UNIVERZITA KARLOVA

HUSITSKÁ TEOLOGICKÁ FAKULTA

Suicidalita jako problém v současné společnosti

Suicidality as a problem in contemporary society

Diplomová práce

Vedoucí práce: doc. PhDr. Monika Nová, Ph.D. MPH

Autor: Bc. Anna Jandová

Praha 2023

Poděkování

Děkuji paní doc. PhDr. Monice Nové, Ph.D. MPH za vedení mé diplomové práce, její vstřícnost, cenné rady a odborný dohled a prof. PhDr. Beátě Krahulcové, CSc. za čas a zájem, který mi při psaní práce věnovala. Mé poděkování patří i mé rodině a příteli za veškerou podporu, jež mi během celého studia projevili.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou diplomovou práci „Suicidalita jako problém v současné společnosti“ vypracovala samostatně. Dále prohlašuji, že všechny použité prameny a literatura byly řádně citovány a že tato práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne Bc. Anna Jandová

Anotace

Diplomová práce je zaměřena na problematiku suicidálního jednání, který i v současné době a společnosti představuje značný problém. Teoretická část se proto detailně zabývá samotným suicidálním syndromem a stěžejními aspekty, které s ním úzce souvisí. Pozornost je věnována především kontextu suicidálního jednání v současné době, spolu s daty výskytu suicidality z posledních let. V rámci části teoretické je také obsažen sociální význam tohoto jednání spolu s některými mylnými představami, která se mezi lidmi mohou vyskytovat. Práce neopomíjí ani systém péče pro suicidální klienty a možnosti pomoci jak pro ně, tak pro jejich osoby blízké, obsažena je i prevence v rámci dané problematiky.

Druhá část diplomové práce je věnována dotazníkovému šetření, jehož cílem je zmapování povědomí veřejnosti v oblasti současného výskytu dokonaných sebevražd v České republice, ale také zjistit možnou přítomnost a míru přesvědčení u této veřejnosti v oblasti vybraných, rozšířených mylných představ suicidálního jednání.

Klíčová slova

Suicidální jednání, suicidální syndrom, krizová situace, výskyt, společnost, současnost

Annotation

The diploma thesis is focused on the issue of suicidal behavior, which is still a significant problem in society today. Therefore, the theoretical part deals in detail with the suicidal syndrome itself and the key aspects that are closely related to it. Attention is paid to the context of suicidal behavior at the present time, along with data on the incidence of suicidality from recent years. Within the theoretical part, the social significance of this action is also included, along with some misconceptions that may occur among people. The work does not neglect the system of care for suicidal clients and the possibilities of help both for them and for their loved ones, prevention is also included within the given issue.

The second part of the thesis is devoted to a questionnaire survey, the aim of which is to map the public's awareness in the area of the current occurrence of completed suicides in the Czech Republic, but also to determine the possible presence and degree of belief among this public in the area of selected, widespread misconceptions of suicidal behavior.

Keywords

Suicidal behavior, suicidal syndrome, crisis situation, occurrence, socitety, present time

Obsah

Obsah ... 6
Seznam zkratek ... 7
Úvod ... 8
1. Suicidální syndrom ... 10
1.1. Vymezení základní terminologie ... 11
1.2. Příčiny sebevražedného jednání ... 13
1.3. Typologie sebevražedného jednání ... 18
1.4. Vývoj sebevražedného jednání ... 21
1.5. Způsoby provedení suicidálního jednání ... 26
2. Pojetí suicidálního jednání v současné době ... 29
2.1. Výskyt suicidalit ve světě ... 31
2.2. Výskyt suicidalit v České republice ... 36
2.3. Sociální význam suicidálního jednání ... 41
2.4. Mýty o suicidálním jednání ... 45
2.5. Možnosti odborné pomoci ... 49
3. Prevence suicidálního jednání ... 54
3.1. Primární prevence ... 54
3.2. Sekundární prevence ... 56
3.3. Terciální prevence ... 56
4. Výzkumné šetření ... 58
4.1. Cíle šetření ... 58
4.2. Metoda sběru a zpracování dat ... 59
4.3. Výzkumný vzorek a prostředí ... 60
4.4. Výsledky šetření a interpretace dat ... 61
4.5. Deskripce zjištění a diskuze ... 88
Závěr ... 93
Seznam použité literatury ... 95
Seznam grafů ... 99
Seznam tabulek ... 100
Seznam příloh ... 101
Abstrakt ... 108

Seznam zkratek

ČR – Česká republika

ČSÚ – Český statistický úřad

MKN – Mezinárodní klasifikace nemocí

ÚZIS ČR – Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky

WHO – World Health Organization

Úvod

„Mezi dvěma póly vznikání a zanikání vlní se život, pění se a hučí to v oceánu života; pozorujeme sice, jak se vlny znenáhla ukládají a tiší, přes to však myslíme pouze na příkré protivy života a smrti. V této protivě zdá se smrt tak strašná; proto jenom málokdo se cítí klidný pod jejím neodvratným zákonem, jenom málokdo jí může s klidným zrakem hledět v tvář; znepokojuje lidi, jako slunce oslepuje oko – a přece ji tak mnozí vyhledávají samovolně!“ [1]

Problematika suicidálního jednání provází lidskou společnost po staletí a postihuje jednotlivce obou pohlaví a téměř všech věkových kategorií po celém světě. I přes skutečnost, že se této problematice věnuje již mnoho odborných publikací, výzkumů či jsou známy jistá preventivní opatření, vysoký výskyt sebevražednosti je v současné době stále velmi aktuálním a rozšířeným jevem, u kterého nelze konstatovat, že by se nějakým způsobem vytrácel.

Dle mého názoru je předmět duševního zdraví a s ním spojená jistá suicidální rizika ve společnosti stále velmi choulostivým a tabuizovaným tématem, stejně jako samotné téma smrti. Z těchto důvodů může být suicidální jednání obklopeno mnoha tajemstvími, ale také jistými předsudky, které však mohou oddalovat včasné zachycení onoho tragického činu. Považuji proto za nezbytné neustálé zvyšování povědomí v rámci dané problematiky, které může ve výsledku pomoci zachránit nejeden lidský život.

Diplomová práce je proto rozdělena na dvě oblasti, kde si část teoretická klade za cíl poskytnout informace o problematice suicidálního jednání a s nimi stav výskytu v současném světě a společnosti. Oblast teoretických poznatků obsahuje tři hlavní kapitoly, přičemž první z nich se zabývá samotným suicidálním syndromem, tedy jeho vymezením, příčinami, typologií, vývojem, ale také možnými způsoby provedení suicidia. Druhá kapitola je zaměřena na současné pojetí tohoto jednání, uvádí proto data výskytu z posledních let, a to jak světová, tak česká. Obsahuje důležité poznatky

[1] MASARYK, Tomáš Garrigue. *Sebevražda hromadným jevem společenským moderní osvěty*. 5. české vyd. Praha: Masarykův ústav AV ČR, 2002, s. 2. ISBN 80-864-9513-2.

ohledně sociálního významu suicidalit a představuje některé z mylných představ z této oblasti. Kapitola neopomíjí ani systém péče a možnosti podpory těmto osobám i jejich blízkým. Třetí kapitola v rámci části teoretické se zaměřuje na systém prevence suicidálního jednání, která představuje podstatnou část v této problematice.

Druhou část diplomové práce doplňuje dotazníkové šetření, které si klade za cíl zmapovat a popsat povědomí veřejnosti v oblasti současného výskytu dokonaných sebevražd v České republice a zároveň zjistit a popsat přítomnost a míru přesvědčení u veřejnosti v oblasti vybraných, rozšířených mylných představ suicidálního jednání.

1. Suicidální syndrom

„Ať si slunce, měsíc a všechny hvězdy dělají, co chtějí, já nikdy nevím, zda je noc či den, a celý svět mi mizí před očima.“ [2]

Většina lidí si jen stěží dokáže představit utrpení, které sebevraždě předchází a neúnosnou bolest, která po činu přetrvá. Suicidium a suicidální chování jsou v dnešním světě stále velmi citlivým tématem. Co se týče statistiky v České republice, sebevraždy u nás tvoří přibližně 1,5 % celkového počtu úmrtí, tj. cca 1600 dokonaných sebevražd ročně. [3] Zdá se, že dle statistik, umírá v naší zemi více lidí vlastní rukou než na následky dopravních nehod, avšak problematice bezpečnosti silničního provozu je připisována patřičně větší publicita než problematice sebevražedného chování. [4]

Jak se tedy zdá z výše uvedených slov, v dnešní společnosti je problematika suicidálního chování dosud velmi tabuizované téma. Nejen, že se lidé stále ostýchají mluvit o zmíněném problému, ba dokonce dochází ke stigmatizaci lidí, kterých se sebevražedné jednání bezprostředně týká. Důvodem pro tuto skutečnost však může být i vrozený strach lidí z umírání. Klíčovým faktorem je, že suicidalita je komplexní problém, na který není vhodné nahlížet z jednoho úhlu. Sebevražedné jednání se totiž svou povahou dotýká mnoha vědních oborů jako je například psychologie či sociologie, zasahuje ale také do kriminologické oblasti či do oblasti sociální práce.

Cílem následující kapitoly je tedy především přiblížit téma sebevražd nejen z hlediska obecného kontextu, ale také ve vzájemném propojení vícero společenských oblastí. Dále vymezit základní prvky suicidálního chování, jeho příčiny a rizikové faktory, jež souvisí s takovým jednáním. V úvodní kapitole také považuji za důležité specifikovat vývoj tendence k sebevražednému aktu, ale také různorodá provedení sebedestruktivního aktu.

---

[2] GOETHE, Johann Wolfgang. *Utrpení mladého Werthera*. Odeon, 2017, 152 s. ISBN 978-80-207-1766-5.

[3] Český statistický úřad: *Sebevraždy* [online]. [cit. 2023-01-24]. Dostupné z: https://www.czso.cz/csu/czso/sebevrazdy_zaj

[4] KOUTEK, Jiří a Jana KOCOURKOVÁ. *Sebevražedné chování: Současné poznatky o suicidalitě a její specifika u dětí a dospívajících*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2007, s. 22. ISBN 978-80-7367-349-9.

1.1. Vymezení základní terminologie

Pokud chceme definovat samotné suicidium, je vhodné se v první řadě zaměřit na vysvětlení pojmů, která jsou s takovou problematikou úzce spojena, a především často zaměňována. Jestliže tedy chceme pochopit samotný koncept sebevraždy, je nutné se nejprve zabývat a porozumět jednak sebevražednému jednání, ale v širším slova smyslu také sebevražednému chování.

Suicidální chování obecně chápeme jako pojem, jež obsahuje výroky, myšlenky, proklamace či nápady, přestože k samotnému sebedestruktivnímu činu dojít nemusí. Co se však týče sebevražedného jednání, to již obsahuje takové behaviorální příznaky, jež k sebevražednému skutku aktivně směřují. [5] Co se týče samotné definice ***suicidia*** neboli ***sebevraždy***, v průběhu historického vývoje se objevovaly různorodé výklady od různých autorů.

Mezi výstižný výklad sebevražedného aktu řadím především Vieweghova slova, který popisuje tento čin jako *„způsob autodestruktivního jednání, který zřetelně vyjadřuje úmysl jedince dobrovolně ukončit vlastní život a cílevědomou snahu zvolit k tomuto účelu prostředky, u nichž možno předpokládat, že k zániku života povedou.“* [6]

Masaryk v úvodní části své knihy definoval sebevraždu nejen v širším slova smyslu, ale také v užším pojetí. Sebevraha v užším slova smyslu označuje jako někoho, *„kdo učiní svému životu konec úmyslně a vědomě, kdo si smrti jako takové přeje a je si jist, že si svým jednáním, či opomenutím smrt přivodí.“* [7]

Je tedy zřejmé, že v celém znění se od sebe jednotlivé definice patrně liší, přesto můžeme nalézt specifické společné znaky, které spojují některé autory. Dle mého úsudku je zjevné, že se většina publikací shodují v názoru, že sebevražedný akt v sobě nese především zcela dobrovolný úmysl, ale také záměrné jednání, které vede k ukončení života jedince.

[5] FISCHER, Slavomil a Jiří ŠKODA. *Sociální patologie: Analýza příčin a možnosti ovlivňování závažných sociálně patologických jevů.* Grada Publishing, 2009, s. 61. ISBN 978-80-247-2781-3.

[6] VIEWEGH, Josef. *Sebevražda a literatura*. Vyd. 1. Brno: Nakl. Tomáše Janečka, 1996, s 19. ISBN 80-858-8010-5.

[7] MASARYK, Tomáš Garrigue. *Sebevražda hromadným jevem společenským moderní osvěty*. 5. české vyd. Praha: Masarykův ústav AV ČR, 2002, s 16. ISBN 80-864-9513-2.

Sebezabití

Za další pojem, který bývá často úzce spojován se sebevražedným jednáním, označujeme termín sebezabití. Takové jednání sice obsahuje behaviorální chování, které vede k ukončení vlastního života, avšak zde postrádáme úmysl zemřít. Právě tento úmysl představuje odlišný klíčový znak, který u výše popsané sebevraždy neregistrujeme. Koncept sebezabití bývá často spojován s důsledky chorobných psychotických projevů, jako jsou například bludy či halucinace. Psychotičtí jedinci tak mnohdy přicházejí sebedetrukitvním činem o svůj život, který je dle jejich úsudku v rámci halucinací mylně ohrožen. Nicméně s nedobrovolným sebezabitím se nesetkáváme pouze u duševních chorob, ale také v toxických partnerských vztazích či v rámci náboženských sekt. [8]

Rozšiřující výklad již zmíněného pojmu najdeme také u Viewegha, který tento sebedestruktivní akt popisuje jako takové jednání, které není řízené žádným motivem, nýbrž zcela impulzivním zkratem. Člověk v této situaci jedná ve snížené kritičnosti s okamžitým počínám a bez předběžného promyšlení dané situace. [9]

Sebeobětování

Další termín, který je vhodné definovat v rámci sebevražedného jednání, je zcela určitě sebeoběť. Jedinec, který se rozhodne obětovat svůj život, jedná tak z důvodu svobodného rozhodnutí v zájmu svých současných hodnot. Takové hodnoty pro něj však musí mít v danou chvíli větší smysl a důležitost než jeho vlastní bytí. Motivací v těchto případech bývá snaha o změnu společenských událostí, především politického dění.[10] Koutek k tomuto tématu zároveň uvádí, že počin sebeoběti není možné považovat jako suicidální, jelikož zde zpravidla schází vědomá touha ukončit svůj život. Mezi příklady takového konání řadí sebeoběti během válek či při teroristických útocích. [11]

---

[8] VÁGNEROVÁ, Marie. *Současná psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2014, s. 445. ISBN 978-80-262-0696-5.

[9] VIEWEGH, Josef. *Sebevražda a literatura.* Vyd. 1. Brno: Nakl. Tomáše Janečka, 1996, s. 20. ISBN 80-858-8010-5.

[10] FISCHER, Slavomil a Jiří ŠKODA. *Sociální patologie: Analýza příčin a možnosti ovlivňování závažných sociálně patologických jevů.* Grada Publishing, 2009, s. 65. ISBN 978-80-247-2781-3.

[11] KOUTEK, Jiří a Jana KOCOURKOVÁ. *Sebevražedné chování: Současné poznatky o suicidalitě a její specifika u dětí a dospívajících*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2007, s. 33. ISBN 978-80-7367-349-9.

1.2. Příčiny sebevražedného jednání

„Na sebevraždě je pravděpodobně nejbolestivější ta okolnost, že je velmi obtížné jejím důvodům porozumět. Zanechává za sebou spoustu otázek, ale žádné odpovědi. Odpověď může přijít jenom od toho, kdo zemřel, a koho se tedy nelze zeptat.“ [12]

V návaznosti na definování samotného suicidia a pojmů, jež s tímto syndromem úzce souvisejí, je vhodné věnovat se také samotnému původu sebevražedného jednání. Přesněji řečeno hledání toho, co člověka vlastně vůbec vede k sebevražedným myšlenkám a k následnému sebedestruktivnímu aktu. Při hledání takových příčin u dokonaných sebevražd je vždy velmi složité hledat specifický důvod takového činu, jelikož se může často jednat o propojení mnoha problémových faktorů v životě daného jedince.

Někteří autoři se však shodují na několika společných znacích, proto již v několika publikacích najdeme kategorizaci daných symptomů, jenž usnadňují problematiku příčin a rizikových faktorů suicidálního jednání. Příčiny je možné rozdělit do 5 základních skupin, kterými jsou:

Faktory medicínské

Do této kategorie řadíme zpravidla somatická onemocnění, přičemž nejvíce rizikovým obdobím ve vztahu k suicidálnímu jednání, bývá stanovení samotné diagnózy. Člověk se v této fázi nachází v zcela neznámé a složité situaci, kdy se mimo jiné také dozvídá prognózu své nemoci, která nemusí být vždy příznivá. Potýká se s bolestí, nežádoucími účinky medikamentů či s řadou léčebných a často nepříjemných úkonů. Avšak mezi velmi rizikové období v rámci tělesných onemocnění člověka patří také stádium terminální, kdy u jedince dochází k suicidálním myšlenkám z důvodu vlastní nadbytečnosti, přičemž zde sehrávají roli doprovodné sociální faktory. Člověk mnohdy odmítá být svým blízkým takzvaně „na obtíž“, nepřeje si být viděn jako slabý či závislý na pomoci ostatních. [13]

[12] FRANKEL, Bernard a Rachel KRANZOVÁ. *O sebevraždách.* Praha: Nakladatelství lidové noviny, 1998, s. 8. ISBN 80-7106-234-0.

[13] FISCHER, Slavomil a Jiří ŠKODA. *Sociální patologie: Analýza příčin a možnosti ovlivňování závažných sociálně patologických jevů.* Grada Publishing, 2009, s. 73. ISBN 978-80-247-2781-3.

Další potencionální rizikovou skupinou, jenž bývá ohrožena volbou suicidia a která spadá pod kategorii obecně medicínských faktorů, jsou lidé s trvalou invalidizací. Tělesné postižení s sebou nese nejenom fyzický handicap, ale rovněž stavy bezmocnosti, sebeznehodnocování a pocity bezvýchodné situace. [14]

Vágnerová také poukazuje na vyšší četnost sebevražd u osob trpících onemocněním AIDS. Jedním z mnoha důvodů ukončení vlastního života nemocných může být především jejich velmi častá sociální stigmatizace, která může vést až k sociálnímu vyloučení. [15]

Faktory psychické

Dle statistik se negativní psychické stavy lidí v posledních letech řadí mezi nejčastější příčiny suicidálního jednání, proto tuto kategorii považuji za velmi obsahově důležitou. Kraus a Hroncová, kteří se ve své publikaci věnují sociálně patologickým jevům, poukazují na statistické fakty motivů suicidálního jednání, přičemž duševní choroby nesou 22 %, avšak pokud by se brala v potaz forma „náhlé deprese", jenž také bez pochyb souvisí s psychickým stavem člověka, duševní onemocnění by se staly zcela nejčastější příčinou suicidalit se 40% podílem. [16]

Jak tedy ze studií vyplývá, duševní nemoci s sebou nesou velmi vysoké riziko suicidálního chování. Mezi příklady takových chorob řadíme zejména těžké úzkostné poruchy, hypochondrické poruchy, posttraumatické stresové poruchy, psychózy a deprese. V těžké depresivní epizodě člověk pociťuje takové psychické utrpení, jež někteří jedinci považují za neúnosné. Stav je obvykle doprovázen představou vlastní smrti, sebepoškozováním či opakovanými pokusy o sebevraždu. [17]

[14] VÁGNEROVÁ, Marie. *Současná psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2014, s. 450. ISBN 978-80-262-0696-5.

[15] VÁGNEROVÁ, Marie. *Současná psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2014, s. 450. ISBN 978-80-262-0696-5.

[16] KRAUS, Blahoslav a Jolana HRONCOVÁ. *Sociální patologie*. Gaudeamus, 2010, s. 195-200. ISBN 978-80-7435-080-1.

[17] FISCHER, Slavomil a Jiří ŠKODA. *Sociální patologie: Analýza příčin a možnosti ovlivňování závažných sociálně patologických jevů.* Grada Publishing, 2009, s. 74. ISBN 978-80-247-2781-3.

Další, autory často zmiňovanou duševní poruchou ve spojitosti se suicidálním chováním, je schizofrenie. Ta je charakteristická pro své specifické projevy, lidem trpící schizofrenií totiž selhávají myšlenkové procesy a disponují velmi sníženou schopností vnímat emoce a následně na ně reagovat. Průzkumy dokazují, že se v počáteční fázi nemoci přibližně 6–10 % pacientů o sebevraždu pokusí a 10 % nemocných skoná v důsledky sebevraždy, konkrétně ve fázi relapsu. [18]

Faktory demografické

Ve společnosti je možné výskyt a příčiny suicidálního jednání kategorizovat také dle demografických faktorů, které představují vyšší riziko sebevražednosti v určitých sociálních oblastech. Co se týče věkové kategorie, rizikovou skupinou obyvatel bývají zpravidla lidé v období adolescence, mladší dospělosti a vyššího věku.[19] Dle genderových statistických údajů ohledně dokonaných sebevražd obecně vyplývá, že více ohroženou skupinou jsou muži, avšak u žen pozorujeme větší četnost sebevražedných pokusů. Motivy k suicidálnímu jednání jsou taktéž rozdílné, co se pohlaví týče. U mužů převládá problematika v rámci společenského postavení, ztráta zaměstnání či seberealizace, kdežto u žen pozorujeme motivy vyplývající spíše z osobního života či v oblasti citových vztahů.[20]

Faktory sociální

Na rozdílné motivy v rámci pohlaví plynule navazuje další kategorie, jenž patří mezi nejzávažnější faktory zvyšující riziko sebevražednosti. Problematika v rámci společenských vztahů bývá příčinou většiny sociálně patologických jevů a mnohdy se vyskytuje již v raném dětství.

Mezi nejčastějšími bývají zmiňovány neuspokojivé sociální vztahy, kdy jedinec postrádá bezpečné a plnohodnotné přátelské či partnerské vztahy, sociální oporu a zázemí. Společenská izolace a osamělost patří mezi nejvíce rizikové sociální faktory v rámci suicidálního chování. Do této oblasti spadá také problematika migrace, jelikož

[18] KAŠPÁREK, Tomáš. *Psychiatrie pro praxi: Suicidalita u schizofrenie*, 2008, s. 166-167. ISSN 1213-0508.

[19] FISCHER, Slavomil a Jiří ŠKODA. *Sociální patologie: Analýza příčin a možnosti ovlivňování závažných sociálně patologických jevů.* Grada Publishing, 2009, s. 76. ISBN 978-80-247-2781-3.

[20] VÁGNEROVÁ, Marie. *Současná psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2014, s. 450. ISBN 978-80-262-0696-5.

změna prostředí, opuštění vlastního zázemí a změna vlastního sociokulturního života s sebou nese právě ztrátu životně důležitých jistot. V rámci společenské izolace a osamělosti bývají rizikovou skupinou také lidé ve věznicích, jelikož přichází o své sociální zázemí a jsou nuceni změnit svůj životní styl. [21]

Vývoj člověka a umění socializace již v ránem dětství a dospívání, je velmi důležitým mezníkem života každého jedince. Dysfunkční rodina je proto další příčinou a rizikovým faktorem pro vyšší pravděpodobnost suicidálního jednání. Jako příklad dlouhodobých a traumatizujících podmínek v primární rodině jedince můžeme uvést konflikty a násilí, komplikovaný rozvod rodičů nebo úmrtí v rodině. Mezi další alarmující problémy dysfunkční rodiny řadíme alkoholismus či užívání jiných návykových látek, velmi závažným faktorem je pak týrání a sexuální zneužívání dítěte.[22] Takové zacházení má mnohdy za následek syndrom CAN neboli syndrom týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte, jenž se následně projektuje do celého života jedince. [23]

Nepříznivá finanční situace, nezaměstnanost či ztráta profesního a sociálního postavení, rovněž zvyšují riziko suicidálních tendencí. Člověk si v této situaci často připadá nejenom méněcenný, může však dokonce ztrácet vlastní hodnoty a životní perspektivu. Epidemiologické studie v rámci sociální oblasti taktéž ukazují, že suicidia narůstají v dobách ekonomické nejistoty.[24]

V rámci sociálních faktorů je také důležité zmínit, že k některým sebevraždám dochází zcela impulzivně, a to v rámci životních krizí a těžkých stresových situací. Se sebevražedným chováním bývají v současné době též spojovány skupiny lidí, které ve

[21] VÁGNEROVÁ, Marie. *Současná psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2014, s. 450-451 ISBN 978-80-262-0696-5.

[22] KOUTEK, Jiří a Jana KOCOURKOVÁ. *Sebevražedné chování: Současné poznatky o suicidalitě a její specifika u dětí a dospívajících*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2007, s. 41. ISBN 978-80-7367-349-9.

[23] BENTOVIM, Arnon. *Týrání a sexuální zneužívání v rodinách*. Vyd. 1. Praha: Grada, 1998, s. 34. ISBN 80-7169-629-3.

[24] KAMARÁDOVÁ, Dana, Klára LÁTALOVÁ a Jan PRÁŠKO. *Suicidialita u psychických poruch*. Praha: Grada, 2015, s. 35. ISBN 978-80-247-4305-9.

společnosti zažívají dlouhodobou diskriminaci. Míra sebevražednosti je v posledních letech vyšší například u domorodého obyvatelstva či lidí, jež se řadí ke komunitě LGBTI+ (lesby, gayové, bisexuálové a transgender a intersex osoby). [25]

Biologické predispozice

V současné době není zcela objasněna otázka genetických či fyziologických predispozic, které by výlučně vedly k sebevražednému chování. Dědičný předpoklad je, dle Vágnerové, přítomný pouze v rámci duševních chorob a poruch, které však bezprostředně souvisí se suicidálními tendencemi. [26]

Dle Fišera & Škody má klíčový vliv narušení serotoninového systému, respektive jeho nízká hladina v mozkomíšním moku, která byla prokázána u mnoha pacientů v několika provedených výzkumech. Deplece „hormonu štěstí" může však zvyšovat riziko impulzivního reagování na stresující faktory a neschopnost jeho kontroly. [27]

Nedostatek tohoto neurotransmiteru rovněž *„přímo ovlivňuje i další buňky centrální nervové soustavy. Z hlediska možného vztahu k depresivním a úzkostným stavům jde zejména o buňky v oblasti amygdaly, která má vztah k emocím, v hypothalamu (vztah k chuti k jídlu, libidu a spánku) a v oblastech kortexu, které se účastní kognitivních a dalších vyšších činností mozku."* [28]

[25] WHO: *Mortality and global health estimates – Suicide rates* [online]. [cit. 2023-02-06]. Dostupné z: https://www.who.int/data/gho/data/themes/mental-health/suicide-rates

[26] VÁGNEROVÁ, Marie. *Současná psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2014, s. 449. ISBN 978-80-262-0696-5.

[27] FISCHER, Slavomil a Jiří ŠKODA. *Sociální patologie: Analýza příčin a možnosti ovlivňování závažných sociálně patologických jevů.* Grada Publishing, 2009, s. 79. ISBN 978-80-247-2781-3.

[28] Tamtéž.

1.3. Typologie sebevražedného jednání

V literatuře, kde se autoři zabývají touto problematikou, najdeme několik typů suicidálního jednání, přičemž každý z nich nese své odlišné a specifické rysy. Pro lepší orientaci v tématu se odborníci při dělení řídí různými kritérii. V této části proto nejdříve popíši základní typologii dle É. Durkheima, kterou považuji za velmi důležitou při zkoumání problematiky sebevražd. Dále se budu věnovat rozdělení dle motivů, cílů a dle počtu zúčastněných osob při suicidálním aktu.

Klasické dělení:

Jako základní rozdělení je možné chápat sebevraždu **biickou** a **patickou**, přičemž biická nese svůj původ v realitě a jedinec tak bývá zpravidla v normálním duševním stavu, k sebevražednému činu ho motivují například dluhy či jiné dlouhodobé stresové faktory. Na druhou stranu sebevražda patická má svůj původ v psychopatologickém obsahu, kdy jedinec trpí duševním onemocněním, nejčastěji pak schizofrenií. K suicidálnímu aktu se tak rozhodne například z důvodu halucinací a bludů, aby tak utekl a osvobodil se od imaginárních pronásledovatelů. [29]

Mezi významnou typologii sebevražd patří především klasické dělení dle filozofa Émila Durkheima, který k typologii přistupuje ze sociologického hlediska a rozlišuje sebevraždu na 4 základní typy:

- **Altruistická sebevražda** – je chápána spíše jako obětování se pro druhé, jak již ze samotného názvu vyplývá. Sebevražda je v tomto případě výsledkem silného napojení jedince na společnost, jako příklad je uváděno vlastní sebeusmrcení jakožto staršího člena v dobách hladu, aby lidé mladšího věku měli co jíst.

- **Anomická sebevražda** – je vázána na moderní uspořádání světa, ve kterém se v důsledku nedostatečných platných zákonů a pravidel, narušil běžný chod společnosti. Větší pravděpodobnost sebevraždy je v tomto případě v takové společnosti, kde jedinec postrádá normy, na které byl zvyklý a nedokáže se adaptovat na rychlé změny, které nastaly. V důsledku nových a chaotických událostí se člověk může cítit zoufalý, bezmocný a osamocený.

[29] KOUTEK, Jiří a Jana KOCOURKOVÁ. *Sebevražedné chování: Současné poznatky o suicidalitě a její specifika u dětí a dospívajících*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2007, s. 31. ISBN 978-80-7367-349-9.

- **Egoistická sebevražda** – je motivována nedostatečně rozvinutou sociální vazbou, respektive nezařazením jedince do společnosti, do které patří. S tímto typem úzce souvisí pojem individuality, který je v tomto případě nadřazen kolektivu. Durkheim tedy tvrdí, že člověk, který věnuje svou pozornost spíše své osobě a nikoliv skupině, do které patří, má vyšší pravděpodobnost k suicidálním tendencím.

- **Fatalistická sebevražda** – představuje opačný případ sebevraždy anomické. Vysoké riziko sebevražednosti vzniká v takové společnosti, která s sebou nese příliš striktní normy na to, aby se v ní člověk mohl seberealizovat. Klíčovým faktorem fatalistické podoby suicidia je tedy příliš vysoká míra společenské regulace, příkladem jsou vězni, otroci či lidé žijící v totalitních režimech.[30]

Dělení na základě motivace a cíle:

Jak již bylo výše zmíněno, na základě několika publikací je možné rozlišovat další rozdělení suicidálního jednání. Následující klasifikaci uvádí Vágnerová, která sebevraždy rozlišuje na základě motivace a cíle sebevražedného chování:

- **Bilanční sebevražda** – je doprovázena dlouhodobým stresem či subjektivně vnímanou nesnesitelnou zátěží, která na člověka působí tak silným stresovým faktorem, že již nechce pokračovat ve své existenci. Tento typ sebevraždy proto bývá často promyšlený a dlouhodobě připravovaný a je důsledkem spíše rozumové úvahy. Příkladem může být člověk s nevyléčitelným onemocněním, který již postrádá smysl života nebo depresivní pacient, jenž posuzuje svou situaci jako beznadějnou.

- **Impulzivní sebevražda** – s sebou nese takové zkratkovité jednání, které je charakterizováno velmi náhlým rozhodnutím. Jedinec tak jedná s cílem co nejrychleji vyřešit tíživou situaci bez ohledu na prostředky či jiné okolnosti, a to právě za cenu vlastního života. Nejčastějším důvodem pro impulzivní sebevražedné jednání jsou problémy v mezilidských vztazích, například úmrtí partnera nebo obdržení špatně hodnoceného vysvědčení v rámci dětského věku.

[30] DURKHEIM, Émile. *Suicide: A Study in Sociology*. 2 ed. Velká Británie: Taylor & Francis, 2002, s. 223. ISBN 978-04-1527-831-7

- **Demonstrativní sebevražda** – je odlišná od jiných typů sebevražedného jednání především z hlediska cíle, jelikož jedinec takto jedná bez úmyslu zemřít. Motivem mnohdy bývá spíše upoutání pozornosti nebo jistá forma volání o pomoc. Častým případem je v této situaci suicidum, jež je užívané jako prostředek k manipulaci s druhými lidmi. Jako příklad lze uvést rozvodové řízení dvou manželů, přičemž jeden jedná tímto způsobem ve snaze svého partnera potrestat.[31]

Dělení dle počtu zúčastněných osob:

Klasifikovat sebevražedné jednání je možné i na základě počtu angažovaných osob, takové rozdělení můžeme najít u Viewegha a Vágnerové, kteří je rozdělují na:

- **Individuální sebevražda** – představuje takové sebedestruktivní jednání, při kterém se usmrtí pouze jedna osoba.

- **Párová sebevražda** – je charakteristická pro společné sebeusmrcení dvou osob, přičemž nejčastěji se jedná o manželskou či partnerskou dvojici. K sebevraždě tedy dochází po jejich vzájemné dohodě a k činu dochází z obou stran zcela dobrovolně.[32]

- **Skupinová sebevražda** – s sebou nese 2 odlišné představy suicidálního jednání. Při prvním se jedná o sebevražedné chování skupiny osob, kde je nutné odlišovat tzv. iniciátora a ostatní, pasivní účastníky. Podněcovatel skupiny si může takovým jednáním utvrzovat svou moc a kontrolu nad ostatními, přičemž ostatní aktéři činem potvrzují svou identifikaci s vůdcem a s motivem nalezení vyššího smyslu. Příkladem takového způsobu jsou v dnešní době především skupinové sebevraždy v rámci náboženských skupin. Druhá varianta v rámci skupinové sebevraždy představuje sebeusmrcení vícero osob v bezvýchodné situaci.[33]

[31] VÁGNEROVÁ, Marie. *Současná psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2014, s. 447. ISBN 978-80-262-0696-5.

[32] VIEWEGH, Josef. *Sebevražda a literatura.* Vyd. 1. Brno: Nakl. Tomáše Janečka, 1996, s. 78-79. ISBN 80-858-8010-5.

[33] VÁGNEROVÁ, Marie. *Současná psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2014, s. 448. ISBN 978-80-262-0696-5.

Zvláštní formou suicidálního jednání, jehož se účastní více osob, je **sebevražda rozšířená**, která představuje takové chování, ve kterém můžeme nalézt patologický podklad. V takovém případě se téměř vždy jedná o duševně nemocného jedince, který mnohdy pod vlivem depresivního prožívání či halucinací a bludů nespáchá sebevražedný čin sám, ale zpravidla spolu s ním usmrtí také někoho ze svých blízkých osob. Motivací pro rozšířenou sebevraždu bývá zpravidla nesnesitelnost bytí jak pro dotyčného jedince, tak v jeho vlastních představách například i pro jeho potomka. V případě rozšířené sebevraždy však musí být přítomna psychotická motivace, jelikož kdyby dotyčný jednal například pouze z pomstychtivosti k partnerovi, byla by situace brána jako vražda a následná sebevražda. Tato skutečnost je důležitá především v rámci forenzního vyšetřování. [34]

1.4. Vývoj sebevražedného jednání

Otázka sebevražedného jednání je komplexní téma, a proto je na něj nutno nahlížet z poněkud širší perspektivy. Dokonané suicidium je sice vyvolané především posledním podnětem, avšak na ten je důležité hledět spíše jako na spouštěcí faktor oné sebevraždy. Většina z nich totiž vychází z na sebe nabalujících se problémů a stresových situací, které jedinec nakonec vyhodnotí jako natolik nezvladatelné a nesnesitelné, že se v konečné fázi rozhodne právě pro sebevražedný akt. [35]

Předtím, než se dostaneme k samotným vývojovým fázím v rámci problematiky tohoto jednání, je důležité zmínit **Ringelův presuicidální syndrom**, který samotnému činu předchází. Povědomí o daném syndromu je důležité nejen při diagnostice, ale také při samotné prevenci patologického chování.

Presuicidální syndrom popsal v roce 1953 Erwin Ringel, přičemž tento syndrom charakterizoval jako stav, který může předcházet samotnému suicidiu. Jde se o soubor myšlenek, pocitů a chování, které jistým způsobem naznačují, že daná osoba uvažuje o sebedestrukci nebo se již rozhodla k ní přikročit. Tento stav může být způsoben

[34] KOUTEK, Jiří a Jana KOCOURKOVÁ. *Sebevražedné chování: Současné poznatky o suicidalitě a její specifika u dětí a dospívajících*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2007, s. 32. ISBN 978-80-7367-349-9.

[35] FISCHER, Slavomil a Jiří ŠKODA. *Sociální patologie: Analýza příčin a možnosti ovlivňování závažných sociálně patologických jevů.* Grada Publishing, 2009, s. 66. ISBN 978-80-247-2781-3.

různými faktory, jako jsou psychické problémy, dlouhodobý stres, depresivní a úzkostná nálada, trauma, sociální izolace nebo ztráta blízké osoby. Syndrom s sebou nese další specifické příznaky, kterými jsou:

- Nadměrná úzkost, napěti a neklid
- Náhle změny nálad, pocity beznaděje
- Ztráta zájmu o běžné aktivity, odcizení od rodiny a přátel
- Zvýšená konzumace návykových látek
- Náhle uspořádání osobních záležitostí, například vytvoření závěti, rozdělení majetku či splacení dluhů [36]

Danému syndromu se věnují také Koutek & Kocourková, kteří poukazují na přítomnost vlastního zúženého prostoru, tedy tunelového vidění, kterého se jedinec není schopen zbavit. To představuje především neschopnost vidění jiného řešení v krizové situaci, než je právě sebezničující chování. Velmi přínosné je pak schéma vývoje presuicidálního syndromu, které obsahuje několik po sobě jdoucích fází, jež předcházejí právě onomu autoagresivní činu:

1. *intenzivní dlouhotrvající traumatizace*
2. *neurotické životní nastavení (problémy v komunikaci, kontaktu, egocentričnost)*
3. *krize (způsobená vnějšími zážitky nebo psychickým onemocněním)*
4. *omezení zájmů, mezilidských vztahů, pocity méněcennosti*
5. *obrat k agresi*
6. *sebevražedné fantazie*
7. *sebevražedné jednání* [37]

[36] VODÁČKOVÁ, Daniela. *Krizová intervence: Krize v životě člověka; Formy krizové pomoci a služeb.* 4. vyd. Praha: Portál, 2020, s. 489. ISBN 978-80-262-1704-6.

[37] KOUTEK, Jiří a Jana KOCOURKOVÁ. *Sebevražedné chování: Současné poznatky o suicidalitě a její specifika u dětí a dospívajících*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2007, s. 57. ISBN 978-80-7367-349-9.

Kontinuální a diskontinuální model suicidálního jednání

Po uvedení do otázky presuicidálního syndromu se dostáváme k samotným vývojovým fázím sebevražedného jednání. Tento proces je z hlediska přehlednosti vhodné rozdělit do dvou modelů. Kontinuální model sebevražd popisuje sebevraždu jako výsledek postupného hromadění různých faktorů v průběhu času a k tomuto modelu se zároveň přiklání většina autorů, kteří se zabývají problematikou patologického chování. Zatímco diskontinuální model sebevražd popisuje autoagresivní čin jako okamžitou reakci na nějakou krizovou situaci nebo traumatickou událost, není mu tedy vlastní zmíněná určitá posloupnost a dlouhodobost rizikových faktorů a jedná se spíše o zkratkovité jednání.[38] Z vývojového hlediska je tedy spíše vhodné věnovat se především modelu kontinuálnímu.

Kontinuální model sebevražd tedy popisuje sebevražedné chování jako proces, který se vyvíjí postupně v čase. Podle tohoto modelu jsou lidé vystaveni takovým stresorům a rizikovým faktorům, které mohou vést ke zhoršení psychického stavu a následně k dokonané sebevraždě. Takový proces může trvat i několik měsíců až roků a během něj se mohou objevovat varovné signály a symptomy, které mohou naznačovat zmíněné rizikové chování. Model je tedy založen na předpokladu, že existuje souvislost mezi různými faktory, které vedou k sebevraždě, a že se tyto faktory mohou hromadit v průběhu času. Proces suicidálního jednání v rámci kontinuálního procesu může vypadat takto: [39]

NÁPADY

↓

MYŠLENKY

↓

TENDENCE

↓

[38] Tamtéž, s. 27-31.

[39] KOUTEK, Jiří a Jana KOCOURKOVÁ. *Sebevražedné chování: Současné poznatky o suicidalitě a její specifika u dětí a dospívajících*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2007, s. 27-31. ISBN 978-80-7367-349-9.

POKUS

↓

SUICIDUM

Považuji za vhodné jednotlivé fáze suicidálního jednání podrobněji popsat, aby bylo možné lépe uchopit problematiku sebevražd. **Suicidální myšlenky** tedy chápeme jako takové nápady, které se týkají sebevraždy nebo sebevražedných způsobů a mohou být spojeny s pocitem bezvýchodnosti, zoufalství, beznaděje a osamělosti. Velmi důležitým faktorem při diagnostice je tedy přítomnost intenzivních a velmi obtížně odklonitelných suicidálních tezí, ať už jsou projeveny verbálně či neverbálně. Pacientovi zpravidla myšlenky na sebevraždu zabírají značnou část jeho dne, přičemž při posouzení nebezpečnosti je také důležitá jejich konkrétnost.

Pokud je dotyčný již ve fázi, kdy se aktivně na sebevraždu připravuje, tzn. shání si například potřebné předměty jako je zbraň či značné množství léků, hovoříme v této situaci už o **suicidálních tendencích**, které představují další fázi ve výše zobrazeném schématu.

Následující stupeň představuje **sebevražedný pokus**, jenž je charakterizován jako takové chování, kdy si člověk záměrně způsobí zranění nebo poškození vlastního těla, a to s úmyslem ukončit svůj život, přičemž tento pokus nevede k úmrtí jedince. Je důležité rozlišovat rozdíl mezi dokonaným suicidiem a pokusem o něj. Dle statistik je například uváděn fakt, že lidé při sebevražedných pokusech užívají spíše měkčích metod než při činech dokonaných. K této části je důležité dodat, že samotný pokus o sebevraždu signalizuje, že jedinec prochází vážnou krizí a potřebuje okamžitou pomoc a podporu. Ve schématu představuje poslední fázi již dokonaná sebevražda, jejíž definice a popis jsou popsané v části vymezení základní terminologie. [40]

[40] KOUTEK, Jiří a Jana KOCOURKOVÁ. *Sebevražedné chování: Současné poznatky o suicidalitě a její specifika u dětí a dospívajících*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2007, s. 28-30. ISBN 978-80-7367-349-9.

Podobné uspořádání vývojových fázi suicidálního jednání můžeme najít také u Vágnerové či Fischera, kteří shodně s ostatními autory popisují sebevraždu v rámci kontinuálního modelu, považují ho tedy spíše za delší a složitější proces, nikoliv za situaci, která by vznikla zcela náhle a nečekaně. Proces rozdělují následovně:

1. **Fáze počátečních úvah** – jedná se o první fázi, kdy jedinec začne přemýšlet o sebevraždě jako možnosti řešení svých problémů a utrpení. V této fázi se často projevuje deprese, úzkost nebo beznaděj. Sebevražedné tendence se však v této fázi projevují pouze na symbolické úrovni. [41]

2. **Fáze konkretizace způsobu** – přesvědčení o sebevraždě jako o nejlepším možném způsobu vyřešení problémů značně sílí. Jedinec v této fázi začíná promýšlet konkrétní plán, jak sebevraždu spáchat, zvažuje způsob, místo a čas. Tato fáze znamená, že jedinec už začal brát své myšlenky na sebevraždu velmi vážně a přemýšlí o konkrétních krocích.

3. **Fáze uskutečnění** – představuje poslední fázi, kdy člověk konkrétními činy ukončí vlastní život. V této fázi dochází k rozhodnutí k uskutečnění samotného provedení plánu suicidia. Takové rozhodnutí může přinést člověku v dlouhodobé psychické tísni značnou úlevu či uvolnění, lidé v jeho okolí se proto mohou mylně domnívat, že u jedince došlo ke zlepšení jeho stavu. [42]

[41] FISCHER, Slavomil a Jiří ŠKODA. *Sociální patologie: Analýza příčin a možnosti ovlivňování závažných sociálně patologických jevů.* Grada Publishing, 2009, s. 103. ISBN 978-80-247-2781-3.

[42] VÁGNEROVÁ, Marie. *Současná psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2014, s. 455. ISBN 978-80-262-0696-5.

1.5. Způsoby provedení suicidálního jednání

Metody dobrovolného ukončení vlastního života jsou často podmíněny kulturním podmínkám, ve kterých daný jedinec žije. Zvolená metoda může být také ovlivněna faktorem dostupnosti jednotlivých prostředků, které člověk v oné situaci užije. V Mezinárodní klasifikaci nemocí můžeme najít pod subkapitolou s názvem „úmyslné sebepoškození“ celkem 25 různých metod provedení suicidia, přičemž všechny jsou uvedeny jednotlivými kódy s označenými diagnózami X60 – X84. Desátá revize této klasifikace uvádí tyto způsoby úmyslného sebepoškození:

Tabulka 1 – Mezinárodní klasifikace nemocí

Úmyslné sebeotrávení neopiátovými analgetiky, antipyretiky a antirevmatiky
Úmyslné sebeotrávení antiepileptiky, sedativy, hypnotiky, antiparkinsoniky a psychotropními léky
Úmyslné sebeotrávení narkotiky a psychodisleptiky (halucinogeny)
Úmyslné sebeotrávení jinými léčivy působícími na autonomní nervovou soustavu Úmyslné sebeotrávení jinými neurčenými léky, léčivy, návykovými a biologickými látkami Úmyslné sebeotrávení alkoholem
Úmyslné sebeotrávení organickými rozpouštědly a halogenovanými uhlovodíky a jejich parami
Úmyslné sebeotrávení jinými plyny a parami
Úmyslné sebeotrávení pesticidy
Úmyslné sebeotrávení jinými a neurčenými chemikáliemi a škodlivými látkami Úmyslné sebepoškození oběšením, (u)škrcením a (za)dušením
Úmyslné sebepoškození (u)topením a potopením
Úmyslné sebepoškození výstřelem z pistole, revolveru
Úmyslné sebepoškození výstřelem z pušky, brokovnice a větší ruční střelné zbraně Úmyslné sebepoškození výstřelem z jiné a neurčené střelné zbraně
Úmyslné sebepoškození výbušnou látkou
Úmyslné sebepoškození kouřem, ohněm a dýmem
Úmyslné sebepoškození vodní parou, horkými výpary a horkými předměty
Úmyslné sebepoškození ostrým předmětem
Úmyslné sebepoškození tupým předmětem
Úmyslné sebepoškození skokem z výše
Úmyslné sebepoškození skokem nebo lehnutím si před pohybující se předmět
Úmyslné sebepoškození havárií motorového vozidla
Úmyslné sebepoškození jinými určenými prostředky
Úmyslné sebepoškození neurčenými prostředky

Způsoby provedení dle tabulky MKN považuji za velmi podrobné a detailní, jelikož klasifikace konkrétně uvádí také jednotlivé látky, jedy či používaná léčiva. [43] Užívané způsoby je však možné členit na metody **tvrdé** a **měkké**. U metod měkkých pozorujeme menší nebezpečnost, a tedy vyšší možnost záchrany života jedince, přičemž mezi ně řadíme především intoxikaci léky či povrchové pořezání kůže. Tyto způsoby jsou považovány za méně drastické, a ne v každém případě končí smrtí jedince, jelikož se záchranným složkám či osobám blízkým může podařit včas zasáhnout a plánovaný sebedestruktivní čin následně končí suicidálním pokusem. Na druhé straně u metod tvrdých je šance na přežití velmi snížena či je téměř vyloučena, jelikož do této kategorie spadají suicidální metody jako strangulace, užití střelné zbraně či skok z výšky. [44]

Jak již bylo výše v textu uvedeno, způsoby provedení mohou být podmíněny místem bydliště, ale také zaměstnáním, ve kterém daný jedinec pracuje. Existuje totiž vyšší pravděpodobnost, kdy člověk, který se trvale vyskytuje v místě, ve kterém se nachází železnice či velmi vysoká stavba, zvolí jako způsob suicidia skok pod jedoucí vlak nebo skok z vysoké budovy či mostu. Obdobné spojení provází právě také dané zaměstnání, jelikož člověk se na svém pracovišti může setkávat s prostředky, jež mohou být užity právě k sebedestruktivnímu činu. Příkladem mohou být lékaři, zdravotní sestry či záchranáři, u kterých může být vyšší pravděpodobnost intoxikace léky či na druhé straně užití střelné zbraně jedincem, který je zaměstnán jako příslušník ozbrojených sil. [45]

Závěrem v rámci oblasti způsobů provedení sebevražd je vhodné uvést takové metody, které jsou dle statistického měření v letech 2017-2021 vyhodnoceny v České republice jako nejčastější. Na základě Českého statistického úřadu je nejčastější metodou provedení dokonané sebevraždy oběšení, a to v případě mužů i žen.

[43] ÚZIS*: Mezinárodní klasifikace nemocí*; *úmyslné sebepoškození – X60-X84* [online]. [cit. 2023-02-23]. Dostupné z: https://mkn10.uzis.cz/prohlizec/X60-X84

[44] KOUTEK, Jiří a Jana KOCOURKOVÁ. *Sebevražedné chování: Současné poznatky o suicidalitě a její specifika u dětí a dospívajících*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2007, s. 34. ISBN 978-80-7367-349-9.

[45] HLADÍK, Jiří a Jiří ŠTEFAN. *Soudní lékařství a jeho moderní trendy.* Praha: Grada Publishing, 2012, 448 s. ISBN 978-80-247-3594-8.

Druhou nejčastěji volenou metodou bývá u mužů zastřelení, a to s výrazně vyšším procentuálním podílem než u žen, u těch je na druhém místě evidován skok z výše, přičemž v minulých letech u žen dominovala metoda otrávení. U obou pohlaví ve druhém desetiletí 21. století pak narůstá volba skoku či lehnutí si pod pohybující se předmět.[46] Co se týče celosvětových statistik, Světová zdravotnická organizace uvádí mezi nejčastěji volené metody především zastřelení, oběšení, ale také otravu pesticidy. Sebeotrávení pesticidy je pak velmi časté ve venkovských zemědělských oblastech třetího světa z důvodu nízkých příjmů a následné chudoby. V tomto případě se jedná o již zmíněnou kulturní a místní podmíněnost způsobů provedení sebevražedného jednání. [47]

[46] Český statistický úřad: *Sebevraždy* [online]. [cit. 2023-02-27]. Dostupné z: https://www.czso.cz/csu/czso/sebevrazdy_zaj

[47] WHO: *Mortality and global health estimates – Suicide rates* [online]. [cit. 2023-02-27]. Dostupné z: https://www.who.int/data/gho/data/themes/mental-health/suicide-rates

2. Pojetí suicidálního jednání v současné době

Problematika suicidálního jednání představuje závažný problém a nelze na něj nahlížet jako na takový patologický jev, který by se nějakým způsobem ze společnosti vytrácel. Tato kapitola proto rozvádí tématiku sebevražedného jednání v současné době, přináší aktuální epidemiologické studie a statistická data jak v rámci České republiky, tak v celosvětovém měřítku. V následující kapitole je také otevřena problematika současných postojů k suicidálním jedincům, možné předsudky společnosti či mýty v rámci již zmíněném chování.

Historické pozadí

Před samotnou formulací aktuální situace suicidálního chování ve společnosti, je vhodné se již v úvodu této kapitoly stručně zaměřit na historické pozadí tohoto jednání, jelikož agrese vůči vlastní osobě se ve společnosti objevovala již dávno a v různých společenských vrstvách. Sebevražedné jednání bylo charakterizováno už ve starověku, přičemž konkrétně ve starověkém Řecku bylo takové chování poměrně rozšířené. Smrt v těchto dobách a na tomto území byla svým způsobem upřednostňována před porážkou či otroctvím a nesla s sebou mnohdy projev nezávislosti, psychické vyrovnanosti až moudrosti. V Římě pak suicidální čin reprezentoval známku lidského zachování cti a figuroval ve společnosti jako prostředek k úniku.[48] Avšak ani v této době nepanovaly ve společnosti jednotné názory, například Aristoteles označoval suicidální tendence za zbabělé a jejich příslušníky za ty, kteří *„změkčilostí se vyhýbají protivenství“*. Jisté chování také označoval za určité překračování zákona a jednání nebylo jeho myšlenkám zcela přirozené. [49]

Co se tohoto časového období týče, úmrtí způsobené sebevraždou nebylo rozšířené pouze v Řecku a v Římě, nýbrž i v jiných starověkých kulturách. Například v Egyptě se jednalo o způsob celkem běžný a někdy byl tento čin dokonce prováděn veřejně, příkladem může být sebevražda prostřednictvím hadího uštknutí, jenž v té době

[48] HOSÁK, Ladislav, Michal HRDLIČKA a Jan LIBIGER. *Psychiatrie a pedopsychiatrie*. Praha: Karolinum, 2015, s. 539. ISBN 978-80-246-2998-8.

[49] VIEWEGH, Josef. *Sebevražda a literatura*. Vyd. 1. Brno: Nakl. Tomáše Janečka, 1996, s. 16. ISBN 80-858-8010-5.

spáchala egyptská královna Kleopatra. V některých zemích bylo dobrovolné ukončení vlastního života dokonce považováno za obdivuhodný a ušlechtilý čin, a to v zájmu prospěšnosti dané společnosti. Tak tomu bylo například v Japonsku, ve kterém mimo jiné v období středověku vznikl tradiční sebevražedný rituál harakiri, který obnáší velmi bolestivý způsob dobrovolného odchodu ze světa.[50] Tamější obyvatelstvo Japonska také považovalo v některých situacích sebevraždu za morální povinnost, a to například u vůdce vojáků v případě prohrané bitvy. [51]

Postoj k sebevražednému jednání byl však výrazně odlišný ve středověké Evropě, a to především vlivem rozšiřujícího se křesťanství. V této době bylo společností zaujímáno takové stanovisko, že život patří pouze Bohu a to, co Bůh daroval, není možné vlastní rukou odebrat. Sebevražedné jednání bylo proto zakázané, a především přísně sankciované, sebevrazi například nesměli být pohřbíváni na hřbitovech, mnohdy byli exkomunikováni z církve nebo jim byl konfiskován majetek. I přes tuto skutečnost k sebevraždám docházelo poměrně často, a to zejména ve válečných období či v dobách hladomorů a epidemií. [52]

Lze konstatovat, že pohled na suicidium a suicidální jedince společnost změnila až v 18. století, přičemž s tímto obdobím je možné spojit především francouzské osvícence. Například Voltaire a Rousseau byli známí svými veřejnými úsudky, kterými šířili takové stanovisko, že člověk má právo nakládat se svým životem dle svého uvážení a rozhodovat se tak, jak sám uzná za vhodné. Je důležité však dodat, že jejich úsudky směřující k této problematice s sebou nesly určité výhrady a nebyly úplně jednoznačné. Pro samotný novověk jsou pak typické velmi nestálé a proměnlivé postoje vůči autoagresivnímu chování, samotné sankciování pomocí uzákoněných nařízení však platilo ve společnosti ještě po celé 19. století. [53]

[50] VÁGNEROVÁ, Marie. *Současná psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2014, s. 444. ISBN 978-80-262-0696-5.

[51] KAMARÁDOVÁ, Dana, Klára LÁTALOVÁ a Jan PRÁŠKO. *Suicidialita u psychických poruch*. Praha: Grada, 2015, s. 11-12. ISBN 978-80-247-4305-9.

[52] HAŠKOVCOVÁ, Helena a Helena KUČEROVÁ. *Sebevraždy.* Praha: Galén, 2020, s. 16. ISBN 978-80-7492-485-9.

[53] VÁGNEROVÁ, Marie. *Současná psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2014, s. 445. ISBN 978-80-262-0696-5.

2.1. Výskyt suicidalit ve světě

Jak již z názvu diplomové práce vyplývá, téma se věnuje sebevražednému jednání především v současném světě a společnosti. Epidemiologie suicidálního chování se zabývá sledováním četnosti tohoto jevu, přičemž získaná data sledují rozdílný výskyt ve všech světových regionech a také v celé věkové kategorii. [54]

V oblasti výskytu sebevražedného jednání je důležité si uvědomit, že statistické údaje týkajících se již dokonaných sebevražd nemusí být v některých zemích z různých důvodů zcela spolehlivé. Jedním z důvodů může být například nedostatečnost potřebných zdrojů pro sběr a analýzu údajů, takové dočinění může mít v důsledku vliv na nepřesné a neúplné údaje o míře tohoto jednání. Dalším významným činitelem, který v tomto ohledu nelze opomenout jsou politické faktory, jelikož i v současné době je pravděpodobná možnost manipulace či dokonce potlačování údajů ohledně dané míry dokonaných sebevražd. [55]

Důležitým přitěžujícím faktorem v rámci statistického šetření míry autoagresivního chování je také někdy obtížné určení právě oné příčiny úmrtí, jelikož zesnulý jedinec neponechal například jednoznačný důkaz prostřednictvím dopisu či závěti. V důsledku pak může být mnoho sebevražd vyhodnoceno jako úmrtí způsobené neurčitým způsobem a tím pádem zkreslovat konečná data suicidálního jednání v daném státě. Příkladem častých způsobů úmrtí, která jsou ve světě klasifikována jako neurčitá, je smrtelné předávkování se omamnými látkami. V těchto případech je totiž zpravidla velmi složité určit, zda předávkování bylo úmyslného rázu či nikoliv. Tato skutečnost by však mohla v současné době velmi ovlivňovat právě míru sebevražednosti v určitých zemích, jelikož v posledních letech dochází k výraznému nárůstu těchto způsobů úmrtí.[56]

[54] KOUTEK, Jiří a Jana KOCOURKOVÁ. *Sebevražedné chování: Současné poznatky o suicidalitě a její specifika u dětí a dospívajících*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2007, s. 17. ISBN 978-80-7367-349-9.

[55] OLSON, Robert. The accuracy and reliability of suicide statistics: Why it matters. *Centre for suicide prevention* [online]. 2021 [cit. 2023-02-07]. Dostupné z: https://www.suicideinfo.ca/local_resource/accuracy-suicide-statistics/

[56] OLSON, Robert. The accuracy and reliability of suicide statistics: Why it matters. *Centre for suicide prevention* [online]. 2021 [cit. 2023-02-07]. Dostupné z: https://www.suicideinfo.ca/local_resource/accuracy-suicide-statistics/

Světová zdravotnická organizace vydala v roce 2020 klíčové analýzy z posledních desetiletí, přičemž sbíraná data mapovala celosvětová úmrtí způsobená sebevraždou v letech 2000-2019. Z těchto statistik vyplývá, že každý rok zemře vlastním rozhodnutím více než 703 000 lidí na světě s tím, že u mladých dospělých se ve věku 19-29 let v případě obou pohlaví jedná o čtvrtou nejčastější příčinu smrti. V důsledku sebevraždy ročně zemře dokonce více lidí než na následky autonehod, malárie nebo onemocnění AIDS. Získaná data také ukazují, že globálně se k tomuto jednání uchyluje 2x více mužů než žen, u mužů pak především v zemích s vysokými příjmy a u žen v zemích, které jsou charakteristické spíše nižšími středními příjmy. [57]

Dříve než se dostaneme k popisu konkrétních zemí s nejvyšší a nejnižší mírou suicidálního jednání, je pro přehled vhodné uvést vzestupně 6 světových regionů rozdělené dle WHO, a to dle míry dokonaných sebevražd na 100 000 obyvatel dané země: [58]

1. African Region – 11,2
2. European Region – 10,5
3. South-East Asian Region – 10,2
4. Region of the Americas – 9,0
5. Western Pacific Region – 7,2
6. Eastern Mediterranean Region – 6,4

Z výše uvedeného schématu je vidno, že s nejvyšší míru sebevražednosti s počtem 11,2 na 100 000 obyvatel shledáváme v celé oblasti Afriky, do které patří celkem 48 členských zemí WHO. Druhý nejvyšší počet mají členské státy nacházející se v oblasti Evropy, třetí pak oblast jihovýchodní Asie. Další v pořadí statisticky nejpočetnějších suicidálních činů je oblast Severní a jižní Ameriky s počtem 9 sebevražd na 100 000 obyvatel. Průměrná hodnota pak mírně klesá v regionu západního Pacifiku a nejmenší míra je vyhodnocena v oblasti východního středomoří.

[57] WHO: *Suicide worldwide in 2019: Global Health Estimates* [online]. 2021 [cit. 2023-01-06]. ISBN 978-92-4-002664-3. Dostupné z: https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789240026643

[58] Global Health Observatory data repository: *Estimates by country* [online]. [cit. 2023-01-01]. Dostupné z: https://apps.who.int/gho/data/node.main.MHSUICIDEASDR?lang=en

Co se samotné Evropy týče, statistická data z této oblasti ukazují, že ze všech úmrtí zde sebevraždy tvoří průměrně 1,1 %, což znamená, že v Evropské unii je to více než 56 000 suicidií ročně. Dle průzkumu WHO z roku 2019 je zemí s nejvyšší mírou sebevražd na 100 000 obyvatel Litva, a to s průměrnou hodnotou 28,3. Dalšími zeměmi, které se potýkají s vysokými čísly úmrtnosti v této oblasti je pak Rusko, Bělorusko a Lotyšsko. Naopak nejnižší míru sebevražednosti shledáváme například na Maltě nebo v Řecku. [59]

Obecně lze však v posledních letech pozorovat také lehký pokles počtu úmrtí v důsledku sebevražd, jelikož studie ukazují, že v evropských zemích v letech 2011-2019 dochází v zemích jako je například Německo nebo Itálie k lehkému snížení a u zemí ostatních pozorujeme spíše neměnný stav. Značný nárůst sebevražd ročně je charakteristický pouze pro Turecko.[60]

Země s nejvyšší mírou sebevražednosti

K patologickému jevu suicidálního chování dochází po celém světě a mnoho zemí bojuje s velmi vysokou mírou sebevražd. Získaná data se mohou výrazně lišit v závislosti na sociální, ekonomické a zdravotní situaci dané země. Pokud bychom měli jmenovat zemi s výrazně nejvyšším počtem suicidia obyvatel, je jí dle posledního sčítání **Lesotho**, ležící v Jižní Africe, celým názvem Lesothské království. Tato země čítá celkem 72,4 dokonaných sebevražd na 100 000 obyvatel, což je téměř 3x více, než je celosvětový průměr. Problematika suicidálního chování v Jižní Africe proto představuje výraznou krizi, se kterou se Lesotho dlouhodobě potýká. [61]

Vysoké počty s sebou nesou otázku, z jakého důvodu v zemi dochází k tak závažnému problému. V oblasti této problematiky je však důležité připomenout, že sebevražda představuje velmi komplexní problém s mnoha ovlivňujícími faktory

[59] WHO: *Suicide worldwide in 2019: Global Health Estimates* [online]. 2021 [cit. 2023-01-06]. ISBN 978-92-4-002664-3. Dostupné z: https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789240026643

[60] European psychiatric association: *Major European study confirms drop in suicides in last decade: may be linked to active measures to prevent suicide.* [online]. 2023 [cit. 2023-01-05]. Dostupné z: https://www.eurekalert.org/news-releases/983776

[61] WHO: *Suicide worldwide in 2019: Global Health Estimates* [online]. 2021 [cit. 2023-01-06]. ISBN 978-92-4-002664-3. Dostupné z: https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789240026643

a neexistuje zcela jasná odpověď na to, proč mají některé regiony vyšší či nižší míru suicidálního jednání než jiné. Dle statistik či jiných ukazatelů však můžeme poukázat na několik vlivných činitelů, které mohou přispět k vyššímu počtu suicidií v dané zemi.

Lesotho se již dlouhodobě řadí mezi jednu z nejchudších zemí světa a vysoké procento obyvatel zde žije ve velmi skromných podmínkách. Z výše popsaných kapitol je zřejmé, že je tento problém úzce propojen s duševním zdravím, jelikož jedinci, kteří se potýkají s dlouhodobými existenčními problémy se postupem času dostávají do hlubokých depresí a pocitů beznaděje. Problémy s duševním zdravím jsou v Lesothu více než běžné, největší propad však nastává v strategickém řešení této problematiky v tamních podmínkách. V zemi je totiž nedostatek služeb v oblasti duševního zdraví a většina lidí tak nemá přístup k léčbě, nelze také opomenout tradici soběstačnosti v zemi a následné stigma kolem psychických potíží, lidé se proto zdráhají vyhledat, byť minimální podporu. Lesotho má taktéž jednou z nejvyšších mír onemocnění AIDS na světě, což může také přispívat k pocitům beznaděje a zoufalství a následnému uchýlení se k sebevražednému kroku. Z kapitoly, která se zabývala způsobům provedení tohoto jevu plyne, že velmi vysoké procento sebevrahů volí jako metodu zastřelení či otrávení pesticidy, tento fakt ukazuje na další problém v zemi Lesotho, jelikož tyto prostředky jsou zde poměrně snadno dostupné. [62]

Data Světové zdravotnické organizace z roku 2019 ukazují, že **Guyana**, jakožto stát ležící v Jižní Americe, čítá druhou nejvyšší míru sebevražednosti s číslem 40,3 na 100 000 obyvatel.[63] S vysokou mírou v daném státě se pojí problematika chudoby, která je v Guyaně stěžejním tématem. Nedostatek prostředků má ve státě za následek omezený přístup ke zdravotní péči, ale také ke vzdělání a následným pracovním příležitostem, to ve výsledku vytváří začarovaný kruh a lidé se zde proto mnohdy potýkají s vysokým stresovým napětím či s pocity beznaděje a zoufalství. S těmito faktory se pojí další problematická sféra v Guyaně, čímž je duševní zdraví,

[62] Lesotho's Suicide Crisis. *Help Lesotho* [online]. 2022 [cit. 2023-02-05]. Dostupné z: https://helplesotho.org/lesothos-suicide-crisis/

[63] WHO: *Suicide worldwide in 2019: Global Health Estimates* [online]. 2021 [cit. 2023-01-06]. ISBN 978-92-4-002664-3. Dostupné z: https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789240026643

jelikož postoje v této oblasti jsou zde obdobné jako v již zmíněném státě Lesotho.[64] V Guyaně totiž panuje značná míra stigmatizace až diskriminace osob, kteří mají psychické problémy, lidé se proto mnohdy ostýchají vyhledat pomoc a s problémy se snaží vypořádat vlastním způsobem. V návaznosti na komplikované možnosti řešení stresových situací je možné zmínit vyšší míru zneužívání návykových látek, která je v zemi také více než obdobná, přičemž z výše uvedených kapitol je zřejmé, že se takové jednání řadí mezi faktory suicidálního jednání. Při řešení dalších otázek v oblasti rizikových faktorů nelze opomenout násilí ve společnosti na základě pohlaví jakožto závažný sociální problémem v Guyaně. Především ženy jsou zde často vystaveny fyzickému, sexuálnímu a emocionálnímu zneužívání, což u nich může vést nejen ke vzniku psychických potíží, ale právě také k autoagresivnímu jednání. [65]

Další země, které se řadí mezi státy s vysokou mírou sebevražednosti jsou Svazijsko v jižní Africe, Korejská republika, dále ostrovní stát v Tichém oceánu jménem Kiribati, Mikronésie, Litva, Surinamská republika, Rusko a Jihoafrická republika. Všechny tyto země mají dle WHO počet dokonaných suicidií na 100 000 obyvatel pohybující se mezi 20 až 30 a jsou tímto vyhodnoceny jako státy, které zažívají dlouhodobě svízelné období v této problematice. Při řešení této otázky je vhodné poukázat na fakt, že Belgie je dle těchto statistik vyhodnocena jako jediný západoevropský stát, který má velmi vysokou míru sebevražd a pohybuje se celkem na 11. místě ve výše popisovaném žebříčku. Na tuto skutečnost však může mít vliv legalizovaná asistovaná sebevražda, která je v této zemi prováděna od roku 2002 lékařem či jiným zdravotnickým pracovníkem, a to na žádost pacienta.[66]

[64] Suicide Rates Highest In Guyana: *May Be Explained By Clustering Effect. Medical Daily* [online]. [cit. 2023-01-05]. Dostupné z: https://www.medicaldaily.com/suicide-rates-highest-guyana-may-be-explained-clustering-effect-306982

[65] Guyana: mental illness, witchcraft, and the highest suicide rate in the world. *The Guardian* [online]. [cit. 2023-01-05]. Dostupné z: https://www.theguardian.com/global-development-professionals-network/2015/jun/03/guyana-mental-illness-witchcraft-and-the-highest-suicide-rate-in-the-world

[66] Global Health Observatory data repository: *Estimates by country* [online]. [cit. 2023-01-01]. Dostupné z: https://apps.who.int/gho/data/node.main.MHSUICIDEASDR?lang=en

Země s nejnižší mírou sebevražednosti

V návaznosti na země, které byly vyhodnoceny dle Světové zdravotnické organizace jako nevíce kritické s ohledem na mortalitu sebevražedným způsobem, je vhodné také uvést státy, které mají dle statistik míru suicidality nejnižší. Nejmenší počet těchto úmrtí na 100 000 obyvatel čítá ostrovní stát ležící v Karibiku jménem Antigua a Barbuda. Mezi další dvě země s nejnižšími čísly patří Barbados a Grenada, přičemž oba tyto ostrovní státy leží taktéž v Karibské oblasti. Statistická data dále ukazují například Jordánsko, Sýrii, Venezuelu nebo Filipíny. [67]

2.2. Výskyt suicidalit v České republice

V rámci výskytu sebedestruktivního jednání v současné době je vhodné navázat na předchozí světová data, a to přítomností tohoto jevu v české společnosti. V České republice se nachází celkem dva zdroje, které sbírají statistická data dokonaných sebevražd, přičemž jedním z nich je Český statistický úřad a druhý představuje Ústav zdravotnických informací a statistiky. Při porovnání obou číselných zdrojů a statistik je však zajímavé, že zdravotnická data vykazují nižší počet zemřelých osob v rámci suicidálního jednání, než je tak u Českého statistického úřadu. Dle Koutka je však vhodné považovat za věrohodnější spíše data zveřejněná ČSÚ, avšak v posledních letech můžeme již pozorovat sbližující se charakter daných údajů obou ústavů. [68]

Následující údaje byly sbírány Českým statistickým úřadem, přičemž ty vycházejí z listu o prohlídce zemřelého, jenž vyplňuje lékař, který vykonával pitvu onoho jedince. Sbíraná data prostřednictvím ČSÚ sahají až do roku 1876, přičemž od tohoto roku do současné doby lze konstatovat spíše klesající trend dokonaných sebevražd, avšak tato skutečnost neubírá této problematice na vážnosti. Ačkoliv údaje sahají do poměrně historických úseků naší společnosti, v této podkapitole bude pozornost věnována spíše poslednímu desetiletí, jelikož je práce zaměřena na problematiku suicidálního chování v současné době.

[67] WHO: *Suicide worldwide in 2019: Global Health Estimates* [online]. 2021 [cit. 2023-01-06]. ISBN 978-92-4-002664-3. Dostupné z: https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789240026643

[68] KOUTEK, Jiří a Jana KOCOURKOVÁ. *Sebevražedné chování: Současné poznatky o suicidalitě a její specifika u dětí a dospívajících*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2007, s. 22. ISBN 978-80-7367-349-9.

Dokument, týkající se dat sebevražednosti v České republice, který zpracoval Odbor statistiky obyvatelstva pod vedením ČSÚ byl vydán v roce 2021 a věnuje se suicidalitě v České republice v posledním desetiletí. Jak již bylo výše uvedeno, v poslední dekádě míra sebevražednosti u českého obyvatelstva mírně klesla oproti předešlým rokům, avšak čísla dokonaných suicidií se stále pohybují nad průměrnými daty Evropské unie. Dle posledních dostupných údajů bylo v České republice v roce 2020 spácháno celkem 1 224 sebevražd, přičemž tato hodnota představuje fakt, že dokonané autoagresivní skutky se podílely z 0,95 % na všech úmrtích. [69]

Dle pohlaví

Pokud bychom měli mluvit o statistických datech dokonaných sebevražd v rámci pohlaví v České republice, čísla ukazují, že muži umírají v důsledku těchto činů mnohem častěji než ženy a bylo tomu tak i v letech minulých. Stejný vzorec však můžeme také pozorovat v mnoha dalších zemích, jelikož z předešlé podkapitoly vyplývá, že muži dominují ve vyšší míře suicidálního jednání po celém světě. V české společnosti začal podíl můžu výrazně narůstat od 90. let 20. století a v roce 2020 tvořil dokonce 82 % všech dokonaných suicidií, ženy tak v poslední dekádě v průměru nevykonaly ani pětinu z nich. Dále lze konstatovat, že v posledním pozorovaném pětiletém období v letech 2017-2021 muži spáchaly průměrně 1027 sebevražd a ženy 250, z toho vyplývá, že na jeden ženský sebedestruktivní čin připadlo 4,1 sebevražd vykonaných muži. [70]

Lze uvést již několik faktorů, které mohou alespoň z části vysvětlit tuto výraznou genderovou nerovnost, přičemž jedním z možných důvodů může být skutečnost, že muži mohou méně často vyhledat odbornou pomoc při řešení duševních, ekonomických či sociálních problémů než ženy. Tyto skutečnosti však bývají ovlivněny společenskými normami a stigmatem kolem této problematiky. Mužské pohlaví

[69] Sebevraždy v České republice: *2011 až 2020. ČSÚ*. [online]. 2021 [cit. 2023-02-05]. Dostupné z: https://www.czso.cz/documents/10180/142758738/13018721.pdf/152108b0-535e-4142-9f64-9c7bc06f4f1b?version=1.3

[70] Sebevraždy v České republice: *2011 až 2020. ČSÚ*. [online]. 2021 [cit. 2023-02-05]. Dostupné z: https://www.czso.cz/documents/10180/142758738/13018721.pdf/152108b0-535e-4142-9f64-9c7bc06f4f1b?version=1.3

zároveň při autoagresivních činech užívá prostředky jako jsou střelné zbraně, u kterých lze konstatovat vyšší pravděpodobnost úmrtí. Pokud však mluvíme o samotných pokusech o sebevraždu, které neskončily smrtí, v této kategorii se ženy o suicidium pokouší průměrně třikrát častěji než muži. [71]

Dle věkové kategorie

Pokud bychom měli hledat nejvíce rizikovou skupinu obyvatel z hlediska věkové kategorie, která byla v průměru let 2011-2020 evidována s nejvyšší mírou sebevražednosti, byli to lidé ve věku 40-60 let. Co se po sléze intenzity sebevražednosti týče, ta je pak nejvyšší u seniorů a s přibývajícím věkem jen sílí. Český statistický úřad uvádí, že u obyvatel České republiky, kteří se nacházeli ve věku 85-89 let bylo v průměru posledního desetiletí zaznamenáno 29 sebevražd na 100 000 lidí, zatímco ve věkové kategorii 55-59 let úřad evidoval osob 21. [72]

Na vysoké míře sebevražednosti mezi seniory se podílí hned několik faktorů, přičemž je důležité zmínit především tzv. tichá suicidia. Ta představují takové jednání, které zahrnuje například neužívání medikace záměrného charakteru či naopak předávkování léky nebo nedodržování dostatečného pitného či stravovacího režimu. Mezi další stěžejní faktory lze zařadit někdy velmi vysokou míru sociální izolace u lidí důchodového věku, pocity ztráty smyslu života a následné úzkosti a deprese, významný dopad mohou mít také finanční problémy, somatická onemocnění nebo neumožněný či nedostatečný přístup ke službám duševního zdraví. U lidí důchodového věku bývá velmi složité rozpoznat právě suicidální úmysly a zpravidla u těchto lidí vypadají varovné signály odlišně než u mladších generací. Z tohoto důvodu je potřeba včas rozeznat možná rizika, a především je brát vážně. [73]

[71] VÁGNEROVÁ, Marie. *Současná psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2014, s. 446-450. ISBN 978-80-262-0696-5.

[72] Sebevraždy v České republice: *2011 až 2020. ČSÚ*. [online]. 2021 [cit. 2023-02-05]. Dostupné z: https://www.czso.cz/documents/10180/142758738/13018721.pdf/152108b0-535e-4142-9f64-9c7bc06f4f1b?version=1.3

[73] HOSÁK, Ladislav, Michal HRDLIČKA a Jan LIBIGER. *Psychiatrie a pedopsychiatrie*. Praha: Karolinum, 2015, s. 548-549. ISBN 978-80-246-2998-8.

Dle místa a způsobu provedení

Způsoby provedení jsou v české společnosti lehce odlišené od ostatních zemí, jelikož jsou často závislé na přístupnosti daných prostředků. Dle průměru dostupných dat ČSÚ vycházejících z let 2011-2020 je míra způsobů provedení u obou pohlaví následující: [74]

1) oběšení – 56 %
2) zastřelení – 12 %
3) skok z výše – 10 %
4) otrávení – 9 %
5) skok/lehnutí pod pohybující se předmět – 6 %
6) ostrý předmět – 4 %
7) utopení – 1 %
8) ostatní – 2 %

Z procentuálních dat posledního desetiletí je tedy zřejmé, že v České republice ve všech 14 krajích se jako nejčastější způsob provedení užívá metoda oběšení, a to jak u mužského, tak u ženského pohlaví. Odlišnosti pak nastávají, pokud bychom chtěli zjistit míru rozdílných způsobů u daného pohlaví, jelikož muži pak volí například metodu zastřelení mnohem častěji než ženy. U žen naopak shledáváme vyšší zastoupení metody otrávení nebo skoku z výše než u mužů. Z hlediska místa provedení dokonaných suicidií je v České republice nejčastěji voleným místem domov jedince, a to u obou pohlaví, druhým nejčastěji voleným místem byly shledány ulice a silnice a třetím obytné instituce. [75]

[74] Sebevraždy v České republice: *2011 až 2020. ČSÚ*. [online]. 2021 [cit. 2023-02-05]. Dostupné z: https://www.czso.cz/documents/10180/142758738/13018721.pdf/152108b0-535e-4142-9f64-9c7bc06f4f1b?version=1.3

[75] Sebevraždy v České republice: *2011 až 2020. ČSÚ*. [online]. 2021 [cit. 2023-02-05]. Dostupné z: https://www.czso.cz/documents/10180/142758738/13018721.pdf/152108b0-535e-4142-9f64-9c7bc06f4f1b?version=1.3

Dle ročního období

V závěru podkapitoly, která se týká výskytu suicidálního jednání v České republice je vhodné uvést míru sebevražednosti dle ročního období, dne v týdnu nebo také odlišnosti v rámci daných krajů. Dle dostupných dat je zřejmé, že lidé nevolí suicidium stejnoměrně, co se ročních období týče. Jako nejčastější v rámci dokonaných sebevražd byly v poslední dekádě vyhodnoceny měsíce jarní a vysoké procento bylo shledáno také v červenci. Naopak nejnižší sebevražednost v roce byla v průměru zkoumaných let shledána v zimních měsících, konkrétně v prosinci. Nicméně v průběhu let docházelo také k jistým výkyvům, například v roce 2020 byl nejnižší počet suicidií shledán v květnu a v prosinci byl stav vyhodnocen jako zcela průměrný. V rámci jednotlivých dnů v týdnu lze dle procentuálních dat pozorovat nejvyšší výskyt sebevražd v pondělí s průměrnou hodnotou 4,4 sebevražd, přičemž s postupem dalších dní má míra těchto činů klesající charakter, zcela nejnižší hodnota je pak zaznamenána o víkendu, a to konkrétně v sobotu s průměrnou hodnotou 3,5. [76]

Dle regionů České republiky

V rámci jednotlivých krajů v České republice vyplývá z dat posledního desetiletí, že nejnižší míra sebevražednosti je v kraji Vysočina, přičemž tento údaj zůstává v porovnání s předchozími daty neměnný. Změna však nastala u kraje Olomouckého a Ústeckého, které se v poslední dekádě taktéž řadí mezi kraje s nejnižší mírou, jelikož u nich lze pozorovat velmi výrazný pokles od dob dřívějších, přestože v minulosti měly tyto kraje významný problém s vysokou mírou dokonaných suicidií. Poměrně nízkou sebevražednost shledáváme také v Hlavním městě Praha s dodatkem, že ve srovnání s ostatními regiony má velmi vysokou míru suicidality u ženského pohlaví, avšak u mužů nikoliv. Pokud se naopak zaměříme na region s nejvyšším počtem sebevražd, je jím dle údajů z let 2011-2020 kraj Liberecký s tím, že v posledních 5 letech zde byla sebevražednost o cca 30 % vyšší ve srovnání s celostátním průměrem.[77]

[76] Sebevraždy v České republice: *2011 až 2020. ČSÚ*. [online]. 2021 [cit. 2023-02-05]. Dostupné z: https://www.czso.cz/documents/10180/142758738/13018721.pdf/152108b0-535e-4142-9f64-9c7bc06f4f1b?version=1.3

[77] Sebevraždy v České republice: *2011 až 2020. ČSÚ*. [online]. 2021 [cit. 2023-02-05]. Dostupné z: https://www.czso.cz/documents/10180/142758738/13018721.pdf/152108b0-535e-4142-9f64-9c7bc06f4f1b?version=1.3

2.3. Sociální význam suicidálního jednání

Z hlediska zaměření této práce je vhodné otevřít problematiku obecného postavení suicidantů, ale také jejich osob blízkých ve společnosti. Respektive zaměřit se na možné postoje a názorová stanoviska, která se mohou mezi lidmi obecně vyskytovat.

Postoje

Postoje lze obecně definovat jako taková hodnotící stanoviska, které se vztahují ke světu kolem nás, ale také k jistým objektům, které se kolem nás nacházejí. Jedná se tedy o stav jednotlivce či skupiny, který odráží určité názory, přesvědčení a preference k určitým věcem, tématům, ale i k ostatním lidem a skupinám. Lze konstatovat, že postoje mohou být vrozené, avšak postupem času formovány jistými životními zkušenostmi, vzděláním, kulturou či společenskými normami.[78]

Postoje ve společnosti plní jisté funkce, přičemž lze definovat celkem 5 hlavních funkcí postojů. Instrumentální funkce představuje jisté praktické důvody, tedy respektive zaujímání určitého postoje z jistých prospěšných či užitných důvodů. Další funkce postojů je kognitivní neboli poznávací, jelikož takové postoje nám umožňují urovnat si množství získaných informací o světě bez přílišného zabývání se detaily a následně nám napomáhají k vytvoření jistého systému a řádu v našem světe. Třetí funkce je hodnotová, tzn. ty postoje, které splňují tuto funkci představují naše hodnoty, ale také náš postoj k sobě samému. Z toho důvodu, že jsou odvozeny právě z pravé hodnotové podstaty, jsou velmi těžko měnitelné.[79] Další funkce ego-defenzivní slouží k ochraně ucelenosti a integrity naší osobnosti a mohou fungovat jako jisté obranné mechanismy před nepříjemnými či obtížně přijatelnými skutečnostmi ostré reality. Poslední sociálně-adjustační funkci plní takové postoje, které nám poskytují možnost mít smysluplné mezilidské vztahy a tím pádem být součástí společnosti. Dá se říci, že lidé zastávají určité postoje z toho důvodu, že jejich blízké okolí a rodina zaujímají podobná či stejná postojová stanoviska.[80]

[78] VÝROST, Jozef a Ivan SLAMĚNÍK. *Sociální psychologie*. 2. přepracované a rozšířené vydání. Praha: Grada Publishing, 2008, s. 127-130. ISBN 978-80-247-1428-8.

[79] AKTINSON, Rita Loyd. *Psychologie*. Praha: Portál, 2003, s. 617-618. ISBN 80-7178-640-3

[80] NAKONEČNÝ, Milan. *Sociální psychologie*. Praha: Academia, 2009, s. 248-249. ISBN 978-80-200-1679-9.

Co se týče sociálních postojů ve vztahu k sebevražedným jedincům, můžeme se ve společnosti setkat s velmi protichůdnými názory. Dle Vágnerové je sebevražedný čin mnohdy chápán jako zavržení obecně uznávané hodnoty vlastního života a lidé tento čin mohou chápat například jako projev slabosti vůči zvládání negativních životních událostí. Setkáme se ale také s lidmi, kteří mohou považovat sebevraždu jako čin charakterizující určitou odvahu a sílu k vykonání tak radikálního řešení. [81]

Velmi ambivalentní postoj zaujímá společnost k dokonané sebevraždě a sebevražednému pokusu. Zatímco lidé považují dokonané suicidium za tragickou událost a k činu zaujímají často truchlivý a neradostný postoj, u sebevražedných pokusů tomu může být jinak. Pokud se někdo o suicidium pokusí a podaří se ho včas zachránit, mohou k němu ostatní lidé zaujímat poněkud odmítavé až stigmatizující stanovisko. Důvodem pro tuto skutečnost mohou být různé subjektivní názory společnosti, například že důvody pro ukončení vlastního života nebyly dle jejich názoru dostatečně závažné.[82] Z důvodu stále vyskytujících se mylných představ v rámci suicidálního chování a jistých předsudků je stigmatizace těchto lidí a jejich blízkých ve společnosti stále přítomná.

Stigmatizace

Stigma je *„znamení domnělé méněcennosti, vedoucí k odmítání jeho nositele druhými lidmi.“* [83] Z této definice lze usoudit, že pojem stigma představuje jisté předsudky až diskriminační úsudky vůči osobám, kteří se jistým způsobem liší od běžné populace. Stigmatizující chování může být svým způsobem zaměřené jak na jednotlivce, tak větší skupiny lidí, kteří se liší na základě rasy, etnického původu, pohlaví, sexuální orientace, náboženství, ale také fyzického nebo duševního stavu.[84]

[81] VÁGNEROVÁ, Marie. *Současná psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2014, s. 459. ISBN 978-80-262-0696-5.

[82] Tamtéž.

[83] HÖSCHL, Cyril, Jan LIBIGER a Jaromír ŠVESTKA. *Psychiatrie*. Praha: Tigis, 2004, s. 226. ISBN 80-900-1307-4.

[84] HAŠKOVCOVÁ, Helena a Helena KUČEROVÁ. *Sebevraždy.* Praha: Galén, 2020, s. 25-26. ISBN 978-80-7492-485-9.

Stigmatizace se tedy ve společnosti může vyskytovat v různých formách, přičemž má své charakteristické fáze vývoje. U tohoto sociálního jevu je možné sledovat nejčastěji 4 hlavní složky, které tvoří komplexní model stigmatizace, těmi jsou:

1. ***značkování*** *(labelling)* – jedná se o počáteční fázi stigmatizace, kdy jsou sociální skupiny či jednotlivci označováni na základě určitých charakteristik, například rasy, pohlaví, ale také fyzického nebo duševního stavu. Podle těchto rysů mohou být lidé následně považováni za odlišné od většinové společnosti.

2. ***stereotypie*** *(stereotyping)* – v další fázi, tedy následně po označení těchto jednotlivců či skupin, dochází již k procesu vytváření určitých předsudků a předpokladů o jejich chování, schopnostech nebo osobnostních rysech.

3. ***separace*** *(separating)* – dochází k takové kategorizaci označovaných jednotlivců či skupin, kdy začínají být tito lidé oddělováni až izolováni od většinové populace. V této fázi může také docházet k jisté ztrátě individuality oddělovaných jedinců, jelikož mohu být posuzováni právě na základě celé skupiny a tím se zcela vytrácejí jejich osobnostní kvality.

4. ***diskriminace*** *(discrimination)* – ve fázi diskriminace je se stigmatizovanými jedinci zacházeno nespravedlivým a nerovným způsobem, a to na základě subjektivně vnímaných rozdílů či negativního nálepkování. Dochází k zavržení a mnohdy k vyloučení těchto lidí ze společnosti.[85]

V oblasti duševního zdraví se stigmatizující jednání může projevovat různými způsoby, například zacházením s těmito lidmi jako by byli slabí, nepředvídatelní, nebezpeční či nekompetentní v různých oblastech. V důsledcích tohoto zacházení mohou být vystaveni diskriminaci v zaměstnání, zdravotní péči nebo v sociálních vztazích. Předsudky v rámci psychické oblasti člověka si lidé nesou již z dětství a jejich vznik bývá tedy podmíněn prostředím, ve kterém vyrůstáme, jelikož mnohdy přebíráme vzorce chování či názory právě od rodičů a nejbližšího okolí.[86]

[85] OCISKOVÁ, Marie a Ján PRAŠKO. *Stigmatizace a sebestigmatizace u psychických poruch*. Praha: Grada, 2015, s. 61-63. ISBN 978-80-247-5199-3.

[86] HOSÁK, Ladislav, Michal HRDLIČKA a Jan LIBIGER. *Psychiatrie a pedopsychiatrie*. Praha: Karolinum, 2015, s. 612-613. ISBN 978-80-246-2998-8.

Co je však stěžejní vzhledem k probíranému tématu, stigma v rámci duševního zdraví může jistým způsobem bránit jednotlivcům vyhledat odbornou pomoc a přivodit si tím tak zhoršení psychického stavu, může vést také ke značné sociální izolaci. Tyto důsledky mohou však významně přispívat k rozvoji sebevražedných myšlenek či dokonce k možnosti o samotný pokus o suicidium. Co se týče stigmatu okolo suicidálních jedinců, v dnešní společnosti se můžeme stále setkávat s různými stigmatizujícími postoji, které zahrnují přesvědčení, že jsou tito jedinci slabí, sobečtí nebo že svými činy touží po jisté pozornosti.[87]

Z hlediska negativních předsudků a postojů v rámci duševního zdraví je významným aspektem tzv. ***sebestigmatizace*** *(self-stigma),* přičemž tento pojem představuje přijímaní negativních postojů a přesvědčení o sobě samém, a to právě v důsledku dlouhodobého stigmatu, které jedinci zažívali v rámci společnosti. Přijímání těchto negativních úsudků za vlastní může vést k pocitům studu, sebeobviňování či k výraznému snížení sebevědomí. Tito lidé mohou mít v důsledku problém s vyhledáváním potřebné odborné pomoci ať už z důvodu snížené sebeúcty, sociální izolace, nebo ze strachu z *labellingu* a následného názorového odsouzení. [88]

Jak dokonané sebevraždy, tak pokusy o ni s sebou také nesou jistou možnost zátěže pro rodinné příslušníky či nejbližší přátelé. Osoby, které jsou v blízkém kontaktu se suicidálním jedincem mohou prožívat velmi stresové a úzkostné období, ale také strach a bezmoc z důvodu nepředvídatelnosti dané situace. Velmi častým se potom také stává pocit viny a vlastního selhání z důvodu včasného nerozpoznání varovných signálů sebevražedného jednání u blízkého člověka. Pozdější „hledání viníka" může jistým způsobem narušit rodinné a přátelské vztahy a v důsledku dokonce zapříčinit úplný rozpad těchto vazeb.[89]

Sebevražda bývá společností mnohdy odsuzována a nepochopena, a lidé se sebevražednými sklony mohou spadat do stigmatizujících skupin. Stejně tak tomu může být u zmíněných osob blízkých, kteří se po jistém činu mohou cítit zcela bez

[87] OCISKOVÁ, Marie a Ján PRAŠKO. *Stigmatizace a sebestigmatizace u psychických poruch*. Praha: Grada, 2015, s. 46-56. ISBN 978-80-247-5199-3.

[88] BEARD, Courtney. What Is Self-Stigma and Why Does It Hurt? *Psychology Today* [online]. 2020 [cit. 2023-03-02]. Dostupné z: https://www.psychologytoday.com/intl/blog/lab-real-world/202011/what-is-self-stigma-and-why-does-it-hurt

[89] VÁGNEROVÁ, Marie. *Současná psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2014, s. 459-460. ISBN 978-80-262-0696-5.

podpory společnosti a nepochopeni ve svém zármutku. V některých případech bývá rodina odsuzována a obviňována ze sebevražedného jednání jejich blízkého, což může vést k následné stigmatizaci až k sociální izolaci těchto lidí.[90]

2.4. Mýty o suicidálním jednání

Ve společnosti je možné narazit na jisté předsudky či mylné představy, které se vztahují právě k suicidálním činům a ve výsledku mohou vést až ke strachu či k odporu k osobám, kteří se o tento akt pokusili nebo u nich došlo k dokonanému činu sebevraždy. Mýty, které ve společnosti kolují však mohou v důsledku poškozovat nejen tyto jedince, ale i jejich osoby blízké. Jak ve službách duševního zdraví, tak v laické společnosti osobně pokládám za velmi důležité rozpoznat suicidální riziko, proto považuji za podstatné do této diplomové práce zahrnout právě nejčastěji vídané mýty v rámci sebevražedného jednání a následný přehled poznatků vybraných autorů.

„O sebevraždě je lepší nemluvit"

Jedním z nejčastějších mýtu ohledně sebevražd je domněnka, která panuje jak mezi běžnými obyvateli, tak mezi lidmi, kteří se pohybují v pomáhajících profesích. Jedná se o názor, který představuje takovou myšlenku, že je lepší o suicidalitě spíše nehovořit, jelikož optávání se by mohlo vést ke zvýšení sebevražedného rizika u daného jedince. Dle vědeckých studií, které ve své knize zveřejňuje Špatenková, je zřejmé, že informování se ohledně sebevražedných myšlenek zpravidla nevede ke zhoršení stavu či k dokonané sebevraždě ba naopak spíše k úlevě a snížení tohoto úmyslu. Důležitým mezníkem je však správná forma dotazování se, a především aktivní naslouchání pacientovi. Studie však ukazují, že mnoho zdravotních pracovníků, především praktičtí lékaři a pracovníci v pohotovostních službách u kterých mnohdy končí právě jedinci po suicidálním pokusu, postrádají citlivost jednání a dotazování vzhledem k výše zmíněným jedincům. Tato problematika může plynout z nedostatečného proškolení v rámci psychických problémů, avšak na tuto situaci již reagují různé preventivní programy. [91]

[90] VÁGNEROVÁ, Marie. *Současná psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2014, s. 459-460. ISBN 978-80-262-0696-5.

[91] ŠPATENKOVÁ, Naděžda. *Krizová intervence pro praxi*. 2. aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2011, s. 140. ISBN 978-80-247-2624-3.

„Ten, kdo přemýšlí o sebevraždě, chce skutečně zemřít"

Tato domněnka široké veřejnosti volně navazuje na předchozí mýtus s tím, že představuje takové přesvědčení, u kterého si mnohdy lidé myslí, že pokud se již někdo nechce pohybovat na tomto světě a touží zemřít, už ho nelze nijak zastavit. Již z první kapitoly této diplomové práce, která se zabývala příčinami tohoto jednání vyplývá, že sucidiální jedinci nechtějí primárně zemřít, ale především se vymanit a uniknout z neúnosných situací a myšlenek, touží především po odstranění utrpení, nikoliv po odstranění vlastního života. Beurs uvádí, že z většiny výzkumů taktéž vyplývá, že lidé mají z umírání velmi nesouladné pocity, jelikož si nechtějí vzít život, ale již se nadále nechtějí nacházet v tíživé životní situaci.[92] Koutek ve své kapitole, která se zabývá některými mýty v rámci tohoto jednání také uvádí skutečnost, že pokud se těmto lidem dostaví včasné pomoci a je jim poskytnuta vhodná léčba, je zde velmi vysoká pravděpodobnost odchýlení se jedince od dokonané sebevraždy. [93]

„Sebevražedný akt je nečekaný, přichází bez varování"

Ve společnosti se může často vyskytovat názor, že suicidální akt nelze předpovídat a jedinec tak jedná bez jakýchkoli předchozích známek podezření. Dostupná literatura samozřejmě nepopírá, že se mezi dokonanými sebevraždy objevují velmi impulzivní a zkratkovité autoagresivní činy, avšak u větší části jedinců, kteří jsou ohroženi právě suicidálním jednáním lze z dlouhodobého hlediska pozorovat určité známky chování vztahující se ke zmíněnému patologickému činu. [94]

Jedním z ukazatelů je již dříve popisovaný Ringelův presuicidální syndrom, který je charakterizován především zúžením duševního pole, respektive tunelovým viděním. Člověk pak není schopen vnímat jak své okolí, tak ani sám sebe. Zároveň je u takového jedince typické únikové jednání, nejčastěji do světa fantazií, snů a nereálných plánů. Příznaky, kterých si mohou povšimnout jak odborníci, tak blízké okolí, jsou charakteristické především izolací člověka, jelikož v této fázi jsou lidé mnohdy staženi

[92] ŠPATENKOVÁ, Naděžda. *Krizová intervence pro praxi*. 2. aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2011, s. 220-221. ISBN 978-80-247-2624-3.

[93] KOUTEK, Jiří a Jana KOCOURKOVÁ. *Sebevražedné chování: Současné poznatky o suicidalitě a její specifika u dětí a dospívajících*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2007, s. 15. ISBN 978-80-7367-349-9.

[94] Tamtéž, s. 15.

sami do sebe a již nerealizují své dřívější zájmy a koníčky. Velmi typickým příznakem je také tlumená agrese vůči vlastní osobě, která se nejčastěji projevuje sebenenávistí a nadávkami proti sobě samému, v krajním případě i sebepoškozováním.[95]

Pokud v rámci tohoto rozšířeného mýtu hovoříme o dalších možnostech rozpoznání suicidálního rizika, je vhodné zmínit také ***Pöldingerův suicidální rozvoj***, který může být této problematice nápomocen. Tento soubor po sobě jdoucích syndromů popisuje jednotlivé fáze potencionálního suicidanta, přičemž v první fázi můžeme pozorovat sebevražedné úvahy, respektive smýšlení o suicidiu jako o možném řešení problémů. Ve druhém stádiu jedinec již přemýšlí o různých pozitivních a negativních důsledcích a pociťuje ambivalentní postoj vůči ukončení svého života. V této fázi však suicidant může někomu blízkému nastínit svou situaci nebo se dokonce snaží sám sobě zajistit odbornou pomoc. V třetím stádiu dochází k samotného rozhodnutí a u člověka je možné pozorovat značnou úlevu.[96]

Právě při přechodu z druhé do třetí fáze dochází ke značnému rozkolu chování, kterého je možné si všimnout v rámci pozorování jedince. Suicidální člověk, který se doposud choval velmi izolovaně, úzkostně a uzavřeně najednou vypovídá známky značné vyrovnanosti, klidu až štěstí. Blízkému okolí se může daný člověk zdát jako by byl „politý živou vodou“ a tomuto klamnému dojmu mohou podlehnout jak rodinní příslušníci a přátelé, tak odborníci. Je proto důležité být vůči těmto proměnným rysům chování velmi obezřetný v rámci včasného zabránění suicidálnímu činu. Z hlediska výše uvedeného mýtu, je možná klamný dojem štěstí a duševní rovnováhy člověka bezprostředně před dokonaným suicidiem možná právě ten důvod, proč je tento mýtus tak rozšířený u široké veřejnosti. [97]

[95] MATOUŠEK, Oldřich a kol. *Metody a řízení sociální práce.* Třetí aktualizované a doplněné vydání. Praha: Portál, 2013, s. 127. ISBN 978-80-262-0213-4.

[96] PEŠEK, Martin. Sebevražda a sebevražedné jednání klienta v poradenství a terapii. *Luctus: Psychosociální péče o pozůstalé* [online]. 2017 [cit. 2023-03-28]. Dostupné z: http://luctus.cz/downloads/Pesek_-_Sebevrazda_a_sebevrazedne_jednani_klienta.pdf

[97] PEŠEK, Martin. Sebevražda a sebevražedné jednání klienta v poradenství a terapii. *Luctus: Psychosociální péče o pozůstalé* [online]. 2017 [cit. 2023-03-28]. Dostupné z: http://luctus.cz/downloads/Pesek_-_Sebevrazda_a_sebevrazedne_jednani_klienta.pdf

„Suicidální lidé nehledají pomoc“

Dalším mýtem, se kterým se můžeme v rámci názoru společnosti setkat, je teze, že lidé, kteří se pokoušejí o suicidální čin, nehledají či nemají zájem o odbornou pomoc či pomoc druhých. Tuto domněnku vyvrací Koutek s tím, že dle studií je prokázáno, že většina suicidantů se v době 6 měsíců před spácháním snažila o nalezení odborné pomoci či se alespoň zmínila či svěřila se svými pocity blízkému okolí.[98] Toto tvrzení také potvrzuje již výše uvedený Pöldingerův suicidální syndrom, ve kterém je taktéž uvedeno, že ve druhém stádiu, tzn. v době ambivalentních postojů k vlastnímu ukončení života se lidé mnohdy snaží nastínit své emoce alespoň blízkému okolí.

„Většina suicidálních činů je spáchána na podzim nebo v době svátků“

Jelikož jsou svátky, prázdniny a zejména doba Vánoc považovány za dobu trávení času s rodinou, přáteli, ale i stresu či možných finančních problémů, vyskytuje se ve společnosti teze, že právě tyto dny bývají nejpočetnější z hlediska dokonaných suicidií. K této domněnce také přispívá fakt, že zimní ale také podzimní období doprovází zkrácené dny a nedostatek slunce, což může vést k úzkostným až depresivním náladám, což lze také pokládat za jisté riziko suicidálních činů.[99] O svátcích také bývá z důvodu dovolených omezená dostupnost především praktických lékařů, ale také pracovníků ve službách duševního zdraví či v krizové oblasti. Z výše uvedených důvodů je proto předvídatelné, že se zmíněná teze šíří společností a lidé předpokládají jistý nárůst sebevražd v dobách svátků či v zimních měsících. [100]

Dle statistických údajů však počet sebevražd v době svátků nestoupá a lze říci, že má spíše klesající charakter, a to obzvlášť o Vánocích. Počet suicidií má však svůj sezónní vzorec, který jasně ukazuje, že dokonaných sebevražd je nejvíce v jarních měsících a jejich počet začíná klesat v podzimním období. Vysoký nárůst na jaře je

[98] KOUTEK, Jiří a Jana KOCOURKOVÁ. *Sebevražedné chování: Současné poznatky o suicidalitě a její specifika u dětí a dospívajících*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2007, s. 15. ISBN 978-80-7367-349-9.

[99] ŠPATENKOVÁ, Naděžda. *Krizová intervence pro praxi*. 2. aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2011, s. 140. ISBN 978-80-247-2624-3.

[100] DE BEURS, Derek. *Mýty o sebevraždě*. Praha: Portál, 2021, s. 153-154. ISBN 978-80-262-1812-8.

charakteristický pro všechny země od Evropy po Austrálii, výjimkou tedy není ani Česká republika, ve které je vzorec stejný, jak vyplývá z kapitoly, jenž se týká se výskytu sebevražd u nás.[101]

Z psychologických teorií vyplývá hypotéza, že důvodem nárůstu v jarních měsících může být výrazný kontrast ve smýšlení mezi suicidálními jedinci a ostatními lidmi. Suicidální lidé mohou prožívat těžké okamžiky, jelikož většina lidí si počátek jara zpravidla velmi užívá a společnost je v tomto období obvykle optimističtější, zatímco u suicidantů se negativní pocity a emoce nemění. Vzniká tak výrazný pocit frustrace, přičemž u některých může být tato skutečnost právě posledním impulzem k suicidiu. Z biologického hlediska je zde možné vysvětlení, které uvádí případný nárůst agresivity a depresivních stavů vlivem počátečního slunečního svitu, je však důležité dodat, že zmíněné hypotézy jsou badateli stále prostředkem zkoumání. Statisticky zjištěné sezónní vzorce však mohou být nápomocny preventivním programům, které mohou zvýšit svou osvětu zejména v jarních měsících či zvyšovat kapacitu personálu a poskytovaných služeb v tomto období. [102]

2.5. Možnosti odborné pomoci

U většiny suicidálních jedinců zpravidla nepřevládá touha skutečně zemřít, ale spíše potřeba značné naděje a odhodlání překonat tíživé životní situace a dlouhodobě táhnoucí se krizové období.[103] Závěr druhé kapitoly proto obsahuje jisté možnosti pomoci, které napomáhají k překonání či k úplnému odvrácení suicidálního rizika v současné době. Zaměřuje se především na specializovanou pomoc krizové intervence a psychoterapie, rozvádí jejich účinné metody k překonání psychických a emocionálně vypjatých situací prostřednictvím svých účinných postupů.

[101] ŠPATENKOVÁ, Naděžda. *Krizová intervence pro praxi*. 2. aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2011, s. 140. ISBN 978-80-247-2624-3.

[102] DE BEURS, Derek. *Mýty o sebevraždě*. Praha: Portál, 2021, s. 176-177. ISBN 978-80-262-1812-8.

[103] VÁGNEROVÁ, Marie. *Současná psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2014, s. 461. ISBN 978-80-262-0696-5.

Krizová intervence

Před samotném uvedení do pomoci krizové intervence je vhodné zaměřit se na krizi jako takovou. Honzák krizi popisuje jako *„stav nebo situace většinou s jasným časovým omezením, kdy naše prostředky a možnosti nedostačují nastoleným požadavkům, kde věci se obracejí nepředpokládaným směrem a náš plánovaný postup se dostává do závažného ohrožení.“* [104]

Krizí se tedy rozumí taková událost, ve které se člověk ocitá ve velmi neobvyklé situaci, přičemž tento stav je pro jedince natolik obtížný, že jeho běžné schopnosti nestačí k překonání a zvládnutí těchto poměrů. Zmíněná krize může být způsobena několika faktory, například velmi traumatické události ve spojení s úmrtím blízké osoby, náročné mezilidské vztahy, zdravotní problémy nebo také důsledky přírodních katastrof, dále také ztráta zaměstnání a s ní spojené finanční potíže.[105]

Krizová intervence je speciální forma odborné pomoci, která se zaměřuje na poskytnutí rychlé a účinné podpory lidem ve výše definované akutní krizi. Intervence může zahrnovat řadu opatření, jako je například zajištění bezpečnosti, poskytnutí jedinci v krizi podporu či empatii, poskytnutí informací o jiných dostupných zdrojích pomoci nebo také přípravu následného plánu pro další léčbu a péči.[106]

Krizová intervence obsahuje komplexní soubor odborných pomocných forem, přičemž užívané složky mají vést k navrácení psychické pohody, ale také k odvrácení jakéhokoliv ohrožujícího rizika směrem k jedinci či jeho okolí, těmito složkami jsou:

Praktická – zde se jedná především o to, aby byl zásah adekvátní a včasný vůči dané krizi.

Psychologická – tato složka zahrnuje důležitost vztahu zajištěné terapie k jedinci, ke kterému byla intervence přivolána. Tento vztah je časově ohraničen.

[104] HONZÁK, Radkin a Vladimíra NOVOTNÁ. *Krize v životě, život v krizi*. Praha: Universum, 2021, s. 15. ISBN 978-80-242-7585-7.

[105] ŠPATENKOVÁ, Naděžda. *Krize a krizová intervence*. Praha: Grada, 2017, s. 14-21. ISBN 978-80-247-5327-0.

[106] Tamtéž, s. 152-154.

Zdravotnická – představuje odvrácení zdravotního rizika prostřednictvím lékařských metod, zdravotnické složky v tomto případě ošetří potřebné rány a stabilizují stav jedince. Tato složka také zpravidla obnáší psychiatrickou intervenci a v jistých případech podání potřebných léků.

Sociální – obsah tohoto článku pomoci je zakotven v zák. č. 108/2006 Sb., O sociálních službách. Dle tohoto zákona krizová pomoc spočívá v zajištění terénních, ambulantních či pobytových službách, a to takovým jedincům, kteří se nacházejí v obtížné a nepříznivé situaci, která ohrožuje jejich zdraví a život.

Právní – tato složka spadá především do kompetencí právníků, ale mohou se na ní podílet také sociální pracovníci. Právní pomoc je však v obou případech poskytována v omezeném čase.[107]

Pokud se jedná o ***specifika krizové intervence v případech suicidálního jednání***, je důležité zprvu rozlišit dané situace a uskutečnit následné kroky, které odpovídají danému problému. Krizová intervence se v těchto případech provádí v situacích, kdy je jedinec ohrožen sebevražedným pokusem, tzn. před jeho vykonáním či v jeho průběhu. V tomto případě je stěžejní, aby pracovník, který krizovou intervenci provádí zachoval klidnou hlavu, aby uměl rychle zhodnotit danou situaci a adekvátně jednat.[108]

Další situací může být neúspěšně vykonaný sebevražedný pokus, přičemž nejvíce adekvátní je zásah pomoci bezprostředně po klientovo procitnutí, jelikož v tuto dobu jsou lidé zpravidla nejvíce naklonění k přijmutí nabízených pomocných metod. Pracovník krizové intervence se v tomto případě snaží o zmapování fyzického a psychického stavu, ale také o zjištění příčin a motivů k vykonání daného pokusu o sebevraždu. Důležitým mezníkem krizové intervence v případě neúspěšně vykonaného sebevražedného pokusu je nejen práce s daným suicidantem, ale také s jeho rodinou a osobami blízkými. Při práci s rodinou je důležité nastavit při společné komunikaci

[107] ŠPATENKOVÁ, Naděžda. *Krize a krizová intervence*. Praha: Grada, 2017, s. 156. ISBN 978-80-247-5327-0.

[108] ŠPATENKOVÁ, Naděžda. *Krizová intervence pro praxi*. 2. aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2011, s. 145-146. ISBN 978-80-247-2624-3.

příjemnou atmosféru a zabránit vzniku nepříjemných situací a konfliktů. Pracovník se v těchto situacích snaží o posílení rodinných vazeb, a především o přesvědčení rodinných příslušníků k vyjádření opory a podpory směrem k suicidálnímu jedinci, aby nedošlo k jeho izolaci. [109]

V třetím případě se krizová intervence v rámci této problematiky uskutečňuje po dokonané sebevraždě, a to pozůstalým po zemřelém jedinci. Jedná se především o praktiky a metody, které vedou k ventilování pocitů a negativních myšlenek, ale také o vyrovnání se s danou tragickou situací. Rodinní příslušníci mají zpravidla tendence stavět se do různých rolí, sebevraždu mohou brát mnohdy jako svou vlastní vinu či se obviňovat s ostatními osobami rodinného kruhu navzájem. Přijmout skutečnost tak náhlé a žalostné smrti blízkého člověka může být velmi dlouhý proces, proto se doporučuje pokračovat v léčbě například prostřednictvím psychoterapie. [110]

Psychoterapie

V tomto léčebném procesu jde především o činnost, při které *„psychoterapeut využívá své osobnosti a svých dovedností k tomu, aby u klienta došlo k žádoucí změně směrem k uspokojivějšímu prožívání, chování ve vztazích a sociálnímu začlenění.“* [111] Psychoterapeuti jsou tedy kvalifikované osoby, které napomáhají klientovi k vlastnímu sebepoznání, ale také k odstranění nežádoucích vzorců chování a ke zvládání náročných úkolů v různých etapách života. Pomáhá člověku k překonání svízelných chvil a náročných životních situací skrze psychoterapeutické metody a techniky. V rámci suicidálního jednání je psychoterapie vhodnou léčbou, která zpravidla následuje po ukončení pomoci skrze krizovou intervenci, která byla poskytnuta bezprostředně po krizové události buď suicidantovi, nebo jeho osobám blízkým.[112]

[109] ŠPATENKOVÁ, Naděžda. *Krizová intervence pro praxi*. 2. aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2011, s. 147-150. ISBN 978-80-247-2624-3.

[110] Tamtéž, s. 151-153.

[111] VYBÍRAL, Zbyněk a Jan ROUBAL. *Současná psychoterapie*. Praha: Portál, 2010, s. 30. ISBN 978-80-7367-682-7.

[112] VYMĚTAL, Jan. *Úvod do psychoterapie*. 3. aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada, 2010, s. 11-12. ISBN 978-80-247-2667-0.

V psychoterapeutické praxi je tedy možné setkat se nejčastěji s krizemi akutního rázu, které byly popsány již výše v textu, ale také s tzv. krizemi latentními/chronickými, u kterých zpravidla vztah mezi klientem a terapeutem trvá poněkud déle. U jedinců, u kterých je zvýšené riziko suicidálního jednání, je vždy třeba brát v potaz možnost potencionálního pokusu a sledovat varovné signály. Vymětal k této problematice uvádí také tzv. psychoterapeutickou první pomoc, která je charakteristická následujícími kroky:

1. *Navázání kontaktu s klientem*

2. *Rozhovor za účelem orientace v klientovo situaci*

3. *Zvážení rizika suicidálního jednání* [113]

Pokud psychoterapeut po zvážení rizika suicidálního jednání vyhodnotí, že v momentální situaci nehrozí u klienta možnost akutního suicidia, pokračuje v terapii a vede klienta ke společnému hledání hlavního problému, nalezení příčiny, a především vhodného řešení. Následně zajistí navazující péči a potřebnou odbornou pomoc a dochází k rozloučení se s klientem. Pokud však psychoterapeut vyhodnotí, že u klienta hrozí akutní možnost suicidia, je nutné, aby došlo k hospitalizaci jedince či aby byl poslán k odbornému lékaři či psychiatrovi. Co se vedení rozhovoru týče, je důležité, aby pracovník dbal na empatické jednání vůči klientovi a jednal s ním především velmi otevřeně a autenticky, aby došlo ke správnému vytvoření důvěrného vztahu mezi ním a klientem. Očekává se, že profesionální pracovník užívá techniky aktivního naslouchání a dokáže rozeznat a analyzovat i tzv. neverbální komunikaci ze strany daného klienta. [114]

[113] VYMĚTAL, Jan. *Úvod do psychoterapie*. 3. aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada, 2010, s. 152. ISBN 978-80-247-2667-0.

[114] Tamtéž, s. 152.

3. Prevence suicidálního jednání

Tato kapitola pojednává o třech oblastech prevence suicidálního jednání, zahrnuje také přehled varovných signálů, které lze u lidí pozorovat a jejich znalost zvyšuje možnost včasného rozpoznání suicidálního rizika.

Prevence v oblasti suicidálního jednání představuje velmi významnou část, jelikož cílem preventivních opatření je omezit počet negativních vlivů a rizikových činitelů, které vedou ke zvyšování možnosti suicidálního jednání. Preventivní opatření zároveň posilují a podporují faktory protektivní, a to ve prospěch suicidálního jedince, jeho blízkých a prostředí, ve kterém se zdržuje.[115]

3.1. Primární prevence

První stupeň preventivních opatření je zaměřen především individuálně a je zpravidla orientován na jedince, u kterých ještě nebyly zaznamenány známky sebevražedného chování. Významnou částí, kterou si primární prevence klade za cíl je především snižování rizikových faktorů a redukce výskytu duševních poruch ve společnosti, resp. jejich včasná diagnostika a terapie. Prostředky primární prevence jsou také orientovány na podporu psychického zdraví u běžné populace, tzn. snadný přístup ke zdrojům duševního zdraví, ale také prosazování obranných faktorů jako je sociální začlenění nebo sociální odolnost.[116]

V rámci primární prevence je velmi důležité zvyšování povědomí o rizikových faktorech či varovných signálech sebevražd u široké veřejnosti a s tím související snížení míry stigmatu v rámci duševních onemocnění. Významný přínos může mít v této oblasti prevence na školách, tedy zvyšování povědomí a informovanosti u dětí a mládeže. Mezi doporučované metody a techniky, které mají preventivní charakter patří například zvyšování sebevědomí u mládeže nebo zamezení či odstranění šikany mezi žáky. [117]

[115] FISCHER, Slavomil a Jiří ŠKODA. *Sociální patologie: Analýza příčin a možnosti ovlivňování závažných sociálně patologických jevů.* Grada Publishing, 2009, s. 80. ISBN 978-80-247-2781-3.

[116] Tamtéž, s. 80.

[117] HOSÁK, Ladislav, Michal HRDLIČKA a Jan LIBIGER. *Psychiatrie a pedopsychiatrie*. Praha: Karolinum, 2015, s. 548. ISBN 978-80-246-2998-8.

Jelikož primární prevence si klade za cíl především zabránit vzniku suicidálního jednání prostřednictvím šíření osvěty v této problematice, je vhodné uvést možné varovné signály, které lze u lidí vypozorovat, avšak mnohdy bývají nevyslyšeny okolím. Těmito znaky jsou:

Rozdávání majetku – je potřeba směřovat zvláštní pozornost vzhledem k individuálně cenným věcem, resp. k majetku, který je pro jedince velmi důležitý. Setkat se můžeme s výroky, že to již dotyčný nebude potřebovat nebo s naléhavým jednáním vzhledem k obdarování blízkých.

Nevhodné poznámky k budoucnosti – jedinec mnohdy vykazuje známky depresivních a úzkostně vedených řečí ve vztahu k budoucnosti a vlastní osobě. Typickým příkladem mohou být věty typu „Beze mě se budete mít stejně lépe" nebo „Už brzy nebudu nikoho trápit".

Zájem o smrt/posmrtný život – ne vždy musí zájem o posmrtný život znamenat suicidální myšlenky, a to zejména u lidí v dospívajícím věku, je však nutné sledovat míru této pozornosti, která může někdy přerůst až ve fascinaci tímto tématem. Pokud myšlenky na smrt či na téma „co přichází po smrti" trvají delší dobu a zájem se spíše stupňuje, může se jednat o varovný signál suicidálního jednání.

Příznaky úzkosti/deprese – dlouhodobé, úzkostné a depresivní naladění jedince je mnoha autory řazeno mezi nejčastější pozorované příznaky před spácháním suicidia. Do symptomů těžké deprese se řadí ztráta potěšení či zájmu o běžné koníčky jedince, nespavost nebo naopak zvýšená spavost, na člověku je možné si všimnout jeho únavy a zdá se být velmi zpomalený a těžce se soustředí. Viditelným varovným signálem může mát také přílišná ztráta hmotnosti nebo její úbytek. [118]

[118] ŠPATENKOVÁ, Naděžda. *Krize a krizová intervence*. Praha: Grada, 2017, s. 1028. ISBN 978-80-247-5327-0.

3.2. Sekundární prevence

Druhá oblast prevence si klade za cíl především správně rozpoznat suicidální riziko a včasně zasáhnout především u takových jedinců, kteří jsou vystaveni zvýšenému riziku sebevraždy, jedná se například o lidi, kteří jsou závislí na návykových látkách, či o jedince s chronickými úzkostmi nebo depresemi. Rizikovou skupinou obyvatel mohou být také osoby, které se potýkají se závažnou chorobou, a to zejména v období diagnostikování nemoci. Součástí sekundární prevence může být i poskytování včasné pomoci prostřednictvím terapie či medikace osobám, kteří se již v minulosti pokusili o suicidální čin.[119]

Nedílnou součástí sekundární prevence v rámci suicidálního jednání je i krizová intervence, které se již věnuje závěr druhé kapitoly. K oblasti prevence je vhodné doplnit její formy poskytování, jelikož krizová intervence plní svou úlohu jak v osobní formě, tak pomocí telefonních krizových linek. Telefonní linky plní důležitou preventivní úlohu z důvodu možnosti okamžitého zásahu pracovníků v době, kdy osobu pohlcují svízelné pocity a sebevražedné myšlenky. Výhodnými prvky této formy poskytování intervencí je především nepřetržitá doba fungování, anonymita, ale také její snadná dostupnost. Vhodná je také například pro osoby, kteří v daném momentě již zažívají akutní intoxikaci či jiným způsobem zahájili pokus o sebevraždu. [120]

3.3. Terciální prevence

Třetí oblast prevence v rámci suicidálního jednání, někdy nazývaná postsuicidální, cílí zpravidla na osoby, které přežily následky sebevražedného pokusu. Terciální prevence se tedy snaží o zmenšení následků, které vzniknou v důsledku klinické poruchy, a především usiluje o to, aby se již podobná situace neopakovala.[121] Tento stupeň prevence zpravidla vykonávají kliničtí psychologové, psychiatři, ale také

[119] KOUTEK, Jiří a Jana KOCOURKOVÁ. *Sebevražedné chování: Současné poznatky o suicidalitě a její specifika u dětí a dospívajících*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2007, s. 106. ISBN 978-80-7367-349-9.

[120] ŠPATENKOVÁ, Naděžda. *Krize a krizová intervence*. Praha: Grada, 2017, s. 1052-1053. ISBN 978-80-247-5327-0.

[121] FISCHER, Slavomil a Jiří ŠKODA. *Sociální patologie: Analýza příčin a možnosti ovlivňování závažných sociálně patologických jevů.* Grada Publishing, 2009, s. 80. ISBN 978-80-247-2781-3.

sociální pracovníci a většinou se jedná o jejich spolupráci v rámci dosažení stanoveného cíle. Jejich úsilí spočívá v podporování těchto osob ve smyslu nalezení jejich nového smyslu života, ale také v naučení nebo nalezení svých schopností k lepšímu ovládání svých myšlenek a následných reakcí na ně, které mají vliv na jejich jednání. Pro osoby, které přežily pokus o suicidium je velmi důležité, aby se naučily zvládat zátěžové situace a zvyšovat jejich odolnost vůči napětí a stresu.[122]

V rámci prevence je také často zmiňované téma snížení dostupnosti či úplné zamezení přístupu k takovým prostředkům, které jsou dle statistických údajů nejčastěji užívané v rámci páchaní sebevražedných činů. Jedná se například o opatření, které by zpřísnilo vydávání zbrojních průkazů nebo také restrikce vedoucí k omezení volného prodeje koncentrovaných pesticidů a jiných otravných prostředků v obchodech. Preventivní opatření se může dotýkat i stavitelských řešení, kde se jedná o záchranné sítě nebo jisté zamezující bariéry u vysokých budov a mostů, příkladem může být zábrana na Nuselském mostě v Praze, která slouží k horší dostupnosti jeho okraje. [123]

[122] KRAUS, Blahoslav a Jolana HRONCOVÁ. *Sociální patologie*. Gaudeamus, 2010, s. 215-217. ISBN 978-80-7435-080-1.

[123] HOSÁK, Ladislav, Michal HRDLIČKA a Jan LIBIGER. *Psychiatrie a pedopsychiatrie*. Praha: Karolinum, 2015, s. 548. ISBN 978-80-246-2998-8.

4. Výzkumné šetření

4.1. Cíle šetření

Před samotnou tvorbou a zahájením dotazníkového šetření byl stanoveny jeho cíle, přičemž otázky byly formulovány takovým způsobem, aby bylo možné na tyto cíle náležitě odpovědět. Závěrečná část dotazníku obsahuje i jisté doplňující otázky týkající se postojů k suicidálnímu jednání, které slouží jako podklad k zamyšlení v závěrečné diskuzi.

Hlavním cílem výzkumného šetření je zmapovat povědomí veřejnosti v oblasti současného výskytu dokonaných sebevražd v České republice a zároveň zjistit a popsat přítomnost a míru přesvědčení u veřejnosti v oblasti vybraných, rozšířených mylných představ suicidálního jednání.

Pro dotazníkové šetření jsem proto stanovila tyto ***dílčí cíle****:*

DC[1]: Zjistit mínění veřejnosti ohledně roční tendence sebevražednosti v posledních letech v České republice.

DC[2]: Zjistit, u jaké věkové kategorie veřejnost předpokládá nejvyšší míru sebevražednosti v posledních letech v České republice.

DC[3]: Zjistit, kolik procent dotazovaných považuje podzimní období za nejpočetnější ve vztahu k dokonaným sebevraždám.

DC[4]: Zjistit, zda veřejnost pokládá sebevraždu za akt nečekaný, resp. bez předchozích varovných signálů.

DC[5]: Zjistit, kolik procent z výzkumného vzorku věří, že vedení rozhovoru ohledně tématiky sebevražd se suicidálními jedinci, vede u dotyčných ke zvýšení rizika spáchání tohoto činu.

DC[6]: Zjistit, zda veřejnost hodnotí období Vánoc za více rizikové ve vztahu dokonaným suicidiím.

4.2. Metoda sběru a zpracování dat

Pro výzkumnou část bylo zvoleno dotazníkové šetření, přičemž dotazník je jedna z technik terénního sběru informací, které jsou získávány od respondentů, kteří byli požádáni, aby odpověděli na sérii daných otázek. Tyto otázky mohou být uzavřené, to znamená, že nabízejí omezený počet možností odpovědí, nebo otevřené, tedy umožňují odpovídajícím osobám vyjádřit se svými slovy. Setkat se můžeme i se škálovými otázkami, které se užívají k posouzení určitého a předem stanoveného jevu tím, že respondent má možnost vyjádřit vlastní stanovisko pomocí určení stupně. Příkladem může být často užívaná intervalová škála, jež hodnotí míru souhlasu a nesouhlasu a jež byla vytvořena dle Rensise Likerta.[124]

Dotazníkové šetření se používá v různých oblastech, příkladem může být průzkum veřejného mínění nebo sociologické a psychologické výzkumy. Při užívání této metody je však důležité si uvědomit, že kvalita dat získaných pomocí dotazníkového šetření odpovídá kvalitě daných otázek, správném výběru vzorku respondentů, ale také úrovni odpovědí, které jsou v dotazníku nabízeny.[125]

Jako nástroj pro sestavení mého šetření jsem zvolila online dotazníkový software ***survio***, který se specializuje na vytváření prostoru pro subjektivně vytvořené otázky. Tento internetový nástroj nabízí již předem vytvořené šablony, vzory nebo typy dotazníků, avšak osobně jsem žádný z nich nevyužila a otázky či oblasti konstruovala samostatně. Možnost dotazníku jsem zvolila především z důvodu větší šance získání vyššího počtu respondentů, který považuji za adekvátní vzhledem k šíři zkoumané cílové skupiny.

Před spuštěním dotazníku byly vytvořeny otázky tak, aby díky nim bylo možné získat adekvátní odpovědi na mnou vytyčený cíl a stanovené hypotézy, přičemž jejich obsahová stránka vyplývá především z informací, které jsem získala studiem při psaní části teoretické. Dotazník byl také rozdělen do několika logicky po sobě jdoucích částí, které budou později v textu blíže popsány. V rámci šetření jsem se také řídila etikou

[124] KOHOUTEK, Rudolf. *Pojem dotazník jako výzkumná metoda* [online]. [cit. 2023-03-10]. Dostupné z: https://slovnik-cizich-slov.abz.cz/web.php/slovo/dotaznik-jako-vyzkumna-metoda

[125] SOCIOLOGICKÝ ÚSTAV AV ČR, V.V.I. Sociologická encyklopedie: *Šetření dotazníkové* [online]. [cit. 2023-04-26]. Dostupné z: https://encyklopedie.soc.cas.cz/w/%C5%A0et%C5%99 en%C3%AD_dotazn%C3%AD kov%C3%A9_(MSgS)

výzkumu a respondenti byli v úvodní části dotazníku informováni o mé osobě a mých studijních záměrech v rámci šetření. Úvodní text obsahuje tedy především informace ohledně názvu psané práce a toho, čeho se dotazníkem snažím dosáhnout. Dále informuji respondenty o dobrovolném charakteru dotazníku, pokud se tedy jedinec rozhodne o neúčasti již po otevření domény, stačí danou stránku zavřít. Odpovědi se tedy nezaznamenají, jelikož tato skutečnost probíhá až po závěrečném kliknutí na tlačítko „odeslat". Nechybí ani stěžejní informace týkající se anonymity, kde respondenty ujišťuji, že při zúčastnění se v dotazníku nevyplňují jejich jméno a zmíněná anonymita zůstane tak zachována. Závěr úvodního textu obsahuje poděkování za čas strávený vyplňováním stanovených otázek, ale také za ochotu, kterou respondenti projeví úspěšným odesláním dat.

Sběr dat probíhal po dobu 1 měsíce, konkrétně od poloviny února do poloviny března roku 2023. Dle informací, které je možné sledovat v rámci dostupných nástrojů online dotazníkového softwaru survio, měl dotazník 73% úspěšnost vyplnění z přímého odkazu a nadpoloviční většina respondentů nad ním strávila cca 2-5 minut času. Co se samotného zpracování získaných dat týče, za výhodu této domény považuji skutečnost, že web získaná data ihned automatickým způsobem a v aktuálním čase analyzuje. Po ukončení sběru dat jsem získané informace převedla do programu Microsoft Excel a následně vytvořila grafická znázornění v programu Microsoft Word, ta jsou později vyobrazena v kapitole, která se věnuje výsledkům a interpretaci dat.

4.3. Výzkumný vzorek a prostředí

Jako výzkumný vzorek dotazníkového šetření je stanovena širší veřejnost, snažila jsem se proto získat vyšší počet respondentů obou pohlaví a ve všech věkových kategoriích. Z těchto důvodů byl sestaven právě online dotazník, který byl následně sdílen prostřednictvím emailových adres, internetu, a především pomocí sociálních sítí. Významnou sociální sítí v oblasti šíření tohoto dotazníku byl Facebook, kde bylo vyhledáno několik veřejných sociálních skupin či komunit z různých krajů České republiky (např. *„Inzerce pro Středočeský kraj"*, *„Liberecký kraj"*, *„Pardubický kraj – co se právě děje?"*, *„Plzeňáci"*, *„Inzerce – Olomoucký kraj*" a jiné.) Některé z vybraných online

komunit byly uzavřené, tzn. že ke vstoupení byl požadován souhlas správce/administrátora skupiny. S vysvětlením studijních a průzkumných záměrů mi byl vstup na požádání do skupiny zpřístupněn a internetová doména s přímým odkazem na dotazník byla následně sdílena v těchto vybraných online sociálních skupinách.

Prostředí internetu vzhledem k celkovému tématu a stanoveným cílům v této práci považuji za velmi výhodné z několika důvodů. Jednou z předních výhod je anonymita a nepřímý styk s výzkumným vzorkem, jelikož téma suicidálního jednání je obecně velmi citlivým tématem. Za další pozitivum považuji také skutečnost, že respondenti mají neomezený čas k zodpovězení daných otázek, tedy dostatečně dlouhou dobu na rozmyšlenou. Vzhledem k široké veřejnosti jako k výzkumnému vzorku považuji za adekvátní právě internetové prostředí z důvodu sdílení, a především místní dosažitelnosti ke vzdálenějším osobám. Nevýhodou internetového prostředí však může být poměrně nízký počet respondentů ve vyšší věkové kategorii, jelikož tato skupina obyvatel se zpravidla nepohybuje v hojném počtu v prostředí online sociálních sítí. Tuto možnost jsem si v průběhu šetření uvědomovala a z důvodu zvýšení šance v zastoupení této věkové kategorie jsem při sdílení domény ve skupinách zároveň požádala veřejnost o jejich další šíření dotazníků, a to například rodičům, prarodičům či jiným osobám vyššího věku pomocí zpráv či emailů.

4.4. Výsledky šetření a interpretace dat

Dotazníkového šetření se zúčastnilo celkem 178 respondentů z řad veřejnosti a samotný dotazník obsahuje 25 otázek, přičemž většina z nich má podobu otázek uzavřených, respondenti tedy vybírali z předem uvedených možností odpovědí. Pouze jedna otázka v dotazníku má podobu otevřenou, a to za účelem získání podrobnějších informací k tématu. Struktura dotazníku je logicky rozdělena do 4 oblastí.

První oblast, konkrétně otázky ***č. 1-7***, plní informativní charakter o výzkumném vzorku. V této oblasti jsou tedy zjišťovány osobnostní elementy jako pohlaví respondentů, věková kategorie, nejvyšší dosažené vzdělání, ale také zkušenost práce v pomáhajících profesích nebo vztah k náboženství. Poslední dvě otázky slouží ke zjištění vlastních zkušeností respondentů v rámci suicidálního jednání.

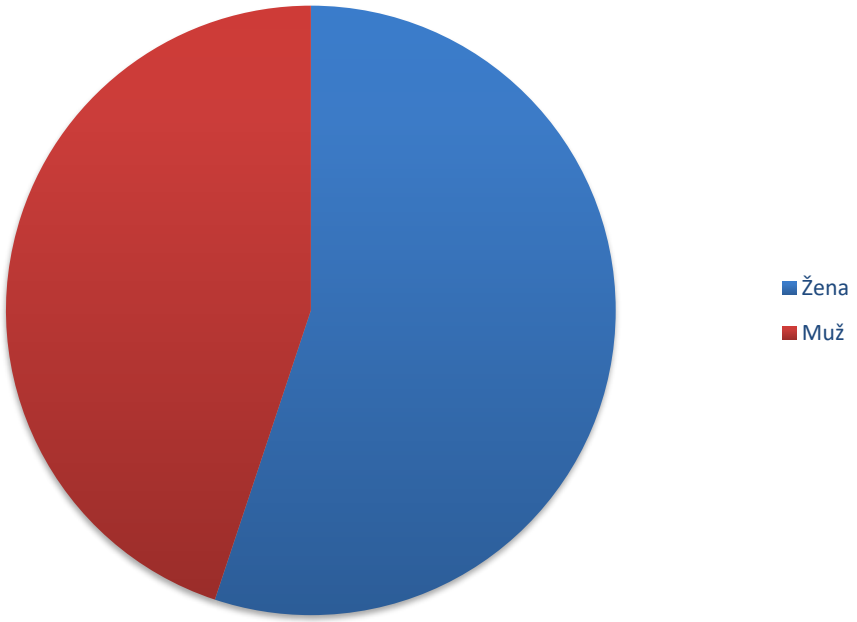
Druhá oblast dotazníku, respektive otázky ***č. 8-15***, zjišťují údaje týkající se informovanosti respondentů ohledně současného výskytu dokonaných sebevražd v České republice. Tato část proto obsahuje otázky, které vyplývají ze zjištění v části teoretické, přičemž některé z odpovědí jsou následně porovnávány se skutečnými daty Českého statistického úřadu.

Třetí oblast dotazníku, otázky ***č. 16-19***, mapují možnou přítomnost a relativní četnost přesvědčení u respondentů v oblasti vybraných, mylných představ suicidálního jednání, které rovněž vyplývají ze zjištění, uvedených v části teoretické. Tyto otázky zjišťují názorová stanoviska veřejnosti a týkají se realizace suicidií v daných ročních období, pozorovatelnosti varovných signálů před spácháním tohoto činu, vhodnosti vedení rozhovoru se suicidálním jedincem nebo míry sebevražednosti v období Vánoc oproti ostatním dnům.

Čtvrtá oblast je poslední částí dotazníku a týká se otázek ***č. 20-25***. Smyslem odpovědí respondentů z této části je získání jejich obecného náhledu a postojů vůči dokonaným suicidálním činům, respektive získání odpovědí na oblasti týkající se práva lidí na ukončení vlastního života, ale také možných pocitů při zjištění spáchání suicidálního činu. Tato oblast také obsahuje jednu otevřenou, avšak dobrovolnou otázku, která umožňuje respondentům vyjádřit a popsat vlastními slovy situaci, ve které by bylo, dle jejich názoru, suicidium jediným možným východiskem. Poslední otázka čtvrté části, ale také celého dotazníku, se týká informace ohledně tabuizace suicidalit v současné společnosti.

1. Informace o výzkumném vzorku

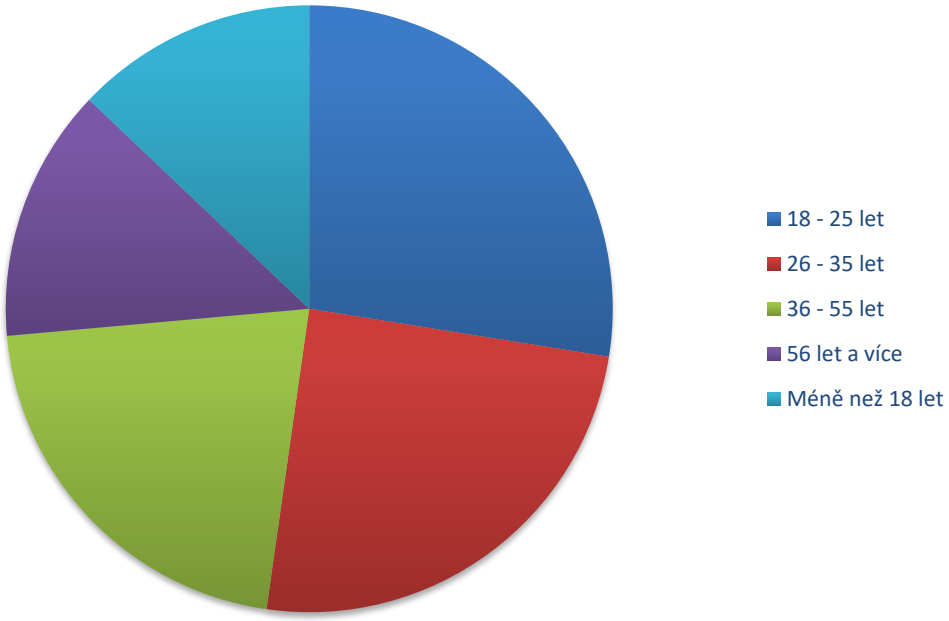
Pohlaví respondentů:



Graf 1 - Otázka č. 1

První otázka dotazníku zjišťovala pohlaví respondentů, přičemž dotazníkového šetření se v lehce vyšším počtu zúčastnily více ženy, konkrétně 55,1 %. Muži v dotazníkovém šetření zastoupili celkovou relativní četnost 44,9 %. Absolutní hodnota byla 98 žen a 80 mužů.

Věková kategorie respondentů:

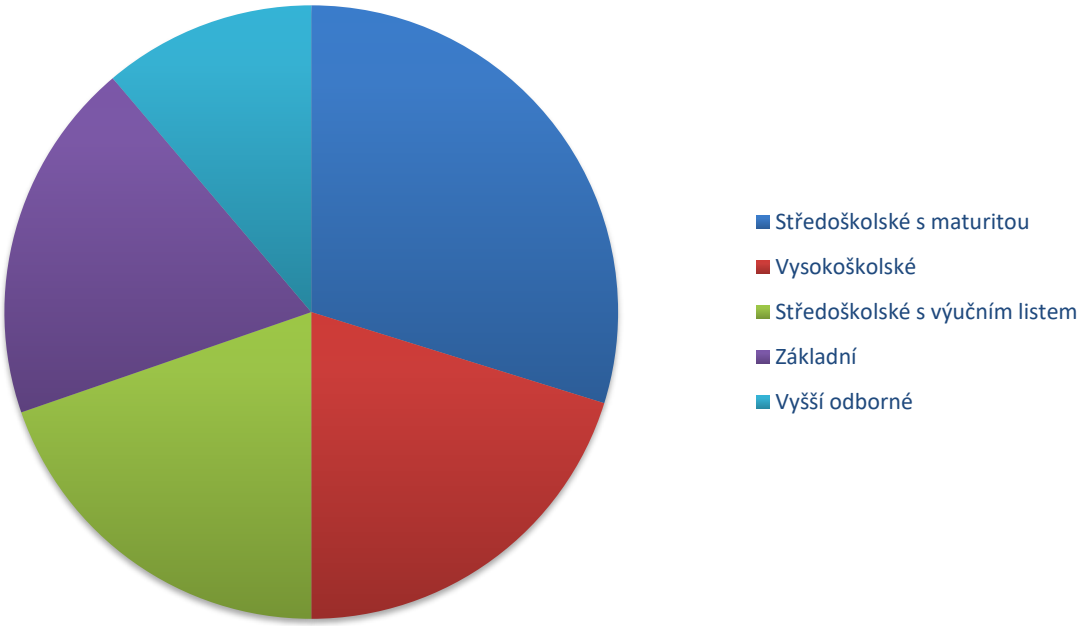


Graf 2 - Otázka č. 2

Při druhé otázce měli respondenti označit svou věkovou kategorii, přičemž nabízených možností bylo dohromady 5. V dotazníkovém šetření byli nejvíce zastoupenou skupinou v rámci této kategorie lidé ve věku 18–25 let, a to s celkovým procentuálním podílem 27,5 %. Podobnou relativní četnost ve výsledku nesla také druhá nejvíce zastoupená skupina dotazníkového šetření, tedy lidé ve věku 26–35 let s podílem 24,7 %. Osob, které se nacházely ve věkové kategorii 36–55 let, se dotazníkového šetření zúčastnilo celkem 21,3 %. Tyto výsledné parametry považuji za adekvátní vzhledem k veřejnosti jako zkoumanému vzorku, kde je, dle mého názoru, efektivnější více rozmanitá věková kategorie.

Méně zastoupenou skupinu dotazníkového šetření pak vykazovali lidé ve věku 56 let či starší, a to v celkovém procentuálním podílu 13,5 %. V nejmenším počtu se dotazníku zúčastnili osoby mladší než 18 let s relativní četností 12,9 %.

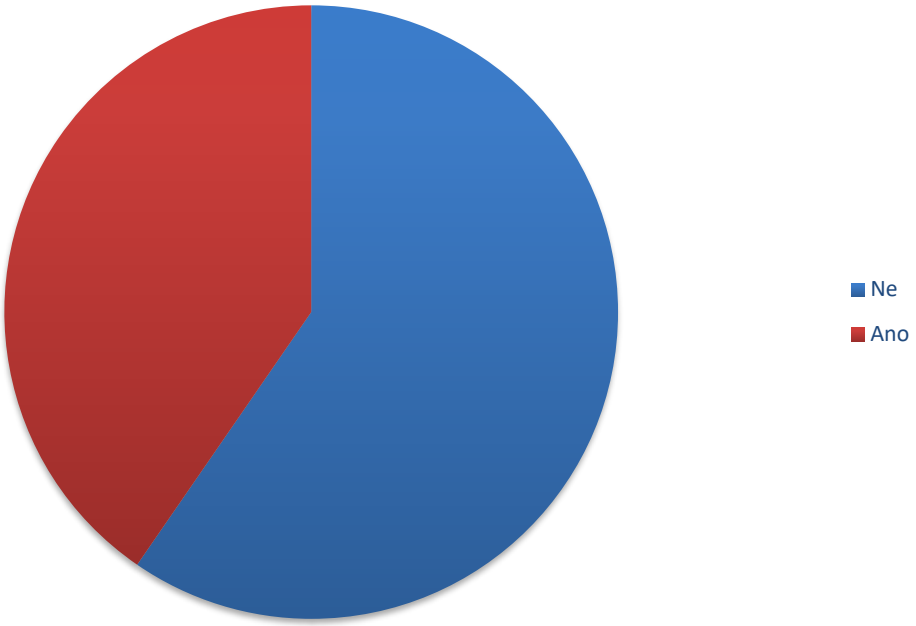
Vzdělání respondentů:



Graf 3 - Otázka č. 3

Třetí otázka zjišťovala nejvyšší dosažené vzdělání výzkumného vzorku s možností výběru z 5 možností. Absolventi středních škol s maturitní zkouškou se dotazníku zúčastnili v celkovém procentuálním podílu 29,8 %, zastoupili tak nejvyšší početnou kategorii. Lidé s vysokoškolským vzděláním tvořili 20,2 % z celkového počtu, tedy podobně jako respondenti se středoškolským vzděláním s výučním listem, kteří zastoupili 19,7 % nebo lidé se základním vzděláním s podílem 19,1 %. Nejméně se dotazníkového šetření zúčastnilo absolventů vyšších odborných škol, tvořili 11,2 % z celku.

Zkušenost práce v pomáhajících profesích:

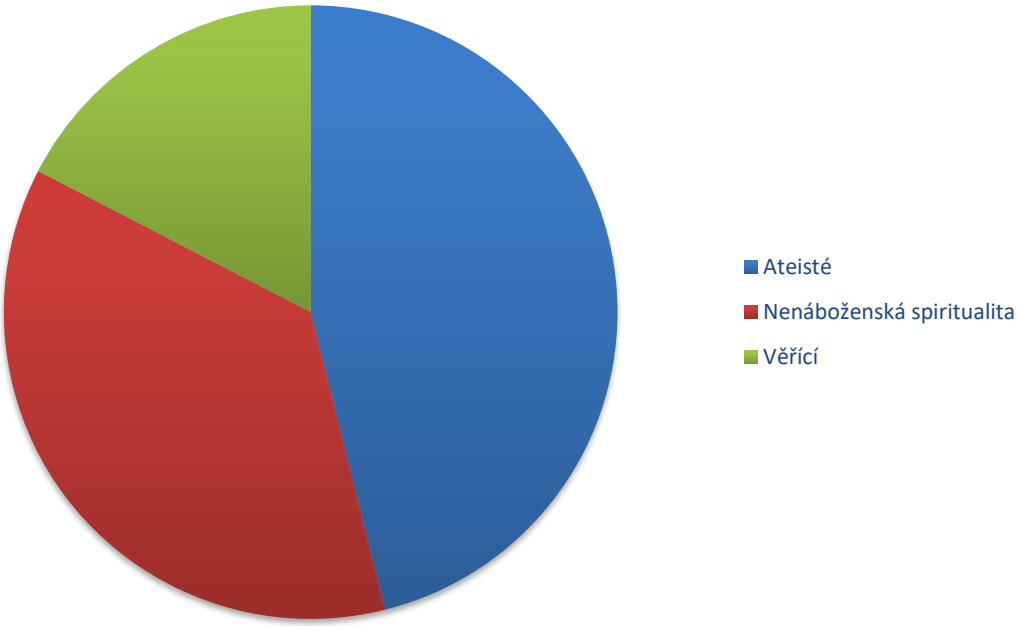


Graf 4 - Otázka č. 4

Ve čtvrté otázce respondenti odpovídali na otázku, která mapovala jejich dosavadní zkušenost v pomáhajících profesích, nebo zda v této oblasti momentálně pracují. K této otázce byla přidána vysvětlivka, o které pracovní pozice se jedná, tedy *např. lékaři, psychologové, psychiatři, pedagogové, zdravotníci, sociální pracovníci, pečovatelé nebo také duchovní.*

Z výzkumného vzorku se dotazníkového šetření zúčastnilo celkem 40,4 % lidí se zkušeností s prací v pomáhajících profesích a 59,6 % těch, kteří v této oblasti nikdy zaměstnáni nebyli ani nejsou v současné době.

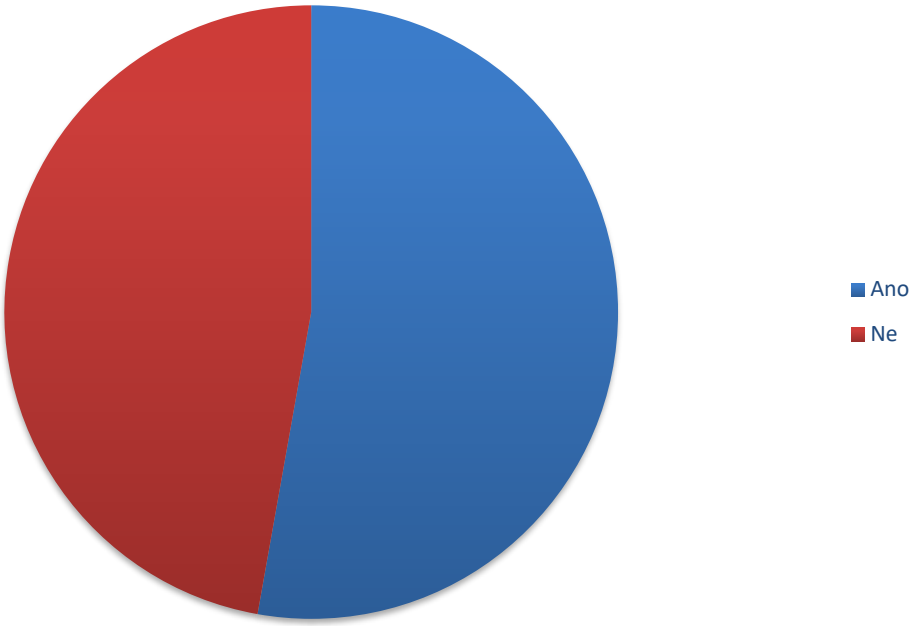
Vztah k náboženství:



Graf 5 - Otázka č. 5

Pátá otázka dotazníku v oblasti informativního charakteru mapovala vztah k náboženství daných respondentů. Za ateisty se považuje 46,1 % z výzkumného vzorku a příslušníci nenáboženské spirituality tvoří 36,5 %. Vedle této odpovědi byl taktéž vysvětlen pojem nenáboženské spirituality, kde byla uvedena definice: *„Neodmítání něčeho nadpřirozeného/vyššího, ale nehlášení se k církvi, náboženské tradici.“* Zbylých 17,4 % respondentů dotazníkového šetření se považuje za věřící.

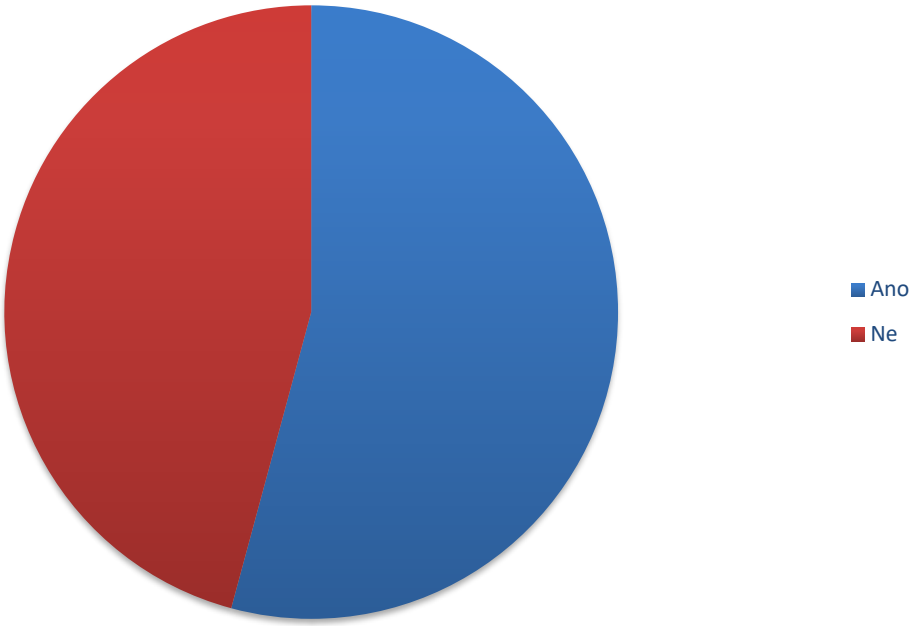
Vlastní zkušenost s myšlenkami/pokusem o suicidium:



Graf 6 - Otázka č. 6

Předposlední otázka mapující informace o výzkumném vzorku již otevírá problematiku suicidálního jednání. Tato otázka zjišťovala vlastní zkušenost respondentů ať už s myšlenkami nebo s pokusem o sebevraždu. S mým překvapením má více než polovina zkoumaného vzorku zmíněnou osobní zkušenost, konkrétně 52,8 % ze všech zúčastněných. 47,2 % respondentů uvedlo, že vlastní zkušenost s myšlenkami ani s pokusem nemá.

Osobní znalost jedince, který spáchal suicidium, či se o něj pokusil:

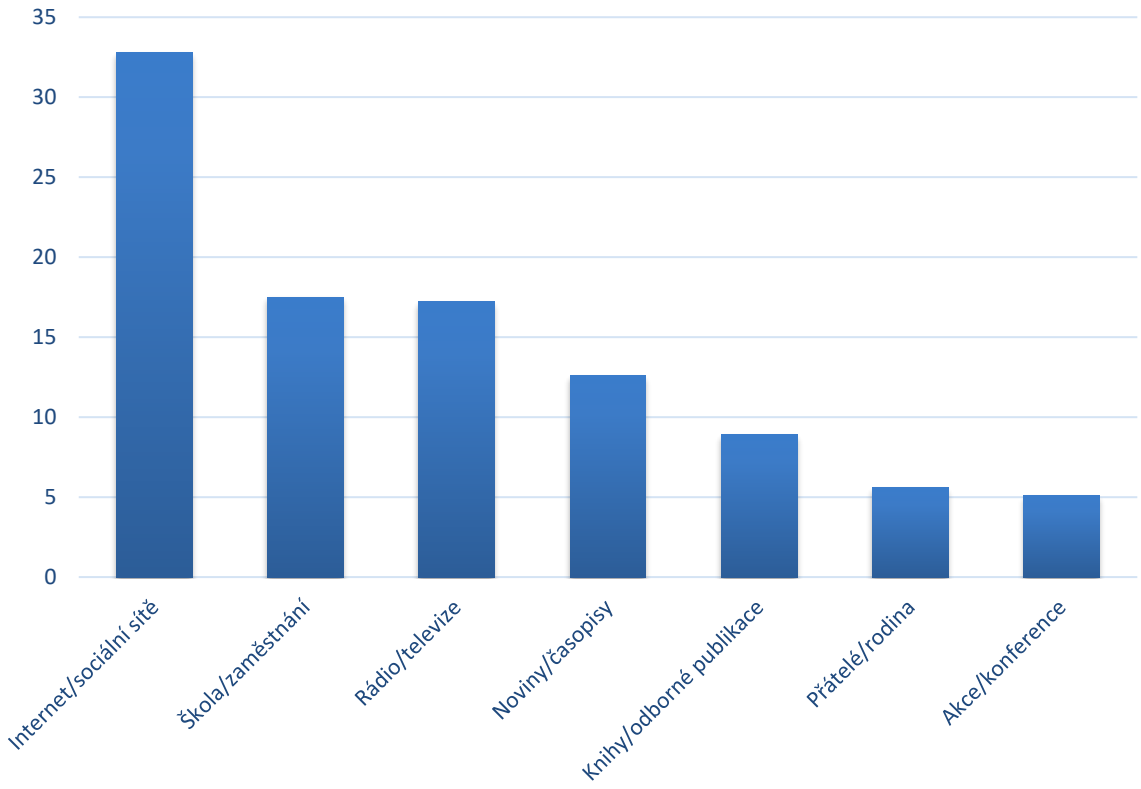


Graf 7 - Otázka č. 7

Závěrečná otázka v informativní části ohledně výzkumného vzorku zjišťovala, zda respondenti znají/znali ve svém blízkém okolí osobu, která spáchala čin sebevraždy, či se o něj v minulosti pokusila. Bližší okolí bylo v otázce blíže charakterizováno jako rodina, příbuzní či velmi blízcí přátelé. Dotazníkové šetření ukazuje, že více než polovina zkoumané veřejnosti, konkrétně 54,2 % ve svém okolí osobně setkala s činem dokonané sebevraždy či pokusem o ni. Celkem 45,8 % respondentů takovou zkušenost nemá.

2. Informovanost veřejnosti ohledně současného výskytu dokonaných sebevražd v České republice

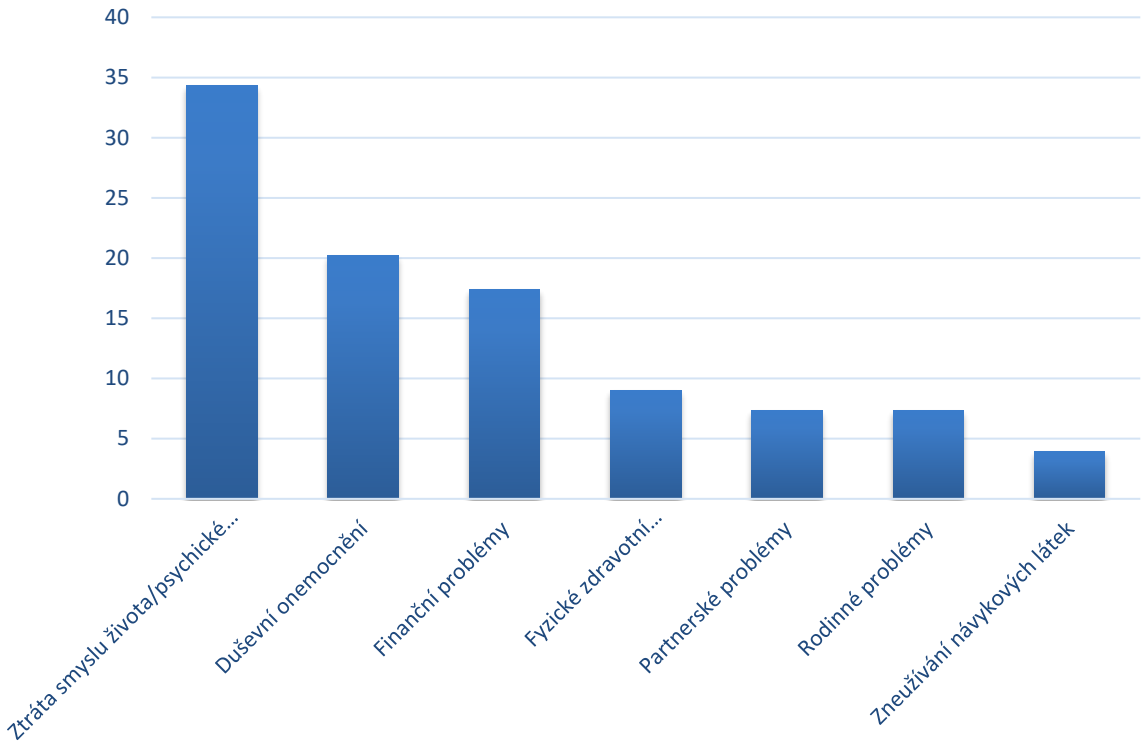
Otázka č. 8 – Kde se nejčastěji setkáváte s informacemi, které se týkají problematiky sebevražedného jednání?



Graf 8 - Otázka č. 8

Osmá otázka otevírá druhou část dotazníkového šetření, která zjišťuje informovanost veřejnosti v oblasti současného výskytu dokonaných suicidií v České republice. Bylo zde vyobrazeno celkem 7 možností odpovědí s tím, že respondenti mohli vybrat jednu či více z nic. Tato otázka mapovala zdroje informovanosti u problematiky suicidálního jednání, přičemž respondenti se ní nejčastěji setkávají v prostředí internetu či na sociálních sítí, konkrétně 32,8 % z výzkumného vzorku. Možnost ve škole či v zaměstnání zvolilo 17,5 %, podobně jako volbu rádia a televize, kterou zaškrtlo 17,2 % respondentů. Noviny a časopisy jako zdroj informací zvolilo 12,6 %, knihy a odborné publikace 8,9 % veřejnosti. Nejméně zastoupeným zdrojem byli přátelé a rodina s 5,6 % a akce a konference s podílem 5,1 %.

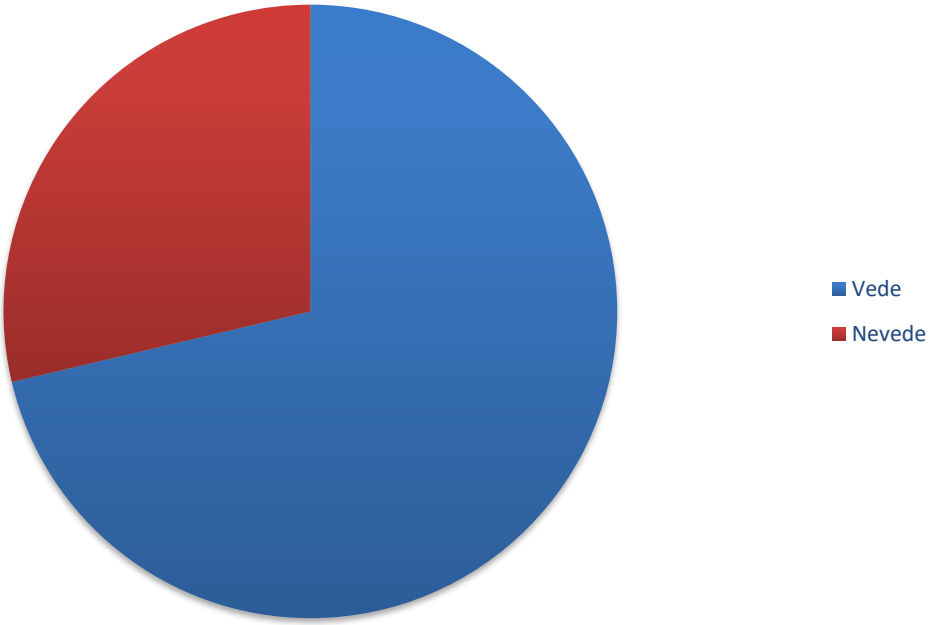
Otázka č. 9 – Jaké jsou, dle Vašeho názoru, nejčastější příčiny, které vedou člověka ke spáchání činu sebevraždy?



Graf 9 - Otázka č. 9

Další otázka mapovala názor veřejnosti ohledně možných příčin suicidálního jednání, přičemž k dispozici bylo celkem 7 odpovědí s možností jednoho výběru. Nejvíce respondentů, konkrétně 34,3 % pokládá za nejčastější příčinu dokonaných sebevražd ztrátu smyslu života a s ní spojené psychické problémy. Duševní onemocnění uvedlo 20,2 % a finanční problémy 17,4 % zúčastněných. Již viditelně menší počet dotázaných považuje fyzické zdravotní problémy a onemocnění za nejčastější příčiny tohoto jednání, tuto možnost určilo 9 % z výzkumného vzorku. Stejnou podílovou hodnotu 7,3 % nesou partnerské a rodinné problémy a nejmenší zastoupení má zneužívání návykových látek, kterou uvedlo 3,9 % dotázaných.

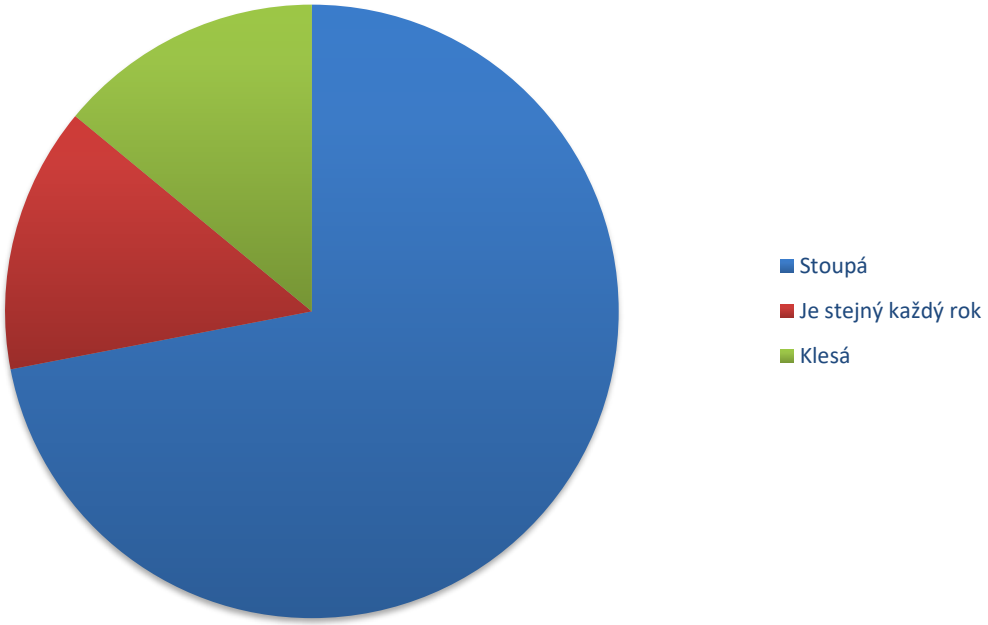
Otázka č. 10 – Myslíte si, zda pokus o sebevraždu, která byla ve výsledku nedokonaná, vede či nevede k dalšímu pokusu?



Graf 10 - Otázka č. 10

Desátá otázka dotazníkového šetření zjišťuje názor veřejnosti v rámci opakovaného pokusu o sebevraždu, přičemž z části teoretické vyplývá, že drtivá většina suicidálních pokusů se u těchto jedinců v budoucnu opakuje. Celkem 71,3 %, tedy nadpoloviční většina respondentů v dotazníku uvedla, že považují nedokonanou sebevraždu rizikovou vůči dalšímu pokusu o ni. Naopak 28,7 % s tímto tvrzením nesouhlasí.

Otázka č. 11 – Myslíte si, že v posledních letech v České republice počet sebevražd ročně spíše:

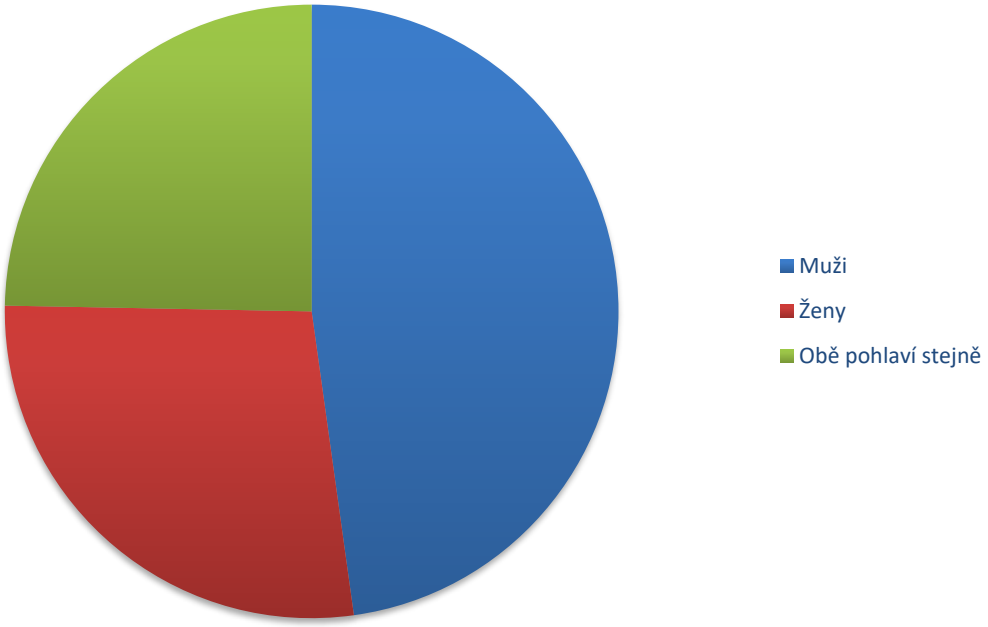


Graf 11 - Otázka č. 11

DC[1]: *Zjistit mínění veřejnosti ohledně roční tendence sebevražednosti v posledních letech v České republice.*

Další otázka v části, která mapuje informovanost veřejnosti ohledně výskytu sebevražd zjišťovala, jaká je dle dotazovaných roční tendence dokonaných sebevražd v posledních letech v České republice. Drtivá většina, celkem 71,9 % z výzkumného vzorku, předpokládá spíše roční stoupající charakter dokonaných sebevražd, 14 % respondentů si myslí, že je počet stejný každý rok. Stejný podíl nese charakter klesající, kdy tuto odpověď zvolilo také 14 % zúčastněných. Co se však skutečných dat, zjištěných Českým statistickým úřadem týče, v posledních letech v České republice počet dokonaných sebevražd lehce klesá.

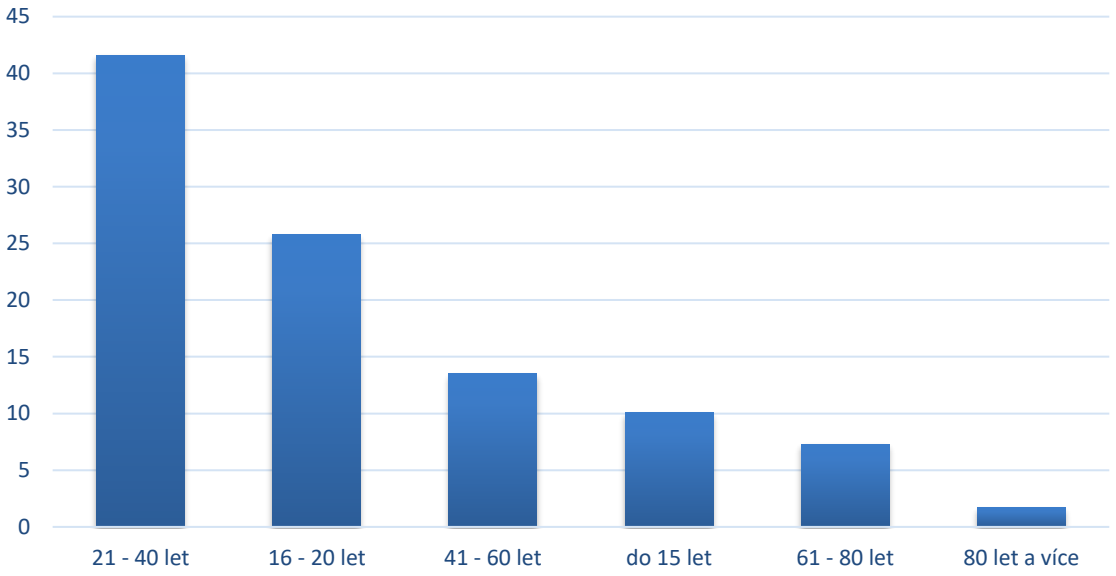
Otázka č. 12 – U jakého pohlaví si myslíte, že je počet dokonaných sebevražd v České republice vyšší?



Graf 12 - Otázka č. 12

Dvanáctá otázka dotazníku zjišťovala názor veřejnosti ohledně vyššího počtu dokonaných suicidií v rámci pohlavní identity lidí v České republice. Nejvíce respondentů zastupuje stanovisko, že u nás více páchají sebevraždy muži, celkem 47,8 % dotazovaných uvedlo tuto možnost. Druhá polovina výzkumného vzorku se poté rozdělila na dvě části, kdy 27,5 % uvedlo, že v České republice páchají sucidia více ženy a 24,7 % se domnívá, že je počet u obou pohlaví stejný. V porovnání se zjištěnými a skutečnými daty, uvedenými v části teoretické, je u mužského pohlaví zaznamenán dlouhodobý vyšší výskyt dokonaných suicidií.

Otázka č. 13 – U jaké věkové kategorie si myslíte, že je počet sebevražd v České republice v posledních letech nejvyšší?



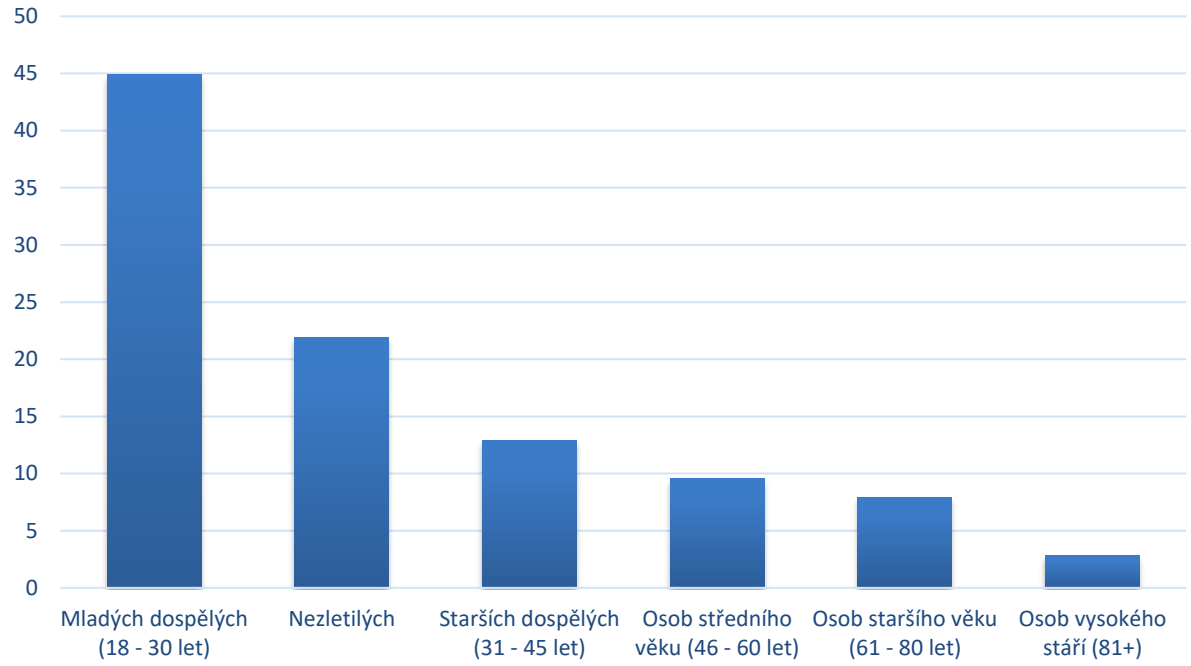
Graf 13 - Otázka č. 13

DC²*: Zjistit, u jaké věkové kategorie veřejnost předpokládá nejvyšší míru sebevražednosti v posledních letech v České republice.*

Třináctá otázka je podobná otázce předchozí s tím, že nabízela odpovědi týkající se věku, přičemž v dotazníku bylo na výběr celkem 6 těchto kategorií. Otázka zjišťující názor výzkumného vzorku ohledně míry sebevražd v rámci věkové kategorie ukázala, že nejvíce zúčastněných s podílem 41,6 % se domnívá, že v posledních letech je počet sucidií nejvyšší u věkové kategorie v rozmezí 21 – 40 let. Dle dalších zpracovaných odpovědí si 25,8 % veřejnosti myslí, že nejvíce sebevražd páchají lidé ve věku 16 – 20 let. 13,5 % dotazovaných uvedlo jako svou odpověď věkové rozmezí od 41 let do 60 let. Poslední tři možnosti odpovědí zvolilo nejmenší počet respondentů, pro responzi do 15 let se podílově rozhodlo 10,1 %, pro kategorii 61 – 80 let potom 7,3 % z odpovídajících. Nejméně zastoupenou odpovědí byla kategorie 80 let a více, kterou zvolilo pouze 1,7 % z výzkumného vzorku.

V porovnání s reálnými daty, je dle posledních statistik nejvyšší míra sebevražednosti v České republice v posledním desetiletí zaznamenána u lidí ve věkové kategorii 40 – 60 let. Dle výše uvedených interpretovaných dat tuto možnost v dotazníkovém šetření zvolilo pouze 24 respondentů.

Otázka č. 14 – U jaké věkové skupiny obyvatel České republiky si myslíte, že v posledních letech výrazně stoupá intenzita sebevražednosti?

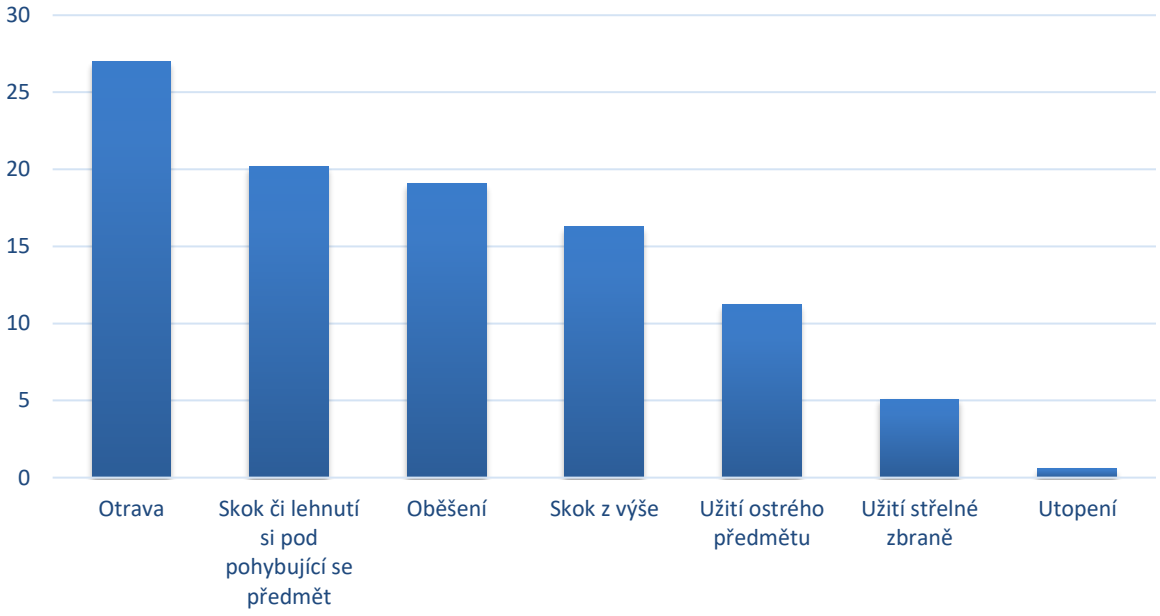


Graf 14 - Otázka č. 14

Předposlední otázka druhé části dotazníku zkoumala pohled veřejnosti v rámci zvyšující se tendence sebevražednosti posledních let v České republice. Odpovědi v dotazníku byly stanoveny dle ontogeneze člověka a respondenti měli možnost vybrat z 6 kategorií s možností jednoho výběru. Nejvíce dotazovaných předpokládá zvyšující se intenzitu sebevražednosti u lidí v mladé dospělosti, konkrétní podíl je 44,9 % z výzkumného vzorku. O něco menší podíl, konkrétně 21,9 % z dotázaných, se domnívá, že sucidia se v poslední zvyšují u nezletilých. U starších dospělých, tedy u lidí ve věku 31 – 45 let, výzkumný vzorek předpokládá zvyšující se tendenci v podílu 12,9 %. Možnost osob ve středním věku poté zvolilo 9,6 %, ve starším věku 7,9 % respondentů.

V porovnání s posledními zjištěnými daty, intenzita sebevražednosti v posledním desetiletí výrazně sílí u osob vysokého stáří, tedy u lidí, kteří jsou starší 80 let a přibývajícími roky jen zesiluje. V dotazníkovém šetření tuto možnost uvedlo pouze 2,8 % respondentů, absolutní počet činil 5 osob.

Otázka č. 15 – Jaký myslíte, že je nejčastěji zvolený způsob u dokonaných sebevražd v České republice?



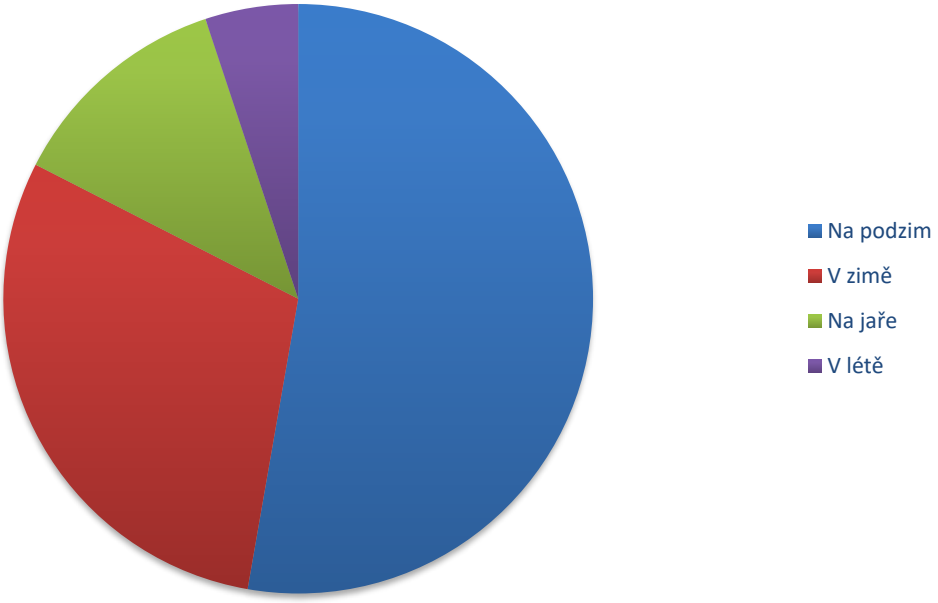
Graf 15 - Otázka č. 15

Patnáctá otázka uzavírá druhou část dotazníku, tedy tu, která mapuje údaje týkající se informovanosti respondentů ohledně současného výskytu dokonaných sebevražd v České republice. Otázka zjišťuje názor výzkumného vzorku ohledně nejčastěji zvoleného způsobu dokonaného suicidia, přičemž poskytnuté možnosti odpovědí byly zvoleny dle Českého statistického úřadu a respondentům bylo umožněno zvolit pouze jednu z nich. Nejpočetněji zastoupenou odpovědí byla otrava, kterou zvolilo celkem 27 % z dotázaných. Zbylé možnosti nesly velmi podobnou výslednou relativní četnost respondentů, kde možnost skok či lehnutí si pod pohybující se předmět zvolilo 20,2 %, oběšení 19,1 % a skok z výše 16,3 % ze zúčastněných. 11,2 % z dotázaných si myslí, že je v České republice nejčastěji volen způsob užití ostrého předmětu, 5,1 % se domnívá, že se jedná o zastřelení. Pouze 0,2 % veřejnosti zvolilo možnost utopení se.

Podle naposledy vydaných číselných údajů Českých statistickým úřadem je v posledních letech v České republice nejčastěji volený způsob oběšení, přičemž jak již z výše interpretovaných dat vyplývá, tuto možnost uvedlo celkem 34 osob z celkového počtu dotázaných.

3. Přítomnost a míra přesvědčení u veřejnosti v oblasti vybraných, rozšířených mylných představ suicidálního jednání

Otázka č. 16 – V jakém ročním období, je dle Vašeho názoru, realizováno nejvíce sebevražd?



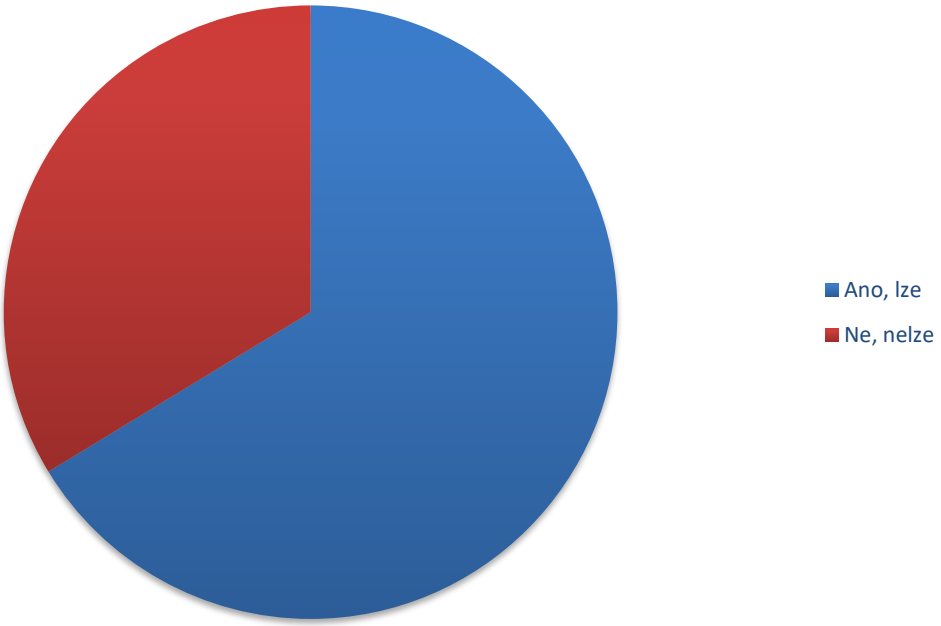
Graf 16 - Otázka č. 16

DC³: *Zjistit, kolik procent dotazovaných považuje podzimní období za nejpočetnější ve vztahu k dokonaným sebevraždám.*

Šestnáctá otázka otevírá třetí část dotazníkového šetření, respektive oblast mapující možnou přítomnost a míru přesvědčení u respondentů v oblasti vybraných, mylných představ suicidálního jednání. Otázka zjišťovala, v jakém ročním období, veřejnost předpokládá nejvyšší výskyt dokonaných sebevražd a nabízela 4 možnosti odpovědí.

Výsledná data ukázala, že více než polovina z dotázaných si myslí, že tímto obdobím je podzim, tuto možnost podílově uvedlo 52,8 %. Respondenti se však také ve velké míře domnívali, že nejvíce suicidí je spácháno v zimních měsících, takové stanovisko zastává 29,8 % z výzkumného vzorku. Menší část zúčastněných uvedla jako svou odpověď období jara, podílově 12,4 % respondentů. Nejméně zastoupeným ročním obdobím u výzkumného vzorku bylo léto, jež zvolilo pouze 5,1 %.

Otázka č. 17 – Myslíte si, zda lze či nelze pozorovat určité varovné signály u lidí, kteří plánují spáchat sebevraždu?

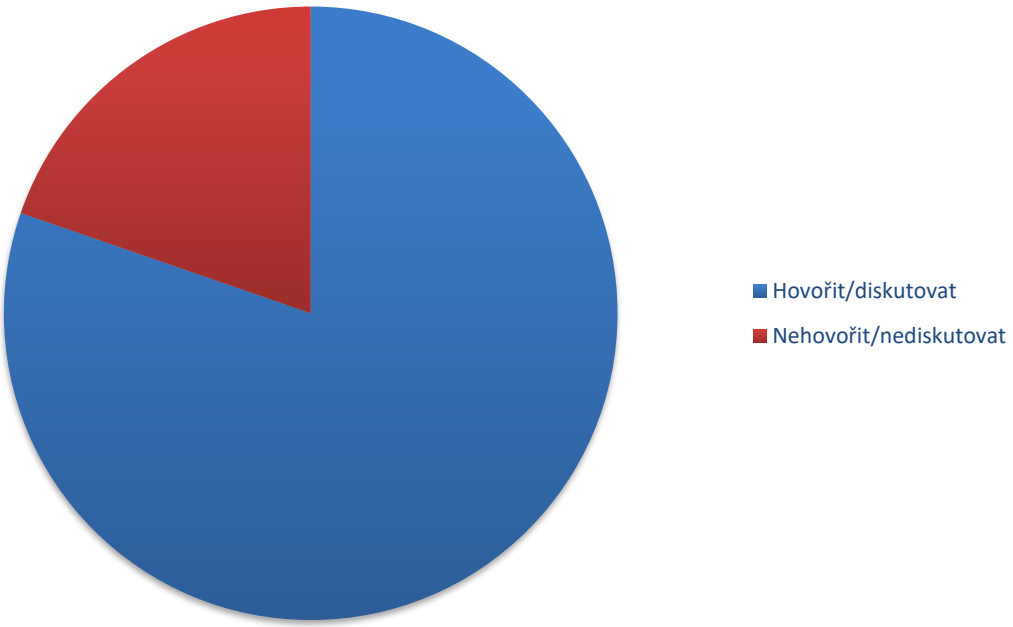


Graf 17 - Otázka č. 17

***DC[4]**: Zjistit, zda veřejnost pokládá sebevraždu za akt nečekaný, resp. bez předchozích varovných signálů.*

Další otázka, která se týkala mapování přítomnosti a dané míry přesvědčení v rámci mýtů suicidálního jednání, sledovala možnost pozorovatelnosti varovných signálů před spácháním autoagresivního činu. Po zpracování odpovědí respondentů vyšlo najevo, že výzkumný vzorek z řad veřejnosti z větší části nepokládá sebevraždu za akt nečekaný, jelikož 66,3 % z dotázaných se domnívá, že před spácháním onoho činu lze u těchto lidí zaznamenat jisté varovné signály. Podstatně menší část respondentů, konkrétně 33,7 %, uvedla, že před dokonaným suicidiem žádné varovné indicie pozorovat nelze.

Otázka č. 18 – Pokud někdo trpí sebevražednými myšlenkami nebo má sebevražedné sklony, je dle Vašeho názoru s dotyčným člověkem na téma sebevražd vhodné:

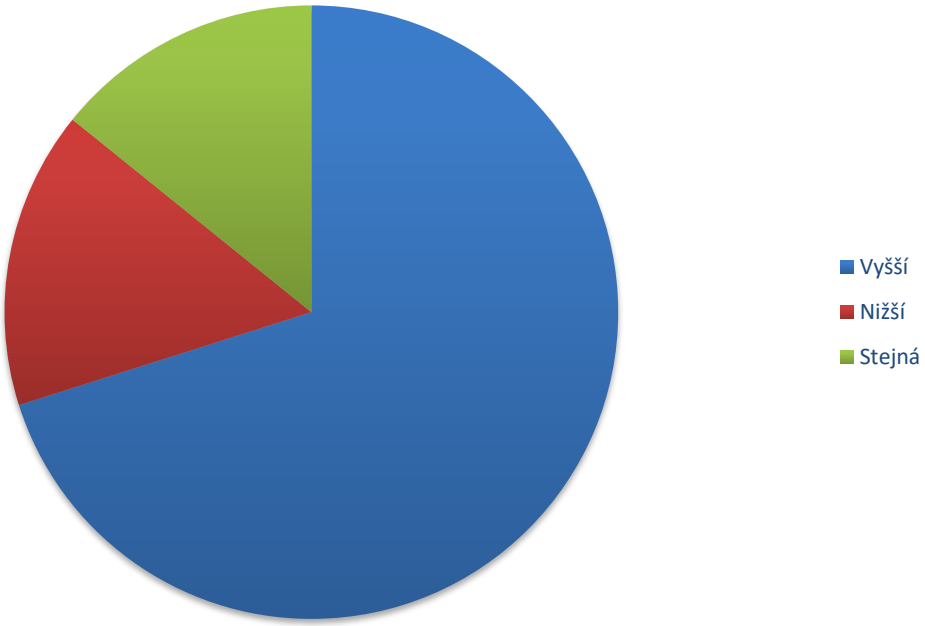


Graf 18 - Otázka č. 18

DC[5]: *Zjistit, kolik procent z výzkumného vzorku věří, že vedení rozhovoru ohledně tématiky sebevražd se suicidálními jedinci, vede u dotyčných ke zvýšení rizika spáchání tohoto činu.*

Osmnáctá otázka zjišťovala přítomnost a možnou míru přesvědčení v další vybraný mýtus v rámci suicidálního jednání, čímž je obecně strach z vedení konverzace se suicidálním jedincem z důvodu zvýšení rizika spáchání činu sebevraždy. Drtivá většina dotázaných, přesněji 80,3 %, uvedla, že se zmíněnou osobou je vhodné na toto téma hovořit a komunikovat, tudíž zvýšené riziko nepředpokládají i přes skutečnost přítomnosti sebevražedných myšlenek a sklonu k onomu chování. Zbylých 19,7 % uvedlo opačnou možnost odpovědi, tato podílová část respondentů tedy věří, že je v rámci bezpečnosti suicidálního jedince lepší, se konverzaci na uvedené téma spíše vyhnout.

Otázka č. 19 – Jaká je, dle Vašeho názoru, míra sebevražednosti v období Vánoc oproti ostatním dnům v roce?



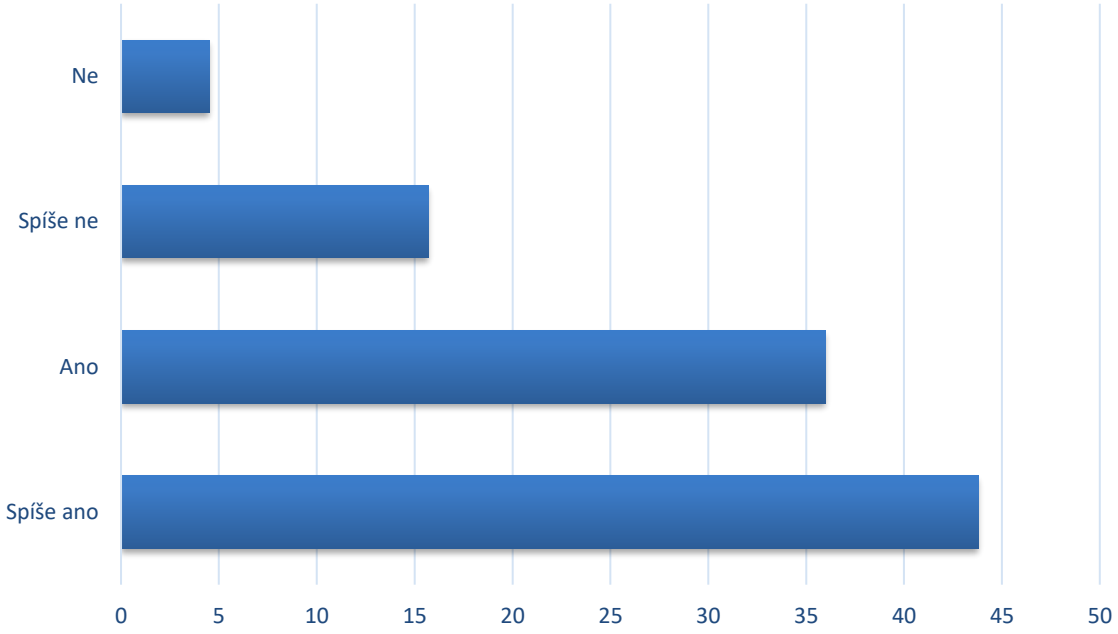
Graf 19 - Otázka č. 19

DC[6]: *Zjistit, zda veřejnost hodnotí období Vánoc za více rizikové ve vztahu k dokonaným suicidiím.*

Devatenáctá otázka uzavírá třetí část dotazníku, týkající se vybraných mýtů v rámci suicidálního jednání. Prostřednictvím této otázky bylo zjištěno, že 70,1 % z výzkumného vzorku z řad veřejnosti hodnotí období Vánoc za více rizikové ve vztahu k dokonaným suicidiím, jelikož v tomto období předpokládají vyšší míru výskytu tohoto jednání. Daleko menší část respondentů v poměru 15,7 % poté uvedla nižší míru výskytu o Vánocích a zbylých 14,2 % si myslí, že je v tomto období počet sebevražd zcela stejný, tedy neměnný vůči ostatním dnům v roce.

4. Obecný náhled a postoje veřejnosti vůči dokonaným suicidálním činům

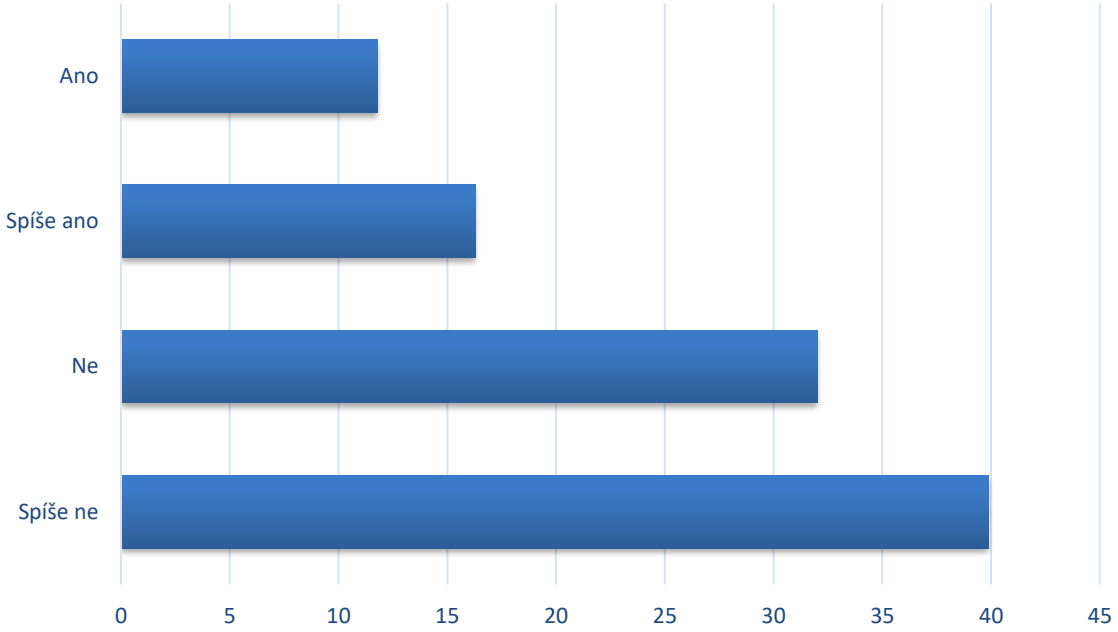
Otázka č. 20 – Domníváte se, že lidé mají právo rozhodnout se o ukončení vlastního života?



Graf 20 - Otázka č. 20

Dvacátá otázka otevírá poslední oblast dotazníkového šetření, respektive tu, která mapuje obecný náhled a postoje respondentů vůči dokonaným sebevraždám. Tato otázka zjišťuje názor veřejnosti, který se týká práva rozhodování o ukončení vlastního života, kdy se většinová část dotázaných shoduje na individuálním akceptování tohoto rozhodnutí. Odpověď „spíše ano“ uvedlo celkem 43,8 % ze zúčastněných, možnost „ano“ pak zvolilo 36 %. Poměrně menší část z výzkumného vzorku nesouhlasí s tvrzením, že by se lidé měli o ukončení vlastního života rozhodovat sami, z dotázaných zvolilo 15,7 % odpověď „spíše ne“ a zbylých 4,5 % zvolilo úplný nesouhlas s tímto tvrzením.

Otázka č. 21 – Myslíte si, že sebevražda je v některé životní situaci, jediným možným východiskem?



Graf 21 - Otázka č. 21

V této otázce mě zajímalo, zda respondenti považují nějakou ze životních situací natolik závažnou a náročnou, že by u ní akceptovali suicidium jako jediné možné řešení. Po zpracování odpovědí vyšlo najevo, že většinová část z řad veřejnosti žádnou ze situací nepovažuje jako příliš nezvladatelnou ve vztahu k přistoupení možnosti sebevraždy, jelikož odpověď „spíše ne“ uvedlo 39,9 % a možnost „ne“ zvolilo 32 % ze zúčastněných.

Dotazníkového šetření se však účastnili i lidé mající zcela opačný názor na danou situaci, jelikož možnost „spíše ano“ uvedlo 16,3 % a úplný souhlas pak 11,8 % z celkového počtu dotázaných. Tito lidé si tedy dokáží představit životní situaci, ve které by bylo suicidium jediné možné východisko.

Otázka č. 22 – Pokud ano, v jaké?

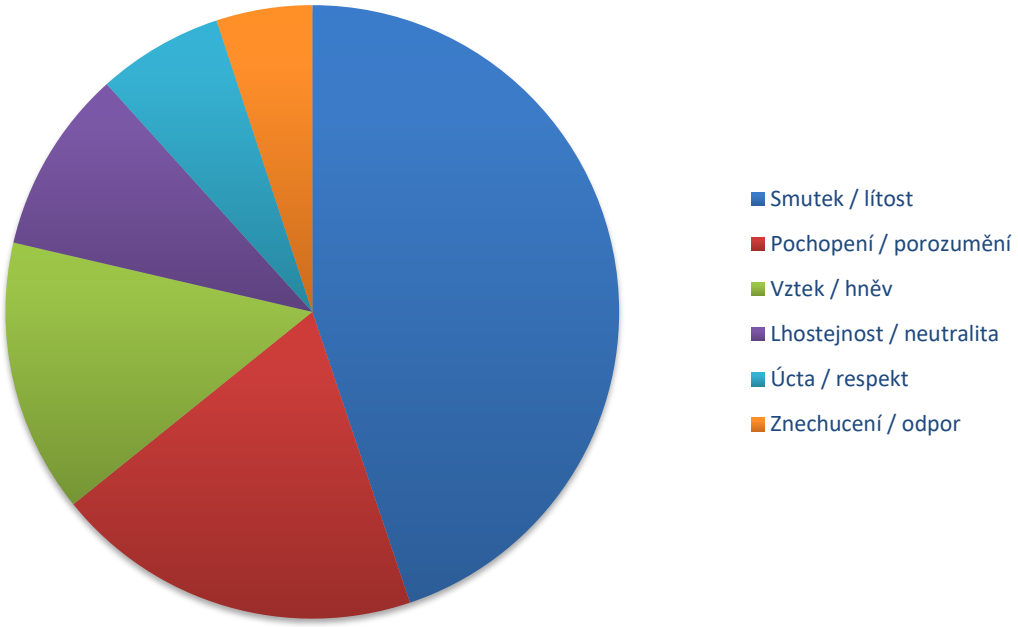
Tato otázka nacházející se v závěrečné části dotazníku byla dobrovolná a otevřeného typu, respondenti měli tedy možnost vyjádřit se vlastními slovy. Zároveň nesla doplňující charakter k otázce předchozí, která zjišťovala možnost akceptace suicidia v jistých životních situacích. Respektive ti z výzkumného vzorku, kteří uvedli v předchozí otázce odpověď souhlasného typu, měli možnost vyjádřit vlastními slovy o jakou konkrétní situaci či událost by se v případě zvážení suicidia jednalo.

Mezi responzemi se vyskytovaly následující odpovědi:

- *„Při nevyléčitelné nemoci, kdy je jisté jen zhoršování a se dotyčný nedokáže o sebe postarat, ani nemá nikoho, kdo by se o něj staral, zvláště pak pokud je dané onemocnění doprovázeno velkými bolestmi.“*
- *„Terminální stadium nemoci.“*
- *„Rodinné a finanční problémy dohromady.“*
- *„Jedinou situací, kterou bych dokázala pochopit je ztráta všech blízkých, kdy by nezůstal nikdo, kdo pro něco znamenal. Nebyl by nikdo, na kom mi záleží, a naopak komu by záleželo na mne.“*
- *„Pokud je člověk smrtelně nemocný a nemá už dost času.“*
- *„Většinou za tím jsou rodinné nebo finanční problémy, znám to z práce.“*
- *„Úmrtí vlastního dítěte.“*

Mezi zcela nejčastěji vídané odpovědi v dotazníku, tedy situace, při kterých respondenti hodnotí suicidium jako jediné možné východisko, patří především terminální stádium nemoci, kdy již není šance na uzdravení. Další často vídanou responzí byla úplná ztráta blízkých osob, nejčastěji rodinných příslušníků, a především vlastního dítěte. Další skupinu responzí zastupovala samota nebo také finanční problémy s důrazem na zadlužení.

Otázka č. 23 – Co cítíte při zjištění, když někdo spáchal sebevraždu?

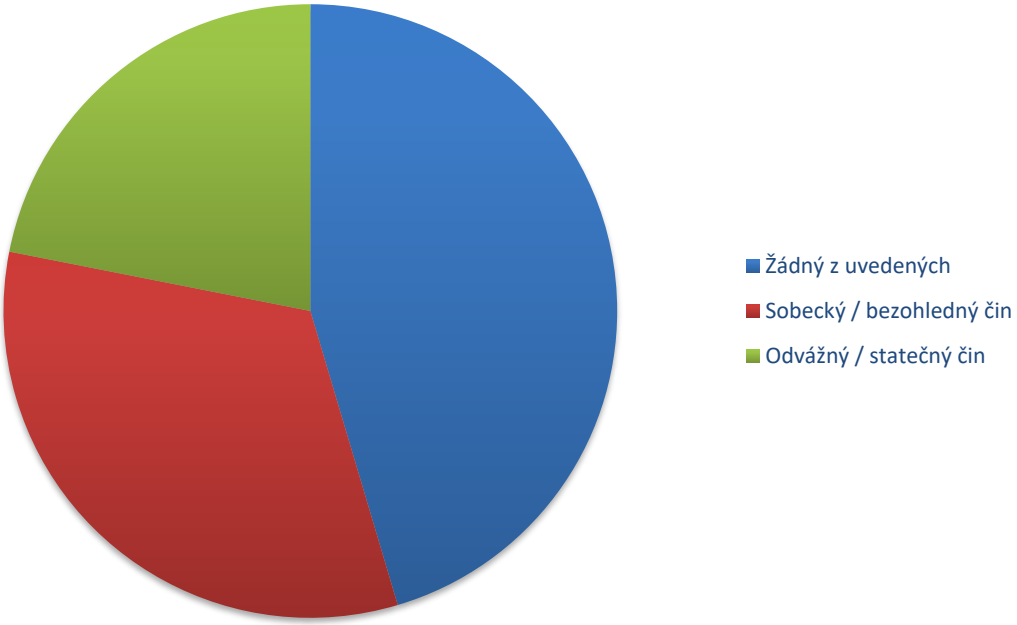


Graf 22 - Otázka č. 23

Další otázka mapovala pocity respondentů při zjištění již spáchaného autoagresivního činu, přičemž k dispozici bylo celkem 7 odpovědí, které tvořily škálu různých pocitů. Po zpracování dat svým počtem převládala odpověď „smutek/lítost", kterou zvolilo 47,6 % z celkového počtu zúčastněných, tedy téměř polovina. 17,3 % zkoumaných osob cítí pochopení či porozumění ve vztahu k spáchanému suicidiu a 13,7 % v této situaci pociťuje hněv či vztek.

Zbylé tři odpovědi nesly menší počet zastoupení dotázaných, kdy „lhostejnost/neutralitu" zvolilo 9,2 %, ale 6,3 % se k dané události staví s úctou a respektem. Nejmenší podíl respondentů v dané situaci pociťuje znechucení až odpor, tuto odpověď uvedlo celkem 4,8 % ze zúčastněných.

Otázka č. 24 – Jaké stanovisko, dle Vašeho názoru, spíše odpovídá dokonanému činu sebevraždy?

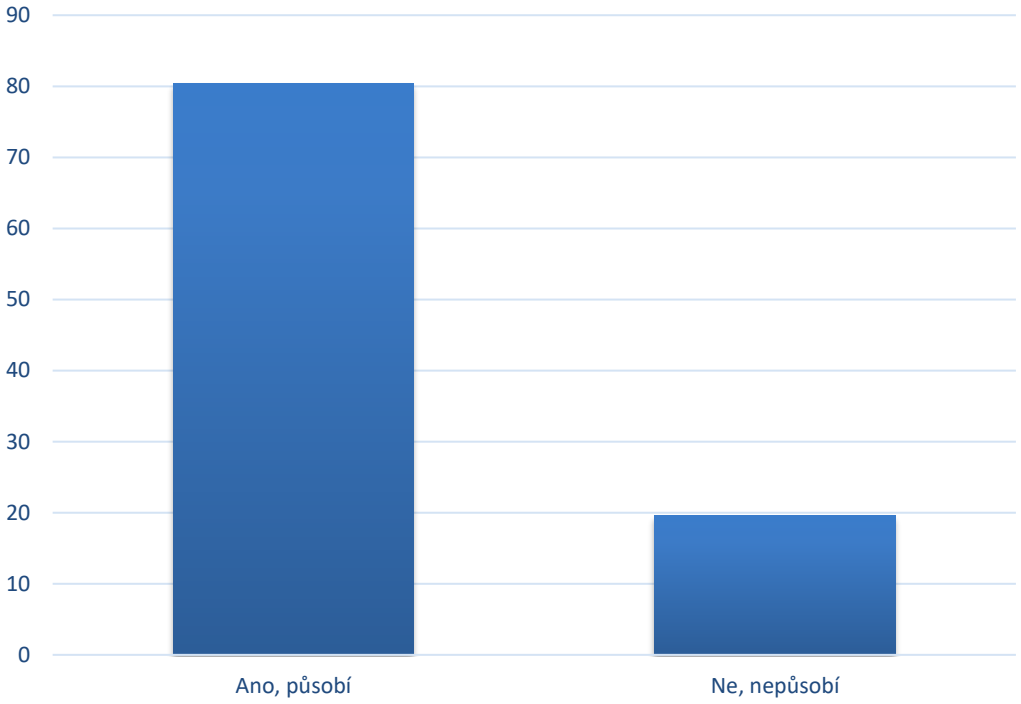


Graf 23 - Otázka č. 24

Jelikož ve společnosti mnohdy převládá ambivalentní postoj vůči dokonaným suicidálním činům, cílem této otázky bylo zjistit, ke kterému stanovisku se veřejnost přiklání více. Výsledky dotazníkového šetření ukázaly, že většina lidí z výzkumného vzorku nedokáže určit ani jeden z těchto aspektů, jejich konkrétní podíl tvořil 45,4 %.

Dalším zjištěním bylo, že 32,7 % z veřejnosti hodnotí suicidální čin jako sobecký a bezohledný a tímto počtem tedy převládal na odpovědí typu „odvážný/statečný“, ke kterému se přiklonilo 21,9 % z dotázaných.

Otázka č. 25 – Domníváte se, že téma sebevražd ve společnosti působí/nepůsobí jako "tabu"?



Graf 24 - Otázka č. 25

Závěrečná otázka čtvrté oblasti, ale také celého dotazníkového šetření zjišťovala názor veřejnosti ohledně tabuizace tématu suicidálního jednání ve společnosti. Respondentům bylo poskytnuto vysvětlení pojmu tabu a bylo popsáno jako *„něco, o čem se moc nemluví nebo čemu se lidé spíše vyhýbají".*

Drtivá většina s podílem 80,4 % považuje téma sebevražd ve společnosti za tabuizované, zbylých 19,6 % z dotázaných uvedlo opačnou a nesouhlasnou možnost odpovědi.

4.5. Deskripce zjištění a diskuze

Hlavním cílem výzkumného šetření bylo zmapovat povědomí veřejnosti v oblasti současného výskytu dokonaných sebevražd v České republice a zároveň zjistit přítomnost a míru přesvědčení u veřejnosti v oblasti vybraných, rozšířených mylných představ suicidálního jednání. Ke zmapování informovanosti v oblasti výskytu suicidálního jednání byly vytvořeny otázky vyplývající z teoretické části, přičemž získané odpovědi byly následně porovnávány se skutečnými daty jak z dostupné literatury, tak ze statistických dat dle Českého statistického úřadu. S mým údivem se v řadách veřejnosti vyskytuje poměrně vysoký podíl osob s vlastní zkušenosti se sebevražednými myšlenkami či pokusem o ni. Velká část veřejnosti ve svém životě také zná či znala někoho, kdo sebevraždu spáchal nebo se o ni pokusil. Tyto zjištěné skutečnosti pouze přidávají na vážnosti problematiky sebevražd v České republice.

Zjištění v rámci povědomí veřejnosti v oblasti výskytu suicidality

Z výsledků je patrné, že veřejnost se s informacemi ohledně suicidálního jednání nejčastěji setkává v prostředí internetu, významný podíl však mají také média vysílaná skrze televizní obrazovky či rádia. Konkrétním mapováním informovanosti samotného výskytu suicidalit v České republice se zabývaly otázky č. 11-15, kde nejvíce shodných odpovědí veřejnosti s opravdovými daty představovala oblast výskytu dle pohlavní identity suicidálních jedinců, respektive lze konstatovat, že veřejnost má nejvíce reálné povědomí o skutečnosti, že v České republice suicidia páchají více muži než ženy. U ostatních zkoumaných oblastí, tedy u roční tendence sebevražd, u věkové kategorie suicidantů či u způsobu provedení má veřejnost povědomí slabší.

Nejvíce klamnou představu má veřejnost v oblasti roční tendence suicidalit v České republice, jelikož většina osob se domnívá stoupajícího charakteru dokonaných sebevražd, ačkoliv je v posledních letech zaznamenán spíše lehký pokles těchto úmrtí. U konkrétních způsobů provedení veřejnost mylně zastává názor, že otrava je tím nejčastějším prostředkem k sebeusmrcení, často vídanou představou u veřejnosti jsou pak také skoky pod pohybující se předmět. V oblasti věkové kategorie suicidantů veřejnost předpokládá vyšší míru autoagresivních činů spíše u mladší generace lidí,

přičemž skutečně rizikovou skupinu obyvatel představují spíše osoby nacházející se ve středním až starším věku. Dle výsledných dat šetření lze také potvrdit, že veřejnost nemá téměř žádné povědomí o vysoké intenzitě sebevražednosti seniorů v posledních letech, která představuje závažný problém v České republice.

Zjištění v rámci vybraných mylných představ u veřejnosti ohledně suicidality

V rámci dotazníkového šetření bylo zároveň cílem zjistit přítomnost a míru přesvědčení u veřejnosti v oblasti vybraných, rozšířených mylných představ suicidálního jednání. Mapováním této části se zabývaly konkrétní otázky v dotazníku č. 16-19, přičemž vybrané mýty vyplývaly ze zjištění, která jsou uvedená v části teoretické. Zkoumané mylné představy byly celkem čtyři a první z nich byla zaměřená na jednotlivá roční období, kdy je ve společnosti mnohdy rozšířená představa o nejvyšším výskytu sebevražd především v podzimních a zimních měsících.[126] Tato představa se dotazníkovým šetřením potvrdila, jelikož veřejnost se ve velké míře domnívá nejvyššího výskytu především v podzimních, ale také zimních měsících. Skutečná data však potvrzují pravidelný sezónní vzorec, a to jak světový, tak v rámci České republiky, který ukazuje průměrný nejvyšší počet suicidalit v jarních měsících, jenž začíná klesat počátkem léta. Lze tedy konstatovat, že u veřejnosti se mylná představa v rámci nejvyššího podzimního a zimního výskytu sebevražd vyskytuje ve vyšší míře.

Druhým zkoumaným tvrzením byla šířená představa sucidia jako aktu nečekaného, tedy takového, který nelze nijakým způsobem předpovídat.[127] K tomuto tvrzení zaujímá literatura opačný postoj s již dříve uvedenými poznatky obsahujícími například Ringelův presuicidální syndrom nebo Poldingerův suicidální rozvoj, které potvrzují mnohdy viditelné náhlé změny nálad a chování před spácháním autoagresivního činu. Přítomnost zmíněné mylné představy u veřejnosti je spíše nízká, jelikož většina osob věří, že před spácháním činu sebevraždy je možné u těchto jedinců pozorovat jisté varovné signály.

[126] ŠPATENKOVÁ, Naděžda. *Krizová intervence pro praxi*. 2. aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2011, s. 140. ISBN 978-80-247-2624-3.

[127] KOUTEK, Jiří a Jana KOCOURKOVÁ. *Sebevražedné chování: Současné poznatky o suicidalitě a její specifika u dětí a dospívajících*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2007, s. 15. ISBN 978-80-7367-349-9.

Další obecná představa v rámci tohoto jednání bývá tvrzení, že je z hlediska bezpečnosti lepší o sebevraždě nemluvit či se nijak nevyptávat jedince, který má suicidální sklony, jelikož takové počínání by mohlo vést ke zhoršení jeho příznaků a k následnému riziku spáchání činu. S takovou představou se lze obecně setkat u laické veřejnosti, ale také v pomáhajících profesích, kde by takové pojetí s sebou mohlo přinést velmi nepříznivé důsledky.[128] Z části teoretické však vyplývá, že odborníci tuto představu vyvracejí pomocí dostupných studií, které poukazují na fakt, že optávání se suicidálního jedince a vedení konverzace na téma suicidality zpravidla vede spíše k jeho psychické úlevě a následnému snížení rizika sebevraždy. Šetření ukázalo, že mylná představa se u zkoumané veřejnosti vyskytuje ve velmi nízké míře, drtivá většina považuje hovoření a diskutování se suicidálními jedinci na téma sebevražd za adekvátní a nerizikové.

Posledním průzkumným mýtem v rámci veřejnosti byla obecně rozšířená představa, že suicidální činy nesou výrazně vyšší míru výskytu v době svátku o Vánocích, ať už z důvodů zkrácených dnů, nedostatku slunce, omezené dostupnosti praktických lékařů či pracovníků v sociálních službách nebo také z důvodu zvýšené frustrace a stresu ohledně dostatku finančních prostředků.[129] Odborná literatura a statistická data však poukazují klesající křivku výskytu sebevražd v zimních období a to obzvlášť o Vánocích. Přítomnost výše zmíněné mylné představy je však u zkoumané veřejnosti vysoká, většina lidí se totiž domnívá vyššího výskytu těchto činů v době Vánoc oproti ostatním dnům.

Zjištění v rámci obecných postojů veřejnosti k suicidálnímu jednání

Z toho důvodu, že v teoretické části bylo také rozvíjeno téma sociálního významu suicidálního jednání, dodatečně jsem se v rámci šetření rozhodla o stručné zmapování pohledu veřejnosti na téma dokonaných sebevražd. Vágnerová poukazuje na skutečnost, že ve společnosti mnohdy vyskytuje velmi ambivalentní postoj vůči dokonaným sebevraždám.[130] Šetřením bylo zjištěno, že veřejnost zaujímá spíše

[128] ŠPATENKOVÁ, Naděžda. *Krizová intervence pro praxi*. 2. aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2011, s. 140. ISBN 978-80-247-2624-3.

[129] DE BEURS, Derek. *Mýty o sebevraždě*. Praha: Portál, 2021, s. 153-154. ISBN 978-80-262-1812-8.

[130] VÁGNEROVÁ, Marie. *Současná psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2014, s. 459. ISBN 978-80-262-0696-5.

souhlasné stanovisko s individuálním rozhodnutím každého jedince o ukončení vlastního života, zároveň má však pocit, že spáchání sebevraždy není jediným možným řešením ve složitých životních situacích. Lze však konstatovat, že v názorech veřejnosti se vyskytují specifické situace, u kterých lidé považují suicidium za jistou formu vysvobození, mezi nejčastěji zmiňované patří terminální stádium nemoci bez jakékoliv možnosti vyléčení, ale také smrt vlastního dítěte. Veřejnost se k dokonaným suicidálním činům staví především s lítostí, avšak převažuje u ní také jistá míra pochopení a porozumění. Důležitým dodatkem, který byl zjištěn prostřednictvím tohoto šetření je také skutečnost, že veřejnost připouští výskyt tabuizace sebevražedného jednání ve společnosti, a to ve velké míře.

Prostřednictvím realizovaného dotazníkového šetření bylo zjištěno, že povědomí veřejnosti v rámci oblasti současného výskytu dokonaných sebevražd v České republice, je nepříliš vysoké, přičemž největší problém, dle mého názoru, představuje chabá informovanost v rámci věkové kategorie suicidantů. Vzhledem ke zjištěné skutečnosti, že lidé považují mladší generaci za více rizikovou vůči dokonaným sebevraždám, se nutná pozornost nemusí dostávat opravdu ohroženým lidem, kteří potřebují nezbytnou pomoc. Tímto tvrzením však žádným způsobem nezvažuji preventivní opatření pro osoby mladšího věku, jelikož výskyt sebevražd u této věkové kategorie je stejným způsobem tragický. Dle mého názoru je však důležité zvýšit povědomí u široké veřejnosti o vysokém procentu výskytu autoagresivních činů zejména u generace lidí středního věku, ale také pozdního stáří. Jestliže by laické veřejnosti byly poskytnuty relevantní informace v oblasti nejvíce ohrožené věkové skupiny obyvatel, lidé by měli možnost se individuálně zaměřit například na své osoby blízké ve střední a vyšší věkové kategorii, konkrétně na osoby ve věku 40 – 60 let. Zvláštní pozornost pak vyžaduje zvýšená intenzita sebevražednosti u seniorů, o které veřejnost také není zcela dostatečně informovaná, což preventivním a zajišťujícím opatřením rovněž neprospívá.

Jelikož v oblasti přítomnosti a míry přesvědčení mylných představ suicidálního jednání došlo ke zjištění, že u veřejnosti se tyto klamné představy vyskytují zejména v oblasti výskytu u podzimního období, zejména pak v období Vánoc a v řadě zkoumané veřejnosti se ve velkém počtu nacházeli i ti jedinci, kteří se pohybují či mají

zkušenost v pomáhajících profesích, považuji na adekvátní zvýšit povědomí o rizikovém období jarních a letních měsíců vůči dokonaným sebevraždám. Je zde možnost, že pokud by lidé měli vyšší povědomí o této skutečnosti, laická i profesionální veřejnost by se dle mého názoru mohla více zaměřit na varovné signály potencionálních suicidantů v tomto období.

Co se samotných limitů dotazníkového šetření týče, jsem si vědoma skutečnosti, že zkoumaný vzorek sice obsahoval vysoký počet respondentů, avšak pro širší zobecnění dat by byl vhodnější vzorek mnohem širší. Pro nástin a dokreslení tak složitého a komplexního problému, jako je suicidální jednání, považuji realizované dotazníkové šetření za prosperující v jistých ohledech. Výzkumná část obsahuje skutečná data dle dostupných adekvátních zdrojů, přičemž jejich zveřejnění přispěje ke zvýšení informovanosti potencionálních čtenářů z řad široké veřejnosti a zároveň upozorní na mylné představy, které se mohou vyskytovat napříč současné společnosti. Výše uvedené možnosti by následně mohly být nápomocny ke zmírnění tabuizace suicidálního jednání v České republice, která vyplývá ze zjištěné, poměrně nízké informovanosti a relativně vyššímu výskytu mylných představ v rámci suicidálního jednání v české současné společnosti.

Závěr

Diplomová práce je zaměřena na téma suicidálního jednání jako na jev, který v dnešní společnosti představuje stále značný problém v mnoha ohledech. Motivem pro zpracování této práce byl především můj dojem ze stálé tabuizace jak tématu sebevražd, tak samotné smrti ve společnosti. Práce bylo proto zaměřena na poskytnutí informací v jistých ohledech této problematiky, přičemž byla rozdělena na dvě hlavní oblasti.

K části teoretické byl stanoven cíl popsat problematiku suicidálního jednání a s ní také stav výskytu v současném světě a společnosti. Poznatky, které byly čerpány z odborné literatury a jiných dostupných zdrojů, poskytly relevantní informace ohledně suicidálního syndromu a také samotný vývoj, jehož znalost může pomoci při samotném rozpoznání suicidálního rizika. Stěžejní kapitolou, která se později stala jistou předlohou k dotazníkovému šetření, byla část popisující současné pojetí suicidálního jednání, kde byl popsán statistický výskyt sebevražd, ale také samotný sociální význam tohoto jednání. Uvedeny byly jisté mylné představy v rámci suicidality, které se obecně mohou vyskytovat mezi lidmi a přispět tak k nižší míře adekvátního povědomí v oblasti této problematiky.

Důležitou roli v rámci části teoretické má poté její závěrečná kapitola, ve které byl popsán systém prevence sebedestruktivního chování spolu s rozpoznáním rizika pomocí varovných signálů. Obsah této kapitoly je přínosný také pracovníkům v pomáhajících profesích, jelikož rozpoznání rizika sebedestruktivního aktu osobně hodnotím jako jednou z nejdůležitějších a nejnáročnějších schopností, jež by měl ovládat každý, kdo přichází do styku s potencionálně rizikovými jedinci.

Diplomovou práci doplnilo realizované dotazníkové šetření, jehož hlavními cíli bylo zmapovat a popsat povědomí veřejnosti v oblasti současného výskytu dokonaných sebevražd v České republice a zároveň popsat míru přesvědčení u veřejnosti v oblasti mylných představ suicidálního jednání, které byly uvedeny v části teoretické. Z výsledků šetření vyšlo najevo, že více než polovina z dotázaných má vlastní zkušenost s myšlenkami na sebevraždu či s pokusem o ni a více než polovina se ve

svém blízkém okolí setkala s někým, kdo sebevraždu spáchal nebo se o ni pokusil. Toto zjištění potvrdilo především vážnost a aktualitu v současné problematice, kdy je potřeba neustále zvyšovat povědomí jak o duševním zdraví, tak o suicidálním riziku. Následná zjištění ukázala, že povědomí veřejnosti v oblasti současného výskytu dokonaných sebevražd v České republice není příliš vysoké, přičemž výrazně slabší je povědomí v rámci věkové kategorie suicidantů. V této oblasti by měl být kladen větší důraz na informovanosti lidí v rámci alarmujícího výskytu sebevražd u osob ve středním věku, ale také osob vysokého stáří, jelikož z dostupných dotazníkových zjištění se zdá, že širší veřejnost není zcela dostatečně informována o v oblasti vysoké sebevražednosti seniorů v posledních letech.

Dotazníkové šetření přineslo i jisté poznatky v oblasti mylných představ v rámci autoagresivního jednání, jelikož u zkoumané veřejnosti byla zaznamenána jistá přítomnost klamných představ v této oblasti. Ukázalo se, že lidé se především domnívají vyššího výskytu suicidálních činů při sychravém počasí zejména na podzim či v zimních měsících, což neodpovídá reálnému sezónnímu vzorci sebevražednosti, který je stejný jak v rámci celého světa, tak v rámci České republiky. Přítomnost mýtu u veřejnosti byla ve větší míře zaznamenána také v oblasti Vánoc, kdy se lidé domnívají vyššího počtu v době svátku, čemuž rovněž reálný vzorec výskytu neodpovídá, respektive je zcela opačný.

Jelikož z jistých poznatků této práce vyplývá, že téma suicidálního jednání, a především oblast jeho výskytu, je stále značně tabuizované a choulostivé téma, tato práce by mohla být nápomocna ke zvýšení povědomí o této problematice.

Seznam použité literatury

Knižní zdroje:

AKTINSON, Rita Loyd. *Psychologie*. Praha: Portál, 2003, 752 s. ISBN 80-7178-640-3.

BENTOVIM, Arnon. *Týrání a sexuální zneužívání v rodinách*. Vyd. 1. Praha: Grada, 1998, 118 s. ISBN 80-7169-629-3.

DE BEURS, Derek. *Mýty o sebevraždě*. Praha: Portál, 2021, 168 s. ISBN 978-80-262-1812-8.

DURKHEIM, Émile. *Suicide: A Study in Sociology*. 2 ed. Velká Británie: Taylor & Francis, 2002, 432 s. ISBN 978-04-1527-831-7.

FISCHER, Slavomil a Jiří ŠKODA. *Sociální patologie: Analýza příčin a možnosti ovlivňování závažných sociálně patologických jevů*. Grada Publishing, 2009, 224 s. ISBN 978-80-247-2781-3.

FRANKEL, Bernard a Rachel KRANZOVÁ. *O sebevraždách*. Praha: Nakladatelství lidové noviny, 1998, 149 s. ISBN 80-7106-234-0.

GOETHE, Johann Wolfgang. *Utrpení mladého Werthera*. Odeon, 2017, 152 s. ISBN 978-80-207-1766-5.

HAŠKOVCOVÁ, Helena a Helena KUČEROVÁ. *Sebevraždy*. Praha: Galén, 2020, 170 s. ISBN 978-80-7492-485-9.

HLADÍK, Jiří a Jiří ŠTEFAN. *Soudní lékařství a jeho moderní trendy*. Praha: Grada Publishing, 2012, 448 s. ISBN 978-80-247-3594-8.

HONZÁK, Radkin a Vladimíra NOVOTNÁ. *Krize v životě, život v krizi*. Praha: Universum, 2021, 208 s. ISBN 978-80-242-7585-7.

HOSÁK, Ladislav, Michal HRDLIČKA a Jan LIBIGER. *Psychiatrie a pedopsychiatrie*. Praha: Karolinum, 2015, 648 s. ISBN 978-80-246-2998-8.

HÖSCHL, Cyril, Jan LIBIGER a Jaromír ŠVESTKA. *Psychiatrie*. Praha: Tigis, 2004, 883 s. ISBN 80-900-1307-4.

KAMARÁDOVÁ, Dana, Klára LÁTALOVÁ a Jan PRÁŠKO. *Suicidialita u psychických poruch*. Praha: Grada, 2015, 216 s. ISBN 978-80-247-4305-9.

KAŠPÁREK, Tomáš. *Psychiatrie pro praxi: Suicidalita u schizofrenie*, 2008, 167 s. ISSN 1213-0508.

KOUTEK, Jiří a Jana KOCOURKOVÁ. *Sebevražedné chování: Současné poznatky o suicidalitě a její specifika u dětí a dospívajících*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2007, 128 s. ISBN 978-80-7367-349-9.

KRAUS, Blahoslav a Jolana HRONCOVÁ. *Sociální patologie*. Gaudeamus, 2010, 326 s. ISBN 978-80-7435-080-1.

MASARYK, Tomáš Garrigue*. Sebevražda hromadným jevem společenským moderní osvěty*. 5. české vyd. Praha: Masarykův ústav AV ČR, 2002, 221 s. ISBN 80-864-9513-2.

MATOUŠEK, Oldřich a kol. *Metody a řízení sociální práce*. Třetí aktualizované a doplněné vydání. Praha: Portál, 2013, 400 s. ISBN 978-80-262-0213-4.

MONESTIER, Martin. *Dějiny sebevražd: dějiny, techniky a zvláštnosti dobrovolné smrti*. 1. vyd. Praha: Dybbuk, 2003, 414 s. ISBN 80-903-0018-9.

NAKONEČNÝ, Milan. *Sociální psychologie*. Praha: Academia, 2009, 500 s. ISBN 978-80-200-1679-9.

OCISKOVÁ, Marie a Ján PRAŠKO. *Stigmatizace a sebestigmatizace u psychických poruch*. Praha: Grada, 2015, 376 s. ISBN 978-80-247-5199-3.

ŠPATENKOVÁ, Naděžda. *Krize a krizová intervence*. Praha: Grada, 2017, 287 s. ISBN 978-80-247-5327-0.

ŠPATENKOVÁ, Naděžda*. Krizová intervence pro praxi*. 2. aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2011, 200 s. ISBN 978-80-247-2624-3.

VÝROST, Jozef a Ivan SLAMĚNÍK. *Sociální psychologie*. 2. přepracované a rozšířené vydání. Praha: Grada Publishing, 2008, 416 s. ISBN 978-80-247-1428-8.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Současná psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2014, 816 s. ISBN 978-80-262-0696-5.

VIEWEGH, Josef. *Sebevražda a literatura*. Vyd. 1. Brno: Nakl. Tomáše Janečka, 1996, 282 s. ISBN 80-858-8010-5.

VODÁČKOVÁ, Daniela. *Krizová intervence: Krize v životě člověka; Formy krizové pomoci a služeb*. 4. vyd. Praha: Portál, 2020, 544 s. ISBN 978-80-262-1704-6.

VYBÍRAL, Zbyněk a Jan ROUBAL. *Současná psychoterapie*. Praha: Portál, 2010, 744 s. ISBN 978-80-7367-682-7.

VYMĚTAL, Jan. *Úvod do psychoterapie*. 3. aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada, 2010, 288 s. ISBN 978-80-247-2667-0.

Elektronické zdroje:

BEARD, Courtney. What Is Self-Stigma and Why Does It Hurt? *Psychology Today* [online]. 2020 [cit. 2023-03-02]. Dostupné z: https://www.psychologytoday.com/intl/blog/lab-real-world/202011/what-is-self-stigma-and-why-does-it-hurt

ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD: *Sebevraždy* [online]. [cit. 2023-01-24]. Dostupné z: https://www.czso.cz/csu/czso/sebevrazdy_zaj

Sebevraždy v České republice: *2011 až 2020. ČSÚ*. [online]. 2021 [cit. 2023-02-05]. Dostupné z: https://www.czso.cz/documents/10180/142758738/13018721.pdf/152108b0-535e-4142-9f64-9c7bc06f4f1b?version=1.3

European psychiatric association: *Major European study confirms drop in suicides in last decade: may be linked to active measures to prevent suicide*. [online]. 2023 [cit. 2023-01-05]. Dostupné z: https://www.eurekalert.org/news-releases/983776

Global Health Observatory data repository: *Estimates by country* [online]. [cit. 2023-01-01]. Dostupné z: https://apps.who.int/gho/data/node.main.MHSUICIDEASDR?lang=en

Guyana: mental illness, witchcraft, and the highest suicide rate in the world. *The Guardian* [online]. [cit. 2023-01-05]. Dostupné z: https://www.theguardian.com/global-development-professionals-network/2015/jun/03/guyana-mental-illness-witchcraft-and-the-highest-suicide-rate-in-the-world

KOHOUTEK, Rudolf. *Pojem dotazník jako výzkumná metoda* [online]. [cit. 2023-03-10]. Dostupné z: https://slovnik-cizich-slov.abz.cz/web.php/slovo/dotaznik-jako-vyzkumna-metoda

Lesotho's Suicide Crisis. *Help Lesotho* [online]. 2022 [cit. 2023-02-05]. Dostupné z: https://helplesotho.org/lesothos-suicide-crisis/

Suicide Rates Highest In Guyana: *May Be Explained By Clustering Effect*. *Medical Daily* [online]. [cit. 2023-01-05]. Dostupné z: https://www.medicaldaily.com/suicide-rates-highest-guyana-may-be-explained-clustering-effect-306982

OLSON, Robert. The accuracy and reliability of suicide statistics: *Why it matters. Centre for suicide prevention* [online]. 2021 [cit. 2023-02-07]. Dostupné z: https://www.suicideinfo.ca/local_resource/accuracy-suicide-statistics/

PEŠEK, Martin. Sebevražda a sebevražedné jednání klienta v poradenství a terapii. *Luctus: Psychosociální péče o pozůstalé* [online]. 2017 [cit. 2023-03-28]. Dostupné z: http://luctus.cz/downloads/Pesek_-_Sebevrazda_a_sebevrazedne_jednani_klienta.pdf

SOCIOLOGICKÝ ÚSTAV AV ČR, V.V.I: Sociologická encyklopedie: *Šetření dotazníkové* [online]. [cit. 2023-03-10]. Dostupné z: https://encyklopedie.soc.cas.cz/w/%C5%A0et%C5%99en%C3%AD_dotazn%C3%ADkov%C3%A9_(MSgS)

WHO: *Mortality and global health estimates – Suicide rates* [online]. [cit. 2023-02-06]. Dostupné z: https://www.who.int/data/gho/data/themes/mental-health/suicide-rates

WHO: *Suicide worldwide in 2019: Global Health Estimates [*online]. 2021 [cit. 2023-01-06]. ISBN 978-92-4-002664-3. Dostupné z: https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789240026643

ÚZIS: *Mezinárodní klasifikace nemocí; úmyslné sebepoškození – X60-X84* [online]. [cit. 2023-02-23]. Dostupné z: https://mkn10.uzis.cz/prohlizec/X60-X84

OLSON, Robert. The accuracy and reliability of suicide statistics: *Why it matters. Centre for suicide prevention* [online]. 2021 [cit. 2023-02-07]. Dostupné z: https://www.suicideinfo.ca/local_resource/accuracy-suicide-statistics/

Seznam grafů

Graf 1 - Otázka č. 1 63
Graf 2 - Otázka č. 2 64
Graf 3 - Otázka č. 3 65
Graf 4 - Otázka č. 4 66
Graf 5 - Otázka č. 5 67
Graf 6 - Otázka č. 6 68
Graf 7 - Otázka č. 7 69
Graf 8 - Otázka č. 8 70
Graf 9 - Otázka č. 9 71
Graf 10 - Otázka č. 10 72
Graf 11 - Otázka č. 11 73
Graf 12 - Otázka č. 12 74
Graf 13 - Otázka č. 13 75
Graf 14 - Otázka č. 14 76
Graf 15 - Otázka č. 15 77
Graf 16 - Otázka č. 16 78
Graf 17 - Otázka č. 17 79
Graf 18 - Otázka č. 18 80
Graf 19 - Otázka č. 19 81
Graf 20 - Otázka č. 20 82
Graf 21 - Otázka č. 21 83
Graf 22 - Otázka č. 23 85
Graf 23 - Otázka č. 24 86
Graf 24 - Otázka č. 25 87

Seznam tabulek

Tabulka 1 – Mezinárodní klasifikace nemocí 26

Seznam příloh

Příloha 1 - Dotazník str. 1 102
Příloha 2 - Dotazník str. 2 103
Příloha 3 - Dotazník str. 3 104
Příloha 4 - Dotazník str. 4 105
Příloha 5 - Dotazník str. 5 106
Příloha 6 - Dotazník str. 6 107

Informovanost a postoje společnosti v rámci problematiky suicidálního jednání

Dobrý den,

jsem studentkou posledního ročníku magisterského studia Univerzity Karlovy v Praze a piši diplomovou práci na téma "Suicidalita jako problém v současné společnosti".

Tímto se obracím na širokou veřejnost s prosbou o vyplnění tohoto dotazníku, který mapuje povědomí a postoje společnosti v rámci výskytu sebevražd v České republice.

Dotazník je anonymní a zcela dobrovolný. Všechna data získaná prostřednictvím jeho vyplnění slouží k výzkumným a studijním potřebám. S případnými dotazy, které se týkají tohoto šetření, mě můžete kontaktovat na: annaj97@email.cz

Děkuji za Váš čas a ochotu.

Bc. Anna Jandová

1 Zaškrtněte Vaše pohlaví

Nápověda k otázce: *Vyberte jednu odpověď*

◯ Žena ◯ Muž

2 Zaškrtněte Vaši věkovou kategorii

Nápověda k otázce: *Vyberte jednu odpověď*

◯ Méně než 18 let ◯ 18 - 25 let ◯ 26 - 35 let ◯ 36 - 55 let ◯ 56 let a více

3 Zaškrtněte Vaše nejvyšší dosažené vzdělání

Nápověda k otázce: *Vyberte jednu odpověď*

◯ Základní ◯ Středoškolské s výučním listem ◯ Středoškolské s maturitou ◯ Vyšší odborné ◯ Vysokoškolské

Příloha 1 - Dotazník str. 1

4 Pracujete/pracovali jste v tzv. pomáhajících profesích?

Nápověda k otázce: *např. lékaři, psychologové, psychiatři, pedagogové, zdravotníci, sociální pracovníci, pečovatelé, duchovní,..*

◯ Ano ◯ Ne

5 Zaškrtněte Váš vztah k náboženství

Nápověda k otázce: *Vyberte jednu odpověď*

◯ Ateista ◯ Věřící ◯ Nenáboženská spiritualita (neodmítám něco nadpřirozeného/vyššího, ale nehlásím se k žádné církvi, náboženské tradici)

6 Máte svou vlastní zkušenost s myšlenkami, popř. pokusem o sebevraždu?

Nápověda k otázce: *Vyberte jednu odpověď*

◯ Ano ◯ Ne

7 Znáte/znali jste osobně ve svém bližším okolí někoho, kdo spáchal sebevraždu, či se o ni pokusil?

Nápověda k otázce: *resp. ve své rodině, příbuzných a blízkých přátel*

◯ Ano ◯ Ne

8 Kde se nejčastěji setkáváte s informacemi, které se týkají problematiky sebevražedného jednání?

Nápověda k otázce: *Vyberte jednu nebo více odpovědí*

☐ Škola / zaměstnání ☐ Rádio / televize ☐ Internet / sociální sítě ☐ Noviny / časopisy ☐ Knihy / odborné publikace

☐ Přátelé / rodina ☐ Akce / konference

☐ Jiná...

Příloha 2 - Dotazník str. 2

9 Jaké jsou, dle Vašeho názoru, nejčastější příčiny, které vedou člověka ke spáchání činu sebevraždy?

Nápověda k otázce: *Vyberte jednu odpověď*

- ◯ Rodinné problémy
- ◯ Partnerské problémy
- ◯ Finanční problémy
- ◯ Fyzické zdravotní problémy/onemocnění
- ◯ Duševní onemocnění
- ◯ Ztráta smyslu života/psychické problémy
- ◯ Zneužívání návykových látek
- ◯ Jiná...

10 Myslíte si, zda pokus o sebevraždu, která byla ve výsledku nedokonaná, vede či nevede k dalšímu pokusu?

Nápověda k otázce: *Vyberte jednu odpověď*

◯ Vede ◯ Nevede

11 Myslíte si, že v posledních letech v České republice počet sebevražd ročně spíše:

Nápověda k otázce: *Vyberte jednu odpověď*

◯ Klesá ◯ Stoupá ◯ Je stejný každý rok

12 U jakého pohlaví si myslíte, že je počet dokonaných sebevražd v České republice vyšší?

Nápověda k otázce: *Vyberte jednu odpověď*

◯ Ženy ◯ Muži ◯ Obě pohlaví stejně

13 U jaké věkové kategorie si myslíte, že je počet sebevražd v České republice v posledních letech nejvyšší?

Nápověda k otázce: *Vyberte jednu odpověď*

◯ do 15 let ◯ 16 - 20 let ◯ 21 - 40 let ◯ 41 - 60 let ◯ 61 - 80 let ◯ 80 let a více

Příloha 3 - Dotazník str. 3

14 U zejména jaké věkové skupiny obyvatel ČR si myslíte, že v posledních letech výrazně stoupá intenzita sebevražednosti?

Nápověda k otázce: *Vyberte jednu odpověď*

- ◯ Nezletilých
- ◯ Mladých dospělých (18-30 let)
- ◯ Starších dospělých (31-45 let)
- ◯ Osob středního věku (46-60 let)
- ◯ Osob staršího věku (61-80 let)
- ◯ Osob vysokého stáří (81+)

15 Jaký myslíte, že je nejčastěji zvolený způsob u dokonaných sebevražd v ČR?

Nápověda k otázce: *Vyberte jednu odpověď*

- ◯ Skok z výše
- ◯ Otrava
- ◯ Užití střelné zbraně
- ◯ Užití ostrého předmětu
- ◯ Oběšení
- ◯ Skok či lehnutí si pod pohybující se předmět
- ◯ Utopení
- ◯ Jiná...

16 V jakém ročním období, je dle Vašeho názoru, realizováno nejvíce sebevražd?

Nápověda k otázce: *Vyberte jednu odpověď*

- ◯ Na jaře
- ◯ V létě
- ◯ Na podzim
- ◯ V zimě

17 Myslíte si, zda lze či nelze pozorovat určité varovné signály u lidí, kteří plánují spáchat sebevraždu?

Nápověda k otázce: *Vyberte jednu odpověď*

- ◯ Ano, lze
- ◯ Ne, nelze

18 Pokud někdo trpí sebevražednými myšlenkami nebo má sebevražedné sklony, je dle Vašeho názoru s dotyčným člověkem na téma sebevražd vhodné:

Nápověda k otázce: *Vyberte jednu odpověď*

- ◯ Hovořit/diskutovat
- ◯ Nehovořit/nediskutovat

Příloha 4 - Dotazník str. 4

19 Jaká je, dle Vašeho názoru, míra sebevražednosti v období Vánoc oproti ostatním dnům v roce?

◯ Vyšší ◯ Nižší ◯ Stejná

20 Domníváte se, že lidé mají právo rozhodnout se o ukončení vlastního života?

Nápověda k otázce: *Vyberte jednu odpověď*

◯ Ano ◯ Spíše ano ◯ Spíše ne ◯ Ne

21 Myslíte si, že sebevražda je v některé životní situaci jediným možným východiskem?

Nápověda k otázce: *Vyberte jednu odpověď*

◯ Ano ◯ Spíše ano ◯ Spíše ne ◯ Ne

22 Pokud ano, v jaké?

23 Co cítíte při zjištění, když někdo spáchal sebevraždu?

Nápověda k otázce: *Vyberte jednu nebo více odpovědí*

☐ Smutek / lítost ☐ Vztek / hněv ☐ Znechucení / odpor ☐ Pochopení / porozumění ☐ Radost / štěstí
☐ Lhostejnost / neutralita ☐ Úcta / respekt
☐ Jiná...

24 Jaké stanovisko, dle Vašeho názoru, spíše odpovídá dokonanému činu sebevraždy?

Nápověda k otázce: *Vyberte jednu odpověď*

◯ Sobecký / bezohledný čin ◯ Odvážný / statečný čin ◯ Žádný z uvedených

Příloha 5 - Dotazník str. 5

25 Domníváte se, že téma sebevražd ve společnosti působí/nepůsobí jako "tabu" ?

Nápověda k otázce: *Tzn. něco, o čem se moc nemluví nebo čemu se lidé spíše vyhýbají*

◯ Ano, působí ◯ Ne, nepůsobí

Příloha 6 - Dotazník str. 6

Abstrakt

Diplomová práce je zaměřena na téma suicidálního jednání jako na jev, který v dnešní společnosti představuje stále značný problém v mnoha ohledech. Část teoretická byla rozdělena do tří hlavních kapitol, kde byla zprvu detailně popsána problematika suicidálního syndromu spolu s jeho souvisejícími aspekty. V druhé kapitole byla pozornost zaměřena na stěžejní téma kontextu tohoto jednání v současné době, kde byl popsán výskyt suicidalit jak v České republice, tak v celosvětovém měřítku. Uvedeny byly také vybrané mýty v rámci suicidální problematiky, které byly později využity v dotazníkovém šetření této práce. V poslední řadě byla část teoretická zaměřena na možnosti pomoci jak suicidálním jedincům, tak jejich osobám blízkým, přičemž popsán byl také stěžejní systém prevence v této oblasti.

Praktická část předložila zpracované a interpretované výsledky dotazníkového šetření, které bylo realizováno u 178 jedinců z řad veřejnosti. Cílem tohoto šetření bylo zmapovat povědomí veřejnosti v oblasti současného výskytu dokonaných sebevražd v České republice a zároveň popsat míru přesvědčení u veřejnosti v oblasti mylných představ suicidálního jednání, které byly uvedeny v části teoretické.

Výsledky dotazníkového šetření přinesly jak zjištění v rámci povědomí veřejnosti v oblasti výskytu, tak zjištění ohledně vybraných mylných představ u veřejnosti ohledně suicidality v České republice. Dodatková část dotazníkového šetření poskytla i jisté poznatky v oblasti obecných postojů této veřejnosti ve vztahu k suicidálnímu jednání.

Abstract

The diploma thesis is focused on the topic of suicidal behavior as a phenomenon that still represents a significant problem in many respects in today's society. The theoretical part was divided into three main chapters, where the issue of suicidal syndrome and its related aspects were first described in detail. In the second chapter, attention was focused on the core topic of the context of this meeting at the present time, where the occurrence of suicides both in the Czech Republic and on a global scale was described. Selected myths related to suicidal issues were also presented, which were later used in the questionnaire survey of this work. Lastly, the theoretical part was focused on the possibilities of helping both suicidal individuals and their loved ones, while the key prevention system in this area was also described.

The practical part presented the processed and interpreted results of the questionnaire survey, which was carried out among 178 individuals from the public. The goal of this investigation was to map the public's awareness of the current occurrence of completed suicides in the Czech Republic and at the same time to describe the level of public belief in the misconceptions of suicidal behavior, which were presented in the theoretical part.

The results of the questionnaire survey yielded both findings in terms of public awareness in the area of occurrence, as well as findings regarding selected misconceptions among the public regarding suicidality in the Czech Republic. The additional part of the questionnaire survey also provided certain findings in the area of general attitudes of this public in relation to suicidal behavior.