

Sebevraždy a jejich psychosociální aspekty

Klára Novotná

Bakalářská práce
2016



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav zdravotnických věd

akademický rok: 2015/2016

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: Klára Novotná
Osobní číslo: H13806
Studijní program: B5350 Zdravotně sociální péče
Studijní obor: Zdravotně sociální pracovník
Forma studia: prezenční

Téma práce: Sebevraždy a jejich psychosociální aspekty

Zásady pro vypracování:

Studium odborné literatury.

Vymezení pojmů a teoretických východisek z oblasti sebevražd a jejich psychosociálních aspektů.

Příprava metodiky výzkumné části.

Realizace průzkumu kvantitativní metodou.

Zpracování, vyhodnocení a interpretace získaných dat.

Prezentace výsledků šetření, jejich shrnutí a návrh doporučení pro praxi.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

DURKHEIM, Emile. *Suicide a study in sociology*. New Yourk: The Free Press, 1951, 399 p. ISBN 0-684-83632-7.

LÁTALOVÁ, Klára. *Bipolární afektivní porucha*. Praha: Grada Publishing, 2010, 207 s. ISBN 978-80-247-3125-4.

LÁTALOVÁ, Klára, Dana KAMARÁDOVÁ a Ján PRAŠKO. *Suicidita u psychických poruch*. Praha: Grada Publishing, 2015, 211 s. ISBN 978-80-247-4305-9.

MONESTIER, Martin. *Dějiny sebevražd: dějiny techniky a zvláštnosti dobrovolné smrti*. Praha: Copyright, 2003, 409 s. ISBN 80-903001-8-9.

ŠPATENKOVÁ, Naděžda a kol. *Krizová intervence pro praxi*. Praha: Grada Publishing, 2011, 189 s. ISBN 978-80-247-2624-3.

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.**

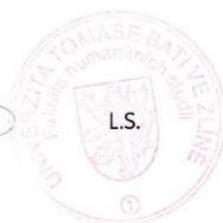
Ústav zdravotnických věd

Datum zadání bakalářské práce: **16. prosince 2015**

Termín odevzdání bakalářské práce: **20. května 2016**

Ve Zlíně dne 16. prosince 2015


doc. Ing. Anežka Lengálová, Ph.D.
děkanka




Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.
ředitelka ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- o odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby ¹⁾;
- o beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- o na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 ²⁾;
- o podle § 60 ³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- o podle § 60 ³⁾ odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- o pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- o elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- o na bakalářské práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně 19.2.2016

.....
Mocná

1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:

(1) Vysoká škola nevydělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) *Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlášení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.*

(3) *Platí, že odevzdaním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.*

2) *zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:*

(3) *Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, ušije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacího zařízení (školní dílo).*

3) *zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:*

(1) *Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.*

3). *Odříká-li autor takového díla udělit svolení bez vášného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nalozazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.*

(2) *Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užit či poskytnout jinému licencí, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.*

(3) *Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jím dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlídá k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.*

ABSTRAKT

Bakalářská práce se zabývá sebevraždami a jejich psychosociálními aspekty. V teoretické části jsou popsány nejzákladnější definice, rozdělení rizikových faktorů sebevražd, dělení sebevražd podle věkové kategorie a motivy sebevražd. Dále se zabývá přístupy sebevražedného jednání, suicidalitou u psychických poruch, statistikou a hodnocením sebevražd. V neposlední řadě se věnuje prevenci a první pomoci sebevražd.

Cílem praktické části je zjistit názor žáků středních škol na problematiku sebevražd a výsledky porovnat se statistickými údaji dostupnými v České republice. Kvantitativním výzkumem pomocí dotazníkového šetření zkoumám, co je podle žáků středních škol nejčastější příčinou sebevražd, jak se vyrovnají s tím, když je něco trápí, a zda vůbec vědí, kde by mohli hledat pomoc.

Klíčová slova: sebevražda, sebevražedné jednání

ABSTRACT

My bachelor thesis deals with suicides and their psychosocial aspects. Theoretical part describes the most basic definitions, classification of risk factors of suicides, classification of suicides according to age category and motives of suicides. Then it deals with attitudes to suicidal behaviour, suicidality of psychological disorders, statistics and evaluation of suicides. And last but not the least it deals with suicide prevention and first aid. The goal of the practical part is to find out what secondary school students think about suicides and compare the results with statistics available in the Czech Republic. Quantitative research based on questionnaire finds out what is the most frequent cause of suicides, how they cope with their troubles and if they even know where to search for help.

Keywords: suicidal behaviour, suicidality

Ráda bych poděkovala Mgr. Zlatici Dorkové, Ph.D. za odborné vedení mé bakalářské práce. Za její ochotu, pomoc a připomínky, které byly velmi nápomocné při tvorbě této bakalářské práce. Dále bych chtěla poděkovat Mgr. Daně Tománkové a dalším pracovníkům za jejich ochotu při realizaci průzkumu na střední škole průmyslové, hotelové a zdravotnické, kteří se mnou spolupracovali velmi ochotně a vstřícně.

Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské/diplomové práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

OBSAH

ÚVOD	10
I TEORETICKÁ ČÁST	12
1 SEBEVRAŽDA	13
1.1 FORMY SUICIDIÁLNÍHO JEDNÁNÍ	16
1.2 RIZIKOVÉ FAKTORY SEBEVRAŽD	17
1.2.1 Biopsychosociální rizikové faktory sebevraždy.....	17
1.2.2 Environmentální rizikové faktory sebevraždy	17
1.2.3 Sociokulturní rizikové faktory sebevraždy	17
1.3 DĚLENÍ SEBEVRAŽD PODLE VĚKOVÉ KATEGORIE.....	17
1.4 MOTIVY SEBEVRAŽDY	18
2 PŘÍSTUPY SEBEVRAŽEDNÉHO JEDNÁNÍ	20
2.1 MEDICÍNSKÝ PŘÍSTUP	20
2.2 SOCIOLOGICKÝ PŘÍSTUP	20
2.3 PSYCHOLOGICKÝ PŘÍSTUP	21
2.4 MYŠLENKY NA SMRT	22
2.5 PRÁVNÍ ÚPRAVA SEBEVRAŽD	23
3 SUICIDIALITA U PSYCHICKÝCH PORUCH	24
3.1 SCHIZOFRENNÍ PSYCHÓZY	25
3.2 ORGANICKÉ DUŠEVNÍ PORUCHY	27
3.3 PŘÍSTUP K SEBEVRAŽEDNÝM MYŠLENKÁM	28
4 HODNOCENÍ SEBEVRAŽD	31
5 PREVENCE SEBEVRAŽD	33
5.1 METODY SUICIDIA	34
6 PRVNÍ POMOC	35
II PRAKTICKÁ ČÁST	39
7 ÚVOD DO PRAKTICKÉ ČÁSTI	40
7.1 VÝZKUMNÝ PROBLÉM A VÝZKUMNÉ OTÁZKY	40
7.2 VÝZKUMNÁ STRATEGIE A TECHNIKA SBĚRU DAT	40
7.3 VÝBĚR VÝZKUMNÉHO VZORKU	41
7.4 ANALÝZA A INTERPRETACE VÝZKUMNÝCH DAT.....	41
7.5 DEMOGRAFICKÉ ÚDAJE	42
7.6 NÁZORY A INFORMOVANOST ŽÁKŮ V PROBLEMATICE SEBEVRAŽD	46
7.7 INFORMACE O PREVENCI SEBEVRAŽD	56
7.8 DISKUZE.....	65
ZÁVĚR	67
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	68
SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK	70
SEZNAM GRAFŮ	71
SEZNAM TABULEK	72
SEZNAM PŘÍLOH	73

ÚVOD

Problematika sebevražd se vyskytuje už mnoho let, avšak o tomto tématu se v naší společnosti málo mluví, stejně jako o tématu smrti. Mám pocit, že lidé o těchto věcech bojí mluvit. Podle mého názoru je to špatně, naopak si myslím, že tohle téma by mělo být normální v naší společnosti a neměli bychom nad tímto tématem zavírat oči, ale spíše se snažit tento problém minimalizovat.

Téma sebevraždy a jejich psychosociální aspekty jsem si vybrala proto, že mě zajímá. Objevuje se v mém okolí čím dál více sebevražd, jak u mladistvých, tak u dospělých i seniorů. Chtěla bych touto bakalářskou prací oslovit čtenáře a objasnit jim problematiku sebevražd. A navíc v naší profesi zdravotně sociálního pracovníka/sociálního pracovníka se se sebevraždami můžeme setkat kdekoliv, ať už v Domovech pro seniory, v nemocnicích, v psychiatrických léčebnách, tak i v dalších sociálních nebo zdravotnických zařízeních.

Tato bakalářská práce je rozdělena do dvou částí. První, teoretická část, obsahuje sedm kapitol. V první kapitole nazvané sebevražda budou popsány definice sebevražd, typy sebevražd, formy suicidálního jednání, rizikové faktory sebevražd, které jsou velmi důležité, dále bude obsahovat dělení sebevražd podle věku. Druhá kapitola bude zaměřena na přístupy sebevražedného jednání, jako je medicínský, sociologický, psychologický přístup, poté bude zahrnovat myšlenky na smrt. Třetí kapitola se bude věnovat suicidalitě u psychických poruch, v níž rozeberu schizofrenní psychózy, bipolární afektivní poruchu, organické duševní poruchy jako je Alzheimerova choroba, Parkinsonova choroba, roztroušená skleróza. Čtvrtá kapitola mé bakalářské práce se bude zabývat statistikou sebevražd. Zde budu uvádět sebevraždy podle pohlaví a věku, sebevraždy podle způsobu provedení, sebevraždy podle měsíců v roce, dnů a týdnů. Pátá kapitola se bude zabývat hodnocením sebevražd. V kapitole budu rozebírat hodnocení, kdy máme hodnotit, co máme hodnotit, charakteristiku hodnocení, jak hodnotit a k čemu hodnocení vede. Šestou, předposlední kapitolou bude prevence sebevražd, tuto kapitolu považuji za velmi důležitou část mé bakalářské práce. Dále zde budou uvedeny metody suicidia. Poslední sedmou kapitolou bude první pomoc při sebevraždě, také velmi důležitá kapitola, která bude obsahovat návod, co dělat, když přijdeme do kontaktu se sebevrahem a také bude obsahovat odbornou pomoc, jakou je ambulantní léčba, psychoterapie, krizová intervence.

Druhou částí mé bakalářské práce je praktická část, ve které se chci zaměřit na středoškolské studenty a jejich názor na sebevraždu a porovnat je se statickými údaji dostupnými v České

republice. Výzkum bych chtěla provádět kvantitativní metodou, pomocí dotazníkového šetření.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 SEBEVRAŽDA

Sebevražda pochází z latinského slova *suicidium*. Jedná se o čin vědomého a úmyslného ukončení vlastního života, kdy člověk, který takový čin uskuteční, se nazývá sebevrah. Sebevražda je stigmatizující pojem, který souvisí s morálním odsouzením jedince, který se záměrně o život připravil. Z pohledu křesťanského náboženství je sebevražda pokládána za těžký hřích (Látalová, Kamarádová a Praško, 2015, s. 9).

Durkheim popisoval sebevraždu jako případ smrti, který je přímým nebo nepřímým důsledkem jednání spáchaného jedincem, o kterém věděl, že vede ke smrti (Koutek a Kocourková, 2003, s. 12).

Masaryk rozlišuje sebevraždu v širším a užším pojetí. Sebevražda v rozvinutějším pojetí je nepřirozený druh smrti, který si člověk přivodil svým neúmyslným jednáním. V omezenějším pojetí je sebevražda spáchána jedincem, který si přál uvědoměle a záměrně zemřít (Koutek a Kocourková, 2003, s. 12).

Stengel sebevraždu vymezí jako úmyslný a sebepoškozující čin, při kterém si daný jedinec nemůže být jistý, zda jej přežije (Koutek a Kocourková, 2003, s. 12).

Říčan (1995) užívá pojmenování *suicidium*, což vysvětluje připomínkou, že záměrně neužívá slovo sebevražda, jenž má odsuzující důraz, který není u určitých suicidií na místě (Látalová, Kamarádová a Praško, 2015, s. 9).

Růžička (1968) popisuje sebevražedné chování jako spojování interního, citového založení jedince a působení externího sociálního, ekonomického, kulturního tlaku a s nimi podobných postojů (Vykopalová, 2002, s. 130).

Hartel v roce 1993 definoval *suicidium*, jako vědomý konec vlastního života. Je to reakce na těžkou životní situaci spojenou se ztrátou smyslu života. Jedná se o poruchu sebezáchovy, výskyt duševních nemocí, neschopnost řešit problém, neúspěch, nezpůsobilost zvládnout samotu (Vykopalová, 2002, s. 130).

Definice sebevraždy podle Vieweghovy knihy říká, že za sebevraždu se považuje sebezničující jednání, které vyznačuje úmysl dobrovolně ukončit vlastní život a zvolit k tomuto činu prostředky, u kterých předpokládáme, že povedou k sebevraždě (Viewegh, 1996, s. 19).

Typy sebevražd

Typy sebevražd můžeme rozdělit do různých skupin podle autorů. Zde si uvedeme rozdělení sebevražd podle Vágnerové (1999) a podle Koutka a Kocourkové (2003). Rozdělíme si nejčastější a nejběžnější druhy sebevražd.

Bilanční sebevražda

Jedná se o typ sebevraždy, která se projevuje už předchozím bilancováním, kdy jedinec dojde k závěru, že není jiné východisko z jeho bezvýchodné situace. Jedná se o dlouhodobé působení vážných osobních motivů. Jedinec si přeje opravdu zemřít a okolnosti tohoto jednání si nejdříve pořádně naplánuje a zváží. Bilanční sebevraždy jsou většinou dokonané. Příkladem může být sebevražda trpícího člověka nevléčitelnou chorobou, starého a nemocného člověka, který žije sám a nic příznivého už ho od života nečeká (Vágnerová, 1999, s. 248).

Impulzivní sebevražda

Můžeme ji nazvat i jako zkratkovitou. Vzniká náhlým rozhodnutím, obvykle nejde o vážný úmysl zemřít. Člověk jedná v afektu, zkratkovitě, impulzivně, neuvažuje o prostředcích ani o možných důsledcích a volí cokoli, co je pro něj dosažitelné k vyřešení těžké situace. Obvykle tento sebevražedný pokus můžeme chápat jako volání o pomoc. Jedná se například o špatnou známku ve škole nebo náhlé úmrtí partnera (Vágnerová 1999, s. 248–249).

Skupinové sebevraždy

Často se setkáváme s označením sebevražedné chování více lidí. Původce skupinové sebevraždy si může dokazovat svou vlastní hodnotu a moc nad druhými jedinci. Při dnešní sociokulturní úrovni, se nejčastěji objevují sebevraždy členů sekt, kteří se kolektivně pod vedením svého vůdce, rozhodnou ukončit svůj život. Motivací je většinou úsilí získat něco lepšího a hodnotnějšího (Vágnerová, 1999, s. 249).

Demonstrativní sebevražda

Čin, jehož cílem není smrt, ale snaha vyřešit svízelnou situaci, kde je cíl orientován vědomě a úmyslně. Někdy i demonstrativní sebevražda může skončit smrtí nebo nešťastnou náhodou (Koutek a Kocourková, 2003, s. 31).

Rozšířená sebevražda

Má jednoznačný patologický podklad. Jedná se o případ, kdy duševně nemocného jednotlivce napadne pod vlivem depresivního prožívání myšlenka, že spáchá sebevraždu a vezme s sebou ještě někoho ze svých blízkých osob (Koutek a Kocourková, 2003, s. 32).

Sebezabití

Zničení vlastního života, kterému chyběl vědomý záměr zemřít. Člověk, který takto jedná, nebyl schopen posoudit možné dopady svého chování, činil v afektu a nepokoušel se zabít. U některých případů se objevuje toto chování z patologických psychických jevů, jako jsou třeba bludy, halucinace a intoxikace (Vágnerová, 1999, s. 238).

Sebeobětování

Při sebeobětování chybí vědomá touha zemřít a jedinou motivací je smrt, můžeme to spíše definovat jako obětování se ve prospěch druhých lidí nebo společnosti. Jedná se o dobrovolné a svobodné rozhodnutí člověka obětovat život v zájmu hodnot, které mají aktuálně větší cenu, než sám jeho vlastní život. K sebeobětování dochází především v krajních situacích, jako je například hrozící katastrofa nebo ztráta jiné osoby (Šrajer, 2009, s. 41).

Rozdělení sebevražd podle Durkheima

Durkheim tvrdí, že individuální formy sebevražd můžeme přesněji klasifikovat. Existují tyto tři formy: egoistické, altruistické a anomické sebevraždy.

Egoistická sebevražda - můžeme ji najít u jedinců, kteří jsou málo začleněni do rodinného života. Čím větší jsou vazby v rodině, tím vyšší je imunita jedince vůči sebevraždě. Náchylnost k sebevraždě závisí na struktuře rodiny a rolích, které její příslušníci zastávají.

Altruistická sebevražda – sebevražda je zde spíše sebeobětováním se pro skupinu, například v důsledku náboženství nebo sebevraždy starých lidí, aby nezatěžovali společnost.

Anomická sebevražda - můžeme ji definovat jako chronický stav v moderní ekonomice. Je vyvolaná rozpadem hodnotových systémů. Jedná se o narušení sociální váhy jedince v důsledku nějaké sociální krize. Určité formy sociálního života jsou nefunkční a nastává změna (Durkheim, 1951, s. 14 - 15).

1.1 Formy suicidiálního jednání

Podle Koutka (2015) se formy suicidiálního jednání rozdělují do tří skupin, první skupinou jsou suicidiální myšlenky, které jsou velmi důležitým znakem. Další formou je suicidiální pokus. Ten je velmi závažným ukazatelem. Poslední formou je samotné suicidium.

Suicidiální myšlenky

Jedná se o myšlenky, co by se stalo, kdyby člověk nebyl nebo kdyby usnul a neprobudil se. Takovou otázku si položil téměř každý z nás aspoň jednou za život. Jde většinou jen o myšlenky, kde schází realizace. Tyto myšlenky se objevují většinou v dospívání. Jsou odklonitelné a velmi intenzivní. Pokud se zabýváme suicidálními myšlenkami, musíme hodnotit jejich intenzitu, kolik zabírají pacientovi času, jak jsou odklonitelné a konkrétní.

Příprava na sebevraždu vypadá tak, že postižený si například hromadí léky, sežene si zbraň, pokud je tomu tak, mluvíme tedy o suicidálních tendencích. Suicidální tendence jsou dalším krokem směřujícím k suicidiu (portal.cz, 2015).

Suicidální pokus

Je druhým stupněm sebevražedného chování. Je popsán jako každý život ohrožující akt se záměrem zemřít. Mezi suicidiem a suicidálním pokusem jsou značné rozdíly a značně se od sebe liší. U žen se vyskytuje spíše suicidální pokus, u mužů spíše dokonané suicidium. Suicidální pokus se objevuje spíše v první polovině života u obou pohlaví, naopak dokonané suicidium v druhé polovině života. Při sebevražedných pokusech jsou často použity měkké metody, to je například intoxikace léky, zatímco u dokonaných suicidií jsou voleny tvrdé metody, například střelná rána (Koutek a Kocourková, 2003, s. 28 - 29).

Suicidium

Dokonané suicidium je označováno jako sebepoškozující akt s následkem smrti, který je způsoben vědomým úmyslem zemřít. Může se objevit protahované suicidální jednání, kdy se člověk intoxikuje medikamenty opakovaně během několika dnů, kde dochází k častému zvyšování dávky. Protahované suicidální jednání může být uskutečněno různými způsoby, například pořezáním, toto chování hraničí často se sebepoškozováním, kde není úmysl zemřít (Koutek a Kocourková, 2003, s. 29–30).

1.2 Rizikové faktory sebevražd

Podle knihy s názvem Sebevražedná triáda, kterou napsali autoři Woolfová, Plathová a Kaneová (2009) si rozdělíme rizikové faktory, které se týkají sebevražd. Tyto faktory popisují, jak rozsáhlé mohou být zdroje sebevražedného jednání.

1.2.1 Biopsychosociální rizikové faktory sebevraždy

Mezi biopsychosociální faktory můžeme zařadit duševní poruchy, jako je například obsedantně kompulzivní porucha nebo deprese. Dále zde můžeme zařadit poruchy nálad, schizofrenie, úzkostné poruchy a poruchy osobnosti. Také zde zahrnujeme alkoholové a jiné závislosti, pocity beznaděje. Mohou se objevit impulzivní a agresivní tendence. Velkou roli zde hraje předchozí trauma nebo zneužití či vážná nemoc. Posledním rizikovým biopsychosociálním faktorem je předchozí sebevražedný pokus nebo sebevražda objevující se v rodinné anamnéze (Kodřlová a Čermák, 2009, s. 45).

1.2.2 Environmentální rizikové faktory sebevraždy

Environmentální rizikové faktory sebevraždy zahrnují ztrátu zaměstnání a tím způsobené finanční problémy, vztahovou nebo sociální ztrátu, jednoduchý přístup k smrtícím prostředkům a sebevraždy v okolí (Kodřlová a Čermák, 2009, s. 45).

1.2.3 Sociokulturní rizikové faktory sebevraždy

Sociokulturní rizika sebevraždy obsahují nedostatek sociální podpory, jedinec se cítí sám, izolovaný od společnosti, je smutný, zklamaný životem. Dále jsou to překážky v přístupu ke zdravotní péči, pokud jde o léčbu duševních poruch a závislostí, kulturní a náboženská přesvědčení, příkladem může být víra, že sebevražda je ušlechtilým řešením. Poté vystavení mediálními vlivům, které působí na společnost (Kodřlová a Čermák, 2009, s. 46).

1.3 Dělení sebevražd podle věkové kategorie

Uvedeme si dělení sebevražd dle věku. Vágnerová dělí sebevraždy na sebevraždy dětí, adolescentů, sebevraždy ve středním věku a sebevraždy ve stáří. Tohle dělení je podmíněno věkem, kdy v různých vývojových etapách jsou specifické určité krize.

Sebevraždy dětí

Sebevraždy dětí jsou velmi významné, jejich počet stoupá až po desátém roku života. Velkou roli zde hraje změna myšlení. Většina sebevražedných pokusů u dětí je zkratkovitým činem, například chtějí uniknout nějakému trestu (Vágnerová, 1999, s. 249).

Sebevraždy adolescentů

Motivem bývá u adolescentů většinou pocit zoufalství a zklamání, když se setká s větším problémem poprvé ve svém životě. Mají pocit, že ani budoucnost nemá další přiměřené řešení. Sebevražedný pokus u adolescentů můžeme chápat spíše jako emociální vypětí a volání o pomoc a podporu. Počet sebevražedných pokusů stoupá kolem 15. – 24. roku života, zejména u chlapců jsou sebevražedné pokusy častější (Vágnerová, 1999, s. 249).

Sebevraždy ve středním věku

V období středního věku sebevražedné pokusy nebývají tak zkratkovité, protože člověk už více zvažuje skutečné možnosti a ví, že nelze dosáhnout všeho, co si kdy přál. Za důvody můžeme považovat ztrátu partnera, problémy v zaměstnání, deprese, závislost na alkoholu (Vágnerová, 1999, s. 250).

Sebevraždy ve stáří

Počet sebevražd ve stáří je až desetkrát větší, než u středního věku. Starý člověk je více ohrožený odchodem do důchodu, ztrátou důležitých rolí, dále se objevují různá onemocnění. Díky těmto okolnostem člověk ztrácí smysl života a budoucnosti (Vágnerová, 1999, s. 249-251).

1.4 Motivy sebevraždy

Motivy sebevraždy mohou být různé. Zde si uvedeme motivy sebevraždy podle autorky Špatenkové (2011), která je uvedla ve své knize s názvem *Krizová intervence pro praxi*.

Jako první můžeme zařadit rodinné konflikty a problémy, tento motiv je velmi častý, taky se zde zahrnují erotické problémy a to spíše v adolescentním věku, poté jsou to pracovní a školní problémy, dalším častým motivem jsou problémy se somatickým onemocněním. Dále je můžeme rozdělit na motivy bez srozumitelného motivu a bez zjištěného motivu. Tyhle motivy nejsou všechny, máme spoustu dalších motivů. Motivy jsou jen dedukcí nějakého jedince a mohou se od sebevražedných motivů lišit (Špatenková, 2011, s. 137).

Následně si uvedeme spouštěcí faktory sebevraždy u dětí a dospívajících a také u dospělých. U dětí to může být například nezvládnání nároků, jež na ně kladou rodiče, týrání, sexuální zneužívání, nebo dokonce zanedbávání. Také to může být užívání drog a alkoholu, nechtěné těhotenství hlavně u dospívajících dívek, nebo rozchod s přítelem, s přítelkyní v pubertálním věku, rozvod rodičů, ztráta milované osoby a změna prostředí (Špatenková, 2011, s. 137).

U dospělých je to zejména partnerská krize, rozvod, rozchod, odchod dětí z domova z důvodu zletilosti nebo založení své vlastní rodiny, stav sociální nouze (Špatenková, 2011, s. 137).

2 PŘÍSTUPY SEBEVRAŽEDNÉHO JEDNÁNÍ

Přístupy sebevražedného jednání můžeme rozdělit do několika různých hledisek. Bývají obvykle posuzovány z hlediska medicínského, sociologického a psychologického. S těmito faktory se může zdravotně sociální pracovník/sociální pracovník na svém pracovišti setkat a měl by si na ně dát pozor.

2.1 Medicínský přístup

Můžeme ho také nazývat jako psychiatrický přístup. Je zaměřen hlavně na hledání patologických jevů. Duševní poruchy a nemoci zvyšují riziko sebevražedného jednání. Mezi možné příčiny můžeme zařadit (Vágnerová, 1999, s. 240):

Duševní onemocnění

Nemocní trpící depresí mívají často opakované sebevražedné představy a často se u nich objevuje pokus o sebevraždu. Zvýšené riziko se objevuje nejvíce u schizofreniků (Vágnerová, 1999, s. 240).

Důsledky užívání omamné látky

Alkohol je jedním z rizikových faktorů u sebevražd. U alkoholismu jsou i další odlišné důvody, jako jsou například partnerské problémy, finanční obtíže či nezaměstnanost (Vágnerová, 1999, s. 241).

Porucha osobnostního vývoje

Nevyrovnaný osobnostní vývoj zvyšuje riziko k jistému abnormálnímu chování v celkové neuspokojivosti způsobu života. Dědičná zátěž ke sklonu k sebevraždě, která nesouvisí s duševní poruchou nebo nemocí nebyla prokázána (Vágnerová, 1999, s. 241).

2.2 Sociologický přístup

Sociologický přístup bývá zaměřen na sociální faktory, které mohou zvyšovat riziko sebevražednosti. Dnes se soustředujeme spíše na psychosociální faktory, ke kterým můžeme přiřadit neuspokojivé vztahy, ztrátu sociálních vazeb a ekonomické faktory (Vágnerová, 1999, s. 243).

Podle Durkheima se může stát sebevrahem každý člověk, který se dostane do nepříznivé sociální situace. K rozvoji sebevraždy přispívají takové situace, v nichž dochází k oslabení sociální stránky života. Sociologický přístup se zaměřuje na vnější projevy suicidálního chování, které jsou zvnějšku pozorovatelné (Viewegh, 1996, s. 37- 43).

Neuspokojivé vztahy

Jako vyšší riziko sebevraždy se uvádí osamělost, nespolehlivý vztah a nedostatečná sociální podpora. Ohroženi bývají ti lidé, kteří přišli o partnera, ale i ti lidé, u kterých jsou jejich vztahy konfliktní, problematické a nepřizpůsobivé.

Pokud rodina nenaplnuje základní životní potřeby, které od ní jedinec vyžaduje, zesiluje sklon k sebevražednému chování. Mościcki uvádí, že zvýšené riziko sebevražd se později vyskytuje spíše u dysfunkčních rodin, kde se objevuje násilí nebo nepřítomnost otce v rodině (Vágnerová, 1999, s. 243).

Ztráta vazeb, sociální otřesy

Zde se projevila rizikovým faktorem migrace, čili ztráta sociálních vazeb k určitému prostředí. Lyster a Youssef (1995) zdůrazňují ve své studii, že v Irsku se pokusili častěji o sebevraždu lidé, kteří byli hůře zapojeni do společnosti, byli méně začleňováni do sociálních vazeb, žili osamoceně. Dalším z rizikových faktorů může být také emigrace. Podle švédského průzkumu mezi lidmi, kteří se pokusili o sebevraždu, je 20% emigrantů. Za riziko můžeme pokládat sociální zátěže, jako je například ztráta zaměstnání, společenské postavení, válka, dále to může být strádání sociálních vazeb emigranta a neuspokojivé zázemí (Vágnerová, 1999, s. 243).

Ekonomické faktory

Rizikový faktor zvyšujícího se sebevražedného chování představuje hospodářská krize a nezaměstnanost. Dalšími významnými faktory může být selhání životních plánů, dodávání smyslu života a ztráta optimismu. Většinou se jedná o seskupení těch faktorů, kde sebevrah nevidí naději nebo pro něj není dost skutečná (Vágnerová, 1999, s. 244).

2.3 Psychologický přístup

Tyto teorie hledají vysvětlení sebevražd prostřednictvím psychologických příčin. Zatížení, které může předvádět ztrátu jisté osobně podstatné hodnoty, obvykle směřuje k pocitu ztráty smyslu života. U některých případů vede až ke snížení pudu sebezáchovy, vedoucímu až k sebevražednému jednání. (Vágnerová, 1999, s. 244).

Klinická psychologie se pokoušela nalézt člověka s charakteristickým osobnostním profilem se sklonem k sebevražednému jednání, aby mohlo dojít k prevenci. Hledání bylo velmi náročné a dokonce se ukázalo, že žádný typický profil osobnosti sebevraha neexistuje.

Zde si uvedeme shrnutí, jaké lze z výsledků studií zobecnit, o možnostech sebevražedného jednání (Vágnerová, 1999, s. 244):

Kognitivní styl

Člověk o sebevraždě nejprve uvažuje, hodnotí situaci a hledá nějaká řešení. Suicidální jedinci nejsou schopni najít alternativní východiska svého vlastního života. Jedinec může být podmíněn úzkostí a depresí (Vágnerová, 1999, s. 245).

Emoční prožívání

Emoční prožívání bývá charakteristické depresi a zoufalstvím. Objevuje se u nich pocit viny, sociální izolace, nepřátelství, ale největší riziko, které přivádí k sebevražednému chování je stav beznaděje. Jedinec často zažívá pocit beznaděje, nedostatečné sebeúcty, záporný pohled na okolí a na svou vlastní osobu (Vágnerová, 1999, s. 245).

2.4 Myšlenky na smrt

Frankel a Kranz (1998) uvádí ve své knize s názvem O sebevraždách, několik myšlenek, které se hromadí lidem, již se o sebevraždu pokusili. Zde si uvedeme pár příkladů, které jsou velmi známé a možná některá z těchto myšlenek nás taky někdy napadla. Myšlenky lidí, kteří se o sebevraždy pokusili:

- Nezasloužím si žít.
- Mám takový vztek, že se to nedá vydržet.
- Chci, abych přestal trpět.
- Chci, abych už měl všechno za sebou.
- Jsem určen k tomu, abych zemřel.
- Nikdy se to nezlepší.
- Jsem úplně jiný, než všichni ostatní.
- Jsem naprosto opuštěný.
- Nejsem k ničemu.
- Na světě není nic v pořádku, nedává to žádný smysl.
- Nikomu nezáleží na tom, jestli jsem naživu nebo ne (Frankel a Kranzová, 1998, s. 96).

Fioreová, známá americká badatelka v knize *Život po smrti* tvrdí, že někteří lidé se nacházeli ve stavu zmatení a nerozpoznali, jestli jsou mrtví. Mnozí z nich se bezcílně toulali sem a tam a pokoušeli se promluvit se živými, ale marně. U mnoha lidí se objevuje tvrzení, že sebevrah je upoután k místu svého činu. Zůstane ve svých nutkavých představách, tak dlouho, pokud nepřijde hodina jeho normálního úmrtí. Pořád prožívá depresivní pocity nebo si přehrává okolnosti, které předcházely k sebevraždě (Jakoby, 2001, s. 156-157).

2.5 Právní úprava sebevražd

Sebevraždou neboli suicidiem se zabývá trestní zákoník. Jedná se o zákon 40/2009 Sb. Sebevražda není v našem trestním zákoníku definována jako trestný čin, ale jako trestný čin je definována účast na sebevraždě.

§ 144 Účast na sebevraždě

„(1) Kdo jiného pohne k sebevraždě nebo jinému k sebevraždě pomáhá, bude potrestán, došlo-li aspoň k pokusu sebevraždy, odnětím svobody až na tři léta.“

„(2) Odnětím svobody na dvě léta až osm let bude pachatel potrestán, spáchá-li čin uvedený v odstavci 1 na dítěti nebo na těhotné ženě.“

„(3) Odnětím svobody na pět až dvanáct let bude pachatel potrestán, spáchá-li čin uvedený v odstavci 1 na dítěti mladším patnácti let nebo na osobě stížené duševní poruchou.“
(Předpis č. 40/2009 Sb., 2016).

3 SUICIDIALITA U PSYCHICKÝCH PORUCH

Ohrožení pacienta sebevraždou vzbuzuje u psychiatra velkou nejistotu. Pokud pacient oznámí, že už nechce žít nebo že si něco udělá, zaznamenává pohotovostní reakci, která se musí hned řešit. Rizikové faktory nejsou specifické a farmakologická léčba není jasná. To všechno způsobuje stres a úzkost u pacienta, rodiny i lékaře, který je velmi nebezpečný (Látalová, Kamarádová a Praško, 2015, s. 23).

Suicidální vývoj

Suicidální chování se rozvíjí postupně a jeho myšlenky na začátku nemají konkrétní oblast, pacient si je nepřipouští a pokouší se je zahánět.

Následujícím stupněm vývoje jsou suicidální tendence, kterým se pacient nebrání, ale má k nim dvojnásobný postoj.

V dalším vývoji se pacient s myšlenkami na ukončení života ztotožňuje a začíná myslet na vhodný postup sebevraždy a jak tento způsob provést.

Poté následuje stav zklidnění a okolí může přijmout dojem, že se vše utišilo a že se stav pacienta zlepšil (Látalová, Kamarádová a Praško, 2015, s. 27).

Na začátku suicidálního vývoje můžeme pozorovat Ringelův presuicidální syndrom:

Nejprve objevuje zúžení osobního prostoru. To zahrnuje jednostranné chápání reality, člověk neví kudy kam, ochuzuje sociální vztahy, objevuje se bezmoc, pozoruje jen to, co jej znehodnocuje (Látalová, Kamarádová a Praško, 2015, s. 27).

Poté zablokovaná agresivita nebo její otočení vůči sobě, kdy se člověk stále více ujišťuje, že nemá kvality ani schopnosti, které by měl mít, sám způsobil celou situaci, cítí k sobě odpor, hněv (Látalová, Kamarádová a Praško, 2015, s. 27).

Ke konci se objevují naléhavé suicidální fantazie jako je touha být mrtev, představy o sebevraždě a o jejím postupu provedení. Sebevražda se postupně jeví, jako nejvhodnější cesta pro řešení situace utéct od bolesti a trápení (Látalová, Kamarádová a Praško, 2015, s. 27).

Diagnóza

Rozlišujeme sebevraždu biickou, motiv vystupuje z reality a nemusí být propojen s psychickou poruchou a sebevraždu patickou, kdy motiv vychází z psychopatie. Suicidialita se může taky objevit v neverbálních projevech, jak pacient odpovídá a reaguje na naše

otázky. Postoj k sebevraždě závisí na závislosti zevních událostí i na intenzitě symptomů psychické poruchy. Mezi varovné signály můžeme zařadit rozdávání majetku, kdy pacient rozdává své cenné věci, dále záporný pohled na budoucnost, který nás upozorňuje na zvýšený zájem o smrt nebo zájem o to, co bude po smrti, a také příznaky těžké deprese. Je podstatné, abychom si uvědomili, že náhlé zlepšení úzkosti nemusí označovat zlepšení stavu, ale naopak, že pacient pocítil úlevu, protože se rozhodl suicidální čin vykonat (Látalová, Kamarádová a Praško, 2015, s. 28).

3.1 Schizofrenní psychózy

Schizofrenie je duševní porucha, která má stálý průběh a projevuje se zkresleným vnímáním a myšlením. Mezi schizofrenií a sebevražedným chováním existuje velice tenký vztah. Člověk trpící schizofrenií se po vypuknutí nemoci dožívá až 10 let a nejčastější příčinou úmrtí u schizofrenie je sebevražda (Látalová, Kamarádová a Praško, 2015, s. 31).

Sebevražedné pokusy

Sebevražedné pokusy u schizofrenních pacientů jsou velmi vážné a požadují lékařskou péči. Sebevražedný zájem je obvykle tak pevný, že pokud se nepovede poprvé, sebevrah se pokusí později o další pokusy. Deprese je pokládána za hlavní faktor sebevražd. O sebevraždy se pokoušejí především ti, kteří se snažili manipulovat s jinými lidmi nebo chtěli získat podporu. K suicidálnímu pokusu došlo často ve spojitosti s interpersonálním konfliktem, zejména se členy rodiny nebo spolubydlíci. Užívání psychoaktivních látek u schizofrenie zvyšuje riziko sebevraždy. Hlavně mladé osoby zneužívající drogy jsou vystaveny zvýšenému riziku sebevražd (Látalová, Kamarádová a Praško, 2015, s. 35).

Riziko sebevraždy v dospívání

Riziko sebevraždy v období dospívání se schizofrenií je třikrát vyšší než u dospělých jedinců. U této skupiny je schizofrenie často doprovázena užíváním psychoaktivních látek. Situace osob s první epizodou schizofrenie je často doprovázena bolestivou psychologickou krizí. Významné pro prevenci sebevražd je včasné odhalení nemoci a nabídka zasahujících programů (Látalová, Kamarádová a Praško, 2015, s. 36).

Bipolární afektivní porucha

Tato porucha se vyznačuje střídáním manických a depresivních nálad. Také se můžou odhalit smíšené epizody. Manická etapa se vyznačuje pobouřením, povznesením, pacienti se cítí skvěle a to jak duševně tak i fyzicky. Tohle může setrvávat až týden. Pro depresivní etapu je typická smutná nálada, pocit bezmocnosti, přesvědčení, že nic nemá cenu a hlavním myšlenkovým tématem se objevuje úvaha o ukončení vlastního života jako jediného východiska. Nejzávažnějším rizikem této poruchy je sebevražda (Látalová, 2010, s. 21–29).

Pokusy o sebevraždu

Finská studie z roku 2006 upozornila, že během 1,5 roku po propuštění z hospitalizace se pokusilo o sebevraždu 20 % bipolárních pacientů (Látalová, Kamarádová a Praško, 2015, s. 49).

Mladší věková skupina bipolárních pacientů páchá sebevraždu častěji. Riziko se stupňuje, pokud k tomu pacienti ještě trpí poruchou osobnosti nebo pokud se sebevražedné chování odhalilo v jejich rodinách (Látalová, Kamarádová a Praško, 2015, s. 51).

Ke zvyšujícímu riziku sebevražd přispívají sebevražedné pokusy, hněv a deprese. U bipolární poruchy se zvyšuje riziko suicidálního chování užíváním návykových látek. Klinická praxe ukazuje, že je velmi významné zjistit varovné známky a včasnou intervenci, aby bylo možno zamezit sebevraždě (Látalová, Kamarádová a Praško, 2015, s. 51).

Sebevražedný pokus je důsledkem dokonalého plánování nebo také unáhleného impulzivního zkratu. Uvádí se, že riziko sebevražd u pacientů s bipolární afektivní poruchou je o 15% vyšší než u zdravých osob. Asi 50 % bipolárních pacientů vykoná během svého života aspoň jeden sebevražedný pokus a až 15% bipolárních pacientů zemře sebevraždou (Látalová, 2010, s. 36)

Prevence a léčba suicidálního chování u bipolární poruchy

Farmakoterapie- udržovací léčba pomocí lithia nebo antikonvulziv je pro prevenci základní.

Psychoterapie – jako je například rodinná, sociální nebo skupinová psychoterapie. Za poslední dobu vzrůstají důkazy o tom, že psychosociální intervence se připojuje k základní farmakologické léčbě a může pomáhat ke stabilizaci bipolární poruchy (Látalová, Kamarádová a Praško, 2015, s. 52–54).

3.2 Organické duševní poruchy

Organické psychické poruchy pokrývají velkou třídu onemocnění. Rozdělujeme je na primární a sekundární. U primárních poruch je postižen přímo mozek pacienta z různých příčin, např. tumorem, traumatem. Sekundární se objevují i pacientů s demencí, ale i u organického postižení pacientů s epilepsií, hypertenzí, diabetem (Kamarádová, Látalová a Praško, 2015, s. 106).

Jedním se symptomů jsou změny kognitivních funkcí, ale také se mohou objevit i emoční změny. Pacienti si obvykle uvědomují svůj stav a vědí, že se bude nadále zhoršovat, protože to mohli pozorovat u svých příbuzných (Kamarádová, Látalová a Praško, 2015, s. 106).

Suicidialita se také může objevit u osob pečujících o lidi s organickým postižením. Ti jsou vystaveni velmi velkému stresu. Sledují, jak se nemoc u jejich blízkých vyvíjí a bojí se, že se nemoc u nich objeví také (Kamarádová, Látalová a Praško, 2015, s. 106).

Alzheimerova choroba

Je nejčastější příčinou demence. Její výskyt roste s věkem. Jako první příznak můžeme brát narušení paměti, po které následuje dyspraxie, apraxie až agnózie. U těchto pacientů se velmi často vyskytuje deprese s nárůstem sebevražedných myšlenek. U lidí s pokročilým syndromem demence se suicidální jednání nevyskytuje tak často, protože tyto lidé většinou nejsou schopni sebevraždu naplánovat a uskutečnit (Látalová, Kamarádová a Praško, 2015, 107 – 108).

Parkinsonova choroba

Patří do kategorie degenerativních onemocnění, kdy dochází k úbytku nervových buněk. Mezi nejběžnější známky patří třes, který se častokrát objevuje na jedné z horních končetin. Následující fáze bývá spojena s depresí nebo demencí. Deprese se projevuje smutkem, psychomotorickým zpomalením, únavou a obvyklejšími sebevražednými myšlenkami (Látalová, Kamarádová a Praško, 2015, 108).

Roztroušená skleróza

Jedná se o chronické onemocnění, které se projevuje v atakách a často vstupuje překvapivě. Pacienti zasažení touto nemocí jsou v nejistotě a obavách, kdy se objeví další ataka. Tohle onemocnění znamená pro mnoho lidí změnu jejich plánů a snů a představ, právě díky těmto přeměnám dochází ke spáchání sebevražd (Látalová, Kamarádová a Praško, 2015, s. 111).

3.3 Přístup k sebevražedným myšlenkám

Sebevražda se zpravidla nestane „z ničeho nic“. Většinou vysílá člověk varovné signály, které nás varují před tím, co chystá. Někdy jsou tyhle signály jasně viditelné, protože člověk, který plánuje sebevraždu, doufá, že si někdo všimne, co se děje a poskytne mu potřebnou pomoc.

Stengel ve své knize Sebevražda a pokus o sebevraždu říká: „*Většina lidí, kteří spáchají sebevraždu, nechce ani žít, ani zemřít. Chtějí obojí najednou, obvykle jedno z toho více než to druhé*“ (Frankel a Kranzová, 1998, s. 116).

Varovné signály

Jedním z varujících signálů je rozdávání majetku. Člověk, který si plánuje sebevraždu, může říkat: „Už ho nebudu potřebovat,“ nebo „Chtěla bych, aby sis to vzal“ (Frankel a Kranzová, 1998, s. 116).

Další z výstražných signálů mohou být negativní myšlenky do budoucnosti: „Světů bude lépe, když tu nebudu,“ nebo „Mně nikdy nic nevyjde“ nebo „Už se nebudeme vídat“.

Zájem o smrt, o to co bude. Může smrt charakterizovat jako klidný a mírný postup ukončení života (Frankel a Kranzová, 1998, s. 117).

Symptomy těžké deprese obsahují změny ve vnějším vzhledu, problémy ve škole, vyčerpání, nenávisť k vlastní osobě a problémy s návykovými látky (Frankel a Kranzová, 1998, s. 118).

Jak reagovat, když někdo z našeho okolí projevuje varovné signály?

První věcí je začít o tom mluvit. Pokud budeme o sebevraždě hovořit s někým, kdo o ní uvažuje, tak situaci nemůžeme pokazit. Je velmi podstatné brát vážně toho, kdo o sebevraždě mluví. Pokud dojde k vypátrání, že je člověk nachystán svůj plán realizovat, tak bychom s ním měli setrvat a provést další opatření, jako například zavolat na linku důvěry a poprosit o pomoc. Můžeme se potkat i s termínem „aktivní posluchač“ - jedná se o člověka, který naslouchá někomu, jak mluví o vzteku, zoufalství, samotě, které vedou k sebevraždě. Několik pravidel pro aktivní naslouchání (Frankel a Kranzová, 1998, s. 119):

1. Nehádat se a neodporovat

Ponecháme člověka vyslovit jeho pocity. Pokud nám někdo řekne: „V mém životě je všechno špatně,“ nemá smysl ho přemlouvat nebo mu tvrdit, že jeho pocity jsou nerozumné, člověk sám ví, že by se neměl cítit tak hrozně, ale bohužel mu nic nepomáhá (Frankel a Kranzová, 1998, s. 120).

2. Neprojevovat překvapení nebo nesouhlas

Pokud sdělíme: „Sebevražda je hřích“ tak to nejspíš danému člověku víc uškodí. Nikdo nezvolí sebevraždu, protože se mu to zdá jako dobrý nápad, ale proto, že nemá jinou možnost. Pacient zevně může vypadat klidně a jistě (Frankel a Kranzová, 1998, s. 120).

3. Povzbuzovat ho, aby vyjádřil své pocity

Když člověk při povídání zpomalí, měli bychom mu nechat chvíli ticha a tím určíme, zda chce ještě něco říci. Pokud nic neřekne, můžeme svými slovy zopakovat, co nám povídal, abychom ho utvrdili, že jsme mu celou dobu věnovali pozornost. Například pokud pacient řekne: „Někdy se to s těmi rodiči opravdu nedá vydržet“ my na to můžeme říci: „Zdá se, že jsi na ně ještě pořád našťvaný“, dále se také můžeme zeptat, proč se tak cítí (Frankel a Kranzová, 1998, s. 121).

4. Brát všechno vážně

Lidé, kteří uvažují o sebevraždě, mají často nutkání přetvařovat se, že je všechno v pořádku, i tehdy pokud hovoří o sebevraždě. Právě smích a žertování mají oddálit veškerou pozornost. Dokonce i ten, který se někdy o sebevraždu pokusil, si z toho utahuje, dělá legraci jen, aby se někdo nedozvěděl o jeho vnitřním trápení, co prožívá (Frankel a Kranzová, 1998, s. 121).

Statistika sebevražd

Údaje o sebevraždách se získávají z Listu o prohlídce zemřelého, který vyplňuje lékař, provádějící prohlídku, ale pouze do roku 2012. Od roku 2013 tyto údaje dostává Český statistický úřad od Ústavu zdravotnických informací a statistiky České republiky. Počet lidí, kteří ukončí svůj život sebevraždou, byl historicky nejnižší v letech 1995-1996 a nejvyšší byl v 60. – 70. letech 20. století. V postupujících letech se počet sebevražd zvyšoval v letech 2012–2013, to bylo 28 % sebevražd a v roce 2014 26 % sebevražd (Sebevraždy, 2015)

Sebevraždy podle pohlaví a věku

Nejvíce sebevražd se vyskytuje až kolem 50. roku života. Kolem 60. roku života jich ubývá. V období 2010-2014 byla sebevražděnost nejvyšší u mužů ve věku 50 - 54 let a u žen byla nejvyšší kolem věku 45 - 49 a 50 - 54 let (Sebevraždy, 2015).

Sebevraždy podle způsobu provedení od roku 2010-2014

U žen kolem 60. roku života nebo i starších bylo nejčastějším způsobem ukončení života oběšení, poté skoky z výšky a jako třetí byla otrava. A naopak u mužů stejného věku bylo oběšení, dále zastřelení. U mladších mužů do 40 let věku byl nejčastější příčinou sebevraždy skok pod vlak nebo pod auto. Naopak u žen do 40 let věku se ukázalo nejčastější příčinou sebevraždy oběšení.(Sebevraždy, 2015).

Sebevraždy podle měsíců v roce a dnů v týdnu

Podle toho, co se povídá, si lidé berou život hlavně o Vánocích, kdy si uvědomují svou osamělost nebo na podzim. Podle této studie Českého statistického úřadu, je to jinak. Prosinec je měsíc, kdy je nejmenší počet sebevražd, v období 2010-2014 bylo 7 % z ročního počtu. Nejvyšší počet sebevražd byl naopak v jarních měsících. Za rok 2010-2014 to byl březen a duben, průměrně 146 úmrtí za měsíc (Sebevraždy, 2015).

Když se podíváme na počet sebevražd podle dnů v týdnu dle Českého statistického úřadu za rok 2010-2014, tak nejvíce sebevražd máme v pondělí (16,5 %) a nejméně o víkendech (13 %). Podle Českého statistického úřadu bylo evidováno průměrně 5 osob denně, které ukončily život sebevraždou. Nejvyšší denní počet sebevražd za období 2010-2014 byl evidovaný 15. 9. 2014 (Sebevraždy, 2015).

4 HODNOCENÍ SEBEVRAŽD

Při hodnocení sebevražedného rizika hovoříme s pacientem vždy s respektem a důrazem na jeho jedinečnost a hodnotu. Každou zmínku pacienta o sebevraždě musíme brát vážně. Není vhodné souzení, protože pak nám pacient nic neřekne a nejsme schopni mu pomoci. Velmi podstatné je chovat se klidně, starostlivě a projevovat vážný zájem. Kromě vlastních otázek na sebevražedné myšlenky je velmi podstatné zjistit, jak k nim došlo. Co se pacientovi v životě přihodilo, zda něco silně ranilo jeho city? Dále se také ptáme: Co mu napomáhalo k tomu, aby sebevražedným myšlenkám čelil, zda má cílevědomý postup, jak nad sebou získat kontrolu v takové situaci? Situaci pacienta a jeho výsledky léčebných intervencí je potřeba pravidelně sledovat (Látalová, Kamarádová a Praško, 2015, s. 155).

Hodnocení

Základním krokem při hodnocení suicidiality je psychiatrické vyšetření, během kterého dostane lékař informace o psychickém a medicínském vyšetření pacienta. Kladou se přímé i nepřímé otázky na suicidialitu pacienta.

- Identifikovat faktory i znaky, které mohou souviset se zvýšeným rizikem a taky mohou svědčit jako cíle další intervence,
- určit bezpečnost pacienta a jednat o dalším plánu léčby,
- uskutečnit diagnózu, která umožňuje plánování specifických intervencí (Látalová, Kamarádová a Praško, 2015, s. 156).

Kdy hodnotit

Sebevražedné myšlenky a chování jsou v dnešní době velmi běžné a je potřebné se na ně ptát všech pacientů. Níže uvádím situace, kde má být suicidiální hodnocení realizováno:

- jednotka intenzivní péče nebo krizové centrum,
- denní sanatorium, příjem do ambulantní péče,
- přerušení individuálního pozorování, propuštění z hospitalizace,
- náhlé zhoršení nebo zlepšení stavu, zhoršení v průběhu léčby,
- neuspokojivá životní situace nebo psychosociální stres (rozvod, finanční ztráta),
- počátek tělesného onemocnění (Látalová, Kamarádová a Praško, 2015, s. 156).

Co hodnotit

Při hodnocení zvažujeme možná rizika, jako jsou například rodinná situace, psychické onemocnění a předchozí trauma. Při hodnocení je velmi podstatné zhodnotit celkový stav pacienta, dále suicidialitu, na kterou se musíme zeptat. Rozhodnutí, zda pacienta nechat

hospitalizovat nebo jen v ambulantní péči hodnotíme podle:

- důležitosti suicidiality (jeho plán, jak sebevraždu spáchat),
- tělesného stavu,
- terapeutického stavu,
- významu psychopatologie (Látalová, Kamarádová a Praško, 2015, s. 157).

Charakteristiky hodnocení při psychiatrickém vyšetření:

Současná prezentace suicidiality – suicidiální myšlenky, důkazy pro beznaděj, užívání návykových látek, dostupnost sebevražedných nástrojů.

Psychiatrické poruchy – současné projevy a symptomy psychických poruch, předchozí psychiatrické onemocnění, léčby pro závislost na návykových látkách.

Anamnéza – předešlé sebevražedné jednání a další sebepoškozování, rodinná historie suicidiálních pokusů, situace v dětství.

Somatický stav – současné tělesné onemocnění, postoje k nemoci.

Psychosociální situace – akutní psychosociální krize, finanční potíže, rodinné konflikty, domácí násilí, fyzické zneužívání, problémy se zaměstnáním, hodnota rodinných vztahů, ochrana a podpora v domácím prostředí, kulturní či náboženské postoje ke smrti a sebevraždám (Látalová, Kamarádová a Praško, 2015, s. 157-158).

Jak hodnotit

Při podezření na suicidiální krizi musíme při rozhovoru otevřeně projednat problematiku sebevražd, musíme být empatičtí. Je velmi podstatné získat pacientovu důvěru a pocit, že tu nejsme od toho, abychom ho posuzovali, ale od toho, abychom mu pomohli. Největším rizikem je suicidiální plán, u kterého se posuzují čtyři složky: identita metody, dostupnost prostředků, promyšlení detailů a příprava na smrt. U zastřelení nebo skoku z mostu je větší předpoklad, že skončí smrtí, než požití léků nebo podřezání zápěstí. Dále se zaměřujeme na to, zda byl složen dopis na rozloučenou nebo závěť. Při podezření na sebevražednou krizi musíme pacienta okamžitě odeslat na psychiatrické oddělení. Pro posouzení jsou také velmi důležité informace od rodinných příslušníků a zdravotnického personálu (Látalová, Kamarádová a Praško, 2015, s. 158).

K čemu hodnocení vede

Hodnocení by mělo vyústit v léčebný plán, v němž se nejdřív zaměříme na zajištění bezpečnosti pacienta. Pacienti by neměli být necháni o samotě. Při zjišťování dbáme na to, zda byl pokus míněn vážně a zda selhal. Jaký byl podnět sebevražedného činu a jestli je pacient psychiatricky nemocný (Látalová, Kamarádová a Praško, 2015, s. 161).

5 PREVENCE SEBEVRAŽD

Uvedeme si zde několik typů prevence. Cílem prevence je snížit výskyt sebevraždného jednání v populaci a snížit tím výskyt sebevraždnosti.

Primární prevence

Zaměřuje se na pokles u výskytu sebevražd v populaci. Je zaměřena na odstranění příčin a rizikových faktorů, které vedou ke vzniku poruchy. Primární prevence je zaměřena na jedince, u kterých ještě nevznikly příznaky zjevné klinické poruchy. Významné u této prevence je posila duševního zdraví. Současný model primární prevence se zaměřuje na tři okruhy (Vágnerová, 1999, s. 106):

1. Univerzální preventivní intervence

Zaměřuje se na celkovou populaci bez ohledu na jejich rizika. Za primární intervenci můžeme pokládat například preventivní programy pro školské děti, které jsou specializovány na to, aby děti věděly, jak řešit určité situace, jak na ně reagovat (Vágnerová, 1999, s. 106).

2. Selektivní preventivní intervence

Je určena pro samotného jedince či skupinu, u nichž je zvýšené riziko poruchových projevů. Tyto skupiny nebo jednotlivci mohou být rozeznáni podle biologických a psychologických, sociálních faktorů, které směřují ke vzniku duševní poruchy. Například u lidí závislých na návykových látkách, problémech v rodině (Vágnerová, 1999, s. 106–107).

3. Indikovaná preventivní intervence

Je určena na velmi rizikové pacienty, u nichž pozorujeme určité příznaky, které ještě nesplňují znaky pro plnou kategorizaci poruchy. Například na dítě v nepříznivé situaci, při sníženém sebehodnocení (Vágnerová, 1999, s. 107).

Sekundární prevence

Zaměřuje se na včasné zachycení a léčbu klinických projevů. Součástí sekundární prevence je krizová intervence. Sekundární prevence se soustřeďuje na ty, které můžeme pokládat z hlediska suicidia za zvýšeně rizikové (Vágnerová, 1999, s. 107).

Terciální prevence

Snaží se snížit projevy klinické poruchy a také se snaží zabránit jejímu opakování. A snaha zapojit jedince do společnosti (Vágnerová, 1999, s. 107).

5.1 Metody suicidia

Spousta sebevrahů se rozhodne pro takovou metodu nebo způsob smrti, který je nejbližší povaze jejich duše. Chtějí se tím zbavit vnitřního a vnějšího tlaku, který je do téhle těžké situace dostal. Sebevrazi hledají klid, harmonii, jednotu, kterou na zemi nemůžou najít (Jakoby, 2004, s. 88).

Oběšení

Je nejrozšířenější metodou. Za prostředek k provedení této metody se nejčastěji používá provaz, poté například kapesník, rozstříhané prádlo, tkaničky, podvazky, opasky, elektrická šňůra a řemen. Někdy to záleží i na profesi sebevraha, například elektrikář se může oběsit na elektrickém kabelu (Monestier, 2003, s. 19).

Utopení

Je druhou nejčastěji používanou metodou po oběšení. Kdo si zvolí způsob sebevraždy utopením, vybere si raději řeku nebo rybník než moře. Bazény a vodní nádrže jsou až ve velkém odstupu. Většinou se sebevrazi zaleknou a pud sebezáchovy je od jejich úmyslu zastaví, a proto si poutají kolena, ruce anebo si dají do kapsy kameny (Monestier, 2003, s. 22).

Požezání a ubodání

Zacházet se střelnou a sečnou zbraní neumí každý z nás. Vyžaduje to zručnost. Nejvíce se používají nože, břitvy, dýky, sekáčky, nůžky, ostré kovové předměty a skleněné střepy (Monestier, 2003, s. 24).

Otrava jedy

V dnešní době sebevrazi dávají přednost farmakologii. Většinou kombinují tři léky, které spolknou dohromady. Další možností je jed v nápoji, který může způsobit hromadnou sebevraždu (Monestier, 2003, s. 25-26).

Skok z výšky

Tito sebevrazi si vybírají vždy nejvyšší poschodí veřejných budov, které jsou lehce přístupné, dále skok z dopravního prostředku (Monestier, 2003, s. 31).

6 PRVNÍ POMOC

První pomoc obsahuje krizovou intervenci, nalezení stresorů, navázání kontaktu a vznik terapeutického vztahu, to bývá pro zmenšení suicidální teze velmi důležité. Pacient potřebuje cítit a být si jist, že mu někdo rozumí, nesoudí ho, chápe ho takového jaký je, chce mu pomoci a podporuje ho (Látalová, Kamarádová, Praško, 2015, s. 166).

Ke snížení suicidálního rizika je velmi důležité snížení stresu vznikajícího z psychické poruchy i strachu ze smrti, k tomu je za potřebí farmakoterapie i psychoterapie. Dále snížení psychosociálního distresu vyplývajícího z životní situace pacienta. Tady je podstatné probrat pacientovu životní situaci, jeho sociální podporu a zásluhy v minulosti. Se snížením stresu vznikajícího z tělesného onemocnění a jeho léčby je podstatné poznat pacientovy obavy z jeho tělesného onemocnění, strach z bolesti, jeho obavy ze zkrácení života a pokles jeho kvality. U osob, které se trápí kvůli ztrátě blízké osoby nebo při ztrátě pozice v životě, při ztrátě somatického zdraví, je nutné respektovat stížnosti na ztrátu, dovolit jim mluvit, nechat je projevit své emoce a hledat řešení do budoucna. Další významnou součástí je rodina, o kterou se bude pacient opírat (Látalová, Kamarádová, Praško, 2015, s. 166).

Hospitalizace

Hospitalizace je nezbytná, pokud je pacient vysoce suicidální, musí být omezen jak fyzicky, tak farmakologicky. Při hospitalizaci je nad pacientem kontrola, ale také někdy není stoprocentní, protože pacient je na uzavřeném oddělení a je schopen i během hospitalizace se pokusit o sebevraždu. Dále se může hospitalizací narušit vztah terapeuta a klienta z toho důvodu, že pacienta poslal na hospitalizaci. Délka hospitalizace by měla trvat do té doby, dokud pacient nebude moci přejmout kontrolu nad bezpečím svého života a bude se moci navrátit do méně hlídaného prostředí. Denní plán by se měl zaměřit na denní aktivity, které u něj zvyšují pocit prospěšnosti (Látalová, Kamarádová a Praško, 2015, s. 166).

Ambulantní léčba

Pokud lékař při vyhodnocení určí, že situace není tak urgentní, může zvolit ambulantní léčbu, ale je zde potřeba pomoci od druhých lidí, např. rodiny, blízkých přátel, kteří můžou pacienta podpořit a trávit s ním volný čas. V případě ambulantní léčby je nezbytné, aby byl dostupný kontakt s terapeutem. Délka setkání je odlišná, ale u suicidálnějších pacientů je delší, i několikrát za týden. Velmi podstatné je, aby pacient měl pohotovostní číslo v případě nějakého problému a měl by vědět, jak se dopravit do krizového centra. Někteří

terapeuti mají pro tyto případy služební telefon, který mají zapnutý. Doporučuje se docházka do psychiatrického stacionáře. Pacienta pobídneme, aby o svých problémech mluvil s námi, ale také s rodinou a přáteli (Látalová, Kamarádová a Praško, 2015 s. 168-169).

Spolupráce mezi zdravotníky a pracovníky

Při celkové léčbě sebevražděného pacienta musíme spolupracovat s dalšími lékaři (chirurgy, internisty) a také s nelékařskými zdravotními pracovníky (psycholog, zdravotně sociální pracovník, všeobecná sestra). Taková koordinace je jednodušší při hospitalizaci, než při ambulantní léčbě. Nezbytnou součástí koordinační péče je komunikace mezi pracovníky a předávání informací. Koordinaci zpravidla stanovuje ošetřující psychoterapeut (Látalová, Kamarádová a Praško, 2015 s. 170).

Akutní léčba

Terapeut debatuje o jiných tématech, než o takových, které se týkají sebevražd, například o nedosažených životních cílech (Látalová, Kamarádová a Praško, 2015, s. 170 - 171).

První pomoc při suicidálních myšlenkách a tendencích

Suicidální myšlenky a tendence jsou popisovány verbálními a neverbálními projevy toho, jak se jejich nositel zabývá myšlenkami na sebevraždu. Tendence jsou obsahem psychiky. Každý lékař, který uskutečňuje vyšetření, si musí položit pár otázek, například:

Je úvaha o sebevraždě myšlena vážně? Jaký je motiv těchto myšlenek? Je přítomna psychiatrická porucha? Je možné zvládnout stav bez hospitalizace?

Pro posouzení těchto otázek je potřeba psychiatrického vyšetření. Pokud je riziko sebevražděného jednání význačné je za potřebí hospitalizace, v případě, že není přítomné psychiatrické onemocnění je možno užít krizových center. Pokud pacient nesouhlasí a je u něj diagnostikována opravdová deprese a psychiatrické onemocnění, musíme ho hospitalizovat i přes jeho nesouhlas (Látalová, Kamarádová a Praško, 2015, s. 174 – 175).

První pomoc při akutně hrozícím suicidálním jednání

V prvním případě je nutné, co nejrychleji posoudit situaci a navázat kontakt s postiženým. Je nezbytné se vcítit do jeho emocí. Pomoci může náš klidný postoj, přestože tomu tak není. Úmyslem první pomoci je zamezení sebepoškozujícího jednání a odvedení pacienta do bezpečí. Poté by mělo přijít psychiatrické vyšetření a vyhodnocení, zda pacientovi postačí ambulantní léčba nebo je jeho stav tak vážný, že vyžaduje hospitalizaci (Látalová, Kamarádová a Praško, 2015, s. 175).

První pomoc po suicidálním pokusu

Po každém sebevražedném pokusu podle akutní situace zasahuje nejprve lékař, poté psychiatr nebo psycholog. Vyšetření se zabývá vážností úmyslu zemřít, přítomností psychiatrické poruchy, motivací sebevražedného pokusu, recidivami a terapeutickým postupem. Za nebezpečné lze pokládat tzv. tvrdé metody. Významný je dopis na rozloučenou, tzv. závěť (Látalová, Kamarádová a Praško, 2015, s. 175).

Krizová intervence

Pokud u pacienta dochází k akutní suicidální krizi, tak by měl psychiatr jednat rychle a co nejpřesněji situaci zhodnotit a provést bezchybné kroky. Významná je také krizová intervence. Lékař může pacienta poslat na jednotku intenzivní péče nebo na psychiatrické oddělení. Většina pacientů při příjmu nepřiznává suicidální myšlenky či pokus.

První pomoc při krizi spočívá v krizové intervenci, nalezení stresorů, navázání kontaktu a vytvoření terapeutického vztahu. Uvedeme si zde nějaká pravidla při krizové intervenci. Jako první je velmi důležité navázání kontaktu s pacientem, dalším krokem je zachování klidu a hlavně nepropadání panice. Důležité je rychlé zhodnocení situace a míry ohrožení, vyjádření opravdového zájmu o pacienta. To je velmi důležité, pacient musí cítit, že o něj máme zájem a že nám na něm záleží. Poté musíme zjistit, zda zůstala ještě nějaká hodnota, a čeho chce pacient sebevraždou dosáhnout. Musíme mu nabídnout jiné alternativní řešení, nabídnout možnost pomoci, neměli bychom ho přemlouvat, aby nespáchal sebevraždu, ale dát mu najevo, že stojíme na straně života (Látalová, Kamarádová a Praško, 2015, s. 174 – 175).

Psychoterapie

Tento postup léčby je závislý na psychiatrické diagnóze. Můžeme v rámci léčby využít individuální psychoterapie. V rámci individuální psychoterapie můžeme užít psychoterapii suportivní, psychodynamicky orientovanou a kognitivně behaviorální. Velmi významná a důležitá je rodinná psychoterapie (Frankel a Kranzová, 1998, s. 107).

Individuální psychoterapie

Supportivní psychoterapie má za úkol zvládnout suicidální krizi za účelem psychiatrického onemocnění.

Psychodynamicky orientovaná psychoterapie se zabývá odhalením psychických konfliktů. Musí být přizpůsobena věku pacienta.

Psychodynamická teorie se zabývá dynamickými aspekty vzniku psychických obtíží, neklade tak zřetel na vnitřní konflikty. Pracuje s reálným prostředím.

Kognitivně behaviorální psychoterapie vystupuje z teorie, že poruchy chování jsou naučebními reakcemi, které je možné oddělit vhodnými terapeutickými technikami. Zabývá se aktuálními symptomy obtíží. Takle psychoterapie se může uplatňovat při poruchách příjmu potravy, poruchách chování, fobických poruchách (Frankel a Kranzová, 1998, s. 107).

Skupinová psychoterapie

Je významná v ambulantní i v lůžkové části. Zabývá se interpersonálními vztahy, oblastí sociálních dovedností. Cílem je zdokonalení komunikace, shrnutí zážitků a sociálních zkušeností. Může být vymezena podle věku, pohlaví a problému (Koutek a Kocourková, 2003 s. 98).

Rodinná terapie

U rodinné terapie je důležité zařadit celou rodinu. Někdy se terapeut setkává se členy rodiny dokonce i s celou rodinou dohromady. Cílem této terapie je upravit rodinné vztahy tak, aby byly pro všechny dostatečně uspokojující (Frankel a Kranzová, 1998, s. 98 - 99).

Zdravotně sociální pracovník a sebevražda

Jako zdravotně sociální pracovníci nebo sociální pracovníci se můžeme setkat se sebevrahy často. I v Domovech pro seniory, v sanatoriu, v nemocnici. Proto bychom měli vědět, jak k sebevrahovi přistupovat a komunikovat s ním do příjezdu pomoci.

V první řadě bychom měli zachovat klid, poté pokud možno zavolat policii nebo záchrannou službu. Dále bychom měli navázat oční kontakt a udržet ho co nejdéle, pokud to bude možné, zaměřit se na téma, které sebevraha zajímá. Také bychom měli projevit empatii a vžít se do situace sebevraha. Dále bychom ho měli nechat mluvit a třeba se jemně dotazovat (Sebevražda, 2016).

Co bychom neměli dělat, když se setkáme se sebevrahem? Zbytečně nedramatizovat situaci, nesmíme ho hned od sebevraždy odrazovat, nesmíme ho moralizovat, dále bychom neměli bagatelizovat jeho starosti, uklidňovat stylem „zase bude líp“, provokovat výčitky svědomí „Co vaše děti, co vaše rodina, co by na to řekli? Hrozně jim ublížíte.“ Dále povzbuzovat k sebevraždě, někdy to může fungovat, ale tohle přísluší jen odborníkům (Sebevražda, 2016).

II. PRAKTICKÁ ČÁST

7 ÚVOD DO PRAKTICKÉ ČÁSTI

Praktická část mé bakalářské práce navazuje na část teoretickou. Praktická část je zaměřena na zjištění dat, která mají přiblížit názory středoškolských žáků na problematiku sebevražd a porovnat je s dostupnými statistickými údaji ČR.

Během svého života jsem se potkala s mnoha lidmi, kteří spáchali nebo se pokusili o sebevraždu. Myslím si, že někdy je to i neznalost, jak se sebevrahy jednat, kde požádat o pomoc a jak sebevraždám zabránit. Díky mým zkušenostem a zájmu o toto téma, jsem se rozhodla zkoumat znalost a pohled žáků střední školy. Pro výzkum mé bakalářské práce jsem si vybrala techniku kvantitativního výzkumu – dotazník. Zvolila jsem cílovou skupinu žáky střední zdravotnické školy.

7.1 Výzkumný problém a výzkumné otázky

Výzkumným cílem mé praktické části bylo zjistit názor středoškolských žáků na problematiku sebevražd a porovnat je s dostupnými statistickými údaji v ČR.

Hlavní výzkumný problém:

Jaký je názor středoškolských žáků na problematiku sebevražd?

Díličí výzkumné otázky:

1. Co si myslíte, že vede lidi k sebevraždě nejčastěji?
2. V jakém věku si myslíte, že lidé páchají sebevraždu nejčastěji?
3. Co myslíte, jaký je nejčastější způsob páchání sebevraždy?
4. Ve kterém dnu v týdnu si myslíte, že lidé páchají nejvíce sebevraždu?
5. Znáte nějaké organizace či odborníky, které pomáhají lidem se sebevražednými sklony?

7.2 Výzkumná strategie a technika sběru dat

Můj průzkum probíhal na Střední škole průmyslové, hotelové a zdravotnické v Uherském Hradišti, obor Zdravotnický asistent – 1. – 4. ročník. Průzkum probíhal dotazníkovým šetřením. Ke kvantitativnímu šetření jsem využila empirickou metodu výzkumu - nestandardizovaný dotazník (viz příloha č. 1). Šetření probíhalo v období 23. 3. – 6. 4. 2016. Metodu anonymního dotazníkového šetření jsem zvolila z důvodu získání potřebných dat od většího počtu respondentů.

7.3 Výběr výzkumného vzorku

Ve škole bylo rozdáno 120 dotazníků. Dotazníky jsem předávala do rukou třídních učitelů, kteří dotazníky rozdali ve svých třídnických hodinách.

Celková návratnost činila 110 dotazníků, což je 100 %, ale vzhledem k nežádoucím odpovědím jsem deset dotazníků vyřadila. Proto budu vyhodnocovat 100 dotazníků, což je 90,9 %.

Dotazník, který byl pro tento výzkum vytvořen, se skládá ze 17 otázek. V dotazníku najdeme většinou uzavřené otázky, kdy respondenti měli vybírat z nabídky odpovědí jednu, ale i více možností. U některých otázek mohli žáci napsat i svou vlastní odpověď.

Dotazník se skládá ze tří okruhů otázek.

- **Otázky č. 1 – 4** se týkají demografických údajů.
- **Otázky č. 5 – 11** jsou zaměřeny na názory a informovanost žáků v problematice sebevražd.
- **Otázky č. 12 -17** zjišťují informace o prevenci sebevražd.

7.4 Analýza a interpretace výzkumných dat

Pro následné zpracování průzkumu byly otázky v dotazníku vyhodnoceny zvlášť, podle ročníku, do kterého respondenti chodí.

Bylo provedeno procentuální vyhodnocení a získaná data pro lepší názornost byla zpracována do tabulek a grafů. Získané výsledky zaznamenám v závěru svého průzkumu.

Před zahájením svého průzkumu jsem provedla předvýzkum, který jsem dělala na stejné škole jako průzkum. Předvýzkum probíhal tak, že jsem poslala pěti studentkám dotazník k vyplnění, pro zjištění srozumitelnosti formulací otázek a obsahu.

Dále uvádím vyhodnocení získaných dat z mého dotazníkového šetření. Veškeré výsledky dotazníkového šetření jsou zaznamenávány do tabulek a grafů.

7.5 Demografické údaje

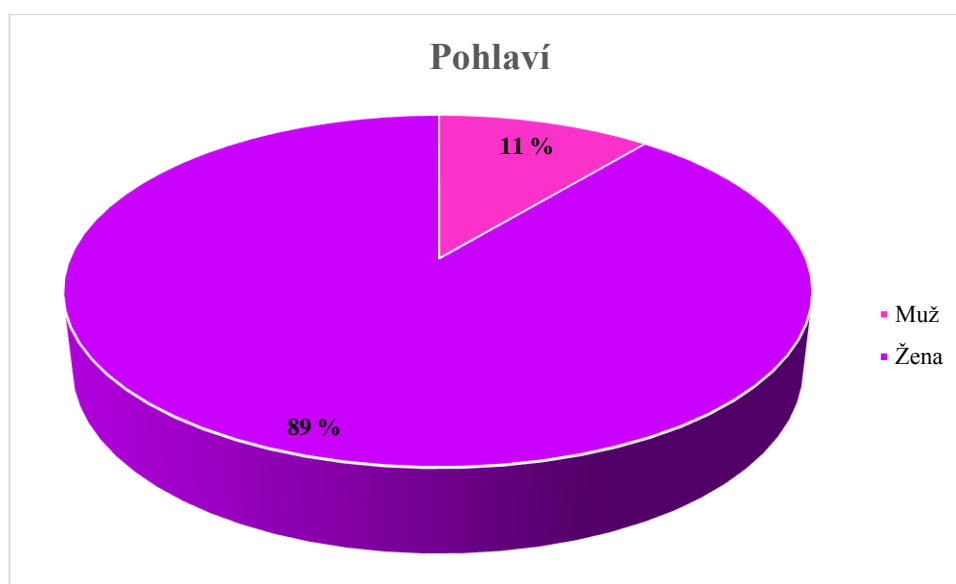
Zde zjišťuji pohlaví a věk respondentů, ročník, který respondenti navštěvují a z jaké rodiny pochází.

Otázka č. 1: Jste?

Tabulka 1: Pohlaví respondentů

Pohlaví	Absolutní četnost	Relativní četnost
Muži	11	11 %
Ženy	89	89 %
Celkem	100	100 %

Graf 1: Pohlaví respondentů



Komentář:

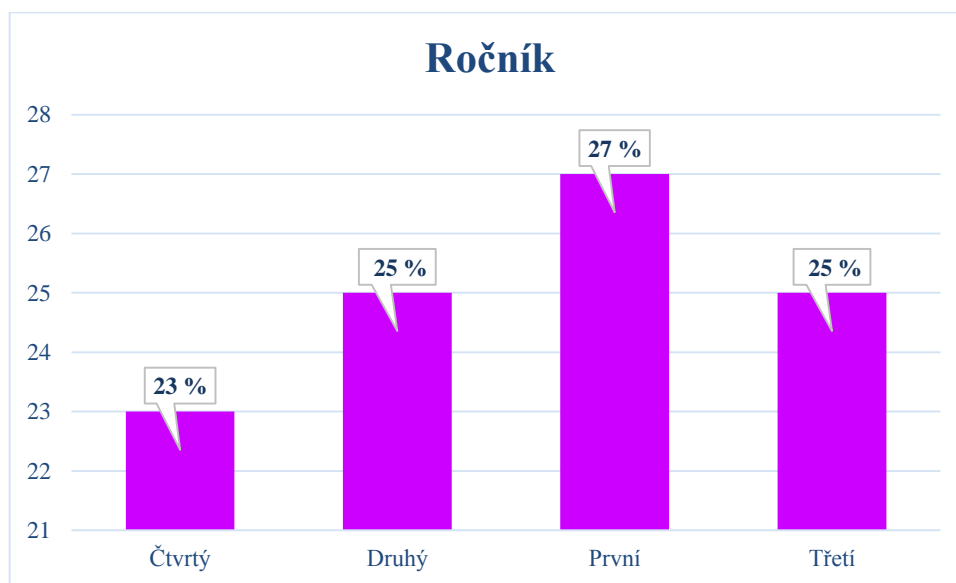
Celkový počet respondentů byl 100. Chlapců bylo 11, což tvořilo 11 % z celkového počtu respondentů, dívek bylo 89 a to tvořilo 89 % z celkového počtu respondentů.

Otázka č. 2: Který ročník navštěvujete?

Tabulka 2: Ročník, který studenti navštěvují

Odpovědi respondentů	Absolutní četnost	Relativní četnost
První	27	27 %
Druhý	25	25 %
Třetí	25	25 %
Čtvrtý	23	23 %
Celkem	100	100 %

Graf 2: Ročník, který studenti navštěvují

**Komentář:**

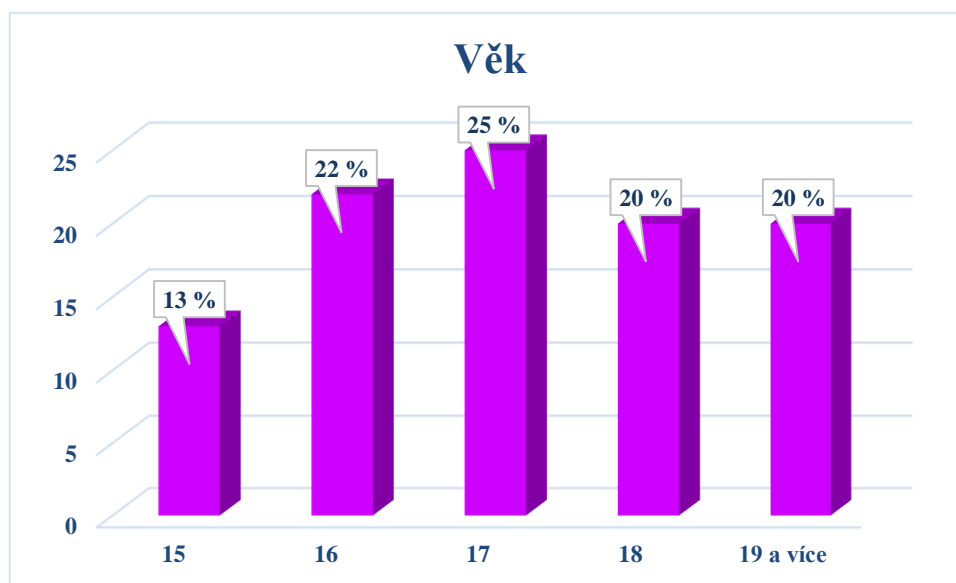
Z grafů je patrné, že z prvního ročníku máme 27 respondentů, což je 27 % z celkového počtu, z druhého a třetího ročníku je stejný počet, což je 25 % respondentů. A ze čtvrtého ročníku máme nejnižší počet, což činí 23 % respondentů.

Otázka č. 3: Kolik je Vám let?

Tabulka 3: Věk respondentů

Věk respondentů	Absolutní četnost	Relativní četnost
15	13	13 %
16	22	22 %
17	25	25 %
18	20	20 %
19 a více	20	20 %
Celkem	100	100 %

Graf 3: Věk respondentů

**Komentář:**

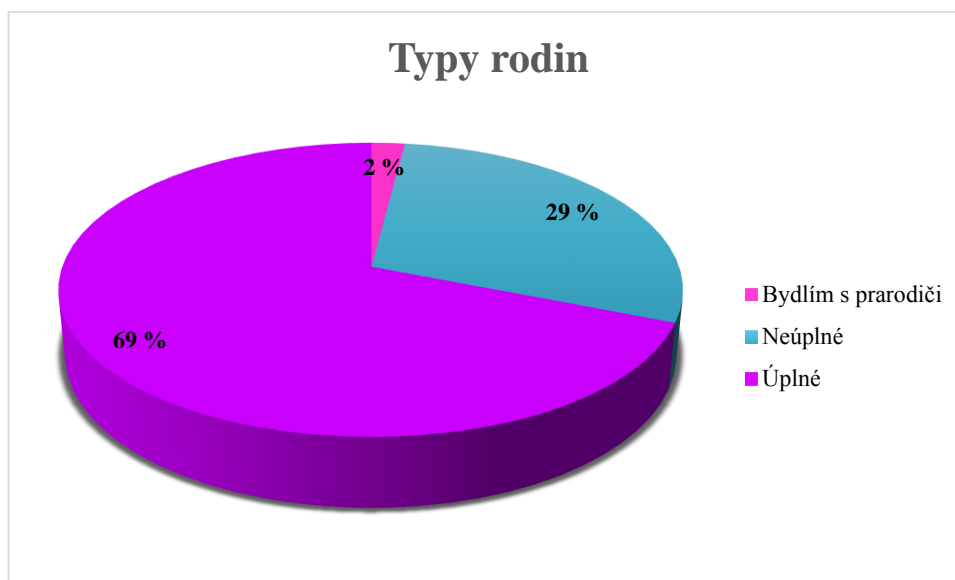
Věk respondentů se pohyboval od 15 – 19 let a více. Nejvíce respondentů bylo ve věku 17 let, což bylo 25 % respondentů. Stejný počet respondentů (20 %) uvedlo 18, 19 a více let. 16 let uvedlo 22 % respondentů. Nejméně respondentů bylo ve věku 15 let, což činí 13 %.

Otázka č. 4: Z jaké rodiny pocházíte?

Tabulka 4: Typy rodin

Typ rodinného soužití	Absolutní četnost	Relativní četnost
Úplná rodina	69	69 %
Neúplná rodina	29	29 %
Bydlím s prarodiči	2	2 %
Celkem	100	100 %

Graf 4: Typy rodin

**Komentář:**

Více než ½ respondentů, 69 % žije v úplně rodině. 29 % z celkového počtu respondentů žije v neúplné rodině. S prarodiči bydlí 2 % respondentů. Jiné odpovědi nebyly uvedeny.

7.6 Názory a informovanost žáků v problematice sebevražd

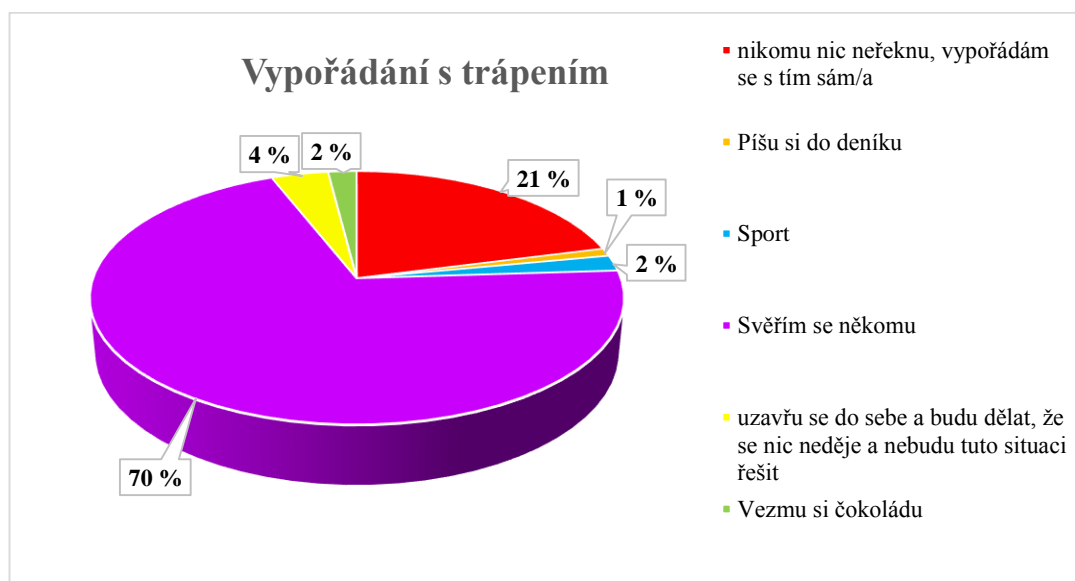
V této kapitole zjišťuji názory středoškolských žáků na problematiku sebevražd. Cílem bylo vyzkoumat, jak se žáci vypořádají s tím, když je něco trápí, dále jejich názor na sebevraždu a informovanost o sebevraždách, například zda ví, ve kterém věku lidé páchají sebevraždu nejčastěji.

Otázka č. 5: Jestliže Vás něco trápí, jak se s tím vypořádáte?

Tabulka 5: Vypořádání s trápením

Jestliže Vás něco trápí, jak se s tím vypořádáte?	Absolutní četnost	Relativní četnost
Nikomu nic neřeknu a vypořádám se s tím sám/a	21	21 %
Píšu si do deníku	1	1 %
Sport	2	2 %
Svěřím se někomu	70	70 %
Uzavřu se do sebe a budu dělat, že se nic neděje a nebudu tuto situaci řešit	4	4 %
Vezmu si čokoládu	2	2 %
Celkem	100	100 %

Graf 5: Vypořádání s trápením



Komentář:

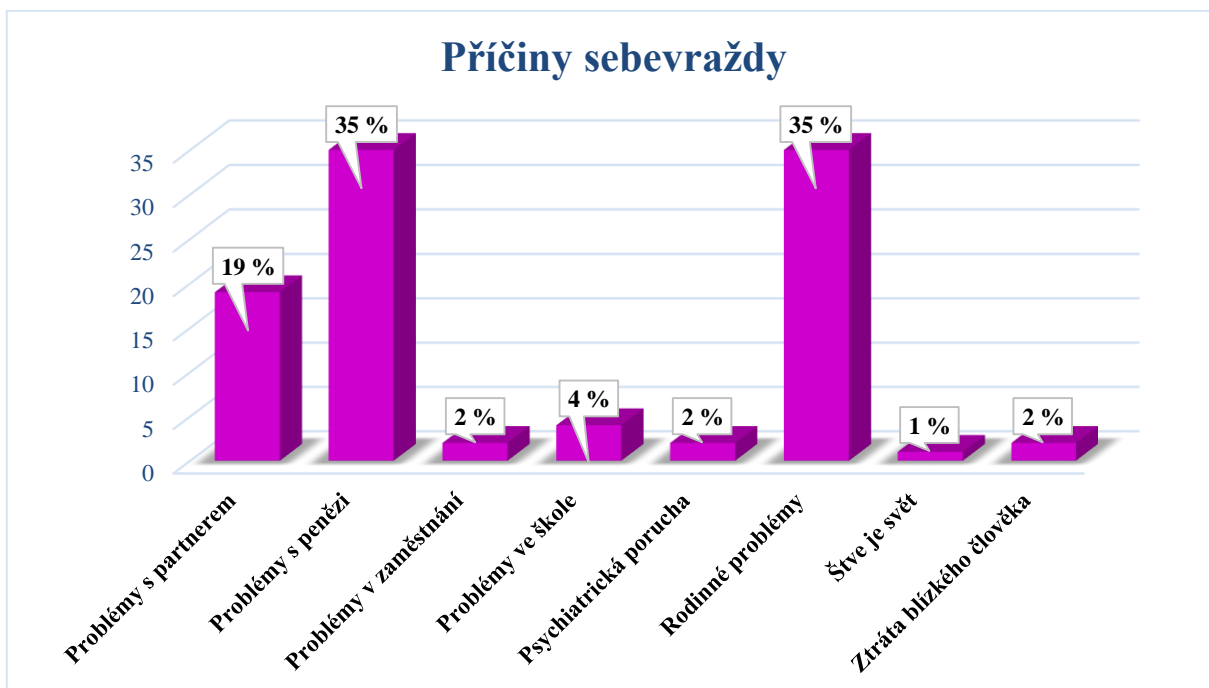
Z výsledků jsem zjistila, že 21 % respondentů ze 100 by svůj problém řešilo tak, že nikomu by nic neřekli a vypořádali se s tím sami. 70 % respondentů by svoje trápení řešilo tím, že se někomu svěří. Zbylí respondenti svůj problém řeší tím, že si píšou do deníku (1 %), vezmou si čokoládu (2 %), sportem (2 %) nebo budou dělat, že se nic neděje a nebudou tuto situaci řešit (4 %).

Otázka č. 6: Co si myslíte, že vede lidi k sebevraždě nejčastěji?

Tabulka 6: Nejčastější příčiny sebevražd

Problémy, které vedou k sebevraždě nejčastěji.	Absolutní četnost	Relativní četnost
Problémy s partnerem	19	19 %
Problémy s penězi	35	35 %
Problémy v zaměstnání	5	5 %
Problémy ve škole	4	4 %
Psychiatrická porucha	2	2%
Rodinné problémy	35	35 %
Štve je svět	1	1 %
Ztráta blízkého člověka	2	2 %
Celkem	100	100 %

Graf 6: Nejčastější příčiny sebevražd



Komentář:

35 % respondentů odpovědělo, že lidi nejčastěji vede k sebevraždě problém s penězi nebo rodinné problémy. 19 % respondentů si myslí, že je to problém s partnerem. Další respondenti označili jako důvody: ztrátu blízkého člověka (2 %), problémy ve škole (4 %), šťve je svět (1 %), problémy v zaměstnání (5 %), psychiatrická porucha (2 %).

Otázka č. 7: V jakém věku si myslíte, že lidé páchají sebevraždu nejčastěji?

Tabulka 7: Věková struktura sebevrahů

Věková skupina sebevrahů	Absolutní četnost	Relativní četnost
10 – 20let	21	21 %
21 – 40let	69	69 %
41 – 60let	10	10 %
Celkem	100	100 %

Graf 7: Věková struktura sebevrahů



Komentář:

Respondenti uvedli, že nejvíce lidí páchá sebevraždu mezi 21 – 40. rokem života (69 %), druhou nejčastější odpovědí, na kterou odpovědělo 21 % respondentů, bylo mezi 10. – 20. rokem života a jako poslední možnost uvedli mezi 41. – 60. rokem života jedince.

U této odpovědi se respondenti neshodli s Českým statistickým úřadem, protože ten uvádí, že nejvíce sebevražd je pácháno mezi 41. – 60. rokem života (u mužů i u žen).

Otázka č. 8: Myslíte si, že je sebevražda zbabělý nebo odvážný čin?

Tabulka 8: Zbabělý nebo odvážný čin

Jaký čin je sebevražda?	Absolutní četnost	Relativní četnost
Odvážný	84	84 %
Zbabělý	16	16 %
Celkem	100	100 %

Graf 8: Zbabělý nebo odvážný čin



Komentář:

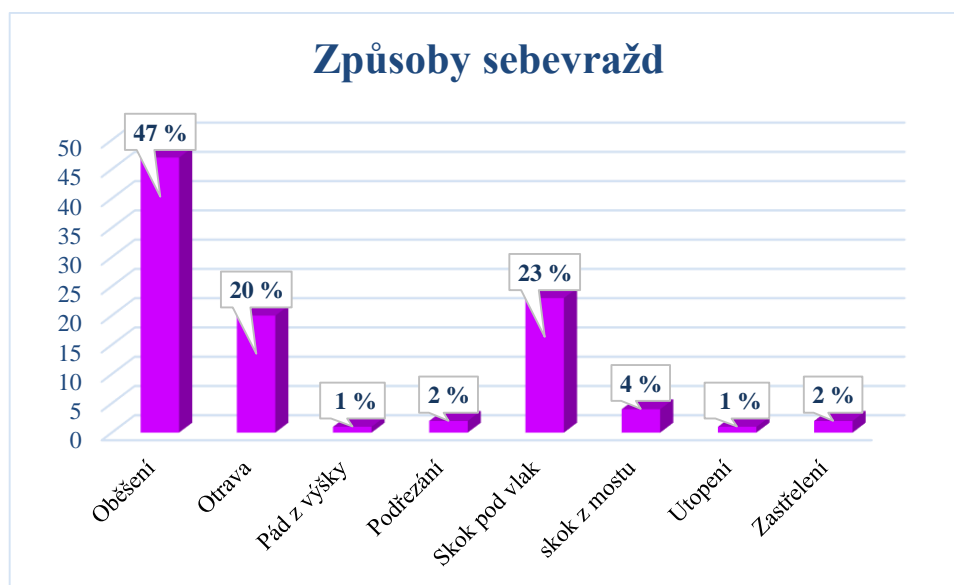
Nejvíce respondentů, čili 84 % si myslí, že je sebevražda zbabělý čin, a ostatních 16 % si myslí, že je sebevražda odvážný čin.

Otázka č. 9 Co si myslíte, že je nejčastějším způsobem páchaní sebevraždy?

Tabulka 9: Nejčastější způsob sebevražd

Nejčastější způsob sebevraždy	Absolutní četnost	Relativní četnost
Oběšení	47	47 %
Otrava	20	20 %
Pád z výšky	1	1 %
Podřezání	2	2 %
Skok pod vlak	23	23 %
Skok z mostu	4	4 %
Utopení	1	1 %
Zastřelení	2	2 %
Celkem	100	100 %

Graf 9: Nejčastější způsob sebevražd



Komentář:

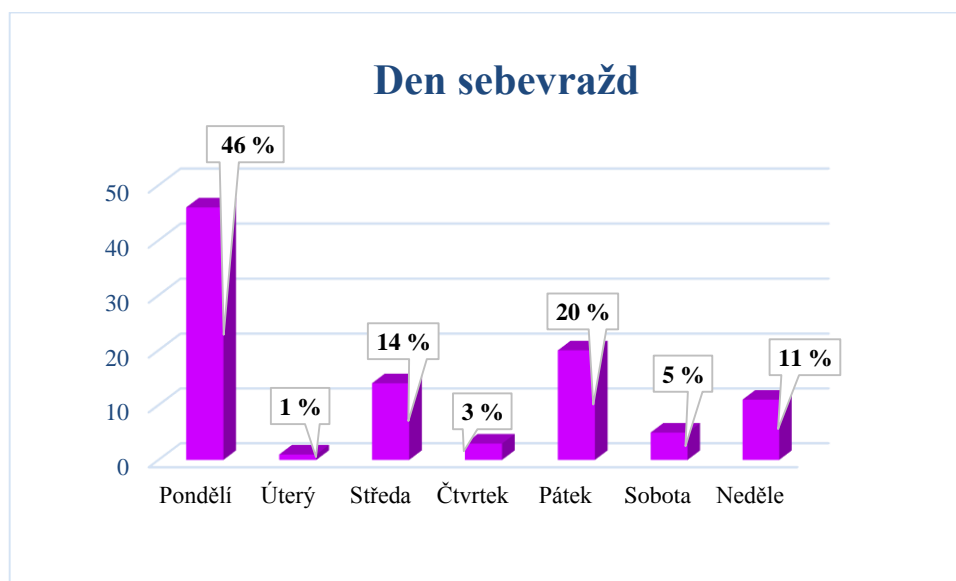
Co se týče provedení sebevraždy, tak si nejvíce žáků myslí, že nejčastějším způsobem je oběšení, což uvedla necelá půlka respondentů, 47 % z celkového počtu respondentů. Na dalším místě byl uveden skok pod vlak, to uvedlo 23 % respondentů. Na třetím místě byla uvedena otrava, tak odpovědělo 20 % respondentů. Zbýlých deset respondentů uvedlo jako nejčastější způsob páchaní sebevražd zastřelení 2 %, utopení 1 %, skok z mostu 4 %, podřezání 2 %, pád z výšky 1 %.

Otázka č. 10: Ve kterém dnu v týdnu si myslíte, že lidé páchají nejvíce sebevražd?

Tabulka 10: Nejčastější den sebevražd

Nejčastější den sebevražd	Absolutní četnost	Relativní četnost
Pondělí	46	46 %
Úterý	1	1 %
Středa	14	14 %
Čtvrtek	3	3 %
Pátek	20	20 %
Sobota	5	5 %
Neděle	11	11 %
Celkem	100	100 %

Graf 10: Nejčastější den sebevražd



Komentář:

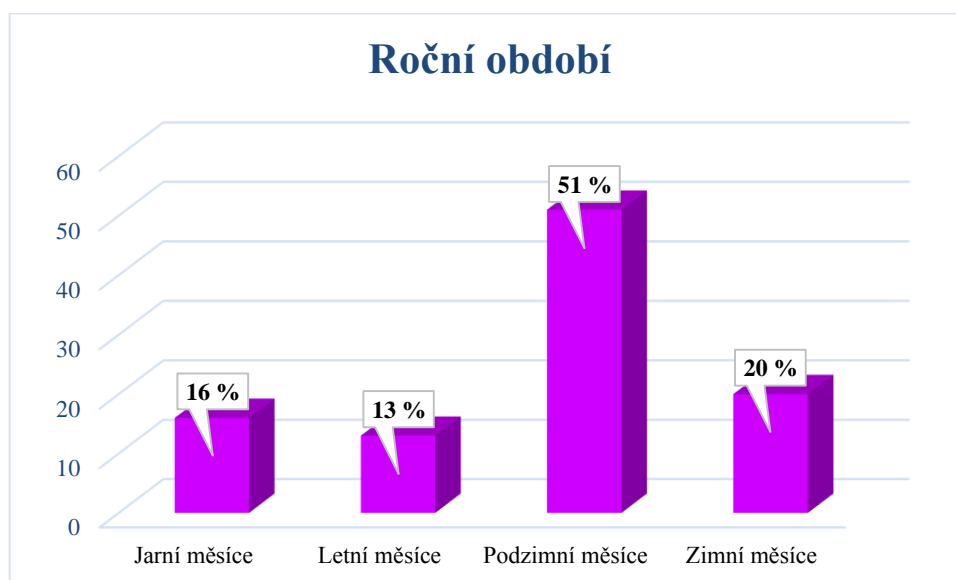
Z tabulky a grafu vyplývá, že nejčastější počet sebevražd se podle respondentů odehrává v pondělí. Na druhém místě byl pátek a na třetím místě respondenti uvedli středu. Podle Českého statistického úřadu je nejvíce sebevražd v pondělí, 16,5 % a nejméně víkendu. Odpovědi respondentů se shodovali s údaji ČSÚ.

Otázka č. 11: Ve kterém ročním období si myslíte, že se uskuteční nejvíce sebevražd?

Tabulka 11: Sebevraždy podle ročního období

Roční období a sebevražda	Absolutní četnost	Relativní četnost
Jarní měsíce	16	16 %
Letní měsíce	13	13 %
Podzimní měsíce	51	51 %
Zimní měsíce	20	20 %
Celkem	100	100 %

Graf 11: Sebevraždy podle ročního období



Komentář:

Z grafu vyplývá, že polovina respondentů (51 %) považuje za nejrizikovější podzimní měsíce. Druhou nejčastější odpovědí byly zimní měsíce (20 %), poté následovaly jarní měsíce (16 %) a nejméně sebevražd se podle respondentů vyskytuje v letním období (13 %). Podle Českého statistického úřadu je nejvyšší počet sebevražd v jarních měsících (březnu a dubnu), kdy se uvádí 146 úmrtí za měsíc.

7.7 Informace o prevenci sebevražd

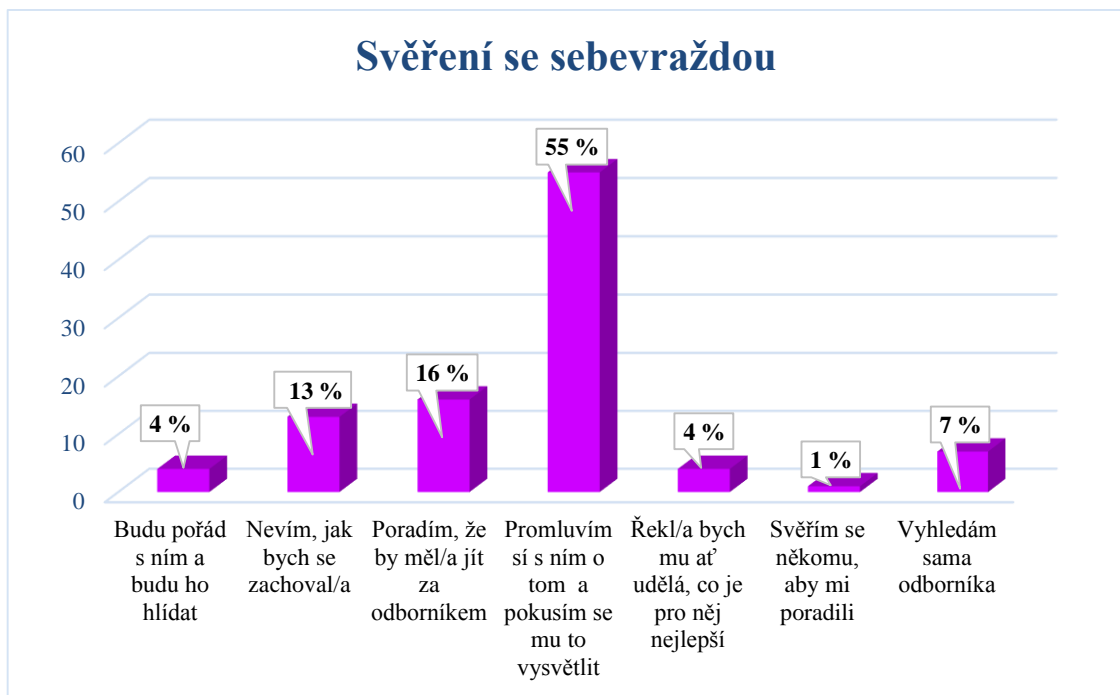
V této části dotazníku jsem se zaměřila na informovanost respondentů o prevenci sebevražd.

Otázka č. 12: Co byste udělal/a, kdyby se Vám někdo svěřil, že chce spáchat sebevraždu?

Tabulka 12: Svěření se sebevraždou

Co byste udělal/a, kdyby se Vám někdo svěřil, že chce spáchat sebevraždu?	Absolutní četnost	Relativní četnost
Budu pořád s ním a budu ho hlídat	4	4 %
Nevím, jak bych se zachoval/a	13	13 %
Poradím, že by měl/a jít za odborníkem	16	16 %
Promluvím si s ním o tom a pokusím se mu to vysvětlit	55	55 %
Řekl/a bych mu, ať udělá, co je pro něj nejlepší	4	4 %
Svěřím se někomu, aby mi poradil	1	1 %
Vyhledám sama odborníka	7	7 %
Celkem	100	100 %

Graf 12: Svěření se sebevraždou

**Komentář:**

Na otázku co byste udělal/a, kdyby se Vám někdo svěřil, že chce spáchat sebevraždu, odpovědělo 100 respondentů. Více než polovina respondentů odpověděla, že si s ním o tom promluví a pokusí se mu to vysvětlit, že sebevražda není řešení (55 %). Na druhém místě byla odpověď: „poradím, že by měl/a jít za odborníkem“ (16 %), na třetím místě byla odpověď, na kterou odpovědělo (13 %) respondentů: „nevím, jak bych se zachoval/a.“ A dále následovaly odpovědi: „vyhledám sama odborníka“ (7 %), na stejném místě se umístily dvě odpovědi (4 %): „budu pořád s ním a budu ho hlídat a řekl/a bych mu, ať udělá, co je pro něj nejlepší.“ Na posledním místě se umístila odpověď „svěřím se někomu, aby mi poradili“ (1 %).

Otázka č. 13: Ocitl/a jste se někdy v situaci, která se Vám jevila jako bezvýhodná a zdálo se Vám, že život nemá smysl?

Tabulka 13: Životní situace

Životní situace	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano, ocitl/a	41	41 %
Ne, neocitl/a	59	59 %
Celkem	100	100 %

Graf 13: Životní situace



Komentář:

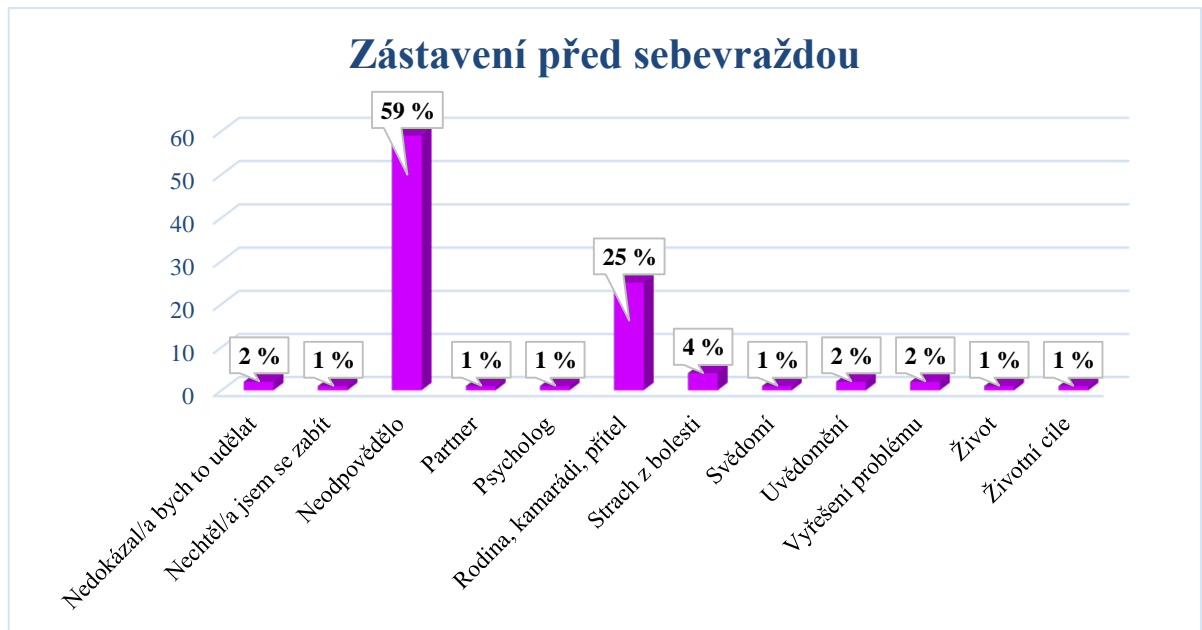
Na otázku, zda se respondent někdy ocitl v situaci, že život nemá smysl, 59 % respondentů odpovědělo, že ne a 41 % odpovědělo ano, ocitl/a.

Otázka č. 14: Pokud ano, co Vás zastavilo před řešením této situace sebevraždou?

Tabulka 14: Zástava před sebevraždou

Odovědi respondentů	Absolutní četnost	Relativní četnost
Nedokázal/a bych to udělat	2	2 %
Nechtěl/a jsem se zabít	1	1 %
Partner	1	1 %
Psycholog	1	1 %
Rodina, kamarádi, přítel	25	25 %
Strach z bolesti	4	4 %
Svědění	1	1 %
Uvědomění	2	2 %
Vyřešení problému	2	2 %
Život	1	1 %
Životní cíle	1	1 %
Neodpovědělo	59	59 %
Celkem	100	100 %

Graf 14: Zástava před sebevraždou

**Komentář:**

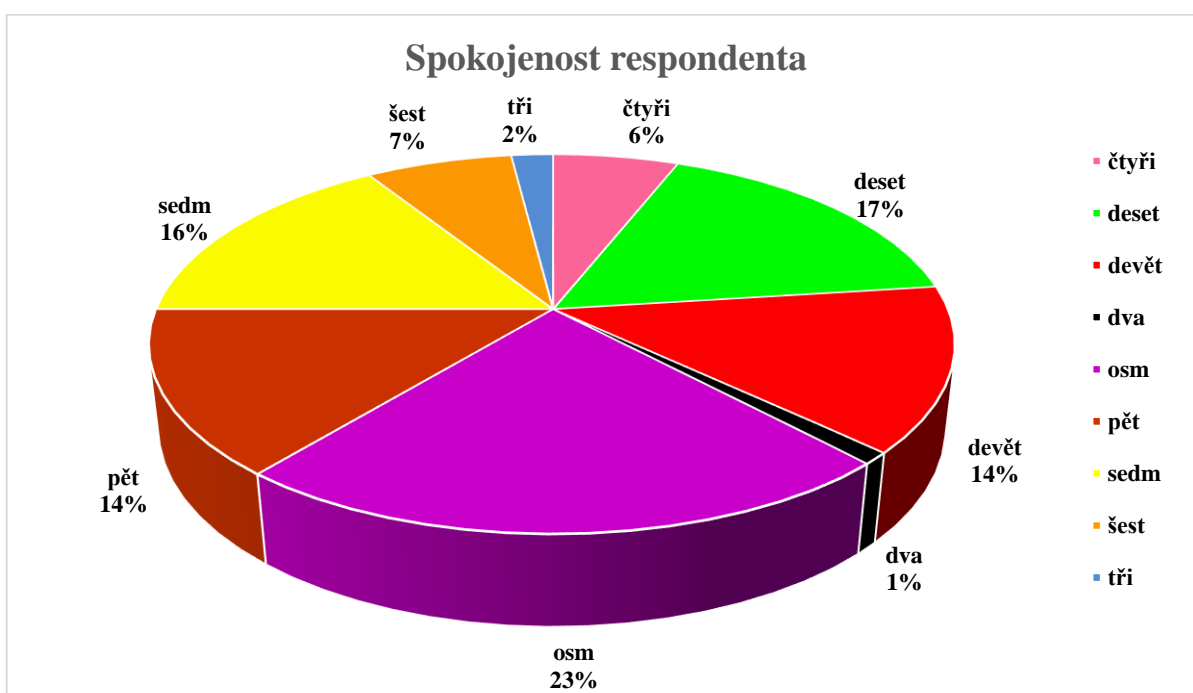
U této otázky odpověděl menší počet respondentů, celkem 41. Nejvíce by respondenty zastavila před řešením své situace sebevraždou rodina, kamarádi, přítel, a to z 25 %. Druhou nejčastější odpovědí byl strach z bolesti (4 %) a třetí nejčastější odpovědí bylo uvědomění (2 %), vyřešení problému (2 %), nedokázal/a bych to udělat (2 %). Další odpovědi byly: „nechtěl/a jsem se zabít“, partner, tyto odpovědi označilo 3 % respondentů a 2 % respondentů označili odpovědi „život“ (1 %), „životní cíle“ (1 %), „svědomí“ (1 %), „psycholog“ (1 %). Na tuto otázku neodpovědělo 59 % respondentů.

Otázka č. 15: Jste momentálně v životě spokojený/á?

Tabulka 15: Spokojenost respondenta

Míra spokojenosti	Absolutní četnost	Relativní četnost
Jeden	0	0 %
Dva	1	1 %
Tři	2	2 %
Čtyři	6	6 %
Pět	14	14 %
Šest	7	7 %
Sedm	16	16 %
Osm	23	23 %
Devět	14	14 %
Deset	17	17 %
Celkem	100	100 %

Graf 15: Spokojenost respondenta



Komentář:

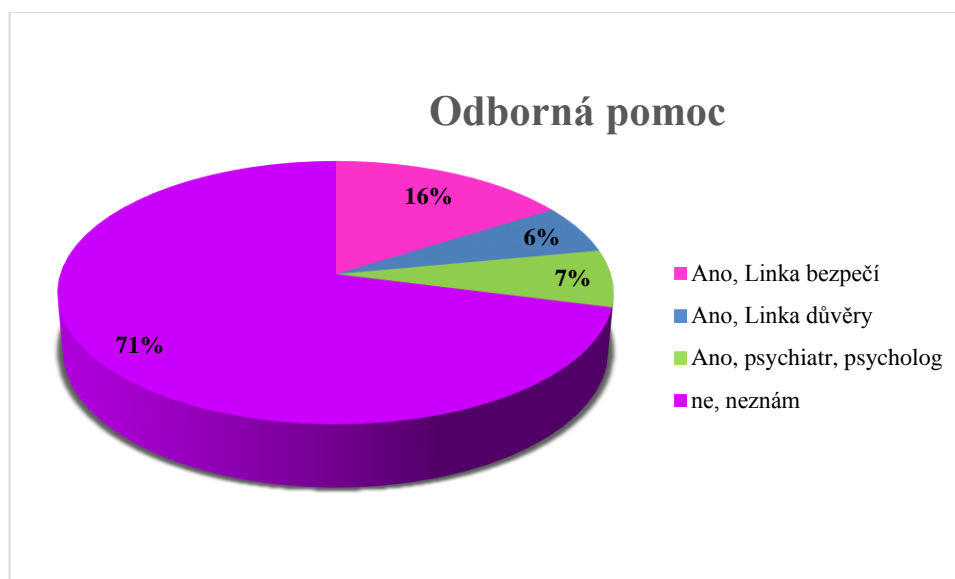
Na otázku „Jste momentálně v životě spokojený/á?“ odpovědělo 100 respondentů. Tato otázka byla položena, tak, že studenti si mohli vybrat od 1 – 10 a deset byla největší spokojenost a 1 nejmenší. Ani jeden z respondentů neuvedl jedna. Nejvíce respondentů odpovědělo osm, což znamená, že jsou v životě spokojení (23 %). Druhou nejčastější odpovědí bylo deset, takto odpovědělo 17 % respondentů. Třetí nejčastější odpovědí bylo sedm (16 %). Jako další odpovědi uvedli „devět a pět“ (14 %), jako šestou míru spokojenosti ve svém životě označilo (7 %). Studenti, kteří označili šest, se cítí spokojení. „Čtyři“ (6 %), „tři“ (2 %), „dva“ (1 %). Odpovědi s nejmenší mírou spokojenosti byly označeny jen zřídka. Z této otázky vyplývá, že studenti jsou v životě spokojení.

Otázka č. 16: Znáte nějaké organizace či odborníky, které pomáhají lidem se sebevraždnými skony?

Tabulka 16: Odborná pomoc při sebevraždách

Odborná pomoc při Sebevraždách	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano, Linka bezpečí	16	16 %
Ano, Linka důvěry	6	6 %
Ano, psychiatr, psycholog	7	7 %
Ne, neznám	71	71 %
Celkem	100	100 %

Graf 16: Odborná pomoc při sebevraždách



Komentář:

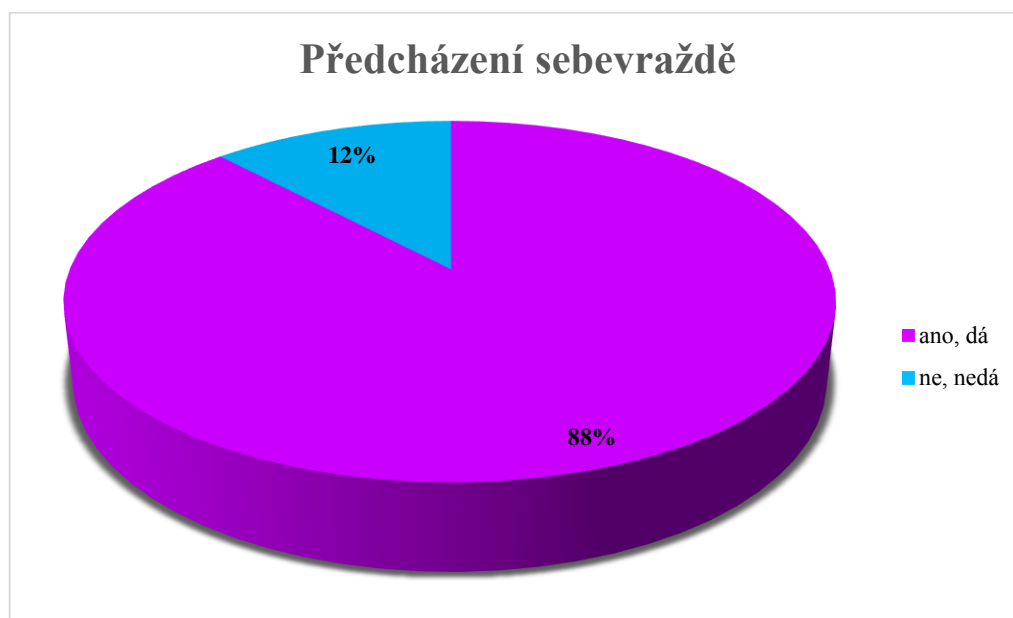
Ze 100 respondentů většina odpověděla, že nezná organizace nebo odborníky, kteří pomáhají se sebevraždou, a to 71 %, ostatní respondenti odpověděli, že znají, což je 29 % respondentů. Z toho 16 % respondentů uvedlo, že zná Linku bezpečí, 6 % respondentů uvedlo Linku důvěry, a 7 % respondentů uvedlo psychiatra a psychologa.

Otázka č. 17: Dá se předcházet sebevraždě?

Tabulka 17: Předcházení sebevraždě

Dá se předcházet sebevraždě?	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano, dá	88	88 %
Ne, nedá	12	12 %
Celkem	100	100 %

Graf 17: Předcházení sebevraždě

**Komentář:**

Na otázku zda se dá předcházet sebevraždě, odpovědělo 100 respondentů, z toho 12 % označilo, že nedá a více než polovina (88 %) odpovědělo, že se dá předcházet sebevraždě.

7.8 Diskuze

Mého dotazníkového šetření se zúčastnilo 100 respondentů. Z toho bylo 11 mužů a 89 žen. Průzkumu se zúčastnili žáci 1. ročníku ve 27 %, žáci 2. ročníku ve 25 %, 3. ročníku 25 % a 4. ročníku 23 %. V diskuzi vyhodnocuji dílčí výzkumné otázky, které jsem si stanovila na začátku praktické části bakalářské práce. Mé dílčí otázky, na které budu odpovídat, jsou: Co si myslíte, že vede lidi k sebevraždě nejčastěji? V jakém věku si myslíte, že lidé páchají sebevraždu nejčastěji? Co myslíte, jaký je nejčastější způsob páchaní sebevraždy? Ve kterém dnu v týdnu si myslíte, že lidé páchají nejvíce sebevraždu? Znáte nějaké organizace či odborníky, které pomáhají lidem se sebevražednými sklony?

Na otázku, co vede lidi k sebevraždě nejčastěji, odpovědělo nejvíce žáků, že jsou to problémy s penězi a rodinné problémy, a to ve 35 %. Jako důvody uvedli problémy ve škole (4 %) a problémy v zaměstnání (5 %). V rámci volných odpovědí uváděli, jako důvody např. šťve mě svět (1 %), psychiatrickou poruchu (2 %) a ztrátu blízkého člověka (2 %). Překvapivě žáci jako možný důvod sebevraždy neuvodli problémy ve škole.

Za jednu z důležitých otázek v dotazníku považuji otázku, „V jakém věku si myslíte, že lidé páchají sebevraždy nejčastěji?“ Nejvíce žáků odpovědělo, že 21 – 40 let a to (69 %) respondentů. Jako druhou nejčastější odpověď respondenti uvedli 10 – 20 let (21 %), a na třetím místě byla odpověď 41 – 60 let (10 %).

Jako nejčastější způsob páchaní sebevraždy bylo uvedeno oběšení (47 %), tyto odpovědi se shodují s výsledky ČSÚ (60 %). Dále uvedli skok pod vlak (23 %), otrava (20 %), skok z mostu (4 %), zastřelení, podřezání (2 %) a na posledním místě bylo utopení (1 %).

Den v týdnu, kdy lidé páchají nejčastěji sebevraždu, jako nejčastější odpověď studenti označili pondělí (46 %), tyto odpovědi jsou shodné s výsledky Českého statistického úřadu. Druhou nejčastější odpovědí byl pátek (20 %), poté středa (14 %), neděle (11 %). U této otázky jsem si myslela, že respondenti uvedou jako nejčastější den sebevražd neděli, protože je to po víkendu a před začátkem celého týdne.

Na otázku, co by respondenti dělali, kdyby se jim někdo svěřil, že chce spáchat sebevraždu, odpovědělo 55 %, že by si se sebevrahem promluvili a pokusili se mu to vysvětlit.

Když jsem se zeptala, zda znají odborníky, kteří by jim pomohli se sebevraždou (u této otázky byla možnost volné odpovědi), tak nejvíce napsali odpověď, že znají Linku bezpečí, poté uvedli psychologa a psychiatra, Linku důvěry. A 71 % uvedlo, že žádné organizace

ani odborníky nezná. Překvapivě volných odpovědí využili žáci 1. ročníku, předpokládala jsem, že nejvíce volných odpovědí využijí žáci 4. ročníků.

Určité otázky z dotazníku bych chtěla srovnat s diplomovou prací Bc. Aleše Pospíšilíka (2015) na stejné téma, „Sebevraždy a jejich psychosociální aspekty“, kterou psal na Ústavu pedagogických věd.

Jako první srovnávám otázku „Co si myslíte, že je nejčastějším způsobem páčání sebevraždy?“ U diplomové práce respondenti uvedli jako nejčastější způsob oběšení, dále otravu a další zastřelení. Jako nejčastější způsob spáchání sebevraždy bylo v mé bakalářské práci uvedeno taky oběšení, takže se odpovědi respondentů shodovaly (Pospíšilík, 2015, s. 63).

Další společnou otázkou byla „Ve kterém ročním období si myslíte, že lidé páčají nejčastěji sebevraždu?“ V diplomové práci respondenti uvedli jarní měsíce, v mé práci uvedli podzimní měsíce. Respondenti uvedených průzkumů se v této otázce neshodli (Pospíšilík, 2015, s. 68).

Na otázku „V jakém věku si myslíte, že lidé páčají sebevraždu nejčastěji?“ V diplomové práci byla nejčastější odpověď 10 – 44 let a v mé práci bylo 21 – 40 let. Odpovědi respondentů se neshodovali (Pospíšilík, 2015, s. 69).

ZÁVĚR

Bakalářská práce je zaměřena na sebevraždy a jejich psychosociální aspekty. V teoretické části jsem si vymezila pojem sebevražda, a tak jsem i nazvala první kapitolu, v níž ještě zahrnuji typy sebevražd, formy suicidiálního jednání, jako jsou suicidiální myšlenky, suicidiální pokus a samotné suicidium. Poté jsem do této kapitoly zahrнула rizikové faktory sebevražd, a také dělení sebevražd podle věkové kategorie, jež obsahují sebevraždy dětí, adolescentů, dospělých a seniorů.

Druhou velkou kapitolou jsou přístupy sebevražedného jednání, které zahrnují medicínský, sociologický a psychologický přístup.

Třetí kapitolou byla suicidalita u psychických poruch, která zahrnuje suicidiální vývoj a diagnózu, poté jsou zde uvedené schizofrenní psychózy, bipolární afektivní porucha a organické duševní poruchy. Třetí kapitola obsahuje také přístup k sebevražedným myšlenkám a ty obsahují varovné signály a způsoby reakcí na ně.

Další kapitola tvoří statistiku sebevražd. Kapitola je rozdělena na sebevraždy podle pohlaví a věku, sebevraždy podle provedení, sebevraždy podle měsíců a podle dnů v týdnu. Statistické údaje jsem využila v praktické části.

Další kapitola se nazývá hodnocení sebevražd, jsou zde například vypsány charakteristiky sebevražd při psychiatrickém vyšetření.

Pro průzkum praktické části jsem si vybrala dotazníkové šetření. Mým hlavním cílem bylo zjistit názor středoškolských žáků na sebevraždy a porovnat je s dostupnými statistickými údaji České republiky. Z výsledků průzkumu je patrné, že některé informace jsou pro respondenty známé, ale nedostatečné informace mají u nejčastější věkové kategorie sebevrahů, ročního období sebevražd a odborné pomoci při sebevražďách. Zjistila jsem, že většina respondentů neví na koho se obrátit pro pomoc při sebevražedném pokusu, nebo sebevražedných myšlenkách. Myslím si, že by se ve školách mělo více věnovat tématu sebevraždy,

kde hledat pomoc a jak postupovat při první pomoci.

Na závěr svého průzkumu jsem uvedla diskuzi, kde jsem vyhodnocovala výzkumné dílčí cíle a dále jsem porovnávala moji bakalářskou práci s diplomovou prací, která byla taky psána na ÚZV.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- [1] DURKHEIM, Emile, 1951. *Suicide a study in sociology*. New Yourk: The Free Press, 399 p. ISBN 0-684-83632-7.
- [2] FRANKEL, Bernard a Rachel KRANZ, 1998. *O sebevraždách*. Praha: Nakladatelství Lidové novin, 149 s. Linka důvěry. ISBN 80-7106-234-0.
- [3] JAKOBY, Bernard, 2003. *Život po smrti*. Liberec: Dialog, 201 s. ISBN 8086761053.
- [4] KODRLOVÁ, Ida a Ivo ČERMÁK, 2009. *Sebevražedná triáda: Virginia Woolfová, Sylvia Plathová, Sarah Kaneová*. Praha: Academia, 266 s. ISBN 978-80-200-1524-2.
- [5] KOUTEK, Jiří a Jana KOCOURKOVÁ, 2003. *Sebevražedné chování*. Praha: Portál, 127 s. ISBN 807-17-8732-9.
- [6] LÁTALOVÁ, Klára, 2010. *Bipolární afektivní porucha*. Praha: Grada, 247 s. ISBN 978-80-247-3125-4.
- [7] LÁTALOVÁ, Klára, Dana KAMARÁDOVÁ a Ján PRAŠKO, 2015. *Suicidialita u psychických poruch*. Praha: Grada, 212 s. ISBN 9788024743059.
- [8] LÁTALOVÁ, Klára, 2010. *Bipolární afektivní porucha*. Praha: Grada, 247 s. ISBN 978-80-247-3125-4.
- [9] MONESTIER, Martin, 2003. *Dějiny sebevražd: dějiny, techniky a zvláštnosti dobrovolné smrti*. Praha: Dybbuk, 414 s. ISBN 80-903001-8-9.
- [10] POSPÍŠILÍK, Aleš, 2015. *Sebevražda a její psychosociální aspekty*. Zlín. Diplomová práce. Univerzita Tomáše Bati Zlín.
- [11] Sebevraždy. *Český statistický úřad*. In: czso.cz [online]. © 2015 [cit. 2015-12-26]. Dostupné z: https://www.czso.cz/csu/czso/sebevrazdy_zaj
- [12] Jak (ne)jednat se sebevrahem? *Sebevražda*. In: [sebevrazda.psychoweb.cz](http://www.sebevrazda.psychoweb.cz) [online]. © 2016 [cit. 2016-02-02]. Dostupné z: <http://www.sebevrazda.psychoweb.cz/3-2/jak-jednat-se-sebevrahem>
- [13] ŠPATENKOVÁ, Naděžda, 2011. *Krizová intervence pro praxi*. 2. Praha: Grada, 195 s. ISBN 978-80-247-2624-3.
- [14] ŠRAJER, Jindřich, 2009. *Suicidium, sebeobětování nebo mučednictví?*. Praha: Triton, 235 s. ISBN 978-80-7387-291-5.

- [15] VÁGNEROVÁ, Marie, 1999. *Psychopatologie pro pomáhající profese: variabilita a patologie lidské psychiky*. Praha: Portál, 448 s. ISBN 80-7178-214-9.
- [16] VIEWEGH, Josef. *Sebevražda a literatura*, 1996. Brno: Psychologický ústav Akademie věd České republiky, 282 s. ISBN 80-85880-10-5.
- [17] VYKOPALOVÁ, Hana, 2001. *Sociálně patologické jevy v současné společnosti*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2001, 154 s. ISBN 802-44-0337-4.
- [18] Předpis č. 40/2009 Sb. *Zákony pro lidi*. In: zakonyprolidi.cz © 2016 [cit. 2014-10-26]. Dostupné z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2009-40>.

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

ČSÚ Český statistický úřad.

ÚZV Ústav zdravotnických věd.

Např. Například.

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1: Pohlaví respondentů	42
Graf 2: Ročník, který studenti navštěvují	43
Graf 3: Věk respondentů	44
Graf 4: Typy rodin	45
Graf 5: Vypořádání s trápením	46
Graf 6: Nejčastější příčiny sebevražd	48
Graf 7: Věková struktura sebevrahů	50
Graf 8: Zbabělý nebo odvážný čin.....	51
Graf 9: Nejčastější způsob sebevražd	52
Graf 10: Nejčastější den sebevražd.....	54
Graf 11: Sebevraždy podle ročního období	55
Graf 12: Svěření se sebevraždou	57
Graf 13: Životní situace	58
Graf 14: Zástava před sebevraždou	60
Graf 15: Spokojenost respondenta.....	61
Graf 16: Odborná pomoc při sebevraždách	63
Graf 17: Předcházení sebevraždě.....	64

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1: Pohlaví respondentů	42
Tabulka 2: Ročník, který studenti navštěvují	43
Tabulka 3: Věk respondentů	44
Tabulka 4: Typy rodin	45
Tabulka 5: Vypořádání s trápením.....	46
Tabulka 6: Nejčastější příčiny sebevražd	48
Tabulka 7: Věková struktura sebevrahů	50
Tabulka 8: Zbabělý nebo odvážný čin	51
Tabulka 9: Nejčastější způsob sebevražd	52
Tabulka 10: Nejčastější den sebevražd	54
Tabulka 11: Sebevraždy podle ročního období	55
Tabulka 12: Svěření se sebevraždou.....	56
Tabulka 13: Životní situace	58
Tabulka 14: Zástava před sebevraždou.....	59
Tabulka 15: Spokojenost respondenta	61
Tabulka 16: Odborná pomoc při sebevraždách	63
Tabulka 17: Předcházení sebevraždě.....	64

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1: Dotazník	74
------------------------------	----

Příloha č. 1: Dotazník

Vážené studentky, vážení studenti,

jmenuji se Klára Novotná a jsem studentkou 3. ročníku bakalářského studijního oboru Zdravotně sociální pracovník na Univerzitě Tomáše Bati ve Zlíně.

Obracím se na Vás studentky a studenti, Střední školy průmyslové, hotelové a zdravotnické v Uherském Hradišti s prosbou o vyplnění dotazníku, který slouží jako podklad pro zpracování praktické části mé bakalářské práce. Svou bakalářskou práci mám na téma sebevraždy.

Cílem výzkumného šetření je zjistit názor žáků středních škol na problematiku sebevražd a výsledky porovnat se statistickými údaji dostupnými v ČR.

Dotazník je zcela anonymní a bude sloužit pouze pro účely mé bakalářské práce.

Předem Vám moc děkuji za ochotu, spolupráci a vyplnění mého dotazníku.

1. Jste:

- a) muž
- b) žena

2. Který ročník navštěvujete?

- a) první
- b) druhý
- c) třetí
- d) čtvrtý

3. Kolik je Vám let?

- a) 15
- b) 16
- c) 17
- d) 18
- e) 19 a více

4. Z jaké rodiny pocházíte?

- a) úplné
- b) neúplné
- c) bydlím s prarodiči
- d) jiné, uveďte

5. Jestliže Vás něco trápí, jak se s tím vypořádáte?

- a) svěřím se někomu
- b) nikomu nic neřeknu a vypořádám se s tím sám/a
- c) uzavřu se do sebe a budu dělat, že se nic neděje a nebudu tuto situaci řešit
- d) vezmu si čokoládu
- e) jiné, uveďte

6. Co si myslíte, že vede lidi k sebevraždě nejčastěji?

- a) rodinné problémy
- b) problémy s penězi
- c) problémy ve škole
- d) zaměstnání
- e) problémy s partnerem
- f) jiné problémy, uveďte

7. V jakém věku si myslíte, že lidé páchají sebevraždu nejčastěji?

- a) 10 – 20let
- b) 21 – 40 let
- c) 41- 60 let
- d) 61 – 80 let
- e) 81 a více let

8. Myslíte si, že sebevražda je zbabělý nebo odvážný čin?

- a) Zbabělý
- b) Odvážný

9. Co si myslíte, že je nejčastějším způsobem páchaní sebevraždy?

- a) Oběšení
- b) Zastřelení
- c) Otrava
- d) Jiné, uveďte.....

10. Ve kterém dnu v týdnu si myslíte, že lidé páchají nejvíce sebevraždu?

- a) Pondělí
- b) Úterý
- c) Středa
- d) Čtvrtek
- e) Pátek
- f) Sobota
- g) Neděle

11. Ve kterém ročním období si myslíte, že se uskuteční nejvíce sebevražd?

- a) Jarní měsíce
- b) Letní měsíce
- c) Podzimní měsíce
- d) Zimní měsíce

12. Co byste udělal/a, kdyby se Vám někdo svěřil, že chce spáchat sebevraždu?

- a) promluví s ním o tom a pokusím se mu to rozmluvit
- b) budu pořád s ním ho hlídat
- c) poradím, že by měl/a jít za odborníkem

- d) vyhledám sama odborníka
- e) svěřím se s tím někomu, aby mi poradili
- f) řekla bych mu, ať udělá, co je pro něj nejlepší
- g) nebrala bych ho vážně
- h) nevím, jak bych se zachoval/a

13. Ocitl/a jste se někdy v situaci, která se Vám jevila, jako bezvýhodná a zdálo se Vám, že život nemá smysl?

- a) ano
- b) ne

14. Pokud ano, co Vás zastavilo před řešením Vaší situace sebevraždou?

- a)
- b)
- c)

15. Jste momentálně v životě spokojený/á?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

(nejméně spokojen)

(nejvíce spokojen)

16. Znáte nějaké organizace či odborníky, které pomáhají lidem se sebevražednými sklony?

- a) Ano, uveďte které
- b) Ne

17. Dá se předcházet sebevraždě?

- a) Ano
- b) Ne