

Univerzita Karlova
Pedagogická fakulta
Katedra pedagogiky

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Problémy duševního zdraví související se suicidálním chováním u vybraných
studentek gymnázií v Plzeňském kraji

Mental health problems related to suicidal behaviour in selected students of
grammar schools in the Pilsen Region

Bc. Kateřina Havránková

Vedoucí práce: Mgr. Kateřina Machovcová, Ph.D.

Studijní program: Učitelství pro střední školy

Studijní obor: Biologie/ Výchova ke zdraví

2022

Odevzdáním této diplomové práce na téma „*Problémy duševního zdraví související se suicidálním chováním u vybraných studentek gymnázií v plzeňském kraji*“ potvrzuji, že jsem ji vypracovala pod vedením vedoucího práce samostatně za použití v práci uvedených pramenů a literatury. Dále potvrzuji, že tato práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne 06.04. 2022

Velice děkuji paní Mgr. Kateřině Machovcové, Ph.D. za skvělé vedení, pomoc a podporu při sepsání této diplomové práce. Dále děkuji studentkám zapojených do výzkumu za jejich odvahu a otevřenost v rámci rozhovorů a také nejbližším, kteří mi byli po celou dobu psaní velkou oporou.

ABSTRAKT

Tato diplomová práce byla vytvořena s primárním cílem získat a sepsat hlavní a důležité informace týkající se problémů duševního zdraví související se sebevražedným jednáním z pohledu vybraných dívek, které studují gymnázia v Plzeňském kraji. V teoretické části jsou nejprve v prvních dvou kapitolách vymezeny obecné charakteristiky a hlavní informace související se zdravím, duševním zdravím, duševní nemocí a suicidálním chováním. Následně je teoretická část věnována přímé aplikaci získaných poznatků a doplnění důležitých údajů v návaznosti na věkovou kategorii studentů gymnázií v tematických oblastech duševního zdraví, duševní nemoci a sebevražedného jednání.

V praktické části, pomocí kvalitativní metody polostrukturovaného rozhovoru, byl realizován výzkum se zapojením 9 vybraných studentek z 8 gymnázií v Plzeňském kraji ve věku 14-18 let, který se zaměřoval na zjištění dat z oblasti jejich vlastních zkušeností a postojů k duševnímu zdraví a suicidálnímu chování, jak ve školním prostředí, tak mimo něj. Podrobnou analýzou rozhovorů bylo zjištěno, že je pro studentky hodnota duševního zdraví v rámci kvality života nesmírně důležitá a na něhož má dle dat největší negativní vliv zejména tlak na výsledky ze strany rodiny, školní prostředí spojené se stresem a šikanou od spolužáků nebo i učitelů, včetně osobnostních problémů spjatých s pocity samoty, nedokonalosti nebo nedostatečnosti. Z hlediska sebevražedného jednání má většina dotazovaných dívek ze svého okolí či přímo z rodiny zkušenosti se sebepoškozováním, sebevražedným pokusem nebo dokonanou sebevraždou. Několik dotazovaných dívek o sebevraždě již přemýšlelo a jedna z nich se o ni několikrát pokusila. V případě problémů vyhledávají podporu a pomoc zejména u přátel a rodiny. Školní prostředí bylo uvedeno jako místo s velmi nízkou důvěrou. Následně byla popisována téměř nulová komunikace s učiteli ohledně tematiky smrti a sebevražd, kdy byl projevován ze strany studentek výrazný zájem o tyto aktivity a také o chybějící preventivní programy s tematikou duševního zdraví a sebevražedným jednáním ve školním prostředí.

KLÍČOVÁ SLOVA

problémy duševního zdraví, adolescent, suicidum, myšlenky na sebevraždu, pokus o sebevraždu, prevence sebevražd

ABSTRACT

This thesis was created with the primary aim of obtaining and writing the main and important information related to mental health problems related to suicidal behaviour from the perspective of selected girls who study grammar schools in the Pilsen Region. In the theoretical part, the first two chapters define general characteristics and main information related to health, mental health, mental illness and suicidal behaviour. Subsequently, the theoretical part is devoted to the direct application of lessons learned and the addition of important data following the age category of grammar school students in the thematic areas of mental health, mental illness and suicidal behaviour.

In the practical part, using a qualitative method of semi-structured interview, research was carried out involving 9 selected female students from 8 grammar schools in the Pilsen Region aged 14-18, which focused on finding data from their own experiences and attitudes to mental health and suicidal behaviour, both in and outside the school environment. A detailed analysis of the interviews found that the value of mental health within the quality of life is extremely important for female students and that, according to the data, the pressure on outcomes from the family, the school environment associated with stress and bullying from classmates or even teachers, including personality problems linked to feelings of loneliness, imperfection or inadequacy, has the greatest negative effect. In terms of suicidal behaviour, most of the girls surveyed have experience of self-harm, suicide attempt or completed suicide from their background or directly from their family. Several of the girls questioned had already thought about suicide, and one of them had tried it several times. In the event of problems, they seek support and help from friends and family in particular. Subsequently, there was almost no communication with teachers on the subject of death and suicide, when there was a strong interest on the part of female students in these activities, as well as the lack of prevention programs on the subject of mental health and suicidal behaviour in the school environment.

KEYWORDS

mental health problems, adolescent, suicide, thoughts of suicide, suicide attempt, suicide prevention

Obsah

Úvod	9
TEORETICKÁ ČÁST DIPLOMOVÉ PRÁCE	13
1 Duševní zdraví	13
1.1 Vývoj konceptualizace zdraví	13
1.2 Definice pojmu duševní zdraví	15
1.3 Determinanty zdraví	17
2 Suicidální chování	19
2.1 Definice pojmu duševní nemoc	19
2.2 Definice pojmu suicidální chování	20
2.3 Faktory a motivy suicidálního chování	21
2.4 Ohrožené skupiny v populaci	22
2.5 Formy suicidálního chování	23
2.5.1 Suicidální myšlenky	23
2.5.2 Suicidální tendence	24
2.5.3 Suicidální pokus	24
2.5.4 Dokonané suicidium	25
2.6 Postoj společnosti k sebevraždám	25
2.6.1 Mýty a předsudky v oblasti sebevražednosti	26
3 Adolescence ve vztahu k duševnímu zdraví	28
3.1 Obecná charakteristika adolescence	28
3.2 Duševní zdraví v adolescenci	28
3.2.1 Role školy v ochraně duševního zdraví	29
3.2.2 Zdraví a duševní zdraví v kontextu RVP	30
3.2.2.1 RVP ZV	31

3.2.2.2	RVP G	32
3.2.3	Aktuální dění s dopadem na duševní zdraví žáků	34
3.2.3.1	Vliv pandemie COVID – 19.....	34
3.2.3.2	Válečná situace na Ukrajině.....	35
3.3	Duševní nemoci v adolescenci.....	36
3.3.1	Výskyt duševních nemocí v adolescenci.....	37
3.3.2	Závažné duševní nemoci v adolescenci.....	37
3.3.2.1	Schizofrenie.....	38
3.3.2.2	Afektivní poruchy	38
3.3.2.3	Poruchy příjmu potravy.....	38
3.3.2.4	Úzkostné poruchy.....	39
3.4	Suicidální chování v adolescenci.....	39
3.4.1	Aktuální situace s ohledem na sebevraždy adolescentů	40
3.4.2	Rizikové motivy a faktory	43
3.4.2.1	Rodinné prostředí	44
3.4.2.2	Vztahová oblast	44
3.4.2.3	Školní prostředí	45
3.4.2.4	Psychický vývoj a zdravotní stav	46
3.4.3	Varovné signály	47
3.4.4	Protektivní faktory	47
3.4.5	Prevence a formy pomoci v rámci sebevražd.....	49
3.4.5.1	Psychologické a poradenské služby	50
3.4.5.2	Problematika prevence a forem pomoci ve školním prostředí.....	50
4	Souhrn východisek teoretické části	52
	PRAKTICKÁ ČÁST DIPLOMOVÉ PRÁCE.....	54

5	Výzkum	54
5.1	Výzkumný problém a význam výzkumu	54
5.2	Primární cíl a dílčí cíle.....	55
5.3	Charakteristika výzkumné metody a příprava rozhovorů.....	55
5.4	Popis participantů výzkumu.....	56
5.5	Průběh rozhovorů.....	57
5.6	Analýza výzkumných rozhovorů	58
5.7	Výsledky výzkumných rozhovorů	59
5.7.1	Duševní zdraví z pohledu studentek.....	60
5.7.1.1	Duševní zdraví jako stav pohody	60
5.7.1.2	Vysoká hodnota duševního zdraví	61
5.7.1.3	Okolí, škola a rodina jako hlavní determinanty duševního zdraví.....	61
5.7.1.4	Dělám vše, co mi dělá radost	63
5.7.2	Názory a postoje k sebevražednému chování.....	63
5.7.2.1	Suicidum jako rozmanitý pojem	63
5.7.2.2	Postoj k sebevraždě jako dobrovolné rozhodnutí každého	64
5.7.3	Vliv vybraných činitelů v návaznosti na sebevraždu	66
5.7.3.1	Tlak a problémy ze strany školy, rodiny či přímo u sebe samotné	66
5.7.3.2	Otevřenost dívek vs. uzavřenost chlapců ohledně sebevražd	68
5.7.3.3	Má výběr střední školy vliv na vnímání sebevražd?	68
5.7.4	Osobní zkušenost se suicidálním jednáním	69
5.7.4.1	Dokážu si představit, že bych umřela?.....	70
5.7.4.2	Ne/pokus o sebevraždu.....	70
5.7.4.3	Vysoký výskyt suicidálního jednání v okolí dívek	71
5.7.4.4	Komu se mohu svěřit?.....	72

5.7.5	Suicidum v návaznosti na aktuální dění a postoj společnosti.....	73
5.7.5.1	Pandemie Covid-19 jako možný faktor zvyšující sebevražednost.....	73
5.7.5.2	Sebevraždy jako tabu a citlivé téma.....	74
5.7.5.3	Suicidum skrze komentáře a videa na sociálních sítích	76
5.7.6	Přístup školy k problematice duševního zdraví a sebevraždám	77
5.7.6.1	Minimální komunikace a vysoký zájem dívek o téma sebevražd.....	77
5.7.6.2	Nízký výskyt a důležitost prevence duševního zdraví a sebevražd	79
5.7.7	Možné formy pomoci samotných dívek a jejich poselství	80
5.8	Shrnutí výsledků výzkumu	82
5.9	Diskuse.....	83
Závěr.....		86
Knižní zdroje		90
Elektronické zdroje.....		95
Zákony		105
Seznam příloh.....		106

Úvod

„Duševní bolest je horší nemoc než tělesná.“

Publilius Syrus (latinský spisovatel)

Velmi dlouho jsem přemýšlela, jakému tématu bych se chtěla věnovat v rámci své diplomové práce. Jako každý student, který píše takto významnou a obsáhlou práci, jsem se snažila vybírat takové téma, které je pro mě zajímavé, blízké a obsahově důležité. Chtěla jsem, aby byla tato práce k užitku a mohla případně posloužit nejen jako vytvořený dokument sloužící k získání potřebného vzdělání, ale také jako souhrn hlavních, důležitých informací a případná forma pomoci budoucím či dlouholetým učitelům nebo všem, kterých se právě toto téma, jakkoliv svým obsahem dotýká.

V dnešní uspěchané době může být i pro dospělého člověka, který si v rámci svého života mohl projít složitějšími stresovými záležitostmi a v návaznosti na ně si vytvořit odolnější postoj vůči rizikovým faktorům, je mnohdy náročné se s určitými nelehkými situacemi o samotě v pozitivní rovině vypořádat. Z toho důvodu jsem se rozhodla psát práci právě na problematiku duševního zdraví. Proč však ve spojitosti se sebevraždami a věkovou skupinou zaměřující se na studenty středních škol, respektive gymnázia v Plzeňském kraji? Sama jsem byla studentkou gymnázia, které se nachází na tomto území a také jsem již měla možnost vyzkoušet si zde následně své první profesní krůčky v roli mladého pedagoga. Díky tomu jsem často vzpomínala, jaké to bylo být v kůži studenta střední školy a také v rámci komunikace se svými žáky jsem zjišťovala a opět si uvědomovala, jak náročné pro ně právě toto věkové období v rámci studia na střední škole v dnešní době může být. Často se potýkají s negativními myšlenkami a pocitem naprostého vyčerpání, méněcennosti či dokonce nechutí dále žít. Zděšením pro mě byla také neochota vybraných kolegů v různých typech škol s žáky, ohledně duševního zdraví, jakkoliv mluvit a mé počínání v oblasti psychohygieny nezískalo pozitivní odezvu. Posledním impulsem, který mě k tomuto tématu dovedl bylo několik mladých životů, které byli nešťastně ukončeny v mém blízkém okolí či v okolí mých známých a s touto skutečností spojené kolující mýty, že děti a mladiství sebevraždy nekonají, protože k tomu nemají žádné reálné důvody či pokud o sebevraždě mluví, neuskuteční ji.

Suicidální chování u dětí a mladistvých je samo o sobě tragickou záležitostí, a o to více je znepokojující skutečnost, že již od 70. let spadáme mezi státy s vysokou sebevraždností v této věkové kategorii (Kraus, 2015). Suicidium v rozmezí od 15-24 let se také řadí mezi druhou nejčastější příčinu smrti (Fisher a Škoda, 2014). Adolescenti spolu se seniory v důchodovém věku rovněž patří do skupiny osob s nejvyšším sklonem k sebevražděným pokusům (Kulhánek, 2021). Výběr studentek byl zvolen, protože v České republice je stále vyšší riziko sebevražděných pokusů právě u ženského pohlaví (Novák, 2014) a záměrně také z důvodu vyšší komunikativnosti a otevřenosti v souvislosti s duševním zdravím a jejich postoji k sebevražděnému chování.

Diplomová práce je následně rozdělena na dvě části. Teoretická část je tvořena čtyřmi základními kapitolami, z nichž první a druhá kapitola zastává svým obsahem obecnou „vstupní bránu“ do naší problematiky a vysvětluje základní pojmy a charakteristiky potřebné v návaznosti na další specifické informace z oblasti duševního zdraví se zaměřením na naplnění podstaty této práce. První kapitola se nejprve zabývá základní charakteristikou a historickým vývojem obecného pojmu zdraví a následným zaměřením na definici duševního zdraví se všemi důležitými náležitostmi, které jsou s duševním zdravím spjaty. Poslední součást první kapitoly je věnována determinantům, které zdraví nejvíce ovlivňují.

V druhé kapitole jsou obsažena témata z oblasti suicidálního chování, tedy základní vymezení pojmu sebevražděného chování, ale také duševní nemoc, která je s touto oblastí rovněž spojena. Dále jsou uvedeny faktory a motivy, kterou mohou jedince ovlivnit natolik, že se rozhodně k ukončení svého života. Nejsou opomenuty ani rizikové skupiny v rámci populace, formy sebevražděného jednání, ale také postoj společnosti k suicidálnímu jednání včetně zmíněných mýtů a předsudků, které mezi jedinci stále kolují.

V třetí kapitole se propojují již výše zmíněné informace z oblasti zdraví, duševního zdraví, duševních nemocí a sebevražděného jednání, které jsou aplikovány na hlavní tematickou oblast této práce – studenty gymnázií, tedy věková kategorie vztahující se na adolescenty. Pro přehlednost jsou právě tyto oblasti následně rozděleny do tří okruhů, respektive podkapitol: duševní zdraví adolescentů, duševní nemoci adolescentů a sebevražděnost adolescentů. Podkapitola duševního zdraví adolescentů zahrnuje vztah duševního zdraví v návaznosti na adolescenty, role školy v rámci duševního zdraví, včetně zdůraznění

důležitého postavení zdraví a duševního zdraví v kontextu Rámcových vzdělávacích programů základního vzdělávání a gymnaziálního studia zejména skrze výuku Výchovy ke zdraví. V neposlední řadě je zde vytyčen prostor pro uvedení vlivu pandemie COVID-19 na duševní zdraví ve školním prostředí. Nově byla přidána také část týkající válečné situace na Ukrajině s uvedením vybraných zdrojů zaměřující se na vhodné postupy, jak tuto problematiku s žáky řešit. Druhá část třetí kapitoly se vztahuje na nejčastější duševní onemocnění, se kterými se lze setkat u jedinců v období adolescence včetně vybraných aktuálních studií v oblasti duševních nemocí dětí a dospívajících. Poslední podkapitola pojímá neobsáhlejší část této kapitoly zaměřující se na sebevražednost dětí a dospívajících s uvedením obecné charakteristiky, aktuální situaci v souvislosti se sebevražedným jednáním, rizikových faktorů, varovných signálů, protektivních faktorů a také formy prevence a pomoci, se kterými se lze setkat jak ve školním prostředí, tak i mimo něj. Poslední kapitola teoretické části se týká souhrnu východisek celé této oblasti.

Praktická část je dále více věnována vybraným studentkám, které aktuálně studují na gymnáziích na území Plzeňského kraje a jejich zkušenostem, jež jsou předmětem mého zájmu v realizovaném výzkumu. Skrze kvalitativní metodu polostrukturovaného rozhovoru dívky odpovídaly na předpřipravené otázky týkající se oblastí duševního zdraví a suicidálního jednání. Zejména se tak jedná o jejich pohled na problematiku duševního zdraví se zaměřením na faktory, které podle nich toto zdraví může ovlivnit a dále také jejich formy péče o duševní zdraví. Nedílnou součástí rozhovorů byla také oblast tematiky sebevražd, hlavně tedy jejich subjektivnímu pojetí a pohledu na suicidální chování včetně případných osobních zkušeností v dané oblasti. Poslední série otázek se více zaměřuje na edukaci ve školách ohledně náročných témat jako je právě sebevražedné chování, otevřenost učitelů k tomuto tématu a preventivní oblasti, včetně určitého „poselství“ vybraných dívek pro ostatní, kteří si prochází nelehkými životními situacemi a mohou si připadat bezmocní.

Cílem této diplomové práce je získat a sepsat hlavní a důležité informace týkající se problémů duševního zdraví se zaměřením na poznatky ohledně suicidálního chování vyskytující se u studentek, jež studují na gymnáziích v Plzeňském kraji a poukázat

na důležitost věnovat těmto tématům pozornost nejen v učitelské praxi, ale ve všech oblastech lidského života.

TEORETICKÁ ČÁST DIPLOMOVÉ PRÁCE

První kapitola této práce je věnována základní charakteristice tematické oblasti duševního zdraví, zejména tak uvedením konceptualizace zdraví a přiblížením samotné podstaty a důležitosti duševního zdraví. Následně se tato část orientuje na determinanty, které výrazně ovlivňují a působí na duševní stránku lidské osobnosti a navazují tak na důležité souvislosti v rámci sebevražedného chování, které budou více rozepsány v dalších kapitolách této práce.

1 Duševní zdraví

Již ze začátku je nutné podotknout, že správně vymezit pojem „duševní zdraví“ je velmi obtížné, protože jen pod konceptem „zdraví“ se může pro každého člověka skrývat subjektivně i objektivně odlišná pojetí. Také samotná definice zdraví si prošla výrazným historickým vývojem. Proto dříve, než bude více objasněna problematika duševního zdraví, je vhodné si nejprve přiblížit právě onen vývoj konceptualizace zdraví, se kterým je duševní zdraví nedílně spjato a ze kterého také následně vychází.

1.1 Vývoj konceptualizace zdraví

Nejčastěji se můžeme v odborné literatuře a v oborových publikacích setkat s již obecnou a zažitou definicí Světové zdravotnické organizace (z anglického World Health Organization, dále jen WHO). WHO vymezila pojem zdraví už v roce 1948 jako: „*stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody, a nejen nepřítomnost nemoci nebo vady*“ (Marková et al., 2006; Hygienická stanice hlavního města Prahy, 2016; WHO, 2021a). Zmíněnou definici lze nalézt v nezměněné formě v samotné Preambuli Ústavy WHO (WHO, 2021a).

Touto skutečností vývoj vymezení zdraví zdaleka nekončí a již v roce 1977 se na Světovém zdravotnickém shromáždění v rámci programu WHO „**Zdraví pro všechny do roku 2000**“ objevila doplňující charakteristika pojmu zdraví jako „schopnosti vést sociálně a ekonomicky produktivní život“ (WHO, 1981). Roku 1999 byl přijat další program WHO „**Zdraví pro všechny v 21. století**“, jehož hlavními cíli je rozvoj a ochrana zdraví lidí v celoživotním rámci a snaha snížit nemocnost i úrazovost, ve spojitosti také s omezením strádání, které tyto skutečnosti lidem přinášejí (MZ ČR, 2008). Celkově zde můžeme sledovat posun pojetí od teoretického rámce obecného popisu zdraví, k následné

charakteristice vybraných vlastností duševně zdravého jedince, jež mu umožňují prakticky fungovat.

Na vybrané aspekty definice zdraví od WHO často mnoho odborníků (např. Bártlová a Mutulay, 2009; Kebza, 2005; Křivohlavý, 2009) reaguje výhradami, protože se zde zapomíná na duchovní a etické dimenze zdraví a opomíjí se možný rozpor mezi objektivním zdravotním stavem člověka a jeho subjektivním vnímáním dané oblasti. I přesto, že se může zdát základní definice zdraví od WHO díky výše zmíněným nedostatkům za „neúplnou“, stále však převažují její pozitiva a s velkou oblibou se dále využívá.

Podstatné je zdůraznit dříve uvedený „stav pohody“ neboli tzv. **well-being**, který je poměrně často směřován pouze pozitivním směrem a mnohdy je tento pohled těžké sladit s náročnými situacemi běžně se vyskytujícími v lidském životě (World Psychiatry, 2015). Je to nejspíše právě z důvodu českého překladu do slova „pohoda, který v nás může iniciovat určitou nulovou aktivitu, kdy pro tento stav pohody jedinec nemusí prakticky nic učinit. V problematice well-beingu je skutečnost jiná. Zde není hlavním cílem absence kontaktů a neaktivita u rizik, ba právě naopak. Samotný well-being nám skrze různé strategie a způsoby napomáhá k zvládnutí náročných situací a následně tak nacházet novou rovnováhu fungování (Opatruj se, 2021). Proto i duševně zdravý člověk může a má nárok být našťastný či nešťastný, neboť se jedná o možné ukazatele plnohodnotně prožitého života (World Psychiatry, 2015).

Jako příklad jiné definice zdraví, se kterou se lze setkat, popsal své publikaci Křivohlavý následovně: „*zdraví je celkový (tělesný, psychický, sociální a duchovní) stav člověka, který mu umožňuje dosahovat optimální kvality života a není překážkou obdobnému snažení druhých lidí*“, (Křivohlavý, 2009). Pokud se nyní zaměříme na konečnou pasáž obsahující spojení slov „*není překážkou obdobného snažení druhých lidí*“, dokládá spojitost, že člověk při dosahování svého well-beingu tak nemá činit na úkor druhých. Pouze pro ilustraci takovéto problematiky si můžeme uvést krizový příklad jedince, jenž se cítí být ve stavu pohody v případě zabití druhé osoby (World Psychiatry, 2015). Tento popsany stav pohody již ohrožuje zdraví, ba dokonce životy ostatních.

Samozřejmě existují mnohá jiná pojetí konceptu zdraví a z výše uvedených definic je zřejmé, že pro každého jedince je zdraví individuální záležitostí. Profesor David

Seedhouse (Seedhouse,1995 cit. dle Křivohlavý, 2009, s. 27), uvedl: „*Zdraví znamená různým lidem dosti odlišnou věc. Existuje totiž mnoho různých teorií zdraví a idejí, které se k tomuto pojmu vážou.*“ Seedhouse také uvádí na ukázkou možné přístupy ke zdraví z vybraných pohledů. Například pro lékaře je zdraví vnímáno skrze nepřítomnost nemoci či úrazu, naopak pro sociologa je představa zdravého člověka směřována na jeho funkčnost v rámci sociálních rolích. Z pohledu idealisty je zdravý člověk ten, kterému je dobře ve všech stránkách jeho života, respektive fyzické, psychické, sociální i duchovní (Křivohlavý, 2009). Takto bychom mohli popisovat každou profesí či přímo jednotlivce a vždy bude pojem zdraví popsán trochu odlišně. Z mého pohledu, jak jsem již dříve poukazovala, sympatizuji s definicí od Křivohlavého, a to z důvodu jeho přesahu do důležitých oblastí se zaměřením na individuální kvalitu života každého člověka, ale také jeho vlivu na druhé osoby.

Z obecného hlediska, samotný vztah ke zdraví je v dnešním světě sdružen s primárním právem každého jednotlivce na jeho zdravý vývoj, ochranu zdraví, zdravotní péči, ale obzvláště zodpovědností jedinců nejen za své zdraví a ochranu, ale také všech ostatních. Základem plnohodnotného života je považována právě hodnota zdraví (Kovaříková a Marádová, 2020). Dr. Halfdan Mahler kdysi trefně poznamenal: „*Zdraví není všechno, ale všechno ostatní bez zdraví je ničím*“ (Mahler, nedatováno cit. dle Nováková, 2012, s. 16).

1.2 Definice pojmu duševní zdraví

Postupem času, díky výše zmíněným změnám v rámci vývoje pojmu zdraví, došlo k vytvoření souhrnného konceptu duševního zdraví, jenž WHO popisuje následovně: „*Mental health is a state of well-being in which an individual can realize his or her own potential, cope with the normal stresses of life, work productively and make a contribution to the community*“, tedy: „*Duševní zdraví je stav pohody, v němž si jedinec může uvědomit svůj vlastní potenciál, zvládnout běžné životní tlaky, produktivně pracovat a přispívat do komunity*“ (World Psychiatry, 2015). Dalo by se říci, že tento pojem zahrnuje vše, tedy jak lidé přemýšlí, chovají se a emočně cítí. Někdy se také můžeme setkat s postojem, kdy lidé vnímají pojem duševní zdraví jako nepřítomnost poruchy v duševní oblasti (Felman, 2020).

Míček ve své publikaci z roku 1984 vymezuje širší a užší pojetí duševního zdraví. Popis širšího pojetí líčí obdobnou charakteristikou, kterou můžeme vnímat spíše jako pojetí optimální životní adaptace. Zatímco Míčkovu užší pojetí duševního zdraví je následně spojeno s nepřítomností příznaků duševního onemocnění, nerovnováhy a případných poruch adaptace (Míček, 1984). V psychologickém slovníku od manželů Hartlových lze také najít koncept duševního zdraví od Marie Jahodové, která jej definovala v několika bodech (adaptováno z Hartl a Hartlová, 2000):

- kladný postoj jedince k sobě samému,
- zdravý vývoj a seberealizace nutná k osobnímu rozvoji,
- pohled jedince na svět,
- konzistentnost osobnosti (propojenost vlastností a procesů daného jedince),
- nezávislost jedince na ostatních a zvládnutí vnějšího prostředí.

Sama Jahodová dále ve své publikaci zmiňuje, že pokud nejsou splněny všechny tyto body, jedinec nedosáhne duševního zdraví (Jahoda, 1958). Také Marková (2006) v knize „Psychiatrická ošetrovatelská péče“ popisuje duševně zdravého člověka jako zdatného jedince, který např. (adaptováno z Markové, 2006):

- logicky přemýšlí, přijímá informace, adekvátně reaguje a řeší problémy,
- plánuje a své plány následně uskutečňuje,
- zvládá své emoce, umí se uvolnit, je citově vyrovnaný,
- je činný ohledně dění kolem sebe a vhodně se adaptuje na vzniklé skutečnosti,
- udržuje partnerské vztahy a umí pracovat.

Z výše uvedených definic a pohledů na duševní zdraví, se kterými se můžeme v tematických publikacích a v informačních zdrojích setkat, lze opět vnímat originalnost každého autora obdobně jako tomu bylo u konceptu zdraví.

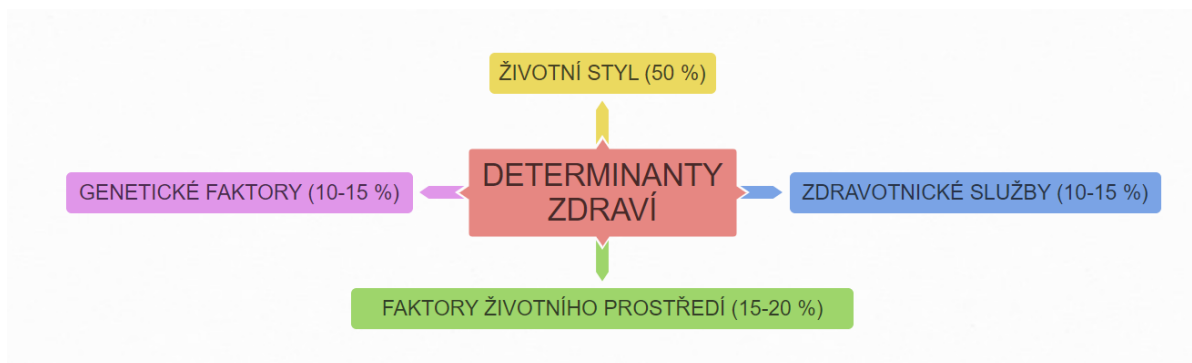
Je zajímavé podotknout, že duševní zdraví má také svůj světový den, který připadá každoročně na 10. října. Loňský rok, tedy 2021, se nesl v heslu „Duševní zdraví v nerovném světě“ a měl poukázat na stále aktuální nerovnosti, které jsou způsobeny například etnicitou, sexuální orientací, gender identitou, duševním onemocněním, disrespektem v oblasti lidských práv apod. (WFMH, 2021).

Pokud nyní shrneme zmíněné informace, lze říci, že duševní zdraví je nedílnou součástí lidského života, stejně důležitou jako zdraví fyzické, spirituální, enviromentální či sociální (Nováková, 2012; SZÚ, 2007). Nelze předpokládat, že duševně zdravý člověk je pouze ten, který nejeví známky různých onemocnění či patologií, ale že se jedinci mohou potácet na pomyslné škále od naprostého naplnění až po stav, který danému jednotlivci zabraňuje, jakkoliv fungovat (Broulíková et al., 2020).

1.3 Determinanty zdraví

Na stabilitě lidské psychiky, respektive na kvalitě lidského zdraví, se podílí spolu s genetickým vybavením celá řada dalších faktorů, které lze souhrnně nazvat jako tzv. **determinanty zdraví** (Kovaříková a Marádová, 2020). Marková ve své publikaci determinanty zdraví popisuje jako činitele, kteří ovlivňují pozitivně či negativně potenciál zdraví (Marková, 2012). V širším slova smyslu lze tyto faktory rozdělit do několika kategorií, jakož jsou: osobní, společenské, ekonomické faktory a faktory životního prostředí (HealthyPeople.gov, 2014). Pokud se však nyní zaměříme na determinanty v užším slova smyslu, největší vliv na zdraví daného jedince mají dozajista (adaptováno podle Hamplová, 2019):

- **životní styl** (životní úroveň, sociální vztahy, péče o své zdraví, hygiena, charakter práce, způsob stravování, abúzus nelegálních látek či alkoholu, úroveň vzdělání, stres aj.),
- **zdravotnické služby a jejich kvalita** (dostupnost a kvalita zdravotnické péče, zdravotní systém, politika zdravotnictví apod.),
- **faktory genetické** (genetické predispozice a vrozené vady, intelektové schopnosti, genderové rozdíly ve zdraví atd.),
- **faktory životního prostředí** (kvalita ovzduší, vody a potravin, infekční faktory, hluk, podmínky klimatu, látky chemického původu apod.).



Obr. č. 1: Schéma na téma **determinanty zdraví** (vytvořeno autorkou práce v programu Coggle na základě získaných informací z knihy Hamplová, 2019).

Z výše uvedeného schématu hlavních determinantů je patrné, že největší vliv na lidské zdraví má **životní styl** daného člověka, s přibližným podílem **50 %**. Na druhém pomyslném stupni se řadí s **15-20 % faktory životního prostředí**. V neposlední řadě se zde nachází v rozmezí od **10-15 %** činitele v podobě **genetických faktorů a zdravotnických služeb**. Takto uvedená procenta či přístup k rozdělení determinantů nejsou striktně dané, a proto se můžeme v jiných publikacích setkat s trochu odlišnými hodnotami či pojetím.

Doplňujícím příkladem může být rozdělení dle Machové, která determinanty rozčleňuje na **vnitřní**, jenž se vztahují na genetický základ každého jedince (20 % vlivu na zdraví) a **vnější**, které v sobě zahrnují životní styl (50 %), kvalitu životního a pracovního prostředí (20 %) a v neposlední řadě zdravotnické služby („pouze“ 10 %) (Machová a Kubátová, 2015). Je velmi důležité si uvědomit, že právě tyto determinanty mají podstatný vliv na vyvážený vývoj dětí a mládeže. Právě u dětí a dospívajících uplatňuje největší účinek životní styl, jenž je možné v rámci života poměrně snadno ovlivnit (kupříkladu oproti faktorům životního prostředí apod.) a který může mít výrazný pozitivní dopad na psychickou pohodu jedince (Kovaříková a Marádová, 2020). Již od dětství by se tak děti měli učit nejen v rodině jako v primárním prostředí výchovy, ale také dalších institutech jako je například škola, jaké rizikové faktory působí na lidské zdraví z obecného hlediska a jak vhodně a efektivně rozvíjet prvky, které zdraví a duševní zdraví podporují a ochraňují (Mužík a Mužíková, 2017).

2 Suicidální chování

„Sebevražda je konečné řešení pro dočasné problémy.“

Arnon Grunberg (nizozemský spisovatel)

Druhá kapitola svým obsahem zahrnuje základní terminologii související se suicidálním chováním, počínaje definicí pojmu duševní nemoc a následně popsání suicidálního chování s jeho základním konceptem, faktory a motivy, uvedením ohrožených skupin v rámci populace, ale také formy sebevražedného chování a postoji společnosti k tomuto aktu, včetně představení vybraných mýtů a předsudků na suicidum.

2.1 Definice pojmu duševní nemoc

K tématice duševního zdraví v souvislosti se sebevražedným chováním patří dozajista pojem „duševní nemoc“, „duševní onemocnění“ či „duševní choroby“. Tato zmíněná synonyma lze souhrnně charakterizovat jako psychické projevy či způsoby jednání, jenž dané osobě způsobují nepříjemné až zhoršující se stavy, které mají vliv na jednu či více oblastí jeho života. Mezi tyto hlavní oblasti se řadí: péče o vlastní osobu, funkčnost v pracovních činnostech zahrnující například také studium, zapojení do rodinného života a účast v rámci širších sociálních interakcích (Nývtová, 2010).

V průběhu lidských dějin se pohled na duševní nemoc výrazně měnil. V dávných dobách lidé pohlíželi na duševní choroby jako na zlé síly a je pozoruhodné, že tento postoj v současnosti na některých místech stále přetrvává. Mnoho odborníků na duševní zdraví, mezi které se řadil například Henri Ellenberger, se v 19. a začátkem 20. století domnívalo, že za příčiny duševních stavů mohou pouze faktory genetické. V průběhu 20. století se názor měnil a výzkumný pohled specialistů přecházel z biologických příčin na faktory sociální. Současní experti se shodují, že za důvodem vzniku chorob duševního charakteru jsou jak činitele biologické, tak sociální (Benson, 2010).

Dle mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů (dále jen MKN-10) se lze v rámci problematiky duševního zdraví zaměřit hlavně na skupinu „F00-F99“, tj. **poruchy duševní a poruchy chování**. Do této kategorie spadají oblasti jako například: **afektivní poruchy (poruchy nálady); neurotické, stresové a somatoformní poruchy;**

poruchy psychického vývoje; poruchy chování a emocí s obvyklým nástupem v dětství a dospívání apod. (MKN-10, 2022a).

V návaznosti na suicidální chování patří obecně mezi nejrizikovější psychické činitele dle Fischera a Škody (2014): **sebepoškozování, sebevražednost v rodinném okruhu či blízkém okolí, depresivní porucha, velký životní stres, ale také například bipolární porucha, obsedantně kompulzivní poruchy, schizofrenie** apod. Také Kraus (2015) uvádí souvislost duševní nemoci (např. schizofrenie, těžké deprese) jako možný důvod sebevraždy. V nadcházejících částech práce bude problematika sebevražedného jednání podrobněji probírána.

2.2 Definice pojmu suicidální chování

Již od 6. století před naším letopočtem se lze setkat s prvními zmínkami v rámci ukončení vlastního života sebou samým. K významnému zlomu v návaznosti se snahou o pochopení příčin vzniku suicidálního chování však dochází až v průběhu 19. století, kdy tato problematika proniká do specializovanějších oblastí lidského života. Zejména se jednalo o lékařské a filozofické vědy, v nichž se odborníci o to více snažili o porozumění těchto aktů (Koutek a Kocourková, 2007).

Suicidální chování neboli sebevražedné jednání můžeme definovat **jako dobrovolný, cílený a záměrný akt, při kterém chce dotyčná osoba ukončit svůj dosavadní život** (Kraus, 2015). Dle Viewegha se jedná o formu **chování autodestruktivního charakteru se znatelně viditelným úmyslem svobodně skončit svůj vlastní život** (Viewegh, 1996). Termín „sebevražda“ se objevil v literatuře již roku 1651, do té doby bylo používáno označení způsobit si vlastní smrt apod. (Kraus a Hroncová, 2010).

Z psychologického hlediska můžeme sebevraždu pojmut jako poruchu sebezáchovy, tedy formu agrese namířenou proti sobě a úspěšným zakončením je právě samotná smrt (Havlík, 2012; Špatenková, 2017). Tento pohled zastává také Blahoslav Kraus, jenž sebevražednost definuje mimo jiné také jako formu autoagrese (Kraus, 2015). Společně se sebepoškozováním se tak suicidální jednání řadí mezi nejzávažnější autoagresivní projevy (Fischer a Škoda, 2014).

Medicínský pohled naproti tomu na sebevraždu pohlíží jako na patologickou záležitost, které je třeba zabránit. K sebevraždě automaticky patří smrt, a to jest prvek lidského života, který se snaží medicína eliminovat. Snahou lékařů je co nejvíce život prodloužit, a proto se dnes na smrt pohlíží spíše jako na selhání vědy než součást života (Hort a Kocourková, 2006). Suicidální chování se řadí mezi podstatnou a stále aktuální zdravotní problematiku po celém světě (Hadjipapanicolaou et al., 2014).

2.3 Faktory a motivy suicidálního chování

Důležité je podotknout, že suicidální jednání je multifaktoriální fenomén, jenž je ovlivňován různou intenzitou v návaznosti na mnohé činitele. Roli zde hrají například povahové a temperamentové rysy jedince, socioekonomická oblast, hustota společenských interakcí, současný výskyt nemocí u daného jedince, ale také dostupnost lékařské péče či hospodářská situace ve společnosti (Kožený et al., 2015). Dalšími faktory, které mohou dozajista přispět k tomu, aby člověk přemýšlel či přímo uskutečnil sebevraždu jsou také věk, pohlaví, disharmonické rodinné prostředí v dětství, absence či celková ztráta mezilidského kontaktu, finanční potíže (špatná práce, nezaměstnanost, gamblerství), užívání návykových látek, duševní poruchy a nemoci, ale také média. Na aktivitu médií bývá velmi často zapomínáno i přesto, že díky nim může nastat „Wertherův efekt“, v důsledku, jehož vznikají tzv. inspirované sebevraždy (WHO, 2021b).

Mezi nejčastější motivy v oblasti suicidality se řadí **pocity beznaděje, osamělosti či prázdnoty** (Kraus, 2015). Z pohledu motivace lze za sebevražedné jednání brát také tzv. **sebeobětování se**, kdy jedinec vymění svůj život za významnější hodnotu, než je pro dotyčného aktuálně jeho vlastní život. (Fischer a Škoda, 2009). Pro doplnění tematiky motivů vedoucích k sebevraždě můžeme v některých publikacích objevit rozdělení sebevražd dle motivu na **biické a patické**. Pokud motiv k takovému jednání může subjekt potkat přímo v realitě (např. onemocnění, samota, dluhy, nevěra atd.) hovoříme o sebevraždě **biické**. Naproti tomu jednání **patické** je způsobeno patofyziologickými jevy jako jsou různé bludy a halucinace. Příkladem může být člověk, jenž trpí schizofrenií a uskuteční sebevraždu, aby unikl před halucinovanými sledovateli (Orel, 2020; Vágnerová, 2004).

Štěpánek s Petříčkovou (2001) zmiňují v návaznosti na motivy sebevražd výsledky komunikace s přeživšími sebevrahy, kdy byly právě tito jedinci dotazováni, co je k tomuto

činu vedlo. Dle slov autorů se velmi často jednalo o informace všeobecné rázu či dokonce marginální. Dále popisují, že uvedené motivy jako například konflikty s blízkými osobami či spory v pracovní oblasti, jsou spíše faktory, které „provokují“ k tvorbě tohoto jednání, avšak nefigurují jako hlavní motiv. Primární motivy mohou být skryté i pro samotného jedince, který nad sebevraždou přemýšlí. Špatenková (2017) také uvádí problematiku neschopnosti vysvětlit přeživším jedincem svůj důvod pokusu o sebevraždu či se můžeme setkat se stavem, kdy se za svůj čin bude dokonce stydět. Pokud se však dotyčnému akt podaří, můžeme se jen domýšlet z jakého důvodu se tak stalo. Na samotné sebevraždě je zřejmě „nejtíživější“ samotné pochopení, proč k suicidálnímu jednání došlo a následné porozumění (Frankel a Kranz, 1998).

2.4 Ohrožené skupiny v populaci

V rámci populace lze vymezit určité skupiny osob, které mohou mít z různých důvodů vyšší pravděpodobnost, že se rozhodnou k drastickým činům jako je právě sebevražda. Z pohledu statistického se nejčastěji jedná o: **děti a dospívající, osoby staršího věku, jedince závislé na drogách či alkoholu nebo také o pracovníky v pomáhajících profesích** (Andršová, 2012). Dále pak jedinci trpící **psychickými poruchami** (např. deprese), **úzkostné poruchy, poruchy spánku či některé poruchy osobnosti** (Orel, 2020). Koukolík (2014) ve své publikaci také zmiňuje **posttraumatickou stresovou poruchu** například v návaznosti na válečné veterány, kteří bojovali v první linii či u pracovníků záchranných složek, jež byli ve službě přítomni u smrti svých kolegů. Velmi často se bohužel zapomíná i na osoby, které nepatří mezi výše zmíněné zástupce, ale řadí se mezi **blízké a pečující osoby**. I tito jedinci se nachází v neustálém tlaku a jsou vystaveni obrovské zátěži (Orel, 2020).

Z pohledu věkového se řadí mezi nejpočetnější skupiny v oblasti dokonaných sebevražd **muži středního věku** vykazující se agresivitou, znechuceností, podrážděností apod., **jedinci staršího věku** trpící somatickými onemocněními, **chlapci v období puberty** s poruchou chování a také **adolescenti v rámci všech pohlaví** bez smysluplného vnímání reality, s osamělostí a znechucením (Látalová et al., 2015). **Je však nesmírně důležité si uvědomit, že možnost sebevraždy se týká všech věkových kategorií a může se tedy objevit u kohokoliv** (Vodáčková, 2002).

2.5 Formy suicidálního chování

Pod slovním spojením „suicidální chování“ si každý člověk představí vždy trochu něco jiného, což je naprosto normální jev. Jedná se totiž o širší koncept zahrnující celou škálu aspektů z různých oblastí včetně vědomých i nevědomých motivů či dokonce skutečnost, kdy k samotnému sebevražednému činu nedojde (Havránková, 2021). Peterková (2021) například uvádí řadu různých dělení sebevražd jak od **klasické** (např. bilanční, demonstrační, sebevražedný pokus atd.), přes **množství angažovaných osob** (párová, rozšířená, hromadná) až k **motivů původu** (biická a patická). Také Emil Durkheim definoval své rozdělení suicidálního jednání, a to na **atristickou** (motivovaná pomocí jiných), **anomickou** (nic podle člověka nemá smysl) a **egoistickou** (pocit selhání jedince) (Kraus a Hroncová, 2010). V publikaci od Koutka a Kocourkové (2007) se lze setkat s jednodušším dělením obecného charakteru suicidálního chování na čtyři základní oblasti: **suicidální myšlenky, suicidální tendence, suicidální pokus a dokonané suicidium**. Pro potřeby této práce bude právě toto rozdělení použito k demonstraci základních a nezbytných informací.

2.5.1 Suicidální myšlenky

Priznejme si, že téměř každý z nás buď sám za sebe či u někoho jiného již někdy slyšel říci „co by se asi stalo, kdybych se už neměl nikdy probudit?“. Právě takové uvažování se často vyskytuje v období adolescence, jedná se však ve většině případů pouze o suicidální ideu bez konkrétního plánu k uskutečnění (Matoušková, 2013). Myšlenky na sebevraždu se mohou objevit v náročných životních situacích v podobě rychlých ideí (Procházka, 2014). Tyto nápady se dotyčný často snaží aktivně zapuzovat a opodstatňuje si, proč je realizace sebevraždy špatná volba (Dušek a Večeřová-Procházková, 2005).

Příznaků, které mohou být signálem pro okolí, že je dotyčný ve fázi suicidálních myšlenek může být mnoho, například: dotyčný přímo mluví o sebevražedném jednání, a to v jakémkoliv ohledu, na jedinci můžeme sledovat ztrátu smyslu života a různé pocity spojené s beznadějí a bezmocností, špatný spánek, zjišťujeme dobrou přehlednost jedince v praktikách sebevražd, pokus o sebevraždu dříve proběhl apod. Velmi často se také objevuje rychlá změna nálady ze špatné na dobrou, u které se okolí může milně domnívat, že se jedná o změnu k lepšímu. Jedinec se ale mohl rozhodnout přistoupit k dalším krokům vedoucích k ukončení života (Křivohlavý, 2013).

2.5.2 Suicidální tendence

Suicidální tendence zastávají druhou fázi sebevražedného chování, kdy se již daný člověk přestává suicidalním myšlenkám bránit, nevznikají žádné proti argumenty k sebevraždě a jediné východisko vidí právě v tomto jednání (Dušek a Večeřová-Procházková, 2005). Daná osoba má také přibližnou představu, jak sebevraždu uskuteční a vše si začíná připravovat (Procházková, 2014). Příprava může probíhat například formou koupě zbraně, shromažďováním léků, vybráním specifického místa apod. (Havránková, 2021; Matoušková, 2013)

2.5.3 Suicidální pokus

Koutek a Kocourková (2007, cit. dle Havránková, 2021) popisují sebevražedný pokus jako každou aktivitu, která má za účel vědomě ukončit vlastní život. Někteří z autorů (například Dušek a Večeřová-Procházková, 2005) vnímají sebevražedný pokus jako akt, kdy byly použity nevhodné nástroje k ukončení života či bylo toto jednání včas překaženo. Nejčastěji se sebevražedným pokusem můžeme setkat v adolescentním období. Postupně četnost klesá v návaznosti na stoupající věk (Koutek, 2010). V 60 % případů se první sebevražedný pokus objeví do jednoho roku života, kdy začal dotyčný člověk o sebevraždě přemýšlet, tedy fáze sebevražedných myšlenek (Koukolík, 2014).

Možným typem suicidalního pokusu je tzv. demonstrační či demonstrativní, kdy sebevrah nejedná v úmyslu se zabít, ale jen předstírá samotný akt, aby byl v centru dění nebo ho používá jako součást vydírání a manipulace (Vališová et al., 2011). MKN-10 ve svém obsahu vymezila kapitolu týkající se úmyslného poškození (X60-Y84), do kterého spadá tematická oblast sebevražedného pokusu. Mezi příklady vybraných způsobů sebevražedného pokusu se řadí např.: úmyslné sebe otrávení různými látkami (alkohol, plyny, léčiva, rozpouštědla, pesticidy apod.), úmyslné sebe poškození „aktivitou“ (oběšení, uškrcení, utopení, skok z výšky, havárie auta, lehnutím pod vlak atd.) či zbraní (střelná zbraň, ostrá/ tupá zbraň apod.), (MKN-10, 2018). Dle genderového hlediska sebevražedný pokus častěji vykonávají dívky a ženy, zatímco v dokonané sebevraždě počtem převažují muži (Novák, 2014).

2.5.4 Dokonané suicidium

Z názvu dokonaná sebevražda jasně vyplývá, že v tomto případě se již sebevražedné jednání danému jedinci podařilo. V mnoha publikacích lze nalézt rozličná dělení sebevražd (např. Havránková, 2021; Kraus, 2015 apod.). Některé jsme si v krátkosti uvedli v úvodní části této kapitoly. Jako příklad specifického typu dokonané sebevraždy lze uvést takzvanou **bilanční** sebevraždu, která se podle některých názorů může brát jako ta „pravá“ sebevražda, protože k ní daný subjekt dospěje na základě zvážení pro a proti svého života. Má však velmi mnoho podob, a ne vždy se může jednat o tu s patologickým kontextem (Viewegh, 1996).

Z právního hlediska je nutné důrazně podotknout, že kdokoliv, kdo slovně nabádá jiného jedince k uskutečnění sebevraždy či přímo tomuto aktu pomáhá a dojde alespoň sebevražednému pokusu, bude dle zákona potrestán odnětím svobody až na tři roky. Trestní zákon dále navyšuje roky ve vězení v případě takového jednání na skupinách obyvatelstva, do kterého spadají těhotné ženy, děti a osoby s duševním onemocněním (Zákon č. 40/2009 Sb.).

V časovém horizontu od roku 2011 až 2020 se mezi nejčastější způsoby smrti u obou pohlaví v ČR na první místo řadilo **oběšení** (muži v průměru 60,7 %, ženy 37,8 %). Druhé místo již bylo genderově odlišné, kdy **muži** častěji volili **zastřelení** (13,9 %), zatímco **ženy** šly cestou **otravy** (21,6 %). Třetí pomyslnou příčku obsazuje, jak u muže (8 %), tak u žen (20,4 %) skok z výše (ČSÚ, 2021a).

2.6 Postoj společnosti k sebevraždám

Je pravdou, že se sebevražedné chování objevuje v každé kultuře a provází nás s různou intenzitou všemi historickými etapami lidského bytí. Názory na ní jsou ale celosvětově rozdílné, a to především vlivem náboženství a danou morálkou v tehdejší době. Jednou bývá sebevrah uctíván a pokládán za vzor na nějž se pohlíželo s úctou, jindy zas na citově nevyrovnaného a duševně nemocného jedince (Monestier, 2003).

Obecně jsou sebevraždy pro lidskou společnost velmi zneklidňující, citově náročné, dokonce by se dalo říci, že až ohrožující. Vždy, když se tento čin ve společnosti objeví, ať už v blízkém okolí, v médiích apod., vyvolává to určitou citovou odezvu (Havránková, 2021). Smrt a problematika umírání lidskou populaci obecně děsí, protože se také jedná o skutečnost odrazující konečnost lidského života či je připomínkou bezmocnosti

(Špatenková, 2013). Pokud se dotyčná osoba setká se sebevraždou nečekaně přímo v tváři tvář, na tento prožitek často nedokáže zapomenout i celý život (Koukolík, 2014). Zejména pokud se jedná o úmrtí osoby blízké, velmi často tento stav představuje pro pozůstalé okamžitou změnu v jejich životech a narušení již vytvořených jistot (Špatenková, 2013). Výjimku v negativním ohledu vnímání sebevražd zaujímá tematická oblast **eutanazií**, která se v dnešní době řadí mezi velmi diskutovaná témata a v souvislosti s touto prací nebylo možné ji alespoň krátce nezmínit. Z etymologického hlediska slovo eutanázie pochází z řeckých slov „eu“ znamenající správný či dobrý a „thanatos“ charakterizující smrt (Vácha, 2019). Tento překlad, tedy „správná sebevražda“ je ovšem trochu zavádějící, protože se jedná stále o možný způsob zabití. Na území České republiky je právě takové chování z právního hlediska trestným činem a stejně tak z pohledu českých lékařů, jež mají chránit samotný život, nepřípustný čin (Ptáček a Bartůněk, 2019). Avšak z obecného pohledu se eutanázie svým charakterem řadí mezi tzv. nepatologické jednání, které může být „řešením“ asistované sebevraždy u pacientů s těžkými zdravotními potížemi (například rakovina, tumory, selhávání orgánů skrze vrozené vady atd.). Skutečností je, že takové to příklady společnost ve velké převaze akceptuje velmi kladně a soucítí s trpícím pacientem (Havlík, 2012).

2.6.1 Mýty a předsudky v oblasti sebevražednosti

V rámci suicidality dětí, mladistvých i dospělých, každý z nás slyšel alespoň jednou jakýkoliv z kolujících mýtů či jsme poznali minimálně jednoho jedince, který měl vůči tomuto jednání předsudky. Ve společnosti je zakořeněno a často používáno slovní spojení „spáchat sebevraždu“, kdy už slovo „spáchat“ evokuje v našich myslích zločinný akt (Petr a Marková, 2014). Mezi nejznámější **mýty** dozajista patří pohled, že **sebevražda je záležitostí slabých, duševně chorých, poznamenaných či divných jedinců**. Takový to postoj často zaujímá mnoho lidí jako způsob ochrany a obrany, že takováto situace se jim určitě stát nemůže. **Je třeba si uvědomit, že suicidální jednání je stav krize a takováto krize může potkat kohokoliv** (Vodáčková, 2012).

Další známé kategorické tvrzení je „**kdo o sebevraždě mluví, nespáchá ji**“. U suicidálního jednání ve většině případů platí, že dotyčný před skutečným sebevraždou tuto skutečnost minimálně naznačil (Novák, 2014). S mluvením o sebevraždě na veřejnosti také souvisí další

zarytá představa, že pokud se bude o **sebevraždě mluvit nahlas, zvýší se riziko jejího vzniku**. Zajímavé je, že právě toto přesvědčení nekoluje pouze v laické veřejnosti, ale také například u některých specialistů v rámci pomáhajících profesí. Britský výzkum, který Derek de Beurs ve své publikaci zmiňuje, poukázal na to, že ze 103 lékařů se 37 z nich obává zvýšení počtu sebevražd a otevřením pomyslné Pandořiny skřínky, budou-li s pacienty o sebevraždě hovořit (de Beurs, 2021). V neposlední řadě se také můžeme setkat s nepravdou, že **pokud je již jedinec skutečně rozhodnut k ukončení svého života, nikdo jej nezastaví**. Velká část osob, zejména dětí a dospívajících o sebevraždě přemýšlí, protože se cítí v pasti a nevědí, jak se s touto nelehkou situací jinak vypořádat. Pokud však budeme sledovat své okolí, můžeme v případě takovéto skutečnosti danému jedinci pomoci vyhledat odbornou pomoc včas (Centrum Locika, 2022c).

WHO také uvádí výrazný problém v oblasti **stigmatizace duševních poruch a sebevražd**, kdy se stále řadí mezi tzv. **tabu téma** a v mnoha společnostech je velice problematické a náročné o nich na rovinu mluvit (WHO, 2021c). V rámci výzkumů bylo zjištěno, že stigmatizace disponuje ohromnou silou v oblasti devastace životů lidí trpící duševní poruchou, zejména například schizofreniků. Velmi často jsou tito lidé znevýhodňováni, nezaměstnáváni, sociálně izolováni a citově zdevastováni (Stárková, 2013). Kamarádová, Praško a Látalová (2015) zdůrazňují potřebu patřičné pozornosti v oblasti suicidálního chování také u jedinců s úzkostnými poruchami. Pokud se nebude konat dostatečné vyhledávání těchto osob a následná léčba, mohou mít tyto skutečnosti vliv na zvýšené ztráty na životech či vyšší sebe stigmatizační a stigmatizační účinek na osoby, kterým se sebevražedné jednání nezdařilo.

3 Adolescence ve vztahu k duševnímu zdraví

Centrálním tématem této práce je věková kategorie jedinců, kteří studují na gymnáziích. Je proto důležité, abychom již dříve uvedené informace o duševním zdraví a sebevražedném chování doplnili a aplikovali v návaznosti na celkovou charakteristiku těchto studentů, respektive studentek. Obsahem této části jsou tak sepsané informace a důležité poznatky z oblasti psychologické, ale také medicínské a pedagogické zaměřující se na adolescenty související s problematikou duševního zdraví, duševní nemocí a suicidálního chování.

3.1 Obecná charakteristika adolescence

Pokud se na pojem adolescence podíváme z pohledu etymologie, základ slova pochází z latinského výrazu „adresco“, jenž znamená sílit, vyvíjet se či dospívat (Kriegelová, 2008). V rámci různých publikací týkající se vývojové psychologie, se lze nejčastěji potkat s dvěma koncepty období dospívání. V užším rámci je možné období dospívání jedince rozdělit na dvě vývojové etapy: období **pubescence** vztahující se k věkové kategorii od **11-15** let a **adolescence** v rámci vývoje od **15 do cca 20-22** roku života (Říčan, 2014). Pro potřeby této práce bude upřednostňováno širší pojetí reprezentující pouze termín adolescence. Takovéto rozdělení můžeme nalézt například u autorů Vašutová a Panáček (2013), kteří **adolescenci udávají věkový rozsah přibližně od 11–22 roku života**. V rámci periodizace adolescenci následně dělí na ranou, střední a pozdní. Souhrnně se tedy jedná o dozrávání mladého jedince v oblasti tělesné, duševní a sociální tak, aby byl připraven na život dospělého (Labusová, 2021).

3.2 Duševní zdraví v adolescenci

Věková skupina dětí a dospívajících je obecně vnímána jako jedna z nejzdravějších. Opak je pravdou a jedná se o velmi choulostivou a křehkou kategorii populace v návaznosti na duševní zdraví (ČOSIV, 2021). Je proto velmi důležité, aby bylo s těmito mladými jedinci adekvátním způsobem pracováno, zejména tak v oblasti duševního zdraví, které ovlivňuje jejich vnímání, chování a prožívání, jež budou po celý život jejich nedílnou součástí (Všech pět pohromadě, 2022).

Školy a pedagogičtí zaměstnanci patří mezi základní články podpory a rozvoje duševního zdraví, proto budou následující podkapitoly věnovány vlivu školního prostředí na duševní

stránku žáků a pedagogických pracovníků, včetně uvedení specialistů v oblasti duševního zdraví ve školním prostředí a bližšímu popisu obsahové části Rámcových vzdělávacích programů souvisejících s duševním zdravím v návaznosti na gymnaziální studenty. Budou zmíněny i vybrané světové události, které dozajista otráslly duševním zdravím nejednoho jedince.

3.2.1 Role školy v ochraně duševního zdraví

Školní zařízení se řadí mezi místa, kde žáci tráví převážnou část dne a vzdělávací instituce tak získává další důležitou úlohu, tentokrát v rámci podpory duševního zdraví. Nesmíme však opomenout fakt, že školy jsou ale také institucí, která může na žáky působit v oblasti psychického zdraví negativní formou a vytvářet různou intenzitou nejen stresové stavy. Informace týkající se **výzkumného šetření z roku 2015, jenž vydala PISA¹, prokazuje skutečnost, že značné procento českých dětí ve školním zařízení zažívá zklamání, stavy úzkosti a hlavně stres.** Z dlouhodobého pohledu bychom proto měli tento fakt brát jako „výstražný maják“, který poukazuje na nebezpečí v podobě možnosti negativního rozvoje, vzniku zdravotních a sociálních potíží apod. (ČOSIV, 2021).

Ve školním prostředí se nenachází pouze žáci, ale také pedagogové a další školní pracovníci. Učitelské povolání se spolu se zdravotními profesemi (jako jsou zdravotní sestry, lékaři, sociální pracovníci apod.) řadí mezi pomáhající profese, na které jsou kladeny vyšší emoční i fyzické nároky. I oni se mohou a jistě již alespoň jednou v životě dostali do situace, kdy jednali například právě s dospívajícím adolescentem, který se choval agresivně či zkrátka dlouhodobě schválně neplnil potřebné požadavky (Ulrichová, 2012). Toto je jeden z možných důvodů, proč je právě učitelská profese charakteristická vysokou mírou syndromu vyhoření a proč přibližně 50 % učitelů vnímá svou práci jako původce nekončícího stresu. Důležité je podotknout, že duševní zdraví učitelů má výrazný vliv nejen na jejich život a funkčnost ve společnosti, ale také na duševní zdraví studentů, a proto bychom ani na jejich prevenci neměli zapomínat (Všech pět pohromadě, 2022).

¹ **PISA** (z anglického „Programme for International Student Assessment“ v překladu: „Program pro mezinárodní hodnocení studentů“) - mezinárodní výzkum Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj (ČŠI, 2018).

Z toho důvodu, jak na duševní zdraví žáků, jejich zákonných zástupců, ale také pedagogických zaměstnanců, dohlíží a pečují vybraní specializovanější pracovníci. Zejména se jedná o **výchovného poradce a metodika prevence**, kteří společně tvoří tzv. **Školní poradenské pracoviště** (Nevypust' duši, 2019). Toto pracoviště tak vytváří kompletní poradenské služby z oblasti kariérového a výchovného poradenství skrze zmíněného výchovného poradce a primární prevence v oblasti zájmu metodika prevence přímo na půdě školy. Avšak na celkovém dění se nepodílí jen tito dva jedinci, ale také ředitel školy a celý pedagogický sbor (NPI ČR, 2018). V rozšířeném složení se na školách můžeme setkat také se **školním psychologem**. Smutnou skutečností je bohužel nezakotvenost práce školního psychologa v potřebných zákonech či nízké finanční zdroje pro datování těchto specialistů. Velmi často tak jeden psycholog pracuje na vícero úvazcích v různých školách, na kterých je z toho důvodu pouze určité dny v týdnu (NÚV, 2022b). Obecnou samozřejmostí je, že ve všech typech škol a školních zařízeních by měli mít také žáci uvedeny na viditelném místě hlavní telefonní čísla a možné druhy kontaktů na krizová centra a linky bezpečí (Jedlička, 2015).

Základem péče o duševní zdraví ve školním prostředí by mělo být zejména budování dobrých vztahů důvěry s žáky, neopomíjení výuky témat duševního zdraví a zapojování preventivních programů, ale také včasná identifikace potencionálních problémů a potíží (NPI ČR, 2021). Předsedkyně České odborné společnosti pro inkluzivní vzdělávání se k aktuální situaci s duševním zdravím v českých školách vyjádřila takto: „...*Podpora v učení a péče o duševní zdraví musí být v nejbližších letech vysokou prioritou*“ (ČOSIV, 2022).

3.2.2 Zdraví a duševní zdraví v kontextu RVP

Jak již bylo zmíněno, v podkapitole 1.1 Vývoj konceptualizace zdraví, lze lidské zdraví vymezit jako stav tělesné, sociální a duševní pohody. V průběhu života na zdraví působí mnoho aspektů jako jsou například chování jedince k podpoře zdraví, životní styl, hodnota mezilidských vztahů, bezpečí atd. Bez dobrého vztahu ke zdraví tak jedinec ztrácí předpoklad pro aktivní a vyrovnaný život (MŠMT, 2021a). Z toho důvodu se podpora a ochrana zdraví řadí mezi základní stavební kameny vzdělávacích dokumentů, tedy již od preprimárního až po vzdělávání vyšší sekundární (Kovaříková a Marádová, 2020).

Pro potřeby této práce, v návaznosti na věkovou kategorii žáků studujících na gymnáziích, bude více cíleno na dva významné dokumenty formálního kurikula, a to zejména RVP pro základní vzdělávání (dále jen RVP ZV), ale také v RVP pro gymnázia (dále jen RVP G), které zde budou přiblíženy se zaměřením na problematiku duševního zdraví v návaznosti na vybrané vyučovací předměty, kterých se toto téma nejvíce týká.

3.2.2.1 RVP ZV

Na území České republiky (dále jen ČR) se můžeme v rámci středoškolského studia setkat dle počtu let s různě členěnými gymnázii. Dle schématu týkající se vzdělávacího systému v ČR se jedná o: **čtyřletá, šestiletá a osmiletá** (MŠMT, 2020). Díky této různorodosti se tak pro lepší přehlednost a rozdělení v rámci obsahové tvorby RVP a následně Školních vzdělávacích programů (dále jen ŠVP²) každého víceletého gymnázia vytvořily termíny nižší a vyšší stupeň gymnázia. Školský zákon uvádí, že nižší stupeň je tvořen prvními dvěma ročníky šestiletého gymnázia, jež zastupují 8. a 9. třídu základní školy nebo prvními čtyřmi ročníky osmiletého gymnázia, kdy žák do výuky daného gymnázia nastupuje z ukončené 5. třídy. Vyšší stupeň je následně tvořen posledními čtyřmi ročníky šestiletého a osmiletého gymnázia (Zákon č. 561/2004 Sb.). Z tohoto důvodu se tak RVP ZV obsahově týká nejen žáků na základních školách, ale také těch, jež navštěvují nižší stupně víceletých gymnázií.

Tematika zdraví se v Rámcovém vzdělávacím programu základního vzdělávání objevuje v několika stupních a vztahuje se k různým oblastem školního prostředí. Zejména pro 2. stupeň základního vzdělávání, se zdraví koncipovalo do vzdělávací oblasti „**Člověk a zdraví**“, jejíž hlavní cíle jsou vymezeny a vyučovány zejména skrze Výchovu ke zdraví a Tělesnou výchovu, do které se řadí také zdravotní tělesná výchova (MŠMT, 2021a).

Z důvodu mého aktuálního studia oboru Výchovy ke zdraví a oblasti zájmu této práce se nyní více zaměříme právě na tuto oblast. Problematika duševního zdraví v návaznosti na psychický, fyzický a sociální vývoj žáků lze částečně nalézt v každém z šesti vepsaných oblastí učiva tohoto předmětu. Vybranými příklady mohou být (adaptováno podle MŠMT, 2021a):

² **Školní vzdělávací program:** realizační programový dokument, který si jednotlivé školy samy vytváří na základě RVP a podle kterých se vytváří a uspořádává obsah učiva v rámci výuky (NÚV, 2022a).

1. **Zdravý způsob života a péče o zdraví** - např. tělesná a duševní hygiena,
2. **Rizika ohrožující zdraví a jejich prevence** - např. stres a vztah ke zdraví, autodestruktivní závislosti (např. psychická onemocnění, těžké životní situace a jejich zvládání, násilné chování...), projevy násilí, sebeochrana a vzájemná pomoc, komunikace se službami odborné pomoci,
3. **Vztahy mezi lidmi a formy soužití** - např. kamarádství, láska, vrstevnické vztahy, rodina,
4. **Změny v životě člověka a jejich reflexe** - např. duševní, tělesné a společenské změny,
5. **Hodnota a podpora zdraví** - např. prvky prevence a intervence, odpovědnost jedince na zdraví,
6. **Osobnostní a sociální rozvoj** – např. zdravé a vyrovnané sebepojetí, zvládání problémových situací, psychohygiena v souvislosti pro předcházení a zvládání stresu a vyhledání pomoci při problémech.

Pro celistvé doplnění problematiky duševního zdraví v rámci RVP ZV je nutné zmínit, že oblast výuky zdraví se vyskytuje již dříve než na 2. stupni. Například oblast zájmu zdraví a vlivu stresu se objevuje nejen v rámci Výchovy ke zdraví, ale již v očekávaných výstupech u vzdělávacího oboru „Člověk a jeho svět“ vztahující se na 1. stupeň ZŠ (Sopková, 2010). Smutnou skutečností však je, že tematický okruh Člověk a jeho zdraví, který je jednou z důležitých součástí Člověk a jeho svět, bývá v osnovách vyučovacích předmětů přírodovědy a prvouky mnohdy neoprávněně opomíjen či případně redukován i přesto, že se jedná o nezbytnou přípravu k následné a cílené Výchově ke zdraví na vyšším stupni základního vzdělávání, tedy i na nižších stupních víceletých gymnázií (Pernicová, 2007).

3.2.2.2 RVP G

Obsah této práce je cílen zejména na středoškolské studenty, z toho důvodu je následující úsek dané kapitoly zaměřen také na kurikulární dokument v rámci RVP pro gymnázia v souvislosti s duševním zdravím obdobně jako tomu bylo u RVP ZV.

Vzdělávací oblast Člověk a zdraví v rámci RVP G svým charakterem navazuje na výše zmíněné RVP ZV a stejnojmennou vzdělávací oblast, včetně již uvedených předmětů jako jsou Výchova ke zdraví a Tělesná výchova. Významným rozdílem oproti základnímu

vzdělávání, kdy bylo hlavním cílem utváření vztahu ke zdraví přímo daného jedince a prevence ochrany vlastního zdraví a bezpečí, gymnaziální vzdělávání je směřováno obzvláště na chápání zdraví v širším měřítku. Abiturient gymnázia by proto měl být schopen adekvátně hodnotit, sledovat a reagovat na okolnosti, jež souvisí s bezpečností a zdravím nejen sebe, ale také své rodiny, okolí, pracoviště, obce atd. (MŠMT, 2021b).

Výchova ke zdraví v rámci RVP G na rozdíl od RVP ZV obsahuje „pouze“ 5 vzdělávacích oblastí. Pokud se na ně zaměříme skrze problematiku duševního zdraví a vlivu rozličných faktorů, které na něj působí, opět lze v každé z těchto oblastí nalézt více či méně důležité souvislosti. Vybranými příklady u každé z nich mohou být (adaptováno podle Edu.cz, 2021):

1. **Zdravý způsob života a péče o zdraví** – např. oblast psychohygieny s cílem předcházet stresům v mezilidských vztazích; hledání odborné pomoci; zvládání stresových situací,
2. **Vztahy mezi lidmi a formy soužití** – např. vztahy v rodině a řešení krizových situací v rodině; rizika spojená s volbou životního partnera; modely sociálního chování v intimních vztazích,
3. **Změny v životě člověka a jejich reflexe** – např. změny v období adolescence v návaznosti na prožívání emočních stavů a hlubších citových vztahů; způsoby sebereflexe a kontroly emocí,
4. **Rizika ohrožující zdraví a jejich prevence** – např. stres a způsoby jeho zvládnání; zátěžové situace; sociální dovednosti potřebné při řešení problémů v nečekaných, složitých a krizových situacích; autodestruktivní závislosti a kriminalita související s těmito jevy,
5. **Ochrana člověka za mimořádných událostí** – např. sociální dovednosti potřebné při řešení mimořádných událostí a to zejména: rozhodnost, pohotovost, obětavost, efektivní komunikace.

Oblast zájmu duševního zdraví a jeho vlivu na chování daného jedince se objevuje také v rámci **Občanského a společenskovedního základu**, kdy jsou probírány obsahy učiva zaměřující se na vzdělávací oblasti „**Člověk jako jedinec**“ zejména tak v psychologii každodenního života a podstaty lidské psychiky (zásady duševní hygieny, rozhodování o životních otázkách, psychologické poradenství atd.) a „**Člověk ve společnosti**“, ve kterém

rozvíjí obzvláště tematika problémů v sociálních vztazích, začlenění jedince do společnosti apod., které jsou nedílnou součástí tvorby duševního zdraví (MŠMT, 2021b).

Aktuální zajímavostí v návaznosti na RVP G a duševního zdraví se stává také nová revize tohoto formálního kurikula, která vešla v platnost začátkem roku 2022. Zejména se tak týká modernizace kurikula v digitální oblasti, a právě tato skutečnost přispěla k vytvoření další nové klíčové kompetence³, tzv. digitální (Edu.cz, 2020a). V přehledu hlavních výstupů žáka se tak v této doméně nově objevuje také: „*předchází situacím ohrožujícím bezpečnost zařízení i dat, situacím ohrožujícím jeho tělesné a duševní zdraví; při spolupráci, komunikaci a sdílení informací v digitálním prostředí jedná eticky, s ohleduplností a respektem k druhým*“ (Edu.cz, 2021). Právě na tento vliv počítačových technologií a pohybu v online prostoru je třeba brát v návaznosti na duševní zdraví také zřetel, zvláště v dnešní technologické době.

3.2.3 Aktuální dění s dopadem na duševní zdraví žáků

Jak již bylo mnohokrát zmíněno, vliv na lidskou psychiku nemají pouze lidé či instituce v našem blízkém okolí, ale také velké množství jiných faktorů a mnohdy takových, o kterým jsme si mysleli, že nemohou již v moderní a civilizované době nastat. Mezi ty, které v nynější době ovlivnily velké množství lidí po celém světě dozajista řadí pandemie onemocnění COVID-19 a válečná situace na Ukrajině. Pro doplnění celé problematiky aktuálního duševního zdraví je proto vhodné právě tyto dvě skutečnosti alespoň v krátkosti uvést.

3.2.3.1 Vliv pandemie COVID – 19

V návaznosti na pandemickou situaci, která vypukla roku 2020 díky onemocnění nového koronaviru s odborným označením SARS-CoV-2, se pohled společnosti více upřel na duševní zdraví a jeho důležitost. Důvodem bylo dozajista vyšší procento obyvatel České republiky, kteří do nynější doby stále pociťují dopady pandemie v rámci kvality života jich samých a jejich rodin či blízkých, ale také v obecném měřítku života v tomto státě (MZ ČR, 2020).

³ **Klíčové kompetence:** obecné dovednosti, které jsou důležité v řadě studijních, pracovních i osobních životních situacích (NÚP, 2011).

Ani školy nebyly výjimkou a situace v nich se také razantně v průběhu celé pandemie měnila. Neustálé zavírání, karantény a strach měly nepochybně výrazný vliv na duševní stránku žáků. Mezi jedince, kteří jsou v daném případě nejvíce ohrožení, se jistě řadí znevýhodnění žáci, obzvláště ti, kteří nemají kvalitní podpůrné rodinné zázemí a dobré sociální vztahy jak ve školách, tak mimo ni (ČOSIV, 2022). Žáci tak mohli a stále mohou být ve stavu úzkosti, cítit bezvýchodnost či bezmoc. Četnou reakcí na takovou to skutečnost je také ztráta chuti do života či apatie. Panoval zde mimo jiné strach z onemocnění přímo u daného jedince či u osob blízkých, případně také i výčitky z nakažení (MZ ČR, 2020). S tímto vším není jednoduché se o samotě vyrovnat a velmi často tuto skutečnost jedinci „řeší“ skrze různé kontroly příjmu potravy, nadměrně trávený čas na sociálních sítích, sebepoškozováním atd. (Edu.cz, 2020b). Dle Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj (dále jen EOC) se duševní zdraví u dospívajících a mladých dospělých ve věkovém rozmezí 15–24 let se v letech 2020–21 vysoce zhoršilo (EOCD, 2021).

3.2.3.2 Válečná situace na Ukrajině

Tato oblast byla přidána z důvodu aktuální situace a v návaznosti na duševní zdraví nemohla být nepřipojena. Pád ruských vojsk na území Ukrajinské republiky neměl dopad pouze na přímou situaci v zahraničí, ale na nás na všechny ve všech ohledech. Já jako „dítě“ narozené v ČR v bilingvní rodině s jedním z rodičů pocházejícím z Ukrajiny jsem o to hůře vstřebávala tuto zruďnou skutečnost, která se odehrávala, a to jsem dospělý člověk, který měl šanci se s vybranými náročnými životními situacemi již vypořádat. Nedokážu si však představit, jak se musí cítit žáci, kteří ať už mají nebo nemají ukrajinský či ruský původ, aktuálně toto všechno zažívat v dětském a adolescentním období.

Mnoho organizací vydalo souhrn postupů a rad, jak s žáky ohledně náročného tématu jako je válka mluvit. Například Centrum pro děti ohrožené domácím násilím-LOCIKA (2022a) vydalo informativní brožuru „*Reakce dětí a adolescentů na katastrofickou událost*“⁴ obsahující základní věkové kategorie s jejich typickými příznaky jako odezvy na aktuální dění a také užitečné tipy, jak s celkovou situací naložit. Následně také na stránkách stejné organizace lze vyhledat souhrn rad, jak s dětmi hovořit o válce⁵. Tato situace je velice

⁴ Více informací na: <https://www.centrumlocika.cz/novinky/reakce-deti-na-katastrofickou-udalost>

⁵ Více informací na: <https://www.centrumlocika.cz/novinky/jak-mluvit-s-detmi-o-valce>

zarmucující a díky tomu, že mají žáci k médiím velice snadný přístup, je těžké je od těchto věcí ochránit (Centrum LOCIKA, 2022b). Žáci a studenti se nesetkávají pouze ve školním prostředí, ale také na místech poskytujících zařízení neformálního školství. Obdobnou cestou možných tipů a rad, jak se s dětmi ohledně války bavit, vydal také český Skaut⁶ (Skaut, 2022). Samozřejmostí byla reakce Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy, které poskytlo metodická doporučení pro školní zařízení a učitele, jak pracovat ve školním kolektivu v návaznosti na ruskou agresi na Ukrajině⁷ (Edu.cz, 2022). Aktuální a mimořádná doba klade obrovské nároky na lidskou psychiku, bohužel nijak nemůžeme tuto situaci vlastními silami ovlivnit. Změnit ale můžeme to, jak budeme na určité aspekty reagovat a tím utřídit informace a ovlivnit duševní zdraví. Důležité je pečovat o své zdraví a pomoci jak sobě, tak ostatním (Opatruj.se, 2022).

3.3 Duševní nemoci v adolescenci

Pokud se nyní v krátkosti zaměříme na oblast psychických poruch u dětí a dospívajících, je nutné podotknout, že se jedná o problematiku velmi obsáhlou, v mnoha faktorech rozmanitou a nelze dítě či mladistvého brát jako miniaturu dospělého jedince (Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví, 2021a). Období adolescence je typické svou pestrou škálou nálad, výrazným emočním prožíváním s bouřlivými afekty apod. Právě díky této emoční bouři a celkově výraznému vývoji je diagnostika možných duševních poruch velmi ztížena (Uhlíková, 2012) Koncept dospívání Nováková (2021) popisuje jako zásadní a velmi náročné období ve všech možných směrech vývoje lidského jedince. Z toho důvodu se mohou snadněji objevit psychické problémy jako jsou například různé typy poruch příjmu potravy, sebedestruktivní chování a agresivita, sebepoškozování, demotivace, uzavřenost, smutné nálady, ztráta zájmu atd. Aktuální výzkumy ukazují, že již před 14. rokem života se objevuje u těchto jedinců až 50 % duševních poruch a ve věku 24 let dokonce až 75 % (Molteni et al., 2019). Je proto zřejmé, že pro pochopení a správné řešení duševních nemocí v dospělosti je potřeba se více zaměřit na období dětství a dospívání jako výchozí bod těchto poruch a efektivně s těmito jedinci pracovat (Jones, 2013).

⁶ Více informací na: <https://www.skaut.cz/jak-mluvit-s-detmi-o-valce/>

⁷ Více informací na: <https://www.edu.cz/ministr-gazdik-proti-nepratelstvi-ve-skolach-doporuceni-pro-praci-se-skolnimi-kolektivny-ve-vztahu-k-ruske-agresi-vuci-ukrajine/>

3.3.1 Výskyt duševních nemocí v adolescenci

Americká studie v překladu nazvaná „*Prevalence a léčba deprese, úzkosti a problémů s chováním u dětí v USA*“ analyzovala data z Národního průzkumu zdraví dětí z roku 2016 a zjistila, že se mezi zkoumanými jedinci ve věkové kategorii již od **3-17 let vyskytovalo 7,1 % dětí, které měly problémy s úzkostí a 3,2 % trpělo současnou depresí** (Ghandour et al., 2018). Dalším zajímavým příkladem vybrané studie, kterou se zabývala americká nezisková agentura Common Sense, je souvislost duševního zdraví s návazností na využívání digitálních technologií u mladých lidí. Organizace čerpala informace z amerických dat, z nichž je patrné, že u **mládeže výrazným způsobem narůstá počet jedinců s depresí i množství sebevražd, zejména u dívek** (Brdička, 2020). Stárková (2013) také uvádí významný přírůstek diagnostikovaných psychických poruch u dětí a adolescentů v USA, kdy vždy alespoň jeden z pěti amerických adolescentů projevuje znaky splňující kritéria pro celoživotní duševní poruchu.

Abychom se však na celou problematiku podívali skrze celosvětové měřítko, WHO uvádí v rámci svých klíčových faktů u problematiky duševního zdraví dospívajících věkovou kategorii od **10-19 let**, ve které na každého **7. jedince připadá minimálně jedna duševní porucha**. Jedná se tak přibližně o 13 % dětí a dospívajících po celém světě, jež trpí depresemi, úzkostmi či poruchami chování. V případě neaktivity při řešení těchto stavů za v čase, hrozí, že bude narušena možnost vést v dospělosti plnohodnotný život (WHO, 2021b).

3.3.2 Závažné duševní nemoci v adolescenci

Již dříve zmíněné duševní poruchy, hlavně se zaměřením na **deprese, rozvíjející se psychózy, těžké obsedantně kompulzivní poruchy** atd., mohou být jedním z možných příčin pro vznik suicidálního chování u dospívajících jedinců (Kulhánek, 2021). Z důvodu velkého množství duševních nemocí byly vybrány „pouze“ ty, které mají zřetelnou vazbu na sebevražedné jednání ve věkovém období připadající na adolescentní jedince. Jedná se zejména o **schizofrenii, afektivní poruchy se zaměřením obzvláště na deprese a také poruchy příjmu potravy či úzkostné poruchy**.

3.3.2.1 Schizofrenie

Dle MKN – 10 jsou schizofrenické poruchy popisovány jako deformace vnímání a myšlení spolu s případnými afekty, které jsou nepřiměřené až nepatřičné (MKN-10, 2022b). Nejčastější rozpuok této nemoci připadá právě na období adolescence a časnou dospělost (Orel, 2020). Schizofrenie u dospívajících osob se může projevat následujícími typy chování a jednání: depresivní syndrom, nepředpokládatelné jednání, halucinace či bludy, výrazná izolace, sebevražednými pokusy apod. (ADDP, 2019). Ze studií týkajících se dokončených sebevražd u dětí a adolescentů vyplývá, že právě v této věkové kategorii ve spojitosti se schizofrenií je suicidum daleko **častější příčina smrti než u dospělčů** (Malá, 2008). Hadjipapanicolaou a kolegové (2014) v obecné rovině uvádějí, že až **60–80 % jedinců se schizofrenií přemýšlí nad sebevraždou, 20–40 % se o sebevraždu aktivně pokouší a 10–15 % suicidum skutečně vykoná.**

3.3.2.2 Afektivní poruchy

Afektivní poruchy či poruchy nálad jsou dle MKN-10 onemocnění, jejichž základním rysem je afektivita a změna nálad směřující k depresím často v návaznosti s úzkostí, ale také i bez. Do této kategorie tak spadají například bipolární afektivní poruchy, manické fáze, depresivní fáze apod. (MKN-10, 2021c). Významná je přítomnost určité stresová situace, která je ve většině případů onen spouštěč jak v prvotních fázích nemoci, ale také zvyšuje pravděpodobnost dalších relapsů (Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví, 2021b). Pokud se nyní zaměříme na depresivní syndrom, projevy této nemoci jsou u adolescentů trpící mnohdy velmi podobné jako u dospělých jedinců. **Nejčastěji se jedná o narušení spánku, nulový zájem o společenské aktivity a socializaci, beznaděj, úbytek či nadbytek stravy a s tím související změna chuti k jídlu a také suicidální smýšlení nebo pokusy.** V těžkých depresivních stavem se mohou objevovat dokonce sluchové či zrakové halucinace (Dudová, 2007; Orel 2020). Všechny tyto faktory mohou děti a adolescenty vést k opakujícímu se symptomatickému abúzu alkoholu a drog. Obecně u adolescentních jedinců trpící depresivní poruchou je **suicidální riziko 30x vyšší než v rámci běžné populace** (Pactl, 2001).

3.3.2.3 Poruchy příjmu potravy

Poruchy příjmu potravy (dále jen PPP) se řadí mezi závažná onemocnění projevující se odmítáním potravy, ale také například zvracením, Pikou neboli pojídáním nestravitelných

věcí, ztráta chuti k jídlu atd. (Němečková, 2007). Mezi nejznámější formy se řadí již známá mentální anorexie a bulimie. Nejčastěji se PPP objevují u dívek a žen (až 10x častěji než u mužů), ale samozřejmě ani muži nejsou výjimkou (Papežová, 2010). Období dospívání s sebou přináší změny ve všech ohledech, kdy jedince následně mohou provázet pocity nejistoty, stoupá míra úzkosti a hladina stresu (Krčh, 2010). Právě proto je období puberty a dospívání nejrizikovější (Papežová, 2010). Mezi rizikové faktory, které mohou způsobit vznik PPP se řadí kupříkladu **rodinná krize, nemoc, možný rozvod rodičů, závislosti v nejbližším okolí či kritické poznámky** (Papežová a Hanusová, 2012). Bohužel u tohoto onemocnění hrozí riziko „nejen“ úmrtí z důvodu hladovění a biologického rozvratu organismu, ale také v oblasti suicidálního chování. Mnohé z metaanalýz z oblasti sebevraždy dívek s mentální anorexií ukazují (např. zpráva od odborníků z National Institutes of Health USA), že **přibližně 56 % suicidální akt uskuteční** (Stárková, 2009).

3.3.2.4 Úzkostné poruchy

Při spojení strachu a úzkosti mohou vznikat problematické stavy, které obecně nazýváme jako úzkostné poruchy (Kryl, 2005). Úzkost je v tomto případě chápána jako vnitřně nepříjemný pocit bez reálně hrozícího nebezpečí, zatímco strach je vyvolán na základě přítomnosti dotyčné osoby buď na určitém místě či v konkrétní situaci (Orel, 2020). Ve věkovém období adolescentů jsou z úzkostných poruch nejčastěji vyskytovány **agorafobie, sociální fobie anebo panické poruchy** (Malá, 2011). Například sociální fobie začíná nejčastěji u adolescentů (u obou pohlaví stejně), protože v tomto věku podrobněji zkoumají a řeší svůj vzhled. Tím se může o to více prohloubit strach z pátravých pohledů lidí v menších sociálních skupinkách a daný jedinec přestane tyto málopočetní interakce navštěvovat (Mahrová a Venglářová, 2008). U všech těchto zmíněných poruch hrozí **při rozvoji epizodických depresí a závislostech na návykových látkách vysoké riziko sebevražděného jednání** (Kamarádová et al, 2015).

3.4 Suicidální chování v adolescenci

Nyní se dostáváme ke konečné problematice teoretické části, která se přímo zaměřuje na oblast sebevražděného jednání s charakteristickými rysy týkající se věkové kategorie studentek gymnázií a spojující tak všechny dosavadní informace rozepsané na předchozích stránkách.

Špatenková (2017) zařazuje skupinu dětí a dospívajících mezi hlavní ohrožené kategorie v oblasti sebevražedného jednání, a to zejména ty, kteří nemají dostatek znalostí, dovedností a zkušeností se zvládnutím náročných životních situací. Krizový vývoj adolescentů se týká hlavně hledání smyslu života, svého místa ve světě a vlastní identity, prvních lásek apod. Je proto nutné si uvědomit, že sebevraždy u dětí a mladistvých jsou **velmi často voláním o pomoc** (Říčan a Krejčířová, 2006).

Jedním z mnohých příkladů suicidálního jednání, se kterým lze propojit adolescentní období je tzv. **impulzivní neboli zkratkovitá**, jenž nastává jako možná reakce na určitou událost v okolí sebevraha. Příčiny mohou být různé, například úmrtí v rodině, špatné vysvědčení, rozchod s partnerem či jiné psychicky náročné situace (Viewegh, 1996). V mileneckých vztazích může nastat tzv. **párová**, při níž se po vzájemné domluvě usmrtí 2 osoby (většinou tedy milenci, manželé...). Pro zajímavost lze uvést také tzv. sebevraždu **rozšířenou**, kdy aktivní sebevrah „vezme někoho s sebou.“ Příkladem v návaznosti na děti a dospívající může být matka, jenž předávákuje své děti, aby nezůstaly samy a poté si vezme život i ona (Štefan a Mach, 2005).

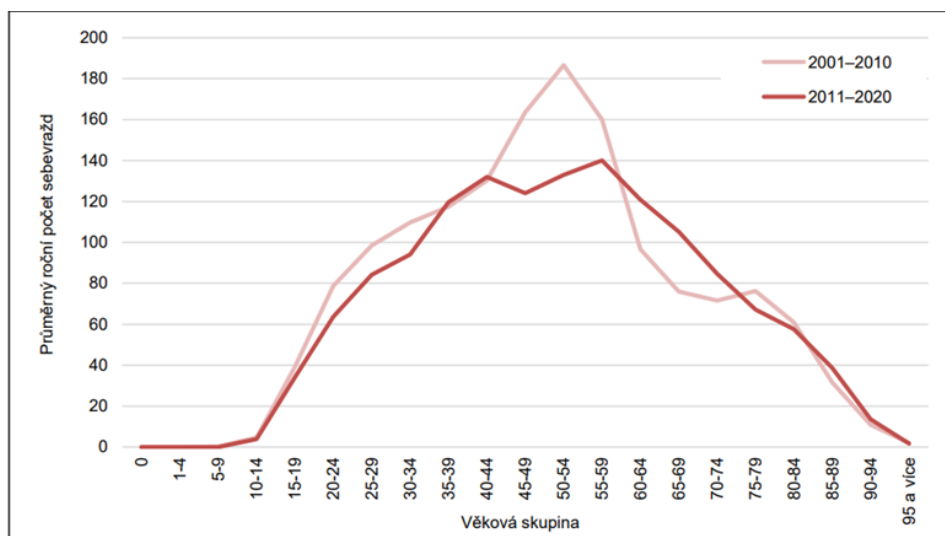
3.4.1 Aktuální situace s ohledem na sebevraždy adolescentů

Sebevražda se stále řadí mezi vážné problémy veřejného zdraví. Centers for Disease Control and Prevention (2022) zmiňuje, že dokonané sebevraždy byly v roce 2020 druhou nejčastější příčinou úmrtí lidí ve věkovém rozmezí 10-14 a 25-34 let. WHO uvádí suicidální chování u starších adolescentů, tedy ve věkové kategorii 15-19 let, jako čtvrtou nejčastější příčinu smrti (WHO, 2021b). Lidé ve věku 15-24 let patří spolu s osobami staršími 75 let dle dlouhodobých statistik mezi rizikové skupiny v oblasti suicidality (Orel, 2020). Organizace UNICEF (2021) na svých stránkách uveřejnilo studii s názvem „The State of the World's Children 2021“, která se týká výzkumu duševního zdraví u dětí, dospívajících a jejich pečovateli. Dle jejich výsledku každoročně spáchá sebevraždu ve věkovém rozpětí 10-19 let 46 000 dětí. Na první pohled se toto číslo nemusí zdát ve světovém měřítku tak „žalostné“, ale pokud si tento údaj převedeme na časovou osu, připadá tak přibližně jedna smrt dítěte či adolescenta na každých 11 minut. Reálný počet konečných sebevražd u adolescentů je nejspíše bohužel o dost vyšší, než jsou uvedeny v odborných statistikách,

a to zejména kvůli připisování některých úmrtí k vraždám, úrazům či například řízení pod vlivem alkoholu (Fleischman a Barondess, 2005).

Dalším zajímavým příkladem je vybraná americké studie s názvem „*Sebevražedné myšlenky a chování mezi studenty středních škol – průzkum rizikového chování mládeže*“, která probíhala roku 2019 po celém území USA, zjistila, že 12 měsíců před samotným výzkumem až 18,8 % studentů vážně přemýšlelo o sebevraždě. V rámci pohlaví o ní častěji uvažovaly dívky (24,1 %), chlapci (13,3 %). Také v oblasti plánování a samotného uskutečnění sebevraždy zaujímali vyšší podíl studenti ženského pohlaví. V celostátním měřítku vyžadovalo 2,5 % studentů potřebné lékařské ošetření z důvodu aktivního pokusu o sebevraždu (Ivey-Stephenson et al., 2019). Adolescentní dívky a ženy si také častěji vybírají tzv. měkčí způsoby zabití jako je například požití léků. Pro upřesnění, mezi tvrdší způsoby pak následně patří například skok z výšky, oběšení, použití střelné zbraně atd. (Fischer a Škoda, 2014). V návaznosti na výzkum zaměřený přímo na adolescentní dívky lze jako příklad uvést kvalitativní studii s názvem „*Attempted suicide: Qualitative study of adolescent females' lived experience*“, ve které se tři dospívající ženy ve věku 13-17 let během jednoho roku pokusily o sebevraždu. Výsledky práce poukazují na důležitost adekvátní reakce okolí, spolupráci s odborníky v oblasti duševního zdraví a učení dospívajících žen, jak vhodně pracovat se svými emocemi a jak správně využívat obranné mechanismy osobnosti člověka (Latakienė a Skruibis, 2015).

Pokud se nyní zaměříme na analýzy a výzkumy týkající se České republiky v oblasti sebevražednosti adolescentů, nejvíce získaných informací se zaměřením na skutečná data ve větším měřítku zaujmají snad pouze Český statistický úřad a Národní ústav pro duševní zdraví, kdy právě tyto dvě organizace nejvíce spolupracují. Dle grafu uvedeného v publikaci „*Sebevraždy v České republice 2011 až 2020*“ je patrné, že sebevraždy dětí a dospívajících nejsou vedoucí skupinou, ale jedná se o první „*skokový můstek*“, kde sebevražedné jednání pomalu, ale jistě vypuká. Zejména tak věkové období 10-14 let má již viditelnou zvyšující se tendenci (ČSÚ, 2021b).



Obr. č. 2: **Průměrný roční počet sebevražd dle věku v časovém rozmezí 2001- 2021** (převzato z publikace Sebevraždy v České republice 2011 až 2021, ČSÚ, 2021b).

Z pohledu pohlaví je u sebevražd v převaze mužská populace. Dívky a ženy se častěji svobodně rozhodují k ukončení života z důvodu citové odezvy a převažuje sebevražedný pokus. Možným důvodem, proč muži svým počtem v oblasti suicidálního jednání dominují je skutečnost, že ke způsobu ukončení života volí již zmíněné tvrdší metody jako jsou například zastřelení či oběšení. Měkčí metody, jako jsou například otravy či skok z výše, u žen tak ne vždy mohou splnit požadovaný cíl smrti (Antonová a Artlová, 2016). V případě sebepoškození naopak převažují dívky ve věkové kategorii 15-19 let. V letech 2008-2018 byly nejčastější důvody hospitalizace kvůli otravám (84 %), zranění ostrým předmětem (6 %) a kvůli skoku z výšky (3 %), (NÚDZ, 2019a). V časovém období od roku 2010-2020 spáchalo na území ČR ve věku 15-19 let v průměru 8 dívek a ve věkové kategorii 20-24 let dívek 9. U chlapců od 15-19 let je to již v průměru 26 jedinců, od 20-24 let dokonce 55 (ČSÚ, 2021b).

Mezi kraji České republiky v oblasti suicidálního chování dominují ty, které se nachází západně až severozápadně a také nejvíce v pohraničí. Jedná se obzvláště o kraj Karlovarský, Ústecký či Olomoucký. Nejpočetnějšími okresy z hlediska sebevražd u obou pohlaví jsou zejména Tachov (Plzeňský kraj), Česká lípa (Liberecký kraj), Trutnov (Královéhradecký kraj) či Sokolov (Karlovarský kraj) (ČSÚ, 2021c). Národní ústav duševního zdraví

zdůrazňuje ohroženost nejen starších mužů, kteří jsou v suicidálním jednání nejvíce aktivní, ale také mladé osoby ve věku **15-24 let**, u kterých je, jak již bylo mnohokrát zmíněno, suicidium druhý nejčastější způsob smrti. V proběhlém průzkumu z důvodu epidemiologické situace se objevilo u 3, 8 % populace v ČR vyšší hrozba sebevražedného chování. Odbornou pomoc u těchto osob vyhledala pouze polovina (NÚDZ, 2019b).

Bohužel v rámci České republiky doposud nebyl uskutečněn reprezentativní výzkum týkající se dospívajících, který by obnášel celkovou problematiku sebevražedného jednání v jeho celistvém podání, a to z důvodu omezenosti dat (Prajsková et al., 2018).

3.4.2 Rizikové motivy a faktory

Rizikové faktory pro sebevraždu jsou **mnohostranné** a zahrnují škodlivé pití alkoholu, zneužívání v dětství, stigma vůči hledání pomoci, překážky v přístupu k péči a přístupu k prostředkům sebevraždy. Digitální média, stejně jako jakákoliv jiná média, mohou hrát významnou roli při posilování nebo oslabování snah o prevenci sebevražd. (WHO, 2021b). Negativním příkladem v oblasti sebevražd v rámci digitálních médií může být již zmíněný Wertherův efekt (2.3 Faktory a motivy suicidálního jednání), u kterého je dle aktuálních studií 2-4krát větší riziko sebevražd adolescentů než u ostatních skupin (Prajsková et al., 2018).

Fischer a Škoda uvádí, že v rámci faktorů, které nejvíce přispívají k sebevraždám dětí a dospívajících, dozajista dominuje **sociální** oblast (Fischer a Škoda, 2009). Vymětal (2010) zmiňuje **možné příčiny skrze konflikty s rodiči, citové vzplanutí či drogovou závislost**. Právě vybraní mladí lidé projevující se rizikovým chováním se zaměřením na užívání návykových látek a nebezpečným sexuálním chováním jsou o to více vystaveni možnosti suicidálního jednání (Vijayakumar et al., 2011).

Mezi nejjobecnější důvody, které mohou adolescenty přimět přemýšlet či přímo vykonat suicidium se dozajista řadí: **rozepře a spory v rodině, potíže ve školním prostředí, ztráta blízké osoby, zneužívání, týrání a šikana, pocit nepochopení, samota či nejasnost ve své sexualitě** (Nevypust' duši, 2021). Následné sebepoškozování a sebevražedné tendence prezentují beznadějně úsilí, jak vyřešit pro něj náročnou životní situaci (Špatenková, 2004). V rámci sebepoškozování se můžeme setkat v běžné populaci s postojem, že se jedná pouze o problém období adolescence, avšak studie dávají jasnou odezvu, že se toto chování může

objevit v každém věku. Je však pravdou, že právě zmíněná adolescence je věkovým obdobím, kdy se sebepoškozování objevuje nejčastěji (Kriegelová, 2008).

Pro lepší představu v problematice rizikových jevů v návaznosti na sebevraždy budou více přiblíženy jednotlivé oblasti se zaměřením na rodinného prostředí, vztahy, problémů ve školním prostředí a také v osobnostním vývoji a zdravotní oblasti.

3.4.2.1 Rodinné prostředí

Vhodný vztah rodinného prostředí a dobrého vývoje dítěte je jedním ze základních předpokladů k plnohodnotnému životu (Procházka, 2012). Bohužel ne každá rodina takovýto postoj zaujímá a vzniká tak z různých důvodů nefunkční prostředí. Právě takovéto nevhodné prostředí může samotné dítě či adolescenta přimět k sebevražedným krokům. **Nejčastěji se jedná o rodiny s výraznými a dlouhodobými konflikty, nulové až rigidní vztahy či s přenosem emocí z rodičů na děti** (Kulhánek, 2021). Výrazné nebezpečí u adolescentů také hrozí **u případů s rodičovským alkoholismem, sexuálním zneužíváním, násilím, rozvodovým řízením či v návaznosti na deprese a sebevražedné jednání viditelné u rodičů** (Koutek, 2008; Prajsková et al., 2018). Aktuální studie ukazují, že děti a dospívající, kteří byli vystavováni fyzickému násilí a sexuálnímu zneužívání mají vyšší sklon k sebepoškozování a k sebevražedným tendencím (Svoboda a Jochmannová, 2015).

Samotná rodičovská výchova je dalším podepisujícím se faktorem na psychické stránce dítěte či adolescenta. Velice nebezpečné jsou tvrdé tresty nepřiměřeného a ponižujícího charakteru. Například věta „S pětkou mi domů rozhodně nechod“ může v jedinci evokovat strach, úzkosti a deprese v návaznosti na případný útěk z domova nebo dokonce uchýlení se k samotné sebevraždě (Novák, 2014). Všechny tyto zmíněné faktory tak narušují základní integritu a primární funkce rodiny, zejména tak funkci socializační, emocionální a ochrannou. Zázemí rodiny celkově ztrácí prostor útočiště a pocit bezpečí a sounáležitosti (Procházka, 2012).

3.4.2.2 Vztahová oblast

Zejména vrstevnické vztahy hrají v období adolescence výraznou roli, kdy jsou sociální vztahové vazby natolik výrazně spjatý s vrstevnickou skupinou, až mohou mít zásadní vliv

na samotný postoj k životu jedince (Jedlička, 2015). Vrstevníci jsou nyní zdrojem adaptačních mechanismů v návaznosti na prověřování reakce okolí a zkoušení možných limitů, napodobování, dále v komunikaci a v sdílení emocí, stejně tak i vnímání vlastní kontroly, spoluúčast na možných vrstevnických rituálech apod. Bohužel ne vždy je tento zdroj spjat s pozitivním způsobem konání a mladiství tak mohou experimentovat s návykovými látkami či alkoholem nebo vytvářet deviantní a rizikové sexuální chování (Sobotková, 2014).

V otázce „vztahů“ je nutné uvést také možná sexuální zneužití a sexuální aktivity v nepřiměřeném věku, které mohou u oběti vyvolat těžké psychické poruchy vedoucí k pokusům o sebevraždu (Svoboda a Jochmannová, 2015). Vyšší riziko může nastat u mladých dospělých v párech, kteří si sebevražedný akt mají tendenci romantizovat (Vágnerová, 2004). Pozor opět na případné kolující mýty, které souvisí s mnohdy utkvělou představou, že hlavní příčinou smrti u mladistvých je nešťastná láska. Může se jednat o „povzbuzující“ faktor, ale ve většině případů jde spíše o směsici vícero negativních aspektů života daného jedince (Koutek, 2021). Nesmíme zapomenout ani na možnost týkající se případného úmrtí milované osoby (Centrum Locika, 2022c).

3.4.2.3 Školní prostředí

Oblast školství a jeho vlivu na duševní stránku jedince byla již částečně uvedena v kapitole 3.2 Duševní zdraví v adolescenci. Pro celistvé doplnění je nutné zmínit možné další skutečnosti, které zvyšují pravděpodobnost suicidálního jednání.

Obzvláště se jedná o nízkou školní úspěšnost a také vztahové roviny jedince propojující již dříve uvedené faktory jako byly zvýšený tlak se strany rodiny či vrstevnické vztahy. Zejména fyzická i psychická šikana od spolužáků či případně od personálu školy mohou navodit u jedince nízké sebevědomí, pocity nedostatečnosti a bezvýznamnosti (Kulhánek, 2021). Také Sobotková (2014) uvádí spojitost šikanování a obtěžování se sebevražedným jednáním u adolescentů. Zajímavostí v oblasti šikany může být skutečnost, že fyzické šikanování je charakteristické zejména pro chlapce, zatímco dívky se zaměřují spíše na psychickou oblast skrze vyčleňování z kolektivu, pomluvy a ignorování (Fontana, 2014).

V dnešní elektronické době se negativní jevy jako je právě šikana také přesunula do internetové oblasti skrze tzv. kyberšikanu. I tento druh psychického teroru a nátlaku může být důvodem pro sebevražedné jednání (Martínek, 2015; Sobotková, 2014).

V oblasti šikany a školního prostředí se ne vždy jedná o „klasický“ příklad, kdy je slabší šikanován silnějším. V knize „Krizové situace výchovy a výuky“ od autorů Svoboda a Jochmannová (2015) je uveden velice příhodný příklad chlapce navštěvující 8. třídu ZŠ, jenž je opakovaně kázeňsky řešen a z toho důvodu také neoblíbený učiteli. Chlapec byl vyšetřován policií jako šikanující agresor, protože měl mít u sebe údajně nůž, avšak skutečnost byla jiná. Chlapec vyrůstal s agresivním otcem, ve třídě byl odstrkáván, nepatřil do žádné vrstevnické skupiny a docházely na něj skrze schránky důvěry či přímé stížnosti informace, že je nebezpečný. Toto jednání se však nepotvrdilo, ze šetření naopak vyplynula skutečnost psychického šikanování ze strany třídy a učitelů, protože jim žák přišel divný a tím ohrožující. Zmíněný chlapec tak dochází na psychoterapie z důvodu sebepoškozování a úzkostně depresivních stavů. Z toho demonstračního příkladu je zřejmá spojitost všech již zmíněných rizikových faktorů jako je rodinné prostředí, vrstevnické vztahy a školní prostředí.

Existují také výzkumy, týkající se vlivu školní docházky a míry sebevražednosti studentů. Příkladem může být analýza nazvaná „*Hospitalization for Suicide Ideation or Attempt: 2008-2015*“ pojednávající o nárůstu sebevražedných tendencí a pokusů u amerických dětí a dospívajících ve věkových kategoriích od 12-14 a 15-17 let, s vyšším podílem dívek (Plemmons et al., 2018). Dalším příkladem je studie Luecka a kolegů (2015), která se zabývá přímo zjištěním a porovnáním hospitalizací dětí a dospívajících v návaznosti na sebevraždy či dokonce vraždy během školního roku a v období prázdnin. Zjištěním analýzy bylo, že mnohem vyšší riziko vzniku sebevražd a vražd během nastává během školní docházky.

3.4.2.4 Psychický vývoj a zdravotní stav

Adolescentní období patří mezi nenáročnější životní fáze, kdy dochází k výrazným změnám, jak v oblasti psychické, tak fyzické i sociální (Dolejš et al., 2018). Zejména výrazné změny v hormonálních hladinách u některých adolescentů mohou vést ke zvýšené agresivitě, sobeckosti, emoční labilitě, zvýšené sebekritičnosti apod. Tento velmi citově náročný vývoj spolu se stresovou zátěží a či úzkostnými stavy může přispět k pocitům

bezpečnosti a následně k samotné sebevraždě (Loneková, 2015). Opomenout nesmíme také vývoj v oblasti sexuality, kdy jedinec může zjistit například svou bisexuální či homosexuální orientaci. Toto zjištění může být velice psychicky náročné a v návaznosti na strach z reakce blízkého okolí, se tak může stát i důvodem pro spáchání suicidálního aktu (Evans et al., 2004).

V oblasti zdravotních obtíží figurují tělesná neboli somatická onemocnění, zejména tak vážného či chronického charakteru. Právě takovéto skutečnosti mohou být podnětem pro sebevražedné jednání (Hort a Kocourková, 2006). Závažné nebezpečí se skýtá v psychiatrických onemocněních, které jsme si již blíže představili v části 3.3.2 Závažné duševní nemoci v adolescenci této práce.

3.4.3 Varovné signály

Suicidální jednání takřka nikdy nevzniká bez příčiny a z velké části je provázeno řadou varovných signálů. Centrum Locika (2022c) uvádí například pasivitu, vyčerpanost, smutek, osamělost v oblasti sociálních vztahů, potíže s jídlom (nechuť či naopak přejídání), nepřetržitě přemýšlení o smrti, laterální činnost s tematikou smrti (básně, písně, dopisy...) a mnoho dalších. Nevypust' duši (2021) také popisuje výstražná znamení, jež rozděluje na mluvené, případně psané a na změny v chování či v oblasti nálad. V rámci první kategorie se jedná například o slovní komentáře dotyčné osoby ohledně toho, že je všem okolo přítěží a bez její/jeho přítomnosti bude ostatním lépe či se se všemi loučí jako by se již neměli nikdy vidět. V oblasti chování a emocí se vyskytují kupříkladu výkyvy nálad, podrážděnost až agresivita, uzavřenost, změny v oblasti spánku apod.

APA neboli American Psychological Association (2008) uvádí podobné spektrum varovných signálů, včetně jakýkoliv zmínek ohledně způsobů sebevraždy (skok, zastřelení...) či nulové naděje do budoucna, kdy se podle daného jedince nic nezmění a suicidium je jediné řešení jeho problémů.

3.4.4 Protektivní faktory

Již dříve byly zmíněny negativní faktory, které mohou přimět dotyčného k sebevraždě. Je třeba si uvědomit, že existují i tzv. **protektivní faktory**, které naopak můžou pomoci k neuskutečnění tohoto aktu. Z všeobecného hlediska se jedná například o **víru**, **pocit**

zodpovědnosti k rodině, těhotenství, podpora z okolí či správné metody podpory a terapeutické zázemí (Fischer a Škoda, 2014).

Zejména oblast **podpory** patří u věkového období adolescentů mezi nejzákladnější a nejdůležitější. Dospívající jedinci potřebují ve svém životě vybraného jedince, jenž je pro ně oporou a u kterého se nebojí svěřit se s různými problémy (Krpoun, 2012). V odborných literaturách zaměřující se na oblast sociální opory se můžeme setkat s rozdělením opor na několik možných typů, které byly pro lepší přehlednost vloženy do vytvořené tabulky, ve které lze dohledat příslušný typ se zaměřením na příklady forem pomoci a také osobami, které jej mohou poskytovat (adaptováno z Vališová et al., 2011):

TYP OPORY	FORMA PODPORY	POSKYTOVATEL OPORY
CITOVÁ OPORA	Pozorné naslouchání, svěření bez obav, poskytnutí naděje a utěšení	Kdokoliv – kamarád, rodič, terapeut atd.
INSTRUMENTÁLNÍ OPORA	Hmotná pomoc a pomáhající chování (mediace, pomoc s doučováním, oprava poškozené věci, zabezpečení azylového bydlení, lékařské ošetření apod.)	Odborníci (např. učitelé, sociální pracovníci, právníci, lékaři atd.)
INFORMAČNÍ OPORA	Rady, postupy a doporučení (pomoc s výběrem školy a jeho zvládnutím, navržení možných postupů pro vyřešení situace či nasměrování na další specialisty – linky důvěry apod.)	Odborníci (např. učitelé, sociální pracovníci, právníci, lékaři, psychologové atd.), ale také blízké okolí jedince
OPORA POTVRZENÍM PLATNOSTI	Podpora a zpětná vazba při rozhodnutí jedince při překonání překážky, které jsou pro něj náročné na místo úniku před nimi (vykonat opravný termín, místo ukončení studia; abstinenci léčba; psychoterapie apod.)	Odborníci (např. učitelé, sociální pracovníci, právníci, lékaři, psychologové atd.), ale také blízké okolí jedince
OPORA SOCIÁLNÍM SPOLEČENSTVÍM	Pozitivní socializace, spoluutváření kladných emocí a možnost částečné relaxace (náboženské společenství, zájmová činnost, oddíl zaměřený na sport apod.)	Pedagogové a odborníci v různých oblastech (sport, hudba, divadlo, výtvarná činnost, náboženství atd.), ale také okolí jedince

Tabulka č. 1: **Přehled typů sociální opory s vybranými příklady jejich forem a poskytovatelů** (vytvořeno autorkou práce na základě získaných informací z knihy Vališová et al., 2011).

Z výše uvedené tabulky je patrné, že opora je nedílnou součástí pomoci člověku, který aktuálně řeší náročnou životní situaci. V rámci opory může pomoci celá škála specialistů a odborníků z řad pedagogů, psychologů, psychiatrů, pediatriů, sociálních pracovníků, právníků, ale také duchovních či zkrátka kdokoliv, kdo je ochoten jedinci naslouchat a případně jej nasměrovat vhodnou cestou. Vždy je třeba si uvědomit, že tematika sebevražd často obnáší pocity jako jsou například ztráta sebeúcty, ostych, rozpaky, ponížení apod. Nedílnou součástí vhodné pomoci takovému jedinci je zejména vyvarování se postojům vykazující jakékoliv kárání, nadávání, umravňování či disrespekt. Být tak empatictí, vystupovat s pochopením a zejména úctou (Orel, 2020). Dále dle svých sil danému jedinci zkusit nabídnout podporu a pomoc. Už jen rozhovor či společně strávený čas může pomoci, avšak pokud pomocná osoba není vyškolený odborník, nemůže jej plnohodnotně zastoupit. Z toho důvodu je podpora ve vyhledávání specialisty dalším nejvhodnějším krokem (Nevypusť duši, 2021).

3.4.5 Prevence a formy pomoci v rámci sebevražd

Významným krokem v oblasti prevence suicidálního jednání se stalo dozajista přijetí Radou vlády dne 16.7. 2020 tzv. **Národní akční plán prevence sebevražd 2020-2030** (dále jen NAPPS). NAPPS je tak prvotním dokumentem svého druhu, který strategicky upravuje problematiku prevence sebevražd na území České republiky, jehož hlavním cílem je snížení počtu sebevražd do roku 2030 (NÚDZ, 2019b; NÚDZ, 2019c). Dokument také odkazuje na nutnost vyřešit aktuální problém týkající se školního prostředí v oblasti prevence sebevražd. Bohužel ve školách často chybí otevřenost v tomto tématu, učitelé postrádají informace, potřebná školení nebo supervize (NÚDZ, 2019b).

Mezi nejčastější formy prevence a pomoci se dozajista svým charakterem řadí protektivní faktory se zaměřením hlavně na sociální oporu a psychologické a poradenské služby, včetně uvedení problematiky prevence a forem pomoci ve školním prostředí. Právě tyto možnosti budou v následující části podrobněji popsány.

3.4.5.1 Psychologické a poradenské služby

Velmi důležitou úlohu zde dozajista mají linky důvěry, krizová centra či medicínská oblast psychiatrické péče (NÚDZ, 2019a). Například „**Linka bezpečí**“ anonymně, bezplatně a 24 hodin denně umožňuje psychologickou a poradenskou službu dětem, které mohou trápit různé problémy. Nabízí jak možnost telefonické pomoci, tak i skrze psané formy jako jsou e-maily či klasické chatování. Na stránkách Linky bezpečí jsou také tematická videa včetně článků, odkazů či dokonce podcastů na problematické životní situace. Organizace nabízí možnost pomoci rovněž pro dospělé, kupříkladu tzv. Rodičovská linka nebo skrze různé kurzy a projekty, které mohou využít také školní zařízení. Příkladem projektu pro základní školy a víceletá gymnázia je „Projekt linka bezpečí ve vaší třídě⁸“ (Linka Bezpečí, 2022). Další variantou telefonické pomoci je „**Linka první psychické pomoci**“, která je rovněž bezplatná, bez nutnosti uvádět jakékoliv osobní údaje a neustále k dispozici (Linka první psychické pomoci, 2022).

Vybraným příkladem krizového centra je „**Dětské krizové centrum**“, které také poskytuje telefonické služby skrze vlastní linku důvěry, internetové poradenství přes e-mail či chat, dokonce i možnost videohovoru prostřednictvím Skype (Dětské krizové centrum, 2022). Zajímavou technologickou alternativou se může stát případně aplikace „**Nepanikař**“, která zdarma umožňuje rychlou psychologickou pomoc skrze sedm základních oblastí, jakou jsou např. myšlenky na sebevraždu, úzkost, sebepoškozování apod., včetně uvedených kontaktů na odbornou pomoc (Nepanikař, 2022). Na internetu lze samozřejmě dohledat mnoho dalších podpůrných linek, kampaní a organizací, které se věnují preventivním oblastem a odkazují na odbornou pomoc. Jako příklad takovéto kampaně lze uvést „**Nevypusť duši**“, která vytvořila přehlednou databázi vybraných služeb (linky důvěry, krizová centra, psychoterapie, centra duševního zdraví, svépomocné skupiny atd.) pro všechny věkové kategorie v případě různých psychických obtíží (Nevypusť duši, 2022).

3.4.5.2 Problematika prevence a forem pomoci ve školním prostředí

V oblasti školního prostředí existuje celá řada preventivních programů zaměřující se v dnešní době zejména na rizikové chování v určitých věkových kategoriích, podle nichž

⁸ Více informací o projektu zde: <https://spolek.linkabezpeci.cz/linka-bezpeci-ve-vasi-tride/predstaveni-projektu/>

jsou také následně sestavovány a připravovány tyto programy. Dozajista do této kategorie spadá také komunikační systém rodiny s danou školou, pravidla školy a spolupráce s rodiči včetně spolupráce s orgány jako je např. Policie ČR (Procházka,2012). V kapitole 3.2.1 Role školy v ochraně duševního zdraví bylo také uvedeno, jakými specialisty škola v oblasti prevence disponuje. Pro zopakování se zejména jedná o výchovného poradce, metodika prevence či případně školního psychologa, pokud jej škola zřizuje. Nezastupitelný prvek jsou však také samotní učitelé, kteří nezastávají pouze roli pedagogickou, ale také diagnostickou, psychologickou a poradenskou. Oni jsou ti, kteří mohou rozpoznat případné problémy, být pro žáky oporou a následně těmto dětem vhodně pomoci. Bohužel ne všichni učitelé jsou si této poradenské a psychologické role plně vědomi či k vybraným učitelům naopak žáci nemají tolik důvěry, aby za nimi v případě svých problémů skutečně přišli (Fontana, 2014). Další problém, na který bylo již odkazováno v úvodu této kapitoly týkající se prevence a forem pomoci v rámci sebevražd byla skutečnost, že ve školách často chybí otevřenost v oblasti sebevražedného jednání, pedagogové postrádají důležité informace, potřebné supervize či školení na toto téma (NÚDZ, 2019b).

Pokud lze shrnout výše uvedené preventivní možnosti, v dnešní době patří mezi nejefektivnější kroky zejména programy a formy poradenské komunikace s vhodnými odborníky zaměřující se na oblast sebevražedného jednání a školení pedagogové v návaznosti na duševní zdraví, kteří mohou rozpoznat případné ohrožení a následně včas pomoci danému jedinci (APA, 2008). Nesmíme však opomenout ani důležitost sociální opory ze strany rodiny, blízkých osob či celkově podporou sociálním společenstvím. Charles Dickens kdysi pronesl: „*Nikdo není zbytečný na tomto světě, kdo ulehčuje břemeno jiných*“.

4 Souhrn východisek teoretické části

V závislosti na hlavním cíli této diplomové práce bylo v rámci teoretické části potřeba ujasnit si nejprve základní charakteristiku zdraví a duševního zdraví, včetně uvedení nejpodstatnějších informací týkající se sebevražedného jednání v obecném měřítku.

Definice duševního zdraví lze nalézt velké množství (např. Felman, 2020; Jahoda, 1958; Míček, 1984; Marková, 2006 apod.). Nejčastěji používaný koncept od WHO shrnuje problematiku následovně: „*Duševní zdraví je stav pohody, v němž si jedinec může uvědomit svůj vlastní potenciál, zvládnout běžné životní tlaky, produktivně pracovat a přispívat do komunity*“ (World Psychiatry, 2015). Duševní zdraví je proto nedílnou součástí lidského života, stejně důležitou jako zdraví fyzické, spirituální, environmentální či sociální (Nováková, 2012; SZÚ, 2007). I přesto, že je věková kategorie adolescentů všeobecně vnímána jako jedna z nejzdravějších, dle uvedených výzkumů (např. Brdička, 2020; Ghandour et al., 2018) je patrná rostoucí míra duševních poruch. Aktuálně na každého 7. jedince ve věkové kategorii 10-19 let připadá minimálně jedna duševní porucha (WHO, 2019b). Zvyšující se výskyt psychických nemocí, nejčastěji schizofrenie, afektivní poruchy se zaměřením obzvláště na deprese a také poruchy příjmu potravy či úzkostné poruchy, může mít za následek až nebezpečí suicidálního jednání a následné smrti (Kraus, 2015). Například schizofrenie u adolescentů je daleko častější příčina smrti než u dospělých (Malá, 2008), obdobně je tomu u depresivních poruch, kdy je suicidální riziko 30x vyšší než v rámci běžné populace (Pactl, 2001). Je tedy zřejmé, že téma suicidálního chování je relevantní pro další výzkumy.

Taktéž různorodost pojetí v rámci suicidálního jednání můžeme pozorovat u mnoha autorů (např. Havlík, 2012; Kraus, 2015; Špatenková, 2017; Viewegh, 1996), z nichž nejklasičtější pojetí suicida je definováno jako dobrovolný, cílený a záměrný akt, při kterém chce dotyčná osoba ukončit svůj dosavadní život (Kraus, 2015). Dospívající jedinci aktuálně patří mezi jedny z nejrizikovějších skupin v oblasti sebevražednosti, kdy tento způsob smrti zastává druhý pomyslný stupínek „vítězů“ v rámci úmrtí dětí a dospívajících v celosvětovém měřítku (Centers for Disease Control and Prevention, 2022; Fisher a Škoda, 2014). UNICEF (2021) uvádí, že každoročně spáchá sebevraždu ve věkovém rozpětí 10-19 let 46 000 dětí. Mezi nejrizikovější faktory vedoucí k sebevraždě dozajista patří rodinné prostředí, vztahová oblast

se zaměřením na vrstevnické a partnerské vztahy, včetně zdravotních a osobnostních problémů (Fischer a Škoda, 2009; Nevypusť duši, 2021; WHO, 2021b). Specifickým místem, které má také výrazný vliv na duševní stránku jednotlivce, je školní prostředí (ČOSIV, 2021). To může sloužit skrze vybrané jedince jako protektivní místo (Vališová et al., 2011) či naopak další riziková oblast produkující stres a zvyšující tak riziko duševních problémů v návaznosti na suicidální chování (ČOSIV, 2021). Výzkum vztahující se na školní prostředí realizovaný Plemmons et al. (2018) pojednával o nárůstu sebevražedných tendencí a pokusů u dětí a dospívajících ve věkových kategoriích od 12-14 a 15-17 let, s vyšším podílem dívek. Také výzkum (Ivey-Stephenson et al. 2019) vztahující se na studenty středních škol uvádí, že dívky častěji přemýšlí a konají sebevraždy než hoši. Bohužel se vyskytuje v rámci prevence sebevražedného jednání ve školním prostředí několik problémů. Zejména se jedná o uzavřenost komunikace v oblasti sebevražedného jednání, nedostatek důležitých informací nutné pro učitele či tolik potřebné supervize, preventivní programy a školení na toto téma (NÚDZ, 2019b). Základním kamenem prevence sebevražedného jednání a podpory duševního zdraví ve školním prostředí by mělo být zejména budování dobrých vztahů důvěry s žáky, neopomíjení výuky témat duševního zdraví a zapojování preventivních programů, ale také včasná identifikace potencionálních problémů a potíží (APA, 2008; Nevypusť duši, 2019; NPI ČR, 2021). Je zřejmé, že tato oblast zájmu není jednoduchou záležitostí, avšak nesmírně důležitou, protože případné riziko sebevražedného jednání se může týkat všech věkových kategorií a objevit se tak u kohokoliv (Vodáčková, 2002).

PRAKTICKÁ ČÁST DIPLOMOVÉ PRÁCE

5 Výzkum

V praktické části diplomové práce si nejprve představíme výzkumný problém, cíle a význam celého výzkumu zaměřeného na problematiku duševního zdraví v návaznosti na sebevražedné jednání z pohledu dívek studujících na vybraných gymnáziích v Plzeňském kraji. Následně bude přiblížena charakteristika zvolených výzkumných metod spočívajících v individuálních rozhovorech a představen výzkumný vzorek. Největší oblast praktické části je věnována výsledkům rozhovorů včetně vzájemného srovnání odpovědí a interpretace dosažených informací. V neposlední řadě je úsek tvořen stručným shrnutím celého výzkumu, včetně diskuze zaměřené na porovnání zjištěných dat s vybranými aktuálními výzkumy či odbornými pracemi. Celá praktická část je následně ukončena celistvým závěrem této práce.

5.1 Výzkumný problém a význam výzkumu

V dnešní době, hlavně v návaznosti na pandemickou situaci, se problematika duševního zdraví dozajista dostala do povědomí široké veřejnosti (MZ ČR, 2020). Již také existuje poměrně rozsáhlá škála odborných publikací, prací a výzkumů, zejména zahraničních, věnující se alespoň okrajově vlivu duševního zdraví na sebevražednost adolescentních jedinců. Na základě dostupných odborných zdrojů však lze konstatovat, že v České republice postrádáme aktuálnější výzkumy týkající se oblasti duševního zdraví a jeho souvislostech na suicidálním chování u věkové kategorie pod 20 let. Proto se ve své práci detailněji zaměřím na tuto cílovou skupinu, konkrétně se bude jednat o postoje a zkušenosti studujících dívek na gymnáziích v rámci ve vybraného kraje. Výběr studentek byl zvolen z důvodu zvýšeného rizika sebevražedných pokusů a sebevražd právě u adolescentních dívek, které dokládaly některé z výzkumů uvedených v teoretické části práce (např. Brdička, 2020; Ivey-Stephenson et al., 2019) a záměrně také z důvodu vyšší komunikativnosti a otevřenosti v souvislosti s duševním zdravím a jejich postoji k sebevražednému chování.

K nabytí cenných poznatků a zkušeností můžeme docílit pouze pomocí zapojení samotných dívek, k čemuž se nejlépe hodí kvalitativní výzkumné metody, jejichž cílem je zachytit zkušenosti participantů.

Význam výzkumu spočívá zejména v zjištění aktuálních zkušeností, postojů a informovanosti vybraných studentek v oblastech duševního zdraví, sebevražděného jednání a také v míru funkčnosti podpory duševního zdraví a prevenci sebevražděného jednání ve školním prostředí, ale také mimo něj v přímo specifikovaném území České republiky.

5.2 Primární cíl a dílčí cíle

Primárním cílem tohoto výzkumu je **získat a sepsat hlavní a důležité informace týkající se problémů duševního zdraví se zaměřením na poznatky ohledně suicidálního chování vyskytující se u studentek, jež studují na gymnáziích v Plzeňském kraji a poukázat na důležitost věnovat těmto tématům pozornost nejen v učitelské praxi, ale ve všech oblastech lidského života.**

Dílčí cíle této práce byli konkrétně zaměřeny na zjištění povědomí dívek ohledně duševního zdraví a jejich vlastních způsobů péče o něj. Další dílčí cíl byl směřován na zmapování subjektivních postojů, názorů a zkušeností studentek gymnázií nejen se samotným sebevražděným aktem, ale také s preventivními a podpůrnými kroky nikoli jen ve školním prostředí. Současně zde byl vytvořen prostor pro případné „poselství“ dívek pro další studentky anebo kohokoliv, kdo může aktuálně prožívat náročné období a přemýšlí nad sebevraždou.

5.3 Charakteristika výzkumné metody a příprava rozhovorů

Pro účely této práce byla zvolena forma **kvalitativního výzkumu**. Kvalitativní výzkum Švaříček a Šedřová (2014) popisují jako šetření, během kterého jde výzkumník do hloubky zvoleného problému. Až po získání dostatečného množství informací může výzkumník skrze podrobnou analýzu vyhledat důležité souvislosti a následně vyvodit hypotézy či teorie. V návaznosti na podstatu výzkumu byla vybrána **metoda polostrukturovaného rozhovoru**, respektive předem vytvořený indikativní seznam otázek, který svým obsahem zajišťuje vhodný sběr dat k dosažení hlavního cíle a cílů dílčích této práce. Polostrukturovaný rozhovor dále umožňuje pokládat komunikačním partnerům, je-li to vhodné, dodatečné otázky nad rámec již vytvořených, které mohou podkryt další specifické údaje pro tento výzkum. Samotný rozhovor je tvořen **25 základními otázkami**. Některé z těchto otázek

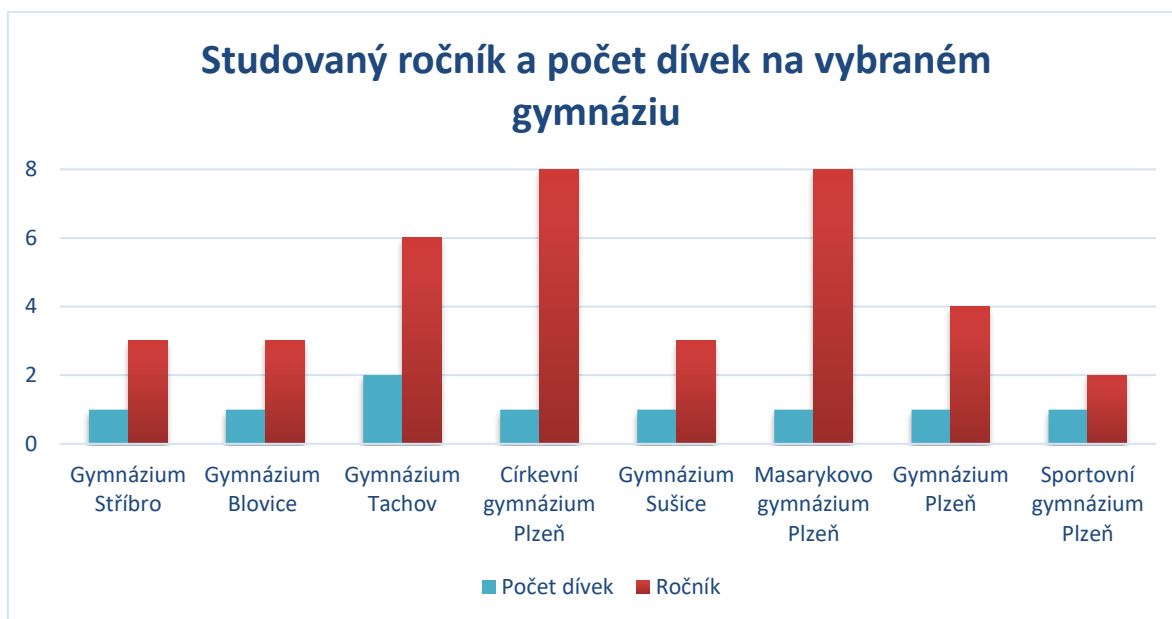
byly dle potřeby dále rozvedeny o **doplňující podotázky**, jež měly participantům lépe pomoci v pochopení podstaty otázky či její případné rozvedení o navazující tematickou oblast. Metoda polostrukturovaného rozhovoru byla zvolena zejména z důvodu **osobnější a lidštější povahy setkání a sběru dat**, nejen kvůli emoční náročnosti tématu práce, ale také věkové kategorii respondentů.

Vzhledem k již zmíněné citově náročné problematice a věku dívek, které jsou nedílnou součástí této práce, byla samotná příprava a průběh konzultován nejen se školitelkou práce, ale také s vybranými specialisty zejména v oboru psychiatrie. Hlavním důvodem byla ochrana dívek (ale také autorky této práce), zajištění a ošetření jejich psychické pohody během i po rozhovorech v návaznosti na obsah vytvořených otázek.

5.4 Popis participantů výzkumu

Základním tématem této práce je věková kategorie dívek, které aktuálně studují vybraná gymnázia na území Plzeňského kraje. Z toho důvodu byly právě tyto dívky vyhledány a požádány o zapojení do výzkumu.

Celkový počet participantů tvořilo 9 dívek ve věkovém rozmezí od 14 do 18 let z 8 různých gymnázií, které se nachází v Plzeňském kraji. Dvě dívky navštěvují Gymnázium Tachov, a následně vždy po jedné: Gymnázium Sušice, Gymnázium Blovice, Masarykovo gymnázium, Církevní gymnázium v Plzni, Gymnázium Plzeň, Gymnázium Stříbro a Sportovní gymnázium v Plzni. Celkově se zde vyskytují tři čtyřletá, dvě šestiletá a tři osmiletá gymnázia. Snahou bylo vyhledat rozmanité participanty nejen z věkového hlediska, ale také v rámci školních zařízení gymnaziálního typu, z důvodu pestřejší skladby získaných dat. Níže byl pro celkovou přehlednost vytvořen graf č. 1, kde lze dohledat aktuální ročník studia a počet dívek v návaznosti na studované gymnázium.



Graf č. 1: **Studovaný ročník a počet dívek na vybraném gymnáziu** (graf vytvořený autorkou práce na základě získaných dat z rozhovorů).

I přesto, že se výzkum týká jenom studentek, byla do základních informačních otázek, v rámci vytvořeného polostrukturovaného rozhovoru, přidána také volba pohlaví. Tato otázka měla ošetřit případné setkání například s trans gender jedinci a jejich genderová identita nemusela být v souladu s pohlavím. Takovýto případ se však neuskutečnil.

5.5 Průběh rozhovorů

Rozhovory byly realizované v časovém období od **17.9. 2021 až do 29.1. 2022**. Vždy před každým rozhovorem byly respondentky požádány o možnost průběh celé komunikace týkající se výzkumu zaznamenávat na nahrávací zařízení, kdy s tímto krokem všechny bez problémů souhlasily. Dále byly studentky seznámeny se strukturou a obsahovou náplní otázek, včetně ujištění ohledně anonymizace celého rozhovoru. Každá ze studentek si také mohla vybrat libovolné písmeno (tedy krom již obsazených), které se připojilo k **anonymní přezdívce**, např. Slečna M., Slečna K. atd. Samotná délka rozhovorů se v průměru pohybovala kolem **25 minut**. V návaznosti na emočně citlivou stránku otázek bylo také participantkám několikrát v průběhu opakováno a nabízeno využití přestávek kdykoliv budou potřebovat či pokud nebudou na jakoukoliv otázku chtít odpovídat, nemusí tak učinit.

Výběr místa k uskutečnění výzkumů byl také vybírán v návaznosti na účastnicích, aby byla zajištěna jejich citová pohoda. Jednalo se tak vždy o jejich oblíbené místo (například kavárna, čajovna apod.). Na konci každého ukončeného rozhovoru, tedy již po přerušení nahrávání, docházelo také k zpětné vazbě, zejména: jak se dívky po rozhovoru cítí a jaký názor mají na celkový výzkum. Jako možnou formu prevence byl pro participantky vytvořen autorkou práce také krátký informační letáček s názvem „**Duševní zdraví aneb jak na dezinfekci duše**“, který má sloužit jako jednoduchý průvodce problematikou duševního zdraví a kde vyhledat pomoc, když je třeba. Tento materiál byl pokaždé vytištěn, předán osobně a následně opětovně zaslán elektronickou formou skrze e-mail. Vytvořený informační letáček lze nalézt v příloze práce (příloha 1). S dívkami je nadále udržován vzájemný přátelský kontakt.

Po každém uskutečněném rozhovoru byl celý obsah doslovně přepsán do samostatné struktury, která byla následně využita jako podkladový materiál pro zpracování výsledků výzkumů. Tyto zpracované výsledky budou pro lepší přehlednost a autentičnost doplněny vybranými přímými citacemi studentek a případnými vytvořenými grafy se základními údaji. Základní struktura otázek k rozhovoru (Příloha 2) a vybraný vypracovaný ukázkový rozhovor (Příloha 3) lze rovněž dohledat v příloze této diplomové práce. Na základě domluvy se školitelkou práce nebudou ostatní rozhovory kvůli anonymizaci celého výzkumu a ochraně dívek veřejně přístupné.

5.6 Analýza výzkumných rozhovorů

Tato kapitola se zabývá analýzou získaných rozhovorů s vybranými studentkami gymnázií v Plzeňském kraji. Švaříček a Šed'ová (2014) popisují analýzu dat v rámci kvalitativního výzkumu jako zjišťování významných vztahů v získaných datech a spojení těchto informací do popisných kategorií v rámci důležitých souborů. Celková analýza tohoto výzkumu proto následně probíhala strukturovaně dle pořadí otázek kopírující obsah rozhovorů. Jednotlivé odpovědi všech participantek v rámci každé otázky byly svým obsahem vzájemně porovnávány z důvodu získání zásadních vztahových oblastí a následně vytvořeny hlavní logické celky zdůrazňující primární podstatu získaných dat. Takovýto postup byl zvolen také z důvodu přehlednosti a provázanosti s teoretickou částí této práce, na kterou bude případně odkazováno v rámci jednotlivých výsledků. S ohledem na srovnatelnou strukturu rozhovorů

byly některé výpovědi pro přehlednost kvantifikovány a jsou případně prezentovány v grafech.

5.7 Výsledky výzkumných rozhovorů

Pro lepší přehlednost v rámci výsledků byla struktura otázek rozdělena na 7 základních částí, z nichž první sada obsahuje otázky (1.-5.) ryze informativního charakteru. Jedná se o údaje týkající se jména, věku, pohlaví, školy a aktuálně studovaného ročníku. Vybrané důležité informace z tohoto okruhu byly již více uvedeny v části 5.4 Popis participantů výzkumu. Z důvodu anonymizace celého výzkumu v návaznosti na citlivý obsah a ochranu komunikačních partnerů, nebyly propojeny veškeré informace se zjištěnými daty.

Druhý okruh otázek (6.-9.) souhrnně nazvaný „**Duševní zdraví z pohledu studentek**“ se týká problematiky duševního zdraví, tedy co si studentky představují pod pojmem duševní zdraví, zdali je pro ně duševní zdraví důležité a z jakého důvodu. V neposlední řadě se zde také zjišťuje, jaké faktory dle jejich názoru na duševní zdraví nejvíce působí včetně jejich vlastní péče o duševní zdraví. Otázky (10.-11.), spojené v třetí části „**Názory a postoje k sebevražednému jednání**“ jsou věnovány tematické oblasti sebevražedného jednání: nejprve co si dívky představují po tímto termínem a následně jaký názor mají na sebevraždy a s tím také spojeno téma eutanazií.

Čtvrtý úsek (otázky 12.-14.) zahrnuje oblast zájmu vztahující se na uvedení možných faktorů, které mohou vést studentky gymnázií k sebevraždě, dále zdali v oblasti smýšlení nad sebevraždou hraje roli gender či výběr školy. Tento úsek otázek je tak následně shrnut do kapitoly „**Vliv vybraných činitelů v návaznosti na sebevraždu**“ V neposlední řadě se participantky podělily o případné zkušenosti se suicidálním chováním buď přímo u sebe či u někoho ve svém okolí a uvedením osob ve školním či mimoškolním prostředí, za kterými by dívky v případě problémů přišly a svěřily se. Celkově tato část obsahuje otázku č. 15. (3 podotázky) a 16., souhrnně pojatou jako „**Osobní zkušenost se suicidálním jednáním**“.

Otázky č. 17.-19. v kapitole „**Suicidium v návaznosti na aktuální dění a postoj společnosti**“ se dále zabývaly subjektivním názorem dívek ohledně možného vlivu pandemie COVID-19 na sebevražednost a jestli je podle jejich názoru téma sebevražd

ve společnosti zakázané. Poslední otázka z oblasti suicida v rámci společnosti se věnovala propojenosti sociálních sítí a tematiky sebevražd.

Šestý cyklus otázek (20.-23.) obsahuje tematickou část nazvanou jako „**Přístup školy k problematice duševního zdraví a sebevraždám**“, v níž je snahou zjistit aktuální stav podpory a prevence duševního zdraví a sebevražedného jednání na vybraných gymnáziích a také postoj dívek k dané problematice ve školním prostředí. Nejprve je zde dotazováno, zdali někdy probíhala komunikace s učiteli ohledně témat spojených se smrtí (umírání či sebevražda) a následně, jestli by měly o komunikaci s učiteli na téma sebevražd zájem. Opomenuty nebyly ani otázky z oblasti výskytu preventivních programů souvisejících s duševním zdravím či zdali považují za důležité, aby se na školách vyskytovaly preventivní programy vztahující se na sebevraždy. Poslední úsek obsahuje pouze dvě otázky (24.-25.), avšak o nic méně důležité. První z nich popisuje případné **možnosti pomoci ze strany dotazovaných dívek osobě, která o sebevraždě přemýšlí**. Poslední otázka je věnována **poselství participantek** nejen pro studentky na gymnáziích, ale také všem, kteří o sebevraždě uvažují.

5.7.1 Duševní zdraví z pohledu studentek

Po základních informacích se oblast zájmu otázek v rozhovoru přesměrovala na problematiku duševního zdraví. Participantek se zde bylo dotazováno, jak by vlastními slovy popsaly pojem duševní zdraví, zdali je dle jejich názoru duševní zdraví důležité a jaké faktory jej nejčastěji ovlivňují včetně jejich vlastních metod péče o něj.

5.7.1.1 Duševní zdraví jako stav pohody

V otázce týkající se vlastní charakteristiky pojmu duševního zdraví, slečny velmi často odpovídaly obdobně, kdy na něj pohlížejí jako **na stav pohody či psychické odolnosti**. Například slečna B. jej popsala následovně: „*Stav mysli nebo duše, kdy vše funguje tak, jak má.*“. Slečna M. také sdělila zajímavou myšlenku, na kterou se v oblasti duševního zdraví velmi často zapomíná. Ve své výpovědi uvedla: „... *Občas, že ho něco trápí, ale že se s tím dokáže vyrovnat, vypořádat a fungovat dál.*“ Právě na tento uvedený stav ne/pohody a celkově na postoj k zdraví již bylo odkazováno v kapitole 1.1 Vývoj konceptualizace zdraví, kdy bylo zmíněno, že i duševně zdravý člověk může a má nárok být nešťastný, neboť se jedná o možné ukazatele plnohodnotně prožitého života. Nejvíce se k této otázce

vyjádřila slečna E., která zmínila důležitost a vliv duševního zdraví na kvalitu jsoučna, individuálnost prožívání každého jedince v oblasti duševního zdraví v návaznosti na nezlehčování problémů dotyčného a také pojem ataraxie, tedy ideál duševního klidu, na který má dle jejich slov právo každý. Další faktory bio-psycho-sociálního modelu zejména tak vliv okolního prostředí se zaměřením na sociální interakce uvedly například slečna K. a L. Spirituální oblast v souvislosti například na náboženství nebyla v rámci rozhovorů, jakkoliv zmíněna.

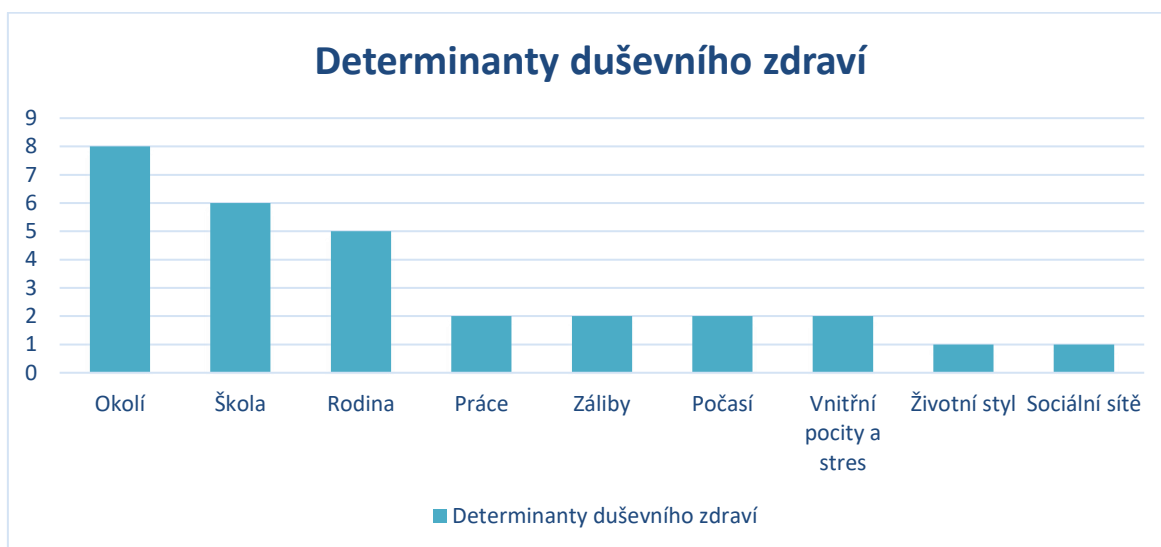
5.7.1.2 Vysoká hodnota duševního zdraví

S postojem, zdali je duševního zdraví pro dívky důležité, následně **plně souhlasily** všechny dotazované participantky. Velmi často studentky spojovaly charakter duševního zdraví a zdraví fyzické, na kterém demonstrovaly případnou nefunkčnost a jak se takovýto stav projevuje. Například slečna B. ve své výpovědi na tuto otázku uvedla: „...*Když se člověk necítí dobře psychicky (je jedno jestli krátkodobě, nebo dlouhodobě) nemůže normálně fungovat, zvládat své povinnosti a podávat výkony, což je srovnatelné jako kdyby měl třeba chřipku.*“ Slečna N. pohlíží na důležitost psychického zdraví naopak z pohledu podporovatele života: „*Považuji ho za nejdůležitější, neboť i při fyzických úrazech dokáže daleko lépe pomoci zotavení. Je to základní kámen života samého. Lidé, kteří ztratí duševní zdraví, většinou brzy na to zemřou.*“ Slečna K. popisovala vliv duševního zdraví v návaznosti na sociální vztahy: „*Určitě, protože když nebude dobře fungovat mysl, tak ani tělo. Je to vzájemně provázáno. A to má pak za následek, že necítíme dobře, jsme mnohdy zbytečně ošklivý na blízké osoby a vlastně na celý svět.*“ **Celkově respondentky psychické zdraví vnímají jako nepostradatelný prvek, který podporuje kvalitní život každého jedince.**

5.7.1.3 Okolí, škola a rodina jako hlavní determinanty duševního zdraví

Naopak v otázce vztahující se k determinantům, které mohou mít zásadní vliv na duševní zdraví, se již výpovědi dívek v různé míře lišily. První tři pomyslná místa z hlediska nejčastějších výpovědí obsadili: **okolí jedince, školní prostředí a rodina**. Zejména **okolí** se zaměřením na mezilidské vztahy zmínilo **8 z 9** respondentek jako nejvýraznější prvky, které dle jejich názoru ovlivňují psychiku člověka. V sestupném měřítku následovalo zmíněné **školní prostředí** a **oblast rodiny**. Problematika školního prostředí byla uváděna

nejčastěji v návaznosti na stresovou rovinu či kvůli délce trávení času daných respondentek v tomto institutu. Rodinné prostředí často spojovaly dle kontextu odpovědí se svým okolím, ale přímo jej zmínila pětice dívek. Ve shodném měřítku 2 výpovědi byla uvedena také oblast **práce, zálib, vnitřních pocitů** se zaměřením například na **sebepojetí či stres** anebo dokonce vliv **počasí**. I tento faktor participantky prezentovaly jako jednu z možností, která má výrazný vliv na psychiku jedince. Zajímavé může být, že pouze jedna z dívek uváděla vliv vlastního **životního stylu** či dokonce problematiku **sociálních sítí** jako možný determinant. V níže vytvořeném grafu č. 2 lze přehledně dohledat dle početnosti nejčastější faktory, které respondentky během rozhovorů zmiňovaly.



Graf č. 2: **Determinanty duševního zdraví** (graf vytvořený autorkou práce na základě získaných dat z rozhovorů).

Pokud nyní porovnáme tyto zjištěné údaje s uvedenými informacemi v kapitole 1.3 determinanty zdraví, lze říci, že převážná část determinantů z pohledu dívek všeobecně svým charakterem spadá do kategorie „životní styl“ a tvoří tak největší procento faktorů. Například z oblasti determinantů životního prostředí byl zmíněn pouze vliv počasí. Naopak aspekt biologických faktorů (například působení genetiky, intelektové schopnosti apod.) anebo vliv zdravotnických služeb nebyly v rámci rozhovorů, jakkoliv uvedeny.

5.7.1.4 Dělám vše, co mi dělá radost

Samotná péče participantek o své vlastní duševní zdraví byla ve většině případů nejprve shrnuta do obecné fráze „**dělám vše, co mi dělá radost**“. Nejčastěji se jedná o **sportovní aktivity** (běh, atletika, jóga apod.), které často propojují s **péčí o milované mazlíčky** (procházky, jízda na koni). Opakovaně se v rámci relaxace věnují **kreativní tvorbě** (kresba, malba atd.), **poslechu hudby, sledování seriálů a filmů, komunikace s přáteli či naopak distanc od „toxických“ lidí**. Slečna L. dokonce v rozhovoru uvedla, že v krizových situacích koná následující: „...zkrátka potřebuji mít občas chvíle pro sebe, že jsem sama, třeba si něco pustím... hudbu nebo film, ale nechci s nikým mluvit, lidi mi nedělají dobře a pokud to někdo nerespektuje, tak jsem hodně agresivní, prostě nepříjemná.“ Zde se nám tak otevírá nová rovina pohledu na duševní zdraví, a to tedy ta, že péče o duševní zdraví nejde pouze skrze pozitivními zážitky, ale také je někdy potřeba přikročit k těm „negativním“ (tedy například přestat komunikovat s vybranými jedinci) a překonat sám sebe.

Některé z dívek také uváděly, že **samy vlastně netušily, zdali se o své duševní zdraví, jakkoliv pečují a až během výpovědi zjišťovaly, co pro tuto skutečnost opravdu dělají**. Například slečna E. pečuje o psychické zdraví také skrze kladení a plnění si malých cílů, kdy na sebe následně může být při jejich splnění pyšná, dostatek spánku či odpovídáním na sociálních sítích až po určité době, nikoliv hned.

5.7.2 Názory a postoje k sebevražednému chování

Nyní se dostáváme k druhé sérii otázek, tentokrát týkající se suicidálního jednání. Zde bylo hlavními cíli zjistit skrze participantky jejich názor a postoje k sebevražednému chování. Otázky s výsledky jsou opět pro přehlednost rozděleny do podkapitol pojmenovaných v návaznosti na jejich podstatu.

5.7.2.1 Suicidium jako rozmanitý pojem

Obsah první otázky z tohoto cyklu se týkal představy dívek ohledně pojmu sebevražedné jednání, tedy vše, co si pod tímto konceptem představí. Dle očekávání byly odpovědi na tuto otázku **velice rozdílné a rozmanité**, protože pojem sebevražedné jednání, jak bylo již uvedeno v teoretické části 2.5 Formy suicidálního chování, zahrnuje širší koncept s celou škálou aspektů z různých oblastí včetně vědomých i nevědomých motivů či dokonce

skutečnost, kdy k samotnému sebevražednému činu nedojde. Například slečny T., M. a B. vnímají sebevražedné chování již **skrze myšlenky na sebevraždu**, kdy dotyčná osoba **přemýšlí nad způsobem, jak ji uskutečnit**. Slečna T. svoji představu popsala následovně: „Podle mě už je to nějaký postup, kdy člověk přemýšlí nad tím, že už tady na tomto světě nechce z nějakého důvodu být. Takže vlastně plánuje, jakým způsobem by se zabil a vypořádává se s tou skutečností.“ Naopak Slečna L. a K. si představují **suicidální jednání jako přímý akt**. Coby demonstrační příklad si můžeme uvést část výpovědi slečny L.: „... myslím, že sebevražedné chování je až to, když k tomu někdo opravdu přistoupí, až začne jednat, protože samotný myšlenky, pokud nejsou hodně častý, tak bych to jako sebevražedné chování neviděla.“ Slečny W., E. a částečně také M. se shodují na konceptu **sebeпоškození**, a tedy přímé ohrožení života. Pouze slečna N. během rozhovoru uvedla sled svých myšlenek, které ji demonstrovaly sebevražedné jednání jako: „*Sebelítost, sobectví, neochota problém řešit, nehledění na druhé, troska, žádná snaha.*“ Právě tato dívka tak vnímá sebevraždu skrze nepochopení a jako únik ze situace, kdy dotyčná osoba nechce své problémy vyřešit, neprojevuje žádnou snahu a chová se tak sobecky vůči druhým lidem. Zde by bylo vhodné odkázat na kapitoly teoretické části 2.3 Faktory a motivy suicidálního jednání a 3.4 Suicidální chování v adolescenci, kde je popisována problematika motivů vedoucí člověka k sebevraždě. Zejména sebevraždy u dětí a mladistvých jsou velmi často voláním o pomoc, kdy je jedinec bezradný a již neví, jak situaci vyřešit i přesto, že by chtěl.

5.7.2.2 Postoj k sebevraždě jako dobrovolné rozhodnutí každého

Následně byl zjišťován názor dívek na samotnou sebevraždu. Pro lepší pochopení otázky měly participantky uvedeny v závorce u této otázky příklady, v rámci, kterých se mohly inspirovat (např. rozhodnutí každého/člověk nemá právo si život vzít atd.). Zajímavé pro mě bylo zjištění, že **6 z 9 respondentek popsalo sebevraždu**, a tedy vlastní ukončení života jako **dobrovolné rozhodnutí každého jedince**. Často však zdůrazňovaly, že by se tato situace samozřejmě dít neměla a existují jiná východiska v náročných životních situacích. Slečna L. se během rozhovoru otevřeně svěřila se svými pocity ohledně postoje k sebevraždě: „...ve mně se to furt bije, protože já jsem ještě nedávno měla pocit, že je to strašně sobecký akt a že jsem to hrozně odsuzovala a že jsem na to názor změnila. Každý má právo o tom rozhodnout, o svém životě a jak s ním bude nakládat, čímž neříkám,

že je to správně, ale myslím si, že každý má právo se rozhodnout za sebe a naložit se svým životem.“ Až velmi filozofický postoj měla slečna M., která právě názor na sebevraždu probírala chvíli před rozhovorem na hodinách ZSV: „... tam jsme taky měli právě taky otázku, zdali má člověk právo si život vzít. A já jsem jako říkala, že jestli jsme vůbec měli právo si vybrat, jestli budeme žít? A že si myslím, že je to opravdu na rozhodnutí každého člověka, že občas to dokáže být hodně těžký a že někdo má třeba psychické problémy, tak se s tím pracuje o dost hůř bych řekla. Zvláště když se nemá o koho opřít. Nemá ten pocit, že by někoho měl, občas takový lidi jsou a má pocit, že jsou k ničemu a není tu východisko, tak sám nedokáže najít ty možnosti pomoci. Takže je to do jisté míry na každém člověku a má na to právo, i když je to takové hrozné říct.“ Také následně doplnila případný pohled na **postoj rodinných příslušníků** daného jedince: „... Jsou lidi, který ho můžou milovat ty si řeknou, že ne, nemáš na to právo, my jsme ti dali život jakožto rodiče nebo pro nás máš v tom životě nějaký smysl, ale pro toho člověka je to hrozně těžký. Na jeho místě nikdo nikdy nebyl, tak je složitý se na to podívat z té perspektivy.“ Zde je velice zajímavá právě zmínka ohledně vnímání tohoto aktu z pohledu pozůstalých, zejména blízkých rodinných příslušníků jako jsou např. rodiče. Také slečna B. během povídání uvedla oblast pozůstalých: „Podle mě to je dost vážné a aktuální téma v dnešní době, ale nemyslím si, že vzít si život je řešení a člověk na to má právo. Bez ohledu na náboženské teorie vzniku života (např. křesťané tvrdí, že Bůh ti život dal, tak nemáš právo ho ukončit), ale hlavně vůči pozůstalým mi to přijde velmi nefér. Je důležité, aby dotyčný vyhledal pomoc a svůj problém vyřešil, ačkoliv může mít pocit, že mu pomoci nelze.“ Rovněž se dotkla dalšího důležitého bodu, který velice ovlivňuje vnímání sebevražd a tj. **náboženství**. Sebevražda jako nepřístupný akt také následně popsala i slečna N., která je jako věřící neschvaluje a slečna W., jenž obecně vnímá sebevraždu jako něco nepřírozeného. Jediný případ, kdy by právě tyto dvě zmíněné respondentky „povolily“ suicidium, je pouze jen při velmi vážných zdravotních problémech, kdy soucítí s utrpením pacienta.

5.7.2.2.1 Eutanazie jen v případech velice vážných stavů a nemocí

V kapitole 2.6 Postoj společnosti k sebevraždám bylo odkazováno na problematiku týkající se vnímání společnosti v oblasti suicidálního jednání, kdy se široká veřejnost staví k tomuto problému spíše negativně. Výjimkou v této skutečnosti je oblast **eutanázií**, tedy druh

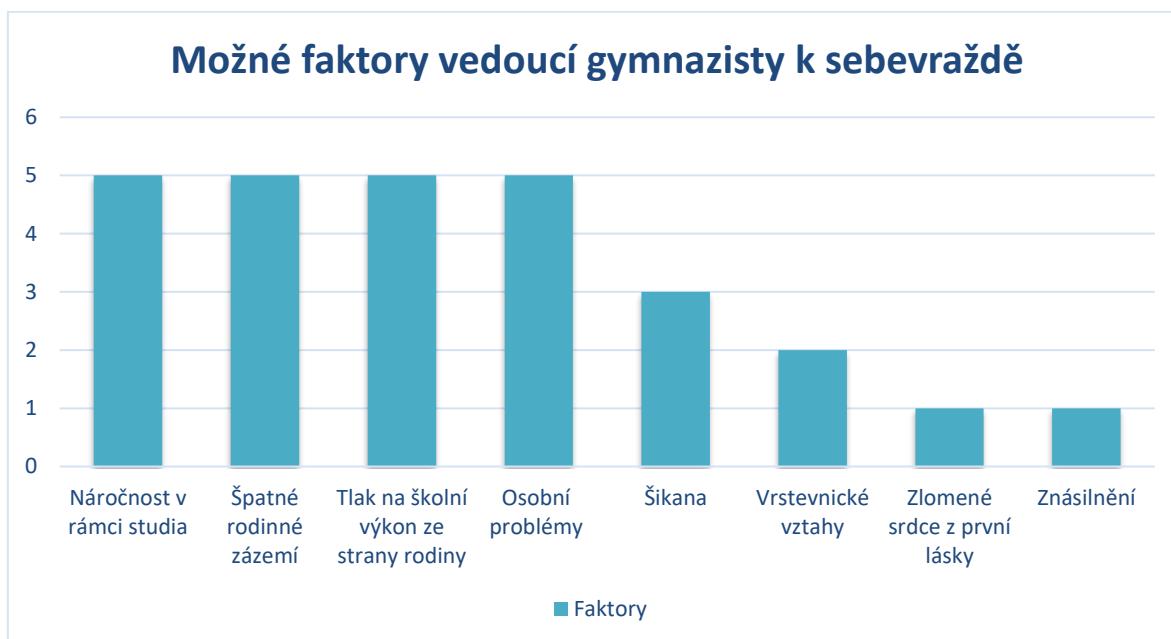
asistované sebevraždy, která může být naopak v určitých případech brána v pozitivní rovině či dokonce společnost s těmito jedinci mnohdy soucítí. Z toho důvodu byla přidána jako součást předchozí otázky, podotázka vztahující se na eutanazie a zjištění postoje vybraných dívek k tomuto typu sebevraždy. Zde bylo zajímavé, že dívky, které v předchozí otázce se sebevražedným jednáním v obecném smyslu nesouhlasily, by případ eutanazie povolily, ale **jen z důvodu velice vážných stavů a nemocí u vybraného jedince**. Pouze jediná dívka, slečna B., nesouhlasila ani s možností eutanazie a k celé problematice se postavila takto: „...*Lidé by neměli mít právo rozhodovat o životě a o tom, kdy skončí. Měla bych strach, že by se to dalo zneužívat. Řešením pro umírající lidi je za mě paliativní péče.*“ Situaci zneužívání uváděly i jiné slečny, každopádně také dodávaly, že v případě legálních eutanazií je vždy nutné projít určitým procesem. Slečna M. k tomuto procesu také dodala: „...*Je to dlouhodobější proces, kdy si to ten člověk může promyslet a připravit blízké. Oproti třeba tomu, kdyby se rozhodl jen tak a skočit pod vlak. Je to také důstojnější a neomezí to ten „provoz“ ostatních, kdy nedochází k vyšetřování, jak se to stalo atd. je to víc ošetřený.*“ **V obecné rovině tedy 8 z 9 dívek by s eutanazií souhlasily, ale vždy v návaznosti na psychický a fyzický stav daného jedince.**

5.7.3 Vliv vybraných činitelů v návaznosti na sebevraždu

Třetí úsek mapuje pohled dívek vztahující se na uvedení hlavních faktorů, které mohou přimět studentky gymnázií přemýšlet o sebevraždě. S touto skutečností byl také vznesen dotaz ohledně vlivu genderu na vnímání sebevražd, ale také ohledně výběru školy a jeho působení na studenty v návaznosti na suicidální jednání.

5.7.3.1 Tlak a problémy ze strany školy, rodiny či přímo u sebe samotné

V návaznosti na tematiku této práce, která propojuje oblast duševního zdraví se sebevražedným jednáním u studentek gymnázií bylo potřeba se následně zeptat také na možné faktory, které dle dívek mohou být hlavními důvody, jež vedou gymnazisty k uskutečnění suicida.



Graf č. 3: **Možné faktory vedoucí gymnazisty k sebevraždě** (graf vytvořený autorkou práce na základě získaných dat z rozhovorů).

Z výše uvedeného grafu lze vyčíst, že **mezi nejčastější faktory, které většina dívek** ve svých výpovědích uvedly, se objevovaly skutečnosti spojované zejména s výrazným **tlakem v návaznosti na školní výkon ze strany rodiny**, kdy je u gymnazistů dle jejich slov předpokládáno, že budou mít skvělé studijní výsledky, udělají maturitní zkoušku a půjdou studovat dále na vysoké školy. Rodinné prostředí bylo také uvedeno skrze špatné zázemí, tedy zejména hádky rodičů či rozvody. **Prostředí školy** pak specificky zdůraznilo **5** studentek se zaměřením na náročnost studia, ale také šikanu od spolužáků, případně od učitelů. **Oblast šikany** byla také zmíněna i v rámci kyberšikany s příkladem cizího nahrávání osobních fotek jiného jedince bez jeho souhlasu. Dalším početnějším faktorem byly **osobní problémy**, obzvláště pocity sebelítosti, samoty, nedokonalosti a nedostatečnosti. **Vztahová a vrstevnická rovina** byla propojována skrze rozchody s partnery („zlomené“ srdce z první lásky) a hádky s blízkými kamarády. Jedna z respondentek uvedla jako velmi důležitý a možný důvod také přímé **ublížení na zdraví**, kdy zmínila **znásilnění**.

Všechny uvedené skutečnosti, které mají výrazný vliv na psychiku studentů gymnázií byly také popsány v teoretické části věnující se rizikovým motivům a faktorům u adolescentů

(subkapitola 3.4.2.). Dívky svými rozhovory obecně pokryly všechny hlavní kategorie této subkapitoly, tedy rodinné, školní, vztahové a osobnostní oblasti. Je však zajímavé podotknout, že žádná z dívek přímo nezmiňovala v rámci gymnazistů případné negativní skutečnosti v oblasti problémů ve vrstevnických skupinách se zaměřením na rizikové chování (např. drogy, alkohol, sekty apod.) či přímé zdravotní problémy.

5.7.3.2 Otevřenost dívek vs. uzavřenost chlapců ohledně sebevražd

V návaznosti na sérii otázek týkající se pohledu studentek na problematiku sebevražd bylo dále zjišťováno, zdali se respondentky domnívají, že je rozdíl mezi tím, jak na suicidální jednání pohlíží dívky a jak chlapci. **5 participantek** se shodlo, že **dívky jsou obecněji v tomto tématu otevřenější, zatímco chlapci své pocity drží v sobě** a nikomu o tom ve většině případů neříkají. Slečna B. zdůrazňovala **dřívější vyspělost dívek** a s tím související vnímavost a citlivost v této komunikaci, zatímco slečna N. **vztahovala komunikativnost dívek spíše na demonstrativní oblast**, aby tyto dívky společnost dle jejích slov litovala. Slečna W. a E. **nevnímají oblast genderu jako ovlivňující faktor, spíše tak originalnost každého jedince**, kdy každý vnímá sebevraždy vlastním osobitým způsobem. Také slečna M. nebere příliš v potaz vliv pohlaví, ale **spíše zkušenosti daných jedinců s problémy a nelehkými situacemi**. Dle jejích slov nemůže zdravý člověk, který se s touto skutečností nikdy nesetkal, plně chápat celkové vnímání suicidálních jedinců. Pouze slečna L. vylíčila, že chlapci obecně jsou sobečtější a neřeší následky jednání, dívky naopak sebevražedné jednání vnímají mírněji a tolik jej neodsuzují.

5.7.3.3 Má výběr střední školy vliv na vnímání sebevražd?

Výběr školy a celkově školní prostředí, jak již bylo mnohokrát řečeno, má dozajista vliv na duševní stránku jedinců. Z toho důvodu nebyla opomenuta ani otázka vztahující se na pohled dívek v rámci rozdílnosti vnímání studentů gymnázií a studentů ostatních typů škol, co se týče sebevražd. Zde se opět odpovědi v určitých pohledech lišily. Například slečny N., T. a V. **neberou v potaz přímo vliv školy, ale zejména rodinného prostředí, kde tráví jedinec nejvíce svého času**. Rozdílnost škol tak nevidí jako hlavní problematiku. Slečny M., B. a E. také **nevnímají primární problém v rozdílech mezi školami, ale spíše v charakteru každého jedince a jak umí s případnými náročnými situacemi vyrovnat a následně pracovat**. Slečna L. na situaci pohlíží více z problematiky **negativních**

sociálních vztahů a vlivu na psychiku, které se dle jejich slov na jiných typech škol stávají častěji: „... *jsem se setkala většinou s lidma s psychickými problémama z učňáku než teda z gymplu nebo třeba průmyslovek. Ale tam není ten nápor toho učení, tam spíš, že učňáky se stali školou, kam jdou všichni, co se nechtějí učit, jakkoliv cokoliv jinýho. Tam prakticky potkat někoho, kdo nebere drogy nebo v něčem nejede je docela málo, takže... si myslím, že to nesouvisí se školou jako takovou, ale spíš s těma lidma, jak tam jdou, a právě v jakých sociálních kruzích se pohybují...*“ Pouze slečna W a K uvedly, že jsou **na gymnazisty obecně kladeny vyšší nároky, které nelze srovnávat s ostatními typy škol, a proto mohou častěji uvažovat o sebevraždách.**

Z výpovědi dívek je patrné, že část dívek nebere v potaz výběr samotné školy, ale zejména vliv rodiny a osobnostní charakteristiku jedince včetně jeho umu vyrovnat se stresovými záležitostmi. Velice zajímavý je názor týkající se vysokého počtu osob vztahující se na rizikové chování (užívání drog) a vznik psychických problémů například na učňovských oborech v návaznosti na jejich sociální kruhy. Pokud nyní mohu porovnat výsledky otázky týkající se faktorů, které mohou vést gymnazisty k sebevraždě, zde se oblast rizikového chování směrem k drogové závislosti nijak neuváděla. Je proto možné, že jsou žáci a studenti například na již zmíněných učňovských oborech tomuto chování vystavováni častěji a následně tak i vyššímu riziku sebevražedného jednání z důvodu negativních sociálních okruhů, ve kterých se mohou vyskytovat. Je však otázkou, zda tato myšlenka opravdu vznikla ze zkušenosti anebo zde hrál roli spíše stereotyp studujícího na odborné škole.

5.7.4 Osobní zkušenost se suicidálním jednáním

Tato otázka složená z vícero podotázek související s osobními zkušenostmi v rámci sebevražedného jednání, byla dle mého názoru nejvíce citově náročná. Tedy pro mou osobu, dívky ji zvládaly velice dobře, poměrně uvolněně a otevřeně o této problematice hovořily i přesto, že se jedná o velice osobní tematiku. Pro přehlednost byla otázka rozdělena na **tři hlavní úseky: 1.** Přemýšlela jsi ty osobně na sebevraždou? **2.** Pokusila si se někdy o sebevraždou? **3.** Znáš někoho ze svého okolí, kdo se pokusil o sebevraždou nebo ji spáchal? Všechny tyto podotázky budou následně více přiblíženy.

5.7.4.1 Dokážu si představit, že bych umřela?

Na sebevraždu v opravdu reálném uvažování myslely **3 z 9** dotazovaných dívek. Slečna T. otevřeně popsala svoji zkušenost: „*Už párkrát jsem o tom přemýšlela, hlavně v době, kdy mi diagnostikovali cukrovku a můj bratr se choval hrozně zle. Třeba chodil po pokoji s bonbonem v ruce a smál se mi, že on může a já ne anebo si ze mě dělal srandu, že to všechno musím dělat a on ne.*“ Zde se tak poprvé objevuje oblast faktorů, které mohou vést adolescenty k sebevraždě skrze **zdravotní potíže**. V tomto případě zde byl také výrazný **negativní vliv ze strany sourozence**, který ji z pozice „zdravého“ jedince **šikanoval** v návaznosti na její nemoc. Další z dívek, které v tomto ohledu odpověděly kladně nechtěly své důvody myšlenek na sebevraždu dále rozvádět.

Dalších **5 studentek uvedlo, že o sebevraždě hypoteticky přemýšlely, nikoliv však s přímým úmyslem zemřít**. Velmi často se jednalo spíše o přemýšlení nad smrtí, z jakého důvodu lidé páchají sebevraždy nebo zdali by takového aktu byly vůbec schopné. Slečna N. v rámci rozhovoru uvedla: „*Ano, každý o sebevraždě přemýšlí, jde o to, v jaké souvislosti. A co vše si uvědomí, když na sebevraždu pomyslí. Nikdo to u mě ale nebylo o tom, že bych se chtěla zabít, spíš asi proč to lidi vůbec napadne.*“ Obdobnou cestou hypotetického přemýšlení se také vydala slečna B., která popsala své myšlenky na sebevraždu: „*Jen hypoteticky, jestli bych si byla schopná něco udělat, ale nikdy jsem si to naštěstí nedokázala představit.*“ Pouze jedna z dívek uvedla, že o sebevraždě nikdy jakkoliv nepřemýšlela. Právě zmíněné uvažování nad smrtí se často vyskytuje v období adolescence, ale jedná se však ve většině případů pouze o suicidální ideu bez konkrétního plánu k uskutečnění, což se zde také potvrdilo.

5.7.4.2 Ne/pokus o sebevraždu

Následná otázka se týkala **samotného pokusu dívek o sebevraždu**. Úlevou pro nás může být skutečnost, že **8 dotazovaných dívek se o sebevraždu samo nikdy nepokusilo**. Bohužel se také objevila respondentka, které se naopak již **opakovaně o sebevraždu snažila**. A tímto jí také děkuji za velkou odvahu, kterou projevila svým otevřením přiznáním této skutečnosti.

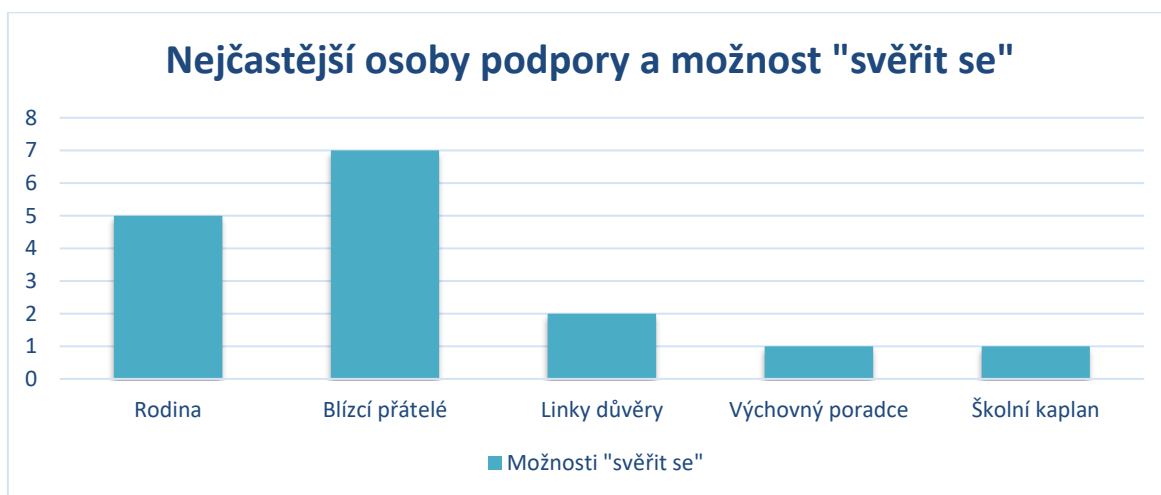
5.7.4.3 Vysoký výskyt suicidálního jednání v okolí dívek

Pokud nyní přistoupíme ke skutečnému sebevražednému pokusu či dokonce sebevraždě dokonané, mělo s touto skutečností **ve svém okolí zkušenost 7 z 9 dotazovaných a pouze 2 nikoliv**. Například slečna L. popsala zkušenost přímo z blízké rodiny: „*Od babi strany a jak od mamky strany máme docela stromeček sebevražd... ted'ka je to vlastně 3 roky zpátky, co se mi zabil děda od mamky, takže nebylo mi to příjemný... mám vlastně v rodině jednoho člena, kterej na tom taky není psychicky dobře a taky o tom párkrát jako mluvil, takže upřímně docela čekám, že by se něco takového ještě mohlo stát*“. **Tento zmíněný přenos problémů mezi generacemi v rodině je velmi významný v rámci výzkumu sebevražednosti, ať už tím, že se může jednat o určitý vzor chování, nebo může značit i možnou genetickou zátěž, na kterou by nemělo být zapomínáno z důvodu prevence suicida.** Bohužel jsem se také během rozhovoru setkala s dívkou, která sebevražedné chování poznala nejen přímo v rámci své vlastní rodiny, ale také na půdě vlastní školy či u svých známých: „*Slyšela jsem o několika lidech, kteří si život vzali – jeden student u nás na gymnáziu, otec mojí kamarádky, i o lidech, co se o ní pokusili nebo měli sklony – asi čtyři lidi v mém věku, které znám, a dokonce můj vlastní táta.*“ Druhá dívka tak neměla zkušenost pouze ze strany rodiny, kde dozajista také prožívala obrovskou zátěž, ale také ze školního prostředí či skrze své blízké přátele a jejich rodiny.

Dále například slečna K. a T. mluvily o svých bývalých spolužácích ze základní školy či o kamarádech z kroužků, kteří se o sebevraždu pokusili **skrze předávkování léky**. Naštěstí se vždy situace v dobré obrátila a všichni svůj pokus přežili. Další variantou smrti, kterou jedna z dalších participantek (slečna M.) zmiňovala ve své výpovědi, byla popsána takto: „*...tak jsem měla známou v podstatě z letního tábora, a to se před 2 lety zabila skokem z mostu...*“. Dívky tak během výpovědi popsaly možné způsoby pokusů či přímo uskutečnění sebevraždy. Zejména se jednalo o předávkování léky či skok z mostu. Právě tyto dva způsoby spadají do tzv. měkčích metod sebevražd a řadí se na druhé a třetí místo v rámci nejčastějších zvolených metod suicida v ČR. Právě tato oblast zájmu byla více popsána také v částech teoretické práce 2.5.4 Dokonané suicidium a 3.4.1 Aktuální situace se sebevraždami adolescentů.

5.7.4.4 Komu se mohu svěřit?

Již v kapitole 3.4.4.1 Protektivní faktory byla přiblížena sociální podpora jako jeden z nejdůležitějších prvků v rámci protektivních faktorů napomáhající zejména jedincům v adolescentním věku. Obzvláště oni potřebují ve svém životě vybraného člověka, jenž je pro ně oporou a u kterého se nebojí svěřit se s různými problémy. Z toho důvodu byla studentkám položena otázka, zdali vědí, komu se v případě svých problémů svěřit, a to jak ve školním, tak mimoškolním prostředí.



Graf č. 4: Nejčastější osoby podpory a možnost „svěřit se“ (graf vytvořený autorkou práce na základně získaných dat z rozhovorů).

Nejčastěji dívky uváděly, jako zdroj podpory a svůj výběr osoby, které by se v případě problémů svěřily, zejména své **blízké přátele**. Vždy však dodaly, že se musí jednat opravdu o nejbližší okruh, kterému plně důvěřují. Následně nejpočetnější zmiňovanou skupinou osob byla **rodina**. 2 ze studentek také uvedly možnost **linek důvěry**, jako příklad psychologické a poradenské služby. V oblasti školství byl zmíněn jako důvěryhodný příjemce a pomoc **pouze jednou výchovný poradce anebo také školní kaplan**. **Všechny studentky nezávisle na sobě uvedly, že ve školním prostředí nenachází opravdu nikdo** (krom výše uvedených a ze strany dívek jednou zmíněných), **komu by natolik věřily, se kterým by měly dobrý vztah či by jim byl natolik sympatický, aby se v případě svých obtíží svěřily**. Například slečna V. uvedla: „*Teoreticky vím, i když si nemyslím, že to tak v praxi funguje... lidi by se chtěli svěřit někomu ve škole... i když já osobně vyloženě personálu v naší škole fakt ne...*“. Zde tak dívka zmiňuje ochotu se v rámci školy někomu svěřit,

ale odkazuje také na případnou nefunkčnost této možnosti. Slečna W. tak přímo ve své výpovědi zmínila důležitý aspekt nedůvěry v žádného pracovníka školy: „*Ve škole bych se nikomu svěřovat nechtěla. Nemám tam v nikoho takovou důvěru. Z učitelů fakt nikdo a ostatní zaměstnanci taky ne.*“ Po ukončených rozhovorech také mnoho ze studentek zpětně dodávalo, že nad touto otázkou následně přemýšlely a bylo pro ně v podstatě šokující, že na půdě školy nikomu nedůvěřují natolik, aby pro ně byl relevantním zdrojem opory. Toto důležité zjištění se shoduje s již uvedeným problémem v části 3.4.4.3 Problematika prevence a forem pomoci ve školním prostředí, který pojednával o aplikaci důležité role pedagoga jako poradenského a psychologického subjektu, které si mnozí učitelé nemusejí být plně vědomi či k vybraným učitelům naopak žáci nemají tolik důvěry, aby za nimi v případě svých problémů skutečně přišli. Tato zjištěná skutečnost může být také zajímavým impulsem pro zmapování detailnějších důvodů, proč takovýto negativní postoj dívky mají vůči učitelům v návaznosti na další výzkumy.

5.7.5 Suicidium v návaznosti na aktuální dění a postoj společnosti

Je pravdou, že se sebevražedné chování objevuje v každé kultuře a provází nás s různou intenzitou všemi historickými etapami lidského bytí, jak již bylo uvedeno v teoretické části 2.6 Postoje společnosti k sebevraždám. Vždy se tak děje s ohledem na dění a postoj společnosti v tehdejší době. Ani současnost není výjimkou, z toho důvodu byly vytyčeny 3 tematické otázky vztahující se na problematiku sebevražd související s pandemií COVID-19, aktuálním postojem společnosti k sebevražednému jednání a případných zkušeností dívek s tematickou oblastí suicidálního chování vyskytující se na sociálních sítích.

5.7.5.1 Pandemie Covid-19 jako možný faktor zvyšující sebevražednost

Po otázce týkající se důvěryhodných osob v návaznosti na možnost svěřit se následoval názor studentek, zdali si myslí, že pandemie nemoci COVID-19 mohla ovlivnit statistiky týkající se sebevražd. Zde se opět všechny studentky shodly na tom, že tato doba měla dozajista **výrazný vliv na duševní zdraví celé populace a mohla přimět k zvýšení sebevražedného jednání.** Vždy však tuto skutečnost vnímaly osobitým způsobem. Například Slečna W. k této otázce uvedla: „*Ano, jelikož plno lidí ze sebe nemohlo ventilovat své emoce a také tu je ta nejistota z vývoje pandemie. Takže za mě asi počet sebevražd vzrostl, protože lidé měli strach a nechtěli takhle dál žít.*“ **Zmíněný strach z budoucnosti**

a také o zdraví své či blízkých byl jedním z hlavních tématik, které dívky v návaznosti na tuto otázku uváděly. Právě problematika strachu z onemocnění přímo u daného jedince či u osob blízkých, případně také i výčitky z nakažení byly více rozebrány v teoretické části práce „3.2.3.1 Vliv pandemie COVID-19“. Dalším důvodem byla také **dlouhotrvající karanténa a socializační separace**, které tato nemoc přinášela. Dle slov dívek velká část populace trpěla nedostatkem sociálního kontaktu a vzniklé izolovanosti či naopak pro ně bylo náročné během pandemie kohokoliv potkávat z důvodu již zmíněného strachu z nákazy.

Také Slečna M. se k této otázce vyjádřila a popisovala svůj pohled následovně: *„Podle mě teda asi sebevražd přibýlo, nemám to úplně ověřeno, ale vím, co se týče psychických problémů a deprese a úzkostí, tak určitě vzrostla. Je to celkově s tou karanténou, takže ne úplně toho, že by se někdo nakazil covidem, a proto dostal deprese...“* V návaznosti na výpověď slečny M. je zajímavé uvést přednášku od doc. MUDr. Martina Anderse, Ph.D., který právě zmiňuje negativní dopad na duševní zdraví skrze nákazu nemoci COVID-19, tedy myšleno nejen vlivem stresu z pandemie, obavy o život atd. ale hlavně vlivem zánětlivých změn v organismu (Anders, 2022). Během komunikace se však našla i studentka, která nevnímá duševní nemoci vzniklé v návaznosti na pandemii jako hlavní důvod případně zvyšující se sebevraždnosti, ale spíše takto: *„Nějaké malé procento to ovlivnit mohlo ale ne nějak zásadně. Napadá mě jen příklad, že Covid způsobí tak velkou úmrtnost v rodině, že zbylý člen pak nevidí jinou situaci než také zemřít.“* Důvod smrti blízké osoby také může fungovat jako případný zdroj sebevražedných myšlenek na což se rovněž nesmí zapomínat.

Je zajímavé zmínit, že některé z dotazovaných naopak vnímalo karantény alespoň částečně jako pozitivní stav, kdy měly dle jejich slov konečně čas na sebe samou, možnost se nad sebou více zamyslet a pracovat na své emoční stránce. Všeobecně se všechny dívky shodly, že pandemie mohla mít za následek zvyšující se míru sebevražd, vždy však trochu z odlišeného hlediska.

5.7.5.2 Sebevraždy jako tabu a citlivé téma

V kapitole 2.6 Postoj společnosti k sebevraždám se setkáváme s přístupem společnosti k sebevraždám jako k něčemu, co je obecně velmi děsivé a zneklidňuje. Z toho důvodu se další

otázka týkala právě problematiky sebevražd jako případně zakázaného tématu a zdali jej takto studentky vnímají. Převážná část participantek během rozhovoru uvedlo, že toto téma neberou jako zakázané, ale spíše spadající do **tabu či do velmi citlivých**. Nejčastějšími důvody, které byly uvedeny je možné shrnout pomocí odpovědi slečny B., která je ve své výpovědi uvedla takto: „*Myslím, že to je tím, že lidem není příjemné si tyto problémy přiznat ať už u sebe, nebo u ostatních a je těžké se o tom otevřeně bavit. Ti, kteří si sebevražedným obdobím prochází, nebo prošli, o tom radši ani mluvit nechtějí, aby se na ně okolí nedívalo blbě a mají strach, aby na ně nezměnili názor.*“ Jak již bylo uvedeno ve výše zmíněné kapitole teoretické části, strach lidí vůči tématice sebevražd velmi často pramení právě ze strachu, jedná se totiž o skutečnost odrazující konečnost lidského života či je připomínkou bezmocnosti. Slečna M. se ve své výpovědi dotkla další důležité oblasti související s postojem společnosti k sebevraždám: „*Spíš jako tabu téma podle mě. Už je to asi lepší, než to bývalo, ale pořád je to věc, o které se neradi baví nebo když na to člověk naváže, tak vlastně od lidí si vyslouží nepříjemné pohledy a reakce v tom ohledu, že si ty lidi začnou o tom člověku myslet, že je to cvok, protože samy o tom možná nikdy nepřemýšleli. Ale určitě je to lepší, lidi si začínají uvědomovat, že to vlastně není nic špatného a je lepší o tom mluvit, než aby se to tutlalo a pak se to vyvalilo ven, když už je pozdě.*“ Zde dívka odkazuje na problematiku sebevražd z pohledu již kolujících mýtů, které byly také blíže popsány v „2.6.1 Mýty a předsudky v oblasti sebevražednosti.“ Často se v rámci populace můžeme setkat s postojem, že suicidium je záležitostí pouze slabých, duševně chorých, poznamenaných či divných jedinců. Nečiní tak vždy plně úmyslně, ale jedná se o určitý způsob ochrany a obrany, že takováto situace se jim určitě stát nemůže. Je třeba si však uvědomit, že suicidální jednání je stav krize a takováto krize může potkat kohokoliv. Také dívka uvádí důležitost o tomto tématu veřejně hovořit jako jeden z možných preventivních kroků v rámci suicidálního jednání.

Další zajímavostí může být, že některé z participantek uvedly, že je velký rozdíl v tom, kde a s kým se o tomto tématu hovoří. Slečna T. popsala: „*mezi kamarády asi v pohodě, ale s dospělými to úplně ne.*“ Naopak slečna L. „*Tak jako pro mě, nebo teda v mém okolí je to tak, že se o tom můžeme normálně bavit.... Ve škole už vůbec ne. Ještě třeba rodiče, tam si myslím, že trochu tabu je, protože tam to úplně necítím, že bych se o tom mohla*

otevřeně bavit.“ Zde také dodávala, že je to zejména z důvodu vyššího výskytu sebevražd v rodině, a proto je toto téma citlivé.

Cekově se dívky domnívají, že je tato oblast zájmu často v populaci řazena mezi tabu a citlivá témata. Velice záleží, kde o tomto tématu hovoří a nejvíce otevřeně se cítí v kolektivu přátel.

5.7.5.3 Suicidium skrze komentáře a videa na sociálních sítích

3 z dotazovaných dívek si v rámci svého pohybu na sociálních sítích nepamatují nebo si nikdy nevšimly, že by se toto téma na vybraných platformách, jakkoliv řešilo. Naopak 6 uvádělo, že se setkaly alespoň skrze vybrané komentáře zejména na Instagramu. Slečna L. a slečna K. tuto skutečnost demonstrovalo na příkladech navazující spíše na bez ideové a plané fráze účastníků diskuzí, například: *„to je tak hrozná situace, já se z toho snad zabiju“*, ale nedomnívají se, že by to mělo skutečně povahu sebevražedných myšlenek. Slečna K. spolu s dalšími dívkami, např. slečna B., pozorovaly v rámci YouTube či opět na Instagramu sdílené zkušenosti vybraných influencerů se sebevražedným jednáním. Slečna B. svou zkušenost popsala následovně: *„Matně se mi vybavují nějaká videa s příběhy o lidech, kteří sebevraždu spáchali. Zároveň nedávno na Instagramu bylo oznámeno, že jeden poměrně známý influencer ze Slovenska sebevraždu spáchal. Na jeho profil to napsala jeho matka a strhlo to lavinu následných reakcí od dalších influencerů, kteří ho znali. Větší osvětu ale tato událost bohužel nevyvolala.“* Zde dívka odkazovala na snahu vybraných influencerů o tomto tématu veřejně hovořit a podpořit tak prevenci v daném ohledu.

Internetové prostředí, zvláště komunikační platformy, jsou v dnešní době samozřejmou záležitostí, zvláště pro mládež. Z toho důvodu byla nově přidána mezi základní kompetentnosti v RVP také kompetentnost digitální (více v části 3.2.2.2 RVP G) zaměřující se také na oblast duševního zdraví. S pohybem na těchto platformách také souvisí možná rizika, které mohou mít vliv na sebevražedné jednání a jenž byly uvedeny v kapitole 3.4.1 Rizikové faktory a motivy. Z výpovědi dívek však nebylo nikterak patrné, že by pohyb na internetu či přímo na komunikačních platformách měl výrazný negativní vliv či jakkoliv nabádající k sebevraždě.

5.7.6 Přístup školy k problematice duševního zdraví a sebevraždám

Předposlední část otázek se svým obsahem vztahuje na zmapování problematiky duševního zdraví a sebevražd se zaměřením na školní oblast. Zejména se jedná o zjištění, zdali se studentkami učitelé, jakkoliv baví o tématech spojených se smrtí a následně případný zájem dívek o hovory týkající se sebevražd. Dále byl zkoumán výskyt preventivních programů, debat či témat hodin souvisejících s duševním zdravím a také postoj a případný zájem dívek ohledně výskytu preventivních programů týkajících se sebevražd v rámci školy.

5.7.6.1 Minimální komunikace a vysoký zájem dívek o téma sebevražd

V rámci této otázky 5 z dotazovaných participantek uvedlo, že během studia na střední škole s nimi nikdo nikdy nehovořil o této problematice. Pouze slečna E. v návaznosti na tuto otázku zmínila, že škola v reakci na sebevraždu jednoho z žáků uspořádala hodinou přednášku na téma psychohygieny, která však probíhala spíše skrze výklad bez navázání na oblast smrti a získání tematického letáčku s problematikou psychohygieny.

Další 3 dívky zmínily, že tuto problematiku, zvláště v rámci hodin Občanské nauky a Základů společenských věd, „nakously“, avšak velice okrajově. Slečna L. dokonce uvedla svou zkušenost během hodin následovně: *„Takhle... my jsme to měli v rámci ZSV, takže my jsme vlastně debatovali s učitelem o různých tématech a myslím, že o smrti jsme strávili hodně hodin, protože jeho bavilo se na tohle téma bavit, ale bohužel s ním se bavit nedalo, protože to byla taková jednostranná komunikace. On si tvůj názor vyslechl, ale nikdy tam nebylo to, že by se o tom dalo mluvit. Jako „já ti dám svůj názor a ty na něj přistup, abychom mohli debatovat“. Takže mě to přišlo takový... já jsem s ním debatovala asi 2x a pak už ne, protože mi to přišlo zbytečný. Cítila jsem strašný ne respekt ke mně, a přitom nešlo o to něco vyřešit, ale o tom bavit. Já jsem tam jenom cítila to, že mi chce vecpat ten svůj názor a konec...“* Je nutné podotknout, že právě zde dívka uvádí možné zdroje již zmíněné nedůvěry k učitelům, tedy nerespekt k žákům, omezenost v rámci komunikace či nucení názorů daného učitele těmto žákům. Takováto zkušenost je bohužel dle mého názoru kontraproduktivní, a dokonce může velice narušit vztah učitel – žák, kdy student již s učitelem na toto téma nebude chtít, jakkoliv komunikovat. Pouze jedna z dotazovaných studentek popsala zkušenost ohledně komunikace s učitelem na téma smrti a sebevražd v rámci

hodin religionistiky, kdy bylo dle jejích slov dostatek prostoru k probírání této tematiky a zmiňovala i jejich zařazenost v rámci výukových osnov.

S touto skutečností se pojí další otázka vztahující se na komunikaci s učiteli v návaznosti na sebevraždy, kdy byl zjišťován zájem dívek o tuto oblast a proč by se o ní chtěly více bavit. V rámci analýzy všech rozhovorů byl zjištěn **vysoký zájem dívek o komunikaci týkající se sebevražednosti**. Často participantky uváděly, že toto téma vnímají jako velice důležité, zejména z preventivního hlediska, kdy by ocenily lidskou komunikaci pojednávající o sebevraždách či alespoň uvedení možností, kde vyhledat pomoc. Slečna K. na tuto otázku během rozhovoru odpověděla: *„Já osobně ano, protože mi to přijde důležité si nějak lidsky popovídat, že to je a že je vždycky nějaká cesta, aby se to nedostalo až do takové fáze. Zrovna v našem věku, kdy nás dokáže rozhodit snad všechno a bereme to víc emotivně. Ale hodně učitelů se bojí o takových věcech mluvit, anebo prostě podle mě nechtějí.“* Problém strachu či případné neochoty ze strany učitelů hovořit o této problematice může pramenit také například z důvodu nedostatku informací a důležitých školení. Právě tento problém, ale také mnohé další v návaznosti na školní prostředí, byly více rozebrány v části 3.4.4.3 Problematika prevence a forem pomoci ve školním prostředí. Kladně rovněž odpověděla i slečna V., ale také jako jediná dodala, že by velice záleželo, s jakým učitelem by se o tomto tématu bavila: *„Určitě by bylo fajn se o tom bavit, ale možná by to nemělo být zařazené nijak povinně, protože kdybych měla poslouchat učitele, jak říká, že sebevraždy jsou hrozný a měla bych vyhledat pomoc, tak to na mě nepůsobí věrohodně. Je to nucený. Kdyby to byl učitel, kterému věřím a skrze nějaký diskuzní kroužek, kde bysme si o tom povídali, tak to jo.“* Z výpovědi mimo jiné také vyplývá, že by bylo velice důležité, jakým způsobem by daný učitel komunikaci vedl. Pouze jedna z dotazovaných dívek popsala svůj postoj ke komunikaci ohledně sebevražd: *„Nechtěla. Je to špatná věc a bavit bychom se o tom asi úplně neměli.“*

Pro celkovou přehlednost a zopakování výše zmíněných informací byla vytvořena tabulka č. 2 shrnující hlavní důvody zájmu a praktické problémy, které dívky v návaznosti na problematiku komunikace s učiteli ohledně sebevražd zmiňovaly.

DŮVODY ZÁJMU A PRAKTICKÉ PROBLÉMY V OBLASTI KOMUNIKACE S UČITELI V RÁMCI TEMATIKY SEBEVRAŽD

Důvody zájmu	Praktické problémy ve škole
<ol style="list-style-type: none"> 1. Důležitost tématu v návaznosti na jejich citlivý věk 2. Snaha poznat preventivní kroky v oblasti sebevražd 3. Znat formy pomoci v případě problémů a kde je vyhledat 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Strach učitelů o těchto tématech hovořit 2. Neochota učitelů o těchto tématech hovořit 3. Povinnost a nucenost komunikace 4. Nedůvěra vůči vybraným učitelům 5. Prostředí není přívětivé pro toto téma

Tabulka č. 2: **Důvody zájmu a praktické problémy v oblasti komunikace s učiteli v rámci tematiky sebevražd** (vytvořeno autorkou práce na základě získaných dat z rozhovorů).

5.7.6.2 Nízký výskyt a důležitost prevence duševního zdraví a sebevražd

Další otázka mapovala případný výskyt preventivních programů na oblast duševního zdraví u jednotlivých studentek. Pokud se takovéto programy nevyskytují, bylo se následně dotázáno, jestli by o tyto programy dívky měly zájem.

Velkým překvapením pro mě bylo, že **5 z 9 dívek uvedlo nulový výskyt preventivních programů týkající se duševního zdraví v rámci svého studia na daném gymnáziu.** Následně **3 studentky popsaly, že se setkaly s preventivními programy, ale pouze jednou.** Jednalo se vždy pouze o jednogodinové přednášky, ze kterých si dívky dle jejich slov bohužel nic nepamatují a hodina jim tak do života z hlediska duševního zdraví ničím nepřispěla. Pouze jedna ze studentek má dlouhodobější zkušenost v této oblasti, zejména skrze výuku předmětu Základy společenských věd.

Zájem o preventivní programy je díky výše uvedeným informacím značný. Dívky projevíly ve svých výpovědích ohromnou chuť se o tomto tématu dozvědět více a velice by ocenily vhodně vytvořené programy, které by zahrnovaly například jasně a stručně podané informace se zaměřením na specialisty, kteří jim mohou v případě obtíží pomoci

a také nástřel praktických rad (například relaxační techniky atd.), které mohou využívat během života. Je však zajímavé podotknout, že jedna z dotazovaných z dívek uvedla oblast duševního zdraví jako pro ni neprioritní tematiku, žádné preventivní programy v rámci studia neměla a celkově se jí tato oblast nikterak netýká.

Důležitost preventivních programů vztahující se na sebevražednost potvrdilo všech 9 participantek. Například slečna K. uvedla z jakého důvodu by se měly tyto programy objevovat: *„Hlavně aby se zvýšilo povědomí, že sebevraždy jsou a jsou stále aktuální. Často se to lidé snaží ututlat, ale podle mě je to prostě špatně, a naopak by se o tom mělo mluvit. Když si o tom budeme povídat, víc si pak budeme všimát svého okolí, jestli je něco špatně a můžeme tak sami někoho takhle „zachránit“. Takže určitě by tu nějaké ty programy mít měly.“* Slečna M. by v rámci preventivních programů u sebevražd ocenila zejména tuto informační náplň: *„.... Myslím si, že by bylo možná i dobrý v rámci těch hodin třeba psychohygieny, říct těm žákům, kam je možné v té škole zajít, když je problém a už ten člověk neví jak dál a už nemůže. Poslední možnost, jak toho člověka zachránit. Aspoň to vědět, že tam někde ta pomoc je a že nám může někdo pomoci. A že to bude vždycky tajné a nebude se nikde jmenovat, vypovídat se a že mu bude ten člověk ochoten pomoci a nevykašle se na něj“.* **S předáním důležitých kontaktů a s příklady možné pomoci skrze vytvořené programy souhlasilo nezávisle na sobě 6 dalších studentek, se zdůrazněním nutnosti o takovýchto tématech mluvit bez ostychu, protože se mohou stát komukoliv.** Slečna B. podle mého názoru velice pěkně shrnula celkovou podstatu prevence sebevražd ve své výpovědi: *„Podle mého názoru je prevence a nějaká osvěta velice důležitá. Děti by měli vědět, na koho se v takových případech mají obrátit, pokud se něco děje jim samotným, anebo si podezřelého chování všimnou u kamarádů. Bylo by dobré i přibližně zmapovat proces, kterým mohou dospívající dojít až k sebevraždě, a schéma a různá varovná znamení poté prezentovat na školách. Tak by měli žáci i učitelé šanci, zastavit průběh v dřívější fázi než v moment, kdy už se člověk o sebevraždu skutečně pokusí.“*

5.7.7 Možné formy pomoci samotných dívek a jejich poselství

Předposlední otázka celého rozhovoru byla směřována na možné formy podpory a pomoci přímo skrze dívky, tedy jak by ony případně pomohly někomu, kdo aktuálně přemýšlí nad sebevraždou. Nejčastěji volenou metodou, kterou studentky popisovaly, byla dozajista

podpůrná komunikace s prvky laického „terapeutického“ vyslechnutí jako to nejmenší, co mohou oni samy udělat. Například slečna K. ve své výpovědi uvedla: *„Alespoň být mu oporou. Asi to není hodně, ale myslím, že i vyslechnutí umí udělat hodně. Samozřejmě jsou tu nějaké linky důvěry a odborná pomoc, ale myslím, že málokdy si ten člověk tímto způsobem umí o pomoc říct.“* V návaznosti k této problematice slečna N. také dodává, že pomoc a další podpůrné prvky může poskytnou jen osobě, která ji věří, a je ochotná se jí svěřit. Úskalí otevřeně se svěřit u osoby smýšlející nad smrtí zde dívky popisovaly jako velmi problematickou. Dalším krokem po uskutečnění rozhovoru by byla pomoc s vyhledáním odborné pomoci, zejména tak specialistů z oboru psychologie a medicíny.

Nutno dodat zajímavou myšlenu, kterou vyslovila slečna E. a jež vnímala tuto pomoc také skrze možná rizika pro toho, kdo pomocnou „ruku“ podává: *„...je to veliké břemeno. Můžeš samozřejmě udělat pro daného člověka cokoli, ale ať už se třeba sebepoškozuje, dáváš si to následně za vinu, protože jsi pro něj mohl udělat více. Někdy může dojít až k manipulaci ze strany člověka co přemýšlí nad sebevraždou. Protože já osobně jsem schopná udělat pro druhé cokoli, když je mám ráda, takže samozřejmě pomůžu, ale člověk si musí udržet určitou hranici a odstup. Je to individuální, bylo by lepší vyhledat odbornou pomoc a mít kolem sebe k tomu přátele je užitečné.“*

Poslední otázka byla věnována přímo dotazovaným dívkám a jejich případnému poselství dalším studentkám na gymnáziích, ale tak všem, kteří si aktuálně prochází nelehkou situací a přemýšlí nad sebevraždou. Některé z dívek dlouho nevěděly, co v tomto případě vzkázat, ale **8 z nich se nakonec rozhodlo ke sdílení jejich poselství.**

V návaznosti na jednotlivé vzkazy byl vytvořen jeden společný, který zahrnuje nejpodstatnější jádro všech odpovědí: **Je normální a naprosto v pořádku se během života někdy cítit nesvůj či dokonce mizerně. Nikdy však není tak špatně, aby si se musel/a vydat touto cestou a jakmile to jednou uděláš, už není cesty zpět. Vždycky je v každém problému řešení a možnost volby, i když to možná v dané situaci nejsi schopen/schopna vidět, ale právě proto je nutné být informovaný/á, nepřemýšlet o zbytečnostech a vědět, že nejsi nikdy sám/sama. Teď jde o to, jestli chceš nebo nechceš a pokud chceš, nejdůležitější je udělat první krok a nebát se vyhledat vhodnou pomoc.**

5.8 Shrnutí výsledků výzkumu

Pomocí podrobné analýzy všech výsledků bylo v rámci výzkumu v návaznosti na cíle této práce zjištěno následující:

1. Hodnota duševního zdraví je pro studentky v rámci kvality života nesmírně důležitá a na něhož má největší negativní vliv zejména tlak na výsledky a problémy ze strany rodiny, školní prostředí spojené se stresem a šikanou ze strany spolužáků nebo i učitelů, včetně osobnostních problémů spjatých s pocity sebelítosti, samoty, nedokonalosti nebo nedostatečnosti či problémy v užším okruhu přátel a vztahové rovině (např. hádky, rozchody). Následně mohou být tyto faktory spouštěčem myšlenek nad sebevraždou či přímým důvodem uskutečnění suicida u studentů gymnázií. Péče o duševní zdraví probíhá skrze sport, oblíbené záliby (malování, poslech hudby tad.), péče o mazlíčky, distanc od lidí či naopak komunikace s přáteli apod.
2. Z oblasti genderu jsou dívky dle většiny studentek ohledně tématu sebevražd komunikativnější než chlapci, kteří jsou více uzavření. Výběr školy zde není dle většiny dívek prioritním faktorem ovlivňující vnímání sebevražd.
3. Většina dotazovaných studentek má ze svého okolí či přímo z rodiny zkušenosti se sebepoškozováním, sebevražedným pokusem nebo dokonanou sebevraždou (např. předávkování léky či skok z mostu). Několik dotazovaných dívek o sebevraždě již reálně přemýšlelo (např. z důvodu celoživotní nemoci a následné šikany ze strany sourozence) a jedna z nich se o ni několikrát pokusila.
4. V případě problémů vyhledávají podporu a pomoc zejména u blízkých přátel a rodiny z důvodu důvěrného vztahu a pocitu bezpečí. Školní prostředí bylo uvedeno jako místo s velmi nízkou důvěrou s výjimkou jednou zmíněného výchovného poradce a školního kaplana.
5. Situace s pandemií COVID-19 může mít dle studentek za následek zvyšující se míru sebevražd z důvodu strachu z nákazy a ohrožení blízkých osob, izolace a separace od lidí. Následně dle jejich názoru společnost vnímá tematiku sebevražd, ne jako zakázané, ale jako velmi citlivé či tabu. Většina dívek se skrze sociální sítě setkala

s tématem sebevražd, zejména v komentářích a videích influencerů, které nikterak nenabádali k uskutečnění sebevraždy.

6. Většina studentek nemá téměř žádné zkušenosti s komunikací s učiteli ohledně tematiky smrti a sebevražd. Byl projeven výrazný zájem o tyto aktivity zejména z důvodu: důležitosti tématu v návaznosti na jejich citlivý věk, snaha poznat preventivní kroky v oblasti sebevražd, formy pomoci v případě problémů a kde je vyhledat. Následně byly pomocí studentek také vytyčeny určité problémy s případnou komunikací s učiteli na toto téma: strach či neochota učitelů o těchto tématech hovořit, povinnost a nucenost komunikace, nedůvěra vůči vybraným učitelům či nepřívětivé prostředí pro toto téma.
7. Převážná část dívek uvedla nulový výskyt preventivních programů týkající se duševního zdraví na daném gymnáziu a pokud se již vyskytovaly, nebyly v rámci praktičnosti a podpory duševního zdraví přínosné. Pouze jedna ze studentek má dlouhodobější zkušenost v této oblasti.
8. Důležitost a potřebu preventivních programů vztahující se na sebevražednost potvrdily všechny studentky. Hlavní náplní programů by mělo být předání důležitých kontaktů s příklady možné pomoci se zdůrazněním nutnosti o takovýchto tématech mluvit bez ostychu, protože se mohou stát komukoliv. Samy by se člověku, který smýšlí nad sebevraždou, pokusily nejdříve pomoci skrze rozhovor a následně pomohly vyhledat potřebnou profesionální pomoc.

Význam výzkumu spočívá zejména v uvedení aktuálních postojů, názorů a zkušeností dívek týkající se duševního zdraví a sebevražedného jednání v určité vymezeném kraji v ČR v návaznosti na zmapování rizikových oblastí a následných tolik potřebných preventivních kroků zejména na půdě školy

5.9 Diskuse

Tato část práce je věnována diskusi vybraných výsledků získaných z rozhovorů. Dané výsledky, které byly zvoleny autorkou práce, bylo zajímavé porovnat z již vytvořenými výzkumy či tematickými pracemi z oblasti problematiky duševního zdraví anebo se zaměřením na sebevražedné jednání směřující na věkovou kategorii adolescentů.

Jedna z otázek v rozhovoru se týkala skutečnosti, za kým by se dívky vydaly případě svých problémů a komu by byly ochotné se se svými problémy svěřit. V návaznosti na tuto oblast zájmu byl vyhledán zahraniční výzkum z Nizozemí s názvem „*Adolescents' Views on Seeking Help for Emotional and Behavioral Problems: A Focus Group Study*“, v překladu „*Názory dospívajících na hledání pomoci při emocionálních problémech a problémech s chováním: studie fokusové skupiny*“ (van den Toren et al., 2019), který zjišťoval, kde mladí dospělí a jakým způsobem vyhledávají během obtíží pomoc. Celkem se výzkumu zúčastnilo 14 fokusních skupin se 71 účastníky s průměrným věkem 15 let. Zde, podobně jako u výzkumu této práce, bylo zjištěno, že nejčastější možností volby v případě problémů by směřovala na blízké přátele či rodinu z důvodu věrného vztahu a podpory. Naopak rozdíl mezi oběma výzkumy byl zejména ten, že jako další možností nizozemští studenti uváděli školní mentory či dokonce zdravotnický personál a zdravotní péči o mládež. Zdravotnickou oblast zmiňovaly zejména dívky. V našem případě však všechny studentky nezávisle na sobě uvedly, že ve školním prostředí nenachází opravdu nikdo (krom jednou zmíněného výchovného poradce a školního kaplana), komu by věřily, se kterým by měly dobrý vztah či by jim byl natolik sympatický, aby se v případě svých obtíží svěřily. Zdravotnická zařízení se ve výpovědi participantek neuváděly v žádném směru. Možným důvodem vyhledání pomoci u zaměstnanců školy a také ve zdravotnických službách v rámci výsledků zahraničního výzkumu může být odlišný postoj ve vnímání těchto institucí a vzájemný vztah v Nizozemsku. Možným doporučením pro české školství a zdravotnictví by mohlo být budování kvalitnějších vztahů a tvorba přátelštějšího prostředí v návaznosti na věkovou kategorii dospívajících z důvodu prevence a včasné pomoci u duševních problémů a sebevražedného jednání.

Mezi otázkami, které byly studentkám pokládány se objevila také jedna zaměřující se na sebevražedné jednání v jejich okolí, respektive zdali znají někoho, kdo se o sebevraždu pokusil či se mu akt skutečně zdařil. Na základně informací z výzkumu v rámci této práce bylo zjištěno, že ze svého okolí má zkušenost 7 z 9 dotazovaných dívek (tedy 77,7 %), kdy se nejčastěji jednalo o rodinné příslušníky, spolužáky ze základní školy či přímo z jejich aktuální školy, přátele a známé. Ve vybrané bakalářské práci na téma „*Postoje na sebevražedné jednání u adolescentů*“ (Čunátová, 2018) se také nacházela obdobná otázka v tomto znění: „*Znáš někoho ve svém okolí, kdo se pokusil o sebevraždu?*“. Z dotazníkového

šetření celkového počtu 72 respondentů, 70 % žáků vybraných 2 středních škol z Písku odpovědělo, že nikoliv. Pokud nyní porovnáme zjištěná data z obou výzkumů, že patrné, že ve výzkumu této diplomové práce je prevalence výskytu sebevražedného jednání v okolí studentek na území Plzeňska vyšší. Možným důvodem takovýchto výsledků může být například větší rozptyl studentek v rámci vícero měst na území Plzeňska či zkrátka vyšší počet sebevražd na tomto území. Z demografického hlediska je právě toto tvrzení velice pravděpodobné, protože dle uvedených statistik se sebevraždy konají v rámci ČR častěji západě a v pohraničí (ČSÚ, 2021b). V každém případě je nutné podotknout, že se sebevražedným jednáním lze setkat všude a již žáci středních škol se s touto skutečností střetávají, z toho důvodu je potřeba o této problematice hovořit a adekvátně s ní pracovat se zaměřením na potřebné prvky prevence a podpory.

Tímto způsobem by bylo možné následně porovnat veškeré získané výsledky z výzkumu této práce, avšak toto nebylo hlavním cílem diskusní části. Bylo zde snahou přispět dalšími pohledy na vybrané aspekty výsledků výzkumu a vzájemně tyto data pro zajímavost porovnat.

Závěr

Cílem této diplomové práce bylo získat a sepsat hlavní a důležité informace týkající se problémů duševního zdraví se zaměřením na poznatky ohledně suicidálního chování vyskytující se u studentek, jež studují na gymnáziích v Plzeňském kraji a poukázat na důležitost věnovat těmto tématům pozornost nejen v učitelské praxi, ale ve všech oblastech.

V teoretické části se setkáváme s popisem zdraví a duševního zdraví v návaznosti na jeho důležitost. Zvláště duševní zdraví je nedílnou součástí života, stejně důležitou jako zdraví fyzické, spirituální, enviromentální či sociální. Pomáhá nám správně fungovat v rámci společenstva, ale je nám také pomocníkem a zdrojem pohody pro sebe sama. Lidská existence je mnohdy naplněna nelehkými situacemi a ovlivňována vybranými determinanty jako jsou například životní styl, genetika, zdravotní služby atd., které mohou mít výrazně negativní vliv. Právě duševní zdraví je pro jedince nezbytnou součástí, které napomáhá toto všechno svým osobitým způsobem zvládnout a plnohodnotně tak prožívat život. Bohužel ne každý jedinec sřet s dlouho trvajícými náročnými životními situacemi zvládne vyřešit bez následků. Velice často se objevují psychické potíže až choroby spojené se stresovými a úzkostnými stavy vedoucí například ke schizofrenii, afektivním poruchám a mnoho dalším. I tyto poruchy můžou být jedním z možných důvodů, proč následně lidé přemýšlí nad sebevraždou. Suicidální jednání je stále aktuální problém celosvětového měřítka objevující se u všech skupin obyvatelstva z mnoha různých důvodu (například stres, pocity beznaděje, finanční situace, problematické dětství, zneužití apod.) a může se tak týkat kohokoliv, i přesto, že se ve společnosti stále setkáváme s mnoha mýty a předsudky na toto téma. Sebevražedné jednání též provází celé spektrum fází, tedy vše od sebevražedných myšlenek přes suicidální tendence a pokus včetně dokonané sebevraždy. Zejména věková kategorie adolescentních jedinců, i přes svou zdravě vyhlížející stránku, patří mezi nejrizikovější skupiny obyvatel v oblasti sebevražd. Toto jednání se tak řadí na 2. místo mezi příčinami smrti mladistvých, hned po nehodách. Reálný počet konečných sebevražd u adolescentů je nejspíše bohužel o dost vyšší, než jak jsou uvedeny v odborných statistikách, a to zejména kvůli přepisování některých úmrtí k vraždám, úrazům či například řízení pod vlivem alkoholu. Mezi hlavní důvody se řadí například rozepře a spory v rodině,

potíže ve školním prostředí, ztráta blízké osoby, zneužívání, týrání a šikana, pocit nepochopení, samota či nejasnost ve své sexualitě apod. V návaznosti na tyto, ale i mnohé jiné důvody se u adolescentů taktéž mohou objevit psychické potíže, zejména tak schizofrenie, afektivní poruchy, poruchy příjmu potravy a úzkostné poruchy, kdy se mladiství s těmito stavy nemusí o samotě vhodně vypořádat a jediné východisko mohou vidět skrze suicidální jednání. Z toho důvodu je třeba, zejména ve školním prostředí, kde daný jedinec tráví převážnou část dne, kvalitně pečovat o duševní zdraví skrze správně vedenou výuku předmětů vztahující se na tuto problematiku a taktéž různé preventivní programy vytvořené ve spolupráci specialistů a pedagogického sboru fungujícího na půdě školy. Nedílnou součástí je rovněž aktivní fungování zejména učitelů v rámci podpory a prevence sebevražedného jednání. Zde se však obecně setkáváme s problémem souvisejícím s nedostatkem informací z oblasti suicidálního jednání věnovaných pro pedagogy v návaznosti na tolik potřebné supervize a školení, ale také možné chybějící preventivní programy pro žáky a studenty či obecnou nechuť nebo dokonce strach učitelů se o těchto tématech se studenty bavit. Právě zmíněné problémy je třeba v následujících letech v návaznosti na zvyšující se míru duševních poruch a případných následných pokusů či dokonce dokonáných sebevražd u mladistvých, řádně ve školním prostředí vyřešit a zejména jim předcházet například skrze zpozorování varovných příznaků u daného žáka a dobré vztahy učitel a žák, kdy nebude mít daný student strach nebo dokonce odpor se svými problémy svěřit právě jemu. Zejména pro mladistvé je sociální opora nezbytnou záležitostí, kdy právě tento pomocný jedinec může daného člověka trpícího dlouhotrvajícím problémem alespoň vyslechnout a následně mu pomoci vyhledat další odborné specialisty.

I přesto, že je problematika duševního zdraví a sebevražedného jednání ve věkové kategorii adolescentů velice důležitou oblastí, bohužel stále neexistuje dostatek odborných, aktuálních, českých výzkumů věnujících se právě této skutečnosti, které by mohly pomoci ke zjištění podstatných informací vedoucích k vhodnějším preventivním krokům a následně kvalitnější a podstatně rychlejší pomoci. Z toho důvodu byl vytvořen výzkum, ve kterém bylo cílem zjistit aktuální názory, postoje, zkušenosti vybraných participantů na tematickou oblast duševního zdraví v návaznosti na suicidální jednání v určité vytyčené oblasti, to jest soubor gymnázií na území specifikovaného kraje. Do polostrukturovaného rozhovoru (metoda kvalitativního výzkumu) se zapojilo 9 studentek ve věku 14-18 let z 8 různých

gymnázií v Plzeňské kraji. Největší část výzkumu následně tvoří výsledky a interpretace získaných dat z rozhovorů vytvořených s těmi to studentkami a jejich vzájemné porovnání. Duševní zdraví je pro tyto studentky velice důležitou skutečností symbolizující zejména duševní pohodu, které se v případě nepohody a negativního vlivu vybraných determinantů (např. rodina, škola, práce, počasí, přátele, životní styl atd.) projeví zejména na funkčnosti a komunikaci s okolím, ale také na jejich přímém fyzickém zdraví. Koncept sebevražd je vnímám skrze široké spektrum různých fází od myšlenek po samotné uskutečnění, rovněž převážně jako volba a rozhodnutí každého člověka. Samozřejmostí byl také výskyt odlišných a nesouhlasných názorů, kdy sebevraždy nejsou pouze na daném jedinci, ale obnáší mnoho proměnných. Výjimkou se stala oblast eutanázií. V návaznosti na studium vidí studentky gymnázií rizika zvyšující pravděpodobnost sebevražd nejvíce skrze tlak ze strany rodiny, okolí, školy, ale také osobnostní problémy či dokonce možné formy ublížení na zdraví. Rozdíl mezi pohlavími či ve výběru škol, v rámci pohledu na sebevraždy, pro většinu dívek nebyl prioritním faktorem, spíše opět navazující na faktory rodinného prostředí či osobnostní charakteristiku daného jedince. Avšak je nutné podotknout, že se zde vybraná dívka dotkla zajímavého tématu vztahující se na případné vyšší riziko negativních jevů na jiných typech středních škol. Smutným zjištěním pro mě byla skutečnost, že mnoho dotazovaných dívek o sebevraždě smýšlelo, jedna z nich se již bohužel opakovaně o sebevraždu pokusila a také obecně studentky ve svém okolí znají mnoho jedinců, kteří se o akt snažili či se jim dokonce podařil. Dalším nečekaným objevem byla také nedůvěra dívek v pedagogický sbor jako zprostředkovatele opory a pomoci, v případě jejich osobních problémů. S tímto faktem také souvisí minimální komunikace s učiteli ohledně tematiky smrti a sebevražd, které dívky vnímají jako velice důležité a potřebné. Zejména v návaznosti na pandemii COVID-19, která dle jejich slov mohla mít za následek zvýšení sebevražd v populaci či z důvodu skutečnosti, že se na sociálních sítích mnoho dívek setkává s diskuzemi ohledně sebevražd či dokonce preventivních aktivit spojených s tímto tématem. V rámci studia na gymnáziu také participantky uváděly negativní či nulové zkušenosti s preventivními programy týkající se duševního zdraví a také výrazný zájem o programy související se suicidálním jednáním v návaznosti na prevenci a uvedení hlavních bodů a zdrojů pomoci. Samy dívky by člověku v nouzi pomohly zejména skrze rozhovor a možnost svěřit se, včetně pomoci s vyhledáním odborníků z praxe. Nedílnou součástí

rozhovorů byla také určitá sdělení a poselství samotných dívek nejen pro studentky gymnázií, ale všem, kteří přemýšlí nad sebevražedným jednáním.

V návaznosti na menší počet participantů je nutné podotknout, že výsledky tohoto výzkumu nelze aplikovat na celostátní měřítko v rámci problematiky duševního zdraví v návaznosti na suicidální jednání u adolescentů. Dalším limitujícím faktorem tohoto výzkumu, krom nižšího počtu participantek, je také případný výskyt stereotypů, jež mohou ovlivnit náhled dívek na vybrané úseky otázek, například v otázce genderového vnímání či vlivu různých typů středních škol. Tato práce byla věnována vybranému vzorku se zaměřením na studentky gymnázií ženského pohlaví na území Plzeňského kraje, kdy bylo cílem získat a sepsat jejich názory, postoje a zkušenosti s tímto tématem.

Dozajista zajímavým navázáním na tuto práci, a tedy možným pokračujícím výzkumem, by mohla být studie zaměřující se na zjištění problematiky duševního zdraví se spojením na sebevražedné jednání s rozšířením typu škol, případně s porovnáním u obou pohlaví. Tyto výsledky by mohly být zajímavé zvláště na vytyčení možných rizikových faktorů, které na jedince působí a následného zajištění vhodných preventivních kroků, zejména tedy v oblasti vybraných typů škol. Další výzkum by bylo možné dozajista zaměřit také na detailnější mapování vztahů důvěry mezi učitelem a žákem, s cílem zjistit možné důvody negativního vztahu a následně jako tuto případnou skutečnost změnit.

Psaní této práce pro mě bylo obrovskou výzvou nejen z důvodu velikosti a rozsahu, ale zejména z obsahového hlediska. Tato tematická oblast je sice velice náročná na psychickou stránku, ale nesmírně důležitá. Díky ní jsem poznala mnoho skvělých osob, zejména dívek studujících na vybraných gymnáziích a uvědomila jsem jak silné a odvážné, ale zároveň velice křehké mohou tyto studentky být. Je naší povinností, jako budoucích či aktuálních učitelů, být dětem a mladistvým oporou v nelehkých situacích, u kterých se nebojí se svými problémy svěřit a mít v nás tak důvěru. Toto je jedním z našich důležitých posláních, bez kterého nelze být skutečně plnohodnotným učitelem pro své žáky a studenty. Nemohu si tak odpustit citát jednoho velikánů pedagogické profese, Jana Amose Komenského, jenž kdysi vyslovil: *„Cílem vzdělání a moudrosti je, aby člověk viděl před sebou jasnou cestu života, po ní opatrně vykračoval, pamatoval na minulost, znal přítomnost a předvídal budoucnost.“*

Knižní zdroje

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

BÁRTLOVÁ, S., MATULAY, S., 2009. Sociologie zdraví, nemoci a rodiny. Vydání neuvedeno. Martin: Osveta. ISBN 978-80-8063-306-6.

BENSON, Nigel C. Psychiatrie. Ilustroval PIERO. Praha: Portál, 2010. Seznamte se--. ISBN 978-80-7367-671-1.

BROULÍKOVÁ, Hana Marie, Martin DLOUHÝ a Petr WINKLER. Ekonomické hodnocení ve zdravotnictví: zaměřeno na duševní zdraví. Klecany: Národní ústav duševního zdraví, 2020. ISBN 978-80-87142-40-0.

ČUNÁTOVÁ, Kateřina. Postoje k sebevražednému jednání u adolescentů. 2018. Bakalářská práce. Univerzita Karlova, Husitská teologická fakulta, HTF - Katedra učitelství. Vedoucí práce Vágnerová, Marie.

DE BEURS, Derek. Mýty o sebevraždě: Jak o ní přemýšlet a mluvit. Praha: Portál, 2021. ISBN 978-80-262-1812-8.

DOLEJŠ, Martin, Vanda KASALOVÁ a Lucie VAVRYSOVÁ. Kdo a co řídí české adolescenty?. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2018. ISBN 978-80-244-5425-2.

DUŠEK, Karel a Alena VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ. První pomoc v psychiatrii. Praha: Grada, 2005. Psyché (Grada). ISBN 80-247-0197-9.

FISCHER, Slavomil a Jiří ŠKODA. Sociální patologie: analýza příčin a možnosti ovlivňování závažných sociálně patologických jevů. Praha: Grada, 2009. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-2781-3.

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

FONTANA, David. Psychologie ve školní praxi: příručka pro učitele. Vyd. 4. Přeložil Karel BALCAR. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0741-2.

- FRANKEL, Bernard a Rachel KRANZ. O sebevraždách. Praha: Nakladatelství Lidové noviny, 1998. Linka důvěry. ISBN 80-7106-234-0.
- HAMPLOVÁ, Lidmila. Veřejné zdravotnictví a výchova ke zdraví: pro zdravotnické obory. Praha: Grada Publishing, 2019. Sestra (Grada). ISBN 978-80-271-0568-7
- HARTL, Pavel a Helena HARTLOVÁ. Psychologický slovník. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-303-X.
- HAVRÁNKOVÁ, Olga. Sebevražednost seniorů. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum, 2021. ISBN 978-80-246-4822-4.
- JAHODA, Marie. Current Concepts of Positive Mental Health. 1. vyd. New York: Basic Books, 1958. 136 s. Dostupné online:
- JEDLIČKA, Richard. Poruchy socializace u dětí a dospívajících: prevence životních selhání a krizová intervence. Praha: Grada, 2015. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-5447-5.
- KEBZA, Vladimír., 2005. Psychosociální determinanty zdraví. 1. vydání. Praha: Academia. ISBN 9788020013071.
- KOUKOLÍK, František. Metuzalém: o stárnutí a stáří. Praha: Karolinum, 2014. ISBN 978-80-246-2464-8.
- KOUTEK, Jiří a Jana KOCOURKOVÁ. Sebevražedné chování. Vyd. 2. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-349-9.
- KOVAŘÍKOVÁ, Miroslava a Eva MARÁDOVÁ. Didaktika výchovy ke zdraví a bezpečí v kontextu kurikulární reformy a učitelského vzdělávání. Praha: Univerzita Karlova, Pedagogická fakulta, 2020. ISBN 978-80-7603-142-5.
- KRAUS, Blahoslav a Jolana HRONCOVÁ. Sociální patologie. Vyd. 2. Hradec Králové: Gaudeamus, 2010. ISBN 9788074350801.
- KRAUS, Blahoslav. Sociální deviace v transformaci společnosti. Hradec Králové: Gaudeamus, 2015. ISBN 978-80-7435-575-2.
- KRCH, František David. Mentální anorexie. 2., přeprac. vyd. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-807-4.

- KRIEGELOVÁ, Marie. Záměrné sebepoškozování v dětství a adolescenci. Praha: Grada, 2008. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-2333-4.
- KŘIVOHLAVÝ, Jaro. Jak zvládat depresi. 3., aktualiz. a rozš. vyd. Praha: Grada, 2013. Psychologie pro každého. ISBN 978-80-247-4774-3
- KŘIVOHLAVÝ, Jaro. Psychologie zdraví. Vyd. 3. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-568-4.
- LÁTALOVÁ, Klára, Dana KONČELÍKOVÁ a Ján PRAŠKO. Suicidialita u psychických poruch. Praha: Grada, 2015. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-4305-9.
- MAHROVÁ, Gabriela a Martina VENGLÁŘOVÁ. Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním. Praha: Grada, 2008. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2138-5.
- MACHOVÁ, Jitka a Dagmar KUBÁTOVÁ. Výchova ke zdraví. 2., aktualizované vydání. Praha: Grada. 2015. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-5351-5.
- MARKOVÁ, Eva, Martina VENGLÁŘOVÁ a Mira BABIAKOVÁ. Psychiatrická ošetrovatelská péče. Praha: Grada, 2006. Sestra (Grada). ISBN 80-247-1151-6.
- MARKOVÁ, Marie. Determinanty zdraví. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2012. ISBN 978-80-7013-545-7.
- MARTÍNEK, Zdeněk. Agresivita a kriminalita školní mládeže. 2., aktualizované a rozšířené vydání. Praha: Grada, 2015. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-5309-6.
- MATOUŠKOVÁ, Ingrid. Aplikovaná forenzní psychologie. Praha: Grada, 2013. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-4580-0.
- MÍČEK, Libor. Duševní hygiena: vysokoškolská učebnice pro studenty filozofických fakult oboru psychologie. Praha: SPN, 1984. Učebnice pro vysoké školy (Státní pedagogické nakladatelství).
- MKN-10: mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů : desátá revize : obsahová aktualizace k 1.1.2018. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2018. ISBN 978-80-7472-168-7.

- MONESTIER, Martin. Dějiny sebevražd: dějiny, techniky a zvláštnosti dobrovolné smrti. Praha: Dybbuk, 2003. ISBN 80-903001-8-9.
- NOVÁK, Tomáš. Mnohem menší dareba, než jste čekali. Praha: Grada, 2014. Psychologie pro každého. ISBN 978-80-247-5069-9.
- NOVÁKOVÁ, Iva. Zdravotní nauka: učebnice pro obor sociální činnost. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-3708-9.
- NÝVLTOVÁ, Václava. Psychopatologie pro speciální pedagogy. Vyd. 2., upr. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského, 2010. ISBN 978-80-86723-85-3
- OREL, Miroslav. Psychopatologie: nauka o nemocech duše. 3., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada, 2020. Psyché (Grada). ISBN 978-80-271-2529-6.
- PAPEŽOVÁ, Hana a Jana HANUSOVÁ. Poruchy příjmu potravy: příručka pro pomáhající profese. Praha: Klinika adiktologie, 1. lékařská fakulta Univerzity Karlovy v Praze a Všeobecné fakultní nemocnice v Praze ve vydavatelství Togga, 2012. ISBN 978-80-87258-98-9.
- PAPEŽOVÁ, Hana, ed. Spektrum poruch příjmu potravy: interdisciplinární přístup. Praha: Grada, 2010. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-2425-6.
- PETR, Tomáš a Eva MARKOVÁ. Ošetřovatelství v psychiatrii. Praha: Grada, 2014. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4236-6.
- PROCHÁZKA, Miroslav. Sociální pedagogika. Praha: Grada, 2012. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-3470-5.
- PROCHÁZKA, Roman. Teorie a praxe poradenské psychologie. Praha: Grada, 2014. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-4451-3.
- PTÁČEK, Radek a Petr BARTŮNĚK, ed. Eutanazie - pro a proti. Praha: Mladá fronta, 2019. Edice celoživotního vzdělávání ČLK. ISBN 978-80-204-5339-6.
- ŘÍČAN, Pavel a Dana KREJČÍŘOVÁ. Dětská klinická psychologie. 4., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2006. Psyché (Grada). ISBN 80-247-1049-8.

- ŘÍČAN, Pavel. Cesta životem: [vývojová psychologie]: přepracované vydání. 3. vyd. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0772-6.
- SOBOTKOVÁ, Veronika. Rizikové a antisociální chování v adolescenci. Praha: Grada, 2014. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-4042-3.
- SVOBODA, Jan a Leona JOCHMANNOVÁ. Krizové situace výchovy a výuky. Praha: Stanislav Juhaňák - Triton, 2015. ISBN 978-80-7387-935-8.
- ŠPATENKOVÁ, Naděžda. Krize a krizová intervence. Praha: Grada, 2017. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-5327-0.
- ŠPATENKOVÁ, Naděžda. Krize: psychologický a sociologický fenomén. Praha: Grada, 2004. Psyché (Grada). ISBN 80-247-0888-4.
- ŠPATENKOVÁ, Naděžda. Poradenství pro pozůstalé: principy, proces, metody. 2., aktualiz. a dopl. vyd. Ilustroval Jitka ŘENČOVÁ. Praha: Grada, 2013. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-3736-2.
- ŠTEFAN, Jiří a Jan MACH. Soudně lékařská a medicínsko-právní problematika v praxi. 1. vydání. Praha : Grada, 2005. s. 152. ISBN 80-247-0931-7
- ŠVARŤÍČEK, Roman a Klára ŠEĎOVÁ. Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách. Vyd. 2. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0644-6.
- ULRICHOVÁ, Monika. Člověk, stres a osobnostní předpoklady: souvislost osobnostních rysů a odolnosti vůči stresu. Ústí nad Orlicí: Oftis ve spolupráci s Pedagogickou fakultou Univerzity Hradec Králové, 2012. ISBN 978-80-7405-186-9.
- VÁGNEROVÁ, Marie. Psychopatologie pro pomáhající profese / Marie Vágnerová. Vyd. 3., rozš. a přeprac. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-802-3.
- VÁCHA, Marek Orko. Eutanázie: definice, historie, legislativa, etika. Praha: Grada Publishing, 2019. ISBN 9788027125753.
- VALIŠOVÁ, Alena, Hana KASÍKOVÁ a Miroslav BUREŠ. Pedagogika pro učitele. 2., rozš. a aktualiz. vyd. Praha: Grada, 2011. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-3357-9.

VIEWEGH, Josef. Sebevražda a literatura. Brno: Psychologický ústav Akademie věd České republiky, 1996. ISBN 80-85880-10-5. 282 s.

VODÁČKOVÁ, Daniela. Krizová intervence. 3. vyd. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0212-7.

VODÁČKOVÁ, Daniela. Krizová intervence: [krize v životě člověka: formy krizové pomoci a služeb]. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-696-9.

VYMĚTAL, Jan. Úvod do psychoterapie. 3., aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2010. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-2667-0.

Elektronické zdroje

ADDP. *Schizofrenie v dětství a adolescenci*. [online]. 2019 [cit. 15.05.2021]. Dostupné z: <https://www.addp.cz/dusevni-poruchy/schizofrenie-v-detstvi-a-adolescenci/>

ANDERS, Martin. *Převratný vývoj koncepce vztahu těla a duše?* [online]. 2022 [cit. 31.03. 2022]. Dostupné z: <https://www.tydenmozku.cz/program/akce?id=188&a=prevratny-vyvoj-koncepce-vztahu-tela-a-duse->

ANTONOVÁ, Michaela a ARTLOVÁ, Markéta. *Statistická analýza sebevražednosti v České republice z pohledu časových řad*. [online]. 2016 [cit. 08.03. 2022]. Dostupné z: https://www.czso.cz/documents/10180/33199359/Clanek2_Artlova.pdf/76accfce-2683-40a6-b9a5-72345dccfed4?version=1.2

APA. *Teen Suicide is Preventable*. [online]. 2008 [cit. 07.03. 2022]. Dostupné z: <https://www.apa.org/research/action/suicide>

BRDIČKA, Bořivoj. *Wellbeing podle Common Sense*. [online]. 2020 [cit. 12.02. 2022]. Dostupné z: <https://clanky.rvp.cz/clanek/c/Z/22585/wellbeing-podle-common-sense.html>

Centers for Disease Control and Prevention. *Facts About Suicide*. [online]. 2022 [cit. 23.02.2022]. Dostupné z: <https://www.cdc.gov/suicide/facts/index.html>

Centrum Locika. *Jak mluvit s dětmi o válce*. [online]. 2022b [cit. 26.02.2022]. Dostupné z: <https://www.centrumlocika.cz/novinky/jak-mluvit-s-detmi-o-valce>

Centrum Locika. *Reakce dětí na katastrofickou událost*. [online]. 2022a [cit. 26.02.2022]. Dostupné z: <https://www.centrumlocika.cz/novinky/reakce-deti-na-katastrofickou-udalost>

Centrum Locika. *Sebevražda dětí a dospívajících*. [online]. 2022c [cit. 06.03.2022]. Dostupné z: <https://www.centrumlocika.cz/novinky/sebevrazdy-deti-a-dospivajicich>

Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví. *Dětská psychologie*. [online]. 2021a [cit. 30.01.2022]. Dostupné z: <https://www.cmhcd.cz/Stopstigma/O-dusevnich-nemocech/Psychologie-deti-a-mladistvych-do-18-let/Detska-psychologie/>

Centrum pro rozvoj péče o duševního zdraví. *F30 - F39 - Afektivní poruchy (poruchy nálady)*. [online]. 2021b [cit. 01.03.2022]. Dostupné z: <https://www.cmhcd.cz/stopstigma/o-dusevnich-nemocech/seznam-dusevnich-nemoci/f30-f39-afektivni-poruchy-poruchy-nalady/>

ČOSIV. *Duševní zdraví dětí a adolescentů*. [online]. 2021 [cit. 14.02.2022]. Dostupné z: https://www.podporainkluze.cz/wp-content/uploads/2021/01/C%CC%8COSIV_Dusevni_zdravi_A4.pdf

ČOSIV. *Návrh opatření ČOSIV k aktuální situaci ve školách v oblasti duševního zdraví*. [online]. 2022 [cit. 14.02.2022]. Dostupné z: <https://cosiv.cz/cs/2022/02/09/navrh-opatreni-cosiv-k-aktualni-situaci-ve-skolach-v-oblasti-dusevniho-zdravi/>

ČSÚ. *Sebevraždy v České republice 2011 až 2020*. [online]. 2021b [cit. 26.02.2022]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/documents/10180/142758738/13018721.pdf/152108b0-535e-4142-9f64-9c7bc06f4f1b?version=1.3>

ČSÚ. *Sebevraždy v České republice: Sebevraždy podle způsobu provedení*. [online]. 2021a [cit. 26.02.2022]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/documents/10180/142758738/1301872104.pdf/04dd0fe8-2e34-4d0d-af1e-04d824eb25a9?version=1.3>

ČŠI. *Zpráva o přípravě a realizaci hlavního šetření PISA 2018*. [online]. 2018 [cit. 14.02.2022]. Dostupné z: https://www.csicr.cz/Csicr/media/Prilohy/PDF_el._publikace/Mezin%c3%a1rodn%c3%ad%20%c5%a1et%c5%99en%c3%ad/Zprava-o-priprave-a-realizaci-hl-setreni-PISA-2018.pdf

Dětské krizové centrum. *Dětské krizové centrum*. [online]. 2022 [cit. 08.03.2022]. Dostupné z:

https://www.ditekrize.cz/?utm_source=http%3A%2F%2Fwww.ditekrize.cz&utm_medium=redirect

DICKENS, Charles. *Nikdo není zbytečný na tomto světě, kdo ulehčuje břemeno jiných*. [online]. 2021 [cit. 17.03. 2022]. Dostupné také z: <https://citaty.net/citaty/14261-charles-dickens-nikdo-neni-zbytecny-na-tomto-svete-kdo-ulehcuje-b/>

DUDOVÁ, Iva, *Současný pohled na dětskou a adolescentní depresi*. [online]. 2007 [cit. 01.03.2022]. Dostupné z: <https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2007/01/07.pdf>

Edu.cz. *Doporučení k distanční výuce a duševnímu zdraví*. [online]. 2020b [cit. 14.02.2022]. Dostupné z: <https://www.edu.cz/methodology/doporučení-k-distancni-vyuce-a-dusevniimu-zdravi/>

Edu.cz. *Ministr Gazdík: proti nepřátelství ve školách -> doporučení pro práci se školními kolektivy ve vztahu k ruské agresi vůči Ukrajině*. [online]. 2022 [cit. 28.02.2022]. Dostupné z: <https://www.edu.cz/ministr-gazdik-proti-nepratelstvi-ve-skolach-doporučení-pro-praci-se-skolnimi-kolektivy-ve-vztahu-k-ruske-agresi-vuci-ukrajine/>

Edu.cz. *MŠMT zavádí digitální kompetence a nově koncipovaný obor Informatika do RVP gymnázií*. [online]. 2020a [cit. 12.02.2022]. Dostupné z: <https://www.edu.cz/msmt-zavadi-digitalni-kompetence-a-nove-koncipovany-obor-informatika-do-rvp-gymnazii/>

Edu.cz. *Rámcové vzdělávací programy pro gymnázia (RVP G)*. [online]. 2021 [cit. 12.02.2022]. Dostupné z: <https://www.edu.cz/rvp-ramcove-vzdelavaci-programy/ramcove-vzdelavaci-programy-pro-gymnazia-rvp-g/#2-aktualizace-rvp-pro-gymn%C3%A1zia-s-%C3%BA%C4%8Dinnost%C3%AD-od-1-z%C3%A1%C5%99%C3%AD-2022>

EVANS, Emily, Keith, HAWTON, Karen, RODHAM. *Factors associated with suicidal phenomena in adolescents: a systematic review of population-based studies*. [online]. 2004 [cit. 08.03. 2022]. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15533280/>

FELMAN, Adam. *What is mental health*. [online]. 2020 [cit. 22.02. 2022]. Dostupné z: <https://www.medicalnewstoday.com/articles/154543>

FLEISCHMAN, Alan , Jeremiah A. BARONDESS. *Sebevraždy dospívajících*. [online]. 2005 [cit. 08.03. 2022]. Dostupné z: <https://www.tribune.cz/archiv/sebevrazdy-dospivajicich/>

GHANDOUR, Reem M., SHERMAN, Laura J., VLADUTIU a kol. *Prevalence and Treatment of Depression, Anxiety, and Conduct Problems in US Children* [online]. 2018 [cit. 10.02. 2022]. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30322701/>

GUNBERG, Arnon. *Sebevražda je konečné řešení pro dočasné problémy*. [online]. 2021 [cit. 15.05. 2021]. Dostupné z: <https://citaty.net/citaty/276829-arnon-grunberg-sebevrazda-je-konecne-reseni-pro-docasne-problemy/>

HADJIPAPANICOLAOU, Demetra, Lucie KALIŠOVÁ, Petr KOZELEK, Ilja ŽUKOV, Tomáš, GLASER. *Schizofrenie a sebevražedné jednání*. [online]. 2014 [cit. 10.02. 2022]. Dostupné také z: <http://www.cspsychiatr.cz/detail.php?stat=958>

HAVLÍK, Karel. *Sebevraždy očima psychologa*. [online]. 2012 [cit. 17.05. 2021]. Dostupné z: <http://www.sumavanet.cz/cpp/fr.asp?tab=mix&id=72&burl>

Healthy People. gov. *Determinants of Health*. [online]. 2014 [cit. 15.05.2021]. Dostupné z: <https://www.healthypeople.gov/2020/about/foundation-health-measures/Determinants-of-Health>

HORT, Vladimír, Jana, KOCOURKOVÁ. *Sebevražedné jednání v medicínské praxi*. [online]. 2006 [cit. 17.05. 2021]. Dostupné také z: http://www.cspsychiatr.cz/dwnld/CSP_2006_4_201_203.pdf

Hygienická stanice hlavního města Prahy. *Zdraví*. [online]. 2016 [cit. 15.05.2021]. Dostupné také z: http://www.hygp Praha.cz/obsah/zdravi-a-jeho-determinanty_434_1.html

IVEY-STEPHENSON, Asha Z., Zewditu, DEMISSIE, Alexander E., CROSBY et al. *Suicidal Ideation and Behaviors Among High School Students — Youth Risk Behavior Survey*. [online]. 2019 [cit. 25.02.2022]. Dostupné z: https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/69/su/su6901a6.htm?s_cid=su6901a6_w#contribAff

JONES, Peter. *Adult mental health disorders and their age at onset*. [online]. 2013 [cit. 26.02.2022]. Dostupné z: <https://www.cambridge.org/core/journals/the-british-journal-of>

psychiatry/article/adult-mental-health-disorders-and-their-age-at-onset/13F1A156235E5FF0D904F2CE2FDC053F#article

KAMARÁDOVÁ, Dana, Ján PRAŠKO, Klára LÁTALOVÁ. *Sebevražednost a úzkostné poruchy*. [online]. 2015 [cit. 25.02.2022]. Dostupné z: <http://www.cspsychiatr.cz/detail.php?stat=1018>

KOMENSKÝ, Jan Amos. *Cílem vzdělání a moudrosti je, aby člověk viděl před sebou jasnou cestu života, po ní opatrně vykročoval, pamatoval na minulost, znal přítomnost a předvídal budoucnost*. [online]. 2022 [cit. 25.02. 2022]. Dostupné z: <https://citaty.net/autori/jan-amos-komensky/>

KOUTEK, Jiří. *Jak rozpoznat a řešit suicidální riziko*. [online]. 2010 [cit. 23.02. 2022]. Dostupné z: <https://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2010/02/12.pdf>

KOUTEK, Jiří. *Sebevražda dítěte. Že se to nemůže stát?* [online]. 2021 [cit. 06.03. 2022]. Dostupné z: <https://sancedetem.cz/sebevrazda-ditete-ze-se-nemuze-stat>

KOUTEK, Jiří. *Suicidalita u adolescentů – rizikové faktory a prevence*. [online]. 2008 [cit. 05.03. 2022]. Dostupné z: https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:X_YirQt7F9UJ:https://www.solen.cz/savepdfs/ped/2008/05/07.pdf+&cd=15&hl=cs&ct=clnk&gl=cz

KOŽENÝ, Jiří, Lýdie TIŠANSKÁ, Cyril HÖSCHL, Pavel PIVRNEC, Marie JECHOVÁ, Blanka KAPLANOVÁ. *Vztah mezi preskripcí antidepressiv, diagnózou deprese a frekvencí sebevražd*. [online]. 2015 [cit. 17.02. 2022]. Dostupné z: http://www.hoschl.cz/files/5265_cz_Kozeny_1_15.pdf

KRPOUN, Zdeněk. *Sociální opora: shrnutí výzkumné činnosti v české a slovenské oblasti a inspirace do budoucnosti – nadané děti*. [online]. 2012 [cit. 17.03. 2022]. Dostupné z: <https://e-psycholog.eu/clanek/142>

KRYL, Michal. *Úzkostné poruchy*. [online]. 2005 [cit. 01.03. 2022]. Dostupné z: <https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2005/03/11.pdf>

KULHÁNEK, Jan. *Problémy s myšlenkami na smrt*. [online]. 2021 [cit. 10.02. 2022]. Dostupné také z: <https://sancedetem.cz/problemy-s-myslenkami-na-smrt>

LABUSOVÁ, Eva. *Výzvy a nástrahy adolescence*. [online]. 2021 [cit. 30.01. 2022]. Dostupné z: <https://sancedetem.cz/vyzvy-nastrahy-adolescence>

LATAKIENĚ, Jolanta, Paulius SKRUIBIS. *Attempted suicide: Qualitative study of adolescent females' lived experience*. [online]. 2015 [cit. 08.03. 2022]. Dostupné z: <https://www.semanticscholar.org/paper/ATTEMPTED-SUICIDE%3A-QUALITATIVE-STUDY-OF-ADOLESCENT-Latakien%C4%97-Skruibis/786ddd177ab2fb09036901c1edc4719dccc45880>

Linka bezpečí. *Nemusí to vědět všichni. Můžeš to říct nám*. [online]. 2022 [cit. 08.03. 2022]. Dostupné z: <https://www.linkabezpeci.cz/>

Linka první psychické pomoci. *Linka první psychické pomoci*. [online]. 2022 [cit. 08.03. 2022]. Dostupné z: <http://linkapsychickepomoci.cz/>

LONEKOVÁ, Katarína. *Sebevražedné chování dětí a adolescentů*. [online]. 2015 [cit. 07.03. 2022]. Dostupné z: <https://www.rizeniskoly.cz/cz/casopis/skolni-poradenstvi-v-praxi/sebevrazedne-chovani-deti-a-adolescentu.m-2033.rtf>

LUECK, Lueck, Liza, KEARL, Chun, NOK LAM , Ilene, CLAUDIUS. *Do emergency pediatric psychiatric visits for danger to self or others correspond to times of school attendance?*. [online]. 2015 [cit. 16.03.2022]. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25797865/>

MALÁ, Eva. *Diagnóza schizofrenie v dětství a adolescenci*. [online]. 2008 [cit. 26.02. 2022]. Dostupné z: <https://www.pediatriepropraxi.cz/pdfs/ped/2008/05/02.pdf>

MALÁ, Eva. *Úzkostné poruchy v dětství*. [online]. 2011 [cit. 01.03. 2022]. Dostupné z: http://www.cspsiatry.cz/dwnld/CSP_2011_2_99_105.pdf

MKN-10. *F00-F99 - Poruchy duševní a poruchy chování*. [online]. 2022a [cit. 10.02. 2022]. Dostupné také z: <https://mkn10.uzis.cz/prohlizec/F00-F99>

MKN-10. *F20-F29 - Schizofrenie, poruchy schizotypální a poruchy s bludy*. [online]. 2022b [cit. 10.02. 2022]. Dostupné také z: <https://mkn10.uzis.cz/prohlizec/F20-F29>

MKN-10. *F30-F39 - Afektivní poruchy (poruchy nálady)*. [online]. 2022c [cit. 01.03. 2022]. Dostupné také z: <https://mkn10.uzis.cz/prohlizec/F30-F39>

- MOLTENI, Silvia, Eleonora, FILOSI, Maria Martina, MENSI et al. *Predictors of Outcomes in Adolescents With Clinical High Risk for Psychosis, Other Psychiatric Symptoms, and Psychosis: A Longitudinal Protocol Study*. [online]. 2019 [cit. 26.02.2022]. Dostupné z: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsy.2019.00787/full>
- MŠMT. *Rámcový vzdělávací program pro gymnázia*. [online]. 2021b [cit. 12.02. 2022]. Dostupné také z: <http://www.nuv.cz/file/159>
- MŠMT. *Rámcový vzdělávací program pro základní vzdělávání*. [online]. 2021a [cit. 27.01. 2022]. Dostupné také z: <https://revize.edu.cz/files/rvp-zv-2021-s-vyznaceny-mi-zmenami.pdf>
- MŠMT. *Schéma vzdělávacího systému České republiky ve školním / akademickém roce 2020/2021*. [online]. 2020. [cit. 12.02. 2022]. Dostupné z: <https://www.msmt.cz/file/54480/>
- MUŽÍK, Vladislav, Leona, MUŽÍKOVÁ. *Perspektivy utváření pohybového a výživového režimu, In Procházková: Život ve zdraví 2017. Soubor příspěvků z mezinárodní konference konané ve dnech 7.-8. září 2017*. [online]. 2017 [cit. 16.03.2022]. Dostupné z: <https://munispace.muni.cz/library/catalog/view/980/3053/726-4/#preview>
- MZ ČR. *Vliv epidemie koronaviru na nárůst duševních onemocnění u Čechů projednala Rada vlády pro duševní zdraví*. [online]. 2020 [cit. 14.02. 2022]. Dostupné také z: <https://www.mzcr.cz/tiskove-centrum-mz/vliv-epidemie-koronaviru-na-narust-dusevnych-onemocneni-u-cechu-projednala-rada-vlady-pro-dusevni-zdravi/>
- MZ ČR. *Zdraví pro všechny v 21. století-příloha: cíle 1-9*. [online]. 2008 [cit. 17.05.2021]. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/wepub/2461/7180/Zdrav%C3%AD%2021%20-%20Cile%201-9.pdf>
- NĚMEČKOVÁ, Pavla. *Poruchy příjmu potravy*. [online]. 2007, [cit. 26.02.2022]. Dostupné z: <https://www.solen.sk/storage/file/article/0b0b99006ff15289715e3e15a4208f6e.pdf>
- Nepanikař. *Aplikace Nepanikař*. [online]. 2022 [cit. 08.03.2022]. Dostupné z: <https://nepanikar.eu/aplikace-nepanikar/>
- Nevypuště duši. *Kde hledat pomoc*. [online]. 2022 [cit. 08.03.2022]. Dostupné z: <https://nevypustdusi.cz/kde-hledat-pomoc/>

Nevypušť duši. *Kdo se stará o duševní zdraví ve škole?* [online]. 2019 [cit. 03.03. 2022]. Dostupné z: <https://nevypustdusi.cz/2019/09/05/kdo-se-stara-o-dusevni-zdravi-ve-skole/>

Nevypušť duši. *Prevence sebevražd u dětí a mladistvých.* [online]. 2021 [cit. 23.02. 2022]. Dostupné z: <https://nevypustdusi.cz/2021/04/12/prevence-sebevrazd-u-deti-a-mladistvych/>

NOVÁKOVÁ, Milena. *Nejčastější psychické problémy v dospívání.* [online]. 2021 [cit. 10.02. 2022]. Dostupné také z: <https://sancedetem.cz/nejcastejsi-psychicke-problemy-v-dospivani>

NPI ČR. *Proč, kdy a jak se věnovat tématu duševního zdraví ve škole?* [online]. 2021 [cit. 04.03.2022]. Dostupné z: <https://zapojmevsechny.cz/clanek/detail/proc-kdy-a-jak-se-venovat-tematu-dusevniho-zdravi-ve-skole>

NPI ČR. *Školní poradenské pracoviště.* [online]. 2018 [cit. 04.03.2022]. Dostupné z: <http://www.inkluzevpraxi.cz/kategorie-reditel/1149-povinnosti-skolniho-poradenskeho-pracoviste>

NÚDZ. *Národní akční plán prevence sebevražd 2020–2030.* [online]. 2019c [cit. 08.03. 2022]. Dostupné z: https://www.nudz.cz/files/pdf/mzd_napps_20-30_material_final-aktualizace.pdf

NÚDZ. *Prevence a výzkum sebevražd.* [online]. 2019b [cit. 21.02. 2022]. Dostupné z https://www.nudz.cz/p_skupina/prevence-a-vyzkum-sebevrazd/

NÚDZ. *Situační analýza prevence sebevražd v České republice.* [online]. 2019a [cit. 21.02. 2022]. Dostupné z: https://www.nudz.cz/files/pdf/situation-analysis-of-suicide-prevention-in-the-czech-republic_december_2019_fin_2.pdf

NÚP. *Klíčové kompetence ve výuce na základní škole a na gymnáziu.* [online]. 2011. [cit. 12.02. 2022]. ISBN 978-80-87000-85-4. Dostupné z: http://www.nuv.cz/uploads/Publikace/vup/Klicove_kompetence.pdf

NÚV, *Školní poradenská pracoviště (ŠPP).* [online]. 2022b [cit. 19.05. 2021]. Dostupné také z: <https://www.nuv.cz/t/pedagogicko-psychologicke-poradenstvi/skolni-poradenska-pracoviste>

NÚV. *Rámcové vzdělávací programy*. [online]. 2022a [cit. 18.05. 2021]. Dostupné také z: <http://www.nuv.cz/t/rvp>

Opatruj se. *Duševní zdraví*. [online]. 2021 [cit. 15.03.2022]. Dostupné z: <https://www.opatruj.se/dusevni-zdravi/dusevni-zdravi-a-pohoda>

Opatruj.se. *Duševní zdraví: Důležité kontakty a informace - válka na Ukrajině*. [online]. 2022 [cit. 28.02.2022]. Dostupné z: <https://www.opatruj.se/>

PACTL, Ivo. *Specifické aspekty depresivních poruch v dětském a adolescentním věku*. [online]. 2001 [cit. 01.03.2022]. Dostupné z: <https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2001/05/05.pdf>

PETERKOVÁ, Michaela. *Typy sebevražd*. [online]. 2021 [cit. 18.05. 2021]. Dostupné také z: <https://www.sebevrazda.psychoweb.cz/3-2/typy-sebevrazd>

PLEMMONS, Gregory, Matthew, HALL , Stephanie, DOUPNIK et al. *Hospitalization for Suicide Ideation or Attempt: 2008-2015*. [online]. 2018 [cit. 16.03.2022]. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29769243/>

PRAJSOVÁ, Jitka, Pavla, CHOMYNOVÁ, Zuzana, DVOŘÁKOVÁ et al. *Analýza projevů suicidálního chování u českých adolescentů: Rizikové faktory pro suicidální myšlenky, plány a pokusy*. [online]. 2018 [cit. 16.03.2022]. Dostupné z: <https://www.proquest.com/docview/2038211996?fromopenview=true&pq-origsite=gscholar>

SIRUS, Publilius. *Duševní bolest je horší nemoc než tělesná*. [online]. 2021 [cit. 15.05. 2021]. Dostupné také z: <https://citaty.net/citaty/23343-publilius-syrus-dusevni-bolest-je-horsi-nemoc-nez-telesna/>

Skaut. *(Jak) mluvit s dětmi o válce?* [online]. 2022 [cit. 26.02.2022]. Dostupné z: <https://www.skaut.cz/jak-mluvit-s-detmi-o-valce/>

SOPKOVÁ, Monika. *Podpora a ochrana zdraví žáků v kontextu RVP ZV - 1. část: Duševní zdraví a stres*. [online] Metodický portál, 2010 [cit. 10.02. 2022]. Dostupné z: <https://clanky.rvp.cz/clanek/8111/PODPORA-A-OCHRANA-ZDRAVI-ZAKU-V-KONTEXTU-RVP-ZV---1.-CAST%3A-DUSEVNI-ZDRAVI-A-STRES.html>

- STÁRKOVÁ, Libuše. *Riziko smrti a zákeřných komplikací u poruch příjmu potravy*. [online]. 2009 [cit. 26.02.2022]. Dostupné z: <https://www.pediatriepropraxi.cz/pdfs/ped/2009/05/04.pdf>
- STÁRKOVÁ, Libuše. *Stigmatizace v pedopsychiatrii*. [online]. 2013 [cit. 01.03.2022]. Dostupné z: <https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2013/01/03.pdf>
- SZÚ. *Všeobecné informace*. [online]. 2007 [cit. 16.02.2022]. Dostupné z: <http://www.szu.cz/vseobecne-informace>
- ŠTĚPÁNEK, David a Jana PETŘÍKOVÁ. *Sebevražda – příznak krize*. [online]. Sborník prací filozofické fakulty Brněnské univerzity, 2001 [cit. 17.02.2022]. Dostupné z: https://digilib.phil.muni.cz/bitstream/handle/11222.digilib/114365/P_Psychologica_05-2001-1_8.pdf?sequence=1
- UHLÍKOVÁ, Petra. *Diferenciální diagnostika u psychických poruch v adolescenci – kdy odeslat adolescenta do psychiatrické ambulance?* [online]. 2012 [cit. 21.02. 2022]. Dostupné z: <https://www.pediatriepropraxi.cz/pdfs/ped/2012/06/03.pdf>
- UNICEF. *The State of the World's Children 2021: On My Mind: Promoting, protecting and caring for children's mental health*. [online]. 2021 [cit. 01.03.2022]. Dostupné z: <https://www.unicef.org/reports/state-worlds-children-2021>
- VAN DEN TOREN, Suzanne J., Amy, VAN GRIEKEN, Marjolein, LUGTENBERG, Mirte, BOELENS, Hein RAAT. *Adolescents' Views on Seeking Help for Emotional and Behavioral Problems: A Focus Group Study*. [online]. 2019 [cit. 23.03.2022]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6981849/>
- VIJAYAKUMAR, Lakshmi, Suresh KUMAR, Vinayak Vijayakumar. *Substance use and suicide: Current Opinion in Psychiatry*. [online]. 2011 [cit. 17.02. 2022]. Dostupné z: https://journals.lww.com/co-psychiatry/Abstract/2011/05000/Substance_use_and_suicide.5.aspx
- Všech pět pohromadě. *Duševní zdraví ve škole*. [online]. 2022 [cit. 28.02. 2022]. Dostupné z: <https://vsechpetpohromade.cz/dusevni-zdravi-ve-skole/>

WFMH. *World mental health 2021*. [online]. 2021 [cit. 22.02. 2022]. Dostupné z: <https://wmhd2021.com/index.php>

WHO. *Adolescent mental health*. [online]. 2021b [cit. 11.02.2022]. Dostupné z: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>

WHO. *Frequently asked questions*. [online]. 2021a [cit. 15.05.2021]. Dostupné z: <https://www.who.int/about/who-we-are/frequently-asked-questions>

WHO. *Global strategy for Health for All by the year 2000*. [online]. 1981 [cit. 17.05.2021]. Dostupné z: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/38893/9241800038.pdf;jsessionid=8E7AA5EF7F2747444EB1BF604B34ED94?sequence=1>

WHO. *Suicide*. [online]. 2021c [cit. 25.02.2022]. Dostupné z: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/suicide>

World Psychiatry. *Toward a new definition of mental health*. [online]. 2015 [cit. 15.05.2021]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4471980/#b1>

Zákony

Zákon č.561/2004., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (Školský zákon). *Zákony pro lidi - Sbírka zákonů ČR v*

aktuálním konsolidovaném znění. [online]. [cit. 11.02.2022]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2004-561>

Zákon č. 40/2009 Sb., Zákon trestní zákoník. *Zákony pro lidi - Sbírka zákonů ČR v*

aktuálním konsolidovaném znění. [online]. [cit. 26.02.2022]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2009-40?text=%C3%BA%C4%8Dast%20na%20sebevra%C5%BEd%C4%9B#Top>

Seznam příloh

Příloha 1 – Informační letáček „Duševní zdraví aneb jak na dezinfekci duše“

Příloha 2 – Základní struktura polostrukturovaného rozhovoru

Příloha 3 – Ukázkový polostrukturovaný rozhovor vybrané studentky

Seznam obrázků

Obr. č. 1: Schéma na téma determinanty zdraví (vytvořeno autorkou práce v programu Coggle na základě získaných informací z knihy Hamplová, 2019).

Obr. č. 2: Průměrný roční počet sebevražd dle věku v časovém rozmezí 2001–2021 (převzato z publikace Sebevraždy v České republice 2011 až 2021, ČSÚ, 2021b).

Seznam tabulek

Tabulka č. 1: Přehled typů sociální opory s vybranými příklady jejich forem a poskytovatelů (vytvořeno autorkou práce na základě získaných informací z knihy Vališová et al., 2011).

Tabulka č. 2: Důvody zájmu a praktické problémy v oblasti komunikace s učiteli v rámci tematiky sebevražd (vytvořeno autorkou práce na základě získaných dat z rozhovorů).

Seznam grafů

Graf č. 1: Studovaný ročník a počet dívek na vybraném gymnáziu (graf vytvořený autorkou práce na základě získaných dat z rozhovorů).

Graf č. 2: Determinanty duševního zdraví (graf vytvořený autorkou práce na základě získaných dat z rozhovorů).

Graf č. 3: Možné faktory vedoucí gymnazisty k sebevraždě (graf vytvořený autorkou práce na základě získaných dat z rozhovorů).

Graf č. 4: Nejčastější osoby podpory a možnost „svěřit se“ (graf vytvořený autorkou práce na základě získaných dat z rozhovorů).