

# Suicidální jednání v adolescenci

Bc. Aneta Exelová

---

Diplomová práce  
2018/2019



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií

---

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav pedagogických věd

akademický rok: 2018/2019

## ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Bc. Aneta Exelová**  
Osobní číslo: **H17302**  
Studijní program: **N7501 Pedagogika**  
Studijní obor: **Sociální pedagogika**  
Forma studia: **prezenční**

Téma práce: **Suicidální jednání v adolescenci**

Zásady pro vypracování:

**Zpracování rešerše a studium literatury.**  
**Vymezení terminologie a teoretických východisek z oblasti suicidálního jednání, adolescence a sociální patologie.**  
**Příprava metodiky empirické části, zpracování projektu výzkumu a stanovení výzkumného problému.**  
**Realizace kvantitativního výzkumu formou dotazníku.**  
**Zpracování a vyhodnocení získaných dat, včetně jejich interpretace.**  
**Prezentace výsledků výzkumu, jejich shrnutí a doporučení pro praxi.**

Rozsah diplomové práce:

Rozsah příloh:

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

Seznam odborné literatury:

**HRONCOVÁ, Jolana a Blahoslav KRAUS. Sociální patologie pro sociálních pracovníků a pedagogů. Banská Bystrica: Univerzita Mateja Bela, 2006. ISBN 80-8083-223-4.**

**CHRÁSKA, Miroslav. Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu. 2., aktualizované vydání. Praha: Grada, 2016. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-5326-3.**

**KOUTEK, Jiří a Jana KOCOURKOVÁ. Sebevražedné chování. Vyd. 2. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-349-9.**

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

**ŠPATENKOVÁ, Naděžda. Krizová intervence pro praxi. Praha: Grada, 2004. Psyché (Grada). ISBN 80-247-0586-9.**

Vedoucí diplomové práce:

**PhDr. Zuzana Hrnčířiková, Ph.D.**  
Ústav pedagogických věd

Datum zadání diplomové práce:

**15. listopadu 2018**

Termín odevzdání diplomové práce:

**18. dubna 2019**

Ve Zlíně dne 15. listopadu 2018

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



Mgr. Jakub Hladík, Ph.D.  
*ředitel ústavu*

## PROHLÁŠENÍ AUTORA DIPLOMOVÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

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

Prohlašuji, že

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

Ve Zlíně 10. 4. 2019

.....

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

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

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

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

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

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

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

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

3). Odpirá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat náhrady chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedatčeno.

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

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

## **ABSTRAKT**

Diplomová práce se zabývá suicidálním jednáním v adolescenci. Teoretická část nejprve definuje suicidalitu z pohledu různých autorů, dále blíže seznamuje s problematikou suicidálního jednání, popisuje období adolescence ve vztahu k suicidálnímu jednání, uvádí rizikové faktory vedoucí k tomuto jednání. Poslední kapitola teoretické části se zaměřuje na prevenci suicidálního jednání. Praktická část prostřednictvím kvantitativního výzkumu se snaží zodpovědět stanovené dílčí výzkumné otázky, jejichž cílem bude zjistit názor adolescentů na suicidální jednání.

Klíčová slova: sebevražedné jednání, sebevražda, adolescenti, prevence, rizikové faktory

## **ABSTRACT**

This diploma thesis deals with suicide behaviour in adolescence. The theoretical part first defines suicidality in point of view of different authors. Then introduces the issue of suicidal behaviour, describes the period of adolescence in relation to suicidal behavior, presents risk factors leading to this behavior. The last chapter of the theoretical part deals with the prevention of suicidal behavior. The practical part seeks to answer the partial research questions with using of quantitative research. This research will have the aim to discover an opinion of adolescents on suicidal behavior.

Keywords: suicidal behavior, suicide, adolescents, prevention, risk factors

Děkuji PhDr. Zuzaně Hrnčířikové, Ph. D. za odborné vedení, za její čas a cenné rady, které mi pomohly při zpracování mé diplomové práce. Dále bych chtěla poděkovat mé rodině a přátelům za podporu.

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

## **OBSAH**

<b>ÚVOD.....</b>	<b>8</b>
<b>I TEORETICKÁ ČÁST.....</b>	<b>10</b>
<b>1 PROBLEMATIKA SUICIDÁLNÍHO JEDNÁNÍ.....</b>	<b>11</b>
1.1 PŘÍSTUPY K SEBEVRAŽEDNÉMU JEDNÁNÍ.....	12
1.2 SPOLEČENSKÉ VNÍMÁNÍ SEBEVRAŽEDNÉHO JEDNÁNÍ .....	14
1.3 FORMY SUICIDÁLNÍHO JEDNÁNÍ.....	16
1.4 ZPŮSOBY SUICIDÁLNÍHO JEDNÁNÍ .....	20
1.5 MOTIVY SUICIDÁLNÍHO JEDNÁNÍ.....	21
<b>2 SUICIDÁLNÍ JEDNÁNÍ V ADOLESCENCI.....</b>	<b>23</b>
2.1 SOCIÁLNÍ SPECIFIKA SUICIDÁLNÍHO JEDNÁNÍ U ADOLESCENTŮ .....	25
2.2 VÝVOJOVÉ A PSYCHODYNAMICKÉ ASPEKTY SUICIDÁLNÍHO JEDNÁNÍ ADOLESCENTŮ.....	28
2.3 RIZIKOVÉ FAKTORY SUICIDÁLNÍHO JEDNÁNÍ.....	30
<b>3 PREVENCE SUICIDÁLNÍHO JEDNÁNÍ U ADOLESCENTŮ.....</b>	<b>36</b>
3.1 TYPY PREVENCE .....	37
3.2 PREVENTIVNÍ PROGRAMY A INTERVENCE .....	39
<b>II PRAKTICKÁ ČÁST .....</b>	<b>42</b>
<b>4 METODOLOGIE VÝZKUMU.....</b>	<b>43</b>
4.1 POJETÍ VÝZKUMU .....	43
4.2 VÝZKUMNÉ CÍLE A OTÁZKY .....	43
4.3 OPERACIONALIZACE PROMĚNNÝCH.....	45
4.4 VÝZKUMNÝ SOUBOR .....	45
4.5 TECHNIKA SBĚRU DAT .....	46
4.6 ZPŮSOB ZPRACOVÁNÍ DAT.....	49
<b>5 ANALÝZA VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ.....</b>	<b>51</b>
5.1 DESKRIPTIVNÍ ANALÝZA DAT .....	54
5.2 VYHODNOCENÍ HYPOTÉZ.....	63
5.3 INTERPRETACE DAT .....	67
<b>ZÁVĚR .....</b>	<b>72</b>
<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....</b>	<b>73</b>
<b>SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....</b>	<b>78</b>
<b>SEZNAM TABULEK.....</b>	<b>79</b>
<b>SEZNAM GRAFŮ .....</b>	<b>80</b>
<b>SEZNAM PŘÍLOH.....</b>	<b>81</b>



## ÚVOD

Sebevražda je jedno z nejdrastičtějších východisek z nezvladatelné životní krize, zejména pokud ji uskuteční mladý člověk, který tak zmaří své další životní šance. Bohužel demografické údaje svědčí o poměrně vysokém počtu autodestruktivních aktivit, které se odehrávají před dosažením dospělosti. Navíc Česká republika patří mezi země, kde je jeden z nejvyšších výskytů sebevraždy v Evropě. Podle Světové zdravotnické organizace je dětská a juvenilní suicidalita dokonce vyšší než v takových zemích, jako je Maďarsko. Tedy v zemích, kde je pravidelně zaznamenávána velmi vysoká míra suicidality vůbec (WHO, © 2016).

Jedná se o tematiku, o kterou se zajímá mnoho odborníků a může být chápána z pohledu medicínského, etického, filosofického nebo sociologického. Sebevražda bezesporu souvisí i se sociální pedagogikou. Podle Mühlpachra a Vavříka (2010, s. 5) je cílem sociální pedagogiky obecně preventivní činnost nebo odstraňování problémů, které mají patologický (odchylný) charakter. Její úlohu tedy můžeme spatřovat především v oblasti prevence, jež je orientována na zlepšení kvality života jedince, a tím i celé společnosti.

Problematika sebevražd je v dnešní společnosti stále tabuizované a spojené s řadou předsudků a mýtů. Mnohdy bývá sebevražda spojována s představou člověka, který je slabý, podivínský, případně duševně nemocný. Sebevrahům bývá většinou vyčítáno sobectví a bezohledné chování. Tyto postoje jsou však spíše snahou chránit se před tímto tématem, jsou ujištěním sebe sama, že se nám něco takového přihodit nemůže. Přitom sebevražda je projevem krize a jako taková může potkat i normálního jedince, zejména pokud se dostane do dostatečně obtížné situace (Vodáčková, 2007, s. 113).

Diplomová práce si klade za cíl odhalit pohled adolescentů na problematiku sebevražedného jednání. Práce je rozdělena na dvě hlavní části. Na teoretickou a praktickou. Teoretická část diplomové práce se skládá ze tří kapitol. V první kapitole jsou vysvětleny základní pojmy z oblasti suicidality, přístupy k sebevražednému jednání, společenské vnímání tohoto jednání, také jsou zde popsány formy, způsoby a motivy suicidálního jednání. Druhá kapitola pojednává o suicidálním jednání ve vztahu k adolescenci. Tato kapitola se zaměřuje na specifika adolescence, na vývojové a psychodynamické aspekty a rizikové faktory suicidálního jednání v adolescenci. Poslední kapitola se orientuje na prevenci suicidálního jednání. Praktická část diplomové práce popisuje metodologii výzkumu. Konkrétně jsou zde zpracovány výsledky výzkumného šetření, které bylo

uskutečněno prostřednictvím kvantitativního výzkumu. Cílem praktické části je zjistit názory adolescentů na suicidální jednání.

## I. TEORETICKÁ ČÁST

## 1 PROBLEMATIKA SUICIDÁLNÍHO JEDNÁNÍ

V této kapitole se zaměříme na suicidální jednání a s ním souvisejícími pojmy. Dále se budeme věnovat nejčastějším přístupům k sebevražednému jednání, společenskému vnímání tohoto jevu v průběhu historie. Na závěr kapitoly zmíníme formy, způsoby a motivy sebevražedného jednání.

Sebevražda (suicidium) a obecně suicidální jednání je závažným problémem, který je v centru zájmu mnoha odborníků a to zejména z oblasti medicíny, psychologie, filosofie, etiky, sociologie nebo práva. Toto nežádoucí jednání může vést k vážné poruše zdraví, případně až ke smrti (Koutek a Kocourková, 2007, s. 11). U sebevražedného jednání je nezbytná kombinace vnitřního a emocionálního založení jednotlivce, působení vnějšího sociálního a ekonomického tlaku, kulturních tradic a s nimi souvisejícími postoji. Jsou zde tedy ve vzájemné interakci psychické síly a faktory vnějšího prostředí, mezi nimiž mohou hrát určitou roli i přírodní fyzikální faktory (Vykopalová, 2001, s. 130). Celkově sebevražedné projevy představují širokou škálu chování a prožívání, na kterých se podílejí behaviorální, kognitivní, emoční a interpersonální aspekty. Při těchto projevech jsou přítomné vědomé i nevědomé motivy a souvislosti (Koutek a Kocourková, 2007, s. 11).

### Teoretické vymezení

Jedním z významných odborníků zabývajících se vymezením samotného pojmu suicidia byl sociolog Durkheim. Suicidium chápal jako „*každý případ úmrtí, který je přímým nebo nepřímým výsledkem činu nebo opomenutí spáchaného jedincem, o němž věděl, že vede ke smrti*“ (Koutek a Kocourková, 2007, s. 12). On sám vnímal sebevraždu jako čin, prováděný v pomatenosti, avšak koncem 19. století začali jeho následovníci připouštět, že ji mohou páchat i duševně zdraví lidé z důvodu, který znají jen oni sami (Monestier, 2003, s. 14).

Monestier (2003, s. 14) označuje pojem sebevražda jako kterékoli chování, jež se snaží najít řešení existenčního problému tak, že si dotyčný sáhne na život.

Světová zdravotnická organizace, která se orientuje na mechanismy sebevraždy v globálním měřítku, definuje sebevraždu jako „*útok proti vlastní osobě s různým stupněm úmyslu zemřít. Sebevražda je sebezničující čin s fatálním výsledkem*“ (Monestier, 2003).

Podle Špatenkové (2017, s. 136) lze na sebevraždu nahlížet jako na akt násilí, nasměrovaný vůči vlastní osobě. Vnímá ji jako odraz hlubokého zoufalství člověka, který nevidí jiné východisko ze situace.

Vágnerová (2004, s. 489) definuje sebevraždu jako násilné jednání s úmyslem dobrovolně zničit vlastní život. V rámci suicidálního jednání se zde jedinec stává objektem i subjektem, na něhož se tato aktivita zaměřuje. Toto jednání lze hodnotit jako poruchu pudu sebezáchovy.

Dle Hartla a Hartlové (2015, s. 64) je suicidium úmyslné ukončení vlastního života kvůli obtížné životní situaci, která je spojena se ztrátou životního smyslu. Jedná se zejména o selhání lidského faktoru ve více oblastech života s následkem smrti.

Všechny tyto definice mají společné dva podstatné znaky (Vykopalová, 2001, s. 131):

1. Dobrovolnost ukončení jedincova života
2. Cílevědomě orientované počínání vedoucí ke smrti

Podle Koutka a Kocourkové (2007, s. 12) by správná definice týkající se suicidálního jednání měla obsahovat jak vědomý úmysl zemřít, tak i vědomé či nevědomé ambivalence ke smrti. Jejich pohledu na tematiku nejvíce vyhovuje Stengelova definice charakterizující suicidální jednání jako úmyslný a sebedestruktivní čin, u kterého si osoba, jež se ho dopouští, nemůže být jistá, jestli jej přežije.

## 1.1 Přístupy k sebevražednému jednání

Sebevražedné jednání je předmětem zájmu mnoha odborníků z nejrůznějších oblastí a bývá hodnoceno z několika hledisek, nejčastěji z hlediska sociologického, medicínského a psychologického.

### Sociologický přístup

Sociologicky orientovaný přístup se objevil s rozvojem sociologie v průběhu 19. století. Za nejvýznamnější sociologické představitele té doby, zabývající se sebevraždou, jsou považováni Durkheim a Masaryk. Oba představitelé po sobě zanechali stěžejní díla, kterými přispěli k sociologickému zkoumání sebevražednosti. Durkheim se svým dílem *Le Suidice* (Sebevražda) z roku 1897 a Masaryk se svou habilitační prací o sebevraždě s názvem *Sebevražda hromadným jevem společenským moderní osvěty* z roku 1881 (Mühlpachr, 2008, s. 119). Durkheim vnímal sebevraždu jako dopad nepříznivého působení společenských vlivů a vnitřní, individuálně psychologické faktory vůbec nebral v úvahu. Masaryk považoval za základní příčinu sebevražedného jednání civilizační

(společenské) vlivy, vedoucí k rozpadu tradiční morálky a víry v Boha. V obou dílech lze nalézt obdobné sociologizující tendence (Vágnerová, 2004, s. 244).

Sociologický přístup se na rozdíl od psychologie nesnaží postihnout sebevražedné jednání jako problém individuality, ale snaží se propojit a poukázat na spojitost mezi chováním jedince a různými sociálními vlivy (např. vzdělání, ekonomické podmínky, sociální poměry apod.). Takto orientovaný přístup se zaměřuje na vymezení sociálních faktorů, které mohou mít na svědomí zvyšující se riziko sebevražedného jednání. V dnešní době se sociologicky orientovaný přístup zaměřuje spíše na psychosociální faktory. Mezi tyto faktory můžeme zařadit:

- **Neuspokojivé vztahy** – osamělost, nespolehlivý vztah, nedostatek sociální podpory, dysfunkční rodina, násilí v rodině, nepřítomnost otce,
- **Sociální otřesy, ztrátu vazeb** – migrace, různé sociální zátěže (ztráta zaměstnání, společenského postavení, válka, převrat apod.),
- **Ekonomické faktory** – nezaměstnanost, hospodářská krize, ztráta smyslu života, nedostatek optimismu a víze pozitivní budoucnosti (Vágnerová, 2004, s. 243).

### Medicínský přístup

Medicínský přístup bývá někdy nazýván také jako psychiatrický a zaměřuje se na hledání patologických příčin sebevražedného jednání. Moderní psychiatrie vnímá sebevražedné jednání jako poruchu pudu sebezáchovy, která stojí za jistým psychickým problémem, jako je např. deprese, závislost apod. Medicínský přístup se od sociologického liší zejména tím, že věnuje pozornost vnitřním, subjektivním projevům suicidálního jednání. Vnitřní sféra jedince je pro tento přístup primární, avšak vnější faktor vnímá jako pohnutku, která může sebevražedné jednání jistým způsobem nastartovat (Vágnerová, 2004, s. 243).

Podle medicínského přístupu duševní poruchy a nemoci zvyšují riziko sebevražedného jednání. Vágnerová (2004, s. 240) mezi možné příčiny tohoto nežádoucího jednání řadí z hlediska medicínského: duševní onemocnění, následky užívání omamných látek a poruchy osobnostního vývoje.

## Psychologický přístup

Zabývá se vlivy a vlastnostmi, které mohou u jedinců vést k sebevražednému jednání. Podle psychologických teorií stojí za sebevražedným jednáním především psychologické příčiny. Tyto teorie zastávají názor, že pokud sebevraždu volí jedinci, kteří byli předtím úplně duševně zdraví, lze u nich mluvit o vážné posttraumatické stresové poruše. Pokud je stresor dostatečně silný, tak tato porucha může propuknout i u dosud naprosto odolného a vyrovnaného člověka (Vágnerová, 2004, s. 245).

Vágnerová (2004, s. 245) uvádí, co lze z výsledků různých studií zobecnit o dispozicích sebevražedného jednání:

1. Kognitivní styl, obvyklý způsob řešení a uvažování o problémech, může hrát důležitou roli, protože jedinec o sebevraždě nejprve přemýšlí, zhodnocuje situaci a hledá z ní nějaké východisko. Suicidální osoby bývají při hledání správného řešení problémů rigidní a nedostatečně přizpůsobivé. Nejsou schopné nalézt žádné jiné alternativní východisko, jako jediná vhodná varianta se jim jeví smrt. Člověk může jednat pod vlivem deprese nebo úzkosti.
2. Emoční prožívání u suicidálních osob je charakteristické zoufalstvím a depresemi. Objevují se u nich pocity viny, deprese, sociální izolovanosti a mívají i problémy se svým okolím. Odborníci se shodují, že největším rizikem pro vznik sebevražedných tendencí je stav beznaděje.

## 1.2 Společenské vnímání sebevražedného jednání

Je skutečností, že sebevražda je problém, který se vyskytuje v každé době a společnosti. Nejedná se tedy o jev a vymoženost moderní doby, je staré jako lidstvo samo. Určitým dokladem tohoto předpokladu je fakt, že sebevražedné jednání se vyskytuje ve všech socioekonomických vrstvách, i když lze předpokládat, že bude mít v závislosti na různých faktorech odlišné motivy (Davison a Neale, c2004, s. 324). Pohled společnosti na sebevražedné jednání se během historie proměňoval v závislosti na převažujícím obecném názoru na život. Každá společnost přistupovala k tomuto jednání podle svých náboženských a sociokulturních hodnot (Vágnerová, 2004, s. 239).

V antické společnosti nebylo sebevražedné jednání odsuzováno, i když zpočátku byl její postoj zdrženlivý, vymezovala okolnosti, kdy bylo přijatelné sáhnout si na život. Avšak názory na sebevraždu zde jednotné nebyly. Střídal se zde období, kdy bylo suicidium

postihováno a odsuzováno veřejným míněním nebo i státní mocí. Aristoteles považoval sebevražedné jednání za projev zbabělosti a vnímal sebevraždu jako překročení zákona (Davison a Neale, 2004c, s. 323). Naproti tomu Stoická škola otevřeně prosazovala, že pokud člověk ve svém životě trpí, má právo jej ukončit. Kvalita života pro Stoiky byla důležitější než jeho kvantita, tedy jeho délka. Z historie je známa např. sebevražda Demosthena v Řecku a stoického Seneci v Římě (Vykopalová, 2001, s. 130). Ve starověku měly problém s vysokým počtem sebevražd nejen Řecko a Řím, ale i jiné kultury. Ve východních říších, tj. v Egyptě, Japonsku, Číně a Indii, se jednalo o poměrně běžný způsob smrti. Známa je sebevražda egyptské královny Kleopatry, která se rozhodla ukončit svůj život hadím uštknutím. V Japonsku byla sebevražda tradičně obdivována, právě zde vznikl ve středověku sebevražedný rituál harakiri (Vágnerová, 2004, s. 239). Harakiri se v Japonsku provádí dodnes, jedná se o způsob smrti, kdy si osoba sama rozřízne břicho (Monestier, 2003, s. 139).

Ve středověké Evropě se změnil postoj k sebevraždě vlivem postupujícího křesťanství. Církev úmyslnou smrt zavrhovala, protože porušovala Boží přikázání „nezabiješ“, které se vztahuje i k zabití sama sebe. Jedině Bůh má právo přivést člověka na onen svět, a pokud jedinec záměrně učiní svůj život sám, jedná se o hřích (Brouk, 2009, s. 25). Akvinský a Augustin chápali suicidium jako zločin. Z křesťanského hlediska není sebevražda pouze útekem ze života, ale je i vzpourou vůči Bohu (Monestier, 2003, s. 336).

Společenské vnímání sebevraždy se zásadně změnilo až v 18. století. Mezi příznivce úmyslné smrti patří francouzští osvícenci Voltaire a Rousseau. Jejich názorem bylo, i když s určitými výhradami, že každý člověk má právo rozhodovat o svém životě. Pro novověk je typický nejednotný postoj k sebevraždám. Trestání sebevražedného jednání prostřednictvím právních předpisů se udrželo poměrně dlouhou dobu. Například v Rakousku bylo suicidium trestáno až do roku 1850, v Anglii tomu tak bylo dokonce až do roku 1961 (Vágnerová, 2004, s. 239). Na přelomu 18. a 19. století se touto oblastí hlouběji začala zabývat sociologie, medicína a psychologie. Objevily se první pokusy o zpracování teorie osobnosti. V tomto období lze nalézt počátky vědeckého zkoumání sebevražd, pozornost se v něm obrací na faktickou stránku sebevražedného jednání. V této době se objevují i první statistiky o sebevraždách, nejprve v Německu, dále ve Švédsku. První přehled sebevražednosti v České republice byl zveřejněn r. 1930 v Masarykových dílech (Vykopalová, 2001, s. 130).



### 1.3 Formy suicidálního jednání

U sebevražděného (suicidálního) chování a jednání jsou rozlišovány různé formy, které mohou začínat sebevražděnými myšlenkami a končit dokonanou sebevraždou. Suicidální chování u adolescentů se stejně jako u dospělých objevuje v několika formách. Rozlišujeme suicidální myšlenky, suicidální tendence, suicidální pokus a dokonané suicidium (Koutek a Kocourková, 2007, s. 27).

#### Suicidální myšlenky

Téměř každý člověk za svůj život někdy přemýšlel, co by bylo, kdyby nebyl, kdyby usnul a už se nikdy neprobudil. Toto uvažování je poměrně typické pro období dospívání. Avšak ve většině případů se jedná o pouhé nápady, postrádající tendenci k realizaci. Někdy se vyznačují nutkavým charakterem a dají se stěží potlačit. Problém nastává, pokud jsou tyto fantazie intenzivní, dotýčný se jimi zabývá většinu svého času a jsou těžko odklonitelné. V tomto případě již můžeme tyto myšlenky považovat jako formu suicidálního chování. Suicidální myšlenky se dají charakterizovat jako verbální i neverbální projevy toho, že se jejich nositel zabývá myšlenkami na suicidium. Při zkoumání suicidálních myšlenek, je nezbytné se zabývat hodnocením jejich intenzity, kolik času pacientovi zabírají, nakolik jsou odklonitelné (Koutek a Kocourková, 2007, s. 28). Někdy se mylně tvrdí, že jedinec, který otevřeně mluví o sebevraždě, ji nikdy neuskuteční. Toto tvrzení je ale nesprávné. Samotné uvažování o sebevraždě a jeho následná verbalizace, jen dokazují, že tyto tendence a úvahy jsou součástí psychiky a je zapotřebí je nepodceňovat (Šance dětem, ©2018).

Höschl a kol. (2002, str. 645) seřadily vývoj myšlenek v pořadí od nejnižšího po nejvyšší riziko:

1. Přechodné úvahy/myšlenky o umírání a smrti. Tyto přechodné úvahy mnohdy představují nízké riziko pro uskutečnění sebevraždy. Avšak u adolescentů a emočně nestálých jedinců je potřeba toto riziko zvážit.
2. Přetrvávající ustavičné myšlenky a úvahy o smrti a opakované přání zemřít. Někdy se mohou objevit suicidální gesta, jako je např. spolykání malého množství prášků
3. Pocity frustrace a impulzivního chování. Jedinec se cítí beznadějně a může být chronicky frustrován a rozhněván. Hněv se může projevat v agresi proti vlastní osobě a vyústit i v sebevraždou.

4. Pocit východiska z nouze. Osoba může pociťovat nedostatek emocionální opory a nemusí už ani cítit pocity hněvu, vzteku, frustrace, zoufalství a může nabývat dojmu, že sebevražda je jediným efektivním způsobem, jak se vyhnout dalšímu utrpení.
5. Logické rozhodnutí ukončit život. Jedinec může přistupovat k sebevraždě naprosto racionálně a vidí sebevraždu jako jediné východisko, u kterého zbývá se jen rozhodnout, jak a kdy. V tomto stádiu je velmi vysoké riziko sebevraždy.

### **Suicidální tendence**

O suicidálních tendencích lze hovořit, pokud je suicidium již konkrétně připravováno. Postižený si např. koupil zbraň nebo shromažďuje léky, kterými hodlá ukončit svůj život. Suicidální tendence jsou dalším krokem v suicidálním chování, směřující k samotnému suicidiu (Koutek a Kocourková, 2007, s. 29).

### **Suicidální pokus**

Dalším stupněm suicidálního chování je suicidální pokus (tentamen suicidii), který se odlišuje od sebevraždy zejména tím, že jedinec zůstává na živu. Suicidální pokus nelze vždy hodnotit jednoznačně jako nedokonanou sebevraždu. Nicméně mezi sebevraždou a sebevražedným pokusem není příliš ostrá hranice (Hóschl a kol., 2002, str. 644). Na rozdíl od sebevraždy je pokus o ni více obrácen do sociálního prostředí, jedinec chce především dosáhnout změny ve své nepříznivé situaci, je si totiž vědom toho, že toto jednání vyvolá mnohé záchranné a pomocné akce od okolí (Vykopalová, 2001, s. 132). Velmi často se tedy může jednat o tzv. volání o pomoc, kdy se jedinec pouze snaží na sebe upoutat pozornost (Hóschl a kol., 2002, str. 644).

Koutek a Kocourková (2007, s. 29) uvádějí mezi suicidiem a suicidálním pokusem následující rozdíly:

- u mužů se ve větší míře objevuje dokonané suicidium, u žen suicidální pokus,
- sebevražedný pokus převládá u obou pohlaví zejména v první polovině života, kdežto dokonalé suicidium v druhé polovině,
- při pokusech o sebevraždu je častěji použita tzv. měkká metoda (např. intoxikace medikamenty, zatímco u dokonaných suicidií jsou zvoleny tzv. tvrdé metody (střelná rána, oběšení),

- motivy, které vedou k pokusům o sebevraždu, jsou mnohdy z oblasti mezilidských vztahů, zatímco u sebevraždy bývají motivy z oblasti intrapsychické a z problémů ohrožení,
- k pokusům o sebevraždu dochází nejčastěji ze spontánního, málo promyšleného rozhodnutí, suicidium je naproti tomu výsledkem delšího plánování a příprav.

Někteří autoři varují, že záměr zemřít nemusí být tak úplně jednoznačný. Tato nejednoznačnost k přání zemřít je typická pro adolescentní věk, kdy jedincům, kteří se pokusí o sebevraždu, je zcela jedno zda jejich pokus skončí smrtí, obojí je pro ně dobré. Tomuto jednání jsou podobné i některé adrenalinové sporty adolescentů, jako je jízda na nárazníku metra nebo vjíždění plnou rychlostí do křižovatky z vedlejší silnice (Koutek a Kocourková, 2007, s. 29). Zvláštním případem nedokonaného sebevražedného jednání je parasuicidium, které je definováno jako suicidální pokus, který postrádá záměr zemřít – jde tedy spíše o sebepoškozování. I to však může nešťastnou náhodou vést k smrti (Koutek a Kocourková, 2007, s. 29).

### **Dokonané suicidium (sebevražda)**

Dokonanou sebevraždu Koutek a Kocourková (2007, s. 29) charakterizují jako sebezničující čin s následkem úmrtí, které si jedinec vědomě a úmyslně způsobí sám. Sebevražedný akt je časově ohraničená událost, může trvat pár hodin, zřídka i několik dní (Hýbnerová, 2007, s. 71). Tzv. protrahované sebevražedné jednání, představuje situaci, kdy se jedinec opakovaně v průběhu několika dnů intoxikuje medikamenty. Mnohdy postupně dávku navyšuje, a to například z důvodu, kdy neodhadne potřebnou dávku, vedoucí k jeho smrti. Svůj čin tedy opakuje, ale tentokrát s potřebným množstvím dávky. Dalším důvodem může být ambivalentní přístup ke smrti, který vede k tomu, že není užita smrtící dávka. Suicidant v tomto případě pouze hazarduje se svým životem, a jeho šance na přežití jsou zde podstatně vyšší. Protrahované sebevražedné jednání může být uskutečněno různými způsoby, například i pořezáním (Koutek a Kocourková, 2007, s. 32).

Koutek a Kocourková (2007, s. 32, 33) rozlišují jednotlivé typy suicidia a to: bilanční sebevraždu, biickou sebevraždu, účelové suicidální chování, demonstrativní suicidální jednání, zkratkovité suicidální jednání, suicidální dohodu, rozšířenou sebevraždu.

K bilanční sebevraždě se zpravidla uchylují osoby, které se nacházejí v neřešitelné nebo tíživé životní situaci. Na základě zhodnocení svého dosavadního života dospěje jedinec

k názoru, že jediným nejlepším řešením bude jeho smrt. Tato forma sebevražedného jednání je obvyklá zejména u lidí s nevyléčitelnou nemocí (Zvolský, 2005, s. 82).

Biická sebevražda je velmi blízká bilanční sebevraždě. Tato forma je vykonaná v normálním duševním stavu. Jedinec je motivován k suicidiu hlavně kvůli nepříznivé realitě (Koutek a Kocourková, 2007, s. 31).

Při účelovém suicidálním jednání je suicidium konáno za účelem vyřešení nějaké obtížné situace. Jeho vykonavatel podvědomě ani zemřít nechce. Této formě je velice podobné demonstrativní suicidální jednání, které se od účelového suicidálního jednání liší hlavně tím, že probíhá zcela vědomě. U demonstrativní sebevraždy není skutečným cílem odchod ze života, ale dovolání se pomoci ze strany okolí (Hýbnerová, 2007, s. 71). Jedná se například o povrchní řeznou ránu bez potřeby šití nebo o spolykání několika prášků apod. Cíl takového jednání může být dvojitý – buď na sebe chtěl dotyčný pouze upozornit, nebo chtěl uvolnit nahromaděné negativní emoce (Polách a kol, 2016, s. 26).

U zkratkovitého sebevražedného jednání je suicidium provedeno zkratkovitě, tedy co nejrychleji bez jakéhokoliv zamyšlení se nad jinými možnostmi (Koutek a Kocourková, 2007, s. 31). Tento typ sebevražedného jednání není většinou doprovázen úmyslem zemřít. Osoba jedná impulzivně, příliš neuvažuje ani o prostředcích, volí cokoli, co je na dosah. Chce zejména, co nejrychleji vyřešit svou tíživou situaci, i za cenu svého vlastního života (Vágnerová, 2004, s. 500).

Další formou suicidálního jednání je tzv. suicidální dohoda. V tomto případě se dva nebo více lidí dohodne na společné sebevraždě. Většinou je přítomen iniciátor, který ostatní přesvědčí o nutnosti a prospěšnosti zemřít (Koutek a Kocourková, 2007, s. 32).

Rozšířená sebevražda má jednoznačně patologický charakter. Jde o případ, kdy osoba s duševním onemocněním, spáchá sebevraždu vlivem duševní nemoci společně s někým ze svých blízkých (Látalová, 2013, s. 115). Příkladem může být rozvodová situace, kdy matka z pomsty k manželovi první zabije své dítě a následně se sama pokusí o dokonané suicidium. U tohoto případu se však jedná o vraždu a následnou sebevraždu (Koutek a Kocourková, 2007, s. 32).

Sebevražedné jednání je potřeba oddělit od jiných forem autoagresivního jednání. U adolescentů se ve velké míře vyskytuje zejména sebepoškozování, kde však chybí úmysl zemřít. Mezi další formy pak můžeme řadit zneužívání drog a alkoholu nebo medikamentů, poruchy příjmu potravy apod. (Koutek a Kocourková, 2007, s. 33). Se sebevraždou bývají

často zaměňovány dva pojmy, a to sebezabití a sebeobětování. Tyto pojmy mají však jen společný výsledek, kterým je smrt. Sebeobětování nelze pokládat jako suicidální. Smrt zde má význam oběti pro blaho společnosti, jiných lidí nebo idealistických cílů. U sebezabití si jedinec neuvědomuje, že by jeho chování mohlo vést ke smrti, chybí zde tedy vědomý záměr zemřít (Vágnerová, 2004, s. 89). Jako sebezabití je možno označit např. situaci, kdy osoba duševně nemocná, uniká svým pomyslným nepřátelům skokem z okna (Koutek a Kocourková, 2007, s. 33).

#### 1.4 Způsoby suicidálního jednání

Pro výsledek každého suicidálního pokusu je důležitým faktorem způsob sebevražedného jednání. Ve většině případů bývá obsahem suicidálních myšlenek úvaha o tom, jakým způsobem lze docílit ukončení života. V těchto myšlenkách hraje důležitou roli představa o tom, jaké mohou mít jednotlivé metody účinky, jak jsou dostupné a nebezpečné. Nebezpečnost některých metod není ovšem vždy posouzena reálně, zejména u dětí, jež mohou mít od rodičů zkreslené informace o působení některých léků, jako je například paracetamol, který je u dětí a adolescentů poměrně v oblibě. Navíc dospívající často hazardují se svým životem, kdy počítají s oběma variantami: buď bude zachráněn, nebo zemře. Obě možnosti jsou pro něj stejně vhodné (Koutek a Kocourková, 2007, s. 34).

U volby sebevražedného prostředku se odráží více skutečností, jako je dostupnost prostředku, sociálně – demografické charakteristiky (pohlaví, věk, apod.), motiv sebevražedného jednání a spolehlivost daného prostředku. V hrubých obrysech lze možné způsoby sebevražedného jednání dělit na metody tzv. měkké a tvrdé. Za měkké metody jsou považovány ty, které jsou méně nebezpečné, a možnost záchrany je u nich poměrně vysoká. Patří mezi ně intoxikace medikamenty, plynem (oxidem uhelnatým), jedy, alkoholem, skok z malé výšky, povrchové pořezání (Hosák, Hrdlička a kol, 2015, s. 544). U těchto metod je vyšší pravděpodobnost, že dotyčný bude včas objeven a zachráněn. Objevují se hlavně při demonstrativních a účelových pokusech. Naproti tomu tvrdé metody vedou téměř okamžitě k rychlé smrti a pravděpodobnost záchrany je zde skoro vyloučena. K těmto metodám se řadí strangulace, skok nebo pád pod jedoucí dopravní prostředek (auto, vlak či souprava metra), utonutí, zastřelení se, upálení se, záměrná autonehoda, vážné pořezání se (Hosák, Hrdlička a kol, 2015, s. 544).

Ve většině případů se k drastičtějším a agresivnějším metodám uchylují spíše chlapci. Dívky si vybírají prostředky spíše estetičtější, dalo by se říci jemnější, které ale nejsou tak účinné, alespoň ne v dávkách, ve kterých bývají dostupné. Za všeobecně nejčastější metodu dokonaného suicidia u obou pohlaví je dlouhodobě považována strangulace neboli oběšení (Koutek a Kocourková, 2007, s. 34). S tímto způsobem sebevraždy se setkáváme více u mužů, oběšením umírá více než 61 % sebevrahů – mužů, kdežto u žen je to kolem 40 %. Druhým nejčastějším způsobem dokonané sebevraždy je u žen otrávení (21 %). U mužů je druhou nejběžnější formou dokonané sebevraždy v současnosti zastřelení (13 %), které se u žen vyskytuje zřídka (2 %). Další početnou skupinu sebevražd (hlavně u žen) tvoří sebevraždy skokem z výšky (ČSU, 2017).

### 1.5 Motivy suicidálního jednání

Motivy sebevražedného jednání bývají různé a u většiny případů nejsou lehce zjistitelné. Mohou být vázané na různé psychiatrické syndromy – poruchy nálady, zneužívání návykových látek, psychózy, nepříznivé osobnostní rysy, antisociální osobnost nebo rodinnou patologii. Mnohokrát stojí v pozadí pocity hněvu, beznaděje, nešťastnosti, frustrace, které přinesou situační vlivy. Ve většině případů je obtížné a někdy až nemožné najít odpověď, proč se mladý jedinec rozhodl ukončit svůj život (Kukla a kol, 2016, s. 321). U dokonaných sebevražd se motivy občas dozvídáme z dopisů na rozloučenou, jindy zprostředkovaně od pozůstalých osob, nezřídka však příčiny sebevraždy zůstanou utajeny. Ani v případě suicidálního pokusu, kdy suicidant přežije, nemusí být vždy jednoduché zjistit příčinu, která ho k sebevražednému činu vedla. Navíc v mnoha případech se stává, že uvedené motivy mohou být jen zlomkem z komplexu motivů, které vedly k sebevražednému jednání. Sebevražda je tak většinou činem multidimenzionálním, který může být determinován a vyvolán více činiteli zároveň (Hýbnerová, 2007, s. 74).

Motivy suicidálního pokusu a dokonaného suicidia se většinou kvalitativně liší. U dokonané sebevraždy bývají uváděny motivy z oblasti intrapsychické a z pocitu ohrožení, kdežto k pokusu vedou ve větší míře motivy z interpersonálních vztahů (Koutek a Kocourková, 2007, s. 36). Při diagnostice a prevenci dalšího potencionálního sebevražedného jednání je potřeba brát v potaz různá hlediska a fakta z anamnézy a výpovědi osoby, která se o sebevraždu pokusila (Hýbnerová, 2007, s. 74).

Špatenková (2017, s. 137) jako nejčastější motiv sebevražedného jednání uvádí rodinné konflikty a problémy, dále jsou to problémy erotické a to zejména v adolescentním věku, poté jsou to školní nebo pracovní problémy nebo problémy se somatickým onemocněním.

Podle Vágnerové (2012, s. 246) lze na základě závažnosti motivace a úmyslu ukončit svůj život, který se projeví i ve volbě způsobu, jak takového cíle dosáhnout, rozlišit dvě varianty:

1. Sebevražedné jednání jako cíl, kdy člověk z nějakého důvodu už více nedokáže snášet strasti svého života a rozhodne se zemřít.
2. Sebevražedné jednání jako prostředek se nejvíce používá u demonstrování sebevraždy, kdy se jedinec skrze sebevražedné jednání pouze snaží o manipulaci s okolím, k jejich potrestáním, pomstě apod.

Liness rozděluje příčiny suicidálního jednání na vnitřní a vnější. Mezi vnitřní příčiny patří změny osobnosti až psychopatie, dále změny hormonální, s kterými souvisejí i pubertální rozlady, poruchy duševní, poruchy intelektu apod. Jako vnější příčiny jsou označovány vlivy rodinného prostředí a výchovy, vlivy pracovního (školního) prostředí a vlivy vrstevníků (KidsHealth, © 2015). Dalším motivem sebevražedného jednání může být autoagrese, sebepoškozující jednání, ztráta a následné zoufalství nebo touha po radikální změně, kdy jedinec chce začít od začátku. V některých případech, se člověk podvědomě domnívá, že díky smrti se spojí s milovaným objektem. Takové představy mohou hlavně u dětí posilňovat sebevražedné sklony, např. při ztrátě milovaného rodiče a opětovné touze se s ním sejít (Wagner, 2009c, s. 145).

Obecně lze říci, že sebevražedné jednání je nejvíce motivováno únikem ze zátěžové situace, kterou dotyčná osoba nedokáže vyřešit jiným způsobem (Fischer a Škoda, 2009, s. 62). Tato zátěž se jedinci zdá neřešitelná, ztrácí smysl života a vidí jediné východisko v sebedestruktivním jednání toho nejvyššího stupně, tedy v sebevraždě. Dle Vágnerové (2012, s. 247) je hlavním důvodem k takovému jednání ztráta smyslu života.

## 2 SUICIDÁLNÍ JEDNÁNÍ V ADOLESCENCI

V druhé kapitole se seznámíme s pojmem adolescence ve vztahu se sebevražedným jednáním. První vymežíme samotnou adolescenci, její původ, periodizaci, charakteristiku, a také okrajově zmíníme vývojové změny v adolescenci. Dále se budeme věnovat sociálním specifikům, vývojovým a psychodynamickým aspektům sebevražedného jednání, a také uvedeme rizikové faktory, které jsou významnou hrozbou pro vznik sebevražedného jednání.

### Specifika období adolescence

Pojem adolescence byl poprvé použit v 15. století a je odvozen z latinského slova *adolescere*, což znamená dospívat, dorůstat či mohutnět. V současné době se pro období adolescence používá termín dospívání a jedná se o dobu mezi dětstvím a dospělostí (Macek, 2003, s. 9). Věkové vymezení se u jednotlivých autorů liší, avšak většina z nich vymezuje adolescenci zhruba od 15 – 22 let života (Langmeier a Krejčířová, 2006, s. 142). V průběhu adolescence se komplexně mění osobnost jedince, konkrétně v oblasti somatické, sociální a psychické. Od adolescenta se v této etapě očekává naplnění řady vývojových úkolů (Koutek a Kocourková, 2007, s. 48). Na počátku adolescence je charakteristická pohlavní zralost a ukončení povinné školní docházky. Mění se tak postavení mladého adolescenta v rámci společnosti i rodiny (Dolejš a Orel, 2017, s. 19). Za konec adolescence je většinou považována dospělost, která nastupuje po 20 – 22 roce života, kdy dochází k jisté osobní zralosti, k odpoutání se od rodičů a přijetí zodpovědnosti za své chování (Hoferková a Pelcák, 2015, s. 5). Běžně se pro toto období používají výrazy jako dorost, mladiství nebo teenagers (Macek, 2003, s. 9).

Carr-Gregg (2010, s. 15) označuje dospívání jako dobu hledání a utváření vlastní identity. Adolescent může dojít k vlastní identitě na základě dvou variant: buď si sám vytvoří vlastní identitu, nebo převezme vzorec od rodiny nebo jiných lidí. Jedinec, který si vybuduje identitu sám, mívá mnohdy lepší sebedůvěru a může být více odolný a vytrvalý, také se lépe realizuje a jeho život nebývá tak nudný. Adolescence je také dobou, kdy se stabilizují vztahy s rodiči a partnerské vztahy bývají zralejší a intenzivnější. Je zde velmi významná role vrstevnické skupiny. Navíc si v této době dospívající utvářejí vlastní kulturu, projevující se hlavně potřebou volnosti a experimentování (Vágnerová, 2012, s. 16).



Podle Vágnerové (2012, s. 452) můžeme proces rozvoje identity a osamostatňování rozdělit do dvou fází:

- Fáze postupné stabilizace je fází, kdy na začátku adolescence dochází k urovnání vztahů s rodiči. Adolescent tedy dosáhne jisté samostatnosti a nemá potřebu reagovat prostřednictvím demonstrativních projevů. V této fázi může jedinec kolísat mezi odmítáním a opětovným přijímáním své rodiny. Nakonec dochází ke stabilizaci adolescentova vztahu s rodiči, přičemž si dokáže udržet potřebnou míru samostatnosti.
- Fáze psychického osamostatnění znamená, že dochází k úplné individualizaci adolescenta a utvoření jeho jedinečné osobnosti. Tomu však předcházelo experimentování s identitou a hledání takové alternativy, která by mu nejvíce vyhovovala.

Adolescence sice již není obdobím, které je plné konfliktů a zvratů, avšak stále je to velice citlivé období pro vznik tzv. rizikového a problémového chování. Mezi oblasti takového nežádoucího chování současných adolescentů tak nejčastěji patří (Macek, 2003, s. 77):

- Poruchy příjmu potravy,
- Agrese, šikana, týrání a násilí,
- Rizikové sexuální jednání (včetně rodičovství a předmanželského mateřství),
- Predelikventní chování a páčání trestné činnosti,
- Užívání drog (včetně kouření a alkoholu),
- Sebevražedné pokusy a dokonané sebevraždy.

### **Vývojové změny v adolescenci**

Vývojové změny v adolescenci rozděluje většina autorů do čtyř skupin, kam patří změny kognitivní, biologické, psychosociální a kognitivní. Všechny tyto změny jsou mezi sebou propojeny a navzájem se ovlivňují. Celkový vývoj je podmíněn především vzájemnému působení biologického zrání, konkrétním historickým a kulturním vlivům a nečekaným událostem a situacím, s kterými se jedinec může setkat. Nebezpečí může vzniknout, pokud nastanou souběžně s těmito přirozenými změnami i změny neočekávané a nežádoucí, které mohou negativně ovlivnit adolescenta. Mezi tyto rizikové změny se může řadit rozvod rodičů nebo úmrtí v rodině, což vyvolává velký stres, který může významně ohrozit adolescentovu adaptaci, pohodu, výkon a jeho sebehodnocení (Macek, 2003, s. 77).

Dospívání je doba velkého emocionálního a intelektuálního růstu, čímž se podobá období od narození do dvou let věku dítěte. Zemanová a Dolejš (2015, s. 65) definují období dospívání jako nezbytnou krizi, kterou je potřebné si projít.

## 2.1 Sociální specifika suicidálního jednání u adolescentů

V adolescenci se jedinec potýká s řadou změn, a to nejen fyzických ale i psychických. Je to doba, kdy si mladí lidé volí své budoucí povolání, začínají si hledat partnera, odmítají autoritu, neboť se pokoušejí o samostatné uvažování a jednání, hledají sebe sama.

Výzkumy orientující se na adolescenty, kteří se pokusili o sebevraždu, upozorňují na některé, tzv. predilekční vlastnosti, jejichž přítomnost je u této populace poměrně výrazná (Jedlička a kol., 2015, s. 214).

U chlapců ve věku od 15 – 20 let, kteří se pokusili o sebevraždu, vystupují následující charakteristiky:

- vyskytuje se u nich zvýšená nejistota, neurotičnost a dráždivost, jsou více náchylní k iracionálním obavám a pocitům viny,
- charakteristická je i nižší sebekritičnost, nebo nekritičnost k vlastnímu jednání,
- objevuje se malá vytrvalost, submisivita a snížená činnost,
- pocházejí z rodinného prostředí s vyšším sociálním zatížením,
- bývají velmi uzavření, což je doprovázeno nízkou sociabilitou,
- sexualita je u nich buď předčasná a často spojená s promiskuitou nebo naopak zcela chybí zájem o opačné pohlaví.

U dívek ve věku od 16 – 20 let, co se pokusili o sebevraždu, se objevují tyto charakteristiky:

- mívají problém s nepříznivou individuální historií, nepříznivou rodinnou atmosférou nebo s traumatizujícím postavením v rodině,
- objevuje se u nich citová labilita, která mívá podobu neuspokojené emocionality, nestálosti, nezralosti a citovosti,
- mívají tendence odkládat nepříjemné záležitosti a osobní rozhodnutí,
- bývají neurotické, snadno se unaví, malátné, mívají tendenci starat se, trýznit se, což bývá často spojeno se snadnou vyčerpaností a častou mrzutostí,
- bývají uzavřené, zahleděné do sebe, vážné, smutné, tiché a nesdílné

- objevuje se u nich nedostatečná frustrační tolerance, plachost, tendence k bázlivosti a sebeobviňování, nejistota, váhavost.

Dosud se neví, co konkrétně adolescenty vede k sebevražednému jednání. Jediné, na čem se lze shodnout, je fakt, že mladí jedinci, kteří dobrovolně ukončí svůj život, cítí beznaděj a neschopnost vymanit se z nepříznivé situace. Sebevražda se pro ně stává jediným řešením neúnosné bolesti. Existuje mnoho faktorů ovlivňující chování těchto mladých jedinců (Cross, 2018, s. 121 - 122):

- **Problémové chování.** Adolescenti s problémovým chováním mají vyšší riziko vzniku sebevražedného jednání. Bývají více agresivní, impulzivní, osamělí a naštvaní, často jednají v rozporu se společností. Jsou druhými spíše odmítáni, a tak hledají oporu u podobně smýšlejících lidí. Díky svému problémovému chování často riskují svůj život.
- **Zneužívání alkoholu a drog.** Odhaduje se, že závislost na drogách se vyskytuje až u 1/3 dospívajících, kteří spáchali sebevraždu. Pomocí alkoholu a drog mnoho mladých lidí řeší své problémy a myslí si, že jim alkohol nebo drogy zajistí úlevu od bolesti, kterou pociťují. Ve výsledku však mají tyto látky pouze tlumící účinek a díky tomu snižují zábrany proti autodestruktivnímu chování. Jestliže alkohol a drogy zneužívají jedinci trpící depresí, látky se stávají smrtícím koktejlem vedoucím k sebevraždě.
- **Depresivní porucha,** která je jednou z největších hrozeb. Většinou se však jedná pouze o přechodný stav, který mladí lidé dokážou překonat. Problém nastává, pokud intenzivní depresivní nálada přetrvává každodenně po dobu dvou týdnů. V tomto případě se už může jednat o závažnou depresivní poruchu, která je dle lékařů nemocí vyžadující léčbu. Deprese mění jedincův pohled na svět a často ho může dovést až k názoru, že nemá pro co žít. Cítí beznaděj, zklamání a všechny negativní události, situace, pocity zveličuje. Právě tyto stavy mohou dospívajícího dovést až na pokraj svých sil, kdy se sebevražda jeví v jeho očích jako vhodné řešení.
- **Špatné rodinné zázemí.** Pro zdravý vývoj dospívajícího je podpora rodiny velice důležitá. Pokud jedinec oporu v rodině nemá nebo je nedůsledná, může být pro něj velkým problémem stavy deprese, smutku a vzteku překonat. Příčinnou velkého množství sebevražd bývají právě problémy s rodiči, ale také s přítelem či přítelkyní, nebo s někým kdo pro danou osobu hodně znamená.

Při řešení nepříznivých situací převládají u dospívajících většinou emoce nad racionálním přístupem. Tento postoj souvisí s jejich celkovou emocionální labilitou a se sklonem reagovat unáhleně, proto mívá sebevražedné jednání v tomto období převážně zkratový charakter. Na druhou stranu není snadné u adolescentů odhadnout míru suicidálního rizika, protože stavy nepohody jsou u nich celkem běžné (Cross, 2018, s. 110).

Mladí jedinci se sebevražednými tendencemi většinou vysílají varovné signály, kterými dávají najevo, že mají v plánu ukončit svůj život. Tyto signály mohou být přímé i nepřímé, ale ve většině případů si je ti, co byli dotyčným nablízku, uvědomují až zpětně. Dospívající, kteří mají sebevražedné myšlenky, se často vyptávají na smrt a na život po smrti, čtou knihy o smrti a umírání, píšou básně nebo básně o smrti. V jejich kresbách nebo v hudbě, kterou poslouchají, mohou převažovat morbidní témata. Často jsou posedlí sledováním televizních pořadů o smrti, vraždách a zbraních. Dalším signálem může být náhlé uklidnění dotyčného, které následuje po období velké úzkosti, projevů nějakého duševního onemocnění nebo deprese. Pokud se postižený rozhodne ukončit svůj život, přinese mu občas i samotná představa, že se může vymanit z pocitů, které nedokáže ovládat, takovou úlevu, že se jeho nálada nápadně zlepší. Je proto důležité pozorně sledovat příznaky deprese, ať už se vyskytují samy o sobě, nebo jako součást jiné duševní poruchy.

Mezi další varovné příznaky sebevražedného jednání u dospívajících patří (Špatenková, 2017, s. 249):

- promiskuitní chování,
- zneužívání alkoholu nebo drog,
- ztráta energie, únava, problém se soustředěním,
- útoky z domova, záškoláctví,
- zanedbávání vlastního vzhledu,
- myšlenky na sebevraždu a smrt,
- nadměrné sebeobviňování nebo pocity bezcennosti,
- nadměrný spánek nebo nespavost,
- zpomalení nebo naopak psychomotorická agitovanost,
- přibírání nebo naopak hubnutí,
- osamělost, vyhýbání se sociálním kontaktům s narůstající izolací,
- náhlá změna chování.

Varováním pro sociální okolí by mohla být i tzv. sebevražedná triáda adolescenta, do které spadá (Špatenková, 2017, s. 249):

- negativní postoj k sobě samému,
- negativní uvažování o budoucnosti,
- negativní postoj k probíhajícím událostem.

Okolí dospívajícího může mít problém tuto sebevražednou triádu vůbec rozpoznat, protože nedílnou součástí dospívání je právě negativismus.

Riegel popsal tzv. presuicidální syndrom, který napomáhá identifikovat jedince ohroženého nebezpečím suicidia. Tento syndrom obsahuje zúžení subjektivního prostoru, potlačovanou, proti sobě zaměřenou agresivitu a sebevražedné fantazie.

- u zúžení subjektivního prostoru dochází k oslabení v oblasti prožívání hodnot, mezilidských vztahů a zájmů jedince,
- potlačovaná a proti sobě orientovaná agresivita znamená, že osoba obviňuje samu sebe a příčinu všeho zlého bez ohledu na to, jaká je realita, vidí jen v sobě,
- sebevražedné fantazie jedince ustavičně vedou k přemýšlení nad koncem života (Vágnerová, 2004, s. 240).

## **2.2 Vývojové a psychodynamické aspekty suicidálního jednání adolescentů**

V adolescenci se na sebevražedném jednání významně podílejí vývojové a psychodynamické aspekty. Je to ovlivněno tím, že dospívající se vyvíjí, jeho osobnost se postupně utváří a tím se i mění a vyzrává jeho postoj k smrti (Vágnerová, 2012, s. 452).

Koutek a Kocourková (2007, s. 48) uvádějí několik faktorů, které ovlivňují vnímání smrti u adolescentů:

- emocionální a kognitivní vyzrálost,
- vlastní zkušenosti se smrtí a nemocí,
- fantazijní zpracování smrti,
- coping mechanismy (způsoby, jak se dospívající vypořádávají se stresem),
- objektivní vztahy,
- osobnostní a vývojové poruchy,

- psychiatrické klinické syndromy,
- vliv širšího sociálního okolí, působení sdělovacích prostředků a rodiny.

Postoje ke smrti jsou podmíněny kromě výše uvedených faktorů i interpersonálními vztahy a vazbami s blízkými osobami. Stejně tak důležitá je u adolescentů reálná zkušenost se smrtí, ať už jde o osobu známou, blízkou, či smrt domácího mazlíčka. Reakce rodičů na úmrtí blízké osoby, výroky rodičů o smrti, riziko smrti nebo nemoci někoho známého, to vše představuje zkušenost, která se podílí na vývoji konceptu smrti u adolescentů (Koutek a Kocourková, 2007, s. 48).

V období adolescence jsou důležité čtyři okruhy vývojových úkolů tohoto období: odpoutání se od rodičů, vývoj identity a dospělé sexuality, pracovní kompetence. Jedná se o vývojové úkoly, které jsou poměrně náročné a může dojít ke komplikacím v jejich zvládnutí (Vágnerová, 2012, s. 452). Dalšími doprovodnými znaky dospívání mohou být pochybnosti o vlastním těle, o sobě, o své úloze ve světě i o světě obecně. Pokud se k tomu vyskytnou nějaké rizikové faktory, jako je např. nefunkční rodina, může to u jedince vyvolat až adolescentní krizi. K této části života patří i specifický postoj k otázce smrti. Dospívající často o smrti přemýšlejí, polemizují nad tím, co následuje po smrti. Nacházejí se ve fázi života, kdy jsou ochotni více než kdy jindy riskovat svůj život. Sebevražedné jednání v adolescenci má nezřídka podobu tzv. ruské rulety, „dát život v sázku“ (Koutek a Kocourková, 2007, s. 48).

Adolescent se může snadno dostat do situace, kdy ho ovládají pocity bezradnosti a neschopnosti najít přijatelný smysl vlastní existence. Často jde o výsledek osobních problémů a neuspokojivých mezilidských vztahů (Vágnerová, 2004, s. 249). Sebevražedné jednání u dospívajících představuje také širokou škálu projevů, pro které neexistuje zcela shodný psychodynamický vzorec prožívání. Za vývojem sebevražedného jednání stojí vnitřní a vnější psychodynamické aspekty a je výsledkem dlouhodobějšího procesu, který je interakcí vnitřních, osobnostních předpokladů a způsobů, jak se adolescent vypořádá se stresem, a dále vnějších okolností a zátěžových událostí. Sebevražedné projevy mohou u mladého adolescenta primárně souviset i s psychopatologickými projevy, jako je depresivní porucha nebo jiné psychotické poruchy. Vývoj deprese, spolu s pocitem beznaděje, zoufalství, sebeobviňováním, ale i bezmocného vzteku, bývá jedním z psychodynamických následků ztráty. Může jít o ztrátu různého charakteru, např. ztráta pozice, zdraví, důležitých tělesných funkcí, fyzické atraktivity, ztráta nebo narušení vztahů s emocionálně důležitou

osobou apod. Další významnou psychodynamicky působící okolností, která motivuje k suicidálnímu jednání je vztah deprese a agrese s pocity neštěstí a zoufalství, ale i vztah vzteku a nenávisti (Koutek a Kocourková, 2007, s. 50).

Pro vývoj suicidálního jednání u adolescentů jsou většinou typické následující prožitky: úzkost, pocity izolace, nejisté nebo nízké sebehodnocení, pocity odmítání (Vágnerová, 2004, s. 249). Často bývají i přítomny obtíže v sociálním přizpůsobení zejména u adolescentů, kteří se separují od rodiny. Jedinci se v tomto období často potýkají s projevy vzteku vůči důležitým osobám (rodičům), současně s pocity zoufalství, viny a bezmoci. Adolescenti mohou na neúnosné vnitřní prožitky reagovat různě, od zřetelné agresivity a hostility až po útok a stažení se do fantazijního světa. Tyto obranné mechanismy sice pomáhají ulevit od pocitů psychické bolesti a neuspokojení, ale zároveň oslabují schopnost realistického řešení dané situace (Koutek a Kocourková, 2007, s. 51).

### 2.3 Rizikové faktory suicidálního jednání

Suicidální jednání z velké míry ovlivňují rizikové faktory, které představují důležitou problematiku nejen pro prevenci, ale i pro posuzování akutní hrozby suicidálního jednání a plánování následné terapie. Mezi ohrožující faktory suicidálního jednání v adolescenci patří např. rodinná situace, vrstevnické vztahy a pozice, zdravotní stav, školní úspěch aj. Záleží hlavně na jedinci, jeho individuální zralosti a schopnosti adaptace, zda se vůbec rizikový a vyvolávající faktor projeví a vyústí v nežádoucí jednání. Mezi protektivní faktory můžeme řadit např. fungující rodinu, bohaté zájmy, dobré vztahy s vrstevníky apod. (Šance dětem, © 2018).

Obecněji lze dle různých hledisek dělit rizikové faktory na ty, které působí více na úrovni biologické či psychologické, případně sociální. Toto dělení však není úplně jednoznačné, protože ohrožující okolnosti a faktory se mohou ve svém účinku doplňovat, nebo i stupňovat. Dále můžeme rizikové faktory dělit podle doby působení na dlouhodobé a aktuální. Za dlouhodobě působící rizikové faktory lze považovat přítomnost duševního onemocnění, zneužívání návykových látek a alkoholu, dlouhodobě traumatizující životní situace. Mezi aktuálně působící patří např. stavy paniky a vnitřního chaosu, pocity zahlcující úzkosti, těžká ztráta zájmů a příjemných aktivit, těžší depresivní symptomatika (Koutek, 2010, s. 109).

U některých rizikových faktorů nelze předpokládat, jaký budou mít účinek. Nespecificky působící faktor může být rozvod rodičů, konfliktní rodina nebo dlouhodobě nepříznivá rodinná situace. Adolescent může na takové situace reagovat různě, od psychosomatických problémů přes poruchy chování, až k depresivní poruše s případným sebevražedným chováním. Kromě faktorů rizikových jsou pro sebevražedné jednání důležité spouštěcí a protektivní faktory. Spouštěčem takového jednání, může být školní neúspěch, konflikt s rodiči, s přítelem či přítelkyní. Faktory protektivní mají opačný efekt než faktory rizikové, působí proti neadaptivnímu chování a jednání (Koutek a Kocourková, 2007, s. 40).

Konkrétně se podle Špatenkové (2017, s. 137) může u dospívajících spouštěčem sebevražedného jednání stát:

- nezvládnutí nároků, jež na ně kladou perfekcionista rodiče,
- užívání drog nebo pití alkoholu,
- nechtěné těhotenství,
- odmítnutí nebo ztráta blízké osoby,
- obavy ze zkoušek,
- změna prostředí (přestěhování, změna školy),
- prožitek ztráty.

### **Problémy v rodině**

Rodina má na vznik sebevražedného jednání zásadní vliv. Může se jednat o rodinu, která je již od pohledu nefunkční a dochází v ní k zanedbávání výchovy i základních potřeb dětí, ale také o rodinu, která sice na první pohled funguje bez problémů, nicméně při bližším posouzení zjistíme různé nepříznivě působící vlivy, jako například domácí násilí, příliš autoritativní rodiče, emoční chlad, perfekcionismus rodičů apod. Mezi základní rizikové oblasti v rodině můžeme zařadit citovou deprivaci, ztrátu základní citové osoby (rodiče), nefungující vztahy v rodině. Obzvláště traumatizující pro dítě i dospívajícího bývá složitý rozvod rodičů, spory o dítě a dlouhodobé konflikty v rodině (Hýbnerová, 2007, s. 76). Význam rodiny je rovněž podstatný v případě již vykonaného pokusu o sebevraždu, protože předchozí sebevražedný pokus představuje specifické riziko pro jeho opakování (Koutek a Kocourková, 2007, s. 41).

Dle Koutka a Kocourkové (2007, s. 41) má riziko sebevražedného jednání u dětí a adolescentů spojitost se separací rodiny, rodičovským alkoholismem, zneužíváním,



suicidálním jednáním rodičů, depresí a rozvodem rodičů. Dále vymezují pět znaků charakteristických pro rodiny suicidálního dítěte: rigidní systém rodiny, projekce pocitů rodiče do dítěte, nedostatečné mezigenerační hranice, konfliktní vztahy mezi rodiči, symbiotická vazba mezi rodičem a dítětem. Sebevražedné jednání může být propojeno s řadou psychiatrických poruch, pro které je možné v jednotlivých rodinách nalézt citlivost a zvýšený výskyt (Koutek, 2008, s. 303). Jako příklad Koutek a Kocourková (2007, s. 41) uvádějí výzkum u výzkumného souboru 39 pacientů po suicidálním pokusu na Dětské psychiatrické klinice FN Motol. Výsledkem bylo zjištění, že sebevražedné jednání se v rodině u suicidálních adolescentů vyskytovalo v 23 %.

### **Školní neúspěch**

Problémy ve škole se mohou týkat neúspěchu prospěchového, ale i výchovného. V některých případech mohou problémy vycházet z negativního vztahu učitele a žáka. Se školními problémy se většinou potýkají děti méně nadané, děti s vývojovými poruchami učení, s hyperkinetickým syndromem, zaostalejší děti, děti školsky přetěžované, nebo děti, jejichž rodiče na ně kladou přemrštěné nároky, neodpovídající jejich schopnostem (Hýbnerová, 2007, s. 77). Pokud jedinec nenajde u nikoho oporu a pochopení, mohou ho školní problémy dostat do stavů deprese, v horším případě ho doženou až k sebevraždě (Koutek a Kocourková, 2007, s. 42).

### **Problémy s vrstevníky**

Vrstevníci a kamarádi hrají v životě dítěte a dospívajícího velkou roli. Tráví s nimi všechnen čas ve škole a velkou část volného času. Vztahy s vrstevníky jsou pro adolescenta důležité pro svou socializační funkci a získání zdravého sebevědomí. Pokud jsou vztahy mezi vrstevníky a kamarády nedostatečně vybudovány nebo narušeny, může mladý jedinec pociťovat samotu, pocity nedostatečnosti a bezcennosti, hněv na ostatní vrstevníky, kteří jej ignorují apod. Zároveň může nastat problém s vývojem sebevědomí a sebeuvědomění. To všechno, může působit jako dlouhodobé, ale i vyvolávající faktory sebevražedného jednání. Pro adolescenty je také charakteristická touha zalíbit se opačnému pohlaví. Důraz je kladen na fyzickou atraktivitu, styl oblékání, sociální pozici jedince ale i jeho rodiny. Pro některé jedince je však velice obtížné zapadnout do kolektivu svých vrstevníků (Koutek a Kocourková, 2007, s. 42).

Vážným případem narušení vztahů mezi vrstevníky je šikana. Jedná se o situaci, kdy je osoba systematicky zesměšňována, urážena, ponižována, kradou jí peníze a ničí osobní

věci, mnohdy dochází i k fyzickému napadení. Oběť šikany pocítuje neustálý strach z dalšího ubližování. Nejdříve má strach spojitost přímo se zážitky šikanování, posléze se však oběť šikany může stát úzkostnou a upadnout do deprese. Dlouhodobé šikanování může mít za následek trvale nízké sebevědomí a pochybování o vlastní osobě. Deprese a pocity neustálého strachu mohou vyústit až k sebevražednému jednání (Hýbnerová, 2007, s. 77).

### **Špatný zdravotní stav**

Zejména u dospělých představuje špatný zdravotní stav vysoké suicidální riziko. U dětí a dospívajících je toto riziko nižší, protože četnost těchto onemocnění není v dětském a adolescentním věku tak vysoká. U dětí, které trpí závažným chronickým onemocněním, se mohou objevovat další doprovodné jevy, jako třeba porucha adaptace, dlouhodobá izolace od vrstevnické skupiny, psychické obtíže spojené se změnou zevnějšku kvůli nemoci, deprese. Většina těchto problémů mladého člověka znevýhodňuje v kolektivu ostatních vrstevníků, což může neblaze působit i na jeho celkový psychický stav (Hýbnerová, 2007, s. 78).

Mimořádně velké riziko představuje onemocnění psychickou poruchou, jako je deprese, další poruchy nálad, psychotická onemocnění dětského a adolescentního věku. Nejčastěji se ve spojitosti se sebevražedným jednáním uvádí deprese, která je zodpovědná za 70-80 % všech dokonaných sebevražd. Odhaduje se, že 15 % pacientů s depresí suiciduje. Riziko sebevražedného jednání u deprese je v adolescenci zhruba 20 x vyšší oproti zdravým vrstevníkům. U afektivní poruchy je pak v adolescentním věku uváděno dokonce riziko 30 x vyšší. Mezi další závažné psychické onemocnění se suicidálním rizikem patří schizofrenie. Riziko sebevraždy u této duševní poruchy je 10 – 20 x vyšší oproti ostatní populaci. Přibližně u 60 % schizofreniků se projevují i depresivní poruchy, dle různých studií 2-13 % pacientů se schizofrenií suiciduje (Kališová, 2014, s. 159).

### **Nepříznivý sociální událost**

V dětství a adolescenci je za rizikový faktor považována sociální a ekonomická situace rodiny (Hýbnerová, 2007, s. 76). V dospělosti nepochybně hraje roli nižší vzdělání, horší postavení v zaměstnání a nezaměstnanost. Nezaměstnaností mohou být ohroženi i adolescenti, stejně jako opuštěním domova. Existuje významná souvislost mezi suicidálním jednáním a chováním delikventním až kriminálním (Koutek a Kocourková, 2007, 43).

### **Zneužívání návykových látek**

Velmi úzká je též spojitost mezi závislostí a sebevražedným jednáním. V 90. letech minulého století došlo mezi mladými lidmi v České republice k prudkému rozšíření psychoaktivních látek a tím i k nárůstu suicidálního jednání a jiných problémů, které jsou s jejich užíváním spojeny. Závislost na drogách a následující abstinenční syndrom představuje významný rizikový faktor. Rovněž nadměrná konzumace alkoholu je závažným rizikovým faktorem (Koutek a Kocourková, 2007, 43).

### **Sexuální orientace**

Homosexuální jedinci jsou mnohem více ohroženi suicidálním rizikem, než osoby heterosexuální, hlavně v adolescentním věku (Horská, 2016). Pro dospívajícího může být velký problém přijmout svou odlišnou sexuální orientaci. Mnohdy se může setkat i s nepochopením ze strany svého okolí, což v něm může vzbuzovat pocity viny, ponížení, deprese a další stresové stavy, které mohou zvyšovat riziko suicidálního jednání (Hýbnerová, 2007, s. 78).

### **Další rizikové faktory**

Za další rizikový faktor pro dokonanou sebevraždu je považováno mužské pohlaví, nedostatek sociálních kontaktů, vyšší věk, bydliště ve větším anonymním městě, nepřítomnost stabilního pracovního poměru, neklid, nespavost, rezignace a napětí (Polách a kol, 2016, s. 26). Dále se mezi rizikové faktory řadí samota, výkon profese zahrnující kontakt s lidmi, absence víry nebo dřívější sebevražedné pokusy (Horská, 2016). Jako nejrizikovější roční období je uváděno jaro a podzim.

Koutek a Kocourková (2007, s. 44) vymezují následující rizika pro opakování pokusu o sebevraždu:

- dřívější pokusy o sebevraždu,
- sklony k depresi,
- sociální izolace,
- špatné výsledky ve škole,
- zneužívání drog a alkoholu,
- chronické problémy a poruchy chování,
- odloučení od rodiny,
- narušené vztahy mezi členy rodiny,

- psychické onemocnění,
- mužské pohlaví, hlavně u starších mladistvých.

Opakem rizikových faktorů jsou protektivní faktory, ke kterým v souvislosti se suicidiem patří například zodpovědnost vůči rodině, ženské pohlaví, dobrý socioekonomický status a sociální kontakty, životní spokojenost, inteligence, fyzická zdatnost, fyzické zdraví, dobré výchovné postoje, kvalitní sociální prostředí (dobré školy, mimoškolní aktivity, krizová centra), podpora dospívajícího rodiči, harmonické rodinné uspořádání, pozitivní temperament dospívajícího apod. (Hosák, Hrdlička a kol, 2015, s. 547).

### 3 PREVENCE SUICIDÁLNÍHO JEDNÁNÍ U ADOLESCENTŮ

V poslední kapitole se seznámíme s prevencí sebevražděného jednání adolescentů, uvedeme si jednotlivé typy prevence a okrajově nastíníme problematiku preventivních programů proti sebevražděnému jednání a intervenci v krizových situacích.

Prevence v oblasti sebevražděného jednání je u každé věkové kategorie velice důležitá a potřebná, protože kterýkoli jedinec může být sebevraždou ohrožen. V mnoha případech se dá tomuto nežádoucímu jednání předcházet včasným rozpoznáním varovných signálů, které však nemusí být vždy patrné. Zvláště pokud se za příčinou sebevražděného jednání skrývá duševní choroba. Na vývoji sebevražděného jednání se podílí celá řada sociálních, biologických a psychologických faktorů. Proto badatelé v této oblasti upozorňují, že jde o chování na hranici lékařských a společenských věd a prevence má být koncipována interdisciplinárně (O'Connor a Sheehy, 2010, s. 131).

Podle Brendeta (2003, s. 803) je edukace odborníků i veřejnosti jednou z neúčinnějších strategií v tom, jak odhalit a adekvátně reagovat při výskytu varovných příznaků sebevražděného jednání. Léčba psychopatologie u rodičů může napomoci snížit riziko psychického narušení adolescentů, stejně jako screening psychopatologických charakteristik mezi adolescenty. Jedním z hlavních a základních cílů prevence sebevražděného jednání mezi mladými jedinci je redukce rizikových faktorů a posílení faktorů protektivních. Psychopatologie, hlavně pak poruchy nálady a další, úzce souvisí se sebevražděností. Důležité však je, že většina z těchto poruch se dá léčit (Hýbnerová, 2007, s. 88).

U prevence sebevražděného jednání je důležitá jeho včasná diagnostika a správně zvolená léčba. Jednu ze zásadních úloh při prevence sebevražd by měli sehrát praktičtí lékaři, už jen protože většina jedinců, jež se pokusí, nebo dokonají sebevraždu, navštíví v posledním předcházejícím půl roce z různých příčin právě svého praktického lékaře (Fleischman a Barondess, 2005, s. 22). Významné je samozřejmě i kvalitní psychologické a psychiatrické působení. Také opakované monitorování sebevražděných myšlenek a psychiatrická krizová intervence vede ke snížení realizace sebevražd. V prevenci sebevražděnosti se uplatňují i jiné odborné instituce, jako například telefonické krizové linky, stacionáře pro mladé narkomany, krizová centra a podobně. Na krizových linkách pracují odborníci i vyškolení laici, kteří se snaží pomoci klientovi v akutní krizi a v případě potřeby ho odkázat na vhodnou další odbornou pomoc (Hýbnerová, 2007, s. 88).

V rámci postsuicidální prevence je důležité jedince naučit překonávat obtíže, zvládat neúspěch a zvyšovat frustrační toleranci. Prevence na školách přispívá k snížení rizika sebevraždného jednání u mladých jedinců, zahrnuje zvyšování sebeúcty, odstraňování šikany, krizový management apod.). V rámci všeobecné prevence je nezbytná přiměřená diagnostika a terapie duševních poruch (léčba depresí, alkoholismu, závislostí na jiných návykových látkách). Důležitá je i spolupráce praktickým lékařů, kteří pak v rámci screeningu mohou poslat pacienta ke specialistovi. V rámci prevence mají význam i ta opatření, jež mohou snížit dostupnost nebo omezit přístup k prostředkům užívaných k páčání sebevražd – např. omezení volného prodeje koncentrovaných pesticidů nebo jiných jedů, lepší zajištění plynových spotřebičů, zpřísnění podmínek pro vydání zbrojního pasu. Preventivní opatření zasahuje i do oblasti architektonického řešení - větší zabezpečení vlakových i dopravních průchodů pro volný pohyb osob, záchytné sítě či jiné úpravy znesnadňující skok z vysokých budov a mostů. Příznivý dopad může mít i změna v balení některých léků, kdy účinná látka rozdělená v jednotlivých tabletkách má při zneužití nižší riziko úmrtí, než když je k dispozici větší balení (Hosák a kol, 2015, s. 547).

Podle Koutka a Kocourkové (2007, s. 106) prevence sebevraždného jednání obsahuje tyto aspekty:

- dostupnost psychologické a psychiatrické péče,
- omezení dostupnosti prostředků sebevraždného jednání,
- profesionální trénink odborníků ve schopnosti rozpoznat riziko sebevraždy a vhodně reagovat,
- speciální psychoterapeutický výcvik odborníků, kteří pracují s ohroženou populací v různých zařízeních nabízejících pomoc.

### 3.1 Typy prevence

Preventivní postupy bývají rozdělovány na tři úrovně (Koutek, Kocourková, 2007, s. 106):

- **Primární prevence** je všeobecně považována za nejméně propracovanou. Orientuje se na snížení výskytu poruchy v populaci a na odstranění rizikových a příčinných faktorů, které se spolupodílejí na jejím vzniku. Tento typ prevence je zaměřen na osoby, u kterých dosud nemusí být zjevné známky klinické poruchy. Důležitým úkolem primární prevence je podporovat duševní zdraví a posilovat pro-  
tektivní faktory, které oslabují riziko vývoje klinické poruchy. Účinnost této pre-

vence závisí na týmové spolupráci psychologů, lékařů, sociologů, pedagogů i organizátorů společenského života.

- Sekundární prevence se zaměřuje na včasné rozpoznání a léčbu klinických projevů. Součástí sekundární prevence bývá krizová intervence. Tento typ prevence může být zaměřen na pečlivé zhodnocení a krizovou intervenci u osob se sebevražednými projevy nebo na osoby se zvýšeným rizikem těchto projevů. Mezi dospívající patří do rizikových skupin zcela určitě osoby s vyšší mírou úzkostnosti, izolovaní jedinci, sociálně neobratní a celkově neúspěšné osoby (Fischer a Škoda, s. 80). Náleží sem i děti a dospívající z rozvedených, rozvrácených či právě se rozvádějících manželství, zvláště kritická je doba 3 – 6 měsíců po rozvodu. Z oblasti psychopatologického vývoje u adolescentů je vysoce nepříznivá deprese a závislost na alkoholu nebo drogách. V této fázi je většina prevence závislá na tom, jestli významné osoby kolem dítěte, tj. učitel, spolužáci, rodiče a přátelé rozpoznají potřebu pomoci a jsou schopni ji reflektovat (Koutek, 2010, s. 109).
- Terciární prevence se snaží o zmírnění následků klinické poruchy a zabránit tak jejímu opakování. Zaměřuje se na jedince po sebevražedném pokusu, který v podstatě patří do rukou odborníků, psychoterapeutů a psychiatrů.

Současný model primární prevence lze rozdělit do tří následujících oblastí (Koutek, Kocourková, 2007, s. 106):

- Univerzální preventivní intervence se zaměřuje na celkovou populaci bez ohledu na specifická rizika. Touto preventivní intervencí se rozumí například typ preventivních programů ve školách, který je zaměřen na zlepšení způsobů, jak mohou dospívající řešit problémy nebo zátěžové situace a jakým způsobem by měly reagovat, kdyby je potkaly velké obtíže.
- Selektivní preventivní intervence se týká jedince nebo skupiny populace, u kterých je riziko vývoje poruchy významně vyšší. Rizikové skupiny lze rozpoznat na základě biologických, psychologických nebo sociálních rizikových faktorů, o nichž víme, že jsou spojeny se vznikem duševní poruchy. V případě sebevražedného chování představují takovou rizikovou skupinu například adolescenti, jež mají problémy s adaptací, zneužívají návykové látky, mají rodinné konflikty.

- Indukovaná preventivní intervence se orientuje na vysoce rizikové osoby, u kterých mohou být identifikovány subklinické symptomy nebo znaky, které ale zatím nespĺňují znaky pro plnou klasifikaci poruchy. Příkladem může být dospívající v obtížné životní situaci, s depresivními projevy spojenými s poruchami nálady, sníženým sebehodnocením a pocity beznaděje a bezmoci.

Z hlediska všeobecné prevence je tedy potřeba věnovat zvýšenou pozornost všem jedincům, kteří se nějakým způsobem odchyľují od populačních norem. Nezbytné je i aktivní vyhledávání jedinců z rizikových skupin. Ohroženou skupinu představují hlavně děti a dospívající z neuspořádaného sociálního prostředí, jedinci opuštění, strádající, týraní. K rozvoji patogenese může přispět zejména rodina zanedbávající své děti, či rodina v trvalém rozvratu a s častými konflikty. Pozornost je třeba věnovat i osobám, které utrpěly ztrátu blízké osoby. Vedle toho je nutné všimnout si i náhlých změn nebo prudké ztráty zájmu o kontakt s okolním světem. Symptomatická může být i porucha chování, skleslost, velká únava a navenek viditelná celková apatie (Apter, 2010, s. 272).

U předcházení sebevražd je zapotřebí rozpoznat rizikové faktory. A poté se dokázat zorientovat v situaci a zjistit co, závažného se stalo. První psychologickou pomoc je potřeba uskutečnit tam, kde to okolnosti vyžadují. A může ji poskytnout kdokoli, co je schopen dát postiženému možnost svěřit se, trpělivě jej vyslechnout a pomoci mu při hledání možného řešení nepříznivé situace (Wilson, 2004, s. 855).

Preventivní intervence u sebevražedného jednání dětí a dospívajících se zaměřuje nejen na suicidální dítě, ale také na jeho vrstevníky, rodiče, sourozence a dále instituce, které ovlivňují duševní zdraví dětí (Koutek a Kocourková, 2007, s. 106).

### **3.2 Preventivní programy a intervence**

Preventivní programy se snaží minimalizovat riziko vzniku sebevražedného jednání a jeho následků. Jejich úkolem je zvýšit povědomí o uvedené problematice a zlepšit dovednosti reagovat na krizové situace, ať již se týkají suicidálního adolescenta, nebo jedinců, na kterých je adolescent závislý. Zlepšení znalostí o tomto tématu obsahuje jednak lepší identifikování znaků chování, které jsou rizikové, ale také lepší orientaci v oblasti sociálních a zdravotních služeb nabízející pomoc.



Preventivní programy zaměřené na dospívající a na dospělé (Koutek a Kocourková, 2007, s. 109):

- **Preventivní programy orientované na děti a dospívající** bývají nespecificky zaměřeny na zvýšení psychické odolnosti dětí a dospívajících a zlepšení jejich schopnosti řešit problémy. Příkladem takového preventivního programu může být trénink chování dospívajícího, který se dostane do obtížně řešitelné situace a potřebuje z ní nalézt východisko. Takový program lze realizovat v malých skupinkách jedinců, kteří řeší předložený problém a poté mezi sebou vzájemně sdílí nalezené možnosti řešení. Učitel celou situaci řídí a poskytuje potřebné informace. Dospívající se díky tomu učí, že každý problém má své řešení, a získává dovednosti i informace, jak hledat pomoc ve vážné životní situaci. Specificky orientované preventivní programy na téma sebevražedného chování představují určité riziko, kterým může být například ztotožnění s dosud neuvědomovanou variantou řešit obtížné situace sebevraždou. Z toho důvodu by tyto programy měly být důkladně připraveny s důrazem na znalost jedinců, pro které je takový program určen.
- **Preventivní programy zaměřené na dospělé** osoby, které pracují s dětmi, jako jsou např. sociální pracovníci, učitelé, vychovatelé a další, kteří pracují se skupinami mladých osob hlavně v zátěžových situacích. Prostřednictvím těchto programů dospělé osoby získávají nejen potřebné informace z oblasti suicidologie, ale také nabývají komunikační dovednosti, díky kterým dokážou lépe komunikovat s dětmi o tomto tématu. Jedná se také o programy pro rodiče, kteří přišli o dítě následkem sebevraždy. Tyto programy pomáhají rodičům vyrovnat se ztrátou jejich dítěte, dále řeší otázky truchlení, pocitů viny a vlivu dané události na partnerský vztah rodičů.
- **Preventivní intervence v krizových situacích** může zabránit či zmírnit sebevražedné chování dítěte nebo dospívajícího. Krizovou intervencí pro děti a rodiče v krizové situaci nabízejí psychologická a psychiatrický pracoviště a specializovaná krizová centra, která mají pobytový nebo ambulantní charakter. Krizová intervence se snaží zvládnout akutní stav a zabránit sebezničujícímu chování pacienta, jejím úkolem je také léčebný zásah zaměřený na budoucnost. Konkrétně se krizová intervence snaží zabránit akutně hrozícímu sebevražednému chování, objasnit problémy, které vedou k sebevražednému chování, diagnostikovat možnou

psychickou poruchu, poskytnout potřebnou psychiatrickou a psychologickou péči a na vyloučení rizika opětovného neadaptivního chování.

- **Linka důvěry** představuje specifickou variantu. V těchto zařízeních pracují sociální pracovníci, psychologové a psychiatři, pedagogové, ale i odborně vyškolení laičtí spolupracovníci, kteří se snaží poskytnout okamžitou odbornou pomoc v krizové situaci. Obecným záměr těchto služeb je prevence sebevražedného jednání, ale i dalšího neadaptivního chování v krizové situaci. Linka důvěry je na pomezí psychosociálních a zdravotnických služeb a dle potřeby může pomoci k zajištění další zdravotnické péče. V pedopsychiatrii jsou významné linky důvěry, na které se mohou obrátit i sami děti nebo dospívající. Odborní pracovníci na linkách důvěry telefonicky komunikují s dětmi a dospívajícími v krizové situaci, v níž si nevědí rady se svými rodinnými, osobními nebo partnerskými problémy.

## **II. PRAKTICKÁ ČÁST**

## 4 METODOLOGIE VÝZKUMU

V diplomové práci se v empirické části budeme zabývat názory adolescentů na suicidální jednání. Konkrétně nás zajímá informovanost adolescentů z vybraných oblastí suicidality, jaký mají vztah k sebevražednému jednání a zda lze dle nich sebevraždě předcházet. Také se snažíme zjistit vztahy mezi akceptací sebevraždy a náboženským přesvědčením, mezi typem rodiny, pohlavím a vlastní zkušeností se sebevražedným jednáním. Při popisování výzkumného problému jsme vycházeli z literatury, která se zabývá právě problematikou sebevražedného jednání. Zkoumání tohoto nežádoucího jevu by mělo být pro společnost jednou z prioritních potřeb, už jen z toho důvodu, že v dnešní době je sebevražednost u mladistvých poměrně běžným jevem. Navíc se Česká republika řadí mezi země s vysokou juvenilní suicidalitou, proto považujeme za vhodné se věnovat uvedené problematice.

Empirická část je založena na kvantitativním výzkumu. K získání dat jsme použili dotazník vlastní konstrukce, který jsme předložili respondentům ve věkové hranici 15 – 22 let.

### 4.1 Pojetí výzkumu

Cílem diplomové práce s názvem *Suicidální jednání v adolescenci* je zjistit názor adolescentů na sebevražedné jednání. Na základě námi zvoleného cíle a výzkumných otázek jsme k ověření hypotéz zvolili kvantitativní výzkum realizovaný dotazníkovým šetřením. Chráska (2016, s. 11) definuje kvantitativně orientovaný výzkum „jako záměrnou a systematickou činnost, při které se empirickými metodami zkoumají (ověřují, verifikují, testují) hypotézy o vztazích mezi pedagogickými jevy“. Vzhledem k existujícím zjištěním a teoretickým poznatkům, které jsou popsány v teoretické části, předpokládáme jisté vztahy mezi námi zvolenými proměnnými jako je pohlaví, typ rodiny a náboženské přesvědčení.

### 4.2 Výzkumné cíle a otázky

Hlavním výzkumným cílem je **zjistit názor adolescentů na suicidální jednání**. Od hlavního výzkumného cíle jsme stanovili dílčí výzkumné cíle:

1. Zjistit informovanost adolescentů z vybraných oblastí suicidia.
2. Zjistit akceptaci sebevraždy u adolescentů.
3. Zjistit názory adolescentů na prevenci sebevražedného jednání.

4. Zjistit zda se liší akceptace sebevraždy v závislosti na náboženském přesvědčení adolescentů.
5. Zjistit vztah mezi vlastní zkušeností se sebevražedným jednáním a pohlavím adolescentů.
6. Zjistit vztah mezi typem rodiny adolescenta a jeho vlastní zkušeností se sebevražedným jednáním.

**Hlavní výzkumná otázka:** Jaký je názor adolescentů na suicidální jednání?

Dílní výzkumné otázky a hypotézy:

1. Jaká je informovanost adolescentů ve vybraných oblastech suicidality?
2. Jaká je akceptace sebevraždy u adolescentů?
3. Jaký je názor adolescentů na prevenci sebevražedného jednání?
4. Jaké jsou rozdíly v akceptaci sebevraždy u adolescentů v závislosti na jejich náboženském přesvědčení?
  - H<sub>1</sub>: Předpokládáme, že existují rozdíly v akceptaci sebevraždy u adolescentů v závislosti na jejich náboženském přesvědčení.
5. Jaký je vztah mezi pohlavím adolescenta a jeho vlastní zkušeností se sebevražedným jednáním?
  - H<sub>2</sub>: Předpokládáme, že existuje vztah mezi vlastní zkušeností se sebevražednými myšlenkami a pohlavím respondentů.
  - H<sub>3</sub>: Předpokládáme, že existuje vztah mezi vlastní zkušeností se sebevražedným pokusem a pohlavím respondentů.
6. Jaký je vztah mezi vlastní zkušeností se sebevražedným jednáním a typem rodiny adolescentů?
  - H<sub>4</sub>: Předpokládáme, že existuje vztah mezi vlastní zkušeností se sebevražednými myšlenkami a typem rodiny adolescentů.
  - H<sub>5</sub>: Předpokládáme, že existuje vztah mezi vlastní zkušeností se sebevražedným pokusem a typem rodiny adolescenta.

### 4.3 Operacionalizace proměnných

Při formulaci výzkumných otázek a hypotéz jsme si vymezili následující proměnné:

*Akceptace sebevraždy* – je vyjádřena průměrnou hodnotou otázek č. 11 - 16 v dotazníku. Rozpětí je určeno na škále od 1 do 5 podle míry souhlasu. Jedná se o závisle proměnnou, metrickou.

*Náboženské přesvědčení* – varianty definování této proměnné jsou ano nebo ne. Jedná se o nezávisle proměnnou, nominální. Souvisí s otázkou č. 4 v dotazníku (Jste věřící?)

*Pohlaví* – varianty definování této proměnné jsou žena nebo muž. Jedná se o nezávislou proměnnou, nominální. Souvisí s otázkou č. 1 v dotazníku. (Jste?)

*Vlastní zkušenost se sebevražedným pokusem* – varianty definování této proměnné jsou ano nebo ne. Jedná se o závislou proměnnou, nominální. Souvisí s otázkou č. 27 v dotazníku. (Pokusili jste se někdy ukončit svůj život?)

*Vlastní zkušenost se sebevražednými myšlenkami* – definování této proměnné jsou ano nebo ne. Jedná se o závislou proměnnou, nominální. Souvisí s otázkou č. 28 v dotazníku. (Přemýšleli jste někdy o sebevraždě?)

*Typ rodiny* – varianty definování této proměnné jsou úplná rodina, neúplná rodina a doplněná rodina. Vycházeli jsme z rozdělení podle Smutkové (2007, s. 20) Jedná se o nezávisle proměnnou, nominální. Souvisí s otázkou č. 5 v dotazníku. (V jakém typu rodiny žijete?)

### 4.4 Výzkumný soubor

**Základní soubor** tohoto výzkumu tvoří studenti středních škol, kteří se nacházejí v období adolescence a jsou z Jihomoravského kraje. Macek (2003, s. 9) charakterizuje období adolescence jako časový úsek, který je dlouhý od 15 do 20 (22) let života jedince. Výběr respondentů jsme omezili zrovna na Jihomoravský kraj především kvůli faktu, že podle posledních dostupných údajů Českého statistického úřadu (©2017) byl v mezikrajském srovnání počet sebevražd v Jihomoravském kraji druhý nejvyšší.

**Výběrový soubor** tvoří studenti 1. - 4. ročníků středních škol z Jihomoravského kraje. Dle rejstříku škol a školských zařízení uvedeném na portále MŠMT (©2019) je v Jihomoravském kraji 123 středních škol. Pedagogický slovník uvádí, že v České republice tvoří soustavu škol poskytujících střední vzdělání gymnázia, střední odborné školy a střední odborná učiliště (Průcha a kol, 2013, s. 289). Pomocí stratifikovaného výběru bylo

z celkového počtu škol (123) v tomto kraji vybráno 6 škol. Před samotným výběrem, jsme školy rozčlenili do tří podskupin, které zahrnovali právě 3 výše zmíněné typy škol, jež poskytují střední vzdělání. Z každé podskupiny byly vybrány 2 školy. Oslovování byli dívky i chlapci prostřednictvím dotazníku, který jim byl předán přímo ve škole nebo poslán na e-mail. Dotazník byl anonymní a dobrovolný.

Bylo osloveno celkem 364 respondentů, z toho 19 neodpovídalo věkové hranici, proto byly jejich odpovědi vyřazeny. **Velikost výzkumného souboru** tedy činila 345 respondentů ve věku od 15 do 22 let.

#### 4.5 Technika sběru dat

V souladu s cílem výzkumu jsme zvolili kvantitativní pojetí výzkumu formou dotazníkového šetření. Gavora (2000, s. 31) zmiňuje, že „...kvantitativní výzkum pracuje s číselnými údaji. Zjišťuje množství, rozsah nebo frekvenci výskytu jevů, resp. jejich míru (stupeň). Číselné údaje se dají matematicky zpracovat. Je možné je sčítat, vypočítat jejich průměr, vyjádřit je v procentech nebo použít další metody matematických statistik“.

Pro sběr dat jsme si zvolili nestandardizovaný dotazník. Z části jsme se inspirovali dotazníkem od Mehmeta Eskina - Eskin's Attitudes towards Suicide Scale (EATSS), konkrétně od otázky č. 11 – 21 (Eskin, 2013). Dotazník se skládá z 28 otázek uvedených níže. Před samotnými otázkami jsou demografické údaje zjišťující údaje o respondentech - pohlaví, věk, typ střední školy a rodiny, náboženské přesvědčení. Otázka týkající se věku je zároveň i otázkou filtrační, zjišťující zda respondent splňuje požadavky pro náš výzkum. Další otázky dotazníku byly tvořeny tak, aby se vždy vztahovaly ke zvoleným dílčím otázkám a cílům.

V dotazníku byly užity otázky uzavřené, polootevřené, jedna otázka byla otevřená, avšak ve větší míře jsme použili otázky škálové. Konkrétně byla použita pořadová škála o pěti stupních - zcela souhlasím (1), souhlasím (2), nejsem rozhodnutý/á (3), nesouhlasím (4), zcela nesouhlasím (5). V dotazníku se nacházela 1 reverzní položka a to č. 11. Tato položka byla překódována. Při zpracování dotazníku byly vyplněné odpovědi vyhodnoceny na základě četnosti a procentuálního vyjádření nebo na základě průměrné hodnoty. Znázorněny byly do grafů nebo tabulek.

V níže uvedené tabulce jsou uvedeny dílčí výzkumné otázky a k nim se vážící jednotlivé otázky z dotazníku.

Tabulka 1 Otázky v dotazníku a jejich vazba na výzkumné otázky

Dílčí výzkumné otázky	Č.	Otázky v dotazníku
<b>DVO1</b>	6	Jaká charakteristika podle Vás nejvíce vystihuje pojem sebevraždy?
	7	Jaká je podle Vás nejčastější příčina sebevražd u adolescentů?
	8	Odkud jste doposud získal/a nejvíce informací o sebevražděném jednání?
	9	Myslíte si, že zveřejňování sebevražd v médiích může svádět a podněcovat k dalším sebevraždám?
	10	Znáte nějaké zařízení, centra apod., které mohou lidem pomoci se sebevražděným jednáním? (Pokud ano, jaké?)
<b>DVO2</b>	11	Odsuzujete sebevraždu?
	12	Mají podle Vás lidé právo vzít si život?
	13	Má podle Vás osoba, která ztratila smysl života, právo se zabít?
	14	Může být podle Vás sebevražda jediným řešením některých problémů?
	15	Myslíte si, že osoba, která trpí nevléčitelnou nemocí, má právo se zabít?
	16	Existují podle Vás situace, kdy je sebevražda jediným racionálním řešením?
	17	Myslíte si, že se dá pomoci lidem, kteří se chtějí zabít?
	18	Souhlasíte s tím, že pokud si chce někdo vzít život, je to jeho rozhodnutí a ostatní by do toho neměli zasahovat?
	19	Myslíte si, že se dá sebevražděnému jednání předcházet?
	20	Myslíte si, že jakmile se člověk rozhodne spáchat sebevraždu, tak ho nikdo nezastaví?



<b>DVO3</b>	21	Myslíte si, že je povinností každého člověka zastavit někoho před sebevraždou?
	22	Kdybyste zjistili, že Váš kamarád chce spáchat sebevraždu, co by bylo podle Vás nejlepší udělat?
	23	Myslíte si, že lidem, kteří trpí sebevražednými myšlenkami, mohou pomoci odborníci nebo se s tím člověk dokáže vyrovnat sám či stačí pomoc blízkých osob?
	24	Pokud byste měli velké problémy a potřebovali pomoc, na koho byste se obrátili?
	25	Setkali jste se ve škole s nějakým typem preventivního programu proti sebevražednosti?
	26	Myslíte si, že je důležité mít na školách preventivní programy proti sebevražednosti?
<b>DVO4</b>	4	Jste věřící?
	11	Odsuzujete sebevraždu?
	12	Mají podle Vás lidé právo vzít si život?
	13	Má podle Vás osoba, která ztratila smysl života, právo se zabít?
	14	Může být podle Vás sebevražda jediným řešením některých problémů?
	15	Myslíte si, že osoba, která trpí nevléčitelnou nemocí, má právo se zabít?
	16	Existují podle Vás situace, kdy je sebevražda jediným racionálním řešením?
<b>DVO5</b>	27	Pokusil jste se někdy ukončit svůj život?
	28	Přemýšlel jste někdy o sebevraždě?
	1	Pohlaví?
	5	V jakém typu rodiny žijete?

<b>DVO6</b>	27	Pokusili jste se někdy ukončit svůj život?
	28	Přemýšleli jste někdy o sebevraždě?

Vlastní zdroj

#### 4.6 Způsob zpracování dat

Shromážděná data byla zpracována v programu Microsoft Office Excel. Nejprve byla získaná data zaznamenána do tabulky, kde řádky označovaly jednotlivé respondenty a sloupce konkrétní otázky v dotazníku. Z tohoto záznamu odpovědí bylo možno vytvořit tabulky absolutních a relativních četností nebo průměrných hodnot. Záleželo na typu otázky v dotazníku. Odpovídající hodnoty byly zobrazeny graficky nebo prostřednictvím tabulek.

Pomocí četností a procentuálního vyjádření nebo na základě průměrné hodnoty byly zpracovány dílčí popisné výzkumné otázky (DVO č. 1 – 3.) Konkrétně jsme prostřednictvím průměrné hodnoty zpracovávali odpovědi na škálové otázky, přičemž vyšší průměrná hodnota na škále (1 – 5) znamená, větší míru **nesouhlasu** s danou otázkou v dotazníku. U relačních dílčích výzkumných otázek (DVO č. 4 – 6) jsme si stanovili 5 hypotéz a pomocí statistických metod jsme je ověřovali. Při ověřování hypotézy  $H_1$  jsme použili t-test a při ověřování  $H_2$  a  $H_3$  jsme užívali test nezávislosti chí-kvadrát pro čtyřpolní tabulku. U  $H_4$  a  $H_5$  jsme použili test nezávislosti chí-kvadrát pro kontingenční tabulku.

V následující tabulce je uvedeno, jak byla každá dílčí výzkumná otázka vyhodnocena a zobrazena.

Tabulka 2 Vyhodnocení a zobrazení DVO

<b>DVO1</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vyjádřeno procenty a četností</li> <li>• Zobrazeno v grafu</li> </ul>
<b>DVO2</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vyjádřeno průměrnou hodnotou</li> <li>• Zobrazeno v tabulce</li> </ul>
<b>DVO3</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hodnoty získané z Likertovy škály (otázky č. 16 – 20) - vyjádřeny průměrnou hodnotou</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"><li>• Zobrazeny v tabulce</li><li>• Ostatní hodnoty vyjádřeny četností a procenty</li><li>• Zobrazeny v grafu</li></ul>
<b>DVO4</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Vztah jsme zjistili na základě <math>H_1</math> pomocí t-testu</li></ul>
<b>DVO5</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Vztah jsme zjistili na základě <math>H_2</math>: test nezávislosti chí-kvadrát pro čtyřpolní tabulku</li><li>• Vztah jsme zjistili na základě <math>H_3</math>: test nezávislosti chí-kvadrát pro čtyřpolní tabulku</li></ul>
<b>DVO6</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Vztah jsme zjistili na základě <math>H_4</math>: test nezávislosti chí-kvadrát pro kontingenční tabulku.</li><li>• Vztah jsme zjistili na základě <math>H_5</math>: test nezávislosti chí-kvadrát pro kontingenční tabulku.</li></ul>

Vlastní zdroj

## 5 ANALÝZA VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

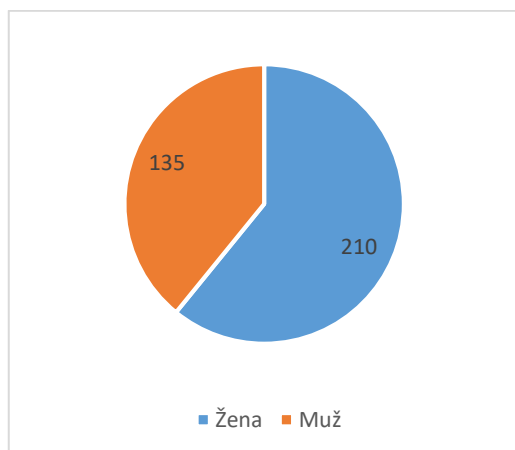
Tato kapitola se zabývá celkovým popisem a vyhodnocením dat, které jsme získali pomocí dotazníkového šetření. V rámci vyhodnocování výsledků našeho výzkumného šetření byla data rovněž vyříděna na základě charakteristik respondentů. Dále jsme provedli deskriptivní analýzu a vyhodnocení hypotéz. Tato část nám pomohla nalézt odpovědi na stanovené výzkumné cíle výzkumu. V poslední kapitole jsme provedli interpretaci dat.

### Charakteristika výzkumného souboru

Nejdříve jsme se zaměřili na složení respondentů, kteří se zúčastnili našeho výzkumu. Charakteristiku našeho výzkumného souboru zjišťovaly demografické otázky č. 1 - 5. Zajímali nás charakteristiky jako je pohlaví, věk, typ střední školy a rodiny, náboženské přesvědčení.

### Otázka č 1. jste?

Graf 1 Pohlaví respondentů

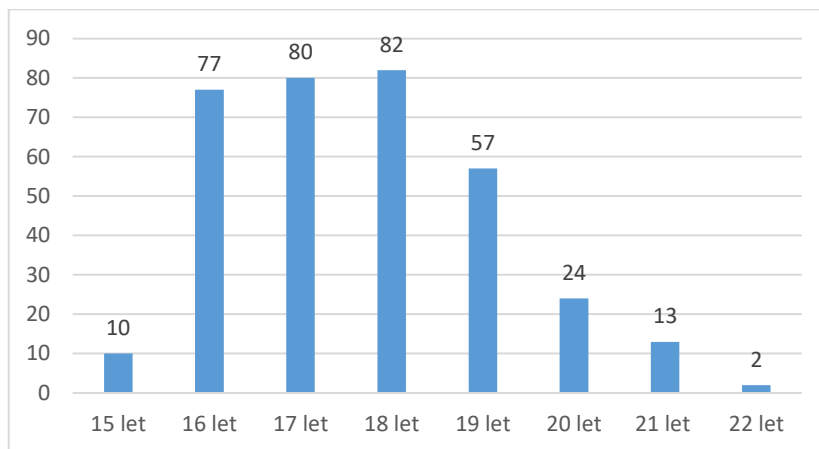


Vlastní zdroj

Oslovováni byli chlapci i dívky. Z výše uvedeného grafu vyplývá, že dotazník vyplnilo 210 dívek, což tvoří 60,9 % a 135 chlapců tedy 39,1 % všech dotazovaných.

**Otázka č. 2: Kolik Vám je let?**

Graf 2 Věk respondentů

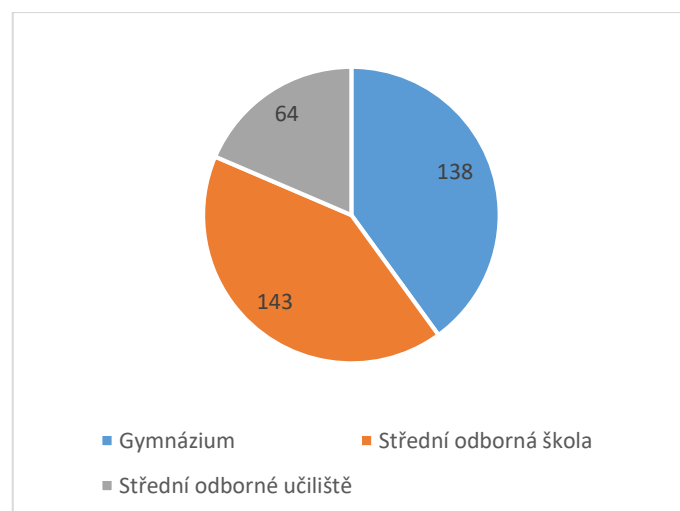


Vlastní zdroj

Graf č. 2 ukazuje věkové složení respondentů. Z grafu vyplývá, že respondentů ve věku 15 let je 10 (2,9 %). Respondentů ve věku 16 let je 77 (22,3 %). Ve věku 17 let se zúčastnilo 80 (23,2 %) respondentů. Největší počet respondentů představují adolescenti ve věku 18 let, tedy 82 (23,8 %). Respondentů ve věku 19 let je 57 (16,5 %). Ve věku 20 let je 24 (7 %) respondentů a ve věku 21 let 13 (3,8 %) respondentů. Nejmenší věkové zastoupení tvoří respondenti ve věku 22 let, byli pouze 2 (0,6 %).

**Otázka č. 3: Jaký typ střední školy navštěvujete?**

Graf 3 Typ střední školy

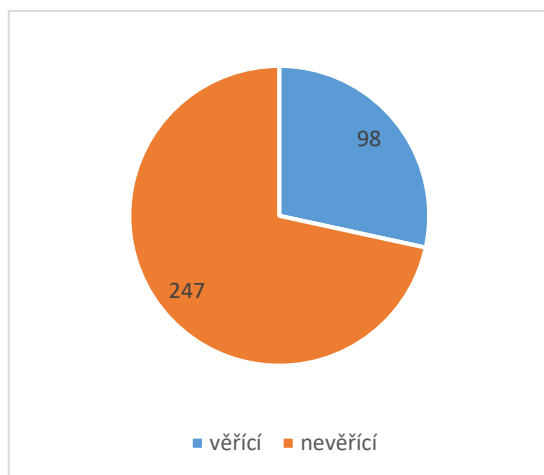


Vlastní zdroj

Z grafu č. 3 vyplývá, že 143 (41,4 %) respondentů navštěvuje střední odbornou školu. Gymnázium navštěvuje 138 (40 %) respondentů. Nejméně je respondentů ze středního odborného učiliště, a to 60 (18,6 %).

#### Otázka č. 4: Jste věřící?

Graf 4 Náboženské přesvědčení respondentů

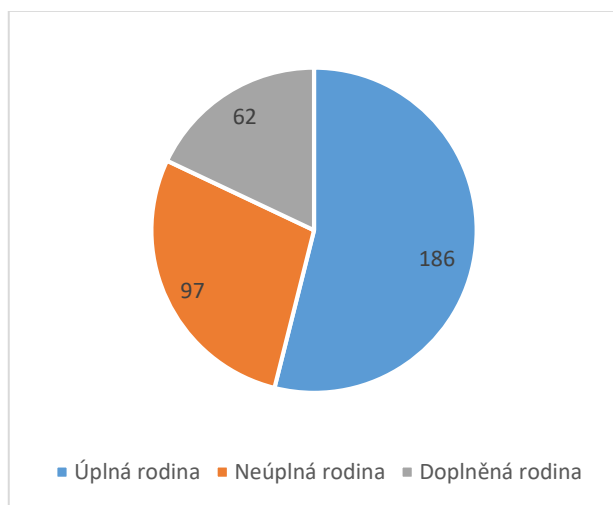


Vlastní zdroj

Z grafu č. 4 vyplývá, že v našem výzkumném souboru se vyskytuje více nevěřících adolescentů. Nevěřících je 247 (71,6%) a věřících 98 (28,4%).

#### Otázka č. 5: V jakém typu rodiny žijete?

Graf 5 Typ rodiny



Vlastní zdroj

Z grafu č. 5 je zřejmé, že převažují respondenti z úplné rodiny, kterých je 186 (53,9 %). Z neúplné rodiny je 95 (28,1 %) respondentů a z doplněné 62 (18 %).

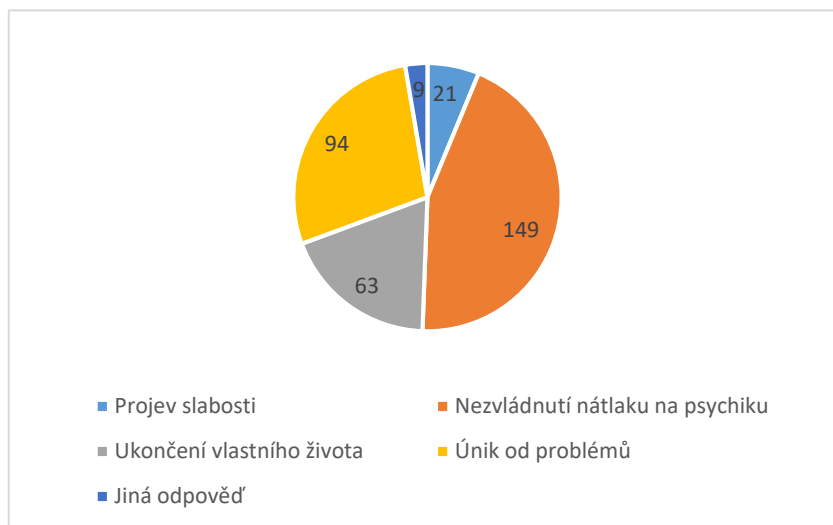
## 5.1 Deskriptivní analýza dat

V této podkapitole se budeme věnovat vyhodnocení získaných dat z výzkumného šetření.

**DVO1: Jaká je informovanost adolescentů ve vybraných oblastech suicidality?** (Souvisí s otázkami č. 6 – 10)

**Otázka č. 6:** Jaká charakteristika podle Vás nejvíce vystihuje pojem sebevražda?

Graf 6 Charakteristika sebevraždy

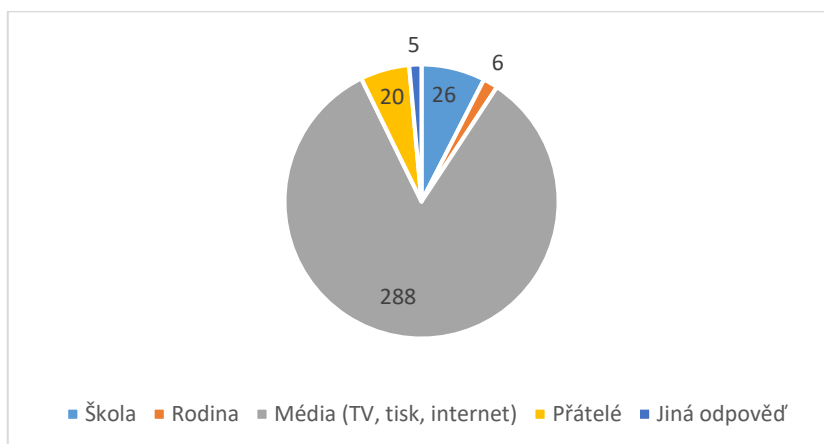


Vlastní zdroj

Z grafu č. 6 vyplývá, že nejvíce respondentů 149 (43,2 %) vnímá sebevraždu jako nezvládnutí nátlaku na psychiku. Jako druhou nejčastější odpověď označilo 94 (27,5 %) respondentů únik od problémů. Ukončení vlastního života zvolilo 70 (20,3 %) respondentů a projev slabosti 22 (6,4 %) respondentů. Vlastní odpověď využilo 9 (2,6 %) respondentů. Objevovali se u nich charakteristiky jako například definitivní řešení, ztráta smyslu života, kombinace všech možných variant, osvobození, projev sobectví, deprese, tragédie a poslední možné řešení.

**Otázka č. 7:** Odkud jste doposud získal/a nejvíce informací o sebevražedném jednání?

Graf 7 Informace o sebevražedném jednání

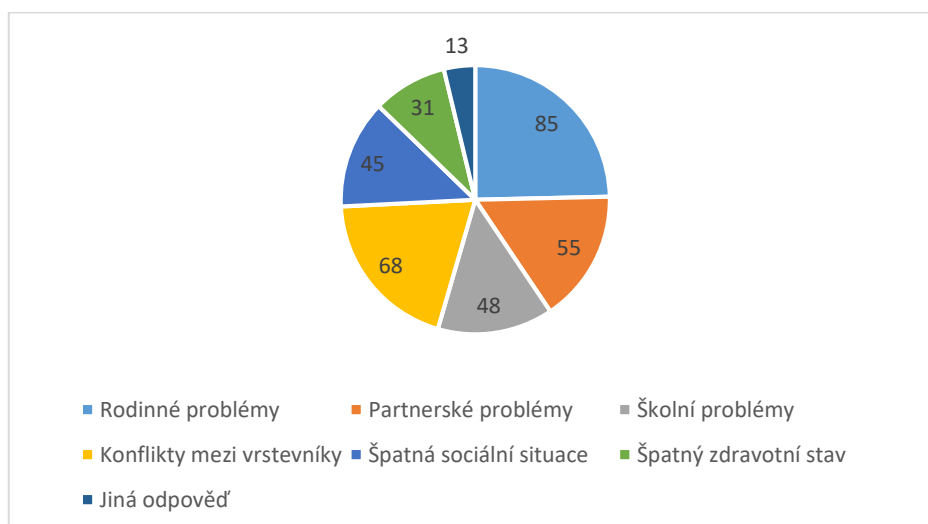


Vlastní zdroj

Nejčastěji získávají respondenti informace o sebevražedném jednání z médií a to 288 krát (84 %), dále ze školy 26 krát (8 %), od přátel 20 krát (6 %), informace od rodiny obdrželo jen 6 (1 %) respondentů, vlastní odpověď využili 5 (1 %) respondentů. Jako jiné zdroje informací respondenti uvedli knihy, psychiatrickou léčebnu, od sebe samotného (2 krát) a od každého trochu.

**Otázka č. 8:** Jaká je podle Vás nejčastější příčina sebevražd u adolescentů?

Graf 8 Příčiny sebevražd



Vlastní zdroj

Nejčastější příčinou sebevražd u adolescentů jsou dle respondentů rodinné problémy, tuto variantu označilo 85 (24,6 %) respondentů. Jako druhou nejčastější příčinu označilo 68 (19,7 %) respondentů konflikt mezi vrstevníky. Partnerské problémy zvolilo 55 (15,9 %)



respondentů, školní problémy 48 (13,9 %) respondentů, špatnou sociální situaci 45 (13 %) respondentů, špatný zdravotní stav 31 (9 %) respondentů a možnost vlastní odpovědi využilo 13 (3,8 %) respondentů. Jako jiné nejčastější příčiny adolescenti uvedli psychické problémy (8 krát), existenciální krizi, drogovou závislost nebo více možných variant dohromady (3 krát).

**Otázka č. 9: Myslíte si, že zveřejňování sebevražd v médiích může svádět a podněcovat k dalším sebevraždám?**

Tabulka 3 Zveřejňování sebevražd

	<b>Průměr</b>	<b>Směrodatná odchylka</b>
Zveřejňování sebevražd	2,997	1,074

Vlastní zdroj

V tabulce č. 1 je uvedena průměrná hodnota, kterou respondenti přisuzují vlivu médií na zvyšování výskytu sebevražd (hodnocení na škále 1 – 5). Výsledná průměrná hodnota otázky č. 9 je 2,997 (SD = 1,074).

**Otázka č. 10: Znáte nějaká zařízení, centra apod., která mohou lidem pomoci zabránit sebevražednému jednání? (pokud ano, napiš jaké)**

Tabulka 4 Znalost odborných institucí

<b>Kategorizace otevřených odpovědí</b>	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost</b>
Krizové telefonní linky	81	23,5 %
Krizové centra	7	2%
Psychiatrická nebo psychologická pomoc	37	10,7%
Neznalost	220	63,8%
Celkem	345	100%

Vlastní zdroj

Otázka č. 10 byla otevřená. Respondenti měli uvést, zda a jaké znají odborné instituce, které mohou lidem pomoci zabránit sebevražednému jednání. Respondenti nejčastěji uvedli odpověď „žádné“, uvedlo tak 220 (63,8 %) respondentů. Na druhém místě se

umístila odpověď „krizové telefonní linky“, které uvedlo 81 (23,5 %) respondentů. Psychiatrickou nebo psychologickou pomoc zvolilo 37 (10,7 %) respondentů. Nejméně zastoupenou odpovědí byla krizová centra. Tuto odpověď uvedlo 7 (2 %) respondentů.

Z výše uvedené tabulky vyplývá, že velká většina respondentů nemá ponětí o žádných odborných institucích, které by mohly pomoci zabránit sebevražednému jednání.

## DVO 2: Jaká je akceptace sebevražd u adolescentů? (Souvisí s otázkou č. 11 – 16)

Tabulka 5 Otázky č. 11 - 16

Otázky č.		Průměr	Směrodatná odchylka
11	Odsuzujete sebevraždu?	2,980	1,185
12	Myslíte si, že mají lidé právo vzít si život?	2,699	1,301
13	Má podle Vás osoba, která ztratila smysl života, právo se zabít?	3,299	1,249
14	Může být podle Vás sebevražda jediným řešením některých problémů?	3,791	1,297
15	Myslíte si, že osoba, která trpí nevyléčitelnou nemocí, má právo se zabít?	2,357	1,148
16	Existují podle Vás situace, kdy je sebevražda jediným racionálním řešením?	3,368	1,351
<b>Celkem</b>		3,086	1,259

Vlastní zdroj

Tabulka č. 4 zobrazuje průměrné hodnoty u otázek č. 11 – 16 (Hodnocení na škále od 1 – 5). Průměrná hodnota u otázky č. 11 vyšla 2,980 (SD = 1,185). U otázky č. 12 je průměrná hodnota 2,699 (SD = 1,301). Otázka č. 13 má průměrnou hodnotu 3,299 (SD = 1,249).

Průměrná hodnota u otázky č. 14 je 3,791 (SD = 1,297). U otázky č. 15 činí průměrná hodnota 2,357 (SD = 1,351) a u otázky č. 16 je tato hodnota 3,368 (SD = 1,351). Celkový průměr z uvedených hodnot je 3,086.

**DVO3: Jaký je názor adolescentů na prevenci sebevražedného jednání?** (Souvisí s otázkou č. 17 – 23.

Tabulka č. 5: Otázky č. 17 - 21

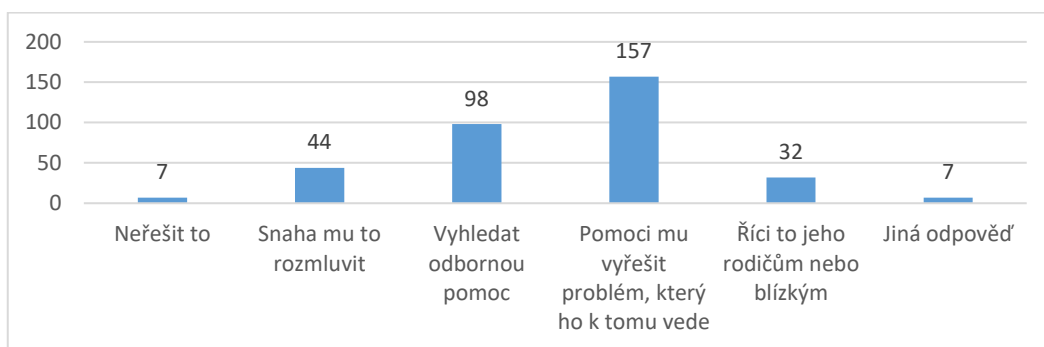
Otázky č.		Průměr	Směrodatná odchylka
17	Myslíte si, že se dá pomoci lidem, kteří se chtějí zabít?	1,678	0,750
18	Souhlasíte s tím, že pokud si chce někdo vzít život, je to jeho rozhodnutí a ostatní by do toho neměli zasahovat?	3,783	1,030
19	Myslíte si, že se dá sebevražednému jednání předcházet?	1,780	0,820
20	Myslíte si, že jakmile se člověk rozhodne spáchat sebevraždu, tak ho nikdo nezastaví?	3,852	0,958
21	Myslíte si, že je povinností každého člověka zastavit někoho před sebevraždou?	2,209	1,093
<b>Celkem</b>		2,660	0,930

Vlastní zdroj

Tabulka č. 5 zobrazuje průměrné hodnoty u otázek č. 17 – 23 (Hodnocení na škále od 1 – 5). Průměrná hodnota u otázky č. 17 vyšla 1,678 (SD = 0,750). U otázky č. 18 je průměrná hodnota 3,783 (SD = 1,030). Otázka č. 19 má průměrnou hodnotu 1,780 (SD = 0,820). Průměrná hodnota u otázky č. 20 je 3,852 (SD = 0,958). U otázky č. 21 činí průměrná hodnota 2,209 (SD = 1,093) Celkový průměr z uvedených hodnot je 2,660.

**Otázka č. 22:** Kdybyste zjistili, že Váš kamarád/ka chce spáchat sebevraždu, co by bylo podle Vás nejlepší první udělat?

Tabulka 6 Způsob pomoci při sebevražedném jednání

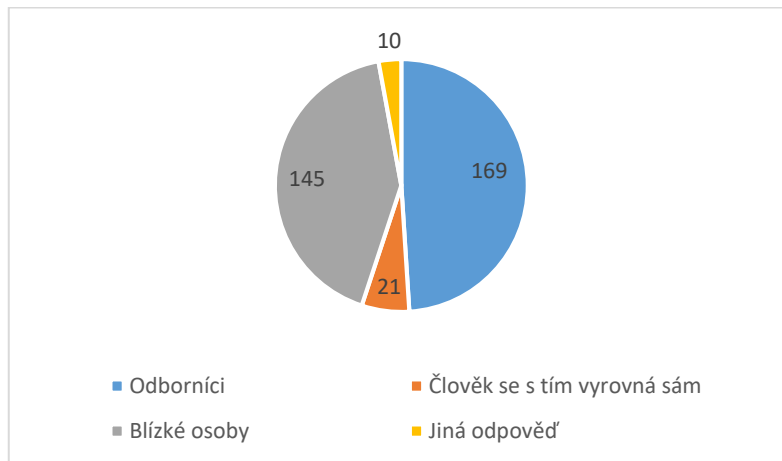


Vlastní zdroj

Pokud by se respondenti dozvěděli, že jejich kamarád chce spáchat sebevraždu, většina z nich by se nejdříve snažila mu pomoci vyřešit problém, který ho k sebevražednému činu vede, tuto variantu zvolilo 157 (45,5 %) respondentů. Přímo by vyhledalo odbornou pomoc 98 (28,4 %) respondentů, 44 (12,8 %) respondentů by se jako první snažili svému kamarádovi sebevražedný akt rozmluvit, 32 (9,3 %) respondentů by o sebevražedném úmyslu jejich kamaráda řekli jeho rodičům nebo blízkým. Neřešilo by to 7 (2 %) respondentů. Vlastní odpověď zvolilo 7 (2 %) respondentů. Všichni respondenti, kteří využili možnost vlastní odpovědi, by v případě takového zjištění skombinovali více způsobů, jak v takové situaci pomoci svému příteli.

**Otázka č. 23:** Kdo myslíte, že může nejvíce pomoci lidem, kteří trpí sebevražednými sklony?

Graf č. 10 Nejlepší pomoc při sebevražedných sklonech

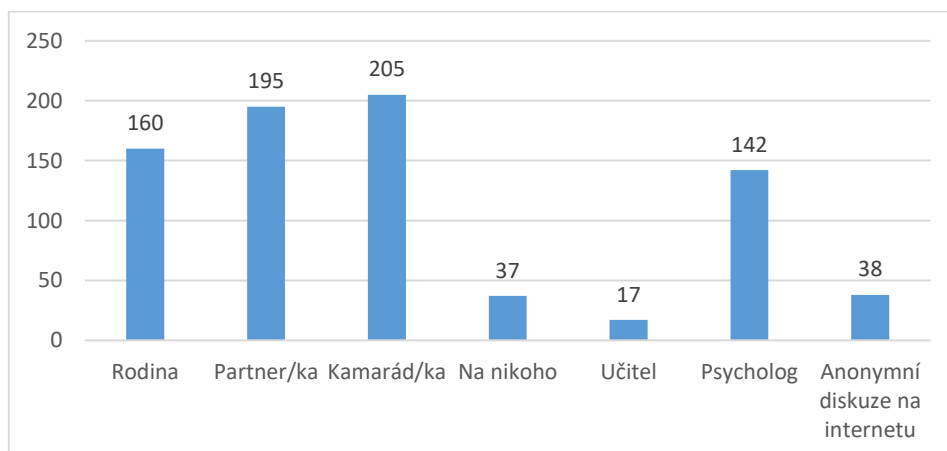


Vlastní zdroj

Podle 169 (49 %) respondentů nejefektivněji dokážou lidem se sebevražednými sklony pomoci odborníci. Blízké osoby uvedlo 145 (42 %) respondentů. Odpověď, že se s tím člověk dokáže vyrovnat sám, zvolilo 21 (6,1 %) respondentů. Celkem 10 (2,9 %) respondentů využilo možnost vlastní odpovědi, kdy podle nich nejvíce dokážou pomoci osoby, které si prošly něčím podobným (2 krát), nebo volili obě varianty - jak odborníky, tak blízké osoby (8 krát).

**Otázka č. 24:** Pokud byste měli velké problémy a potřebovali pomoci, na koho byste se obrátili?

Tabulka 7 Pomoc při velkých problémech



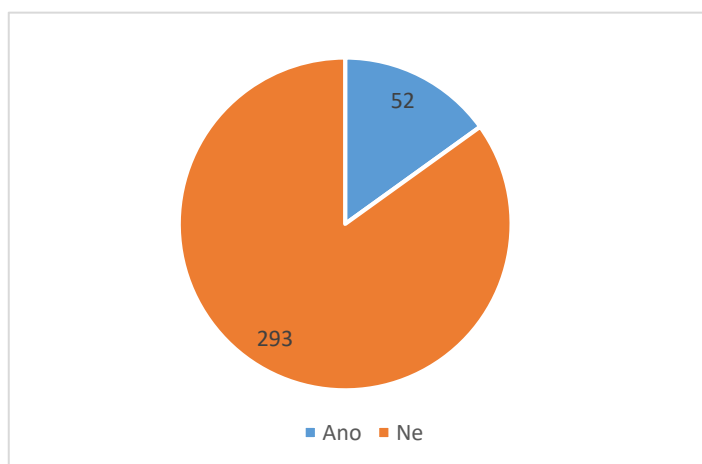
Vlastní zdroj

Sloupcový graf znázorňuje četnosti odpovědí respondentů na otázku, na koho by se obrátili v případě velkých problémů a potřeby pomoci. U této otázky mohli respondenti uvést více možností. Procentuální vyjádření se rovná podílu absolutních četností z odpovědí respondentů a celkovým počtem odevzdaných dotazníků ( $n = 345$ ).

Nejvíce respondentů by se v první řadě obrátilo na své přátele. Tuto možnost zvolili 205 krát (25,8 %). Druhou nejčastější variantou byl partner, a to 195 (24,6 %) krát. Rodina byla zvolena 160 krát (20,2 %). Ve velkém počtu respondenti zvolili variantu psychologa, a to 142 krát (17,9 %). Na anonymní diskuzi na internetu by se obrátilo 38 (4,8 %) respondentů a 37 (4,7 %) respondentů by se neobrátilo na nikoho. Pomoc učitele by vyhledalo 17 (2 %) respondentů.

**Otázka č. 25** Setkali jste se ve škole s nějakým typem preventivního programu proti sebevražednosti?

Tabulka 8 Zkušenost s preventivním programem proti sebevražednosti



Vlastní zdroj

Počet respondentů, kteří se ve škole setkali s nějakým typem preventivního programu proti sebevražednosti, je 52 (15 %). Většina respondentů se však s žádným typem preventivního programu ve škole nesetkala, tuto odpověď uvedlo 293 (85 %) respondentů.

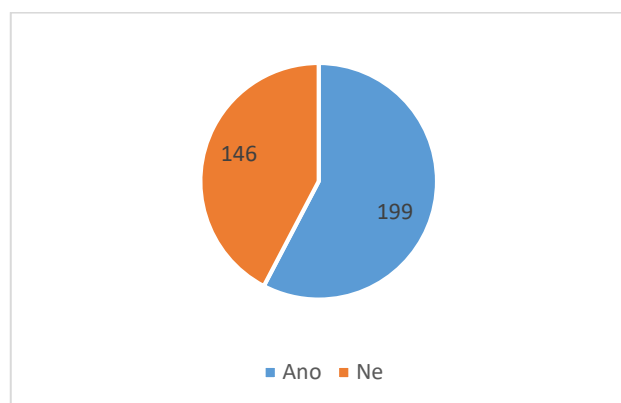
**Otázka č. 26:** Myslíte si, že je důležité mít na školách preventivní programy proti sebevraždnému jednání?

Tabulka 9 Důležitost preventivních programů na školách.

	Průměr	Směrodatná odchylka
Důležitost PP	2,009	0,966

**Otázka č. 27** Pokusili jste se někdy ukončit svůj život?

Graf 9 Pokus o sebevraždu

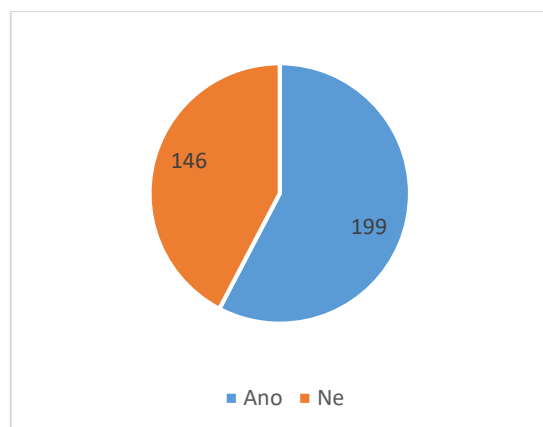


Vlastní zdroj

Celkem 306 (88,7 %) respondentů uvedlo, že se o sebevraždu nikdy nepokusili. K pokusu o sebevraždu se přiznalo 39 (11,3 %) respondentů.

**Otázka č. 28** Přemýšleli jste někdy o sebevraždě?

Graf 10 Myšlenky na sebevraždu



Vlastní zdroj

Myšlenky na sebevraždu přiznalo 146 (42,3 %) respondentů. Ostatní respondenti popřeli, že by někdy měli sebevražedné myšlenky, a to 199krát (57,7 %).

## 5.2 Vyhodnocení hypotéz

### DVO4: Jaké jsou rozdíly v akceptaci sebevraždy u adolescentů v závislosti na jejich náboženském přesvědčení?

K výše uvedené 4. dílčí výzkumné otázce jsme si stanovili následující hypotézu:

H<sub>1</sub>: Předpokládáme, že existují rozdíly v akceptaci sebevraždy u adolescentů v závislosti na jejich náboženském přesvědčení.

H<sub>0</sub>: Neexistuje statisticky významný rozdíl mezi akceptací sebevraždy u adolescentů a jejich náboženským přesvědčením

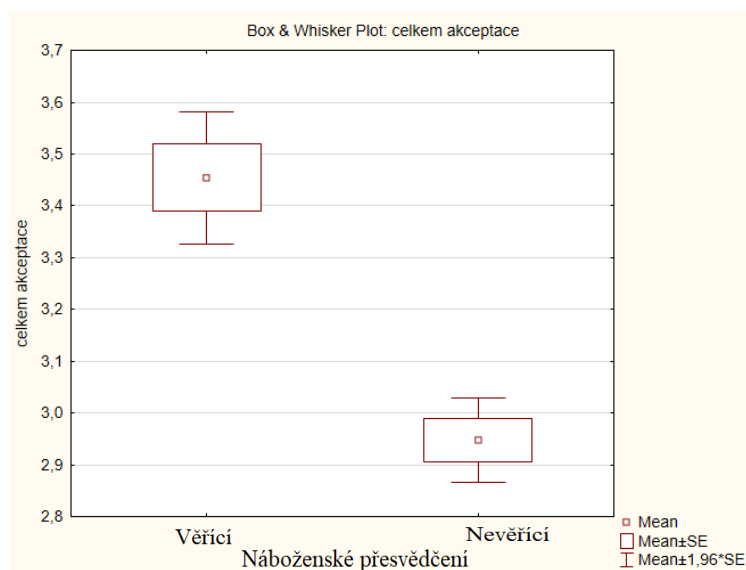
H<sub>A</sub>: Existuje statisticky významný rozdíl mezi akceptací sebevraždy u adolescentů a jejich náboženským přesvědčením.

Tabulka 10 T-test pro H<sub>1</sub>

T-tests; Grouping: E (Odpovede z formulára 1 in dostatistiky)											
Group 1: 1											
Group 2: 2											
Variable	Mean 1	Mean 2	t-value	df	p	Valid N 1	Valid N 2	Std.Dev. 1	Std.Dev. 2	F-ratio Variances	p Variances
celkem akceptace	3,454082	2,947368	6,497575	343	0,000000	98	247	0,643400	0,657059	1,042909	0,824269

Vlastní zdroj

Graf 11 Krabicový graf pro H<sub>1</sub>



Vlastní zdroj



Z výše uvedené tabulky a grafu vyplývá, že v akceptaci sebevražedného jednání u adolescentů v závislosti na jejich pohlaví existuje významný rozdíl ( $p = 0,000$ ;  $p < 0,01$ ). Na základě výsledků tedy zamítáme nulovou hypotézu a platí, že **existuje statisticky významný rozdíl mezi akceptací sebevraždy u adolescentů a jejich náboženským přesvědčením**. Dále je z tabulky i grafu patrné, že věřící adolescenti méně akceptují sebevraždu.

Pro kontrolu jsme provedli neparametrický test: U-test Manna a Whitneyho, jehož výsledek nám potvrdil závěr parametrického testu.

**DVO5: Jak je vztah mezi pohlavím adolescenta a jeho vlastní zkušeností se sebevražedným jednáním?**

*K výše uvedené 6. dílčí výzkumné otázce jsme si stanovili následující dvě hypotézy:*

$H_2$ : Předpokládáme, že existuje vztah mezi vlastní zkušeností se sebevražednými myšlenkami a pohlavím adolescentů.

$H_0$ : Mezi vlastní zkušeností se sebevražednými myšlenkami a pohlavím neexistuje statisticky významná závislost.

$H_A$ : Mezi vlastní zkušeností se sebevražednými myšlenkami a pohlavím existuje statisticky významná závislost.

Tabulka 11 Schéma čtyřpolní tabulky pro H

	<b>Žena</b>	<b>Muž</b>	<b>Celkem</b>
<b>Ano</b>	109 (88,87)	37(57,130)	<b>146</b>
<b>Ne</b>	101(121,13)	98(77,8695)	<b>199</b>
<b>Celkem</b>	<b>210</b>	<b>135</b>	<b>345</b>

Vlastní zdroj

$$\chi^2 = 20,199 > \chi^2_{0,05}(1) = 3,841$$

Hodnota testovacího kritéria  $\chi^2$  je vyšší než kritická hodnota chí-kvadrátu na hladině významnosti 0,05 a stupně volnosti 1.

→ Přijímáme alternativní hypotézu.

Platí, že **mezi vlastní zkušeností se sebevražednými myšlenkami a pohlavím existuje statisticky významná závislost.**

Při podrobnějším zkoumání kontingenční tabulky lze odvodnit, v čem spočívají rozdíly. Z 135 chlapců má vlastní zkušenost se sebevražednými myšlenkami 37 z nich, tj. 27 %. Z 210 dívek má vlastní zkušenost se sebevražednými myšlenkami 109 z nich, tj. 52 %. U dívek se tedy vyskytují sebevražedné myšlenky významně častěji než u chlapců.

$H_3$ : Předpokládáme, že existuje vztah mezi vlastní zkušeností se sebevražedným pokusem a pohlavím adolescentů.

$H_0$ : Mezi vlastní zkušeností se sebevražedným pokusem a pohlavím neexistuje statisticky významná závislost.

$H_A$ : Mezi vlastní zkušeností se sebevražedným pokusem a pohlavím existuje statisticky významná závislost.

Tabulka 12 Schéma čtyřpolní tabulky pro  $H_3$

	<b>Žena</b>	<b>Muž</b>	<b>Celkem</b>
<b>Ano</b>	27 (23,74)	12 (15,26)	<b>39</b>
<b>Ne</b>	183 (186,26)	123 (119,74)	<b>306</b>
<b>Celkem</b>	<b>210</b>	<b>135</b>	<b>345</b>

$$\chi^2 = 1,2874 < \chi^2_{0,05}(1) = 3,841$$

Hodnota testovacího kritéria  $\chi^2$  je nižší než kritická hodnota chí-kvadrátu na hladině významnosti 0,05 a stupně volnosti 1.

→ Přijímáme nulovou hypotézu.

Platí, že **mezi vlastní zkušeností se sebevražedným pokusem a pohlavím neexistuje statisticky významná závislost.**

Při podrobnějším zkoumání kontingenční tabulky lze odvodnit, proč nebyly nalezeny žádné statisticky významné rozdíly. Z 135 chlapců má vlastní zkušenost se sebevražedným pokusem 12 z nich, tj. 9 %. Z 210 dívek má vlastní zkušenost se sebevražedným pokusem 27 z nich, tj. 15 %. Dívky se tedy pokusily o sebevraždu o něco častěji, avšak tento rozdíl nestačí na to, aby byl označen za statisticky významný.

### DVO6: Jaký je vztah mezi vlastní zkušeností se sebevražděným jednáním a typem rodiny adolescentů?

K výše uvedené 6. dílčí výzkumné otázce jsme si stanovili následující dvě hypotézy:

H<sub>4</sub>: Předpokládáme, že existuje vztah mezi vlastní zkušeností se sebevražděnými myšlenkami a typem rodiny adolescentů.

H<sub>0</sub>: Mezi vlastní zkušeností se sebevražděnými myšlenkami a typem rodiny neexistuje statisticky významná závislost.

H<sub>A</sub>: Mezi vlastní zkušeností se sebevražděnými myšlenkami a typem rodiny existuje statisticky významná závislost.

Tabulka č. 10 Schéma kontingenční tabulky pro H<sub>4</sub>

	<b>Doplněná</b>	<b>Úplná</b>	<b>Neúplná</b>	<b>Celkem</b>
<b>Ano</b>	24 (26,24)	84 (78,71)	38 (41,05)	<b>146</b>
<b>Ne</b>	38 (35,76)	102 (107,29)	59 (55,95)	<b>199</b>
<b>Celkem</b>	<b>62</b>	<b>186</b>	<b>97</b>	<b>345</b>

$$\chi^2 = 1,335 < \chi^2_{0,05}(2) = 5,991$$

→ Přijímáme nulovou hypotézu.

Platí, že **mezi vlastní zkušeností se sebevražděnými myšlenkami a typem rodiny neexistuje statisticky významná závislost.**

Při podrobnějším zkoumání kontingenční tabulky lze odvodnit, proč nebyla prokázána žádná statisticky významná závislost. Z 62 respondentů z doplněné rodiny má vlastní zkušenost se sebevražděnými myšlenkami 24 z nich, tj. 39 %. Z 186 respondentů z úplné rodiny má vlastní zkušenost se sebevražděnými myšlenkami 84 z nich, tj. 45 %. Z 97 respondentů z neúplné rodiny má vlastní zkušenost se sebevražděnými myšlenkami 38 z nich, tj. 39 %. Respondenti z úplných rodin mají vlastní zkušenost se sebevražděnými myšlenkami o něco častější, avšak tento rozdíl nestačí na to, aby byl označen za statisticky významný.

$H_5$ : Předpokládáme, že vlastní zkušenost se sebevražedným pokusem je rozdílná v závislosti na typu rodiny.

$H_0$ : Mezi vlastní zkušeností se sebevražedným pokusem a typem rodiny neexistuje statisticky významná závislost.

$H_A$ : Mezi vlastní zkušeností se sebevražedným pokusem a typem rodiny existuje statisticky významná závislost.

Tabulka č. 11 Schéma kontingenční tabulky pro  $H_5$

	Doplňená	Úplná	Neúplná	Celkem
Ano	9 (7,01)	19 (21,03)	11(10,97)	<b>39</b>
Ne	53 (54,99)	167 (164,97)	86 (86,03)	<b>306</b>
Celkem	<b>62</b>	<b>186</b>	<b>97</b>	<b>345</b>

$$\chi^2 = 10,103 > \chi^2_{0,05}(2) = 5,991$$

→ Přijímáme alternativní hypotézu.

Platí, že **mezi vlastní zkušeností se sebevražedným pokusem a typem rodiny existuje statisticky významná závislost.**

Při podrobnějším zkoumání kontingenční tabulky lze odůvodnit, v čem spočívá závislost. Z 62 respondentů z doplněné rodiny má vlastní zkušenost se sebevražedným pokusem 9 z nich, tj. 15 %. Z 182 respondentů z úplné rodiny má vlastní zkušenost se sebevražedným pokusem 19 z nich, tj. 10 %. Z 97 respondentů z neúplné rodiny má vlastní zkušenost 11, tj. 11 %. Respondenti z doplněné rodiny se pokusili o sebevraždu významně častěji než ostatní.

### 5.3 Interpretace dat

Výzkum se zaměřoval na adolescenty z Jihomoravského kraje a kladl si za cíl zjistit jejich názor na suicidální jednání. Zejména nás zajímala informovanost adolescentů o tomto jevu, jejich vztah k sebevražednému jednání a názory na možnou prevenci tohoto jednání. Dále jsme se snažili zjistit, zda se v jejich případě liší akceptace sebevraždy v závislosti na náboženském přesvědčení, nebo jestli existují vztahy mezi pohlavím či typem rodiny a vlast-

ní zkušeností se sebevražedným jednáním. Výzkumného šetření se zúčastnilo 345 osob ve věku od 15 do 22 let. Konkrétně se jednalo o 210 dívek a 135 chlapců.

V rámci výzkumného šetření jsme zjistili následující odpovědi na dílčí výzkumné otázky:

### **DVO1: Jaká je informovanost adolescentů ve vybraných oblastech suicidality?**

Můžeme konstatovat, že respondenti si charakteristiku sebevraždy převážně spojují s neúnosným náporům na psychiku nebo s únikem od problémů. Jen málo z nich ji vnímá jako ukončení vlastního života, i když ji většina odborných definic v tomto smyslu charakterizuje. Nelze však podle toho usuzovat, že by většina respondentů nevěděla, co sebevražda vlastně znamená. Jejich volba odpovědi závisí spíše na úhlu pohledu a zkušenostech s danou tématikou.

Jako nejčastější příčinu sebevražedného jednání u adolescentů respondenti označili rodinné problémy. Toto zjištění koresponduje, jak s výsledkem výzkumu Kalibové z roku 2012, tak i s odbornou literaturou, která označuje rodinné důvody za nejčastější motiv sebevražedného jednání u adolescentů. Rodinné konflikty jsou u dospívajících často považovány za významnou psychosociální příčinu suicidálního jednání (Park a kol., 2006, s. 183).

Za velký nedostatek pokládám, že více než polovina respondentů nedokázala uvést žádnou odbornou instituci, která může pomoci zabránit sebevražednému jednání.

Nejvíce informací o sebevražedném jednání skoro všichni respondenti dosud získali prostřednictvím médií. Vliv médií na sebevražednost, však nevyvracejí ani nepotvrzují, z čehož plyne, že si v této oblasti plně neuvědomují, jakou sílu masové sdělovací prostředky vlastně mají. Podle dosavadních výzkumů tento vliv jednoznačně prokázán byl, zejména u zranitelných osob, mezi které můžeme řadit i adolescenty (Sisask a Värnik, 2012, s. 129). O negativní úloze masmédií hovoří i Koutek a Kocourková (2007, s. 109), vzhledem k tomu, že právě adolescenti mají tendence imitovat různé mediální vzory.

### **DVO2: Jaká je akceptace sebevražd u adolescentů?**

Můžeme konstatovat, že adolescenti celkově sebevraždu nijak zvlášť neakceptují, ale ani neodsuzují, převládá u nich spíše neutrální postoj. Nicméně v případě zda má osoba právo vzít si svůj život, se přiklánějí spíše k souhlasné odpovědi. Se sebevraždou, u které je důvodem ztráta smyslu života, však spíše nesouhlasí. Akceptují sebevraždu, jen pokud osoba trpí nevléčitelnou nemocí. Dále respondenti spíše nesouhlasí s tím, že by sebevražda měla být jediným a racionálním východiskem z neřešitelné situace.

**DVO3: Jaký je názor adolescentů na prevenci sebevražděného jednání?**

Respondenti jsou přesvědčeni, že se dá pomoci lidem, kteří se chtějí zabít, a lze podle nich sebevražděnému jednání předcházet. Dále se spíše přiklání k názoru, že by mělo být povinností každého člověka zastavit kohokoli před sebevraždou.

Pokud by se respondenti dozvěděli, že jejich kamarád se chce zabít, nejvíce z nich by se jako první snažilo dotyčnému pomoci vyřešit mu problém, který ho k tomuto zoufalému činu vede. O něco méně respondentů by přímo vyhledalo odbornou pomoc. Skoro všichni respondenti tak prokázali, že by dokázali adekvátně reagovat, když by hrozilo jejich kamarádovi riziko sebevraždy a jen malá část z nich by tuto hrozbu neřešila.

Dále můžeme konstatovat, že nejvíce respondentů je toho názoru, že nejefektivnější pomoc lidem se sebevražděnými sklony dokážou poskytnout odborníci a blízké osoby. Jen málo z nich si myslí, že jedinec si dokáže se sebevražděnými sklony poradit sám.

Pokud by se sami respondenti ocitli v problémové situaci, která vyžaduje pomoc, ve velkém počtu by se obrátili hlavně na své kamarády nebo partnera. Možnost obrátit se na rodinu byla zvolena až jako třetí nejčastější. Toto zjištění odpovídá skutečnosti, že v dospívání dominují vztahy mezi vrstevníky, kdy se adolescent raději svěřuje se svými problémy svým kamarádům než svým rodičům (Ševčíková, 2014, s. 96).

Co se týče prevence na škole, tak drtivá většina respondentů se nikdy nesetkala s žádným typem preventivního programu proti sebevražděnému jednání, i když je podle jejich názoru důležité takový preventivní program na škole mít. K obdobnému zjištění o nedostatečném výskytu preventivních programů proti sebevražděnému jednání na školách, dospěla ve svém výzkumu i Kalibová (2012). K tomuto zjištění přispívá i fakt, že v České republice chybí národní strategie prevence sebevražd nebo jiný program komplexní prevence.

**DVO4: Jaké jsou rozdíly v akceptaci sebevraždy u adolescentů v závislosti na jejich náboženském přesvědčení?**

Odpověď na výše uvedenou dílčí výzkumnou otázku jsme získali pomocí stanovené hypotézy:

H<sub>1</sub>: Předpokládáme, že existují rozdíly v akceptaci sebevraždy u adolescentů v závislosti na jejich náboženském přesvědčení.

Na základě statistického vyhodnocení **byla H<sub>1</sub> potvrzena**. Můžeme tedy konstatovat, že věřící akceptují sebevraždu méně než nevěřící. Ke stejnému závěru dospěli ve svém

výzkumu i Jukkala a Mäkinen (2011, s. 126), Eskin (2004, s. 537) nebo Stacka a Ksoposowa (2008, s. 43).

#### **DVO5: Jaký je vztah mezi pohlavím adolescenta a jeho vlastní zkušeností se sebevražedným jednáním?**

Odpověď na výše uvedenou dílčí výzkumnou otázku jsme získali pomocí dvou stanovených hypotéz:

H<sub>2</sub>: Předpokládáme, že existuje vztah mezi vlastní zkušeností se sebevražednými myšlenkami a pohlavím adolescentů.

Na základě statistického vyhodnocení **byla H<sub>2</sub> potvrzena**. Z toho vyplývá, že u dívek se sebevražedné myšlenky objevují častěji než u chlapců. Pohlaví tak má na sebevražedné myšlenky vliv. S větším výskytem sebevražedných myšlenek u dívek se shoduje i výsledek výzkumu Parka (2006, s. 185) či Leea a Kima (2017, s. 763).

H<sub>3</sub>: Předpokládáme, že existuje vztah mezi vlastní zkušeností se sebevražedným pokusem a pohlavím adolescentů.

Na základě statistického vyhodnocení **nebyla H<sub>3</sub> potvrzena**. Podle našich výsledků můžeme sice usoudit, že dívky mají o něco častější vlastní zkušenost se sebevražedným pokusem než chlapci, ale rozdíl je v tomto případě natolik malý, že jej nelze považovat za významný. Nelze tedy vyvodit závěr, že by pohlaví mělo u adolescentů vliv na vlastní zkušenost s pokusem o sebevraždu.

#### **DVO6: Jaký je vztah mezi vlastní zkušeností se sebevražedným jednáním a typem rodiny adolescentů?**

Odpověď na výše uvedenou dílčí výzkumnou otázku jsme získali pomocí dvou stanovených hypotéz:

H<sub>4</sub>: Předpokládáme, že existuje vztah mezi vlastní zkušeností se sebevražednými myšlenkami a typem rodiny adolescentů.

Na základě statistického vyhodnocení **nebyla H<sub>4</sub> potvrzena**. Z výsledků lze vyvodit, že vlastní zkušenost se sebevražednými myšlenkami není závislá na typu rodiny adolescenta. I přesto, že zde závislost prokázána nebyla, přeci jen se v tomto případě, vyskytovaly zanedbatelné rozdíly, kdy u respondentů z úplných rodin byly sebevražedné myšlenky o něco častější než u ostatních. Tyto rozdíly, i když nepatrné, dokládají skutečnost, že úplná rodina nemusí být zárukou bezproblémového dospívání.

H<sub>5</sub>: Předpokládáme, že vlastní zkušenost se sebevražedným pokusem je rozdílná v závislosti na typu rodiny.

Na základě statistického vyhodnocení **byla H<sub>5</sub> potvrzena**. Můžeme tedy konstatovat, že typ rodiny adolescenta je závislý na vlastní zkušenosti s pokusem o sebevraždu. Nejčastěji mají vlastní zkušenost s pokusem o sebevraždu dospívající z doplněné rodiny. Toto zjištění dokládá i výzkum Benešové (2008, s. 125), ve kterém potvrzuje, že u dospívajících z rozvrácené původní rodiny, která je posléze doplněná o nového partnera, se ve větší míře vyskytuje pokus o sebevraždu. Dospívající, kteří vyrůstají v doplněné rodině, se musí vypořádat nejen s rozchodem svých rodičů, ale i s přijetím nového partnera svého rodiče, někdy i s přijetím nových, nevlastních sourozenců. Tato skutečnost může znamenat pro adolescenta spoustu problémů, jak s jeho s rodičem, tak i s novým partnerem rodiče a



## ZÁVĚR

Diplomová práce se zabývala problematikou suicidálního jednání. Hlavním cílem této práce bylo zjistit názory adolescentů na vybraných školách v Jihomoravském kraji na suicidální jednání. Diplomová práce je rozdělena na část teoretickou a empirickou. Teoretická část je sestavena tak, aby byla v souladu s praktickou částí a poskytla nám tak potřebné informace o suicidálním jednání.

V teoretické části jsme se snažili přiblížit problematiku sebevražedného jednání, jeho přístupy, společenské vnímání, formy, způsoby a motivy. Dále jsme se věnovali popisu sebevražedného jednání ve vztahu s adolescencí, a uvedli jsme i rizikové faktory, které sebevražedné jednání znásobují a podněcují. V poslední kapitole teoretické části jsme se věnovali prevenci sebevražedného jednání.

Pro zpracování praktické části jsme použili metody kvantitativního výzkumu a to prostřednictvím dotazníkového šetření. Ze získaných dat a po jejich důkladném zpracování, bylo možné zjistit, jaký adolescenti zastávají názor na suicidální jednání v adolescenci. Dále jsme zjišťovali informovanost adolescentů z vybraných oblastí suicidality, jak k sebevraždě přistupují a jaký mají názor na prevenci u tohoto jevu. Také jsme ověřovali, zda se liší akceptace sebevraždy v závislosti na náboženském přesvědčení a zjišťovali vztahy mezi vlastní zkušeností se sebevražedným jednáním v závislosti na pohlaví a typu rodiny.

Z výsledků výzkumu vyplývá, že adolescenti zauímají k sebevražednému jednání neutrální postoj, více ho však akceptují nevěřící jedinci. Dále jsou toho názoru, že sebevražednému jednání se dá předcházet. Pomoci s tímto problémem dle nich mohou nejvíce odborníci nebo blízké osoby. Oni sami by se v případě velkých problémů obrátili zejména na své kamarády nebo partnera. Co se týče pomoci ze strany škola, jen málo adolescentů se za dobu studia setkalo s nějakým typem preventivního programu proti sebevražednosti, i když by jej podle všeho uvítali. Nejvíce informací adolescenti získávají o této problematice především z médií, avšak vliv tohoto masového sdělovacího prostředku na podněcování sebevražedného jednání si plně neuvědomují. Výsledky výzkumného šetření, také dokázaly, že spousta adolescentů nezná žádné odborné instituci, na které by se v případě sebevražedných tendencí mohli obrátit.

**SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY**

1. APTER, Alan. Suicidal Behaviour in Adolescence. *The Canadian Journal of Psychiatry*. 2010, 55(5), 271–273.
2. BENEŠOVÁ, Veronika. SUICIDÁLNÍ JEDNÁNÍ DĚTÍ A MLÁDEŽE. *Prevence úrazů, otrav a násilí*. 2008, (2), 123-130.
3. BRENT, David A. *Familial Pathways to Early-Onset Suicide Attemp*[online]. *Arch Gen Psychiatry*, 2002, 59(9), 801-807 [cit. 2019-03-04]. Dostupné z: <https://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/fullarticle/206697>
4. BROUK, Bohuslav. *O pošetilsti života i smrti*. Praha: Volvox Globator, 2009. ISBN 978-80-720-7707
5. CARR-GREGG, Michael a Erin SHALE. *Puberťáci a adolescenti: Průvodce výchovou dospívajících*. 1. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-662-9.
6. CROSS, Tracy L. a Jennifer Riedl CROSS. *Suicide among gifted children and adolescents: understanding the suicidal mind*. Second edition. Waco, Texas: Prufrock Press, 2018. ISBN 9781618216793.
7. Český statistický úřad. ČSÚ [online]. ©2019 [cit. 2019-02-19]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/xb/sebevrazdy-v-jihomoravskem-kraji-v-roce-2017>
8. DAŇKOVÁ, Šárka. *Metody používané při sebevražedném jednání*. *Demografie* [online]. 2006 [cit. 2019-02-19]. ISSN 1801-2914. Dostupné z: [http://www.demografie.info/?cz\\_detail\\_clanku=&artclID=246](http://www.demografie.info/?cz_detail_clanku=&artclID=246)
9. DAVISON, Gerald C. a John M. NEALE. *Abnormal psychology*. 9th ed. New York: Wiley, c2004. ISBN 9780471181200.
10. *Děti a jejich problémy: sborník studií*. Praha: Sdružení Linka bezpečí, 2007. ISBN 978-80-254-1372-2.
11. DOLEJŠ, Martin a Miroslav OREL. *Rizikové chování u adolescentů a impulzivita jako prediktor tohoto chování*[online]. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2017 [cit. 2019-02-24]. ISBN 978-80-244-5252-4.
12. ESKIN, Mehmet. The effects of individualistic-collectivistic value orientations on non-fatal suicidal behavior and attitudes in Turkish adolescents and young adults.

- In: *Scandinavian Journal of Psychology*. 54. 2013, s. 493-501. DOI: 10.1111/sjop.12072.
13. ESKIN, Mehmet. The Effects of Religious versus Secular Education on Suicide Ideation and Suicidal Attitudes in Adolescents in Turkey. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2004, (39), 536 – 542.
  14. FLEISCHMAN, A., BARONDESS, J. Sebevraždy dospívajících. Jak lze předejít kruté dani? *Pediatric po promoci. Časopis postgraduálního vzdělávání českých lékařů*. Praha: Medical Tribune CZ, 2005, 5 (2), 18 – 24.
  15. FISCHER, Slavomil a Jiří ŠKODA. *Sociální patologie: závažné sociálně patologické jevy, příčiny, prevence, možnosti řešení*. 2., rozš. a aktualiz. vyd. Praha: Grada, 2014. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-5046-0.
  16. GAVORA, Peter. *Úvod do pedagogického výzkumu*. 2., rozš. české vyd. Přeložil Vladimír JŮVA, přeložil Vendula HLAVATÁ. Brno: Paido, 2010. ISBN 978-80-7315-185-0
  17. HARTL, Pavel a Helena HARTLOVÁ. *Psychologický slovník*. Třetí, aktualizované vydání. Praha: Portál, 2015. ISBN 978-80-262-0873-0.
  18. HOFERKOVÁ, Stanislava a Stanislav PELCÁK. *Budoucí časová perspektiva pubescenta*. Vydání první. Hradec Králové: Gaudeamus, 2015. Recenzované monografie. ISBN 9788074356308.
  19. HOSÁK, Ladislav, Michal HRDLIČKA a Jan LIBIGER. *Psychiatrie a pedopsychiatrie*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum, 2015. ISBN 978-80-246-2998-8.
  20. HÖSCHL, Cyril, Jan LIBIGER a Jaromír ŠVESTKA. *Psychiatrie*. Praha: Tigris, 2002. ISBN 80-900130-1-5.
  21. HORSKÁ, Bohuslava. *Krizová intervence: učební materiály*. Masarykova Univerzita [online]. 2016 [cit. 2019-03-02]. Dostupné z: [https://is.muni.cz/el/1441/podzim2017/SC4BK\\_KRIN/studijni\\_materialy\\_krizova\\_intervence\\_ped\\_fak\\_muni\\_podzim\\_2017\\_II.pdf](https://is.muni.cz/el/1441/podzim2017/SC4BK_KRIN/studijni_materialy_krizova_intervence_ped_fak_muni_podzim_2017_II.pdf)
  22. CHRÁSKA, Miroslav. *Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu*. 2., aktualizované vydání. Praha: Grada, 2016. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-5326-3.

23. JEDLIČKA, Richard. Poruchy socializace u dětí a dospívajících: prevence životních selhání a krizová intervence. Praha: Grada, 2015. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-5447-5.
24. JUKLOVÁ, Kateřina. - SKORUNKOVÁ, Radka. Základy psychopatologie. Vyd. 2. Hradec Králové : Gaudeamus, 2009 115 s ISBN 9788070418154.
25. KALIBOVÁ, Petra. Metodický portál: Postoje středoškolské mládeže k sebevraždě. RVP [online]. [cit. 2019-04-14]. Dostupné z: <https://clanky.rvp.cz/clanek/c/g/15383/POSTOJE-STREDOSKOLSKE-MLADEZE-K-SEBEVRAZEDNOSTI.html/>
26. KALIŠOVÁ, Lucie, Tomáš GLASER a Petr KOZELEK. Česká a Slovenská psychiatrie [online]. 2014, 110(3), 158 -164 [cit. 2019-03-24]. Dostupné z: <http://www.cspsychiatr.cz/detail.php?stat=958>
27. KOUTEK, Jiří a Jana KOCOURKOVÁ. *Sebevražedné chování*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-349-9.
28. KOUTEK, Jiří. Suicidalita u adolescentů – rizikové faktory a prevence. *Pediatr. pro Praxi* [online]. 2008, 9 (5), 302-304 [cit. 2019-02-19]. Dostupné z: <https://www.pediatriepropraxi.cz/pdfs/ped/2008/05/07.pdf>
29. KOUTEK, Jiří. Jak rozpoznat a řešit suicidální riziko. *Interní medicína pro praxi* [online]. 2010, 12 (2), 109-110 [cit. 2019-03-02]. Dostupné z: <https://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2010/02/12.pdf>
30. KUKLA, Lubomír. *Sociální a preventivní pediatrie v současném pojetí*. Praha: Grada Publishing, 2016. ISBN 978-80-247-3874-1.
31. LANGMEIER, Josef a Dana KREJČÍŘOVÁ. *Vývojová psychologie*. 4.vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. 368 s. ISBN 80-247-1284-9.
32. LÁTALOVÁ, Klára. *Agresivita v psychiatrii*. Praha: Grada, 2013. Psyché (Grada). ISBN 9788024744544.
33. LINESS, Darcy. About teen suicide. KidsHealth [online]. ©2015 [cit. 2019-03-25]. Dostupné z: <https://kidshealth.org/en/parents/suicide.html?ref=search>
34. LEE, Yo H., KIM Sin G. Gender Differences in Suicidal Ideation and Related Factors among North Korean Refugees in South Korea. *Journal of Korean Academy of Nursing*. 2017, (14(6), 762–769.

35. MACEK, Petr. *Adolescence*. 2., upr. vyd. Praha: Portál, 2003. ISBN 9788071787471.
36. MÄKINEN, Henrik I. a Tanya JUKKALA. Acceptance of Suicide in Moscow. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2011, (16), 123–138.
37. MATĚJČEK, Zdeněk. *Dítě a rodina v psychologickém poradenství*. Praha: SPN, 1992. Psychologická literatura. ISBN 80-04-25236-2.
38. Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy. *MŠMT* [online]. ©2019 [cit. 2019-02-19]. Dostupné z: <https://profa.uiv.cz/rejskol/>
39. MONESTIER, Martin. *Dějiny sebevražd: dějiny, techniky a zvláštnosti dobrovolné smrti*. Praha: Dybbuk, 2003. ISBN 80-903001-8-9.
40. MÜHLPACHR, Pavel. *Sociopatologie pro sociální pracovníky*. Brno: MSD, 2008. ISBN 978-80-7392-069-2.
41. MÜHLPACHR, Pavel a VAVŘÍK, Michal, 2010. *Sociální patologie*. Institut mezioborových studií Brno.
42. O' CONNOR, Rory a Noel SHEEHY. *Understanding suicidal behaviour*. Leicester: BPS Books, 2010. ISBN 978-1-854-33290-5.
43. PARK, Hyun S., Karen G. SCHEPP, Eun H. JANG a Hyun Y. KOO. Predictors of Suicidal Ideation Among High School Students by Gender in South Korea. *Journal of School Health*. 2006, 76 (5), 181-188.
44. POLÁCH, Ladislav. *Příručka duševního zdraví: 25 příběhů z psychiatrické ambulance*. Bílovice: SYMEDIS PRO, [2016]. ISBN 978-80-906230-0-2.
45. PRŮCHA, Jan, Eliška WALTEROVÁ a Jiří MAREŠ. *Pedagogický slovník*. 7., aktualiz. a rozš. vyd. Praha: Portál, 2013. ISBN 978-80-262-0403-9.
46. Sirius, o.p.s. *Šance dětem* [online]. Praha, ©2019 [cit. 2019-02-18]. Dostupné z: <https://www.sancedetem.cz/cs/hledam-pomoc/rodina-v-problemove-situaci/psychicke-problemy-ditete/problemy-s-myslenkami-na-smrt.shtml>
47. SISASK, Merike a Airi VÄRNIK. Media Roles in Suicide Prevention: A Systematic Review. *Journal of Korean Academy of Nursing*. 2017, 9(1), 123–138.

48. SMUTKOVÁ, Lucie. Sociální práce s rodinou. Hradec Králové: Gaudeamus, 2007. ISBN 978-80-7041-069-1
49. STACK Steven, KPOSOVA Augustine, 2008. The Association of Suicide Rates with Individual-Level Suicide Attitudes: A Cross-National Analysis. *Social Science Quarterly*. 2008, 89(1), 39-59.
50. ŠEVČÍKOVÁ, Anna. *Děti a dospívající online: vybraná rizika používání internetu*. Praha: Grada, 2014. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-5010-1.
51. ŠPATENKOVÁ, Naděžda. Krize a krizová intervence. Praha: Grada, 2017. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-5327-0.
52. VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese / Marie Vágnerová*. Vyd. 3., rozš. a přeprac. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-802-3.-6
53. VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie: dětství a dospívání*. Vyd. 2., dopl. a přeprac. Praha: Karolinum, 2012. ISBN 978-80-246-2153-1.
54. VIEWEGH, Josef. *Sebevražda a literatura*. Brno: Psychologický ústav AV ČR, 1996. ISBN 80-85880-10-5.
55. VODÁČKOVÁ, Daniela. *Krizová intervence*. 3. vyd. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0212-7.
56. VYKOPALOVÁ, Hana. *Sociálně patologické jevy v současné společnosti*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2001. ISBN 80-244-0337-4.
57. ZEMANOVÁ, Vanda a Martin DOLEJŠ. *Životní spokojenost, sebehodnocení a výskyt rizikového chování u klientů nízkoprahových zařízení pro děti a mládež*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2015. ISBN 978-80-244-4492-5.
58. ZVOLSKÝ, Petr. *Obecná psychiatrie*. Praha: Karolinum, 2005. ISBN 8071846902.
59. WAGNER, Barry M. *Suicidal behavior in children and adolescents*. New Haven, [Conn.]: Yale University Press, c2009. ISBN 9780300112504.
60. WILSON, Jennifer. Finland pioneers international suicide prevention.: *Annals of internal medicine*. 2004, 140(10), 853-856.
61. World Health Organization. WHO [online]. ©2016 [cit. 2019-02-19]. Dostupné z: [https://www.who.int/mental\\_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/](https://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/)

**SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK**

apod.	a podobně
atd.	a tak dále
kol.	kolektiv
např.	například
PP	preventivní programy
tj.	to je
tzv.	takzvaný

**SEZNAM TABULEK**

Tabulka 1 Otázky v dotazníku a jejich vazba na výzkumné otázky .....	47
Tabulka 2 Vyhodnocení a zobrazení DVO .....	49
Tabulka 3 Zveřejňování sebevražd .....	56
Tabulka 4 Znalost odborných institucí .....	56
Tabulka 5 Otázky č. 11 - 16.....	57
Tabulka 6 Způsob pomoci při sebevražedném jednání .....	59
Tabulka 7 Pomoc při velkých problémech .....	60
Tabulka 8 Zkušenost s preventivním programem proti sebevražednosti .....	61
Tabulka 9 Důležitost preventivních programů na školách. ....	62
Tabulka 10 T-test pro $H_1$ .....	63
Tabulka 11 Schéma čtyřpolní tabulky pro $H_2$ .....	64
Tabulka 12 Schéma čtyřpolní tabulky pro $H_3$ .....	65



**SEZNAM GRAFŮ**

Graf 1 Pohlaví respondentů .....	51
Graf 2 Věk respondentů .....	52
Graf 3 Typ střední školy .....	52
Graf 4 Náboženské přesvědčení respondentů .....	53
Graf 5 Typ rodiny .....	53
Graf 6 Charakteristika sebevraždy .....	54
Graf 7 Informace o sebevražedném jednání .....	55
Graf 8 Příčiny sebevražd .....	55
Graf 9 Pokus o sebevraždu .....	62
Graf 10 Myšlenky na sebevraždu .....	62
Graf 11 Krabicový graf pro H1 .....	63

## SEZNAM PŘÍLOH

P I: Dotazník k zjištění názoru adolescentů na suicidální jednání

## **PŘÍLOHA P I: NÁZEV PŘÍLOHY**

Dobrý den,

jsem studentka magisterského studia Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně a obracím se na Vás s prosbou o vyplnění anonymního dotazníku pro účely mé diplomové práce. Tímto dotazníkem zjišťuji názory adolescentů na suicidální jednání v Jihomoravském kraji. Předem Vám děkuji za čas, který jste strávili vyplňováním dotazníku.

### **1. Pohlaví**

- Muž
- Žena

### **2. Věk**

- .....

### **3. Jaký typ střední školy navštěvujete?**

- Gymnázium
- Střední odborná škola
- Střední odborné učiliště

### **4. Jste věřící?**

- Ano
- Ne

### **5. V jakém typu rodiny žijete?**

- v úplné rodině (s oběma rodiči)
- v neúplné rodině (pouze s jedním rodičem)

### **6. Jaká charakteristika podle Vás nejvíce vystihuje pojem sebevražda?**

- Ukončení vlastního života
- Projev slabosti
- Nezvládnutí nátlaku na psychiku
- Vlastní odpověď'.....
- Únik od problémů

### **7. Jaká je podle Vás nejčastější příčina sebevražd u adolescentů?**

- Rodinné problémy
- Psychické nebo fyzické problémy
- Problémy s partnerem
- Vlastní odpověď'.....
- Problémy ve škole

### **8. Odkud jste doposud získal/a nejvíce informací o sebevražedném jednání?**

- Škola
- Přátelé
- Rodina
- Vlastní odpověď'
- Média (TV, tisk, internet)

### **9. Myslíte si, že zveřejňování sebevražd v médiích může svádět a podněcovat k dalším sebevraždám?**

Rozhodně ano    1    2    3    4    5    Rozhodně ne

**10. Znáš nějaká zařízení, centra, apod., které mohou lidem pomoci se sebevražedným jednáním? (pokud ano, napiš jaké)**

- Ano .....
- Ne

**11. Odsuzujete sebevraždu?**

Rozhodně ano    1    2    3    4    5    Rozhodně ne

**12. Myslíte si, že mají lidé právo vzít si život?**

Rozhodně ano    1    2    3    4    5    Rozhodně ne

**13. Má podle Vás osoba, která ztratila smysl života, právo se zabít?**

Rozhodně ano    1    2    3    4    5    Rozhodně ne

**14. Může být podle Vás sebevražda jediným řešením některých problémů?**

Rozhodně ano    1    2    3    4    5    Rozhodně ne

**15. Myslíte si, že osoba, která trpí nevléčitelnou nemocí, má právo se zabít?**

Rozhodně ano    1    2    3    4    5    Rozhodně ne

**16. Existují podle Vás situace, kdy je sebevražda jediným racionálním řešením?**

Rozhodně ano    1    2    3    4    5    Rozhodně ne

**17. Myslíte si, že se dá pomoci lidem, kteří se chtějí zabít?**

Rozhodně ano    1    2    3    4    5    Rozhodně ne

**18. Souhlasíte s tím, že pokud si chce někdo vzít život, je to jeho rozhodnutí a ostatní by do toho neměli zasahovat?**

Rozhodně ano    1    2    3    4    5    Rozhodně ne

**19. Myslíte si, že se dá sebevraždě předcházet?**

Rozhodně ano    1    2    3    4    5    Rozhodně ne

**20. Myslíte si, že jakmile se člověk rozhodne spáchat sebevraždu, tak ho nikdo nezastaví?**

Rozhodně ano    1    2    3    4    5    Rozhodně ne

**21. Myslíte si, že je povinností každého člověka zastavit někoho před sebevraždou?**

Rozhodně ano    1    2    3    4    5    Rozhodně ne

**22. Kdybyste zjistili, že Váš kamarád chce spáchat sebevraždu, co by bylo podle Vás nejlepší udělat?**

- Snaha mu to rozmluvit
- Říci to jeho rodičům nebo blízkým
- Vyhledat odbornou pomoc
- Neřešit to
- Pomoci mu vyřešit problém, který ho k tomu vede

**23. Kdo myslíte, že může nejvíce pomoci lidem, kteří trpí sebevražednými sklony?**

- Odborníci
- Člověk se s tím sám vyrovná
- S pomoci blízkých osob

**24. Pokud byste měli velké problémy a potřebovali pomoc, na koho byste se obrátili?**

- Rodina
- Učitel
- Partner
- Psycholog
- Kamarád
- Anonymní zpovědnici na internetu
- Na nikoho
- Vlastní odpověď.....

**25. Setkali jste se ve škole s nějakým typem preventivního programu proti sebevražednosti?**

- Ano
- Ne

**26. Myslíte si, že je důležité mít na školách preventivní programy proti sebevražednosti?**

Rozhodně ano    1    2    3    4    5    Rozhodně ne

**27. Pokusili jste se někdy ukončit svůj život?**

- Ano
- Ne

**28. Přemýšleli jste někdy o sebevraždě?**

- Ano
- Ne