

Univerzita Palackého v Olomouci  
Filozofická fakulta  
Katedra psychologie

# **POSTOJE K SEBEVRAŽEDNOSTI A JEJÍ PREVENCI**

**ATTITUDES TOWARDS SUICIDALITY AND ITS PREVENTION**



## **Magisterská diplomová práce**

Autor:

Monika Lišková

Vedoucí práce:

PhDr. Olga Pechová, Ph.D.

Olomouc  
2014

Děkuji PhDr. Olze Pechové, Ph.D. za odborné vedení mé práce.

*Ochrana informací v souladu s ustanovením § 47b zákona o vysokých školách, autorským zákonem a směrnicí rektora k Zadání tématu, odevzdávání a evidence údajů o bakalářské, diplomové, disertační práci a rigorózní práci a způsob jejich zveřejnění. Student odpovídá za to, že veřejná část závěrečné práce je koncipována a strukturována tak, aby podávala úplné informace o cílech závěrečné práce a dosažených výsledcích. Student nebude zveřejňovat v elektronické verzi závěrečné práce plné znění standardizovaných psychodiagnostických metod chráněných autorským zákonem (záznamový arch, test/dotazník, manuál). Plné znění psychodiagnostických metod může být pouze přílohou tištěné verze závěrečné práce. Zveřejnění je možné po dohodě s autorem nebo vydavatelem.*

### **Prohlášení**

Místopřísežně prohlašuji, že jsem magisterskou diplomovou práci na téma „Postoje k sebevraždě a její prevenci“ vypracovala samostatně pod odborným dohledem vedoucího diplomové práce a uvedla jsem všechny použité podklady a literaturu.

V Olomouci dne .....

Podpis.....

## Obsah

Úvod.....	5
1 Sebevražednost.....	6
1.1 Definice sebevraždy.....	6
1.2 Historie a kulturní prostředí.....	7
1.3 Sebevražedné chování.....	8
1.4 Typologie sebevražd.....	11
1.5 Sebevražednost v adolescenci.....	13
1.6 Genderové rozdíly.....	14
1.7 Rizikové faktory.....	16
2 Prevence.....	19
2.1 Prevence obecně.....	19
2.2 Prevence sebevražednosti.....	20
2.3 Terapie.....	24
2.4 Školní preventivní programy proti sebevražednosti.....	25
2.4.1 Problémy a nástrahy implementace programů do škol.....	26
2.5 Přehled preventivních programů.....	27
2.5.1 Psychoedukační programy.....	27
2.5.2 Screeningové programy.....	29
2.5.3 Gatekeeper programy.....	30
3 Postoje.....	33
3.1 Definice a historie postojů.....	33
3.2 Dělení postojů a funkce postojů.....	34
3.3 Změna postojů.....	35
3.4 Měření postojů.....	37
3.5 Postoje k sebevražednosti.....	37
4 Praktická část.....	42
4.1 Cíl výzkumu.....	42

4.2	Hypotézy .....	43
4.3	Sběr dat.....	44
4.3.1	Metody .....	44
4.3.2	Získávání dat .....	45
4.3.3	Etika výzkumu .....	47
4.4	Metodologický rámec.....	48
4.5	Výzkumný soubor .....	49
4.6	Výsledky .....	50
4.7	Zhodnocení platnosti hypotéz .....	54
4.8	Diskuze.....	62
4.8.1	Metody, způsob získávání a zpracování dat.....	62
4.8.2	Výsledky a platnost hypotéz .....	64
4.9	Závěr .....	68
	Souhrn .....	70
	Literatura .....	73
	Příloha č. 1 Formulář zadání diplomové práce .....	81
	Příloha č. 2 Ukázka překladu dotazníku ATTS .....	82
	Příloha č. 3 Ukázka verze mnou vytvořeného dotazníku.....	83
	Příloha č. 4 Ukázka úvodní strany k dotazníku .....	83

## Úvod

Náplň mé diplomové práce je volným pokračováním mé postupové práce na téma „Vztah suicidálního chování a sociální opory“. Při její tvorbě jsem zjistila, že i přes poměrně častý výskyt sebevražedného chování u adolescentů, je prevence sebevražedného chování u nás velmi malá. Ze stran pedagogů jsem se velmi často setkávala s odmítáním a popíráním problému sebevražednosti u adolescentů. Proto jsem se rozhodla prozkoumat oblast postojů k sebevražednosti a její školní prevenci z pohledu pedagogů, psychologů a rodičů adolescentních dětí.

Téma sebevražednosti mě upoutalo konečností a nezvratností vlastního rozhodnutí. Sebevražednost je velmi závažným problémem. Ačkoliv Český statistický úřad uvádí, že v letech 2006-2010 bylo v České republice naměřené historické minimum sebevražd, ve stejném časovém období se vyskytlo pouze 38 dní, kdy nikdo nespáchal dokonanou sebevraždu. Toto číslo mi připadá alarmující.

Ve své práci kladu důraz na přehled existujících školních preventivních programů proti sebevražednosti a poznatky o postojích k sebevražednosti. V empirické části se snažím popsat postoje k sebevražednosti u skupin pedagogů, psychologů a rodičů adolescentních dětí, snažím se zjistit postoje ke školní prevenci sebevražednosti a názory na případné zavedení těchto programů do škol.

Myslím si, že sebevražednému chování se dá do jisté míry předcházet a psychologové jako odborníci v této oblasti by měli potřebným jedincům tuto pomoc umět poskytnout.

# 1 Sebevražednost

## 1.1 Definice sebevraždy

Jedno skandinávské přísloví říká, že: „Umění zemřít nepoznáme nikdy dostatečně“ (Monestier, 2003, 15). Neexistuje jedna společná definice sebevraždy. Podle Masaryka (1926, 2) je definice sebevraždy dvojitá - v širším a užším slova smyslu. V širším slova smyslu znamená „ten nepřirozený způsob smrti, jenž byl přivolen neúmyslným vsahováním člověka v životní proces, ať kladným, činným, vlastním jednáním, nebo záporným, trpným chováním k nebezpečím života. V tomto slova smyslu je např. sebevrahem ten, kdo pro nemravný nebo nemoudrý život nalezne předčasnou smrt, neboť normální by bylo, kdyby každý člověk dosáhl stařeckého věku“. „V užším a vlastním slova smyslu je naproti tomu jenom ten sebevrahem, kdo učinil svému životu konec úmyslně a vědomě, kdo si smrti jako takové přeje a je si jist, že si svým jednáním nebo opomenutím smrt přivodí“ (Masaryk, 1926, 2). Hlavním důvodem sebevražednosti je podle něj civilizační vývoj, který se projevuje mravním a náboženským úpadkem (Masaryk, 1926).

Viewegh (1996) považuje za sebevraždu ve vlastním smyslu slova pouze sebevraždu bilanční (viz dále). Jako podmínku uskutečnění sebevraždy uvádí autoreflexi. Heretik a Heretik (2007) považují sebevraždu za selhání pudu sebezáchovy. Tento názor kritizuje například Frankl (1994), protože člověk nemůže jen přežívat, ale potřebuje mít pocit smyslu života (in Heretik & Heretik, 2007). Aby člověk chtěl žít, musí mít možnost uspokojit své potřeby, není-li to možné, ztrácí pro něj život smysl (Masaryk, 1926).

Vágnerová (2008, 489) definuje sebevraždu jako „násilné jednání charakteristické úmyslem dobrovolně zničit vlastní život“. Chápe ji jako „krajní reakci na subjektivně významnou zátěž“ (Vágnerová, 2008, 496). Tato zátěž může vést ke ztrátě individuálně důležité hodnoty, která vede až ke ztrátě smyslu života. V těchto případech mohou selhat normální adaptační mechanismy a může dojít k oslabení pudu sebezáchovy. Když mají lidé dostatečně silný důvod, jsou schopni potlačit svůj pud sebezáchovy a vzít si život, který pro ně stejně ztratil hodnotu (Vágnerová, 2008).

Sebevraždu je nutno odlišovat od sebezabití. „Sebezabití je zničení vlastního života, kterému chyběl vědomý úmysl zemřít“ (Vágnerová, 2008, 489). Při sebezabití není jedinec schopen reálného zhodnocení důsledků svého chování (Vágnerová, 2008). Podle Heretika et al. (2007) je sebezabití činem, u kterého zcela chybí úmysl zemřít, nebo se jedinec není schopen kvůli své psychické nemoci kriticky rozhodovat. Řadí sem i dětské sebezabití

nápodobou nebo navedením, sebezabití pod vlivem bludů, depresí, impulzivní sebevraždu, demonstrativní a zkratkovité jednání. Na pomezí mezi sebevraždu a sebezabití řadí sebevraždu pod společenským nátlakem nebo filozoficky motivované sebevraždy. Podle Vágnerové (2008) může být sebezabití vynuceno násilím. Jedinec jedná proti své vůli, on sám se nechce zabít. Příkladem mohou být partnerské nebo hromadné sebevraždy například hromadná sebevražda Davidiánů pod vedením Davida Koreshe v roce 1974 (Vágnerová, 2008; Monestier, 2003).

Zvláštním typem sebevraždy je sebeobětování. V naší sociokulturní oblasti je sebevražda obvykle odsuzována, ale sebeoběť je vnímána kladně (Viewegh, 1996). Sebeobětování je „dobrovolné a svobodné rozhodnutí obětovat život v zájmu hodnot, které mají aktuálně větší cenu než vlastní život“ (Vágnerová, 2008, 490). Někdy je sebeobětování přiřazováno k heroickým sebevraždám (Baštecká, 2003). Novým rozšířeným společenským jevem je rozšířená sebeoběť, které se často využívá ve formě terorismu. Zemře při ní nejen sebevrah, ale i velké množství jiných lidí (Heretik et al., 2007).

## **1.2 Historie a kulturní prostředí**

Každá sebevražda by se měla studovat pouze v rámci širšího sociokulturního rámce, protože sociokulturní norma ovlivňuje její hodnocení (Baštecká, 2003; Viewegh, 2006). Sebevražedné jednání se vyskytovalo vždy, i v dobách, když bylo společností odmítáno a sankcionováno. V Anglii byla sebevražda trestná až do roku 1961 (Vágnerová, 2008). U nás sebevražda není trestným činem (Koutek & Kocourková, 2007b).

Ve starověkém Řecku a Římě se střídala období, kdy byla sebevražda odsuzována a období, kdy byla podporována veřejností, někdy i státní mocí. Platon i Aristoteles odsuzovali jakoukoliv nepřirozenou, násilnou smrt. Hegésias, představitel pesimistického hédonismu, povzbuzoval lid k sebevraždě.

Křesťanství sebevraždu velmi odsuzovalo. Ve 4. století po Kristu ji svatý Augustin prohlásil za hřích, představovala pro něj vzpouru proti Bohu, protože život je boží dar. Sebevrah tak porušuje přikázání „Nezabiješ“ (Baštecká, 2003). V období renesance se sebevražda opět začala rozvíjet. Jako reakci na názory křesťanství osvícenští filozofové jako Voltaire a Hume hlásali svobodu člověka v otázce ukončit svůj život. Z dalších velkých filozofů například Kant sebevraždu odsuzoval (Heretik et al., 2007).

Na přelomu 18. a 19. století byly položeny základy vědeckého výzkumu sebevraždy. Z této doby máme první statistické přehledy. Podle Viewegha (1996, 18) je jednou z prvních „tabulka sebevražd a smrtelných úrazů v Londýně v letech 1686-1758“. U nás jsou první statistické údaje o sebevraždy až z roku 1876 (ČSÚ).

V Asii je sebevraždy tolerována, v některých státech například v Japonsku a některých částech Indie až uctívána. Pro některé severoasijské kmeny je násilná smrt přirozenou formou smrti. Zemřít na nemoc je u nich nežádoucí, protože věří, že duše po smrti přechází na druhý svět v takovém stavu, v jakém člověk zemřel (Heretik et. al, 2007; Viewegh, 1996).

V křesťanských společnostech je dodnes malý počet sebevražd, u katolíků je menší než u protestantů. Sebevraždy stejně jako křesťanství odsuzuje i judaismus a islám (Viewegh, 1996). Korán sebevraždy zakazuje a dokonce odsuzuje sebevraha k věčnému opakování jeho činu (Ajit & Shah, 2010).

### **1.3 Sebevražedné chování**

Pod pojem sebevražedné (suicidální) chování se řadí suicidální myšlenky, tendence, pokus a dokonané suicidium. Suicidální chování nepředstavuje samostatnou psychiatrickou jednotku, lze ho označit pouze za syndrom (Koutek, 2008). Je výsledkem spolupráce vnitřních (osobnostní charakteristiky) a vnějších faktorů (sociokulturní události) (Koutek & Kocourková, 2007b).

Vymětal (2003) popisuje vývoj jedince, který se rozhodne spáchat sebevraždy. Jedinec si nejprve uvědomí, že možnost sebevraždy se ho netýká pouze teoreticky, ale i prakticky. Poté zaujme ambivalentní postoj k odchodu ze života. Zvažuje všechna pro i proti této možnosti. V této fázi je značné ovlivnění depresivním postojem. Dostavuje se pocit, že budoucnost je již uzavřená, situace je beznadějná. Jedinec dospěje k rozhodnutí vzít si život, které pociťuje jako úlevu. Následují přípravy na sebevraždy, které končí vlastní realizací. Tento vývoj může být přerušeno nebo pozastaven v jakékoliv fázi.

Erwin Ringel je autorem pojmu presuicidální syndrom. Charakterizuje ho jako „komplexní pocit zúžení a omezení dalšího života, jeho neperspektivnosti. Člověk není schopen pozitivního emočního prožívání, redukuje své aktivity i kontakty, nic jej nezajímá, o nic neusiluje, všechno ztratilo svůj původní význam. Důležitý je pocit omezení vlastních životních možností“ (Ringel, 1969 in Vágnerová, 2008, 502). Presuicidální syndrom je ukazatelem nebezpečí spáchání sebevražedného činu. Jsou vytvořeny přesné, konkrétní



představy průběhu suicidálního aktu. Lidé se cítí smutní, nemocní a unavení. Časté jsou psychosomatické obtíže jako poruchy spánku a změny stravování. Někdy po období depresí a napětí následuje uvolnění. To bývá způsobeno faktem, že dotyčný se již rozhodl svůj čin realizovat (Koutek, 2008).

Metody suicidálního jednání se dělí na měkké a tvrdé. U měkkých metod je vyšší pravděpodobnost záchrany. Patří sem například intoxikace medikamenty, povrchní pořezení, skok z nízké výšky. Tvrdé metody vedou velmi rychle k ukončení života, je zde malá šance záchrany. Příkladem je strangulace, použití střelné zbraně, skok z velké výšky. Nejčastější metodou dokončených sebevražd je strangulace (Koutek & Kocourková, 2007b). Konečná volba prostředku je ovlivněna také tím, co má jedinec k dispozici (Masaryk, 1926). Někdy se používá pojem protrahované suicidální jednání. Je to takové jednání, kdy se jedinec opakovaně v rizikových dávkách například intoxikuje a postupně zvyšuje dávku (Koutek & Kocourková, 2007b).

Podle Viewegha (1996) zemře denně sebevraždou na světě asi 1000 lidí a dalších 2000 se o ni pokusí. V různých státech se ale frekvence výskytu liší. V mezinárodním měřítku se mezi státy s vysokou sebevražděností řadí Maďarsko, skandinávské státy, Švýcarsko, Německo a Japonsko. Mezi státy s nízkou mírou patří Itálie, Španělsko, Irsko a Nizozemí (Koutek, 2008).

Česká republika se řadí mezi státy s průměrnou sebevražděností (Koutek & Kocourková, 2007b). Maximum naměřených dokončených sebevražd u nás bylo v roce 1934, kdy sebevraždou zemřelo 4007 osob. Maximum po 2. světové válce bylo v roce 1970, kdy zemřelo 2824 osob. Od sedmdesátých let můžeme pozorovat klesající trend. Za období let 2006-2010 ČSÚ naměřil historicky nejmenší počet sebevražd. V roce 2007 to bylo historické minimum. Celkem v období let 2006-2010 zemřelo 7120 osob sebevraždou. V tomto časovém úseku se vyskytlo jen 38 dní, kdy nebyla zaregistrována žádná dokonaná sebevražda a 19 dní, kdy bylo provedeno deset a více dokončených sebevražd (ČSÚ). Od roku 1989 se již nevedou statistiky sebevražděných pokusů (Hort & Kocourková, 2005).

Zdravotnické statistiky započítávají sebevraždy až u dětí starších deseti let. Statistiky o sebevraždách bývají nepřesné. Velkým problémem je rozlišení, zda šlo o sebevraždu nebo o nešťastnou náhodu. Často se také zamění sebevraždy za nehody. Skutečný počet sebevražd podle odhadů je 2x až 3x větší než se udává ve statistikách (Frankel & Kranzová, 1998).

Sebevražednému jednání předchází sebevražedné myšlenky. Ty jsou v populaci poměrně rozšířené a nemusí vyústit v sebevražedný čin. Tyto myšlenky mohou přinášet útěchu, klid, odpočinek. U některých jedinců se ale mohou stát východiskem k zahájení sebevražedného vývoje (Baštecká, 2003; Koutek & Kocourková, 2007b; Vymětal, 2003).

Suicidální myšlenky se dělí na egosyntonní a egodystonní. Egosyntonní myšlenky jsou považovány za vlastní, jedinci je nepovažují za něco cizího. Egodystonní myšlenky jsou nutkavé, jedinec se je snaží potlačit, ale nedaří se mu to (Koutek & Kocourková, 2007b). Při vyhodnocování nebezpečnosti těchto myšlenek je potřebné znát jejich intenzitu, jak často se jimi jedinec zabývá, zda jsou odklonitelné a jak moc jsou konkrétní. (Koutek & Kocourková, 2007b).

Dalším stupněm po sebevražedných myšlenkách jsou sebevražedné tendence. Ty nevznikají náhle, obvykle se rozvíjejí po nějakou dobu. Tato doba může být v řádu let, ale může být také velmi zkrácena, jako je tomu například při impulzivním jednání (Vágnerová, 2008).

Jedinec může sebevražedné tendence realizovat formou sebevražedného pokusu nebo dokonané sebevraždy. Koutek a Kocourková (2007a, 73) definují sebevražedný pokus jako „každý suicidální akt s úmyslem zemřít, avšak nikoli letálním koncem“. Někdy se označuje jako tentamen suicidii (TS) nebo parasuicidium (Baštecká, 2003).

Sebevražedný pokus je nutno brát stejně vážně, jako dokonanou sebevraždu. Hlavní rozdíl mezi sebevraždou a pokusem spočívá v tom, že po pokusu člověk zůstává naživu, kdežto po dokonané sebevraždě ne. Mnoho lidí se pokouší o sebevraždu, aniž by skutečně chtěli zemřít. Sebevražda je prostředkem, jak dát najevo, že v jejich životě není něco v pořádku. Je to volání o pomoc, sebevrah chce dosáhnout potvrzení vlastní hodnoty. Po pokusu dochází ke změně situace ve vztahu k jeho okolí. Lidé se při sebevražedných pokusech mohou velmi vážně zranit nebo zemřít. Nejpoužívanějším způsobem sebevražedných pokusů je intoxikace medikamenty a podobnými látkami (Baštecká, 2003; Frankel & Kranzová, 1998; Hort & Kocourková, 2005; Koutek, 1999; Viewegh, 1996).

Názory na to, jak pohlížet na sebevražedný pokus, se velmi liší. Pro některé autory je rozdíl mezi dokonanou sebevraždou a pokusem pouze kvantitativní (například Janota), pro jiné kvalitativní (například Viewegh, Baštecká). Podle Baštecké (2003) to není jen nepovedená sebevražda. „Jsou to dva jevy, které se částečně překrývají. Členové skupiny sebevražedných pokusů přecházejí do skupiny dokonanych sebevražd častěji než lidé, kteří se o sebevraždu nepokusili“ (Baštecká, 2003, 172). Janota (1968 in Viewegh, 1996) tvrdí,

že každé suicidální jednání je nejprve sebevražedným pokusem, teprve jestli pokus dosáhl cíle, mluvíme o sebevraždě.

Viewegh (1996) uvádí výčet rozdílů mezi pokusem a dokonanou sebevraždou podle Schlieffena (1969):

- a) U žen je častější pokus, u mužů dokonaná sebevražda
- b) V první polovině života je častější sebevražedný pokus, ve druhé dokonané suicidium
- c) U pokusu se používají měkké metody, u dokonaných sebevražd tvrdé
- d) Motivy pokusu jsou většinou interpersonální, u dokonaných sebevražd jsou kromě interpersonálních konfliktů přítomny i pocity ohrožení jedince
- e) Tentamen je spontánnější, bez dlouhého rozhodování, dokonaná sebevražda je plánována dlouhou dobu

Dokonané suicidium může být definováno jako „sebepoškozující akt s následkem smrti, který je způsoben sebou samým, s vědomým úmyslem zemřít“ (Koutek & Kocourková, 2007a, 73).

## 1.4 Typologie sebevražd

Koutek a Kocourková (2007b) dělí sebevraždy na bilanční, biické, účelové, demonstrativní, zkratkovité suicidální jednání a rozšířenou sebevraždu. Frankel a Kranzová (1998) hovoří ještě o hromadné sebevraždě.

Bilanční sebevražda je spojena se smysluplností našeho života. Smysluplnost je dána hierarchií hodnot. Narušením této hierarchie může dojít k vyvolání sebevražedných tendencí. Je to suicidium osoby, která se pro ukončení svého života rozhodla po bilanci předchozího života a zvážení pozitivních a negativních možností své budoucnosti. Viewegh ji považuje za sebevraždu v pravém slova smyslu (Viewegh, 1996).

Biická sebevražda je sebevraždou v normálním duševním stavu, je k ní přistoupeno na základě motivů, které vychází z reality. Tyto dva typy sebevražd jsou si velmi blízké, pro jejich rozlišení je nutné odlišit patologické motivy. U patických sebevražd (je u nich přítomna patologie) můžeme nalézt bilancování, to je ale vlivem nemoci nereálné (Koutek & Kocourková, 2007b).

Účelová sebevražda je taková sebevražda, jejímž cílem není zemřít, ale vyřešit nějaký problém. Velmi podobná je demonstrativní sebevražda. Rozdíl je v tom, že cíle je u účelové sebevraždy dosahováno nevědomě, kdežto u demonstrativní vědomě.

Demonstrativní sebevraždy využívá sebevrah k nátlaku a vydírání svého okolí. Podle Viewegha jsou demonstrativní sebevraždy charakteristické pro hystericky zaměřené osoby (Koutek & Kocourková, 2007b; Viewegh, 1996).

Zkratkovité suicidální jednání je takové jednání, kdy jedinec jedná náhle, afektivně. Synonymem je impulzivní sebevražda. Jedinec nemá většinou vážný úmysl zemřít, jedná pouze pod vlivem okamžitého impulzu, neuvažuje nad následky ani prostředky. Jako nástroj si zvolí cokoliv, co má právě po ruce. Jedinec může očekávat, že tímto činem vyřeší svůj problém, ale nechce ho řešit on sám, pomoc očekává od někoho jiného (Vágnerová, 2008).

Rozšířená sebevražda znamená, že se pro sebevraždu rozhodlo více osob. Podmínkou je, aby spolu byly ve vzájemném vztahu, měly stejný motiv. Identifikace s ostatními se nachází ve vědomí, že smrt proběhne současně po použití téhož prostředku. Toto rozhodnutí 2 a více osob, že společně spáchají sebevraždu, se označuje jako suicidální dohoda (Baštecká, 2003; Koutek & Kocourková, 2007b; Monestier, 2003).

Rozšířená sebevražda se podle Baštecké (2003) dělí se na sebevraždy:

- a) dvou lidí (například spisovatel Stefan Zweig se svojí manželkou)
- b) skupinové - často jsou to rodinné sebevraždy (například židovské rodiny za 2. světové války, sebevražda parašutistů, kteří spáchali atentát na Heydricha a před dobytím kostela sv. Cyrila a Metoděje se zabili)
- c) masové - epidemické (například hromadné sebevraždy v rámci sekty)

Je potřeba odlišit iniciátora od ostatních. Iniciátor si tímto činem snaží potvrdit vlastní hodnotu a moc nad ostatními, kteří se označují jako pasivní účastníci. Jejich jednání může být projevem silné identifikace s iniciátorem (Vágnerová, 2008).

Hromadnou sebevraždu je možno asi nejlépe vysvětlit na příkladu. V roce 1774 vyšlo Utrpení mladého Werthera od Johanna Wolfganga Goetheho. V tomto románě se mladý hrdina Werther zabije, protože nemůže získat ženu svých snů. Toto dílo bylo napadáno za to, že podnítilo vznik „wertherismu“. Stovky mladých mužů, po vzoru Werthera, zvolily v podobné situaci sebevraždu (Frankel & Kranzová, 1998). Vágnerová (2008) tento jev označuje za Wertherův efekt, nazývaný také copy-cat suicide. U tohoto jevu dochází k uplatňování mechanismu učení nápodobou. Jeho vliv je velký u dětí a dospívajících, ale také u lidí často sdílejících stejné uzavřené prostředí, kdy jedna sebevražda se může stát inspirací pro další (například pacienti v psychiatrických léčebnách, žáci v internátních školách, vězni ve věznicích) (Vágnerová, 2008). Po sebevraždě Marilyn Monroe v roce 1962 se počet sebevražd v USA zvýšil o 12 procent během jednoho měsíce.

U odborníků ale nepanuje shoda v tom, zda vůbec hromadná sebevražda existuje (Frankel & Kranzová, 1998).

## 1.5 Sebevražednost v adolescenci

Sebevražedné chování je druhou nejčastější formou smrti u adolescentů. Pro toto věkové období jsou charakteristické sebevražedné myšlenky. Typický sebevražedný adolescent je 15-17letá dívka, která se pokusila o sebevraždu intoxikací medikamenty (Kocourková & Koutek, 1996; Koutek & Kocourková, 2007b). Podle Frankela & Kranzové (1998) připadá na každého dokonane suicidujícího dospělého sebevraha asi deset sebevražedných pokusů. U dospívajících je to na každou dokonanou sebevraždu dvacet pokusů. Podle National Center for Injury Prevention and Control (2008; in Juhnke, Granello & Granello, 2011) je v adolescenci 100 až 200 pokusů na 1 dokonanou sebevraždu.

Postoje k problematice adolescentní suicidality jsou různé. Pohybují se od obviňování okolí, převážně rodičů, za to, že jejich dítě uvažuje o sebevraždě, až po hostilní postoje vůči sebevražednému jedinci, protože se snaží s okolím manipulovat (Kocourková & Koutek, 2006). Wunderlich, Bronisch, Wittchen & Carter (2001) udává, že v Německu se od roku 1950 míra sebevražednosti u adolescentů zvýšila o 400 %, zatímco celková míra v celé populaci zůstala stejná (Wunderlich et al., 2001).

V adolescenci se jedinec snadno může dostat do situací, kdy se cítí bezradný, nevidí smysl svého života. V tomto období se vyskytuje značná nespokojenost s mezilidskými vztahy. Sebevražedné jednání může být reakcí na první větší problém, s jehož řešením si neví rady. Častá je také představa, že jejich selhání je definitivní, že se jim v budoucnu již nemůže nic podařit. Citové hodnocení situace převažuje nad racionálním. Často se také vyskytuje nepochopení od okolí, kterému se jejich problémy zdají malicherné. Jejich chování často vykazuje impulzivní charakteristiky. Pro adolescenci je typický přístup „dát život v sázku“. Jedinec počítá s možností, že zemře, i že bude zachráněn. Obě varianty jsou pro něj stejně přijatelné (Koutek & Kocourková, 2007b; Vágnerová, 2008).

Sebevražedné jednání je v tomto období často vyvoláno jednou spouštěcí událostí. Může to být malá, pro okolí nevýznamná událost, jindy něco vážnějšího. Bez ohledu na to, jak důležitá tato událost pro okolí je, pro tohoto člověka má velký význam. Sebevražda bývá velmi často vyvolána ztrátou nebo neúspěchem (např. rozchod nebo rozvod rodičů, smrt někoho z rodiny, rozchod s přítelem/přítelkyní, kamarádem, přestěhování se do jiného

města, neúspěch ve škole,...). Spouštěcí moment působí velmi silně, protože si do něj jedinec přenesl mnoho jiných věcí, které nyní zastupuje. Když o ně najednou přijde, je to velmi silné. Velmi důležité je také téma tajemství. Oni tajemství nepovažují pouze za tajemství, ale za něco, co ohrožuje celý jejich život (Frankel & Kranzová, 1998).

Častá je představa, že se po smrti setkají s blízkými, kteří zemřeli. S myšlenkami o posmrtném životě, reinkarnaci, se můžeme setkat i u dospělých, především u těch, kteří se identifikují s religiózními představami (Kocourková & Koutek, 2002). Někdy mají také mylnou představu o tom, co vlastně smrt znamená. Časté je tzv. iluzivní myšlení. Při iluzivním myšlení vnímají skutečnost takovou, jakou si ji přejí, ne takovou, jaká opravdu je. Příklady iluzivního myšlení jsou věty typu: „Všichni toho budou litovat“ „Budeme zase spolu“ „Konečně vezmu život do vlastních rukou“. Představují si lidi, kteří budou litovat svých činů, budou se za své činy stydět, budou pro ně truchlit na pohřbu. Ale protože oni už budou po smrti, nebudou o tom vědět (Frankel & Kranzová, 1998).

Mezi rizikové faktory u adolescentů a mladých lidí patří převážně sociální izolace a konflikty v rodině (Hort & Kocourková, 2006; King et al., 2008). Ve výzkumu Kocourkové a Koutka (2006) byly jako nejčastější motivace uvedeny problémy v rodině (v 55 %), dále v partnerském vztahu, ve škole, problémy s vrstevníky a policejní vyšetřování. Miller, Azrae & Hemenway (2002; in Hort & Kocourková, 2006) uvádí, že adolescenti, kteří mají doma nebo ve svém okolí k dispozici střelnou zbraň, mají 4-6 vyšší sebevražednost než ti, kteří se ke střelné zbrani nedostanou. Ve věku 14-19 let je nejčastější metodou dokonáných sebevražd u chlapců strangulace, u dívek skok z výšky (Koutek & Kocourková, 2007b).

Děti a adolescenti se často dostanou do situací, které jsou nad jejich možnosti zvládnání. Často se vyskytují v situacích, nad kterými nemají kontrolu a nemají vytvořené copingové strategie pro vyhledání pomoci, když ji potřebují (Juhnke et al., 2011).

Sebevražední adolescenti mají méně spojení s vrstevníky. Sebevražední adolescenti mají také více spojení s jinými sebevražednými mladými a adolescenti, kteří mají kamarády či kamaráda, který se pokusil o sebevraždu, je u nich 2x až 3x větší pravděpodobnost sebevražedného chování (Bearman & Moody, 2004).

## **1.6 Genderové rozdíly**

U žen převažuje množství sebevražedných pokusů, zatímco u dokonáných sebevražd převažují muži. Výjimkou je Čína, kde je množství dokonáných sebevražd u žen

stejně, někdy dokonce i vyšší než u mužů (Borczykowski, Lindblant, Vinnerljung & Hjern, 2010). Wunderlich et al. (2001) ve své studii zjistili, že ženy prokazovaly více sebevražedných myšlenek a pokusů než muži, vyskytovaly se u nich i v nižším věku. U mužů je 2-4x pravděpodobnější riziko dokonané sebevraždy než u žen, zatímco u žen je 3-9x pravděpodobnější sebevražedný pokus. Borczykowski et al. (2010) dodává, že muži používají více nebezpečné metody.

Ve studii Borczykowski et al. (2010) zjistili, že nízký socioekonomický status v dětství zvyšuje riziko sebevraždy pouze u mužů, zatímco život v dětství ve velkoměstě pouze u žen. Psychotické nebo afektivní onemocnění rodičů zvyšuje sebevražednost více u žen než u mužů. Být nezaměstnaný je větším rizikem pro muže než pro ženy. Být nezadaný je více rizikové pro muže než pro ženy. Sebevražda je kulturně podmíněná. Dodržování tradičních ženských a mužských rolí zvyšuje její riziko. Jako protektivní faktor působí více na ženy, když se stanou matkou, než když se muži stanou otci.

Bearman & Moody (2004) ve své studii zjistili, že u žen se zvyšuje pravděpodobnost sebevraždy sociální izolací od vrstevníků a neuspokojivým přátelstvím. Když se ale v okolí jejich přátel vyskytl někdo, kdo spáchal sebevraždu, bylo to rizikové pro obě pohlaví.

Ve studii Wunderlicha et al. (2001) bylo zjištěno, že motivem ženských pokusů byly nejčastěji problémy ve vztazích, zatímco u mužů to byly problémy se zaměstnáním. Ženy zažívaly mnohem častěji sexuální zneužívání. V této studii bylo u žen klasifikováno více posttraumatických stresových poruch, obsedantně kompulzivních poruch, generalizovaných úzkostných poruch, agorafobií, dystymií, somatoformních poruch, poruch příjmu potravy a depresivních epizod. U mužů bylo zjištěno více specifických fobií, sociálních fobií, závislostí na alkoholu a bipolární poruchy. Ve věkové kategorii 22-24 let se nezjistily žádné signifikantní rozdíly mezi muži a ženami v počtu sebevražedných pokusů. Muži častěji než ženy uváděli nedostatečné množství peněz, i když průměrně vydělávali více peněz než ony (Wunderlich et al., 2001).

U dívek je udávána větší spokojenost se sociální oporou, kterou dostanou, tráví více času sdílením svých pocitů a podle studie (Piko, 1998; in King & Merchant, 2008) vnímají emocionální oporu jako více důležitou.

## 1.7 Rizikové faktory

Suicidální jednání je obvykle podmíněno multifaktoriálně, závisí na kumulaci různých podnětů a zátěží. Motivy suicidálního jednání jsou velmi rozmanité (Vágnerová, 2008). V roce 1969 se Světová zdravotnická organizace věnovala studiím, jakými způsoby byly provedeny sebevraždy. Zjistilo se, že sebevrazi si během tohoto roku vzali život z 89 důvodů a použili k tomu 83 různých způsobů (Monestier, 2003).

Ve Finsku proběhl v letech 1987-1997 Národní preventivní projekt proti sebevraždě, což bylo první komplexní snažení podobného typu na světě. Do projektu byli zahrnuti psychologové, psychiatři, rodinní lékaři, zdravotní sestry, sociální pracovníci, policie a náboženské skupiny, dohromady přibližně 100 000 profesionálů. Jako hlavní rizikové faktory určili depresi, poruchy osobnosti (antisociální poruchy, hraniční poruchu osobnosti a časté změny nálad), alkoholismus, schizofrenii a organické nebo jiné psychické poruchy. Jedna třetina sebevražd byla zjištěna u lidí závislých na alkoholu. Lidé, kteří přežili předchozí sebevražedný pokus, byli stále ve vysokém riziku. V období 6 měsíců, které předcházely sebevraždě, se jedincům obvykle stala nějaká důležitá životní událost jako nezaměstnanost, rozvod úmrtí partnera či bankrot. U adolescentů těmito problémy byly spíše porušení zákona, problémy ve škole nebo v rodině. Zjistili také, že většina lidí, kteří spáchali sebevraždu, dala varování o jejich úmyslech. Většina z nich také navštívila lékaře v průběhu 1 měsíce před událostí. Pouze 8% z těch, kteří navštívili lékaře, získalo antidepresiva. WHO vytvořila preventivní program založený na tomto finském programu (viz níže) (Wilson, 2004).

Kaplan a Sadock (1996 in Koutek, 1999, 530) uvádí jako rizikové faktory tyto: „předcházející suicidální pokusy nebo gesta, násilnost metody, malá možnost záchrany, důkladnost plánu a přípravy, vážný úmysl zemřít, bizarnost metody, psychiatrická diagnóza (velká depresivní porucha, bipolární porucha, psychotická porucha, zneužívání návykových látek), anamnéza somatického onemocnění, současný stres, životní situace (život ve městě, sociální izolace, věznění), rodinný stav (rozvedený, ovdovělý), rodinná historie suicidia, raná ztráta rodiče, chaotické rodinné pozadí“.

Goldston et al. (2009) provedli studii u 130 probandů hospitalizovaných v psychiatrické léčebně. Z těchto 130 lidí se jich o sebevraždu pokusilo 46, provedli celkem 128 sebevražedných pokusů. Byl zkoumán vztah mezi sebevražednými pokusy a psychickým onemocněním. Zjistili, že depresivní poruchy, dystymie, generalizované úzkostné poruchy a panické poruchy, byly častěji spojeny s opakovanými pokusy.



Zkoumali také komorbiditu. K největšímu společnému výskytu došlo u depresivní poruchy a poruchy chování (31 sebevrahů). Depresivní porucha bylo přítomna u 89% sebevražedných pokusů. Úzkostná porucha byla vždy spojena ještě s nějakou jinou psychickou poruchou. Také zjistili, že každá další porucha zvyšuje pravděpodobnost suicidálního pokusu o 250 %.

Alkohol ve spojení se sebevražedností působí dvojím způsobem. Abúzus a závislost na alkoholu jsou významným rizikovým faktorem. Vliv má také akutní intoxikace, alkohol snižuje úsudek a při kombinaci s depresí je to významný rizikový faktor (Koutek, 1999).

Rizikovým faktorem je působení dysfunkční rodiny (Vágnerová, 2008). Koutek (2000) ve svém výzkumu zjistil, že neuspokojivé rodinné zázemí uvedlo 72 % pacientů, kteří byli hospitalizováni pro sebevražedný pokus. Když v rodině dochází k opakovanému suicidiu, je nutno sledovat výchovné a identifikační vlivy. Významným faktorem pro vznik suicidálního jednání jsou špatné rodinné poměry a rozvod rodičů (Koutek, 2008). Fergusson, Woodward & Horwood (2000 in King & Merchant, 2008) ve svém výzkumu s 965 účastníky zjistili, že sexuální zneužívání v dětství, slabá rodičovská vazba a problémy rodičů s přizpůsobením jsou spojeny se sebevražednými pokusy. McKeown et al. (1998; in King & Merchant, 2008) ve svém výzkumu 247 participantů zjistili negativní korelaci mezi rodinnou kohezí a sebevražednými pokusy. Čím nižší rodinná koheze byla, tím se zvyšovalo riziko více závažného sebevražedného chování. Pro muže i ženy byla nízká rodinná opora prediktorem k sebevražednému pokusu v mladém dospělosti. Podpora od vrstevníků v jejich výzkumu nebyla prokázána jako významný prediktor. Vnímaná nízká opora v rodině byla prediktorem budoucích sebevražedných pokusů dokonce i tehdy, byli-li participanté kontrolováni pro depresi (Lewinsohn, Rohde & Seely, 1994).

Pocity osamělosti a izolace predikují sebevražedné myšlenky. Prinstein, Boergers, Spirito, Little & Grapentine (2000) zjistili, že nízká míra blízkosti s vrstevníky a vysoký stupeň odmítnutí vrstevníky byly spojeny s více závažnými sebevražednými myšlenkami. Také zjistili, že přátelské vztahy s devianty a dysfunkčnost rodiny byly spojeny se sebevražednými myšlenkami, prostřednictvím zneužívání návykových látek a depresí. King & Merchant (2008) předpokládají, že míra sebevražednosti se bude měnit negativně v závislosti na stupni sociální integrace sociálních skupin jedince, podkládají to tvrzením, že vdaní a ženatí lidé mají úměrně nižší míru sebevražednosti než svobodní jedinci téhož věku. Také upozornili na roli náboženské integrace a odlišnost rodinných podmínek při porozumění sebevražednosti. Spojení mezi samotou a sebevraždou se s narůstajícím věkem posiluje. Projevuje se na všech socioekonomických úrovních. Zvýšeně se objevuje

u lidí pracujících v pomáhajících profesích (Baštecká, 2003). Sociální zapojení, které zahrnuje sociální začlenění a podporu, může redukovat sebevražedné riziko díky několika protektivním mechanismům včetně zlepšení pocitu well-being a využití nárazníkového modelu sociální opory (Cohen & Wills, 1985). Gould, Fisher, Parides et al. (1996; in King & Merchant, 2008) zjistili, že psychosociální rizikové faktory měly prediktivní dopad, který byl srovnatelný s psychickou nemocí.

Fyzické týrání a sexuální zneužívání zvyšuje pravděpodobnost sebevražedných myšlenek a chování v adolescenci. Rosenberg et al. (2005) zjistili, že sexuální zneužívání je silně spojeno s mnohonásobnými sebevražednými pokusy. Roland (2002; in King & Merchant, 2008) zjistil, že u studentů, kteří byli šikanováni, a těmi, kdo šikanovali druhé, byla u obou skupin zaznamenaná vyšší míra sebevražedných myšlenek než u studentů, kteří nikoho nešikanovali, ani nebyli obětí šikany. Zkušenosti s tím, býti obětí, vystavují adolescenty vyššímu riziku sebevražedných myšlenek a chování bez ohledu na pohlaví.

Riziko zvyšuje také ztráta zaměstnání, což sebou přináší ztrátu profesního a sociálního postavení. To vede ke snížení pocitu vlastní hodnoty, sebeúcty, sebehodnocení. Může to vést až k nedostatečnému uspokojení potřeby jistoty a bezpečí, seberealizace a pozitivní budoucnosti (Vágnerová, 2008). Vážné pokusy mívají vysokoškoláci, kteří ve studiu selžou, riziko sebevražedného pokusu je u nich až 37x větší (Hort & Kocourková, 2005).

## 2 Prevence

### 2.1 Prevence obecně

Tělesným i psychickým nemocem je jednodušší předcházet než je léčit. Když se nemoc objeví, léčíme ji, abychom předcházeli nepříznivým důsledkům, pokud se nepříznivé důsledky objeví, bráníme jejich rozvoji a zhoršování (Baštecká, 2003). V České republice se různé oblasti prevence vyvíjí odlišným tempem, nejvíce se vyvíjela a vyvíjí prevence užívání návykových látek (Miovský, 2010).

Teoretické modely a koncepty prevence se liší podle několika kritérií, která převážně odkazují na:

- a.) načasování intervence v průběhu sebevražedného procesu
- b.) cíl intervence
- c.) objevení relevantních faktorů pro prevenci (Upanne 1999b; in Upanne 2002).

O'Connor & Sheehy (2000) uvádějí 2 základní typy preventivních strategií:

- a.) cílené na jednotlivce - jsou realizovány pomocí terapií, tréninků a léčby jednotlivců
- b.) cílené na společnost - zauímají širší kontext, například zamezení přístupu k sebevražedným prostředkům (O'Connor & Sheehy, 2000).

Koutek a Kocourková (2007b) dělí prevenci na 3 základní typy:

- a.) prevenci primární
- b.) prevenci sekundární
- c.) prevenci terciární (Koutek & Kocourková, 2007b).

Primární prevence se snaží minimalizovat příčiny a rizikové faktory. Je zaměřena proti vzniku nemocí, orientuje se na jedince, u kterých zatím nebyla klasifikována psychická porucha. Snaží se podporovat duševní zdraví a posilovat protektivní faktory (Baštecká, 2003; Koutek & Kocourková, 2007b).

Sekundární prevence se snaží včas zachytit klinické projevy a léčit je. Radí se sem diagnostická a terapeutická pomoc. U většiny sebevrahů nepřevládá touha zemřít, ale žít, jen jim chybí naděje na vyřešení svých problémů. Člověk, který uvažuje o sebevraždě, potřebuje získat naději, že jeho problémy lze vyřešit. V tomto ohledu jsou velmi důležitá krizová centra a linky důvěry, které také patří do sekundární prevence (Baštecká, 2003; Koutek, 2008; Koutek & Kocourková, 2007b).

Terciární prevence mírní následky již provedených činů a snaží se zabránit opakování sebevražedného chování. Řadí se sem služby doléčovací a služby návazné péče, například chráněná bydlení, chráněné dílny, stacionáře a podobně (Koutek & Kocourková, 2007b).

## 2.2 Prevence sebevražednosti

Při prevenci sebevražednosti je velmi důležité nezapomínat, že „kdokoliv z nás může být ohrožen sebevraždou“ (O'Connor & Sheehy, 121, 2000).

Sebevražda je nejen osobní tragédií, ale je také závažným mezinárodním zdravotním problémem. V roce 1996 vydala Organizace spojených národů (OSN, 1996) zprávu, která obsahuje komplexní soubor návodů, které podporují rozvoj národních preventivních strategií proti sebevražednosti po celém světě. Touto problematikou se zabývá i Světová zdravotnická organizace (WHO), která hraje klíčovou roli ve sběru a doplňování epidemiologických dat o sebevražednosti. WHO v roce 2000 zařadila školní preventivní programy proti sebevražednosti jako hlavní strategii boje proti sebevražednosti v mnoha zemích Evropy (Wasserman et al., 2004 ;in Gould, Klomek & Batejan 2009). V roce 2002 WHO spustila studii SUPRE-MISS Multisite Intervention Study on Suicidal Behaviour, která má za cíl porovnávat různé strategie léčby osob, které se pokusily o sebevraždu.(WHO, 2002; in Saraceno 2009).

Sebevražda nikdy není výsledkem jednoho jednoduchého spouštěče, je to komplexní fenomén, který vzniká interakcí biologických, psychologických, sociálních a spirituálních faktorů, proto by vhodná prevence měla být také komplexní (Portzky G. & van Heering K., 2006; Titelman & Wasserman 2009; Saraceno, 2009).

Abychom mohli snížit míru sebevražednosti, je potřeba provést základní změny nejen na úrovni jedince, ale na úrovni celé společnosti. Aby mohl být uplatněn komplexní systém, je potřeba zlepšit vzdělávání a preventivní strategie ve 3 hlavních oblastech:

- a.) u sebevražedných osob
- b.) v systému zdravotní péče
- c.) u široké veřejnosti (O'Connor & Sheehy, 2000; Portzky G. & van Heering K., 2006).

Současné preventivní programy z velké části závisí na dobrovolnictví. Dobrovolník je někdo, kdo poskytuje služby někomu, koho nezná, bez nároku na odměnu (Scott & Armson 2000; in Andriessen 2009). Nejstarší záznamy o dobrovolnictví v prevenci

sebevražd pochází již z let 1893-1906, kdy byla doložena existence německé dobrovolné záchranné organizace, podobné v té době existovaly i v Budapešti (Andriessen 2009). V dnešní době jsou velmi respektované dobrovolnické organizace jako IFOTES International Federation of Telephonic Emergency Services, Lifeline, AAS American Association of Suicidology, IASP The International Association of Suicide Prevention (Andriessen, 2009). Mnoho dobrovolníků se uplatňuje v organizacích pomáhajících příbuzným sebevrahů. Většina těchto podpůrných skupin pro rodiny je pořádána lidmi, kteří se pokusili o sebevraždu, nebo kombinací dvojice placeného odborníka a jednoho sebevraha, který přežil (Andriessen 2004; in Andriessen 2009).

Ve Finsku se uskutečnil Národní preventivní projekt proti sebevraždě, jehož efekt můžeme vidět u finské populace dodnes - léčba deprese a alkoholismu jsou na vrcholu a sebevražda již není tabu. Ale ani tento rozsáhlý program nedokázal vytvořit jednotnou konkrétní, vědecky podloženou preventivní strategii.

V rámci projektu se také zaznamenávaly a analyzovaly všechny sebevraždy během jednoho roku pomocí 4 typů rozhovorů:

- a) rozhovory se členy rodiny zesnulých s použitím strukturovaného rozhovoru
- b) rozhovory se zdravotnickými profesionály, kteří byli v kontaktu s obětí během předchozích 12 měsíců
- c) hodnotil se poslední kontakt se zdravotnickým nebo sociálním pracovníkem
- d) pokud bylo potřeba, byl dále použit nestrukturovaný rozhovor (Upanne, 2002; Wilson, 2004).

Byl vytvořen návod popisující základní problémy prevence, včetně toho, jak identifikovat rizikové osoby, jak jim doporučit léčbu, jak zvýšit uvědomění rodiny a přátel. Nejdůležitější radou bylo, abychom brali vážně již počáteční náznaky sebepoškozujícího chování, a abychom vždy zvážili možnost sebevraždy mezi lidmi s mentální poruchou. Také doporučovali věnovat pozornost zdravotnických poradců a sociálních pracovníků k pocitu well-being u pacientů s chronickou nemocí nebo handicapem. Jednou z klíčových výzev prevence sebevraždě je identifikace rizikových jedinců. Otázky na depresi nebo sebevraždě by se měly stát stejnou rutinní záležitostí jako kontrola pro hypertenzi nebo cukrovku. Zjistili, že lidé, kteří se cítí sebevraždě, své pocity lékaři přiznají, když je na ně zatlačeno, ale sami je dobrovolně nepřiznají. Snažili se ovlivnit média, aby sebevraždy neprezentovala formou senzace, aby se nepodporovalo jejich kopírování. Také kladli důraz na vliv sociální opory. Začali pořádát podpůrné skupiny pro lidi s depresí nebo problémy s alkoholem (Wilson, 2004).

Zjistili, že načasování a cíl intervence jsou silně propojené. Mezi 5 nejčastějších bodů, které by měly být v prevenci sebevraždnosti zahrnuty, patří:

- a) identifikace akutního sebevražedného rizika
- b) životní krize a potíže
- c) snaha změnit postoje k životu a životních hodnot
- d) výchovné návyky
- e) sociální a ekonomická opora (Wilson, 2004).

Těchto 5 oblastí pokrylo 30% všech nápadů, jak je možno sebevraždnosti předcházet. Při dotazu, na co by se při prevenci odborníci zaměřili, nejčastější odpovědi (40%) byly podpůrné cíle, druhou hlavní strategií (22%) bylo redukování rizika pro vznik sebevražedného procesu (Upanne, 2002).

Z výsledků výzkumu nakonec vytvořili 4 přístupy k prevenci sebevražd:

- a) Přístup péče - odkazuje na profesionální povinnost rozpoznat klientovy potřeby a poskytnout dobrou péči, obzvláště v situacích životní krize, sebevražedné krize, sebevražedných pokusů, deprese, psychiatrických nesrovnalostí, problémů s alkoholem a somatickými problémy. Správné načasování prevence by mělo být tehdy, když se objeví první individuální symptomy nebo je riziko již evidentní. Hlavním cílem by mělo být snížení individuálního rizika a redukce akutních sebevražedných rizik. Hlavní strategií je zlepšení úrovně dovedností profesionálů a zlepšení služeb tak, aby pracovaly více efektivně.
- b) Kulturně-edukační přístup - změnit atmosféru, postoje a hodnoty společnosti a jedinců tak, aby prostředí, ve kterém žijeme, bylo více orientované na život podporující při osobních potížích. Snaží se naučit lidi řešit problémy, předtím než se s nimi setkají, pomocí vzdělávání, informovanosti veřejnosti se zaměřením na sociální vztahy a populaci jako celek.
- c) Přístup podmínek - snaha udělat sociální a ekonomické aspekty života více bezpečné, snažit se redukovat pravděpodobnost problémů plynoucích z riskantních životních okolností.
- d) Krizový přístup - zahrnuje prevenci sebevraždnosti, její cíle a možnosti (Upanne, 2002).

Schwartz, Pyle, Dowd & Sheehan (2010) uvádí, že preventivní programy zaměřené na zlepšení schopností řešit problémy, copingové a kognitivní strategie mají lepší účinnost než programy zaměřené na zvýšení povědomí o sebevraždnosti. Adolescenti jsou obvykle první, kdo se dozví o sebevražedných myšlenkách vrstevníků, ale neví, jak s touto

informací správně naložit, aby jim pomohli (Schwartz et al., 2010). Ačkoliv dospělí považují za samozřejmé, že jim adolescenti nahlásí rizikové vrstevníky, ve skutečnosti to udělá menšina z nich (Eskin, 1999). Důvody pro adolescenty neoznámít to dospělým zahrnují nedostatek základních znalostí, efektivitu, přesvědčení, že hovor o sebevraždě je tabu a úcta k přání přátel, aby se o tom nikdo nedozvěděl (Lawrence & Ureda; in Schwartz et al., 2010). Gould et al. (in Schwartz et al., 2010) zjistil, že adolescenti s maladaptivními copingovými strategiemi vykazují dysfunkční postoje k sebevražedným přátelům, zatímco ti, kteří mají zdravé copingové strategie, byli více schopni poskytnout pomoc.

Některé doporučené preventivní strategie můžete nalézt i na internetových stránkách Centra preventivního lékařství 3. Lékařské fakulty Univerzity Karlovy. Doporučují tyto preventivní postupy:

- a) Vzhledem k tomu, že sebevražda má svoji sociální stránku, měli by se o tuto problematiku zajímat i politici a široká veřejnost
- b) Nedoporučují rutinní screening asymptomatických osob, ale doporučují adekvátně posoudit nebezpečí u osob, kteří jeví známky emoční tísně nebo prokazují jiné rizikové faktory
- c) Prevence sebevražednosti by měla být v kompetenci lékařů primární péče
- d) Doporučují lékařům provádět rozhovor o sebevražedných myšlenkách pacientů, tento rozhovor musí být proveden taktně a citlivě
- e) U starších mužů i žen by lékaři měli být opatrní, protože své psychické a sociální problémy často prezentují formou somatických obtíží
- f) I mladí lidé často přichází se zdravotními problémy, které jsou původem psychické a sociální; doporučují spolupráci lékařů s dalšími odborníky jako klinickými psychology, pediatry a sociálními pracovníky
- g) Být citlivý na varovné signály jedince, že chce spáchat sebevraždu, jako přímé konstatování úmyslu, skryté mluvené narážky, skryté behaviorální náznaky (Centrum preventivního lékařství).

V procesu zlepšování psychického zdraví přeživších se “krizová intervence stává prevencí“ (Webb 1986, p 447; in Gould et al. 2009). Hlavním cílem krizové intervence je asistence těm, kteří přežili, v procesu bolesti, identifikování a odkázání stále rizikových jedinců do středisek zdravotní péče, poskytnutí potřebných informací a minimalizace dalšího sebevražedného šíření. (Gould et al. 2003). Příkladem takového programu je SOPRoxi postvention programme, který se zabývá základními možnostmi identifikování rizikových přeživších, psychologickým screeningem a hodnocením rizikových jedinců,

nabízí intervenci a podporu v různých formátech. Snaží se odstranit stigma spojené s tématem sebevraždy a nabídnout adekvátní pomoc. Využívá se ve školách, ale i ve veřejné sféře (Scocco, Frasson, Costacurta & Pavan, 2006). Dosavadní výzkum na efektivitu těchto programů je rozštěpený. Hazell a Lewin (1993; in Gould et al. 2009) nenašli žádný rozdíl mezi jedinci, kteří se zúčastnili programu a těmi, kteří se ho nezúčastnili. Poijula et al. (2001; in Gould et al., 2009) zjistili, že v intervalu 4 roky od intervence se nevyskytla žádná nová sebevražda tam, kde byla provedena adekvátní intervence, ale míra dalších sebevražd byla vyšší tam, kde nebyla provedena adekvátní intervence.

### 2.3 Terapie

Pokud prevence nezapůsobila dostatečně a jedinec se pokusil o sebevraždu, nastává fáze terapie. V první fázi terapie je nutná záchrana života, poté se provede psychiatrické a psychologické vyšetření (Koutek & Kocourková, 2007b). Zjišťuje se vývoj suicidálních myšlenek, jejich podoba, aktuální stav, jak a do jakých detailů byl suicidální plán propracován. Jak moc byl pacientův úmysl vážný, jaká byla míra impulzivity, jestli je přítomna psychopatologie, případně jakou má souvislost se suicidálním chováním (Hort & Kocourková, 2006).

Hospitalizace pacienta se zaměřuje na zvládnutí sebevražedné krize, zlepšení dalších psychopatologických problémů pacienta, zlepšení rodinných vztahů, zajištění další psychoterapie (Kocourková & Koutek, 2006). Součástí léčby mohou být i léky, které léčí primární psychické onemocnění, pokud pacient nějaké má (Koutek, 2008). Mezi nejčastěji užívané psychoterapeutické přístupy patří kognitivně-behaviorální terapie, dialektická behaviorální terapie, interpersonální terapie, psychoanalytická a psychodynamická psychoterapie, rodinná terapie, skupinová terapie a jiné podpůrné a doplňující přístupy (Kocourková & Koutek, 2006).

Podle Horta a Kocourkové (2005, 54) „někteří autoři uvádějí, že terapeutickou spoluprací ukončí více než polovina klientů (59 %)“. U dětí a adolescentů je nutná práce s celou rodinou. Důležité je věnovat se i ostatním členům rodiny nejen sebevrahovi. Rodiče mají někdy tendenci variovat mezi pocity viny a zlostí, mají potřebu dítě více hlídat, což vede jen k dalším problémům a opět se zvyšuje riziko opakování sebevraždy (Koutek, 2008). Je důležité, aby psychiatr nebo psycholog, který pracuje se suicidantem



nebo jeho rodinou, dokázal o těchto věcech hovořit otevřeně, klidně, bez moralizujícího nebo odsuzujícího postoje (Koutek & Kocourková, 2007b).

Při posuzování vážnosti rizika u dětí je důležitá reálná zkušenost se smrtí. Může to být smrt blízkého, známé osoby nebo i smrt domácího zvířete (Koutek & Kocourková, 2007b). Pro zjištění sebevražděného úmyslu a motivace u dětí jsou nezbytné informace od rodičů a jiných dospělých osob, které dítě znají. Důležité je ale mít na paměti, že rodiče mohou snižovat závažnost chování jejich dítěte. Často se obviňují, bojí se toho, že někdo bude znehodnocovat jejich roli. Také je důležité zjistit, jaká je zkušenost rodičů se sebevražděným chováním. Jestli se někdy oni sami pokusili o sebevraždu, zdali to jejich dítě vědělo, jak oni reagují na sebevražděné chování svého dítěte a jaké to v nich vzbuzuje pocity (Kocourková & Koutek, 2002).

Sebevrah, který přežil, je často stigmatizován společně i s jeho rodinou. Sebevražděné chování jedince má velký vliv na jeho nejbližší okolí. Příbuzní a přátelé mohou pociťovat křivdu, opuštěnost, mají pocit, že na ně sebevrah nebral ohled. Mohou chápat sebevraždu jako odmítnutí všech dosavadních vztahů, mají pocit, že pro sebevraha nebyli dostatečně významní. U pozůstalých dochází k vyvolání negativních emocí, jako jsou pocity viny, vlastní selhání, výčitky, pocit zbytečnosti jeho smrti. Může dojít až ke změně sebehodnocení, ztrátě vlastní hodnoty, někdy mohou pociťovat i společenskou stigmatizaci, že zrovna jejich manžel, příbuzný, kamarád spáchal sebevraždu (Koutek & Kocourková, 2007b). Důležité je vysvětlit pozůstalým, že si nikdo nesmí dávat za vinu sebevraždu, která už se stala. Každý by měl věřit tomu, že příště dokáže pomoci (Frankel & Kranzová, 1998). „Neexistuje absolutní způsob, jak odhodlání zemřít zabránit, riziko lze pouze minimalizovat“ (Koutek & Kocourková, 2007b, 97).

## **2.4 Školní preventivní programy proti sebevražděnosti**

Školy hrají nezbytnou roli v životech mladých lidí, poskytují jim nejen akademické znalosti, ale jejich sociální a emocionální nástroje jsou důležité k rozvoji dětského potenciálu. Efektivní preventivní programy, které jsou koordinované, mohou významně přispět k tomu, že rizikovní studenti získají potřebnou zdravotní péči, kterou potřebují (Stein et al., 2010).

Juhnke et al. (2011) uvádějí 3 stupně školní prevence proti sebevražděnosti:

- a) Univerzální intervence, která je zaměřená na celou školní populaci.

- b) Selektivní intervence, která je zacílena na subpopulace, které jsou charakteristické určitými rizikovými faktory
- c) Indikovaná intervence, která je zacílená na konkrétní jedince, kteří byli screeningem identifikováni jako riziková.

Jiné dělení školních preventivních programů uvádí Hawton & van Heering (2000).

Ti dělí tuto prevenci na 2 typy:

- a) Na ty, které chtějí zlepšit povědomí o sebevraždě
- b) Na ty, které zlepšují povědomí o depresi

Podle autorů programy zaměřené na depresivitu fungují lépe, protože programy informující o sebevraždě mohou být kontraproduktivní.

Existuje velké množství různých typů preventivních programů. Školní preventivní programy proti sebevraždě se primárně zaměřují na snížení individuálních rizikových faktorů tím, že se posílí identifikace a doporučení léčby pro sebevraždě ohrožené studenty. V prevenci sebevraždě se využívají 3 hlavní strategie- přímý screening (nálad, zneužívání návykových látek, sebevraždě problémů školáků), trénink školních zaměstnanců ke zvýšení schopnosti identifikovat a doporučit sebevraždě studenty do další péče, smíšené programy, které kombinují vzdělávací programy se screeningovými strategiemi (Gould & Kramer, 2001). Další možnou alternativou k prevenci sebevraždě je změna socioekologických faktorů. Princip této strategie je založen na propojení sebevraždě chování se sociálním začleněním a normami adolescentů (Wyman et al., 2010).

#### **2.4.1 Problémy a nástrahy implementace programů do škol**

V praxi je plánování preventivních aktivit díky nedostatečné organizaci a malým finančním zdrojům obvykle technicky nedokonalé a uspěchané. Klíčové faktory prevence je někdy velmi obtížné identifikovat a mohou být téměř ztraceny. Problémem mohou být také otázky týkající se vhodnosti programu, nenávaznosti různých typů preventivních programů a neschopnost adekvátně naplnit potřeby vzniklé z těchto programů (Centrum preventivního lékařství; Hallfors D., Brodish P.H., Khatapoush S., et al. 2006; in Stein et al., 2010).

Problémem preventivních programů proti sebevraždě je i jejich specifická. Preventivní programy, které se zaměřují na dovednosti jako řešení problémů, krizový management, ovládání nálad a sociální dovednosti, by možná mohly být studentům více

užitečné než programy, zaměřující se pouze na sebevraždy (Diclemente, Santelli & Crosby, 2009).

## **2.5 Přehled preventivních programů**

### **2.5.1 Psychoedukační programy**

Nejvíce populárním a nejvíce rozšířeným typem preventivních programů proti sebevraždě mezi mladými lidmi jsou psychoedukační programy, někdy též označované jako smíšené programy, protože často spojují prvky edukační s krátkým screeningem. Podle některých autorů jsou psychoedukační programy považovány řediteli škol za více akceptovatelné, vhodné, efektivní, nápomocné a užitečné pro prevenci ve srovnání pouze se screeningovými programy (Miller, Eckert, DuPaul & White, 1999). Také zaměstnanci škol a školní psychologové je hodnotí jako vhodnější a efektivnější než ostatní strategie (Eckert, Miller, DuPaul & Riley-Tillman, 2003). Předpokládá se, že tento typ programů sníží sebevraždě tím, že se zlepší porozumění a rozpoznání varovných signálů, jak u jedince samotného, tak i u ostatních, a tím dojde k vytvoření adaptivních postojů k depresivitě a sebevražděmu chování (Aseltine & DeMartino, 2004).

Výsledky hodnocení účinnosti psychoedukačních programů jsou poměrně konfliktní. Shaffer et al. (1990) zjistili, že studenti, kteří se pokusili o sebevraždu, byli tímto preventivním programem více znepokojeni než ti, kdo se o sebevraždu nepokusili. Portzky & van Heering (2006) provedli studii, která zkoumala efektivnost těchto programů se zaměřením na znalosti, postoje, copingové strategie a beznaděj. Zjistili, že program neměl žádný efekt na copingové styly a stupeň beznaděje. Byl nalezen pozitivní efekt ve znalostech. Negativní dopad programů nebyl nalezen. Jako závěr studie uvedli, že psychoedukační programy ve školách mohou ovlivnit znalosti o sebevraždě a postoje k ní, ale nemůžou ovlivnit užívání copingových strategií nebo stupeň beznaděje (Portzky G. & van Heering K., 2006). Studie Aseltine & DeMartina (2004), která zkoumala účinnost programu the Sign of Suicide (viz níže) jako první ukázala signifikantní úbytek v sebevražděných pokusech 3 měsíce po ukončení programu (měřeno pomocí sebeuposuzujících dotazníků). Výsledky této studie ukázaly, že vyšší level znalostí a více adaptivní postoje k depresivitě, byly oba signifikantně spojeny s nižší pravděpodobností sebevražděných pokusů. Významná část efektu tohoto programu může být vysvětlena lepším porozuměním sebevražděným jedincům a postoji vůči depresi a sebevražděnosti (Spirito & Hernandez-Cervantes, 2009).

Většina psychoedukačních programů je založena na stresovém modelu, proto vysvětluje sebevraždu jako pochopitelnou a normální odpověď na extrémní stres a abnormální situace. Stresový model ale popírá předpoklad, že sebevražedné chování je následkem komplexní interakce mezi biologickou, psychologickou, sociální a spirituální složkou člověka (Garland, Shaffer & Whittle, 1989; in Portzky G. & van Heering K., 2006). Někdy je sebevražda popisována jako symptom ukazující na mentální chorobu (Gould et al., 2009). Existují ale některé programy, kde je sebevražda prezentována pouze jako součást mentální poruchy, nejčastěji deprese (Ciffone, 2007; in Gould et al., 2009).

Ve studii Portzkeho & van Heeringa (2006) zjistili, že studenti zodpověděli ve vědomostním testu o sebevražednosti 71% odpovědí správně, což nasvědčuje uspokojivé znalosti v této problematice. Znalosti byly ale omezeny nejčastěji v oblastech varovných signálů a rizikových faktorů. Stejně výsledky byly zjištěny pro dívky i pro chlapce, žádný rozdíl nebyl nalezen mezi těmi, kteří mají osobní zkušenost se sebevraždou a těmi, kteří ji nemají. V psychoedukačních programech se často zdůrazňují varovné signály jako smutek, vznětlivost, přímé vyjádření přání spáchat sebevraždu, vzdávání se majetku (Shaffer & Gould 2000). Velmi důležité je také naučit studenty používat aktivní copingové strategie na rozdíl od negativních. Portzky & van Heering (2006) zjistili, že by pouze 14,6% studentů použilo aktivní copingovou strategii. Nejčastěji pasivní copingovou strategii používali jedinci s vysokou mírou beznaděje. V programech se začleňuje rozvoj copingových strategií, protože například ve studii Asarnowa, Carlsona & Guthrieho (1987) nedostatečné schopnosti řešit problémy odlišovaly sebevražedné děti ve věku 8-13 let od nesebevražedných.

Mezi nejslibnější preventivní edukační programy patří the Sign of Suicide program a the Lifelines program a jeho nová verze Lifelines ASAP (Spirito, 2009; Gould et al., 2009).

The Signs of Suicide program je edukační a screeningový program pro depresi a další rizikové faktory. Vychází z předpokladu, že sebevražedné chování je přímo spojeno s psychickou nemocí, nejčastěji depresí. Zdůrazňuje, že tyto psychické poruchy jsou léčitelné, a proto je potřeba získat vhodnou psychiatrickou péči. The Signs of Suicide je dvoudenním programem, který se skládá ze 2 částí. První je část edukační, která využívá také videonahrávky a skupinovou diskuzi. Studenti jsou učeni tzv ACT dovednosti:

A- (acknowledging - znalosti) učí se znaky sebevraždy, které mohou nalézt u ostatních

C- (care - péče) dát ostatním vědět, že se zajímám, a že jim chci pomoci

T- (telling - říci) předat informaci o jedinci v nouzi zodpovědnému dospělému.

Druhou částí je krátký, anonymní screening pro depresi a ostatní rizikové faktory spojené se sebevraždou (Gould et al., 2009).

Lifelines program se snaží učit studenty, aby se nebáli vyhledat pomoc dospělého, protože tím mohou pomoci kamarádovi v nesnázích, také se snaží zvyšovat schopnost zaměstnanců škol a rodičů rozpoznat, zaujmout a získat pomoc pro ohrožené jedince (Kalafat 2003; in Gould, et al., 2009). Program ve třídách může začít až tehdy, je-li personál školy dostatečně proškolen, aby byl schopen poskytnout případnou pomoc (Kalafat et al., 2007; in Gould et al., 2009). Tento program se skládá ze čtyř 45 minutových nebo dvou 90 minutových lekcí, které zahrnují základní sociální dovednosti a interaktivní učební techniky jako hraní rolí (Juhnke et al., 2011).

The Signs of Suicide i Lifelines programy jsou zaměřeny na univerzální prevenci. Selektivních programů je méně, ale příkladem může být program Zuni Life Skills Development. Tento program zlepšuje sociální kompetence potřebné k sociálnímu, emočnímu rozvoji a k akademickému úspěchu. Zaměřuje se na 3 hlavní oblasti:

- h) Kognitivní problémy
- i) Negativní pohled na sebe a zvýšení sebevědomí
- j) Problémy s chováním - učí se, jak se vyrovnat se sebedestruktivním chováním a myšlenkami (LaFromboise & Howard- Pitney, 1995).

### **2.5.2 Screeningové programy**

Screeningové programy jsou založeny na předpokladu, že sebevražední adolescenti jsou nedostatečně rozpoznáni, trpí aktivní, často léčitelnou mentální poruchou a vykazují viditelné rizikové faktory (Gould & Kramer, 2001). Přímé screeningové programy zahrnují sebehodnotící dotazníky a individuální rozhovory s cílem identifikovat mladistvé s rizikem sebevražedného chování a doporučit je v případě potřeby do klinické péče (Shaffer & Craft 1999; in Gould, Klomek & Batejan, 2009). Celoškolní screeniny zahrnují hodnocení různých složek, například depresi, problémy se závislostí, sebevražedné myšlenky a minulé sebevražedné pokusy. (Gould et al., 2009).

Mezi screeningové programy patří například program The Teen Screen. Tento program se skládá z sebeposuzovacího screeningového nástroje. S jedinci, kteří skórují pozitivně, je udělán rozhovor, na základě kterého se posoudí další léčba, zároveň je dohodnuta schůzka s rodiči těchto studentů (Haas, Hendin & Mann, 2003).

Dále existuje The US College Screening Project, který využívá možnosti internetu, aby získal studenty a pozval je k účasti na screeningovém dotazníku zaměřeném na depresi, sebevražedné chování a myšlenky, úzkost, závislosti a poruchy příjmu potravy (Haas et al., 2003). Studenti jsou rozpoznatelní pouze pomocí jejich log-in ID a pokud splní kritéria psychopatologie vyžadující odbornou péči, specialisté je kontaktují přes e-mail, aby s nimi mohli prodiskutovat jejich osobní diagnózu a možnosti léčby. Protože zapojení se je anonymní, nikdo nemůže rizikové studenty nutit do léčby. Tento projekt si klade za cíl zlepšit povědomí o zdravotních problémech studentů a zároveň snížit stigma z označení psychicky nemocného jedince (Gould et al., 2009).

Screeningově založené metody jsou úspěšné v identifikování rizikových studentů, ale jejich nevýhodou jsou falešně pozitivní výsledky u osob, které nejsou ohroženy sebevraždou (Stein et al., 2010).

Shaffer & Craft (1999) zkoumali screeningovou strategii Teen Screen u 2004 adolescentů. Zjistili, že screeningové procedury mají sensitivitu 88% a specifitu 76% a byly zhodnoceny jako cenově efektivní. Ve studii Goulda et al. (2005) se ukázalo, že při použití screeningu nebyl nalezen žádný iatropatogenní efekt, takže tato strategie může být považována za bezpečnou.

### **2.5.3 Gatekeeper programy**

Gatekeeper programy (což by se volně mohlo přeložit jako trénink zaměstnanců) se zaměřují na proškolení a zlepšení dovedností v problematice sebevražednosti u zaměstnanců škol, protože jsou to právě oni, kteří mohou jako první zaznamenat známky sebevražedných signálů a nabídnout studentovi pomoc. Gould & Kramer (2001, 14) tyto osoby nazývají „přírodními komunitními pomahači“. U těchto typů programů bylo zjištěno zlepšení ve znalostech a dovednostech (Shaffer, Garland, Gould, Fisher & Trautman, 1988; in Portzky G. & van Heering K., 2006), byl zjištěn pozitivní efekt na postoje a praktická doporučení (Garland & Zigler, 1993). Tento typ tréninků bývá často doporučován jako součást úplného komplexního preventivního programu.

Mezi gatekeeper programy se řadí například Sources of Strength suicide prevention program. V tomto programu jsou trénováni mladí vedoucí z řad studentů z různých sociálních skupin, včetně rizikových adolescentů. Tito vedoucí poté pro ostatní spolužáky vedou již programem předem definované aktivity. Tento model povzbuzuje k:

- a) Zlepšení důvěry v dospělé a zlepšení komunikace adolescent- dospělý

- b) Snaží se snížit přijatelnost sebevražd, a učí žáky, aby o nich vždy informovali dospělého
- c) Snaží se naučit využívání aktivních copingových strategií (Wyman, 2010).

Hlavním cílem je dosáhnout stavu, kdy selepší komunikace ve vrstevnické skupině a mezi adolescenty a dospělými tím směrem, že se adolescenti nebudou bát obrátit na dospělé, a navíc budou sami motivováni oznámit sebevražedné nebezpečí kamaráda, protože budou přesvědčeni, že mu tím pomohou (Insel & Gould, 2008; in Wyman, 2010).

Wyman (2010) provedl studii, kde zkoumal efektivitu tohoto programu. Zjistil, že mezi studenty došlo ke zvýšení vnímané pomoci od dospělých. Podle něj by zlepšení vztahů studentů s dospělými mohlo být klíčovým faktorem k redukci sebevražedného chování.

Dalším gatekeeper programem je Youth Suicide Prevention Program (YSPP), který je jedním z největších školních preventivních programů. Skládá se ze 2 částí:

- a) každoroční trénink školních zaměstnanců vyškolenými psychology, snaha o zlepšení znalostí, změny postojů, rozvoj schopností, jak rozpoznat studenty, kteří jsou potenciálně rizikováni, a doporučit jim krizovou intervenci. Pouze 9% z náhodného vzorku pedagogů věří, že by byli schopni rozpoznat studenta, který je rizikový pro spáchání sebevraždy.
- b) krizová intervence, ve které trénovaný zaměstnanec školy využívá jeho zvýšené znalosti a dovednosti k posílení podpůrné sítě studenta a doporučí mu další konzultace nebo léčbu (Stein et al., 2010).

Kdokoliv (zaměstnanec školy, student, rodič i sám rizikový student) může doporučit někoho ke konzultaci. Vytrénovaný zaměstnanec vyhodnotí situaci, poskytne krizovou intervenci a případně doporučí léčbu psychologem. Krizová intervence se skládá z:

- a) poskytnutí okamžité podpory sebevražednému studentovi
- b) zapojení studentovy sociální podpůrné sítě (většinou rodiny)
- c) podpoření vhodného doporučení a začlenění v léčbě (Stein et al., 2010).

Stein et al. (2010) ve svém výzkumu zjišťoval rozdíl mezi školami, které byly silně zapojeny a těmi, které vykazovaly pouze malé zapojení. Rozdíl našel ve 3 hlavních tematických okruzích:

- a) Více zapojené školy měly předem daný způsob komunikace, týmový přístup a připravené procedury a protokoly. Pro všechny zaměstnance měly vytištěné průvodce a různé brožurky, které seznamovaly s problematikou a způsobem

řešení. Je velmi výhodné protokoly a procedury spojit s praktickými informacemi, zaměstnanci je tak lépe převedou do praxe.

- b) U silně zapojených programů bylo vedení školy aktivně zapojeno do prevence a tyto programy podporovalo.
- c) Více zapojené školy více rozuměly hodnocení YSPP programu, viděly v něm větší smysl (Stein et al., 2010).

Applied Suicide Intervention Skills Training (ASIST) je dalším z těchto programů. Zaměřuje se na „sebevražednou první pomoc“. Probíhá formou dvoudenního workshopu, který je tvořen vysoce interaktivním tréninkem dovedností, které se snaží zlepšit kompetence pro sebevražednou intervenci. Učí dovednosti ve 3 oblastech:

- a) rozpoznání varovných signálů a odpověď na ně, schopnost ptát se přímo na otázky o sebevraždách
- b) nalezení důvodů pro smrt a pro život, zhodnocení dosavadního života
- c) vytvoření bezpečnostních plánů pro rizikové situace a vytvoření závazku k tomuto plánu mezi dospělým a rizikovým studentem (Gould et al., 2009).

Můžeme se setkat také s QPR programy. Ty se zaměřují na všechny dospělé, kteří se mohou potenciálně dostat do kontaktu s rizikovou osobou (učitelé, vrátný, rodiče,...). QPR je zkratkou slov Question (tázat se), Persuade (přesvědčit), Refer (doporučit). Základním programem je 1-2 hodinový kurz, který může být absolvován prostřednictvím internetu či interaktivního CD. Na internetové stránce [www.qprinstitute.com](http://www.qprinstitute.com) si kurz může objednat i jednotlivec. Použití pretestu a posttestu ukázalo, že u dospělých se zvýšila informovanost o daném tématu stejně jako jejich self-efficacy (Gould et al., 2009; QPR Institute).

Z dalších programů vybereme například program Many Helping Hearts, který se snaží zlepšit dovednosti v aktivním naslouchání, péči o sebe, seznamuje s různými teoriemi krize, sebevražednými signály a hodnocením sebevražedného rizika. Program se koná 2x, vždy po 3-4 hodinách (Gould et al. 2009).



## 3 Postoje

### 3.1 Definice a historie postojů

Studiem postojů se zabývá sociální psychologie, která je považuje za jedno z hlavních témat. Postojům je přisuzován explanační potenciál pro vysvětlení příčin chování jedinců i sociálních skupin. Tento předpoklad je založen na fungování kauzálního vztahu, že poznání postojů nám umožní vytvořit předpoklady o budoucím chování jedince (Výrost, 2008).

Existuje mnoho definic postojů. Fishbein & Ajzen (1975; in Hayesová 2009, 95) definovali postoje jako „naučené predispozice k celkově příznivé nebo nepříznivé reakci na daný objekt, osobu či událost“. Krech, Crutchfield a Ballachey (1962; in Hayesová, 2009, 95) definují postoje jako „stabilní systémy pozitivního nebo negativního hodnocení, emočních pocitů a technik jednání týkajících se sociálních cílů“. Allport (1966, 17; in Výrost, 2008, 129) definuje postoje jako „mentální a nervový stav pohotovosti organizovaný zkušeností, vyvíjejícím dynamický a direktivní vliv na odpovědi jedince vůči všem objektům a situacím, s kterými je ve vztahu“. Postoje jsou relativně stabilní. Mohou být vrozené nebo získané. Získat je můžeme pomocí osobní zkušenosti nebo sociálním učením (Výrost, 2008).

Postoje jsou přirozenou součástí naší každodenní komunikace, mají důležitou roli v našem společenském životě. Objektem postoje může být cokoliv, čím se člověk zabývá, nebo co vnímá. Tyto objekty mohou být konkrétní nebo abstraktní, mohou to být osoby, skupiny nebo neživé předměty. Postoje ke společenským skupinám, hlavně ty negativní, se nazývají předsudky, postoje k sobě samému se nazývají sebehodnocení a postoje k abstraktním věcem se nazývají hodnoty (Bohner, 2006).

Pojem postoj existuje již od počátku 18. století. Původně byl používán v malířském žargonu a dramatickém umění. V oblasti vědy se poprvé objevil v práci Charlese Darwina „Výraz emocí u člověka a zvířat“ z roku 1872 (Výrost, 2008). Vývoj studia postojů lze rozdělit do 3 základních etap:

- a) Začátek 20. století až konec 40. let, kdy se výzkumníci snažili o vymezení pojmu postoj, vytvoření nástrojů k měření a o aplikaci poznatků do společenského života. Toto období je spojeno hlavně se jmény W. I. Thomas a F. Znaniecky

- b) Druhou etapou je počátek 50. let až konec 60. let, kdy se výzkum orientoval na změny postojů a ke konci 60. let došlo ke krizi výzkumu postojů. Nejvýznamnějším představitelem je C. I. Hovland.
- c) Třetí etapa začíná na začátku 70. let a trvá do současnosti. Zabývá se modely vysvětlujícími vztah postoj - chování a je spojena především se jmény M. Fishbein a I. Ajzen (Výrost, 2008).

### 3.2 Dělení postojů a funkce postojů

Nejčastěji se postoje popisují pomocí 3 složek:

- a) kognitivní neboli poznávací, která vyjadřuje názory a myšlenky o předmětu postoje
- b) emocionální neboli afektivní, která vyjadřuje naše emoce a emocionální reakce k předmětu postoje
- c) behaviorální neboli konativní, která představuje naše sklony k jednání k předmětu postoje (Hayesová, 2009)

Například Fishbein & Ajzen (1975) chápou postoj pouze jako afektivní část postoje, nikoli jako všechny 3 dimenze dohromady.

Katz (1960) rozlišuje 4 základní funkce postojů:

- a) instrumentální, která nám umožňuje maximalizovat zisky a minimalizovat ztráty
- b) egoobraná, která nám umožňuje udržovat si stabilní sebeobraz, zvládnout náročné situace a konflikty
- c) výrazu hodnot, pomocí kterých si udržujeme svoji identitu, podporujeme svoji image a vyjadřujeme své hodnoty
- d) poznávací, která nám umožňuje porozumět nejasnému světu kolem nás, umožňuje nám organizovat naše zkušenosti.

Postoje můžeme rozlišovat podle 3 úrovní, na stupeň individuální, interpersonální a společenský. Individuální stupeň se zabývá tím, jak postoje ovlivňují vnímání, myšlení, ostatní postoje a chování. Interpersonální stupeň se zabývá informacemi o postojích, které jsou žádané. Na tomto stupni své postoje zjišťujeme a odhalujeme. Jakmile známe postoje ostatních, svět se pro nás stává pochopitelnější. Společenský stupeň zahrnuje postoje k sobě samému a ostatním skupinám. Tato úroveň je jádrem meziskupinové kooperace a konfliktů (Bohner & Wänke, 2002).

Fishbein & Ajzen (1975) uvádí, že se musí rozlišovat mezi postoji a názory. Rozdíl vidí v emocionální dimenzi. Názory jsou výroky, o kterých si myslíme, že jsou pravdivé, jsou tedy neutrální, kdežto postoje jsou hodnotící, vyjadřují určité pocity. Smith, Bruner a White (1964; in Hayesová 2009) rozlišují mezi názory, které lidé zastávají, a těmi, které vyjadřují chováním. Tyto názory nemusí být totožné, jsou totiž ovlivněni sociálními strategiemi a sociálním omezením.

Podle Hereka (1986; in Bohner & Wänke, 2002) některé postoje mohou být centrální k jedincově sebepojetí a vyjádřením nebo aktivováním tohoto postoje si jedinec potvrzuje své hlavní hodnoty. Postoje také mohou podporovat sociální vztahy, například tím, že máme stejné postoje, jako někdo jiný. Stejný postoj může znamenat jinou funkci pro různé lidi. Stejný postoj může také znamenat jinou funkci pro stejnou osobu, ale v jiném čase. A stejná osoba může mít jiné postoje na různé funkce v různý čas. Většina postojů nemá pouze jednu funkci, ale jsou multifunkční (Bohner & Wänke, 2002).

### **3.3 Změna postojů**

Všichni máme potřebu porozumět světu. Za normálních podmínek by proto mělo občas dojít ke změně postoje, protože svět se neustále mění. Můžeme pociťovat obavy z velké a náhlé změny postojů, proto by tato změna měla probíhat pozvolna, měla by se týkat periferního, nikoliv centrálního postoje, a osoba by v dané chvíli neměla prožívat žádné rušivé vnitřní úzkosti (Hayesová, 2009).

Za hlavní prostředek změny postoje se považuje přesvědčování (persvaze). Předpokládá se, že persvaze u pasivního příjemce nemůže být tak účinná, jako u jedince, u kterého byla změna postoje navozena pomocí aktivní účasti v sociálních situacích. Máme 2 cesty pro přesvědčování: centrální a periferní. Centrální přesvědčování se vyznačuje pečlivým zvážením předložených argumentů podporujících stanovisko. Periferní cesta zahrnuje takové procesy, které nejsou založeny na usilovném přemýšlení (například klasické podmiňování) (Bohner, 2006; Výrost 2008).

Velká pozornost je věnována charakteristikám komunikátora, především jeho věrohodnosti, síle a atraktivitě zdroje (Cooper, Croyle, 1984; in Výrost 2008). Věřohodností je chápána obvykle objektivnost zdroje. U atraktivnosti jde o emocionální podbarvení, obvykle se necháme přesvědčit od někoho, kdo je pro nás atraktivní. Síla zdroje vyjadřuje, jaký vliv má tato informace pro příjemce. Významný je také náš pocit, jestli se nás někdo snaží o něčem přesvědčit. Persvazivní informace mohou mít

emocionální a racionální obsah. Emocionální persvaze se se snaží vyvolat intenzivní emocionální odpověď, pozitivní nebo negativní, která má usnadnit přijetí zprávy jedincem. Racionální obsah se snaží o změnu postoje pomocí argumentů.

Model změny postojů se soustředí na 3 hlavní aspekty komunikace při zpracovávání informací:

- a) Komunikační zdroj - od koho informace pochází
- b) Možnosti ovlivnění efektivity přesvědčení pomocí informace
- c) Charakteristiky příjemců zprávy - souvislosti mezi necháním se ovlivnit a inteligencí nebo dřívějšími postoji (Hayesová, 2009).

Dále se předpokládá, že prostředek komunikace má také vliv na postoj. Persvazivní informace v mluvené podobě má větší vliv na změnu postoje než stejná informace v tištěné podobě. Ale u rozsáhlejších informací je míra porozumění vyšší v psané podobě (Výrost, 2008).

Podle Heidera (1944) se lidé snaží o to, aby jejich postoje byly v souladu s ostatními postoji, tento stav nazývá stavem kognitivní rovnováhy. Nesoulad kognitivní rovnováhy je pro člověka stresorem. Na myšlenky Heidera později navázal Leon Festinger (1957; in Hayesová, 2009) s teorií kognitivní disonance, která je důležitým zdrojem změny postojů. Kognitivní disonance je stav napětí, který je vyvolán tehdy, pokud jsou naše kognitivní struktury nekonzistentní, naše postoje si odporují. Lidé se snaží o dosažení této konzistence. Jakmile již mají vytvořený nějaký názor, jsou často rezistentní vůči novým informacím, které odporují jejich přesvědčení. Tyto informace někdy ignorují, někdy si je pozmění tak, aby byly slučitelné s jejich přesvědčením. Informace, se kterými souhlasí, vnímají přesněji, nepřekrucují je (Hayesová, 2009). Lidé aktivně vyhledávají informace, které jsou kongruentní s jejich postoji a ignorují ty, které jsou nekongruentní. Tato teorie se nazývá teorie selektivní expozice (Bohner, 2002).

Dodnes není přesně známý vztah mezi postoji a chováním. Například LaPiere v roce 1934 poukázal na možnost nesouladu mezi vyjadřovaným postojem a aktuálním chováním lidí, jev známý jako „LaPierův paradox“. Problém by mohl spočívat v tom, že máme nedostatečné způsoby měření. Člověk nemůže správně předvídat konkrétní jednání z obecně měřeného postoje (Výrost, 2008, Hayesová, 2009).

### 3.4 Měření postojů

Měření postojů je problematické i proto, že lidé neradi vyjadřují své skutečné postoje, jejich odpovědi jsou velmi často ovlivněny sociální žádoucností. Nástrojů, které se používají k měření postojů, je několik. Postoje nejsou přímo pozorovatelné. Pravděpodobně nejjednodušší cesta, jak získat informace o postojích ostatních, je zeptat se jich na to (Bohner & Wanke, 2002).

Postoje se obvykle měří na pořadových škálách. Nejčastěji se používají jednopoložková měření, ačkoliv vícepoložkové škály jsou často lepší v hodnotě reliability. Výhodou jednopoložkových škál je jejich ekonomičnost. Příkladem škál mohou být Likertova škála, sémantický diferenciál, sociometrie, Bogardova škála sociální vzdálenosti či analýza rozhovoru (Hayesová, 2009).

Likertova škála byla vytvořena Likertem v roce 1932. Je to jedna z nejspolehlivějších technik pro měření postojů. Na výroky se odpovídá na pětibodové škále „zcela souhlasím, souhlasím, nevím, nesouhlasím, zcela nesouhlasím“. Zjišťuje nejen obsah postoje, ale i jeho přibližnou hodnotu. Sémantický diferenciál byl vytvořen Osgoodem, Sucim a Tannenbaumem v roce 1957. Likertova škála hodnotí pouze, jestli jedinec s výrokem souhlasí nebo ne, zatímco sémantický diferenciál používá několik různých dimenzí. Jeho škály jsou sedmibodové. Každé postojové slovo se hodnotí pomocí osmi až devíti dimenzí. Sociometrie je technika vytvořená roku 1934 Morenem. Svůj největší význam má při zjišťování vnímání členů přirozené skupiny. Každý člen skupiny vybere ze členů skupiny toho, koho by označil za svého přítele, vůdce, partnera pro různé situace. Z těchto údajů se poté vytvoří sociogram, který mapuje přátelské skupiny. Bogardova škála sociální vzdálenosti byla vytvořena roku 1925 Bogardem a měří rasismus a jiné etnické předsudky. Ukazuje, jakou sociální vzdálenost mají respondenti mezi sebou a jinými skupinami. Používá se k identifikaci předsudků. Můžeme využít i analýzu rozhovoru, kterou vytvořil Eiser v roce 1983 a ta nám umožňuje pomocí analýzy emotivně zabarvených slov v projevech lidí, získat představu o postojích, které zastávají (Hayesová, 2009).

### 3.5 Postoje k sebevraždě

Renberg, Hjelmeland & Kuposov (2008) se pokusili navrhnout model, který by popisoval vztah mezi postoji k sebevraždě a sebevražděným chováním, uvádí, že interpretace vztahu mezi postoji k sebevraždě a sebevražděným chováním na

všeobecné úrovni by měla být prováděna opatrně, protože postoje jsou velmi komplexním konstruktem, a protože dodnes nejsou výsledky ovlivňování tímto vztahem jasné.

Ve své klasické studii z roku 1922 (in Renberg et al., 2008) Bayet tvrdí, že existuje pozitivní asociace mezi akceptováním sebevraždnosti a mírou sebevraždnosti. Toto tvrzení je v rozporu s nálezy ze studií Saleho, Wiliamse, Clarka a Williamse (1975; in Renberg et al., 2008), kteří zjistili negativní vztah mezi pozitivními postoji k sebevraždnosti a mírou sebevraždných pokusů. Ve Skotsku byla provedena studie (Platt, 1989), kde zjistili, že oblasti s vysokou mírou sebevraždných pokusů byly charakteristické vyšší hostilitou a netolerantními postoji k sebevraždnosti. Studie Domina, Su & Johnsona (2001; in Renberg et al., 2008) prezentující data na individuální úrovni ukazuje pozitivní vztah mezi prosuicidálními postoji a vlastní sebevraždností.

Renberg s kolegy (2008) provedli svůj výzkum na území států Norska, Švédska a Ruska. Ve Švédsku zjistili převážně negativní vztah mezi tolerantními postoji a mírou sebevraždnosti. Mladé ženy, skupina s nejnižší mírou sebevraždnosti, vykazovaly nejvíce tolerantní postoje. Také zjistili, že vlastní zkušenost se sebevraždným chováním má velký dopad na současné postoje k sebevraždnosti. Tento jev vysvětlují pomocí mechanismu racionalizace. Mezi švédskými ženami našli unikátní vzorce tolerantních postojů spojené s předchozím sebevraždným pokusem, který by mohly být důsledkem více přímých a otevřených postojů celkově. Ruští muži a ženy, kteří uvedli předchozí sebevraždné chování, byli ale více neakceptující a odsuzující než ti, kteří žádné předchozí sebevraždné chování nevedli. Zkušenost se sebevraždným chováním u širšího okolí byla spojena s více akceptujícím a neodsuzujícím postojem, zatímco zkušenost se sebevraždným chováním uvnitř rodiny vedla k odsuzujícím a neakceptujícím postojům. Také zjistili, že starší lidé v menší míře než mladí souhlasili s tím, že by mělo být možné dostat pomoc k ukončení života, pokud člověk trpí závažnou nevléčitelnou nemocí (Renberg et al., 2008).

Výzkum s cílem porozumět postojům, přesvědčením a vnímání adolescentů a jejich rodičů k sebevraždnosti adolescentů byl proveden Schwarztem et al. (2010). Výzkum byl proveden v USA a zúčastnili se ho adolescenti ve věku od 13 do 18 let a jejich rodiče nebo opatrovníci. Zjistili, že rodiče i adolescenti považují sebevraždnost za velký problém, který se ale netýká jejich vlastních komunit. Také zjistili, že sebevražda v rodině zvyšuje pravděpodobnost sebevraždného chování adolescenta. Obě skupiny, rodiče i adolescenti, by se rády dozvěděly více informací o tom, jak identifikovat a jak pomoci adolescentům se sebevraždnými sklony.

Mnoho adolescentů si podle této studie (Schwartz et al., 2010) myslí, že sebevražedný pokus může být pokusem o získání pozornosti. Jedincům, kteří o svých sebevražedných myšlenkách nemluví, přisuzují větší pravděpodobnost, že úspěšně dokonají sebevraždu. Myslí si, že by byli schopni všimnout si změn v chování, které vedou k sebevraždě u svých vrstevníků. Není podle nich složité poznat, jestli je jedinec sebevražedný, i když všichni uvedli, že někdo může skrývat své symptomy. Je podle nich ale těžké zakročit preventivně u někoho, kdo skrývá své myšlenky. Dívky si myslí, že by byly schopny pomoci s prevencí sebevražednosti, obzvláště pokud by situaci odhalily brzy. Sebevražedné myšlenky jsou podle nich výsledkem mnoha stresorů a nedostatku opory.

Rodiče si myslí, že poznat sebevražedné myšlenky je těžké. Jako nebezpečný jim připadá tlak zapadnout. Myslí, že každý ve skupině by měl mít informace o tom, jak poznat rizikové faktory a jak zakročit, protože se nikdy nedá odhadnout, ke komu se ohrožený jedinec obrátí o pomoc. Někteří rodiče vyjádřili obavy, že diskutování sebevražednosti může adolescenty na tuto myšlenku přivést (Schwartz et al., 2010).

Knizek s kolegy (2008) zkoumali postoje politiků k sebevraždám a sebevražedné prevenci v 5 evropských zemích (Rakousko, Maďarsko, Litva, Norsko a Švédsko), celkem se jejich výzkumu zúčastnilo 183 účastníků. Zjistili, že politici potřebují zvýšit povědomí a znalosti o sebevraždách a jejich prevenci ve všech z těchto zemí. Je důležité, aby byli politici informováni o této problematice, protože jsou zodpovědní za podporování a zakládání preventivního úsilí. Podle politiků se hlavní příčiny sebevražednosti dají rozdělit do 3 kategorií: intrapersonální, interpersonální a extrapersonální. Nejvíce příčin spadá do kategorie intrapersonální příčiny. Do této kategorie řadili hlavně nemoci, psychologické a existenciální problémy. Často také zmiňovali jako důvody osamělost a špatné sebevědomí, z emocí dominovala úzkost. Mezi interpersonální příčiny zahrnovali problémy a ztráty, stejně jako nedostatek podpory. Z extrapersonálních příčin nejčastěji uváděli socio-ekonomické problémy a problémy spojené s prací. 4 politici z výběrového vzorku odpověděli, že sebevražednosti je nemožné předcházet. Možné postupy prevence vidí politici v zapracování na sociální úrovni, na interpersonální úrovni a na individuální úrovni (Knizek et al., 2008).

Öncü, Soykan, İhan, & Sayil (2008) provedli výzkum v Turecku, kterého se zúčastnilo 205 lékařů, učitelů, policistů a studentů medicíny. Výzkumníci zjistili, že účastníci z různých profesí měli odlišné postoje k sebevražednosti. Studenti medicíny a lékaři měli nejvíce tolerantní postoje. Překvapivé bylo, že lékaři skórovali v připravenosti k prevenci sebevraždy níže než ostatní skupiny. Všechny skupiny souhlasily s tím, že

sebevražednosti se dá předcházet. Ti, kteří měli více zkušeností se sebevraždou, méně souhlasili s tím, že sebevražedné chování je normální. Nejméně souhlasili s vytvářením tabu kolem sebevraždy učitelé, nejvíce policisté. Vyšší stupeň tabu je u policistů pochopitelný, protože nemají žádné speciální výcviky o sebevražednosti nebo komunikaci se sebevražednou osobou. Učitelé uváděli nejčastěji jako příčinu sebevražednosti vztahové potíže, policisté je uváděli naopak nejméně. Nebyl nalezen žádný signifikantní vliv pohlaví. Se zvyšujícím se věkem jim sebevražednost připadala více pochopitelná (Öncü et al., 2008).

Hjelmeland s kolegy (2008) provedli srovnávací výzkum mezi Ghanou, Ugandou a Norskem. Postoje k sebevražednosti ovlivňují ochotu personálu intervenovat v případě sebevražedné krize, také ovlivňují obsah a užitečnost léčby a intervence. Kulturní faktory hrají důležitou roli v postojích k sebevražednosti. Zjistili statisticky významný rozdíl u otázky, jak participanti odhadují pravděpodobnost, že dříve nebo později spáchají sebevraždu. 78% participantů z Ghany, 61% z Ugandy a 47% z Norska odpovědělo, že by nikdy nespáchali sebevraždu, zatímco 4% z Ghany, 7% z Ugandy a 8% z Norska uvedlo, že pod určitými okolnostmi by ji zvažovali. Naprostá většina (93-95%) si nemyslí, že sebevražda je každého osobní věc a nemělo by se do ní zasahovat. 19% Norů a 7-8% Afričanů si myslí, že lidé mají právo vzít si vlastní život, 29% Norů, 50% Ugandanů a 60% Ghanadanů si myslí, že sebevražda nemůže být nikdy ospravedlněna. Přes 90% účastníků souhlasilo, že je lidskou povinností zastavit osoby páchající sebevraždu. Většina jich také popisovala sebevraždu jako volání o pomoc. Pouze 21% Ghananů, 38% Ugandanů, 7% Norů vidělo sebevraždu jako akt pomsty nebo potrestání. 78% Norů, 69% Ugandanů a Ghanadanů nesouhlasilo, že o sebevraždě by se nemělo mluvit. 91% Ghanadanů, 84% Norů a 80% Ugandanů věří, že je vždy možné pomoci osobě se sebevražednými myšlenkami. 54% Ghanadanů, 63% Ugandanů a jen 10% Norů souhlasí s tvrzením, že sebevražda je impulzivním aktem. 93-96% věří, že sebevraždě může být předcházeno. V tomto dotazníku nebyly nalezeny žádné rozdíly v pohlaví ve znalostech, prevenci nebo přístupu k sebevraždě jako tabu. Ženy si častěji myslí, že sebevražda je volání o pomoc, muži častěji souhlasí s tím, že jejím úmyslem je někoho potrestat nebo se mu pomstít. V tomto výzkumu zkoumali také některé souvislosti. Byla nalezena slabá korelace ( $r=0,15$ ) mezi názorem, že lidé mají právo spáchat sebevraždu, a zkušeností se sebevraždou v rodině. Zkušenost se sebevražedností v rodině korelovala slabě ( $r=-0,19$ ) s názorem, že sebevražednosti může být předcházeno. V Norsku úroveň znalostí o sebevraždě slabě negativně korelovala s tabu ( $r=-0,24$ ) (Hjelmeland et al. 2008)



Ve výzkumu Arnautovsky & Grada (2010) zjistili, že tolerantní postoje jsou pozitivně spojeny s větším rizikem sebevražděného chování. Je známo, že postoje k sebevražděnosti ovlivňují postoje lidí pomoci sebevražděným jedincům a také ovlivňují jejich vlastní chování při hledání pomoci. Nejvíce účastníků souhlasilo s tím, že sebevražděnosti se dá předcházet, a nejvíce jich nesouhlasilo s tím, že by se mělo vyhýbat hovorům o sebevražděnosti. Nejvíce negativní postoje k sebevražděnosti byly u adolescentů navštěvujících technické školy. Adolescenti s rozvedenými rodiči měli nejvíce tolerující postoje k sebevražděnosti. Ti, kteří měli zkušenost se smrtí v rodině, měli nejvíce negativní postoje k sebevražděnosti. Nejtolerantnější postoje byly u těch, kteří měli zkušenost se sebevražděným pokusem, a těmi, kdo si tvořili plány na sebevraždu (Renberg et al., 2008).

## **4 Praktická část**

### **4.1 Cíl výzkumu**

Výzkum je proveden v oblasti sebevražděného chování. Výzkumným problémem jsou postoje k sebevražděnosti. Postoje k sebevražděnosti se zabýváme proto, že ovlivňují ochotu jedinců pomoci ostatním v sebevražděné krizi, což má vliv na vnímání prevence. Důraz je kladen na postoje k tolerantnosti, předvídatelnosti a prevenci sebevražděnosti.

Hlavním cílem výzkumu je popsat postoje k sebevražděnosti a její školní prevenci z pohledu pedagogů, psychologů a rodičů. Chceme popsat postoje ke školní prevenci sebevražděnosti a popsat vztah mezi zkušeností se sebevražděným chováním a postoji k sebevražděnosti. Jako vedlejší cíl jsme chtěli zjistit názory participantů pro případné zavedení školních preventivních programů proti sebevražděnosti.

## 4.2 Hypotézy

Na základě prostudované literatury jsme si pro svůj výzkum zvolili tyto hypotézy:

H1: Lidé s vlastní historií sebevražedného chování silněji souhlasí s tvrzením „Lidé mají právo vzít si život“ než lidé bez vlastní historie sebevražedného chování.

H2: Lidé se zkušeností sebevražedného chování v jejich blízkém okolí silněji souhlasí s tvrzením „Lidé mají právo vzít si život“ než lidé bez zkušenosti se sebevražedným chováním v jejich blízkém okolí.

H3: Lidé bez vlastní historie sebevražedného chování silněji souhlasí s tvrzením „Většina sebevražedných pokusů je spontánním (impulzivním) činem“ než lidé s vlastním sebevražedným chováním v historii.

H4: Míra souhlasu s tvrzením „Sebevraždě se dá předcházet“ se u psychologů, pedagogů a rodičů neliší.

H5: Míra souhlasu s tvrzením „Lidé mají právo vzít si život“ se u psychologů, pedagogů a rodičů liší.

H6: Míra souhlasu s tvrzením „Sebevražda je věcí, o které by se raději nemělo mluvit“ se u psychologů, pedagogů a rodičů liší.

H7: Existuje negativní korelace mezi mírou souhlasu s tvrzením „Nechápu, jak může někdo spáchat sebevraždu“ a mírou souhlasu s tvrzením „Pokud bych trpěl/a závažnou a nevléčitelnou chorobou, zvážil bych možnost, že si vezmu život“.

H8: Existuje pozitivní korelace mezi mírou souhlasu s tvrzením „Sebevraždě se dá předcházet“ a mírou souhlasu s tvrzením „Souhlasil/a bych se zavedením preventivních programů do škol“.

## 4.3 Sběr dat

### 4.3.1 Metody

Abychom mohli uskutečnit naše výzkumné cíle, potřebovali jsme najít vhodné metody. Jako vhodný způsob nám připadalo dotazníkové šetření. Po prostudování dostupné literatury byl pro měření postojů k sebevraždě vybrán dotazník ATTS (Attitudes Toward Suicide). Pro oblast školní prevence jsme se rozhodli vytvořit svůj krátký dotazník.

Dotazník ATTS byl vytvořen Renbergem & Jacobssonem (2003) jako metoda, která není časově náročná a je vhodná pro všeobecnou populaci. Metoda ATTS je inspirována a částečně je založena na metodě SOQ (Suicide Opinion Questionnaire) (Domino, Moore, Westlake & Gibson, 1982; in Renberg & Jacobsson, 2003), stejně jako na výsledcích expertíz v oblasti postojů k sebevraždě. Tento dotazník byl použit již v mnoha kulturně odlišných výzkumech a u různé cílové populace. Použit byl například ve studii Arnautovska & Grad (2010), Öncü & et al., (2008), Norheim, Grimholt & Ekeberg (2013), Mofidi, Ghazinour, Renberg & Richter (2007), Knizek et al. (2007), Hjelmeland et al. (2008).

V našem výzkumu jsme použili autory upravenou původní verzi z roku 2011. Pro účely naší diplomové práce jsme oslovili profesora Renberga, který nám jeho nejnovější verzi ochotně poskytl. V této verzi má dotazník 40 otázek, které se většinou hodnotí pomocí 5 bodové Likertovy škály (naprosto souhlasím – souhlasím – nevím – nesouhlasím - naprosto nesouhlasím), pouze 3 otázky se hodnotí jiným způsobem (viz příloha č. 2). Podle faktorové analýzy provedené na švédském vzorku participantů (Renberg & Jacobsson, 2003) se dotazník zabývá 10 oblastmi - sebevraždou jako právem, její nepochopitelností, komunikací o sebevraždách, předcházení sebevraždám, tabu okolo sebevražd, jejich normálností, sebevražděným procesem, vztahovými příčinami, připraveností pomoci a rezignací. Například ve studii Arnautovska & Grad (2010) je ale uvedeno pouze 6 oblastí.

Krátký dotazník vlastní výroby byl přiložen za dotazník ATTS. Námi vytvořený dotazník se zaměřoval na postoje ke školní prevenci sebevraždě, konkrétně na jejich vnímanou důležitost a přípustnost, také na předchozí zkušenosti se školní prevencí sebevraždě, obsah těchto zkušeností a názory, co by mělo být součástí školní prevence sebevraždě.

Byla také sesbírána osobní data o pohlaví, věku, nejvyšším dosaženém vzdělání a informace, zdali jedinec vychovává alespoň jedno dítě ve věku 15 až 22 let (včetně), zda se on sám pokusil někdy o sebevraždu, zda měl někdy sebevražedné myšlenky a zda má zkušenost se sebevraždou ze svého blízkého okolí.

Jako rodiče adolescentů jsme považovali participanty, kteří odpověděli kladně na otázku, zda vychovávají alespoň jedno dítě ve věku 15 až 22 let (včetně). Zároveň ale museli být tito participanti osloveni za účelem výzkumu ve skupině rodiče. Pokud byli osloveni za účelem výzkumu ve skupině pedagogové nebo psychologové, a i přesto splňovali požadavky zařazení do skupiny rodič, zařazení do ní nebyli. Věkový rozsah jsme zvolili na základě definice adolescence Krejčířové & Langmeiera (2006), kteří období adolescence uvádí zhruba ve věku 15-22 let. Za rodiče jsme považovali osobu, která dítě vychovává, protože pouze v tomto případě s ním přichází každodenně do kontaktu. Tato formulace otázky nám umožňuje zahrnout mezi rodiče i ty jedince, kteří nejsou biologickými rodiči dětí, ale vychovávají je, a eliminuje nám výskyt rodičů, kteří jsou sice biologickými rodiči, ale žádné dítě nevychoávají.

Po výběru a získání vhodné metody bylo potřeba vytvořit její překlad do českého jazyka. Překlad byl proveden pomocí 2 nezávislých překladatelů a překladem autorky diplomové práce. Dotazník každý překladatel přeložil co nejpřesněji z angličtiny do češtiny, poté se všichni sešli a společně vybrali nejvhodnější verzi překladu všech položek. Poté následovala pilotní studie na 25 participantech, kterými bylo 14 studentů psychologie a 11 studentů pedagogické fakulty. Všichni participanti pilotní studie byli požádáni o poznámky a komentáře ke srozumitelnosti a jasnosti textu a obsahu dotazníku. Na základě jejich poznámek jsme dopravili překlad dotazníku do česky srozumitelnější verze. Česká verze překladu viz příloha č. 2.

#### **4.3.2 Získávání dat**

Výběr vzorku byl příležitostný. Dotazník byl administrován v internetové podobě. Na úvodní straně byl popsán výzkum a pravidla vyplnění výzkumu, byl zde uveden kontakt na moji osobu a strana končila potvrzením tlačítka „Souhlasím“ (viz příloha č. 4). Po dobrovolném odsouhlasení účasti na výzkumu se načetla další strana, tentokrát již s dotazníkem. Na většinu otázek se odpovídalo kliknutím na vybrané odpovědi, výjimkou byla otázka týkající se věku, kde museli participanti uvést číslici a 2 otevřené otázky.

Výzkum byl anonymní, data neobsahují žádné informace, pomocí kterých by bylo možné zjistit totožnost participantů. Dotazník byl zabezpečen tak, že bylo možné odeslání

pouze 3 dotazníků z jednoho počítače. Tímto krokem zabezpečení jsme chtěli zabránit nevalidnímu vyplňování dotazníků například studenty škol. Počet 3 dotazníků byl zvolen z důvodu možnosti zájmu o vyplnění dotazníku oběma rodiči, byla přidána jedna možnost navíc pro případ technických komplikací.

Účast byla dobrovolná, pokud někdo nechtěl na některé otázky odpovídat, mohl je přeskočit. Po vyplnění dotazníku, které trvalo přibližně 5-10 minut, odeslali participanti dotazník stisknutím tlačítka „Odeslat“, poté se jim zobrazila další stránka, která je informovala, že jejich dotazník byl úspěšně odeslán. Bylo zde uvedeno poděkování za jejich účast, možnost vyžádání si výsledků, kontakt na nás a v případě potřeby zde byla uvedena také telefonní čísla, která je možno využít v případě setkání se se sebevražednou krizí (Hasiči, Záchraná služba, Policie, Jednotné evropské číslo tísňového volání, Linka důvěry a Rodičovská linka). Obě dvě krizové linky byly předem kontaktovány s dotazem, zda jsou pro tyto případy vhodné a zda je mohu do svého dotazníku uvést jako tísňové kontakty.

Výzkum probíhal v období duben - květen 2014. Výzkum pro získání dat od rodičů adolescentních dětí probíhal na 6 středních školách (Bezpečnostně právní akademie, Střední odborná škola Emila Holuba, Gymnázium, Střední pedagogická škola, obchodní akademie a jazyková škola, Gymnázium Křenová, Gymnázium Slovanské náměstí, Střední škola grafická).

Na začátku dubna byli osloveni ředitelé škol s žádostí o pomoc při našem výzkumu. Poté jsme školu navštívili osobně a s osobami pověřenými řediteli jsme se sešli, vysvětlili jsme jim důvody, záměr a způsob provedení našeho výzkumu. Předali jsme jim připravené lístečky pro rodiče jejich žáků. Na lístečcích byla žádost o spolupráci na našem výzkumu, byl zde uveden krátký popis výzkumu, kontakt na naši osobu a odkaz na internetové stránky, kde se výzkum realizoval. Tyto lístečky byly rozdány pověřenými osobami žákům v hodině, byl jim vysvětlen záměr výzkumu a byli požádáni, o jejich předání rodičům. Tento způsob byl použit z důvodu snahy co nejvíce snížit zatížení škol a zvýšit jejich ochotu, poskytnout nám přístup ke skupině rodičů jejich žáků, protože byla rodičům poskytnuta velká volnost v rozhodnutí, zda se výzkumu zúčastní, či nikoliv. Také to byl jeden z mála způsobů, jak zaručit naprostou anonymitu rodičů. Pro získání výzkumného vzorku rodičů adolescentních dětí bylo využito 6 škol.

Při získávání vzorku pedagogů byl způsob podobný. Původně byli pedagogové osloveni na stejných školách jako rodiče, ale protože návratnost vyplněných dotazníků z jejich řad byla nízká, bylo potřeba výzkum rozšířit i na další školy. Nakonec

se výzkumu pro získání dat od skupiny učitelů zúčastnilo 9 středních škola (Střední škola sociálních a zdravotnických služeb Vesna, Gymnázium, Střední pedagogická škola, obchodní akademie a jazyková škola Znojmo, Gymnázium Křenová, Střední odborná škola a střední odborné učiliště Uhelná, Střední odborná škola služeb, Střední odborná škola Uničov, Střední průmyslová škola Strojnická, Gymnázium Uničov a Střední škola grafická Brno) a 6 škol základních (Základní škola Václavské náměstí, Základní škola Gajdošova, Základní škola Jevišovice, Základní škola náměstí Republiky). Ke skupině pedagogů jsme opět vždy získali přístup přes souhlas ředitele školy, který jim tentokrát rozeslal e-mail s informacemi o našem výzkumu a odkazem na internetové stránky, kde se dotazník nacházel.

Participantů ze skupiny psychologů byli získáváni tak, že jsme si přes internetové stránky škol našli kontakty na jejich školní psychology a těm byl zaslán e-mail s popisem naší práce a žádostí o vyplnění dotazníku. V případě pedagogicko-psychologických poraden byl přístup získán přes ředitele poradny, který mohl v případě zájmu přeposlat psychologům informace o našem výzkumu s adresou, kde se dotazník nacházel.

#### **4.3.3 Etika výzkumu**

Vstup do zařízení, kde se výzkum realizoval, byl v případě škol a pedagogických pracovišť vždy povolen ředitelem pracoviště. Výjimku tvoří oslovení školních psychologů, kdy bylo využito veřejného, pracovního e-mailu.

Výzkum byl dobrovolný. Participantů byli informováni o jejich možnosti kdykoliv odstoupit od vyplňování dotazníku, pokud nechtěli, nemuseli odpovědět na všechny otázky. Pro případ potřeby byla na konci dotazníku uvedena telefonní čísla pro krizové případy například číslo na krizové linky Linku důvěry a Rodičovskou linku. Byl zde také uveden kontakt na naši osobu, kam se participantů mohli v případě zájmu obrátit. Na všechny e-maily byla poskytnuta co nejrychlejší odpověď.

Výzkum byl anonymní, nikde se nenachází žádné údaje, na základě kterých by bylo možno dopátrat se ke konkrétní osobě. Pro dosažení naprosté anonymity u skupiny rodičů byl dokonce zvolen méně vhodný způsob sběru dat z hlediska návratnosti vyplněných dotazníků.

Všem participantům byla poskytnuta možnost získat výsledky naší studie.

#### 4.4 Metodologický rámec

Před statistickým zpracováním bylo vyřazeno 9 dotazníků, pro zpracování jich bylo použito 188. 5 dotazníků bylo vyřazeno, protože ve skupině rodič neodpovídal věk (věk odpovídal věku žáků škol, nikoliv jejich rodičům). 1 dotazník byl vyřazen, protože ve skupině rodič, nebylo odpovězeno na otázku, jestli vychovává alespoň jedno dítě ve věku 15-22 let (včetně). Dále byly vyřazeny 3 dotazníky ze skupiny psychologů, protože v nich bylo nevyplněno 6 a více otázek. Kritériem pro akceptování dotazníků pro výzkum bylo nevyplnění maximálně 10%, v našem případě tedy maximálně 5 nevyplněných položek.

Pokud se stalo, že nebyla vyplněna položka, která se později zpracovávala pomocí statistické analýzy, dotazník byl ze souboru pouze pro daný úkon vyřazen a nebylo s ním počítáno.

Z důvodu počtu získaných dotazníků a charakteru získaných dat jsme se rozhodli použít kvantitativní design výzkumu. Pro statistickou analýzu byly využity programy PASW Statistics 18 a Microsoft Excel 2010.

Pro povahu dat, která měla převážně ordinální charakter, zkoumání hypotéz o rozdílu a statistické korelace byly použity tyto testy: Mann-Whitneyho U-test, Kruskal-Wallisův test, pro ověření rozdílů mezi skupinami u Kruskal-Wallisova testu byl využit Tukeyho HSD test, pro získání statistických korelací byl použit Spearmanův korelační koeficient  $\rho$ .

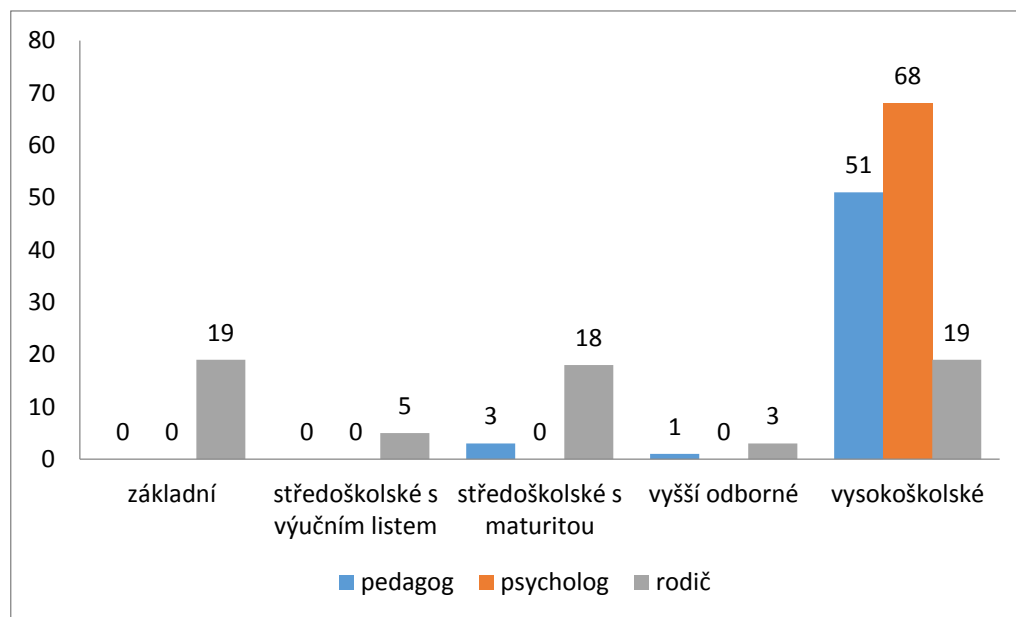


## 4.5 Výzkumný soubor

Po vyřazení nedostatečně nebo nevalidně vyplněných dotazníků tvoří výzkumný soubor 188 participantů, z toho je 56 pedagogů, 68 psychologů a 64 rodičů.

Do skupiny psychologů byli zařazeni školní psychologové ze základních a středních škol (36 participantů) a poradenští psychologové (32 participantů) pracující v pedagogicko-psychologických poradnách. Výzkumu se zúčastnilo celkem 40 mužů (11 psychologů, 14 pedagogů, 15 rodičů) a 147 žen (57 psychologů, 41 pedagogů, 49 rodičů). Průměrný věk byl 41,2 let. 90 participantů vychovává alespoň jedno dítě ve věku 15 až 22 let (včetně). Přehled nejvyššího dokončeného vzdělání, můžete vidět v grafu č. 1

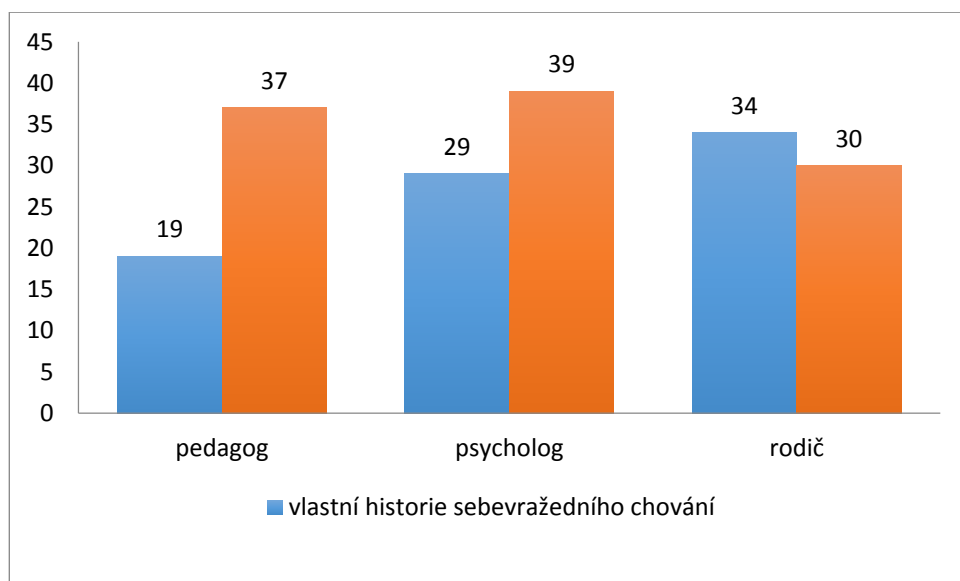
**Graf č. 1** Rozdělení absolutních četností nejvyššího dosaženého vzdělání



## 4.6 Výsledky

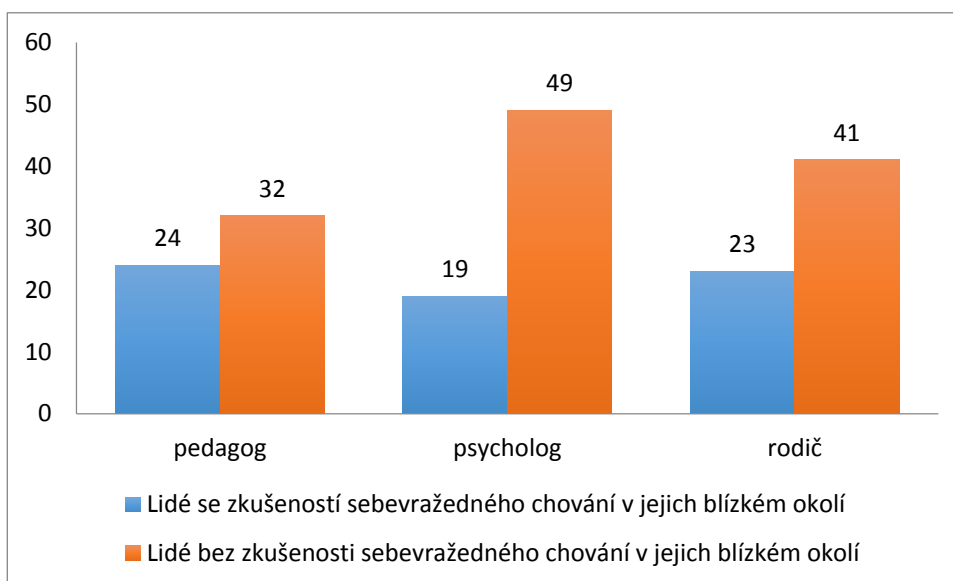
Historie vlastního sebevražedného chování se počítala z kladných odpovědí na otázku č. 45 anebo č. 46. Jedinec byl zařazen do skupiny s vlastní historií sebevražedného chování, pokud alespoň 1x odpověděl kladně na otázku č. 45 („Pokusil/a jsem se někdy o sebevraždu“) a č. 46 („Někdy jsem měl/a sebevražedné myšlenky“). Jedinec byl zařazen do skupiny bez vlastní historie sebevražedného chování, pokud ani jednou nezodpověděl kladně na otázku č. 45 a č. 46. Na otázku č. 45 odpověděl kladně pouze 1 participant. Tento participant odpověděl kladně i na otázku č. 46, proto došlo ke sloučení těchto dvou otázek a dále se počítalo pouze s otázkou č. 46. Na tuto otázku odpovědělo kladně 82 participantů a záporně 106 participantů.

**Graf č. 2** Rozdělení absolutních četností podle historie vlastního sebevražedného chování



Do skupiny zkušeností sebevražedného chování v blízkém okolí, byli participanté zařazeni, pokud zodpověděli kladně otázku č. 47 „Někdo v mém blízkém okolí se pokusil o sebevraždu“. Kladně zodpovědělo celkem 66 participantů, 122 odpovědělo záporně.

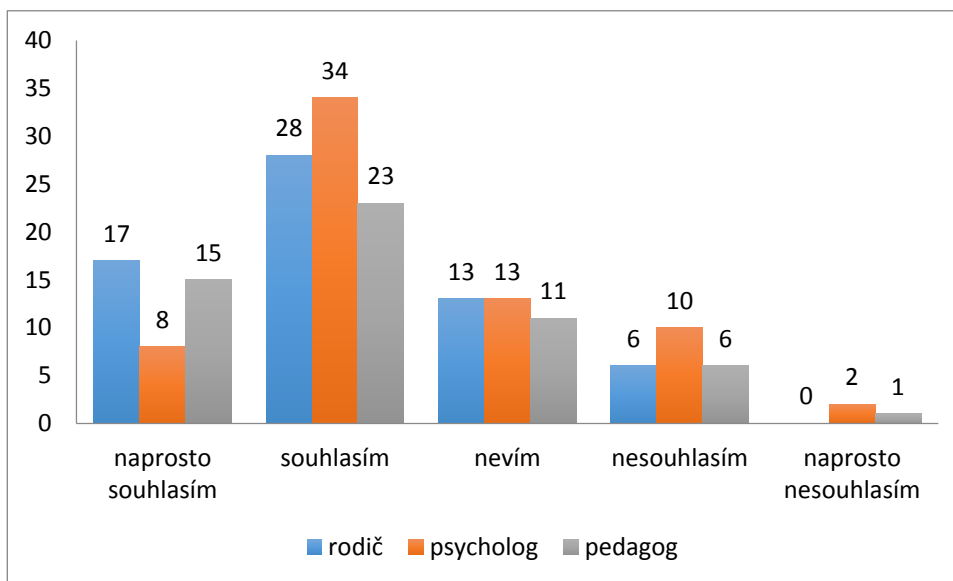
**Graf č. 3** Rozdělení absolutních četností zkušenosti se sebevražedným chováním v blízkém okolí



Na otázku č. 50 „Setkal/a jsem se s nějakým typem preventivního programu proti sebevražednosti“ odpověděli pouze 3 participanti kladně, ostatní (185 participantů) odpovědělo záporně. Kladně odpověděli 2 psychologové a 1 rodič. Pouze jeden popsal, že se jednalo o program formou besedy o sebepoškozování a jeden uvedl, že program vedl psycholog.

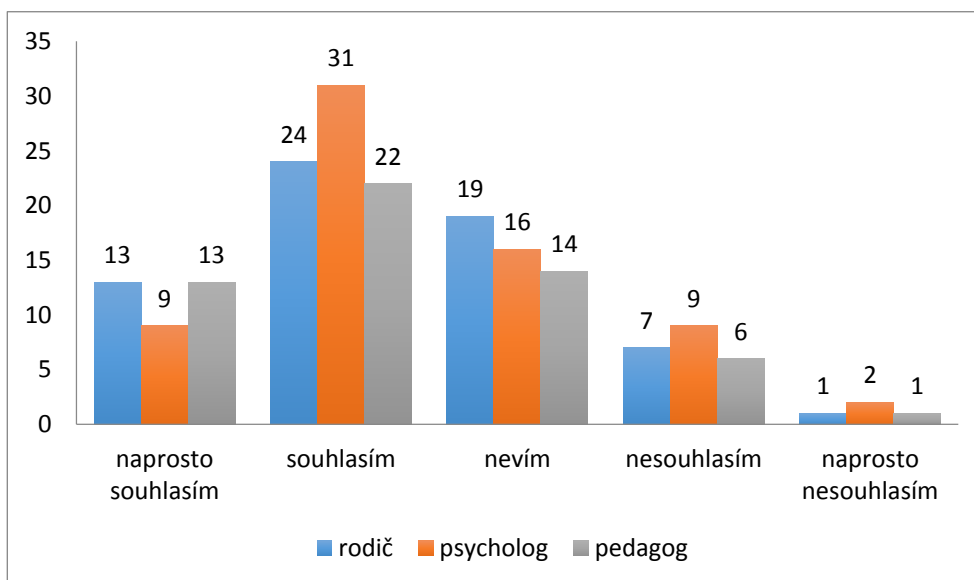
Většina participantů by souhlasila se zavedením preventivních programů proti sebevražednosti do škol.

**Graf č. 4** Rozdělení absolutních četností souhlasu se zavedením preventivních programů do škol



Většina participantů si myslí, že je důležité mít preventivní programy proti sebevraždě ve školách.

**Graf č. 5** Rozdělení absolutních četností souhlasu s tvrzením „Je důležité mít preventivní programy proti sebevraždě ve školách“



Dále jsme zkoumali rozdíly mezi skupinami pedagogů, psychologů a rodičů v odpovědích na jednotlivé otázky. Signifikantní rozdíly nám vyšly u 15 otázek. Byly to otázky:

- č. 6 „Sebevražda nemůže být nikdy ospravedlněna“
- č. 7 „Spáchání sebevraždy je jednou z nejhorších věcí, kterou může člověk provést svým příbuzným“
- č. 8 „Většina sebevražedných pokusů je spontánním (impulzivním) činem“
- č. 10 „Jakmile se člověk rozhodne pro spáchání sebevraždy, nikdo ho nemůže zastavit“
- č. 12 „Lidé, kteří páchají sebevraždy, jsou obvykle duševně nemocní“
- č. 16 „Lidé, kteří vyhrožují sebevraždou, ji málokdy spáchají“
- č. 17 „Sebevražda je věcí, o které by se raději nemělo mluvit“
- č. 18 „Osamělost by pro mě mohla být důvodem vzít si život“
- č. 23 „Sebevraždy mezi mladými lidmi jsou obzvláště překvapující, protože mají mnoho pro co žít“
- č. 25 „Pokud měl někdy člověk sebevražedné myšlenky, nikdy se jich nezbaví“
- č. 26 „K sebevraždám dochází bez varování“
- č. 31 „Nechápu, jak někdo může spáchat sebevraždu“
- č. 32 „O tom, že člověk přemýšlí o sebevraždě, nemají příbuzní obvykle tušení“
- č. 34 „Jsem připraven pomoci člověku, který plánuje sebevraždu, tím, že s ním navážu kontakt“
- č. 37 „Lidé, kteří hovoří o sebevraždě, ji nespáchají“

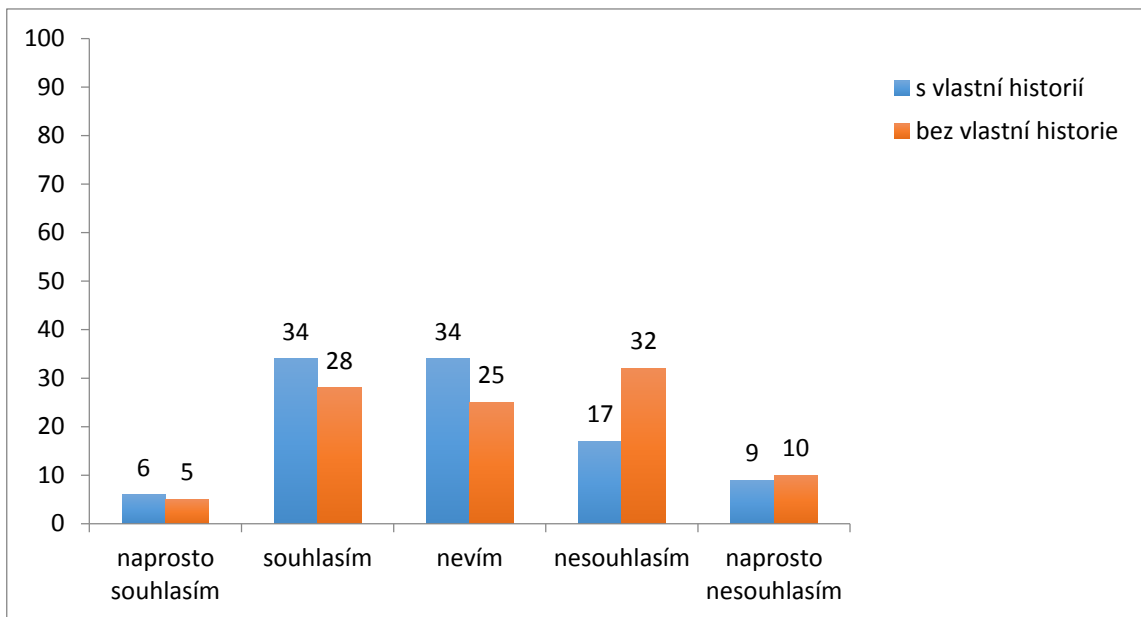
Rozdíl ve většině případů tvořila skupina psychologů. U otázky č. 16 „Lidé, kteří vyhrožují sebevraždou, ji málokdy spáchají“ se od sebe všechny 3 skupiny statisticky významně lišily. Psychologové více nesouhlasili, poté následovali pedagogové a nejvíce s tvrzením souhlasili rodiče. U otázky č. 26 „K sebevraždám dochází bez varování“ rozdíl tvořila skupina rodičů, kteří s tímto tvrzením více souhlasili než skupina pedagogů a psychologů. U otázky č. 34 „Jsem připraven pomoci člověku, který plánuje sebevraždu, tím, že s ním navážu kontakt“ rozdíl tvořila skupina pedagogů, kteří s tímto tvrzením nejvíce nesouhlasili, mezi rodiči a psychology nebyl významný rozdíl.

## 4.7 Zhodnocení platnosti hypotéz

**H1: Lidé s vlastní historií sebevražedného chování silněji souhlasí s tvrzením „Lidé mají právo vzít si život“ než lidé bez vlastní historie sebevražedného chování.**

Vzhledem k povaze dat, která jsou ordinální, byl použit neparametrický Mann-Whitneyho U-test. Pro jednostrannou hypotézu H1 je výsledek ( $U=3653$ ,  $Z=-1,79$ ,  $p = 0,037$ ) na hladině  $\alpha=0,05$  statisticky **signifikantní**, proto **přijímáme H1**. Rozdělení relativních četností jednotlivých odpovědí u obou skupin zobrazuje Graf č. 6.

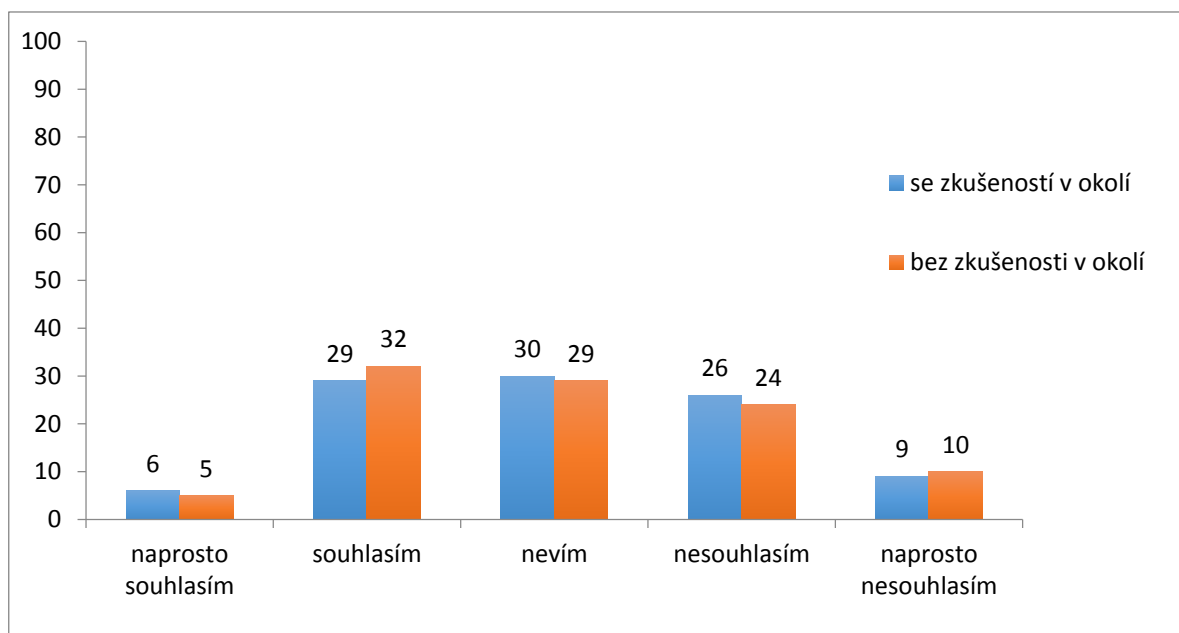
**Graf č. 6** Rozdělení relativních četností (%) odpovědí na položku „Lidé mají právo vzít si život“ u skupiny s vlastní historií ( $n=82$ ) a bez vlastní historie ( $n=104$ ) sebevražedného chování.



**H2: Lidé se zkušeností sebevražedného chování v jejich blízkém okolí silněji souhlasí s tvrzením „Lidé mají právo vzít si život“ než lidé bez zkušenosti se sebevražedným chováním v jejich blízkém okolí.**

Vzhledem k povaze dat, která jsou ordinální, byl použit neparametrický Mann-Whitneyho U-test. Pro jednostrannou hypotézu H2 výsledek ( $U=3845$ ,  $Z=-0,147$ ,  $p = 0,441$ ) na hladině  $\alpha=0,05$  **není** statisticky **signifikantní**, proto **zamítáme H2**. Neplatí tedy, že lidé se zkušeností sebevražedného chování v jejich blízkém okolí silněji souhlasí s tvrzením „Lidé mají právo vzít si život“ než lidé bez zkušenosti se sebevražedným chováním v jejich blízkém okolí. Rozdělení relativních četností jednotlivých odpovědí u obou skupin zobrazuje Graf č. 7.

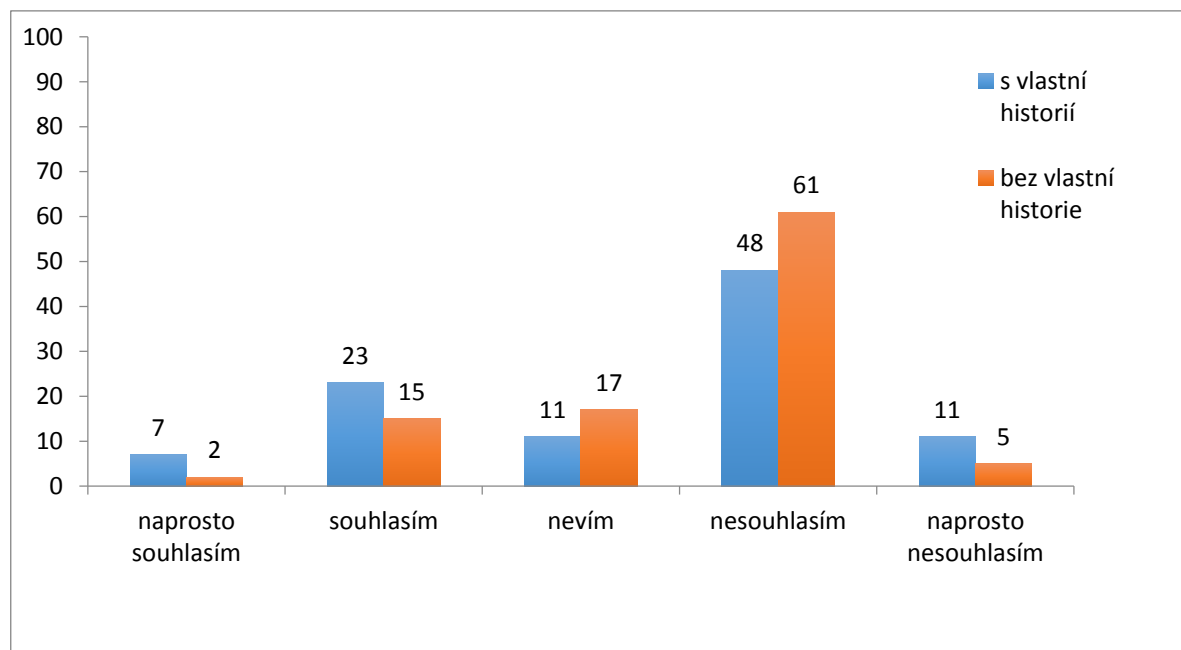
**Graf č. 7** Rozdělení relativních četností (%) odpovědí na položku „Lidé mají právo vzít si život“ u skupiny se zkušeností ( $n=66$ ) a bez zkušenosti ( $n=118$ ) se sebevražedným chováním v jejich blízkém okolí.



**H3: Lidé bez vlastní historie sebevražedného chování silněji souhlasí s tvrzením „Většina sebevražedných pokusů je spontánním (impulzivním) činem“ než lidé s vlastním sebevražedným chováním v historii.**

Vzhledem k povaze dat, která jsou ordinální, byl použit neparametrický Mann-Whitneyho U-test. Pro jednostrannou hypotézu H3 výsledek ( $U=3903,5$ ,  $Z=-1,205$ ,  $p = 0,114$ ) na hladině  $\alpha=0,05$  **není** statisticky **signifikantní**, proto **zamítáme H3**. Neplatí tedy, že lidé bez vlastní historie sebevražedného chování silněji souhlasí s tvrzením „Většina sebevražedných pokusů je spontánním (impulzivním) činem“ než lidé s vlastním sebevražedným chováním v historii. Rozdělení relativních četností jednotlivých odpovědí u obou skupin zobrazuje Graf č. 8.

**Graf č. 8** Rozdělení relativních četností (%) odpovědí na položku „Většina sebevražedných pokusů je spontánním (impulzivním) činem“ u skupiny s vlastní historií ( $n=82$ ) a bez vlastní historie ( $n=103$ ) sebevražedného chování.

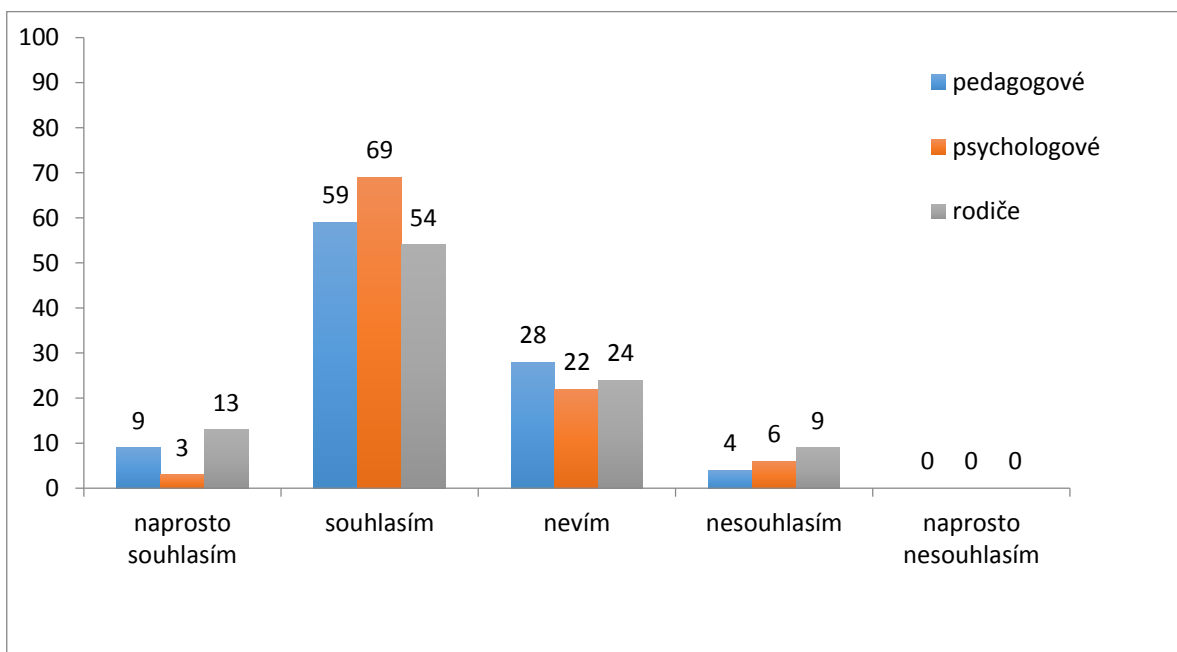




**H4: Míra souhlasu s tvrzením „Sebevraždě se dá předcházet“ se u psychologů, pedagogů a učitelů neliší.**

Vzhledem k ordinální povaze dat a rozdělení do 3 skupin byl použit Kruskal-Wallisův test. Ordinální data nespĺňují podmínky pro použití ANOVY, která vyžaduje kvantitativní vysvětlovanou proměnnou. Výsledek Kruskal-Wallisova testu ( $\chi^2_{(2)}=0,022$ ,  $p=0,989$ ) **není** na hladině  $\alpha=0,05$  statisticky **signifikantní**, což je však v souladu s hypotézou a proto **přijímáme H4**. Rozdělení relativních četností jednotlivých odpovědí u skupin pedagogů, psychologů a rodičů zobrazuje Graf č. 9. Můžeme zde vyčíst, že většina lidí souhlasí s tvrzením, že sebevraždě se dá předcházet a nenašel se nikdo, kdo by naprosto nesouhlasil.

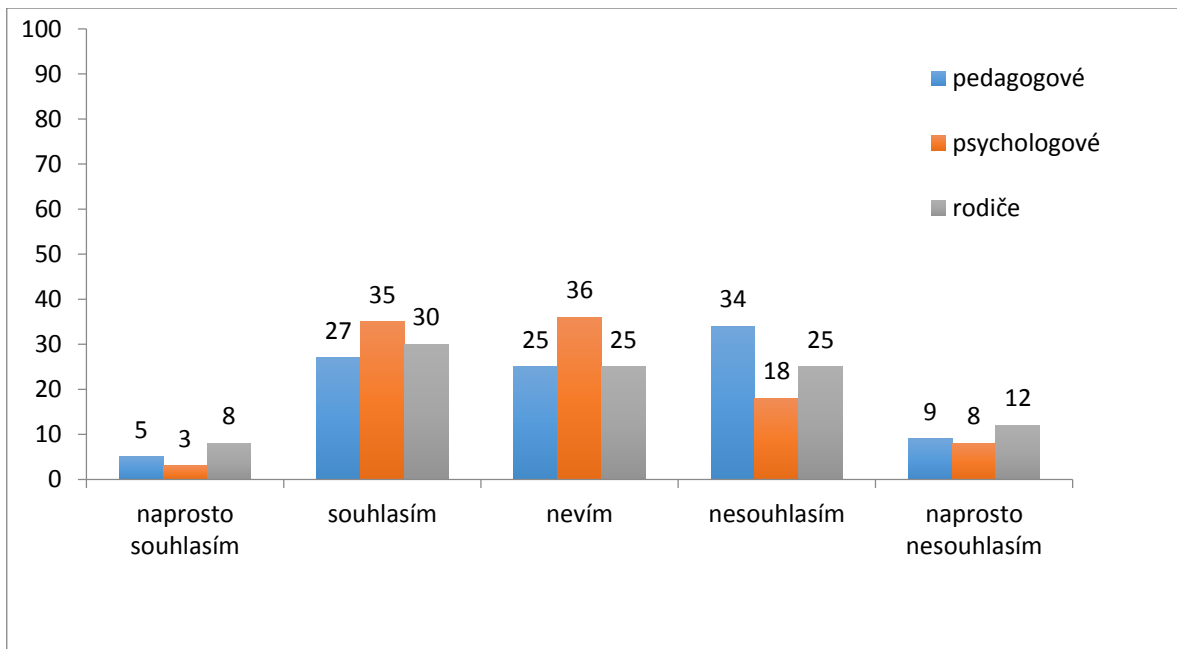
**Graf č. 9** Rozdělení relativních četností (%) odpovědí na položku „Sebevraždě se dá předcházet“ u skupiny pedagogů (n=56), psychologů (n=68) a rodičů (n=63).



**H5: Míra souhlasu s tvrzením „Lidé mají právo vzít si život“ se u psychologů, pedagogů a rodičů liší.**

Vzhledem k ordinální povaze dat a rozdělení do 3 skupin byl použit Kruskal-Wallisův test. Výsledek testu ( $\chi^2_{(2)}=1,493$ ,  $p=0,474$ ) **není** na hladině  $\alpha=0,05$  statisticky **signifikantní**, proto **zamítáme H5**; míra souhlasu s tvrzením „Lidé mají právo vzít si život“ se u psychologů, pedagogů a rodičů neliší. Rozdělení relativních četností jednotlivých odpovědí u skupin pedagogů, psychologů a rodičů zobrazuje Graf č. 10.

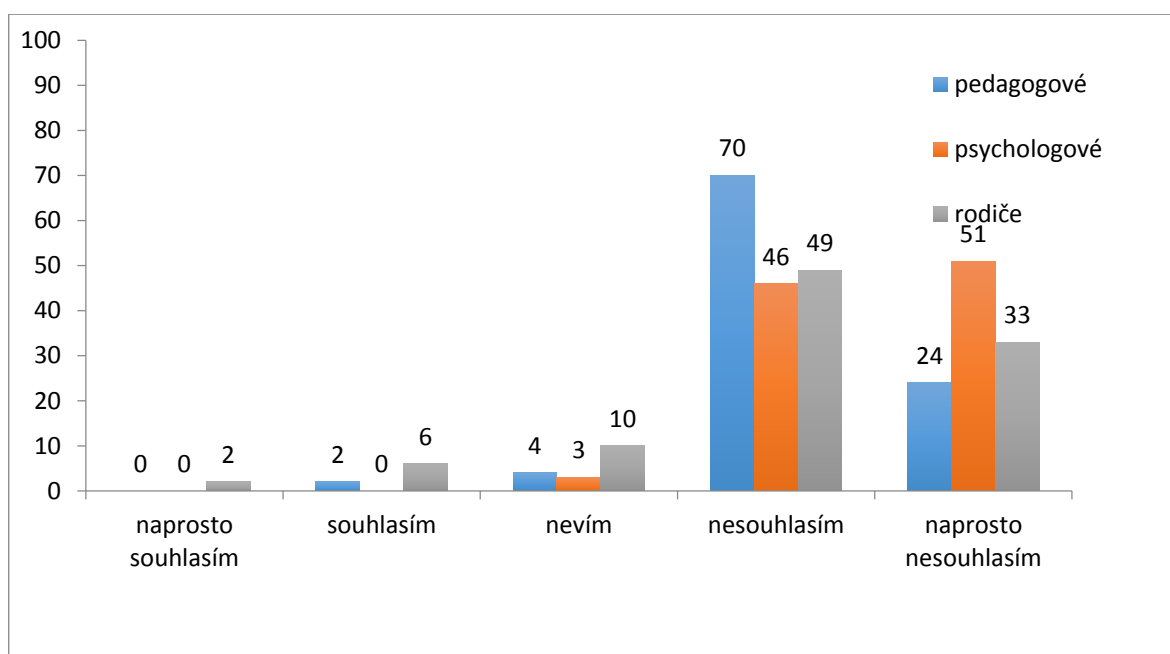
**Graf č. 10** Rozdělení relativních četností (%) odpovědí na položku „Lidé mají právo vzít si život“ u skupiny pedagogů (n=56), psychologů (n=66) a rodičů (n=64).



**H6: Míra souhlasu s tvrzením „Sebevražda je věcí, o které by se raději nemělo mluvit“ se u psychologů, pedagogů a rodičů liší.**

Vzhledem k ordinální povaze dat a rozdělení do 3 skupin byl použit Kruskal-Wallisův test. Výsledek testu ( $\chi^2_{(2)}=10,916$ ,  $p = 0,004$ ) je na hladině  $\alpha=0,05$  statisticky **signifikantní**, proto **přijímáme H6**; míra souhlasu s tvrzením „Sebevražda je věcí, o které by se raději nemělo mluvit“ se u psychologů, pedagogů a rodičů liší. Pro zjištění, mezi kterými dvěma skupinami existuje statisticky signifikantní rozdíl v míře souhlasu s daným tvrzením, byl proveden Tukeyho HSD test. Na hladině  $\alpha=0,05$  byl zjištěn statisticky signifikantní rozdíl mezi průměrnou odpovědí psychologů ( $M = 4,49$ ) a pedagogů ( $M = 4,18$ ) ( $p = 0,044$ ) a psychologů ( $M = 4,49$ ) a rodičů ( $M = 4,06$ ) ( $p = 0,002$ ). Psychologové tedy v průměru silněji nesouhlasí s tvrzením, že „Sebevražda je věcí, o které by se raději nemělo mluvit“, než pedagogové a rodiče. Rozdělení relativních četností jednotlivých odpovědí u skupin pedagogů, psychologů a rodičů zobrazuje Graf č. 11.

**Graf č. 11** Rozdělení relativních četností (%) odpovědí na položku „Sebevražda je věcí, o které by se raději nemělo mluvit“ u skupiny pedagogů ( $n=56$ ), psychologů ( $n=68$ ) a rodičů ( $n=63$ ).



**H7: Existuje negativní korelace mezi mírou souhlasu s tvrzením „Nechápu, jak může někdo spáchat sebevraždu“ a mírou souhlasu s tvrzením „Pokud bych trpěl/a závažnou a nevléčitelnou chorobou, zvážil bych možnost, že si vezmu život“.**

Vzhledem k povaze ordinálních dat byl použit Spearmanův korelační koeficient  $\rho$ . Pro jednostrannou hypotézu H7 je výsledek ( $\rho = -0,292$ ,  $p < 0,001$ ) na hladině  $\alpha = 0,05$  statisticky **signifikantní**, proto **přijímáme H7**. Mezi mírou souhlasu s tvrzením „Nechápu, jak může někdo spáchat sebevraždu“ a mírou souhlasu s tvrzením „Pokud bych trpěl závažnou a nevléčitelnou chorobou, zvážil bych možnost, že si vezmu život“ existuje slabá negativní korelace.

**Tab. č. 1** Kontingenční tabulka pro otázku č. 31 „Nechápu, jak může někdo spáchat sebevraždu“ a otázku č. 24 „Pokud bych trpěl závažnou a nevléčitelnou chorobou, zvážil bych možnost, že si vezmu život“.

	Nechápu, jak někdo může spáchat sebevraždu.					
	Naprostou souhlasím	Souhlasím	Nevím	Nesouhlasím	Naprostou nesouhlasím	Celkem
Naprostou souhlasím	1	0	1	5	3	10
Souhlasím	1	3	4	35	12	55
Nevím	3	13	19	41	8	84
nesouhlasím	2	6	3	10	3	24
Naprostou nesouhlasím	1	4	1	4	1	11
Celkem	8	26	28	95	27	184

**H8: Existuje pozitivní korelace mezi mírou souhlasu s tvrzením „Sebevraždě se dá předcházet“ a mírou souhlasu s tvrzením „Souhlasil/a bych se zavedením preventivních programů do škol“.**

Vzhledem k povaze ordinálních dat byl použit Spearmanův korelační koeficient  $\rho$ . Pro jednostrannou hypotézu H8 je výsledek ( $\rho = 0,242$ ,  $p < 0,001$ ) na hladině  $\alpha = 0,05$  statisticky **signifikantní**, proto **přijímáme H8**. Mezi mírou souhlasu s tvrzením „Sebevraždě se dá předcházet“ a mírou souhlasu s tvrzením „Souhlasil/a bych se zavedením preventivních programů do škol“ existuje slabá pozitivní korelace

**Tab. č. 2** Kontingenční tabulka pro otázku č. 41 „Sebevraždě se dá předcházet“ a otázku č. 48 „Souhlasil/a bych se zavedením preventivních programů do škol“.

	Souhlasil/a bych se zavedením preventivních programů do škol.					
	Naprosto souhlasím	Souhlasím	Nevím	Nesouhlasím	Naprosto nesouhlasím	Celkem
Sebevraždě se dá předcházet	6	7	1	1	0	15
Naprosto souhlasím	25	56	22	8	2	113
Souhlasím	8	18	12	7	1	46
Nevím	1	4	1	6	0	12
nesouhlasím	0	0	0	0	0	0
Naprosto nesouhlasím	40	85	36	22	3	186
Celkem						

## 4.8 Diskuze

Sebevražednost je velmi vážným tématem. Ačkoliv se zvyšuje množství studií a publikací věnovaných tomuto tématu, pro veřejnost je to stále velké tabu. Lidé o ní nechtějí hovořit, neví, jak na ni reagovat. Myslíme si, že je potřeba toto téma více dostat do povědomí občanů, aby se mohli stát vnímavějšími pro různé varovné signály, které sebevražednému činu často předchází.

Pro přehlednost této části, ve které se budeme zabývat zhodnocením použité metodologie a výsledky naší studie, jsme se rozhodli rozdělit tuto kapitolu na 2 části. První část se bude zabývat použitými metodami, způsobem získávání a zpracování dat, druhá část se bude zabývat výsledky a zhodnocením jednotlivých hypotéz.

### 4.8.1 Metody, způsob získávání a zpracování dat

Výběr vzorku byl příležitostný. Ačkoliv Ferjenčik (2000) tvrdí, že je to výběr jednoduchý, nespolehlivý, nenáročný, vzhledem k vlastnostem našeho souboru si myslíme, že to výsledky výrazně neovlivnilo. Snažili jsme se vyrovnat velikosti vzorku skupin rodičů, pedagogů a psychologů, rodiče žáků byli osloveni méně vhodným způsobem přes školy, aby vzorek jejich populace zůstal dostatečně pestrý.

S výběrem metody ATTS jsme spokojeni. Výhodou je, že díky ochotě profesora Renberga jsme získali originální verzi přímo od autora. Nevýhodou ovšem je, že k tomuto dotazníku není zpracována žádná oficiální metodika, jak s ním pracovat, dotazník není standardizovaný. Statistické podklady k dotazníku byly provedeny často pro každý překlad zvlášť. Výhodou dotazníku také je, že byl již použit v několika výzkumech, v různých kulturách a na různé cílové populaci, což nám umožnilo, po jeho překladu, využít ho i na naši cílovou populaci. Metoda byla přejata bez úprav, proto vše zůstalo stejné jako v originále. To s sebou přineslo některé komplikace. Autorka textu se neúplně ztotožnila s přesným zněním všech otázek, některé by mírně přeformulovala. Také stojí za úvahu, jestli je vhodné ponechání odpovědi „nevím“ v Likertově škále. Odpověď „nevím“, je vstřícným krokem směrem k participantům, kteří mají právo nevyjádřit se ke všem odpovědím, nebo nevědět svoji odpověď na otázku, ale vzhledem k závažnosti zkoumané oblasti se v tomto výzkumu odpovědi „nevím“, vyskytovalo poměrně velké množství.

Vlastní tvorba dotazníku pro měření postojů ke školní prevenci sebevražednosti byla zvolena ze 2 hlavních důvodů. Prvním důvodem bylo, že se autorce nepodařilo, ani po důkladné teoretické rešerši, získat vhodný dotazník, který by měřil přímo postoje

k zavedení školní prevence. Druhým důvodem bylo, že výhodou vytvoření vlastního dotazníku je, že dotazník může být krátký a jsou použity pouze otázky, které jsou pro daný výzkum důležité, čímž se podstatně zkrátí celková velikost použité dotazníkové baterie.

Sporný bod v otázkách z vlastního dotazníku vidím v otázce číslo 47, která zní „Někdo v mém blízkém okolí se pokusil o sebevraždu“. Jako spornou, vágní a nedostatečně definovanou vnímám formulaci v mém blízkém okolí, protože každý si pod touto formulací představí někoho jiného. S tímto argumentem souhlasíme, ale i přesto jsme se rozhodli tuto formulaci použít, protože nám připadá, že člověk se nechá ovlivnit od lidí, kteří jsou pro něj důležití, ať již pochází z rodiny nebo je to jejich nejbližší přítel/přítelkyně. Touto otázkou jsme také chtěli zjistit rozšíření a uvědomování si jevu sebevražednosti ve společnosti.

Ze způsobu získávání dat jsme byli spokojeni se získáváním dat ze skupiny psychologů a pedagogů. U skupiny rodičů byla velmi malá návratnost vyplněných dotazníků. Již od začátku sběru dat bylo počítáno s tím, že zde bude návratnost nejmenší. Tento jev přisuzujeme způsobu, jakým data byla získávána. Žádost o vyplnění dotazníku musela projít přes velké množství osob (přes ředitele školy, učitele, žáky až k rodičům) a u každé z nich byla zmenšena motivace a šance pro konečné vyplnění dotazníku rodiči. I přesto si ale myslíme, že tato komplikovanější nepřímá cesta, byla lepším řešením než kdybychom využili pro sběr dat například metody snow-ball nebo kdybychom oslovili například firmy, s žádostí o umožnění výzkumu. Cesta k rodičům by byla sice přímější, ale měli bychom menší kontrolu nad původem výzkumného vzorku, a v případě oslovených firem bychom získali pouze vzorek zaměstnaných jedinců. Malá návratnost dotazníků mohla být způsobena tím, že se k rodičům žádost vůbec nedostala, nebyli dostatečně motivováni trávit čas nad vyplňováním dotazníku, dané téma je nezaujalo, nepřišlo jim důležité nebo toto téma popírají.

Velmi malá návratnost dotazníků byla i u skupiny pedagogů, to si můžeme vysvětlovat tak, že tato skupina je zatěžována velkým množstvím různých výzkumů, dané téma ji nezaujalo, případně popírají existenci tohoto jevu, proto jim nepřipadalo důležité daný výzkum vyplnit. Také mohla být chyba na straně autorky, protože nedostatečně motivovala pedagogy k vyplnění dotazníku, mohlo to být způsobeno i formou šíření informací o výzkumu, e-mailem přes ředitele škol. Příště by možná bylo lepší pedagogy oslovit osobně přímo ve školách, což s sebou jako nevýhodu přináší větší zátěž pro školy a delší časové zdržení pedagogů.

Ze způsobu získávání návratnosti dat u skupiny psychologů jsme byli spokojeni. Přímé oslovení jedinců pomocí jejich pracovních, veřejných e-mailů se jeví jako vhodná strategie pro získání takto specifické cílové skupiny.

I přes snahu získat co nejvíce různorodé výzkumné vzorky je potřeba počítat s tím, že skupina výběrového vzorku bude nakonec velmi specifická, protože tyto jedinci se sami rozhodli, že investují čas do vyplnění našeho dotazníku. To by mohlo naznačit, že jim naše téma přijde důležité, mají velký zájem o své děti/žáky, mohou s tématem mít osobní zkušenost nebo jsou z jiných důvodů motivovaní pro vyplnění dotazníku. Tento jev by mohl ovlivnit konečné výsledky, protože podle teorie selektivní expozice lidé aktivněji vyhledávají informace, které jsou kongruentní s jejich postoji a ignorují ty, které jsou s jejich postoji nekongruentní.

Výsledný nepoměr v rozdělení pohlaví participantů je dán typem cílových výzkumných souborů. Je všeobecně známo, že v ČR je více pedagogů na základních a středních školách ženského pohlaví (MŠMT, 2013), to stejné platí i pro skupinu psychologů. U skupiny rodičů si převahu žen vysvětlujeme tím, že ženy mohou častěji plnit úkony spojené s povinnostmi ke školám dětí.

Způsob získávání dat pomocí internetového dotazníku vnímáme jako vhodný. Tento způsob zajišťuje anonymitu participantů, což jsme nejvíce ocenili u skupiny rodičů, protože v případě tištěné verze dotazníku by bylo velmi složité získat zpět vyplněný dotazník, aniž by anonymita participantů zůstala narušena. Vzhledem ke způsobu zabezpečení vyplňování dotazníků si myslíme, že nemohlo být zneužito tohoto způsobu vyplňování pro nevalidní vyplnění několika dotazníků jednou osobou.

#### **4.8.2 Výsledky a platnost hypotéz**

Historie vlastního sebevražedného chování měla být zjištěna sloučením otázek č. 45 (Pokusil/a jsem se někdy o sebevraždu) a č. 46 (Někdy jsem měla sebevražedné myšlenky). Na otázku č. 45 odpověděl kladně pouze jeden participant, který zároveň odpověděl kladně i na otázku č. 46, proto jsme se rozhodli tyto 2 otázky sloučit do jedné a počítat pouze s otázkou č. 46. Někdo by mohl namítnout, že zařazení jedinců se sebevražednými myšlenkami do skupiny s historií sebevražedného chování je nedostatečné, ale protože Koutek & Kocourková (2007b) pod pojem suicidální chování řadí sebevražedné myšlenky, tendence, pokus i dokonanou sebevraždu, pro účely našeho výzkumu přítomnost sebevražedných myšlenek stačila.



Pouze 3 lidé odpověděli kladně na otázku, jestli se někdy setkali s preventivním programem proti sebevraždě a to včetně skupiny školních a pedagogických psychologů. Když k tomu přidáme fakt, že většina participantů se vyjádřila tak, že by se školními preventivními programy proti sebevraždě souhlasila a většina je také považuje za důležité, myslíme si, že je potřeba této oblasti věnovat více pozornosti a v budoucnu se pokusit o vytvoření české verze preventivního opatření tohoto typu. O jeho žádoucnosti svědčí také bohaté zpětné vazby psychologů, kteří mají zájem o výsledky studie a někteří dokonce nabízeli případnou spolupráci při preventivního programu.

Rozdíly v souhlasech k tvrzením mezi skupinami byly podle očekávání převážně spojené se skupinou psychologů. To by mohlo naznačovat, že větší vzdělání a více informací v dané oblasti má vliv na naše postoje a názory, což by mohly dokazovat i výsledky odpovědí na otázku č. 16 „Lidé, kteří vyhrožují sebevraždou, ji obvykle nespáchají“. Tato otázka je zaměřena na jeden z mýtů o sebevraždě, proto s ním nejvíce nesouhlasili psychologové, kteří mají o dané oblasti nejvíce informací, dále byli pedagogové, kteří také prošli určitým psychologickým vzděláním a nejvíce s daným tvrzením souhlasili rodiče, kteří mohou mít v dané psychologické oblasti nejmenší vzdělání. Tvrzení „Sebevraždy obvykle přicházejí bez varování“ je opět mylným. Nejvíce s ním souhlasili rodiče, což by se opět dalo vysvětlit tím, že tato cílová skupina nemá dostatečné množství informací a není schopna rozpoznat varovné signály, které sebevražedný jedinec často před samotným spácháním sebevraždy vysílá. Nejvíce překvapivý rozdíl je u tvrzení č. 34 „Jsem připraven pomoci člověku, který plánuje sebevraždu tím, že s ním naváží kontakt“, kdy nejvíce s tímto tvrzením nesouhlasí pedagogové. Tento výsledek je zarážející, protože pedagogové mohou se sebevražednými adolescenty přijít do styku jako jedni z prvních dospělých a celý preventivní systém gatekeeper programů, je založen na myšlence, že pedagogové by měli rozpoznat varovné signály a vědět, jak sebevražedným jedincům pomoci.

To, že jsme přijali H1: Lidé s vlastní historií sebevražedného chování silněji souhlasí s tvrzením „Lidé mají právo vzít si život“ než lidé bez vlastní historie sebevražedného chování odpovídá výsledkům z výzkumu Domina et al. (2001), který zjistil pozitivní vztah mezi prosuicidálními postoji a vlastním sebevražedným chováním. Nesouhlasí to ale s výsledky Platta (1989) a Saleho et al. (1975), kteří zjistili negativní vztah mezi pozitivními postoji a mírou sebevražedných pokusů. Tento nesoulad by mohl být vysvětlen tím, že ve studii Platta (1989) a Saleho et al. (1975) se počítalo s mírou

sebevražedných pokusů, kdežto v naší studii jsme počítali s mírou sebevražedných myšlenek.

Protože jsme nenašli dostatek důkazů pro přijetí H2, H2 zamítáme. Neplatí tedy, že lidé se zkušeností sebevražedného chování v blízkém okolí silněji souhlasí s tvrzením „Lidé mají právo vzít si život“ než lidé bez zkušenosti se sebevražedným chováním. Renberg et al. (2008) zjistil, že lidé se zkušeností sebevražedného chování ve svém okolí, mají více akceptující postoje k sebevražednosti, zároveň ale zjistil, že pokud měli lidé zkušenost se sebevraždou přímo v rodině, vedlo to ke vzniku neakceptujících postojů. To, že v naší studii nebyl nalezen žádný rozdíl by mohlo být dáno tím, že se tyto 2 skupiny (zkušenosti v okolí a ve vlastní rodině) spojily v jednu. V dalším výzkumu by bylo vhodné použít 2 odlišné otázky, jednu cílenou na rodinu, druhou cílenou na širší okolí.

Nenašli jsme dostatek důkazů pro přijetí H3, proto H3 zamítáme. Neplatí tedy, že lidé bez vlastní historie sebevražedného chování silněji souhlasí s tvrzením „Většina sebevražedných pokusů je spontánním (impulzivním) činem“ než lidé s vlastním sebevražedným chováním v historii. Rozdíl jsme předpokládali z důvodu toho, že jedinci, kteří mají historii sebevražedného chování vědí, že tyto myšlenky k nich většinou nepřišly spontánně, ale jako důsledek sebevražedného vývoje.

Přijali jsme H4, která říká, že míra souhlasu s tvrzením „Sebevražďe se dá předcházet“ se u psychologů, pedagogů a učitelů neliší. Tuto shodu mezi skupinami jsme předpokládali na základě výsledků výzkumu Arnautovsky & Grady (2010), kteří zjistili, že nejvíce lidí souhlasilo s tím, že sebevražďám se dá předcházet.

Hypotézu H5 zamítáme, míra souhlasu s tvrzením „Lidé mají právo vzít si život“ se u psychologů, pedagogů a rodičů neliší. Rozdíl jsme předpokládali na základě výsledků výzkumu Öncü et al. (2008), kdy autoři zjistili různé postoje k akceptovatelnosti sebevražedného chování pro různá povolání. V naší studii rozdíly nalezeny nebyly, což mohlo být způsobeno podobností cílových skupin či velkou tolerantností postojů k sebevražednosti obecně.

Hypotéza H6 říká, že míra souhlasu s tvrzením „Sebevražda je věcí, o které by se raději nemělo mluvit“ se u psychologů, pedagogů a rodičů liší. Rozdíl byl nalezen u skupiny psychologů. Rozdíl v tomto směru byl očekáván z důvodu větší edukace psychologů o problematice sebevražednosti. Tento vztah by mohl nasvědčovat tomu, že by bylo vhodné zvýšit edukaci i laické veřejnosti v problematice sebevražednosti, čímž by se vytvořilo více preventivní prostředí.

Zjistili jsme, že existuje slabá negativní korelace mezi mírou souhlasu s tvrzením „Nechápu, jak může někdo spáchat sebevraždu“ a mírou souhlasu s tvrzením „Pokud bych trpěl závažnou a nevléčitelnou chorobou, zvážil bych možnost, že si vezmu život“. Tento výsledek nás překvapil, protože jsme očekávali větší sílu této korelace. Z tohoto výsledku by mohlo vyplývat, že lidé na obecné rovině mají méně tolerantní postoje k sebevražednosti, ale když se jim ukáže konkrétní příklad na osobní rovině, postoje k sebevražednosti jsou tolerantnější a sebevražednost je vnímána jako jedna z možností.

Při zkoumání poslední hypotézy jsme zjistili, že existuje pozitivní slabá korelace mezi mírou souhlasu s tvrzením „Sebevraždě se dá předcházet“ a mírou souhlasu s tvrzením „Souhlasil/a bych se zavedením preventivních programů do škol“. Což by mohlo znamenat, že by bylo vhodné prozkoumat i jiné typy prevence sebevražednosti než pouze ve školách.

Zjistili jsme, že postoje k sebevražednosti jsou v České republice u vzorku pedagogů, psychologů a rodičů poměrně tolerantní, v odborných kruzích je o dané téma cítit zájem, ale zároveň nedostatek kvalitních informací. Na základě našeho výzkumu můžeme vidět, že většina populace, včetně laické populace, se domnívá, že sebevražednosti se dá předcházet a souhlasili by se zavedením školních preventivních programů. Dokonce se domnívají, že tyto programy jsou důležité. My s jejich názorem souhlasíme a myslíme si, že by bylo vhodné zavést a propracovat preventivní programy proti sebevražednosti v našich školách.

Další vhodný krok vidíme v možnosti uspořádání vzdělávacích školení pro pedagogy. Jako další oblasti výzkumu navrhujeme popsat postoje k sebevražednosti napříč různými sociálními skupinami, zjistit názory na problematiku sebevražednost a možnosti jejího řešení u většího počtu odborníků a lépe propracovat možnosti a náplň konkrétního preventivního programu. Myslíme si, že by bylo také vhodné další výzkum zacílit na zkvalitnění lékařské péče v problematice sebevražednosti.

## 4.9 Závěr

Tato studie se snažila ověřit vliv zkušenosti se sebevražděným chováním u vlastní osoby i u osob v blízkém okolí jedinců, popsat rozdíly v postojích k sebevražděnosti mezi skupinami pedagogů, psychologů a rodičů adolescentních dětí a ověřit existenci vztahu mezi mírou akceptovatelnosti sebevražděného chování a prevencí sebevražděnosti na obecné rovině a na rovině osobní.

Výzkum se realizoval na 188 participantech, z toho bylo 56 pedagogů, 68 psychologů a 64 rodičů. Bylo zjištěno, že 82 participantů má zkušenost s vlastní historií sebevražděného jednání, 66 participantů má zkušenost se sebevražděným pokusem v jejich blízkém okolí. Většina participantů by souhlasila se zavedením preventivních programů proti sebevražděnosti do škol (125 souhlasí, 37 neví, 25 nesouhlasí) a většina participantů si myslí, že je důležité mít preventivní programy proti sebevražděnosti ve školách (112 souhlasí, 49 neví, 26 nesouhlasí).

Bylo vytvořeno 8 hypotéz. Zjistili jsme, že lidé s vlastní historií sebevražděného chování silněji souhlasí s tvrzením „Lidé mají právo vzít si život“ než lidé bez vlastní historie sebevražděného chování. Ale při rozdělení participantů na ty se zkušeností se sebevražděným chováním v jejich blízkém okolí a na ty bez této zkušenosti nebyl nalezen žádný rozdíl v síle souhlasu s tvrzením „Lidé mají právo vzít si život“. Žádný rozdíl nebyl nalezen také mezi lidmi s vlastní historií sebevražděného chování a mezi lidmi bez ní v míře souhlasu s tvrzením „Většina sebevražděných pokusů je spontánním (impulzivním) činem“.

Dále jsme zjistili, že mezi skupinami pedagogů, psychologů a rodičů adolescentních dětí není rozdíl v míře souhlasu s tvrzením „Sebevraždě se dá předcházet“, většina participantů s tímto tvrzením souhlasí. Rozdíl mezi těmito 3 skupinami nebyl zjištěn ani v síle souhlasu s tvrzením „Lidé mají právo vzít si život“. Rozdíl mezi těmito 3 skupinami byl nalezen u míry souhlasu s tvrzením „Sebevražda je věcí, o které by se raději nemělo mluvit“, rozdíl tvořila skupina psychologů, která s tímto tvrzením statisticky významně více nesouhlasila než zbylé 2 skupiny.

Zjistili jsme slabou negativní korelaci mezi mírou souhlasu s tvrzením „Nechápu, jak může někdo spáchat sebevraždu“ a mírou souhlasu s tvrzením „Pokud bych trpěl závažnou a nevléčitelnou chorobou, zvážil bych možnost, že si vezmu život“. Slabá, tentokrát pozitivní korelace byla zjištěna mezi mírou souhlasu s tvrzením „Sebevraždě se

dá předcházet“ a mírou souhlasu s tvrzením „Souhlasil/a bych se zavedením preventivních programů proti sebevraždě do škol“.

## Souhrn

V naší práci jsme se zabývali teorií sebevraždy, postoji k sebevraždy a prevencí sebevražděného chování. Práce je rozdělena na 2 části – část teoretickou a část praktickou. Teoretická část se dále dělí na 3 hlavní oblasti – sebevraždy, postoje a prevenci.

V oblasti suicidality se zabýváme jejím definováním z pohledu různých autorů, ohraničením tohoto jevu od jevů podobných nebo příbuzných, jeho historickým pojetím a kulturními odlišnostmi. Poté se zaměřujeme na sebevražděné chování, uvádíme jeho dělení na sebevražděné myšlenky, tendence, pokus a dokonané suicidium, ukazujeme a popisujeme rozdíly mezi sebevražděným pokusem a dokonanou sebevraždou. Protože se později věnujeme popisu prevence sebevraždy u adolescentů, jednu kapitolu jsme věnovali přímo specifikám sebevražděného chování v adolescenci, jedna samostatná kapitola je věnována genderovým rozdílům. Popisujeme různé typy sebevražd, objasňujeme významy sebevražd bilančních, biických, účelových, demonstrativních, zkratkovitého sebevražděného chování, rozšířené a hromadné sebevraždy. Velký důraz je kladen na rizikové faktory sebevraždy.

V oblasti prevence se zabýváme na obecné rovině různými typy jejího dělení (například (Koutek & Kocourková, 2007b) dělí prevenci na primární, sekundární a terciární). Věnujeme se způsobům a zásadám prevence sebevraždy, kterým se také věnují důležité celosvětové organizace jako OSN a WHO, přibližujeme role dobrovolníků. Uvádíme výsledky dosud nejrozsáhlejšího výzkumu prevence sebevraždy – Národního preventivního projektu proti sebevraždy ve Finsku. Nastiňujeme stručný popis možností terapie po sebevražděném pokusu. Věnujeme se školním preventivním programům proti sebevraždy, jejich dělení a problémům s implementací. Největší důraz klademe na kapitolu Přehled preventivních programů, která se přímo věnuje popisu různých typů preventivních programů proti sebevraždy ve školách. Tyto programy dělíme do 3 hlavních typů – na psychoedukační, screeningové a gatekeeper programy. Zabýváme se jejich popisem, hodnocením a uvádíme příklady těchto programů.

V poslední teoretické části se věnujeme oblasti postojů. Uvádíme definice postojů z pohledu různých autorů, stručně objasňujeme historický vývoj přístupu k postojům. Věnujeme se způsobu dělení postojů, jejich funkci, objasňujeme proces změny postojů. Stručně popisujeme možnosti měření postojů pomocí různých škál. Největší důraz klademe

na kapitole Postoje k sebevraždě, protože tato problematika tvoří velkou část naší empirické práce. V této kapitole vycházíme především z poznatků zahraničních výzkumů.

Z výsledků uvedených výzkumů jsme převzali teoretická východiska pro náš výzkum. Chtěli jsme zjistit rozdíly postojů k sebevraždě a její školní prevenci z pohledu pedagogů, psychologů a rodičů. Chtěli jsme popsat zkušenosti účastníků s preventivními programy proti sebevraždě a zjistit jejich názory na případné zavedení preventivních programů proti sebevraždě do škol. Také jsme chtěli popsat vztah mezi zkušeností se sebevražděm chováním a postoji k sebevraždě.

Náš výzkum byl realizován na pedagogích, psychologech a rodičích žáků středních škol, po odstranění 9 neplatně vyplněných dotazníků se výzkumu zúčastnilo 188 účastníků. Pro velikost vzorku byl použit kvantitativní design výzkumu, konkrétně dotazníkové šetření. Pro měření postojů k sebevraždě jsme přeložili dotazník ATTS (Attitudes Toward Suicide) autorů Renberg & Jacobsson (2003), dále jsme použili námi vytvořený dotazník, který se zabýval postoji ke školní prevenci proti sebevraždě.

Zjistili jsme, že z výzkumného vzorku se 1 účastník pokusil o sebevraždu, 82 jich uvedlo, že měli někdy sebevraždě myšlenky, 66 účastníků má zkušenost s pokusem o sebevraždu v jejich blízkém okolí. Pouze 3 účastníci se někdy setkali s nějakou formou prevence proti sebevraždě, většina účastníků by souhlasila se zavedením preventivních programů proti sebevraždě do škol (125 souhlasí, 37 neví, 25 nesouhlasí) a většina účastníků si myslí, že je důležité mít preventivní programy proti sebevraždě ve školách (112 souhlasí, 49 neví, 26 nesouhlasí).

Zjistili jsme, že lidé s vlastní historií sebevražděm chování silněji souhlasí s tvrzením „Lidé mají právo vzít si život“ než lidé bez vlastní historie sebevražděm chování. Neplatí, že lidé se zkušeností sebevražděm pokusu v blízkém okolí silněji souhlasí s tvrzením „Lidé mají právo vzít si život“ než lidé bez zkušenosti se sebevražděm chováním v jejich blízkém okolí. Žádný rozdíl nebyl nalezen mezi lidmi s vlastní historií sebevražděm chování a mezi lidmi bez vlastní historie sebevražděm chování v míře souhlasu s tvrzením „Většina sebevražděm pokusů je spontánním (impulzivním) činem“.

Mezi skupinami pedagogů, psychologů a rodičů adolescentních dětí není rozdíl v míře souhlasu s tvrzením „Sebevraždě se dá předcházet“, většina účastníků s tímto tvrzením souhlasí. Rozdíl mezi těmito 3 skupinami nebyl zjištěn ani v síle souhlasu s tvrzením „Lidé mají právo vzít si život“. Rozdíl byl nalezen u míry souhlasu s tvrzením

„Sebevražda je věcí, o které by se raději nemělo mluvit“, rozdíl zde tvořila skupina psychologů, která s tímto tvrzením více nesouhlasila než zbylé 2 skupiny.

Zjistili jsme slabou negativní korelaci mezi mírou souhlasu s tvrzením „Nechápu, jak může někdo spáchat sebevraždu“ a mírou souhlasu s tvrzením „Pokud bych trpěl závažnou a nevléčitelnou chorobou, zvážil bych možnost, že si vezmu život“. Slabá, tentokrát pozitivní korelace byla zjištěna mezi mírou souhlasu s tvrzením „Sebevraždě se dá předcházet“ a mírou souhlasu s tvrzením „Souhlasil/a bych se zavedením preventivních programů proti sebevraždě do škol“.

Sebevražednost je závažným problémem, jak ale můžeme vidět z výsledků našeho výzkumu odborníci, ale i laická veřejnost se domnívá, že sebevražednosti se dá předcházet, souhlasili by se zavedením školních preventivních programů a dokonce si myslí, že tyto programy jsou důležité. My s tímto názorem souhlasíme a myslíme si, že by bylo vhodné zavést a propracovat preventivní programy proti sebevraždě v našich školách.



## Literatura

- Ajzen, I., & Fishbein, M. (1975). *Belief, attitude, intention and behavior: An introduction to theory and research*. Reading, MA: Addison-Wesley.  
Získáno 27. dubna 2014 z: [people.umass.edu/aizen/f&a1975.html](http://people.umass.edu/aizen/f&a1975.html)
- Andriessen A. (2009). The role of volunteer organizations in suicide prevention. In D. Wasserman & C. Wasserman (Ed.), *Oxford textbook of suicidology and suicide prevention: a global perspective* (723-725). New York: Oxford University Press.
- Arnautovska, U., & Grad, O. T. (2010). Attitudes toward suicide in the adolescent population. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 31(1), 22-29.  
Získáno 8. října 2012 z PsycARTICLES databáze
- Aseltine Jr, R. H., & DeMartino, R. (2004). An outcome evaluation of the SOS suicide prevention program. *Journal Information*, 94(3), 446-451.  
Získáno 17. ledna 2014 z PsycINFO databáze
- Baštecká, B., et al. (2003). *Klinická psychologie v praxi*. Praha: Portál.
- Bearman, P. S. & Moody, J. (2004). Suicide and friendship among American adolescents. *American Journal of Public Health*, 1, 89-95.  
Získáno 7. června 2014 z SocINDEX databáze
- Bohner G. (2006) Postoje. 281- 328. In M. Hewstone & W. Stroebe (Ed.), *Sociální psychologie*. Praha: Portál.
- Bohner G. & Wänke M. (2002). *Attitudes and attitudes change*. East Sussex: Psychology press.
- Borczykowski, A., Lindblant, F., Vinnerljung, B. & Hjern A. (2010). Gender differences in risk factors for suicide: Findings from a Swedish National Cohort Study. *The Canadian Journal of Psychiatry*. 2, 108-111.  
Získáno 8. května 2014 z PsycINFO databáze
- Centrum preventivního lékařství 3. Lékařská fakulta UK. *Manuál prevence*.  
Získáno 26. března 2014 z  
<http://centrumprev.sweb.cz/MANUAL/MANUALVII-oddil2.htm>
- Cohen, S., & Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological bulletin*, 98(2), 310-357.  
Získáno 29. května 2014 z PsycARTICLES databáze

- Český statistický úřad (2011). *Sebevraždy v České republice 2006 až 2010*.  
Získáno 6. února 2012 z  
[http://www.czso.cz/csu/2011edicniplan.nsf/t/040031B197/\\$File/401211.pdf](http://www.czso.cz/csu/2011edicniplan.nsf/t/040031B197/$File/401211.pdf)
- Eckert, T. L., Miller, D. N., DuPaul, G. J., & Riley-Tillman, T. C. (2003). Adolescent suicide prevention: School psychologists' acceptability of school-based programs. *School Psychology Review*, 32(1), 57-76.  
Získáno 19. prosince 2013 z PsycINFO databáze
- Ferjenčík, J. (2000). *Úvod do metodologie psychologického výzkumu. Jak zkoumat lidskou duši*. Praha: Portál.
- Frankel, B. & Kranzová R. (1998). *O sebevraždách*. Praha: Nakladatelství Lidové noviny.
- Garland, A. F., & Zigler, E. (1993). Adolescent suicide prevention: current research and social policy implications. *American Psychologist*, 48(2), 169- 182.  
Získáno 17. ledna 2014 z PsycARTICLES databáze
- Goldston, D. B., Daniel, S. S., Erkanli, A., Reboussin, B. A., Mayfield, A., Frazier & F. H. Theadway, S. L. (2009). Psychiatric Diagnoses as Contemporaneous Risk Factors for Suicide Attempts Among Adolescents and Young Adults: Developmental Changes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 2, 281-290.  
Získáno 8. dubna 2014 z PsycARTICLES databáze
- Gould M. S., Klomek A. B. & Batejan K. (2009). The role of schools, colleges and universities in suicide prevention. In D. Wasserman & C. Wasserman (Ed.), *Oxford textbook of suicidology and suicide prevention: a global perspective* (551-560). New York: Oxford University Press.
- Gould, M. S., & Kramer, R. A. (2001). Youth suicide prevention. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 31(s1), 6-31.  
Získáno 8. prosince 2013 z PsycINFO databáze
- Haas, A. P., Hendin, H., & Mann, J. J. (2003). Suicide in college students. *American Behavioral Scientist*, 46(9), 1224-1240.  
Získáno 17. ledna 2014 z PsycINFO databáze
- Hayesová, N. (2003). *Základy sociální psychologie*. Praha: Portál.
- Heider, F. (1944). Social perception and phenomenal causality. *Psychological review*, 51(6), 358-374.  
Získáno 18. května 2014 z PsycARTICLES databáze
- Heretik, A., Heretik, A., jr., et al. (2007). *Klinická psychologie*. Nové Zámky: Psychoprof.

- Hjelmeland, H., Akotia, C. S., Owens, V., Knizek, B. L., Nordvik, H., Schroeder, R., & Kinyanda, E. (2008). Self-reported suicidal behavior and attitudes toward suicide and suicide prevention among psychology students in Ghana, Uganda, and Norway. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 29(1), 20-31.
- Získáno 4. prosince 2013 z PsycARTICLES databáze
- Hort, V. & Kocourková, J. (2006). Sebevražedné chování v medicínské praxi. *Česká a slovenská psychiatrie*. 4, 201-203.
- Hort, V. & Kocourková, J. (2005). Suicidální tematika v dětské a adolescentní psychiatrii. *Praktický lékař*. 4, 52-54.
- Juhnke, G. A., Granello, P. F., & Granello, D. H. (2010). *Suicide, self-injury, and violence in the schools: Assessment, prevention, and intervention strategies*. John Wiley & Sons.
- Katz, D. (1960). The functional approach to the study of attitudes. *Public opinion quarterly*, 24(2), 163-204.
- Získáno 6. května 2014 z PsycINFO databáze
- King, Ch. A., Merchant Ch. R. (2008). Social and Interpersonal Factors Relating to Adolescent Suicidality: A Review of the Literature. *Archives of Suicide Research*. 12, 181- 196.
- Získáno 3. ledna 2014 z PsycINFO databáze
- Knizek, B. L., Hjelmeland, H., Skruibis, P., Fartacek, R., Fekete, S., Gailiene, D., ... & Rohrer, R. R. (2008). County Council Politicians' Attitudes Toward Suicide and Suicide Prevention. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 29(3), 123-130.
- Získáno 19. prosince 2013 z PsycARTICLES databáze
- Kocourková, J. & Koutek, J. (1996). Psychodynamické aspekty agrese suicidálního chování v adolescenci. *Československá psychologie*. 6, 534-537.
- Kocourková, J. & Koutek, J. (2002). Posuzování suicidálního rizika u dětí a adolescentů. *Československá psychologie*. 2, 178- 183.
- Kocourková, J. & Koutek, J. (2006). Rizikové faktory dětské a adolescentní suicidality. *Česká a slovenská psychiatrie*. 8, 431-435.
- Koutek, J. (2008). Suicidalita v dětství a adolescenci. In: Hort, V., Hrdlička, M., Kocourková, J., Malá, E., et al. *Dětská a adolescentní psychiatrie* (405- 409). Praha: Portál.

- Koutek, J. (1999). Suicidální pokus medikamenty- rozbor vzorku pacientů hospitalizovaných na metabolické jednotce FN Motol. *Česká a slovenská psychiatrie*, 8, 529- 534.
- Koutek, J. & Kocourková, J. (2007a). Některé charakteristiky suicidálního jednání u dětí a adolescentů. *Československá psychologie*, 1, 72- 79.
- Koutek, J. & Kocourková, J. (2007b). *Sebevražedné chování*. (2.vyd.). Praha: Portál.
- LaFromboise, T., & Howard-Pitney, B. (1995). The Zuni life skills development curriculum: Description and evaluation of a suicide prevention program. *Journal of Counseling Psychology*, 42(4), 479-486.  
Získáno 3. dubna 2014 z PsycARTICLES databáze
- Langmeier J. & Krejčířová D. (2006). *Vývojová psychologie*. Praha: Grada Publishing.
- Lewinsohn, P. M., Rohde, P., & Seeley, J. R. (1994). Psychosocial risk factors for future adolescent suicide attempts. *Journal of consulting and clinical psychology*, 62(2), 297-305.  
Získáno 19. prosince 2013 z PsycARTICLES databáze
- Masaryk, T., G. (1926). *Sebevražda hromadným jevem společenským moderní osvěty* (2.vyd.) Praha: Orbis.
- Miller, D. N., Eckert, T. L., DuPaul, G. J., & White, G. P. (1999). Adolescent Suicide Prevention: Acceptability of School-Based Programs among Secondary School Principals. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 29(1), 72-85.  
Získáno 3. ledna 2014 z PsycINFO databáze
- Miovský M. (2010). Historie a současné pojetí primární prevence rizikového chování v České republice. In: M. Miovský, L. Skácelová, J. Zapletalová & Novák P. (Ed.), *Primární prevence rizikového chování ve školství*. Praha.  
Získáno 28. října 2010  
[www.kraj-jihocesky.cz/file.php?par%5Bid\\_r%5D=52648...0](http://www.kraj-jihocesky.cz/file.php?par%5Bid_r%5D=52648...0).
- Mofidi, N., Ghazinour, M., Salander-Renberg, E., & Richter, J. (2008). Attitudes towards suicide among Kurdish people in Iran. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 43(4), 291-298.  
Získáno 3. dubna 2014 z PsycINFO databáze
- Monestier, M. (2003). *Dějiny sebevražd- dějiny, techniky a zvláštnosti dobrovolné smrti*. Praha: Dybbuk.
- MŠMT (2013). *Stav genderové rovnosti a plán MŠMT*.  
Získáno 18. června z [www.msmt.cz/file/31791](http://www.msmt.cz/file/31791)

- Norheim, A. B., Grimholt, T. K., & Ekeberg, Ø. (2013). Attitudes towards suicidal behaviour in outpatient clinics among mental health professionals in Oslo. *BMC psychiatry*, 13(1), 90.  
Získáno 26. ledna 2014 z PsycINFO databáze
- O'Connor, R., & Sheehy, N. (2000). *Understanding suicidal behaviour*. Leicester: BPS Books.
- Öncü, B., Soykan, Ç., Özgür İhan, İ., & Sayil, I. (2008). Attitudes of medical students, general practitioners, teachers, and police officers toward suicide in a Turkish sample. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 29(4), 173-179.  
Získáno 16. května 2014 z PsycARTICLES databáze
- Platt S. (1989). A subculture of parasuicide? In R. D. W. Diekstra, S. Platt, A. Schmidke & Sonneck (Eds.). *Suicide and its Prevention. The role of Attitude and Imitation* (108-143). Leiden: E. J. Brill.  
Získáno 18. března 2014 z books.google.cz
- Portzky, G., & Van Heeringen, K. (2006). Suicide prevention in adolescents: a controlled study of the effectiveness of a school-based psycho-educational program. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47(9), 910-918.  
Získáno 30 října 2012 z PsycINFO databáze
- Prinstein, M. J., Boergers, J., Spirito, A., Little, T. D., & Grapentine, W. L. (2000). Peer functioning, family dysfunction, and psychological symptoms in a risk factor model for adolescent inpatients' suicidal ideation severity. *Journal of Clinical Child Psychology*, 29(3), 392-405.  
Získáno 7. června 2014 z PsycINFO databáze
- QPR Institute (2014) získáno 23. dubna 2014 www.qprinstitute.com
- Renberg, E. S., Hjelmeland, H., & Kuposov, R. (2008). Building models for the relationship between attitudes toward suicide and suicidal behavior: based on data from general population surveys in Sweden, Norway, and Russia. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 38(6), 661-675.  
Získáno 24. února 2014 z PsycINFO databáze

Rosenberg, H. J., Jankowski, M. K., Sengupta, A., Wolfe, R. S., Wolford, I. I., George, L., & Rosenberg, S. D. (2005). Single and multiple suicide attempts and associated health risk factors in New Hampshire adolescents. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 35(5), 547-557.

Získáno 17. listopadu 2013 z PsycINFO databáze

Saraceno B. (2009). The World Health Organization's role in suicide prevention. In D. Wasserman & C. Wasserman (Ed.), *Oxford textbook of suicidology and suicide prevention: a global perspective* (723-725). New York: Oxford University Press.

Scocco, P., Frasson, A., Costacurta, A., & Pavan, L. (2006). SOPRoxi. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 27(1), 39-41.

Získáno 18. prosince 2013 z PsycINFO databáze

Shah, A. & Chandia, M. (2010). The relationship between suicide and Islam: a cross-national study. *Journal of Injury & Violence Research*. 2, 93-97.

Získáno 5. března 2011 z SocINDEX databáze

Schwartz, K. A., Pyle, S. A., Dowd, M. D., & Sheehan, K. (2010). Attitudes and beliefs of adolescents and parents regarding adolescent suicide. *Pediatrics*, 125(2), 221-227.

Získáno 30. října 2012 z PsycINFO databáze

Stein, B. D., Kataoka, S. H., Hamilton, A. B., Schultz, D., Ryan, G., Vona, P., & Wong, M. (2010). School personnel perspectives on their school's implementation of a school-based suicide prevention program. *The journal of behavioral health services & research*, 37(3), 338-349.

Získáno 30. října 2012 z PsycINFO databáze

Titelman D. & Wasserman D. (2009). Suicide prevention by education and the moulding of attitudes. In D. Wasserman & C. Wasserman (Ed.), *Oxford textbook of suicidology and suicide prevention: a global perspective* (723-725). New York: Oxford University Press.

Upanne, M. (2002). Changes in professional conceptions of suicide prevention among psychologists: using a conceptual model. *Journal of community & applied social psychology*, 12(2), 108-123.

Získáno 30. října 2012 z PsycINFO databáze

Vágnerová, M. (2008). *Psychopatologie pro pomáhající profese* (4. vyd.). Praha: Portál.

Viewegh, J. (1996). *Sebevražda a literatura*. Brno: Psychologický ústav AV ČR.

Vymětal, J. (2003). *Lékařská psychologie*. Praha: Portál.

- Výrost J. (2008) Postoje, jejich utváření a změna. In J. Výrost., I. Slaměník (Ed.), *Sociální psychologie*. Praha: Grada Publishing.
- Wilson, J. F. (2004). Finland pioneers international suicide prevention. *Annals of internal medicine*, 140(10), 853-856.  
Získáno 30. října 2012 z EBSCOhost databáze
- Wunderlich, U, Bronisch, T, Wittchen, H. U. & Carter, R. (2001). Gender differences in adolescents and young adults with suicidal behaviour. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 5, 332-339.  
Získáno 8. listopadu z PSYINDEX databáze
- Wyman, P. A., Brown, C. H., LoMurray, M., Schmeelk-Cone, K., Petrova, M., Yu, Q., & Wang, W. (2010). An outcome evaluation of the Sources of Strength suicide prevention program delivered by adolescent peer leaders in high schools. *American journal of public health*, 100(9), 1653-1661.  
Získáno 30. října 2012 z SocINDEX databáze

## ABSTRAKT DIPLOMOVÉ PRÁCE

**Název práce:** Postoje k sebevraždě a její prevenci

**Autor práce:** Monika Lišková

**Vedoucí práce:** PhDr. Olga Pechová Ph.D.

**Počet stran a znaků:** 79 stran, 151 154 znaků

**Počet příloh:** 4

**Počet titulů použité literatury:** 69

**Abstrakt (800-1200 zn.):** Cílem studie je popsat postoje k sebevraždě a její školní prevenci z pohledu pedagogů, psychologů a rodičů adolescentních dětí. Výzkum byl proveden pomocí dotazníkového šetření, použité metody jsou dotazník ATTS (Attitudes Toward Suicide), měřící postoje k sebevraždě, a dotazník vlastní tvorby, měřící postoje ke školní prevenci proti sebevraždě. Výzkumný vzorek tvoří 188 účastníků skládajících se ze skupin pedagogů, psychologů a rodičů adolescentních dětí. Zjistili jsme, že většina účastníků by souhlasila se zavedením školních preventivních programů proti sebevraždě do škol a většina účastníků tyto programy považuje za důležité. Pouze 3 účastníci uvedli, že se již setkali s nějakým typem preventivního programu proti sebevraždě. Rozdíly mezi skupinami pedagogů, psychologů a rodičů v postojích k sebevraždě byly většinou tvořeny skupinou psychologů.

**Klíčová slova:** sebevražedné chování, školní preventivní programy proti sebevraždě, postoje k sebevraždě

## ABSTRACT OF THESIS

**Title:** Attitudes towards suicidality and its prevention

**Author:** Monika Lišková

**Supervisor:** PhDr. Olga Pechová Ph.D.

**Number of pages and characters:** 79 pages, 151 154 characters

**Number of appendices:** 4

**Number of references:** 69

**Abstract (800-1200 characters):** The goal of this study is to describe the attitudes toward suicidality and its school prevention from the perspective of teachers, psychologists and parents of adolescent children. The research was conducted due questionnaire inquiry. Two questionnaires were used: ATTS (Attitudes Toward Suicide) Questionnaire for the rate of attitudes toward suicide, and self-made questionnaire for the rate of attitudes toward suicidal school prevention. Research sample is 188 participants consisting of teachers, psychologists and parents of adolescent children. We found that most of the participants would agree with implementation suicide school prevention programs and most of participants think these programs are important. Only 3 participants have said, that they had met any type of suicide prevention program. The differences among teachers, psychologists and parents in attitudes toward suicide were mostly created by the group of psychologists.

**Key words:** suicidal behavior, suicide school prevention programs, attitudes toward suicide



## Příloha č. 1 Formulář zadání diplomové práce

Univerzita Palackého v Olomouci  
Filozofická fakulta  
Akademický rok: 2012/2013

Studijní program: Psychologie  
Forma: Prezenční  
Obor/komb.: Psychologie (PS)

### Podklad pro zadání DIPLOMOVÉ práce studenta

PŘEDKLÁDÁ:	ADRESA	OSOBNÍ ČÍSLO
LIŠKOVÁ Monika	Holandská 5, Znojmo	F090337

#### TÉMA ČESKY:

Postoje k sebevraždě a její prevenci.

#### NÁZEV ANGLICKY:

Attitudes towards suicidality and its prevention.

#### VEDOUCÍ PRÁCE:

PhDr. Olga Pechová, Ph.D. - PCH

#### ZÁSADY PRO VYPRACOVÁNÍ:

1. Studium pramenů týkajících se sebevraždě a její prevence.
2. Analýza zdrojů zabývajících se postoji k sebevraždě a její prevenci.
3. Překlad metody A Questionnaire on Attitudes towards suicide a její příprava k využití na české populaci.
4. Vytvoření krátkého dotazníku zaměřeného speciálně na otázky prevence sebevraždě na školách.
5. Kvantitativní výzkum na respondentech z řad rodičů, pedagogů a psychologů.
6. Statistická analýza získaných dat s cílem zjistit faktory ovlivňující postoje k sebevraždě a její prevenci.
7. Kritická diskuze metod výzkumu a získaných dat.

#### SEZNAM DOPORUČENÉ LITERATURY:

- Arnautovska, U. & Grad, O.T. (2010). Attitudes Toward Suicide in the Adolescent Population. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 1, 22-29.
- Baštecká, B., et al. (2003). *Klinická psychologie v praxi*. Praha: Portál.
- Ferjenčík, J. (2000). Úvod do metodologie psychologického výzkumu. Jak zkoumat lidskou duši. Praha: Portál.
- Koutek, J. & Kocourková, J. (2007a). Některé charakteristiky suicidálního jednání u dětí a adolescentů. *Československá psychologie*, 1, 72- 79.
- Koutek, J. & Kocourková, J. (2007b). *Sebevražedné chování*. Praha: Portál.
- Křivohlavý, J. (2001). *Psychologie zdraví*. Praha: Portál.
- Renberg, E. S. & Jacobsson, L. (2003). Development of a Questionnaire on Attitudes Towards Suicide (ATTS) and Its Application in a Swedish Population. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 1, 52- 64.
- Schwartz, K. A., Pyle, S. A., Dowd, M. D., Sheehan, K. (2010) Attitudes and Beliefs of Adolescents and Parents Regarding Adolescent Suicide. *Pediatrics*, 125,221-227.
- Vágnarová, M. (2008). *Psychoopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál.
- Wasserman, D. & Wasserman, C. (Ed.) (2009). *Oxford textbook of suicidology and suicide prevention: a global perspective*. New York: Oxford University Press.

## **Příloha č. 2 Ukázka překladu dotazníku ATTS**

*„Plné znění použitých psychodiagnostických metod je uvedeno v tištěné verzi diplomové práce“*

### **Příloha č. 3 Ukázka verze mnou vytvořeného dotazníku**

*„Plné znění použitých psychodiagnostických metod je uvedeno v tištěné verzi diplomové práce.“*

#### **Příloha č. 4 Ukázka úvodní strany k dotazníku**

### **Dotazníkové šetření „Postoje k sebevražednosti a její školní prevenci“**

Cílem tohoto dotazníkového šetření je zjištění postojů k sebevražednosti a její školní prevenci. Výsledky budou sloužit k vypracování mé diplomové práce s názvem "Postoje k sebevražednosti a její školní prevenci", proto Vás velmi prosím o jeho vyplnění.

Účast na tomto šetření je dobrovolná. Dotazník je zcela anonymní - nebude obsahovat ani Vaše jméno ani jiné údaje, které by mohly vést k Vaší identifikaci. Získané informace budou sloužit pouze k vypracování mé práce.

Toto šetření se skládá ze 2 dotazníků. V první části využívám dotazníku ATTS (Attitudes towards suicide) a v druhé části je mnou vytvořený krátký dotazník na postoje k prevenci sebevražednosti ve školách. Dotazník obsahuje celkem 52 otázek a jeho vyplnění Vám zabere asi 5 až 10 minut.

V tomto dotazníku neexistují žádné správné ani špatné odpovědi. U většiny otázek jsou předznačené odpovědi. Pokud se mezi nimi nenachází pro Vás přesná odpověď, prosím vyberte si tu, která nejlépe vystihuje Vaši odpověď.

V případě zájmu o výsledky šetření nebo v případě, že máte jakékoliv otázky či připomínky, se obraťte na emailovou adresu: [liskovamonika.vyzkum@seznam.cz](mailto:liskovamonika.vyzkum@seznam.cz), kde Vám ráda odpovím.

Předem děkuji za Vaši účast.

Monika Lišková

[Souhlasím](#)