

Univerzita Hradec Králové
Pedagogická fakulta
Katedra sociální patologie a sociologie

Suicidální jednání mládeže

Bakalářská práce

Autor: Kryštof Dohnal
Studijní program: B 7507 Specializace v pedagogice
Studijní obor: Sociální patologie a prevence
Vedoucí práce: Mgr. Stanislava Hoferková, Ph.D.

Hradec Králové

2014

Univerzita Hradec Králové
Pedagogická fakulta

Zadání bakalářské práce

Autor: **Kryštof Dohnal**

Studijní program: B7507 Specializace v pedagogice

Studijní obor: Sociální patologie a prevence

Název závěrečné práce: **Suicidální jednání mládeže**

Název závěrečné práce AJ: Youth Suicidal Behaviour

Cíl, metody, literatura, předpoklady:

Bakalářská práce se zabývá problematikou suicidálního jednání mládeže v České republice. Teoretické část práce popisuje základní pojmy, které se sebevražedným chováním a sebevraždami souvisí, dále se zaměřuje na typologii, na příčiny a na prevalenci sebevražd v České republice; charakterizuje mládež. Výzkumné šetření se snaží zachytit suicidálního jednání ve školských zařízeních pro ústavní a ochranou výchovu. Ve výzkumném šetření je využita metoda dotazníku.

Garantující pracoviště: Katedra sociální patologie a sociologie,
Pedagogická fakulta

Vedoucí práce: Mgr. Stanislava Hoferková, Ph.D.

Konzultant:

Oponent: prof. PhDr. Blahoslav Kraus, CSc.

Datum zadání závěrečné práce: 22. 1. 2013

Datum odevzdání závěrečné
práce:

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou práci vypracoval pod vedením vedoucí bakalářské práce samostatně a uvedl jsem všechny použité prameny a literaturu.

V Hradci Králové dne 1. 11. 2014

.....

Podpis

Poděkování

Děkuji paní Mgr. Stanislavě Hoferkové, Ph.D. za odborné vedení bakalářské práce, panu MUDr. Jaroslavu Matýsovi za cenné informace a mé rodině za poskytnutou podporu.

Anotace

DOHNAL, Kryštof. *Suicidální jednání mladistvých*. Hradec Králové: Pedagogická fakulta Univerzity Hradec Králové, 2014. 53 s. Bakalářská práce

Bakalářská práce se zabývá problematikou suicidálního jednání mládeže. Teoretická část vymezuje základní pojmy, formy a typologii sebevražd. Dále popisuje motivy sebevražedného jednání, a jakými nejčastějšími způsoby k sebevraždě dochází. Rizikové faktory suicida jsou rozděleny v předposlední kapitole. Na závěr jsou zde uvedeny možnosti prevence.

Výzkumné šetření zkoumá sebevražedné jednání mládeže ve školských zařízeních pro ústavní a ochranou výchovu, protože se jedná o dosud nezmapovanou skupinu lidí. Dále práce popisuje, kolik klientů se za posledních 5 let sebevražedně chovalo, zda tedy došlo k sebepoškozování či sebevražednému jednání. Dále přibližuje, jaké byly příčiny tohoto jednání, zda šlo o dívky nebo chlapce, kolik z nich trpělo nějakou psychickou poruchou nebo byl čin spáchán pod vlivem návykových látek.

Klíčová slova: sebevražda, mládež, motivace, rizikové faktory, druhy a formy sebevražd, prevence.

Annotation

DOHNAL, Kryštof. *Youth Suicidal Behaviour*. Hradec Králové: Faculty of Education, University of Hradec Králové, 2014. 53 pp. Bachelor Degree Thesis

Bachelor thesis deals with the issue of youth suicidal behavior. The theoretical part defines basic concepts, forms and typology of suicide. It also describes the motives of suicidal behavior, and the most common way to commit suicide occurs. Risk factors Suicida are divided in the penultimate chapter. In conclusion are given the possibility of prevention.

The survey examines suicidal youth in school facilities for institutional education and protection, because it's still an uncharted group of people. It also describes how many clients over the past 5 years suicidally behave, whether there has been a self-harm or suicidal behavior. Further on, what were the causes of this meeting, whether it was a girl or a boy, how many of them suffered from a mental disorder or the offense was committed under the influence of drugs.

Keywords: suicide, youth, motivation, risk factors, types and forms of suicide prevention.

Obsah

Úvod	9
1 Vymezení základní terminologie	10
2 Proměny sebevražedného jednání	12
3 Formy a typologie sebevražď	14
4 Způsoby provedení suicida	18
5 Rizikové faktory sebevražednosti a možnosti prevence	23
5.1 Motivy sebevražedného jednání.....	25
5.2 Prevence sebevražedného jednání.....	26
6 Výzkumná část	28
6.1 Školská zařízení	28
6.2 Metodologie výzkumného šetření	29
6.3 Prezentace výsledků výzkumného šetření.....	32
6.4 Závěr výzkumného šetření	41
Závěr	44
Seznam použité literatury a dalších zdrojů	45
Přílohy:	49

Úvod

„Shneidman tvrdí, že sebevražda není nemoc a jedinec ji páchá proto, že ji vnímá jako východisko z nějakého problému. Chceme-li porozumět motivaci člověka k suicidu, musíme pochopit problém, jehož řešením se má sebevražda stát. Z našich úvah však nelze pustit ze zřetele Freudovo přesvědčení o tom, že také suicidum má vždy nějaký nevědomý záměr. Proto je těžké a snad i nemožné zcela porozumět komplexnímu myšlenkovému procesu, který přivádí suicidálního jedince k rozhodnutí ukončit svůj život.“ (Kodrilová, 2009, s. 44)

K výběru tématu „Suicidální jednání mládeže“ mě vedl velký zájem o tuto problematiku jako takovou. Rozhlédneme-li se kolem sebe, dnešní shon a permanentní stresové situace mladé lidi dohánějí k sebepoškozování, hůře však k sebevražednému jednání. Může to být dáno tím, že jsou na ně kladeny vysoké nároky, které jsou těžko zvládnutelné, a proto čím dál více mladistvých bojuje s tímto sociálním tlakem po svém. Mám tím na mysli únik či útěk z reality v podobě užívání návykových látek, alkoholu či tabákových výrobků v „lepší“ případě. U labilnějších jedinců, kteří nejsou schopni této zátěži čelit, se jedná o spáchání sebevraždy.

Fenomén suicidálního jednání dospělých je vcelku prozkoumaným tématem, které je často medializováno, takže široká veřejnost je s tímto problémem obeznámena, na rozdíl od sebevražd spáchaných mládeží. Podle mého názoru se jedná o téma tabuizované, protože žádná společnost není na tolik imunní vůči tak negativním zprávám týkající se dnešní mládeže.

Cílem mé bakalářské práce je charakterizovat sebevražedné jednání mládeže. Hlavním záměrem bylo zjistit a zmapovat sebevražedné chování mládeže ve vybraných školských zařízeních pro výkon ústavní a ochranné výchovy České republiky, protože o skupině mládeže vzhledem k sebevražednému jednání víme málo.

1 Vymezení základní terminologie

Na úvod mé bakalářské práce bych rád vymezil nejdůležitější pojmy týkající se tohoto tématu. Předem bych chtěl upozornit na nejčastější chyby výkladu klíčových pojmů a dostatečně je osvětlit, aby nedocházelo ke špatné interpretaci.

Suicidální jednání spolu se sebepoškozováním patří mezi nejzávažnější projevy autoagrese. V širším slova smyslu se hovoří rovněž o sebevražedném chování. Zatímco **suicidální chování** představuje širší pojem obsahující nápady, myšlenky, výroky, aniž by muselo dojít k vlastnímu sebevražednému aktu, **suicidální jednání** zahrnuje projevy chování, které aktivně směřují k sebevražednému činu. (Fischer a Škoda, 2009, s. 64)

Podle Viewegha (1996, s. 51) je sebevražda latinsky označována termínem **suicidum**, které je odvozeno od sui-sebe, ceadere – zabít, což znamená zabít se. Tento termín zavedl do literatury v roce 1961 W. Charleton. Do té doby se používala jiná označení např. způsobit si vlastní smrt, zahynout vlastníma rukama apod.

Masaryk (1926, s. 2) chápe sebevraždu jako: „násilný, nepřírozený způsob smrti, jakožto výjimku z pravidla.“ Dle Masaryka (1926, s. 2) se jedná v širším slova smyslu o nepřírozený způsob smrti, jenž byl přivozen neúmyslným zasahováním člověka v životní proces kladným či záporným jednáním vůči vlastnímu životu. V užším slova smyslu se sebevrahem stává ten, kdo ukončí svůj život úmyslně a dobrovolně, kdo si přeje zemřít a je si svým jednáním jist. Podle něj by měl každý dosáhnout stařeckého věku.

Dle Vágnerové (2002 s. 489) existuje tzv. **sebezabití**. U jedince, který se rozhodne, že se zabije, je jisté, že jeho psychika není zcela v pořádku. Znamená to tedy, že byla patologicky změněna. Člověk, který se rozhodl zničit vlastní život, nebyl schopen přiměřeně zhodnotit důsledky svého chování a ve skutečnosti jednal v afektu, tzn., že se nechtěl zabít. Nejčastěji je toto jednání spojeno s halucinacemi při psychózách či intoxikacích, při kterém bylo porušeno vědomí.

„Jako **sebeobětování** je hodnoceno jednání, které vyplývá z dobrovolného a svobodného rozhodnutí obětovat život v zájmu hodnot, které mají aktuálně větší cenu než vlastní život.“ (Vágnerová, 2002, s. 490)

Sebevražedný pokus podle Krause a Hroncové (2006, s. 196) znamená, že si člověk vynucuje určitou pozornost tímto pokusem, protože je ochotný podstoupit riziko smrti. Jedná se tedy o sebevraždu nedokonanou, při které zůstávají v rovnováze úmysl zemřít a zůstat na živu.

Pokud se zabýváme těmito pojmy, měli bychom si objasnit i další, které s tímto rizikovým chováním souvisí. Mám tím na mysli účast na sebevraždě a eutanázii.

Účast na sebevraždě je podle českého práva trestný čin. Trestní zákoník definuje v § 144 jako konání pachatele, „který jiného pohne k sebevraždě nebo jinému k sebevraždě pomáhá.“ (Zákon č. 40/2009 Sb., § 144). Pohnutí k sebevraždě rozumíme tak, že pachatel úmyslně vzbudil rozhodnutí druhého člověka ke spáchání sebevraždy. Naproti tomu **eutanázie** neboli asistovaná sebevražda, jejíž význam pochází z řeckého (eu-dobře, thanasos-smrt) dobrá smrt, je definována jako „konání lékaře, který se souhlasem pacienta vykoná úkon směřující k smrti, přičemž toto konání je motivované zbavením pacienta nelidského utrpení a současně platí mimo všech pochybností, že jiné prostředky léčby selhaly.“ (Kerecman, 1999, s. 16)

Mládež je podle Průchy, Walterové a Mareše (2009, s. 125) sociální skupina tvořená lidmi ve věku 15 až 25 let, kteří nejsou společností bráni jako děti, ale pořád jí není přiřknuta role dospělých. Je charakteristická svým způsobem chování a myšlení. Tento termín se v legislativních dokumentech užívá pro děti a mladé lidi do doby dovršení 18. let bez vymezení dolní hranice věku, nebo s dolní hranicí kolem tří let.

Naproti tomu pojem **mladistvý** je z hlediska kriminologie a trestního práva člověk od 15 do 18 let, který spáchal trestný čin za který je trestně odpovědný. V rámci trestního práva je tento pojem modifikován zejména u základů trestní odpovědnosti nebo v trestním řízení v rámci obecných trestních předpisů či ve speciálních zákonech. (Válková a kol., 2012, s. 267)

2 Proměny sebevražedného jednání

Seneca již v 1. století našeho letopočtu tvrdil: „Vybíráme si dobře loď, chceme-li se nalodit, nebo dům, kde chceme bydlet. Stejně tak máme právo vybrat si prostředek k odchodu ze života. Ve smrti bychom měli více než v čemkoli jiném uplatnit vlastní volbu.“ (Monestier, 2003, s. 15)

Názory antické společnosti na sebevraždu se měnily společně s dobou. Před peloponéskými válkami se sebevražda vyskytuje jen výjimečně. V této době sebevražednost narůstá a největší „boom“ prožívá, když se stane Řecko součástí Říma. (Masaryk, 1926, s. 158). Názory na tento fenomén byly velice rozporuplné. Na jedné straně Sokrates, Platon a Aristoteles, kteří sebevraždu odmítali a na druhé stoická škola v čele se Senecou, který měl strach ze stáří, a proto raději vypil bolehlav. Dokonce byl vydán zákon, který doporučoval mužům po šedesátce ukončit život tímto způsobem. (Monestier, 2003). Abych neopomenul i další starověké říše, tak například podle Vágnerové (2008, s. 488) šlo v Egyptě o běžný, někdy i veřejně propagovaný způsob smrti. Sebevraždu hadím uštknutím spáchala např. egyptská královna Kleopatra.

V počátcích křesťanství odejít ze světa tímto způsobem bylo celkem běžné. Jsou dokonce známy případy, kdy docházelo k hromadným sebevraždám, kdy se věřící raději zabili, než aby upadli v nemilost v podobě hříchu. S nástupem středověku a popularizací křesťanství toto jednání téměř vymizelo, protože bylo považováno za hřích. (Fisher, Škoda, 2009, s. 65). Člověk, který se takového to hříchu dopustil, byl podle Vágnerové (2008, s. 488) exkomunikován z církve a jeho majetek byl konfiskován, takový to sebevrah byl vystaven mnoha církevním i světským sankcím. Mě osobně ovšem zaráží, že v Bibli se nachází hned devět sebevražd.

Co se týče i jiných náboženství, tak například podle Krause a Hroncové (2007, s. 199) Islám považoval sebevražedné jednání za větší zlo než je vražda. V Koránu se píše, že každý člověk má svou délku života danou, proto je tento způsob smrti nepřijatelný.

V 16. století dochází vlivem literatury a věd k ospravedlňování sebevražd avšak Ludvík XIV se snaží proti tomuto jevu bojovat a velmi úspěšně, proto vydává zákon, který v případě dokonání pokusu zbaví majitele jeho majetku ve prospěch krále. Až v roce 1789 byla sebevražda vyškrtnuta ze seznamu zločinu, a to díky revoluci. (Monestier, 2003, s. 339)

Velká změna v nahlížení na sebevraždu přichází s Voltairem a Rousseauem, kteří měli dost svázanosti církve. Byli přesvědčeni, že každý má právo rozhodovat o svém životě. Avšak zákony proti sebevrahům sahají až do 19. století. (Vágnerová, 2008, s. 488)

Podle Monestiera (2003, s. 225) se ve 20. století rozmohl fenomén zakládání takzvaných sebevražedných klubů. Členům těchto spolků byly poskytnuty služby v podobě klidné smrti bez skandalizace.

První zmínky o sebevraždách mládeže najdeme v Plutarchových spisech, ve kterých se píše, že docházelo k hromadným sebevraždám milétských dívek z důvodu ženské hysterie. V minulém století se objevují zprávy o dětských sebevraždách díky všímavým pedagogům. Co se týče mladých sebevrahů, tak na začátku 20. století bylo největší motivací k tomuto činu školní neúspěch, obava z trestu za špatné chování a duševní poruchy. Podobně je tomu i dnes, protože motivace k suicidálním pokusům se stává zrcadlem a obrazem doby, ve které mládež žije. (Černý, 1970)

Osobně se domnívám, že jednou z příčin sebevražedného jednání mládeže může být fakt, že naše školství není nastaveno na celkový rozvoj osobnosti, ale jde tu hlavně o apel na vyvarování se chyb. Tento názor mohu dotvrdit mou zkušeností ze zahraničí. Ve Spojených státech jsem měl možnost pracovat a být v těsném kontaktu s mladými lidmi všech věkových skupin, protože jsem pracoval s edukačními materiály, které těmto mladým lidem pomáhaly ve studiu. Porovná-li české a americké školství, v naší zemi jsme zejména na středních školách vedeni k nesamostatnosti. Většina předmětů je nastavena tak, že učitel má v hodinách dominantní postavení a žáci tak nemají prostor k sebevyjádření. Dále jsem si všiml, že v českém školství je chybování považováno za něco negativního, až bych řekl, že děti z toho mají panickou hrůzu. To se pak odráží v tom, že středoškoláci se bojí hlásit v hodinách nebo se zeptat na něco čemu nerozumí, protože obava z toho, že zachybují, je velká.

V USA dostávají mladí lidé větší množství prostoru v hodinách, aby se vyjádřili k danému tématu. Samozřejmostí v této zemi je, že žáci tráví mnoho hodin v knihovnách, protože každý týden tam musí strávit alespoň pět hodin týdně, aby si sami vyhledali a zpracovali témata, která se v hodinách neproberou.

V Dánsku, kde jsem byl na Erasmu, mi je školství ještě o něco bližší, protože formování osobnosti a rozvoj kritického myšlení je na prvním místě. Žáci tu nejsou stresováni svými chybami, ale učitelé se zaměřují na to, co si žáci z hodiny odnesli.

3 Formy a typologie sebevražd

„Suicidální chování u dětí a adolescentů se vyskytuje stejně jako u dospělých v několika formách. Rozlišujeme suicidální myšlenky, suicidální tendence, suicidální pokus a dokonané suicidium.“ (Koutek a Kocourková, 2007, s. 27)

Suicidální myšlenky

Podle Kocourkové (2007, s. 28) se myšlenkou, co by bylo, kdyby člověk nebyl, kdyby usnul a už se neprobudil, zabýval téměř každý. Tyto myšlenky jsou součástí dospívání. Ve většině případů se jedná frustrní suicidální nápady s malou intenzitou bez tendence realizovat tento čin. Suicidální myšlenky jsou intenzivní a obtížně odklonitelné, protože se jimi často dotyčný zabývá převážnou část svého času.

Černý (1970, s. 18) tvrdí, že suicidální myšlenky jsou charakteristické pro pubescenty, kteří jsou citově labilní až hysteričtí. V psychiatrických ambulancích se s nimi nesetkáváme tak často, protože zůstávají pouze u sebevražedných myšlenek. K sebevražednému činu jako takovému dochází velmi zřídka.

Podle mého názoru, ten kdo tvrdí, že nikdy o sebevraždě nepřemýšlel, sám sobě lže. Každý se v životě ocitl v situaci, kdy přemýšlel, že pokud by se odhodlal k sebevraždě, danou nepříznivou situací by tímto vyřešil. Žijeme v době plného spěchu a stresory, které jsou kolem nás, čím dál tím více negativně ovlivňují naši psychiku. To, že přemýšlíme o sebevraždě, nemusí nutně znamenat, že se o daný čin pokusíme. Vždy záleží na intenzitě a četnosti těchto myšlenek.

Suicidální tendence

Suicidální myšlenky a tendence jsou charakterizované verbálními nebo neverbálními projevy tím, že se dotyčný zabýval myšlenkou na sebevraždu. Pokud je již suicidium konkrétně připravováno, postižený si již např. připravil provaz nebo nastřádal léky, jedná se o suicidální tendence, které představují další krok v suicidálním chování směrem k suicidu. (Koutek a Kocourková, 2007, s. 28)

Vágnerová (2008, s. 501) rozděluje suicidální tendence na několik fází:

1. *Fáze počátečních způsobů sebevraždy:* Člověk o sebevraždě mluví a připouští, že by se mohl zabít, ale sebevraždu vnímá, jako jednu z možností řešení problémů. V této fázi je charakteristické „Mohl bych to udělat.“
2. *Fáze konkretizace způsobu sebevraždy:* Suicidální tendence rostou, protože dotyčný uvažuje, jakým prostředek by si vzal život. Toto období je charakterizováno úvahou „Jak bych to mohl udělat.“
3. *Fáze realizace sebevražedného úmyslu:* Člověk se rozhodl, že se zabije, proto vyjádřeno heslem „Udělám to.“

Suicidální pokus

Koutek (2007, s. 28) definuje suicidální pokus jako „každý život ohrožující akt s úmyslem zemřít, avšak nikoli s letálním koncem.“ Úmysl zemřít nemusí být jednoznačný. Velice častý nejednoznačný postoj k přání zemřít mají adolescenti, kteří skrze adrenalinové hry, balancují na hranici smrti s tím, že pokud by zemřeli nebo přežili je to stále dobře. (Koutek a Kocourková, 2007, s. 29)

Chaloupka (1986, s. 27) píše, že podle Janoty sebevražedný pokus značí jednání, které je zaměřeno k dosažení nějakého cíle, ale není jisté, zda bude cíl dosažen. Při jakékoli snaze zničit vlastní život jde vždy o suicidální pokus, protože i nejlépe promyšlená sebevražda se může kdykoli nevyvést.

Myslím si, že suicidální pokus je pro mladistvé typický proto, že chuť se předvést před partou lidí je silnější než zdravý rozum jedince. V tomto období sice dochází k formování vlastní identity a osvojování si morálních norem, ale tento proces je u každého individuální. Osobně si myslím, že tato skupina lidí nemá vyvinutý pud sebezáchovy a neuvědomujeme si, že hazardování se životem může skončit tragicky. Proto by se mělo podrobně zabývat i sebevražedným pokusům bez opravdového úmyslu zemřít.

Suicidum

viz. kapitola Vymezení základní terminologie

Domnívám se, že nejznámější typologii sebevražd psal Emil Durkheim ve svém díle „Sebevražda“ (Le Suicide, 1893). Mucha uvádí, že (2004, s, 29) Durkheim považoval sebevraždu pouze za sociální jev. Rozlišuje tři základní typy:

- *egoistická sebevražda* – více sebevražd páchají ti, kteří mají slabší sociální vazby,
- *anomická sebevražda* – „anomie“ z řeckého slova nomos – zákon, znamená, že není přítomen zákon, tedy absence norem. Větší inklinace k sebevraždě je vázána na rychlé změny moderního člověka se adaptovat na rychle se měnící pravidla a podmínky soužití,
- *altruistická sebevražda* – dalo by se říci, že je ambivalentem k egoistické sebevraždě, protože suicidium je v tomto případě způsobeno růstem sociální vázanosti jedince na společnost.

Dále Kerecman (1999, s. 16) rozděluje sebevraždy na:

- *dokonané* – dotyčný si smrt přivodil dobrovolně,
- *nedokonané* – sebevrah si smrt chtěl přivodit avšak neúspěšně,
- *sebezabití* – smrt nastala náhodně,
- *asistovaná sebevražda* – nebol-li eutanázie.

Ondrejkovič (2009, s. 354-355) uvádí několik druhů sebevražd:

- *Demonstrativní* – velice často konané u mladistvých doma, protože vědí, že jsou rodiče na blízku. U tohoto druhu sebevraždy si dotyčný přeje, aby byl nalezen a zachráněn před smrtí.
- *Bilanční* – představuje únik z neřešitelné situace. Jedná se o zkratkovité jednání bez jasného cíle umřít. Zřídka se setkáváme u bilanční sebevraždy vykonanou mladistvým, neboť ještě není pozdě situaci řešit.
- *Autopunitivní* – mají charakter sebezpotrestání se za své činy v minulosti. Je zde velká míra sebekritiky. Někdy mají charakter autoagrese vůči vlastní osobě nebo mohou být spojené s duševními chorobami (schizofrenie, melancholie).
- *Suicidální dohoda* – je to jaká si dohoda mezi dvěma a více lidmi, kteří chtějí spáchat sebevraždu společně. Vždy je zde nějaký vůdce, který iniciuje ostatní o

vykonání suicida. Často spojeno s hromadnými sebevraždami sekt, či manželských dvojic.

V publikaci Krause a Hroncové (2007, s. 200-201) se píše o dalších dvou typologiích:

Schneidman a Farberow vyčlenili 4 typy sebevražedného jednání:

- *logický typ* – sebevražda byla spáchána pro bolest nebo duševní poruchu,
- *katalogický typ* – sebevražda následkem špatného rozhodnutí,
- *paleologický typ* – důvodem sebevraždy je psychotická motivace (halucinace, bludy),
- *kultový typ* – promyšlená sebevražda.

Podle Pacla a Floriana existují tři stupně aktivity sebevraha:

1. *stupeň* – člověk o sebevraždě přemýšlí a plánuje,
2. *stupeň* – sebevrah se pokusil o sebevraždu,
3. *stupeň* – dokonal sebevraždu.

Durkheim rozděluje sebevraždy podle sociálních vazeb člověka a jak je schopen se společnosti přizpůsobit. Kerecman ji rozděluje podle toho, jak ke smrti došlo. Ondrejkoovičova typologie je zaměřena na nepříznivé životní situace. Schneidman a Farberow rozdělují sebevraždy podle typů osob, které měly odlišné důvody ke spáchání sebevraždy a Pacl s Florianem rozdělují tento akt podle aktivity sebevraha.

4 Způsoby provedení suicida

Nejčastěji jsou metody a způsoby sebevraždy ovlivněny kulturními faktory a dostupností jednotlivých prostředků, které mohou odrážet vážnost záměru se zabít. (Fischer a Škoda, 2009, s. 67)

Tabulka č. 1: Sebevraždy podle pohlaví, věkové skupiny od 15-19 let a způsobu provedení podle UZIS ČR (2002, s. 22)

Způsob provedení	Pohlaví		Celkem
	chlapci	dívky	
Sebeotrávení léky a podobnými látkami	-	1	1
Sebeotrávení chemickými látkami (alkohol, plyny, aj.)	3	1	4
Oběšení, uškrcení, udušení	17	3	20
Útopení	-	-	-
Střelná zbraň, výbušnina	4	2	6
Ostrý předmět	2	-	2
Skok z výše	5	8	13
Skok nebo lehnutí si před pohyblivý předmět vč. úmyslných havárií motorového vozidla	-	-	-
Jiný způsob	1	1	2
Celkem	32	16	48

Na této tabulce číslo 1 můžeme vidět pouze dokonané sebevraždy spáchanými mladistvými mezi 15. až 19. rokem, kterých za rok 2002, bylo dohromady 48. Podle Linhart (1994, s. 77) mladistvý uplatňují impulzivní zkratkovité jednání, které souvisí s nedostatečným zhodnocením situace. Proto jako prostředek suicida nejčastěji uplatňují otravu jedem, oběšení, skok z výšky a podřezání si žil.

„S rozvojem tělesné síly a odvahy mění se také volba prostředků: hoch se oběsí, děvče skočí do vody, mladík a silný muž se zastřelí, žena vezme osidlo a vrhne se do vody.“, (Masaryk, 1926, s. 132)

Mezi oběma pohlavími jsou značné rozdíly, co se týče výběru způsobu smrti. Chlapci raději volí drastické metody, které jsou účinnější jako oběšení, otrava plynem, střelně zbraně nebo skok z výšky, to znamená, že častěji sebevraždu dokonají. Naproti tomu dívky si vybírají jemnější metody, které nejsou tak účinné, jako je předávkování se medikamenty. (Černý, 1970, s. 53)

Tabulka č. 2: Počet sebevražd podle způsobu provedení podle ČZSO (2011, s. 19)

Rok, období	Otrávením	Oběšením	Utopením	Zastřelením	Ostrým předmětem	Skokem z výše	Skokem nebo lehnutím si před pohyb. se předmět	Ostatní	Celkem
2006	126	869	20	164	57	105	38	21	1400
2007	136	839	22	147	52	123	29	27	1375
2008	141	862	14	130	46	131	27	25	1379
2009	140	981	23	122	50	98	35	15	1464
2010	141	967	18	146	65	113	32	20	1502
2006-2010	684	4518	100	709	270	570	161	108	7120

V tabulce číslo 2 je zřejmé, že mezi roky 2006 – 2008 se celkový počet sebevražd pohyboval kolem čísla 1400 za rok. Ale rok 2009 a 2010 nám ukazuje, že toto jednání má vzrůstající tendence. Nejzajímavější je fakt, že oběšení je v naší zemi opravdu nejčastější způsob, jak si dobrovolně vzít život, protože sečteme-li všechny ostatní způsoby spáchání sebevraždy za posledních 5 let a porovnáme se strangulací, ani zdaleka se nepřiblíží číslu 4518 z celkových 7120 dokonaných pokusů za tyto roky.

Tabulka č. 3: Struktura sebevražd podle způsobu provedení (v %)

Rok, období	Otrávením	Oběšením	Útopením	Zastřelením	Ostrým předmětem	Skokem z výše	Skokem nebo lehnutím si před pohyb. se předmět	Ostatní
ženy 2006-2010	23,4	44,8	3,7	2,8	5,1	16,0	2,8	1,4
muži 2006-2010	6,7	67,4	0,9	11,5	3,5	6,3	2,1	1,5
Celkem 2006-2010	9,6	63,5	1,4	10,0	3,8	8,0	2,3	1,5

Tabulka číslo 3 ukazuje procentuální zastoupení jednotlivých způsobů provedení. Podle této tabulky je u žen na prvním místě oběšení (44,8%) dále otrávení (23,4%) a nakonec skok z výšky (16%). Muži preferují taktéž oběšení (67,4%), na druhém místě je zastřelení (11,5%) a na třetím je otrávení (6,7%).

Oběšení

Tak zvaná „strangulace“ patří mezi nejrozšířenější techniku spáchání suicida jak ženami a muži, tak i mladistvými. Dle Monestiera (2003, s. 19) dnes oběšení představuje polovinu použitých prostředků kromě USA, kde převažují zbraně, které jsou skoro ve všech státech lehce dostupné. Nejpoužívanějším náčiním při oběšení je pochopitelně provaz, dále kravata, rozstříhané prádlo, atd. Prostředek souvisí s povoláním dotyčné osoby.

Střelné zbraně

Dle Monestiera (2003, s. 29) jsou střelné zbraně nejradikálnějším prostředkem, jak se zabít. Tabulka číslo 2 ukazuje, že mezi roky 2006-2010 zemřelo vlastní vinou 709 lidí, což je hned po otrávení se nevyšší číslo.

Utopení

Utopení patří po oběšení mezi nejčastěji páchanou sebevraždu mimo domov. Často je tento druh dobrovolné smrti doprovázen skokem z mostu. Jelikož se lidé při tomto pokusu bojí, že by ho nedokonalý, není zvláštností, že si poutají končetiny nebo si na sebe přivazují závaží. (Monestier, 2003, s. 22). Podle tabulky číslo 3 se mezi rokem 2006 – 2010 utopilo vlastním přičiněním pouze 1,4% sebevrahů.

Podřezání a ubodání

Ne každý je natolik zručný, aby dokázal zacházet se sečnou či bodnou zbraní. Mezi nejčastější náčiní patří nože a břitvy, nemalou částí pak nůžky, bodáky či skleněné střepy. (Monestier, 2003, s. 24)

Otravy

Jak můžeme vidět v tabulce číslo 2, otravy byly třetím nejčastějším způsobem sebezabití. Rozdíly mezi muži a ženami nám demonstruje tabulka číslo 3, kde mezi léty 2006-2010 nepřežilo 23,4% sebevražedkyň. Je tedy jasné, že tento způsob je ženám velice blízký. Podle Koutka (2007, s. 34) mezi velmi častou intoxikační látkou u mladistvých patří paracetamol. Je to dáno tím, že se jedná o nejběžnější lék v domácnosti, po kterém mladý člověk ve zkratkovitém jednání sáhne nejčastěji.

Kocourková (2006, s. 431) dodává, že typickým pacientem je 15-17letá dívka, která se předávkovala malým nebo středně závažným množstvím léků, které jí byly předepsány, byly běžně dostupné, nebo patřili někomu z členů rodiny.

Skok z výšky

Jelikož se neustále zvyšují budovy, přispívá to k podstatnému růstu počtu případů tohoto druhu suicida. Vždyť za rok 2002 skočilo z výšky 13 mladistvých. Podle Fischera a Škody (2009, s. 70) se skoku z výše dopouštějí zejména mladí lidé do 19 let.

Skok nebo lehnutí si před pohybující se předmět

Mezi nejfrekventovanější vrhání se před pohybující se předmět je vlak a metro. V roce 1993 se ve Francii odehrál případ, kdy šestiletá holčička skočila pod vlak, protože se chtěla stát strážným andělem své matky, která v tu dobu byla vážně nemocná. (Monestier, 2003, s. 34)

Neobvyklé způsoby sebevražd

Dle Monestiera (2003, s. 40) má i svět suicidů své kuriozity. Mezi neobvyklý způsob dobrovolného úmrtí patří sebevražda za pomoci zvířat. Lidé si při tomto pokusu vybírali nejčastěji šelmy, ale velkou oblibou byli také štíři a jedovatí hadi. Sebevražda výbušninou je typická zejména pro členy militantních islamistických skupin, kteří dobrovolně podstupují riziko smrti s cílem ublížit ostatním.

Já osobně jsem měl možnost setkat se se sebevražedným jednáním velice z blízka, neboť dva moji kamarádi se o sebevraždu pokusili. Naštěstí se jednalo pouze o nezdařené pokusy. V prvním případě se jednalo o dívku, která spolykala prášky na spaní. Naštěstí ji její matka našla zhruba pět minut po pokusu, takže byla rychle hospitalizována a byl jí vypumpován žaludek. Důvodem prý byla nešťastná láska.

Druhým případem byl pokus mého kamaráda, který taktéž použil medikamenty, v podobě více než dvanácti tablet Ibuprofenu. Hned po pokusu si uvědomil, že zemřít nechce, a proto zavolal své matce, která ho odvezla do nemocnice. V obou těchto případech se jednalo o středoškoláky ve věku šestnáct a sedmnáct let. Jako důvod mi byl sdělen neúspěchy ve škole a pocit osamění.

5 Rizikové faktory sebevraždy a možnosti prevence

Adolescence tvá přibližně od 15 do 20 let a nese sebou různá úskalí. Jelikož se jedná o období přípravy na dospělost, člověk se zajímá nejen o svůj fyzický a duševní vývoj, ale také o to, jak ho vnímá okolí. Protože se v této fázi rozvíjí identita a formují se sociální vztahy, je tato fáze velice choulostivá, neboť dochází k prvním sexuálním zkušenostem. Ke konci adolescence dospívající dokončuje proces separace a závislosti na rodině. Pomalu se odpoutává od vrstevnické skupiny, protože s ukončením středoškolského vzdělání se stává samostatnějším jedincem, který má právo o sobě rozhodovat. (Skorunková, 2007, 52-54)

Podle Koutka a Kocourkové (2007, s. 39) hrají rizikové faktory suicidálního chování důležitou roli při prevenci, při posuzování aktuální hrozby a plánování suicida. Některé faktory působí více na úrovni biologické, jiné na úrovni psychologické či sociální a mohou se vzájemně prolínat, proto není lehké je podle tohoto hlediska rozdělovat.

Medicínské faktory

Dle Brenta a Manna (2003) sebevražedné jednání není dědičné, ale existují genetické predispozice u vážnějších duševních poruch. Znamená to tedy, že s řadou psychických onemocnění je zvýšené riziko pokusu o sebevraždu. (Koutek, Kocourková, 2007, s. 40)

Vágnerová (2008, s 491) tvrdí, že z hlediska dědičnosti hrají nejvýznamnější roli tyto poruchy:

- Deprese – pokusy jsou v depresivní epizodě opakovány z důvodu zbavení se subjektivního utrpení.
- Schizofrenie – Malá (2005, s. 107) tvrdí, že schizofrenie je v tomto věku častější příčinou sebevraždy než u dospělých jedinců.
- Porucha osobnosti - Dle Fischera, Škody (2009, s. 76) jsou lidé s hraniční poruchou osobnosti velice náchylní k sebeublížení si, protože jsou emocionálně nestabilní.

Sociální faktory

Dle Fischera a Škody (2009, s. 78) patří mezi nejčastější sociální faktory:

- *Neuspokojivé sociální vztahy* – absence sociální opory a funkčních vztahů.
- *Dysfunkční rodina* – patologické vzorce chování společně s násilím jsou v průběhu socializace jeden z dalších negativních faktorů přispívající k páchání suicid.
- *Ztráta sociálních vazeb* – migrace, emigrace, uvěznění.
- *Ekonomické faktory* – ztráta zaměstnání s psychosociálními důsledky.

Psychické faktory

Nejdůležitější rizika suicidálního jednání jsou podle Škody a Fischera (2009, s. 74) tato:

- *Předchozí suicidální pokus* – riziko opakování je nejvyšší v prvních 3-6 měsících po pokusu o sebevraždu, ale zůstává v podstatě zvýšená po dobu nejméně dvou let. (Goldston aj., 2006, s. 375)
- *Velká míra stresu*
- *Zneužívání návykových látek* – je těžké určit, co bylo příčinou sebepoškození, protože narkomani i alkoholici mají spoustu problému od finančních po partnerské. Vágnerová (2008, s. 491)
- *Poruchy příjmu potravy* – mnohem častější u dívek než chlapců. Z 60 dívek se s touto poruchou se 6 anorektiček a 5 bulimiček pokusilo o sebevraždu. (Kocourek, Kocourková, 2007, s. 66)
- *Úzkostné poruchy*
- *Obsedantně kompulzivní porucha*
- *Hypochondrické poruchy*
- *Posttraumatická stresová porucha*

Další faktory

- *Syndrom CAN* – neboli syndrom týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte, které si tento zážitek nese dlouhodobě. Zažívá pocity studu, odmítnutí a rezignace. Toto trauma může vést dítě k sebevražedným myšlenkám či jednání. (Bentovim, 1998, s. 34)
- *Sexuální orientace* – mládež, která je orientovaná na stejné pohlaví patří do rizikové skupiny, a to zejména pokud s tímto rozhodnutím rodina nesouhlasí,

protože pravděpodobnost, že si sáhnou na život je 8 krát vyšší než u ostatních vrstevníků. (Apter, 2012, s. 989)

- *Snadno dostupné prostředky ke spáchání sebevraždy* – v ČR ojedinělé, ale v USA velmi časté.
- *Šikana* – následky šikany se projevují dlouhodobě. Mezi nejčastější následky patří podle Krause a Hroncové (2007, s. 225) nepozornost, záškoláctví, deprese a konečně sebevražedné pokusy.
- *Kulturní a náboženský faktor* – například v Japonsku je sebevražda vnímána jako hrdinský čin.
- *Zdravotní stav* – těžké somatické onemocnění či trvalá invalidizace. Vzhledem k věku mladistvých méně časté. (Vágnerová, 2008, s. 492)
- *Presuicidální syndrom* – Ondrejko (2009, s. 365) tvrdí, že mezi nejčastější signály patří: pocit beznaděje, distancování se od okolí, zmiňování se o sebevražedném pokusu, zvýšený příjem alkoholu a drog atd.

Jsem toho názoru, že by se rizikové faktory neměly rozdělovat na psychické, medicínské či sociologické, protože se neustále prolínají. Já osobně považuji rizikové faktory za multidisciplinární.

5.1 Motivy sebevražedného jednání

„Rozdílné motivy suicidálního jednání jsou jedním z argumentů pro kvalitativní rozdíl mezi suicidálním pokusem a dokonáným suicidem. U pokusů bývají uváděny motivy z oblasti interpersonálních vztahů, zatímco k dokonané sebevraždě vedou spíše motivy z oblasti intrapsychické a z pocitů ohrožení.“ (Koutek a Kocourková, 2007, s. 36)

Podle Ondrejko (2009, s. 360) jsou sebevraždy páchané mladistvými následkem zkratkovitého jednání, protože dochází často k subjektivnímu a zároveň nesprávnému vyhodnocování životních situací. Motivy sebevražd v adolescenci se nejčastěji projevují v okruhu interpersonálních vztahů. To znamená, že plynoucí možné problémy jsou nejvíce zakotveny v rodinném prostředí, mezi přáteli nebo díky sociální izolaci.

Koutek (2006, s. 132) se v článku zmiňuje o dvou výzkumech, který proběhl u dospívajících. První výzkum byl proveden na Dětské psychiatrické klinice v Marburgu pod vedením Remschmidta a Schawaba, kteří našli u 157 mladistvých, že mezi nejčastější motivy patří rodinné problémy 32%, partnerský konflikt 16%, problémy ve škole a v práci 11,5% a sexuální problémy 7%. Druhý výzkum se uskutečnil na Dětské psychiatrické klinice FN v Motole mezi léty 1995-1999 v souboru 127 pacientů, kde bylo zjištěno, že 33% tvoří konflikt s rodiči, v 31% jsou to školní problémy, v 18% se kombinují oba tyto motivy, 8% partnerském konfliktu.

Podle Frankla patří mezi nejčastější motivaci ztráta smyslu života. On sám dokázal čelit těžké životní situaci v podobě přesunu do koncentračního tábora. Dle jeho názoru sebevražda je nepřijatelná, protože zabraňuje růstu osobnosti pomocí vlastního utrpení. Každý člověk by se měl svým problémům postavit čelem a to pouze tehdy zůstane-li naživu. (Frankl, 1996, s. 70)

5.2 Prevence sebevražedného jednání

„Nejcennějším přínosem v oblasti prevence sebevražedného jednání bylo zjištění, že u naprosté většiny lidí, kteří mají sklon k takovému reagování, nepřevládá snaha zemřít, ale touha a potřeba beznaděje na přijatelnější řešení svých problémů.“ (Vágnerová, 2008 s. 508)

Podle Krause a Hroncové (2007 s. 214-215) prevence sebevražedného konání zahrnuje tři úrovně:

Primární prevence – zaměřuje se na ohroženou populaci dětí a mládeže, která pochází z rizikových rodin nebo je sociálně izolovaná. Pro realizaci primární prevenci jsou zapotřebí zejména rodina, škola, výchovná zařízení, církve a v neposlední řadě masmédiá. Nejúčinnější prevencí je funkční rodina s dobrými vztahy mezi jejími členy, vysoká kvalita rodinné výchovy a emocionální vztahy. Významnou roli hraje také škola, která by měla mít výchovnou a preventivní funkci k pozitivnímu klimatu zejména mezi žáky a učiteli.

Sekundární prevence – je zaměřena především na jedince nacházející se ve špatné životní situaci, kteří nemají daleko ke spáchání sebevraždy. Je tedy zapotřebí kvalifikovaných odborníků, jako jsou psychiatři a psychologové.

Terciální prevence – orientace na ty, kteří nedokonalí sebevraždu, tedy přežili suicidální pokus. Podstatou terciální prevence je nasměrovat takového člověka tak, aby překonal nepřízeň své životní situace a našel ve svém životě nový smysl. V tomto případě sehrávají svou roli zejména psychiatři.

Typy prevence podle Koutka a Kocourkové (2007, s. 106):

Primární – snaha eliminovat rizikové faktory, podílející se na sebevraždách. Orientuje se na lidi, kteří nutně nemusí mít znaky klinických poruch. U primární prevence se dále rozlišují tři okruhy:

- Univerzální preventivní intervence – tato prevence je zaměřena i na tu populaci bez specifických rizik. Jedná se zejména o intervenci v podobě preventivních programů, které by pomohly dětem dostat se z nepříznivé životní situace.
- Selektivní preventivní intervence – příkladem jsou ti, kteří nejsou schopni se adaptovat nebo užívají návykové látky.
- Indikovaná preventivní intervence – orientováno na ty jedince či skupiny, u kterých se projevil jeden s rizikových faktorů.

Sekundární – jedná se především o zachycení a léčbu takovýchto poruch. Součástí tohoto typu prevence je orientace na mladistvé, u kterých se projevil alespoň jeden z rizikových faktorů.

Terciální – cílem je zmírnit následky a opakování klinických poruch zamezením jejich opakování.

V dnešním světě se vliv rodiny jako hlavního socializačního činitele pomalu, ale jistě vytrácí. Vzdávající se tempo pracovního koloběhu nás vzájemně odcizuje. Životní standart se sice zlepšuje, ale na úkor rodinných vztahů, což pociťuje zejména mládež. Tam místo, aby trávil čas doma s rodiči, kteří přicházejí v pozdních odpoledních hodinách, navštíví raději podniky, kde požívají alkoholové nápoje. Tento globální problém vnímám stejně jako fungování lidského těla a s ním spojená moderní medicína. Pokud má člověk nějaký zdravotní problém a navštíví lékaře, většinou mu jsou předepsány léky, ale to jakým způsobem k té zdravotní komplikaci došlo, se už neřeší. Společnost si zvykla na komfort, který dnešní medicína přináší s domněním, že i se špatným životním stylem to za mě farmakologie vyřeší. Proto před tím, než sáhneme po růžové tabletce, najděme příčinu bolesti, skrze kterou naše tělo říká, že je něco v nepořádku. Úplně stejně to dle mě funguje i s rodinou.

6 Výzkumná část

Cílem výzkumného šetření je zmapovat problematiku sebevraždy mládeže ve vybraných školských zařízeních (dále jen ŠZ) pro výkon ústavní (dále ÚV) nebo ochranné výchovy (OV).

Dalším záměrem výzkumného šetření je zjistit, jaký je počet sebevražedných pokusů mládeže ve vybraných ŠZ pro výkon ÚV a OV za posledních 5 let a v kolika případech se jednalo o dokonaná suicida.

Vzhledem k charakteru výzkumného šetření jsem stanovil následující **výzkumné otázky**:

1. Jaká je podoba sebevražedného jednání mládeže ve vybraných ŠZ pro výkon ÚV a OV z pohledu etopeda, psychologa, vedoucího vychovatele a ředitele konkrétního zařízení.?
2. Jaké jsou formy a metody sebevražedného jednání mládeže ve vybraných ŠZ pro výkon ÚV a OV?
3. Jaká jsou další specifika sebevražedného chování mládeže ve vybraných ŠZ pro výkon ÚV a OV?

6.1 Školská zařízení

Než začnu se samotným vyhodnocování mého výzkumu, je potřeba definovat ŠZ, ve kterých jsem provedl výzkumné šetření.

„Školskými zařízeními pro výkon ústavní nebo ochranné výchovy jsou dle příslušného zákona č. 109/2002 diagnostické ústavy, dětské domovy, dětské domovy se školou a výchovné ústavy. Jedná se o zpravidla státní zařízení, která poskytují dětem na základě rozhodnutí soudu komplexní péči od 3 do 18, případně do 26 let.“ (Janský, 2004 s. 93)

Nesmím opomenout **Střediska výchovné péče** pro preventivně výchovnou péči, které jsou dnes součástí, zpravidla všech školských zařízeních, které poskytují výkon ústavní a ochranné výchovy. Podle Janského (2004, s. 94) poskytují speciálně

pedagogickou a psychologickou pomoc skrze terapeutické programy, které mohou být ambulantní nebo pobytové.

Diagnostický ústav přijímá děti s nařízeným předběžným opatřením, nařízenou ústavní výchovou nebo uloženou ochrannou výchovou (§ 5 zákona č. 109/2002 Sb.). Diagnostický ústav poskytuje péči jinak poskytovanou rodiči nebo jinými osobami, kterým bylo dítě svěřeno do výchovy rozhodnutím příslušného orgánu. Úkolem diagnostických ústavů je v rámci zpravidla 8 týdenního pobytu dětí zpracovat jejich komplexní diagnostiku osobnosti, vytyčit individuální výchovně vzdělávací priority včetně doporučení vhodných metod a přístupů. (Slomek, 2010, s. 43)

V **dětském domově se školou** jsou děti v tomto typu zařízení umístěny zpravidla od 6 let do ukončení povinné školní docházky. Pokud v průběhu pobytu pominou důvody, pro které musí dítě navštěvovat školu při dětském domově, může být na žádost ředitele přeřazeno do běžné školy. V případě, že poruchy chování u dítěte pokračují i po ukončení povinné školní docházky, bývá přeřazeno do výchovného ústavu. (Hoferková, 2009, s. 13)

Výchovný ústav pečuje o děti starší 15 let se závažnými poruchami chování, u nichž byla nařízena ústavní výchova nebo uložena ochranná výchova (§ 14 zákona 109/2002 Sb.). „Ve zvláště výjimečných případech zde mohou být umístěni klienti od 12 let, jestliže jejich chování vykazuje tak závažné poruchy, že nemohou být umístěni v dětském domově.“ (Janský, 2004, s. 16)

6.2 Metodologie výzkumného šetření

Pro svou bakalářskou práci jsem si zvolil dotazník, který spadá pod kvantitativně orientovaný pedagogický výzkum, který má podle Chrásky (2007, s. 12) svůj základ v pozitivismu.

Slovo „dotazník“ je spojen s otázkami, které se na něco dotazují. Jedná se způsob písemného kladení otázek a následné získávání odpovědí. Tato metoda sběru dat, je nejméně frekventovanější zejména, pokud získáváme údaje hromadně a chceme zjistit co nejvíce informací při malé investici času. (Gavora, 2010, s. 59)

Nejprve jsem si stanovil výzkumné otázky, které se týkají sebevražedného jednání mládeže, a po té jsem s pomocí MUDr. Jaroslava Matýse sestavil položky, které tvoří celý dotazník.

Podle Gavory (2010, s. 35), výzkumník opírá o pedagogickou teorii a své zkušenosti. Jeho postup je kvalifikovaný, protože se opírá o určitou erudici a případy, které dobře zná a navíc tento výběr uskutečňuje s pomocí expertů, čímž se přesnost výběru zlepšuje.

Před samotným výzkumem jsem provedl malý předvýzkum, abych zjistil, zda všechny výzkumné nástroje budou fungovat. Konečný dotazník je sestaven tak, že ve vstupní části uvádím téma bakalářské práce, co je hlavním účelem dotazníku, komu je určen a jakým způsobem odpovídat na položky. Samozřejmě se zmiňuji, že je dotazník zcela anonymní a ke konci je uvedeno mé jméno společně s místem studia.

Druhá část se skládá ze samotných položek. Seřadil jsem je tak, aby odpovídaly logice, a zároveň jsem začal lehčími otázkami, abych respondenta neodradil, a ke konci jsem umístil otázky s důvěrnějším charakterem. Dotazník se skládá z 9 otevřených, z 9 uzavřených a ze 4 polozavřených otázek. Znamená to tedy, že dohromady jich je 22.

Proces sběru dat

Dle Gavory (2010, s. 64) existují dva způsoby, jak získat požadované informace skrze dotazník. První možnost je, že výzkumník rozdává formuláře vybrané skupině lidí a počká, než budou vyplněny. Druhá možnost je, že dotyčný nečeká na vyplnění dotazníků, protože respondenti vyplněné dotazníky zašlou buď poštou nebo email. A tuto cestu jsem si zvolil já.

Na stránkách MŠMT jsem si našel ŠZ pro výkon ÚV a OV a podíval se na stránky jednotlivých institucí. Zjistil jsem, že některá zařízení byla zrušena, nebo informace o nich byly nedohledatelné, jelikož nevlastnily webové stránky. Oslovil jsem proto ty pracovníky těchto zařízení, kteří byli dostupní skrze telefon. Nejprve jsem do 25 ŠZ pro výkon ÚV a OV zavolaal a požádal pracovníky těchto zařízení, zda by mi mohli vyplnit můj dotazník a následně poslat na mou emailovou adresu.

Při procesu sběru dat musíme brát v úvahu návratnost, která znamená poměr počtu odeslaných dotazníků k počtu vyplněným a odeslaným dotazníkům. (Gavora, 2002, s. 64) Aby byla návratnost zasláných dotazníků splněna, uvádí se minimální návratnost dotazníkového výzkumu jako 75%. Z 25 oslovených pracovníků mi dotazníky poslalo 22. Což z hlediska návratnosti velice dobrý výsledek, jelikož činí 88%.

Respondenti

Výběr respondentů byl záměrný, to znamená, že výběr proběhl na základě ochoty spolupracovat. Z 22 respondentů bylo 8 ředitelů, 6 etopedů, 4 psychologů a 4 vedoucí vychovatelé. Vždy jsem jako první kontaktoval ředitele a ten mi buď sám dotazník vyplnil a poslal, nebo mi poradil, abych se obrátil na jiného pracovníka daného zařízení z důvodu zaneprázdněnosti či horší dostupnosti k nahlédnutí do archívů etopedických či psychologických správ.

Co se týče samotných ŠZ pro výkon ÚV a OV bylo osloveno 25 pracovišť, ze kterých mi bylo posláno 22 vyplněných dotazníků, ostatně o jaké typy zařízení se jednalo, ukazuje tabulka č. 4, která zároveň shrnuje 1. položku v dotazníku.

Tabulka č. 4: Typ a počet zařízení

Typ zařízení	VÚ	DDŠ	DÚ	VÚ + DDŠ	VÚ + DDŠ + SVP	DDÚ + SVP	VÚ + SVP	VLO + DDŠ + SVP
Počet zařízení	11	2	1	3	1	1	2	1

Tabulka číslo 4 nám ukazuje, že z 22 ŠZ pro výkon ÚV a OV bylo 11 výchovných ústavů, 2 dětské domovy se školou, 1 diagnostický ústav, 3 výchovné ústavy spojené s dětským domovem se školou, 1 výchovný ústav spojený s dětským domovem se školou a střediskem výchovné péče, 1 dětský diagnostický ústav spojený se střediskem výchovné péče, 2 výchovné ústavy spojené se střediskem výchovné péče, 1 dětský domov se školou spojený se střediskem výchovné péče a výchovným léčebným oddělením.

6.3 Prezentace výsledků výzkumného šetření

V následujícím textu budou prezentovány veškeré získané odpovědi respondentů. Pro lepší orientaci budou některé odpovědi zobrazeny v grafech nebo jednotlivých tabulkách. Zásadní položky budou doplněny stručným komentářem. Položka č. 1 v prezentaci výsledků není, jelikož se jí věnuje kapitola 8.2, konkrétně část popisující respondenty.

Položka č. 2 a č. 3 : **Jaký byl celkový počet klientů za posledních 5 let?, Jaký je momentální počet klientů?**

Tyto otázky jsem spojil dohromady, protože se týkají počtu klientů. Za posledních 5 let se ve 22 dvou zařízeních vystřídalo 4976 chovanců. Podle pracovníků, kteří můj dotazník vyplnili, se v těchto zařízeních nyní nachází 848 klientů (včetně těch kteří jsou na útěku).

Položka č. 4 : **Jaké je věkové rozmezí klientů v daném zařízení?**

Tuto položku mapuje tabulka č. 5, která nám zjišťuje, že z 22 ŠZ pro výkon ÚV a OV má 15 zařízení klienty mezi 15-19 rokem a 2 zařízení klienty mezi 12-18 rokem. U zbytku institucí je rozmezí věku klientů od 3 do 26 let.

Tabulka č. 5

Počet zařízení	Věk klientů
15	15-19
2	12-18
1	3-26
1	12-23
1	12-16
1	7-17
1	13-19

Položka č. 5 a 6 : Jaký je počet klientů, kteří se pokusili o sebevraždu za posledních 5 let?, Jednalo se o sebevražedný pokus nebo sebepoškozování?

Ze všech dotazníků, které mi respondenti vyplnili a poslali, bylo uvedeno, že za posledních 5 let se v těchto ŠZ pro výkon ÚV a OV odehrálo 47 sebevražedných pokusů a 35 případů sebepoškozování. Z těchto 47 sebevražedných pokusů byl pouze jeden dokonán a ostatní byly nedokonané. Graf č. 1 ukazuje počet sebevražedných pokusů a případů sebepoškozování.

Graf č. 1:



Položka č. 7 : Věk klientů, kteří se pokusili o sebevraždu?

Nejmłodšímu klientovi, který se pokusil o sebevraždu, bylo 10 let a nejstaršímu 19 let. Ze 47 sebevrahů bylo 18 z nich 17 let, 10 z nich 16 let, 8 z nich 15 let, 6 z nich 18 let a 3 z nich 14 let. Pro lepší přehlednost jsem vytvořil graf č. 2.

Graf č. 2



Položka č. 8 : Pohlaví klientů, kteří se pokusili o sebevraždu?

V těchto zařízeních se vyskytuje více chlapců než dívek, a to zejména zaměřili se na VÚ. Pouze 2 respondenti uvedli, že se setkali pouze s 8 případy sebevražedného jednání u dívek, na druhou stranu uvedli, že se dívky více sebepoškozují. Co se týká chlapců, bylo zaznamenáno, že 38 jich spáchalo nedokonanou sebevraždu a 1 dokonanou. Procentuální vyjádření je lépe viditelné na grafu č. 3.

Graf č. 3



Položka č. 9 - 13 : Byli/nebyli u psychiatra?, Byli/nebyli hospitalizováni v psychiatrické léčebně?, Byli/nebyli hospitalizováni v nemocnici?, Ne/vyžadovali jiné lékařské vyšetření?, Byli/nebyly před tím v pedopsychiatrické péči?

Otázky 9 až 13 jsem spojil dohromady, protože se jedná o uzavřené otázky, které bylo nutné ze strany respondentů pouze zakroužkovat. Všechny 47 sebevrahů navštívilo psychiatra. Hospitalizováno v nemocnicích bylo 17 mladistvých. Nutná hospitalizace na psychiatrické léčebně byla u 8 případů a pouze 2 klienti vyžadovali jiné lékařské vyšetření.

Tabulka č. 6

Typ zařízení	Psychiatr	Nemocnice	Psychiatrická léčebna	Jiné lékařské vyšetření	Pedopsychiatrická péče
Počet případů	47	17	8	2	21

Položka č. 14 : Mají nějaké duševní poruchy? Pokud ano uveďte prosím diagnózy?

Pracovníci zkoumaných zařízení uvedli, že ze 47 klientů, kteří se pokusili o sebevraždu, má 36 z nich pouze jednu duševní poruchu. Zajímavé však je, že z těchto 36 mladistvých, kteří poruchu mají, byla u 24 z nich diagnostikována, více než jedna duševní porucha. Respondenti v dotazníku opakovali těchto 23 diagnóz podle MKN10.

Jak můžeme vidět v tabulce číslo 7, mezi nejčastější poruchy, které podle počtu překročily číslo 10, jsou F 12 a F 91.2. Někteří klienti nemusí trpět žádnou duševní poruchou a naproti tomu, další může trpět čtyřmi duševními poruchami.

Tabulka č. 7

Diagnózy	Počet
F 12 - poruchy duševní a porucha osobnosti způsobené užíváním kanabinoidů	12
F 20 – schizofrenie	2
F 31 – bipolární afektivní porucha	2
F 33 – periodická depresivní porucha	2
F 40 – fobické a úzkostné poruchy	5
F 43.2. – reakce na těžký stres a porucha přizpůsobení	9
F 60. 2. – disociální porucha osobnosti	7

F. 60.3. emočně nestabilní porucha osobnosti	6
F 60.6. – anxiózní osobnost	4
F 61 – smíšené a jiné poruchy osobnosti	4
F 70. 1. – lehká mentální retardace	2
F 80. 0. – Zadržávání řeči	1
F 81 – specifické vývojové poruchy školních dovedností	1
F 90.0. – porucha chování vázaná na vztahy v rodině	8
F 90 – hyperkinetická porucha	3
F 91.1. – nesocializovaná porucha osobnosti	9
F 91.2. – socializovaná porucha osobnosti	11
F 92 – smíšené poruchy chování a emocí	5
F 92. 8. – jiné smíšené poruchy chování a emocí	3
F 93 emoční poruchy se začátkem specifickým pro dějství	4
F 95.1. - motorické tiky obličejového svalstva	1
F 98.5. – expresivní porucha řeči	1
Z 62. 2. – Jiné problémy spojené s výchovou – institucionální výchova	3

Položka č. 15 : Byli/nebyli v době pokusu medikováni?

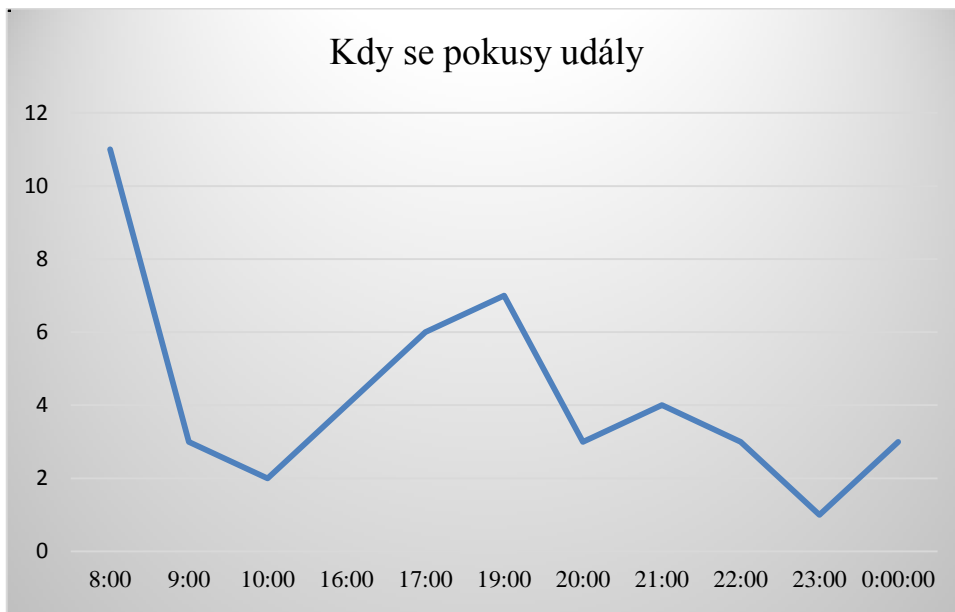
Pracovníci c uvedli, že 27 klientů bylo v době sebevražedného pokusu medikováno, to znamená, že v době pokusu 10 z nich nebylo.

Položka č. 16-17 : Kdy se pokusy udály? V jakou denní dobu se to stalo – ráno, odpoledne, večer?

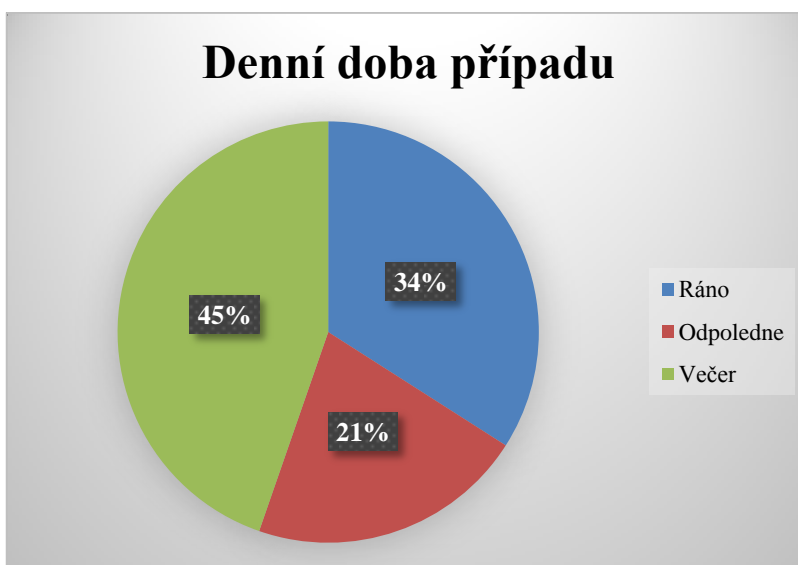
Opět jsem raději spojil tyto položky, protože se v obou případech jedná o to, v jakou hodinu a denní dobu se pokusy uskutečnily. Kdy se všechny pokusy udály, můžeme vidět v grafu č. 4., kde je patrné, že nejčastější hodiny sebevražedných pokusů byly v 8:00 hodin, kdy se odehrálo 11 případů, v 19:00 hodin 7 pokusů a v 17:00 hodin 6 pokusů.

Graf č. 5 popisuje procentuální četnost, v jakou denní dobu se pokus udál. „Nejfrekventovanější“ denní doba ke spáchání tohoto činu je večer s 21 případy následuje ráno v 16 případech a v neposlední řadě odpoledne s 10 případy.

Graf č. 4



Graf č. 5



Položka č. 18 : Které dny po umístění do ústavu se pokusy udály?

V jedné třetině případů (15) se sebevražedný pokus odehrál v prvním týdnu umístění klienta do ŠZ pro výkon ÚV a OV. Podrobnější výčet dnů nám ukazuje graf číslo 6.

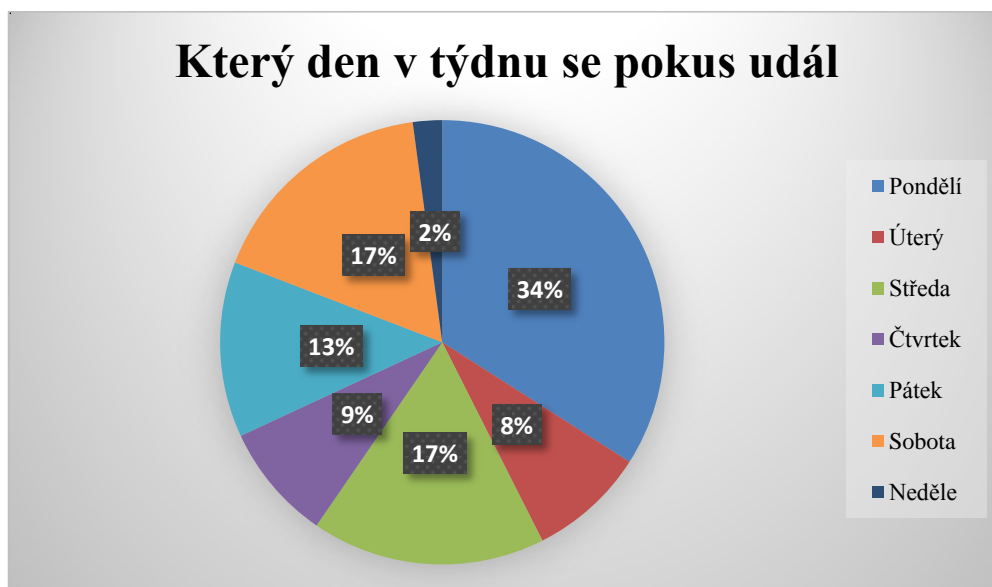
Graf č. 6



Položka č 19 : Které dny v týdnu se to stalo?

Mezi nefrekventovanější dny si aktéři nedokonaných sebevražd vybrali pondělí (34%), dále středu a sobotu (17%), pátek (13%), čtvrtek (9%), úterý (8%) a nejméně „frekventovanou“ neděli (2%). Podrobný výčet v jaký den se pokusy udály, ukazuje graf číslo 6.

Graf č. 6



Položka č. 20 : **Kde se pokusy udály? – ústav - pokoj, WC, dvůr, chodba, jiný prostor/mimo ústav - doma, na ulici, v partě, jinde (uved'te kde)?**

Nejfrekventovanější místa k páchání sebevražedných pokusů jsou na pokoji (12), doma (8) a na WC (7). Podrobněji tuto položku popisuje graf číslo 7.

Graf č. 7



Položka č. 21 : **Vliv návykových látek ano/ne. Pokud ano, jaké látky byly použity?**

Respondenti na tuto otázku odpovídali, že z celkového počtu 47 pokusů byla ve 26 případech přítomna návyková látka, v 19 nebyla a u dvou klientů nebylo zjištěno, zda u pokusu byla nebo nebyla přítomna nějaká návyková látka. V tabulce číslo 8 je to přehledněji vyobrazeno. Co se týká látek, které byly použity, u 12 klientů bylo pozitivních na THC, 4 klienti na pervitin a 2 klienti na opiáty a 8 jich bylo pod vlivem alkoholu. Podrobněji najdeme v tabulce číslo 9.

Tabulka č. 8

Návykové látky	Počet klientů
Ano	26
Ne	19
Nezjištěno	2

Tabulka č. 9

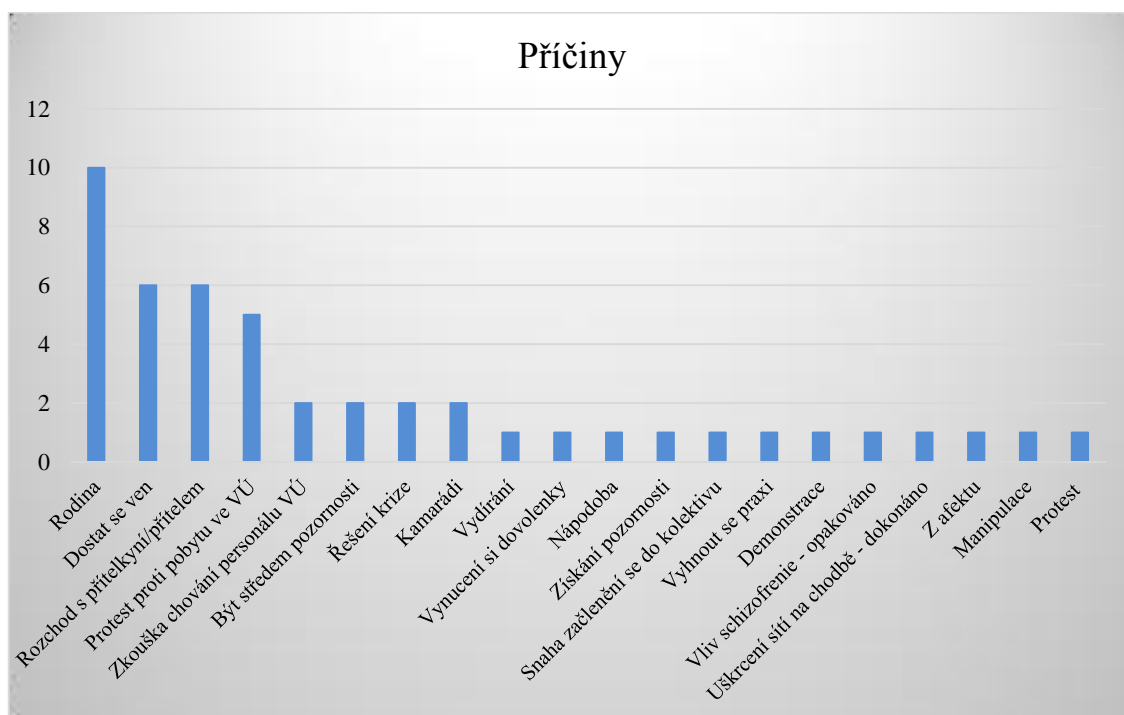
Druh návykové látky	Počet klientů
THC	12
Alkohol	8
Pervitin	4
Opiáty	2

Položka č. 22 : **Jaké byly uvedené příčiny suicidálního jednání? - rodina/kamarádi/protest pobyt v DD-VÚ/ dostat se ven, jiné (uved'te které)**

U této odpovědi měli respondenti na výběr ze 4 možností, pokud ani z nich jedna nevyhovovala, měli možnost dopsat vlastní text.

Pracovníci ŠZ pro výkon ÚV a OV uvedli, že mezi nejčastější příčiny sebevražedného jednání patří rodinné problémy. Podrobnější výčet příčin popisuje graf číslo 8.

Graf č. 8



6.4 Závěr výzkumného šetření

Na počátku byly stanoveny tři výzkumné otázky. Díky analýze jednotlivých složek dotazníku jsem zjistil, jaká je podoba sebevražedného jednání mládeže ve vybraných ŠZ pro výkon ÚV a OV z pohledu etopeda, psychologa, vedoucího vychovatele a ředitele konkrétního zařízení. Protože všichni tito pracovníci byli respondenty mého výzkumného šetření, tudíž sesbírané výsledky, které jsem získal, vykreslily podobu sebevražedného jednání z pohledu těchto pracovníků. V předchozí kapitole jsem uvedl, že z 22 respondentů bylo 8 ředitelů, 6 etopedů, 4 psychologů a 4 vedoucí vychovatelé. Protože jsem byl nejvíce spokojen s vyplněnými dotazníky od etopedů a psychologů, jelikož oni přicházejí do nejtěsnějšího kontaktu se suicidálním jednáním mládeže, viz. příloha A, B, jsou uvedeny názory etopeda a psychologa na problematiku suicidálního jednání mládeže, konkrétně ve VÚ.

Z pohledu psychologa konkrétního VÚ se nejčastěji setkává s demonstrativním typem sebepoškozování z důvodu sociální deprivace nebo dlouhodobějšího užívání návykových látek. Co se týče sebevražedného jednání, mezi nejčastější druhy patří zkratkovité jednání, které doprovází výhrůžky za účelem uspokojení nějaké své potřeby. V tomto případě je suicidium a sebepoškozování čtenější u této rizikové skupiny a téměř vždy je nutná medikace.

Etoped tvrdí, že je velice těžké poznat, zda suicidální jednání bylo důsledkem duševní poruchy nebo pouze manipulativního chování vůči pracovníkům. Zdůrazňuje především individuální práci s klienty, protože jen tak můžeme rozpoznat, zda se k suicidálnímu pokusu uchýlí či nikoliv.

Další výzkumnou otázkou bylo, jaké jsou formy a metody sebevražedného jednání mládeže ve vybraných ŠZ pro výkon ÚV a OV. Za posledních 5 let se ve 22 dvou zkoumaných zařízeních vystřídalo 4976 klientů a z toho se 46 pokusilo o sebevraždu, bylo zaznamenáno 35 případů sebepoškozování a 1 případ dokonaného suicida, u kterého mi pracovník ŠZ pro výkon ÚV a OV uvedl jako u jediného případu metodu – uškrcení sítí.

Třetí a poslední výzkumnou otázkou bylo, jaká jsou další specifika sebevražedného chování mládeže ve vybraných ŠZ pro výkon ÚV a OV. Zjistil jsem, že více než jedné třetině klientů bylo při spáchání pokusu o sebevraždu 17 let. Co se týče procentuálního rozdělení z hlediska pohlaví, tak 83% chlapců a pouhých 17% dívek se pokusilo o sebevraždu. Určitě je to dáno tím, že Česká republika má více VÚ pro

chlapce, které tvořili většinu ŠZ pro výkon ÚV a OV v tomto dotazníku, nežli pro dívky.

Zjistil jsem, že všech 47 klientů navštívilo psychiatra, 21 bylo v pedopsychiatrické péči, 17 bylo hospitalizováno v nemocnici, 8 v psychiatrické léčebně a 2 vyžadovali jiné lékařské vyšetření a pouze 10 klientů nebylo medikováno.

Z výzkumného šetření vyplývá, že u 47 případů sebevražedného jednání byla u 36 klientů diagnostikována duševní porucha a u 24 klientů se objevila více než jedna porucha. Mezi nejfrekventovanější diagnózy podle MKN10 byly F12 – poruchy duševní a poruchy osobnosti způsobené užíváním kanabiodů, kterých bylo 12 a F 91.2. – socializovaná porucha osobnosti, kterých bylo 11. S tím může souviset přítomnost návykových látek při těchto pokusech. Ve 26 případech byla nalezena návyková látka v krvi klientů. Mezi tyto látky patřilo ve 12 případech THC, ve 4 případech pervitin a ve 2 případech opium. U 8 pokusů byla přítomnost alkoholu.

Výzkum odhalil, že 45% klientů si pro svůj pokus vybral večerní denní dobu, 34% ranní denní dobu a 21% odpolední denní dobu. Mezi nejfrekventovanější den v týdnu patřilo pondělí, které si vybralo 34% klientů. Středu a sobota si vybralo 17%, pátek 13%, čtvrtek 9%, úterý 8% a neděli 2% klientů.

Dalším specifickým sebevražedného jednání mládeže je, který den se pokusy udály od umístění do ŠZ pro výkon ÚV a OV. V 15 případech se sebevražedný pokus udal hned v prvním týdnu nástupu do zařízení, což je jedna třetina ze všech případů.

Pro mě osobně nezajímavějším zjištěním je, že nejvíce sebevražedných pokusů se odehrálo na pokojích těchto zařízení, konkrétně 12. Druhými nejfrekventovanějšími místy, kde byly pokusy spáchány, byly 8 krát doma a 7 krát na WC.

Mezi nejčastější příčiny sebevražedného jednání mládeže respondenti uvedli v 10 případech rodinné problémy, v 6 případech touha dostat se ven a rozchod s přítelkyní, v 5 případech se sebevražedný pokus uskutečnil kvůli protestu proti pobytu ve VÚ. Dalšími důvody, které se objevily v anamnézách u nedokonaných sebevrahů, byly příčinami sebevražedných pokusů shledání dvakrát – kamarádi, řešení krize, být středem pozornosti a zkouška chování personálu VÚ. V neposlední řadě, se 12 příčin objevilo pouze jednou a to vydírání, vynucení si dovolenky, nápodoba, získání pozornosti, snaha začlenění se do kolektivu, vyhnutí se praxi, demonstrace, vliv schizofrenie, uškrcení se na chodbě, z afektu, manipulace a protest.

Zhodnotím-li průběh výzkumného šetření, nebylo obtížné s respondenty navázat kontakt, jelikož vše probíhalo přes maily, a bylo v podstatě na nich, zda budou ochotní

mi dotazník vyplnit či nikoliv. Musím říci, že mě mile překvapilo, že z 25 oslovených ŠZ pro ÚV a OV jich odpovědělo 22, což je z hlediska návratnosti, která činí 88%, velice slušný výsledek. Mohlo by to dáno tím, že dotazník nebyl komplikovaný a nezabral tudíž tolik času ho vyplnit.

Závěrem bych chtěl říci, že mne mile překvapil to, že všech 47 klientů navštívilo psychiatra, což je podle mého názoru u této rizikové skupiny velice důležité a může pomoci v předcházení dalších patologických jevů. Zajímavé také je, že pouze jeden sebevražedný pokus byl dokonán.

Závěr

Bakalářská práce byla zaměřena na suicidální jednání mládeže. Cílem empirického šetření bylo zmapování suicidálního jednání ve školských zařízeních pro ústavní a ochranou výchovu.

V teoretické části byly popsány a rozebrány základní pojmy, formy a typologie sebevražd a jak se sebevražedné jednání měnilo. Pozornost byla věnována způsobům provedení suicida a jejich četnosti a dále rizikovým faktorům, které jsou u této rizikové skupiny mládeže velice důležité při formování prevence. Závěr teoretické části mapuje prevence sebevražedného jednání mládeže.

K dosažení cílů bylo zvoleno výzkumné šetření v podobě dotazníkového šetření, které pomohlo zmapovat problematiku sebevražednosti mládeže ve vybraných školských zařízeních pro ústavní a ochranou výchovu. Záměrem výzkumného šetření bylo zjistit, jaký byl počet sebevražedných pokusů mládeže ve vybraných zařízeních za posledních 5 let a v kolika případech se jednalo o dokonaná suicida. Oba tyto stanovené cíle byly splněny.

Při zpracovávání výsledků výzkumného šetření jsem se hlouběji seznámil s dotazníkovým šetřením, o kterém jsem dříve slyšel, ale nikdy jsem ho sám neprováděl. Pochopil jsem, jakým způsobem se získané informace zpracovávají a jak je velmi důležitá míra ochoty respondentů, od kterých se také odráží kvalita získaných informací. Před vyhodnocením mého výzkumu jsem měl jistá očekávání, která se v pozitivním slova smyslu naplnila.

Suicidální jednání mládeže je zvláštním sociálně patologickým jevem, který se v naší společnosti vyskytuje neustále. Podle mého názoru záleží především na situaci, která panuje v rodinném prostředí. Určitě bude docházet k sebevražednému jednání více u rodin, které procházejí nějakou krizí. Naopak v rodinách s harmonickými vztahy se tento jev bude objevovat minimálně.

Tato práce mi pomohla rozšířit si přehled v dané problematice. Získal jsem informace o současných školských zařízeních pro výkon ústavní a ochranné výchovy a hlouběji pronikl do suicidálního jednání, této problematické a doposud málo zmapované mládeže. Výzkumné šetření mi umožnilo skrze respondenty nahlédnout do práce, kterou vykonávají. Částečně věřím, že předkládaná bakalářská práce pomůže k lepšímu zmapování tohoto jevu, neboť v České republice se rizikovým chováním v těchto zařízeních mnoho odborníků nezabývá.

Seznam použité literatury a dalších zdrojů

Analýza trendů kriminality v roce... Praha: Institut pro kriminologii a sociální prevenci, [2012]- . Studie.

APTER A. *International Journal of Environmental Research and Public Health* [online]. 2012 [cit. 2014-11-24]. ISSN 1660-4601. Dostupné z: www.mdpi.com/journal/ijerph

BENTOVIM, Arnon. *Týrání a sexuální zneužívání v rodinách*. Vyd. 1. Praha: Grada, 1998. 117 s. Psyché. ISBN 80-7169-629-3.

BRIDGE, J. A., GOLDSTEIN, T. R. and BRENT, D. A., *Adolescent suicide and suicidal behavior*. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. www.kuleuven.be [online]. 2006, č. 3 [cit. 2014-11-23]. Dostupné z www.kuleuven.be/vesaliusonline/SD_Adriaenssens_09.pdf

BRENT D. A., & MANN, J. J. (2003a). *Familial factors in adolescent suicidal behavior*. In R. A. King & A. Apter (Eds.), *Suicide in children and adolescents* (pp. 86–117). Cambridge: Cambridge University Press.

BREZÁK, Jozef. *Sociálna patológia*. 2., rozš. vyd. Editor Peter Ondrejko. Bratislava: Veda, vydavateľstvo Slovenskej akadémie vied, 2001, 310 s. ISBN 80-224-0685-6.

Česká a slovenská psychiatrie / Česká lékařská společnost J. E. Purkyně [online]. [cit. 2014-11-23]. ISSN 1212-0383.

ČERNÝ, Luděk. *Sebevražednost dětí a mladistvých: se zvláštním zaměřením na preventivní opatření / se zvláštním zaměřením na preventivní opatření*. 1. vyd. Praha: Avicenum, 1970. 132, [ii] s

DURKHEIM, Émile, Translated by John A. Spaulding and George SIMPSON a Edited with an introduction by George SIMPSON. *Suicide a study in sociology*. Vyd. 2. London: Routledge, 2002, 128 s. ISBN 02-039-9432-9.

- FISCHER, Slavomil a ŠKODA, Jiří. *Sociální patologie: analýza příčin a možnosti ovlivňování závažných sociálně patologických jevů*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2009. 218 s. Psyché. ISBN 978-802-4727-813.
- FRANKL, Viktor Emil. *Lékařská péče o duši*. Brno: Cesta, 1996, 237 s. ISBN 80-853-1950-0.
- GAVORA, Peter. *Úvod do pedagogického výzkumu*. 2., rozš. české vyd. Brno: Paido, 2010. 261 s. ISBN 978-80-7315-185-0.
- HOFERKOVÁ, Stanislava. *Trestní odpovědnost mládeže, ústavní a ochranná výchova*. Projekt FRVŠ č. 648/2009/G5. 13, 17 s. [online] ©2009, [cit. 2014-02-05]. Dostupné z: http://ulohy-nrp.webz.cz/Ochranna_a_ustavni_vachova_text.pdf
- CHALOUPKA, Luboš. *Úvod do sociální patologie*. [Díl] 6, Sebevražednost dětí a mládeže. 2. vyd., v SPN 1. vyd. Praha: SPN, 1986. 57 s.
- CHRÁSKA, Miroslav. *Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2007. 265 s. Pedagogika. ISBN 978-80-247-1369-4.
- JANSKÝ, P. *Problémové dítě a náhradní výchovná péče ve školských zařízeních*. 1.vyd. Hradec Králové: Gaudeamus, 2004. 169 s. ISBN 80-7041-114-7.
- KERECMAN, *Eutanázie – asistovaná sebevražda*, Vyd. 1. Bratislava: Eurounion Bratislava, 1999, 277 s. ISBN 80-88984-01-7.
- KOCOURKOVÁ, Jana. *Rizikové faktory dětské a adolescentní suicidality*. Česká a Slovenská Psychiatrie [online]. 2006, č. 8 [cit. 2014-11-23]. Dostupné z: <http://www.cspsychiatr.cz/detail.php?stat=297>
- KODRLOVÁ, Ida a ČERMÁK, Ivo. *Sebevražedná triáda: Virginia Woolfová, Sylvia Plathová, Sarah Kaneová*. Vyd. 1. Praha: Academia, 2009. 266 s. ISBN 978-802-0015-242.
- KOUTEK, Jiří. *Suicidální jednání dětí a mladistvých - motivy a rizikové faktory*. Psychiatrie pro praxi. 2006, č. 3.
- KOUTEK, Jiří a Jana KOCOURKOVÁ. *Sebevražedné chování*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2007, 128 s. ISBN 978-807-3673-499.

KRAUS, Blahoslav a Jolana HRONCOVÁ. *Sociální patologie*. Vyd. 1. Hradec Králové: Gaudeamus, 2007, 325 s. ISBN 978-807-0418-963

MALÁ, Eva. *Schizofrenie v dětství a adolescenci*. 1. vyd. Praha: Grada, 2005, 194 s. ISBN 80-247-0737-3.

MASARYK, Tomáš Garrigue. *Sebevražda hromadným jevem společenským moderní osvěty*. 1. české vyd. Praha: Čin Praha, 1926, 284 s. Spisy TGM, sv. 1. ISBN 80-864-9513-2.

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

MUCHA, Ivan. *Sociologie: základní texty*. 2. rozš. vyd. Pelhřimov: Vydavatelství 999, 2004, 302 s. ISBN 80-863-9113-2.

ONDREJKOVIČ, Peter. *Sociálna patológia*. 3. dopl. a preprac. vyd. Bratislava: VEDA, vydavateľstvo SAV, 2009, 577 s. ISBN 978-802-2410-748.

PRŮCHA, Jan, WALTEROVÁ, Eliška a MAREŠ, Jiří. *Pedagogický slovník*. 7., aktualiz. a rozš. vyd. Praha: Portál, 2013. 395 s. ISBN 978-80-262-0403-9.

Sebevraždy. In: Sebevraždy = Suicides / Vyd. Ústav Zdravotnických Informací a Statistiky ČR [online]. 2003 [cit. 2014-11-22]. ISBN 80-7280-219-4 ISSN 1210-8669. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/publikace/sebevrazdy-2002>

Sebevraždy v České republice 2006 až 2010. www.czso.cz [online]. 2011 [cit. 2014-11-22]. Dostupné z: <http://www.czso.cz/csu/2011edicniplan.nsf/p/4012-11>

SKORUNKOVÁ, Radka. *Úvod do vývojové psychologie*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2007. ISBN 978807049564.

SLOMEK, Zdeněk. *Etopedie*. 1. vyd. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského Praha, 2010, 96 s. ISBN 978-80-86723-84-6.

Sociální deviace, sociologie nemoci a medicíny. Vyd. 2., upravené. Praha: Sociologické nakl. a Sociologický ústav AV ČR, 1994, 116 p. Sociologické pojmosloví, sv. 1. ISBN 80-858-5003-6.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Vyd. 4., rozš. a přeprac. Praha: Portál, 2008, 870 s. ISBN 978-80-7367-414-4.

VÁLKOVÁ, Helena a kol. *Základy kriminologie a trestní politiky*. 2. vyd. V Praze: C. H. Beck, 2012. xxviii, 636 s. Beckovy mezioborové učebnice. ISBN 978-80-7400-429-2.

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

Zákon parlamentu České republiky č. 40/2009 Sb., *trestní zákoník*. Trestní zákoník 2014 edice ÚZ č. 870 Ostrava: Sagit, a. s., 2014, s. 43 ISBN 978-80-7208-890-6.

Přílohy:

Příloha A

Názor psychologa pracujícího ve výchovném ústavu

Zkušenosti z praxe při práci v zařízeních určených pro mládež (13-18 let)

Následující řádky je třeba vnímat skutečně jako co nejstručnější a základní popis.

Pro zjednodušení celé problematiky, která je jinak po teoretické stránce velmi obsáhlá, rozdělím pro účely tohoto shrnutí suicidální jednání do dvou základních skupin. Jde o čistě pomocné rozdělení, které by mělo umožnit lépe pochopit právě to, s čím se setkávám v praxi.

1) Do první skupiny pro tyto účely zařadím suicidální tendence u takových klientů, kde takové jednání je důsledkem psychického onemocnění. Nejčastěji jde o diagnostikovanou depresi, popřípadě silící příznaky poruchy osobnosti, především emočně nestabilní poruchy osobnosti (hraniční typ).

2) Druhou skupinu tvoří klienti, kde je suicidální jednání přítomno spíše v demonstrativní podobě, nebo se jedná o zkratkovité jednání, často spojené s určitým vydíráním, snahou o dosažení konkrétního zisku, cíle. Popřípadě je takové sebeohrožující jednání důsledkem ataky vzteku, raptu.

V praxi se u klientů nejčastěji setkávám s druhým typem. U dívek často jde spíše o sebepoškození, které někdy mívá průběh epidemie. Tzn. jedna dívka se poškrábe na ruce v místě, kde má tuší žíly a je téměř jisté, že během několika dnů budou podobně poškozené její nejbližší kamarádky. Jde spíše o sebepoškození než suicidální tendence. I když jde o převážně demonstrativní charakter sebepoškození, nelze jej podcenit.

V jiném zařízení, kde pracuji a kde jsou umístěni chlapci, v podstatě nevidám tento typ demonstrativního sebepoškození. V tomto zařízení jsou „problémoví“ klienti – sociálně deprivovaní, často agresivní, abúzus alkoholu a drog (nejčastěji THC,

pervitin). Zde může dojít (a také dochází) k situacím, kdy klient za každou cenu chce dosáhnout uspokojení nějaké své potřeby (nikotinismus) a je schopen v takovou chvíli hrozit suicidem. Někdy dochází k náhodnému propojení několika situačních faktorů a důsledkem je opět hrozba zkratkovitého jednání, jež může končit sebepoškozením. Zastávám názor, že pohotovost a připravenost popisovaných klientů ke zkratkovitému jednání a tím potencionálně závažnému sebepoškození až suicidu, je vyšší než u „běžné“ populace.

S klienty, které bych zařadil do první skupiny, se také v praxi setkávám, téměř vždy je nutná medikace.

Přímo ve své praxi (a přímo u svého klienta) jsem se zatím s dokonaným suicidem nasetkal. Je nutné zdůraznit, že i když pravděpodobnost, že k letálnímu sebepoškození dojde, je vyšší u první skupiny, tak náznaky jakéhokoliv potencionálního sebepoškození neberu nikdy na lehkou váhu.

Příloha B

Názor etopedky pracující ve výchovném ústavu

Klientelu výchovných ústavů pro mládež (chlapci), tvoří dospívající ve věku 15 až 18 (19 let) se závažnějšími poruchami chování, problematickou rodinnou anamnézou atd. V zařízeních setrvává většina z nich na základě soudního rozhodnutí, část z nich není s tímto stanoviskem soudu a rodičů ztotožněna. Zároveň se jedná o prostředí více či méně režimové, vyžadující plnění požadavků, které jsou pro chlapce mnohdy špatně akceptovatelné. Z těchto základních faktů vyplývají i jisté důsledky pro diskutované téma – suicidální jednání.

Celkově lze říci, že suicidální myšlenky, tendence a v některých případech i jednání se ve výchovných ústavech vyskytují. Část chlapců vykazujících tuto symptomatiku tvoří ti, u kterých se lze závažně domnívat, že by takového chování byli schopni (z důvodu deprese či jiného závažného duševního onemocnění, vysoce impulzivní osobnosti), u části z nich se jedná o proklamativní prohlášení a manipulaci s pracovníky výchovných ústavů. Problémem je to, že tyto dvě skupiny se od sebe mnohdy vzájemně jen velice těžko odlišují. A ani v případě, že se pracovníci domnívají, že umí správně rozklíčovat pohnutky klienta, např. že se jedná o manipulaci, nelze tyto projevy bagatelizovat, a to jak z důvodu bezpečnosti klientů, tak bezpečnosti personálu.

Velká část našich klientů byla v minulosti v péči např. pedopsychiatra, příp. byla hospitalizována v DPL či na dětských odděleních, což znamená, že jsou z tohoto hlediska zvýšeně riziková, někteří budou do budoucna skutečně stabilními pacienty s psychiatrickou diagnózou. Avšak i ti, kteří jsou ve VÚ v péči odborníků poprvé, jsou osobnosti nezralé, impulzivní, často emočně nestabilní. Proto zde vždy hrozí riziko, že to, co začalo proklamací, se může vymknout kontrole a mít fatální následky.

Co je všem případům společné, je to, že pokud klient o těchto úmyslech hovoří, příp. se sebepoškodí, nachází se aktuálně ve velice obtížné a pro něho těžce zvládnutelné situaci, je v nedobrému emočním stavu, volá o pomoc, pozornost, příp. chce ze situace/ústavu uniknout, což je poměrně častá strategie našich chlapců. Množství z nich má únik pevně zakotvený v rejstříku svých copingových strategií, jinak neumí obtížnou situaci zvládnout. Mnoho z nich mylně se domnívá, že změnou prostředí

(převozem na psychiatrii) své potíže vyřeší a zcela správně tuší, že na psychiatrických odděleních budou na ně kladeny menší nároky než ve VÚ.

Ve všech případech je nutné s klientem pracovat individuálně a pokusit se do maximální možné míry rozpoznat, o který z těchto případů se jedná a na základě toho jednat. Pokud má někdo z personálu s chlapcem navázán dobrý kontakt, je velké množství z klientů v rozhovoru schopno dobře popsat své motivy a hovořit otevřeně. Na základě toho lze často dosáhnout konsensu ohledně řešení – odložení tohoto jednání a další zmapování např. další den, dobrovolný převoz na krátkodobý pobyt na psychiatrii, ambulantní psychiatrické vyšetření či terapeutické zpracování motivů a pocitů klienta přímo ve VÚ. Při každé situaci je však nutné mít na paměti, že na stabilitu postoje našich klientů a na to, že jsme schopni plně predikovat jejich jednání, se nedá vůbec spolehnout, obecně lze klientelu ve VÚ považovat za velice náročnou.

Proto v zájmu jejich i našem je podle mého názoru dobré situaci spíše přecenit, než podcenit. Lépe býti zmanipulován, než se následně vyrovnávat s tragickou situací.

DOTAZNÍK:

1. Jméno, typ a kapacita zařízení:
2. Jaký byl celkový počet klientů za posledních 5 let?
3. Jaký je momentální počet klientů? (zahrnuje i ty, kteří jsou na útěku)
4. Jaké je věkové rozmezí klientů v daném zařízení?
5. Jaký je počet klientů, kteří se pokusili o sebevraždu za posledních 5 let? (Pokud se žádný pokus neudál, dál nemusíte vyplňovat).
6. Jednalo se o sebevražedný pokus nebo sebepoškození?
7. Věk klientů, kteří se pokusili o sebevraždu?
8. Pohlaví klientů, kteří se pokusili o sebevraždu?
9. Byli/nebyli u psychiatra?
10. Byli/nebyli hospitalizováni v psychiatrické léčebně?
11. Byli/nebyli hospitalizováni v nemocnici?
12. Ne/vyžadovali jiné lékařské vyšetření?
13. Byli/nebyli předtím v pedopsychiatrické péči?
14. Mají nějaké duševní poruchy? Pokud ano uveďte prosím diagnózy.
15. Byli/nebyli v době pokusu medikováni?
16. Kdy se pokusy udály? (hodina)
17. V jakou denní dobu se to stalo- ráno, odpoledne, večer?
18. Které dny po umístění do ústavu se pokusy udály?
19. Které dny v týdnu se to stalo?
20. Kde se pokusy udály? – ústav - pokoj, WC, dvůr, chodba, jiný prostor/mimo ústav
- doma, na ulici, v partě, jinde (uveďte kde)
21. Vliv návykových látek ano/ne. Pokud ano, jaké látky byly použity?
22. Jaké byly uvedené příčiny suicidálního jednání? - rodina/kamarádi/protest pobyt v DD-VÚ/ dostat se ven, jiné (uveďte které)