

Univerzita Palackého v Olomouci

Filozofická fakulta

Katedra psychologie

**Postoje k sebevraždám u studentů medicíny**  
**Attitudes towards Suicide among Medical Students**



**Magisterská diplomová práce**

Autor: Adriana Málková

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

Olomouc  
2015

### **Prohlášení**

Místopřísežně prohlašuji, že jsem magisterskou diplomovou práci na téma: „Postoje k sebevraždám u studentů medicíny“ vypracovala samostatně pod odborným dohledem vedoucí diplomové práce a uvedla jsem všechny použité podklady a literaturu.

V ..... dne .....

Podpis .....

# Obsah

Úvod.....	5
Teoretická část diplomové práce .....	6
1. Sebevražda .....	6
1.1. Teoretické vymezení .....	6
1.2. Dělení sebevražd .....	8
1.3. Důvody sebevražd .....	11
1.4. Způsoby sebevražd .....	13
1.5. Co zvyšuje riziko sebevražd a jaká je možná prevence.....	16
1.6. Statistika sebevražd .....	18
1.7. Sebevraždy mladistvých .....	21
2. Postoje.....	23
2.1. Teorie postojů .....	24
2.2. Utváření a změna postojů .....	25
3. Postoje různých společností k sebevraždě .....	27
3.1. Stará zaniklá náboženství .....	28
3.2. Staré Řecko a Řím .....	28
3.3. Judaismus a křesťanství.....	30
3.4. Další náboženství.....	33
3.5. Japonsko .....	34
3.6. Suicidium a legislativa .....	35
4. Výzkumy postojů k sebevražednému chování.....	36
4.1. Metody zkoumání postojů k sebevraždám .....	37
4.2. Vliv náboženství na postoje k sebevraždám.....	38
4.3. Rozdíly mezi národy v postojích k sebevraždám .....	39
4.4. Vliv pohlaví, věku, vzdělání a dalších proměnných na postoje k sebevraždám.....	41
Výzkumná část diplomové práce .....	45
5. Výzkumný problém a cíle práce .....	45
6. Stanovené hypotézy .....	46
7. Zkoumaný soubor .....	47
8. Popis zvoleného metodologického rámce a metod.....	50
9. Etika výzkumu .....	52
10. Výsledky .....	52

10.1.	Korelace jednotlivých škál dotazníků.....	52
10.2.	Tendence studentů medicíny ve vyjadřování svých postojů k sebevraždě....	55
10.3.	Vliv náboženské víry na postoje k sebevraždám .....	56
10.4.	Vliv ostatních faktorů na postoje k sebevraždám .....	60
10.	Zhodnocení platnosti hypotéz .....	65
11.	Diskuze.....	67
12.	Závěry .....	71
13.	Souhrn .....	72
	Seznam použitých zdrojů a literatury .....	76
Přílohy diplomové práce		
	Příloha 1: Formulář zadání diplomové práce	
	Příloha 2: Český a cizojazyčný abstrakt diplomové práce	
	Příloha 3: Ukázka z dotazníku EATSS	
	Příloha 4: Ukázka z dotazníku ESRSPS	

## Úvod

Lidstvo odnepaměti zajímalo, co přichází po smrti a různá náboženství k tomuto tématu poskytovala nejrůznější výklady. Jedním ze způsobů, kterým člověk může přijít o život, je sebevražda.

Důvodů pro spáchání sebevraždy může být celá řada, o čemž si také povíme v teoretické části. Podstatnou část lidí v průběhu života napadne, jaké by to bylo, kdyby dobrovolně odešli ze světa. Ve většině případů jde o poměrně nevinné úvahy, u kterých je k realizaci hodně daleko. Přesto se ale o sebevraždu každý rok pokusí či ji úspěšně dokoná nezanedbatelné množství lidí.

Známe příběhy mnoha slavných lidí, kteří zemřeli vlastní rukou. Velká část lidí také ví o někom ze svého širšího nebo i bližšího okolí, kdo se pokusil o sebevraždu. Téma sebevražd se tedy týká každého z nás, ačkoli se o něm příliš nebavíme. Stále se zdá, jakoby sebevražda ale i smrt obecně, byla do jisté míry tabu, o kterém se nemluví. Ačkoli se smrt zdá mladým lidem jako velice vzdálená, jako by se jich netýkala, je to jediná jistota v našem životě. Sebevraždy byly v lidské společnosti už od jejího vzniku. Je to jediný způsob smrti, který si můžeme zvolit skutečně sami, na rozdíl od ostatních druhů smrti je tedy závislý jen na našem rozhodnutí. Myslím si tedy, že stejně jako by smrt neměla být tabu, tak bychom měli komplexně uvažovat i nad fenoménem sebevražd. Nad tím, jaký postoj vlastně k lidem, kteří se takto rozhodnou, máme a jaké okolnosti mohou náš názor na konkrétní sebevraždu ovlivnit.

Postoje společnosti k sebevraždám se měnily v průběhu staletí od velice odmítavých až po liberálnější. Ve své diplomové práci jsem se zaměřila především na to, jaké postoje zaujímají lidé k sebevraždám dnes. Výzkum rozebíraný v praktické části se týká studentů medicíny v České republice.

# **Teoretická část diplomové práce**

## **1. Sebevražda**

Sebevražedné chování se u lidí vyskytuje již od nepaměti. Stojí v centru zájmu odborníků z řady oborů: lékařů, filozofů, sociologů, etiků, právníků, psychologů. Co se týče lékařství, to se zabývá závažným poškozením zdraví, které může vést až ke smrti. Podle charakteru zranění se léčbou poranění zabývají různí odborníci (internisté, chirurgové, traumatologové, ortopedi, neurologové, anesteziologové, odborníci na resuscitace). Po případné stabilizaci zdravotního stavu přicházejí ke slovu psychiatři a psychologové (Koutek & Kocourková, 2007a; Koutek & Kocourková, 2007b). Hort a Kocourková (2006) uvádějí, že 1 – 2 % všech intervencí na odděleních urgentní péče je v důsledku suicidálního jednání, dále toto jednání vede k 5 % příjmů na JIP. Lékař se ale se sebevrahem může setkat i na jiných klinických odděleních a otázku svého postoje k takovému člověku musí řešit častěji než ostatní lidé. Ve výzkumné části práce jsem se zaměřila právě na postoje studentů medicíny. Ve 20. století vznikl samostatný vědní obor, který se sebevraždou zabývá zejména z psychiatricko-lékařského hlediska, a to je suicidologie (Jandourek, 2012). V této práci se na sebevraždu podíváme především z pohledu psychologického. Nejprve se zaměříme na to, jak lze sebevraždu definovat.

### **1.1. Teoretické vymezení**

Podle Jandourka (2012) se v moderním vědeckém jazyce dnes více používá pojem suicidium, nicméně v běžném jazyce je stále užíván výraz sebevražda. Suicidium je latinský termín odvozený od sui, suus – svůj a caedo – bít, zabíjet (Baštecká, 2003). České slovo sebevražda je složeninou příslovce sebe a podstatného jména vražda (podobně jako v němčině selbstmord). Pochopitelně vražda v názvu mu dodává poněkud morálně nepřijatelný rozměr. Někteří vědci ho proto zcela odmítají a tvrdí, že jde o zastaralý pozůstatek náboženského předsudku a zastaralého právního pojetí (Šrajer, 2009). Z právního hlediska také nesplňuje právní kritéria vraždy (Jandourek, 2012), nicméně vzhledem k všeobecnému rozšíření v českém jazyce budeme v této práci pojmy sebevražda a suicidium používat jako synonyma.

Ve Velkém psychologickém slovníku se říká, že sebevražda je „*porucha pudu sebezáchovy či vědomé a úmyslné ukončení vlastního života, nejčastěji jako reakce na tíživou situaci spojenou se ztrátou smyslu života*“ (Hartl & Hartlová, 2010, 516).

Vymezením pojmu sebevraždy se zabývalo mnoho odborníků z nejrůznějších profesí. V 19. století vznikaly teorie, které se zakládaly především na předpokladu, že sebevrazi jsou duševně nemocní (Monestier, 2003). Jedním z odborníků, kteří posunuli pohled na sebevraždu, byl zakladatel sociologie E. Durkheim. Sebevražda je podle něho „*každý případ úmrtí, který je přímým nebo nepřímým výsledkem činu nebo opomenutí spáchaného jedincem, o němž věděl, že vede ke smrti*“ (Koutek & Kocourková, 2007b, 12). Rozlišoval sebevraždu egoistickou, altruistickou a anomickou (Baštecká, 2003; Viewegh, 1996; Šrajfer, 2009). Ačkoli on sám vnímal sebevraždu především jako čin konaný v pomatenosti, tak jeho následovníci začali koncem 19. století připouštět, že ji mohou spáchat i duševně zdraví lidé z důvodů, které znají jen oni sami (Monestier, 2003).

Poměrně známý je fakt, že první československý prezident T. G. Masaryk se tématu sebevražd také hodně věnoval. Ve své monografii Sebevražda uvádí, že je to násilný a nepřirozený způsob smrti. Sebevražda v širším smyslu je podle něj „*ten nepřirozený způsob smrti, jenž byl přivoděn neúmyslným vsahováním člověka v životní proces, ať kladným, činným vlastním jednáním, nebo záporným, trpným chováním k nebezpečím života*“ (Masaryk, 1930, 2) a takto chápané sebevraždě říká sebezabití. V užším slova smyslu je však sebevrah ten, „*kdo učiní 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, 1930, 2).

Dle Jana Prokopa si sebevrazi často nemohou být jisti, že si skutečně přivodí smrt, proto je sebevrahem ten, kdo očekává, že svým činem si přivodí smrt. Stengelova definice počítá jak s vědomím, tak i s nevědomím a sebevraždu popisuje jako „*záměrný a sebepoškozující akt, při němž si osoba, která se ho dopouští, nemůže být jista, zda jej přežije*“ (Koutek & Kocourková, 2007b, 12).

Světová zdravotnická organizace se problematice sebevražd věnuje dlouhodobě, v roce 2014 dokonce vydala zprávu o prevenci tohoto celosvětového problému, kde si stanovuje za cíl do roku 2020 snížit počet sebevražd o 10 %. Sebevražda je z jejího pohledu činem úmyslného zabití sebe sama (WHO, 2014).

Dle Vágnerové (2004) je sebevražda násilné jednání s úmyslem dobrovolně zničit vlastní život, klade důraz právě na vlastní rozhodnutí člověka. Na tom, že základními znaky jsou dobrovolný úmysl a cílevědomě zaměřené jednání, se shoduje většina prací o sebevraždách (Viewegh, 1996). Vágnerová (2004) též říká, že sebevražda může být hodnocena jako

porucha pudu sebezáchovy, avšak člověk, který se takto rozhodne, nemusí mít patologicky změněnou psychiku. V případě, že člověk nebyl schopný v dané době zhodnotit důsledky svého chování, označuje to za sebezabití.

## 1.2. Dělení sebevražd

Koutek a Kocourková (2007b) rozlišují mezi sebevražedným chováním a jednáním. Sebevražedné jednání zahrnuje konkrétní behaviorální projevy vedoucí k sebevraždě, zatímco sebevražedné chování je širší pojem. Mezi formy sebevražedného chování můžeme řadit suicidální myšlenky, suicidální tendence, suicidální pokus a dokonanou sebevraždu. Rozdíl mezi jednotlivými formami je jednak kvantitativní, ale pravděpodobně i kvalitativní (Koutek & Kocourková, 2007b; WHO, 2014).

Ještě před samotnými myšlenkami na sebevraždu se někdy objevuje presuicidální syndrom, které poprvé popsal Ringel v roce 1953. V jeho první fázi dochází k omezení iniciativy a zájmů, zúží se subjektivní prostor a člověk začíná mít nihilistické představy. Člověka nic netěší, převažuje u něj bezmoc a úzkost, nebaví ho ani dříve oblíbené činnosti, začíná se vyhýbat osobním kontaktům. Ve druhé fázi se objevují agresivní fantazie, často směřující k nějaké konkrétní osobě (ovšem agresivita je blokována), ale i vůči sobě. Ve třetí fázi jsou již popisovány suicidální myšlenky. Zajímavým faktem, je to, že často se člověk začne chovat uvolněněji a vypadá to, že jeho stav se zlepšil, ale ve skutečnosti je to způsobeno pouze tím, že se již rozhodl zabít se, a má tedy v hlavě jasno (Koutek & Kocourková, 2007b; Fischer & Škoda, 2009).

Suicidální myšlenky jsou například v období dospívání poměrně běžné. Ve většině případů u nich zcela chybí tendence k realizování. Závažnost situace hodnotíme podle intenzity myšlenek, množství času, které zabírají a také podle toho, jak jsou odklonitelné. Čím jsou myšlenky konkrétnější, tím je nebezpečí sebevraždy větší (Koutek & Kocourková, 2007b). Podle výzkumu Chylové, Pálové, Kovaničové a Breznoščákové (2011) mělo suicidální myšlenky někdy v životě přibližně 38 % lidí.

Pokud člověk začíná sebevraždu vidět jako řešení svých problémů a již konkrétněji uvažuje o způsobu provedení, hovoříme o suicidálních tendencích (Vágnerová, 2004). Právě přítomnost konkrétního suicidálního plánu je nejvýznamnějším kritériem závažnosti (Fischer & Škoda, 2009).



Sebevražedný pokus se někdy označuje latinským tentamen suicidii (Baštecká, 2003). Dle Koutka a Kocourkové (2007b) suicidální pokus nemusí být pouze nepovedenou sebevraždou. O tom, že existují i kvalitativní rozdíly svědčí například to, že sebevražedné pokusy jsou častější u žen než u mužů a je jich více u mladších jedinců. K sebevražedným pokusům jsou také více voleny měkčí metody než u dokonaných sebevražd. Dokonané sebevraždy bývají promyšlenější, pokusy mohou být častěji spontánní. Samotný úmysl zemřít nemusí být jednoznačný.

Dokonané suicidium má za následek smrt. Podle kontinuálního modelu se k němu člověk dostane právě přes sebevražedné nápady, myšlenky, tendence a pokus o sebevraždu. Na druhou stranu ne vždy musí člověk projít všemi fázemi, existují tedy i diskontinuální modely forem suicidálního jednání (Koutek & Kocourková, 2007a; Koutek & Kocourková, 2007b).

Podle Vágnerové (2004) lze rozlišit sebevraždu jako cíl a sebevražedné chování jako prostředek. Pokud je cílem, je pro člověka život nesnesitelný a chce zkrátka zemřít. Pokud je však prostředkem, člověk zemřít nechce, ale chce demonstrativním chováním dosáhnout něčeho jiného. Snaží se manipulovat lidmi, potrestat je nebo se jim pomstít.

Asi nejobvyklejší dělení sebevražd je na bilanční a impulzivní. Bilanční sebevražda je důkladně promyšlená, předchází jí dlouhodobé subjektivně závažné důvody. Člověk usoudí, že jediným východiskem je smrt, například v případě nevléčitelné nemoci. Častěji jsou takové sebevraždy dokonané (Viewegh, 1996; Vágnerová, 2004; Hartl & Hartlová, 2010; Koutek & Kocourková, 2007b; Fischer & Škoda, 2009). Impulzivní sebevražda následuje po nějakém aktuálním impulzu, člověk při ní příliš neuvažuje o tom, jak je který způsob účinný. Nejčastěji je příčinou takového zkratkovitého jednání problém v mezilidských vztazích (Viewegh, 1996; Vágnerová, 2004; Fischer & Škoda, 2009).

Dále můžeme suicidia dělit na biické a patické. U biických sebevražd vychází motiv ze skutečné reality a nemusí být spojen s žádnou patologií. Právě sem se dají zahrnout bilanční sebevraždy. Patické sebevraždy přímo vycházejí z nějaké psychické nemoci - deprese, schizofrenie, poruchy osobnosti, závislosti, akutní halucinózy atp. (Fischer & Škoda, 2009).

Specifickým druhem je účelové suicidální jednání. Člověk chce sebevraždou dosáhnout něčeho jiného než smrti, chce vyřešit nějaký svůj problém (Koutek & Kocourková, 2007b).

Podobné tomu je demonstrativní suicidální jednání. To mívá charakter vydírání druhých, zejména v případě, kdy dotyčný nemá uspokojeny potřeby sounáležitosti a lásky. U demonstrativního jednání jde o vědomé sledování cíle, kdežto u účelového o nevědomé. I tyto druhy však mohou skončit smrtí, stejně jako simulace čili předstírání sebevraždy (Koutek & Kocourková, 2007a; Koutek & Kocourková, 2007b; Fischer & Škoda, 2009).

Mezi zvláštní formy řadíme takzvanou suicidální dohodu. Dva či více lidí se domluví, že spolu spáchají sebevraždu (Koutek & Kocourková, 2007b). Kolektivní sebevražda se týká většího množství lidí a rozhodnutí zabít se vzniká v rámci sounáležitosti se skupinou. Taková sebevražda má nejenom stejné místo a čas, ale i stejný způsob a důvod. Většinou bývá reakcí na náboženské či jiné ideály. Může být zamýšlena jako oběť, útěk, ospravedlnění nebo pokání. Každého asi napadne, že k takovýmto rozhodnutím dochází nejčastěji v rámci sekt (známý je případ Svatyně lidu nebo davidianů). Ke kolektivním sebevraždám ale dochází i v bezvýchodných situacích válek, kdy lidé raději zemřou, než by byli zajati (Monestier, 2003).

U rozšířené sebevraždy se člověk pod vlivem halucinací či těžké deprese rozhodne, že z tohoto světa musí odejít spolu s ním ještě další blízká osoba. Představuje si, že pro druhého člověka by byl další život také nesnesitelný (Monestier, 2003).

O sebeobětování mluvíme tehdy, když člověk dá svůj život v sázku ve prospěch jiných lidí či určitých ideálů. Nechce zemřít, ale je ochoten podstoupit značné riziko. Sebeobětování se objevuje během teroristických útoků, válek atp. O sebezabití jsem se zmiňovala již v minulé kapitole, každopádně ho nepočítáme mezi sebevraždy. Chybí zde totiž úmysl zemřít (Viewegh, 1996; Koutek & Kocourková, 2007b; Vágnerová, 2004; Šrajfer, 2009).

V některých publikacích se hovoří též o takzvaných kumulovaných sebevraždách. Frankel a Kranzová (1998) se zamýšlí nad tím, zda je to jen mýtus vytvořený médii nebo jde skutečně o fakt. V podstatě jde o to, když se vyskytne více sebevražd v malém časovém rozmezí v jedné komunitě. Jedna sebevražda by podle teorie kumulovaných sebevražd měla vyprovokovat ty další, až se spustí epidemie. Je pravdou, že v uzavřených společnostech jako jsou vojenské kasárny, vězení, psychiatrické léčebny nebo i internátní školy se takové kumulace sebevražd čas od času vyskytují. Mnozí odborníci uznávají, že u dospívajících je náchylnost k napodobení sebevraždy větší, ale ani tak netvoří více než 5 % celkového počtu sebevražd dospívajících. Rozumný se mi zdá názor, že pokud člověk o sebevraždě nepřemýšlí, tak o ní nezačne uvažovat jen proto, že si o ní někde přečte, nebo

se o nějaké doslechne. Ale je na druhou stranu možné, že když se někdo v sebevražedných myšlenkách už pohybuje, tak mu zpráva v médiích může naznačit, že sebevražda je skutečně tím pravým řešením. Někdy může být větší počet sebevražd náhodou, jindy se odehraje v místě, kde jsou aktuální určité problémy týkající se větší skupiny lidí.

### 1.3. Důvody sebevražd

Už T. G. Masaryk (1930) vnímal nárůst sebevražednosti jako velký společenský problém a spojoval ho kromě jiného se sekularizací společnosti, což narušuje zakotvení ve světě a člověk může ztratit i smysl života. Také z pohledu dnešních výzkumů se náboženství zdá být spíše protektivním faktorem, ale i jednotlivá náboženství se mezi sebou značně liší (Koutek & Kocourková, 2007b). Jako další problém viděl Masaryk (1930) polovzdělanost lidí. Takto označoval lidi, kteří si ve škole vtloukli poměrně hodně informací do hlavy, ale praktické věci se tam téměř nenaučili.

Zjistit pravý důvod dokonané sebevraždy není někdy jednoduché, nebo zjistíme jen poslední kapku, ale důvodů mohlo být ve skutečnosti více. Jako motiv se nám může zdát třeba hádka, ale ve skutečnosti je jen spouštěčem a skutečná motivace je daleko složitější (Viewegh, 1996). Roli mohou hrát faktory osobní, sociální, psychologické, kulturní, biologické a také samotné prostředí v jakém člověk žije (WHO, 2014). Dle Koutka a Kocourkové (2007) například v roce 2000 byla motivace dokonané sebevraždy zjištěna ve 40,6 %. Nejčastějším důvodem bylo duševní onemocnění (9,8 %) či zdravotní problémy a tělesné vady (9,3 %). Dále šlo o rodinné problémy (7,1 %) a jiné osobní konflikty a problémy (6,5 %). U sebevražedných pokusů jsou zdaleka nejčastější právě rodinné problémy.

Obecně se dá říct, že „*sebevražedné jednání je nejčastěji motivováno únikem ze zátěžové situace, kterou není dotyčný jedinec schopen zvládnout jiným způsobem*“ (Fischer & Škoda, 2009, 62). Tato zátěž se člověku zdá bezvýchodná, ztrácí smysl života a vidí jediné řešení v autoagresivním chování toho nejvyššího stupně, tedy v suicidii. Podle Frankla je v naprosté většině motivem ztráta smyslu života (Vágnerová, 2004).

Duševní choroby jsou někdy tak nesnesitelné, že se lidé raději rozhodnou zemřít. Fischer a Škoda (2009) uvádějí, že až u 90 % dokonaných suicidií se dá diagnostikovat nějaká závažná duševní choroba. V 50 % sebevražd jsou přítomny deprese a další třetina je spojena se závislostí na alkoholu, schizofrenií nebo úzkostnými poruchami. Podle Horta a Kocourkové (2006) 15 – 20 % lidí s úzkostnou poruchou se o sebevraždu pokusí a o

sebevraždu se pokusí též dalších 20 % lidí s úzkostnou poruchou doprovázenou další nemocí (deprese, abúzus). Schizofrenie může vést k halucinacím či bludům, takže člověk si ublíží, ačkoli mu reálně nic nehrozí (Koutek & Kocourková, 2007b). Častěji ale schizofrenici páchají sebevraždy v období zlepšení po relapsu, nebo když se jim přidruží deprese. Sebevraždou nakonec ukončí svůj život kolem 10 % schizofreniků (Hort & Kocourková, 2006). Žít s jakoukoli duševní nemocí, která se vrací a obtěžuje život je těžké, myslím si, že zde by byla větší psychologická péče na místě.

Kvůli tělesným nedostatkům a nemocem se lidé zabíjeli od nepaměti. Rammesse II. údajně spáchal sebevraždu ve svých 100 letech poté, co oslepl. Pro hudebníka, který přijde o sluch, je to v podstatě to nejhorší, co se mu může stát. Beethoven se nejprve pokusil zabít, až poté se s hluchotou pomalu naučil žít (Monestier, 2003). Nejrizikovější pro spáchání suicidia je doba po diagnostikování nějaké závažné nemoci. Čím je prognóza v očích nemocného horší, čím větší jsou bolesti a nepříjemnosti spojené s léčbou, tím se také riziko suicidia zvyšuje. Lidé se také často zabíjejí v terminálních fázích nemoci, aby už nebyli na obtíž a aby ostatní neviděli, jak se jejich stav stále zhoršuje (Fischer & Škoda, 2009). Důvod stojící za sebevraždou má vliv i na to, jak ostatní tento čin budou přijímat a právě v případě nevyléčitelné nemoci je sebevražda nejvíce tolerována, více než například pokud za ní stojí deprese. Hort a Kocourková (2006) uvádějí, že mezi onemocnění s poměrně častými sebevraždami patří maligní nádory – zejména v pokročilém stádiu, Cushingova nemoc, Huntingtova choroba, AIDS a také roztroušená skleróza (ta zejména do 5 let od stanovení diagnózy a u lidí před 40. rokem).

Důvodem, patřícím také k nejběžnějším patří dobrovolná smrt kvůli vztahovým problémům. Někteří se k sebevraždě uchýlí po smrti své lásky, bez které si nedovedou život dál představit. Člověk může mít i představu, že po smrti budou opět spolu (Frankel & Kranzová, 1998). Jedním z nejznámějších případů je sebevražda Antonia a Kleopatry, ačkoli ti měli pravděpodobně i jiné důvody. Některé páry dobrovolně odejdou ze života kvůli tomu, že nemohou být dostatečně spolu. Jindy se člověk rozhodne potrestat člověka, který ho opustil, aby ten měl výčitky (Monestier, 2003). Příčinou sebevraždy mohou být ale i konflikty s dalšími členy rodiny, chybějící sociální opora a podobně (Fischer & Škoda, 2009).

Ve třicátých letech minulého století došlo ke krachu burzy na Wall Street. Obecně je rozšířena představa, že poté z mrakodrapů skákali majitelé akcií jeden za druhým. Podle

Milana Vodičky (2009) jde ale jen o mýtus, protože například rok před krachem bylo v období říjnu a listopadu přímo v New Yorku 223 sebevražd zatímco v roce 1929 kolem samotného krachu jen 219. Vliv na vznik mýtu měly především novinové články, které ojedinělé případy sebevražd dříve velice bohatých lidí hodně rozebíraly.

Vlna takzvaných ekonomických sebevražd přišla ale poté, kdy dolehla na celou Ameriku a poté i Evropu velká krize trvající 4 roky. Byla obrovská nezaměstnanost a podle některých odborníků právě nezaměstnanost přímo ovlivňuje vzestup sebevražd (Vodička, 2009; Minarčíková, 2012). V době krize jsou skupinou nejohroženější sebevraždou ti, kteří se nejvíce finančně a tudíž i společensky propadnou, nikoli ti úplně nejchudší (Vodička, 2009; Monestier, 2003).

Finanční krize a s ní spojené problémy jsou tedy spouštěčem sebevražd, stejně jako když jednotlivý člověk přijde o svůj majetek, peníze, prohraje je atp. Oproti tomu ve společenských krizích typu válek je počet sebevražd nižší. Neplatí to ale po prohře války, kdy strach z toho co bude, může lidi také vést s větší pravděpodobností k sebevraždám (Monestier, 2003).

U nás ne tolik častý důvod je sebevražda kvůli hanbě. Nicméně mnohdy lidé právě, aby ze sebe smyli hanbu, tak se rozhodli ukončit život. Například francouzský ministr vnitra v roce 1936 spáchal sebevraždu kvůli pomlouvačné kampani. Vojáci dají někdy přednost smrti, než aby byli zajati nebo by museli utéct z bojiště. Další lidé jsou natolik oddáni nějakému člověku či ideji, že po evidentním konci jejich snu raději zemřou. Například v Japonsku bylo velmi časté, že po smrti vládce mnozí jeho hodnostáři spáchali sebevraždu. I Hitlera po jeho smrti na onen svět dobrovolně následovalo několik věrných v čele s Goebbelsem (Monestier, 2003).

Zvláštním případem je zabít se ve prospěch jiných lidí, či pro nějaké ideály. Tomu se říká sebeobětování a mezi klasická suicidia se neřadí. Člověk se rozhodne svým činem upoutat pozornost druhých, chce, aby se nějak změnila společenská situace. Hodnoty, pro které se rozhodne obětovat život, jsou pro něj důležitější. Pro nás asi nejznámějším příkladem je případ Jana Palacha (Fischer & Škoda, 2009).

#### 1.4. Způsoby sebevražd

Obsahem sebevražedných myšlenek bývá způsob, jakým by se člověk mohl sprovodit ze světa. Lidé si vybírají způsob především podle dostupnosti, jimi představované účinnosti a

účinku dané metody. Hodnocení nebezpečnosti nemusí být vždy správné, zejména u dětí a dospívajících je často zkreslená představa účinku různých léků. Na jednu stranu tak mohou použít poměrně bezpečné léky jako acylpyrin při vážně míněném pokusu, nebo se naopak může stát, že v domnění, že se jim nic vážného nestane, užijí několik tablet paracetamolu a ačkoli úmysl zemřít nebyl myšlen zcela vážně, tak může mít předávkování závažné následky (Koutek & Kocourková, 2007a; Koutek & Kocourková, 2007b).

Způsoby provedení sebevraždy lze rozdělit na měkké a tvrdé. U měkkých metod bývá větší šance na přežití. Patří sem metody, které nevedou k okamžité smrti, jako intoxikace léky, povrchní pořezání nebo skok z relativně malé výšky. Častěji se tyto metody vyskytují u mladistvých a žen (roli může hrát představa relativně neporušeného těla, estetický vzhled mrtvolky) a u zkratkovitého jednání a u účelových a demonstrativních sebevražd. U tvrdých metod je možnost záchrany mnohem menší, patří mezi ně použití střelné zbraně, skok z velké výšky nebo oběšení (Koutek & Kocourková, 2007b; Fischer & Škoda, 2009).

Způsob provedení sebevraždy nás nezajímá kvůli technice provedení, ale spíše proto, že na výběr způsobu jak zemřít má vliv mnoho faktorů, také psychologických. Muži volí častěji radikální prostředky, kde je smrt jako výsledek téměř jistá, ženy častěji volí měkké metody, zejména otravu léky a jedy. S rostoucím věkem lidé také volí spíše tvrdé metody (Koutek & Kocourková, 2007b; Monestier, 2003).

Ačkoli v každé společnosti a době se způsoby sebevražd trochu liší, tak dlouhodobě převažuje u dokonáných sebevražd strangulace neboli oběšení. Dle Monestiera (2003) pouze ve Spojených státech je častější zastřelení. Tam tvoří zastřelení se 46 % všech sebevražd, ale v jiných státech, kde není rozšíření střelných zbraní tak velké, tvoří pouze kolem 4,5 % (WHO, 2014). Oběsit se lze ve 261 pozicích a lze k tomu použít nejrůznějších nástrojů (nejčastěji provaz, ale i různé opasky, šňůry, kravaty, kapesníky atd.). Dokonce i místa spáchání takové sebevraždy jsou velice různorodá a proto je také tento způsob tak častý, jde o dostupný prostředek možný vykonat téměř kdekoli. Například mezi lety 2006 - 2010 tvořilo v České republice oběšení téměř dvě třetiny sebevražd. Mezi pohlavími je však rozdíl, u mužů tvoří oběšení více než dvě třetiny, zatímco u žen méně než polovinu (ČSÚ, 2011). V globálním měřítku oběšení tvoří 50 % sebevražd (WHO, 2014). Se vzrůstajícím věkem podíl oběšení na celkovém počtu suicidií vzrůstá, jsou tedy ještě častější ve vyšším věku (Fischer & Škoda, 2009).

Dle ČSÚ (2011) po oběšení následuje celkově v četnosti zastřelení, otrava, skok z výšky a sebevražda ostrým předmětem. Ostatních způsobů sebevraždy u nás nebývá za rok více než 100. Mezi muži a ženami existují podstatné rozdíly ve volbě způsobu zabití se. U mužů je druhé nejčastější zastřelení, což je nejradikálnější a nejrychlejší prostředek (Monestier, 2003), pak následuje otrava a skok z výšky. U žen jsou na druhém místě otravy, následuje skok z výšky a v mnohem menším počtu na čtvrtém místě sebevražda ostrým předmětem (ČSÚ, 2011). Celosvětově po oběšení také následuje zastřelení se (18 %) a podle WHO (2014) zejména v chudých zemích je pravděpodobné, že kolem 30 % sebevražd je po požití pesticidů, což by tento způsob řadilo na jeden z nejčastějších.

Otravy jsou metodou, která dává poměrně velkou naději na záchranu života. Jsou zdaleka nejčastější u suicidálních pokusů, ale i tak tvoří velkou část dokonaných suicidií (Koutek & Kocourková, 2007b). Otravy se využívaly k odchodu ze světa již od antiky, měnily se pouze konkrétní používané prostředky (od bolehlavu a blínu přes jedovaté houby, čisticí prostředky a směrem k současnosti zejména k farmaceutickým přípravkům). Jak již bylo řečeno, častější je tento způsob sebevraždy u žen, ale také zejména v mladším věku, později i u nich začínají převažovat násilnější metody jako oběšení či skok z výšky (Monestier, 2003).

Mezi další používané způsoby patří například utopení se v řece či rybníku. Často je též spojené ještě se skokem z výšky – z mostu. Samotné zabití se skokem z výšky patří také mezi často používané způsoby. Tento způsob začal být čím dál dostupnější s růstem budov. Čtvrtý nejčastější způsob u žen je, jak jsme již říkali, sebevražda ostrým předmětem, neboli pořezání se či ubodání. To může být provedeno nožem, střepy a jakýmkoli dalšími ostrými předměty. Mezi méně časté, ale používané způsoby patří otrava plynem, nebo udušení se navlečením igelitového sáčku, což je způsob, který se začal objevovat od 50. let. Mezi poměrně drastické patří upálení se. Právě ona hrůznost a otřesnost smrti může hrát pro sebevraha roli. Pro nás asi nejznámější je upálení Jana Palacha (i když tam bylo cílem spíše sebeobětování než sebevražda, viz kapitola 1.3.). Dalším méně obvyklým způsobem, jehož obliba ale v posledních letech roste, je skok pod dopravní prostředek. Kdysi lidé skákali pod čtyřspřeží, poté pod drožky a dnes jde nejčastěji o vlaky nebo metro. Někteří lidé se také rozhodnou spolýkat nejrůznější předměty a tím si přivodit smrt, jiní vyhledávají k ukončení života šelmy a další se rozhodnou použít výbušninu (Monestier, 2003).

Obliba některých způsobů sebevražd je ovlivněna podmínkami a prostředím, jaké je v dané zemi. V Československu byla do konce 80. let velice častá otrava plynem. Tehdy se v domácnostech používal svítiplyn z černého i hnědého uhlí, obsahující oxid uhelnatý. Poté, co byl vytlačen netoxickým zemním plynem, tak se u nás otravy plynem staly vzácností (Fischer & Škoda, 2009). Naproti tomu v Číně je právě nyní nejčastějším způsobem otrava oxidem uhelnatým. Dále jsou v Číně, Hongkongu a dalších zemích s množstvím vysokých budov časté skoky z výšky. V Japonsku si například získává oblibu míchání chemikálií tak, aby vznikl sirovodík (WHO, 2014).

### 1.5. Co zvyšuje riziko sebevražd a jaká je možná prevence

Jak uvidíte zřetelně v kapitole o statistikách, tak jedním z rizikových faktorů je bezpochyby mužské pohlaví a stejně tak i zvyšující se věk člověka (Monestier, 2003; ČSÚ, 2011).

WHO dělí faktory zvyšující riziko suicidia na skupiny: zdravotní systém, společnost, veřejnost, vztahy a individuální faktory. Co se týče zdravotnického systému, jde především o překážky při získávání zdravotní péče (WHO, 2014).

Mezi rizika týkající se společnosti patří dle WHO (2014) dostupnost prostředků sebevraždy; nevhodné reportáže médií, které mohou způsobovat nápodobu sebevražd u zranitelnějších lidí; a stigma, které bývá spojeno s vyhledáváním pomoci.

Mezi rizikové faktory týkající se veřejnosti můžeme řadit válku a další katastrofy; stres spojený s asimilací v případě přestěhování se do jiné země; diskriminaci, trauma či zneužívání (WHO, 2014).

Vztahové problémy zvyšující riziko sebevraždy jsou zejména pocit izolace a nedostatek sociální podpory; konfliktní vztahy, spory a ztráty (WHO, 2014), častější je suicidální chování například u ovdovělých, rozvedených, či lidí jinak opuštěných milovanou osobou, zejména pokud nemají dostatečnou podporu ve svém okolí (Hort & Kocourková, 2006).

Na straně jedince pak riziko zvyšují především předchozí pokusy o sebevraždu. Hort & Kocourková (2006) uvádějí, že v roce po nedokonaném suicidálním pokusu je riziko dokonané sebevraždy až 100 x zvýšené, v následujících letech postupně klesá, ale zůstává ještě asi dalších 8 let zvýšené. Celkově nakonec v důsledku úspěšné sebevraždy zemře 10 – 20 % lidí, kteří se o ni dříve pokusili. Dalšími velice významnými rizikovými faktory jsou: psychická nemoc; škodlivé zneužívání alkoholu či drog; velké finanční ztráty a ztráta



zaměstnání, nebo také uvěznění (Hort & Kocourková, 2006; WHO, 2014); beznaděj; chronická bolest; sebevražda v historii rodiny; genetické a biologické faktory - například nízká hladina serotoninu (WHO, 2014).

Stejně jako existují rizikové faktory, tak na druhé straně jsou i určité protektivní faktory. Mezi takové patří dle WHO (2014), Fischera a Škody (2009) i Vágnerové (2004) zejména vřelé vztahy s rodinou a nejbližšími přáteli, kteří jsou poté v krizových situacích oporou. Také víra v nějaké náboženství může snižovat riziko sebevraždy, zejména tím, že dává světu větší smysl a člověk díky ní sdílí stejné hodnoty s dalšími lidmi. Náboženství ale na druhou stranu může zvyšovat stigma vztažené k sebevraždě. Z pozice jedince je také důležité, jaký je jeho životní styl. Pokud se člověk cítí dobře, je emočně stabilní, optimistický a používá pozitivní copingové strategie, je méně ohrožen sebevraždou.

Pokud už člověk o svých sebevražedných myšlenkách s někým blízkým promluví, symbolicky tím žádá o pomoc a je nesmírně důležité, aby se mu správné podpory dostalo. Odmítnutí v takovém případě pouze člověku potvrdí jeho domnělé představy o vlastní bezcennosti, sníží ještě více jeho sebedůvěru a podpoří pocity prázdnoty, neštěstí a zbytečnosti všeho. Nejčastějším důvodem, proč člověk o svých myšlenkách nikomu neřekne, je představa, že jim nikdo stejně nepomůže vyřešit jejich problémy a také to, že nikoho, komu by se svěřit mohli, ve svém okolí nemají (Eskin, 2003).

Znalosti rizikových faktorů, ale i těch protektivních se v posledních letech výrazně zlepšily. 28 zemí má dokonce národní strategii prevence sebevražd. Existuje také Světový den prevence sebevražd – 10. září. To, co hodně usnadnilo práci lidem snažícím se pomoci sebevrahům, byla dekriminlizace sebevraždy. Prozatím sice stále zůstává na světě 25 zemí, kde jsou určité zákony a tresty pro sebevrahy, ale drtivá většina států již sebevrahy nijak právně nestíhá. Dekriminalizace nezvyšuje počet sebevražd, ale naopak zlepšuje pomoc lidem v nouzi a zvyšuje otevřenost (WHO, 2014).

WHO se snaží vytvořit doporučení, co mohou jednotlivé země udělat pro to, aby byl počet sebevražd co nejnižší. Obecně doporučují politiku zaměřenou na duševní zdraví, na redukování zneužívání alkoholu, více se soustředit na dostupnost zdravotní péče. Dle jejich názoru u řady sebevražd impulzivního charakteru záleží na tom, jaké smrtící prostředky má člověk u sebe k dispozici. WHO tedy doporučuje omezit dostupnost pesticidů, střelných zbraní, medikamentů, smrtících plynů atd. Dobré je také mít zodpovědně informující

média. Obecně je také ještě dobré zvyšovat povědomí o duševním zdraví a o škodlivém zneužívání látek a jeho spojení se sebevraždami (WHO, 2014).

Pro zvýšeně zranitelné skupiny lidí je možné vytvářet intervenční programy, zakládat krizové linky atd. Je také možné více trénovat klíčové osoby, které mohou odhalit, že u někoho je riziko, že by se mohl zabít. Mezi indikovaná opatření pro snížení sebevraždnosti patří podpora komunit, ovlivňování suicidálního chování a zneužívání látek (WHO, 2014).

Pro prevenci sebevražd je důležité, aby spolupracovalo množství oborů - zdravotnických, sociálních, vzdělávacích, právních, ale také obchodní sektor a zemědělství a v neposlední řadě politika a média. WHO doporučuje (2014), aby se vlády snažily snížit zneužívání alkoholu, který na množství sebevražd nese podíl. Dále je dobré provádět preventivní program mezi ohroženými skupinami lidí, tedy i mezi těmi, kteří se již o sebevraždu pokusili. Důležité je nezapomínat také na pozůstalé, kteří potřebují podporu.

## 1.6. Statistika sebevražd

Na úvod je třeba říci, že ne všude na světě jsou dostupná data o dokonáných sebevraždách a jinde jsou kvůli společenskému stigmatu nebo i nezákonnosti sebevraždy informace o počtu sebevražd velmi podhodnocené (WHO, 2014). Také část z neobjasněných úmrtí může připadat na sebevraždy. Dále také některé dopravní nehody a další úmrtí mohou být ve skutečnosti úmyslným spácháním sebevraždy. Záznamy o sebevražedných pokusech se nevedou, ale například Fischer a Škoda (2009) uvádějí poměr suicidálních pokusů a suicidií 10:1, s tím, že ženy se pokoušejí o sebevraždu 3x častěji než muži, ale dokonáných sebevražd je podstatně více u mužů.

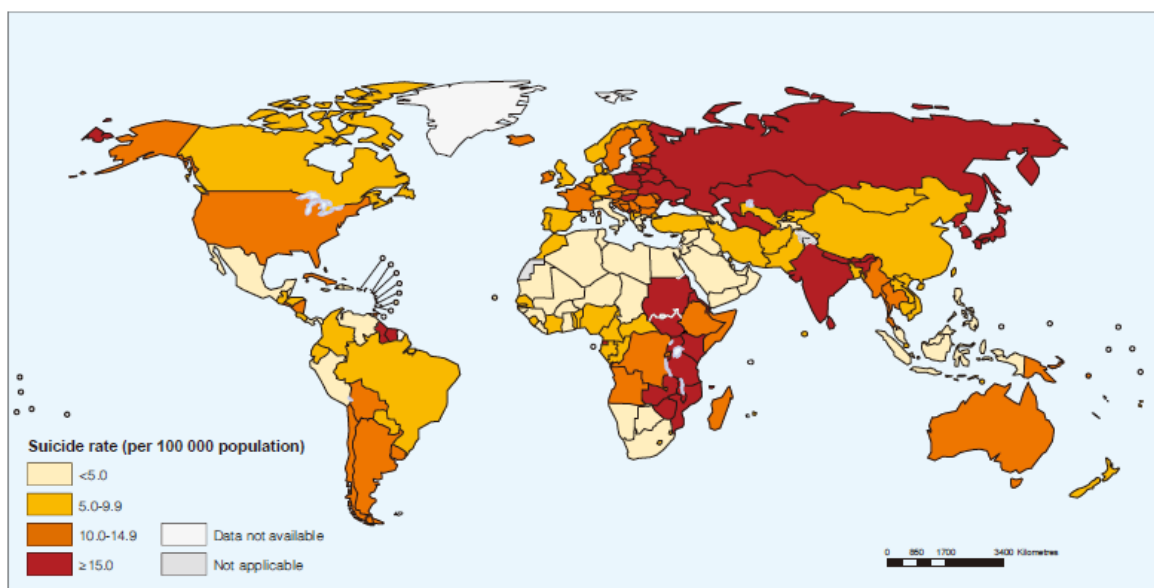
Údaje o počtu sebevražd na území dnešní České republiky má ČSÚ zpracované od roku 1876 do roku 2010. Absolutní maximum bylo dle oficiálních údajů dosaženo v roce 1934. Po druhé světové válce počet sebevražd nejprve stoupal, a od 70. let naopak klesal, až k absolutnímu minimu v roce 2007. Poté začaly počty sebevražd mírně stoupat, nicméně do roku 2010 byly stále nižší než v předchozích poválečných letech (ČSÚ, 2011).



Graf č. 1: Vývoj počtu sebevražd v ČR a na území srovnatelném s dnešní ČR od roku 1875 do roku 2010 (ČSÚ, 2011, 7).

Pokud srovnáme sebevraždy s ostatními důvody úmrtí z vnějších příčin, získáme ještě trochu jiný pohled na současnou situaci. Zde nyní podíl sebevražd stále stoupá, v roce 2010 tvořily sebevraždy čtvrtinu všech úmrtí z vnějších příčin. Jejich podíl však býval do 80. let ještě podstatně větší. Například obětí dopravních nehod je tradičně méně než sebevrahů, ale v posledních několika letech vzrostl rozdíl až na 595 osob v roce 2010, což je nejvíce za posledních 21 let (ČSÚ, 2011).

Podle Světové zdravotnické organizace (2014) každých 40 sekund někde ve světě zemře člověk po spáchání sebevraždy. Odhaduje se, že v roce 2012 na celém světě zemřelo v důsledku sebevraždy 804 000 lidí, v průměru tedy 11,4 osoby na 100 000 obyvatel (15 u mužů a 8 u žen). Sebevraždy tvoří celkově 1,4 % úmrtí, jsou tedy na patnáctém místě příčin smrti. Ve vyspělejších zemích je procento v průměru dokonce 1,7; zatímco v méně vyspělých státech 1,4 %.



Obrázek č. 1: Míra sebevraždy na celém světě v přepočtu na 100 000 obyvatel (WHO, 2014, 19).

Proti roku 2000 se celkový počet sebevražd na světě snížil o 9 %, ale v různých oblastech světa je různý vývoj. V chudších a středně bohatých státech Afriky došlo ke vzestupu až o 38 % a naopak v chudších a středně bohatých státech oblasti západního Pacifiku byl zaznamenán pokles o 47 % (WHO, 2014).

Sebevražda byla v České republice vždy častější u mužů než u žen. Od konce druhé světové války do roku 1990 se poměr sebevražd mužů a žen pohyboval mezi 2,2-2,5 : 1. Rozdíl se však od devadesátých let neustále zvětšuje. V posledním zkoumaném období 2006 - 2010 připadalo na 1 sebevraždu ženy 4,8 sebevražd mužů (ČSÚ, 2011). V celosvětovém měřítku tvoří sebevraždy 50 % všech násilných úmrtí u mužů a 71 % u žen. Je zajímavé, že v bohatších zemích je sebevražda u mužů přibližně třikrát častější než u žen, zatímco v chudších státech bývá poměr sebevražd mužů a žen méně než 1,5 (WHO, 2014).

Četnost sebevražd se stoupajícím věkem roste, prvního vrcholu dosahuje mezi 50 a 54 lety, poté se relativní počet sebevražd snižuje až do věku 60-64 let a následuje opětovné narůstání (ČSÚ, 2011). Tento efekt se potvrzuje celosvětově, neboť téměř ve všech státech je nejvyšší procento sebevražd u lidí starších 70 let (WHO, 2014).

Počet sebevražd je velice výrazně ovlivněn ročními obdobími. Nejvíce jich lidé provedou v jarních měsících. V letech 2006 – 2010 jich absolutně nejvíce bylo v březnu,

v předchozích letech v dubnu. Nejméně sebevražd je naopak v prosinci. Co se týče dnů v týdnu, tak nejčastěji si lidé vybírají pro sebevraždu začátek týdne, tedy nejvíce pondělí, v následujících dnech průměrný počet klesá. Ve sváteční dny jako jsou Velikonoce, Vánoce a Silvestr je počet sebevražd pod průměrem, naopak 1. ledna je počet výrazně nadprůměrný (ČSÚ, 2011).

Ve srovnání se Slovenskem je v České republice větší počet sebevražd na 100 tisíc obyvatel. V ČR je to 13,7, zatímco v SR 10,5. V ČR mají ženy o něco větší podíl na celkovém počtu sebevražd. Proměnné jako věk, způsob provedení, den v týdnu, či měsíc jsou velice obdobné v obou zemích. (ČSÚ, 2011).

### 1.7. Sebevraždy mladistvých

Na závěr tohoto oddílu bych se ještě ráda krátce věnovala problému, který současnou společnost ohledně sebevražd tíží asi nejvíce a to jsou sebevraždy mladistvých. U mladých lidí mezi 15 a 29 lety je sebevražda druhým nejčastějším důvodem úmrtí (Kocourková & Koutek, 1996; WHO, 2014).

Uvádí se, že ireverzibilitu smrti začnou děti chápat mezi 9. a 11. rokem. Suicidium u mladších dětí je velice vzácné, nicméně se vyskytuje také. Má se za to, že takto malé dítě nechápe definitivnost smrti a má například fantazii, že se setká se svými zemřelými blízkými, nebo že se stane andělem - ovšem podobné úvahy o posmrtném životě či reinkarnaci se objevují i u dospělých (Koutek & Kocourková, 2007b; Monestier, 2003). Postoj dítěte ke smrti ovlivní kromě jeho kognitivní zralosti také emocionální procesy, obranné mechanismy a interpersonální vztahy s blízkými osobami. Pro vnímání smrti je nesmírně důležitá i osobní zkušenost se smrtí někoho z rodiny nebo i domácího mazlíčka a také to, v jaké situaci k smrti došlo, jak reagovali rodiče atd. (Kocourková & Koutek, 2002). Po 10. roce se sebevraždy stávají častějšími a kulminují mezi 15. a 24. rokem (Koutek & Kocourková, 2007b).

Podle Kocourkové a Koutka (2002) je rozdíl mezi konceptem smrti u normálních a suicidálních dětí. U normálních dětí jde především o jejich osobní zkušenost a jejich prožívání smrti má charakter smutku. Suicidální děti se oproti tomu tématem smrti zabývají ve svých fantaziích a tyto představy mají až agresivní a autoagresivní znaky. Častěji myslí také na posmrtný život a smrt sebe nebo někoho z blízkých. U adolescentů je zabývání se smyslem života a jeho konečností poměrně běžné. Hledají svou identitu a

hodnoty. Vliv na jejich postoj ke smrti mají často média a specifické skupiny, jichž se stávají členy a se kterými se identifikují.

Z dosavadních výzkumů můžeme vyvodit rizikové faktory, které platí zejména pro mladistvé, ale hodně se překrývají i s faktory týkajícími se celé populace. Stejně jako u dospělé populace i zde je psychické onemocnění jedním z velkých rizik pro zvolení si sebevraždy. Zejména depresivní symptomy zcela jasně zvyšují četnost sebevražedných myšlenek i pokusů. Další okruhy psychických onemocnění, které zvyšují riziko sebevraždy, jsou úzkostné poruchy, poruchy příjmu potravy, poruchy chování (Chylová, Pálová, Kovaničová, & Breznošćáková, 2011; Kocourková & Koutek, 2002; Evans, Hawton & Rodham, 2004).

Roli mohou samozřejmě hrát i dědičné faktory. Koutek a Kocourková (2007b) to dokládají na příkladu konkordance 18 % u sebevražd jednovaječných dvojčat. Předchozí výskyt suicidia v rodině má kromě dědičnosti vliv i na psychiku a může se stát pro dospívajícího modelem řešení krize. Sebevražda v rodině (například sourozence) je zejména pro nedospělého člověka traumatizující a představuje rizikový faktor pro případné vlastní sebevražedné chování (Kocourková & Schmidtová, 2006). Nefungující rodinné vztahy, ztráta základní vztahové osoby, dlouhodobé konflikty, citová deprivace, fyzické či psychické týrání, sexuální zneužívání (Koutek & Kocourková, 2007a; Evans et al., 2004), komplikovaný rozvod rodičů, to vše jsou faktory na straně rodiny, které mohou zapříčinit to, že se mladý člověk pokusí zabít. Protektivním faktorem je naopak fungující rodina, kde je dobrá komunikace a je poskytována přiměřená citová vazba (Kocourková & Koutek, 2002; Koutek & Kocourková, 2007b; Evans et al., 2004).

Podobně jako u dospělých i u adolescentů je mezi sebevrahy značné procento těch, kteří zneužívají návykové látky včetně alkoholu (Koutek & Kocourková, 2007a). Zajímavé ale je, že existuje i pozitivní korelace mezi kouřením cigaret a suicidiem (Evans et al., 2004).

Dospívající, kteří uvažují o sebevraždě nebo se o ni pokusí, mají často sníženou sebeúctu (Evans et al., 2004). Černá (2011) uvádí, že mívají pocit, že nejsou v rodině dost milováni, nejsou chápáni, nevědí, co se svým životem a cítí se být v jakémsi prázdnu. Mají pocit izolace, cítí, že není jiné východisko. Školní neúspěch může znamenat pro citlivější jedince konec světa. Koutek a Kocourková (2007b) uvádějí, že v 6 % sebevražedných pokusů u dětí a dospívajících jsou jako důvod uváděny školní problémy a v dalších 14 % se k tomuto přidávají konflikty s rodiči. S přiměřeným sebevědomím souvisí nutně zapojení se

v kolektivu a dobrá pozice mezi vrstevníky. Špatné vztahy s vrstevníky děti a dospívající velice trápí a mohou vést až k suicidiu (Evans et al., 2004; Černá, 2011). Šikanovaní, dospívající s pocitem nedostačivosti, nějak vybočující, ti všichni jsou zvýšeně ohroženi sebevraždou. Často jde o obézní chlapce, ale obrovský vliv má i sociální situace rodiny. Chránit dítě (dospívajícího) naopak mohou zájmové kroužky (Koutek & Kocourková, 2007b).

Pro dospívající, kteří zjistí, že mají homosexuální orientaci (případně i bisexuální), bývá těžké se s tím vyrovnat. Problémem je i to, jak takovou zprávu přijme okolí. Bohužel se tedy stává také to, že právě tito jedinci častěji řeší svou situaci suicidálním jednáním (Evans et al., 2004).

Z psychodynamického pohledu je riziko suicidálního chování vyšší u těch adolescentů, u kterých je nějak ztížen separační vývojový proces a kde zůstává vnitřně konfliktní a ambivalentní vazba k některému rodiči. Adolescent zůstává závislý na rodiči, a to v něm vyvolává vztek a hostilitu. Mladý člověk se z tohoto stresu snaží uniknout různými způsoby, někdy bohužel suicidálním chováním, jehož smyslem může být i „*přání splynout se ztraceným idealizovaným objektem, přání pomstít se frustrujícímu objektu ale také sebezpečenosti a popření smrti*“ (Kocourková & Koutek, 1996, 535).

U mladých lidí je hodně sebevražedných pokusů oproti dokonaným sebevraždám. Cílem často není ani tak smrt, ale spíše volání po nějaké změně. Tito lidé si prostě už nevědí rady, život je pro ně nesnesitelný a tomu se snaží uniknout za každou cenu (Frankel & Kranzová, 1998; Koutek & Kocourková, 2007b). Motivem sebevražedného pokusu bývá i touha získat větší pozornost okolí, snaha uniknout z neuspokojivého prostředí nebo tím osoba vyjadřuje i přání ublížit svým činem druhým (Kocourková & Koutek, 2002). Abychom mladému člověku mohli pomoci najít i jiné východisko, je nutné zjistit příčiny, které ho k úvahám či pokusu o sebevraždu vedou.

## **2. Postoje**

Jelikož se i v samotném názvu práce vyskytuje slovo postoje, je nutné věnovat pár odstavců i tomuto pojmu. Definic existuje mnoho, a tak alespoň pro ukázkou uvádím tu z Velkého psychologického slovníku. V něm se uvádí, že postoj je „*hodnotící vztah vyjádřený sklonem ustáleným způsobem reagovat na předměty, osoby, situace a na sebe sama*“ (Hartl & Hartlová, 2010, 431).

Postoje jsou nedílnou součástí osobnosti, získáváme je v průběhu celého života spolu s vědomostmi a dovednostmi a to především v procesu vzdělávání a při sociálních interakcích. Jsou poměrně trvalé, i když se mohou časem vyvíjet a někdy i razantně měnit. Dle Hartla a Hartlové (2010) obsahují poznávací, citovou a konativní složku. Jelikož je lze měřit kvantitativně pomocí různých škál, využila jsem toho i v rámci mého výzkumu.

Studium postojů je důležité proto, že postoje do značné míry řídí naše chování a jsou důležité pro náš společenský život. Postoje ovlivňují na úrovni jedince naše vnímání (více si všimneme věcí kongruentních s našimi postoji), myšlení a chování (ne vždy však platí, že se chováme, jak by se podle našich postojů dalo předpokládat). Na interpersonální úrovni je zase nejčastěji odhalujeme ostatním a zjišťujeme postoje druhých, což činí svět předvídatelnějším. A nakonec na meziskupinové úrovni stojí postoje k vlastní skupině a ostatním skupinám (Hewstone & Stroebe, 2006).

## 2.1. Teorie postojů

Jako první zavedli v roce 1918 pojem postoje Thomas a Znaniecki. Chápali ho jako „*vědomý vztah jedince k hodnotě*“ (Nakonečný, 1995, 188). Termín se ujal, ale brzy začalo být poměrně nejasné, co si pod ním představit, protože se objevila celá řada různých definic. Například G. Allport vnímal postoje jako „*mentální a nervový vztah pohotovosti, organizovaný zkušeností a vyvíjející direktivní nebo dynamický vliv na odpovědi individua vůči všem objektům a situacím, s nimiž je v relaci*“ (Nakonečný, 1995, 188).

Postoje mohou být pozitivní, negativní, smíšenou nebo lhostejnou reakcí na osobu, objekt nebo myšlenku (Hewstone & Stroebe, 2006; Kassin, 2007), mohou být různě komplexní – od jednoduchých názorů až po složitá poznání, a jak již bylo v úvodu řečeno, jsou poměrně konzistentní, ovlivňuje je jednak individuální zkušenost jedince, ale také kulturní prostředí, ve kterém žijeme. Pro naši práci je ještě důležité si uvědomit, že jde o hypotetické konstrukty, které nelze přímo pozorovat, ale můžeme je pouze odvozovat z chování a zejména z toho, co nám sami lidé o sobě řeknou (Nakonečný, 1995; Gillerová, 2000).

Jedním z klasiků, zabývajícím se postoji včetně jejich definování, je Raymond B. Cattell. Podle něj se osobnost skládá z rysů, motivace a stavů nálady. Rysy dělíme na temperamentové (způsob individuálního projevu), rysy schopností (úspěšnost dospět ke stanovenému cíli) a dynamické (vyjadřující vztah jedince k určitému obsahu a cíli). Právě mezi dynamické rysy patří vedle nejjednodušších jednotek osobnosti - ergů a složitých osobnostních dispozic sentimentů také postoje. Jsou to získané osobnostní dispozice



propojující ergy – fyziologické aspekty postoje, a sentimenty – společenské aspekty. Postoje jsou různě intenzivní a také kvalitativně se liší a vyjadřují vztah člověka k něčemu (Cakirpaloglu, 2012).

Například Jung se věnoval zejména dvěma základním postojům: extraverci a introverzi. Jeden z těchto postojů je u člověka vždy dominantní, zatímco ten druhý je upozaděný. Navenek se projevuje většinou pouze onen vůdčí postoj, se kterým se jedinec ztotožňuje. Vždy však existuje skrytě druhý pól působící nevědomě a často kompenzuje činnost vůdčího postoje (Cakirpaloglu, 2012).

V sociální psychologii se objevily teorie postojů, které se dají rozdělit do tří skupin. První, nejstarší, avšak stále velice rozšířený je tříložkový model. Podle něj se postoje skládají z kognitivní, konativní (behaviorální) a emocionální složky (Nakonečný, 1995; Hayesová, 1998; Gillerová, 2000; Řehan, 2007; Hewstone & Stroebe, 2006). Tento model byl v padesátých letech dvacátého století nahrazen dvousložkovým modelem, který se skládal pouze z kognitivní a emocionální komponenty. V současné době se řada vědců přiklání k jednosložkovému modelu, se kterým přišli Fishbein a Ajzen. Postoj vychází pouze z emocionální složky. Kognitivní komponenta nese své vlastní označení přesvědčení a behaviorální stránka je tvořena záměrem a aktuálním chováním (Řehan, 2007).

## 2.2. Utváření a změna postojů

Postoje ovlivňuje řada věcí. Například temperament, s jakým se narodí dítě, ovlivní později to, jaké bude mít postoje vůči zaměstnání, domácnosti či partnerovi. Dále samozřejmě pozměňuje postoje to, s čím se v životě setkáme: výchova v rodině a její názory, média, přátelé, idoly atd. (Hayesová, 1998; Cakirpaloglu, 2012). Existují i genderové rozdíly v postojích. Tyto rozdíly mohou být jednak dané výchovou a dalšími vlivy prostředí, nebo mohou být do jisté míry biologicky dané (Kassin, 2007). „*Mezi vlivy, které působí na vnímání sociálního světa, patří předsudky (předem dané soudy), stereotypy (úsudky o skupině lidí) a sociální reprezentace (novodobé „mýty“)*“ (Tavel, 2007, 7).

Dle Tavela (2007) jsou předsudky postoje k osobě či věci, které člověk zaujímá bez reálné zkušenosti či bez ohledu na ni. Často se týkají sociálních stereotypů (zobecnění negativních představ o nějaké skupině). Šíření předsudků ve společnosti způsobuje jednak konformita (čím konformnější lidé, tím snadněji přijmou předsudky) a jednak může mít vliv sociální učení. Stereotypy jsou soubory představ o osobnostních či tělesných rysech

určité skupiny lidí. Slouží k rychlému zpracování a ukládání informací, ale zároveň je zkreslují.

To, jak snadno a do jaké míry jsme ochotni změnit náš postoj, závisí dle Kreche, Crutchfielda a Ballacheye (1968, in Nakonečný, 1995) na charakteristikách systému postojů, osobnosti a příslušnosti jedince ke skupině. Snadnější jsou dle nich kongruentní změny než inkongruentní. Obecně jsou ke změnám nejodolnější extrémní postoje. Složitější postoje je obtížnější změnit než jednoduché, stejně tak je to obtížnější u konzistentních postojů. Postoje bývají provázané s dalšími postoji a jsou na sobě vzájemně závislé a v takovém případě interkonexe se nemění snadno. Může se ale stát také to, že dojde k naprostému převrácení postoje, tedy ke konverzi. Tyto změny jsou normálně vzácné, ale například v dobách hromadných ideových otřesů se vyskytují poměrně často.

Vliv na naše postoje mají také druzí lidé. Procesu přesvědčování, které vede ke změně postoje, se říká persuaze (Hewstone & Stroebe, 2006), Kassin (2007) ji nazývá jako persuaci.

Procesy přesvědčování můžeme dle Hewstona a Stroebeho (2006) dělit podle toho, jaké vyžadují kognitivní úsilí. Nejmenší úsilí stojí klasické podmiňování, kdy určitý podnět opakovaně spojujeme s něčím pozitivním či negativním. Podobné je to i s operantním podmiňováním, při kterém má určitá reakce pozitivní nebo naopak negativní důsledky. Dalšími jednoduchými procesy, které ovlivňují postoje, jsou naše pocity a subjektivní zkušenosti a pak také takzvané heuristické zpracování informací, kdy se rozhodujeme podle jednoduchých pravidel, která máme uložená v paměti. Heuristika se uplatňuje, zejména pokud jsme málo motivováni, nebo nejsme schopni použít složitější zpracování informací. Větší kognitivní úsilí poté vyžaduje přesvědčování, při kterém se využívá zpracování obsahu sdělení. Využije-li se aktivního myšlení a člověk skutečně přemýšlí o daném tématu, může to hlouběji ovlivnit jeho postoje než u člověka jen pasivně přijímajícího informace. Z tohoto dělení procesů přesvědčování vychází heuristicko-systematický model. Obecně vyžaduje systematické zpracování určitou motivaci a schopnosti, při nižší motivaci či schopnostech převažuje heuristické zpracování.

Podle modelu pravděpodobnosti rozpracování může změna postoje probíhat přímo argumenty obsaženými ve sdělení centrální cestou - ovlivňujeme postoje přímo silou a kvalitou argumentů. Druhou cestou je periferní cesta přesvědčování, kdy postoje lidí ovlivňuje vzhled mluvčího, slogany, vtipy, bonmoty, emoce, reakce publika, heuristiky,

podmiňování a další ne tak náročná vodítka. Druhý způsob je lepší v případě, kdy chceme změnit postoj na něco u člověka, který k této oblasti nemá dostatek informací, zájem a motivaci. Centrální cestou se ale tvoří pevnější postoje, tato změna bývá trvalejší (Hayesová, 1998; Hewstone & Stroebe, 2006; Kassin, 2007). Podle Nakonečného (1995) vícestranné argumenty lépe uspějí u inteligentnějších lidí, zatímco u méně inteligentních osob je lepší volit spíše jednostrannou argumentaci.

Úspěšnost toho, jak se někdo snaží pozměnit náš postoj, závisí do značné míry na tom, jakou v nás vzbuzuje důvěru. Jsme ochotni více věřit odborníkům v daných oblastech. Záleží také na samotné struktuře a obsahu zprávy. O pravdivosti sdělení nás přesvědčují slova vyjadřující jistotu – samozřejmě, není sporu o, apod. (Hayesová, 1998).

Teorie kognitivní disonance vypovídá o tom, že lidé mění své postoje také proto, aby ospravedlnili své chování, které by se jinak neslučovalo s tím, jaké názory zastávají. Pokud se například rozhodneme udělat něco, co je jinak naprosto v nesouladu s našimi postoji, a nedokážeme toto chování dostatečně odůvodnit, raději změníme postoj, jinak by vznikla takzvaná kognitivní disonance (nerovnováha), což je nepříjemný stav tenze. Tento nesoulad je zdrojem změny postojů – buď změníme nějaký svůj postoj anebo přidáme další, který umožní interpretovat situaci jinak (Hayesová, 1998; Hewstone & Stroebe, 2006; Kassin, 2007). Alternativou k teorii kognitivní disonance je teorie sebepercepce, podle které si člověk své postoje utváří atribuováním. Obě teorie se ale také dají syntetizovat, teorie sebepercepce lépe sedí na postoje, které nejsou příliš vzdálené od těch původních, a kognitivní disonance naopak lépe vysvětluje pozici, kdy jsme s původním postojem naprosto v rozporu (Hewstone & Stroebe, 2006).

### **3. Postoje různých společností k sebevraždě**

Jak jsme si již řekli, sebevraždy se v lidské společnosti vyskytují od pradávna. Samozřejmě existují transkulturní rozdíly v četnosti suicidálního chování a stejně tak i postoje k němu se v jednotlivých zemích liší a mění se v různých dobách. Podle Viewegha (1996) souvisí sebevražedné jednání s lidskými hodnotami a s postojem ke smrti obecně. A tento postoj je ovlivněn i historicky a sociokulturně. My si nejprve trochu představíme postoje starých civilizací k sebevraždám a budeme se dále posouvat v čase až do současnosti.

### 3.1. Stará zaniklá náboženství

Ve starém Egyptě nebyla sebevražda nikdy přijímána s nadšením. Člověk měl zemřít přirozeně, až přijde jeho čas. Jedinou výjimkou byly sebevraždy ve městě Napata, kde podle zákonů bohové mohli nařídít skrze Amonovy kněze, aby se nějaký člověk zabil. Samozřejmě toho kněží zneužívali a tak byly tyto praktiky, poté co byl sám faraon vyzván k sebevraždě, zastaveny (Monestier, 2003).

Starí Keltové považovali za nejlepší zemřít v boji. Pokud se to některým během jejich života nepoštěstilo, raději se dobrovolně vrhali ze skal nebo nalehli na meč, protože smrt v důsledku stáří považovali za potupnou (Monestier, 2003; Koutek & Kocourková, 2007b). V keltském ráji měli osud mnohem lepší než jako živí. Podle Monestiera (2003) například Gótové označovali smrt těch, kteří podlehli stáří, za smrt starých žen. Takto zesnulí museli navždy sedět v jeskyni s odpadky a jedovatými živočichy. Pro bojovníky, kteří nějak selhali nebo byli zajati, bylo téměř nutností se sprovodit ze světa. Podobný přístup k umírání nacházíme jak u Skandinávských, tak u Galských kmenů a Germánů. Zcela běžné bylo také to, že vdovy musely doprovodit ve smrti své manžele.

V předkolumbovské Americe byly sebevraždy motivovány zejména nábožensky. Mayové měli dokonce bohyni sebevražd Ixtab, zobrazovanou s provazem kolem krku. Mayové, kteří se oběsili, putovali na zvláštní místo na nebi. Inkové se za velkých epidemií a dalších závažných okolností mohli obětovat bohům. Aztékové mohli nicotě uniknout jen významnými skutky v životě nebo způsobem smrti. Mezi takovou smrt patřila i sebevražda. Zejména utopení zajišťovalo, že se člověk dostane do nejkrásnějšího ze 13 nebeských světů (Monestier, 2003).

### 3.2. Staré Řecko a Řím

Z dějin antického Řecka a Říma známe mnoho slavných osobností, které si vzaly život. Postoje k sebevraždám se ale v průběhu času a také mezi jednotlivými filozofickými školami dost měnily. V Thébách a na Kypru byla v určité době těla sebevrahů okamžitě pálena i bez upozornění rodiny, zatímco později dával senát dokonce povolení k sebevraždám v oprávněných situacích. V řecké mytologii není sebevražda nikde odsuzována. Dokonce někteří hrdinové svou sebevraždou dosáhli nesmrtelnosti. Herakles po svém sebeupálení vstoupil na Olymp. Thisbé, zoufalá ze ztráty Pýrama, dala svou smrtí vzniknout červené barvě morušovníků (Monestier, 2003).

A nyní k jednotlivým filozofickým školám. Podle H. R. Feddena můžeme rozlišovat tři skupiny. Pythagoras, Aristoteles a epikurejci byli proti sebevraždám, Platon a Sokrates stáli někde mezi a kynikové a stoikové sebevraždy akceptovali (Kaplan & Schwartz, 2000).

Pro pythagorejce byla sebevražda vzpourou proti matematice vytvořené bohy. Smrt podle nich nastane, když je ten pravý čas a tehdy má být přijata. Sebevrahova duše narušuje přirozenou rovnováhu ostatních duší, které se momentálně volně pohybují po světě, a proto musí být odmítnuta (Kaplan & Schwartz, 2000).

Podle Aristotela je sebevražda bezpráví vůči společnosti, člověk má však za určitých okolností právo takto ukončit život (Koutek & Kocourková, 2007b), nicméně je to zbabělé jednání. Rozlišuje veřejný a soukromý aspekt suicidia. Podle Aristotela člověk jedná nespravedlivě vůči sobě a také vůči společnosti (Viewegh, 1996; Kaplan & Schwartz, 2000).

Platón vnímá suicidium jako zbabělý čin úniku ze společenských povinností. V případě těžké nemoci ji však i on připouští (Šrajfer, 2009). Platón odsuzuje sebevraždy z omrzelosti či ze strachu způsobeného každodenními životními těžkostmi. Poté by měl stát takového člověka potrestat. Kromě těžké nemoci je však dle Platóna sebevražda přípustná i v případě, že tak rozkáže obec, jako tomu bylo u Sokrata (Balunová, 2012; Kornatovská, 2013).

Kynikové a stoikové do značné míry sebevraždy přijímali (Šrajfer, 2009; Koutek & Kocourková, 2007b). Diogenes - zakladatel školy kyniků, i Zenon - zakladatel stoicismu, spáchali sebevraždu. Kynikové žili prostý život nepřipoutáni k jakémukoli majetku a sebevražda pro ně byla přijatelným řešením, pokud žádné lepší neviděli. Sebevražda pro ně byla lhostejná, nepřikládali jí větší důležitost (Kaplan & Schwartz, 2000).

Pro stoiky byla jediným dobrem ctnost a právě ctnost byla cílem lidského života (Kornatovská, 2013). Stoikové vycházeli z toho, že by se člověk měl zbavit všeho, co na něj drtivě doléhá a měl by pohrdat vším, co je nezávislé na jeho vůli, tedy i smrtí. Podle stoické filozofie by měl člověk odejít ze života, pokud mu to jeho rozum doporučí (Fischer & Škoda, 2009). Člověk by si na život neměl stěžovat, neboť ho v něm nikdo nedeří (Kornatovská, 2013). Kvalita života byla pro stoiky důležitější než jeho délka (Vágnerová, 2004). Nejvíce se báli ztráty kontroly nad životem. Podle Zenona je cílem žít v souladu

s přírodou, pokud takový život člověk nemá, tak je sebevražda moudrou volbou (Kaplan & Schwartz, 2000).

Římský stoicismus byl podobný tomu řeckému a měl za následek akceptaci suicidia i zákony. Senát rozhodoval o oprávněnosti žádosti o sebevraždu. Římský filozof Seneca sebevraždu také sám spáchal a dle Viewegha (1996) prohlašoval, že nejlépe je na světě zařízeno to, že do života je sice jen jeden vchod, ale možných východů je mnoho. V tom si nemáme na co stěžovat, nic nás v životě pevně nedrží a můžeme kdykoli odejít. Podle Seneky může člověk sám zemřít tehdy, když uzná, že je na to správný čas. Pro stoiky smrt není zlo a sebevražda je možná, je potvrzením svobody člověka. Neměla by však být aktem vášně a emocí, ale provedená po filozofické úvaze a provést by ji měl pouze moudrý člověk (Kaplan & Schwartz, 2000).

Pro epikureismus je zásadní myšlenka ta, že tělesná a duševní slast či štěstí člověka je tím, o co bychom se v životě měli neustále snažit. Bolesti a trápení by se člověk měl snažit vyhnout (Monestier, 2003; Kaplan & Schwartz, 2000). Samotný Epikúros považuje sebevraždu za zbytečnou, zároveň ale je podle něj zbytečný strach ze smrti, protože smrt je pro nás ničím – když jsme tu my, není tu smrt, a když je tu smrt, už tu nejsme my (Kaplan & Schwartz, 2000). Po smrti se duše rozpadá, tím se ztrácí ze smyslového vnímání, a co není v něm, to se nás nijak netýká (Cetl, Horák, Hošek & Kudrna, 1985). Epikúrov pokračovatel Hegesias se k sebevraždě staví už tak, že pokud je v životě více bolesti než radosti, tak je jediným logickým východiskem právě smrt (Kaplan & Schwartz, 2000).

### 3.3. Judaismus a křesťanství

Judaismus zaujímá k sebevraždě víceméně odmítavý postoj, považuje ji za hřích (Frankel & Kranzová, 1998), v talmudu je odsuzována, ale nikdy nebyla tak trestána, jako u křesťanů. Mnoho Židů raději dobrovolně ukončilo život, aby unikli pronásledování. Bojovníci se často raději zabili, než aby padli do zajetí. Známý je případ kolektivní sebevraždy v Massadě, kdy poté, co bylo jasné, že pevnost bude dobyta, tak se všichni včetně žen a dětí raději zabili (Monestier, 2003). Navíc, jak jsme si již řekli, ve Starém zákoně jsou zaznamenávány případy sebevražd a většinou nejsou odsuzovány (Fischer & Škoda, 2009). Dle Šrajera (2009) si Izraelité cenili života a toužili po tom, aby zemřeli staří, respektovali však, pokud důvodem zabití se bylo zachování cti nebo pokud byl člověk nucen ke spáchání smrtelného hříchu.

Bible sama k sebevraždě nezaujímá nějaké jednotné hodnotící stanovisko, ale s nástupem středověku začali být sebevrazi v duchu příkázání „Nezabiješ“ trestáni například tím, že nemohli být pohřbeni na půdě hřbitova, ale až za zdí (Koutek & Kocourková, 2007b). V mnoha zemích byla sebevražda postavena mimo zákon (Frankel & Kranzová, 1998), ale zajímavé je, že u prvních sekt křesťanů se životem v podstatě pohrdalo, neboť například členové sekty donatistů zvolili raději hromadnou sebevraždu, než aby upadli do hříchu (Fischer & Škoda, 2009). Někteří křesťané se dobrovolně vystavovali velkému riziku smrti, jiní se kvůli ztotožnění s Kristem sebepoškozovali. Křesťanství umístilo cíl mimo pozemský život a mnoho z prvních křesťanů chtělo co nejrychleji opustit pozemský život a dosáhnout království nebeského. Mučedníci byli oslavováni bez ohledu na to, že odmítali uniknout z nebezpečí, když mohli a přijímali mučednickou smrt s radostí (Monestier, 2003).

V bibli není suicidium explicitně odsuzováno, nicméně stejně tak není asi schvalováno. Ve Starém zákoně existuje několik zaznamenaných sebevražd či sebeobětování. Samson zboural sloupy chrámu a zahynul tak spolu s nepřátelskými Pelištejci. Většinou je tento čin vnímán jako hrdinná sebeoběť a je hodnocen pozitivně, stejně jako celá osoba Samsona. V případě Saula se jedná o klasické suicidium, protože nalehne na meč, aby se uchránil vydání do rukou nepřátel. Po něm se zabíjí i jeho zbrojnoš. Ačkoli postava Saula není v bibli vykreslena jednoznačně kladně a má hodně chyb, tak jeho konec není nijak odsuzován. Podobně Achítófel, rádce a také zrádce Davida se oběsil. Ani jeho sebevražda není negativně hodnocena, je čestně pohřben do otcovského hrobu. Ptolemaios Hlaváč nebyl Žid, ale sympatizoval s nimi, a když nemohl zachovat svou čest, tak se raději zabil. V bibli je vyjadřován soucit a pochopení pro jeho rozhodnutí. Razis se též zabil, aby unikl potupné smrti a zneuctění. Jeho čin taktéž není považován za nerozvážný, ale je popsán se soucitem a obdivem (Šrajec, 2009).

V Novém zákoně je popsána asi nejznámější biblická sebevražda vůbec - Jidáše Iškariotského. Podle Šrajera (2009) byla v raném křesťanství problémem především Jidášova zrada. Samotná sebevražda však není v Matoušově evangeliu, ve Skutcích apoštolů ani jinde v Novém zákoně nijak odsuzována. Až později se polemizuje nad jeho sebevraždou a postupně začíná být vnímána jako větší provinění než samotná zrada. Například podle Augustina Jidáš tímto činem zvětšil svou vinu. V novodobých teologických diskuzích je Jidášovo suicidium hodnoceno různě, někdy je vyzdvihována jeho upřímná lítost, jindy je v jeho chování viděna samolibost a opovázlivost.

Prvním, komu začaly vadit časté mučednické skony (které bývaly i vynucené), byl Svätý Augustin. Ve Starém zákoně žádné odmítavé stanovisko k sebevraždám nebylo, a tak začal argumentovat příkázáním „Nezabiješ“ a také stanoviskem Platónova Faidóna, pro něhož sebevražda byla předmětem hněvu bohů (Monestier, 2003). Sebevražda je podle něj těžší hřích než vražda (Balunová, 2012). Augustin se stavěl k sebevraždě jako ke zločinu a také církev tento názor později přijala. V roce 533 zakázala pro sebevrahy motivované nábožensky církevní pohřby a v roce 562 pro všechny sebevrahy (Monestier, 2003).

Stejně tak Tomáš Akvinský považoval suicidium za těžký hřích, protože dle něj jen Bohu přísluší rozhodovat o životě a smrti, sebevražda je pro něj vlastně i vzpoura proti Bohu (Vágnerová, 2004). Je to pro něj změkčilost ducha, nejhorší provinění a zlo a nemůže být prostředkem k dosažení dobra či k eliminaci zla (Balunová, 2012).

Sebevražda byla trestána jak církevním, tak světským zákonem, ale o tom více v kapitole 3.6. K určitému posunu došlo až v době osvícenství, kdy se společnost více a více sekularizovala (Fischer & Škoda, 2009). Studium římského práva, obdiv ke starověku, to vedlo k tomu, že se někteří literáti snažili sebevraždu ospravedlnit. Erasmus Rotterdamský sebevraždu obhajoval jako způsob úniku z nesnesitelného žití a Thomas More ji navrhoval jako únik z nevléčitelné nemoci (Balunová, 2012). Francouzští osvícenci Voltaire a Rousseau ač s výhradami, tak uznávali, že člověk má právo o svém životě rozhodovat (Viewegh, 1996; Vágnerová, 2004).

Z pohledu justice a církve se však stále suicidium pokládalo za zločin a tvrdě se trestalo. Od roku 693 se začaly trestat i nezdařené pokusy, čímž docházelo k zvláštním situacím, kdy lidé byli nejprve zachráněni a vyléčeni a poté za trest třeba popraveni (Balunová, 2012). Až v 19. století s rozvojem psychoanalýzy a teorie nevědomí začala církev připouštět, že někdy může člověk podléhat podnětům, které neovládá. V roce 1917 přišla úprava kanonického práva v tom smyslu, že církevní pohřeb je odepřen jen těm, kteří se zabijí po zralé úvaze. Pokud tedy lékař dosvědčil, že mrtvý byl duševně nemocný, či ztratil v onom okamžiku rozum, měl na církevní pohřeb právo (Monestier, 2003; Šrajer, 2009; Balunová, 2012). Pokud sebevrah před činem projevil náznak pokání, byl mu církevní obřad také dopřán (Šrajer, 2009).

V roce 1983 bylo oficiálně prohlášeno, že suicidium není rouhání, ale jde o znak zoufalství, vůči němuž by měla být církev milosrdná (Monestier, 2003). V Katechismu katolické církve z roku 1992 se píše, že je každý zodpovědný za svůj život před Bohem,



který je jeho pánem, že sebevražda odporuje spravedlnosti, naději a lásce, ale odpovědnost suicidanta může zmenšit těžká duševní porucha, úzkost či strach z nějaké zkoušky, z mučení či z utrpení. Dle církve je naděje, že i tito lidé mohou být spaseni a církve se za ně má modlit (Šrajfer, 2009). Samozřejmě ne všichni křesťané dodnes toto stanovisko přijali, ale oficiálně hlavní proud již sebevraždy za hřích nepovažuje.

### 3.4. Další náboženství

U některých kultur je smrt jakýmsi cílem, a po ní se mají shledat se svými předky nebo se reinkarnovat. Tak tomu bylo u mnohých indiánských kmenů, například Čejenu a Kríků, kmene Dogonů v Mali, nebo u Itelmenů a Kamčadalců na Sibiři. Tito lidé často odcházeli do džungle bez jídla, nebo čekali na smrt v ledové vodě. Takové jednání neodsuzovali, v jejich myšlení šlo o metamorfózu nikoli o destrukci. U Foreků na Novém Guineji se ale setkáme s hněvem k sebevrahovi, protože zbaběle opustil své blízké. Mrtvému tělu poté nadávají a tloučou do něho, nicméně tělo nakonec pohřbí a nosí mu tam jídlo, kdyby se chtěl mrtvý kajicně vrátit. Eskymáci věří, že po každé smrti je čeká lepší osud a v případě násilné smrti – i sebevraždy, přechází jejich duše do rajského prostoru, kde čeká na novou pozemskou schránku. Sebevraždy proto byly u Eskymáků vždy poměrně časté a to i kvůli drsnému podnebí, kde staří nechtějí být na obtíž (Monestier, 2003).

Gineové v Ugandě a Ašantové v Ghaně věří, že dobrovolná smrt je vyprovokována zlými duchy, kteří si vynutí obět. Věří ale také, že mohou zůstat jako neviditelní mezi živými a dokonce někdy mohou ovlivňovat živé. Ďulové v Senegalu věří, že když se zabijí, tak poté mohou škodit jako duchové. Některé kmeny se tak bojí, že by je sebevrah trápil, že na rozdíl od ostatních zemřelých jeho pozůstatky nenesí sebou (Monestier, 2003).

Islám zaujal již od svého vzniku k suicidii jednoznačně odmítavý postoj. Sebevrah nemá nárok na poslední modlitbu před pohřbem a samotný obřad je tajný a jen za účasti nejbližších. Podle Koránu umírá člověk jen z vůle boží, a když se zabije člověk vlastní rukou, tak se bude smažit v pekle (Monestier, 2003; Balunová, 2012). Islám vnímá ve většině případů sebevraždu jako hřích, nicméně neplatí to tak docela u fundamentalistů, kteří šíří svou víru tělem i mečem. Sebevražední atentátníci věří, že je Alláh odmění, protože se obětovali pro jeho větší slávu (Monestier, 2003; Fischer & Škoda, 2009). Ti, kteří zemřou pro Boží věc, tedy například při ochraně života druhého člověka, nebo při spravedlivé obraně proti nepřátelům islámu (džihadu) jsou považováni za mučedníky. V původním pojetí ale džihad neobsahuje žádnou výzvu k aktivnímu násilí proti

nemuslimům, za tímto výkladem stojí spíše zájmy různých politických skupin (Šrajec, 2009).

Pro hinduisty je sebevražda (zejména upálením) čin mystické povahy, který jim může pomoci smazat jejich hříchy. Smrt je v podstatě jen změna formy existence. V určité době se rozmohlo takzvané satí, což znamenalo, že vdovy se také zabily na hranici svého mrtvého manžela a dokázaly tak svou lásku a věrnost. V současnosti se naštěstí tento zvyk omezil jen na symbolické lehnutí si na chvíli na ještě nehořící hranici. V Indii existuje i posvátné město Váránasí, kde podle tradice každý zemřelý je spasen (Monestier, 2003).

V Číně byly sebevraždy většinou ospravedlňovány. Většinový proud taoismu se držel hesla „*zabít sám sebe pro dobro světa, to znamená jednat v jeho prospěch*“ (Monestier, 2003, 357). Pro určitou sektu taoismu byla ale naopak sebevražda tím největším hříchem. Čínský buddhismus v sebevraždě viděl možnost, jak dosáhnout ztotožnění se stavem Buddha. Mezi Číňany byly časté sebevraždy ze msty, kvůli cti, z hanby ale také kvůli bídě a manželské věrnosti.

### 3.5. Japonsko

Japonsko je v mnoha ohledech specifická země a vždy tomu tak bylo. I vnímání sebevraždy se zde od jiných kultur liší. Hlavními náboženstvími, která proti sobě nijak nesoupeří, jsou buddhismus a šintoismus. V Japonsku je rozšířena myšlenka, že „*ten, kdo lpí na životě, ho ztratí, zatímco ten, komu je život lhostejný, si jej uchová na věčnost*“ (Monestier, 2003, 364). Sebevražda si v této zemi zasluhuje respekt, zahrnuje díl odvahy a odříkání a očišťuje od poskvrn.

Pro Japonce byla smrt vždy prvním darem, který byli ochotni dát. V dávných dobách se například nechávali zazdít do pilířů mostů, aby tak zajistili jejich pevnost. Od 15. století se rozšířila forma sebevraždy známá jako harakiri, neboli seppuku. Ta byla vyhrazena pro střední a vysokou aristokracii a člověk si při ní sám pomalu rozřízl břicho a poté mu jeho blízký přítel usekl hlavu (Monestier, 2003). Harakiri bylo součástí kodexu cti samurajů a vyjadřovalo okamžitou pohotovost se obětovat pro vládce, později se stalo obranou člověka proti pokoření či zneuctění (Viewegh, 1996). Upouštět od seppuku se začalo až na konci 19. století, jelikož západní země tento způsob smrti neschvalovaly (Minarčíková, 2012). Z japonské legislativy bylo harakiri vyškrtáno až po 2. světové válce, ale poměrně běžné bylo až do 50. let a někdy se stále objevuje (Monestier, 2003).

Asi každý někdy slyšel o fenoménu kamikaze za druhé světové války. Ten umožnilo pohrdání smrtí, uctívání zemřelých, obrovská oddanost a odříkání zakořeněné v japonské mentalitě. Kamikaze se připodobňovali k samurajům, hlásilo se dokonce více dobrovolníků, než bylo možné vyslat s letadly. Tito kandidáti smrti se již za života stávali téměř bohy a jejich rodinám byla přiznána penze (Monestier, 2003).

Minarčíková (2012) uvádí, že kromě seppuku má v Japonsku dlouhou tradici také šindžú – sebevraždné pakty, buď milenců (džósi) nebo rodiče a dítěte (ojako-šindžú). Ikka-šindžú je poté rodinná sebevražda, poukazující na silné rodinné vztahy. Japonsko je země kolektivistického smýšlení, začlenění do skupiny je pro Japonce velice důležité. Pokud si nejsou jistí svou pozicí, tak se snaží skupině dokázat svou prospěšnost, například prací přesčas.

Bohužel poměrně kladný vztah k sebevraždám spolu s obrovským tlakem, stresem a velikou konkurencí vede k vysokému počtu sebevražd v této zemi a to zejména co se týče suicidií dospívajících, kteří procházejí velmi těžkými zkouškami ve školách, kde se rozhoduje o jejich budoucím vzdělání a kariéře (Frankel & Kranzová, 1998; Domino, 2005). Mezi lety 2007 a 2011 výrazně narostl počet sebevražd studentů, z 873 případů až na 1029 (Minarčíková, 2012). Na jednu stranu se tedy zdá být dobře, že sebevrazi nejsou stigmatizováni, ale možná je vztah k sebevraždě v Japonsku až příliš kladný.

### 3.6. Suicidium a legislativa

Zejména v zemích, kde bylo křesťanství po dlouhou dobu hlavním náboženstvím, to mělo vliv i na vznik zákonů, které se týkaly sebevraždy. Ve Francii byly kromě náboženských trestů zavedeny i konfiskace majetku, sebevrahův majetek tedy dostala vrchnost, nikoli dědicové. V jednotlivých oblastech se také různě zacházelo s mrtvolami sebevrahů. Někde byly vláčeny ulicemi tváří k zemi, jinde pověšeny za nohy na šibenici a poté vhozeny do jámy. Sebevrah byl zkrátka považován za vraha. Pokusy o sebevraždu byly trestány od mrskání na veřejnosti po odnětí svobody. Tyto tresty byly zrušeny až s revolucí v roce 1789 a přijetím Deklarace lidských práv. Nadále však bylo trestáno napomáhání k sebevraždě (Monestier, 2003).

Jak uvádí ve své publikaci Monestier (2003), tak v Anglii se dlouhá staletí nesmělo tělo sebevraha vynášet z domu jinak než po setmění a oknem. Tělo poté bylo vláčeno po ulici a zahrabáno na křižovatce s ostrým předmětem zaraženým do hrudi. Takový obřad se konal ještě v roce 1823. Do roku 1870 propadal majetek sebevraha státu a sebevrah byl

považován za zrádce. Zákon považující sebevraždu za zločin byl zrušen až v roce 1961, do té doby mohl být neúspěšný suicidant poslán do vězení (Šrajer, 2009).

Co se týče ostatních zemí, tak jen ve zkratce například v Rusku byla závět sebevraha neplatná, stejně jako jinde byl odepřen církevní obřad, v SSSR bylo ale poté trestné jen nabádání k sebevraždě. V Norsku, Dánsku a na Islandu je trestné jen materiální pomáhání nikoli navádění k sebevraždě. V Rakousku byly tresty za sebevraždu zrušeny v roce 1860 a nyní je tam podobně jako v jiných zemích trestáno pouze napomáhání (Monestier, 2003).

V Českém trestním zákoníku existuje jeden trestný čin související se sebevraždou, a to § 144 – Účast na sebevraždě: „*Kdo jiného pohne k sebevraždě nebo jinému k sebevraždě pomáhá, bude potrestán, došlo-li alespoň k pokusu sebevraždy, odnětím svobody až na tři léta*“ (Jelínek, 2012, 197). V případě dětí, těhotných žen či osob s duševní poruchou má být trest ještě přísnější.

#### **4. Výzkumy postojů k sebevražednému chování**

V naší kultuře osciluje hodnocení sebevraždy od absolutního zavržení jako zbabělého projevu až k názoru, že je to odvážný čin, kterým člověk zkrátka řeší své problémy. Obecně je suicidium chápáno jako abnormální patologický jev, který je pro většinu lidí pochopitelný pouze v případě těžké nemoci, což má jistě souvislost se strachem dnešních lidí z bolesti, dlouhého umírání atd. S tím samozřejmě souvisí i značná tolerance k eutanazii a její legalizování v některých státech (Fischer & Škoda, 2009).

Liší se i postoj k dokonané sebevraždě a k pokusu. Zachránění sebevrazi bývají často považováni za divné a jsou stigmatizováni. Okolí často nechápe jejich důvody a pokládá je za duševně nemocné. Demonstrativní pokusy vyvolávají nechuť a odmítání (Vágnerová, 2004). Často do kontaktu s neúspěšnými sebevrahy přichází lékařský personál, nejčastěji na JIP, chirurgii, případně poté na psychiatrickém oddělení. Pacient by měl být každopádně respektován, postoj k němu by měl být nápomocný a nepředpojatý, ale někdy je těžké toto vše splnit, když jde o nepříjemného, třeba manipulujícího člověka (Hort & Kocourková, 2006).

Podle výzkumu Blštákové (2013) se většina mladých lidí dozvídá informace o problematice sebevražd z televize, internetu či z tisku. Většinou jde o senzace, které se rychle šíří na sociálních sítích.

V následujících podkapitolách se zaměříme na jednotlivé faktory, které ovlivňují postoje k sebevraždě, a také na to, jak je ovlivňují.

#### 4.1. Metody zkoumání postojů k sebevraždám

Mezi nejpoužívanější metody vytvořené pro zkoumání postojů k sebevraždám patří SOQ (Suicide Opinion Questionnaire) od George Domina. Tento dotazník byl použit v mnoha výzkumech po celém světě, buď jako 15 faktorový model, model s 8 klinickými škálami, nebo jako 5 faktorový model. Obsahuje 100 položek plus 7 na demografické údaje a zkoumá, do jaké míry respondenti akceptují nebo naopak odmítají sebevraždu. Zda ji vnímají jako normální věc, jestli je pro ně sebevražda morální, impulzivní, zda za ní stojí duševní nemoc nebo jde o volání o pomoc či prostý projev agrese. SOQ sleduje také vliv náboženského přesvědčení (Domino, Moore, Westlake, & Gibson, 1982; Leenaars & Domino; Domino, 2005; Batterham, Calear, & Christensen, 2012). V současnosti je ale kritizována jeho strukturální validita. Dle Andersona, Lestera a Rogerse (2008) může být problémem už jen to, že metoda vznikla v 80. letech a položky nebyly nijak revidovány. Respondenti mohou na některé položky odpovídat spíše podle toho, jaké mají znalosti, než podle postoje. Pro použití u dětí byla dále vytvořena zkrácená 56položková verze SOQ (Lester, 2010).

Jednou z novějších metod zkoumajících postoje k sebevraždám je Stigma of Suicide Scale – SOSS. SOSS se věnuje studiu toho, jak lidé popisují typického sebevraha a snaží se postihnout míru stigmatu, která se mezi běžnými lidmi vyskytuje. Metodu tvoří 80 slov či slovních spojení, která popisují typického sebevraha a respondenti na pětistupňové škále vyjadřují míru svého souhlasu či nesouhlasu (Batterham, Calear & Christensen, 2012).

Stigmatem týkajícím se sebevražd se zabývají také poměrně nové škály Stigma of Suicide Attempt (STOSA) a Stigma of Suicide and Suicide Survivor (STOSASS). Jde o krátké metody, kterými se dají dotazovat lidé, kteří se o sebevraždu pokusili nebo lidé, kteří ztratili někoho blízkého, ale stejně tak i lidé, kteří nemají takovou zkušenost. Tyto 2 metody se snaží zachytit pohled respondentů na to, jak podle nich obecná populace vnímá sebevrahy a co si o nich myslí (Scocco, Castriotta, Toffol & Preti, 2012).

Další používanou metodou je Multiattitude Suicide Tendency Scale (MAST), což je třiceti položková sebehodnotící škála, skládající se ze 4 subškál, která byla vyvinuta pro měření suicidálních tendencí u adolescentů (Ramgoon, Patel & Paruk, 2009).

Jednou z novějších metod s dobrými psychometrickými vlastnostmi je Eskinův dotazník Attitudes towards Suicide Scale (EATSS). Dotazník není zbytečně dlouhý, obsahuje 24 tvrzení a jeho vyplňování nezabere příliš mnoho času. Dotazník měří 6 faktorů, nicméně při výzkumu v německy mluvících zemích byl přidán ještě sedmý – vnímání sebevraždy jako řešení (Nader, Tran, Barayai & Voracek, 2012). O této metodě se dozvíte více ve výzkumné části práce, neboť jsem si ji vybrala pro výzkum spolu s další Eskinovou metodou - Eskin's Social Reactions to Suicidal Persons Scale (ESRSPS). Tato metoda se zaměřuje na reakci respondentů v případě, že se jim se svými sebevražednými plány svěří blízký přítel (Eskin, 2013).

#### 4.2. Vliv náboženství na postoje k sebevraždám

Obecně se podle výzkumů dá říct, že lidé, pro které je náboženství důležitější, sebevraždy schvalují méně (Amiri et al., 2012; Boyd & Chung, 2012; Stack & Ksopowa, 2008). I co se týče sebevražd racionálních, tak je lidé s nějakou náboženskou vírou akceptují méně (Westefeld, Sikes, Ansley, & Yi, 2004). Naopak sekulárně orientovaní lidé mají postoje liberálnější. Četnost návštěv kostela ale takový vliv nemá (Boyd & Chung, 2012). G. Domino (2005) ze svých výzkumů usuzuje na to, že osoby hlouběji věřící, vnímají sebevraždy více jako duševní nemoc (Eskin, 2004; Amiri et al., 2012), ne tolik jako volání o pomoc a akt sebevraždy je podle nich hodně ovlivněn právě nedostatkem víry a je důkazem přirozené lidské agresivity. Věřící lidé obecně pokládají sebevraždy za morálně špatné a nenormální. Podle Boyda a Chunga (2012) je míra náboženského přesvědčení podstatnějším prediktorem míry přijetí k sebevraždě než například vzdělání či politické postoje.

Výzkumná zjištění G. Domina (2005) poukazují na to, že v USA lidé vyznávající judaismus ospravedlňují sebevraždu v případě nevyléčitelné nemoci více než američtí křesťané a také se vyjadřují tak, že v některých případech je sebevražda jediným řešením, které má smysl. Podle vyjádření amerických Židů jsou sebevrazi obvykle duševně nemocní, sebevražda podle nich není důkazem agresivní lidské přirozenosti. Dalším Dominovým zjištěním je to, že američtí Židé si nemyslí, že by sebevrazi měli menší víru v Boha.

V zemích, kde je určité náboženství (hinduismus, islám nebo katolicismus) propojeno se samotnou politickou kulturou, mají tato náboženství větší vliv na postoje jednotlivých členů církví než v zemích, kde náboženství takovou sílu nemá (Boyd & Chung, 2012).

Za fakt, že v silně věřících zemích bývá nižší hladina výskytu sebevražd, může odpovídat určité podhodnocování statistik, protože v takových zemích se lidé snaží sebevraždu blízkého nějak zamaskovat a vydávají ji za nehodu apod. Lze ale jen těžko zodpovědět otázku, zda samotné náboženství může počet sebevražd snižovat a o kolik (Eskin, 2004; Amiri et al., 2012).

Dle Eskina (2004) sekulárnější skupiny lidí mnohem častěji uvažují o sebevraždě než skupiny lidí věřících. Věřící lidé se častěji domnívají, že sebevrazi budou po smrti potrestáni.

Oproti obecně spíše odmítavému postoji k sebevraždám u hlouběji věřících komunit se ale dá říct, že pokud se jedná již o konkrétního blízkého člověka, který má sebevražedné myšlenky či tendence, tak zde jsou věřící lidé naopak více akceptující a k tomuto blízkému zastávají pozitivnější postoj než nevěřící lidé a jsou více ochotni mu pomoci (Eskin, 2004; Amiri et al., 2012).

#### 4.3. Rozdíly mezi národy v postojích k sebevraždám

Výzkumy prováděné na zjištění rozdílů mezi anglicky mluvícími zeměmi ukázaly, že i zde jsou určité rozdíly. Novozélandčané oproti Američanům vnímají sebevraždu více v jejím náboženském kontextu, nevidí ji jako impulzivní akt, vnímají jí ve srovnání s Američany pozitivněji (Boyd & Chung, 2012).

Několik interkulturních výzkumů provedl G. Domino, autor SOQ. V rámci USA zjistil například to, že lidé mexického původu připisují sebevraždy více duševnímu onemocnění či velkému stresu a také na jejich pozadí vidí více afektivitu, velký vztek a impulzivitu oproti Angloameričanům (Domino, 2005).

Další výzkumy se zaměřily též na rozdíly mezi blízkými sousedy USA a Kanadou. Například Leenaars a Domino (1993) u svého souboru zjistili, že Kanadčané vnímají oproti Američanům sebevraždy více ve spojitosti s duševní nemocí a také více jako výraz volání o pomoc. Zároveň nedávají sebevraždy tolik do souvislosti s náboženským přesvědčením nebo s nedostatkem morálních norem.

Například v Rusku je výskyt sebevražd až třikrát větší než je průměr zemí EU. Jejich počet vzrostl po pádu Sovětského svazu, kdy se země více přiklonila k tržní ekonomice. Poté vzrostl počet sebevražd až o 50 % (z 27,0 případu na 100 000 obyvatel na 41,7 případů na 100 000 obyvatel). Ačkoli je zde počet sebevražd tak vysoký, neznamená to, že by Rusové

sebevraždy přijímali. Postoje k sebevraždám jsou zde hodně polarizované a dle některých průzkumů 81 % je odmítá a pouze 5,4 % akceptuje (Jukkala & Mäkinen, 2011).

Dle výzkumu Jukkaly a Mäkinena (2011) z mužů v Moskvě 10,6 % sebevraždy akceptuje, 78 % odsuzuje a u žen je postoj ještě negativnější, pouze 6,1 % sebevraždy akceptuje a 81,6 % odsuzuje.

V Japonsku, jak jsme si již říkali, jsou sebevraždy poměrně časté a i postoje k nim jsou v této zemi specifické. Domino (2005) zjistil, že japonští studenti medicíny oproti americkým více přijímají sebevraždy, člověk má podle nich na toto rozhodnutí právo a berou to jako poměrně normální věc. Japonci středního ale i staršího věku zase podle Kageyamy (2012) sebevraždy vnímají jako něco, čemu se nedá předejít, co je přípustné a je věcí volby každého jednotlivce.

Podobně Jižní Korea je zemí s poměrně vysokou mírou sebevražd, která v posledních letech spíše stoupala. Oproti tomu USA jsou průměrné, co se týče počtu sebevražd. Při jejich srovnání bylo zjištěno, že korejští studenti mají k sebevraždám shovívavější postoj, jsou pro ně přípustnějším řešením. Zároveň vidí suicidální proces jako dlouhý. To, že k sebevraždě dojde, je podle nich předpověditelné a většina lidí se se svými myšlenkami někomu svěří (Kim & Park, 2014).

Výzkumy prováděné v Číně ukazují mimo jiné na to, že tamější ženy pohlížejí na sebevraždy více jako na impulzivní čin ale zároveň méně morálně špatný čin než jak sebevraždy vnímají americké ženy (Lester, 2010).

Zajímavé je například srovnání Singapuru a Austrálie. Tyto země jsou si v mnohém podobné, nicméně singapurské sociální normy jsou o něco konzervativnější a striktnější, což se potvrdilo i ve výzkumu postojů k sebevraždám. Výběrový soubor ze Singapuru sebevraždu méně akceptoval (Domino, 2005).

Pro náš výzkum je důležitá práce porovnávací turecké a rakouské studenty. Rakušané se ukazují být liberálnější v postojích k sebevraždě, ale turečtí studenti naopak v případě, že se jedná o jejich blízkého přítele, tak ho více chápou a přijímají. Obecně striktnější postoje v Turecku mohou být způsobeny mimo jiné tím, že náboženství tu má velký vliv a Islám sebevraždy zakazuje (to se projevuje i menším počtem sebevražd v Turecku oproti Rakousku). Rakouští studenti jsou také liberálnější než například indičtí (Eskin, Voracek, Stieger & Altinyazar, 2011).



Eskin (2003) provedl též srovnání tureckých a švédských adolescentů a z něj mu vyšlo, že ti švédští se sebevraždami více nesouhlasí. Ani u švédského ani u tureckého vzorku se nedá říct, že by jejich reakce k blízkému příteli, který se svěřil se sebevražednými plány, byly odmítavé či negativní. Švédská společnost je více sekularizovaná a věřící zde jsou vesměs křesťané, oproti muslimům v Turecku. Zdá se, že v Turecku jsou mladí lidé více ochotní se se svými sebevražednými myšlenkami svěřit (nejčastěji blízkým kamarádům) a tím vlastně žádají o pomoc. Ti, kteří mají zkušenost toho, že se někomu svěřili, už mají v současné době myšlenky na sebevraždu mnohem méně. Právě tato větší ochota svěřovat se se svými problémy může stát za faktem, že v Turecku je mezi mladistvými méně dokonaných sebevražd.

#### 4.4. Vliv pohlaví, věku, vzdělání a dalších proměnných na postoje k sebevraždám

Výzkumy ohledně rozdílů mezi postoji k sebevraždám u obou pohlaví se ne zcela shodují. Většina amerických studií zjistila, že muži akceptují sebevraždy více než ženy (Stack & Ksopowa, 2008), stejně tak v Rusku muži sebevraždy přijímají více než ženy, ale naopak mezi izraelskými adolescenty se prokázal opačný jev (Jukkala & Mäkinen, 2011). Amiri et al. ve svém výzkumu (2012) zjistili, že ženy více akceptující sebevraždy a jsou ochotné pomoci lidem v těžké situaci, kteří o sebevraždě uvažují.

Při použití SOSS se ukázalo, že ženy zaujímají k sebevrahům méně stigmatizační postoj než muži a jako důvod vidí především deprese a izolaci (Batterham). Na druhou stranu ale, pokud se ptáme na to, jak si myslí, že se k sebevrahům staví většina lidí, tak ženy mají dojem, že sebevražda je ve společnosti větším stigmatem, než jak to vnímají muži (Scocco et al., 2012).

Starší lidé vnímají sebevraždy jako věc poměrně normální oproti mladším lidem. Dle výzkumu Batterhama, Caleara a Christensena (2012) například 10 % lidí starších 35 let vnímá sebevrahy jako racionální, zatímco z lidí mladších je tomu tak pouze u 6 %. Ale co se týče obecného akceptování sebevraždy, většinou ji akceptují mladší lidé, vzdělanější a nevěřící (Jukkala & Mäkinen, 2011). Stejně tak mladší lidé jsou ti, kteří se obecně domnívají, že sebevrazi nejsou vystaveni ve společnosti takovému odmítnutí a stigmatizaci (Scocco et al., 2012), což vychází nejspíše právě z jejich vlastních postojů k sebevrahům.

Ve výzkumu probíhající v Rusku platil také předpoklad, že mladší lidé akceptují sebevraždy více, až třikrát více než lidé mezi 45 - 54 lety. Ovšem věková skupina 65 – 74 let narušuje tendenci zvyšování negativních postojů k sebevraždám a míra akceptace sebevražd je u ní vyšší. Zajímavé na tom je také to, že jde o skupinu lidí narozených během a před druhou světovou válkou ve Stalinově éře. Lidé nad 75 let ale byli naopak tou skupinou, která sebevraždy akceptovala nejméně (Jukkala & Mäkinen, 2011).

Srovnání studentů vysokých škol a středoškoláků ukázalo, že středoškoláci více věří v potrestání sebevrahů po smrti, vnímají tento akt jako známku duševní nemoci, sebevrahy více odmítají (Eskin, 2013).

Vliv na postoj k sebevraždě může mít i to, zda je člověk v manželství nebo v něm nikdy nebyl. Výzkum Takayukiho (2012) přišel s výsledkem, že lidé, kteří nikdy v manželství nebyli, si myslí, že sebevrazi ve skutečnosti nikdy nezažili skutečně těžké časy. Toto zjištění je trochu v protikladu s předchozími tvrzeními, že svobodní lidé jsou k sebevraždám shovívavější. Podle některých výzkumů zastávají lidé v manželství a lidé mající děti negativnější postoje k sebevraždám (Stack & Ksopowa, 2008), což ale například výzkum Jukkaly a Mäkinena (2011) nepotvrdil.

Dále se ukazuje také to, že lidé, kteří provozují nějaké potenciálně destruktivní chování, mají spíše pozitivnější vztah k sebevraždám. Jedná se o lidi s vyšší mírou konzumace alkoholu a také o kuřáky, kteří sebevraždu odsuzují mnohem méně. Spolu s faktorem destruktivního chování se zde mohl projevit i fakt, že větší část této skupiny tvoří muži (Jukkala & Mäkinen, 2011).

Domino (1988) zjistil, že kreativnější studenti se od průměru liší, vnímají sebevraždy více jako duševní nemoc, ale méně jako volání o pomoc. Obecně jsou kreativnější lidé liberálnější a méně odsuzují sebevraždy než ostatní (Lester, 2010).

Domino a Shen (1996 - 1997) zjistili, že lidé HIV pozitivní více souhlasí s tím, že člověk má právo zemřít a vidí sebevraždy jako méně impulzivní činy, normálnější a ne tak morálně špatné. Depresivnější lidé vnímají sebevraždu často jako volání o pomoc a řešení duševní nemoci (Lester, 2010), což není tak překvapivé.

Stejně tak není příliš překvapující fakt, že lidé, kteří se o sebevraždu pokusili, nebo o ní přemýšleli, ji akceptují více (Eskin, 2004). Dále ji vnímají více jako impulzivní čin a méně jako duševní nemoc (Lester, 2010).

Vliv na to, jaký postoj k sebevraždě respondenti vyjádří, má i aktuálně prožívaná nálada, či stupeň smutku/radosti. Smutnější lidé sebevraždu akceptují více a méně věří v nějaké potrestání sebevrahů po smrti (Amiri et al., 2012). Lidé, kteří se cítí být v životě spokojenější, přijímají sebevraždy méně (Stack & Ksopowa, 2008).

Speciálně lidé studující psychologii či absolventi podobných oborů sebevraždy více přijímají, nejsou pro ně tak stigmatizačními a v jejich pozadí vidí hlavně izolovanost a deprese (Batterham, Calear & Christensen, 2012).

Eskin (2013) se zaměřil na ještě jednu poměrně zajímavou proměnou a tou je individualismus či naopak kolektivismus člověka (měřený škálou INDCOL). Zjistil, že lidé prezentující se jako individualističtí, se častěji o sebevraždu pokusili nebo o ní přemýšleli. Zároveň však k sebevraždám zastávají permissivnější postoj. Lidé zaměření kolektivisticky jsou více toho názoru, že lidé by měli o svých sebevražedných myšlenkách s někým mluvit. Takto orientovaní lidé jsou navíc ochotnější pomoci a více akceptují blízkého, který se jim svěří. Individualisté vnímají problémy, které vedou člověka k sebevraždě jako jeho selhání. V kolektivisticky orientovaných společnostech je tedy větší pravděpodobnost, že se člověku dostane pomoci od blízkých.

V České republice se postoje k sebevraždám doposud příliš nezkoumaly, ale přesto nějaká zjištění máme. Dle Blštákové (2013) 52 % vysokoškoláků, u kterých dělala výzkum, vnímá sebevraždu jako tabu. Sebevražda je vnímána jako téma, o kterém mluví média pouze v souvislosti se snahou přitáhnout pozornost, ale chybí plodná a podnětná diskuze. Málokdo by ale sám od sebe diskuzi na toto téma otevřel. Většina prezentuje své vlastní postoje méně negativně než postoje celé společnosti. Zároveň se ukazuje, že pokud jde o obecnou situaci, hodnotí sebevraždy negativněji než v kontextu konkrétního případu.

Dle výzkumu Pavlici (2006) si 78 % studentů (střední a vysoké školy) myslí, že člověk má právo na to, sáhnout na svůj život. Z 33 % studentů, kteří se k tomuto staví negativně, je pro ně nejčastějším důvodem to, že jelikož jsme si život sami nedali, tak nemáme právo si ho ani brát, na druhém místě pak zmiňují sobeckost takového jednání. Respondenti nejvíce souhlasili s tvrzením, že sebevrazi jsou lidé volající o pomoc, nejméně naopak souhlasili s tím, že by sebevražda byla hřích.

V Pavlicově výzkumu (2006) přiznalo sebevražedné myšlenky 46 % mladých lidí a 6 % dokonce sebevražedný pokus. 41 % se setkalo se sebevraždou nebo pokusem o ni v širším

okolí a 5 % v nejbližší rodině. Pocity a myšlenky spojené se sebevražedným chováním v jejich okolí byly nejčastěji tyto: potřebují odbornou pomoc, lítost, jsou to sobci, chtěli na sebe upozornit.

O tom, co bude po smrti, přemýšlelo 88 % mladých lidí, 26 % věří v reinkarnaci. Ti, kteří se o sebevraždu pokusili nebo se s ní setkali ve vlastní rodině, ji méně odsuzují. Více odsuzují sebevraždu studenti přírodovědných a pedagogických fakult, oproti tomu například studenti sociální práce sebevraždu připouštějí ve více možných okolnostech (Pavlica, 2006).

## Výzkumná část diplomové práce

### 5. Výzkumný problém a cíle práce

Sebevraždy jsou tématem, o kterém se moc nemluví. Pokud ano, tak se o ně média většinou zajímají ve spojitosti se slavnými osobnostmi nebo pokud se jedná například o hromadné sebevraždy sekt. Sebevraždy nicméně vždy patřily k životu lidí, ač jejich četnost se v různých obdobích a pod vlivem různých náboženství lišila. Stejně tak se lišily i postoje k sebevrahům a k samotnému aktu sebevraždy.

To, jaké postoje k suicidii zastává určitá společnost, je důležité z mnoha hledisek. V případě dokonané sebevraždy jde zejména o pozůstalé, o to, jak se k nim budou ostatní lidé stavět, zda se kvůli tomu budou raději snažit sebevraždu zakrýt. V případě nedokonaného pokusu o sebevraždu jde samozřejmě především o to, jak se k danému člověku budou lidé v okolí stavět a pro lidi uvažující o sebevraždě jsou postoje zastávané lidmi v jejich okolí důležité například z hlediska, zda se jim svěřít, zda budou očekávat spíše pomoc nebo odsouzení.

Výzkum postojů k sebevraždám podle mě má smysl. Snažíme se počet dobrovolných odchodů ze světa co nejvíce snížit, a k tomu je dle mého názoru nezbytné zkoumat problém sebevražd komplexně a podívat se i na to, jaké postoje k tomuto tématu společnost zaujímá.

Tato diplomová práce byla vytvořena za cílem zmapování postojů k sebevraždě v České republice, a jelikož získat reprezentativní soubor celé republiky by bylo nereálné, zaměřuje se výzkum na studenty medicíny. Zaměřit se na ně je dobré nejen kvůli srovnání s předchozími zahraničními výzkumy, ale také proto, že právě lékaři se s případy sebevražd setkávají ve svém profesním životě poměrně často. Výzkumné metody jsem převzala ze zahraničí, protože zde ještě nikdo přesně tuto oblast nezkoumal psychometricky validními metodami.

Hlavní cíle výzkumu jsou tyto:

1. Prozkoumat a analyzovat postoje studentů medicíny v České republice k sebevraždám.
2. Prozkoumat vliv různých sociodemografických proměnných na postoje k sebevraždám.

## 6. Stanovené hypotézy

Z předchozích výzkumů vyplývá, že lidé, pro něž je náboženství důležitější, méně akceptují sebevraždy (Amiri et al., 2012; Boyd & Chung, 2012). Hluběji věřící lidé vidí za sebevraždami častěji duševní nemoc (Eskin, 2004; Amiri et al., 2012). Nevěřící lidé dle Eskina (2004) uvažují o sebevraždě častěji a věřící lidé naopak souhlasí s tím, že sebevrahy po smrti čeká trest. Věřící lidé nevnímají sebevraždu příliš v kontextu volání o pomoc a akt sebevraždy je podle nich hodně ovlivněn právě nedostatkem víry a je důkazem přirozené lidské agresivity (Eskin, 2004; Amiri et al., 2012). Pokud jde ale o konkrétního blízkého přítele, tak ho věřící lidé akceptují více a jsou ochotnější mu pomoci (Eskin, 2004). Každé náboženství ovlivňuje postoje k sebevraždě trochu jinak, jsou rozdíly mezi judaismem, křesťanstvím nebo třeba islámem, ale v našem prostředí, pokud jsou lidé věřící, tak v naprosté většině jde o křesťany a nejčastěji o katolíky.

Z těchto poznatků vyvozují hypotézy:

H1: Studenti medicíny hlásící se ke křesťanské víře akceptují sebevraždy méně než nevěřící studenti medicíny.

H2: Studenti medicíny hlásící se ke křesťanské víře souhlasí více než nevěřící studenti medicíny s tím, že sebevrazi budou po smrti potrestáni.

H3: Studenti medicíny hlásící se ke křesťanské víře vidí v pozadí sebevražd více duševní nemoc než nevěřící studenti medicíny.

H4: Konkrétnímu blízkému suicidálnímu příteli jsou věřící studenti medicíny ochotnější pomoci než nevěřící studenti medicíny.

Rozdíly mezi pohlavími zjištěné různými výzkumy jsou nejednoznačné, z některých by se dalo usuzovat, že ženy akceptují sebevraždy více (Amiri et al., 2012; Batterham, Caelear & Christensen, 2012), ale z jiných výzkumů zase vyplývá opak (Stack & Ksopowa, 2008; Jukkala & Mäkinen, 2011).

Lidé, kteří se o sebevraždu někdy pokusili, nebo o ní jen přemýšleli, ji více akceptují (Eskin, 2004), vnímají ji více jako impulzivní čin a méně jako duševní nemoc (Lester, 2010). Vliv má i aktuálně prožívaná nálada, protože smutnější lidé vyjadřují větší akceptaci k sebevraždě a zároveň méně věří v potrestání sebevrahů po smrti (Amiri et al.,

2012). Lidé, kteří provozují nějaké potenciálně destruktivní chování - například kuřáci, sebevraždu odsuzují mnohem méně (Jukkala & Mäkinen, 2011).

H5: Studenti medicíny, kteří někdy přemýšleli o sebevraždě, ji akceptují více než ti, kteří o ní nikdy neuvažovali.

H6: Studenti medicíny, kteří v době vyplňování dotazníku hodnotí svou aktuální prožívanou míru smutku jako menší, akceptují sebevraždy méně než studenti medicíny, kteří svou aktuální míru smutku hodnotí jako větší.

H7: Kuřáci akceptují sebevraždy signifikantně více než nekuřáci.

Kromě ověřování těchto hypotéz budeme sledovat i jakékoli jiné signifikantní rozdíly. Budeme srovnávat muže a ženy, budeme zkoumat vliv hloubky náboženského přesvědčení nebo to, zda má vliv, jestli se respondenti setkali ve své rodině nebo mezi blízkými přáteli se sebevraždou atp.

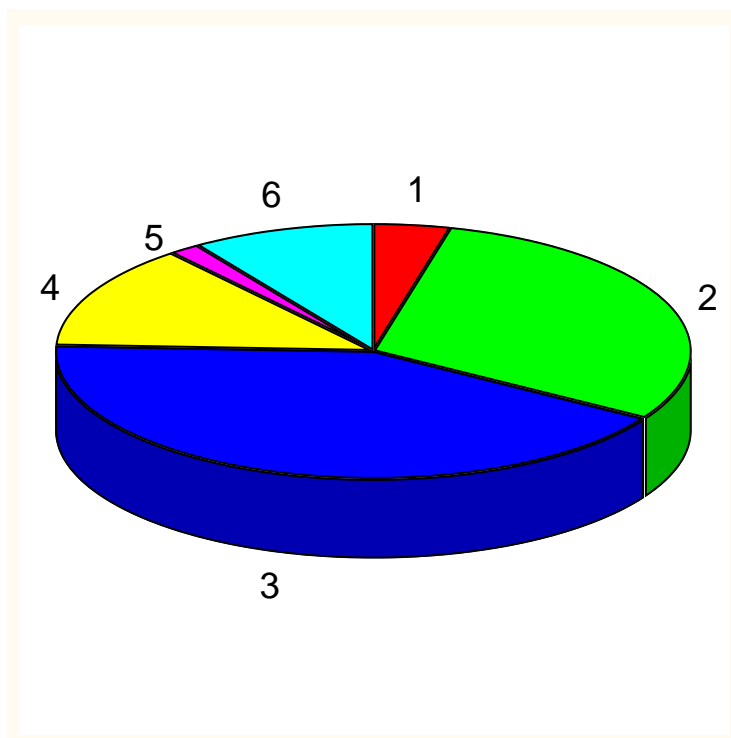
## **7. Zkoumaný soubor**

Pro svůj výzkum jsem se rozhodla zaměřit na populaci studentů medicíny v České republice, především z toho důvodu, že předchozí výzkumy v zahraničí se na studenty medicíny zaměřovaly také, a proto bude možné výsledky vzájemně porovnat. Zúčastnit výzkumu se mohli lidé studující medicínu v Praze, Hradci Králové, Plzni, Brně, Olomouci a Ostravě.

Nejprve byla provedena pilotní verze výzkumu, kdy 10 lidí vyplnilo dotazníky bez ohledu na jejich vzdělání a další parametry. Poté, co jsem si ověřila, že v této podobě může výzkum probíhat, začala jsem shánět respondenty z řad studentů medicíny. Použila jsem příležitostný výběr a také metodu sněhové koule. Data byla získávána v rozmezí od 10. 3. 2014 do 9. 4. 2014 a to pomocí elektronické formy, jelikož tak se dala dotazníková baterie snáze rozšířit a studenti navíc mohli na otázky odpovědět kdykoli se jim chtělo a ne v přesně stanovený čas. Velikost vzorku nakonec činila 309 respondentů, kteří odpověděli na všechny otázky ( $n = 309$ ). Z toho bylo 205 žen (66 %) a 104 mužů (34 %). Věk respondentů se pohyboval od 19 do 30 let, s průměrem 22,06 let ( $s = 1,55$ ).

Co se týče zastoupení jednotlivých vysokých škol, tak nejvíce respondentů bylo z Univerzity Palackého v Olomouci (33,33 %), dále z Masarykovy univerzity v Brně (21,04 %), z Ostravské univerzity (17,48 %), Lékařské fakulty UK v Plzni (16,18 %),

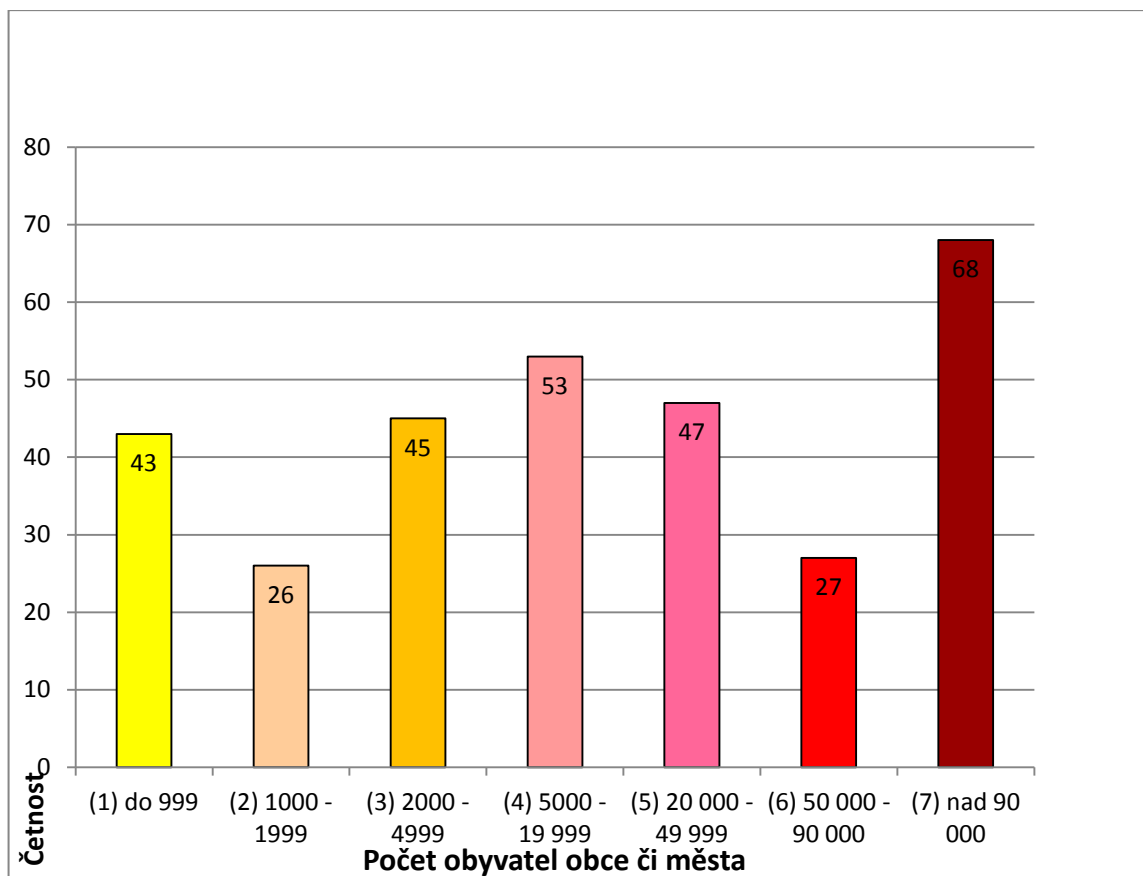
Lékařské fakulty UK v Hradci Králové (5,18 %) a zbytek tvořili studenti tří fakult Univerzity Karlovy v Praze (9,8 %). Nejvíce dotazníků vyplnili studenti 3. ročníku (41,88 %), studenti 2. ročníku (29,87 %) a studenti 4. ročníku (13,31 %). Studenti 6. ročníku poté tvořili 9,42 %, studenti 1. ročníku 3,9 % a studenti 5. ročníku 1,62 %.



Graf č. 2: Rozdělení výběrového souboru podle ročníku studia (čísla značí jednotlivé ročníky).

Sledovala jsem také to, z jak velkého bydliště respondenti jsou. Nejvíce jich bydlelo ve velkých městech nad 90 000 obyvatel (22,01 %), 17,15 % respondentů bylo z měst o 5000 – 19 999 obyvatelích, 15,21 % z měst o 20 000 – 49 999 obyvatelích, 14,56 % z obcí o 2000 – 4999 obyvatelích, 13,92 % z malých obcí do 999 obyvatel, 8,74 % z měst o 50 000 – 90 000 obyvatelích a 8,41 % z obcí o 1000 – 1999 obyvatelích (viz graf č. 3).





Graf č. 3: Rozložení souboru dle velikosti obce či města, ve kterém žijí

Ve výzkumu jsme sledovali i proměnnou kuřáctví. Z našeho souboru odpovědělo 88,35 % respondentů, že nejsou kuřáci, pouze 11,65 % mediků odpovědělo, že kuřáky jsou.

57 % respondentů přemýšlelo někdy v životě o sebevraždě (Pavlicův výzkum z roku 2006 hovoří o 46 %, výzkum Chylové et al. z roku 2011 se zmiňuje o 37,9 %). V posledním roce o ní přemýšlelo 17,15 % respondentů (Chylová et al. uvádí 16,1 %) a k pokusu o sebevraždu se přihlásilo 5 studentů medicíny (1,62 %), jeden dokonce v posledním roce. Se sebevraždou v rodině či mezi přáteli má zkušenost 39,16 % studentů medicíny (ve výzkumu K. Pavlici se 41 % vyjádřilo tak, že se se sebevraždou či pokusem o ni v širším okolí se setkalo).

164 respondentů (53 %) se nehlásí k žádné víře, 108 respondentů se prezentuje jako křesťané (buď dále nespecifikují - 12 %, specifikují jako katolíci – 22 %, nebo jako protestanti – 1 %). 6 respondentů se prezentuje jako agnostici či ateisti, 3 respondenti odpověděli tak, že jsou buddhisty či zen-buddhisty a zbytek – 21 respondentů odpovědělo tak, že jsou věřící, ale svou víru dále nespecifikovali, nebo šlo o víru jinou.

## 8. Popis zvoleného metodologického rámce a metod

Pro výzkum postojů k sebevraždám jsem se rozhodla zvolit kvantitativní výzkum. Dotazníkové šetření bylo jednorázové průřezové. Konkrétně jsem využila dotazníky M. Eskina, které byly mnohokrát použity na výzkumech v zahraničí. S panem Eskinem jsem se přes e-mail domluvila, že jeho dotazníky použiji ve výzkumu provedeném v České republice. Sám mi též doporučil, abych se zaměřila, podobně jako on a další autoři na studenty medicíny. Výsledky poté plánujeme vzájemně porovnat. Dotazníky získané v anglické verzi jsem nechala přeložit skupinou překladatelů z jedné firmy, která se zabývá překlady odborných článků. Myslím, že poměrně nemalá finanční částka a dobré reference by měly být zárukou kvality a zároveň si výsledné překlady prohlédli 2 další lidé studující anglistiku.

Ve výzkumu jsem se samozřejmě ptala také na určitá demografická data a položila jsem několik stejných otázek, jaké byly použity v zahraničních výzkumech. Zajímalo mě pohlaví a věk respondentů, vysoká škola, kterou studují, ročník studia, velikost obce či města, ve kterém žijí. Ptala jsem se také na to, zda někdy přemýšleli o sebevraždě, zda o ní přemýšleli v posledních 12 měsících, jestli se o sebevraždu někdy pokusili, jestli se o ni pokusili v posledních 12 měsících. Dále mě zajímalo, zda mají respondenti zkušenost se sebevražděným jednáním v rodině či mezi přáteli, jaké mají náboženské vyznání a jaká je hloubka jejich náboženského přesvědčení (na 10 stupňové škále od vůbec žádného až po velmi silné náboženské přesvědčení). Poslední, co mě zajímalo, bylo to, jak smutně se respondenti cítili v momentě, kdy vyplňovali dotazníky (hodnocené na 10 stupňové škále od vůbec smutně po velmi smutně) a jestli jsou kuřáci či nekuřáci.

Dotazníky použité pro zkoumání postojů k sebevraždě jsou Eskin's Attitudes towards Suicide Scale (EATSS) a Eskin's Social Reactions to Suicidal Persons Scale (ESRSPS). Dotazníky nejsou nikterak dlouhé, ale přesto toho dokážou hodně odhalit.

EATSS (Eskin, 2004) obsahuje 24 tvrzení rozdělených do 6 faktorů. Položky jsou hodnoceny na 5 stupňové škále: zcela souhlasím (1), souhlasím (2), nejsem rozhodnutý/á (3), nesouhlasím (4), zcela nesouhlasím (5). Faktor č. 1 – Akceptace sebevraždy – zde se respondenti vyjadřují k 8 tvrzením, která se týkají toho, jestli a za jakých okolností má člověk právo se sám zabít, zda může být v některých případech sebevražda přípustným řešením problémů. Faktor č. 2 složený z 3 tvrzení se jmenuje Sebevražda jako známka duševní nemoci a jde v něm o to, zda se respondenti domnívají, že jsou sebevrazi duševně nemocní. Dalších 5 tvrzení tvoří faktor č. 3 – Potrestání po smrti – kde jde o to, zda

sebevrahy čeká po smrti nějaký trest, zda jde o hřích. Faktor č. 4 se jmenuje Svěřování se s psychickými problémy. Skládá se ze 4 tvrzení a respondenti zde mají vyjádřit svůj názor na to, zda by se lidé měli svěřovat se svými problémy přátelům či rodičům a zda by se měli svěřit s tím, že na sebevraždu myslí nebo ji plánují. Faktor č. 5 – Skrývání sebevražedného chování – tvoří 2 tvrzení a respondenti vyjadřují svůj názor na to, když rodiny tají, že v jejich rodině došlo k sebevraždě nebo k pokusu o ni. Poslední 2 tvrzení tvoří faktor č. 6 – Otevřené mluvení o sebevraždě. Zde se respondenti vyjadřují ke zprávám o sebevraždách v novinách a k tomu, zda by se mělo o sebevraždách otevřeně mluvit mezi přáteli.

U dotazníku ESRSPS (Amiri et al., 2012) jsou důležité úvodní věty „Předpokládejme, že Vám Váš blízký přítel/kyně řekne, že se rozhodl/a se zabít. Jaká by byla Vaše reakce nebo pocity?“ Celkem dotazník obsahuje 20 tvrzení tvořících 4 faktory a respondent zaškrtnává opět jednu z možností: zcela souhlasím (1), souhlasím (2), nejsem rozhodnutý/á (3), nesouhlasím (4), zcela nesouhlasím (5). První faktor složený z 10 tvrzení je nazván Sociální akceptace a sleduje to, jak by se respondenti snažili svému suicidálnímu příteli pomoci, zda by se ho například snažili dostat do společnosti ostatních přátel, trávili by s ním více času apod. Faktor č. 2 – Pomoc suicidálnímu příteli – se zabývá konkrétně diskutováním o sebevraždě a snahou přesvědčit přítele, aby se nezabíjel, a tvoří ho 3 tvrzení. Faktor č. 3 – Emoční zasažení – tvoří 5 tvrzení a respondent se zde vyjadřuje k tomu, co by cítil, kdyby mu přítel o svých suicidálních myšlenkách řekl. Poslední faktor – Zaskočenost situací – tvoří 3 tvrzení, ve kterých se respondent vyjadřuje k tomu, zda by byl překvapený a jestli by pochyboval o tom, že přítel skutečně říká pravdu.

Po sesbírání vyplněných dotazníků byla data okódována pro snadnější práci a přepsána do tabulky v programu MS Office Excel 2007, kde jsem s nimi dále pracovala a také jsem pro výpočty využila program Statistica 12. Cílem bylo prozkoumat a analyzovat postoje studentů medicíny v ČR k sebevraždám a zjistit, jaký na ně mají vliv sociodemografické proměnné.

Při statistické analýze jsme uvažovali, zda použít parametrické či neparametrické metody. Náš soubor je poměrně velký, proto byly parametrické Pearsonovy korelace a t-testy první volbou, ačkoli rozložení ne všech dat vykazovalo zcela normalitu. Z toho důvodu jsme provedli kontrolní výpočty i neparametrickými metodami (Spearmanovy korelace a Mann-Whitneyův U test), abychom měli jistotu, že případné zjištěné rozdíly jsou skutečně signifikantní.

## 9. Etika výzkumu

Dříve než se dostaneme k samotným výsledkům, pokládám za nutné vyjádřit se ve stručnosti také k etice výzkumu. Účast studentů medicíny ve výzkumu byla zcela dobrovolná, dotazníky vyplnili jen ti, kteří byli ochotni se k tématu sebevražd vyjádřit a také si vyhradili několik minut na jejich vyplňování. Účel výzkumu byl respondentům jasný dopředu, protože vyplňování předcházelo pár informačních vět o tom, pro jaký účel jsou data sbírána a že výsledky budou prezentovány v diplomové práci. Respondentům bylo také řečeno, že žádné odpovědi nejsou správné ani špatné a že mají odpovídat jen dle svého názoru. Účastníci výzkumu se také dozvěděli o přibližné době vyplňování dotazníku a o tom, že je vše naprosto anonymní.

Na konci vyplňování byl uveden kontaktní e-mail pro případné připomínky či dotazy. Ačkoli se výzkum týkal poměrně citlivého tématu sebevražd, tak si myslím, že otázky v dotaznících by neměli nikomu uškodit, navíc respondenti dopředu věděli, jakému tématu se budou věnovat a mohli v průběhu vyplňování kdykoli skončit, kdyby nechtěli odpovědět nebo nevěděli jak.

## 10. Výsledky

Nyní se blíže podíváme na výsledky statistických analýz a uvidíme, co se nám podařilo zjistit o postojích studentů medicíny k sebevraždám a které faktory mají vliv na tyto postoje a zda platí hypotézy vyvozené z dřívějších výzkumů i u našeho souboru.

### 10.1. Korelace jednotlivých škál dotazníků

Nejprve bych chtěla poukázat na to, jak spolu některé škály při výzkumu souvisely. Použila jsem Pearsonovy korelace a z důvodů zmiňovaných již dříve jsem pro kontrolu provedla i Spearmanovy neparametrické korelace (uváděné v tabulkách v závorce).

Z tabulky č. 1 je vidět například to, že faktor Akceptace sebevraždy signifikantně významně negativně koreluje s faktorem Sebevražda jako známka duševní nemoci ( $r = -0,20$ ) a Potrestání po smrti ( $r = -0,27$ ), což se mi jeví jako logické. Větší akceptování sebevražd jako možného řešení je spojeno s přesvědčením, že sebevrazi nejsou duševně nemocní, zároveň lidé tolerující sebevraždu nevěří v to, že by osoby končící dobrovolně svůj život měli být nějak posmrtně potrestány. Eskin (2004) uvádí ve svém výzkumu korelaci mezi Akceptací sebevraždy a faktorem Potrestání po smrti  $r = -0,38$ , obecně se

zjištěné korelace mezi jednotlivými faktory v našem a Eskinově výzkumu příliš neliší, což svědčí o validitě metody.

Větší akceptace sebevražd ale také koreluje negativně s tím, do jaké míry by se podle respondentů měli lidé se svými psychickými problémy svěřovat okolí ( $r = -0,23$ ). Eskin (2004) v tomto směru vypočítal negativní souvislost dokonce  $r = -0,5$ . Naopak větší akceptace sebevraždy má pozitivní souvislost s otevřeností ohledně mluvení o sebevraždách ( $r = 0,19$ ), zde Eskin (2004) mluví o korelaci  $0,26$ . Silná pozitivní souvislost se ukazuje mezi vnímáním sebevraždy jako projevu duševní nemoci a přesvědčením o potrestání po smrti ( $r = 0,21$ ). Další logickou souvislostí, která se objevuje, je to, že lidé, podle kterých by se mělo skrývat sebevražedné chování blízkých, jsou zároveň i méně pro to, aby se o sebevraždách na veřejnosti otevřeně mluvilo ( $r = -0,16$ ). Ve výzkumu Eskina (2006) vyšla korelace  $r = -0,1$ .

Proměnná	F1	F2	F3	F4	F5	F6
F1 (Akceptace sebevraždy)		-0,20 ** (-0,23**)	-0,27 ** (-0,32 **)	-0,23 ** (-0,23 **)	0,12 * (0,11)	0,19 ** (0,17 **)
F2 (Sebevražda jako známka duš. nemoci)	-0,20 ** (-0,23 **)		0,21 ** (0,22 **)	0,07 (0,12 *)	0,10 (0,09)	0,01 (0,02)
F3 (Potrestání po smrti)	-0,27 ** (-0,32 **)	0,21 ** (0,22 **)		0,01 (0,04)	0,06 (0,05)	-0,06 (-0,08)
F4 (Svěřování se s psychickými problémy)	-0,23 ** (-0,23 **)	0,07 (0,12 *)	0,01 (0,04)		-0,06 (-0,02)	0,10 (0,06)
F5 (Skrývání sebevražedného chování)	0,12 * (0,11)	0,10 (0,09)	0,06 (0,05)	-0,06 (-0,02)		-0,16 ** (-0,17 **)
F6 (Otevřené mluvení o sebevraždě)	0,19 ** (0,17 **)	0,01 (0,02)	-0,06 (-0,08)	0,10 (0,06)	-0,16 ** (-0,17 **)	

Tabulka č. 1: Korelace jednotlivých škál EATSS navzájem, \* značí významnost na hladině  $p < 0,05$ , \*\* značí významnost na hladině  $p < 0,01$ , v závorce jsou vypočtené neparametrické korelace,  $N = 309$ .

U dotazníku ESRSPS se ukázal poměrně silný pozitivní vztah mezi Sociální akceptací a tím, jaká je ochota pomoci suicidálnímu příteli a snaha ho od jeho úmyslu odradit ( $r = 0,44$ ), což také není nijak překvapující, Eskin (2006) mluví ve svém výzkumu o ještě silnější souvislosti  $r = 0,63$ . Slabší, ale signifikantní pozitivní souvislost se ukazuje mezi tím, jak respondentovi svěřením se kamaráda zaskočí, s tím do jaké míry přítele akceptujeme ( $r$

= 0,14). Větší zaskočení či překvapení situací ale také pozitivně souvisí s tím, jak jsme ochotni přáteli pomoci ( $r = 0,22$ ) a také s tím do jaké míry nás emočně jeho odhalení osobně zasáhne ( $r = 0,24$ ).

Proměnná	F1	F2	F3	F4
F1 (Sociální akceptace)		0,44 ** (0,36 **)	-0,07 (-0,03)	0,14 * (0,12 *)
F2 (Pomoc suicidálnímu příteli)	0,44 ** (0,36 **)		0,07 (0,09)	0,22 ** (0,16 **)
F3 (Emoční zasažení)	-0,07 (-0,03)	0,07 (0,09)		0,24 ** (0,21 **)
F4 (Zaskočenost situací)	0,14 * (0,12 *)	0,22 ** (0,16 **)	0,24 ** (0,21 **)	

Tabulka č. 2: Korelace jednotlivých škál ESRSPS navzájem, \* značí významnost na hladině  $p < 0,05$ , \*\* značí významnost na hladině  $p < 0,01$ , v závorce jsou vypočtené neparametrické korelace,  $N = 309$ .

Při vzájemném porovnání obou použitých metod pomocí korelací si všimneme, že poměrně blízký pozitivní vztah má sociální akceptace (jak moc se snažíme suicidálního přítele zapojit do společnosti a jak se mu snažíme navrhnout jiná řešení) a to, jak je pro člověka důležité svěřit se s psychickými problémy okolí ( $r = 0,37$ ). Poměrně silnou pozitivní souvislost můžeme též vidět mezi ochotou pomoci suicidálnímu příteli a tím, jak by se podle respondentů měli lidé se svými psychickými problémy svěřovat svým blízkým ( $r = 0,24$ ). Větší emoční zasažení zprávou o plánované sebevraždě přítele významně pozitivně koreluje s tím, zda respondent vnímá sebevraždu jako duševní nemoc ( $r = 0,21$ ). Větší emocionální zasažení zprávou tohoto blízkého přítele souvisí v pozitivním směru s větším skrýváním sebevražedného chování v bezprostředním okolí člověka ( $r = 0,18$ ). Ostatní statisticky významné korelace si můžete prohlédnout v tabulce č. 3 na další straně.

Proměnná	F1 (Sociální akceptace)	F2 (Pomoc suicidálnímu příteli)	F3 (Emoční zasažení)	F4 (Zaskočenost situací)
F1 (Akceptace sebevraždy)	-0,02 (0,07)	0,05 (0,07)	-0,11 * (-0,08)	-0,06 (-0,04)
F2 (Sebevražda jako známka duš. nemoci)	-0,01 (-0,01)	-0,03 (-0,02)	0,21 ** (0,21 **)	0,00 (0,00)
F3 (Potrestání po smrti)	-0,09 (-0,07)	-0,07 (-0,08)	0,09 (0,08)	0,09 (0,07)
F4 (Svěřování se s psychickými problémy)	0,37 ** (0,31 **)	0,24 ** (0,17 **)	0,10 (0,12 *)	0,13 * (0,15 **)
F5 (Skrývání sebevražedného chování)	-0,02 (0,02)	0,00 (0,01)	0,18 ** (0,16 **)	0,09 (0,07)
F6 (Otevřené mluvení o sebevraždě)	0,09 (0,07)	0,13 * (0,12 *)	0,12 * (0,11)	0,03 (0,02)

Tabulka č. 3: Korelace jednotlivých škál EATSS a ESRSPS, \* značí významnost na hladině  $p < 0,05$ , \*\* značí významnost na hladině  $p < 0,01$ , v závorce jsou vypočtené neparametrické korelace,  $N = 309$ .

## 10.2. Tendence studentů medicíny ve vyjadřování svých postojů k sebevraždě

Abychom alespoň orientačně zjistili, jak se obecně náš výzkumný soubor studentů medicíny staví k sebevraždám, porovnali jsme průměry škál se získanými daty. K dotazníkům neexistují žádné normy, nicméně stejný postup byl použit i v několika zahraničních pracích. Pro tyto výpočty jsme použili t-testy srovnávající průměry s danou konstantou (průměrem škály). Musíme si uvědomit, že nižší skór znamená větší souhlas s daným faktorem. V tabulce č. 4 můžeme vidět, že studenti medicíny se v průměru prezentují spíše jako neakceptující sebevraždu jako čin, na který má člověk právo. Studenti medicíny v průměru spíše nesouhlasí s tím, že by suicidium bylo známkou duševní nemoci. Zároveň také spíše nevěří v nějaké potrestání sebevrahů po smrti. V průměru se dále prezentují tak, že poměrně hodně souhlasí s tím, že by se lidé měli s psychickými problémy svěřovat svým blízkým a také by se podle nich spíše mělo o sebevraždách otevřeně mluvit, rodiny by podle nich neměly sebevraždy a pokusy o ně tajit před ostatními.

Proměnná	Průměr	Směrodatná odchylka	Směrodatná chyba	Průměr škály	t
F1 (Akceptace sebevraždy)	<b>30,12</b>	7,09	0,40	<b>24</b>	15,17
F2 (Sebevražda jako známka duš. nemoci)	<b>9,59</b>	3,54	0,20	<b>9</b>	2,94
F3 (Potrestání po smrti)	<b>19,18</b>	4,70	0,27	<b>15</b>	15,64
F4 (Svěřování se s psychickými problémy)	<b>7,65</b>	2,86	0,16	<b>12</b>	-26,77
F5 (Skrývání sebevražedného chování)	<b>7,37</b>	1,85	0,11	<b>6</b>	13,02
F6 (Otevřené mluvení o sebevraždě)	<b>5,22</b>	1,84	0,10	<b>6</b>	-7,42

Tabulka č. 4: Srovnání průměrů škál EATSS a průměrů výzkumného souboru, výsledky jsou významné na hladině  $p < 0,01$ ,  $N = 309$ .

Co se týče dotazníku ESRSPS, z tabulky č. 5 můžeme vidět, že dle svých odpovědí jsou v průměru studenti medicíny spíše ochotní pomoci konkrétnímu blízkému příteli, který se chce zabít. Také se prezentují v průměru tak, že tohoto přítele sociálně akceptují a snaží se tohoto ho zapojit více do společnosti, snaží se pomoci mu najít jiné řešení. Takovýmto svěřením by studenti medicíny spíše nebyli v průměru nějak více emočně zasaženi.

Proměnná	Průměr	Směrodatná odchylka	Směrodatná chyba	Průměr škály	t
F1 (Sociální akceptace)	<b>16,33</b>	4,86	0,28	<b>27</b>	-38,54
F2 (Pomoc suicidálnímu příteli)	<b>5,89</b>	2,20	0,13	<b>9</b>	-24,82
F3 (Emoční zasažení)	<b>17,60</b>	3,08	0,18	<b>15</b>	14,86
F4 (Zaskočenost situací)	<b>8,63</b>	2,48	0,14	<b>9</b>	-2,63

Tabulka č. 5: Srovnání průměrů škál ESRSPS a průměrů výzkumného souboru, výsledky jsou významné na hladině  $p < 0,01$ ,  $N = 309$ .

### 10.3. Vliv náboženské víry na postoje k sebevraždám

Vlivu náboženské víry na postoje k sebevraždám se přímo týkaly 4 naše hypotézy. Ty jsme testovali zejména pomocí parametrických t-testů. Následně jsme ověřovali Mann-Whitneyovým U testem, zda testy skutečně spolehlivě ukazují rozdíly a skutečně vyšly signifikantní rozdíly u stejných faktorů. Opět upozorňuji, že nižší skóry značí větší



souhlas. Srovnávali jsme respondenty, kteří sami sebe označili za křesťany a lidi nevěřící, jelikož jiné náboženské víry byly uváděny v našem kulturním prostředí pochopitelně jen sporadicky. Celkový počet srovnávaných respondentů tedy byl  $N = 284$ .

Jak můžeme vyčíst z tabulky č. 6, tak se nám potvrdila H1. Studenti medicíny hlásící se ke křesťanské víře akceptují sebevraždy méně ( $\bar{x} = 33,49$ ;  $p < 0,01$ ) než nevěřící studenti medicíny ( $\bar{x} = 28,08$ ;  $p < 0,01$ ). Potvrdila se i druhá hypotéza, tedy, že studenti medicíny hlásící se ke křesťanské víře ( $\bar{x} = 16,07$ ;  $p < 0,01$ ) souhlasí více než nevěřící studenti medicíny ( $\bar{x} = 21,30$ ;  $p < 0,01$ ) s tím, že sebevrazi budou po smrti potrestáni. Třetí hypotéza se týkala vnímání sebevraždy jako znaku duševní nemoci. Bylo zjištěno, že studenti medicíny hlásící se ke křesťanské víře vidí v pozadí sebevražd více duševní nemoc ( $\bar{x} = 8,97$ ;  $p < 0,05$ ) než nevěřící studenti medicíny ( $\bar{x} = 9,94$ ;  $p < 0,05$ ).

Kromě zmiňovaných hypotéz se objevil ještě signifikantní rozdíl mezi tím, jak si respondenti myslí, že by se mělo o sebevraždě otevřeně mluvit v médiích a mezi přáteli. Podle nevěřících studentů medicíny by otevřenost k tomuto tématu měla být větší ( $\bar{x} = 4,98$ ;  $p < 0,01$ ) než podle křesťanů ( $\bar{x} = 5,64$ ;  $p < 0,01$ ).

Proměnná	Průměr křesťané	Průměr nevěřící	t	Počet křesťanů	Počet nevěřících	Sm.odch. křesťané	Sm.odch. nevěřící
F1 (Akceptace sebevraždy)	<b>33,49 **</b>	<b>28,08 **</b>	<b>6,60</b>	<b>108</b>	<b>176</b>	<b>6,60</b>	<b>6,77</b>
F2 (Sebevražda jako známka duš. nemoci)	<b>8,97 *</b>	<b>9,94 *</b>	<b>-2,23</b>	<b>108</b>	<b>176</b>	<b>3,88</b>	<b>3,31</b>
F3 (Potrestání po smrti)	<b>16,07 **</b>	<b>21,30 **</b>	<b>-10,62</b>	<b>108</b>	<b>176</b>	<b>4,76</b>	<b>3,50</b>
F4 (Svěřování se s psychickými problémy)	7,71	7,51	0,61	108	176	3,30	2,40
F5 (Skrývání sebevražedného chování)	7,56	7,28	1,21	108	176	1,77	1,94
F6 (Otevřené mluvení o sebevraždě)	<b>5,64 **</b>	<b>4,98 **</b>	2,96	108	176	2,00	1,71

Tabulka č. 6: Srovnání postojů k sebevraždám (dotazník EATSS) u křesťanů a u nevěřících pomocí *t*-testů, hodnoty označené \* jsou významné na hladině  $p < 0,05$ , hodnoty označené \*\* jsou významné na hladině  $p < 0,01$ . Počet křesťanů = 108, počet nevěřících = 176. Tučně označené výpočty se týkají ověřovaných hypotéz.

Čtvrtá hypotéza se týkala ochoty pomoci příteli, který se rozhodl pro sebevraždu. Zde se H4 nepotvrdila a naopak se prokázal statisticky významný opačný než očekávaný rozdíl. Konkrétnímu blízkému příteli jsou nevěřící studenti medicíny ochotnější pomoci ( $\bar{x} = 5,6$ ;  $p < 0,05$ ) než věřící ( $\bar{x} = 6,27$ ;  $p < 0,05$ ), (viz tabulka č. 7). Jiné signifikantní rozdíly ve vztahu k příteli uvažujícímu vážně o sebevraždě nalezeny nebyly.

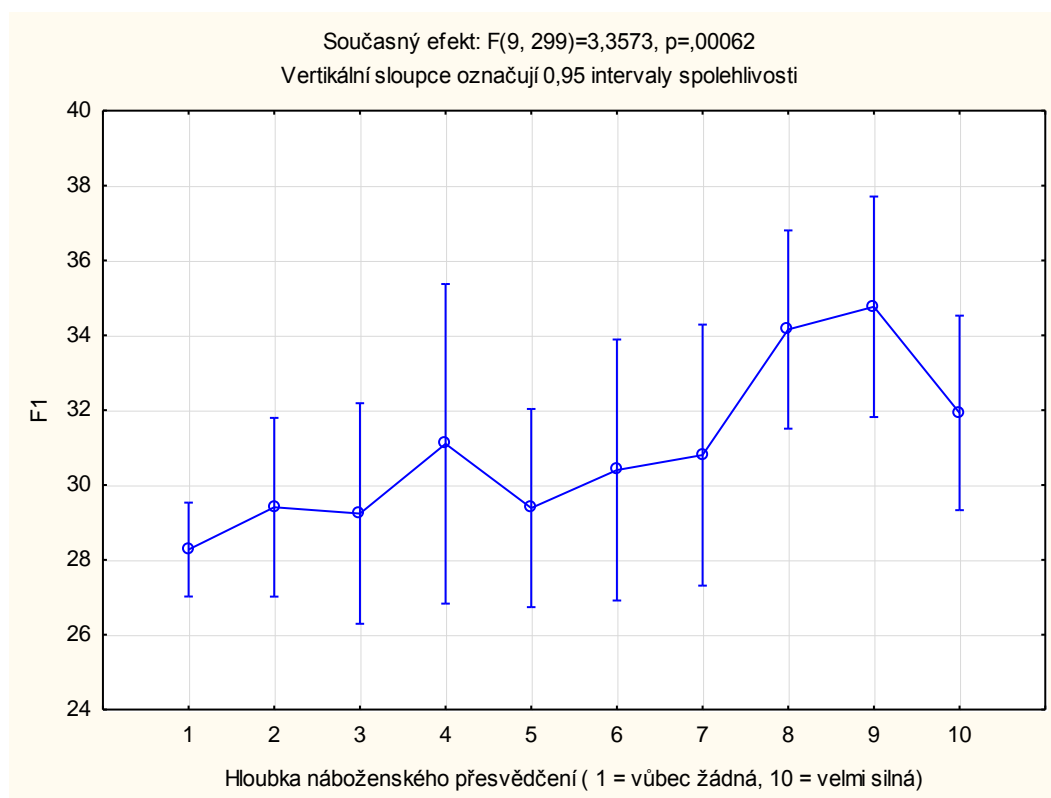
Proměnná	Průměr křesťané	Průměr nevěřící	t	Počet křesťanů	Počet nevěřících	Sm.odch. křesťané	Sm.odch. nevěřící
F1 (Sociální akceptace)	16,66	15,99	1,11	108	176	5,70	4,27
F2 (Pomoc suicidálnímu příteli)	<b>6,27 *</b>	<b>5,60 *</b>	<b>2,53</b>	<b>108</b>	<b>176</b>	<b>2,50</b>	<b>1,92</b>
F3 (Emoční zasažení)	17,49	17,62	-0,34	108	176	3,29	2,94
F4 (Zaskočenost situací)	8,64	8,51	0,44	108	176	2,51	2,48

Tabulka č. 7: Srovnání postojů k suicidálnímu příteli (dotazník ESRSPS) u křesťanů a u nevěřících pomocí t-testů, hodnoty označené \* jsou významné na hladině  $p < 0,05$ , počet křesťanů = 108, počet nevěřících = 176. Tučně označené výpočty se týkají ověřované hypotézy.

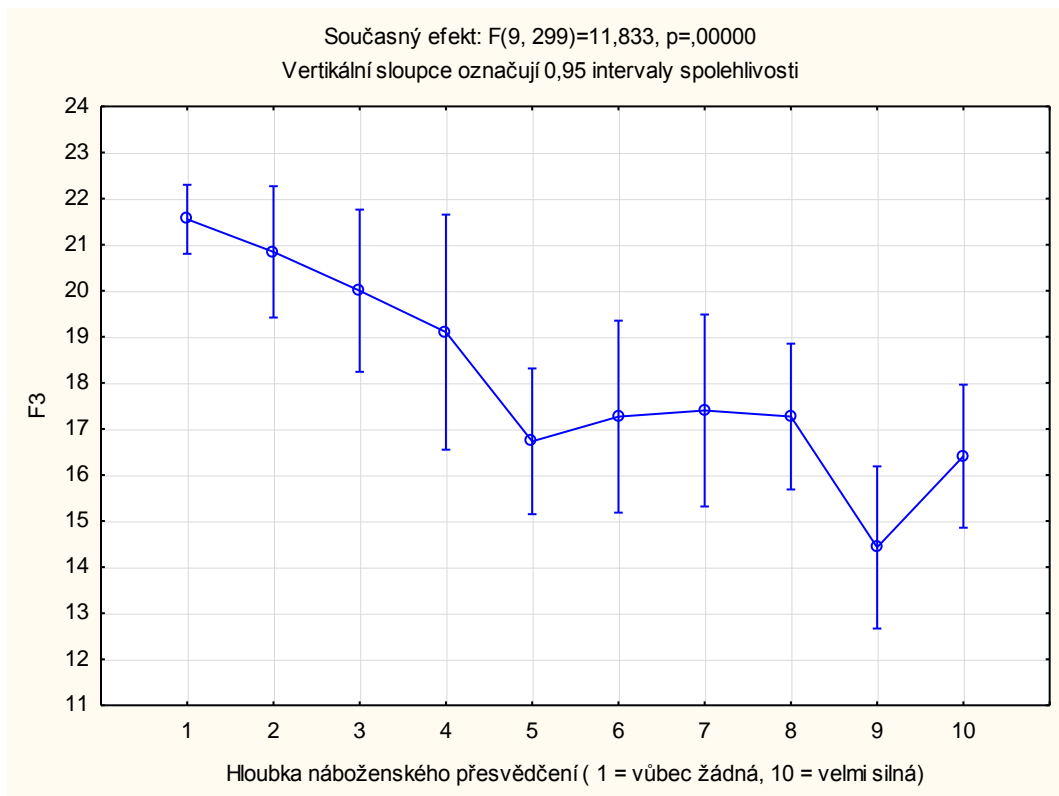
Okrajově jsem se zaměřila i na prozkoumání vlivu hloubky náboženského přesvědčení, stejně jako předchozí zahraniční studie. Hloubka víry byla hodnocena na stupnici od 1 do 10, přičemž 1 znamenala nejmenší hloubku a 10 největší hloubku víry. Po vzoru předchozích studií jsme vypočítali korelace (parametrické a poté neparametrické pro kontrolu). Jejich výsledky můžete vidět v tabulce č. 8. Poté byla provedena ještě ANOVA. Můžeme říct, že vyšší hloubka náboženského přesvědčení je spojena s menší akceptací sebevražd (viz graf č. 4). Dále se ukazuje, že respondenti skórující výše ve svém hodnocení hloubky náboženského přesvědčení si myslí více, že sebevrahy čeká nějaké potrestání (viz graf č. 5). Objevila se ještě jedna statisticky významná korelace, podle níž by větší hloubka víry měla být spojena s menší otevřeností mluvit o sebevraždách. Tato korelace ale byla skutečně poměrně slabá a ANOVA již žádný signifikantní rozdíl neprokázala. Ve vztahu ke konkrétnímu suicidálnímu příteli nemá hloubka náboženského přesvědčení žádný vliv.

	F1 (Akceptace sebevraždy)	F2 (Sebevražda jako známka duš. nemoci)	F3 (Potrestání po smrti)	F4 (Svěřování se s psych. problémy)	F5 (Skrývání s. chování)	F6 (Otevřené mluvení o s.)
Hloubka náboženského přesvědčení	0,27 ** (0,29 **)	-0,06 (-0,04)	-0,48 ** (-0,5 **)	0,04 (0,04)	0,08 (0,09)	0,13 * (0,14 *)

Tabulka č. 8: Vztah mezi hloubkou náboženského přesvědčení a jednotlivými faktory dotazníku EATSS, hodnoty označené \*\* jsou významné na hladině  $p < 0,01$ . V závorce jsou uvedeny neparametrické korelace.  $N = 309$ .



Graf č. 4: Vztah hloubky náboženského přesvědčení k míře akceptace sebevražd (F1 – čím vyšší skóre tím menší akceptace sebevražd). Graf vychází z ANOVY,  $N = 209$ .



Graf č. 5: Vztah hloubky náboženského přesvědčení k přesvědčení, že sebevrahy čeká po smrti nějaký trest (F3 – vyšší skór znamená větší nesouhlas s tím, že sebevrazi budou po smrti potrestáni). Graf vychází z ANOVY,  $N = 209$ .

#### 10.4. Vliv ostatních faktorů na postoje k sebevraždám

Pro zjišťování rozdílů mezi respondenty, kteří někdy o sebevraždě uvažovali, a mezi těmi, kteří nikoli, jsme použili t-testy pro nezávislé vzorky a pro kontrolu, zda jsou výsledky spolehlivé, jsme provedli ještě Mann-Whitneyův U test. Ten našel stejné signifikantní rozdíly jako parametrický t-test.

H5 jsme si stanovili dle předchozích výzkumů tak, že studenti medicíny, kteří o sebevraždě uvažovali, ji budou akceptovat více než ti, co o ní nikdy nepřemýšleli. Tuto hypotézu se nám podařilo potvrdit. Respondenti, kteří o sebevraždě někdy v minulosti přemýšleli, více souhlasí s tím, že člověk má na takové rozhodnutí v určitých situacích právo ( $\bar{x} = 27,98; p < 0,01$ ) než respondenti, kteří o ní nikdy nepřemýšleli ( $\bar{x} = 31,74; p < 0,01$ ). Jiný signifikantní rozdíl jsme objevili ještě v tom, že studenti medicíny, kteří o sebevraždě nikdy neuvažovali, si více myslí, že by se člověk měl svěřit přátelům či rodičům se svými

psychickými potížemi. Respondenti, kteří o sebevraždě někdy přemýšleli, vnímají sebevraždu v průměru méně jako signál duševní nemoci (viz tabulka č. 9).

Proměnná	průměr NE	průměr ANO	t	Počet NE	Počet ANO	Sm.odch. NE	Sm.odch. ANO
F1 (Akceptace sebevraždy)	<b>31,74 **</b> (174,09 **)	<b>27,98 **</b> (129,74 **)	<b>4,77</b>	<b>176</b>	<b>133</b>	<b>6,17</b>	<b>7,68</b>
F2 (Sebevražda jako známka duš. nemoci)	<b>8,78 **</b> (134,32 **)	<b>10,66 **</b> (182,36 **)	-4,78	176	133	3,50	3,31
F3 (Potrestání po smrti)	18,99	19,44	-0,84	176	133	4,93	4,40
F4 (Svěřování se s psychickými problémy)	<b>7,24 **</b> (142,52 **)	<b>8,19 **</b> (171,52 **)	-2,93	176	133	2,59	3,11
F5 (Skrývání sebevražedného chování)	7,52	7,17	1,62	176	133	1,89	1,78
F6 (Otevřené mluvení o sebevraždě)	5,09	5,40	-1,46	176	133	1,87	1,79

Tabulka č. 9: Srovnání postojů k sebevraždě (dotazník EATSS) u studentů medicíny, kteří někdy přemýšleli o sebevraždě (ANO) a studentů, kteří o ní nikdy neuvažovali (NE), \*\* značí významnost na hladině  $p < 0,01$ , v závorce u signifikantních rozdílů jsou uvedena i průměrná pořadí dle M-W U testu. Tučně označené výpočty se týkají ověřované hypotézy.  $N = 309$ .

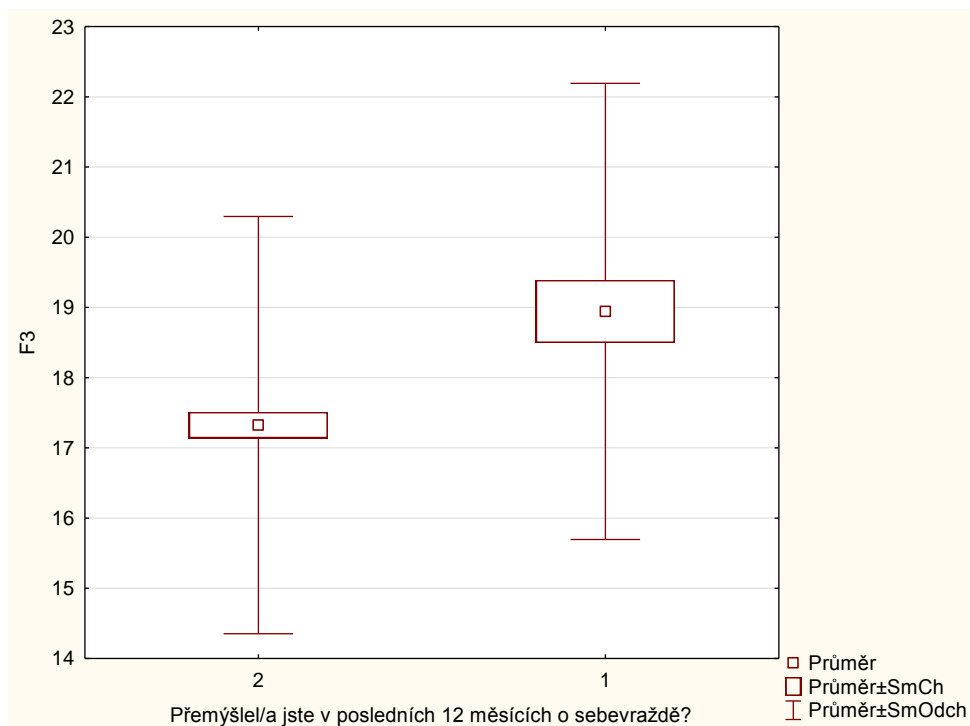
Drobnější signifikantní rozdíl se prokázal ještě ve vztahu k blízkému příteli, který se svěřil s tím, že se chce zabít. Respondenti, kteří sami o suicidiu někdy uvažovali, se v průměru prezentují jako méně emočně zasaženi ( $\bar{x} = 18,17$ ;  $p < 0,01$ ) v případě, že se jim jejich blízký s něčím takovým svěřil, než respondenti, kteří sebevražedné myšlenky nikdy neměli ( $\bar{x} = 17,17$ ;  $p < 0,01$ ), (viz tabulka č. 10).

Proměnná	průměr NE	průměr ANO	t	Počet NE	Počet ANO	Sm. odch. NE	Sm. odch. ANO
F1 (Sociální akceptace)	16,12	16,62	-0,89	176	133	4,50	5,32
F2 (Pomoc suicidálnímu příteli)	5,95	5,80	0,62	176	133	2,09	2,35
F3 (Emoční zasažení)	17,17 ** (141,42 **)	18,17 ** (172,97 **)	-2,87	176	133	2,97	3,13
F4 (Zaskočenost situací)	8,56	8,71	-0,53	176	133	2,38	2,62

Tabulka č. 10: Srovnání postojů ke konkrétnímu suicidálnímu příteli (dotazník ESRSPS) u studentů, kteří sami o sebevraždě někdy uvažovali (ANO) a u těch, kteří o ní nikdy nepřemýšleli (NE), \*\* značí významnost na hladině  $p < 0,01$ , v závorce u signifikantních rozdílů jsou uvedené i průměrné pořadí dle M-W U testu.  $N = 309$ .

Pomocí t-testu jsme srovnávali i data získaná od respondentů, kteří uvažovali o sebevraždě v posledních 12 měsících s ostatními a i zde jsme provedli kontrolní výpočty neparametrickým Mann-Whitneyovým U testem, který nám výsledky potvrdil. Rozdíly zde byly velice podobné jako mezi respondenty někdy uvažujícími o sebevraždě a respondenty nikdy nad sebevraždou nepřemýšlejícími. V případě srovnání skupiny studentů medicíny, kteří nad sebevraždou uvažovali v posledních 12 měsících, se ukázalo, že ti signifikantně významně více ( $\bar{x} = 26,85$ ;  $p < 0,01$ ) akceptují sebevraždy než ostatní respondenti ( $\bar{x} = 30,80$ ;  $p < 0,01$ ). Respondenti, kteří v posledním roce nad sebevraždou uvažovali, se prezentují tak, že ji signifikantně méně vnímají jako znak duševní nemoci ( $\bar{x} = 11,26$ ;  $p < 0,01$ ) než ostatní respondenti ( $\bar{x} = 9,25$ ;  $p < 0,01$ ). Studenti medicíny, kteří v posledním roce o sebevraždě neuvažovali, souhlasí více s tím, že by se s psychickými problémy člověk měl svěřovat okolí ( $\bar{x} = 7,44$ ;  $p < 0,01$ ) oproti respondentům, kteří na sebevraždou v posledních 12 měsících mysleli ( $\bar{x} = 8,66$ ;  $p < 0,01$ ). Ve vztahu ke konkrétnímu

suicidálnímu příteli jsou více emočně zasaženi ti studenti medicíny, kteří o sebevraždě v posledním roce neuvažovali, viz graf č. 6.



Graf č. 6: Krabicový graf rozdílu v emočním zasažení (F3 – vyšší skór značí menší emoční zasažení) zprávou od blízkého přítele, který se svěřil se svými suicidálními myšlenkami, mezi respondenty, kteří v posledních 12 měsících uvažovali o sebevraždě (1) a respondenty, kteří v posledních 12 měsících o sebevraždě nepřemýšleli (2).

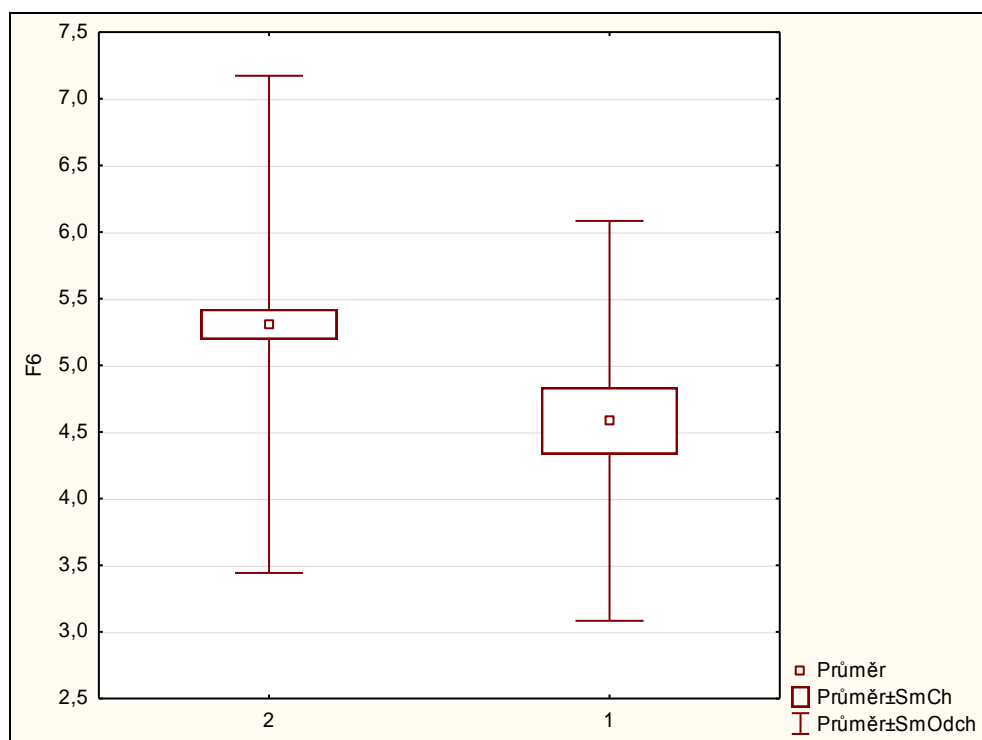
Žádné signifikantní rozdíly se neprokázaly mezi respondenty, kteří mají zkušenost se sebevražděným jednáním v rodině / mezi blízkými přáteli a mezi ostatními respondenty.

Jak bylo naznačeno v předchozím textu, vliv na prezentované postoje k sebevraždě může mít i to, jakou má člověk aktuálně náladu. Míra smutku byla respondenty hodnocena na 10 položkové škále (1 = vůbec smutný, 10 = nejvíc smutný) a průměrné hodnocení aktuální míry smutku odpovídalo u studentů medicíny hodnotě 2,94. Jelikož v zahraničních výzkumech používali Pearsonovy korelace, rozhodli jsme se jich využít také. U faktoru Akceptace sebevraždy se při použití parametrického testování neprokázalo, že by aktuální míra smutku měla významný vliv na prezentovanou akceptaci sebevražd (viz tabulka č. 11). Proto jsme zamítli také H6, podle níž by studenti medicíny s lepší náladou měli akceptovat sebevraždy méně. Aktuální míra prožívaného smutku má signifikantní vliv pouze na to, jak by se podle respondentů měli lidé svěřovat s psychickými problémy. Smutnější lidé si v průměru myslí, že by se měli svěřovat méně (viz tabulka č. 11).

	F1 (Akceptace sebevraždy)	F2 (Sebevražda jako známka duš. nemoci)	F3 (Potrestání po smrti)	F4 (Svěřování se s psych. problémy)	F5 (Skrývání s. chování)	F6 (Otevřené mluvení o s.)
Míra smutku	-0,10 (-0,14) *	0,01 (0,05)	-0,02 (0,00)	0,12 * (0,15) **	-0,07 (-0,08)	-0,04 (-0,04)

Tabulka č. 11: Korelace prezentované míry smutku respondentů s jednotlivými škálami dotazníku EATSS, \* značí významnost na hladině  $p < 0,05$ , v závorce jsou uvedené neparametrické korelace.  $N = 309$ .

Poslední zkoumanou proměnnou, pro kterou jsme si stanovili hypotézu, bylo kuřáctví. Podle našich předpokladů ze zahraničních výzkumů by kuřáci měli sebevraždy akceptovat více, nicméně po ověření t-testem se v tomto neprokázal signifikantní rozdíl mezi kuřáky ( $\bar{x} = 29,11$ ) a nekuřáky ( $\bar{x} = 30,26$ ). Jediný signifikantní rozdíl se objevil, co se týče otevřenosti mluvení o sebevraždách. Kuřáci se v průměru prezentují tak, že by se podle nich mělo o sebevraždách mluvit otevřeněji ( $\bar{x} = 4,58$ ;  $p < 0,05$ ) než podle nekuřáků ( $\bar{x} = 5,31$ ;  $p < 0,05$ ).



Graf č. 7: Krabicový graf rozdílu mezi kuřáky (1) a nekuřáky (2) v tom, do jaké míry by se podle mělo o sebevraždách otevřeně mluvit na veřejnosti (F6 – vyšší skór znamená menší otevřenost v mluvení o sebevraždách).  $N = 309$ .



Poslední, na co se v kapitole výsledků zaměříme, je rozdíl mezi pohlavími. Zde jsme si kvůli rozdílným výsledkům zahraničních výzkumů žádnou hypotézu nestanovili. Opět jsme použili parametrické t-testy a pro kontrolu také Mann-Whitneyův U test. Došli jsme k tomu, že v našem výzkumném souboru studentů medicíny ženy v průměru významně méně akceptují sebevraždy ( $\bar{x} = 31,06$ ;  $p < 0,01$ ) než muži ( $\bar{x} = 28,28$ ;  $p < 0,01$ ). Studenti medicíny signifikantně významně méně vidí za sebevraždou nějakou duševní nemoc ( $\bar{x} = 10,53$ ;  $p < 0,01$ ) proti studentkám medicíny ( $\bar{x} = 9,12$ ;  $p < 0,01$ ). Tyto výsledky můžete vidět v tabulce č. 12. Ve vztahu k blízkému příteli, který se rozhodl pro sebevraždu, se žádné signifikantní rozdíly mezi pohlavími neprokázaly.

Proměnná	Průměr ženy	Průměr muži	t	Počet žen	Počet mužů	Sm.odch. ženy	Sm.odch. muži
F1 (Akceptace sebevraždy)	31,06 ** (166,33)	28,28 ** (132,66)	3,31	205	104	6,72	7,47
F2 (Sebevražda jako známka duš. nemoci)	9,12 ** (142,74)	10,53 ** (179,74)	-3,37	205	104	3,43	3,59
F3 (Potrestání po smrti)	19,27	19,02	0,44	205	104	4,65	4,83
F4 (Svěřování se s psychickými problémy)	7,61	7,71	-0,28	205	104	2,93	2,73
F5 (Skrývání sebevražedného chování)	7,47	7,16	1,39	205	104	1,79	1,95
F6 (Otevřené mluvení o sebevraždě)	5,24	5,18	0,28	205	104	1,84	1,85

Tabulka č. 12: Srovnání postojů k sebevraždě (dotazník EATSS) u studentů medicíny a studentek medicíny, \*\* značí významnost na hladině  $p < 0,01$ , v závorce u signifikantních rozdílů jsou uvedena i průměrná pořadí dle M-W U testu.  $N = 309$ .

## 10. Zhodnocení platnosti hypotéz

Pokud se zaměříme na to, do jaké míry se potvrdily či nepotvrdily naše hypotézy, tak můžeme konstatovat, že větší část z nich byla v našem výzkumu potvrzena, konkrétně 4 ze 7. První čtyři stanovené hypotézy se týkaly rozdílu mezi studenty medicíny, kteří se hlásí ke křesťanské víře a mezi nevěřícími studenty medicíny.

H1 zněla takto: Studenti medicíny hlásící se ke křesťanské víře akceptují sebevraždy méně než nevěřící studenti medicíny. Jak již bylo konstatováno v kapitole Výsledky, tak tato hypotéza byla potvrzena. Věřící respondenti vyjadřovali v průměru signifikantně větší odmítání sebevražd ( $\bar{x} = 33,49$ ;  $p < 0,01$ ) než nevěřící ( $\bar{x} = 28,08$ ;  $p < 0,01$ ).

Znění H2 bylo: Studenti medicíny hlásící se ke křesťanské víře souhlasí více než nevěřící studenti medicíny s tím, že sebevrazi budou po smrti potrestáni. I tato hypotéza byla potvrzena, protože věřící studenti medicíny v průměru prezentují spíše názor, že sebevrahy čeká nějaký trest ( $\bar{x} = 16,07$ ;  $p < 0,01$ ) oproti nevěřícím ( $\bar{x} = 21,30$ ;  $p < 0,01$ ).

Dále jsme ověřovali, zda platí H3: Studenti medicíny hlásící se ke křesťanské víře vidí v pozadí sebevražd více duševní nemoc než nevěřící studenti medicíny. Stejně jako u předchozích 2 hypotéz se zde objevil signifikantní rozdíl mezi věřícími a nevěřícími a hypotéza byla přijata. Věřící studenti medicíny prezentovali v průměru více názor, že za sebevraždami stojí duševní nemoc ( $\bar{x} = 8,97$ ;  $p < 0,05$ ) oproti studentům nehlásícím se k žádné víře ( $\bar{x} = 9,94$ ;  $p < 0,05$ ).

Naopak se nepotvrdila H4, která předpokládala, že ve vztahu ke konkrétnímu blízkému příteli, který se chce zabít, budou studenti medicíny hlásící se ke křesťanské víře ochotnější mu pomoci. Prokázal se signifikantní pravý opak, neboť právě nevěřící respondenti se prezentovali jako ti aktivnější, kteří se o přítele zajímají a snaží se mu pomoci najít jiné řešení ( $\bar{x} = 5,6$ ;  $p < 0,05$ ) než respondenti věřící ( $\bar{x} = 6,27$ ;  $p < 0,05$ ).

Další 3 hypotézy se týkaly jiných proměnných než víry. H5: Studenti medicíny, kteří někdy přemýšleli o sebevraždě, ji akceptují více než ti, kteří o ní nikdy neuvažovali. Tato hypotéza byla potvrzena, protože v našem výzkumném souboru se ti respondenti, kteří o sebevraždě někdy přemýšleli, prezentovali v průměru jako více akceptující tento čin ( $\bar{x} = 27,98$ ;  $p < 0,01$ ) než respondenti, kteří dle svých vlastních slov o sebevraždě nikdy v životě nepřemýšleli ( $\bar{x} = 31,74$ ;  $p < 0,01$ ).

Šestá hypotéza se týkala aktuálně prožívané nálady. H6: Studenti medicíny, kteří v době vyplňování dotazníku hodnotí svou aktuální prožívanou míru smutku jako menší, akceptují sebevraždy méně než studenti medicíny, kteří svou aktuální míru smutku hodnotí jako větší. Tato hypotéza přijata nebyla, ačkoli Spearmanova korelace na slabý vztah ukazovala, ale protože skutečně ani tato korelace nebyla moc silná a především parametrická Pearsonova korelace nic signifikantní neprokázala, nemohla být hypotéza přijata.

Poslední stanovená hypotéza se týkala kuřáctví. H7: Kuřáci akceptují sebevraždy signifikantně více než nekuřáci. Tato hypotéza se nepotvrdila, protože se zde neprokázal signifikantní rozdíl mezi kuřáky a nekuřáky co se týče míry jimi prezentované akceptace k sebevraždám.

## 11. Diskuze

Nyní se dostáváme k jedné z důležitých částí diplomové práce – diskuzi. Pokusíme se zde zamyslet nad některými nedostatky práce, nad tím, jaké mohou být důvody potvrzení či nepotvrzení hypotéz a dalších zjištěných signifikantních výsledků.

Prvním, co můžeme na základě našich výzkumných zjištění konstatovat je to, že určité škály dotazníků spolu významně souvisí. Pro nás pozitivní zjištění je to, že Eskin (2004) hovoří o velice podobných souvislostech jednotlivých škál. Můžeme říci, že lidé, kteří se prezentují jako tolerantnější k sebevraždám a obecně je více akceptují, chápou sebevraždy méně jako projev duševní nemoci a spíše nevěří v nějaké potrestání po smrti těchto lidí. Jde o poměrně logické souvislosti, protože pokud člověk nějakou věc neodsuzuje a svým způsobem ji přijímá, nebude mít zřejmě pocit, že za tuto věc by měl být někdo trestán. Lidé akceptující sebevraždy pravděpodobně toto chování vnímají jako čin, pro který se člověk rozhodne po zralé úvaze, jde o svobodnou volbu duševně zdravého jedince.

Větší akceptace sebevraždy je podle výsledků našeho výzkumu také spojena s názorem, že o sebevraždách by se na veřejnosti mělo otevřeně mluvit, což se také jeví jako logické, protože pro takového člověka téma sebevražd není zřejmě tabu a nevidí důvod, proč by se o něm mluvit nemělo. Trochu překvapujícím zjištěním je však to, že větší akceptace sebevražd je spojena s názorem, že lidé by se neměli příliš svěřovat se svými psychickými problémy blízkým. Napadá mě, že pro lidi akceptující sebevraždy je důležitá svoboda volby člověka, a proto si více myslí, že by si člověk měl své problémy řešit sám. Ještě překvapivější mi však připadne to, že větší akceptace sebevražd se pojí s přesvědčením, že by se sebevražedné chování blízkých mělo před okolím spíše tajit. Hodnota této korelace však nebyla příliš vysoká, neměli bychom ji tedy přeceňovat. Jistým vysvětlením může být to, že pro lidi více akceptující sebevraždy jde především o rozhodnutí daného člověka a nepotřebují, aby jejich okolí přemýšlelo nad důvody, které za tímto činem stály.

To, že vnímání suicidia jako známky duševní nemoci je spojeno s přesvědčením o potrestání sebevrahů po smrti, vychází pravděpodobně právě z menší akceptace sebevražd, která se pojí s oběma těmito proměnnými. Zjištění, že větší skrývání sebevražedného chování blízkých osob se pojí s menší ochotou, aby se o sebevraždách mluvilo na veřejnosti, podle mě není třeba nějak dále rozebírat.

Co se týče druhého z použitých dotazníků, zde jsme pomocí korelací došli k předpokládatelnému zjištění, že pokud se někomu svěří blízký přítel se sebevražednými

myšlenkami či plány, tak ti lidé, kteří ho více sociálně akceptují a snaží se zapojit do společenského života, se také budou více snažit mu pomoci a přemluvit ho, aby našel jiné řešení. Lidé, kteří tomuto sdělení zprvu ani nechtějí věřit a jsou zaskočení, jsou logicky též více emočně zasaženi touto zprávou, ale snaží se svému příteli o to více pomoci a snaží se ho zapojit více do společenského života, aby se necítil sám a našel jiné řešení své situace.

Ze srovnávání výsledků obou dotazníkových metod můžeme říci, že lidé, podle kterých by se člověk s psychickými potížemi měl někomu svěřit, se také snaží více pomoci svému blízkému, pokud se jim skutečně svěří. Ačkoli jsou tedy zprávou zaskočení, snaží se svého suicidálního přítele více přemlouvat, diskutují s ním o jeho problémech a možných řešeních, snaží se ho více zapojovat do společnosti dalších lidí a trávit s ním více času.

Jak již bylo řečeno, budoucí lékaři se se sebevraždami v životě mohou setkat mnohem častěji než ostatní lidé. Samozřejmě by vždy měli zůstat profesionály a hlavně pomoci svým pacientům, nijak nehodnotit jejich činy, ale vnitřní postoj každého z nás ovlivňuje a může nevědomě ovlivnit například to, jak se bude lékař chovat k neúspěšnému sebevrahovi, co bude cítit při práci s takovým člověkem.

Z našeho výzkumu vyplývá, že studenti medicíny v České republice (ovšem jejich postoj k sebevraždě se může v průběhu života změnit) sebevraždy v průměru spíše nepřijímají jako možnou volbu v určitých situacích. Nemusí to ale znamenat nějaké odsuzování, spíše se za tímto zjištěním skrývá přesvědčení, že vždy existují i jiná řešení. Studenti medicíny spíše mírně nesouhlasí s názorem, že sebevražda je známkou duševní nemoci, ale především nesouhlasí s tím, že by sebevrahy po smrti čekalo nějaké potrestání. Jako důležitý v kontextu budoucí profese vidím fakt, že podle studentů medicíny by se člověk měl svěřovat se svými psychickými potížemi rodině či přátelům. Pokud dojde k nějakému sebevražednému chování v rodině, tak by se to podle průměrného hodnocení studentů medicíny nemělo před okolím tolik tajit a obecně by se podle nich mezi přáteli a v médiích o sebevraždách mělo mluvit otevřeně. S výjimkou obecného neakceptování sebevraždy se tedy studenti medicíny prezentují spíše jako tolerantnější.

Podle mě dobrou zprávou je to, že vztah, jaký mají studenti medicíny k blízkému suicidálnímu příteli, který se jim rozhodne se svými myšlenkami svěřit, je poměrně pozitivní a hlavně přijímající. Schopnost přijetí budou určitě potřebovat i v případě budoucí možné práce s lidmi pokoušejícími se o sebevraždu. Studenti medicíny by se

svému suicidálnímu příteli snažili všemožně pomoci najít jiné řešení, snažili by se ho zapojit mezi své přátele, do společnosti, byli by ochotní s ním o problémech diskutovat.

Nyní se začneme vyjadřovat ke zjištěným rozdílům mezi věřícími (křesťany) a nevěřícími. Co se týče obecného postoje k sebevraždám, pro jehož zkoumání byl zvolen dotazník EATSS, tak zde se nám zcela potvrdily všechny 3 hypotézy. Studenti medicíny, kteří se hlásí ke křesťanské víře, akceptují sebevraždy méně než jejich nevěřící kolegové, což odpovídá předchozím výzkumům (Amiri et al., 2012; Boyd & Chung, 2012). Zároveň také studenti medicíny, kteří jsou křesťany, více souhlasí s tím, že sebevrahy čeká po smrti nějaký trest, což koresponduje s Eskinovými zjištěními (2004). Ačkoli tedy již církev nezaujímá tak odmítavé stanovisko k sebevrahům, stále mezi jejími členy zůstává zakořeněna spíše představa o tom, že jde o hřích a že právo dávat a brát život by měl mít jen Bůh. Stejně jako Eskin (2004) a Amiri et al. (2012) i my na základě sesbíraných dat můžeme konstatovat, že věřící studenti medicíny vnímají sebevraždu častěji jako projev duševní choroby. S menší tolerancí a akceptací suicidia věřícími souvisí zřejmě i to, že podle jejich názoru by se o sebevraždách mezi přáteli a obecně i v médiích nemělo příliš otevřeně mluvit. Sebevražda je pro věřící nejspíš stále větším tabu, něčím, co je částečně v rozporu s jejich vírou. To potvrzují i zjištění vlivu hloubky náboženského přesvědčení, neboť právě větší hloubka víry se pojí s menší akceptací sebevražd a s přesvědčením o potrestání sebevrahů po smrti.

Očekávali jsme ovšem, že pokud již jde o konkrétního blízkého přítele, který se svěřil se suicidálními myšlenkami, budou věřící ochotnější mu pomoci a budou se mu více snažit čin vymluvit (Eskin, 2004). Prokázal se ale pravý opak. Právě nevěřící studenti medicíny se prezentovali jako ochotnější svému příteli pomoci. Zdá se tedy, že obecné odmítání sebevraždy u křesťanů se přenáší i do vztahu ke konkrétním osobám, a nejsou proto ani ochotnější jim více pomoci než lidé, kteří jsou k sebevraždám celkově tolerantnější.

Co se týče dalších proměnných, tak se potvrdil předpoklad, že lidé, kteří o sebevraždě někdy přemýšleli, ji více akceptují (Eskin, 2004). Důvod tohoto faktu je pravděpodobně velmi prostý. Tito lidé se v minulosti dostali do situace, kdy je sebevražda samotné napadala jako možné řešení, takže jim nepřijde jako něco výjimečného a zavrženíhodného. Logické je také to, že člověk se své minulé chování i úvahy snaží vidět vždy v pozitivním směru, takže proto bude zaujímat tolerantnější postoj i vůči suicidii. Větší tolerantnost může naznačovat i to, že respondenti, kteří o sebevraždě v minulosti přemýšleli, ji považují

méně za známku duševní nemoci. Nejspíš také sami sebe za duševně nemocné nepovažují, a proto suicidium je pro ně záležitostí týkající se i duševně zdravých jedinců. Zajímavé je také zjištění, že studenti medicíny, kteří o sebevraždě přemýšleli, si méně myslí, že by se člověk se svými problémy měl svěřovat. Možná vycházejí právě ze své zkušenosti, kdy své potíže před ostatními spíše skrývali a nakonec si je nějak vyřešili. Zároveň jsou lidé, kteří mají se suicidálními myšlenkami zkušenosti o něco méně emočně zasaženi, když jim o něčem takovém řekne jejich blízký přítel. Možná proto, že dokážou více pochopit takové úvahy.

To, že studenti medicíny, kteří o sebevraždě přemýšleli v posledních 12 měsících, tento čin akceptují více, méně ho vnímají jako znak duševní nemoci a také jsou méně emočně zasaženi svěřením se suicidálního přítele, je způsobeno pravděpodobně důvody, zmíněnými v minulém odstavci. Navíc je zde vše umocněno tím, že o suicidiu uvažovali poměrně nedávno.

Určitý vliv na prezentované hodnocení suicidia může mít i aktuálně prožívaná nálada. Podle výzkumu Amiriho et al. (2012) jsme očekávali, že smutnější lidé budou vyjadřovat větší akceptaci sebevražd. Tuto hypotézu jsme nakonec nepřijali, protože nevyšel signifikantní vztah mezi mírou prožívaného smutku a hodnocením suicidálního jednání. Zdá se tedy, že ač nálada může mírně ovlivnit hodnocení respondentů, tak postoje k suicidiu jsou poměrně konzistentní a nezávislé na tom, jak se člověk cítí.

Poslední sedmá hypotéza předpokládala, že kuřáci budou sebevraždu akceptovat více než nekuřáci (Jukkala & Mäkinen, 2011). To vychází z předpokladu, že lidé provozující nejrůznější rizikové chování (včetně kouření) dělají něco, co může jejich život výrazně zkrátit a jdou vlastně smrti naproti. Významný rozdíl mezi kouřícími studenty medicíny a mediky – nekuřáky se ale v míře akceptace neprokázal. Kuřáci jsou ale pro větší otevřenost co se týče zpráv v médiích o sebevraždách a při povídání si s přáteli. To, že sami dělají nějakou rizikovou činnost, je možná spojeno s tím, že jsou pro ně společensky ožehavá témata menšími tabu. Nemají proto tolik problém o nich mluvit, což ale neznamená, že by se jinak výrazně názorově lišili oproti ostatním, co se týče sebevražd.

Co se týče rozdílů mezi pohlavími, tak naše výsledky odpovídají spíše zjištěním Jukkaly & Mäkinena (2011), studenti medicíny totiž oproti svým ženským kolegyním akceptují sebevraždy více a zároveň je vnímají méně jako známku duševní nemoci. Ve výzkumech Amiriho et al. (2012) a Batterhama, Caleara a Christensena (2012) se jako tolerantnější

ukazovaly naopak ženy. Je možné, že v každé zemi je to jinak a postoje ovlivňuje též tamní role žen a mužů. Možné je ale také to, že mezi muži a ženami zásadní rozdíly ve vztahu k suicidii nejsou. V psychologii obecně je toto srovnávání velmi obvyklé, zejména proto, že je jednoduché zkoumat soubor rozlišit dle biologického pohlaví, ale podle mě jsou zajímavější charakteristiky, ve kterých se dají hledat rozdíly.

Tak jako každá studie, i tato má své limity. Protože jsme se zaměřili jen na studenty medicíny, nemůžeme tvrdit, že naše zjištění musí platit na všechny obyvatele České republiky, ale usuzovat z nich můžeme právě a jen na postoje studentů medicíny. Pro výzkum celospolečenských názorů na sebevraždu by bylo potřeba naplánovat velice složitý a náročný výzkum, což není v rámci diplomové práce dělané jedním člověkem možné. Pokud by však v budoucnu nějaký tým lidí dokázal toto realizovat, šlo by jistě o unikátní a zajímavý výzkum.

Pro výzkum jsme použili dotazníkové metody, u kterých obecně existuje riziko, že respondenti nemusí odpovídat podle toho, co si skutečně myslí, mohou se dělat ze svého úhlu pohledu lepšími. Postoje se ale pomocí dotazníků zkoumají asi nejčastěji a naprostá anonymita a dobrovolnost účasti na výzkumu by riziko prezentovat se jinak, než jak odpovídá skutečnosti, měla minimalizovat.

Dále by se dalo diskutovat o tom, zda dotazníky M. Eskina jsou skutečně tou nejlepší volbou. Dotazníky jsou poměrně krátké a některé škály obsahují jen 2 tvrzení. Na druhou stranu ale ochota vyplnit kratší dotazník je podstatně větší než při rozsáhlé testové baterii. Na to, jak jsou dotazníky krátké, si myslím, že problematiku pokrývají dobře, jejich validita byla zkoumána. Navíc byly již několikrát použity v zahraničí, takže se zjištěné výsledky dají srovnávat.

## **12. Závěry**

V této práci bylo zjištěno, že studenti medicíny sebevraždy spíše neakceptují jako možnou volbu v určité situaci, ale nevnímají ji ani jako známku duševní nemoci a také si nemyslí, že by sebevrazi po smrti měli být potrestáni. Člověk by se podle nich měl spíše svěřovat se svými psychickými problémy blízkým, o sebevraždách by se mezi přáteli a v médiích mělo mluvit otevřeně, a když dojde k sebevražednému chování v rodině, neměli by to příbuzní před ostatními příliš tajit.

Ve vztahu k příteli, který se svěří s tím, že se chce zabít, jsou studenti medicíny spíše akceptující. Snažili by se takového člověka více zapojit mezi další lidi, brát ho do společnosti, diskutovali by s ním o jeho problémech a jiných řešeních.

Studenti medicíny hlásící se ke křesťanské víře akceptují sebevraždy méně než nevěřící, vnímají je více jako známku duševní nemoci a věří také více v potrestání sebevrahů po smrti než studenti nehlásící se k žádné víře. Podle nevěřících studentů medicíny by se o sebevraždách mělo více otevřeně mluvit než podle věřících studentů medicíny. Oproti předpokladům jsou nevěřící studenti medicíny i ochotnější více pomoci suicidálnímu blízkému příteli než studenti hlásící se ke křesťanství.

Studenti medicíny, kteří o sebevraždě v minulosti přemýšleli, ji více akceptují a vnímají ji méně jako projev duševní nemoci, než studenti medicíny, kteří o ní nikdy nepřemýšleli. Ti, kteří o ní nepřemýšleli, ale na druhou stranu více souhlasí s tím, že by se člověk měl svěřovat se svými psychickými problémy.

Míra aktuálně prožívaného smutku nemá zásadní vliv na prezentovaný postoj k sebevraždě. Nepotvrdilo se, že by kuřáci akceptovali suicidium více než nekuřáci, ale mělo by se podle nich o sebevraždách mluvit otevřeněji než dle nekuřáků.

V našem výzkumu se jako více akceptující sebevraždy prezentovali muži, kteří též méně vnímali sebevraždu jako znak duševní nemoci než ženy.

### **13. Souhrn**

Sebevražedné chování stojí v centru zájmu lékařů, filozofů, sociologů, etiků, právníků či psychologů. Existuje i samostatný obor – suicidologie – který se zabývá sebevraždami hlavně z psychiatricko-lékařského hlediska (Jandourek, 2012). Slovo suicidium je odvozeno od *sui, suus* – svůj a *caedo* – bít, zabíjet (Baštecká, 2003). Dle Velkého psychologického slovníku je sebevražda „*porucha pudu sebezáchovy či vědomé a úmyslné ukončení vlastního života, nejčastěji jako reakce na tíživou situaci spojenou se ztrátou smyslu života*“ (Hartl & Hartlová, 2010, 516). Vymezením sebevraždy se zabývalo mnoho odborníků – například E. Durkheim, T. G. Masaryk, Jan Prokop, Stengel a další.

Mezi formy sebevražedného chování řadíme suicidální myšlenky, suicidální tendence, suicidální pokus a dokonanou sebevraždu (Koutek & Kocourková, 2007b). Nejobvyklejší dělení sebevražd je na bilanční a impulzivní. Bilanční sebevraždy jsou promyšlené a mají dlouhodobé subjektivně závažné důvody, zatímco impulzivní sebevraždy následují



okamžitě po nějakém impulzu a nejsou příliš promyšlené (Viewegh, 1996; Vágnerová, 2004; Fischer & Škoda, 2009).

Roli pro to, že se člověk rozhodne spáchat sebevraždu, mohou hrát faktory osobní, sociální, psychologické, kulturní, biologické a také samotné prostředí v jakém člověk žije (WHO, 2014). Nejčastěji je motivem únik ze zátěžové situace, kterou člověk není schopen jinak zvládnout (Fischer & Škoda, 2009). Často je důvodem duševní či tělesná nemoc, vztahové problémy nebo i ekonomické problémy.

Způsoby provedení sebevraždy můžeme dělit na měkké a tvrdé metody. Mezi měkké, kde je šance na přežití větší, patří intoxikace léky, pořezení se či skok z malé výšky. Tvrdé metody sebevraždy zahrnují použití střelné zbraně, skok z velké výšky, oběšení (Koutek & Kocourková, 2007b; Fischer & Škoda, 2009). V České republice je dlouhodobě nejčastější oběšení, následuje zastřelení, otrava, skok z výšky a sebevražda ostrým předmětem (ČSÚ, 2011).

Riziko spáchání sebevraždy zvyšují na straně zdravotnického systému překážky v získávání zdravotní péče. Na straně společnosti jsou rizikovým faktorem dostupnost prostředků sebevraždy či nevhodné reportáže médií. Dalšími rizikovými faktory jsou různé katastrofy, války, diskriminace, zneužívání a traumata. Na straně jedince zvyšují riziko předchozí suicidální pokusy, psychická nemoc, zneužívání alkoholu či drog, finanční problémy, ztráta zaměstnání, beznaděj, chronická bolest a další. Sebevraždy tvoří celosvětově asi 1,4 % úmrtí (WHO, 2014).

V naší práci zkoumáme postoje, které mohou být pozitivní, negativní, smíšenou nebo lhostejnou reakcí na osobu, objekt nebo myšlenku (Kassin, 2007), ovlivňuje je například temperament, s jakým se člověk narodí. Vliv na utvoření postojů má dále zejména výchova v rodině, média, přátelé, idoly a podobně (Cakirpaloglu, 2012).

Postoje k sebevraždám se u různých společností lišily a liší. Ve starém Egyptě sebevraždy nikdy příliš přijímány nebyly, naopak Keltové, pokud se jim nepovedlo v průběhu života zemřít v boji, tak se raději zabili sami, než aby zemřeli v důsledku stáří. V předkolumbovské Americe byly sebevraždy také přijímány, například utopení se Aztékům zajišťovalo, že se dostanou do nejkrásnějšího ze 13 nebeských světů. Ve starém Řecku a Římě se postoje k sebevraždě lišili v různých obdobích a také jednotlivé filozofické školy zaujímaly různě pozitivní či negativní stanoviska (Monestier, 2003).

V Bibli je popsáno několik sebevražd a většinou k nim není zaujímán přímo negativní postoj. Svatý Augustin a Tomáš Akvinský už ale sebevraždu začali považovat za velký hřích (Monestier, 2003; Vágnerová, 2004).

Ve výzkumné části jsme stanovili dva hlavní cíle:

1. Prozkoumat a analyzovat postoje studentů medicíny v České republice k sebevraždám.
2. Prozkoumat vliv různých sociodemografických proměnných na postoje k sebevraždám.

Náš zkoumaný soubor zahrnoval 309 studentů medicíny (205 žen a 104 mužů), průměrný věk byl 22,06 let. 57 % respondentů přemýšlelo někdy v životě o sebevraždě, v posledním roce o ní přemýšlelo 17,15 % respondentů.

Jako výzkumné metody byly použity dotazníky získané přímo od jejich autora od M. Eskin (převedené do češtiny): Eskin's Attitudes towards Suicide Scale (EATSS) a Eskin's Social Reactions to Suicidal Persons Scale (ESRSPS).

Z předchozích zahraničních výzkumů jsme odvodili 7 hypotéz. Po provedení statistických analýz jsme přijali H1, H2 i H3. Studenti medicíny hlásící se ke křesťanské víře akceptují sebevraždy méně než nevěřící, vnímají je více jako známku duševní nemoci a věří také více v potrestání sebevrahů po smrti než studenti nehlásící se k žádné víře. Oproti předpokladům jsou nevěřící studenti medicíny ochotnější více pomoci suicidálnímu blízkému příteli než studenti hlásící se ke křesťanství.

Studenti medicíny, kteří o sebevraždě v minulosti přemýšleli, ji více akceptují a vnímají ji méně jako projev duševní nemoci, než ti, kteří o ní nikdy nepřemýšleli. Studenti nikdy neuvažující o sebevraždě ale na druhou stranu více souhlasí s tím, že by se člověk měl svěřovat se svými psychickými problémy.

Míra aktuálně prožívaného smutku nemá zásadní vliv na prezentovaný postoj k sebevraždě. Nepotvrdilo se, že by kuřáci akceptovali suicidium více než nekuřáci, ale mělo by se podle nich o sebevraždách mluvit otevřeněji než dle nekuřáků. Jako více akceptující sebevraždy se prezentovali muži, kteří též méně vnímali sebevraždu jako znak duševní nemoci než ženy.

Můžeme říci, že lidé, kteří se prezentují jako tolerantnější k sebevraždám a obecně je více akceptují, chápou sebevraždu méně jako projev duševní nemoci a spíše nevěří v nějaké potrestání po smrti těchto lidí. Větší akceptace sebevraždy je spojena s názorem, že o sebevraždách by se na veřejnosti mělo otevřeně mluvit. V kapitole o výsledcích a v diskuzi je popsáno ještě mnoho dalších souvislostí.

Obecně studenti medicíny spíše neakceptují sebevraždu, ale nevnímají ji ani jako známku duševní nemoci a také si nemyslí, že by sebevrazi po smrti měli být potrestáni. Člověk by se podle nich měl spíše svěřovat se svými psychickými problémy blízkým, o sebevraždách by se mezi přáteli a v médiích mělo mluvit otevřeně, a když dojde k sebevražednému chování v rodině, neměli by to příbuzní před ostatními příliš tajit. Přítel, který by se jim svěřil se sebevražednými myšlenkami, by se snažil více zapojit mezi další lidi, brát ho do společnosti, diskutovali by s ním o jeho problémech a jiných řešeních.

V diskuzi se zaměřuji na to, co může stát v pozadí jednotlivých zjištění, proč se některé hypotézy nepotvrdily a také jaké mohou být limity práce.

## Seznam použitých zdrojů a literatury

- 1) Amiri, L., Voracek, M., Yousef, S., Galadari, A., Yammahi, S., Sadeghi, M., Eskin, M., & Dervic, K. (2013). Suicidal Behavior and Attitudes among Medical Students in the United Arab Emirates. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 34, 116 - 123.
- 2) Anderson, A. L., Lester, D., & Rogers, J. R. (2008). A Psychometric Investigation of the Suicide Opinion Questionnaire. *Death Studies*, 32, 924 – 936.
- 3) Balunová, A. (2012). *Sebevraždy v Bibli a pohled církve na tento akt*. (Nepublikovaná diplomová práce). Univerzita Palackého v Olomouci.
- 4) Baštecká, B. (2003). *Klinická psychologie v praxi*. Praha: Portál.
- 5) Batterham, J. P., Calear, A. L., & Christensen, H. (2012). The Stigma of Suicide Scale: Psychometric Properties and Correlates of the Stigma of Suicide. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 34, 13 – 21.
- 6) Blšťáková, B. (2013). *Postoje studentů k sebevraždě jako krajnímu řešení obtížných životních situací*. (Nepublikovaná diplomová práce). Univerzita Palackého v Olomouci.
- 7) Boyd, A. K., & Chung, H. (2012). Opinions toward Suicide: Cross-National Evaluation of Cultural and Religious Effects on Individuals. *Social Science Research*, 41, 1565 – 1580.
- 8) Cakirpaloglu, P. (2012). *Úvod do psychologie osobnosti*. Praha: Grada Publishing.
- 9) Cetl, J., Horák, P., Hošek, R., & Kudrna, J. (1985). *Průvodce dějinami evropského myšlení*. Praha: Panorama.
- 10) Černá, Z. (2011). *Vliv rodiny na suicidální chování dětí a dospívajících*. (Nepublikovaná diplomová práce). Univerzita Palackého v Olomouci.
- 11) Český statistický úřad (2011). *Sebevraždy v České republice 2006 až 2010*. Olomouc: ČSÚ.
- 12) Domino, G. (2005). Cross-Cultural Attitudes towards Suicide: The SOQ and A Personal Odyssey. *Archives of Suicide Research*, 9, 107 – 122.
- 13) Domino, G., Moore, D., Westlake, L., & Gibson, L. (1982). Attitudes toward Suicide: A Factor Analytic Approach. *Journal of Clinical Psychology*, 38, 257 – 262.
- 14) Eskin, M. (2003). A Cross-Cultural Investigation of the Communication of Suicidal Intent in Swedish and Turkish Adolescents. *Scandinavian Journal of Psychology*, 44, 1 – 6.
- 15) Eskin, M. (2004). The Effects of Religious versus Secular Education on Suicide Ideation and Suicidal Attitudes in Adolescents in Turkey. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39, 536 – 542.

- 16) Eskin, M. (2013). The Effects of Individualistic-Collectivistic Value Orientations on Non-fatal Suicidal Behavior and Attitudes in Turkish Adolescents and Young Adults. *Scandinavian Journal of Psychology*, 54, 493 – 501.
- 17) Eskin, M., Voracek, M., Stieger, S., & Altinyazar, V. (2011). A Cross-Cultural Investigation of Suicidal Behavior and Attitudes in Austrian and Turkish Medical Students. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 46, 813 – 823.
- 18) Evans, E., Hawton, K., & Rodham, K. (2004). Factors Associated with Suicidal Phenomena in Adolescents: A Systematic Review of Population-Based Studies. *Clinical Psychology Review*, 24(8), 957-979. DOI: 10.1016/j.cpr.2004.04.005
- 19) Fisher, S., & Škoda, J. (2009). *Sociální patologie: Analýza příčin a možnosti ovlivňování závažných sociálně patologických jevů*. Praha: Grada Publishing.
- 20) Frankel, B., & Kranzová, R. (1998). *O sebevraždách*. Praha: Nakladatelství Lidové noviny
- 21) Gillernová, I., Bahbouh, R., Mertin, V., Rymeš, M., Slaměnik, I., & Šípek, J. (2000). *Slovník základních pojmů z psychologie*. Praha: Fortuna.
- 22) Hartl, P., & Hartlová, H. (2010). *Velký psychologický slovník*. Praha: Portál.
- 23) Hayesová, N. (1998). *Základy sociální psychologie*. Praha: Portál.
- 24) Hewstone, M., & Stroebe, W. (2006). *Sociální psychologie*. Praha: Portál.
- 25) Hort, V., & Kocourková, J. (2006). Sebevražedné chování v medicínské praxi. *Česká a slovenská psychiatrie*, 102, 201 – 203.
- 26) Chylová, M., Pálová, E., Kovaničová, M., & Breznoščáková, D. (2011). Prieskum suicidálneho správania v období dospievania. *Československá psychologie*, 4, 306 - 315.
- 27) Jandourek, J. (2012). *Slovník sociologických pojmů: 610 hesel*. Praha: Grada Publishing.
- 28) Jelínek, J. et al. (2012). *Trestní zákoník a trestní řád s poznámkami a judikaturou*. Praha: Leges.
- 29) Jukkala, T., & Mäkinen, I. H. (2011). Acceptance of Suicide in Moscow. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 46, 753–765.
- 30) Kageyama, T. (2012). Views on Suicide among Middle-Aged and Elderly Populations in Japan: Their Association with Demographic Variables and Feeling Shame in Seeking Help. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 66, 105 – 112.
- 31) Kaplan, K. J., & Schwartz, M. (2000). Suicide in Graeco-Roman Thought. *Journal of Psychology and Judaism*, 24 (1), 27 – 41.
- 32) Kassin, S. (2007). *Psychologie*. Brno: Computer Press.
- 33) Kim, K., & Park, J. (2014). Attitudes toward Suicide among College Students in South Korea and the United States. *International Journal of Mental Health Systems*, 8. doi:10.1186/1752-4458-8-17
- 34) Kocourková, J., & Koutek, J. (1996). Psychodynamické aspekty agrese suicidálního chování v adolescenci. *Československá psychologie*, 6, 534 – 537.

- 35) Kocourková, J., & Koutek, J. (2002). Posuzování suicidálního rizika u dětí a adolescentů. *Československá psychologie*, 2, 178 – 183.
- 36) Kocourková, J., & Schmidtová, J. (2006). Suicidium v rodině jako psychické trauma. *Československá psychologie*, 3, 312 – 316.
- 37) Kornatovská, M. (2013). *Stoické pojetí smrti a sebevraždy na pozadí kynismu a epikureismu*. (Nepublikovaná diplomová práce). Západočeská univerzita v Plzni.
- 38) Koutek, J., & Kocourková, J. (2007 a). Některé charakteristiky suicidálního jednání u dětí a adolescentů. *Československá psychologie*, 1, 72 – 79.
- 39) Koutek, J., & Kocourková, J. (2007 b). *Sebevražedné chování*. Praha: Portál.
- 40) Leenaars, A. A., & Domino, G. (1993). A Comparison of Community Attitudes towards Suicide in Windsor and Los Angeles. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 25, 253 – 266.
- 41) Lester, D. (2010). An Attempt to Improve the Suicide Opinion Questionnaire (SOQ). *Omega*, 60, 383 – 395.
- 42) Masaryk, T. G. (1930). *Sebevražda hromadným jevem společenským moderní osvěty*. Praha: Čin.
- 43) Minarčíková, Š. (2012). *Fenomén sebevražd v současném Japonsku*. (Nepublikovaná diplomová práce). Univerzita Palackého v Olomouci.
- 44) Monestier, M. (2003). *Dějiny sebevražd*. Praha: Dybbuk.
- 45) Nader, I. W., Tran, U. S., Baranyai, P., & Voracek, M. (2012). Investigating Dimensionality of Eskin's Attitudes toward Suicide Scale with Mokken Scaling and Confirmatory Factor Analysis. *Archives of Suicide Research*, 16, 226 - 237.
- 46) Nakonečný, M. (1995). *Lexikon psychologie*. Praha: Vodnář.
- 47) Pavlica, K. (2006). Postoje studentů k sebevraždě. *Kontakt*, 1, 72 - 80. Získáno 22. listopadu 2014 z <http://casopis-zsfju.zsf.jcu.cz/kontakt/clanky/1~2006/343-postoje-studentu-k-sebevrazde>
- 48) Ramgoon, S., Patel, C. J., & Paruk, Z. (2009). Preliminary Validation of the Multi-Attitude Suicide Tendency (MAST) Scale Using a South African Adolescent Sample. *Journal of Child and Adolescent Mental Health*, 21, 39 – 45.
- 49) Řehan, V. (2007). *Sociální psychologie 2*. Olomouc: Vydavatelství Univerzity Palackého.
- 50) Scocco, P., Castriotta, C., Toffol, E., & Preti, A. (2012). Stigma of Suicide Attempt (STOSA) Scale and Stigma of Suicide and Suicide Survivor (STOSASS) Scale: Two New Assessment Tools. *Psychiatry Research*, 200, 872 – 878.
- 51) Stack, S., & Ksopowa, A. J. (2008). The Association of Suicide Rates with Individual-Level Suicide Attitudes: A Cross-National Analysis. *Social Science Quarterly*, 89 (1), 39 – 59.
- 52) Šrajfer, J. (2009). *Suicidium, sebeobětování, nebo mučednictví?*. Praha: Triton.

- 53) Tavel, P. (2007). *Vybrané kapitoly ze sociální psychologie*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- 54) Vágnerová, M. (2004). *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál.
- 55) Viewegh, J. (1996). *Sebevražda a literatura*. Brno: Psychologický ústav AVČR ve spolupráci s Nakladatelstvím Tomáše Janečka.
- 56) Vodička, M. (2009). *Den, kdy došly prachy*. Praha: Nakladatelství Práh.
- 57) Westefeld, J. S., Sikes, Ch., Ansley, T., & Yi, H. (2004). Attitudes toward Rational Suicide. *Journal of Loss and Trauma*, 9, 359 – 370.
- 58) World Health Organization (2014). *Preventing Suicide: A Global Imperative*. Luxembourg: WHO.

# **Přílohy diplomové práce**

## **Příloha 1: Formulář zadání diplomové práce**

Školní rok: 2013/2014

### **ZADÁNÍ MAGISTERSKÉ DIPLOMOVÉ PRÁCE**

**Diplomant:** Adriana Málková

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

Název tématu (česky): Postoje k sebevraždám u studentů medicíny

Název tématu (anglicky): Attitudes towards Suicide among Medical Students

#### **Zásady pro vypracování:**

1. Studium pramenů zabývajících se sebevražedným chováním a jeho příčinami.
2. Analýza výzkumů postojů k sebevražednému chování a faktorů, které tyto postoje ovlivňují.
3. Výběr a překlad metod vhodných k měření postojů k sebevražednému chování.
4. Realizace kvantitativního výzkumu postojů k sebevražednému chování na souboru nejméně jednoho sta respondentů z řad studentů a studentek medicíny.
5. Statistická analýza získaných dat s ohledem na faktory, které ovlivňují rozdíly v postojích k sebevražednému chování.
6. Kritická analýza a diskuse teoretických předpokladů, použitých metod a výsledků výzkumu

#### **Seznam odborné literatury:**

- Amiri, L., Voracek, M., Yousef, S., Galadari, A., Yammahi, S., Sadeghi, M., Eskin, M., & Dervic, K. (2013). Suicidal Behavior and Attitudes Among Medical Students in the United Arab Emirates. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 34, 116-123.
- Anderson, A. L., Lester, D., & Rogers, J. R. (2008). A Psychometric Investigation of the Suicide Opinion Questionnaire. *Death Studies*, 32, 924-936.
- Batterham, P. J., Calear, A. L., & Christensen, H. (2013). The Stigma of Suicide Scale Psychometric: Properties and Correlates of the Stigma of Suicide. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 34, 13-21.



- Cakirpaloglu, P. (2012). Úvod do psychologie osobnosti. Praha: Grada Publishing.
- Domino, G. (2005). Cross-Cultural Attitudes Towards Suicide: The SOQ and A Personal Odyssey. *Archives of Suicide Research*, 9, 107-122.
- Eskin, M., Voracek, M., Stieger, S., & Altinyazar, V. (2011). A Cross-Cultural Investigation of Suicidal Behavior and Attitudes in Austrian and Turkish Medical Students. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 46, 813-823.
- Frankel, B., & Kranzová, R. (1998). O sebevraždách. Praha: Nakladatelství Lidové noviny.
- Koutek, J., & Kocourková, J. (2007). Sebevražedné chování - Současné poznatky o suicidalitě a její specifika u dětí a dospívajících. Praha: Portál.
- Leenaars, A. A., & Domino, G. (1993). A Comparison of Community Attitudes Towards Suicide in Windsor and Los Angeles. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 25, 253-266.
- Lester, D. (2010). An Attempt to Improve the Suicide Opinion Questionnaire (SOQ). *Omega: Journal of Death & Dying*, 60, 383-395.
- Monestier, M. (2003). Dějiny sebevražd. Dějiny, techniky a zvláštnosti dobrovolné smrti. Praha: Dybbuk.
- Nader, I. W., Tran, U. S., Baranyai, P., & Voracek, M. (2012). Investigating Dimensionality of Eskin's Attitudes Toward
- Suicide Scale with Mokken Scaling and Confirmatory Factor Analysis. *Archives of Suicide Research*, 16, 226-237.

Termín finalizace zadání diplomové práce ve STAGu: 13. 11. 2013

## **Příloha 2: Český a cizojazyčný abstrakt diplomové práce**

### **ABSTRAKT**

Název práce: Postoje k sebevraždám u studentů medicíny

Autor práce: Adriana Málková

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

Počet stran a znaků: 84 stran, 172 091 znaků

Počet příloh: 4

Počet titulů použité literatury: 58

Abstrakt: Cílem práce bylo prozkoumat a analyzovat postoje studentů medicíny v České republice k sebevraždám a zjistit vliv různých sociodemografických proměnných na postoje k sebevraždám. Studie byla provedena na vzorku 309 participantů, z toho bylo 205 žen (66 %) a 104 mužů (34 %), jejich věk se pohyboval mezi 19 a 30 lety (průměr 22,06 let). Výběrový soubor byl získán metodou příležitostného výběru a sněhové koule. Účastníci výzkumu vyplňovali dotazníkovou baterii v elektronické formě. Ta se skládala z demografických údajů a dvou dotazníků získaných přímo od jejich autora M. Eskina: EATSS a ESRSPS.

Studenti medicíny (křesťané) akceptují sebevraždy méně než nevěřící, vnímají je více jako známku duševní nemoci a věří více v potrestání sebevrahů po smrti než studenti nevěřící. Oproti předpokladům jsou nevěřící studenti medicíny i ochotnější pomoci suicidálnímu příteli než studenti - křesťané.

Studenti medicíny, kteří o sebevraždě v minulosti přemýšleli, ji více akceptují a vnímají ji méně jako projev duševní nemoci, než studenti medicíny, kteří o ní nepřemýšleli. V našem souboru více akceptující sebevraždy muži, kteří též méně vnímají sebevraždu jako znak duševní nemoci než ženy.

Klíčová slova: sebevražda, postoje, studenti

## **ABSTRACT**

Title: Attitudes towards Suicide among Medical Students

Author: Adriana Málková

Supervisor: PhDr. Olga Pechová, Ph.D.

Number of pages and characters: 84 pages, 172 091 characters

Number of appendices: 4

Number of references: 58

Abstract: The aim of the study was to examine and analyze the attitudes towards suicide among medical students in the Czech Republic and to find out the influence of sociodemographic variables. The study was conducted on a sample of 309 participants, 205 women (66%) and 104 men (34%), their age ranged between 19 and 30 years (22.06 years average). The sample was obtained using opportunity and snowball sampling. Participants filled out a questionnaire battery in electronic form. It consisted of demographic data and two questionnaires obtained from their author M. Eskin: EATSS and ESRSPS.

Medical students (Christians) accept suicide less than non-believers; they perceive it more as a sign of mental illness and believe more in punishment after death than students - non-believers. Contrary to our expectations, non-believers are willing to help a suicidal friend more than students - Christians.

Medical students who have thought about suicide in the past are more accepting suicide and they perceive it less as a sign of mental illness than medical students who have not thought about suicide. In our sample, men accept suicide more than women and perceive it less as a sign of mental illness than women.

Keywords: suicide, attitudes, students

### Příloha 3: Ukázka z dotazníku EATSS

Faktor	Příklad výroku
F1 (Akceptace sebevraždy)	Sebevražda může být jediným východiskem z životních problémů.
F2 (Sebevražda jako známka duševní nemoci)	Lidé, kteří myslí na sebevraždu a plánují ji, jsou duševně nemocní.
F3 (Potrestání po smrti)	Lidé, kteří se pokusí o sebevraždu, budou potrestáni v posmrtném životě.
F4 (Svěřování se s psychickými problémy)	Lidé by se měli svěřit se svými psychickými problémy svým přátelům.
F5 (Skrývání sebevražedného chování)	Rodiny, které ztratí dceru nebo syna v důsledku sebevraždy, by to měly před svými sousedy tajit.
F6 (Otevřené mluvení o sebevraždě)	Zprávy o sebevraždách by měly být v novinách otevřeně napsány.

### Příloha 4: Ukázka z dotazníku ESRSPS

Faktor	Příklad výroku
F1 (Sociální akceptace)	Uspořádal/a bych doma párty a pozval/a ostatní své přátele a jeho/ji, aby získal/a nové přátele.
F2 (Pomoc suicidálnímu příteli)	Pustil/a bych si s ním/ní do hluboké diskuze o sebevraždě.
F3 (Emoční zasažení)	Zlobil/a bych se na něj/ni, protože si chce vzít život.
F4 (Zaskočenost situací)	Byl/a bych překvapen/a, že odhalil/a věci, které člověk obvykle neříká.