

Změny tendencí při posuzování příčin sebevražd z pohledu osob blízkého sociálního okolí v časovém rozpětí 5 let

Michal Tobola

Bakalářská práce
2012



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií
Ústav pedagogických věd
akademický rok: 2011/2012

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: Michal TOBOLA
Osobní číslo: H09185
Studijní program: B 7507 Specializace v pedagogice
Studijní obor: Sociální pedagogika

Téma práce: Změny tendencí při posuzování příčin sebevražd
z pohledu osob blízkého sociálního okolí v časovém
rozpětí 5 let

Zásady pro vypracování:

Zpracování rešerše a studium odborné literatury.
Definice a charakteristika základních pojmů, rozbor oblastí tématu.
Příprava metodiky výzkumné části.
Realizace kvantitativního výzkumu.
Zpracování a vyhodnocení získaných dat, včetně jejich interpretace.
Prezentace výsledků výzkumu, jejich shrnutí a doporučení pro praxi.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

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

Seznam odborné literatury:

VÁGNEROVÁ, Marie. Psychopatologie pro pomáhající profese. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-678-0.

KOUTEK, Jiří a Jana KOCOURKOVÁ. Sebevražedné chování. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-732-9.

VIEWEGH, Josef. Sebevražda a literatura. Brno: Psychologický ústav AV ČR, 1996. ISBN 80-85880-10-5.

FRANKEL, Bernard a Rachel KRANZOVÁ. O sebevražďách. Praha: Nakladatelství Lidové noviny, 1998. ISBN 80-7106-234-0.

MONESTIER, Martin. Dějiny sebevražď. Praha: Dybbuk, 2003. ISBN 80-903001-8-9.

Vedoucí bakalářské práce:

PhDr. Hana Včelařová

Ústav pedagogických věd

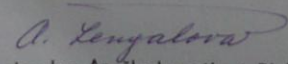
Datum zadání bakalářské práce:

30. listopadu 2011

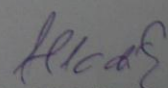
Termín odevzdání bakalářské práce:

4. května 2012

Ve Zlíně dne 12. ledna 2012


doc. Ing. Aněžka Lengalová, Ph.D.
děkanka




Mgr. Jakub Hladík, Ph.D.
ředitel ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

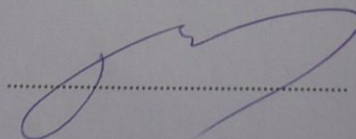
Beru na vědomí, že

- 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 obhajoby¹⁾;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- 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. 3²⁾;
- podle § 60³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60³⁾ 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);
- 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

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

Ve Zlíně 4. 5. 2012



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 nevydělčně 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 nahlížení 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 odevzdáním 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, užitje-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). *Odpírá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení 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 licenci, 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 jim 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 okolnosti až do jejich skutečné výše; přitom se přihlédá k vyšší výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.*

ABSTRAKT

Bakalářská práce se zabývá problematikou sebevražedného jednání. V teoretické části se věnuje základním pojmům, historickému pohledu na sebevraždu, teorii a formám sebevražedného jednání a vývoji sebevražedného jednání. V praktické části následuje obsahová analýza, která bude analyzovat celkem 78 skutečných případů sebevražd, které byly provedeny na území okr. Zlína v období let 2003, 2004, 2009 a 2010. Cílem bakalářské práce je zjistit zdali v období pěti let došlo ke změně tendencí při posuzování příčin sebevražedného jednání ze strany blízkých osob.

Klíčová slova:

sebevražda, tendence, posuzování, příčina, blízké sociální okolí

ABSTRACT

The bachelor thesis deals with the issue of suicidal behaviour. The theoretical part presents basic concepts, historical views on suicide, the theory and forms of suicidal behaviour and the development of suicidal behaviour. The practical part consists of a content analysis which analysed a total of 78 actual cases of suicide committed in the district of Zlín in the years 2003, 2004, 2009 and 2010. The aim of this work is to determine whether the trends in viewing causes of suicidal behaviour by close persons changed over the period of five years.

Keywords:

suicide, tendency, assessment, cause, close social environment

Poděkování

Na tomto místě bych chtěl poděkovat PhDr. Haně Včelařové, za odborné vedení, cenné rady a profesionální přístup při vypracování bakalářské práce. Dále bych chtěl poděkovat manželce a svým dětem za všeobecnou podporu.

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

OBSAH

ÚVOD.....	10
1 TEORETICKÁ ČÁST	11
1 VYMEZENÍ ÚSTŘEDNÍCH POJMŮ PRÁCE	12
2 SEBEVRAŽDA Z POHLEDU KLINICKÝCH ODBORNÍKŮ, SOCIOLOGŮ A PSYCHOLOGŮ	14
2.1 MEDICÍNSKÝ PŘÍSTUP	14
2.2 SOCIOLOGICKÝ PŘÍSTUP	15
2.3 PSYCHOLOGICKÝ PŘÍSTUP	16
3 HISTORICKÝ POHLED NA SEBEVRAŽEDNÉ JEDNÁNÍ.....	18
3.1 SEBEVRAŽEDNÉ JEDNÁNÍ V OBDOBÍ STARÝCH STÁTŮ	18
3.2 VLIV NÁBOŽENSTVÍ NA SEBEVRAŽDY	19
3.3 FILOZOFICKÝ A SOCIOLOGICKÝ POHLED	20
4 FORMY A DRUHY SEBEVRAŽEDNÉHO JEDNÁNÍ.....	22
4.1 FORMY SUICIDÁLNÍHO JEDNÁNÍ.....	22
4.2 DRUHY SEBEVRAŽEDNÉHO JEDNÁNÍ.....	25
4.2.1 Bilanční sebevraždy	25
4.2.2 Impulzivní sebevražděné jednání	25
4.2.3 Skupinové sebevraždy.....	26
4.2.4 Jiné nebo obdobné druhy sebevražd.....	26
4.3 ZPŮSOBY PROVEDENÍ SUICIDIA.....	27
5 EPIDEMIOLOGIE SEBEVRAŽEDNÉHO JEDNÁNÍ.....	29
5.1 FAKTORY, OVLIVŇUJÍCÍ MOTIVY SEBEVRAŽEDNÉHO CHOVÁNÍ V RŮZNÝCH OBDOBÍCH ŽIVOTA	29
5.1.1 Faktor věku.....	30
5.1.2 Faktory tělesné/zdravotní	32
5.1.3 Faktory obecně-sociální.....	33
5.1.4 Faktory hospodářské.....	34
5.1.5 Faktory duševní	34
5.1.6 Náboženství.....	36
5.1.7 Ostatní rizikové faktory.....	37
5.2 TENDENCE K SEBEVRAŽDĚ, VÝVOJ SEBEVRAŽEDNÉ AKTIVITY	37
5.2.1 Vývoj sebevražděné aktivity	39
6 TERAPIE A PREVENCE SEBEVRAŽEDNÉHO JEDNÁNÍ.....	40
6.1 TERAPEUTICKÝ PŘÍSTUP	40
6.1.1 První pomoc po suicidálním pokusu	40
6.1.2 Krizová intervence	41
6.1.3 Psychoterapie a farmakologie.....	41
6.1.4 Individuální psychoterapie	41

6.1.5	Skupinová terapie a podpůrné skupiny	42
6.1.6	Rodinná terapie	42
6.1.7	Ostatní psychoterapeutické přístupy.....	42
6.1.8	Farmakoterapie při sebevražedném jednání	42
6.2	PREVENCE SUICIDÁLNÍHO JEDNÁNÍ.....	42
6.3	PREVENTIVNÍ INTERVENCE V KRIZOVÝCH SITUACÍCH	44
6.3.1	Linky důvěry	44
6.3.2	Krizové centrum.....	44
6.3.3	Pedagogicko-psychologická poradna	44
6.3.4	Poradna pro rodinu, manželství a mezilidské vztahy	45
6.3.5	Protialkoholní a protidrogové poradny.....	45
6.3.6	Psychoterapeutická centra a pracoviště	45
7	STATISTIKA SEBEVRAŽEDNÉHO CHOVÁNÍ	46
II	PRAKTICKÁ ČÁST	53
8	VÝZKUM.....	54
8.1	VÝZKUMNÝ PROBLÉM	54
8.2	CÍL VÝZKUMU	54
8.3	VOLBA VÝZKUMNÉ METODY	55
8.4	IDENTIFIKACE VÝZNAMOVÝCH KATEGORIÍ	55
8.5	VÝZKUMNÝ VZOREK	57
8.6	VYHODNOCENÍ ZPRACOVANÝCH DAT	92
	VÝSLEDEK VÝZKUMU	104
9	ZÁVĚR.....	107
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	109
	SEZNAM GRAFŮ	111

ÚVOD

Zvolené téma jsem si vybral, protože tato oblast na mě nepřímo zapůsobila v souvislosti s výkonem mého povolání. V současné době jsem zaměstnán u Policie České republiky, Služba kriminální policie a vyšetřování Zlín, Oddělení hospodářské kriminality. Na konkrétní případy podezřelých úmrtí a sebevražd vyjíždí na místo činu vždy vyšetřovatel, který po provedeném ohledání vyloučí nebo zjistí cizí zavinění. V rámci výjezdových služeb jsem měl v roce 2010 příležitost být přítomen na osmi dokonaných sebevraždách, kdy jsem na místě prováděl podrobné ohledání místa činu a jeho blízkého okolí. Při tomto počtu sebepoškození s následkem smrti jsem se setkal s různými druhy sebevražd, které byly od sebe velmi odlišné jak způsobem provedení, tak i okolnostmi, během kterých byla tato jednání spáchána. Další velmi nepostradatelnou zkušeností byla osobní setkání se svědky těchto událostí, s rodinnými a blízkými osobami zesnulých. Na základě jejich svědectví a z výpovědí byly zjišťovány motivy, které vedly nebo které mohly vést k dokonání nebo pokusu sebevraždy. Zjišťují se osobní poměry poškozeného, jakým způsobem vedl život, jaké měl osobní problémy, finanční pohledávky, jaký byl jeho zdravotní stav, zda se v posledních letech léčil u specializovaného lékaře, zdali užíval alkohol, drogy, jaké bral léky apod. Domnívám se, že tento námět je velmi zajímavý a při četnosti setkání s těmito případy se člověk o téma pomalu začne zajímat a pokládat si otázku „Co vede člověka k tomu, že se začne takovým způsobem rozhodovat a v konečném důsledku své počínání dokoná sebevraždou?“. Pod jakým vlivem okolností a které motivy ho přivedou až k osudnému rozhodnutí ukončit svůj život? Pod vlivem jakých událostí se tito lidé rozhodují, podle čeho se rozhodnou jakým způsobem toto poškození provedou? Jaké typy sebevražd jsou nejfrekventovanější u žen a jaké u mužů? Jakým způsobem se dá takovým případům a osobním rozhodnutím předcházet?

Na dané téma se dá pokládat daleko více otázek, ale je nutné se tímto problémem vážně zabývat, vzhledem k tomu, že počty sebevražedných pokusů v posledních letech neklesají.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 VYMEZENÍ ÚSTŘEDNÍCH POJMŮ PRÁCE

Od počátku 19. století, kdy se objevily první pokusy o vypracování teorie sebevraždy, přišli vědci s názory stejně početnými jako různorodými a rozpornými. Pod vlivem Emila Durkheima, zakladatele moderní sociologie, se koncem 19. století začalo připouštět, že sáhnout na život si můžou i lidé duševně zdraví z důvodu, o nichž vědí jen oni. Sebevražda se stávala výhradně sociologickým jevem. Pojem sebevražda označuje jakékoli chování snažící se nalézt řešení existenciálního problému tak, že si subjekt sáhne na život (Monestier, 2003, str. 414).

Sebevražda

Pojem sebevražda (lat. suicidium) je většinou definován jako vědomé a záměrné chování, které je vedeno s cílem ukončit vlastní život. Podle Vágnerové (1999, str. 238) lze sebevraždu označit násilné jednání vedené úmyslem dobrovolně ukončit vlastní život. Může jít o dokonanou sebevraždu, ale velmi často se jedná o pouhý pokus. Oproti tomu sebezabití je zničení vlastního života, bez vědomého úmyslu zemřít. V tomto případě nebyl člověk schopen úměrně vyhodnotit dopady svého jednání a chování, případně jednal v afektu. V určitých případech může být toto jednání následkem patologických psychických problémů.

Tendence

Pojem tendence označuje sklony, směřování; projevující se úmysl nebo zaujatý. Podle Nováka a Drinocké (2006, s. 197) „je to snaha o úmyslné zakončení života vlastním jednáním při relativně neporušeném vědomí. Po nabytém přesvědčení, že dobrovolný odchod ze života je jediným možným řešením bezvýhodné situace v zájmu vlastním častěji v zájmu druhých osob.“

Posuzování

Posuzování zahrnuje zjištění, popis, posouzení a vyhodnocení příčin sebevražd z pohledu osob blízkého sociálního okolí.

Příčina

Probíhající procesy, které popisují, jakým způsobem se něco stane, analyzuje podněty a následky, proč se něco stane. V této oblasti zejména bude posuzovat příčiny sebevražd.

Blízké sociální okolí

Jedná se o okruh osob, které jsou v rodinném nebo obdobném poměru ve vztahu k poškozenému

2 SEBEVRAŽDA Z POHLEDU KLINICKÝCH ODBORNÍKŮ, SOCIOLOGŮ A PSYCHOLOGŮ

Sebevražedné jednání lze posuzovat z různých úhlů pohledu. Uvádíme zde proto několik hledisek, jejichž přístup k pojmu sebevražda je odlišný. Jedná se o hlediska: medicínské, sociologické a psychologické (Vágnerová, 2002, s. 240).

2.1 Medicínský přístup

Medicínský, neboli psychiatrický přístup bývá zaměřen především na hledání patologických příčin suicidálního jednání (Mościcki, 1995; In Vágnerová, 2002, s. 240). Duševní nemoci a poruchy bývají příčinou jen části dokonaných sebevražd, avšak obecně zvyšují riziko sebevražedného jednání. Někteří autoři uvádějí, že duševní nemoci a poruchy mohou mít vliv až na třetinu sebevražd. Mezi možné příčiny zejména patří:

Duševní onemocnění

Pacienti v depresivní epizodě mívají obvykle opakované myšlenky na smrt, opakované sebevražedné představy a často se o sebevraždu pokusí (Smolík, 1996; In Vágnerová, 2002, s. 240). Zvýšené riziko sebevražedného jednání existuje i u schizofreniků. Podle Pavlovského (In Vágnerová, 1999, s. 240) se v prvním roce onemocnění pokusilo o sebevraždu přibližně 10 % pacientů. Riziko sebevraždy u nich posilovaly např. deprese, pocit selhání, opuštěnosti, beznaděje, zavržení rodinou, užívání drog či alkoholu apod.

Důsledky abúzu omamné látky

Alkohol bývá ve vztahu k sebevražednému jednání považovaný za velmi významný rizikový faktor. Je nutné také uvést, že u alkoholiků se načítají další zátěže: mívají partnerské problémy, finanční potíže, bývají nezaměstnaní aj. Je však třeba uvážit, že není vždycky jednoznačně zřejmé, který z faktorů byl primární – alkohol může být jak příčinou, tak následkem různých potíží (Vágnerová, 2002, s. 240)

Porucha osobnostního vývoje

Nestálý a nevyrovnaný osobnostní vývoj zvyšuje tendenci k různému abnormálnímu jednání, většinou to bývá v souvislosti s celkově neuspořádaným způsobem života. Existující dědičné zátěže ve smyslu sklonu k sebevraždě, které nemusí souviset s duševní poruchou či nemocí; toto nebylo doposud potvrzeno. U sebevražedného chování se může vy-

skytovat i mnoho další příčin. Do určité míry to může být takové selhání pudu sebezáchovy, které může souviset s těžkým somatickým onemocněním nebo trvalou invaliditou, které poté ohrožují nebo znehodnocují život člověka. To platí zejména u starších nemocných lidí. Zvýšená četnost sebevražd byla zaznamenána i u lidí trpících AIDS. (Vágnerová, 2002, s. 240)

2.2 Sociologický přístup

Sociologický přístup je zaměřen na vymezení sociálních faktorů, které mohou zvyšovat riziko sebevražedného jednání.

V roce 1897, byla vydána práce E. Durkheima, která ze sociologického hlediska posuzovala sebevražedné chování. E. Durkheim považoval sebevraždu za důsledek nepříznivého působení společenských jevů. Podle jeho názoru se může stát sebevrahem téměř každý člověk, který se ocitne v jisté nepříznivé konstelaci sociálních podmínek. Na rozvoj sebevražd má pak příznivý vliv taková situace, u nichž dochází k oslabení sociálních vazeb. Podle formy narušenosti takových vazeb rozlišuje Durkheim jednotlivé typy sebevražd (In Viewegh, 2003, s. 37, 38):

- Egoistická sebevražda je motivovaná z nedostatku sociálních vazeb, těmto lidem chybí sociální podpora, osobní kontakt a cítí se odcizeni.
- Altruistická sebevražda je reakcí na sociální potřeby, které není schopen jedinec splnit. Bývá výrazem sociální konformity, akceptací společenských hodnot. Pokud člověk v této oblasti selhal tak přistoupí ke spáchání sebevraždy (Příkladem může být japonské harakiri)
- Anomická sebevražda bývá reakcí na nečekanou změnu mezilidských vztahů nebo společenského postavení, která tímto narušili sociální rovnováhu člověka.

Dnes bývá pozornost zaměřena podle Vágnerové (2002, s. 243) na následující sociálně-psychologické faktory:

Neuspokojivé sociální vztahy – osamělost, nedostatek spolehlivého vztahu a sociální podpory podstatně zvyšují nebezpečí rizika sebevraždy. Ohrožení jsou zejména lidé, kteří ztratili partnera rozvodem nebo jakýmkoliv jiným způsobem (např. úmrtí), ale i lidé, jejichž rodinné vztahy bývají konfliktní a problematické

Ztráta vazeb, sociální otřesy – dalším rizikovým faktorem, který zvyšuje sklon k sebevražednému chování může být migrace, zejména ztráta dřívějších sociálních vazeb k určitému prostředí. Riziko sebevražedného jednání zvyšuje také emigrace, která představuje radikální vytržení člověka z většiny sociálních vazeb.

Ekonomické faktory

Hospodářská krize a nezaměstnanost může zvýšit četnost sebevražd. V této souvislosti může také negativně působit ztráta životního výhledu, nedostatek optimismu a víry v budoucnost.

2.3 Psychologický přístup

Psychologické teorie se snaží hledat jasné vysvětlení sebevražedných tendencí pomocí psychologických faktorů. U člověka významná zátěž, která může u něho představovat ztrátu osobně důležité hodnoty nebo její ohrožení, vede většinou k pocitu ztráty smyslu života. V určitých případech může toto chování vést k takovému oslabení pudu sebezáchovy, které může dojít až k sebevražednému jednání. Pokud sebevražedným jednáním zareaguje člověk, který byl předtím duševně zdravý, můžeme hovořit o závažné posttraumatické stresové poruše. Jestliže je stresor dostatečně velký, může taková porucha vzniknout i u dosud zdravého a vyrovnaného člověka. Jelikož většinu sebevražd nelze hodnotit jako projev duševní poruchy, dochází v souvislosti se sebevražedným chováním pravděpodobně velmi často k akutním výkyvům psychologických reakcí, které jsou mimo oblast normy. Musí tomu tak být, chce-li člověk potlačit pud sebezáchovy a zničit vlastní život (Viewegh, 1996, In Vágnerová, 2002, str. 244)

V průběhu 60. a 70. let se klinická psychologie pokoušela nalézt typický osobnostní profil člověka se sklonem k sebevražednému jednání, aby u těchto lidí mohla preventivně zasáhnout. Nalézt také vlastnosti bylo velmi problematické. Bylo by nutné testovat lidi, kteří svůj sebevražedný pokus přežili, což by nebylo zcela reprezentativní. Kromě toho jsou posuzováni až po tomto činu, tedy v období, kdy se jejich postoje a pocity mohly změnit. Nakonec se ukázalo, že žádný typický profil osobnosti sebevraha neexistuje (Vágnerová, 2002, s. 245)

G. C. Davidson a J.M. Neale (In Vágnerová, 2002, s. 245) shrnují, co lze z výsledků různých studií o dispozicích k sebevražednému jednání zobecnit:

1. Kognitivní styl, obvyklý způsob uvažování a řešení problémů, který může hrát významnou roli, jelikož člověk o sebevraždě nejprve uvažuje, hodnotí svou situaci a zkoumá různá řešení. Suicidální jedinci bývají při řešení svých problémů rigidní, málo flexibilní a nejsou schopni hledat alternativní řešení.

2. Emoční prožívání lidí, kteří se pokusili o sebevraždu, bývá doprovázeno depresemi a zoufalstvím. Mívají deprese, pocity viny a nepřátelského okolí, cítí se sociálně izolováni (Viewegh, 1996, In Vágnerová, 2002, s. 245). Bylo zjištěno, že nejvýznamnější emocií není z hlediska rizika sebevražděného jednání deprese, ale pocit beznaděje (Beck a kol., 1990, In Vágnerová, 2002, s. 245).

3 HISTORICKÝ POHLED NA SEBEVRAŽEDNÉ JEDNÁNÍ

Pohled na sebevraždu se měnil v různé době a v různých kulturních oblastech. Nemalou úlohu ve vytváření obecných postojů k sebevraždě měla víra v posmrtný život. Větší význam než nauky filosofické měl postoj náboženských organizací, které měly rozhodující vliv na vytváření mínění a norem jednání (Růžička, 1968, s. 9).

3.1 Sebevražedné jednání v období starých států

Sebevražedné jednání se vyskytovalo ve společnosti v různých fázích jejího vývoje. Společenské postoje k sebevražednému jednání se v průběhu historie měnily, byly závislé na převažujícím, obecném názoru na život. Kultura nejstarších států (Egypt, Řecko, Řím) sebevražedné jednání neodsuzovala.

Podle Viewegha (1996, str. 13) se první zprávy o sebevražedném chování objevily už stáletí před Kristem v písemných památkách starých kultur Indie, Číny a Japonska. Vliv tradic a představ se uchoval v názorech na dobrovolnou smrt až do současné doby. Např. rituální forma sebevraždy, japonské „harakiri“ (sebevražda rozříznutím břicha), se udržela až po naše dny. Z počátku byla podstatnou součástí kodexu cti válečnické kasty samurajů a vyjadřovala ochotu těchto válečníků ke krajní sebeoběti, pro vládce. Později se z „harakiri“ stal symbol protestu vůči jednání, které zneuctvovalo a pokořovalo jedince. Tradičně zafixovaný postoj k sebevraždě umožnil v průběhu druhé světové války japonskému vojenskému velení zřizovat čety dobrovolníků, kteří se ve speciálních letadlech nebo torpédách dobrovolně obětovali v přímém útoku na nepřátelský cíl („kamikadze“)

V antické společnosti dle Viewegha (1996, s. 16) nebyla sebevražda pokládána za mravně zavrženíhodný čin, i když zpočátku ještě existovaly skutečnosti, dle kterých bylo přijatelné, aby se člověk zabil. Ani v tomto období nebyly názory zcela jednotné. Aristoteles považoval sebevrahy za zbabělce, kteří „změkčilostí se vyhýbají protivenství“. Sebevražda pro něj znamenala porušení zákona, a proto se mu zdálo prosté, že na sebevrahovi přimkne určitá pohana. Z dalších významných řeckých osobností skončil sebevraždou Sokrates. Sokratův žák Platón odsuzoval jakoukoli nepřírozenou a násilnou smrt. Stoická škola otevřeně hlásala právo každého člověka ukončit svůj život, pokud mu přináší jakékoliv utrpení. Kvalita života byla považována za důležitější než jeho kvantita, tj. délka.

Z historie je známa např. sebevražda Deosthena v Řecku a stoického filozofa Seneky v Římě.

L. A. Seneca hodnotí sebevraždu pozitivně: „*Měl bych snad čekat na krutou nemoc nebo krutého člověka, mám-li možnost vdechnutí jed? Toť jediný bod, v němž si nemusíme stěžovat na život. Nikoho pevně nedrží*“ (Viewegh, 1996, s. 17)

Ve starověku nebyla sebevražednost vysoká jen v Řecku a v Římě, ale i v jiných kulturách. V Egyptě šlo o běžný, někdy i veřejně propagovaný způsob smrti. Sebevraždu hadím uštknutím spáchala např. egyptská královna Kleopatra.

Sebevražedné jednání bylo v minulosti ovlivněno i různými pověrami a specifickými životními podmínkami těchto primitivních etnických skupin. Např. nedostatek potravy vedl u některých kmenů k zabíjení lovu neschopných jedinců a ke kanibalismu. Starší a nemocní jedinci se proto raději sami dobrovolně usmrtí. Existují národy, které dobrovolnou smrt považují za přirozenou, např. u severoasijských kmenů (Viewegh, 1996, s. 14, 15)

3.2 Vliv náboženství na sebevraždy

Podle Vágnerové (2002, s. 239, 240) ve středověké Evropě se pohled na sebevraždu zásadně změnil. Tato změna byla v kontextu postupujícího vlivu křesťanství. (Bible jako základní kámen křesťanského učení nepřikládá k sebevraždě zcela jednoznačné stanovisko. Nepřímo ji odmítá ve starozákonním příběhu o Jobovi nabádáním k trpělivému snášení utrpení, které život přináší). Takový předpoklad schvaluje pohled svatého Augustina ze 4. století, který hodnotí sebevražedné jednání jako zločin. Obdobný názor zaujal v roce 542 i církevní koncil v Arles, který odsoudil sebevraždu jako smrtelný hřích. Za těžký hřích považoval sebevraždu i Tomáš Akvinský (13. stol.), protože jen Bůh má právo rozhodnout o našem životě a smrti. Člověk tuto svobodu a právo o sobě rozhodovat nemá. „*Z křesťanského hlediska není sebevražda pouhým útekem ze života, nýbrž vzpourou proti Bohu.*“ (Viewegh, 1996, s. 17).

Ve většině případů jak uvádí Fisher, Škoda (2009, s. 65) se i ostatní náboženské systémy staví proti suicidii. Suiciditu připouští pouze anglikánská církev. Judaismus a buddhismus nepovažují sebevražedné jednání přímo za hřích, staví se však k němu značně rezervovaně. Poněkud složitější je vztah k suicidii u islámu. Většina umírněných muslimů

vchází z obdobných paradigmat jako křesťanství a považují sebevraždu za hřích. Islámští fundamentalisté se však řídí příkazem Koránu „Šiřte víru tělem i mečem“, od něhož odvozuji suicidium jako sebeobětování pro víru.

3.3 Filozofický a sociologický pohled

V období renesance byl kladen důraz na právo člověka svobodně rozhodovat o svém životě. Představitelé osvícenské a humanisticko-racionalistické filosofie zastávali tento názor s většími či menšími výhradami. Např. I. Kant sebevraždu odsuzoval, F. Nietzsche jako představitel individualistické filozofie akt sebevraždy schvaloval (Sochůrek, 2009, s. 171).

Podle Voráčka a Hillmana (In Vagnerová, 2002, s. 240) se společenské názory a postoje k sebevraždě zásadně změnilы v 18. století, příkladem mohou být francouzští osvícenci A. Voltaire a J. J. Rousseau. Tito byli přesvědčeni o tom, že člověk má právo sám rozhodnout o svém životě. V novověku je v tomto směru příznačná spíše nejednotnost názorů k sebevraždě. Postihování takového chování formou právních předpisů se poměrně dlouhou dobu udržela. Zákony namířené proti sebevrahům byly účinné v průběhu 19. století. Například v Rakousku byla sebevražda trestná až do roku 1850, v Anglii tomu tak bylo dokonce do roku 1961.

Podle Viewegha (1996, s. 18) byl Schopenhauer pokládán za obhájce sebevraždy neprávem. Schopenhauer vycházel z platonského pojetí idejí a z Kantova „bytí o sobě“, především byl ovlivněn indickou filozofií, považuje tedy individuální zánik člověka za něco nepodstatného; smrt ruší individuální vědomí, nikoli však „bytí o sobě“. Člověk se ve smyslu indické filozofie po smrti znovu narodí.

Stanovisko Schopenhauera zastával i český filosof Ladislav Klíma, který ve svém deníku popisuje své stavy ve chvílích, kdy se po filosofické přípravě rozhodl spáchat sebevraždu (Šulc, Dvořák, Morávek, r. 1971, s. 173).

Nejvýznamnější společenskovední studie spadají dle Růžičky (1968, s. 12) svým vydáním do poslední čtvrtiny devatenáctého století. Z významných prací, které znamenaly vážné úsilí o poznání společenského pozadí sebevražd, nelze pominout habilitační spis T. G. MASARYKA (Der Selbatmord als soziale Massenerscheinung der modernen Zivilisation,

1881). Jedná se o jeden z prvních pokusů o provedení sociologického rozboru sebevraždy a její etiologický výklad pouze ze společenských příčin. V roce 1897 byla v Paříži vydána sociologická studie sebevražděného jednání, které svým významem přesáhlo sféru poznání zákonitostí určitého projevu společenské patologie, a tím se stala se klasickou učebnicí sociologické metody. Bylo to dílo Émila DURKHEIMA, *Le Suicide. Étude de Sociologie*. Sociologické a demografické studie následujících let až do naší doby se k tomuto pojednání vracejí, ověřují jeho závěry, zpřesňují a prohlubují jeho metodiku, kriticky posuzují Durkheimovy premisy.

4 FORMY A DRUHY SEBEVRAŽEDNÉHO JEDNÁNÍ

U suicidálního jednání rozlišujeme několik forem chování, které mají pro posouzení dané situace zásadní význam. Podle Koutka, Kocourkové (2003, s. 27, 28, 29, 30) rozlišujeme sociální myšlenky, suicidální tendence, suicidální pokus a dokonané suicidium. Je otázkou, zdali se formy suicidálního chování od sebe odlišují pouze kvantitativně, nebo je také mezi nimi rozdíl kvalitativní. V prvním případě by toto jednání bylo postaveno na jedné kontinuální přímce a rozdíl by byl jenom v síle suicidálních tendencí a v pevnosti rozhodnutí zemřít. Nejsilnější tendence zemřít se pak vyznačuje sebevražděným pokusem a dokonanou sebevraždou. Podle ostatních autorů toto jednání neleží na jedné přímce a neliší se pouze kvantitativně, ale také kvalitativně. Na základě tohoto zjištění mají jiný význam suicidální myšlenky a suicidální tendence, suicidální pokus pak není pouze nepodařená sebevražda.

4.1 Formy suicidálního jednání

Suicidální myšlenky

Tyto myšlenky jsou typické pro dospívání. Ve většině případů jde o frustrující sebevražděné nápady, bez vyšší intenzity a zcela postrádají tendenci k realizaci. Suicidální myšlenky jako podoba sebevražděného jednání jsou intenzivní, člověk se jimi zabývá podstatnou část svého času a myšlenky bývají obtížně odklonitelné (Koutek, Kocourková, 2003, s. 28).

Suicidální myšlenky jsou profilovány podle Poustky (In Koutek, Kocourková, 2003, s. 28) verbálními i neverbálními projevy. Jejich nositel uvažuje o sebevraždě. Pokud budeme zkoumat suicidální myšlenky, měli bychom se zabývat také hodnocením jejich intenzity a délkou času, který pacientovi zabírají. Podstatnou stránkou pro posouzení jejich nebezpečnosti jsou představy, vztahující se k praktickým možnostem provedení sebevraždy; jakým způsobem a kde by se měla odehrát, zda je vypracován dopis na rozloučenou apod. Pokud je sebevražda již detailně připravována, trpící člověk si již shromažďuje léky nebo si zajišťuje k tomuto účelu zbraň, mluvíme o suicidálních tendencích. Suicidální tendence představují další fázi v suicidálním jednání směrem k sebevraždě, k jejímu dokonání.

Sucidální pokus

Další fází sebevražedného chování je suicidální pokus. Suicidální pokus můžeme definovat jako ohrožující akt s úmyslem zemřít, ale v žádném případě s letálním koncem. Můžeme si položit otázku, zdali je suicidální pokus jen „nezdařilá sebevražda“, kdy rozdíl je jen kvantitativní, nebo zda se jedná o kvalitativně odlišnou formu suicidálního jednání.

Suicidium

Dokonané suicidium bývá charakterizováno jako sebepoškozující jednání s následkem smrti a bývá způsobeno samotnou osobou, která hodlá vědomě zemřít a to bez účasti další osoby. Uvedená definice naráží na problém, který byl popisován již dříve a to na kombinaci vědomé a nevědomé motivace a nejednoznačného úmyslu zemřít. Jde také o časově ohraničené jednání, během jedné chvíle, několika minut případně hodin, nejvýše několika dnů. Můžeme se setkat například s dlouhým – prodlužovaným suicidálním chováním, kdy se dítě nebo adolescent intoxikuje léky více jak jednou během několika dnů. Poté dochází také k postupnému zvyšování dávky. Motivací může být i to, že sebevrah špatně odhadne potřebnou dávku vedoucí k sebedestrukčnímu konci. Když zjistil, že jeho čin nevedl k dokonání jeho života, svůj pokus opakuje (Koutek, Kocourková, 2003, s. 29, 30)

Mezi suicidiem a suicidálním pokusem jsou podle Koutka a Kocourkové (2003, s. 29) uváděny následující rozdíly:

- u žen byl zjištěn častější výskyt suicidálního pokusu, u mužů naopak spíše dokonané suicidium
- suicidální pokus se vyskytuje u mužů i žen především v první polovině života, kdežto dokonané suicidium spíše v druhé polovině
- při suicidálních pokusech bývá častěji používána tzv. měkká metoda (otrava léky), kdežto u dokonaných suicidií bývají užívány spíše tzv. tvrdé metody (sebevražda oběšením, zastřelením)
- motivy, které vedou k sebevražedným pokusům bývají častěji z oblasti osobnostních vztahů, zatímco u dokonané sebevraždy bývá motiv z oblasti psychické a dále z problémů možného ohrožení
- k sebevražedným pokusům dochází nejčastěji ze samovolného, nepromyšleného a neplánovaného sebevražedného jednání je oproti tomu výsledkem dalšího plánování a příprav.

- Řada autorů uvádí, že úmysl zemřít nemusí být vždy jasný. Součástí mohou být ambivalentní postoje ke smrti a sebevražedným jednáním tito lidé dávají svůj život v sázku. Přístup ke smrti může být vědomý i nevědomý a může být vyjádřen povahou a tedy často i účinkem sebevražedného jednání. Nejednoznačná stanoviska k přání zemřít jsou příznačná pro adolescentní věk. Velká řada pacientů období somaticky relevantním k sebevražednému pokusu uvedla, že se o to jen pokoušeli; kdyby zemřeli, bylo by to pro ně dobré; to že přežili, je také dobré.
- Tomuto sebevražednému jednání se podobají určité „extrémní sporty“ adolescentů, jako jsou jízda na zadním nárazníku tramvaje nebo metra, projíždění křižovatkou v plné rychlosti z vedlejší silnice aj.

Specifickým případem nedokonaného sebevražedného jednání je parasuicidium. Jedná se o suicidální pokus, u kterého není přítomno úmyslné jednání a přání zemřít; jde tedy spíše o sebepoškozování. I toto jednání může skončit dokonanou sebevraždou, která může nastat nešťastnou náhodou či nesprávným naplánováním sebevraždy, např. intoxikací požitými léky. Může se také jednat o simulaci suicidálního jednání, které je předstíráno. Takové jednání nebude vždy spojeno s autoagresivním projevem, kdy jeho účelem bývá něčeho dosáhnout nebo se něčemu velmi nepříjemnému vyhnout.

Účelové sebevražedné jednání je podle Koutka a Kocourkové (2003, s. 32) definováno jako chování, jehož záměrem není zemřít, ale vyřešit určitou složitou situaci. Tomu se podobá demonstrativní sebevražedné jednání. Rozdíl spočívá pouze v tom, že při účelovém jednání bývá takový cíl sledován nevědomě, při demonstrativním jednání vědomě. Dokonanou sebevraždou, tedy smrtí, může nešťastnou náhodou skončit také simulace sebevražedného jednání, která bývá opakovaně s demonstrativním či s účelovým podnětem zaměňována.

Zkratkovitá sebevražedná jednání jsou taková jednání, při nichž člověk jedná zkratkovitě. Zkratkovité jednání je definováno jako takové jednání, které vede co nejrychleji ke zvolenému cíli, bez jakýchkoliv odboček, bez zamyšlení nad jinými variantami, výhodami a nevýhodami zvoleného řešení.

Sebevražedné jednání v postavení sebepoškozujícího jednání musíme oddělit od jiných forem autoagresivního chování. Takovým jednáním je u adolescentů velmi často sebepoškozování, například pořezáním žiletkou na pažích. V takovém případě však nejde o úmysl

zemřít. Dalšími formami chování, které mohou ohrožovat život, jsou případy zneužívání drog, alkoholu nebo léků. U aktivit, které po delší dobu ohrožují život se předpokládá i složka autoagresivní – nevědomá sebevražedná motivace.

Další formou vedoucí ke smrti je sebeobětování. Zde má úmrtí zcela jiný význam než při sebevraždě. Jedná se zde o význam oběti ve prospěch jiných lidí, celé společnosti nebo idealistických a politických cílů. Takovou formu chování nelze přímo chápat jako suicidální. Předpokládá se, že u sebeobětování chybí vědomá touha zemřít.

Jako sebevraždu nelze rovněž hodnotit sebezabití. Při sebezabití dojde k ukončení života, ale není však v tomto případě obsažena snaha zemřít nebo si jen uškodit. Jako sebezabití lze kvalifikovat například situaci, kdy pacient při kvalitativní poruše vědomí utíká před svými domnělými nepřáteli skokem z výškové budovy. Viewegh (2003, s. 71) uvádí, že může jít o impulzivní jednání, při němž nedojde ke kritickému vyhodnocení celé situace a pacient okamžitě a bez rozmyšlení jedná. Vyhrůžováním sebezabitím mohou někteří lidé činit nátlak na své okolí, orgány činné v trestním řízení nebo rodinu (...když se se mnou rozejdeš, tak to nedopadne dobře).

4.2 Druhy sebevražedného jednání

Dle Vágnerové (2002, str. 249) lze v praxi rozlišovat tři základní alternativy sebevražedného jednání:

4.2.1 Bilanční sebevraždy

Bývají výsledkem dlouhodobého působení subjektivně závažných motivů, které vyplývají hlavně z rozumové úvahy. Člověk má přání skutečně zemřít, a proto si vše obvykle promyslí a připravuje, včetně prostředků, kterým chce daného cíle dosáhnout. Tyto sebevraždy jsou v převážné většině dokonané. Pro tuto sebevraždu se člověk rozhoduje tehdy, dospěl-li k názoru že jeho život už nemá žádný smysl.

4.2.2 Impulzivní sebevražedné jednání

Bývá stimulováno afektivně, náhlým a rychlým rozhodnutím. Obyčejně nejde o vážný úmysl zemřít. Člověk jedná pod vlivem okamžitého impulzivního jednání, nepřemýšlí ani o

prostředcích, které si zvolí a vychází z toho, co je přístupné. Zároveň příčiny jeho jednání bývají odlišné. Motivem bývají například problémy v mezilidských vztazích, jejichž řešení by mohl ovlivnit i jiný člověk.

4.2.3 Skupinové sebevraždy

Jedná se o specifickou variantu, tzn. sebevražedné jednání více lidí. V tomto případě je důležité odlišit toho, kdo byl iniciátorem od ostatních lidí, kteří byli spíše pasivními. Iniciátor sebevraždy si většinou takovým způsobem potvrzuje vlastní hodnotu či moc nad druhým člověkem. V současné celosvětové společnosti jsou snad nejčastějším příkladem skupinové sebevraždy členů různých sekt, kteří se společně pod vlivem svého vůdce rozhodnou ukončit život.

4.2.4 Jiné nebo obdobné druhy sebevražd

Rozšířená sebevražda podle Viewegha (2003, s. 29) bývá obvyklou formou sebevražedného jednání tzv. rozšířená sebevražda, která se od standardního suicidia v podstatě liší počtem osob, které se na suicidálním chování podílejí.

Za rozšířenou sebevraždu považujeme pouze takové jednání, v němž všichni zúčastnění mají v úmyslu, před vlastním uskutečněním dobrovolně zemřít. Rozšířené sebevraždy rozdělujeme takto:

- a) dvojitá sebevražda: společné sebevražedné jednání dvou osob,
- b) skupinová sebevražda: sebevražedné jednání více osob, ale v poměrně malém počtu
- c) masová: sebevražedné jednání zasahující početnější skupiny lidí

Rozšířená sebevražda může být sebevrahem ideově pojata nejrozmanitějším způsobem. Ústřední osou této složité mezilidské situace je především vztah mezi aktivním induktorem, plánujícím společné suicidium, a mezi pasivnějším indukovaným. Induktor je podle Viewegha (2003, s. 30, 31) nucen objasňovat důvody rozhodnutí k činu, zřetelně formulovat hlavní zásady své „suicidální ideologie“. Ovlivnění partnera může být různého druhu, rozsahu a intenzity. Teprve pod vlivem induktora dospívá k rozhodnutí dobrovolně zemřít, a to společně (Viewegh, 2003, s. 31).

Mezi další druhy sebevražd bychom mohli uvést, sebevraždu biickou, kde motiv vychází z reality a nemusí být spojen s psychickou poruchou, a patickou, u které motiv vychází z psychopatologie. Patická sebevražda je spojena s depresí (při pocitech beznaděje, negativním očekávání do budoucna), se schizofrenií (úleva od nesnesitelných halucinací), se závislostí na alkoholu, s těžkým odvykacím syndromem, s akutní halucinózou, s poruchou osobnosti, s posttraumatickou stresovou poruchou apod.

4.3 Způsoby provedení suicidia

Způsoby či metody provedení sebevražedného jednání bývají často ovlivněny dostupností jednotlivých prostředků a kulturními faktory. Mohou odrážet vážnost sebevražedného jednání. Některé metody jako např. skok z výškové budovy zcela jistě vylučuje možnost přežití sebevražedného pokusu. Taková provedení nebývají většinou volena v případech demonstrativních sebevražd. Naopak u lékové či drogové intoxikace existuje poměrně vysoká šance na záchranu poškozeného. Je nutné zdůraznit, že i v případě, že osoba k sebevražednému pokusu použije metodu, která nemusí být fatální, úmysl sebevražedného jednání může být stejně závažný jako u osob, které používají právě metody fatální. (Fischer, Škoda, 2009, s. 67)

Způsoby suicidálního jednání rozlišujeme:

- Měkké způsoby jsou ty, u kterých je pravděpodobnost nebezpečí ztráty života nebo velmi vážného poškození zdraví menší. Mezi tyto metody patří intoxikace léčiv, povrchní pořezání nebo skok z nízké výšky. V těchto případech je vysoká naděje, že poškozený bude včas zachráněn.
- Tvrdé způsoby mají mnohem větší míru rizika a více ohrožují život poškozeného. Jsou to např. strangulace, použití střelné zbraně, skok z velké výšky (Sochůrek, 2009, s. 176-177)

Mezi nejrozšířenější způsob provedení sebevraždy patří oběšení (uškracení, zadušení), a to jak u mužů, tak i u žen. Za tímto způsobem následují sebevraždy zastřelením, intoxikací léky a skokem z budovy. Uvedené čtyři způsoby sebevražedného jednání zahrnují zhruba

90 % procent všech suicidií. Druhým nejčastějším způsobem sebevraždného jednání je zastřelení, i když se jedná o suicidální provedení typické pro muže. U třetí skupiny jsou příčiny způsobené otravou – intoxikací. Zde jsou nejvíce významné změny v přístupu k látce či předmětu, který je potřeba k provedení sebevraždy. Od počátku 90. let 20. století narůstá i počet sebevražd utonutím a ostrým předmětem, v posledních letech také skokem z výše (Fischer, Škoda 2009, s. 69).

Mezi muži a ženami jsou patrné určité rozdíly, zejména ve způsobu provedení. U obou pohlaví je sice na prvním místě sebevražda oběšením, ale zejména u mužů je jejich počet oproti ženám vyšší (muži - dvě třetiny všech sebevražd, ženy necelá polovina). Mezi další způsoby sebevražd, dle jejich četnosti jsou to u mužů zastřelení, intoxikace léky (nebo jinou chemickou látkou) a skok z výše. U žen to jsou otrava, skok z výše (oba způsoby s výrazně větším podílem než u mužů) a pak, již s podstatně menším podílem než u předchozích způsobů, utopení (Fischer, Škoda 2009, s. 69).

Podíl nejrozšířenějšího způsobu suicidia (oběšení) u obou pohlaví se zvyšujícím věkem narůstá. Zároveň v mladším věku je častější použití jiných způsobů sebevraždy než oběšení. Podíl sebevražd otravy plynem vrcholí u mužů mezi 30. – 39. rokem věku, u žen o pět let později, poté dochází k poklesu. Skok z výše je početný zejména v nejmladším věku, do 19. roku – u mužů je to druhá příčina, u žen dokonce nejpočetnější. Následně podíl s rostoucím věkem klesá a zvyšuje se opět od 55 roku. Případů sebevražd zastřelením je u mužů poměrně vyrovnané do věku 65 roků, pak podíl klesá (Fischer, Škoda, 2009, s. 69,70).

5 EPIDEMIOLOGIE SEBEVRAŽEDNÉHO JEDNÁNÍ

Výskyt sebevražd se v různých zemích mění se sociálními nebo společenskými změnami.

U nás je počet dokonaných sebevražd trvale vyšší u mužů než u žen. Toto může být tím, že muži používají takové prostředky, které jsou k dokonání sebevraždy účinnější. (oběšení, střelná zbraň, skok z výšky). U žen bývá nejčastějším prostředkem různé medikamenty – léky.

Podle Duška a Večeřové – Procházkové (2010, s. 140) facilitující úlohu při úspěšném dokonání sebevraždy mají tyto faktory:

Mužské pohlaví, rodinný stav, bezdětnost, vysoká hustota obyvatelstva, život ve velkých městech, vysoký životní standard, ekonomická krize, požití alkoholu nebo jiných drog, rodinné vztahy v dětství, duševní porucha a tělesná porucha.

Oproti tomu retardující (brzdící) vliv můžou mít tyto faktory:

Ženské pohlaví, malá hustota obyvatel, práce v zemědělství, náboženské cítění, život v přírodě, větší počet dětí, příslušnost k nižší společenské vrstvě. Ostatní zvláštnosti sebevražedné aktivity souvisí se strukturou osobnosti. Sebevražedná aktivita může u těchto lidí být projevem volání o pomoc. V takových případech se jedná o snahu zburcovat okolí a zapojit je na řešení problematiky postiženého. (Dušek, Večeřová-Procházková, 2010, s. 140).

5.1 Faktory, ovlivňující motivy sebevražedného chování v různých obdobích života

V průběhu života se může vývoj sebevražedných tendencí individuálně měnit, bývá to určeno zejména osobními rysy daného člověka, jeho životním stylem okolnostmi, které ho doprovází. Motivы sebevražedného chování můžou být ovlivněny různými faktory, které můžeme rozdělit na:

- Faktory věku
- Faktory tělesné/zdravotní

- Faktory obecně společenské
- Faktory hospodářské
- Faktory duševní
- Faktory náboženské
- Faktory ostatní

5.1.1 Faktor věku

Na sebevražedné chování může mít vliv člověka jeho věk, který v průběhu jeho života přináší specifické vývojové krize

Sebevraždy dětí

Sebevražednost dětí je velmi vzácná, její výskyt stoupá až po desátém roku. V tomto věku dochází k vývojovým proměnám myšlení, ke schopnosti více abstraktně a hypoteticky uvažovat. U naprosté většiny dětských suicidálních pokusů jde o zkratkovitou reakci. Tuto reakci může vyvolat pocit strachu a potřeba uniknout určitému ohrožení, např. trestu. Mezi největší rizikové faktory patří v tomto věku problémy ve škole a v rodinných vztazích. (Gould a kol. 1996, In Vágnerová, 2002, s. 249,250).

Určité faktory více ovlivňují stránku biologickou, jiné oblast psychologickou či sociální. Některé okolnosti a faktory se mohou ve svém účinku doplňovat nebo dokonce umocňovat. Jedním z příkladů může být předcházející sebevražedné chování v rodině. V takové situaci můžeme uvažovat o biologicky podmíněné hereditární dispozici, o možné identifikaci a nápodobě, o interakčních vzorcích v rodině apod. Význam sebevražedného jednání v rodině bývá také spíše psychologický. Výskyt sebevraždy v rodinném prostředí může být určitým modelem a návodem řešení různých krizových situací. Může mít svůj význam i v rodinách, kde se suicidální jednání v minulosti nevyskytovalo (Koutek, Kocourková, 2003, str. 39, 41).

Pro adekvátní vývoj dítěte je nutná harmonická rodina, tzn. funkční rodina, se základní vztahovou osobu, kterou je nejčastěji matka. Mezi nejvíce rizikové faktory patří nefunkční rodinné vazby, ztráta základní vztahové osoby, traumatizující a dlouhodobé konflikty

v rodině, komplikovaný rozvod rodičů nebo následné dlouhotrvající porozvodové spory. Mezi významné faktory patří týrání nebo sexuální zneužívání dítěte. Naopak je tomu ve funkční rodině, kdy vyrovnané citové vazby působí jako protektivní faktor. Rodinné prostředí má také význam v případech již dříve realizovaného suicidálního pokusu. Častou reakcí rodičů bývá strach a zvyšující se napětí v rodině, které může mít vliv na následný sebevražedný pokus. Proto je nezbytné do léčby zapojit celou rodinu a začít s ní spolupracovat, zejména terapeuticky (Koutek, Kocourková, 2003, str. 41).

Školní neúspěch

Mezi nejvíce ohrožené děti můžeme zařadit školáky s menším nadáním, děti ve škole přetěžované nebo s hyperkinetickým syndromem. Školní problémy mohou nastat také u dětí s dyslexií a dalšími vývojovými poruchami učení. Svými obtížemi jsou hendikepovány. Bez podpory okolního světa pro ně může školní zátěž znamenat chronickou stresovou poruchu. Toto může vést až k depresivním prožitkům. Je patrné, že pro vznik školního selhávání může mít význam rodinná situace a vztah dítěte s rodiči. (Koutek, Kocourková, 2003, str. 41).

Význam adekvátních vrstevnických vztahů

Dobré vztahy mezi vrstevníky a dobré postavení mezi nimi vedou k přiměřené úrovni sebevědomí, naopak šikanováním ze strany spolužáků může docházet k pocitu nedostatečnosti a neúspěchu, který může vyústit k možnému sebevražednému jednání. Nejvíce ohroženou skupinou jsou děti, které určitým způsobem vybočují a jsou mezi nimi nápadné rozdíly. Mezi vrstevníky mají typicky špatné postavení obézní, tělesně méně obratné děti a to zejména v období staršího věku. Pro dívky má v období pubescence a adolescence velký význam pěkný vzhled a postava. V období třináctého a čtrnáctého věku bývá nejčastější incidencí porucha příjmu potravy. (Koutek, Kocourková, 2003, str. 41).

Adolescence

Impulzem k sebevraždě pro dospívajícího může být pocit zklamání a zoufalství, když se poprvé v životě setká s většími problémy a nezdary. Takové pocity bývají většinou kombinované s představami, že selhání je definitivní. Psychická labilita souvisí i s tendencemi reagovat impulzivním způsobem. V adolescenci bývají časté sebevražedné

pokusy, které můžeme specifikovat jako emočně vypjaté, dospívající lidé jejich prostřednictvím volají o pomoc a podporu (Vágnerová, 2002, str. 240).

Krize středního věku

V tomto období se nevyskytují sebevražedné pokusy impulzivní jako v mládí, člověk již v tomto věku zvažuje své veškeré možnosti. Ví, že nemůže dosáhnout všechno, co si kdy přál. Jako hlavní příčiny suicidálního jednání lidí středního věku bývá ztráta partnera, deprese, stres, problémy v zaměstnání a závislost na alkoholu (Vágnerová, 2002, s. 250).

Stáří

Ve stáří bývá počet dokonaných jednání pětkrát až desetkrát vyšší než ve středním věku. Na tom se projevuje riziko opuštěnosti a ztráty známého prostředí, které představovalo pro něho určité zázemí. K tomu dále přispívá i vědomí omezených dispozic a kompetencí zvládat aktuální i budoucí životní zátěže. Za takových okolností se snadno vytrácí smysl života (Vágnerová, 2002, s. 250).

5.1.2 Faktory tělesné/zdravotní

Pohlaví a věk

Z hlediska sebevražedných jednání se poměr mužů a žen proměňuje, a to mj. v závislosti na věku. V mladším věku je výrazná dominance sebevražedného jednání žen – ve větším případě jde o pokusy, které nejsou ukončeny smrtí. V období mezi 30. a 40. rokem života se poměr relativních četností sebevražedného jednání vyrovnává. Teprve po 40. roce věku přibývá výrazným způsobem sebevražedné jednání mužů a to tempem, které se s přibývajícím věkem stále navyšuje. V období stáří 70 let a výše připadají dva sebevražedné projevy mužů na jeden takový projev žen. Letalita sebevražedného jednání se s věkem navyšuje a dosahuje u mužů 75 % a u žen 60 %. U mladších osob bývají motivy spíše citové, suicidium je převážně výsledkem zkratové reakce. Ve vyšším věku převládají sebevražedné tendence uvážené, bilanční, často motivované nemocí – ať už duševní nebo

somatickou, či obavami z bezmocnosti, velmi často pocit opuštěnosti bez dalšího účelu života apod. (Růžička, 1968, s. 62, 64).

Zdravotní stav

Závažné tělesné onemocnění může představovat rizikový faktor pro sebevražedné jednání převážně v období dospělosti. Jeho význam v dětství a adolescenci bývá menší hlavně z důvodů kvantitativních, jelikož v tomto věku bývá méně časté než například školní problémy. V jednotlivých případech má však chronické onemocnění velký význam, bývá spojeno s poruchou přizpůsobení, s depresemi a dalšími psychickými obtížemi. Velmi vysoké riziko pro sebevražedné chování představuje onemocnění s psychickou poruchou. Se suicidalitou jsou charakteristicky spojeny afektivní poruchy, schizofrenie a toxikomanie. (Koutek, Kocourková, 2003, str. 42).

S rostoucím věkem bývá častější výskyt sebevražedných pokusů z druhé nejčastější příčiny a to z příčiny nemoci a tělesné vady. Z nemocí, které mají největší podíl na sebevražednosti je nejčastější příčinou sebevražd rakovina, dále následují nemoci srdce a cév. Velmi častou příčinou bývá i strach z operace (Růžička, 1968, str. 212)

5.1.3 Faktory obecně-společenské

Rodinný stav

Teorie sebevražednosti již od doby klasické studie Durkheimovy opakovaně vysvětlují závislost k sebevražednému chování na základě systému, který každého člověka obklopuje a jehož je sám článkem. Lidé, kteří mají silně citové vazby s jinými lidmi, lidé, kteří navázali a udržují rodinné a blízké vztahy jsou z hlediska potencionálního suicidálního jednání v zátěžových situacích považováni za méně rizikové; naopak ti, kteří zůstávají dobrovolně či nuceně, fyzicky nebo společensky izolováni (osamoceni), představují skupinu osob s vysokým rizikem sebevražedného chování (Škoda 67, in Henry, Short)

Durkheim (5) vyslovil v této souvislosti myšlenku, že nižší sklon k sebevražednosti u osob žijících v manželství vyplývá ze dvou důvodů:

- Domácí prostředí neutralizuje tendenci k sebevražednému jednání

- Ve statistikách suicidálního jednání se projevuje vliv selekce, tzn. že je velmi pravděpodobné, že osoby, které uzavírají manželství, jsou fyzicky a psychicky zdravější a vyrovnanější než ti, kteří zůstávají svobodnými (Fischer, Škoda, 2009 s. 72)

Město a venkov

Z údajů o sebevraždě, uveřejněné Světovou zdravotnickou organizací vyplývá, že s rostoucí velikostí měst, stoupá ve většině evropských měst a zemí i sebevražedné jednání. Tento vztah platí pro obě pohlaví (Fischer, Škoda, 2009, s. 75).

5.1.4 Faktory hospodářské

Špatné majetkové poměry, chudoba a bída mohou mít velmi neblahý vliv na hodnocení a bilancování života. Aby člověk chtěl žít, musí v nouzi ukojit své potřeby. Pokud se mu to nedaří, ztrácí pro něho život svoji cenu. Takto se člověk stává nespokojeným a nešťastným a začíná hledat dobrovolnou smrt. (Masaryk, 1998, str. 58)

Dle statistik se zhoršující se ekonomická situace, krize a nezaměstnanost projevuje vzestupem sebevraždě. Životní úroveň každého člověka úzce souvisí s jeho povoláním a postavením v zaměstnání.

Otázkou souvislosti mezi sebevražedným jednáním a vzděláním se široce zabýval Masaryk, který uvedl, že vyšší rozumové vzdělání samo o sobě nevede k sebevraždě; činí život člověka bohatším a různotvárnějším. Na druhou stranu však člověka přivádí často do nových a obtížných situací, více ho staví k otázce bytí a nebytí, než je tomu u člověka méně vzdělaného. Podle Masaryka rozhodně disponuje k sebevražednému jednání polovzdělanost (Masaryk 1998, In Růžička, 1968, s. 101)

5.1.5 Faktory duševní

Co je stres?

Stres bývá jakákoli událost v našem běžném životě, která nás přinutí vyrovnat se s novou situací. Někdy může být stresem nějaká pozitivní událost, například když se zamilujeme, nebo když získáme stipendium. Ať už bývá příčina jakákoliv, stres nás velmi vy-

čerpává. Samozřejmě, že přizpůsobování se a zvykání si na různé věci je součástí života. Seznam stresujících událostí, který byl původně zpracován pouze pro dospělé, může být přizpůsoben i pro použití adolescentů (Frankel, Kranzová, 1998, s. 47-49):

Stresující události

- smrt rodiče nebo blízkého příbuzného
- rozchod s přítelem nebo přítelkyní
- uvěznění
- zranění nebo nemoc
- potíže ve škole
- ztráta zaměstnání
- přechod na jinou školu
- otěhotnění
- problémy se sexem nebo se vztahem
- smrt blízkého přítele
- ztráta blízkého přítele
- někdo opouští domov (kvůli rozvodu nebo jde žít jinde z jiných důvodů)
- změna podmínek v bydlení (přestěhování, změna v okolí bydliště)
- svátky

Veškeré uvedené události mají společného jmenovatele a to nutnost přizpůsobit se změně, která se v průběhu života vyskytla.

Deprese

Spouštěcím signálem může být i hluboká deprese, která sebevražedné jednání vyvolá. To však nemusí znamenat, že by všichni sebevrahové byli depresivní, nebo že by většina depresivních lidí přemýšlela o sebevraždě. U některých lidí může deprese vyvolat sebevražedné pocity nebo sebevražedné jednání. Deprese může u člověka propuknout i bez jasněho důvodu, nebo tento důvod dostatečně neodpovídá hloubce a síle depresivního stavu. Psychologové chápou depresi jako stav bezmoci a beznaděje v souvislosti s pocitem, že na světě není nic v pořádku a že už nikdy nic v pořádku nebude. Rozlišujeme tři druhy deprese. Může se jednat o přechodný stav, který někdy potrápí každého. Určité deprese mohou

být vyvolány konkrétní událostí, např. rozchodem, ztrátou blízkého přítele, rozvodem rodičů nebo přestěhováním do jiného místa. Některé deprese, které jsou označovány jako velké, trvají delší dobu bez určitého důvodu. Někteří lékaři jsou přesvědčeni o tom, že tento typ deprese má psychologické kořeny, ostatní zastávají názor, že příčinou může být nerovnováha v chemických procesech v mozku. Výskyt depresí může být i v rodině, a to z psychologických i z biologických příčin. Pokud se jedná o chemickou nerovnováhu, ta se jistě přenáší z rodičů na děti jako jiné biochemické vlastnosti. Pokud jde o psychologické příčiny, děti mohou od rodičů přijímat způsob hodnocení situací a způsoby jejich řešení, které depresivní stavy podporují (Frankel, Kranzová, 1998, str. 53-54).

Deprese a sebevražda

Jak už bylo dříve uvedeno, ne každý, kdo je v depresi, má sebevražedné tendence, a naopak se setkáváme s případy lidí, kteří se rozhodnou pro sebevraždu a deprese nemají. Velmi často deprese sebevraždě předchází. Když deprese prožívá mladý člověk poprvé, nemusí ani vědět, co se s ním děje. Ačkoli krátká období deprese můžou být běžnou součástí dospívání, člověk, který depresí prochází ji nevnímá ani jako běžnou nebo přechodnou. Velmi často člověk v depresi doufá, že určitá konkrétní událost vše změní, např. nový partner, letní prázdniny, lepší známky, úspěch ve sportu. Když události očekávané s nadějami přijdou a deprese pokračují přesto dál, člověk může mít pocit, že v jeho životě nic nefunguje. (Frankel, Kranzová, 1998, s. 58).

U všech typů depresí hrozí nebezpečí sebevraždy. Mezi veřejností se traduje zažitý omyl, že ten kdo říká, že si něco udělá, si nikdy nic neudělá. Opak je ale pravdou. Jedná se o první stupeň volání o pomoc. Tato skutečnost bude ověřena i v praktické části této práce. Jestliže se Vám někdo z blízkých svěří, že má strach ze svých myšlenek, že se bojí, aby si něco neudělal je potřeba tomu věnovat vážnost a pozornost. Nemusí jít o demonstraci, ale skutečná prosba o pomoc. (časopis bulletin zdravotní pojišťovny MV ČR, 2012, str. 31)

5.1.6 Náboženství

Přesto, že Česká republika patří mezi nejméně religiózní země, náboženství může hrát při posuzování sebevražedného chování určitou roli. Jde převážně o roli pozitivní, jelikož vět-

šina oficiálních náboženství sebevraždu zakazuje. Význam pro sebevražedné chování a pro psychiku obecně můžeme zaznamenat u příslušníků určitých sekt.

V posledním desetiletí se také setkáváme u dětí a mladistvých s různými představami o posmrtném životě, které mohou vést k facilitaci suicidálního jednání. Pacienti často po závažném suicidálním pokusu uvádí, že počítají s novým, lepším životem nebo alespoň s určitou lepší formou posmrtného života (Koutek, Kocourková, 2003, s. 43).

5.1.7 Ostatní rizikové faktory

Významným rizikovým faktorem je jak v dospělosti, tak i v dětství a dospívání považován předcházející sebevražedný pokus v anamnéze klienta. Podle některých studií asi 25 % dětí a mladistvých svůj sebevražedný pokus opakuje. Jde o číslo poněkud menší než u dospělých, kde se opakované suicidální jednání vyskytuje v 36 %. Hawton (In Koutek, Kocourková, s. 43, 44) shrnuje následující rizika pro opakování suicidálního pokusu:

- dřívější suicidální pokusy
- psychická onemocnění
- alkoholismus v rodině
- narušené vztahy mezi členy rodiny
- odloučení od rodiny
- zneužívání alkoholu nebo drog
- sociální izolace
- špatné školní výsledky
- depresivní tendence

5.2 Tendence k sebevraždě, vývoj sebevražedné aktivity

K sebevraždě dochází uskutečněním vlastního dobrovolného rozhodnutí ukončit svůj život. Sebevražedné tendence můžeme charakterizovat jako samotné vyjádření nespokojenosti s vlastním životem. Člověk může o sebevraždě mluvit, v jiném případě ji tajně připravuje. Rizikovými a podezřelými faktory mohou být jiné sebevraždy v rodině, pijáctví, drogy, zužování zájmů, úvahy o smrti.

Hlavní motivy sebevražděných sklonů a jednání vychází z hluboce narušených partnerských a rodinných vztahů. U bilančních sebevražd bývá touhou člověka uniknout z nesnesitelných utrpení (např. nádorová onemocnění).

Po motivu musí přijít myšlenka na sebevraždu, déletrvající myšlenka s prohlubující depresí už se stává tendencí, po které následuje úvaha, čímž se člověk smiřuje se s rozhodnutím a sebevraždu plánuje. K jejímu provedení dochází často při zkratkovitém jednání. (všechny tři odstavce www.priznaky.vitalion.cz/tendence-k-sebevrazde)

Tendence k suicidálnímu jednání se obvykle po určitou dobu rozvíjí, nevzniká zcela náhle a nečekaně. Tento proces můžeme podle Vágnerové (2002, s. 246) rozdělit do několika fází:

1. Suicidální tendence existují jen v symbolické úrovni, v rovině úvah a představ. Mnozí lidé v této fázi o sebevraždě mluví
2. Sebevražděná tendence nabývá konkrétní podobu. Jedinec sebevraždu jako řešení svých problémů akceptuje a začíná přemýšlet o způsobu, jak ji uskutečnit
3. Uskutečnění tohoto úmyslu, reálné sebevražděné jednání

Sebevražděné jednání se projevuje často u depresivního syndromu. Příznaky, které ukazují u deprese zvýšené riziko sebevraždy bývají většinou: anxiozita s neklidem a s agitovaností, výrazná nespavost, obavy z nějakého závažného somatického onemocnění. Největší nebezpečí bývá na počátku a na konci depresivní fáze, naopak tomu bývá na vrcholu deprese, kdy je riziko menší. Jiné riziko může být u paranoidních poruch a u lidí vyšší věkové kategorie (Dušek, Večeřová - Procházková, 2010, s. 138).

Sebevražděné tendence může provázet typická triáda: beznaděj – bezmoc – izolace. Propletenec této triády znesnadňuje kontakt s druhými lidmi a komplikuje možnost požádat o pomoc. Bývají očekávané především nepřímé signály, které jsou spíše výmluvnější, než když je někdo hlasitě proklamuje, že si zatne kinžál do srdce až po samu rukojeť (Novák, 2010, s. 71).

5.2.1 Vývoj sebevražedné aktivity

Vývoj sebevražedné aktivity můžeme popsat u depresivního syndromu. Nejdříve se vyskytují myšlenky na sebevraždu. Postižený proti nim bojuje, zapuzuje je a brání se, snaží se zdůvodňovat, z jakého důvodu není možné sebevraždu realizovat. V další fázi se objevuje sebevražedné tendence – sebevražedné sklony. Postižený se sebevražedným myšlenkám nebrání, ale prozatím nemá velkou odvahu k její realizaci. Postupem času dospěje k rozhodnutí o sebevraždě. Společně s tím se objevuje rozhodnutí jakým prostředkem či způsobem dojde k realizaci sebevraždy. Při tomto rozhodnutí dochází u postiženého k uvolnění a z vnějšku vypadá spokojený a vyrovnaný. Tato fáze bývá velmi nebezpečná, jelikož se pozorovateli může zdát, že jedinec je v dobrém psychickém stavu a nevypadá, že by i nadále pomýšlel na sebevraždu. Přes toto zdání může dojít k realizaci sebevraždy (Dušek, Večeřová - Procházková, 2010, s. 139, 140).

6 TERAPIE A PREVENCE SEBEVRAŽEDNÉHO JEDNÁNÍ

Terapie sebevraždného jednání závisí na aktuálním psychickém stavu postiženého a na době, ve které je léčebná pomoc poskytována. V rámci první pomoci lze poskytnout první pomoc, krizovou intervenci a konečně systematickou léčbu. Léčebné zásahy mohou být psychoterapeutické, farmakoterapeutické, mnohdy je zapotřebí též zásahů sociálních (Koutek, Kocourková, 2003, s. 93).

6.1 Terapeutický přístup

Samotná léčba suicidálního jednání záleží na mnoho okolnostech. Jedním z důležitých faktorů je doba, v rámci které v průběhu suicidálního jednání terapeutickou pomoc poskytujeme. Terapeutický přístup rozdělujeme na první pomoc, krizovou intervenci a systematickou léčbu. První pomoc při sebevraždném jednání je povinen poskytnout každý člověk, který je svědkem takového jednání (Koutek, Kocourková, 2003, s. 93).

6.1.1 První pomoc po suicidálním pokusu

Po každém sebevraždném pokusu podle aktuální situace se na místo dostaví nejdříve ošetřující lékař a teprve poté, kdy poškozený není ohrožený na životě, bývá kontaktován psychiatr a psycholog. Zda-li se jedná o závažný suicidální pokus poznáme provedeným způsobem takového jednání. Za velmi nebezpečné lez považovat použití tzv. tvrdé metody, tj. např. strangulace, střelné zbraně, skoku z výšky. Důležitým faktorem bývá i dopis na rozloučenou, závěť, provedení činu s omezením možnosti záchrany. Všechny tyto faktory musíme hodnotit individuálně, zejména s ohledem na to, zda mohl poškozený chápat nebezpečnost svého jednání a použité metody. Zejména u dětí musíme brát v úvahu jejich vyspělost. V žádném případě bychom neměli opomenout provést vyšetření bez získání veškerých dostupných údajů od rodiny, učitelů, případně spolužáků a kamarádů (Koutek, Kocourková, 2003, s. 95).

6.1.2 Krizová intervence

Na rozdíl od první pomoci, kde hlavním cílem je zvládnutí akutního stavu a zabránění dalšímu sebepoškozujícímu chování pacienta, úkolem krizové intervence je též léčebný zásah orientovaný do budoucna. Krizová intervence by měla zvládnout následující úkoly: zabránit akutně hrozícímu suicidálnímu jednání, objasnit konflikty a problémy, které motivují poškozeného k sebevražednému jednání, diagnostikovat případnou duševní poruchu a zajistit psychiatrickou nebo psychologickou péči. Krizová intervence by měla být zaměřena na vyloučení rizika opakování suicidálního chování (Koutek, Kocourková, 2003, s. 96).

6.1.3 Psychoterapie a farmakologie

Komunikovat o svých problémech s terapeutem může být tak trochu nepříjemný, ale osvobozující zážitek. Lidé díky takové komunikaci mohou prožívat v počátečních fázích terapie obrovskou úlevu zejména proto, že se mohou někomu svěřit. Potlačované pocity mohou vyvolat suicidální nebo sebepoškozující jednání. Pokud se podaří tyto pocity otevřeně vyjádřit, můžou se zpracovat a poté prozkoumat tak, že přestanou mít vliv na život člověka. Terapeut může pomoci lidem přijmout a pochopit jejich pocity tak, aby byli se sebou spokojeni. (Frankel, Kranzová, 1998, s. 106). Terapie můžeme dle Koutka, Kocourkové (2003, s. 98, 99) rozdělit:

6.1.4 Individuální psychoterapie

Jedná se o léčebnou podpurnou metodu, jejímž účelem je v rámci závažného psychiatrického onemocnění zvládnout suicidální krizi. Účelem této terapie je podpora a posílení jeho adaptačních schopností. Při terapii je kladen důraz na terapeutický vztah a práci s přenosem a protipřenosem. Zabývá se současnými vztahy dítěte a pracuje i s reálným prostředím, tj. rodiči, školou a vrstevníky (Koutek, Kocourková, 2003, s. 98).

6.1.5 Skupinová terapie a podpůrné skupiny

Jde o pravidelné vzájemné setkávání klientů ve skupinách. Takové skupiny bývají obvykle vedeny školeným profesionálem, který pomáhá každému členu skupiny, aby se propracoval svými pocity (Frankel, Kranzová, 1998, s. 107).

6.1.6 Rodinná terapie

V určitých případech bývá nejučinnější zapojit do terapie celou rodinu. Někteří rodinní terapeuti se s členy rodiny setkávají zvláště i s celou rodinou dohromady. Cílem rodinné terapie je změnit rodinné vazby tak, aby byly pro všechny co nejvíce uspokojující. Rodinná terapie dává každému klientovi možnost otevřít se a umožňuje ukázat, jakým způsobem lze v rodině přistupovat k problémům a vztahům (Frankel, Kranzová, 1998, s. 107).

6.1.7 Ostatní psychoterapeutické přístupy

Zejména v dětství ale i v adolescenci je verbalizace problému velmi obtížná. Pro nejmenší děti je možné použít herní terapii, v rámci které si dítě odžívá své konflikty a problémy. Užitečná bývá arteterapie, kdy se mohou projevit problémy v kresebném projevu., které jinak v rozhovoru unikají (Koutek, Kocourková, 2003, s. 99).

6.1.8 Farmakoterapie při sebevražedném jednání

Při zvládání hrozícího nebo proběhlého suicidálního jednání má svůj význam medikamentózní léčba. Její význam je různý podle toho, zda poskytujeme první pomoc, krizovou intervenci nebo jde o komplexní léčbu ambulantní či v lůžkovém zařízení. Pokud mluvíme o medikaci, nesmíme opomenout to, že některé léky nebo jejich kombinace mohou vést ke vzniku deprese a zvýšit nebo vyvolat suicidální riziko (Koutek, Kocourková, 2003, s. 99)

6.2 Prevence suicidálního jednání

Sebevražedné jednání je běžně chápáno jako abnormální jev, který je součástí společenské patologie. Velmi častým postojem společnosti je chápání osoby sebevraha jako psychicky nemocného jedince, kteří v případě nedokončeného sebevražedného jednání jsou předmětem zájmu psychiatrů a často dochází k léčbě nebo hospitalizaci. Podstatnou roli sehrává

prevence suicidálního jednání. Jejím hlavním cílem je omezit počet a vliv rizikových faktorů a posílit protektivní faktory na straně poškozeného, celé rodiny i prostředí, v němž se potenciální sebevrah zdržuje. (Fischer, Škoda, 2009, s. 81)

Preventivní postupy bývají obvykle rozdělovány na tři oblasti: primární, sekundární a terciální. (Koutek, Kocourková, 2003, str. 55)

- Primární prevence se zaměřuje na snížení výskytu poruchy v populaci. Je zaměřena na eliminaci příčinných a rizikových faktorů, které spolupodmiňují vznik poruchy. Primární prevence je orientována na osoby, u kterých dosud nemusí být patrné znaky klinické poruchy.
- Sekundární prevence je orientována na včasné zachycení a léčbu klinických projevů. Za součást sekundární prevence bývá považována krizová intervence. Sekundární prevence může být orientována na pečlivé zhodnocení a krizovou intervenci u dětí se suicidálními projevy nebo na ty, které můžeme považovat z hlediska suicidia za zvýšeně rizikové (např. děti ohrožené prostředím, depresivní děti)
- Terciální prevence se snaží zmírnit následky klinické poruchy a zabránit jejímu opakování

Preventivní intervence u suicidálního chování a jednání bývá zaměřena nejen na osobu, která se dopustila suicidálního jednání, ale také na osoby blízké, sourozence a vrstevníky a dále na instituce, které mají vliv na duševní zdraví těchto osob.

Současný model primární prevence rozlišuje tři následující okruhy (Koutek, Kocourková, 2003, s. 106):

- Univerzální preventivní intervence je zaměřena na celkovou populaci, bez ohledu na specifická rizika. Za univerzální preventivní intervenci můžeme považovat například typ preventivních programů pro školní děti, které jsou zaměřeny na zlepšení způsobů, jako mohou děti řešit problémy nebo zátěžové situace.
- Selektivní preventivní intervence je zaměřena na jedince nebo skupiny populace, u nichž je riziko poruchových projevů významně větší. Rizikové skupiny mohou být identifikovány na základě biologických, psychologických nebo sociálních rizikových faktorů, o kterých víme, že souvisejí se vznikem duševní poruchy, např. dospívající, kteří mají potíže v adaptaci, jsou závislí na užívání návykových látek, mají konflikty v rodině.

- Indikovaná preventivní intervence je zaměřena na vysoce rizikové jedince, u nichž identifikujeme subklinické znaky nebo symptomy, které ale dosud nesplňují znaky pro plnou klasifikaci poruchy. Příkladem může být dítě v tíživé životní situaci, s depresivními projevy spojenými s poruchami nálady, sníženým sebehodnocením a pocity bezmoci a beznaděje (Koutek, Kocourková, 2003, s. 106),

6.3 Preventivní intervence v krizových situacích

6.3.1 Linky důvěry

Prvním krokem pro někoho, koho mohou přitahovat sebevražedné myšlenky nebo sebepoškozující jednání může být linka důvěry. Linka důvěry je pracoviště, které můžeme kontaktovat prostřednictvím telefonu. Může být součástí krizového nebo psychologického centra či poradny, nebo může být samostatným pracovištěm. Na lince důvěry Vás vyslechnou pracovníci linky důvěry, kteří pracují jako profesionálové nebo jako laici, to znamená, že telefonicky můžeme komunikovat s lékařem, psychologem, sociálním pracovníkem nebo zdravotní sestrou, nebo i s jinými pracovníky s podobným odborným zaměřením nebo s vyškoleným laikem, který prošel důkladným školením pro práci na lince důvěry (Frankel, Kranzová, 1998, s. 107, 108).

6.3.2 Krizové centrum

Jedná se o pracoviště zaměřené na pomoc lidem v naléhavých životních situacích. V krizovém centru bývají zaměstnání zkušené psychologové, psychiatři, sociální pracovníci nebo zdravotní sestry. Tito specialisti bývají zároveň psychoterapeuty a jsou dobře vyškoleni pro práci s klienty, kteří se ocitli v životní krizi (Frankel, Kranzová, 1998, s. 109).

6.3.3 Pedagogicko-psychologická poradna

Bývá určena dětem nebo mladým lidem, kteří mají problémy se školou. Takové potíže se mohou týkat pracovního tempa, volby střední školy nebo povolání. Může jít ale o celou řadu situací, které mohou souviset s rodinou či skupinou vrstevníků (Frankel, Kranzová, 1998, s. 109)

6.3.4 Poradna pro rodinu, manželství a mezilidské vztahy

Tyto poradny se nachází v každém regionu. Klientem může být člověk v každém věku, pokud má určité problémy s nějakým typem vztahu – může se jednat o rodinné vztahy – dítě s rodiči, rodiče s dítětem, vazby mezi generacemi – děti, rodiče, prarodiče. Do této poradny může jít člověk sám nebo s partnerem či členem rodiny, kterého se toto týká (Frankel, Kranzová, 1998, s. 110)

6.3.5 Protialkoholní a protidrogové poradny

Člověk, který vyhledává pomoc kvůli nadměrnému požívání alkoholu nebo drog či kouření má možnost si vybrat mezi větším množstvím nabídek. Pokud se nechce nebo se o takovém kroku rozhoduje, může prozatím využít služeb speciální linky důvěry. Pro mladé lidi vznikají také kontaktní centra (Frankel, Kranzová, 1998, s. 110)

6.3.6 Psychoterapeutická centra a pracoviště

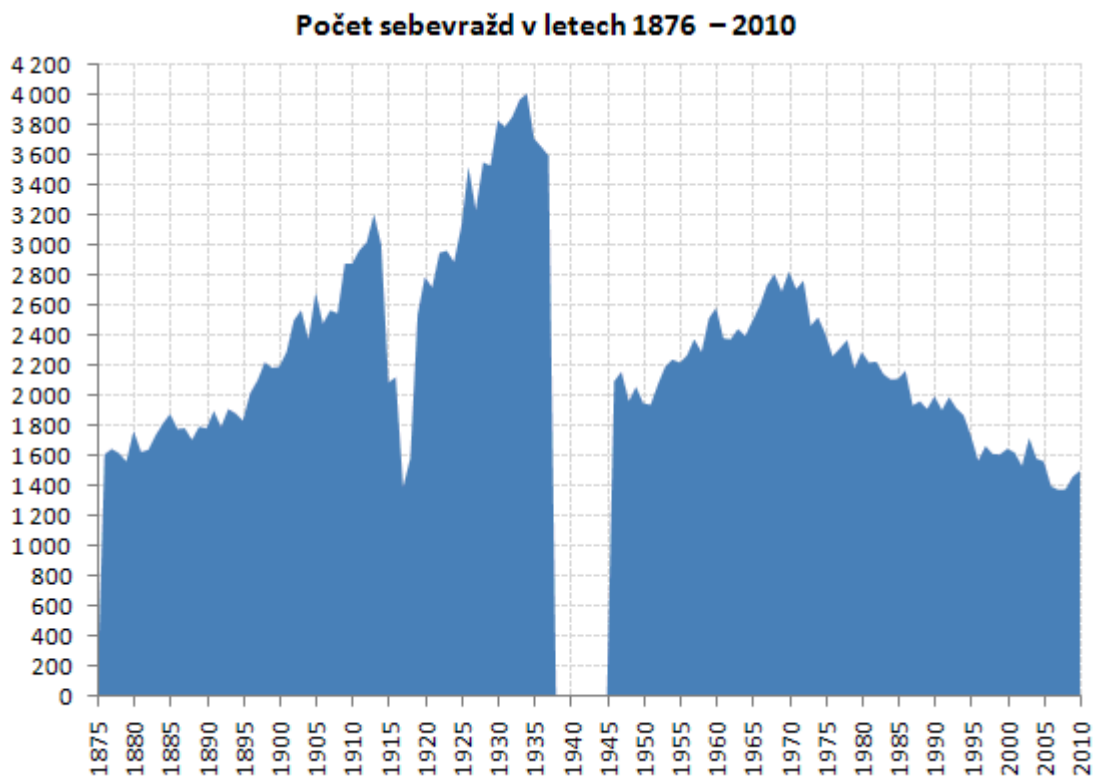
Tyto centra navštěvují osoby, které mají rodinný nebo osobní problém, který přesahuje jejich možnosti k řešení. Jejich situace je doprovázena nepříjemnými pocity – úzkostí, strachem, depresemi, sebevražednými pocity, pocity viny, ztráty smyslu života atd. Při první návštěvě se s námi sejde pracovník centra, zpravidla psycholog nebo psychiatr, aby společně zmapoval situaci. Pro tento účel použije nějakého psychologického testu nebo se důkladně zeptá na vše, co souvisí s našimi problémy. Poté nám může nabídnout určitou formu kontaktu, např. sérii individuálních návštěv v psychoterapeutickém centru (Frankel, Kranzová, 1998, s. 111)

7 STATISTIKA SEBEVRAŽEDNÉHO CHOVÁNÍ

Podle Praška (in Fischer, Škoda, 2009, s. 63) je sebevražda osmou nejčastější příčinou smrti u dospělých a druhou nejčastější příčinou smrti ve věkové období 15-24 let. Sezónní nejvyšší výskyt sebevražd je pozorován během pozdního jara a druhý je v podzimním období. U více než 90 % osob s dokončenou sebevraždou je diagnostikováno závažné duševní onemocnění a u 50 % je v době sebevraždy přítomna deprese. Jedna třetina je spojena s chronickým alkoholismem, úzkostnými stavy nebo se schizofrenií. Jen 5% dokonaných sebevražd je spojeno se závažnou tělesnou nemocí.

Výskyt sebevražd všeobecně roste s věkem. Jeden z vrcholů se u mladých lidí objevuje ve věku 15-24 let. Nejvyšší výskyt je však u osob, starších 75 let. Poměr suicidálních pokusů a dokonaných sebevražd je 10:1. U starších osob se objevuje méně suicidálních pokusů, ale za to více dokonaných sebevražd. Ženy se pokouší o suicidium třikrát častěji než muži, nicméně čtyřikrát častěji než ženy provedou dokonané suicidium (Kochanek, Murphy, Anderson, 2002, In Fischer, Škoda, 2009, s. 63).

Vývoj ročního počtu sebevražd v ČR ukazuje obrázek č. 1



Počet lidí, kteří dobrovolně ukončí svůj život, od 2. poloviny 70. let v České republice klesá. Za hodnocené období 2006 – 2010 spáchalo sebevraždu celkem 7 120 osob, z toho 5887 mužů a 1233 žen.

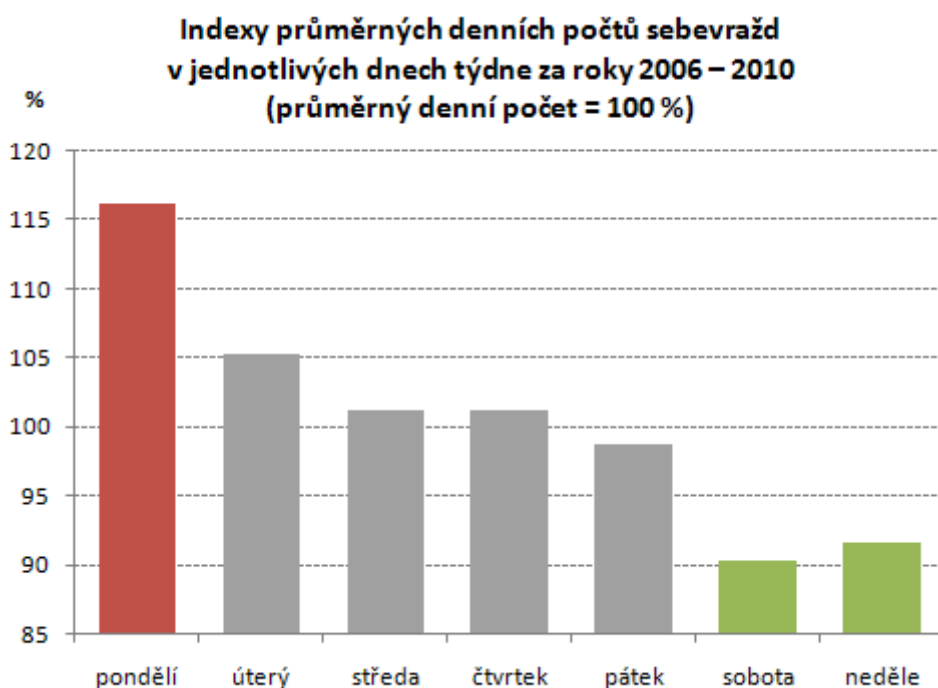
V jednotlivých letech sledovaného časového úseku se počty sebevražd udržovaly na velmi nízké úrovni, v roce 2007 dokonce na novém historickém minimu. V posledních třech letech sice došlo k nárůstu, přesto však zůstává i údaj posledního roku hodnoceného pětiletí menší než v kterémkoliv dřívějším poválečném roce.

Tendenci ukončit vlastní život mají výrazně muži než ženy. Za poslední sledované pětiletí sebevraždou skončilo dokonce pětkrát víc mužů než žen, na 1 dokonanou sebevraždu žen připadalo 4,8 sebevražd mužů.

Nejvíce lidí volilo pro svou dobrovolnou smrt oběšení (muži 67,4 %, ženy 44,8 %). Muži kromě toho volí častěji i smrt zastřelením (11,5 %), v menší míře pak volí způsob otrávením. Naopak ženy mají tendenci k sebeotravám, skokem s výše. Smrt zastřelením je u žen méně častá.

Sebevraždy podle dnů v týdnu

Sebevražednost se mění nejen podle měsíců, ale i podle dnů v týdnu. Maximální hodnoty jsou v pondělí, minimum je v sobotu.



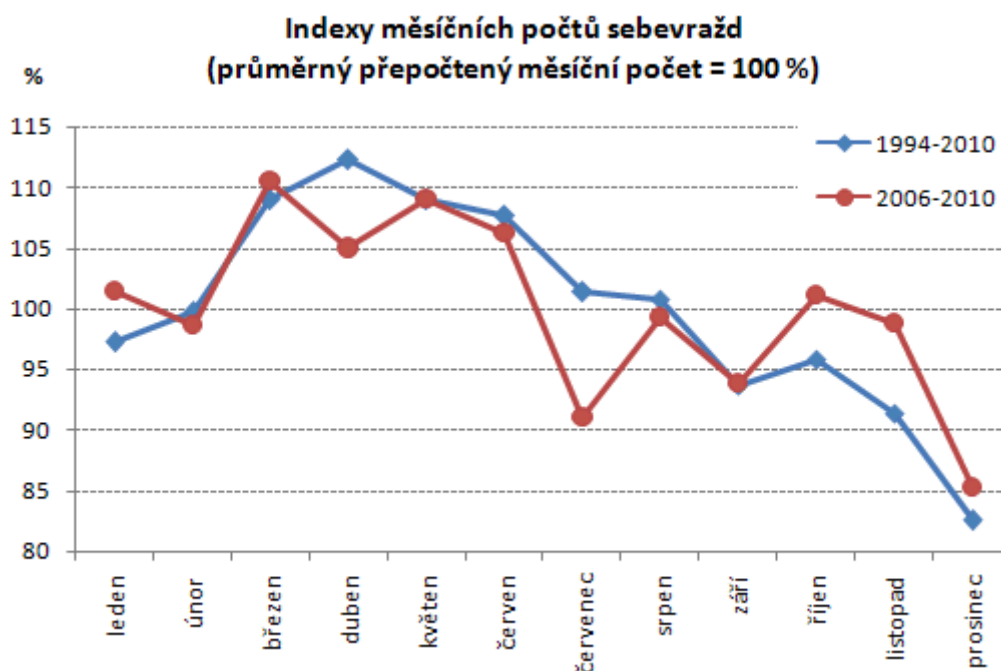
V pondělí je sebevraždnost nejvyšší, v úterý je již počet viditelně nižší a pak každý následující den až do pátku se průměrná hodnota dále snižuje, ovšem již jen mírně. Další výraznější pokles je v sobotu. Neděle přináší proti sobotě mírné zvýšení, ale údaj zůstává pod úrovní pracovních dní. (Český statistický úřad, www.csu.cz/sebevrazdy).

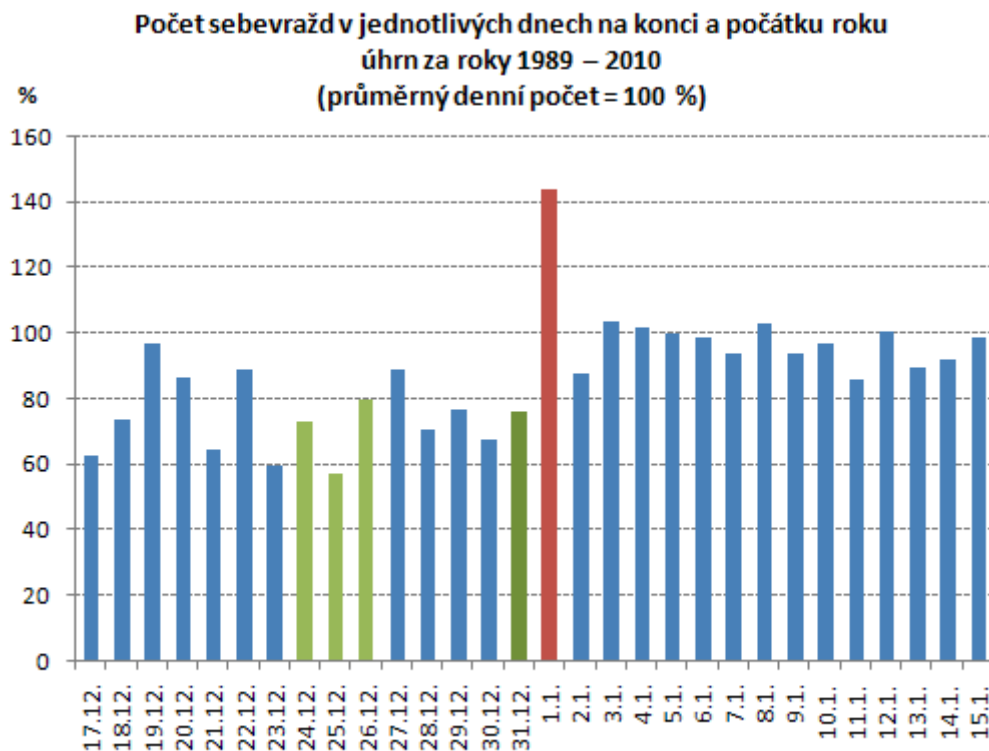
Za roky 2006-2010 bylo 38 dnů, ve kterých nebyla zaregistrována žádná sebevražda. Mezi dny s nízkou sebevraždností (dny s 0-2 sebevraždami) byly nejčastěji zastoupeny soboty a neděle (83x a 86x), naopak nejméně bylo těchto dnů mezi pondělky (41x).

Dny s největším počtem sebevražd (12) byly: neděle 2. prosince 2007, úterý 24. února 2009, pátek 26. února 2010 a čtvrtek 10. června 2010. Celkem bylo ve sledovaném časovém úseku 19 dní s deseti a více sebevraždami. (Český statistický úřad, www.csu.cz/sebevrazdy)

Sebevraždy podle ročního období

Podle zažitých pověr si lidé berou nejčastěji život o Vánocích nebo na podzim. To ale čísla ČSÚ nedokazují. Například v letech 2006 až 2010 byly měsíce s nejmenším počtem sebevražd září a prosinec, naopak v jarních měsících sebevraždy dosahovaly maximálních hodnot.





Celkový základní trend rozložení sebevražd do měsíců platil za roky 2006-2010 stejně pro muže i ženy. U obou pohlaví byl nejvyšší počet na jaře (březen event. květen), nejnižší v prosinci. U žen byly v jednotlivých měsících výkyvy větší, ale hlavní vliv na to má menší četnost sebevražd a tedy zvýšený dopad nahodilých výkyvů.

Dny kolem vánočních svátků jsou také ohledně sebevražd statisticky podprůměrné, zato 1. ledna se to rapidně mění (Český statistický úřad, www.csu.cz/sebevrazdy).

Celkový základní trend rozložení sebevražd do měsíců platil za roky 2006-2010 stejně pro muže i ženy. U obou pohlaví byl nejvyšší počet na jaře (březen event. květen), nejnižší v prosinci. U žen byly v jednotlivých měsících výkyvy větší, ale hlavní vliv na to má menší četnost sebevražd a tedy zvýšený dopad nahodilých výkyvů.

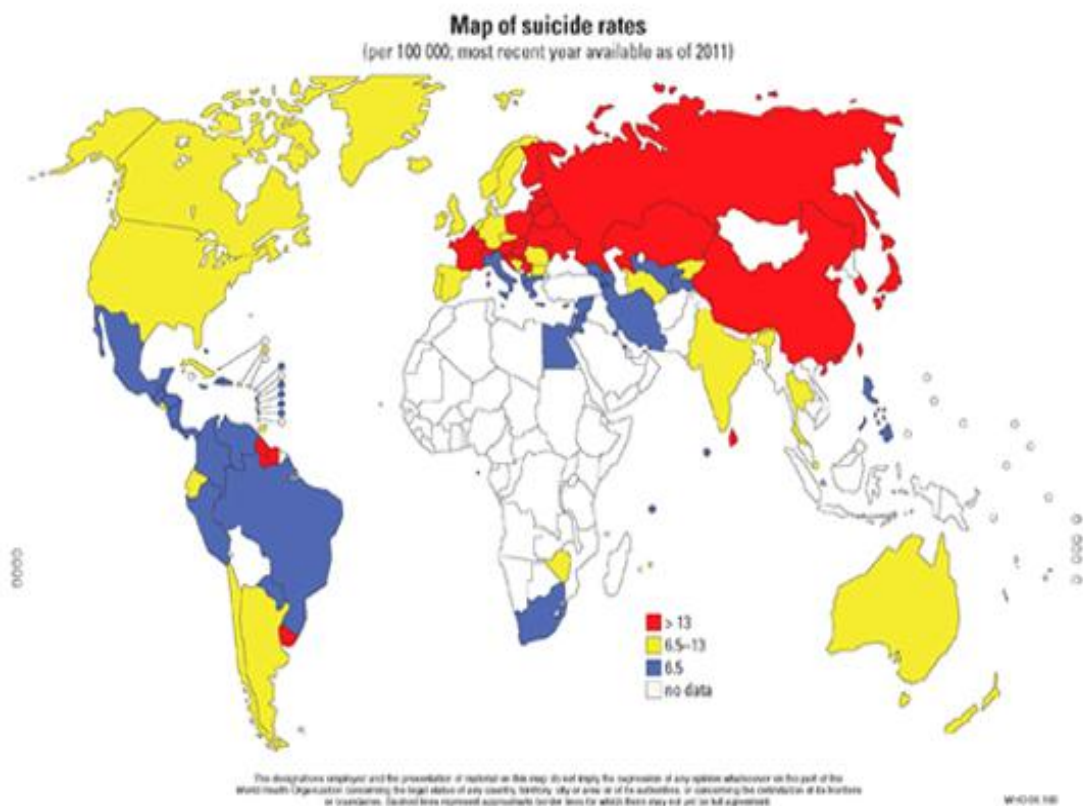
Dny kolem vánočních svátků jsou také ohledně sebevražd statisticky podprůměrné, zato 1. ledna se to rapidně mění

<i>Země</i>	<i>Rok</i>	<i>Muži</i>	<i>Ženy</i>
RAKOUSKO	2009	23,8	7,1
BĚLORUSKO	2006	48,7	8,8
BELGIE	2005	28,8	10,3
CHORVATSKO	2009	28,9	7,5
ČESKÁ REPUBLIKA	2008	30,6	7,3
ESTONSKO	2009	23,8	7,1
FINSKO	2009	29,0	10,0
FRANCIE	2007	24,7	8,5
GUYANA	2006	39,0	13,4
MAĎARSKO	2009	40,0	10,6
JAPONSKO	2009	36,2	13,2
KAZACHSTÁN	2008	43,0	9,4
LOTYŠSKO	2009	40,0	8,2
LITVA	2009	61,3	10,4
POLSKO	2008	26,4	4,1
KOREJSKÁ REPUBLIKA	2009	39,9	22,1
MOLDAVSKÁ REPUBLIKA	2008	30,1	5,6
RUMUNSKO	2009	21,0	3,5
RUSKO	2006	53,9	9,5
SRBSKO	2009	28,1	10,0
SLOVENSKO	2005	22,3	3,4
SLOVINSKO	2009	34,6	9,4
SURINAM	2005	23,9	4,8
ŠVÝCARSKO	2007	24,8	11,4
UKRAJINA	2009	37,8	7,0
URUGUAY	2005	26,0	6,3

Zdroj: (podle WHO)

Výše uvedená tabulka vychází z údajů podle WHO z let 2005 až 2009. Z těchto údajů vyplývá, že největší sebevražednosti dochází v Litvě, následuje Rusko, Bělorusko, Kazachstán, Lotyšsko, Maďarsko a Japonsko. Tato situace je také zaznamenána na mapě světa, kde je největší výskyt sebevražd z uvedeného období označen červenou barvou.

Na této mapě je zřetelné, že k nejmenší sebevražednosti dochází v Africe, ve Střední Americe a Jihovýchodní Asii.



Další tabulka ukazuje suicidalitu v různých zemích světa podle pohlaví ze statistiky Světové zdravotnické organizace. Tradičně vysoká suicidalita byla uvedena v Maďarsku, v Rusku a též v pobaltských republikách. (Jiří Koutek, str. 20).

Tab. 2 Počet dokonaných sebevražd na 100 000 obyvatel, období 1995-1999

<i>Země</i>	<i>Rok</i>	<i>Muži</i>	<i>Žena</i>
AUSTRÁLIE	1997	22,7	6,0
BELGIE	1995	31,3	11,7
BULHARSKO	1999	24,1	8,1
DÁNSKO	1996	24,3	9,8
ESTONSKO	1999	56,0	12,1
FINSKO	1998	38,3	10,1
FRANCIE	1997	28,4	10,1
JAPONSKO	1997	26,0	11,9
MAĎARSKO	1999	53,1	14,8
NĚMECKO	1998	21,5	7,3
POLSKO	1996	24,1	4,6
RAKOUSKO	1999	28,7	6,0
RUSKO	1998	62,6	11,6
SLOVENSKO	1999	22,5	3,7
ŠVÉDSKO	1996	20,0	8,5

Zdroj: (podle WHO)

Na druhém pólu stojí státy Střední a Jižní Ameriky, jako je Mexiko, Peru nebo Brazílie. Zajímavé je srovnání dvou sousedních států Beneluxu, Nizozemí a Belgie. Přes značnou příbuznost podmínek má Belgie suicidalitu podstatně vyšší. Fakt, že aktuální sebevražděnost není zcela závislá na složitých životních podmínkách, dokazují nízká čísla v Albánii, případně v Izraeli. Za zmínku stojí ojedinělá statistika z Číny, kde jako v jediné zemi je vyšší počet sebevražd u žen než u mužů. (Jiří Koutek, str. 21).

II. PRAKTICKÁ ČÁST

8 VÝZKUM

V praktické části této bakalářské práce se zaměříme na rozbor sebevražd, které byly spáchány v období let 2003, 2004, 2009 a 2010 v okr. Zlína. Budeme vycházet ze skutečných výpovědí blízkých osob, jejichž vysvětlení byla zaprotokolována ze strany pracovníků Policie České republiky, v rámci úředního záznamu o podaném vysvětlení dle § 158 odst. 5 trestního řádu. Tyto záznamy byly z vybraných případů ze strany Policie České republiky, Krajského ředitelství policie Zlínského kraje zpřístupněny a bylo nám umožněno použít obsah výpovědí do průzkumu praktické části bakalářské práce (bez uvedení konkrétních osobních údajů všech účastníků.)

Naším cílem je z těchto výpovědí blízkých osob zjistit, jakým způsobem se poškozený (zesnulý) v období před provedením činu choval, jaké faktory a okolnosti ovlivnily poškozeného natolik, že se rozhodl k tomuto konečnému řešení své životní situace.

Jak se na této události podílelo jeho okolí, proč na jeho podněty nikdo aktivně nezareagoval a celou situaci s ním důrazně neřešil.

8.1 Výzkumný problém

Zda a k jakým změnám tendencí při posuzování příčin sebevraždy z pohledu osob blízkého sociálního okolí došlo ve sledovaném období 5 let.

- Dochází k nějakým změnám v příčinách sebevražedného jednání ve sledovaném období?
- Pokud ano, tak k jakým změnám dochází?
- Jaké jsou společné znaky/prvky/komponenty těchto změn/tendencí?

8.2 Cíl výzkumu

Hlavním cílem tohoto výzkumu bude zodpovědět uvedené otázky. V průběhu tohoto výzkumu budeme věnovat pozornost zejména tomu, zdali se osoby před uskutečněnou sebevraždou o svém jednání zmínili osobám blízkým, jaká byla reakce těchto osoba a případně zdali před dokonanou sebevraždou provedli pokus sebevraždy. Výzkum se bude týkat pří-

padů sebevražd, které byly spáchány na území okr. Zlína v období 5 let. Jedná se o období let 2003, 2004, 2009 a 2010.

8.3 Volba výzkumné metody

Pro zpracování výzkumu jsem si vybral kvalitativní výzkum, který bude zpracován metodou obsahové analýzy. Bude provedena obsahová analýza celkem 78 výpovědí osob blízkého sociálního okolí, které s poškozenou osobou byly několik let v osobním kontaktu. Náhled do těchto materiálů jsem získal po schválení mé písemné žádosti ředitelem Krajského ředitelství policie Zlínského kraje. V mém případě se jedná se převážně o nejbližší rodinné osoby – manžel, manželka, bratr, sestra, otec, matka. Ve všech výpovědích nebudou uvedena skutečná jména žádných osob. Jména, příjmení osob blízkého sociálního okolí ani poškozeného a místo spáchání budou anonymní, ve výpovědích budou uvedena fiktivní jména a příjmení, rok narození a datum spáchání. Takový postup je nutný s ohledem na povinnost mlčenlivosti. V následující části budou veškeré výslechy osob od roku 2003, 2004, 2009, 2010.

Podstatou obsahové analýzy je prozkoumat obsah komunikace prostřednictvím systému vytvořených kategorií, v kterých je zjednodušeně vyjádřený předmět obsahové analýzy, a jsou určeny jednotky měření. Základní rezultativní podobou, ve které obsah dokumentu vystupuje, je text, proto obsahová analýza je ne nejčastěji analýzou příslušného textu. (Gavora, 2006, Výzkumné metody, str. 129, 130)

8.4 Identifikace významových kategorií

V rámci obsahové analýzy je nutné ve výpovědích najít jevy nebo témata, které jsou jakoby zašifrované v textu. Tyto významové kategorie tvoří základ teorie, kterou postupně budeme budovat. Je nutné tyto kategorie pojmenovat, abychom našli vhodný výraz na vyjádření jejich obsahu (Gavora, 2006, str. 129, 130)

Obsahová analýza sebevražd bude analyzována podle následujících hledisek:

- Sebevraždy podle motivu a věku
- Sebevraždy podle motivu a pohlaví

Pro tuto obsahovou analýzu jsem zvolil tyto významové kategorie:

- **Zdravotní problémy - léčil se u specializovaného lékaře, nebo svůj stav zanedbával**
- **Psychické problémy – léčba u psychiatra nebo v psychiatrické léčebně**
- **Finanční problémy – neschopnost hospodařit, nezaměstnanost, hra na výherních automatech**
- **Rozchod s partnerem nebo úmrtí životního partnera**
- **Závislost na alkoholu – nebo na jiných návykových látkách**
- **Osobní problémy – jiné životní starosti, které nejsou specifikované v předešlých významových kategoriích**
- **Suicidální tendence**
- **Zmínka o sebevražedném jednání – přesvědčení, že k sebevraždě nedojde**
- **Pokus o sebevraždu – již v minulosti jeho jednání předcházela pokus o sebevraždu**

Údaje, z kterých vznikají významové kategorie mohou zahrnovat několik slov, vět nebo odstavce, případně několik odstavců. Jde o úseky textů nazvané segmenty s různou délkou. Každý označený úsek dostane značku – kód dané kategorie. Tento proces se nazývá kódování (Gavora, 2006, str. 129, 130).

Po provedení kódování všech výsledků bude přistoupeno k porovnání vztahů mezi významovými kategoriemi. Jedná se o veškeré jednání – myšlenky, tendence a příčiny, které mohou mít vliv na spáchání sebevražedného jednání.

Srovnávací analýza sebevražd podle věkových skupin a motivu a je určena věkovou skupinou: 18-35, 36-55, 56- 70, 71+. Jako motiv bude zadán: zdravotní problémy, psychické problémy, finanční problémy, rozchod s partnerem (úmrtí partnera), závislost na alkoholu, osobní problémy, bez zjištění motivace. Dále budeme věnovat pozornost zmínce o sebevražedném jednání, suicidálním tendencím a pokusům o sebevraždu

Srovnávací analýza sebevražd podle pohlaví a motivu. Jako motiv bude zadán: zdravotní problémy, psychické problémy, finanční problémy, rozchod s partnerem (úmrť partnera), závislost na alkoholu, osobní problémy, bez zjištění motivace. Dále budeme věnovat pozornost zmínkám o sebevražedném jednání, suicidálním tendencím a pokusům o sebevraždu

8.5 Výzkumný vzorek

VÝPOVĚDI BLÍZKÝCH OSOB K SEBEVRAŽDÁM SPÁCHANÝCH V ROCE 2003

1) Výpověď M. B. k úmrtí jejího otce J. B., nar. 1930, který dne 28. 12. 2003, spáchal v místě svého trv. pobytu sebevraždu zastřelením:

M. B. ve své výpovědi uvedla, že dne 28. 12. 2003 v 12.56 h. po návratu do domu zjistila, že její otec leží v posteli na zádech s prostřelenou hlavou. Podél jeho pravého boku ležela střelná zbraň. K osobě svého otce uvedla, že před šesti lety onemocněl mozkovou příhodou, v jejímž důsledku částečně ochrнул na levou část těla. Levá část jeho těla zcela ochrnula včetně pravé dolní končetiny v srpnu 2003. Od srpna 2003 se nemohl sám jakkoliv pohybovat, bez cizí pomoci se nemohl na lůžku ani posadit. Její otec prodělal celkem tři mozkové příhody, v jejichž důsledku docházelo ke zhoršování jeho zdravotního stavu. Od poslední příhody se J. B. opakovaně vyjádřil, že hodlá skoncovat se svým životem, kdy se chtěl buď oběsit, nebo zastřelit. Tato svoje vyjádření nikdy blíže nespecifikoval, jeho dcera i další příbuzní byli přesvědčení, že se takového jednání nedopustí.

- Zdravotní problémy, Zmínka o sebevraždě

2) Výpověď J. D. k úmrtí svého otce Z. D., nar. 1925, který dne 13. 2. 2003 spáchal ve sklepě v místě trvalého pobytu sebevraždu oběšením:

J. D. uvedl, že svého otce v místě jeho bydliště nenašel. Všiml si v bytě osobních dokladů jeho otce a dopisu na rozloučenou. Když otce v bytě nenašel, šel se podívat do sklepních prostorů, kde ho našel oběšeného. K jeho zdravotnímu stavu uvedl, že otec trpěl rozsáh-

lými depresi a navštěvoval specializovaného lékaře psychiatra. V minulosti, zejména v zimních měsících jeho otec o sebevraždě hovořil, kdy uváděl, že chce umřít.

- Psychické problémy, léčba u psychiatra, zmínka o sebevraždě

3) Výpověď P. D. k úmrtí svého bratra M. D, nar. 1975, který dne 13. 7. 2003 ve své obci spáchal sebevraždu oběšením na stromě u potoka v blízkosti místa svého trvalého pobytu:

P. D. ve své výpovědi uvedl, že po příchodu domů našel v jídelně dopis na rozloučnou, ve kterém jeho bratr uvedl jako příčinu svého jednání rozchod s přítelkyní J. Ž. Tato s ním byla v jiném stavu a plánovali svatbu. V poslední době měli mezi sebou problémy a hádky, které vyvrcholily rozchodem. Naposledy, když se s ním bavil, tak se mu o rozchodu s přítelkyní bratr svěřil. Něco takého vyplynulo po skončení telefonátu s J. Ž. V minulosti se bratr o sebevraždě nezmínil, jen poslední den, když jsem s ním mluvil, tak uvedl, že si to půjde hodit. Tomuto ale nevěřil a nepřikládal tomu velkou pozornost. Choval se normálně, v místě bydliště nepil žádný alkohol.

- Rozchod s partnerem

4) Výpověď R. F k úmrtí svého manžela J. F., nar. 1960, který dne 1. 7. 2003 v místě svého pobytu spáchal sebevraždu oběšením:

R. F. uvedla, že se v minulosti léčil na psychiatrii v Kroměříži a po propuštění ambulantně navštěvoval specializovaného lékaře – psychiatra a užíval nějaké léky. V minulosti pracoval v zahraničí jako stavbyvedoucí a při stavbě se zřítilo podlaží jedné budovy a zahynuli nějací lidé. Na manžela toto velmi působilo. Až po létech mi řekl, že by mohl být trestně stíhán. Při návštěvě na psychiatrické léčebně v Kroměříži mi bylo sděleno, že manžel trpěl maniodepresivní psychózou a že tato se po určité době může opakovat. V poslední době měl manžel nějaké psychické problémy, byl smutný a myslel si, že se mu vrací nemoc, pro kterou byl v minulosti hospitalizován. Měl velkou obavu z toho, že půjde zpět na léčení do PL v Kroměříži. Myslím, že měl z psychiatrů strach. Je však pravdou, že po mě chtěl telefonní číslo na MUDr. Rolínka, kterého chtěl navštívit. Dle informací jeho ošetřujícího lékaře se u něj vyskytovaly mírné deprese. V současné době neužíval žádné léky a

nebyl závislý na alkoholu. Ani na drogách. V zaměstnání byl spolehlivým pracovníkem, dluhy žádné neměl.

- Psychické problémy

5) Výpověď B. H. k úmrtí své manželky J. H., nar. 1929, která dne 29. 9. 2003 v místě svého bydliště spáchala sebevraždu oběšením:

B. H. ve své výpovědi uvedl, že když se dnešního dne vrátil do bytu, kde našel svou manželku oběšenou v šatní skříni. Manželka trpěla velkými bolestmi, byla po psychické stránce špatná a navštěvovala ambulantně svého psychiatra. Manželka v poslední době o sebevraždě nemluvila, ale duševně se cítila špatně. Již v minulosti našel doma přetržený pásek z čehož usuzuje, že se již manželka o sebevraždu pokusila, ale tuto skutečnost ošetřujícímu psychiatrovi jeho manželky neuvedl. Žádný dopis na rozloučenou v bytě nenašel.

- Zdravotní problémy, Předchozí neúspěšný pokus o sebevraždu

6) Výpověď P. H. k úmrtí jeho bratra V. H., nar. 1961, který dne 15. 9. 2003 spáchal v místě svého pobytu sebevraždu oběšením:

Pan H. ve své výpovědi uvedl, že jeho bratr se o sebevraždu pokusil již před třemi lety, kdy si ve svém bytě ve Zlíně pustil plyn. Po této události se léčil na Psychiatrické léčebně v Kroměříži. Podle jeho názoru nebyl bratr v poslední době v dobrém psychickém stavu, jelikož se před rokem rozvedl a toto velmi těžko neslo. Rovněž měl problémy se zaměstnáním, které často měnil, někdy i z důvodu jeho nedostatečného výkonu, který byl po něm požadován. Otevřeně však o sebevraždě nikdy nemluvil, z jeho chování také nic nevypozoroval. Žádný dopis na rozloučenou nebyl nalezen.

- Předchozí neúspěšný pokus o sebevraždu, léčba u psychiatra

7) Výpověď V. H. k úmrtí jeho bratra Miroslava Holiny, nar. 1958, který dne 15. 10. 2003 v místě svého trvalého pobytu spáchal sebevraždu oběšením:

V. H. ve své výpovědi uvedl, že se jeho bratr léčil asi před pěti lety s psychickými depresemi na poliklinice ve Valašských Kloboukách. Bližší záznamy jsou zcela jistě u jeho

ošetřujícího lékaře – psychiatra. V současné době byl v pracovní neschopnosti vzhledem ke svému psychickému stavu. Ošetřující lékař ho poslal na psychiatrické oddělení do Valašských Klobouk. Bratr měl domluvený termín kontroly u svého psychiatra, ale na domluvený termín, který byl plánovaný dnešního dne se nedostavil. Dnešního dne jsem přišel pro traktor do stodoly a našel jsem bratra oběšeného ve stodole.

- Psychické problémy, léčba u psychiatra

8) Výpověď J. F k úmrtí jeho suseda B. M., nar. 1931, který dne 2. 1. 2003 v místě svého trvalého pobytu spáchal sebevraždu oběšením:

Pan F. ve své výpovědi uvedl, že jeho sused bydlel sám ve svém bytě. Jeho susedovi asi před rokem zemřela jeho manželka a od té doby to těžce nesl. Dokonce dostal mozkovou mrtvici a tak nám nechal jeden klíč od bytu, abych ho občas přišel, zkontroloval, zda je zdravotně v pořádku. Svého suseda viděl naposledy dne 1. 1. 2003, kdy kolem 2.00 h. od něj sused odcházel z oslavy silvestrovské noci. K důvodu sebevraždy uvedl, že susedovi před rokem zemřela jeho manželka a tuto událost těžce nesl. Před měsícem se ho jeho sused zeptal, zda by jej mohla usmrtit elektřina 220 V ze zásuvky. Zdravotní problémy vážné neměl, pouze se měl podrobit operaci kolena.

- Ztráta blízké osoby

9) Výpověď M. V. k úmrtí jejího přítele R. L., nar. 1930, který dne 16. 4. 2003 v místě svého trv. pobytu spáchal sebevraždu oběšením:

Paví V. ve své výpovědi uvedla, že se před třemi lety nastěhovala do obce Lukov k jejímu příteli R.L. Jmenovaný trpěl fibrózou plic, v poslední době měl nastoupit do nemocnice na léčbu, avšak tuto léčbu nechtěl podstoupit a opakovaně jí říkal, že pokud bude muset jít do nemocnice tak se oběsí. Této jeho informaci nepřikládala velkou důležitost. Ráno, když odcházela z domu, tak jí její přítel mával z okna a nevšimla si, že by se choval nějak neobvykle.

- Zdravotní problémy, zmínka o sebevraždě

10) Výpověď S. P. k úmrtí jeho syna R. P., nar. 1973, který dne 15. 8. 2003 v místě svého trvalého pobytu spáchal sebevraždu oběšením:

Pan P. ve své výpovědi uvedl, že jeho syn v poslední době rodinné problémy. Jeho manželka se s ním rozvedla a odstěhovala se od něj. V současné době žil sám a tento rozchod těžce nesl. Byla to pro něj neřešitelná situace a nevěděl, jak tuto krizi má řešit. O tom, že chce spáchat sebevraždu se nevyjadřoval. V poslední době často navštěvoval restaurační zařízení a ve větší míře požíval alkoholické nápoje.

- Rozchod s partnerem, požíval alkoholické nápoje

11) Výpověď R. R. k úmrtí jeho manželky B. R., nar. 1939, která dne 28. 4. 2003 v místě trvalého pobytu spáchala sebevraždu oběšením:

R. R. uvedl, že již delší dobu jeho manželka hovořila téměř denně o tom, že si něco udělá, že jí nic nebaví a stále hovořila o tom, že je nemocná. On však ví o tom, že jí bolely klouby, žaludek, většinou šlo o běžné nemoci. Byla však na tom špatně po psychické stránce. Asi před měsícem se manželka pokusila o sebevraždu tím, že si vzala větší množství nějakých léků, byla však převezena do nemocnice, kde se jí podařilo zachránit. Často byla pod vlivem léků na uklidnění. Požívala také alkoholické nápoje, po kterých byla velmi agresivní. Je dále pravdou, že otec jeho manželky se také oběsil. Manželka nechtěla ani vycházet mimo dům s tím, že se cítí velmi nemocná stejně umře, odmítala poslední dobou i návštěvy jejich děti.

- Zmínka o sebevraždě, psychické problémy, pokus o sebevraždu, závislost na alkoholu

12) Výpověď M. K. k úmrtí jejího syna J. K., nar. 1984, který dne 8. 7. 2003 v místě svého pobytu spáchal sebevraždu podřezáním žil:

M. K. ve své výpovědi uvedla, že její syn byl již delší dobu bez pracovního poměru a neměl pravidelný měsíční příjem. V poslední době se scházel s podivnými kamarády, kteří z něj jenom tahali peníze. Někdy odešel z domu a vrátil se až po několika dnech. V posledním případě vzal doma mně a poté ještě své sestře finanční prostředky, které utratil a poté se vrátil domů. Jelikož se na celou věc přišlo, cítil se provinile a celý den se mnou

nemluvil. Nakonec se zavřel do koupelny. Nevěnovala tomu pozornost, protože toto jeho jednání nepředpokládala.

- Finanční problémy

13) Výpověď A. S. k úmrtí jejího manžela B. S., nar. 1933, který dne 3. 11. 2003 v místě svého pobytu spáchal sebevraždu elektrickým proudem:

A. S. ve své výpovědi uvedla, že manžel trpěl závažnou nevléčitelnou nemocí jater, zůstal doma, jelikož je nepohyblivý, společně se synem Z. S., který se vrátil z noční služby. Její manžel odmítal veškerou lékařskou péči. Jako pravděpodobnou příčinu sebevraždy uvedla bolesti manžela, o jehož onemocnění se od lékaře dozvěděla, že je v posledním stádiu nemoci tzv. jaterní cirhózy. Musel snášet stále stupňující bolesti, které doprovázely jeho závažné onemocnění.

- Zdravotní problémy

14) Výpověď J. Č. k úmrtí jejího druha V. Š, nar. 1959, který dne 27. 12. 2003 ve Zlíně spáchal v garáži sebevraždu otravou výfukovými plyny:

J. Č. ve své výpovědi uvedla, že se svým druhem V. Š. žila ve společné domácnosti asi deset let. Byl v částečném invalidním důchodě a pracoval jako dělník v ZPS Zlín. Žádné psychické problémy nikdy neměl, měl pouze nemocné kolenní klouby. Asi před týdnem jim náhle zemřel jejich pes, na kterého byl její druh poměrně dosti vázán, neboť s ním pes odmalička vyrůstal. Druh tuto událost velmi těžce nesl a nedokázal se s tím smířit. V posledních dnech hodně chodil ven jen tak se procházet. Závěrem uvedla, že se její druh o sebevraždu v minulosti nepokusil ani o ni nemluvil.

15) Výpověď D. Š. k úmrtí svého manžela L. Š., nar. 1946, který dne 1. 11. 2003 v místě svého trvalého pobytu spáchal sebevraždu oběšením:

D. Š. ve své výpovědi uvedla, že manžel trpěl cukrovkou a měl potíže s dýcháním, zjistili mu na plicích vodu a proto u v BN ve Zlíně dělali punkci plic. Kromě jeho zdravotních problémů byl nešťastný z toho, že jim stavitel p. N. ze Vsetína nesplnil jejich poža-

davky, výstavbu bytu v Luhačovicích, na který mu dali peníze, a tyto peníze jim doposud nevrátil. Na manžela jednou za čas přišla deprese ze všeho dění – zdravotní stav a nevrácení peněz a říkával, že přišel o bývalou práci v Mladé Boleslavi, že v práci v Luhačovicích je nespokojený. Když se napil, dostával deprese a říkal, že se oběsí, že už dál nemůže. Tomto nevěnovala větší pozornost, protože jsem si říkala, že ji těmito výroky pouze nervuje.

- Zdravotní problémy, psychické problémy, zmínka o sebevraždě

16) Výpověď J. F. k úmrtí své tchyně L. Z., nar. 1926, která dne 4. 6. 2003 v místě svého trvalého pobytu spáchala sebevraždu oběšením:

J. F. ve své výpovědi uvedl, že bylo u její tchyně diagnostikováno nádorové onemocnění, kvůli kterému absolvovala chemoterapii. V poslední době trpěla špatným psychickým stavem v důsledku tohoto závažného onemocnění. Když tchyni v bytě našel, byl na stole položen dopis na rozloučenou, s textem „Děti odpusťte, ale nemůžu dále žít“ podpis maminka. Jeho autentičnost může podle písma potvrdit. Podle jeho názoru spáchala tchyně sebevraždu plánovaně, protože věděla, že má za ní přijít její ošetřující lékařka, která ji na místě objevila.

- Zdravotní problémy, psychické problémy

17) Výpověď J. D. k úmrtí jejího dlouholetého přítele V. V., nar. 1960, který dne 9. 11. 2003 v garáži v místě svého trvalého pobytu spáchal sebevraždu otravou výfukovými plyny:

Paní D. ve své výpovědi uvedla, že byl poslední tři měsíce bez zaměstnání a často konzumoval alkoholické nápoje místních restauračních zařízeních. Pivo pil často v kombinaci s vodkou, poté byl vždy agresivní a nadměrně žárlivý. Takové stavy se neustále opakovaly, kdy v silně podnapilém stavu ji sprostě urážel a napadal. Po vystřízlivění se za své jednání omlouval. Nikdy na něho žádné oznámení nepodala, protože měla z jeho chování strach. Vždy po takovém konfliktu jej vyhodila z domu a on se sbalil a několikrát přespával v garáži nebo na několik dní odjel neznámo kam. Netajila se tím, že smrt jejího druha je pro ni vysvobozením.

- Závislost na alkoholu

18) Výpověď L. K., k úmrtí jejího syna J. K., nar. 1970, který dne 29. 11. 2003 v místě svého trvalého pobytu spáchal sebevraždu podřezáním žil:

Paní K. ve své výpovědi uvedla, že syn u ní pobývá od 18. 11. 2003, neboť má dvojitou fakturu stehenní kosti. Vzala si jej domů na opatrování s tím, že za něj zaplatí dluh, který má syn ve Zlíně na nájemném. Dále uvedla, že syn je neléčený alkoholik, v minulosti byl soudně trestán za maření výkonu úředního rozhodnutí. Syn v minulosti sebevraždou vyhrožoval, nepokusil se však o ni. Je již čtyři roky bez práce. Jako důvod spáchání sebevraždy u svého syna spatřuje problémy s alkoholem a chuť zbavit se životních problémů.

- Finanční problémy, zmínka o sebevraždě

19) Výpověď P. V., k úmrtí jejího manžela V. V., nar. 1964, který dne 25. 4. 2003 v místě svého trvalého pobytu, v garáži spáchal sebevraždu otravou výfukovými plyny:

Petra Vychodilová uvedla, že její manžel trpěl depresemi, v důsledku dluhu na rodinném domě, a rovněž ztrátou otce, který asi před rokem zemřel. Rodinné problémy mezi sebou neměli. Také vyloučila, že by ho k tomuto jednání někdo navedl. Podle jejího názoru si chtěl tímto vyřešit svůj psychický stav.

- Psychické problémy, finanční problémy, úmrtí blízké osoby

VÝPOVĚDI BLÍZKÝCH OSOB K SEBEVRAŽDÁM SPÁCHANÝCH Z ROKU 2004

20) Výpověď H. C., k úmrtí jejího manžela V. C., nar. 1960, který dne 9. 9. 2004 v místě svého trvalého pobytu spáchal sebevraždu oběšením:

Paní C. ve své výpovědi uvedla, že asi před pěti lety se začal její manžel chovat divně, začal ztrácet zájem o její osobu a vlastně spolu jen bydleli. On měl svoje zájmy, začal chodit na pivo ani neví, s kým se stýkal. Když se ho ptala jaké má potíže on se s ní odmítal o tomto tématu bavit, uvedl, že si problémy vyřeší sám. Na jaře roku 2003 přišla jedno domů z práce a zjistila, že se na stole v pokoji nachází prázdná krabička od léků. Vzal si nějaké prášky, ale tyto mu nakonec způsobily bolesti žaludku, s tímto i marodil. O této události neinformoval svého ošetřujícího lékaře. Dále v minulosti se opakovaně zavřel do koupelny, kde vyhrožoval, že se podřeže nožem. Žádné rodinné problémy mezi sebou neměli. Manžel dopis na rozloučenou nezanechal.

- Osobní problémy, pokus o sebevraždu, zmínka o sebevraždě

21) Výpověď L. P. k úmrtí jejího přítele R. C., nar. 1979, který dne 2. 8. 2004 v místě trvalého pobytu spáchal sebevraždu otravou výfukovými plyny:

Paní P. ve své výpovědi uvedla, že se svým přítelem bydlela asi tři roky v místě svého bydliště, protože s ním měla vážnou známost. Asi před rokem si přestala s jeho přítelem rozumět a později jsem se s ním definitivně rozvedla a on se ode mě odstěhoval. Po rozchodu, před třemi týdny jí psal sms zprávy, abych se na něj nezlobila, že muž nemůže dále žít. Na to mu odepsala několik sms zpráv, ve kterých ho žádala, aby ji nechal na pokoji a dal jí už konečně pokoj. On jí ještě následně zavolal a požádal ji, aby to s ním ještě zkusila, ale ona vypnula mobilní telefon. Na druhý den zapnula telefon. Později jsem se od Policie ČR dozvěděla, že bývalý přítel spáchal sebevraždu.

- Rozchod s partnerem, zmínka o sebevraždě

22) Výpověď S. G. K úmrtí jejího manžela P. G., nar. 1949, který dne 9. 11. 2004 v místě svého trvalého pobytu spáchal sebevraždu oběšením:

S.G. ve své výpovědi uvedla, že manželovi zemřela v roce 1994 jeho matka, v roce 1997 otec a dále mu zemřel jeho bratr Jaroslav. Dále jejich rodinu postihla další tragédie a to v roce 2000, kdy se jejich dcera pokusila spáchat sebevraždu, skokem z balkónu domu, na následky zranění po deseti dnech zemřela. Tuto událost nesla velmi těžce ona ale hlavně její manžel. Oba poté navštěvovali psychiatra, který jim předepsal léky na uklidnění. Manžel dále nesl těžce to, že byl propuštěn z práce. Následně si chtěl obnovit živnostenský list a začat podnikat, ale v této době byl při řízení kontrolován hlídkou Policie ČR a byl mu zadržen jeho řidičský průkaz, jelikož byl pod vlivem alkoholu. Poté se u něj začaly projevat psychické deprese, které řešil požíváním alkoholických nápojů. Začal před ní mluvit, že přemýšlí o sebevraždě, ke které po čase přistoupil.

- Úmrtí blízké osoby, psychické problémy, zmínka o sebevraždě

23) Výpověď P. G. k úmrtí jejího bratra R. G., nar. 1980, který dne 25. 3. 2004 v místě svého pobytu spáchal sebevraždu oběšením:

P. G. úmrtí svého bratrova uvedla, že byl od dětství problémový, v období minulého roku vyhrožoval, že spáchá sebevraždu. Bratr si připadal jako zbytečný neboť neměl peníze a od roku 2003 nebyl v pracovním poměru. Jako možný důvod sebevraždy by mohl být psychický důvod bratra, který neunesl to, že není pro rodinu užitečný, spíše je zbytečný. Z jeho chování by se dalo říct, že byl zakřiknutý. V současné době neměl její bratr žádnou přítelkyni, žil sám. U bratra ale nepozorovala žádné známky toho, že by chtěl ukončit svůj život. Dle informací, které má od svého otce se bratr před půl rokem o možné sebevraždě zmínil, že už nechce být nikomu na obtíž.

- Zmínka o sebevraždě

24) Výpověď I. K. k úmrtí jejího manžela J. K., nar. 1934, který dne 9. 5. 2004 v místě svého trvalého pobytu spáchal sebevraždu skokem z okna výškového domu:

Ilena Keryčová uvedla, že její manžel trpěl několik let silnými bolestmi hlavy, hovořil opakovaně, že doma není již nic platný, že překáží a musí se o něho manželka starat. Přitom manžel musel brát uklidňující prášky a většinu dne proležel. U manžela docházelo k silným depresivním stavům a pravděpodobně o sebevraždě uvažoval. Proto jej neustále hlídala a chodila s ním po lékařských vyšetření. Na základě vyšetření bylo dále zjištěno, že má na zadní části mozku zhoubný nádor. Tuto skutečnost manželovi tajila, ale neví, jestli se o ní před sebevraždou nedozvěděl. Jako hlavní příčinu sebevraždy uvedla manželovo dlouholeté onemocnění. Její manžel byl vysoce psychicky labilní povahu a měl značné obavy z výsledků odborného vyjádření v nemocnici. Toto mohlo mít také negativní vliv na jeho psychický stav.

- Zdravotní problémy, psychické problémy

25) Výpověď svědka I. K. k úmrtí jejího syna M. K, nar. 1979, který dne 19. 5. 2004 spáchal v místě svého trvalého pobytu v okr. Zlín, sebevraždu oběšením:

Paní K. ve své výpovědi uvedla, že v roce 2000 její syn nastoupil do Psychiatrické léčebny v Opavě k léčbě ze závislosti z gemblérství – hraní na automatech. Ještě než nastoupil tuto léčbu tak v roce 1999 se pokusil o sebevraždu pomocí léků a alkoholu. Syn i po této léčbě dále hrál automaty a zadlužoval se. V místě bydliště také opakovaně odcizil finanční hotovost a šperky. Možným důvodem sebevraždy byla synova závislost hraní na automatech a dále dlužné částky, které dlužil svým kamarádům.

- Léčba u psychiatra, hraní na automatech, pokus o sebevraždu

26) Výpověď F. H. k úmrtí jeho dcery M. H., nar. 1967, která dne 2. 2. 2004 v místě svého pobytu spáchala sebevraždu intoxikací alkoholem a léky:

F. H. ve své výpovědi uvedl, že dcera měla již delší dobu psychické problémy, které řešila popíjením alkoholických nápojů. Její problémy trvaly již od začátku loňského roku, kdy jako svobodná matka žila se svou dcerou. Od začátku roku 2004 žila jejich dcera u nich, protože měla své problémy s alkoholem. Několikrát se s dcerou bavili a doporučili jí léčení

v psychiatrické léčebně, kterou jí navrhoval i její ošetřující lékař – psychiatr. Dcera však jakékoliv léčbu odmítala. V minulosti dcera sebevraždou nevyhrožovala. Dále uvedl, že dle informací od jejího ošetřujícího lékaře se jednalo o silnou alkoholičku.

- Psychické problémy, závislost na alkoholu

27) Výpověď J. J. k úmrtí své manželky E. J., nar. 1945, která dne 17. 6. 2004 v místě svého trvalého pobytu spáchala sebevraždu oběšením:

J. J. ve své výpovědi uvedl, že byla jeho manželka nemocná, trpěla velkými zdravotními problémy zad a v měsíci srpen a září 2003 prodělala operaci kolenního kloubu v důsledku, čeho trpěla velkými bolestmi. Včerejšího dne mu volala sousedka, že manželce bylo velmi špatně. Přislíbila mu, že následující den pojede na lékařské vyšetření v Krajské nemocnici T. Bati. V průběhu noci odešla z ložnice na zahradu, kde se na zahradě oběsila. Manželka byla před provedením tohoto činu v invalidním důchodě a měla zdravotní problémy, zejména silné bolesti zad, což mohlo zapříčinit tuto událost

- Zdravotní problémy

28) Výpověď F. K. k úmrtí jeho matky A. K., nar. 1946, která dne 17.6 2004 v místě svého trvalého pobytu spáchala sebevraždu oběšením:

F. K. ve své výpovědi uvedl, že se k sebevraždě jeho matka uchýlila po svém návratu z nemocnice, kde byla hospitalizována. V nemocnici byla ve značně depresivním stavu, opakovaně dle vyjádření ošetřujících lékařů nedodržovala léčebný režim, byla nervózní. V nemocnici byla hospitalizována s bolestí na hrudi a podezření z infarktu, který se však během léčby nepotvrdil. Matka trpěla tzv. depresivním syndromem a bylo jí doporučeno, aby po propuštění z nemocnice navštívila odbornou psychiatrickou ordinaci. Údajně se měla pokusit o sebevraždu již ve svých čtyřiceti letech.

- Psychické problémy, pokus o sebevraždu

29) Výpověď L. Z. k úmrtí jejího přítele, D. K. nar. 1956, který 17. 4. 2004 spáchal v místě svého trvalého pobytu sebevraždu oběšením:

L. Z. ve své výpovědi uvedla, že se její přítel léčil na epilepsii a užíval epilan, do toho ale užíval i Diazepan. V důsledku jeho zdravotního stavu ji opakovaně fyzicky napadal: V minulosti vyhrožoval, že se v budoucnosti o sebevraždu pokusí. V minulosti se léčil s psychickými problémy u specialisty psychiatra. Dále uvedla, že pokud byl v podnapilém stavu tak mezi nimi docházelo k hádkám a fyzickému napadání. Než přistoupil její přítel D. K. k sebevraždě, byl v podnapilém stavu. O sebevraždě mluvil i v minulosti, dokonce psával i dopisy na rozloučenou. Den před sebevraždou jí přítel sdělil, že má na stromě nachystáno lano.

- Zdravotní problémy, zmínka o sebevraždě, léčba u psychiatra

30) Výpověď M. B., k úmrtí jejího manžela R. B., nar. 1936, který dne 1. 5. 2004 v místě svého trvalého pobytu spáchal sebevraždu podřezáním tepen obou horních končetin:

Paní B. ve své výpovědi uvedla, že se její manžel již čtrnáct let léčil na rakovinu podstaty. V lednu tohoto roku byl na operaci a po ní začal mít problémy s únikem moči. Protože mu rakovinný nádor tlačil na stěnu tlustého střeva, snažil se toto řešit hladověním. V současné době hladověl více jak dva měsíce, což se projevovalo na jeho hubnutí. Dále se obávala, že u něho dojde k selhání organismu. Navíc od února tohoto roku vyhrožoval, že se pokusí o sebevraždu otravou jedem nebo podřezáním žil. Dnešního dne potřebovala něco zařídit ve městě, proto se na určitou dobu vzdálila, kdy její manžel využil její nepřítomnosti a přistoupil k sebevraždě.

- Suicidální tendence, zdravotní problémy, zmínka o sebevraždě

31) Výpověď E. M., k úmrtí jejího manžela J. M., nar. 1945, který dne 19. 4. 2004 v místě svého trvalého pobytu spáchal sebevraždu oběšením:

E. M. ve své výpovědi uvedla, že její manžel je již tři roky bez zaměstnání a nemohl nikde sehnat nové místo. Stěžoval si na bolesti vnitřností v oblasti jater a břicha. Tvrdil jí, že má rakovinu, avšak měl ostych navštívit s těmito problémy specializovaného lékaře.

Často požíval alkoholické nápoje a s tím, řešil svoji situaci. Před dvěma týdny mu zemřel otec, o kterého se stara. Nikdy o sebevraždě nehovořil, žádný dopis na rozloučenou neza-
nechal. Pokud se má vyjádřit k příčině sebevraždy tak mohlo u něho způsobit osobní pro-
blémy a ztráta sociálního postavení ve společnosti (ztráta zaměstnání) s jeho povahovými
rysy a také úmrtí jeho otce, na kterého měl silnou vazbu.

- Závislost na alkoholu, osobní problémy

32) Výpověď J. P., k úmrtí jeho bratra P. P., nar. 1976, který dne 30. 10. 2004 v místě svého trvalého pobytu spáchal sebevraždu oběšením:

J. P. ve své výpovědi uvedl, že měl jeho bratr P. P. vážný vztah se svobodnou ženou z Otrokovic. Jeho bratr se po dlouholeté známosti s touto dívkou rozešel, ale tomto problému moc nemluvil. Toto mohl být důvod jeho sebevraždy, protože od rozchodu s touto dívkou začal být nepřístupný a méně komunikativní. V minulosti můj bratr o sebevraždě nehovořil. Bratr byl bezkonfliktní typ člověka, žádné finanční problémy neměl. Pracoval v jedné soukromé společnosti, zde také neměl žádné problémy. Žádný dopis na rozlouče-
nou nezanechal.

- Rozchod s partnerem

**33) Výpověď pana P., k úmrtí jeho bratra M. P., nar. 1982, který dne 4. 1. 2004 mimo obec v okrese Zlín spáchal sebevraždu úmyslným jednáním, havárií motorového vo-
zidla:**

M. P. ve své výpovědi uvedl, že nevěděl o žádných problémech jeho bratra. V současné době chodil s nějakou dívkou. Byl bezkonfliktní typ, měl plno známých a kamarádů. Sebe-
vražedné sklony včerejšího dne ani v minulosti neměl. Byl zaměstnán v jedné společnosti ve Zlíně, kde si slušně vydělával. O jeho finanční situaci neměl žádné informace, ale od něho si žádné peníze v minulosti nepůjčoval. V místě bydliště ponechal svůj mobilní tele-
fon, ve kterém nechal písemný vzkaz „Mám Vás všechny moc rád, je mi to líto. Vím, co dělám“. Později jsme se dozvěděli, že bratr zahynul ve svém vozidle po nárazu do stromu. Jasný motiv bratrova jednání mu není jasný.

34) Výpověď F. N. k úmrtí jeho bratra R. N., nar. 1971, který dne 28. 10. 2004 v místě svého trv. pobytu spáchal sebevraždu upálením:

František Novotný uvedl, že se s bratrem v poslední době moc nestýkal, bratr si to nepřál, žil svým vlastním životem. Ve svém bytě ve Zlíně žil sám, po psychické stránce měl nějaké problémy, trpěl schizofrenií, trpěl představou, že je sledován, stihomamem. V minulosti se léčil v psychiatrické léčebně v Kroměříži. Věděl, že má brát léky, ale tyto snad v poslední době vysadil. Alespoň se mu o tom jeho bratr při jednom setkání zmínil, že po nich tloustne a je impotentní. Proto uvedl, že je vysadí. V minulosti měl přítelkyni, která s ním bydlela, ale tato ho z důvodu jeho psychického stavu opustila. Důvodem jeho jednání byl jeho špatný psychický stav a to, že přestal brát předepsané léky.

- Psychické problémy, léčba u psychiatra

35) Výpověď E. D., k úmrtí jeho otce M. D., nar. 1926, který dne 3. 9. 2004 v místě svého trvalého pobytu spáchal sebevraždu oběšením:

E. D. ve své výpovědi uvedla, že jeho manželka onemocněla v roce 2004 závažným onemocněním – nedokrvování mozku. Tato byla ve velmi těžkém stadiu nemoci, kdy ho nepoznávala a ani nekomunikovala. Otec to hrozně nesl a ztratil zájem o další život. Následně se začal léčit v psychiatrické léčebně v Kroměříži. Toto mu neprospělo, ztratil hodně na váze, a proto si ho vzali na revers domů, kde o něj dále pečovali. Několikrát se zmínil o tom, že by si vzal život, nebavilo ho dále žít.

- Zdravotní problémy, léčba u psychiatra, zmínka o sebevraždě

36) Výpověď V. M., k úmrtí jejího manžela L. Š., nar. 1962, který dne 31. 8. 2004 v obci, spáchal v místě svého trvalého pobytu sebevraždu požitím nezjištěné chemické látky:

Vlasta Míková uvedla, že se manžel začal od určité doby chovat podivně. Začal mě slovně urážet a napadat. Nevím, proč takovým způsobem změnil své jednání, v minulosti se nikdy takto nechoval. Když, se toto jeho jednání opakovalo a napadal mě jak psychicky tak i fyzicky tak se s ním nechala rozvést. Po rozvodu jsem se od něho odstěhovala i s dětmi. Hlavním důvodem jeho jednání byla osamělost, která byla způsobena rozvodovým řízením,

a proto ztratil zájem o další bytí. Vzhledem k tomu, pracoval, jako chemik nebylo pro něj problém obstarat si nějakou chemickou látku životu nebezpečnými účinky.

37) Výpověď M. T., k úmrtí jeho manželky J. T., nar. 1972, která dne 18. 10. 2004 v místě svého pobytu spáchala sebevraždu oběšením:

M. T. ve své výpovědi uvedl, že v minulém roce manželce zemřela její matka, na kterou byla těžce fixována a tuto událost těžce nesla. Někdy mluvila o tom, že by chtěla odejít za ní. Tomu ale nepřikládal velkou vážnost. Manželka byla na operaci se žlučníkem, která dopadla dobře. V poslední době bývala někdy hodně nervózní, dosti kouřila. Jinak se starala o rodinu. Žádné problémy v rodině nebyly, žili sice skromně, ale žádné hádky mezi nimi nebyly. Možnou příčinou mohly být její občasné psychické problémy, s kterými se občas potýkala.

- Ztráta blízké osoby, zmínka o sebevraždě, psychické problémy

38) Výpověď A. B., k úmrtí jejího manžela B. B., nar. 1929, který dne 22. 4. 2004 v místě svého trvalého pobytu spáchal sebevraždu oběšením:

A. B. ve své výpovědi uvedla, že se manžel léčil na Parkinsonovu chorobu a dále na demenci u specializovaného lékaře – psychiatra. Již v minulosti vyhrožoval, že se pokusí o sebevraždu, když si jednou nachystal žebřík v tomtéž zahradním domku, kde nyní spáchal sebevraždu. Den před sebevraždou byl od rána nemluvný, posedával na jednom místě a měl nepřítomný pohled. Celý den seděl na zahradě bez jakékoliv komunikace. Dopis na rozloučenou nezanechal. Hlavním důvodem, proč její manžel přistoupil k tomuto činu byla nejspíš jeho nemoc.

- Zdravotní problémy, suicidální tendence, psychické problémy, zmínka o sebevraždě

39) Výpověď L. V., k úmrtí jeho matky, A. R. nar. 1933, která dne 5. 10. 2004 v místě svého trvalého bydliště spáchala sebevraždu skokem z 8. patra výškového domu:

L. V. ve své výpovědi uvedl, že se jeho matka o sebevraždu pokoušela již dříve a to pozitivním léků. V současné době před sebevraždou přestala brát léky na uklidnění, které měla

na psychické deprese. V minulosti se léčila na Psychiatrické léčebně v Kroměříži. V současné době navštěvovala v místě bydliště specializovaného lékaře – psychiatra, který jí léky předepisoval. Dále jim zatajila, že jí dlužil její známý dlužnou částku ve výši 40.000,-Kč, kterou mu zapůjčila v roce 2004. Nechala vedle v bytě na stole v obývacím pokoji peníze, které měly být určeny na její pohřeb (kremaci)

- Pokus o sebevraždu, léčba u psychiatra, pokus o sebevraždu. Léčba u psychiatra

VÝPOVĚDI BLÍZKÝCH OSOB K SEBEVRAŽDÁM SPÁCHANÝCH Z ROKU 2009

40) Výpověď P. B., k úmrtí jeho ženy L. B., nar. 1950, která dne 12. 3. 2009 v místě svého trvalého pobytu spáchala sebevraždu oběšením:

P. B. ve své výpovědi uvedl, že příčinou sebevraždy byl špatný psychický stav, kdy se dlouhodobě lécila jak ambulantně, tak s hospitalizací v psychiatrické léčebně s diagnózou deprese. Před cca 14 dny se vrátila z PL Písek, kde byla hospitalizovaná od 18. 12. 2008. Po návratu navštěvovala ambulantně psychiatra ve Zlíně. Dne 11. 3. 2009 byla zde na poslední návštěvě. Lékařkou jí byly předepsány léky (blíže nezjištěné), které si poškozená nevyzvedla, recept našel náhodně asi před týdnem mezi písemnostmi v domě. Pojal podezření, že manželka neužívala žádné léky, neustále trpí strachem, poslední její obava ze včerejšího dne byla z vykradení, vloupání do domu, že dům je na samotě. Nechce proto bydlet v tomto domě. Sám si vysvětluje jednání manželky jako zkratkovité z důvodu jejich depresí, vysazení léků a požití vína.

- Psychické problémy, léčba u psychiatra

41) Výpověď V. S., k úmrtí jeho syna R. S., nar. 1977, který dne 3. 11. 2009 v místě pobytu spáchal sebevraždu poraněním krevních cév:

V. S. ve své výpovědi uvedl, že se jeho syn v minulosti léčil na psychiatrii. Měl asi 10 let problémy s alkoholem. Dokonce se v minulosti pokusil o demonstrativní sebevraždu, kdy si asi před 3 měsíci pořezal žíly na rukou, ale údajně nešlo o nic vážného. V poslední době syn začal opět pracovat a nestěžoval si na žádné psychické problémy. Naposledy jej fyzicky oznamovatel viděl minulý týden ve středu 28. 10. 2009. Dle informací od jeho ošetřujícího lékaře se jednalo o labilní osobnost, trpící depresemi, to vše v kombinaci s alkoholizmem, který syn střídavě požíval a nepožíval. Bylo mu doporučeno léčení v léčebně, které odmítl.

- Léčba u psychiatra, pokus o sebevraždu, závislost na alkoholu

42) Výpověď L. M. k úmrtí jejího bratra J. Č., nar. 1951, který dne 2. 1. 2009 v místě svého pobytu spáchal sebevraždu oběšením:

L. M. uvedla, že její bratr bydlel naposledy v Azylovém centru v Otrokovicích. Asi před dvěma lety jejího bratra vyhodili i ze zaměstnání kvůli závislosti na alkoholu. Její bratr byl po operaci páteře, v důsledku čeho mu byl přiznán plný invalidní důchod. Asi před třemi měsíci mu jeho zdravotní stav přehodnotili na posudkové komisi a byl mu přiznán pouze částečný invalidní důchod. Dále se její bratr léčil s nějakými psychickými problémy u svého specializovaného lékaře. Ke svému jednání přistoupil zřejmě z psychických problémů, alkoholu a možno i z jeho zdravotních problémů, případně, že mu byl snížen invalidní důchod.

- Závislost na alkoholu, léčba u psychiatra, psychické problémy

43) Výpověď L. C., k úmrtí jeho otce, V. C., nar. 1964, který dne 11. 11. 2009 v místě svého trvalého pobytu spáchal sebevraždu oběšením:

L. C. ve své výpovědi uvedl, že v České republice spolu se svým otcem pracoval na živnostenský list, kdy prováděli různé práce pro jednu firmu. Dnešního dne byl v práci sám, neboť otec byl na Slovensku a měl přijet v průběhu dne. Když se tedy kolem 17,00 hod. vrátil nazpět na ubytovnu, odemkl si dveře do pokoje, kde našel svého otce oběšeného. Na dotaz, proč jeho otec spáchal sebevraždu pan Ladislav Č. odpověděl, že otec měl velké finanční dluhy, taktéž jeho žena je ve vážném zdravotním stavu a otec zřejmě neunesl tíhu těchto potíží, nikdy předtím ale o sebevraždě nemluvil. V pokoji byl nalezen dopis na rozloučenou.

- Finanční problémy

44) Výpověď F. D., k úmrtí jeho syna P. D., nar. 1971, který dne 7. 5. 2009 v místě svého trvalého pobytu spáchal sebevraždu oběšením:

F. D. ve své výpovědi uvedl, že syna osobně viděl naposledy večer, kdy byl velmi podnapilý. K tomuto dodávám, že s minulostí se léčil v Psychiatrické léčebně v Kroměříži jak z důvodů svého psychického stavu tak i své závislosti na alkoholu. Pouze si vzpomíná, že doktorce řekl, že ty dluhy co nadělal stejně tatínek zaplatí. V posledních pěti měsících

byl nezaměstnaný. V minulosti jsem u něj žádné sebevražedné sklony nezpozoroval. V minulosti si peníze půjčoval od lichvářských společností, tyto dluhy za syna hradil on. V minulosti navštěvoval specializovaného lékaře – psychiatra.

- psychické problémy, finanční problémy, léčba u psychiatra

45) Výpověď V. D, k úmrtí svého syna D. D., nar. 1971, který dne 15. 11. 2004 v místě svého trvalého bydliště v okr. Zlín spáchal sebevraždu pořezáním žil na obou končetinách:

V. D. ve své výpovědi uvedl, že jeho syn měl těžkou finanční situaci, nějaké dluhy a také ho opustila jeho přítelkyně. O sebevraždě se již zmínil dříve, kdy o možnosti provést sebevraždu již přemýšlel. V minulosti se také léčil na psychiatrické léčebně v Kroměříži. Jako pravděpodobnou příčinu sebevraždy uvedl jeho tíživá finanční situace, dále jeho rozchod s přítelkyní a hraní na automatech.

- Finanční problémy, zmínka o sebevraždě, rozchod s partnerem

46) Výpověď A. V., k úmrtí jeho otce R. V., nar. 1940, který dne 6. 2. 2004 v místě svého trvalého bydliště spáchal sebevraždu oběšením:

A. V. ve své výpovědi uvedl, že jeho otcí asi před jeden a půl rokem zemřela jeho manželka, což špatně snášel, v hospodě všeobecně mluvil o tom, že život bez manželky nemá pro něho cenu. Asi 14 dní po úmrtí manželky se pokusil o sebevraždu oběšením, ale včas otce našel a odřezal. Byl pak hospitalizovaný na Psychiatrické léčebně v Kroměříži. Otec nadměrně požíval alkoholické nápoje a trpěl epileptickými záchvaty, pro které byl několikrát odvezen záchrannou službou a hospitalizován v nemocnici. Dále uvedl, že měl patrně dluhy, půjčoval si peníze od nebankovních institucí.

- Ztráta blízké osoby, pokus o sebevraždu, léčil se u psychiatra, finanční problémy

47) Výpověď J. K. k úmrtí jeho otce K. K., nar. 1924, který dne 16. 3. 2009 v místě pobytu spáchal sebevraždu oběšením:

J. K. uvedl, že jeho otec měl dost vážnou operaci žaludku, ale ta operace byla ještě dřív, než odešel do domova. Měl nějakou lehkou cukrovku a špatně chodil - měl dvě francouzské hole. Určitě bral i nějaké léky - např. na tlak - ale bylo v rámci normy vzhledem k jeho věku. Nikdy neměl žádné psychické problémy. Byl vždycky veselý, podle mne žádná psychofarmaka nebral. Jediné, na co si stěžoval, bylo to, že špatně spí. To, co se stalo, nás všechny velmi překvapilo. Já sám jsem naposledy viděl tatínka zřejmě 22. 2. 2009, byla za naši matku mše, vezl ho otce do kostela. Potom jsem s ním byl v telefonickém kontaktu, ale nikdy jsem na něm nepoznal, že by se nějak trápil a že ho nebaví život. Zhruba týden předtím, než se to stalo, navštívila v domově otce moje manželka a dcera. Taky neříkaly, že by tatínek byl nějaký jiný.

48) Výpověď D. M., k úmrtí jeho otce B. M., nar. 1955, který dne 21. 7. 2009 v místě svého trv. pobytu , spáchal sebevraždu oběšením:

D. M. uvedl, že jeho otec asi před 3. měsíci odešel do starobního důchodu. V posledním období, tj. od ledna roku 2009 se zdržoval převážně doma. Ven vycházel pouze občas. Můj otec měl vleklé zdravotní problémy, konkrétně se jednalo o žaludeční vředy. Stěžoval si na velké bolesti. Otec byl léčen ve Zlíně. Za poslední období mně otec přišel "sešlý". Důvodem byly asi zdravotní problémy. Nikdy však neuváděl, že by si chtěl vzít život apod. Dluhy, které otec měl jsem mu pomohl uhradit. V současné době tedy neměl žádné finanční závazky, které by ho mohly vést k sebevraždě. Otec taktéž neměl osobní problémy. Nebylo mu nikým vyhrožováno apod. Vedl celkem klidný život. Dopis na rozloučenou nebyl nalezen.

➤ Zdravotní problémy

49) Výpověď L. K. k úmrtí jeho otce B. K., nar. 1932, který dne 21. 6. 2009 v místě bydliště spáchal sebevraždu utonutím:

L. K. uvedl, že jeho otec odešel dne 18. 6. 2009 v odpoledních hodinách z místa bydliště s tím, že se jde projít do přírody, kam chodíval často a již v minulosti se zmínil o tom, že by chtěl zemřít v přírodě, kterou má rád. Jeho otec podle jeho mínění spáchal sebevraždu, o kterou se již jednou pokusil asi před dvěma roky, kdy chtěl skočit pod vlak. Své tvrzení, že šlo zřejmě o sebevraždu podložil tím, že jeho otec byl neplavec a rozhodně se nechodil

koupat, takže musel do vody vejít dobrovolně s úmyslem se utopit. Trpěl roztroušenou sklerózou a léčil se s psychickými problémy, depresi, u psychiatra, který má ordinaci v Otrokovicích na Poliklinice. V minulosti se 3krát léčil v Psychiatrické léčebně v Kroměříži.

- Zmínka o sebevraždě, pokus o sebevraždu, psychické problémy

50) Výpověď S. V., k úmrtí jejího otce J. P., který dne 5. 5. 2009 v místě svého trvalého pobytu spáchal sebevraždu oběšením:

Stanislava Valentová ve své výpovědi uvedla, že bydlela společně se svým manželem. V minulosti asi před jedním rokem měl těžký úraz hlavy a od té doby s ním to bylo špatné, byl mezitím i 3 krát v nemocnici. Dále ve věci uvedla, že v domácnosti neměli žádné hádky, konflikty neprobíhaly, zároveň si všimla, že manžel chodí brzo spát kolem 20:00 hod. a vstává kolem 05:30 hod. ráno, poněvadž v tu dobu chodí do práce. V současné době již byl ve starobním důchodu. Pak jenom ví, že kolem 07:00hod. chodíval nakupovat, to je vše co může říct běžnému harmonogramu jeho muže. Manžel žádné dluhy nemá, na automatech nehraje, alkohol z důvodů léčby hlavy nepije. Motivem činu mohly být velké bolesti hlavy.

- Zdravotní problémy

51) Výpověď J. K., k úmrtí její matky, A. K., nar. 1955, která dne 4. 9. 2009 v místě svého trvalého pobytu spáchala sebevraždu intoxikací léky:

J. K. uvedla, že neví, kde matka vzala léky, se kterými se otráвила, uvedla, že léky zn. Lexaurin užívají na spaní její rodiče, a to otec i matka z důvodu, že v poslední době se hodně mezi sebou hádali a po tomto nemohli usnout. Z tohoto důvodu jim je předepisoval ošetřující lékař, kdy naposledy u tohoto lékaře byl otec, který si nechal předepsat Lexaurin, a to přesně v ten den ráno, kdy se matka těmito léky otráвила. Jak uvedla, otec byl ve špatném psychickém stavu a vyčítá si, že ty léky přinesl domů a nechal je ležet na stole. Pravděpodobně zde našla i další léky, které zde byly z dřívější doby a neví, který z rodičů tento lék v minulosti užíval a z jakého důvodu.

52) Výpověď L. K., k úmrtí jeho otce Františka Křupaly, nar. 1953, který dne 9. 11. 2009 v místě svého trvalého pobytu spáchal sebevraždu oběšením

L. K. ve své výpovědi uvedl, že na dotaz, zda-li je jmenovanému známo, že by chtěl jeho otec spáchat sebevraždu tento uvedl, že o tom mu nic známo není, ale je mu známo, že otec trpěl depresemi, léčil se u nějakého lékaře, blíže však neví, přičemž byl hospitalizován taktéž v PL Kroměříž. V dřívější době měl mít potíže taktéž s alkoholem. Otec užíval nějaké léky na depresi, kdy ohledně svého zdravotního stavu navštěvoval taktéž lékaře a to původně psychiatra.

- Psychické problémy, požíval alkohol. nápoje, léčil se u psychiatra

53) Výpověď A. R. k úmrtí jejího manžela P. R., nar. 1964, který dne 30. 7. 2009 v místě svého trvalého pobytu spáchal sebevraždu intoxikací léky.

A. R. ve své výpovědi uvedla, že je pravda, že se spolu s manželem rozváděli, a to převážně z důvodu jeho finančních problémů, kdy rozvodové řízení trvá asi 3 měsíce. Manžel pracoval jako Inspektor veterinární správy v Semilech, kdy přes týden býval v zaměstnání a na víkendy jezdil k nim domů. Naposledy ze zaměstnání přijel včerejšího dne kolem 17 hodin. Zdržoval se pouze doma, choval se divně, byl celkově malátný a ztrácel rovnováhu. Na dotaz, zda manžel měl doma nějaké léky uvedla, že nic doma neměl, o ničem neví, ale jako veterinář si mohl napsat recept na cokoliv. Rovněž uvedla, že nenašla v bytě žádný prázdný obal, nebo plato od léků, pouze odpoledne v pokoji našla dopis na rozloučenou. V minulosti manžel nikdy o sebevraždě nemluvil, ani nic podobného nenaznačoval, domnívá se, že se jednalo o psychický zkrat způsobený tíživou finanční situací a současným rozvodem. Další okolnosti nebyla pro silné rozrušení schopná sdělit, vytěžení muselo být ukončeno.

- Finanční problémy

54) Výpověď M. V., k úmrtí jejího syna J. V., nar. 1984, který dne 11. 4. 2009 v místě pobytu spáchal sebevraždu intoxikací léky.

M. V. uvedla, že se její syn v minulosti léčil na psychiatrické léčebně v Kroměříži., kde na příklad v loni tj. 2008 bylo synem sděleno, že se mu v hlavě poletují zas nějaké

mouchy tak byl ihned do léčebny převezen na dobu 3. měsíce, dle mého názoru se jeho stav už zlepšil. Dále uvedla, že navštěvoval v místě bydliště psychiatra, který mu předepsal nějaké léky. Dále uvedla, že její syn pobíral invalidní důchod a to vždy až 14. dne v měsíci. Pokud ví tak syn žádné dluhy, nebo rozpory s nikým neměl, splácel pouze půjčku od Home Creditu, kterou platil ze svého invalidního důchodu. Dopis na rozloučenou nebyl nalezen.

- Léčba u psychiatra, psychické problémy

55) Výpověď J. P., k úmrtí jejího manžela F. P., nar. 1946, který dne 3. 11. 2009, v místě pobytu spáchal sebevraždu zastřelením:

J. P. uvedla, že její manžel spácháním sebevraždy nikdy nevyhrožoval a ona sama si myslí, že to bylo z lítosti nad rozbitými flintami, kdy říkala, že toto byl celý jeho život, protože byl vášnivý myslivec. Na otázku, zda měl manžel agresivní sklony, uvedla, že ano, ale jen v podnapilém stavu, kdy ji i fyzicky několikrát napadl, ale zbraní jí nikdy nevyhrožoval. Dále uvedla, že byl manžel hodně žárlivý a přitom neměl žádný důvod. Tento týden měl manžel odcházet do starobního důchodu. Myslí si, že šlo vyloženě o zkratovité jednání. V poslední době její manžel požíval alkoholické nápoje a byl velmi agresivní.

- Závislost na alkoholu

56) Výpověď D. V., k úmrtí jejího syna A. V., nar. 1972, 26. 10. 2009 v místě svého trvalého pobytu spáchal sebevraždu oběšením

D. V. ve své výpovědi uvedla, že její syn bydlel u nich doma společně s jeho dlouholetou přítelkyní Andreou K. asi dva roky. Syn byl do své přítelkyně hodně zamilovaný. K jejich soužití jeho matka dále uvedla, že Andrea nic nedělala, nikde nepracovala, vymlouvala se na to, že je hrozně nemocná. Přitom denně požívala alkohol, hlavně rum, kouřila, a když neměla co pít a kouřit, tak se hádali se synem Alešem, kdy ona chtěla, aby jí Aleš sehnal pití a cigarety. Několikrát od Aleše utekla, ale Aleš jí pokaždé přesvědčil, aby se vrátila, nebo jí donesl z hospody úplně opilou. Dle sdělení paní Vxxxxxx, Andrea dělala jejich rodině akorát ostudu. Ke svému synovi ještě paní Vxxxxxx uvedla, že nikdy nemluvil o sebevraždě, že by chtěl něco takového udělat, ani v minulosti se nikdy o nic takové nepokusil. Jako

možný motiv se jeví psychické problémy spojené s rozchodem s přítelkyní Andreou K.

- Psychické problémy, rozchod s partnerem

57) Výpověď F. K., k úmrtí její dcery R. K., nar. 1955, která dne 29. 1. 2009 v místě svého trvalého pobytu spáchala sebevraždu skokem z okna domu:

F. K. ve své výpovědi uvedla, že když byla na návštěvě u své dcery řešily problém týkající se prodeje pozemku, kdy i ona navrhovala prodej těchto pozemků, z důvodů svého vysokého věku (špatný zdravotní stav) - nemůže se o tyto pozemky fyzicky starat a taktéž je v problém ve starém autě, u kterého příští rokem končí technická. Její dcera s tímto souhlasila, tchán nikoliv. Dále ve věci týkající se pozemků uvedla, že tchán se o tyto pozemky nikdy moc nestaral. V době návštěvy si na své dceři všimla, že si dcera něco vytýká a sebeobviňována, z důvodů pravděpodobně, že dcera má letos maturovat, našla si nového kluka, taktéž ty pozemky, že se mají prodat a že nestíhá v práci, v tom stylu, že by tyto věci šli udělat lépe. Co se týká chování dcery nic zvláštního si nevšimla. Závěrem bylo dodáno, že za všechno podle jejího názoru může schizofrenie, kterou dcera trpí.

- Psychické problémy

58) Výpověď J. Z., k úmrtí jeho otce F. Z., nar. 1956, který dne 5. 12. 2009 v místě svého trvalého pobytu v obci..... spáchal sebevraždu intoxikací léky a alkoholem:

J. Z. uvedl, že jeho otec žil ve svém bytě sám. S rodinnými příslušníky se nestýkal. Bylo o něm známo, že požívá alkoholické nápoje. Tento trpěl různými nemocemi, a to diabetes, zvýšený cholesterol, tlak a poškození jater (nejednalo se o cirhózu). Kvůli cukrovce a cholesterolu navštěvoval p. Zatloukal diabetologickou poradnu, kde mu tyto nemoci kontrolovali, a předepisovali mu inzulin a léky na cholesterol. Rovněž bylo v okolí známo, že dlužící finanční částky ať již za bydlení, nebo za nějaké půjčky či úvěry. V korespondenci, která byla nalezena byl zaznamenán poslední záznam ze dne 5. 2.2009, a to z Úřadu práce Zlín. Netrpěl žádnými psychickými poruchami.

- Závislost na alkoholu, finanční problémy

VÝPOVĚDI BLÍZKÝCH OSOB K SEBEVRAŽDÁM SPÁCHANÝCH Z ROKU 2010

59) Výpověď M. G., k úmrtí jejího syna V. G., nar. 1981, který dne 14. 11. 2010 v místě svého trvalého pobytu v obci.....spáchal sebevraždu bodnutím nože do srdce:

M. G. uvedla, že její syn se nikdy neléčil pro svůj psychický stav a ani nedocházel k lékaři. Syn byl velmi citlivý člověk. Poslední rok nebyl na tom dobře. O letních prázdninách 2009 se rozešel se svou dívkou. Tento rozchod nesl velmi těžce, protože si myslel, že jí ublížil a proto se dost trápil. Navíc přišel o zaměstnání. V poslední době se jí zdálo, že se to trochu lepší. Našel si zaměstnání v papírnách ve Starém Městě. Do hospody nechodil, nekonzumoval alkohol ve větší míře a rovněž jí není známo, že by užíval drogy. Naposledy ho viděla ve čtvrtek 11. 11. 2010, kdy byl u ní na návštěvě. Choval se úplně normálně a nebylo na něm vidět, že by byl rozrušený nebo ve špatném stavu. Proč to udělal, neví. Myslí si, že to bylo kvůli rozchodu s dívkou, protože to nesl hodně těžce. O jiném problému neví.

➤ Rozchod s partnerem

60) Výpověď M. S., k úmrtí jeho matky Z. S., nar. 1939, která dne 17. 11. 2010 v místě svého pobytu spáchala sebevraždu intoxikací léky:

M. S. uvedl k osobě své matky, že tuto občas navštěvoval. Platil za ní dluhy na bytě, neboť neplatila inkaso a energie. Dále za ni platil i nějaké její půjčky. K jejímu zdravotnímu stavu uvedl, že tato se léta léčila s depresemi a vysokým tlakem. Jak ale uvedl, léčbu zanedbávala. Nikdy s ním však nemluvila o tom, že by si něco udělala. Naposledy ji navštívil asi před dvěma měsíci. Naposledy s ní mluvil po telefonu asi před týdnem. Opakovaně se zmiňovala o tom, že jí život nebaví. Nikdy ale přímo neřekla, že by si vzala život. Dále měla problémy s alkoholem, ale že se od jara tohoto roku dost zlepšila a zdála být se celkem v pohodě.

➤ Psychické problémy

61) Výpověď J. B., k úmrtí jejího manžela F. B., nar. 1953, který dne 21. 9. 2010 v místě svého trvalého pobytu spáchal sebevraždu oběšením:

J. B. ve své výpovědi uvedla, že v domě žijí společně s manželem a nejmladším synem Josefem, obě dcery jsou již provdané a žijí vlastním životem. Její manžel byl od poloviny srpna pod silným stresovým tlakem ze zaměstnání, kdy měl do této neděle (26.9.2010) vypracovat a odevzdat plán činnosti na příští rok. Tohle mělo být zpracováno v počítačovém programu a on si s počítačem nevěděl moc rady. V této době taky několikrát pronesl „že bude nejlepší to všechno skončit“. Manžel stresové stavy oznámil i svému ošetřujícímu lékaři, který mu předepsal lék TRITTICO AC 150. Z dalších léků užíval ještě STILNOX – na spaní, FENOFIX – na cholesterol, ale jinak byl její manžel zdravý. Manžel měl velkou hrůzu přiznat v zaměstnání, že na práci na PC nestačí a říkal, že by z toho byla velká ostuda. Na závěr uvedla, že po nálezů těla našla v garáži na stole dopis na rozloučenou, který je podle ní napsán manželovým rukopisem. Tento dopis je napsán na listu papíru o formátu A4 a je na něm text „Mojí milí, odpusťte mě to, ale já už jsem nemohl dál. Taťka.“

➤ Zmínka o sebevraždě

62) Výpověď P. B., k úmrtí jeho manželky, K. B., nar. 1978, která dne 30. 8. 2010 v místě svého trvalého pobytu, v okr. Zlín, obci spáchala sebevraždu oběšením:

Pan B. ve své výpovědi uvedl, že jeho žena měla jít dnešního dne k psychologovi. Uvedl, že se svou ženou mají problémy s početím dítěte a toto již řeší delší dobu. V současné době navštěvují i Klinikou reprodukční medicíny. Z uvedených důvodů měla jí k psychologovi. Zde chodila již asi před třemi lety, kdy u něho byla asi na čtyřech sezeních. V té době léčbu nedokončila, neboť se již cítila v pohodě. Tehdy brala i nějaké léky na uklidnění, neví přesně jaké. Vše bylo z důvodu, že neměli děti. I když byl uvedený problém, nikdy se nezmínila, že by si sáhla na život. Tyto problémy nebyly zase takového rázu, stále uvedenou situaci s dětmi řešili lékaři jim nechávali naději, že jednou děti mít budou. Právě minulý týden v pátek na klinice zjistila, že opět těhotná není.

63) Výpověď R. N., k úmrtí jejího manžela K. N., nar. 1979, který dne 1. 1. 2010 v místě svého pobytu spáchal sebevraždu utopením:

Paní N. ve své výpovědi uvedla, že manžel ji více jak rok podvádí s cizí ženou, kterou bydlí ve vedlejší vchodě jejich domu. Manželka se domnívá, že snad toto myslel vážně, ale ví, že s ní měl manžel poměr dále, až do současné doby. V období léta 2009 její manžel začal poprvé přemýšlet o sebevraždě. To již měl nějaké finanční půjčky a začal ve značné míře požívat alkohol, a to především v restauraci kam se svou novou přítelkyní chodil. Z důvodu, že manžel neměl dlouhodobě žádné zaměstnání, tak mu peníze na alkohol dávala převážně ona, nějaké peníze dostával z Úřadu práce v Otrokovicích, kde byl vedený. Manžel měl depresi a léčil se u svého psychiatra v Otrokovicích. V rámci léčby bral léky na uklidnění. Neví, proč toto její manžel udělal, byli společně domluveni, že od nového roku se bude léčit na alkohol, rovněž tak měl mít i nějakou novou práci.

- Finanční problémy, závislost na alkoholu, psychické problémy, léčil se u psychiatra

64) Výpověď R. B., k úmrtí svého syna M. B., nar. 1986, který dne 15. 9. 2010 v místě svého trvalého pobytu spáchal sebevraždu oběšením:

Paní B. uvedla, že její syn byl velmi problémový, neměl soudnost ani zodpovědnost. Zneužíval toho, že mu věřila, že se zlepší a vždy mu dá peníze, pomůže. Chtěla, aby šel do psychologické poradny nebo k psychiatrovi, ale to odmítl. S nikým s rodiny neudržel kontakt. Syn měl dluhy, směnky, půjčky, apod. Nepracuje asi od června roku 2009. Pro své dluhy se skrýval před věřiteli, hledá ho celní úřad, banky, kamarádi apod. Celkem mohl mít i s úroky asi dluhy ve výši 700.000,-Kč. Musela ho také vystěhovat z bytu, protože jí hrozila exekuce, jednou už musela za něho zaplatit 50.000,- Kč. Jednou jí napsal email, že se sní loučí a končí, bylo to někdy v dubnu 2010, kdy bydlel v Malenovicích. Poslední dva měsíce jí tvrdil, že má práci, ale včera po jeho úmrtí zjistila, že ji lhal.

- Finanční problémy

65) Výpověď P. H., k úmrtí jeho otce M. H., nar. 1959, který dne 24. 1. 2010 v místě trvalého pobytu spáchal sebevraždu oběšením:

Pan H. uvedl, že v poslední době probíhaly hádky mezi mou matkou a otcem, které navyšovaly na intenzitě. Někdy před Silvestrem odešla matka z domu ke své rodině do Jankovic. V rodinném domě jsme zůstali já, otec a bratr Adam. Konflikty mezi mými rodiči trvaly snad více jak 4 roky. Ze strany otce došlo i k fyzickému napadení mé matky. Otec požíval alkohol párkrát v týdnu, ale hlavně o víkendu. Vzhledem k tomu, že otec nevěděl, kam matka odešla, tak mne žádal, abych se s ní telefonicky spojil a řekl jí ať se vrátí. Sám jsem mu o tom, že vím, kde je, neříkal. V té době již věděl, že matka je u rodiny v Jankovicích, tak mne žádal, abych za ní jel a dovezl jí zpět, jinak se oběsí. Říkal jsem mu: "Proč bys dělal takovou blbost?" Otec říkal, že to tak nemyslel, ale ať zavolám matce. Matce jsem zavolaal a informoval jsem jí o tom, že otec chce, aby se vrátila. Matka mi řekla, že mu zavolá. Tak jsem otci znovu zavolaal a řekl, že mu matka zavolá.

- Zmínka o sebevraždě, ztráta partnera

66) Výpověď J. K., k úmrtí jeho bratra M. K., nar. 1973, který dne 31. 8. 2010 v místě svého pobytu spáchal sebevraždu oběšením:

J. K. uvedl, že jeho bratr bydlel sám v bytě v Komárově. V posledním týdnu byl bratr na dovolené, ale byl nemocný, měl horečky a chodil na vyšetření, neboť dostával záchvaty, nejspíše epileptické. Kdysi v mládí to bratr již měl, ale pak to ustalo a v posledním půlroce se mu to zase vrátilo. V posledním týdnu bratr nepil alkohol, protože měl jít na nějaké vyšetření a k tomu účelu dostal nějaké dva prášky, které si měl vzít před tímto vyšetřením, ale nesměl řídit, protože tyto léky ovlivňují jeho pozornost. Tyto prášky však v bytě dnešního dne nenalezl. Co se týká dopisu, tak bratr žádný nezanechal, ani mu neposlal žádnou SMS zprávu, ani vzkaz. O sebevraždě bratr nikdy nemluvil, že by chtěl něco takového udělat.

- Zdravotní problémy

67) Výpověď I. J., k úmrtí jejího manžela J. J., nar. 1976, který dne 13. 1. 2010 v místě svého pobytu, spáchal sebevraždu oběšením:

I. J. k věci stručně uvedla, že svého muže viděla naposled v pořádku dne 12.1.2010 mezi 20.00 h a 21.00 h bydliště. Ráno manžela nemohla najít doma, a proto se šla sama podívat

na půdu, kde manžela našla oběšeného. Dopis na rozloučenou nenalezla. Manžel byl vojákem z povolání, přičemž sloužil 6 let u VÚ Vyškov. Z minulého zaměstnání měl dluhy, byl velmi žárlivý a již delší dobu vyhrožoval, že už to nemůže vydržet, že si vezme život. Před cca 2,5 rokem si měl pořežat žíly. Byla mu přivolána RZS, avšak před jejím příjezdem z místa utekl. Věc nebyla oznámena ze strachu, aby nepřišel o zaměstnání. Manželka s ním chtěla údajně tuto situaci řešit a být mu nápomocna. Její pomoc odmítal.

- Finanční problémy, zmínka o sebevraždě, pokus o sebevraždu

68) Výpověď A. G., k úmrtí její matky J. G., nar. 1963, která dne 29. 9. 2010 v místě svého pobytu spáchala sebevraždu skokem z budovy:

A. G. ve své výpovědi uvedla, že její matka na tom nebyla psychicky dobře. Upínala se k duchovnímu světu, velmi často si vykládala z tarokových karet. Matka trpěla psychickými problémy v podstatě už od ukončení vysoké školy. V průběhu života se již celkem 4 krát v minulosti pokusila o sebevraždu. Byla v jednom případě hospitalizována ve PL Bohnice, a to poté, co se již po druhé pokusila o sebevraždu. Měla předepsané antidepresiva, která však užívala pouze po krátkou dobu. Tyto následně vysadila s tím, že na ni nepůsobí dobře. Jinak užívala pouze nějaké prášky na spaní. Co se týká konzumace alkoholu ve větší míře nebo užívání nějakých návykových látek, tak k tomuto uvedla, že tyto matka v žádném případě neužívala, alkohol konzumovala zcela výjimečně a pouze v malých dávkách. V PL Kroměříž byla matka hospitalizována asi tak 3-4 týdny, a to až do doby, než spáchala sebevraždu. V podstatě každý den si spolu telefonovaly, jezdila za ní s přítelem na návštěvy. Vypadala velmi dobře, a to se týká i fyzické stránky. Avšak uváděla, že je uvnitř naprosto prázdná, ale vypadalo to tak, že už to své nepovedené podnikání hodila za hlavu.

- Psychické problémy, pokusila se o sebevraždu, léčila se u psychiatra

69) Výpověď E. M., k úmrtí jejího manžela D. M., nar. 1969, který dne 27. 3. 2010 v místě svého pobytu spáchal sebevraždu oběšením:

E. M. ve své výpovědi uvedla, že důvodem jejího odchodu byly manželovi psychické problémy, kdy měl nutkavou neurózu a trpěl hraniční poruchou osobnost. Užíval na toto léky a s kombinací s alkoholem, kdy se víkendově opíjel vše působilo zhoršeným stavem jeho

psychiky. Občas začal léčit v r. 2003, a to ambulantně. Nejdříve užíval REMOOD a potom AKOPAROX, kde je stejná účinná látka paroxeptin. Na konci ledna 2010 nastoupil léčbu v PL Kroměříž, kdy se psychicky zhroutil, neboť nebyl schopen akceptovat můj odchod. Poté, co byl propuštěn, kontaktoval zdejšího psychiatra ohledně eventuální ambulantní léčby. Již v minulosti mluvil o sebevraždě, ale dle mého to bylo pouze demonstrativní, abych se k němu vrátila.

- Psychické problémy, léčil se u psychiatra, zmínka o sebevraždě

70) Výpověď O. J., k úmrtí svého manžela F. J., nar. 1961, který dne 25. 2. 2010 spáchal v místě svého bydliště sebevraždu oběšením:

O. J. uvedla, v začátku manželství měl manžel ještě autodopravu, ale s tou po půl roce skončil a začal se mnou pracovat v pojišťovnictví. Pracovali jsme takto společně po dobu 10 let. Z doby, kdy měl autodopravu, tak vyvstaly určité problémy s placením zdravotního a sociálního pojištění, s čímž jsem mu pomohla a postupně jsem jeho dluhy splácela. Již v té době nesl těžce to, že za něho splácím tyto dluhy, ale nějak se s tím potom srovnal, i když několikrát za rok jsem v průběhu těch posledních 10 let od něho slyšela, že stejně bude viset tady nahoře. Potom nastoupil do SO GROUP v Jasenné, kde pracoval jako strojař a to po dobu jednoho roku. V srpnu roku 2009 byl vzhledem k ekonomické krizi propuštěn. V této době se u něho prohloubily psychické problémy a taktéž se začaly stupňovat jeho řeči o tom, že si sáhne na život. Také začal situaci bez práce řešit alkoholem. V posledních měsících, především v době, kdy jsem nebyla doma, tak jsem zjistila, že si několikrát v garáži nachystal provaz a v podnapilém stavu se pokoušel oběsit, ale vždy na to přišel otec nebo starší syn a tito mu v tomto počínání zabránili.

- Finanční problémy, suicidální tendence

71) Výpověď M. S. k úmrtí její kamarádky M. L., nar. 1957, která dne 14. 1. 2010 v místě svého trvalého pobytu v obci.....spáchala sebevraždu intoxikací léky:

M. S. ve své výpovědi uvedla, že tato si na jaře loňského roku koupila byt v jejich domě, peněz vždy měla dostatek, dle nákupů si celkem užívala invalidního důchodu. K jejímu

zdravotnímu stavu uvedla, že poškozená měla nějakou nemoc, kdy jí vypadaly vlasy a obočí, proto nosila paruku, v současné době si ztěžovala na bolest hlavy. Kdo byl její obvodní lékař, neví. Poškozená byla sama, málomluvná, nikdo ji nenavštěvoval. Měla údajně dříve dělat v jedné společnosti v Otrokovicích, měla jí umřít matka a v poslední době prodala nějaký pozemek za Malenovicemi na stavbu silnice za 300 tis. korun. Nepřátel v domě neměla. Dále věděla o tom, že se lécila s vysokým krevním tlakem a astmatem. Navštěvovala specializovaného lékaře psychiatra, měla nějaké psychické poruchy.

- Zdravotní problémy, léčila se u psychiatra, psychické problémy

72) Výpověď M. R. k úmrtí jejího otce L. R., nar. 1939, který dne 9. 12. 2010 spáchal v místě pobytu sebevraždu skokem z budovy:

M. R. k celé věci uvedla, že její otec se dne 9.11.2010 kolem 13.00 hod. vrátil z Psychiatrické léčebny Kroměříž, kde byl hospitalizován od 19.10.2010 a dnešního dne byl propuštěn s tím, že jeho stav je kompenzovaný. Otec se nijak zvlášť neprojevoval od svého příchodu do Domova pro seniory a nevymykal se normálu. Začal si připadat, že byl z domova vyloučen a že musí z domova odejít. Absolvoval pohovor s ředitelem domova, který ho ubezpečil, že z domova nemusí odejít, že je tam stále ubytován, že ho nikdo z domova nechce vyhodit. Dokonce si sbalil veškeré své věci, kdy ho museli společně se sociální pracovníci domova přesvědčit, aby si věci zase vybalil. Nadále však tvrdil své a nenechal si to vymluvit, že musí z domova odejít. Otec se odmítl nechat vyšetřit psychiatrem, že by ho pak z domova vyhodili. Jelikož v následujících dnech jeho řeči na toto téma neustávaly, z obavy o jeho zdraví byl přivolán psychiatr z V. Klobouk MUDr. Raška, který jeho otce vyšetřil.

- Léčil se u psychiatra, zmínka o sebevraždě

73) Výpověď M. J. k úmrtí jeho otce V. M., nar. 1952, který dne 2. 12. 2010 v místě jeho pobytu spáchal sebevraždu oběšením:

M. J. uvedl, že jejich otec byl v poslední době „divný“. O svém zdravotním stavu se nikomu nesvěřoval. V posledním roce jejich otec dramaticky ztratil na váze. Motivem jeho

jednání mohl být náhlá deprese zapříčiněná nadměrným konzumováním alkoholických nápojů a špatný zdravotní stav. Na místě byl nalezen dopis na rozloučenou.

- Psychické problémy, závislost na alkoholu

74) Výpověď M. J., k úmrtí jejího druha V. N., nar. 1970, který dne 16. 3. 2010, v místě svého trvalého pobytu spáchal sebevraždu oběšením:

M. J. k celé věci podala vysvětlení, kdy uvedla, že její druh se někdy v roce 2008 rozvedl a dostal do péče syna Víta N. je mu asi 15 let. Od té doby měl dluhy. Když mu hrozila exekuce na dům, kde bydlí, tak jej koupila a vyplatila jeho bývalou ženu. Vzpomněla si, že v této době slyšela, že jednou prohlásil, že se oběsí, protože má dluhy. Od té doby to od něj neslyšela. Dále uvedla, že měl problém s alkoholem, kdy byl od prosince 2009 do konce února 2010 na léčení ze závislosti na alkoholu v Kroměříži. Po návratu z léčebny začal opět pít. Práci neměl, ale snažil se ji najít. Co se týká problémů, které měl její druh tak uvedla, že to byly dluhy, Dlužil několika peněžním ústavům, jako Komerční bance, Liška od ČS, Modrá pyramida, asi Profikredit dále za elektriků. Několik dluhů mu zaplatila. Kolik celkově dlužil, neví. Dále uvedla, že měl od soudu dostat podmínku za nějaký dluh. Tyto dluhy si dost zabíral. Někdy v měsíci prosinec 2009 odešel od něj k babičce jeho syn Vít N., kterého měl v péči, odešel kvůli pití Víta N.. Od té doby s ním nekomunikoval, toto ho dost trápilo. Navíc měl jít k soudu ohledně alimentů na své děti a to uvedeného syna Víta a Markétu XXXXXXXXX.. Z toho měl velký strach, že bude mít další dluhy. Jmenovaná uvedla, že jediný důvod, proč spáchal sebevraždu, tak byla dluhy a problémy v rodině.

- Finanční problémy, závislost na alkoholu

75) Výpověď D. M., k úmrtí jejího bratra J. M. nar. 1953, který dne 29. 10. 2010 v místě svého trvalého pobytu spáchal sebevraždu upálením.

Dana M. ve své výpovědi uvedla, že bratr byl od dětství zdravotně postižený (špatně slyšel), jelikož prodělal mozkovou obrnu. Pracoval ve výrobním družstvu invalidů OBZOR v místě bydliště, až do roku 1989. Po odchodu pobíral již jen invalidní důchod. Doma se staral o hospodářství a v poslední době chodil velmi často do lesa, někdy i na celý den. Nikdy nekouřil, alkohol ve větší míře nepožíval, někdy zašel do pivnice v obci, kde si

dal maximálně 3 piva. Žádné kamarády nikdy v obci neměl, jen v pivnici si občas s někým popovídal. Neléčil se nikdy s žádnou vážnou chorobou, ani žádnou netrpěl. O sebevraždě nikdy nemluvil, ani se o ní nikdy nepokusil. Nikdo mu nikdy nevyhrožoval, žádné spory ani finanční dluhy vůči druhé osobě nikdy neměl. Nikdy neměl žádné nepřátele. Byl svéprávný k právním úkonům.

76) Výpověď I. Z., k úmrtí jejího manžela M. Z., nar. 1958, který dne 26. 6. 2010 v místě trvalého pobytu spáchal sebevraždu oběšením:

I. Z. uvedla, že bydlela s manželem a se dvěma syny ve společné domácnosti. Na výše uvedené adrese žila s manželem Miroslavem 29 let. Manžel byl asi od roku 1998 bez pracovního poměru s tím, že nebyl evidován na úřadu práce, neplatil sociální a zdravotní pojištění, občas dělal brigádně. Když byla příležitost, tak se rád napil alkoholu, celou domácnost finančně táhla ona. Asi v únoru 2010 dostal manžel písemnou zprávu, asi ze sociálního nebo zdravotního úřadu, že dluží na sociálním a zdravotním pojištění asi 300 000,- Kč a celá věc bude řešena prostřednictvím exekučního řízení. Tuto věc se rozhodl vyřešit tak, že si půjčil finanční částku ve výši 500 000,-Kč. od nějaké Ostravské společnosti. Asi před měsícem mu písemně došlo vyrozumění o tom, že z důvodu nedodržení smlouvy o půjčce přechází zastavený majetek do vlastnictví společnosti, která mu poskytla výše uvedenou finanční částku a dluh se dostal na dlužnou finanční částku asi 2 200 000,- Kč. s tím, že se mají vystěhovat ke dni 15. 6. 2010. Manžel celou věc těžce nesl a prohlašoval, „... že nejdřív udělají jemu pohřeb a pak se odstěhují do světa ...“, což brala s rezervou a nevěřila, že to udělá.

➤ Finanční problémy

77) Výpověď R. Ch., k úmrtí jeho manželky L. Ch., nar. 1945, která dne 22. 2. 2010 v místě svého pobytu, spáchala sebevraždu oběšením:

R. Ch. uvedl, že v měsíci prosinci 2009 byl na operaci v nemocnici. Když se z nemocnice vrátil, tak se dozvěděl, že manželka si vzala nějaké další půjčky. Přitom se domluvili, že si žádné půjčky brát nebudou. Když se pak vrátil z nemocnice, tak zjistil, že manželka nadělala další dluhy, tak jí vynadal, co to má znamenat, co to dělá. Kolik dluhů celkem měla

jeho manželka mu neřekla. Dne 28. 12. 2009 se p. Schůt vrátil od lékaře a našel v chodbě domu manželku ležet v bezvědomí na zemi. Zjistil, že spolykala nějaké prášky. Lékaře nevolal, ale donutil manželku vyzvracet obsah žaludku. Obdobně našel manželku již 14 dní předtím ležet v posteli, kdy rovněž spolykala nějaké prášky a zapila to alkoholem. Tenkrát rovněž nevolal záchranku. Prášky měla manželka uloženy v šuplíku stolku naproti kamnům. Důvodem toho, že se chtěla manželka otrávit, bylo to, že nechtěla žít kvůli dluhům. Toto mu manželka řekla. Taky mu říkala, že chodila hrát na Moskvu, kde měla prohrát nějakou část peněz, které si vzala jak půjčku. Příčinou jejího sebevražedného jednání byly její finanční problémy.

- Finanční problémy, mluvil o sebevraždě, pokus o sebevraždu

78) Výpověď M. Č., k úmrtí jejího syna D. S., nar. 1992, který dne 31. 8. 2010 v místě svého pobytu, sebevraždu zastřelením:

M. Č. uvedla, že dne 31. 8. 2010 v odpoledních hodinách vezla společně se svým manželem na internát do Uherského Brodu, na technické lyceum, na kterém byl učněm. David byl v tu dobu pod vlivem alkoholu. O tom, že je pod vlivem alkoholu se bavili a její syn jí toto potvrdil. Cestou jejich syn ve voze dřímал a při tomto se na zadním sedadle pozvracel. Protože byl špinavý tak se rozhodli se synem vrátit domů s tím, že v takovém stavu na internát nepojede. Pojede až druhý den ráno autobusem, co se vyspí. Vrátili se tudíž do místa bydliště a syna nechali doma se omýt a převléci. S manželem pak jeli sami do Uherského Brodu s věcmi syna Davida na internát. Cestou je zastihla zpráva od rodiny, že se jejich syn zastřelil. K synovi uvedla, že tento byl nekonfliktní. Neléčil se s žádnými psychickými problémy. Neměl nepřátele. Na internát a do školy se těšil. Pokud jí je známo, tak byl oblíbený ve škole jak mezi studenty, tak i kantory. Není jí nic známo o případné šikaně na této škole. Co se týká zbraně, kterou se syn David zastřelil, tak se jedná o zbraň jejího syna Josefa. Tento ji měl uloženou ve svém pokoji, kdy tento zamykal. Bohužel syn David věděl, kde jsou uloženy klíče od pokoje a zbraně. Toho pak využil a v tomto pokoji se zastřelil. K důvodům, proč si její syn vzal život, není schopna přesně uvést. Pravděpodobně se jednalo o zkratkovité jednání v důsledku alkoholu a jeho pozvracení. Cizí zavinění vyloučila. Neměl žádné problémy, nikdy o ničem takovém nemluvil.

8.6 Vyhodnocení zpracovaných dat

Vyhodnocení sebevražedného jednání za rok 2003, 2004 (mužské věkové skupiny a zastoupení motivu sebevražd)

Výzkum byl proveden na 33 případech dokonaných sebevražd, ke kterým došlo na území okresního města Zlína v letech 2003 a 2004. Záměrně uvádím okresního města, protože ve všech případech budou analyzovány sebevraždy z okresu Zlín, nikoliv Krajského kraje (který později vznikl), který má daleko větší územní působnost.

Na základě obsahové analýzy bylo zjištěno, že v 39 sledovaných případech bylo celkem 44 možných příčin sebevražd. V některých případech byla na základě výpovědi blízkých osob zjištěna jedna možná příčina u jiných případů bylo příčin zaznamenáno více. Nejčastější příčiny sebevražd v období let 2003 a 2004 byly zjištěny:

zdravotní problémy ve 12 případech,

psychické problémy v 10 případech

ztráta/úmrť partnera v 10 případech.

finanční problémy 4 případy,

závislost na alkoholu 3 případy,

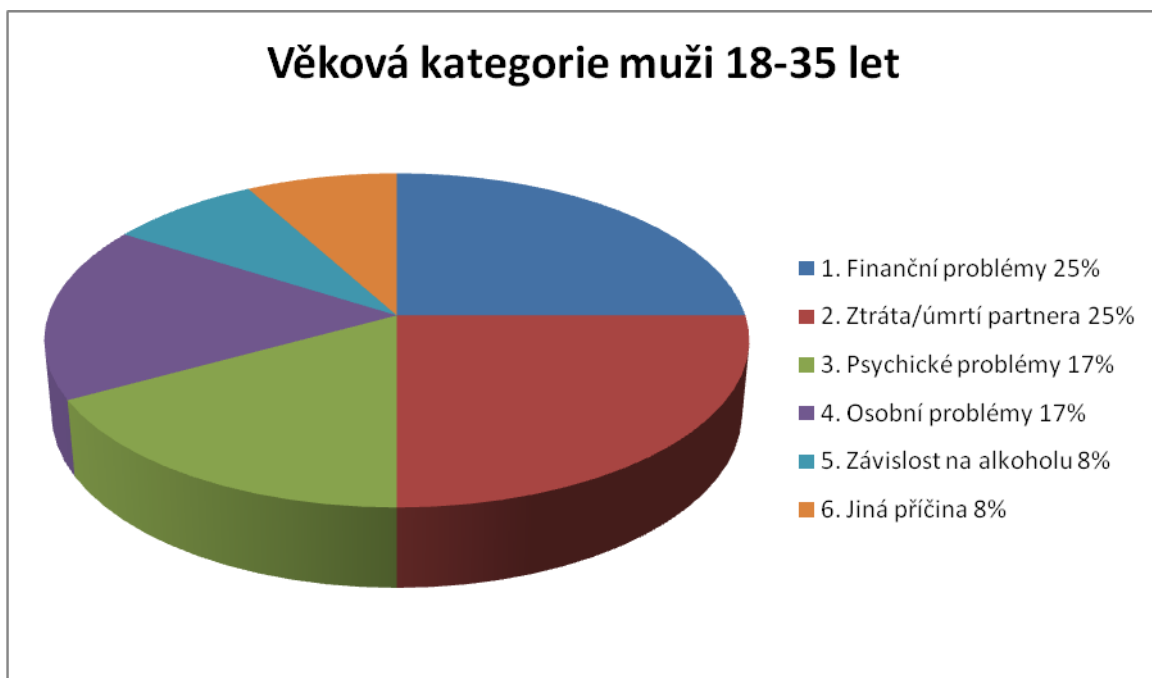
osobní problémy 3 případy a

jiná příčina 2 případy

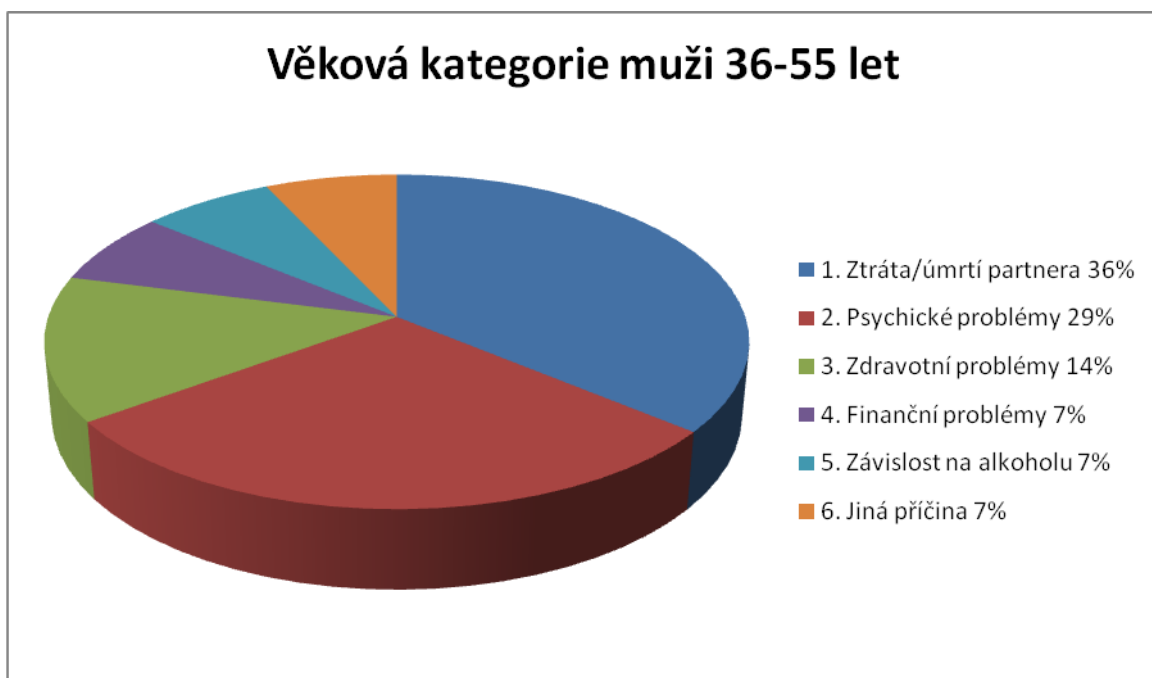
V období let 2003, 2004 došlo nejvíce k nárůstu motivu zdravotní problémy, u které byl razantní nárůst ve věkové kategorii od 56 let do 70 let a v kategorii nad 70 let. Na stejné úrovni se drží psychické problémy, které figurují jako druhá nejčastější příčina. Třetí nejčastější příčinou je ztráta/úmrť životního partnera. U věkové kategorii je ještě výrazně zastoupen motiv- finanční problémy, tyto ale v dalších kategoriích téměř nejsou zastoupeny. Na téměř nepatrné hodnotě je také motiv závislost na alkoholu.

Grafy věkových kategorií mužů v období let 2003 a 2004

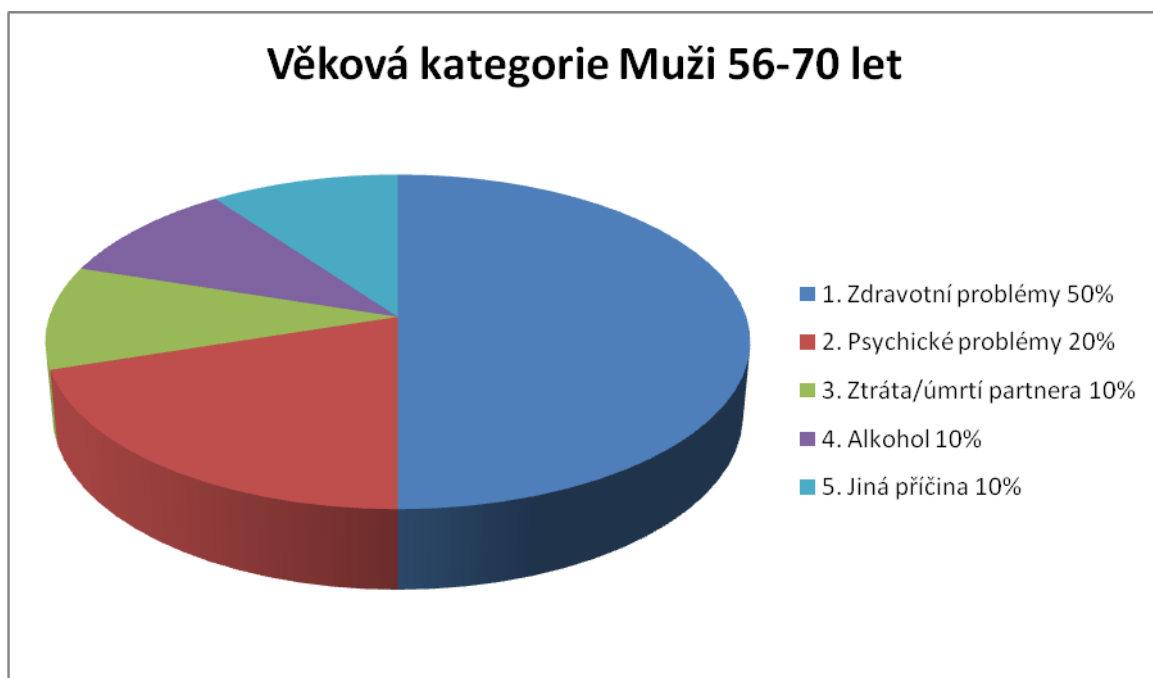
Graf č. 1 věkových kategorií z období let 2003, 2004



Graf č. 2 věkových kategorií z období let 2003, 2004



Graf č. 3 věkových kategorií z období let 2003, 2004



Graf č. 4 věkových kategorií z období let 2003, 2004



Vyhodnocení sebevražedného jednání za rok 2009, 2010 (mužské věkové skupiny a zastoupení motivu sebevražd)

Výzkum byl proveden na 31 případech dokonaných sebevražd, ke kterým došlo na území okresního města Zlína v letech 2009 a 2010. Záměrně uvádím okresního města, protože ve všech případech budou analyzovány sebevraždy z okresu Zlín, nikoliv Krajského kraje (který později vznikl), který má daleko větší územní působnost.

Na základě obsahové analýzy bylo zjištěno, že v 31 sledovaných případech bylo celkem 52 možných příčin sebevražd. V některých případech byla na základě výpovědi blízkých osob zjištěna jedna možná příčina u jiných případů bylo příčin zaznamenáno více. Nejčastější příčiny sebevražd v období let 2009 a 2010 byly zaznamenány:

finanční problémy v 15 případech,

psychické problémy ve 14 případech,

závislost na alkoholu 10 případů,

ztráta/úmrť partnera v 6 případech,

zdravotní problémy ve 4 případech a

jiná příčina 3 případy.

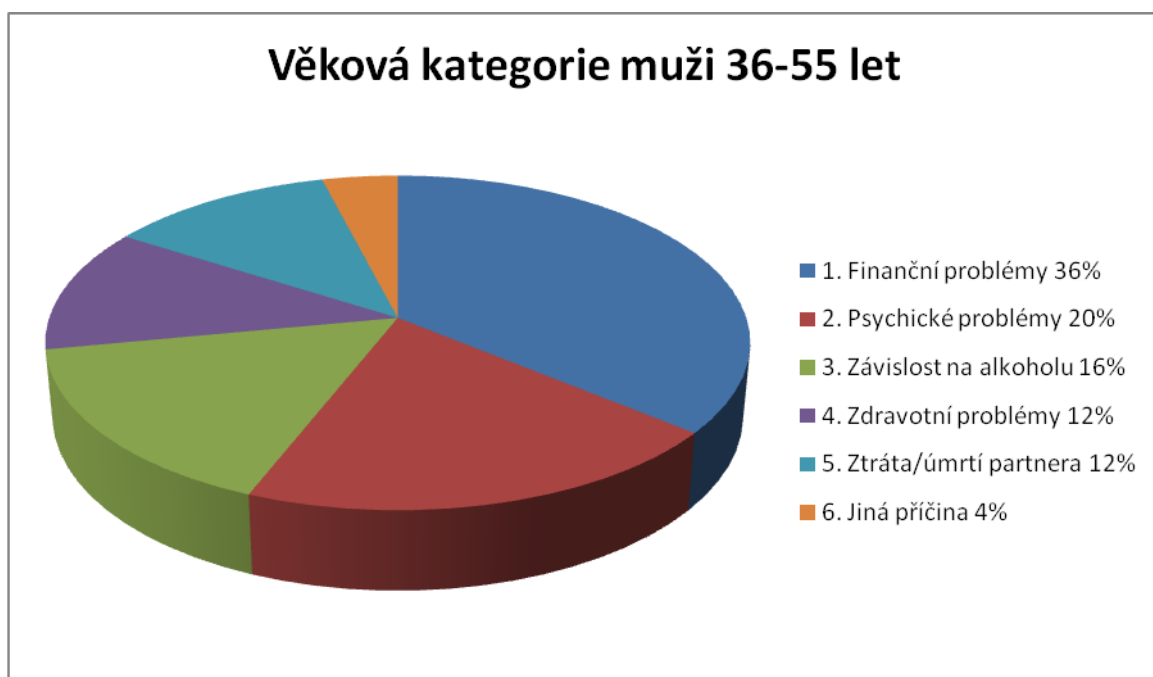
V období let 2009, 2010 došlo nejvíce k nárůstu motivu finanční problémy v období 18-35 a 36-55. S rostoucím věkem se zvyšuje výskyt motivu psychické problémy, Ve věkové kategorii je výskyt tohoto motivu více jak nadpoloviční. Dalšími významnými motivy jsou finanční problémy a závislost na alkoholu. Motiv závislost na alkoholu stoupá od kategorie 18-35 let až do 56-71 let. Výskyt finančních problémů je v kategoriích 18-35 let a 36-55 zastoupen více jak v 30% všech případů.

Grafy věkových kategorií mužů v období let 2009 a 2010

Graf č. 5 věkových kategorií z období let 2009, 2010



Graf č. 6 věkových kategorií z období let 2009, 2010



Graf č. 7 věkových kategorií z období let 2009, 2010



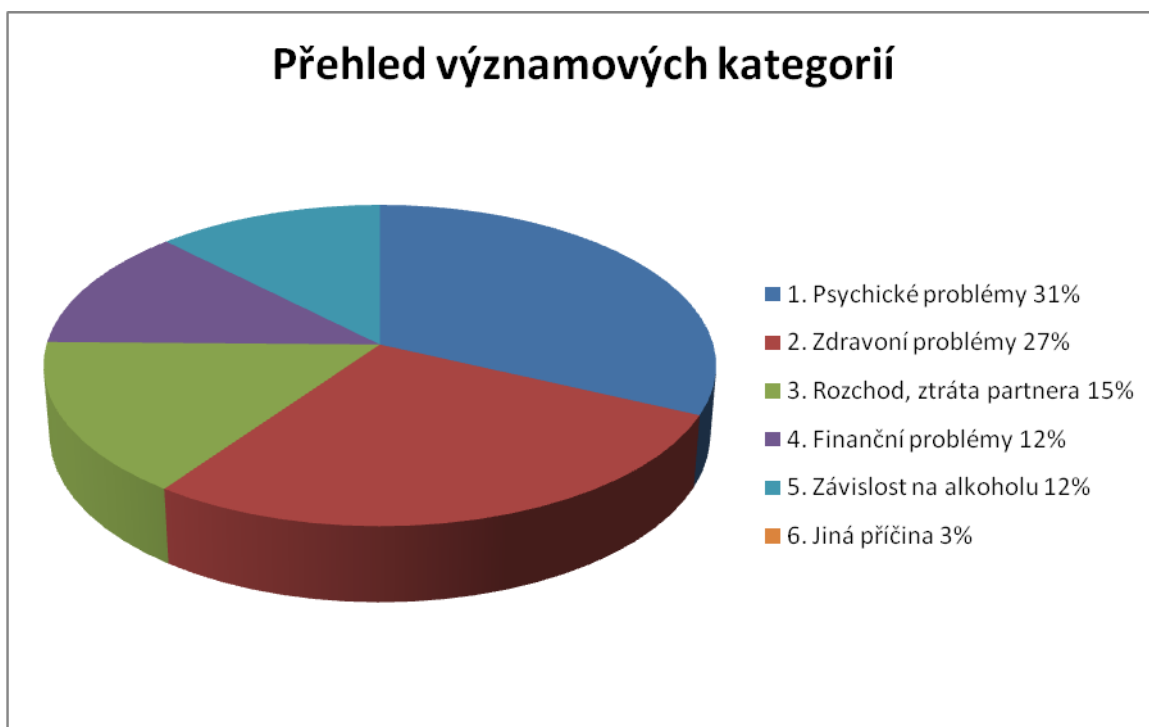
Graf č. 8 věkových kategorií z období let 2009, 2010



Vyhodnocení sebevražedného jednání za rok 2003 (motiv a pohlaví)

Výzkum byl proveden na 19 případech dokonáných sebevražd, ke kterým došlo na území okresního města Zlína. Záměrně uvádím okresního města, protože ve všech případech budou analyzovány sebevraždy z okresu Zlín, nikoliv Krajského kraje (který později vznikl), který má daleko větší územní působnost.

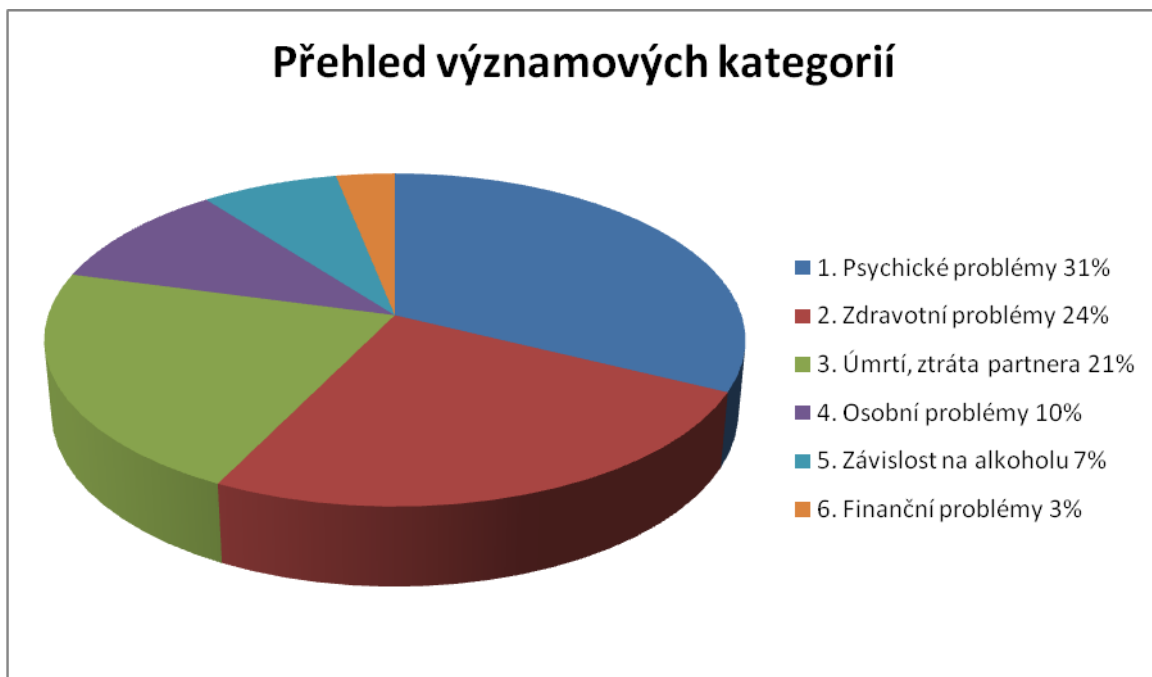
Na základě obsahové analýzy bylo zjištěno, že v 19 sledovaných případech bylo celkem 26 možných příčin sebevražd. V některých případech byla na základě výpovědi blízkých osob zjištěna jedna možná příčina u jiných případů bylo příčin zaznamenáno více. Nejčastější příčinou sebevraždy byly **psychické problémy**, které byly zaznamenány v osmi případech, poté u sedmi případů byly zjištěny **zdravotní problémy**. S velkým odstupem poté následoval **rozchod, úmrtí partnera** 4 případy, **finanční problémy** 3 případy, **závislost na alkoholu** 3 případy a v jednom případě jiná nebo **nezjištěná příčina** sebevražedného jednání. Pokud bychom se měli vyjádřit ke způsobu provedení, tak byla nejvíce zastoupena sebevražda oběšením ve 12 případech, otrava výfukovými plyny 3 případy, pořezání tepen nebo žil 2 případy, 1 případ zastřelení a 1 případ zásah elektrickým proudem. V tomto vzorku poškozených bylo 16 mužů a 3 ženy. V okrese Zlín došlo v roce 2003 celkem 25 sebevražd, z tohoto počtu bylo vybráno 19 případů, kde byly dostupné výpovědi osob blízkých. Graf č. 9 Přehled významových kategorií za rok 2003



Vyhodnocení sebevražedného jednání za rok 2004

Výzkum byl proveden na 20 případech dokonaných sebevražd, ke kterým došlo na území okresního města Zlína. Na základě obsahové analýzy bylo zjištěno, že ve 20 sledovaných případech bylo celkem 29 možných příčin sebevražd. V některých případech byla na základě výpovědi blízkých osob zjištěna jedna možná příčina u jiných případů bylo příčin zaznamenáno více. Nejčastější příčinou sebevraždy byly **psychické problémy**, které byly zaznamenány v devíti případech, poté v osmi případech byly zjištěny **zdravotní problémy**. Následoval **rozchod nebo úmrtí partnera** 6 případů, s větším odstupem **osobní problémy** 3 případy, **závislost s alkoholem** 2 případy a v jednom případě jiná nebo **nezjištěná příčina** sebevražedného jednání. Pokud bychom se měli vyjádřit ke způsobu provedení, tak byla nejvíce zastoupena sebevražda oběšením ve 12 případech, otrava léky 2 případy, skok z výškové budovy 2 případy, otrava výfukovými plyny 1 případ, pořezání tepen nebo žil 1 případ, upálení 1 případ a havárie vozidlem 1 případ. V tomto vzorku poškozených bylo 16 mužů a 4 ženy. V okrese Zlín došlo v roce 2004 celkem 36 sebevražd, z tohoto počtu bylo vybráno 20 případů, kde byly dostupné výpovědi osob blízkých.

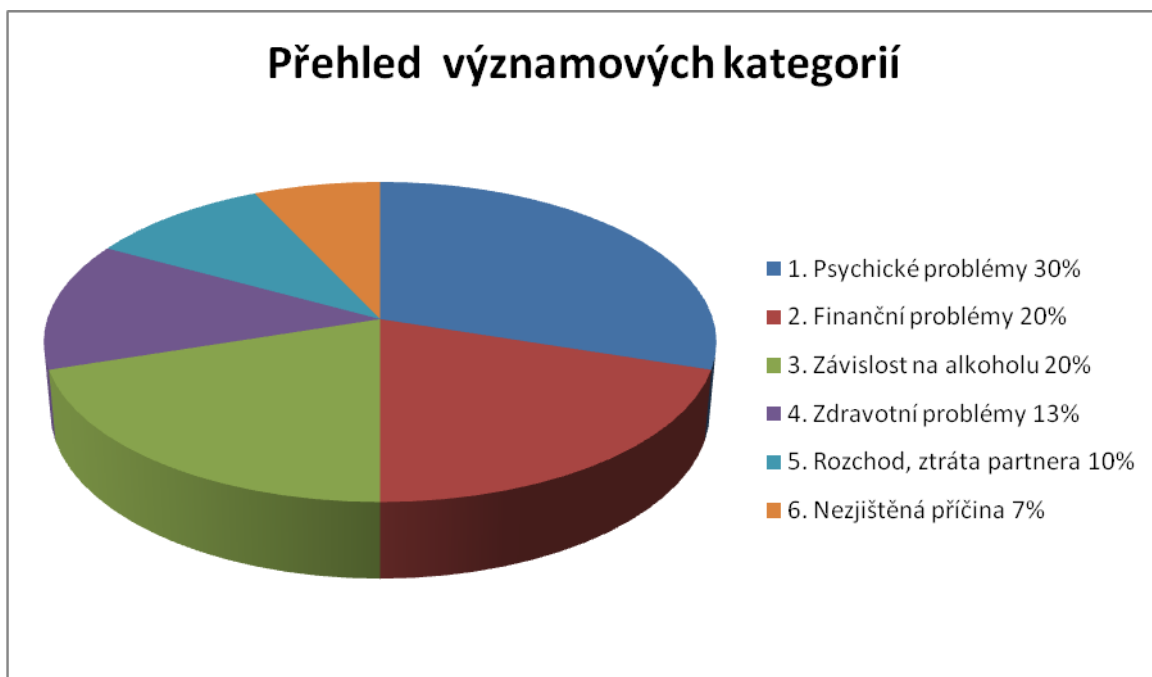
Graf č. 10 Přehled významových kategorií za rok 2004



Vyhodnocení sebevražedného jednání za rok 2009

Výzkum byl proveden na 19 případech dokonaných sebevražd, ke kterým došlo na území okresního města Zlína. Na základě obsahové analýzy bylo zjištěno, že v 19 sledovaných případech bylo celkem 30 možných příčin sebevražd. V některých případech byla na základě výpovědi blízkých osob zjištěna jedna možná příčina u jiných případů bylo příčin zjištěno více. Nejčastější příčinou sebevraždy byly **psychické problémy**, které byly zaznamenány v devíti případech, poté v šesti případech byly zjištěny **finanční problémy** a **závislost na alkoholu**. S velkým odstupem následoval **zdravotní problémy** 4 případy, **rozchod, ztráta (úmrť) partnera** 3 případy a **nezjištěná příčina** ve dvou případech. Pokud bychom se měli vyjádřit ke způsobu provedení, tak byla nejvíce zastoupena sebevražda oběšením v 10 případech, otrava léky 4 případy, pořezání tepen nebo žil 2 případy, skok z výškové budovy 1 případ, utonutí 1 případ a zastřelení 1 případ. V tomto vzorku poškozených bylo 16 mužů a 3 ženy. V okrese Zlín došlo v roce 2009 celkem 28 sebevražd, z tohoto počtu bylo vybráno 19 případů, kde byly dostupné výpovědi osob blízkých.

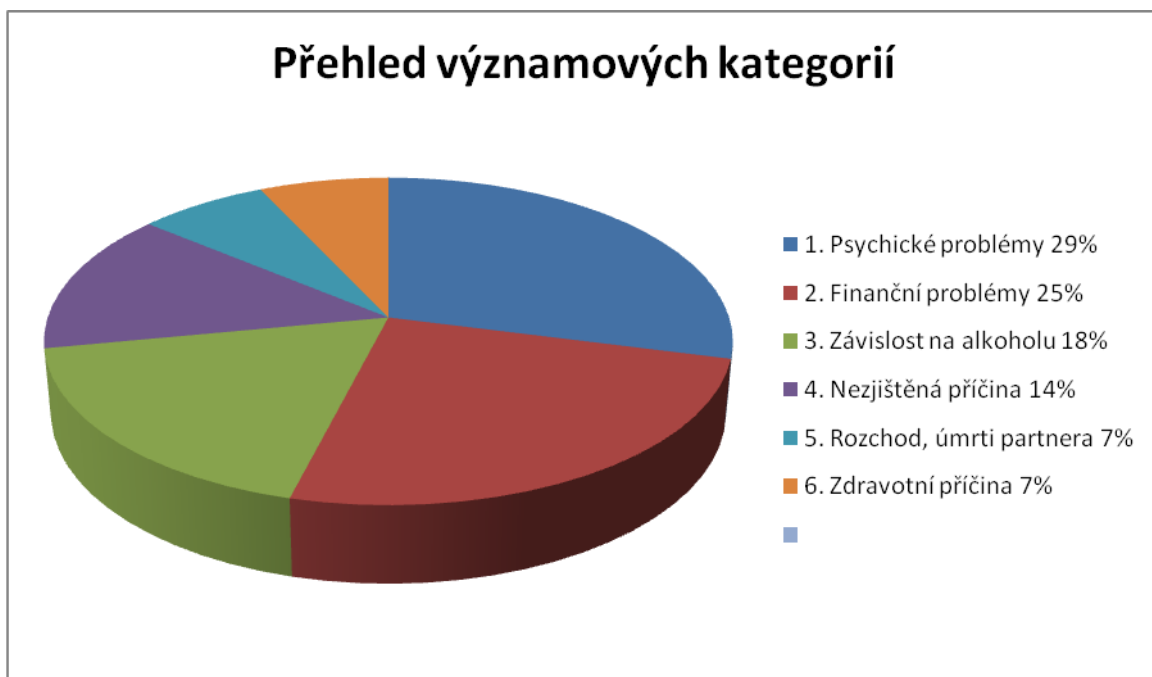
Graf č. 11 Přehled významových kategorií za rok 2009



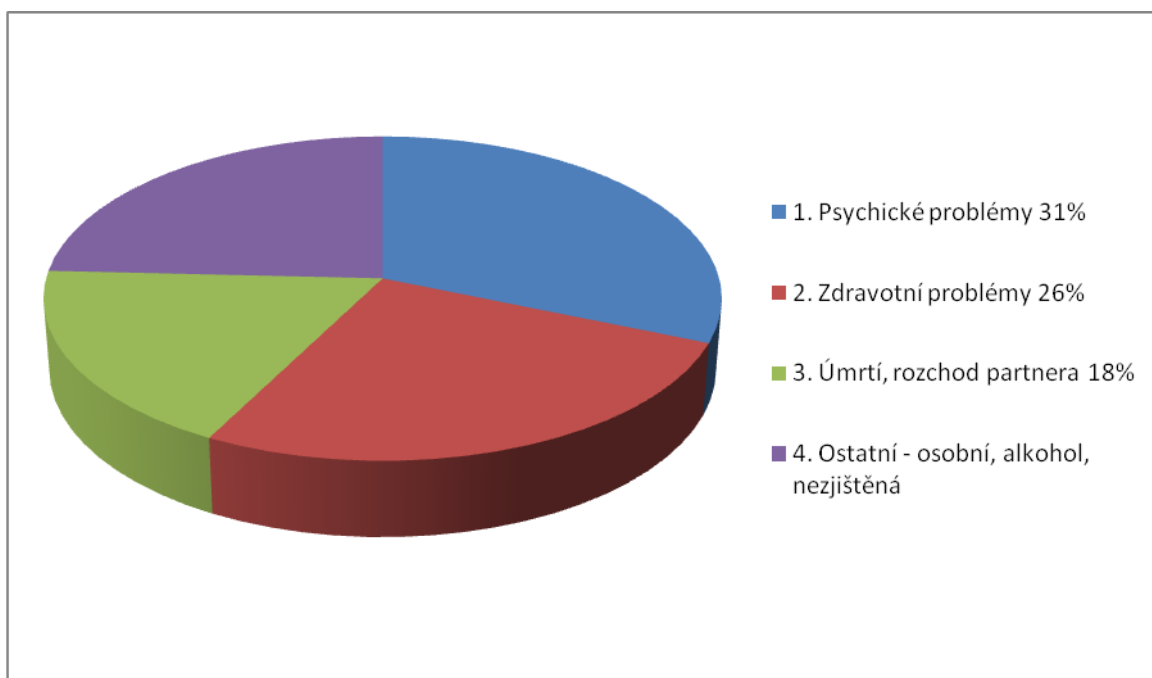
Vyhodnocení sebevražedného jednání za rok 2010

Výzkum byl proveden na 20 případech dokonaných sebevražd, ke kterým došlo na území okresního města Zlína. Na základě obsahové analýzy bylo zjištěno, že ve 20 sledovaných případech bylo celkem 28 možných příčin sebevražd. V některých případech byla na základě výpovědi blízkých osob zjištěna jedna možná příčina u jiných případů bylo příčin zjištěno více. Nejčastější příčinou sebevraždy byly **psychické problémy**, které byly zaznamenány v osmi případech, poté v sedmi případech byly zjištěny **finanční problémy** a v pěti případech **závislost na alkoholu**. Následuje ve čtyřech případech **nezjištěná příčina**, ve dvou případech **úmrť, ztráta partnera** a ve dvou případech **zdravotní problémy**. Pokud bychom se měli vyjádřit ke způsobu provedení, tak byla nejvíce zastoupena sebevražda oběšením v 12 případech, otrava léky 2 případy, skok z výškové budovy 2 případy, utonutí 1 případ, zastřelení 1 případ, upálení 1 případ a bodnutí nožem 1 případ. V tomto vzorku poškozených bylo 15 mužů a 5 žen. V okrese Zlín došlo v roce 2010 celkem 45 sebevražd, z tohoto počtu bylo vybráno 20 případů, kde byly dostupné výpovědi osob blízkých.

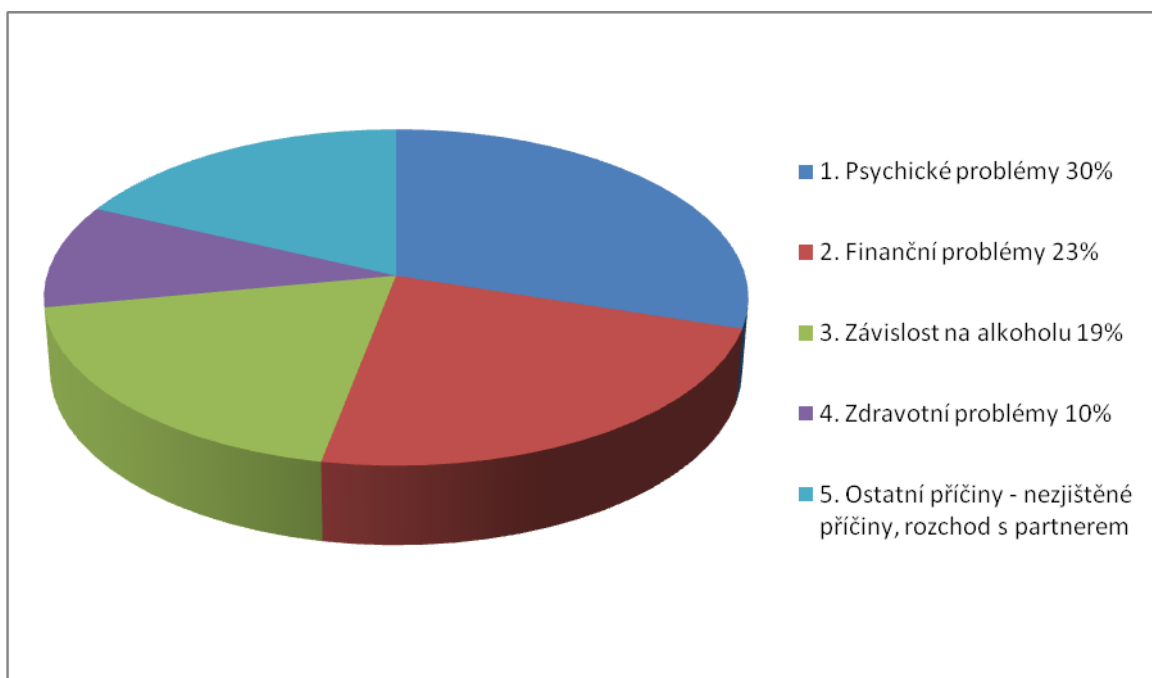
Graf č. 12 Přehled významových kategorií za rok 2010



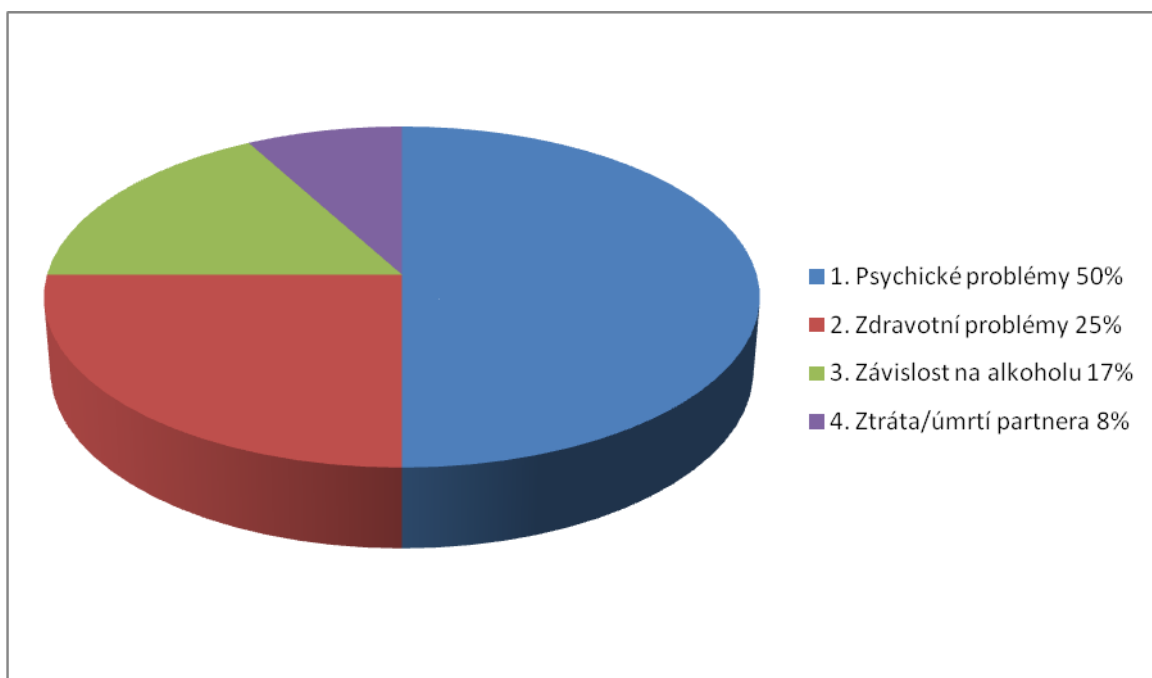
Graf č. 13 Nejčastější příčiny sebevražd v období let 2003 a 2004 muži



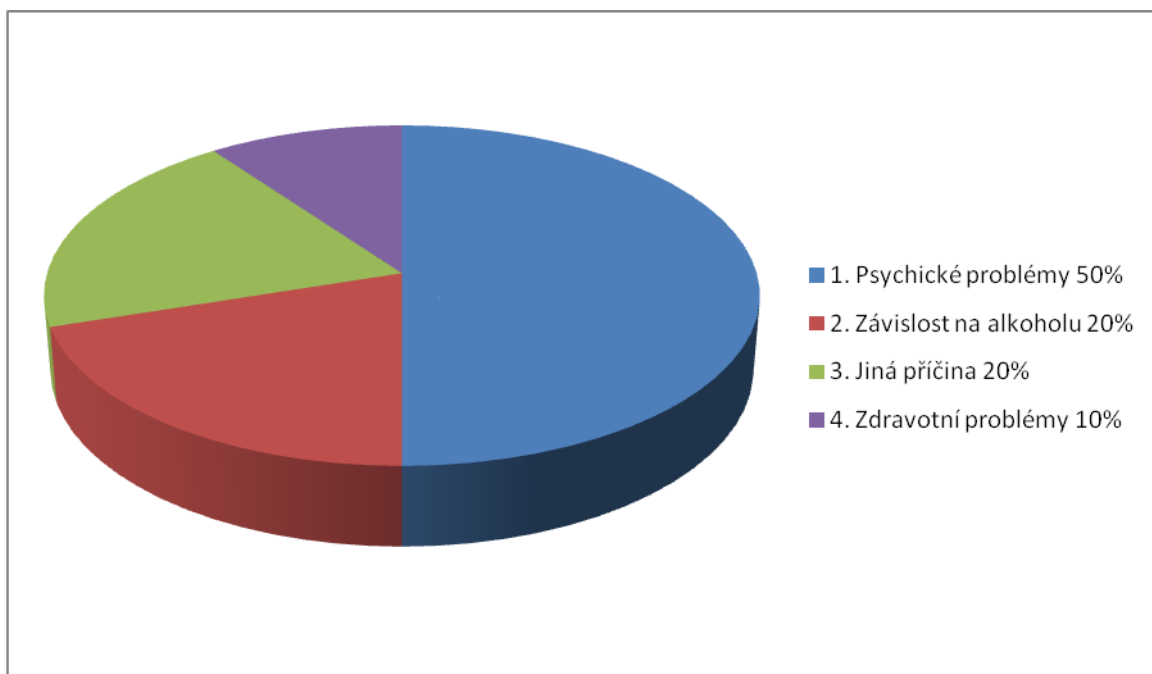
Graf č. 14 Nejčastější příčiny sebevražd v období let 2009 a 2010 muži



Graf č. 15 Nejčastější příčiny sebevražd v období let 2003 a 2004 ženy



Graf č. 16 Nejčastější příčiny sebevražd v období let 2009 a 2010 ženy



VÝSLEDEK VÝZKUMU

Na základě provedené obsahové analýzy jsme měli zjistit, zdali došlo ke změně tendencí při posuzování příčin sebevraždného jednání z pohledu osob blízkého okolí. Na základě výpovědí osob blízkého sociálního okolí bylo zjištěno řádově několik suicidálních tendencí, které nevykazovaly žádnou zásadní změnu v chování poškozeného. Ve všech zjištěných případech si poškozený chystal pomůcky, které později využil k dokonání, případně si již předem vypsál dopis na rozloučenou v době těsně před uskutečněním sebevraždy. Provedenou analýzou zjištěných případů byl přístup poškozeného ve vztahu k suicidálním tendencím ve sledovaném období totožný a nevykazoval žádné rozdílné přístupy.

Kromě suicidálních tendencí se náš výzkum zabýval otázkou zda-li došlo k nějakým změnám v příčinách sebevraždného jednání ve sledovaném období? Pokud ano, tak k jakým změnám dochází?

1) Nejčastěji vyskytující se příčinou v období let 2003, 2004, 2009, 2010 sebevraždného jednání ve sledovaných případech jsou psychické problémy. Tyto byly do počtu výskytu v každém obdobné téměř konstantní.

2) V období let 2003, 2004 byly druhou nejčastější příčinou sebevražd zdravotní problémy. Tyto byly nejčastěji v souvislosti s problémy psychickými. Postupem času ale postupně klesají. Ještě v roce 2003, 2004 byly identifikovány v sedmi případech, tedy za oba dva roky ve 14 případech, v období let 2009, 2010 byly jen ve čtyřech případech, respektive ve dvou případech. Tedy jejich pokles byl v průběhu pěti let z 14 případů na pouhých šest.

3) V období let 2009, 2010 byla druhou nejčastější příčinou sebevražd finanční problémy, poté následuje závislost na alkoholu. V roce 2003 a 2004 byl výskyt finančního problému zjištěn ve třech případech, respektive v jednom případě. V roce 2009 a 2010 byl tento výskyt zjištěn u šesti, respektive u sedmi případů, tedy jejich počet se zvýšil ze 4 na 13.

4) V období let 2009, 2010 byla jako třetí nejčastější příčina zjištěna závislost na alkoholu. V roce 2003 a 2004 byl výskyt závislosti na alkoholu zjištěn ve třech případech, respektive ve dvou případech. V roce 2009 a 2010 byl tento výskyt zjištěn již v šesti, respektive pěti případech, tedy jejich počet se zvýšil z 5 na 11.

5) V období let 2003, 2004 nebyla ani v jednom případě zjištěna závislost na hracích automatech, což se v pozdějším období vyskytlo.

6) V průběhu pěti let došlo ke snížení počtu sebevražd, které byly motivované ztrátou nebo úmrtím partnera. V období let 2003, 2004 bylo celkem deset případů oproti pěti případům, které byly provedeny. Nevím, co to způsobilo, jestli lepším kontaktem blízkých osob nebo lepší prací sociálních pracovníků nebo pracovníků neziskových organizací.

7) Ve sledovaných věkových kategoriích u mužů ve vztahu k příčinám bylo zjištěno:

- Ve věkové kategorii 18-35 ve sledovaném období nedošlo k zásadním změnám v příčinách suicidálního jednání, psychické i finanční problémy jsou zhruba na stejné úrovni
- Ve věkové kategorii 36-55 ve sledovaném období došlo k zásadní změně v příčinách suicidálního jednání, zejména v motivu finanční problémy a závislosti alkoholu, které byly v letech 2009, 2010 zásadně navýšeny. Motiv finanční problémy byl v období let 2003, 2004 zaznamenán v 7%, oproti období let 2009, 2010 celkem 36 %.
- Ve věkové kategorii 56-70 ve sledovaném období došlo k zásadní změně v příčinách suicidálního jednání, zejména v motivu zdravotní problémy, které byly v období let 2003, 2004 zastoupeny v 50 % a v období let 2009, 2010 nebyl výskyt žádný zaznamenán. V období let 2003, 2004 nebyl v této kategorii zaznamenán výskyt motivu finanční problémy, v období let 2009, 2010 byl výskyt tohoto motivu 22%
- Ve věkové kategorii 71 a starší ve sledovaném období došlo k zásadní změně v příčinách suicidálního jednání, zejména v motivu zdravotní problémy, které byly v období let 2003, 2004 zastoupeny v 63 % a v období let 2009, 2010 nebyl výskyt žádný zaznamenán.

Vzhledem k tomu, že u žen nebyly naplněny stejné nebo obdobné věkové kategorie, jako u mužů nebyl proveden výzkum podle tohoto kritéria. Dalším důvodem byl také nepoměrně nižší výskyt případů dokonaných sebevražd.

9) Sebevraždy podle motivu a pohlaví

U mužů bylo zjištěno, že v obou sledovaných obdobích bylo nejčastější příčinou sebevražd motiv psychické problémy. Druhou nejčastější příčinou v období let 2003, 2004 byly zdravotní problémy, celkem 26%. V období let 2009, 2010 byla druhá nejčastější příčina sebevraždy finanční problémy, celkem 23%. Třetí nejčastější příčinou v období let 2003, 2004 byla ztráta/úmrť partnera, celkem 18%. V období let 2009, 2010 byla třetí nejčastější příčina sebevraždy závislost na alkoholu, celkem 19%.

U žen bylo zjištěno, že v obou sledovaných obdobích bylo nejčastější příčinou sebevražd motiv psychické problémy, v obou sledovaných obdobích 50 %. Druhou nejčastější příčinou v období let 2003, 2004 byly zdravotní problémy, celkem 25%. V období let 2009, 2010 byla druhá nejčastější příčina sebevraždy závislost na alkoholu, celkem 20%. Třetí nejčastější příčinou v období let 2003, 2004 byla závislost na alkoholu, celkem 17%. V období let 2009, 2010 byla třetí nejčastější příčina sebevraždy zjištěna jiná příčina, celkem 20%.

9 ZÁVĚR

V závěru praktické části bych se ještě vrátil k výzkumu a to zejména odpovědět si na otázku, proč došlo k takovým změnám v průběhu pěti let. Dle mého názoru došlo ke snížení zdravotních problémů možná lepší zdravotní péčí anebo lehce stoupající životní úrovni a tím i delšího dožití. Zvýšení počtu sebevražd z důvodu špatné finanční situace a závislosti na alkoholu může být způsobený pravicovou politikou, která v této zemi panuje od roku 2005 a která od roku 2010 přistoupila k reformním opatřením. Dochází více k zadlužení domácností a k nárůstu exekučních řízení ze strany exekutorů. Zejména tyto důvody mohou mít vliv na četnost těchto příčin. Dále se na tom může podílet nový jev a to hra na automatech, která v současné době také hodně lidí motivuje, neustálým nárůstem nových heren a kasin. Vše to poté vytváří podmínky k herní závislosti, dále k finančnímu zadlužení a také k závislosti na alkoholu.

V rámci mého výzkumu jsem si potvrdil teorii, se kterou jsem se seznámil i v rámci teoretické části. A zejména to, že není možné podceňovat výroky člověka, který začne o možné sebevraždě uvažovat a poté i komunikovat. Ve všech zkoumaných výpovědích, ve kterých se poškozený(á) zmínil (a) o možnosti sebevraždě toto nikdo z okruhu blízkých neřešil. A téměř ve všech případech tam bylo stejné tvrzení osoby blízké, která vždy uvedla „Já jsem myslel (a), že to říká jenom tak, nepřikládal (a) jsem tomu vekou vážnost“. Téměř to samé platí v případech, kdy se poškozený o sebevraždu již pokusil. Toto bylo patrné u některých případů zejména u žen, které buď z počátku vyhrožovaly demonstrativně a poté přistoupily k uskutečnění svých plánů nebo nejprve zkusily pokusy pomocí léků, které patří mezi měkké metody a nemusely vždy vyjít. V několika případech bylo zjištěno, že pokud se žena dopustila poprvé sebevraždy pomocí léků a pokud tato sebevražda nevyšla, přistupuje obvykle k tvrdším metodám, zejména k oběšení.

Jak řešit tento nelehký úkol? Zejména žádnou takovou situaci nezlehčovat, mít otevřené oči a nepodceňovat úvahy a sdělení blízkých osob. Pokud se někomu zdá, že na tom Váš blízký nebo známý není na tom psychicky dobře – vyrovnaně, tak ho přesvědčit, aby navštívil odborníka, nejprve psychologa, poté i psychiatra. Pokud má nařízenou léčbu, např. předepsané léky od psychiatra, je nutné toto kontrolovat, protože špatná léčba může být dalším článkem k provedení sebevražedného jednání.

Co by se mělo v našem prostředí zlepšit v oblasti prevence suicidálního jednání?

Zejména zlepšit a zkvalitnit komunikaci mezi sociálním pracovníkem a klientem, který se v minulosti suicidálního pokusu již dopustil. Zlepšit každodenní kontakt mezi klientem a sociálním pracovníkem, který bývá u osob zejména vysokého věku kolikrát jediným vnějším subjektem, který s klientem komunikuje a jehož přístup může být v některých chvílích jediným pozitivním motivem klientova života.

U každého takového pacienta je nutné celou věc zodpovědně řešit. Je zcela zásadní oslabit suicidální rizikové faktory a okolnosti, které by mohly mít na klienta negativní vliv. Kromě pracovníků, kteří se pohybují v oblasti sociálních služeb, by měli zlepšit komunikaci s klientem také rodinní příslušníci, kteří by měli své chování a jednání lépe přizpůsobit a přistupovat k němu s větším respektem.

Závěrem své práce bych chtěl uvést, že základním předpokladem lepší prevence suicidálního jednání je zlepšit sociální síť, která v této oblasti vystupuje aktivně, zejména krizové centra nebo linky důvěry, které mohou jako první ovlivnit negativní a rizikové chování klienta. Ze strany pacienta musíme vždy a v každé situaci brát jeho slova o možné sebevraždě zcela vážně a řešit jeho možný krizový stav při suicidálních myšlenkách, které mohou být počátkem vývoje negativního a suicidálního postoje k vlastní osobě.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

FISCHER, Slavomír a Jiří ŠKODA. Sociální patologie. Praha: Grada Publishing, 2009. ISBN 978-80-247-2781-3

FRANKEL, Bernard a Rachel KRANZOVÁ, O sebevraždách. Praha: Nakladatelství Lidové noviny, 1998. ISBN 80- 7106- 234-0.

KOUTEK, Jiří a Jana KOCOURKOVÁ. Sebevražedné chování. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-732-9

MONESTIER, Martin. Dějiny sebevražd. Praha: Dybbuk, 2003. ISBN 80-903001-8-9.

ŠRAJER, Jindřich. Suicidium, sebeobětování nebo mučednictví? Praha:Triton, 2009, ISBN 978-80-7387-291-5.

VÁGNEROVÁ, Marie. Psychopatologie pro pomáhající profese. Praha:Portál, 2002, ISBN 80-7178-678-0.

VIEWEGH, J. Sebevražda a literatura. Brno: Psychologický ústav AVČR, 1996.ISBN 80-85880-10-5.

RŮŽIČKA, Ladislav. Sebevražednost v Československu z hlediska demografického a sociologického. Praha: ACADEMIA, 1968, ISBN ISBN 80-86495-13-2

ČERNÝ, Luděk. Sebevražednost dětí a mladistvých. Praha:Avicentrum, 1970, ISBN

MASARYK, T. G., Sebevražda hromadným jevem společenským moderní osvěty, 1998, Ústav T.G. Masaryka, 1998, ISBN 80-86495-13-2

ŠULC, DVOŘÁK, MORÁVEK Člověk na pokraji svých sil, Praha: Avicenum, 1971, ISBN: 978-80-86211-57-2

FISCHER, Slavomil a Jiří Škoda. Sociální patologie, Praha: Grada Publishing, 2009, IBSN 978-80-247-2781-3

NOVÁK, Tomáš. Jak s dobrou náladou překonat nepříjemné situace. Praha:Grada Publishing, 2009, ISBN 978-80-247-3219-0

DUŠEK, Karel a Alena VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, Diagnostika a terapie duševních poruch. Praha: Grada Publishing 2010. ISBN 978-80-247-1620-6

SOCHŮREK, Jan. Úvod do sociální patologie. Technická Univerzita v Liberci, 2009, ISBN 978-80-7372-448-1

SOCHŮREK, Jan. Vybrané kapitoly ze sociální patologie. Technická Univerzita v Liberci, 2001, ISBN 80-7083-495-1

GAVORA, Peter. Sprievodca metodológiou kvalitatívneho výskumu. Regent, spol. s.r.o., Bratislava, 2006. ISBN 80-88904-46-3

PAVLOVSKÝ, Pavel. Soudní psychiatrie a psychologie. Grada 2009. ISBN 978-80-247-2618-2

DVOŘÁK, Josef, Člověk mezi životem a smrtí, Spektrum 1990, ISBN 80-7107-010-6

NOVÁK, Tomáš a Hana Drinocká, Partnerské a rodinné poradenství, Grada 2006, ISBN 80-247-1526-0

HARTL, Pavel, Psychologický slovník, Praha:Portál 2000, ISBN 80-7178-303-X

SEZNAM GRAFŮ

Graf č. 1 věkových kategorií z období let 2003, 2004

Graf č. 2 věkových kategorií z období let 2003, 2004

Graf č. 3 věkových kategorií z období let 2003, 2004

Graf č. 4 věkových kategorií z období let 2003, 2004

Graf č. 5 věkových kategorií z období let 2009, 2010

Graf č. 6 věkových kategorií z období let 2009, 2010

Graf č. 7 věkových kategorií z období let 2009, 2010

Graf č. 8 věkových kategorií z období let 2009, 2010

Graf č. 9 Přehled významových kategorií za rok 2003

Graf č. 10 Přehled významových kategorií za rok 2004

Graf č. 11 Přehled významových kategorií za rok 2009

Graf č. 12 Přehled významových kategorií za rok 2010

Graf č. 14 Nejčastější příčiny sebevražd v období let 2009 a 2010 muži

Graf č. 15 Nejčastější příčiny sebevražd v období let 2003 a 2004 ženy

Graf č. 16 Nejčastější příčiny sebevražd v období let 2009 a 2010 ženy

Graf č. 13 Nejčastější příčiny sebevražd v období let 2003 a 2004 muži

