-	4	17	9	1
	4	-	1	1	9	-
	5	-	-	-	-	4

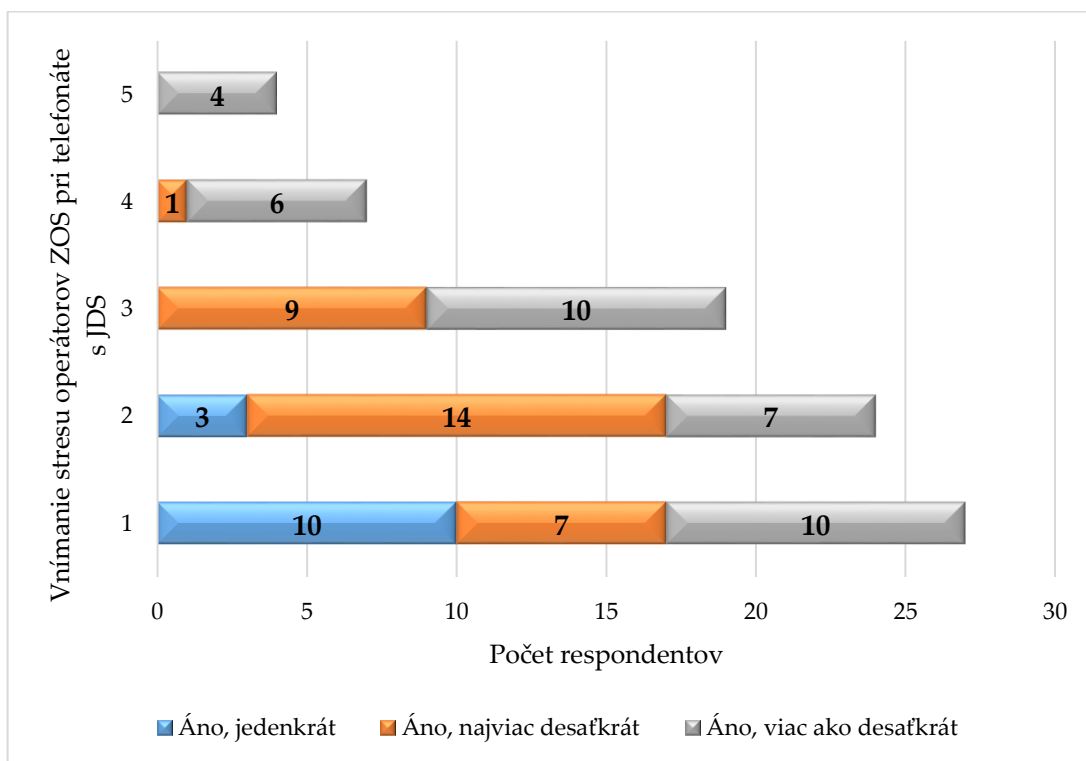
[Zdroj: autorka práce, 2023]

Z tabuľky 5 je vidieť kontrast medzi znalosťou STČ 02/IZS u operátorov ZOS s využívaním tohto súboru typovej činnosti. Iba jeden respondent má subjektívny pocit vynikajúcej znalosti tejto typovej činnosti a zároveň vyplnil, že ju využíva pri každom telefonáte s JDS. Jedenásť operátorov ZOS považuje svoju znalosť za veľmi dobrú a zároveň využíva túto typovú činnosť veľmi často. Sedemnášť operátorov ZOS považuje svoju znalosť za priemernú a zároveň využívajú pri telefonáte s JDS túto typovú činnosť približne pri polovici volaní. Štyria respondenti uviedli, že vôbec nepoznajú obsah typovej činnosti STČ 02/IZS, a teda túto typovú činnosť nikdy nevyužívajú v prípade telefonátu s JDS. Iba jeden respondent uviedol, že má subjektívny pocit priemernej znalosti typovej činnosti STČ 02/IZS, avšak taktiež ju nikdy nevyužíva v prípade telefonátu s JDS.

Otázka 8 – Na stupnici 1-5, ako veľmi považujete telefonát s jedincom demonštrujúcim samovraždu za stresujúci? (1 = je veľmi stresujúci, 5 = nie je vôbec stresujúci)



Obrázok 12 – subjektívne vnímanie stresu operátorov ZOS na telefonát s JDS [Zdroj: autorka práce, 2023]



Obrázok 13 – subjektívne vnímanie stresu operátorov ZOS pri telefonáte s JDS v súvislosti s počtom zažitých telefonátov operátorov ZOS s JDS [Zdroj: autorka práce, 2023]

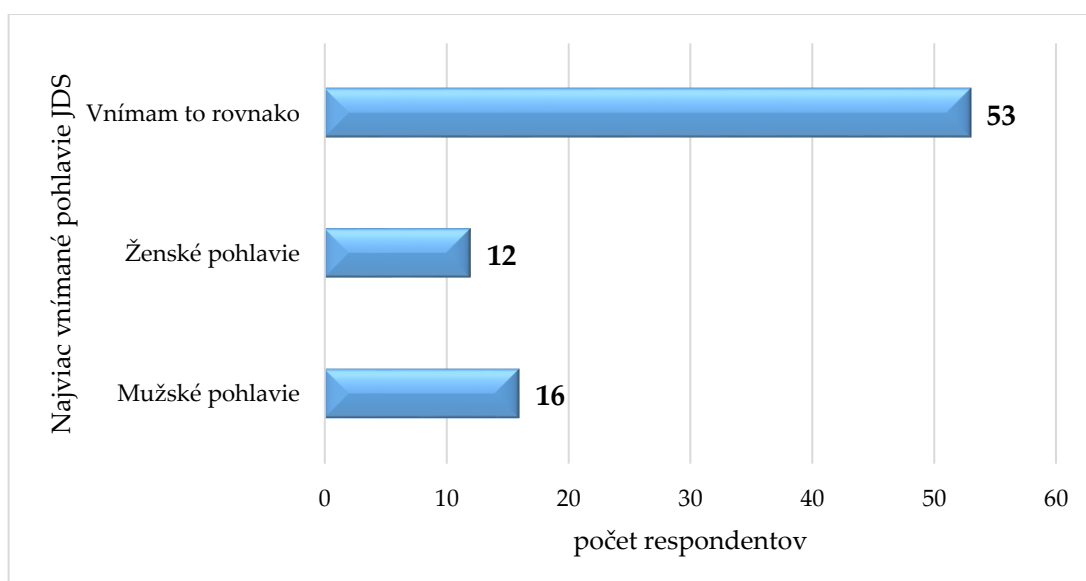
Otázka 9 – Ako sa vyrovnávate s hovorom s jedincom demonštrujúcim samovraždu po jeho ukončení? (možnosť viacerých odpovedí)

Tabuľka 6 – Vyrovnávanie sa s hovorom s JDS po jeho ukončení

Možnosti vyrovnávania sa s hovorom s JDS po jeho ukončení	Počet respondentov
Zdieľanie s kolegom, poprípade tímom spolupracovníkov	41
Rekapitulácia telefonátu v hlave pre uistenie sa správnosti mojich postupov	32
Spoločné aktivity s priateľmi, rodinou	26
Relaxačné techniky a športové aktivity	24
Vyhľadanie psychologickej pomoci	4
S hovorom sa nijak nevyrovnávam	15
Záleží na tom, o akú demonštráciu samovraždy sa jedná	1
Z môjho pohľadu je dôležité podotknúť to, že s každým jedincom je riešenie situácie individuálne	1

[Zdroj: autorka práce, 2023]

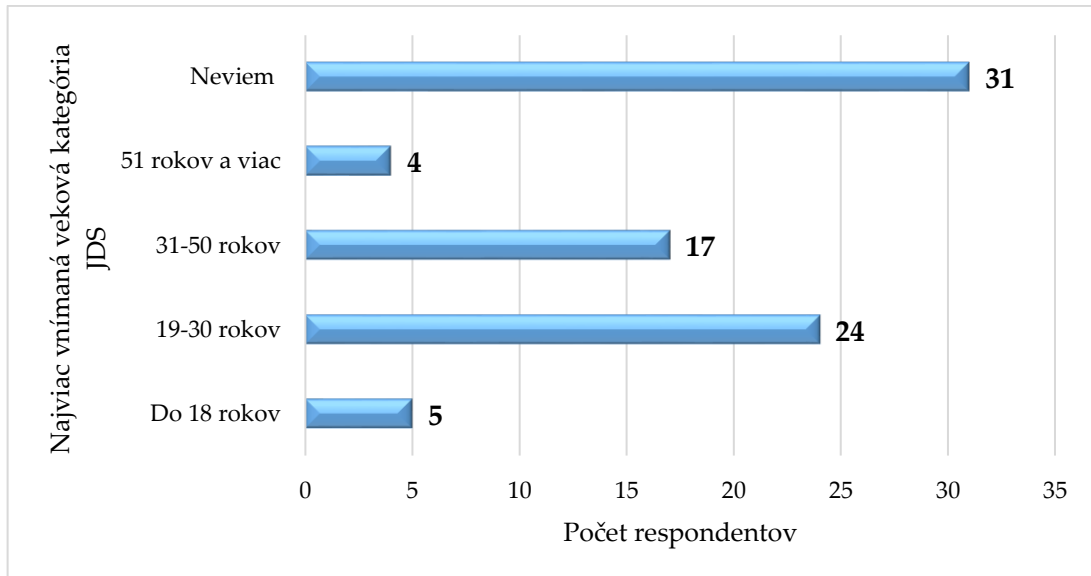
Otázka 10 – Prijímate telefonáty od jedinca demonštrujúceho samovraždu častejšie od mužského alebo ženského pohlavia?



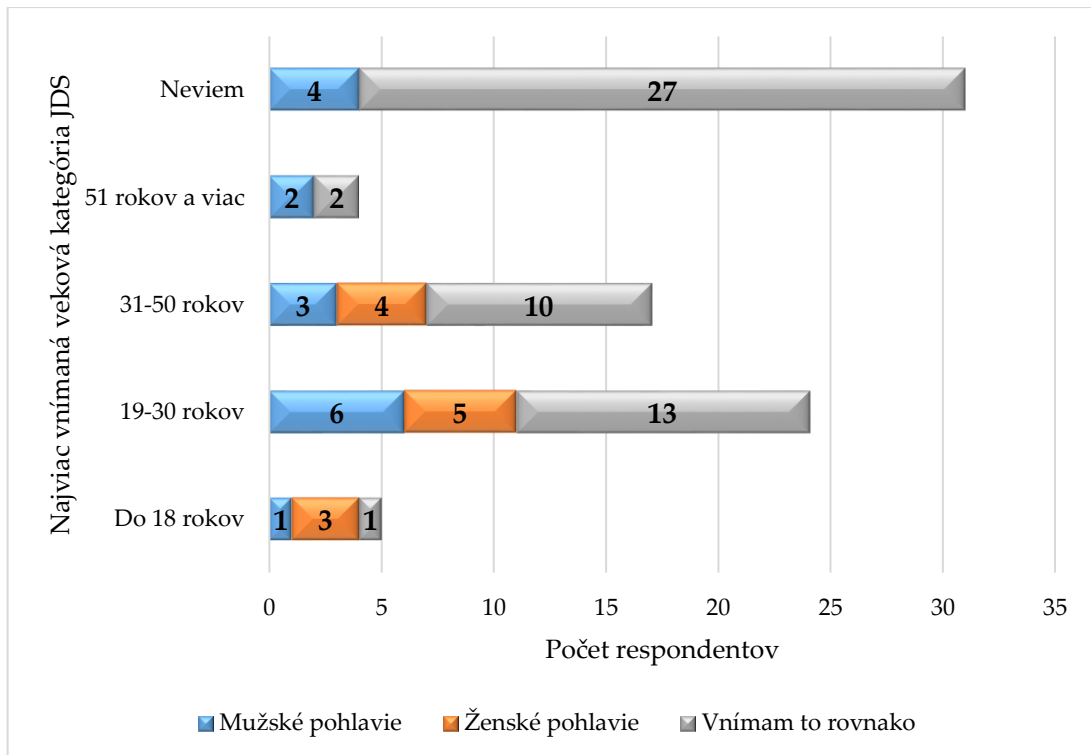
Obrázok 14 – vnímanie prevahy pohlavia operátormi ZOS pri telefonáte s JDS

[Zdroj: autorka práce, 2023]

**Otázka 11 – V akej vekovej kategórii prijímate najčastejšie telefonáty od jedinca demonštrujúceho samovraždu?**

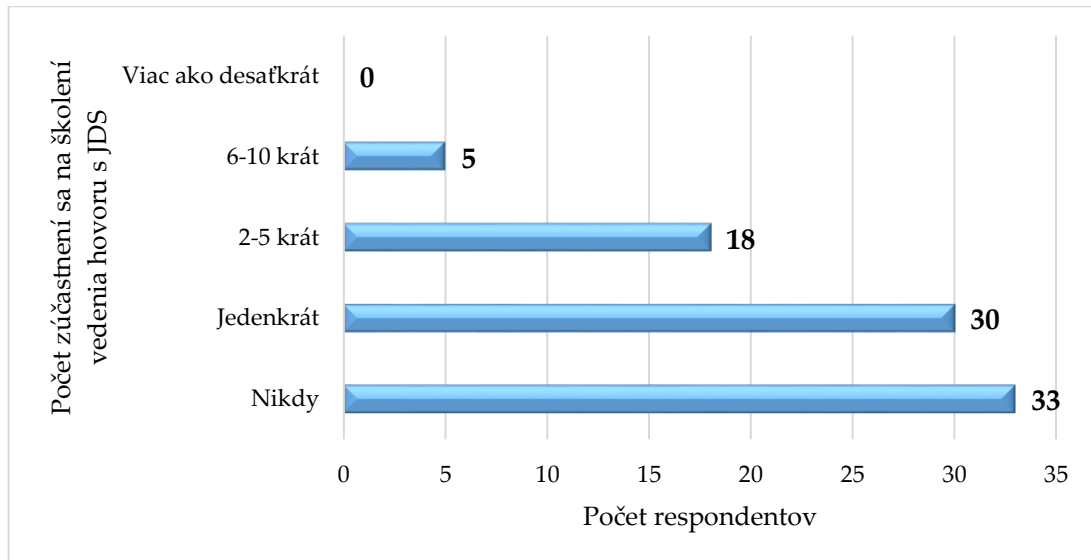


Obrázok 15 – vnímanie prevahy vekovej kategórie operátormi ZOS pri telefonáte s JDS [Zdroj: autorka práce, 2023]



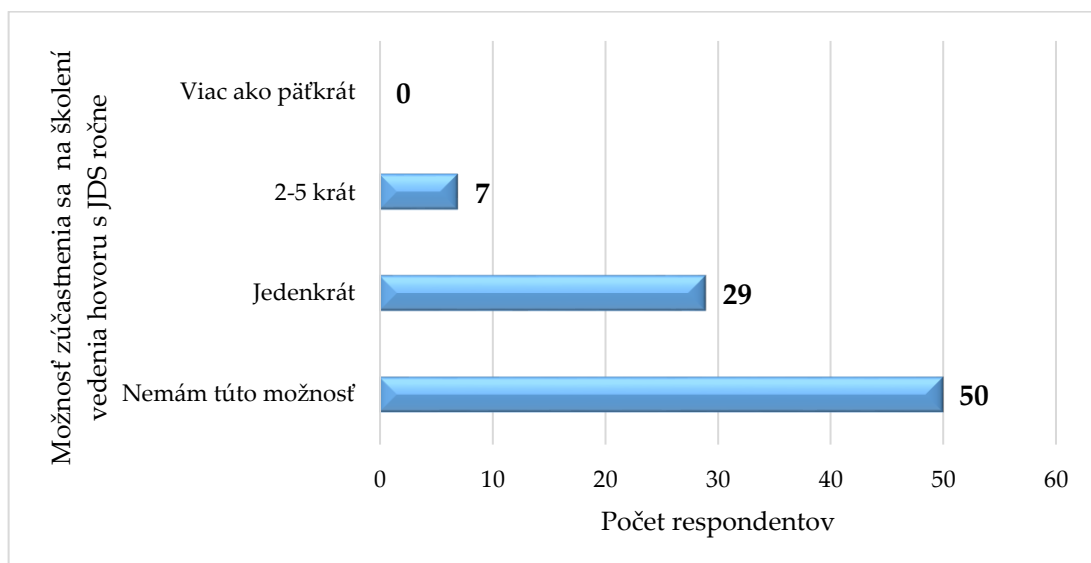
Obrázok 16 – vnímanie pohlavia a vekovej kategórie JDS operátormi ZOS pri volaní s JDS [Zdroj: autorka práce, 2023]

Otázka 12 – Koľkokrát ste sa zúčastnili školenia so zameraním na problematiku vedenia telefonického hovoru s jedincom demonštrujúcim samovraždu?



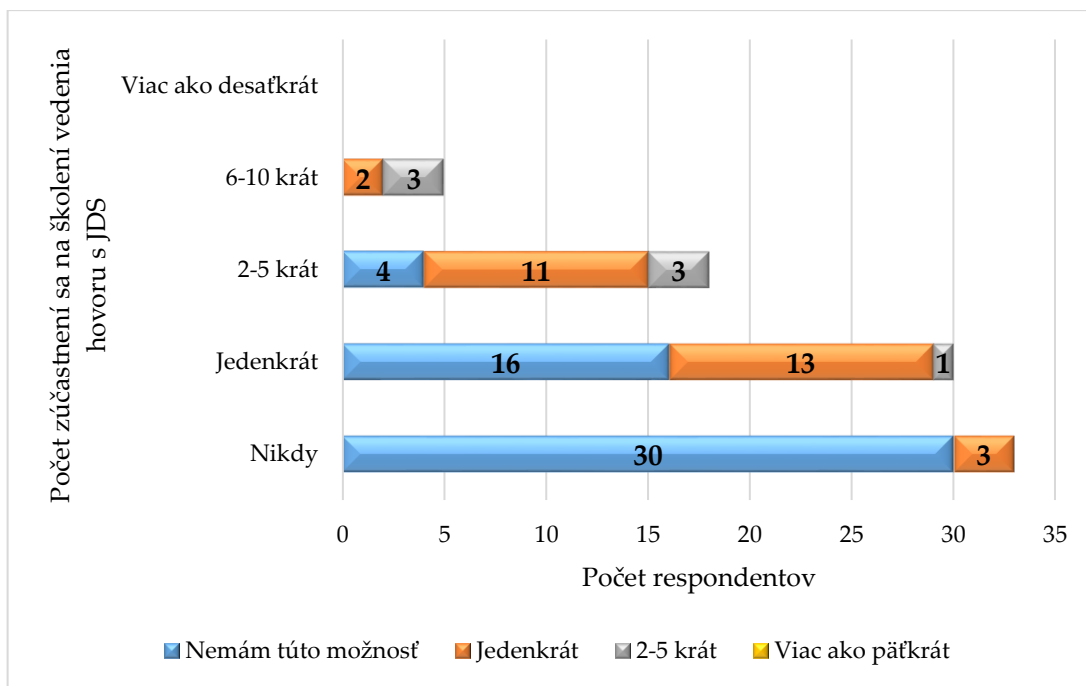
Obrázok 17 – počet zúčastnení sa na školení ohľadom problematiky vedenia hovoru s JDS [Zdroj: autorka práce, 2023]

Otázka 13 – Koľkokrát ročne máte možnosť zúčastniť sa školenia so zameraním na problematiku vedenia telefonického hovoru s jedincom demonštrujúcim samovraždu?



Obrázok 18 – možnosť zúčastnenia sa na školení ohľadom problematiky vedenia hovoru s JDS ročne [Zdroj: autorka práce, 2023]





Obrázok 19 – počet zúčastnení sa operátorov ZOS na školení so zameraním na problematiku vedenia hovoru s JDS na základe počtu možností zúčastnenia sa tohto školenia ročne [Zdroj: autorka práce, 2023]

Z obrázku 19 je vidieť, že 30 operátorov ZOS sa nikdy nezúčastnilo školenia ohľadom problematiky vedenia hovoru s JDS a rovnako nikdy nemali možnosť v rámci svojho výkonu práce zúčastniť sa na takomto školení. Traja respondenti síce majú možnosť zúčastniť sa školenia jedenkrát ročne no ešte nikdy sa takéhoto školenia nezúčastnili. 16 respondentov síce nemá možnosť zúčastniť sa na školení zameranom na vedenie hovoru s JDS, avšak aspoň raz toto školenie absolvovali. 4 respondenti zvolili v dotazníku možnosť, že sa školenia ohľadom problematiky vedenia hovoru s JDS zúčastnili 2-5 krát napriek tomu, že túto možnosť taktiež nemajú. V prípade ostatných respondentov je vidieť, že majú možnosť v rámci svojho výkonu práce zúčastniť sa na školení so zameraním na problematiku vedenia hovoru s JDS a rovnako túto možnosť aj využívajú.

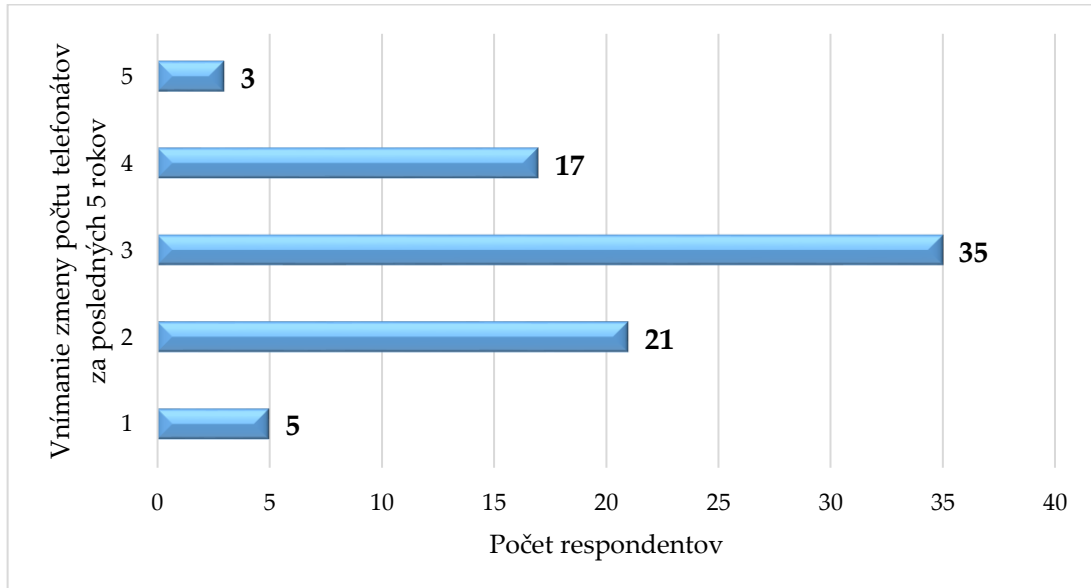
Otázka 14 – Aké najčastejšie dôvody uvádza jedinec demonštrujúci samovraždu ako príčiny jeho úmyslu spáchať samovraždu? (možnosť viacerých odpovedí)

Tabuľka 7 – Najčastejšie dôvody uvádzané JDS operátorom ZOS ako príčiny úmyslu spáchať samovraždu

Najčastejšie dôvody uvádzané JDS	Počet respondentov
Bývanie	15
Covid-19/konflikt na Ukrajine	12
Domáce násilie	14
Duševné problémy	50
Finančné problémy	44
Šikana	6
Partnerské vzťahy	58
Rodinné vzťahy	37
Osamelosť	26
Úmrtie blízkej osoby	10
Závislosti	32
Zdravotné problémy	29
Znásilnenie	5
Chcú získať stratenú pozornosť	1
Dôvody na tiesňovej linke nezisťujeme	1
Niektorí si svoje problémy odnášajú už z detstva, kedy napríklad zohráva rolu šikana ako v škole, tak doma	1

[Zdroj: autorka práce, 2023]

Otázka 15 – Na stupnici 1-5, zaznamenali ste nárast počtu telefonátov s jedincom demonštrujúcim samovraždu za posledných 5 rokov, kedy prebiehala pandémia Covid-19 a/alebo prebieha konflikt na Ukrajine? (1=áno, zaznamenal/a som nárast, 5= nie, zaznamenal/a som pokles)



Obrázok 20 – subjektívne vnímanie operátorov ZOS v zmene počtu telefonátov s JDS za posledných 5 rokov s ohľadom na dobu, kedy prebiehala pandémia Covid-19 a/alebo prebieha konflikt na Ukrajine [Zdroj: autorka práce, 2023]

### 5.3 Vyhodnotenie cieľov práce

Cieľom teoretickej časti predloženej bakalárskej práce bolo, na podklade literárnej rešerše, ako aj analýzy odbornej tuzemskej aj zahraničnej literatúry, priniesť ucelený pohľad na problematiku suicidálneho konania, ako aj dokonanej samovraždy. Pozornosť bola taktiež venovaná spracovaniu uceleného pohľadu na problematiku tiesňovej komunikácie na národné tiesňové číslo 155. Ďalej bol v práci vymedzený pojem samovražda, rizikové a ochranné faktory samovraždy, rovnako ako bola pozornosť venovaná formám a psychosociálnym aspektom suicidálneho konania, ako aj priblížená typová činnosť STČ 02/IZS. Na základe spracovania teoretickej časti sa nám podarilo splniť všetky ciele teoretickej časti.

Cieľom praktickej časti bolo zmapovanie možností vzdelávania respondentov v oblasti jednania s jedincom demonštrujúcim samovraždu. Na základe dotazníkového šetrenia sa nám podarilo splniť všetky ciele praktickej časti. V diskusii sme porovnávali výsledky získaných dát s autormi, ktorí sa zaoberali rovnakou alebo podobnou problematikou.

### 5.4 Vyhodnotenie stanovených hypotéz

**Hypotéza 1** - *Predpokladáme, že viac ako 50 % respondentov využíva počas trvania ich pracovného pomeru na zdravotníckom operačnom stredisku STČ 02/IZS v rámci prijatia telefonátu jedincom demonštrujúcim samovraždu*

K hypotéze 1 sa vzťahuje otázka č. 7

Otázkou č. 7 sme sa respondentov priamo pýtali, ako často postupujú po prijatí telefonátu s jedincom demonštrujúcim samovraždu podľa typovej činnosti STČ 02/IZS, ktorá hovorí o demonštrovaní úmyslu samovraždy.

Z obrázku 11 na strane 45 je zreteľne vidieť, že iba 5 respondentov, ktorí tvoria 6,2 % nepostupuje nikdy po prijatí telefonátu JDS podľa typovej činnosti STČ 02/IZS. Ostatných 76 respondentov z celkového počtu 81, ktorí zažili aspoň jeden telefonát s JDS v rámci svojej práce ako operátor ZOS tento postup niekedy využili. Toto číslo zodpovedá 93,8 % respondentov.

**Na základe vyhodnotenia získaných dát môžeme skonštatovať, že Hypotéza 1 bola verifikovaná.**

**Hypotéza 2** – *Predpokladáme, že bude viac ako 50 % respondentov považovať telefonát s jedincom demonštrujúcim samovraždu za stresujúci*

K hypotéze 2 sa vzťahuje otázka č. 8

Otázkou č.8 sme sa respondentov pýtali, ako veľmi považujú telefonát s jedincom demonštrujúcim samovraždu za stresujúci. Z obrázku 12 je viditeľné, že väčšina respondentov považuje tento telefonát za priemerne stresujúci, poprípade viac alebo veľmi stresujúci. V prípade väčšieho stresu, ktorý vnímajú operátori ZOS v prípade volania s JDS odpovedalo 27 z 81 respondentov, ktorí zažili aspoň jeden telefonát v rámci svojej práce ako operátor ZOS, že je pre nich volanie s JDS veľmi stresujúce. Možnosť viac stresujúci zvolilo 24 z 81 respondentov. Po súčte týchto výsledkov vníma väčší stres až 51 respondentov z celkového počtu 81. Toto číslo odpovedá 63 % respondentov.

**Na základe vyhodnotenia získaných dát môžeme skonštatovať, že Hypotéza 2 bola verifikovaná.**

**Hypotéza 3** – *Predpokladáme, že sa viac ako 50 % respondentov zúčastnilo aspoň raz na školení o problematike vedenia telefonického hovoru s jedincom demonštrujúcim samovraždu.*

K hypotéze 3 sa vzťahujú otázky č. 12 a 13

Otázkou č. 12 sme zisťovali, koľkokrát sa respondenti zúčastnili školenia so zameraním na problematiku vedenia telefonického hovoru s jedincom demonštrujúcim samovraždu. Z obrázku 17 sme zistili, že počet respondentov, ktorí sa zúčastnili na školení o problematike vedenia hovoru s JDS aspoň jedenkrát bol 53 respondentov z celkového počtu 86. Toto číslo tvorí 61,6 %.

Otázkou č. 13 sme zisťovali, koľkokrát ročne majú operátori ZOS možnosť zúčastniť sa na školení ohľadom problematiky vedenia hovoru s jedincom demonštrujúcim samovraždu. Z obrázku 18 sme zistili, že túto možnosť má aspoň raz ročne iba 41,9 % respondentov. Napriek tomu sa však školenia so zameraním na túto problematiku zúčastnilo viac ako 50 %, aj keď nemajú všetci respondenti túto možnosť v aktuálnom zamestnaní.

**Na základe vyhodnotenia získaných dát môžeme skonštatovať, že Hypotéza 3 bola verifikovaná.**

## 6 DISKUSIA

Ako vyplýva aj z teoretickej časti tejto bakalárskej práce, problematika volania na tiesňové linky pacientmi so suicidálnymi sklonmi je veľmi obsérna a zaslúži si ďalšie podrobnejšie skúmanie.

V teoretickej časti tejto bakalárskej práce bol poskytnutý komplexný pohľad na problematiku samovražedného jednania. Na začiatku bola opísaná tiesňová linka ZZS, ako aj aktuálny stav tiesňových liniek. Pre lepšiu predstavu, orientáciu v problematike suicidality bolo vysvetlené toto jednanie a jeho príčiny, ako aj psychosociálne aspekty samovražedného jednania a jeho formy. Ďalej som sa venovala krízovej komunikácii, ktorá úzko súvisí s problematikou samovražedného jednania ako aj krízovému vyjednávaniu. V nadväznosti na krízovú komunikáciu bola vysvetlená taktiež problematika typovej činnosti STČ 02/IZS.

Praktická časť bakalárskej práce sa venovala prevažne skúsenostiam operátorov ZOS s volaniami s JDS. Výskum prebiehal formou anonymného dotazníkového šetrenia, kde sme získali celkový počet respondentov 86. V niektorých otázkach bolo potreba odstrániť odpovede respondentov, ktorí nemali skúsenosť s telefonátom s JDS, pretože by ich odpovede ovplyvnili výsledky výskumu.

V úvode dotazníkového šetrenia sme sa zamerali na identifikáciu operátorov ZOS, kde nás zaujímal aktuálny kraj, v ktorom pracujú, ich najvyššie dosiahnuté vzdelanie, ako aj dĺžka ich pracovného pomeru ako operátori ZOS. Keďže je málo dostupných štúdií na tému volaní na tiesňovú linku 155 JDS bude veľa výsledkov porovnaných s autormi iných prác v rámci podobných profesií ako operátori tiesňovej linky 112, jednotlivých zložiek IZS,

pracovníkmi tiesňových liniek, výsledkami ČSU, prípadne sme výsledky porovnávali s názormi a skúsenosťami verejnosti.

Z pohľadu vzdelanosti operátorov ZOS má najväčšie zastúpenie vysokoškolské vzdelanie – Bc. 30 (34,9 %), vysokoškolské vzdelanie – Mgr. 19 (22,1 %), vyššie odborné vzdelanie – DiS. 18 (20,9 %), vysokoškolské vzdelanie – ARIP 14 (16,3 %), vysokoškolské vzdelanie – Ing. 3 (3,5 %), vysokoškolské vzdelanie – MUDr. 1 (1,2 %) a vysokoškolské vzdelanie – Ph.D. 1 (1,2 %). Pre porovnanie týchto výsledkov sme zvolili bakalársku prácu autora Trampoty [28], ktorého výskum bol taktiež realizovaný dotazníkovým šetrením, ale otázky boli určené zdravotníckym záchranárom a veľkosť výskumnej vzorky bola 103 respondentov. Vo výskume Trampoty bolo najvyššie zastúpenie stredného vzdelania, a až na druhom mieste boli zastúpení respondenti s vysokoškolským vzdelaním – Bc., v zastúpení ostatných vzdelaní sa výsledky s týmto autorom približne zhodovali. Vo výskume Trampoty bola taktiež zisťovaná dĺžka praxe, v tomto prípade sa už výsledky zistené v tejto bakalárskej práci líšia od jeho výsledkov. V otázke 3 tejto bakalárskej práce bolo najväčšie zastúpenie v oblasti do 5 rokov (31,4 %) a od 6-10 rokov (27,9 %), čo je značne viac ako pri zdravotníckych záchranároch z práce Trampoty. V tejto bakalárskej práci po súčte praxe od 11-15 rokov a 16-20 rokov vyšlo zastúpenie 32,6 %, čo sa taktiež približne zhoduje s dĺžkou praxe zdravotníckych záchranárov u autora Trampoty. Rozdielne zastúpenie je vidieť v dĺžke práce viac ako 20 rokov, čo by mohlo odpovedať náročnosti práce ako operátor ZOS v porovnaní s náročnosťou práce ako zdravotnícky záchranár.

Otázka 4 sa venovala skúsenostiam operátorov ZOS s volaním s JDS. V porovnaní s bakalárskou prácou autora Ráža [29], ktorý skúmal skúsenosti operátorov tiesňovej linky 112 s volaním s JDS formou dotazníkového šetrenia s počtom respondentov 65 vidíme veľký rozdiel v prípade počtu telefonátov



s JDS do desaťkrát. Zatiaľ čo výsledky v tejto bakalárskej práci ukazujú 51,1 % respondentov, ktorí zažili toto volanie od jedna do desaťkrát u autora Ráža bolo toto zastúpenie až 63 %. Naopak v prípade skúsenosti s JDS viac ako desaťkrát je zastúpenie operátorov ZOS v tejto bakalárskej práci 43 % , ktoré u autora Ráža vyšlo 27,7 %. Je zaujímavé ako v prípade takto náročnej situácie si JDS vyberajú v rovnakom celkovom zastúpení ako tiesňovú linku 155 tak tiesňovú linku 112.

Autor Ráž [29] taktiež skúmal subjektívne posúdenie vlastnej pripravenosti operátorov tiesňovej linky 112 na volanie s JDS. V tejto bakalárskej práci sa tejto problematike venuje otázka číslo 5. V prípade tejto otázky sa výsledky subjektívnej miery pripravenosti operátorov ZOS približne zhodujú s výsledkami autora Ráža. Rozchádzajú sa iba v možnosti vôbec respektíve najhoršie pripravený, čo vo výskume Ráža uviedlo 0 respondentov zatiaľ čo respondentov v tomto výskume, ktorí túto možnosť uviedli bolo 6. Tento rozdiel v pripravenosti prevažne značí operátorov ZOS, ktorí ešte nemali skúsenosť so žiadnym telefonátom s JDS alebo iba s pár takýmito telefonátmi, takže sa nepovažujú za dostatočne pripravených na podklade ich vlastných skúseností.

Otázka 9 sa venovala vyrovnávaniu sa s hovorom s JDS po jeho ukončení operátormi ZOS. Porovnanie s diplomovou prácou autorky Kučerovej [30], ktorá robila výskum dotazníkovým šetrením u operátorov tiesňovej linky 112 s počtom respondentov 27, kde výskumnú vzorku tvorilo 13 respondentov v Juhočeskom kraji a 14 v Plzenskom kraji, vidíme niektoré typy činností ako sa môže operátor ZOS vyrovnávať so stresom a psychickou záťažou pri odbavovaní hovorov s JDS. U autorky Kučerovej uviedlo pohybovú, športovú či kultúrnu aktivitu 17 respondentov (63 %), pasívny odpočinok – relaxáciu, spánok, čítanie si, posedenie s priateľmi 13 respondentov (48,1 %).

Porozprávanie sa o hovore s inou osobou uviedlo v práci autorky Kučerovej 8 respondentov (29,6 %). Z výsledkov tejto bakalárskej práce u operátorov ZOS z tabuľky 6 vyplýva, že sa najviac respondentov vyrovnáva s hovorom s JDS po jeho ukončení zdieľaním s kolegom, poprípade tímom 41 respondentov (50,6 %), možnosť rekapitulácie telefonátu v hlave pre uistenie sa správnosti postupov operátora zvolilo 32 respondentov (39,5 %). Ďalšími metódami vyrovnávania sa s hovorom s JDS po jeho ukončení boli spoločné aktivity s priateľmi, rodinou zvolilo 26 respondentov (32,1 %), možnosť relaxačných techník a športových aktivít zvolilo 24 respondentov (29,6 %). Vyhľadanie psychologickéj pomoci využívajú iba 4 respondenti (4,9 %). Zaujímavé na tejto štatistike je počet respondentov, ktorí zvolili možnosť, že sa s hovorom nijak nevyrovnávajú. Týchto respondentov bolo 15 z celkového počtu 81 respondentov, ktorí zažili aspoň jeden telefonát s JDS počas svojej práce ako operátori na ZOS, čo tvorí 18,5 %. Jeden respondent využil možnosť dopísania vlastnej možnosti vyrovnávania sa s hovorom a odpovedal, že záleží na tom, o akú demonštráciu samovraždy sa jedná. Výsledky tejto štatistiky sa približne zhodujú s výsledkami autorky Kučerovej.

Otázka 10 a 11 sa venovala informáciám ohľadom JDS, ktorí volali na tiesňovú linku ZOS, konkrétne ich pohlaviu a veku. V porovnaní s bakalárskou prácou Nádvořníkovéj [31], ktorá robila zber dát pomocou dotazníkového šetrenia u verejnosti s počtom respondentov 76, uviedlo 71 % respondentov, že dokonajú samovraždu spáchali muži. Ženy, ktoré poznali respondenti a spáchali dokonajú samovraždu tvorilo 29 %. V prípade samovražedného pokusu boli u autorky Nádvořníkovéj zistené výsledky 74 % respondentov zvolilo možnosť žena a 26 % respondentov zvolilo možnosť muž. U operátorov ZOS, ktorí mali skúsenosť s volaním s JDS uviedlo až 65,4 % respondentov, že vnímajú pohlavie JDS rovnako. Iba 14,8 % respondentov operátorov ZOS vníma častejšiu prevahu ženského pohlavia a 19,8 % respondentov operátorov ZOS vníma častejšiu

prevahu mužského pohlavia. Zároveň sa autorka Nádvorníková venovala v svojej práci otázke ohľadom veku jedinca, ktorí spáchal samovraždu. Z výsledkov tejto bakalárskej práce u operátorov ZOS až 38,3 % respondentov zvolilo možnosť, že nevedia vek JDS, ktorý volal na ZOS. Možnosť do 18 rokov zvolilo iba 5 respondentov (6,2 %), možnosť od 19-30 rokov zvolilo 24 respondentov (29,6 %), možnosť od 31-50 rokov zvolilo 17 respondentov (21%) a možnosť 51 rokov a viac zvolili iba 4 respondenti (5 %). U autorky Nádvorníkovej, ktorá skúmala vekové zastúpenie samovrážd alebo samovražedných pokusov u verejnosti bola možnosť do 18 rokov zastúpená 40 % respondentov, 49 % respondentov zvolilo možnosť od 19-30 rokov, 6 % respondentov odpovedalo v možnosti 31-50 rokov a 2 % respondentov uviedli vek nad 50 rokov. Brazílska štúdia od autorky Gomes [32], ktorá bola vydaná v roku 2014 ukazuje, že najčastejšia veková kategória v ktorej dochádza k samovraždám, je vek 15-44 rokov. Toto zistenie približne odpovedá vekovému zastúpeniu, ktoré bolo zistené v tejto bakalárskej práci.

V tabuľke 1, ktorá uvádza počet samovrážd na území dnešnej ČR podľa dát ČSU, vidíme taktiež rozdiel v pohlaví jedincov, ktorí dokonali samovraždu. V období od roku 2017 do roku 2021 bolo zastúpenie mužov v počte dokonaných samovrážd štyrikrát vyššie ako v prípade žien a dokonaných samovrážd. Keďže v štatistike pri počte volaní operátorov ZOS s JDS uviedlo až 65,4 % respondentov, že vnímajú podiel mužov a žien v počte telefonátov rovnako, nedá sa presne určiť, ktoré pohlavie prevláda, rovnako ako dotazník v tejto bakalárskej práci nebol venovaný podielu dokonaných samovrážd z telefonátov s JDS. V prípade otázky ohľadom vekových skupín JDS, ktorí dokonali samovraždu v štatistikách ČSU podľa tabuľky 1 sa výsledky taktiež líšia so subjektívnym vnímaním operátorov ZOS v tejto bakalárskej práci. Z môjho pohľadu skresľuje tento rozdiel v percentuálnom zastúpení možnosť vnímať rovnako pohlavie ako aj možnosť neviem vek JDS, ktorí volá na

tiesňovú linku ZOS. V štatistikách ČSU je však najvyšší percentuálny podiel dokonaných samovrážd vo veku 20-29, čo odpovedá aj najvyššiemu zastúpeniu v štatistike z tejto bakalárskej práce, kedy bola možnosť 19-30 rokov najviac volená respondentmi. Zaujímavý rozdiel je vo vekovej kategórii 51 rokov a viac. Zatiaľ čo výsledky ČSU zaznamenali vysokú mieru dokonaných samovrážd vo veku 50 a viac jedinca, ktorý dokonal samovraždu vo výsledkoch u operátorov ZOS bol tento podiel najmenší. Z môjho pohľadu môže tento veľký rozdiel vyplývať aj kvôli dôvodom, pre ktoré jedinci samovraždu dokonajú. V prípade mladšej populácie sa očakáva, že jedincom ide len o získanie pozornosti a sami nie sú úplne rozhodnutí dokončiť samovraždu, zatiaľ čo v prípade staršej generácie môžu byť dôvodmi na dokonanie takéhoto činu osamelosť alebo úmrtie blízkej osoby, kedy jedinci začnú vnímať samovraždu ako jedinou možnosť zbavenia sa pomyselného utrpenia.

Otázka 14 sa zameriavala na najčastejšie dôvody, ktoré uvádza JDS ako príčinu jeho úmyslu spáchať samovraždu pri volaní na ZOS. Až 58 respondentov (71,6 %) uviedlo, že príčinou sú partnerské vzťahy a 37 respondentov (45,7 %) uviedlo príčinu rodinné vzťahy. V porovnaní s bakalárskou prácou Paďouka [33] sa vzťahové dôvody percentuálnym zastúpením približne zhodujú, v práci Paďouka uviedlo 40 z 51 respondentov (78,4 %), ktorí tvorili zložky IZS, že vzťahy sú hlavnou príčinou samovražedného jednania. V porovnaní finančných problémov sú výsledky v tejto bakalárskej práci 44 respondentov (54,3 %) a v práci autora Paďouka 16 respondentov (31,4 %). Ďalším dôvodom uvádzaným JDS ako príčina úmyslu samovraždy sú zdravotné problémy, ktoré uviedlo 29 respondentov (35,8 %) a v práci autora Paďouka 11 respondentov (21,6 %). Jedným z ďalších dôvodov, ktoré boli často uvádzané sú závislosti, ktoré zvolilo 32 respondentov (39,5 %), zatiaľ čo v práci autora Paďouka bol tento dôvod zvolený iba siedmimi respondentmi (13,7 %). V tejto bakalárskej práci bola možnosť väčšieho výberu

odpovedí, ako aj možnosť dopísania vlastnej odpovede, kde sú zaujímavé výsledky v prípade osamelosti ako dôvodu (32,1 %), úmrtia blízkej osoby (12,3 %) a zároveň výsledky v prípade možnosti Covid-19/konflikt na Ukrajine, kde túto možnosť zvolilo ako najčastejší dôvod uvádzaný JDS celkovo 12 respondentov (14,8 %). V brazílskej štúdií od autora Abreu [34] vydanéj v roku 2009 sa udáva, že v prípade dokonaných samovrážd jedincami trpiacimi bipolárnou afektívnou poruchou, bol predchádzajúci suicidálny pokus vo viac ako 50 % prípadov. V porovnaní s udávanými najčastejšími dôvodmi zistenými v tejto bakalárskej práci, môžeme bipolárnu afektívnu poruchu zaradiť medzi príčiny zdravotných problémov. Toto zistenie môže taktiež značiť tak veľké percentuálne zastúpenie udávania príčiny zdravotných problémov (35,8 %) v tejto bakalárskej práci.

Otázka 15 bola zaujímavá v prípade porovnania rozdielu nárastu prípadného poklesu telefonátov na ZOS JDS za posledných 5 rokov, kedy prebiehala pandémia Covid-19 a/alebo prebieha konflikt na Ukrajine. 35 respondentov (43,2 %) nijako nevníma rozdiel v počte telefonátov JDS na ZOS. 20 respondentov v tejto otázke uviedlo, že zaznamenalo mierny pokles, prípadne veľký pokles v počte telefonátov (24,7 %) a 26 respondentov (32,1 %) uviedlo, že zaznamenalo mierny alebo úplný nárast. Táto štatistika je z môjho pohľadu zaujímavá, keďže by sa mohlo javiť, že bude zaznamenaný väčší nárast, pretože sú to udalosti, ktoré ovplyvnili každého občana ČR, či už vo veľkej miere alebo zanedbateľnej. Myslím si, že o pár rokov môžu byť štatistiky ohľadom tejto problematiky veľmi prínosné pre zhodnotenie vplyvu a následkov pandémie Covid-19, ako aj vplyvu na psychiku jedincov v prípade konfliktu na Ukrajine. Zároveň si myslím, že tieto vplyvy budú o pár rokov aj lepšie zmapované.

Nasledujúce otázky boli zahrnuté do vyhodnotenia stanovených hypotéz. Nižšie tieto otázky viac rozvedieme a porovnáme s výsledkami iných autorov.

Pri **Hypotéze 1** sme stanovili tvrdenie, že *predpokladáme, že viac ako 50 % respondentov využíva počas trvania ich pracovného pomeru na zdravotníckom operačnom stredisku STČ 02/IZS v rámci prijatia telefonátu jedincom demonštrujúcim samovraždu*. Na základe získaných výsledkov sme Hypotézu 1 verifikovali

Otázka 6 a 7 sa venovala znalosti typovej činnosti STČ 02/IZS u operátorov ZOS a prípadne využívania tejto typovej činnosti v prípade volania s JDS. V prípade znalosti typovej činnosti sa problematike venuje bakalárska práca autorky Krejčí [35], ktorá využívala rozhovory ako metódu zberu dát a respondenti boli zdravotnícky záchranári v Karlovarskom a Juhočeskom kraji. Počet respondentov u autorky Krejčí bol 8 a všetci dokázali aspoň pár slovami správne opísať obsah typovej činnosti STČ 02/IZS, preto porovnanie s touto bakalárskou prácou a operátormi ZOS, ktorí tvoria omnoho väčšiu skupinu považujem za nedostačujúce v prípade porovnávania. Aj tak si ale myslím, že tak ako operátori ZOS v tejto bakalárskej práci, tak aj respondenti v prípade autorky Krejčí sú väčšinou znalí aspoň v základnej klasifikácii tejto typovej činnosti. Autor Paďouk [33] vo svojej bakalárskej práci využil metódu zberu dát pomocou riadených rozhovorov s 51 respondentmi, ktorí patria ku zložkám IZS. V jednej z otázok taktiež skúmal metódy a techniky odvrátenia úmyslu samovraždy pri zásahu zložkami IZS. Vo výskume Paďouka bolo zistené, že 29,7 % respondentov využíva typovú činnosť STČ 02/IZS priamo pri zásahu u JDS. Z výskumu v tejto bakalárskej práci bolo využívanie u operátorov ZOS typovej činnosti STČ 02/IZS v 25,9 % prevažne áno, iba u jedného respondenta bola zvolená možnosť vždy áno a väčšinové zastúpenie 38,3 % respondentov túto typovú činnosť niekedy využíva a niekedy nie. Výsledky tejto bakalárskej práce sa približne zhodujú s výsledkami autora Paďouka.

Pri **Hypotéze 2**, sme si stanovili tvrdenie, že *predpokladáme, že bude viac ako 50 % respondentov považovať telefonát s jedincom demonštrujúcim samovraždu za stresujúci*. Na základe získaných výsledkov sme Hypotézu 2 verifikovali.

U otázky číslo 8, ktorá skúma subjektívne vnímanie stresu pri volaní operátorov ZOS s JDS je zaujímavé porovnanie s diplomovou prácou autorky Navrátilovej [36], ktorá využila ku zberu dát dotazníkové šetrenie s 96 respondentmi. V práci Navrátilovej sa časť dotazníku venovala vnímaniu stresu operátormi tiesňovej linky 112 pri telefonáte s JDS. U autorky Navrátilovej odpovedalo 86 % respondentov, že telefonát s JDS vníma väčšinou stresujúco alebo veľmi stresujúco. V tejto bakalárskej práci túto možnosť zvolilo iba 63 % respondentov. V možnosti, že takýto telefonát je niekedy stresujúci, inokedy nie uviedla autorka Navrátilová 11 % respondentov, ktorí zvolili túto možnosť, zatiaľ čo operátori ZOS v tejto bakalárskej práci tvorili 23,5 %. V možnosti, že tento telefonát nie je väčšinou stresujúci je percentuálny rozdiel oproti autorke Navrátilovej minimálny. Možnosť nie je vôbec stresujúci u autorky Navrátilovej nezvolil žiaden respondent, zatiaľ čo u operátorov ZOS v tejto bakalárskej práci túto možnosť zvolili 4 respondenti, čo tvorí 5 %.

Pri **Hypotéze 3**, sme si stanovili tvrdenie, že *predpokladáme, že sa viac ako 50 % respondentov zúčastnilo aspoň raz na školení o problematike vedenia telefonického hovoru s jedincom demonštrujúcim samovraždu*.

Otázka 12 a 13 sa venuje problematike školenia ohľadom vedenia hovorov so suicidálnym pacientom. V otázke 12 bolo zistené, že viac ako polovica respondentov sa niekedy zúčastnila školenia ohľadom vedenia hovoru s JDS. Veľká časť respondentov, konkrétne 33 (38,4 %) uviedlo, že sa nikdy nezúčastnili žiadneho školenia ohľadom problematiky vedenia hovoru s JDS. 61,6 % respondentov uviedlo, že sa zúčastnilo školenia aspoň raz, z toho 18

respondentov (20,9 %) sa takéhoto školenia zúčastnilo 2-5 krát, a 5 respondentov (5,8 %) sa takéhoto školenia zúčastnilo 6-10 krát. Možnosť viac ako desaťkrát nezvolil žiaden respondent. Prekvapujúce výsledky ukázala otázka 13, ktorá zisťovala možnosť operátorov ZOS zúčastniť sa na školení so zameraním na tematiku vedenia hovoru s JDS. Až 50 respondentov (58,1 %) uviedlo, že túto možnosť nemá v rámci výkonu svojej práce ani raz za rok. Jedenkrát ročne má možnosť zúčastniť sa školenia 29 respondentov (33,7 %), dva až päťkrát iba 7 respondentov (8,1 %) a viac ako päťkrát ročne nemá túto možnosť ani jeden respondent. V porovnaní s diplomovou prácou autorky Kučerovej [30], vidíme, že z celkovej vzorky 27 respondentov absolvovalo takýto typ školenia v rámci vstupného základného kurzu iba 5 z nich (18,5 %). Avšak v otázke, ktorá sa venovala pravidelnosti školenia zamestnancov tiesňovej linky 112 uviedla autorka Kučerová, že sa takéhoto typu školenia zúčastňuje 44 % respondentov jedenkrát ročne. Ostatní respondenti uviedli v práci autorky Kučerovej rôzne odpovede na pravidelnosť školenia, ako aj počet celkovo zúčastnených sa školení. Z tohto porovnania je zaujímavé pozorovať rozdiel a dostupnosť tohto typu školenia v čase výskumu autorky Kučerovej, ktorá tento výskum robila v roku 2013 s výskumom v tejto bakalárskej práci, ktorý prebiehal o desať rokov neskôr. Myslím si, že by malo byť rozširované povedomie o možnostiach školenia so zameraním na problematiku vedenia hovoru s JDS aj naďalej ako by malo byť prístupnejšie operátorom z pohľadu zamestnávateľa, čo v našom prípade znamená ZOS.



## 7 ZÁVER

Cieľom teoretickej časti bolo priniesť čitateľovi ucelený náhľad na problematiku tiesňového volania pacientmi so suicidálnymi sklonmi. Najprv bolo uvedené fungovanie tiesňovej linky 155 a ucelený pohľad na suicidálne sklony. Na základe odborných článkov, zákonov, tuzemskej a zahraničnej literatúry sme definovali kľúčové pojmy. Následne sme sa zaoberali krízovou komunikáciou s jedincom demonštrujúcim samovraždu, ako aj krízovým vyjednávaním.

Cieľom praktickej časti bola realizácia neštandardizovaného anonymizovaného dotazníkového šetrenia zameraná na skúsenosti operátorov ZOS s volaním s JDS, subjektívne vnímanie stresu operátorov ZOS, znalosť a využívanie typovej činnosti STČ 02/IZS, možnosti školenia ohľadom problematiky tohto telefonátu a subjektívne vnímanie rozdielu v počte telefonátov za posledných 5 rokov. Cieľom kvantitatívneho výskumu bolo vyhodnotenie stanovených hypotéz. Výsledky šetrenia boli interpretované pomocou prehľadných tabuliek a grafov, ktoré sme v diskusii porovnávali s výsledkami iných autorov, ktorí sa zaoberali rovnakou alebo podobnou problematikou.

Záverom môžeme skonštatovať, že téma problematiky tiesňových volaní pacientmi so suicidálnymi sklonmi je málo preskúmaná, avšak operátori ZOS, ktorí s týmito jedincami komunikujú sa snažia načúvať, pomáhať a využiť všetky dostupné prostriedky a možnosti aj prípadného ďalšieho vzdelávania, niekedy aj na úkor vlastného času a energie.

## 8 ZOZNAM POUŽITÝCH SKRATIEK

ZZS	Zdravotnícka záchranná služba
IZS	Integrovaný záchranný systém
ČR	Česká republika
ZOS	Zdravotnícke operačné stredisko
ČSU	Český statistický úrad
PNS	Prednemocničná neodkladná starostlivosť
JDS	Jedinec demonštrujúci samovraždu

## 9 ZOZNAM POUŽITEJ LITERATÚRY

1. *Zákon č. 127/2005 Sb., Zákon o elektronických komunikacích a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o elektronických komunikacích)*. Sbírka zákonů Česká republika, ISSN 1211-1244
2. *Zákon č. 374/2011 Sb., Zákon o zdravotnické záchranné službě*. Sbírka zákonů Česká republika, ISSN 1211-1244
3. *Statistika činnosti ZZS v ČR za rok 2022*. Asociace Zdravotnických Záchraných Služeb České Republiky [online]. [cit. 2023-04-20]. Dostupné z: <https://www.azzs.cz/dokumenty/zdravotnicke-zachranne-sluzby-v-cr-v-cislech/statistika-vyjezdove-cinnosti-zzs-cr>
4. FISCHER, Slavomir a Jirí ŠKODA. *Sociální patologie: Závažné sociálně patologické jevy, příčiny, prevence, možnosti řešení*. 2., rozšířené a aktualizované vydání. Praha: Grada Publishing, 2014. ISBN 978-80-247-5046-0.
5. VÁGNEROVÁ, Marie. *Současná psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2004. ISBN 978-80-262-0696-5.
6. OREL, Miroslav a kolektiv. *Psychopatologie: nauka o nemocech duše*. 3., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada, 2020. Psyché (Grada). ISBN 978-80-271-2529-6.
7. HARTL, Pavel. *Stručný psychologický slovník*. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-803-1.
8. LÁTALOVÁ, Klára, Dana KAMARÁDOVÁ a Ján PRAŠKO. *Suicidialita u psychických poruch*. Praha: Grada, 2015. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-4305-9.
9. *Sebevraždy*. Český statistický úřad [online]. [cit. 2023-04-20]. Dostupné z: [https://www.czso.cz/csu/czso/sebevrazdy\\_zaj](https://www.czso.cz/csu/czso/sebevrazdy_zaj)
10. KOUTEK, Jiří a Jana KOCOURKOVÁ. *Sebevražedné chování: [současné poznatky o suicidalitě a její specifika u dětí a dospívajících]*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-732-9.

11. MONESTIER, Martin. *Dějiny sebevražd: dějiny, techniky a zvláštnosti dobrovolné smrti*. Praha: Dybbuk, 2003. ISBN 80-903001-8-9.
12. MASARYK, Tomáš Garrigue. *Sebevražda hromadným jevem společenským moderní osvěty*. 5. české vyd. Praha: Masarykův ústav AV ČR, 2002. ISBN 80-86495-13-2.
13. PRAŠKO, Ján a Klára LÁTALOVÁ. *Psychiatrie v primární péči*. Praha: Mladá fronta, 2013. Edice postgraduální medicíny. ISBN 978-80-204-2798-4.
14. ŠUSTOVÁ, Ladislava. *Svetový deň prevencie samovražď*. Univerzitná nemocnica L. Pasteura Košice [online]. 2021 [cit. 2023-04-20]. Dostupné z: <https://www.unlp.sk/aktualita/den-prevencie-samovrazd/>
15. ŠEBLOVÁ, Jana a Jiří KNOR. *Urgentní medicína v klinické praxi lékaře*. 2., doplněné a aktualizované vydání. Praha: Grada Publishing, 2018. ISBN 978-80-271-0596-0.
16. RALBOVSKÁ, Dana Rebeka, Ivana ARGAYOVÁ a Monika ZAVIŠ. *Základy psychoterapeutického přístupu pre zdravotníckych záchranárov*. Prešov: Prešovská univerzita v Prešove, 2021. ISBN 978-80-555-2765-9.
17. MATOUŠKOVÁ, Ingrid. *Aplikovaná forenzní psychologie*. Praha: Grada, 2013. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-4580-0.
18. PAVLOVSKÝ, Pavel. *Soudní psychiatrie a psychologie*. 4., aktualiz. vyd. Praha: Grada, 2012. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-4332-5.
19. MEDZINÁRODNÁ KLASIFIKÁCIA CHORÔB - MKCH-10. Národné centrum zdravotníckych informácií [online]. [cit. 2023-04-20]. Dostupné z: <https://www.nczisk.sk/Standardy-v-zdravotnictve/Pages/Medzinarodna-klasifikacia-chorob-MKCH-10.aspx>
20. OŤŘÍSAL, Pavel, RALBOVSKÁ, Dana Rebeka. Use of Crisis Communication in Crisis Management. In *Trends and future directions in security and emergency management*. Cham: Springer Nature Switzerland, 2022. pp. 343-356. ISBN 978-3-030-88907-4.

21. ŠPATENKOVÁ, Naděžda. *Krizová intervence pro praxi. 2., aktualiz. a dopl. vyd.* Praha: Grada, 2011. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-2624-3.
22. VYMĚTAL, Štěpán. *Krizová komunikace a komunikace rizika.* Praha: Grada, 2009. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-2510-9.
23. Dokumentace IZS. Hasičský záchranný sbor České republiky [online]. [cit. 2023-04-20]. Dostupné z: <https://www.hzscr.cz/clanek/dokumentace-izs-587832.aspx>
24. Zákon č. 239/2000 Sb., *Zákon o integrovaném záchranném systému a o změně některých zákonů.* Sbírka zákonů Česká republika, ISSN 1211-1244
25. STČ-02/IZS Typová činnost složek IZS při společném zásahu - demonstrování úmyslu sebevraždy. Sbor dobrovolných hasičů Dobroslavice [online]. [cit. 2023-04-20]. Dostupné z: <http://www.sdh-dobroslavice.com/2056-typove-cinnosti.html>
26. Katalog typových činností složek IZS. V Ostravě: Sdružení požárního a bezpečnostního inženýrství, 2007. ISBN 978-80-7385-028-9.
27. REICHEL, Jiří. *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů.* Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-3006-6.
28. TRAMPOTA, Kryštof. *Přístup ke klientům ze suicidálními tendencemi v přednemocniční péči.* Brno, 2021. Bakalářská práce. Masarykova univerzita, Lékařská fakulta. Vedoucí práce Mgr. Michal Pospíšil.
29. RÁŽ, Jaroslav. *Připravenost operátorů Telefonních center tísňového volání 112 na krizovou komunikaci s osobami se suicidální tendencí.* Praha, 2022. Bakalářská práce. České vysoké učení technické v Praze, Fakulta biomedicínského inženýrství. Vedoucí práce PhDr. Mgr. Dana Rebeka Ralbovská, Ph.D., LL.M.
30. KUČEROVÁ, Renáta. *Odbavování hovorů se sebevražednou tematikou na jednotné evropské lince tísňového volání 112 v Jihočeském a Plzeňském kraji.* České Budějovice, 2013. Diplomová práce. Jihočeská univerzita v Českých

Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta. Vedoucí práce Prof. Ing. Gustav Šafr, DrSc.

31. NÁDVORNÍKOVÁ, Barbora. *Psychologické aspekty sebevražedného jednání*. Praha, 2023. Bakalářská práce. Policejní akademie České republiky v Praze, Fakulta bezpečnostního managementu. Vedoucí práce Doc. PhDr. Krámská Lenka Ph.D.
32. GOMES, Juliana Oliveira; BAPTISTA, Makilim Nunes; CARNEIRO, Adriana Munhoz and CARDOSO, Hugo Ferrari. Suicídio e internet: análise de resultados em ferramentas de busca. *Psicol. Soc.* [online]. 2014, vol. 26, no.1, pp.63-67 ISSN 1807-0310. [cited 2023-04-24] Dostupné z: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-71822014000100008>
33. PAĎOUK, Ondřej. *Analýza činnosti složek IZS při demonstrování úmyslu sebevraždy*. Praha, 2019. Bakalářská práce. České vysoké učení technické v Praze, Fakulta biomedicínského inženýrství. Vedoucí práce PhDr. Mgr. Dana Rebeka Ralbovská, Ph.D.
34. ABREU, Lena Nabuco de; LAFER, Beny; BACA-GARCIA, Enrique and OQUENDO, Maria A.. Suicidal ideation and suicide attempts in bipolar disorder type I: an update for the clinician. *Rev. Bras. Psiquiatr.* [online]. 2009, vol.31, no.3, pp.271-280 ISSN 1516-4446. [cited 2023-04-24] Dostupné z: <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462009005000003>
35. KREJČÍ, Anna. *Suicidální pacient z pohledu zdravotnického záchranáře*. České Budějovice, 2018. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta. Vedoucí práce Mgr. Jiří Majstr.
36. NAVRÁTILOVÁ, Jiřina. *Psychická zátěž pracovníků telefonního centra tísňového volání 112 (TCTV)*. Praha, 2023. Diplomová práce. Policejní akademie České republiky v Praze, Fakulta bezpečnostního managementu. Vedoucí práce PhDr. Jitka Veselá, Ph.D.

## 10 ZOZNAM POUŽITÝCH OBRÁZKOV

Obrázok 1 – počet samovrážd na území dnešnej ČR .....	18
Obrázok 2 – zastúpenie respondentov podľa krajov .....	37
Obrázok 3 – vzdelanie respondentov .....	38
Obrázok 4 – dĺžka práce ako operátor ZOS .....	39
Obrázok 5 – skúsenosť operátorov ZOS s volaním s JDS .....	40
Obrázok 6 – skúsenosť operátorov ZOS s volaním s JDS na základe dĺžky práce ako operátor ZOS .....	40
Obrázok 7 – subjektívna pripravenosť operátorov ZOS na telefonát s JDS .....	41
Obrázok 8 – subjektívna pripravenosť operátorov ZOS na volanie s JDS na základe dĺžky práce ako operátor ZOS .....	42
Obrázok 9 – subjektívna pripravenosť operátorov ZOS na volanie s JDS na základe ich skúsenosti s týmito volaniami.....	42
Obrázok 10 – znalosť typovej činnosti STČ 02/IZS.....	43
Obrázok 11 – využívanie typovej činnosti STČ 02/IZS pri telefonáte s JDS.....	43
Obrázok 12 – subjektívne vnímanie stresu operátorov ZOS na telefonát s JDS .	45
Obrázok 13 – subjektívne vnímanie stresu operátorov ZOS pri telefonáte s JDS v súvislosti s počtom zažitých telefonátov operátorov ZOS s JDS .....	45
Obrázok 14 – vnímanie prevahy pohlavia operátormi ZOS pri telefonáte s JDS	46
Obrázok 15 – vnímanie prevahy vekovej kategórie operátormi ZOS pri telefonáte s JDS.....	47
Obrázok 16 – vnímanie pohlavia a vekovej kategórie JDS operátormi ZOS pri volaní s JDS .....	47
Obrázok 17 – počet zúčastnení sa na školení ohľadom problematiky vedenia hovoru s JDS .....	48
Obrázok 18 – možnosť zúčastnenia sa na školení ohľadom problematiky vedenia hovoru s JDS ročne.....	48

Obrázok 19 – počet zúčastnení sa operátorov ZOS na školení so zameraním na problematiku vedenia hovoru s JDS na základe počtu možností zúčastnenia sa tohto školenia ročne.....	49
Obrázok 20 – subjektívne vnímanie operátorov ZOS v zmene počtu telefonátov s JDS za posledných 5 rokov s ohľadom na dobu, kedy prebiehala pandémia Covid-19 a/alebo prebieha konflikt na Ukrajine .....	51



## 11 ZOZNAM POUŽITÝCH TABULIEK

Tabuľka 1 – Počet samovrážd na území dnešnej ČR.....	19
Tabuľka 2 – SAD PERSONS SCALE.....	22
Tabuľka 3 – Rizikové a ochranné faktory samovraždy .....	28
Tabuľka 4 – Medzinárodná klasifikácia chorôb – MKCH-10 .....	29
Tabuľka 5 – Porovnanie využitia typovej činnosti STČ 02/IZS so znalosťou obsahu typovej činnosti STČ 02/IZS operátorov na ZOS.....	44
Tabuľka 6 – Vyrovnávanie sa s hovorom s JDS po jeho ukončení.....	46
Tabuľka 7 – Najčastejšie dôvody uvádzané JDS operátorom ZOS ako príčiny úmyslu spáchať samovraždu .....	50

## 12 ZOZNAM PRÍLOH

Príloha 1 – Dotazník

Dobrý den, jmenuji se Daniela Lazoriková a studuji obor Zdravotnický záchranář na Fakultě biomedicínského inženýrství Českého vysokého učení technického v Praze. Chtěla bych Vás požádat o vyplnění krátkého dotazníkového šetření, které vykonávám v rámci své bakalářské práce na tému *Problematika tiesňového volania pacientmi so suicidálnymi sklonmi*.

Předem Vám děkuji za Váš čas.

**1) Ve kterém kraji se nachází zdravotnické operační středisko (ZOS), na kterém pracujete?**

- ZOS Hlavního města Prahy
- ZOS Středočeského kraje
- ZOS Plzeňského kraje
- ZOS Jihočeského kraje
- ZOS Moravskoslezského kraje
- ZOS Královohradeckého kraje
- ZOS Ústeckého kraje
- ZOS Libereckého kraje
- ZOS Pardubického kraje
- ZOS Zlínského kraje
- ZOS Karlovarského kraje
- ZOS kraje Vysočina
- ZOS Jihomoravského kraje
- ZOS Olomouckého kraje

**2) Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?**

- Vyšší odborné - DiS.
- Vysokoškolské - Bc.
- Vysokoškolské - Ing.
- Vysokoškolské - Mgr.
- Vysokoškolské - ARIP
- Vysokoškolské - MUDr.
- Vysokoškolské – doktorské - Ph.D.

**3) Jak dlouho pracuje na zdravotnickém operačním středisku, jako operátor?**

- Méně jak 5 let
- 6-10 let
- 11-15 let
- 16-20 let
- Více jak 20 let

**4) Zažili jste někdy během trvání Vašeho pracovního poměru na ZOS volání s jedincem demonstrujícím sebevraždu?**

- Ne
- Ano, jednou
- Ano, nejvíce desetkrát
- Ano, více jak desetkrát

5) Na stupnici 1-5, jak moc se považujete za subjektivně dostatečně připraveného člověka na telefonát s jedincem demonstrujícím sebevraždu? (1 = nejlépe, 5 = nejhůře)

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

6) Na stupnici 1-5 jak moc jste obeznámen/a s obsahem typové činnosti STČ 02/IZS? (1 = umím ji přesně popsat, 5 = nikdy jsem o ní neslyšel/a)

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

7) Na stupnici 1-5, jak často postupujete po přijetí telefonátu s jedincem demonstrujícím sebevraždu, podle typové činnosti IZS při společném zásahu, konkrétně STČ 02/IZS, která hovoří o demonstrování úmyslu sebevraždy? (1 = vždy, 5 = nikdy)

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

**8) Na stupnici 1-5, jak moc považujete telefonát s jedincem demonstrujícím sebevraždu za stresující? (1 = je velmi stresující, 5 = není vůbec stresující)**

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

**9) Jak se vyrovnáváte s hovorem s jedincem demonstrujícím sebevraždu po jeho ukončení? (možnost více odpovědí)**

- Sdílení s kolegou, popřípadě s týmem spolupracovníků
- Rekapitulace telefonátu v hlavě pro ujištění správnosti mých postupů
- Společenské aktivity s přáteli, rodinou
- Relaxační techniky a sportovní aktivity
- Vyhledání psychologické pomoci
- S hovorem se nijak nevyrovnávám
- Iné:

**10) Přijímáte telefonáty od jedince demonstrující sebevraždu častěji od mužského nebo ženského pohlaví?**

- Mužského pohlaví
- Vnímám to stejně
- Ženského pohlaví

**11) V jaké věkové kategorii přijímáte nejčastěji telefonáty od jedince demonstrujícího sebevraždu?**

- do 18 let
- 19-30 let
- 31-50 let
- 51 let a více
- Nevím

**12) Kolikrát jste se zúčastnili školení se zaměřením na problematiku vedení telefonického hovoru s jedincem demonstrujícím sebevraždu?**

- Nikdy
- 1 krát
- 2-5 krát
- 6-10 krát
- více jak 10 krát

**13) Kolikrát ročně máte možnost se zúčastnit školení se zaměřením na problematiku vedení telefonického hovoru s jedincem demonstrujícím sebevraždu?**

- Nemám tuto možnost
- 1 krát
- 2-5 krát
- více jak 5 krát

**14) Jaké nejčastější důvody uvádí jedinec demonstrující sebevraždu jako příčiny jeho úmyslu spáchat sebevraždu? (možnost více odpovědí)**

- Bydlení
- Covid-19/konflikt na Ukrajině
- Domácí násilí
- Duševní problémy
- Finanční problémy
- Šikana
- Partnerské vztahy
- Rodinné vztahy
- Osamělost
- Úmrtí blízké osoby
- Závislosti
- Zdravotní problémy
- Znásilnění
- Iné

**15) Na stupnici 1-5, zaznamenali jste nárůst počtu telefonátů s jedincem demonstrujícím sebevraždu za podledních 5 let kdy probíhala pandemie Covid-19 a/nebo probíhá konflikt na Ukrajině ? (1 = ano, zaznamenal/a jsem nárůst, 5 = ne, zaznamenal/a jsem pokles)**

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5