

Univerzita Jana Amose Komenského

Bakalářské kombinované studium
2011 - 2014

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Tomáš Šik

Psychologie sebevražedného jednání

Praha 2014
Vedoucí bakalářské práce: Doc. JUDr. Mgr. Joža Spurný, Ph.D.

JAN AMOS KOMENSKY UNIVERSITY PRAGUE

**BACHELOR COMBINED STUDIES
2011- 2014**

BACHELOR THESIS

Tomáš Šik

Psychology of suicidal behavior

Prague 2014

The bachelor Thesis Work Supervisor: Doc. JUDr. Mgr. Joža
Spurný, Ph.D.

Prohlášení

Prohlašuji, že předložená bakalářská práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracoval samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpal, v práci řádně cituji a uvádím v seznamu použitých zdrojů.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v univerzitní knihovně.

V Praze dne 10. 3. 2014

Tomáš Šik

Poděkování

Mé poděkování patří panu Doc. JUDr. Mgr. Joža Spurnému, Ph.D., a konzultantce Ing. et. Ing. Veronice Jelínkové za jejich ochotu, trpělivost a odborné vedení při psaní této práce.

Anotace

Bakalářská práce se zabývá psychologickými aspekty vedoucími k sebevražednému jednání, včetně vybraných katalyzátorů a průvodních jevů, které naznačují vznik problému s možným vyústěním v jeho konečné řešení. První část je zaměřena na tak důležité stavy, které skrytě předchází samotnému problému, jako je stres, syndrom vyhoření a deprese. Druhá část analyzuje samotný akt sebevraždy a vnáší světlo do této často tabuizované problematiky. Praktická část se pak zabývá rozбором sebraných sekundárních dat a následných komparací jednotlivých sociálních a genderových skupin v rámci České republiky. Dále vyhledáním vzdělanostního profilu populace, mužů i žen a následné odkrytí souvislostí mezi počtem a strukturou sebevražd obyvatel podle vzdělání, míry nezaměstnanosti a celkové sociální situace v daném kraji.

Klíčová slova

Stres, obecný adaptační syndrom, somatické změny, presuicidální syndrom, syndrom vyhoření, deprese, sebevražda.

Annotation

The Bachelor Thesis deals – within its theoretical part with the psychological aspects leading to suicidal behavior, including selected catalysts and accompanying phenomena, that suggest problems occur with possibly resulting in the final solution. The first part focuses on the important states that precede the problem, such as stress, burnout and depression. The second part analyzes the actual act of suicide and brings light into this often taboo topic. Finally, in the practical part deals with analysis of collected secondary data and subsequent comparison of individual social and gender groups within the Czech Republic. Furthermore, locating the educational profile of the population, both men and women and the subsequent uncovering connections between the number of suicides and structure of the population by educational attainment, unemployment and general social situation in the region.

Key words

Stress, General adaptation syndrome, somatic changes, presuicidale syndrome, burn-out syndrom, depression, suicide.

OBSAH

1. ÚVOD	9
2. CÍLE PRÁCE A METODIKA	11
3. LITERÁRNÍ REŠERŠE.....	13
3.1 Syndrom vyhoření (Burnout syndrom)	13
3.2 Stres	16
3.3 Deprese	21
3.4 Sebevražda a její formulace.....	27
3.4.1 Formy suicidálního jednání a kategorie	27
3.4.2 Presuicidální syndrom.....	29
3.4.3 Suicidální pokus	30
3.4.4 Suicidium.....	31
3.4.5 Průvodní jevy sebevražedného jednání	33
4. PRAKTICKÁ ČÁST.....	35
4.1 Metodika výzkumu	35
4.2 Vlastní práce	36
5. Výsledky a diskuze.....	49
6. Závěr.....	50

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1 - Obecný adaptační syndrom	18
Obrázek 2 – Fyzická reakce organismu na stresory	19
Obrázek 3 – Psychická reakce organismu na stresory	19
Obrázek 4 - Schéma vzniku depresivní poruchy, jako důsledku působení negativních životních událostí	25
Obrázek 5 – Regiony se soustředěnou podporou státu, v tis.....	37
Obrázek 6 – Sebevraždy dle okresů, 2006-2010.....	46

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 – Příznaky stresu	20
Tabulka 2 – Příznaky a projevy depresivních stavů:.....	22
Tabulka 3 – Nejčastější životní události	26
Tabulka 4 - kontinuální model suicidálního jednání:.....	28
Tabulka 5 - Počet a struktura sebevražd obyvatel ve věku 25 a více roků podle vzdělání	42
Tabulka 6 - Počet sebevražd mužů na jednu sebevraždu ženy	47

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1 – Vzdělanostní struktura Praha, muži	38
Graf 2- vzdělanostní struktura Praha, ženy	39
Graf 3 – vzdělanostní struktura Olomoucký kraj, muži	40
Graf 4 – vzdělanostní struktura Olomoucký kraj, ženy	41
Graf 5 – Míra nezaměstnanosti v krajích ČR, 2010	43
Graf 6 – Počet sebevražd v přepočtu na 100 tis. obyvatel v krajích ČR.....	44
Graf 7 – Vývoj počtu sebevražd v České republice dle krajů, 2007-2012.....	45
Graf 8 – Vývoj počtu sebevražd u mužů a žen, 2004 – 2010	48

1. ÚVOD

Bakalářská práce pojednává o v dnešní době aktuálních tématech, jako jsou deprese, sebevražedné jednání a burnout syndrom. Tato témata se objevují v souvislosti s tím, jak je dnes nastavena společnost a děje, které patří do každodenního života. Lidé mají díky pracovním povinnostem méně času na svůj osobní život, je stále těžší si najít partnera, případně udržet fungující vztah. V práci jsou na zaměstnance kladeny extrémně vysoké nároky z hlediska výkonu i času v práci stráveného. Přitom společnost a normy v ní nastavené a obecně schvalované přinášejí neustále obraz fungující šťastné rodiny a úspěšných pracovníků. Pokud se lidem v reálném životě nedaří dosáhnout tohoto obrazu, jsou logicky zklamáni a vidí se jako jedinci neschopní dosáhnout obecně uznávaného standardu. U každého jedince má potom takováto situace různý průběh. Někteří se smíří s tím, že nedosáhnou obecně uznávaného standardu, jiní se s tím odmítají smířit a snaží se dosáhnout výše. Někomu se to podaří, jiným ne. To může být buď na úkor práce, nebo osobního života. Pokud však jedinec cítí, že není v jeho silách dosáhnout toho, co si předsevzal, dostává se do stresu, který může vyústit v depresi, syndrom vyhoření a v případě, že se situace nezmění a tento stav stresu se prodlužuje, až v pokus o sebevraždu. Deprese a sebevražedné chování samozřejmě nemusí být spojeno pouze s momentálně prožívanou situací a neschopností jedince ji řešit, či účinně odbourávat stresory, které ji zapříčiňují. Může se jednat i o vrozené či dědičné predispozice a větší náchylnost k psychické labilitě. Mnoho těchto stavů se dá léčit, ať již odpočinkem a změnou prostředí, tak i za použití léků a lékařského dohledu a nemusí nutně dojít až k sebevraždě. Je však nutné umět rozeznat stádia depresí či dlouhodobost působícího stresu. I pokud se jedinec neléčí a jeho stav dojde do momentu, kdy se pokusí o sebevraždu, neznamená to, že se již sám rozhodl svůj život ukončit. Může se jednat o několik neúspěšných pokusů, které nemusí vyústit v sebevraždu jako takovou. I zde je nutné rozpoznat, v jaké fázi se jedinec nachází a dle toho přistoupit k vhodnému řešení. Obecně lze konstatovat, že je zde důležitý faktor sociálních vazeb a rodiny, která může ve velké míře pomoci ke zlepšení daného stavu. Kromě výše uvedených příčin, které vedou k dlouhodobému stresu, depresím, únavovému syndromu či syndromu vyhoření a sebevražednému jednání se může jednat i o příčiny spojené s výkonem

určitého povolání. Profese, které jsou v přímém kontaktu s lidmi, a jejich výkon je přímo spojen s dopadem na lidi, jsou náchylnější k tomu, aby se u nich projevil stres. Jedná se o takzvané pomáhající profese. Pracovníci, kteří se rozhodnou pro výkon těchto povolání proto musí uvažovat i tyto možné důsledky výkonu svého povolání. V mnoha případech nejsou jedinci schopni taková povolání vykonávat dlouhodobě právě díky extrémnímu stresu, který v důsledku jejich výkonu vzniká a na pracovníka intenzivně působí. Tato práce se podrobně zabývá příčinami stresu, stejně tak jako poruchami, které v důsledku jeho působení vznikají a ovlivňují jedince, v extrémních případech vedoucí až k sebevraždě právě ve vztahu ke specifické volbě povolání či ekonomické situaci.

2. CÍLE PRÁCE A METODIKA

Bakalářská práce se zabývá psychologií sebevražedného jednání. Jedná se o fenomén, který se objevuje zejména v souvislosti s významnými světovými událostmi, jako jsou krachy na burzách, hospodářské krize či změny režimů. V menší míře jsou potom sebevraždy spjaty s každou společností a v určitém počtu se objevují každý rok jako reakce na nemožnost řešit své duševní, fyzické, sociální či ekonomické potíže.

Cílem této práce je analyzovat situaci v oblasti sebevražd v souvislosti s ekonomickou situací pocíťovanou jedinci. Analýza bude řešena prostřednictvím charakteristik vybraných českých krajů a míry sebevražd v těchto krajích.

Bakalářská práce se skládá ze dvou hlavních částí. V první části, respektive literární rešerši jsou rozebrána témata zabývající se poruchami lidského chování, které v konečném důsledku mohou vést až k sebevraždě. Jsou zde rozebrána témata, jako je syndrom vyhoření, objevující se zejména v souvislosti s tzv. „pomáhajícími profesemi“, deprese, stres, stresory, sebevražda. V dnešní době jsou na jedince kladeny vysoké nároky po psychické, ale i fyzické stránce na konto zaujetí plnohodnotné společenské pozice. Moderním trendem je upřednostňování kariéry před rodinným životem, posouvání hranice početí potomků a období tzv. singles. To je pouze několik současných trendů, kterými se řídí valná většina moderní společnosti a jedinec nemůže reálně uniknout ze začarovaného kruhu, kde média podporují často tuto vizi příkladu úspěšného člověka. Jakkoliv v dlouhodobém hledisku poměry sebevražd klesají, je stále alarmující procento dokonaných a suicidálních pokusů v celkové populaci České republiky. K tomu abychom byli schopni diagnostikovat nejvíce ohrožené skupiny je potřeba se poučit z dat zkoumající právě tuto problematiku, neboť teprve takovým způsobem budeme schopni jasně určit nejvíce ohrožené skupiny a následně přijmout opatření, která pomohou v prevenci a celkovému snížení procenta dokonaných sebevražd u nejvíce ohrožených skupin.

Praktická část práce se pak zabývá analýzou sekundárních dat mezi počtem sebevražd a ekonomickými charakteristikami krajů Praha a Olomouckým krajem. Tyto kraje byly vybrány z důvodu, že Olomoucký kraj dosahuje vysokých čísel v počtu sebevražd a naopak Praha stojí na obrácené straně. Ukazatele, které mohou způsobovat podobné konání, jsou nejvíce markantní právě na pokud možno nejvíce rozdílných příkladech. Údaje budou dány do souvislosti s mírou nezaměstnanosti a se vzdělanostní strukturou obyvatel. Dále byla také porovnávána data mezi sebevraždami žen a mužů, protože tendence jsou zde výrazně odlišné. Některá data bylo nutné přepočítat v poměru na sto tisíc obyvatel, aby bylo možné usuzovat na celkové závěry a dělat porovnání mezi dvěma kraji s rozdílným počtem obyvatelstva.

3. LITERÁRNÍ REŠERŠE

Literární rešerše se zabývá tématy, respektive poruchami lidského chování oproti obecně uznávaným normám. Některé poruchy souvisí s narušením lidské psychiky z dětství nebo v průběhu života, jiné jsou spjaty s výkonem určitého povolání či sociální pozicí jedince ve společnosti. Společné však mají některé indikátory, stresory, které zapříčiňují, že se lidský organismus dostává do stresu. V případě, že stres dlouhodobě působí na lidský organismus, ten začne postrádat energii k tomu, aby stres efektivně odbourával a zamezoval vážnějším poškozením. V případě, že tento mechanismus selže, zvyšuje se pravděpodobnost, že si člověk nebude umět poradit se situací, ve které se dlouhodobě nachází, a ze které nevidí východisko. Jediné východisko, které se pak v některých případech nabízí, je možnost ukončení života formou sebevraždy. Teoretická práce se zabývá příčinami, které dovedou jedince až k sebevraždě, stresory a dalšími projevy, které by měly indikovat, že se podobná situace blíží a jak jim předcházet.

3.1 Syndrom vyhoření (Burnout syndrom)

Syndrom vyhoření představuje jeden z nejčastějších projevů při dlouhodobém působení stresu a adekvátní formu při některých typech energetického vyčerpání rezerv. Je to postupně se vyvíjející proces. "Podle Cimického se objevuje u osob, které jsou v neustálém kontaktu s druhými lidmi, u osob v izolaci a u osob s monotónní stereotypní činností. Též se uvádí, že u lidí s tímto syndromem dochází primárně k vyčerpání jejich psychických rezerv, tedy vypálení se, dále k citové atrofii a imunitě vůči prožitku (2001, s. 45). Člověk přestává vnímat ostatní vjemy, ubývá jeho zájmu a citu k okolí a množí se pochybnosti o smyslu snažení se vůbec. Dochází také ke ztrátě charismatu, k cynismu. Mezi sekundární projevy potom patří například dráždivost a projevy nevraživosti, agresivita vůči blízkým či neschopnost rozhodnout o prioritě. Termín byl

poprvé definován Herbertem Freudenberkem v roce 1974 jako: „*Je to stav extrémního vyčerpání, vnitřní distance, silného poklesu výkonnosti a různých psychosomatických obtíží*“ (In: Kallwass 2010, s. 10). Zmiňován byl i jinými autory, jako chronický vnitřní stresor osoby z práce nebo v práci. Souběžně byl tento pojen definován jako stav fyzického, emočního a mentálního vyčerpání (Pines 1981, s.78). Dalším autorem, který se syndromu vyhoření ve svých studiích věnoval, byla Christine Maslach.

Příznaky vyhoření dle jsou následující:

- Emoční vyčerpání (neschopnost se vypořádat s pracovními problémy, což ve výsledku právě konzumuje emoční a psychické zdroje jedince)
- Odcizení (a také cynismus, který jedinec používá jako odpověď na různorodé aspekty dané práce)
- Osobní uspokojení, úspěchy, (nízká míra produktivity, pocit neschopnosti)

„*Jednou z hlavních příčin tohoto syndromu je mj. i každodenní, zdánlivě nekonečná a nevyhnutelná povaha chronického stresu*“ (Kebza 2003, s. 9). Ten je v podstatě prvním krokem k tomu, aby se člověk k burnoutu dostal. Mezi tím být ve stresu a dostat se do stavu syndromu vyhoření je však zásadní rozdíl. Do stresu se může dostat každý člověk, ve spojení s jeho prací, rodinou, vztahy. Syndrom vyhoření ale napadá jen osoby, které jsou svou prací intenzivně zaujati. Mají vysoké cíle a vysoká očekávání. Mají výkonovou motivaci. Kdo takovouto vysokou motivaci nemá, může se dostat do stresu, ne však do stavu vyhoření. Pro stav vyhoření jsou klasické tři fáze. Burnout syndrom může být chápán jednak jako stav, vznikající v důsledku řady okolností, zvláště pak chronického stresu, jednak jako permanentně se vyvíjející proces.

V literatuře bylo publikováno několik přístupů ke stanovení různého počtu fází vzniku a utváření burnout syndromu. Většinou se hovoří (C. Chernisse, R. Schwab, Ch. Maslach, Kebza) na obecné úrovni o **iniciační fázi původního zapálení pro věc**, po níž dojde k **prozření**, „**vystřízlivění**“, **či náhledu**, že ideály nejsou plně realizovatelné. Následuje **období první frustrace, zklamání tématem, řešeným problémem či celou profesí**. V další fázi vývoje tohoto syndromu **nastupuje apatie**, v níž **propuká již**

nejen plná hostilita vůči klientovi, ale i vůči všemu, co souvisí s profesí či vykonávanou činností. Poslední stadium je pak fází úplného vyhoření, vyčerpání, provázené cynismem, odosobněním a ztrátou lidskosti (2003, s. 17). Psycholog Friedman zabývající se burnout syndromem, představil takzvaný Multipathway to Burnout (MPB) Model. Tento model se pokouší o vyjádření průběhu vyhoření cestou rozvoje dvou oblastí: **kognitivní** (sem řadí pocit osobní i profesionální nedostatečné výkonnosti) a **emocionální** (pocit přetížení a emocionální exhausce). Postupný rozvoj obou těchto směrů prochází třemi stadii; *1. nebezpečí stresorů, 2. primární a sekundární zkušenosti z prožitku stresu, 3. reakce na tyto zkušenosti*, přičemž rozvoj vyhoření může vyvolat rozsáhlý soubor odpovědí, včetně naléhavého doporučení opustit vykonávané zaměstnání. Dle Kebzy je zřejmé, že je zcela na místě uvažovat o vývojových stádiích či fázích burnout syndromu, neboť skutečně nejde o neměnný stav, ale o neustále se vyvíjející proces (2003, s. 18).

Dle Kebzy se mezi nejnáchylnější profese k syndromu vyhoření řadí tyto:

- lékaři (zvláště klinici, z nich zvl. lékaři v oborech onkologie, chirurgie, JIP, LDN, psychiatrie
- gynekologie, rizikové obory pediatrie atd.
- zdravotní sestry
- další zdravotničtí pracovníci (ošetřovatelky, laborantky, technici apod.)
- psychologové a psychoterapeuti
- sociální pracovníci a pracovníce ve všech oborech
- učitelé na všech stupních škol
- pracovníci pošt všeho druhu, zvl. pracovníci u přepážek a poštovní doručovatelé
- dispečeři a dispečerky (záchranné služby, dopravy atd.)
- policisté, především v přímém výkonu služby, kriminalisté a členové posádek motorizovaných hlídek
- právníci, zvl. pak advokáti
- pracovníci věznic (dozorci, ale i další zaměstnanci)

- profesionální funkcionáři, politici
- manažeři
- poradci a informátoři
- úředníci v bankách a úřadech, orgánech státní správy
- příslušníci ozbrojených sil (armáda, letectvo)
- duchovní a řádové sestry (2003, s. 8).

„Někdy se burnout syndrom projevuje i u nezaměstnaneckých kategorií, vždy však u osob, které jsou v jakémkoli kontaktu s druhými lidmi, jsou závislé na jejich hodnocení a mohou být vystaveny působení chronického stresu“ (Kebza 2003, s. 8).

3.2 Stres

Stres je všudypřítomným atributem lidského života. Jedná se o druh psychofyzické reakce na vnější a vnitřní zátěž, kterou obecně nazýváme stresor. *„Stres je výsledkem interakce mezi určitou silou působící na člověka a schopností organismu odolat tomuto tlaku“ (Selye 1966, s. 11).* Je to prostá reakce organismu na změny odehrávající se v našem životním poli, která přesáhne určitou únosnou mez. Stres je velmi individuální. Každý jedinec má vlastní škálu věcí a témat, které se ho dotýkají, a s kterými se vyrovnává hůře, než ostatní a naopak.

Stres může být dělen na dva druhy, pozitivní a negativní.

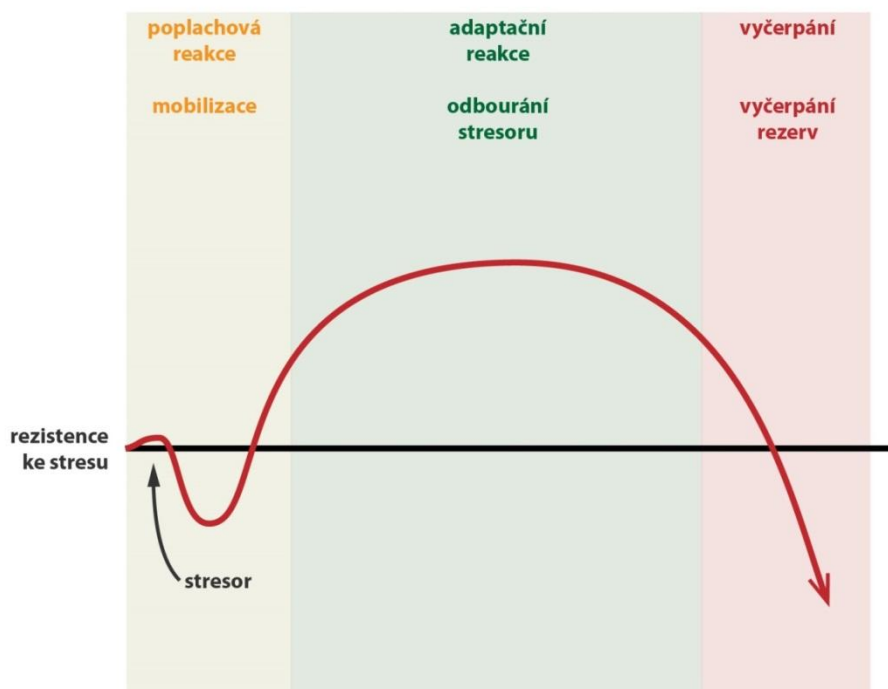
- Distres (negativně působící stres) je používán pro nejnepříznivější stresové situace.
- Eustres (kladně působící stres) příkladem může být rozechvění při očekávání kladně emocionálně zabarvené události.

Každý podnět může být člověku nějakým způsobem prospěšný, záleží na jeho intenzitě a trvání. Například i negativní vjem může být pozitivní v tom smyslu, že aktivuje schopnost člověka se učit, či se připravit na útěk, nebo na útok, a to vše ve

vypjatých situacích, kdy je ohrožena jeho existence a psychické vypjetí je krátkodobého charakteru. Není tedy ještě možnost, aby přerostl v patologický stav s vážnějšími následky na psychiku jedince. Není tedy žádoucí se zcela oprostít od stresových vjemů, neboť právě tyto pochody nám zajišťovaly přežití v průběhu vývoje lidstva. Křivohlavý zmiňuje, že reakce uvnitř organismu mají při různých typech stresu u všech lidí do značné míry stejný základní charakter (GAS – general adaptational syndrom, tj. obecný adaptační syndrom), i když inter individuální způsoby reagování na podněty vyvolávající stres mohou být zcela odlišné (1994, s. 11), viz obrázek 1. Na modelu obecného adaptačního syndromu je zřejmé, že lze vypočítat určité obecné zákonitosti v oblasti odpovědi organismu na stresový podnět:

1. **působení stresoru** – jedná se o bezprostřední reakci na stresor klasickým vzorcem chování je rutina - boj, či uteč
2. **zvýšená rezistence (obranyschopnost organismu)**, zde dochází k nastartování mechanismů v těle sloužících pro odbourání, či minimalizaci škodlivosti stresoru
3. **vyčerpání rezerv, sil, obranných možností**, při dlouhodobém působení stresoru i po poplachové a adaptační fázi, již není možno hovořit o eustresu, v tento okamžik se působení stává škodlivým a přechází do fáze distresu)

Obrázek 1 - Obecný adaptační syndrom



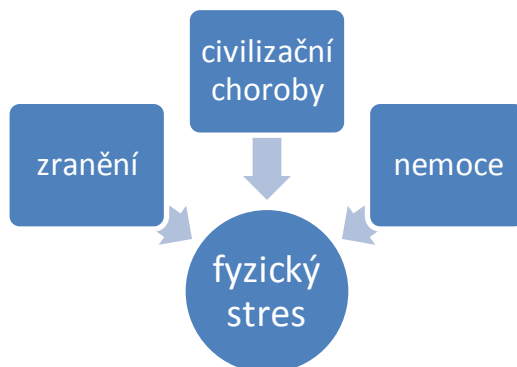
Zdroj: FONTANA, online, cit. 2014-02-24

Život každého jedince se skládá z různých změn a z různého počtu změn, kterými jedinec prochází. Každá taková životní změna v sobě přináší určitý stupeň stresu, který je zpravidla vnímán s různou intenzitou, dle jeho tolerance ke stresovým faktorům. Mezi vysoce stresující události jsou řazeny, smrt partnera nebo člena rodiny, sňatek, rozvod, stěhování. Nízké vnímání úrovně stresu naopak způsobují změny pracovní doby, změny v trávení volného času, dovolená, Vánoce, atp. Stejně jako výše je potřeba brát zřetel na individualitu každého jedince. Kromě toho, že lze dělit stres na pozitivní a negativní, je také možné na něj nahlížet z pohledu organismu člověka.

Jak uvádí Křivohlavý:

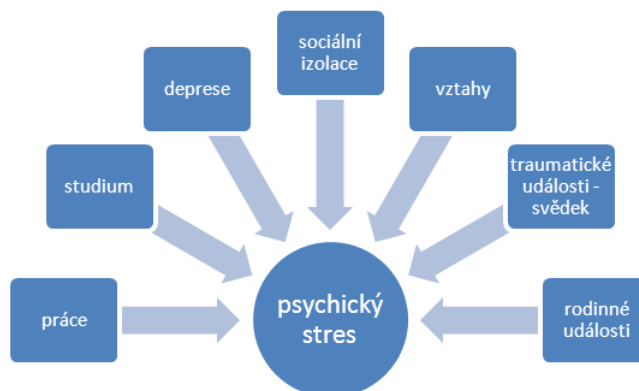
1. *Stresem můžeme nazvat jednak fyzickou odpověď organismu na stresory*
2. *Stres však můžeme chápat také jako psychický a duševní stav člověka, který je pod tlakem (1994, s. 11).*

Obrázek 2 – Fyzická reakce organismu na stresory



Zdroj: KŘIVOHLA VÝ, J., cit. 2014-02-26

Obrázek 3 – Psychická reakce organismu na stresory



Zdroj: KŘIVOHLA VÝ, J., cit. 2014-02-26

Stres se tedy může projevovat v první fázi například nadměrným pocením jako projevem fyzickým, který však při dlouhodobém působení může narušit psychickou pohodu člověka. Takováto nevyrovnanost se v konečném důsledku může opět projevit ve fyzické odpovědi na stres, kdy jedinec dlouhodobě vystavený stresu začne být náchylnější i k různým nemocem. Světová zdravotnická organizace (WHO) klasifikuje příznaky stresu následovně.

Tabulka 1 – Příznaky stresu

Příznaky stresu v tělesných funkcích	Příznaky stresu v emocionálním a citovém prožívání	Příznaky stresu projevující se v chování
<ul style="list-style-type: none"> • Bušení srdce (palpitace), • Bolest a pocity sevření na prsou. • Nechutenství a rozpínání plynů v břišní oblasti. • Křečovitě, svírající bolesti v oblasti břicha a průjem. • Časté nucení na močení. • Impotence nebo nedostatek sexuální touhy. • Změny v menstruačním cyklu. • Bodavé, palčivé a řezavé pocity v končetinách. • Nadměrné svalové napětí. • Neustávající bolesti hlavy • Migréna – jednostranná, záchvatová bolest hlavy. • Vyrážka v obličeji, tzv. exantém. • Nepříjemné pocity v krku • Dvojitě vidění 	<ul style="list-style-type: none"> • Prudké a výrazné změny nálad. • Nadměrné trápení se věcmi, které zdaleka nejsou tak důležité • Neschopnost empatického vztahu a soucítění. • Nadměrné starosti o tělesný stav a zdraví – trápení se s „každou maličkovostí“. • Nadměrné denní snění a stahování se ze sociální komunikace a sociální interakce s druhými lidmi. • Nadměrné pocity únavy, obtíže koncentrace – soustředění pozornosti a neschopnost dovést věci do konce. • Zvýšená podrážděnost, popudlivost a úzkostnost (anxiozita). 	<ul style="list-style-type: none"> • Nerozhodnost a neopodstatněné nářky. • Zvýšená absence z důvodů nemoci, pomalejší uzdravování z nemoci a úrazů. • Sklon ke zvýšení osobní nehodovosti a větší nepozornost při řízení auta. • Podstatně zhoršená kvalita práce, snaha uniknout a vyhnout se úkolům, případně i tendence k podvádění. • Zvýšené množství vykouřených cigaret. • Zvýšená konzumace alkoholu. • Zvýšená závislost na drogách – také např. zvýšený příjem léků na spaní, na tišení bolesti apod. • Přejídání nebo naopak ztráta chuti k jídlu. • Změněný denní rytmus – špatné usínání, buzení se ze spánku, probouzení se s pocitem únavy, spánek neosvěžuje apod. • Snížené množství vykonané práce.

Zdroj: World health organization, online, cit. 2014-03-03

Není však možno postavit oba tyto aspekty osamoceně, neboť jeden úzce souvisí s druhým a existuje mezi nimi přímá zpětná vazba. Příznaky stresu se tedy objevují ve všech stránkách života jedince, ať už v jeho tělesných funkcích, v emočním prožívání, či v samotném chování člověka.

Stresové faktory mohou být jak negativního, tak i pozitivního rázu a dosahovat různé intenzity, dle individuality jedince, vždy však mají společnou charakteristiku, narušující jistou homeostázi – vyvážený stav jedince. Dle Selyeho se zdravý organismus se vrací po zvládnutí stresu do harmonického stavu, právě adaptací na zvládnuté zátěžové podněty (1966, s. 423). Takto se právě projevuje pozitivní vliv stresorů na organismus. Stres má různé projevy vycházející z různých příčin, a pokud se dlouhodobě neodbourává nebo neodeznívá v rámci přirozené obranyschopnosti organismu, může vést až k sebepoškození jedince, k depresím, které se potom také mohou projevit destruktivním chováním.

3.3 Deprese

Stejně jako syndrom vyhoření, i deprese se řadí mezi negativní emocionální jevy. Na rozdíl od burnout k ní však dochází nezávisle na práci, se kterou je burnout výhradně spojen. Dle Kutěje, deprese může být zděděná, má často úzký vztah k negativním zážitkům z mládí, může vzniknout i u lidí, kteří v životě nepracovali a dá se léčit farmakoterapeuticky, což u burnout není možné (2007, s. 8).

„Lidé, kteří zažívají velké množství životních stresů, jsou vznikem deprese mnohem více ohroženi, a ti, kdo již depresi mají, zažili s velkou pravděpodobností nějaký závažný stres v nedávné minulosti“ (Joshi 2007, s. 94). Hlavním jevem provázejícím depresivní stavy je porucha nálady, dále je také ovlivněno myšlení a chování, v zásadě můžeme rozdělit symptomy na dvě části a to fyzické a psychické, stejně tak jako u stresu (viz tabulka 2). Existuje více katalyzátorů, které mohou způsobit depresivní stavy, mezi ně patří také hromadící se stresové faktory a neschopnost nalézt východisko, které může následně přerůst ve chronický stav, který je zákeřný právě v tom, že může přetrvat

týdny, měsíce, či i podstatně delší období v případě, že nedojde k odborné pomoci. Jak Joshi zmiňuje ve své knize, přestože katalyzátory a spouštěče deprese mohou být zcela odlišné, mají společné to, že jakmile se rozběhne tak její projevy jsou podobné (2007, s. 86). Jedince, u kterého jsou diagnostikované deprese, lze řadit do kategorie stejně nemocných jako například lidi trpící diabetes nebo hypertensí. „Z důvodů chybné diagnózy až u 50% depresivních nemocných není zahájena včasná léčba, což má za následek vyšší počet nemocných s chronickým trváním, zvýšené riziko spáchání sebevražd a zvýšení frekvence opakování nových depresivních epizod“ (Švestka 2000, s. 4).

Tabulka 2 – Příznaky a projevy depresivních stavů:

Duševní příznaky	Tělesné příznaky
Špatná nálada	Potíže se spánkem
Nezájem o tom, co by člověka těšilo	Pomalost v myšlení a jednání
Úzkost	Růst, nebo ztráta chuti k jídlu
Citová vyprahlost	Růst, nebo ztráta hmotnosti
Tísňivé myšlenky	Ztráta zájmu o sex
Nesoustředěnost a špatná paměť	Únava
Bludy a přeludy	Zácpa
Vidiny	Menstruační potíže
SEBEVRAŽEDNÉ POHNUTKY	

Zdroj: JOSHI, V. cit. 2014-02-26

Intensita stavů se dále mění v časové křivce. Dle Joshiho je deprese spirálou, kde biologický, enviromentální a kongnitivní spouštěč, uvrhá člověka do tzv. spirály deprese, kde průvodní jevy, jako symptomy uvrhávají jedince stále hlouběji do tohoto stavu (2007, s. 88). V konečné fázi může deprese narušit až každodenní fungování jedince. Pokud je jedinec s diagnostikovanou depresí pod lékařským dohledem, je potřeba, aby se cíleně odstraňovaly její jednotlivé projevy, tak, aby deprese nepřerostla

v chronický stav. „Prvním epizodám deprese předcházejí stresové události, pak ale deprese nastartuje vlastní cyklus a dále je na stresu nezávislá“ (Joshi 2007, s. 93).

Můžeme ji rozpoznat dle tří základních projevů:

- je hlubší a intenzivnější než smutek
- trvá déle
- narušuje každodenní fungování jedince

Proto právě je potřeba cíleně odstraňovat jednotlivé projevy, neboť tímto způsobem je možno řízeně snižovat potenciál depresivního stavu tak, aby nepřerostl v chronickou záležitost do bodu, kdy je potřeba nasadit farmaka k samotné léčbě. Jak zmiňuje Švestka, depresivní poruchy dělíme dle příčiny na primární a sekundární. **Primární deprese** je dle současných znalostí **způsobena nedostatkem přenašečů nervových signálů, mezi mozkovými buňkami a změnou citlivosti nervových zakončení. Sekundární deprese je vyvolána onemocněním, či známým poškozením mozku, tělesnou chorobou, či určitými farmaky a drogami** – deprese je tedy druhotná při základním onemocnění, či chorobě. „I když u obou těchto stavů může předcházet psychická zátěž, u primární deprese je jen poslední a nespecifickou kapkou, která mechanismus vzniku poruchy spustí“ (Švestka 2000, s. 2).

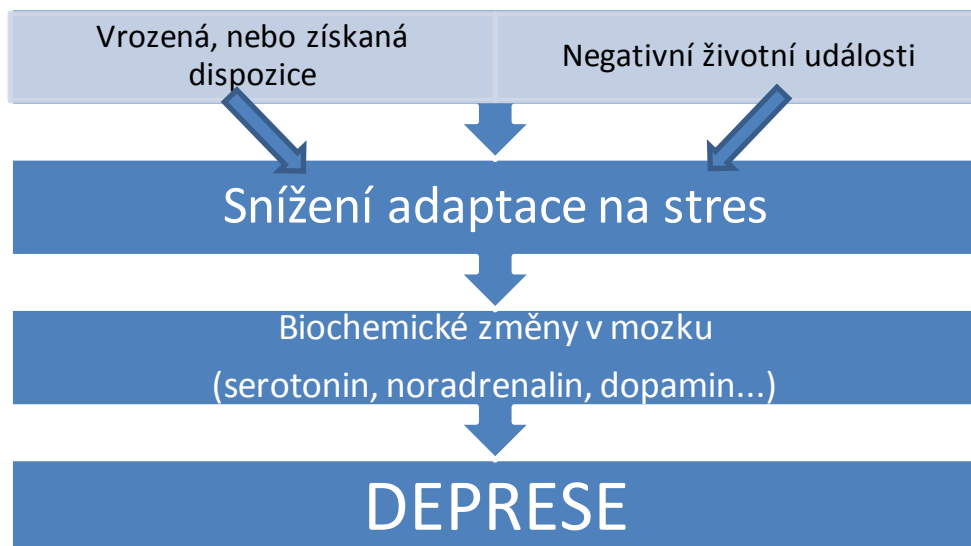
Depresivní stavy lze dělit na několik obecně uznávaných základních typů dle závažnosti:

1. **Mírná deprese** – projevuje se *špatná nálada*, která ovšem nemá stabilní průběh, ale výkyvy, nenadále se objevuje a vzápětí zase odeznívá. Zpravidla je způsobena nějakým *hlubším negativním prožitkem, stresem*, který dotyčného zasáhne. Postižený je však stále schopen fungovat v osobním a pracovním životě.
2. **Středně těžká deprese** – dotyčný má vážnější potíže a depresivní stav přetrvává, člověk již *nenachází útěchu v běžném životě* a jeho stav se začíná umocňovat a *může vyústit v sebevražedné myšlenky*. V takovém případě je nutný dohled lékaře.

3. **Těžká deprese** – postižený se už *nedokáže sám postarat o každodenní činnosti*, zanedbává i hygienické návyky a *rezignuje na jakékoliv aktivity*, neboť v nich nedokáže najít žádný smysl. Uzavírá se do sebe a nejen myšlenky, ale i *sebevražedné pokusy nejsou výjimkou*. Zde je zcela nutný zásah lékaře, či hospitalizace.

Zvýšená sensitivita vůči stresu a depresi má kořeny v mnoha faktorech a příčinách. Při vzniku a rozvoji těchto stavů předpokládáme jistou kombinaci působících vlivů, jako jsou **biologické, například faktor dědičnosti a sociální dispozice** (viz blíže níže). Může se jednat o zásadní změny v okolí člověka – úmrtí, úrazy atd., které mohou pomoci vytvořit vhodné podmínky pro projevení onemocnění. „*V počátcích je většinou depresivní porucha vyvolávána vnějšími událostmi a problémy, později po prodělání několika epizod, se rozběhne vnitřní chorobný mechanismus periodického opakování, který již není zastavitelný bez řádné léčby*“ (Švestka 2000, s. 9). Ne vždy však člověk i na základě daných dispozic musí podlehnout stresu, či upadnout v depresivní stav, zde stále záleží na životních událostech, na jejich četnosti a závažnosti, kterými daný jedinec prochází a musí se vypořádat. Dle Praška, není situace tak jednoduchá, že by stres sám o sobě byl příčinou poruchy, nicméně jsou tím vrozené a životem získané dispozice a zvýšený stres bývá v konečném důsledku pouze jejím spouštěčem (2003, s. 59). Neustálý tlak vede až k somatickým změnám v přenosech nervových vzruchů v mozku.

Obrázek 4 - Schéma vzniku depresivní poruchy, jako důsledku působení negativních životních událostí



Zdroj: PRAŠKO, J. cit. 2014-02-16

Jak již bylo dříve zmíněno, na sklonech k depresím se podílí několik hlavních faktorů, a to dědičnost, jako biologický faktor a sociální faktory. Podrobněji jednotlivé faktory způsobující sklony k depresi rozebírá McKenzie (2001, s. 23):

1. dědičnost

Genetické faktory hrají významnou roli, co se týče náchylnosti daného jedince k onemocnění, nicméně stále zde záleží na dalších faktorech. I jestli v rodině jedince se vyskytlo toto onemocnění, neznamená to, že nezbytně se projeví u všech členů rodiny, to dále závisí na dalších podmínkách, které k tomu následně mohou vést. McKenzie uvádí, že ženy mají sklony k depresivním stavům podstatně více, nežli muži, a to v poměru 1:2 (2001, s. 73). Diskuze se vede o tom, zda se na tom podepisují genetické dispozice, či větší senzitivita a potřeba rozebírat negativní prožitky.

2. sociální stav a psychologické faktory

Mezi vážné potenciální katalyzátory patří rozličné životní události, jako rodinné ztráty, či zásadní změny, které člověka vyvedou ze zavedených rutin a nutí jej pozměnit svůj dosavadní život. Zde mohou svou roli hrát jak pozitivní, tak i negativní události. Jak uvádí Praško, ve výzkumech byly přiřazeny událostem tak zvané indexy závažnosti a

když se v průběhu roku navýší celkový objem ke 250 bodům, je velká pravděpodobnost vyústění v psychické selhání, depresi, či tělesnou nemoc (2003, s. 62).

„Nejzávažnějšími komplikacemi v průběhu deprese jsou sebevražedné pokusy, které se vyskytují u 20% nemocných“ (Švestka 2000, s. 9).

Tabulka 3 – Nejčastější životní události

Událost	Body
Úmrtí partnera, či partnerky	100
Úmrtí blízkého člena rodiny	63
Úraz, nebo vážné onemocnění	53
Ztráta zaměstnání	47
Odchod do důchodu	45
Změna zdravotního stavu člena rodiny	44
Sexuální obtíže	39
Změna finančního stavu	38
Úmrtí blízkého přítele	37
Závažné neshody s partnerem	35
Konflikty se zetěm, snachou - příbuzenstvem	29
Manžel, manželka končí se zaměstnáním	26
Změna životních podmínek	25
Změna životních zvyklostí	24
Změna bydliště	20
Změna rekreačních aktivit	19
Změna sociálních aktivit	18
Změna spánkových zvyklostí a režimu	16
Změny v širší rodině (úmrtí, sňatky)	15
Vánoce, svátky a výročí	12

Zdroj: PRAŠKO, J. cit. 2014-02-18

3.4 Sebevražda a její formulace

Světová zdravotnická organizace (WHO) definuje sebevraždu velmi jasně a prostě, a to: „Sebevražda je čin nebo akt úmyslného zabití vlastní osoby WHO - World health organization. Dle Zvolského se jedná o: „*Sebevražda je uskutečnění vlastního dobrovolného rozhodnutí připravit se o život. Pro odlišení od jiných forem autodestruktivního jednání je tedy rozhodující přání zemřít a volba prostředků, jimiž lze tento cíl uskutečnit*“ (Zvolský 2001, s. 527). Vymezením pojmu sebevraždy se zabývala a dodnes stále zabývá celá řada odborníků z různých oborů, snad proto, že suicidium jako takové je čin, který nelze vzít zpátky a je zcela definitivním rozhodnutím, které jde proti základnímu pudu lidského druhu a přirozenosti, což je zachování života. T.G.Masaryk ve své knize *Sebevražda*, nahlížel na tuto problematiku ze dvou pohledů. V širším slova smyslu, když člověk díky svému nevhodnému a nemoudrému chování nalezne předčasnou smrt. V užším smyslu je sebevrahem ten, kdo ukončí svůj život naprosto vědomě a s úmyslem, neboť si smrti jako takové přeje a také si jí přivodí (2002, s. 16). Světová zdravotnická organizace (WHO), se také zabývá problémem sebevražd v globálním měřítku a roku 1968 přijala tuto oficiální definici: „*Sebevražedný čin je útok proti vlastní osobě s různým stupněm úmyslu zemřít. Sebevražda je sebezničující čin s fatálním následkem*“ (Monestier 2003, s. 14).

3.4.1 Formy suicidálního jednání a kategorie

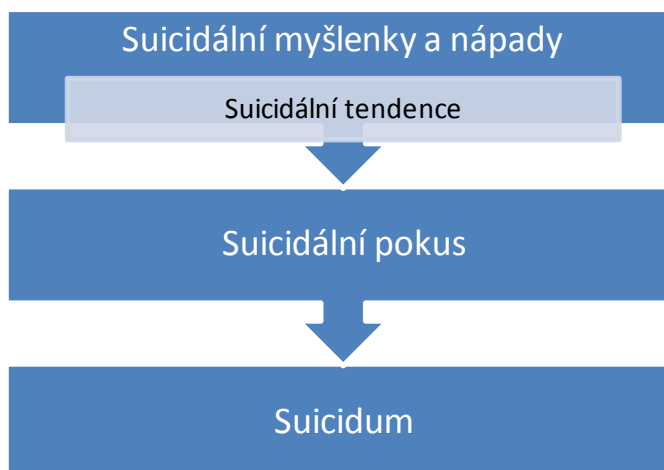
Dlouho trvající stres a deprese jsou cestou, jak se člověk dostane k bodu kdy začne uvažovat o východisku své životní situace ve formě sebevraždy. Vyústění této situace má vždy svůj vývoj, zpravidla nehovoříme o zkratkovitém jednání, kdy jedinec podlehne momentální situaci a pokusí se ukončit svůj život. Jedná se o konání v afektu, kdy odpadá fáze plánování a člověk pod vlivem momentálního nepromyšleného nutkání přistoupí ke konečnému řešení.

Existují dvě techniky dle použitých prostředků:

1. **Měkké techniky:** otrava léky, jedy, omamnými látkami
2. **Tvrdé techniky:** střelná zbraň, skok z výšky, oběšení

Dle Koutka existují tři až čtyři základní kroky vývoje, které vedou k samotnému jednání, nicméně dle některých odborníků existuje pouze kontinuální přímka, kde na jedné straně se nachází myšlenky a sebevraždu a na straně druhé dokonany akt a rozdíly mezi jednotlivými přechody nejsou tak patrné.

Tabulka 4 - kontinuální model suicidálního jednání:



Zdroj: KOUTEK, J. cit. 2014-02-21

Myšlenkou na smrt a toho co by nastalo v našem okolí po našem odchodu, či co by se s námi dále dělo, se v průběhu svého života zabývá valná většina lidí a typicky podobné úvahy patří k dospívání. Opravdové suicidální myšlenky však můžeme chápat spíše jako nutkavé a nezapláštělné puzení k myšlenkám na sebevraždu, je to zpravidla reakce na nastálou životní situaci, ze které není vidět rozumné a realizovatelné východisko. Tento stav může být doprovázen, jak verbálními, tak neverbálními projevy upozorňující na vážnost situace. Charakter suicidálních myšlenek intenzivním způsobem pronásleduje svého nositele a on se jimi následně zabývá valnou většinu svého volného času. Dle Koutka je velice důležitým aspektem intenzita, konkrétnost a

zaplašitelnost těchto myšlenek k posouzení vážnosti a realizovatelnosti celých úvah (2003, s. 28). Pokud se jedinec již začne zabývat velice konkrétními aktivitami, jako je výběr místa, psaní dopisu na rozloučenou, vyhledáváním konkrétních informací a scháněním prostředků, jako jsou léky, či zbraň, zde pak hovoříme o dalším kroku, který stále spadá pod suicidální myšlenky, a tím jsou tendence.

3.4.2 Presuicidální syndrom

Dle Ringela, sebevražděmu konání obvykle předchází tzv. **presuicidální syndrom**, který se zpravidla projevuje u člověka ohroženého sebevraždou, níže zmíněnými příznaky (1969, in Kastová s. 64).:

- Zvyšující se psychické zúžení – toto se odráží ve vlastním vnímání situace, jako již více neschůdné a neudržitelné
- Intensivní a potlačovaná auto agrese
- Nutkavé sebevražděné fantazie
- Zvýrazněné prožívání emocí – většinou negativních, jako jsou strach, beznaděj, smutek a zoufalství
- Interpersonální izolace – pocity osamění
- Ztráta životního smyslu – s vyvrcholením v přání zemřít

„Jádrem presuicidálního syndromu je psychické zúžení, které může spočívat v tom, že mnohé z možností člověka přestávají být využívány, takže se snižuje variabilita jeho chování“ (Mlčák 2005, s. 42). Následné chápání světa a vůbec reality jako takové se zvolna omezuje jen na vjemy, které snižují, či naopak idealizují hodnotu jedince. V tomto momentu u člověka dochází k umělému desocializování, snížení sociálních vazeb. Během tohoto syndromu se více objevují níže zmíněné stavy, jako jsou poruchy spánku, příjmu potravy, zneužívání omamných látek a alkoholu, snížení zájmu o běžné životní aktivity, zanedbávání vztahů, vyhledávání debat o depresi, smrti a cest k ní vedoucím.

3.4.3 Suicidální pokus

„Suicidální pokus je definován jako každý život ohrožující akt s úmyslem zemřít, avšak nikoliv s letálním koncem“ (Koutek 2003, s. 28). Dle chápání některých odborníků v této oblasti nemusí být vždy jednoznačný úmysl zemřít, jelikož v některých případech se může jednat pouze o ambivalentní postoj ke smrti, který je tak častý zejména u dospívající populace, kdy jedinec není pevně přesvědčen o svém konání a i proto může například volit techniky, které zajišťují větší potenciál záchrany života. V mnoha z těchto případů se spíše jedná o volání o pomoc a pozornost.

Koutek uvádí několik zásadních charakteristik vztahujících se k suicidálnímu pokusu a dokonané sebevraždě.

1. U žen je frekventovanější použití spíše měkkých technik, které častěji vyústí v suicidální pokus, a u mužů naopak použití tvrdých technik, které vyústí v dokonanou sebevraždu.
2. Sebevražedné pokusy jsou častější spíše v první polovině života a dokonané suicidium v polovině druhé
3. Dle zvolené techniky je u měkkých způsobů spíše častější suicidální pokus a naopak u tvrdých technik dokonaná sebevražda.
4. Motivy vedoucí k pokusům jsou více z oblasti mezilidských vztahů a sebevraždy z oblasti intrapsychické.
5. K pokusům dochází nejčastěji u spontánního a nepromyšleného jednání a na druhou stranu dokonaná sebevražda je výsledkem promyšleného plánování (2003, s. 29).

Mlčák doplňuje několik charakteristik na základě vlastního pozorování:

1. Pakliže hovoříme o věku sebevrahů, je možno konstatovat, že vyšší suicidální riziko mají dospívající a na druhé straně starší dospělí na 65 let.

2. Důležitým faktorem je stav jedince ve kterém se nachází, lidé, kteří jsou na okraji společnosti, bez hlubších sociálních vazeb, vyloučení, opuštění a osamělí, mají větší tendenci se uchýlovat k tomuto jednání.
3. Existuje také pojítka mezi sexuální orientací. Hovoříme zejména o homosexuálních jedincích, neboť díky stavu společnosti se právě mohou nacházet v roli jistého sociálního outsidera, což má silný dopad na jejich život.
4. Riziko sebevraždy také potencuje zneužívání omamných látek a alkoholu. *„Riziko sebevraždy pro alkoholiky v USA a ostatních západních zemích je mnohonásobně vyšší než riziko sebevraždy obecné populace“* (Mlčák 2005, s. 47).

Známe dále také zvláštní nedokonaného suicidálního jednání a tím je parasuicidum, kdy od počáteční myšlenky není přítomen záměr ukončení života. Jako zvláštní a obtížně zařaditelná je simulace suicidálního jednání, kdy se běžně spíše jedná o dosažení určitých cílů, jako zdůraznění určitých postojů a osobního zviditelnění.

3.4.4 Suicidum

„Dokonalé suicidum je charakterizováno jako sebepoškozující akt s následkem smrti, který je způsoben sebou samým s vědomým úmyslem zemřít“ (Koutek 2003, s. 28). V této poslední fázi je člověk na konci celého procesu a nyní po přesném plánování podmínek o schodu a rozloučení se stojí před samotným završením. Pro jedince je velice důležité samotné plánování a vhodné, ideální podmínky, které mají zajistit bezproblémový výsledek, dle předem přesně naplánovaných podmínek. Tento přístup má zamezit nepředvídatelným událostem a dodat sebevrahovi odvalu, zde se otevírá také poslední možnost jak zasáhnout do fungování stávajícího života. Konečný akt je časově omezená událost, která trvá pouze pár hodin, ojediněle i dní, například u tzv. protrahovaném suicidálním jednání.

V souvislosti s tímto jednáním se můžeme také setkat s dalšími termíny, které nahlízejí na akt sebevraždy z pohledu přímého účastníka a jeho opodstatnění.

1. **Bilanční sebevražda** – probíhá v případě, pakliže jedinec na základě racionálních úvah dospěje k závěru, že jeho život již postrádá smysl, neboť nevidí východisko ze své životní situace. Například v případě nevyléčitelné nemoci.
2. **Biická a patická sebevražda** – je velice blízká předchozímu typu, vyhodnocení situace přichází na základě motivů, které vychází z reality. Na druhé straně u patického typu, stále prochází jedinec bilancováním. Vyhodnocení ale přichází na základě chybného hodnocení, například pod vlivem deprese.
3. **Účelové a demonstrativní sebevražedné jednání** – zde se jedná o vyřešení těžké životní situace a cílem vlastně není smrt, ale právě řešení problému – pomoci řešení ze strany okolí. Demonstrativní způsob zcela vědomě sleduje tento cíl.
4. **Zkratkovité suicidální jednání** – bez delšího plánování a rozhodování, či hledání nejlepších a nejefektivnějších prostředků k dosažení cíle. Konání v afektu na konto momentálního podnětu.
5. Suicidální dohoda – na konto dohody mezi několika jedinci, dojde ke spáchání sebevraždy.
6. **Rozšířená sebevražda** – je vykonána duševně chorou osobou, která je pod vlivem depresí, či halucinací a v tomto stavu vezme sebou dalšího člověka, obvykle někoho ze svých blízkých.
7. **Sebeobětování** – tato kategorie poněkud vybočuje, neboť chybí touha po ukončení života a sebevražda je provedena ve prospěch jiných lidí, či samotné společnosti.
8. **Sebezabití** – taktéž vybočuje, protože událost postrádá snahu zemřít, či si uškodit. Nemocný si při svých halucinacích přivodí smrt.
9. **Protrahované suicidální jednání** spočívá v opakované snaze o ukončení života v rozmezí i několika dní, kdy jedinec například zvyšuje dávku farmak aby dosáhl kýženého efektu.

3.4.5 Průvodní jevy sebevraždného jednání

Mnoho autorů se shoduje na tom, že každé chování jedince má své jisté řady a pravidla, dle kterých je reálné dříve nežli dojde k samotnému aktu diagnostikovat blízcí se nebezpečí sebevraždného jednání. Kterýkoliv z následujících průvodních jevů, může být varovným znamením blízcí se sebevraždy (WebMD, Recognizing suicidal behavior):

- Výrazné změny nálad: dlouho trvající smutek, výkyvy nálad a bezdůvodný vztek
- Beznadějnost: pocity hluboké beznaděje týkající se budoucnosti s nízkým, či žádným výhledem na zlepšení situace
- Potíže se spánkem
- Náhlá zamlklost: náhlá změna oproti období vážných záchvatů deprese a náládovosti může být znamením, že jedinec již učinil rozhodnutí ukončit svůj život
- Na základě vlastní volby se vyhýbání přátelům, či dalším společenským aktivitám – možné symptomy deprese potenciálně vedoucí k sebevraždě
- Změny v osobnosti a vzhledu: osoba, která zvažuje sebevraždu může vykazovat známky změn v chování, jako jsou zrychlené, či na druhou stranu extrémně zpomalené vyjadřování a pohyby. Dále se může vykazovat náhlým nezájmem o svůj zevnějšek.
- Nebezpečné a sebepoškozující jednání: potenciálně nebezpečné jednání, jako je bezohledné řízení, nechráněný sex a zvýšené užívání omamných látek a alkoholu může být znamením, že osoba již dále si naváží svého života.
- Nedávné trauma, či životní krize: zásadní životní krize může spustit sebevraždný pokus. Spadá sem odchod milovaného, či zvířecího miláčka, rozvod, či rozchod, diagnóza vážného onemocnění, ztráta zaměstnání, či zásadní finanční problémy.
- Poslední přípravy: často osoba zvažující sebevraždu začne si dávat své osobní věci do pořádku. Může to zahrnovat i návštěvy přátel a příbuzných a rozdávání

osobních věcí, sepsání poslední vůle a úklid svého domova. Někteří lidé sepišou dopis na rozloučenou, obstarají si zbraň, či další prostředky k naplnění skutku.

- Vyhrožování sebevraždou: mezi 50% až 75% těch kteří zvažují sebevraždu projeví své přání před přáteli, či příbuznými – varovné znamení.

4. PRAKTICKÁ ČÁST

Praktická část staví na analýze sekundárních dat, jejímž cílem je zmapovat vývoj sebevražd na území České republiky v letech 2004 - 2012. Teoretická část práce se věnovala tématům jako je stres, deprese, burnout syndrom, atp., tedy problematice, která pokud trvá po delší dobu, může vést až k sebepoškozování jedince. Tyto problémy se mohou vyvinout různě, mohou být vrozené, mohou vzniknout v důsledku dlouhodobého stresu. Stres se může objevit díky nejisté pozici člověka ve společnosti nebo v její sociální struktuře, neschopnosti navázat vztahy. Může být také příčinou špatné ekonomické situace a neschopnosti ji řešit či se z ní vymanit. Z různých statistik potom vyplývá, že sebevraždu volí lidé právě díky špatné ekonomické situaci jako nejčastější příčině, nejedná-li se přímo o duševní poruchu.

Tato práce bude ve své praktické části řešit právě případy sebevražd v regionech České republiky dle jejich nejvyššího výskytu a z hlediska hospodářských charakteristik a nezaměstnanosti.

4.1 Metodika výzkumu

Praktická část práce staví na analýze sekundárních dat, která se týkají sebevražd na území České republiky, resp. v jejích jednotlivých regionech. Analyzována byla data zaměřující se na nezaměstnanost, vzdělání a sebevraždnost. Důležitým faktorem je i porovnání sebevražd u mužů a žen, vzhledem k ekonomické situaci. Práce analyzuje data za období 2010, a to z toho důvodu, že pro tento rok bylo možné sehnat všechna potřebná data pro následné komparace. Pro další ukazatele vývoje potom slouží časové řady v rozmezí 2004 – 2013. Z analyzovaných dat vzešel kraj Olomoucký, jako kraj s nevyšší mírou sebevražd, proto s ním bylo v práci dále počítáno. Naopak jako protipól byl vybrán kraj Praha, kde je míra sebevražd relativně nízká. Pro potřeby výzkumu byly zvoleny následující hypotézy:

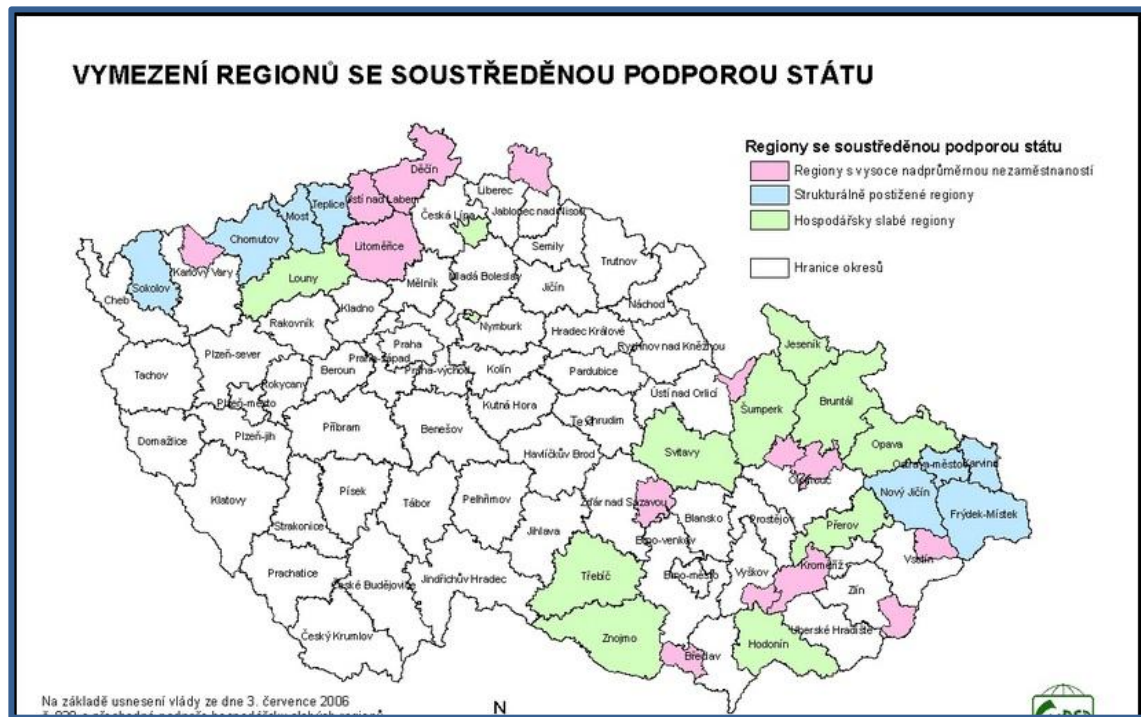
Hypotéza 1: Lidé s nízkým vzděláním na pozicích s minimální mzdou, či bez zaměstnání jsou náchylnější k sebevražednému jednání.

Hypotéza 2: Počet dokonaných sebevražd u žen je podstatně nižší, přestože o sebevraždu se pokusí třikrát více žen.

4.2 Vlastní práce

Počet obyvatel České republiky se dlouhodobě pohybuje kolem 10,5 milionu obyvatel. Sebevraždy se pravidelně zvyšují při významných událostech, jako jsou například hospodářské krize a represe obyvatelstva a změny režimů. Není to však jediný důvod, dlouhodobě je vyzorováno, že zvýšené tendence se objevují například v období jarních měsíců a to konkrétně v dubnu, naopak nejnižší počet je zpravidla v prosinci. Stejně tak co se týče dnů v týdnu, největší frekvence byla v rámci zkoumání zaznamenána na začátku týdne, v pondělí. Co významných dnů se týče, tak v tomto ohledu vede samotný začátek nového roku, nicméně, zde jsou zkoumání vedena pouze na základě malého počtu případů. Pakliže hovoříme o hospodářské situaci tak ta se netýká států jako takových, ale i jednotlivých regionů a krajů. Na území České republiky existuje mnoho hospodářsky slabých a strukturálně postižených regionů. Jedná se o regiony s cílenou podporou státu, většinou díky vysoké nezaměstnanosti, nerozvinutým možnostem práce a obecně zaostávání oproti ostatním regionům ČR (viz obrázek 1). Zde je vhodné si povšimnout zejména Olomouckého kraje, který dlouhodobě platí za hospodářsky slabý region a naopak Prahy, která je v tomto ohledu nejsilnější.

Obrázek 5 – Regiony se soustředěnou podporou státu, v tis.

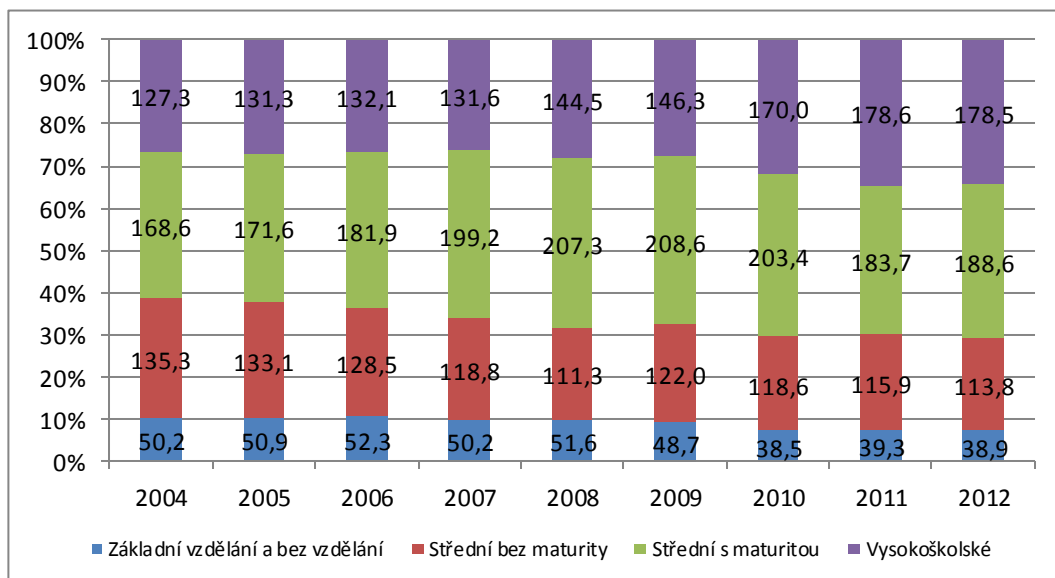


Zdroj: Regionální rozvoj, Metodická podpora regionálního rozvoje

Vzdělanost bylo nutné vyčíslit také jak pro muže, tak pro ženy, a to pro oba zvolené kraje, údaje jsou uvedeny v tisících. Jak již bylo uvedeno výše, muži mají výrazně vyšší sklony sebevražedné pokusy dotáhnout do úplného aktu.

V kraji Praha je z grafu 1 a 2 vidět, že přibývá lidí s vysokoškolským vzděláním a naopak se snižuje počet lidí, kteří mají pouze základní vzdělání. Stejná je situace se středním vzděláním bez maturity, které se také snižuje a se vzděláním s maturitou, které kontinuálně roste, jak u mužů, tak u žen. Díky vyšší vzdělanosti se mění i struktura a obsazování jednotlivých pozic a nabídka pracovních míst. Nejsou již potřeba do takové míry místa, která by vyžadovala manuální zručnost a odborné vyučení, většina práce se přesouvá do sektoru služeb, administrativních a manažerských činností. Praha potom má také jednu z nejnižších nezaměstnaností v republice.

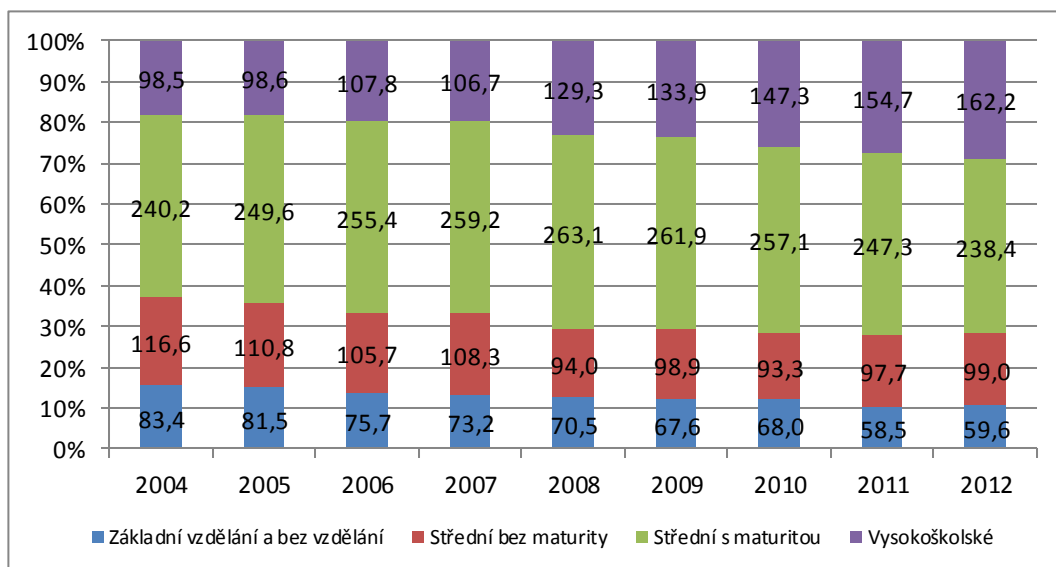
Graf 1 – Vzdělanostní struktura Praha, muži



Zdroj: vlastní graf, data ČSÚ

V obou případech je vysoká míra vysokoškolsky vzdělaných mužů a žen. Na druhé straně je také zřejmý rozdíl mezi vzdělaností na nižší úrovni, kde se u žen objevují znatelně vyšší údaje u středoškolského vzdělání s maturitou, nežli u mužů.

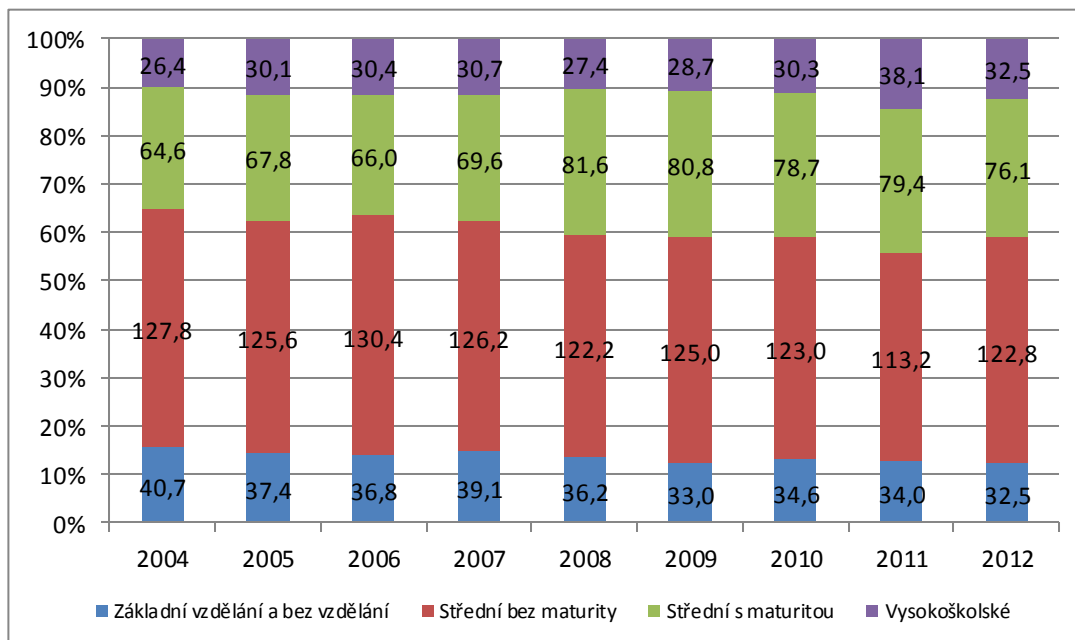
Graf 2- vzdělanostní struktura Praha, ženy



Zdroj: vlastní graf, data ČSÚ

Struktura grafů se však velice výrazně mění, porovnáme-li úroveň vysokoškolského vzdělání v Olomouckém kraji. Je zcela zřejmý rozdíl v rozložení vzdělanosti. Tento fakt je více nežli zřejmý zejména u vysokoškolského vzdělání v obou případech, jak u mužů, tak i u žen. U mužů je rozdíl mezi kraji v roce 2012 nižší o 146 tisíc.

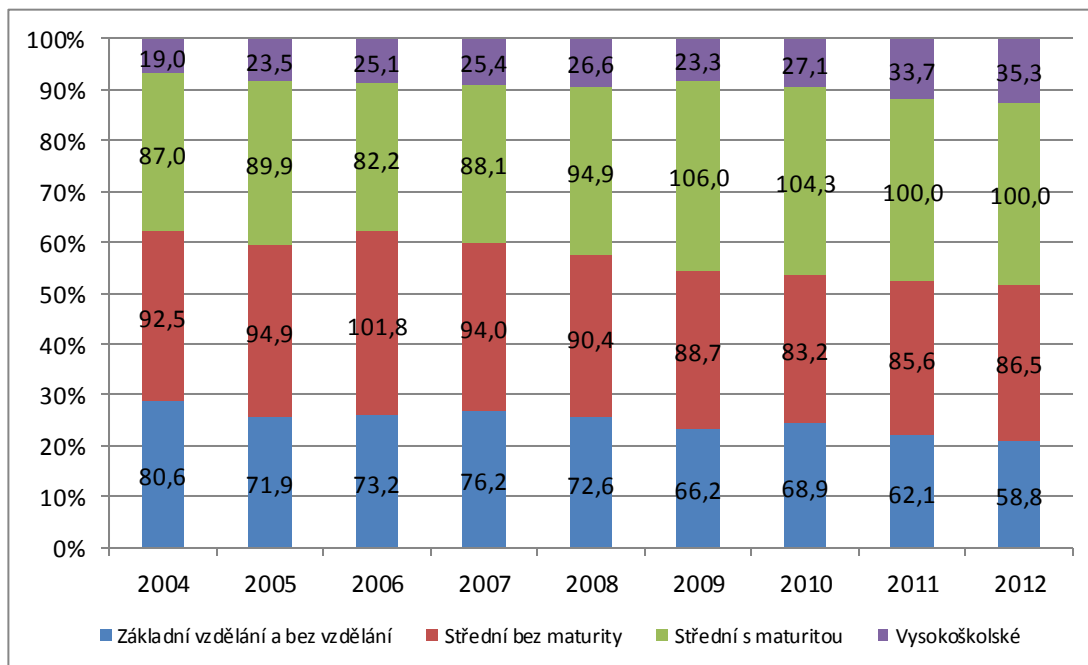
Graf 3 – vzdělanostní struktura Olomoucký kraj, muži



Zdroj: vlastní graf, data ČSÚ

U žen potom tento rozdíl ve vzdělání mezi vysokoškoláky činí téměř 127 tisíc. I pokud bychom uvažovali, že Praha má zhruba o polovinu více obyvatel, pak by Olomoucký kraj výrazně zaostával v počtu vysokoškolsky vzdělaných. V Olomouckém kraji tedy výrazně převyšují lidé, kteří mají střední vzdělání bez maturity, zejména u mužů. Ženy oproti tomu, mají v poměrně vysoké míře pouze základní vzdělání či spadají do kategorie bez vzdělání, překvapivě však na ně připadá podstatně větší objem vzdělání s maturitou, nežli u jejich protějšků ve stejném kraji.

Graf 4 – vzdělanostní struktura Olomoucký kraj, ženy



Zdroj: vlastní graf, data ČSÚ

Olomoucký kraj spadá mezi vytipované hospodářsky slabé regiony státu, trpí druhou nejvyšší nezaměstnaností (viz graf 5) v České republice. V této lokalitě se nalézá velké procento lidí s nižším dosaženým vzděláním a z hlediska možností nalezení uspokojivého zaměstnání, a to jak finančně i osobně nabízí podstatně menší šance svým obyvatelům. I na těchto datech je možné usuzovat, že se ekonomická situace v kraji může promítat i do chování cílové populace a do případné sebevražednosti.

V tabulce číslo 5 jsou vidět údaje o počtu uskutečněných sebevražd u skupin s různou vzdělaností v celé České republice. Přestože jsou výsledky za souhrnné pětileté období menší v posledním měření, tak v jednotlivých letech od roku 2007 se zvolna zvyšují. Bohužel nebylo možné získat aktuálnější data za poslední tři roky, abychom mohli určit, zda se nejedná pouze o nahodilé výkyvy, nicméně v průběhu let je dlouhodobě pozorovatelná sestupná frekvence dokonaných sebevražd s drobnými výchyly, které se zdánlivě nevážou k žádné významné události. Rok 2007 je však odborníky chápán jako historické minimum v objemu sebevražd od poválečného období.

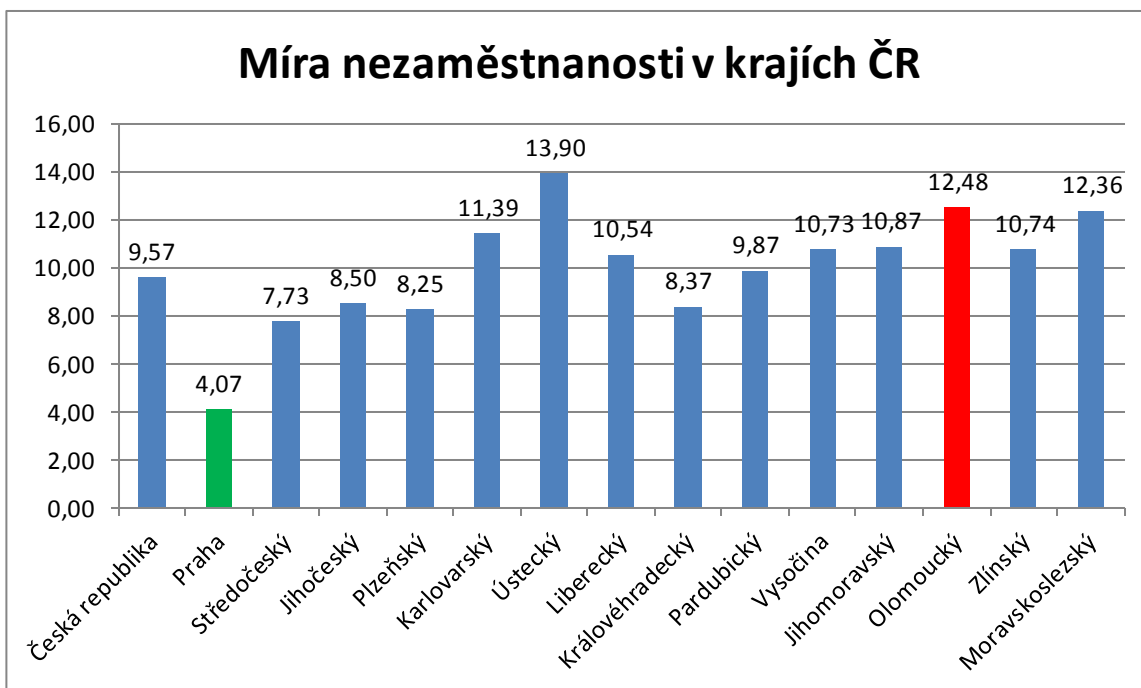
Tabulka 5 - Počet a struktura sebevražd obyvatel ve věku 25 a více roků podle vzdělání

Vzdělání	Česká republika						
	2001až05	2006	2007	2008	2009	2010	2006až10
Celkem	7356	1284	1259	1265	1364	1387	6559
základní	2097	301	226	216	195	178	1116
Střední bez mat.	3710	734	672	680	726	519	3331
Střední s mat.	1157	194	228	223	212	153	1010
vysokoškolské	392	55	57	50	55	51	268
Muži							
Celkem	5 874	1 038	1 046	1 024	1 147	1 150	5 405
základní	1 567	240	175	168	160	144	887
Střední bez mat.	3 111	596	574	562	607	441	2 780
Střední s mat.	871	158	183	174	183	123	821
vysokoškolské	325	44	47	43	45	38	217
Ženy							
Celkem	1 482	246	213	241	217	237	1 154
základní	530	61	51	48	35	34	229
Střední bez mat.	599	138	98	118	119	78	551
Střední s mat.	286	36	45	49	29	30	189
vysokoškolské	67	11	10	7	10	13	51

Zdroj: Český statistický úřad: Sebevraždy. online, cit. 2014-03-10

Na grafu 5 je vyčíslena nezaměstnanost v krajích České republiky. Zvýrazněna jsou data pro kraj Olomoucký, který spadá do kategorie kraje s druhou nejvyšší nezaměstnaností v České republice a Praha, která má naopak nejnižší nezaměstnanost.

Graf 5 – Míra nezaměstnanosti v krajích ČR, 2010

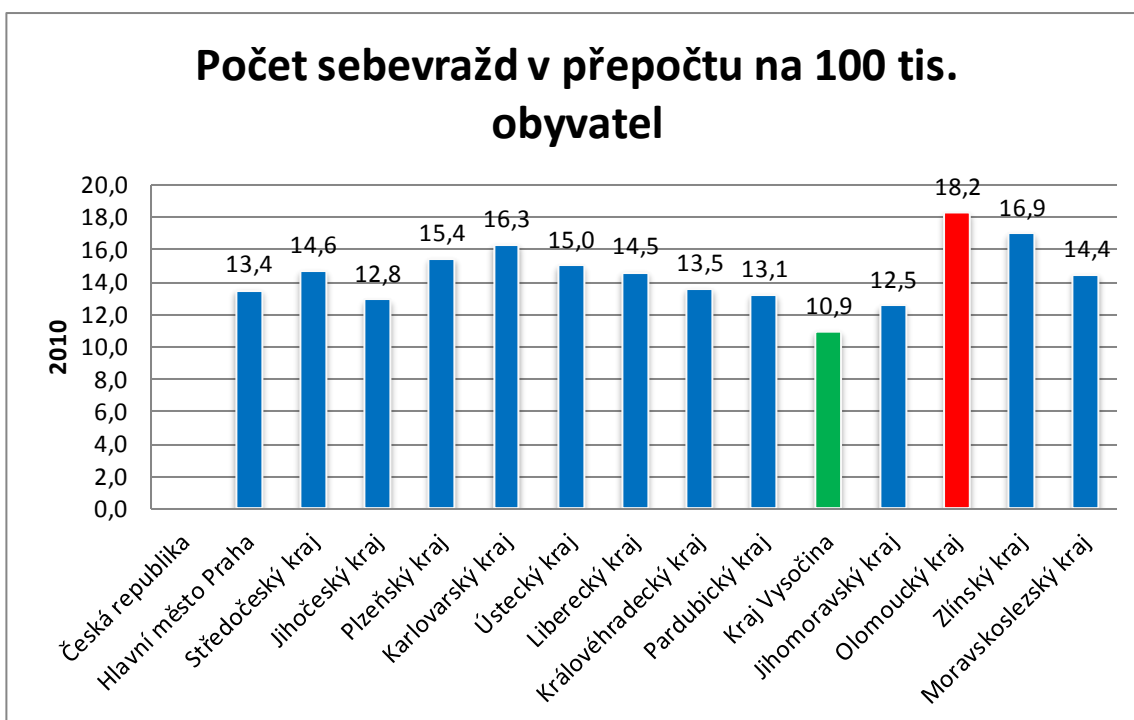


Zdroj: vlastní graf, data ČSÚ

Na těchto grafech je již vidět, že Olomoucký kraj spadá jak do regionu, který je díky špatným ekonomickým ukazatelům podporován v rámci strukturálních fondů státem, tak i do kraje s druhou nejvyšší nezaměstnaností v ČR. To samozřejmě nikterak nepřispívá k psychickému stavu obyvatel. Hospodářská situace a podmínky pro získání zaměstnání jsou zde tedy oproti jiným krajům, hlavně pak Praze minimální, což může vést k několika scénářům, resp. možnostem pro tamní obyvatele. Pokud se dlouhodobě nedaří obyvatelům nalézt zaměstnání a pokrýt své alespoň základní potřeby, pak je na řadě následující bilance. Vysídlení do jiných regionů – jejich migrace, čerpání podpory skrze státní příspěvky, či v některých případech v bezvýsledné východisko, a to zvolení sebevraždy.

Následující graf 6 tedy zobrazuje celkové počty sebevražd v krajích České republiky. Nejvíce sebevražd bylo zaznamenáno v Olomouckém kraji, kdy na sto tisíc obyvatel připadlo 18,2 sebevražd. Aby se eliminovaly rozdíly mezi počtem obyvatel jednotlivých krajů, bylo nutné přepočítat celkový počet sebevražd na sto tisíc obyvatel.

Graf 6 – Počet sebevražd v přepočtu na 100 tis. obyvatel v krajích ČR

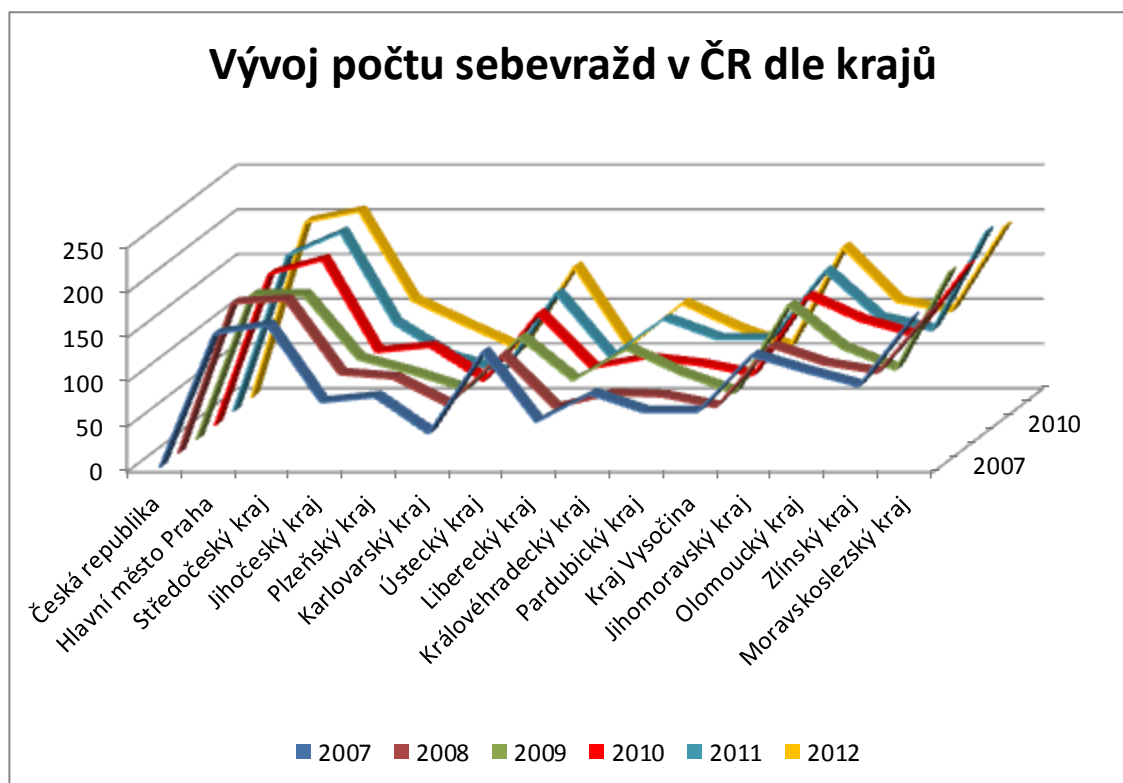


Zdroj: vlastní graf, data ČSÚ

Z grafu 6 je tedy možné usuzovat, že vzhledem k tomu, že Olomoucký kraj má v porovnání s jinými kraji nízké hospodářské charakteristiky, může se toto promítnout i do ekonomické situace jednotlivých domácností a rodin. Nižší vzdělání také může přispět k tomu, že lidé nejsou schopni uvažovat o situaci s nadhledem a logicky posoudit své reálné možnosti, při řešení situace a jako jedno nejideálnějších řešení se jim jeví sebevražda.

Graf 7 zobrazuje vývoj počtu sebevražd na území jednotlivých krajů České republiky na časové lince v rozmezí let 2007 – 2012.

Graf 7 – Vývoj počtu sebevražd v České republice dle krajů, 2007-2012

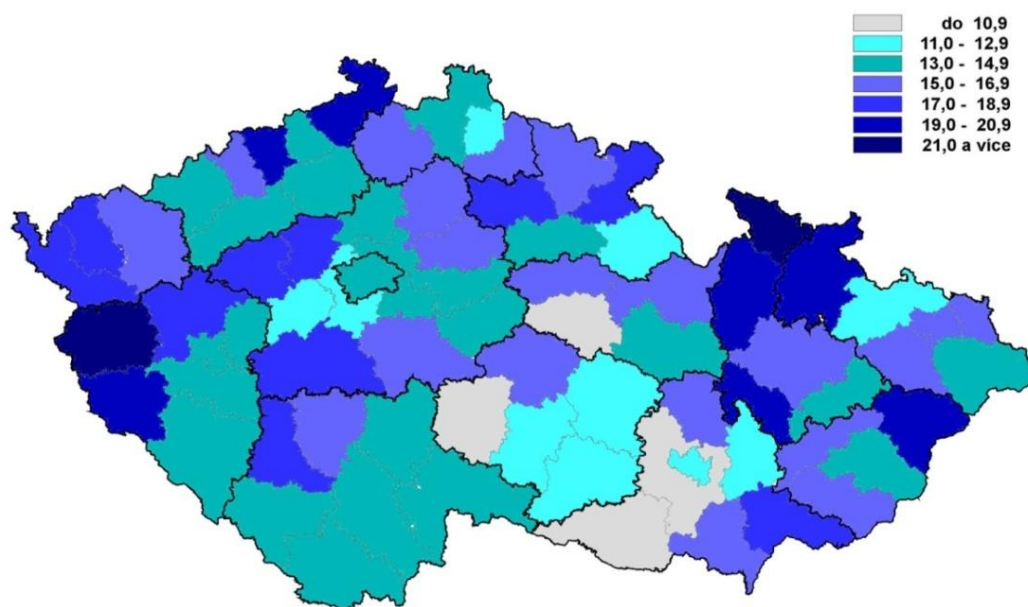


Zdroj: vlastní graf, data ČSÚ

Údaje jsou uváděny v počtu jednotlivých dokonaných sebevražd na region. Na obrázku vývoje sebevražd od roku 2007 až do roku 2012 není důležitý samotný počet, spíše jako jeho vývoj v časové křivce. V jednotlivých krajích se nikterak zásadně nezměnilo sebevražedné konání obyvatelstva za dané období. Nicméně je možno také rozpoznat, že v jistém mezidobí se zejména v některých regionech objevila klesající tendence. Z tohoto dočasného poklesu, se však nedají usuzovat žádné další ani dílčí závěry, neboť je tato změna pouze dočasného charakteru a může se na ní podílet mnoho faktorů. Co však může být alarmující, je fakt v rámci posledních pěti let je vidět zvolně se zvyšující trend sebevražd a to téměř ve všech krajích České republiky.

Níže je barevné vyobrazení regionů se zvýšeným počtem sebevraždnosti. Údaje jsou uvedeny na sto tisíc obyvatel za roky 2006 až 2010. Tyto oblasti, kromě Domažlic spadají dle obrázku číslo 5 do regionů s vysokou nezaměstnaností, strukturálně postižené a hospodářsky slabé. Tyto aspekty se mohou významně podílet na skladbě obyvatelstva, jejich vzdělanosti a nakonec i na jejich sklonech k sebevraždnému konání. Olomoucký kraj se svými 21 a Praha se svými 13 až 14,9 člověka spáchajícího sebevraždu stojí na opačných pólech.

Obrázek 6 – Sebevraždy dle okresů, 2006-2010



Zdroj: Český statistický úřad: Sebevraždy. online, cit. 2014-03-01

Tabulka 6 zobrazuje vývoj v časovém období od roku 1946 až do roku 2010, vždy po pětiletém období. Pomyslný vrchol v počtu sebevražd probíhal v letech 71 až 80 a od té doby je evidentní pravidelný pokles, který se jistě dá přisoudit zvyšující se životní úrovni života v České republice a dle tabulek korelujícímu nárůstu vzdělanosti.

Zarážející je však podíl mužů a žen, kdy vrchol poměru se zvedl z 2,2 dokonané sebevraždy muže až na současných 4,8, což je historicky nejvyšší zaznamenaný údaj.

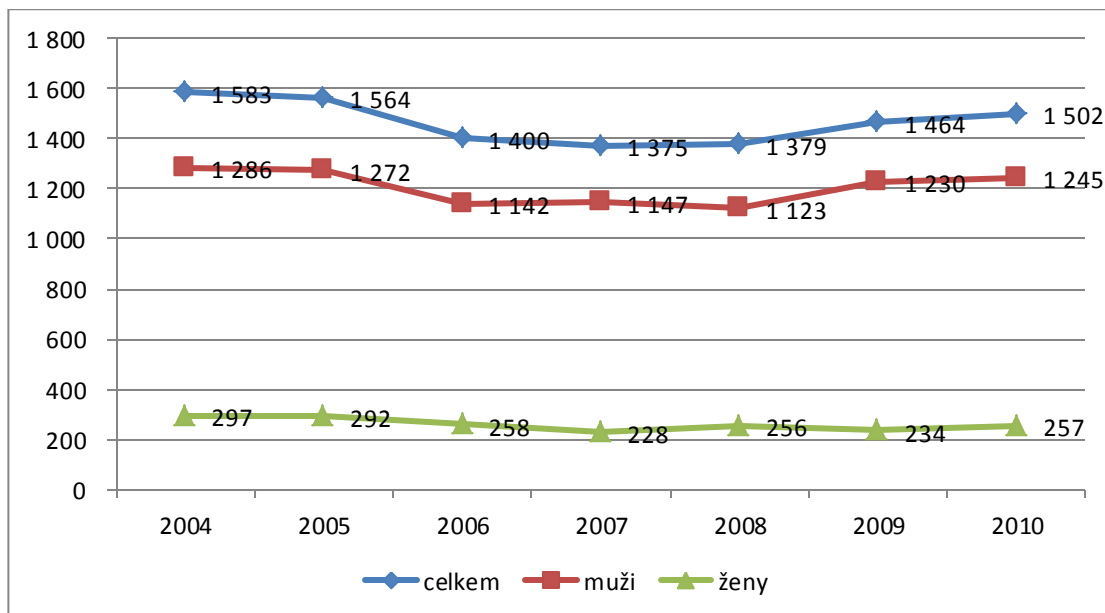
Tabulka 6 - Počet sebevražd mužů na jednu sebevraždu ženy

Období	Počet		Podíl na celku v %		Počet sebevražd mužů na 1 sebevraždu ženy
	muži	ženy	muži	ženy	
1946 - 1950	7 002	3 229	68,4	31,6	2,2
1951 - 1955	7 419	3 246	69,6	30,4	2,3
1956 - 1960	8 325	3 708	69,2	30,8	2,2
1961 - 1965	8 286	3 811	68,5	31,5	2,2
1966 - 1970	9 465	4 191	69,3	30,7	2,3
1971 - 1975	9 027	3 842	70,1	29,9	2,3
1976 - 1980	8 003	3 418	70,1	29,9	2,3
1981 - 1985	7 711	3 098	71,3	28,7	2,5
1986 - 1990	7 080	2 894	71,0	29,0	2,4
1991 - 1995	6 915	2 502	73,4	26,6	2,8
1996 - 2000	6 368	1 738	78,6	21,4	3,7
2001 - 2005	6 433	1 590	80,2	19,8	4,0
2006 - 2010	5 887	1 233	82,7	17,3	4,8

Zdroj: Český statistický úřad: Sebevraždy. online, cit. 2014-02-15

Z grafu 8 je zřejmé, že počet sebevražd v posledních letech začal zase mírně stoupat, stále se však pohybujeme okolo hranice 1500 lidí za rok. Už z předchozí tabulky je jasně vidět, že počet sebevražd u mužů je výrazně vyšší, než u žen, a to ve všech letech. Je to možné přisuzovat faktu, že ženy jsou více náchylnější k depresím a k zaobírání se vzniklými situacemi do podrobná. Zajímavé potom je, že sebevraždu zvolí dle dostupných statistik v porovnání třikrát více, než muži, volí však tzv. měkké techniky, jako je například polykání prášků. Toto rozhodnutí může být ve svém závěru ještě zvráceno a sebevražda tedy není dokonána. Muži naopak k těmto věcem neinklinují, a právě proto pak nejsou schopni vyvstalý problém řešit jinak. Je také možné, že muži v pozici jedince zodpovědného za užití rodiny, sáhnou po tomto řešení v případě, že již nadále nejsou svou rodinu schopni zabezpečit a zastávat dále svoji roli jako živitele a ochránce rodiny. Volí častěji tvrdé, a tedy nevratné techniky, kterými je sebevražda dokonána.

Graf 8 – Vývoj počtu sebevražd u mužů a žen, 2004 – 2010



Zdroj: vlastní graf, data ČSÚ

5. Výsledky a diskuze

Hypotéza 1: Lidé s nízkým vzděláním na pozicích s minimální mzdou, či bez zaměstnání jsou náchylnější k sebevražednému jednání.

Výsledkem analýzy zpracovaných zdrojů a zhodnoceného zkoumání je potvrzení hypotézy, že lidé s nižším vzděláním mají vyšší sklony k sebevražednému jednání. Jistě není možno na problematiku nahlížet takto zjednodušeným pohledem, neboť na tomto chování se podílí více aspektů, které ovlivňují konečný výsledek. Je jisté, že existuje ve valné většině případů přímá vazba mezi kraji republikově hospodářsky slabšími, možnostmi uspokojivého zaměstnání (míněno po finanční stránce), jedinci s dosaženým vzděláním a následně zvýšené sebevražednosti, která pramení z neuspokojivé životní situace.

Hypotéza 2: Počet dokonaných sebevražd u žen je podstatně nižší, přestože o sebevraždu se pokusí třikrát více žen.

Ženy podléhají stresu a depresi podstatně časteji nežli muži i díky jejich sklonu k hlubokému analyzování problémů a situace, dále díky hladině pohlavních hormonů, zejména v určitých obdobích života. Hormonální výkyvy mají přímý dopad na neurotransmitery ovlivňující náladu (Joshi, s. 98, 2007). Přestože o sebevraždu se pokusí následkem životní situace třikrát více žen, je prokázáno, že dříve třikrát, dnes až pětkrát více mužů sebevraždu dokoná. „Tendenci ukončit vlastní život mají výrazně muži než ženy. Za poslední sledované pětiletí sebevraždou skončilo dokonce pětkrát víc mužů než žen, na 1 dokonanou sebevraždu žen připadalo 4,8 sebevražd mužů“ (ČSU). Tento fakt je možno připsat na konto použitých technik, které u mužů jsou více definitivní (tvrdé techniky), než u žen (měkké techniky), které dávají větší možnost na záchranu, či na změnu názoru sebevraha v průběhu samotného konání suicida.

6. Závěr

Tato bakalářská práce pojednávala o psychologii sebevražedného jednání. Zabývala se tématy, která úzce souvisí s tím, že se jedinec rozhodne pro sebevraždu. Není neobvyklé, že v dnešní době, kdy je se fenoménem stává práce a úspěšnost v ní, se mnoho lidí snaží tomuto ideálu přiblížit a často na úkor jiných hodnot, které když potom schází, je už těžké zpětně navázat. Jedná se zejména o to, že na úkor práce může jedinec přijít o důležité sociální vazby, tj. vztahy ve společnosti a své vymezení vůči společnosti jako takové, tak i osobními vztahy. Na druhou stranu pokud není možné najít uspokojivé zaměstnání, a to z různých důvodů (jak existenčních, tak i osobních), dostává se jedinec také do stádia nespokojenosti, které může různě gradovat. V obou těchto případech je pak možné, že se jedinec může nalézat ve stádiu stresu, které může přejít do depresí (ať již vlivem zaměstnání, tak i kvalitou stráveného volného času), či u některých povolání vyústit v syndrom burnout. Pokud se nejedná o vrozenou psychickou poruchu, ale jedná se opravdu o vážné deprese způsobené neschopností řešit svou situaci a hledat relevantní východiska, může se jedinec pokusit o spáchání sebevraždy. Sebevraždu je možné spáchat několika způsoby, jedná se o použití měkkých a tvrdých technik. Zajímavá věc, kterou tato práce také sledovala je míra sebevražednosti u mužů a žen. Ve statistikách se počty sebevražd v posledních letech zvyšují, výrazně vyšší podíl sebevražd (z celkového počtu 1500 ročně, přibližně 1000 sebevražd připadá na muže) mají muži oproti ženám. Jedná se zejména o to, že muži volí tvrdé, dokonavé, techniky oproti ženám, které se sice pokusí o sebevraždu v průměru třikrát častěji, než muži, zato volí techniky měkké, kde jde v mnoha případech rozhodnutí ještě zvrátit. Tato práce se potom blížeji soustředila na téma sebevraždy a ekonomická situace. Na analýze bylo poukázáno na to, že kraje s vysokou nezaměstnaností, nízkou vzdělaností, mají také vysokou míru sebevražd v porovnání s kraji, kde je ekonomická situace o poznání lepší a kvalita života výrazně vyšší, měřena i zastoupením různých služeb a možností. Dle těchto výsledků se dá usuzovat, že ekonomická situace opravdu může být jedním z nejzásadnějších příčin (kromě duševních poruch) pokusů o sebevraždu či přímo dokonavých sebevražd.

Seznam použitých zdrojů

Seznam použitých českých zdrojů

- COMBY, Bruno. *Stres pod kontrolou*. Přel. I. Paukertová. Vyd. 1. Praha: X-Egem, Nova, 1997, s. 215. ISBN 80-719-9024-8
- CIMICKÝ, Jan. *Sám sobě psychiatrem*. Vyd. 1. Praha: Formát, 2001, s. 198, ISBN-80-86155-82-X
- EIS, Zdeněk. *Volejte linku důvěry!: co s krizemi, které nás potkávají*. Vyd. 1. Jinočany: H&H, 1993, s. 122. ISBN 80-854-6720-8
- FRANKEL, Bernard a Rachel KRANZ. *O sebevraždách*. Překlad Ivo Lorenc. Praha: Lidové noviny, 1998, s. 149. Linka důvěry. ISBN 80-710-6234-0
- HILLMAN, James. *Duše a sebevražda*. Vyd. 1. Překlad Rudolf Starý. Praha: Sagittarius, 1997, s. 198. ISBN 80-901-8984-9
- JOSHI, Vinay. *Stres a zdraví*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2007, s. 156. ISBN 978-80-7367-211-9
- KALLWASS, Angelika. *Syndrom vyhoření v práci a v osobním životě*. Vyd. 1. Překlad Petr Babka. Praha: Portál, 2007, s. 139. ISBN 978-807-3672-997
- KASTOVÁ, Verena. *Krize a tvořivý přístup k ní: Typy životních krizí, jejich dynamika a možnosti krizové intervence*. Vyd. 1. Překlad Jana Vašková. Praha: Portál, 2000, s. 167. ISBN 80-717-8365-X
- KEBZA, Vladimír a Iva ŠOLCOVÁ. *Syndrom vyhoření: (informace pro lékaře, psychology a další zájemce o teoretické zdroje, diagnostické a intervenční možnosti tohoto syndromu)*. Vyd. 2. Praha: Státní zdravotní ústav, 2003, 23 s. ISBN 80-707-1231-7
- KOUTEK, Jiri a Jana KOCOURKOVÁ. *Sebevražedné chování: současné poznatky o suicidalitě a její specifika u dětí a dospívajících*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2003, s. 127. ISBN 80-717-8732-9
- KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Jak zvládat stres*. Praha: Grada - Avicenum, 1994, s. 190. ISBN 80-716-9121-6
-

- MASARYK, Tomáš Garrigue. *Sebevražda hromadným jevem společenským moderní osvěty*. 5. české vyd. Praha: Masarykův ústav AV ČR, 2002, s. 221. Spisy TGM, sv. 1. ISBN 80-864-9513-2
- MCKENZIE, Kwame. *Deprese*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2001, s. 96. Informace a rady lékaře. ISBN 80-247-0093-X
- MLČÁK, Zdeněk. *Emergentní psychologie a krizová intervence*. Vyd. 1. Ostravská univerzita v Ostravě - Filozofická fakulta: Repronis, 2005, s. 64. ISBN 80-7368-036-X
- MONESTIER, Martin. *Dějiny sebevražd: dějiny, techniky a zvláštnosti dobrovolné smrti*. 1. vyd. Překlad Vladimír Čadský. Praha: Dybbuk, 2003, 414 s. ISBN 80-903-0018-9
- NOVÁK, Tomáš. *Jak se zbavit stresu*. Vyd. 1. Praha: Grada, 1999, s. 113. ISBN 80-716-9758-3
- PAVLOVSKÝ, Pavel. *Soudní psychiatrie a psychologie*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2001, 180 s. ISBN 80-247-0181-2.
- PRAŠKO, Ján, Hana PRAŠKOVÁ a Jana PRAŠKOVÁ. *Deprese a jak ji zvládat: stop zoufalství a beznaději*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2003, s. 180. Rádcí pro zdraví. ISBN 80-717-8809-0
- PRAŠKO, Ján, Barbora BULIKOVÁ a Zuzana SIGMUNDOVÁ. *Depresivní porucha a jak ji překonat*. Vyd. 1. Praha: Galén, 2010, s. 91. ISBN 978-80-7262-656-4
- SELYE, Hans. *Život a stres*. Bratislava: Obzor, 1966, s. 460.
- SCHREIBER, Vratislav. *Lidský stres*. Vyd. 1. Praha: Academia, 1992, s. 80. ISBN 80-200-0458-0
- ŠVESTKA, Jaromír. *Deprese: léčitelná duševní porucha se vzrůstajícím výskytem: informace pro nemocné a jejich blízké*. Vyd. 3. Praha: Galén, 2000, s. 15. ISBN 80-862-5723-1
- WILKINSON, Greg. *Stres*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2001, s. 96. Informace a rady lékaře. ISBN 80-247-0092-1
- ZVOLSKÝ, Petr et al. *Psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Galén, 2001, s. 622. ISBN 80-246-0390-X
-

Seznam internetových zdrojů

Český statistický úřad: Sebevraždy. [online]. [cit. 2014-03-09]. Dostupné z:

http://www.czso.cz/csu/redakce.nsf/i/sebevrazdy_zaj

Regionální rozvoj: Metodická podpora regionálního rozvoje. [online]. [cit. 2014-03-09].

Dostupné z: <http://www.regionálnírozvoj.cz/index.php/sub1.html>

SYNDROMESPEDIA. *General Adaptation Syndrome (GAS)*. [online]. [cit. 2014-02-

22]. Dostupné z: <http://syndromespedia.com/general-adaptation-syndrome-gas-stages-phases.html>

FONTANA, Josef, TRNKA, Jan a kol. *Funkce buněk a lidského těla* [online]. [cit.

2014-02-24]. Dostupné z: <http://fblt.cz/skripta/xi-regulacni-mechanismy-1-endokrinni-regulace/9-stres/>

KUTĚJ, Adam. *Syndrom vyhoření u pracovníků pomáhajících profesí* [online]. Brno, 2007 [cit. 2014-03-08]. Dostupné z:

https://is.muni.cz/th/133052/pedf_m/Adam_Kutej.txt. Diplomová práce. Masarykova univerzita. Vedoucí práce PhDr. Jana Veselá, Ph.D.

UZIS: *Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů*.

[online]. Vyd. 2013. [cit. 2014-03-02]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/cz/mkn/F30-F39.html>

WebMD. [online]. Vyd. 2005. [cit. 2014-03-02]. Dostupné z:

<http://www.webmd.com/mental-health/reco gnizing-suicidal-behavior>

WHO - World health organization. [online]. Vyd. 2014. [cit. 2014-03-03]. Dostupné z:

http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/

BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE

Jméno autora: Tomáš Šik

Obor: Bezpečnostní studia

Forma studia: Kombinovaná

Název práce: Psychologie sebevražedného jednání

Rok: 2014

Počet stran textu bez příloh: 45

Celkový počet stran příloh: 0

Počet titulů českých použitých zdrojů: 24

Počet titulů zahraničních použitých zdrojů: 0

Počet internetových zdrojů:8

Počet ostatních zdrojů:0

Vedoucí práce: Doc. JUDr. Mgr. Joža Spurný, Ph.D.