

Univerzita Hradec Králové

Filosofická fakulta

Ústav sociální práce

**Analýza názorů veřejnosti a sociálních pracovníků
na sebevražedné jednání**

Diplomová práce

Autor:	Mgr. Iveta Hátlová
Studijní program:	Sociální politika a sociální práce
Studijní obor:	Sociální práce
Vedoucí práce:	Mgr. et Mgr. Radka Janebová, Ph.D.

Zadání diplomové práce

Autor:	Bc. Iveta Hátlová
Studium:	U15024
Studijní program:	N6731 Sociální politika a sociální práce
Studijní obor:	Sociální práce
Název diplomové práce:	Analýza názorů veřejnosti a sociálních pracovníků na sebevražedné jednání
Název diplomové práce AJ:	The analyze of public and social workers opinions to suicidal behaviour

Cíl, metody, literatura, předpoklady:

Tato diplomová práce bude pojednávat o pohledu veřejnosti a sociálních pracovníků na sebevražedné jednání. Hlavním cílem práce bude rozkrýt a analyzovat stereotypy a mýty, které provází českou společnost, v oblasti sebevražedného jednání a zjistit, jak je jednání sociálních pracovníků těmito stereotypy a předsudky ovlivněno. Bude zvolen kvalitativní výzkumný plán, kdy jako design výzkumu bude zvolen kritický výzkum, jako metody pak obsahová analýza textu a interview.

HOSKOVCOVÁ, Simona. Psychosociální intervence. Praha: Karolinum, 2009. 184 s. ISBN 978-80-246-1626-1. ŠPATENKOVÁ, Naděžda. Krizová intervence pro praxi. 2., aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2011, 195 s. ISBN 978-80-247-2624-3. JANEBOVÁ, Radka. Kritická sociální práce. Hradec Králové: Gaudeamus, 2014, 108 s. ISBN: 978-80-7435-413-7.

Garantující pracoviště:	Ústav sociální práce, Filozofická fakulta
Vedoucí práce:	Mgr. et Mgr. Radka Janebová, Ph.D.
Oponent:	JUDr. Miroslav Mitlöhner, CSc.
Datum zadání závěrečné práce:	4.12.2014

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem tuto diplomovou práci vypracovala pod vedením Mgr. et Mgr. Radky Janebové, PhD. samostatně a uvedla jsem všechny použité prameny a literaturu.

V Hradci Králové dne 5. 4. 2022



Poděkování

Ráda bych poděkovala vedoucí této práce Mgr. et Mgr. Radce Janebové, PhD. za odborné vedení práce, její cenné rady a připomínky. Taktéž bych chtěla poděkovat své rodině a přátelům za podporu a pomoc, kterých se mi od nich během psaní této práce dostalo.

Anotace

HÁTLOVÁ I. 2022. Diplomová práce. *Analýza názorů veřejnosti a sociálních pracovníků na sebevražedné jednání*. Hradec Králové: Univerzita Hradec Králové. Filosofická fakulta. Ústav sociální práce.

Tato diplomová práce pojednává o pohledu veřejnosti a sociálních pracovníků na sebevražedné jednání. Hlavním cílem práce je rozkrýt, jaké mýty o sebevražedném jednání se objevují v české společnosti a u sociálních pracovníků, a zjistit, jak probíhá práce s klienty se sebevražedným jednáním. Práce představuje téma sebevražedného jednání včetně motivů pro toto jednání. Dále analyzuje různé přístupy k sebevražednému jednání, a to jak z pohledu veřejnosti, tak z pohledu sociálních pracovníků. Hluběji se zabývá mýty o sebevražedném jednání, kterým lidé včetně sociálních pracovníků věří. V případě sociálních pracovníků se práce zaměřuje na přístup k sebevražednému jednání z pohledu dilematu pomoci a kontroly, etických hodnot, standardů kvality sociálních služeb a dalších právních předpisů.

Empirická část práce je zaměřena na objasnění, jaké mýty o sebevražedném jednání se v české společnosti a u sociálních pracovníků objevují. Dále zjišťuje, jaký přístup ke klientům se sebevražedným jednáním mají sociální pracovníci.

Klíčová slova: sebevražedné jednání, mýty, etika v sociální práci, standardy kvality sociálních služeb, právo na sebeurčení.

Annotation

HÁTLOVÁ I. 2022. Diploma thesis. *Analysis of public and social workers' opinions on suicidal behavior*. Hradec Králové: The University of Hradec Králové. The Faculty of Philosophy. Institute of Social Work.

This diploma thesis deals with the view of public and social workers on suicidal behavior. The main goal of this thesis is to uncover which myths about suicidal behavior appear in czech society and among social workers and than to find out how work with suicidal clients is going. The thesis presents the topic of suicidal behavior, including motives for this behavior. Then, it analyzes various approaches to suicidal behavior, both from the perspective of the public and from the perspective of social workers. It deeply deals with myths about suicidal behavior that people, including social workers, believe in. In case of social workers, the thesis focuses on the approach to suicidal behavior from the perspective of help and control dilemma, ethical values, quality standards of social services and other legislation.

The empirical part of the thesis is focused on clarifying which myths about suicidal behavior appear in czech society and among social workers. Then it also finds out which approach social workers have to clients with suicidal behavior.

Key words: suicidal behavior, myths, etics in social work, quality standards in social services, right to self-determination.

Obsah

Úvod.....	4
I. Cíl práce a nástin metodiky zpracování.....	5
II. Teoretická část	8
1. Sebevražda a sebevražedné jednání	8
1.1 Příčiny a motivy sebevražedného jednání	9
1.2 Rizikové faktory a jak na ně reagovat.....	10
1.3 Krizová intervence jako metoda práce se suicidálním klientem	13
1.4 Shrnutí kapitoly.....	14
2. Mýty o sebevraždách a sebevražedném jednání	16
2.1 Mýty o sebevraždách a sebevražedném jednání z pohledu dostupné literatury	16
2.1.1 Lidé, kteří o sebevraždě mluví, ji nikdy nespáchají.....	16
2.1.2 Sebevražda je vždy nečekaná.....	17
2.1.3 Když chce někdo spáchat sebevraždu, už tomu nemůžeme zabránit.....	17
2.1.4 Lidé, kteří se pokoušejí o sebevraždu, nehledají pomoc.....	18
2.1.5 Začneme-li s někým mluvit o sebevraždě, můžeme mu tuto myšlenku vnuknout	18
2.1.6 Ten, kdo se jednou pokusí o sebevraždu, se o ni pokusí i v budoucnu x Ten, kdo přežije pokus o sebevraždu, se o ni již nikdy nepokusí	19
2.1.7 Nebezpečí sebevraždy je odvráceno, pokud skončila krize	19
2.1.8 O sebevraždu se nepokouší normální lidi, ale jen blázni	19
2.1.9 Sebevraždu páchá jen určitý druh lidí – mladí, nemocní, chudí, muži atp.	20
2.1.10 Lidé páchají sebevraždu hlavně za špatného či deštivého počasí	20
2.2 Mýty o sebevraždách a sebevražedném jednání: výsledky obsahové analýzy dat z internetu.....	21
2.2.1 Sebevražda nebo sebevražedné jednání je sobecké	21
2.2.2 Sebevražda nebo sebevražedné jednání je důsledkem slabé osobnosti.....	21
2.2.3 Sebevražda nebo sebevražedné jednání je důsledkem selhání rodiny	22

2.2.4	Sebevražda nebo sebevražedné jednání je důsledkem selhání státu	22
2.2.5	Člověk se sebevražedným jednáním nedokáže objektivně posoudit svoji situaci	23
2.2.6	Sebevražda je logickým řešením bezvýchodné situace	23
2.2.7	Další mýty, které se shodují s mýty uvedenými v odborné literatuře	23
2.3	Shrnutí kapitoly	24
3.	Přístupy sociálních pracovníků k sebevražednému jednání klientů.....	25
3.1	Konflikt kontroly a pomoci ve vztahu ke klientům se sebevražedným jednáním.....	25
3.2	Přístup sociálních pracovníků k sebevražednému jednání z pohledu etiky.....	27
3.3	Přístup sociálních pracovníků k sebevražednému jednání z pohledu práva.....	29
3.3.1	Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách	31
3.3.2	Standardy kvality sociálních služeb.....	31
3.3.3	Opatření omezující pohyb osob	37
3.4	Shrnutí kapitoly	38
III.	Empirická část.....	39
4.	Výzkumné šetření.....	39
4.1	Formulace cílů výzkumu	39
4.2	Metodická část k DC 1	40
4.2.1	Zdůvodnění vybrané výzkumné strategie	40
4.2.2	Zdůvodnění volby výzkumného souboru.....	41
4.2.3	Organizace a průběh výzkumu.....	42
4.2.4	Způsob zpracování získaných dat	42
4.2.5	Etická a jiná rizika výzkumu.....	43
4.3	Metodická část k DC 2 a 3	43
4.3.1	Zdůvodnění vybrané výzkumné strategie	43
4.3.2	Operacionalizace DC 2	45
4.3.3	Operacionalizace DC 3	46
4.3.4	Zdůvodnění volby výzkumného souboru DC 2 a 3	48
4.3.5	Organizace a průběh výzkumu DC 2 a 3	49

4.3.6	Způsob zpracování získaných dat DC 2 a 3	49
4.3.7	Etická a jiná rizika výzkumu.....	50
4.4	Analýza a interpretace dosažených výsledků.....	52
4.4.1	DC 1.2: Rozkrýt, jaké mýty o sebevražedném jednání se objevují v české společnosti.....	52
4.4.2	DC 2: Zjistit, jaké mýty o sebevražedném jednání lze nalézt u sociálních pracovníků. + DC 3: Zjistit, jaký přístup mají sociální pracovníci ke klientům se sebevražedným jednáním.....	56
4.5	Shrnutí výzkumné části	81
	Závěr a diskuze	89
	Seznam použitých zdrojů.....	92
	Seznam příloh	94

Úvod

Sebevraždy a sebevražedné jednání vždy byly a budou velkým tématem, které zajímá jak veřejnost laická, tak veřejnost odborná. Navzdory tomu je však toto téma stále tabuizováno a mystifikováno. Je tomu tak z mnoha důvodů. Jedním z těch stěžejních je vliv křesťanské morálky. Dlouhou dobu se tradovalo a v mnoha zemích stále traduje, že sebevražda je hřích a lidé, kteří takto ukončí svůj život, budou po smrti potrestáni. I přesto, že žijeme ve společnosti převážně ateistické, důsledky křesťanské morálky se projevují v tabuizaci tématu dodnes.

Dále se společností šíří spousta mýtů o lidech se sebevražedným chováním. Smýšlení lidí o těch, kdo páchají sebevraždu, je ovlivněno jejich názory např. na osoby s duševním onemocněním. Na tuto problematiku se také lidé většinou dívají skrze vlastní optiku, a tak se nedokážou vcítit do člověka, který už nevidí jiné východisko než uskutečnit sebevražedný pokus.

Jedinou cestou, která může tento stav postupně napravovat, je větší osvěta společnosti. V posledních letech se v tomto ohledu dějí pozitivní změny. O tématu se více hovoří v odborných kruzích i k veřejnosti (např. na loňském festivalu Ujíždíme na duši, který pořádá organizace Mezi ploty). Ministerstvo zdravotnictví také v minulém roce vydalo Národní akční plán prevence sebevražd pro roky 2020–2030.

Poukázat na problém vnímání sebevražedného jednání a přispět dalším zdrojem relevantních informací bylo důvodem, proč jsem se rozhodla o tomto tématu napsat diplomovou práci. Jsem si vědoma toho, že mýty, které jsou ve společnosti stále hluboce zakořeněné, mohou ovlivnit také jednání sociálních pracovníků, kteří se dostanou do kontaktu s klientem se sebevražedným jednáním. Věřím, že tato práce jim tak může být vodítkem pro to, jakému myšlení se vyvarovat a naopak čemu je potřeba při práci se suicidálními klienty věnovat pozornost.

I. Cíl práce a nástin metodiky zpracování

Hlavním cílem této práce je rozkrýt, jaké mýty o sebevražedném jednání se objevují v české společnosti a u sociálních pracovníků, a zjistit, jak probíhá práce sociálních pracovníků s klienty se sebevražedným jednáním.

Díličními cíli této práce jsou:

DC 1: Rozkrýt, jaké mýty o sebevražedném jednání se objevují v české společnosti.

DC 1.1: Rozkrýt, o jakých mýtech o sebevražedném jednání hovoří odborná literatura.

DC 1.2: Rozkrýt, jaké mýty o sebevražedném jednání se objevují v diskuzích na internetu.

DC 2: Zjistit, které z mýtů o sebevražedném jednání zjištěných v DC1 lze nalézt u sociálních pracovníků.

DC 2.1: Zjistit, jakým mýtům uvedeným v odborné literatuře sociální pracovníci věří.

DC 2.2: Zjistit, jakým mýtům zjištěným pomocí obsahové analýzy internetových stránek sociální pracovníci věří.

DC 3: Zjistit, jaký přístup mají sociální pracovníci ke klientům se sebevražedným jednáním.

DC 3.1: Zjistit, jaký přístup mají sociální pracovníci ke klientům se sebevražedným jednáním z pohledu dilematu kontroly a pomoci.

DC 3.2: Zjistit, jaký přístup mají sociální pracovníci ke klientům se sebevražedným jednáním z pohledu etického kodexu.

DC 3.3: Zjistit, jaký přístup mají sociální pracovníci ke klientům se sebevražedným jednáním z pohledu standardů kvality sociálních služeb.

DC 3.4: Zjistit, jaký přístup mají sociální pracovníci ke klientům se sebevražedným jednáním z pohledu dalších zákonů.

Pro dosažení DC 1 jsem jako design výzkumu vybrala obsahovou analýzu dat. Tato strategie je založena na výzkumu již existujícího materiálu. V případě tohoto výzkumu se jedná o analýzu písemných dokumentů.

Výhodou tohoto výzkumného plánu je malá možnost ovlivnit charakter zdrojových materiálů. Názory veřejnosti jsou tedy zachyceny v jejich původním významu, nijak neupravované autorem, který by si v případě např. dotazníkové metody

či rozhovoru mohl připadat posuzovaný a odpovědi by mohl záměrně upravit tak, aby se zalíbil výzkumníkovi nebo se necítil za svůj názor provinile.

Jsem si vědoma, že nevýhodou této strategie je nemožnost zjistit kontext, který provází vyzkoumané informace, v tomto případě názory veřejnosti na sebevražedné jednání. Vybírány jsou proto takové příspěvky, ze kterých je daný kontext do značné míry pochopitelný a nezaměnitelný.

Obsahovou analýzu dat jsem rozdělila na dvě části dle zvolené techniky výzkumu. V rámci DC 1.1 jsem provedla analýzu dostupné literatury, poté v rámci DC 1.2 analýzu názorů veřejnosti. Analýza literatury probíhala z následujících zdrojů:

- Šulc J., Dvořák J., Morávek M.: Člověk na pokraji svých sil;
- Frankel B., Kranzová R.: O sebevraždách;
- Koutek J., Kocourková J.: Sebevražedné chování;
- Špatenková N.: Krizová intervence pro praxi;
- Vodáčková D.: Krizová intervence.

Z každého zdroje jsem vypsala autorem definované mýty. Následně jsem všechny mýty, které jsem našla, sepsala do jednoho výčtu a blíže popsala, a to v podkapitole 2.1 teoretické části. Některé mýty se u autorů shodovaly, o některých psal pouze jeden z nich. Četnosti těchto mýtů neměla vliv na zařazení do výčtu.

Analýza názorů veřejnosti probíhala v rámci výzkumu obsahovou analýzou dat na internetu a je blíže rozebrána v podkapitole 2.2 teoretické části a v empirické části práce pod DC 1.2. Domnívám se, že zkoumáním názorů veřejnosti objevím nové mýty, které současná literatura nezmiňuje.

Pod DC 2 a 3 probíhal výzkum se sociálními pracovníky. Jako výzkumnou strategii, v jejímž rámci jsem prováděla tuto část výzkumu, jsem zvolila vícepřípadovou studii, jelikož slouží pro velmi podrobné studium jednoho nebo několika málo případů. Tato část výzkumu sestávala ze dvou dalších částí, a to z dotazníku a rozhovoru.

Pro naplnění DC 2 jsem zkoumala mýty, které se objevují u sociálních pracovníků, a to konkrétně technikou Lickertovy škály, kdy sociální pracovníci a pracovníci v sociálních službách reagovaly na tvrzení, která odpovídala již dříve vyzkoumaným mýtům. Cílem této části výzkumu je poukázat na fakt, že také sociální pracovníci mohou i přes své vzdělání inklinovat k některým mýtům.

V rámci DC 3 byl se stejnými pracovníci následně uskutečněn rozhovor, ve kterém jsem se zaměřila na jeden konkrétní případ jejich klienta a posuzovala průběh

práce s tímto klientem z několika úhlů. Zde jsem se snažila objasnit, jak probíhá jednání s touto specifickou skupinou klientů a kde jsou možná rizika v posuzování přístupu k těmto klientům.

Věřím, že tato práce může pomoci nejen pracovníkům v sociální sféře lépe se rozhodovat o vhodném postupu práce s klientem se sebevražedným jednáním. Práce by mohla pomoci lépe reflektovat svá rozhodnutí a chování vůči klientovi se sebevražedným jednáním. Sociální pracovníci a pracovníci v sociálních službách se mohou zamyslet nad svými vlastními předsudky, které jsou ovlivněny mýty, kterým věří. Práce jim může také pomoci nahlížet na problematiku svého klienta z více úhlů pohledu. Díky znalosti názorů veřejnosti k lidem se sebevražedným jednáním mohou pracovníci lépe pochopit složitost situace, ve které se takoví lidé nachází, a to z pohledu sociální opory. Ta je totiž obecně u klientů sociálních služeb nedostatečná, o to horší může být jejich situace, pokud je blízké okolí za jejich sebevražedné jednání ještě více odsuzuje a odmítá.

Kapitola 1, podkapitola 2.1 a kapitola 3 byly zpracovány teoreticky; podkapitola 2.2 byla zpracována v rámci výzkumu obsahovou analýzou dat. Jsem si vědoma terminologických rozdílů mezi sebevražedným jednáním, sebevražednými myšlenkami a sebevražednými tendencemi. Pro účely této práce však tyto pojmy blíže nerozděluji a v práci jejich použití střídám. Stejně tak všechny pojmy sdružuji pod pojmem suicidální klient.

II. Teoretická část

1. Sebevražda a sebevražedné jednání

První kapitola se zaměřuje na definování základních pojmů, které nám pomohou lépe pochopit sebevražedné jednání a možné příčiny tohoto jednání. Poslední podkapitola je zaměřena na rizikové faktory, které mohou pomoci pracovníkovi odhalit klientovy možné sebevražedné myšlenky. Zabývá se také správnými a nesprávnými reakcemi sociálního pracovníka a nastiňuje základní pravidla poskytnutí krizové intervence.

Sebevražda je společenským fenoménem, který vzbuzuje zájem akademický i laický po celá staletí. Chápat ji můžeme jako vědomě a dobrovolně zvolenou smrt, kterou si jedinec přivodí sám. Je si vědom, že svým jednáním způsobí vlastní smrt, a podle toho volí prostředky, které mu pomohou toho dosáhnout.

Sebevražda i sebevražedné jednání jsou v naší společnosti tabuizované téma. Nejen že se lidé bojí o takové věci mluvit, lidé se také osob se sebevražednými tendencemi často straní. Může to být způsobeno všeobecným strachem ze smrti, který se v naší společnosti stále prohlubuje, ale také dopadem křesťanství, které mělo po staletí v evropských zemích značný vliv. Podle křesťanské morálky je totiž sebevražda hříchem. Jednou z teorií je, že se přičí jednomu z deseti přikázání – „Nezabiješ.“ S myšlenkou, že sebevražda je hřích, přišel až svatý Augustýn ve 4. století n. l. Sebevraždy označil za morální zlo a sebevraždou končící jednání některých křesťanů zmiňovaných Bibli vyložil jako tajné boží příkazy (Kozakiewicz, 1978). Důsledkem toho bylo zakázáno pohřbívat sebevrahy na hřbitovech, resp. na posvěcené půdě (namísto toho se pohřbívali na rozcestích). Za takový hřích hrozila v Anglii v 17. století konfiskace majetku. Pokus o sebevraždu byl ještě ve 20. století ve Velké Británii trestným činem. (Kozakiewicz, 1978).

Po tolika staletích odsuzování sebevrahů jako nečistých duší tedy není divu, že se mnoho lidí dodnes straní nejen osob se sebevražedným jednáním, ale také jejich příbuzných a všeho, co s nimi souvisí.

Dle Světové zdravotnické organizace (WHO, 2002) umírají lidé ve světě v důsledku sebevraždy každých 40 sekund; nejvyšší výskyt sebevražd je pak v zemích východní Evropy. V České republice můžeme za poslední desetiletí zaznamenat klesající tendence. V roce 2020 zemřelo v důsledku sebevraždy a sebepoškození 1 223 osob.

Ačkoli celkový počet sebevražd dlouhodobě klesá, stále tímto způsobem zemře více lidí než při dopravních nehodách. (ČSÚ, 2021).

Dobrovolnou smrt volí daleko častěji muži než ženy. Tento fakt může být z několika důvodů. Jednak je to způsobeno tím, že muži chtějí většinou opravdu zemřít, kdežto ženy se tímto způsobem pouze snaží upozornit na své problémy. Počet pokusů o sebevraždu tedy převládá u žen. Dalším z důvodů, proč volí sebevraždu jako ukončení problémů více muži než ženy, je ten, že ženy jsou více upnuté na život z důvodu ochrany svých potomků. V neposlední řadě jde také o oblast prožívání, kdy muži prožívají své city intenzivněji a v kritických obdobích života se cítí více osamoceni a beznadějněji než ženy. (Šulc, Dvořák a Morávek, 1984:164).

Můžeme rozlišovat tzv. demonstrativní sebevraždu, která je spíše snahou upozornit na sebe a svůj problém než snahou skutečně zemřít, dále sebevraždu bilanční jako východisko ze zdánlivě neřešitelné situace, ritualizovanou sebevraždu typickou pro některá náboženství, únikovou sebevraždu vyvolanou strachem ze smrti, nesnesitelnou bolestí apod. a nakonec sebevraždu sebetrestající, kterou lze chápat jako autoagresi vůči sobě a která může být vyvolaná duševními poruchami (Kraus a Hroncová, 2010:195, 201).

1.1 Příčiny a motivy sebevražedného jednání

Je složité hovořit o příčinách sebevražd. V podstatě každý člověk má svůj specifický důvod, proč nechce dál pokračovat ve svém životě. Snaha o škatulkování takových důvodů vede ke zjednodušování této problematiky. Mnohdy se jedná o souhrn situací a problémů, které člověka provází a vedou k rozhodování o svém žití. Dá se říci, že to, co dožene člověka až k tomu vzít si život, nejsou vnější okolnosti, ale pocit beznaděje. Takový člověk je přesvědčen, že v současném životě už nemá jiné východisko.

Sebevražda tak bývá často výsledkem dlouhodobého bilancování nad životem a smrtí, nad utrpením při setrvání v současném světě a osvobozením při ukončení svého života. „Sebevraždu mnozí považují za projev existenciální krize obecně, přičemž v tomto případě lze i sebevraždu chápat jako „zvládnutí, překonání“ krize. Suicidální jedinec se cítí ohrožen zcela zdrcující ničivou situací a aby této anticipované zkáze předešel, spáchá sebevražedný pokus.“ (Kastová, 2010:49).

Málokdo se nakonec rozhodne pro vlastní smrt. Co tedy člověka přiměje zůstat dál naživu a co ho naopak svede ke smrti?

Hillman (1997) říká, že sebevražda je jednou z lidských možností. Každá smrt má určitý smysl a lze ji pochopit. Lidské chování má smysluplné jádro, ke kterému když pronikneme, pochopíme smysl daného problému. Všechny vědecké klasifikace jsou nedostačující, jelikož nahlíží na problematiku sebevraždy a její příčiny pouze zvenčí, ale nehledají hlubší smysl každé ze sebevražd.

Podobně smýšlejí také Koutek a Kocourková (2007), kteří upozorňují na to, že k pochopení situace klienta a jeho důvodů se nestačí zaměřit pouze na klientem uvedenou příčinu nebo na tzv. poslední kapku. Situaci je potřeba posoudit komplexně. Motivů k suicidálnímu jednání bývá více a vzájemně se doplňují a umocňují. Sám klient si této komplexnosti nemusí být vědom a může spatřovat problém pouze v jedné záležitosti (např. studijní neúspěchy, za kterými se skrývá komplikovaná rodinná situace).

To však neznamená, že pokusy o klasifikace příčin a studie na toto téma nemají smysl – naopak. Hillmann (1997) dodává, že díky tomuto zobecnění dokážeme zařadit jevy pod jednotný pojem – sebevraždu –, a můžeme tak shromažďovat poznatky a předpovídat. Při práci s klientem může sociální pracovník využít tyto informace při posouzení klienta a jeho situace.

Dle Černého klasifikace (in Kraus a Hroncová, 2010) tak mohou být příčinami sebevražd duševní porucha, porucha intelektu, změna osobnosti, změna v důsledku poškození CNS, dále vlivy rodinného prostředí a výchovy (např. neúplnost rodiny, patologie v rodině apod.), vlivy pracovního prostředí (např. pracovní zatížení), v případě dospívajících vlivy vrstevnické skupiny.

1.2 Rizikové faktory a jak na ně reagovat

Vyplatí se sledovat také určité rizikové faktory, které nám mohou napovědět, že sebevražedné myšlenky mohou být jednou součástí rozhovoru s klientem. Těmito rizikovými faktory jsou dle WHO (2002) závislost na alkoholu a návykových látkách, fyzické násilí nebo sexuální zneužívání v dětství, sociální izolace či psychiatrické potíže jako poruchy nálad, schizofrenie a celkový pocit beznaděje.

Podstatná část lidí, kteří spáchají sebevraždu, trpí depresemi v důsledku neřešitelné životní situace. Dle Mezinárodní klasifikace nemocí (ÚZIS, 2022) patří deprese mezi afektivní poruchy, tedy poruchy nálady. Nemocný má dlouhodobě

zhoršenou náladu, sníženou energii, ztrácí smysl pro zábavu a osobní zájmy, nedokáže se soustředit. Vlastní sebehodnocení a sebedůvěra jsou značně narušeny. Stejně tak spánek a chuť k jídlu. U těžké depresivní fáze se často objevují suicidální myšlenky. Pokud si sociální pracovník všimne příznaků deprese, je třeba být na pozoru, co se týče sebevražedných tendencí klienta.

Frankel a Kranzová (1998) hovoří o tzv. bludném kruhu deprese. Pokud je klient v depresi, nevěří, že mu někdo dokáže pomoci. V čím hlubší depresi je, tím méně je pravděpodobné, že se mu podaří si pomoci. To vede k ještě většímu prohloubení deprese.

Jedinec v depresi, který má sebevražedné myšlenky, se domnívá, že život nemá žádný smysl a jediná cesta, jak uniknout, je ukončení života. Považuje se za přítěž pro rodinu, myslí si, že tímto způsobem rodině uleví, nevidí žádnou budoucnost ani důvod se dál snažit svoji situaci zlepšit. (Beck, 2005).

Důležitým momentem v rozhodnutí ukončit svůj život je spouštěcí událost. Jedná se o konkrétní příhodu, která se někdy může zdát malá a zanedbatelná, v očích dotyčného však může sehrát podstatnou roli, někdy se může jednat o závažný důvod (např. ztráta blízké osoby či neúspěch v zaměstnání, v rodině atp.). Za spouštěcím momentem se skrývá hlubší příčina potíží, např. rozchod s partnerem neznamena jen jeho ztrátu, ale také může člověku vnuknout myšlenku, že si již nikdy jiného partnera pro své vlastnosti nenajde. Stejně tak může být spouštěcí událost vyvolána nahromaděním více stresových událostí za sebou. Tento poslední moment pak bývá momentem, se kterým jedinec spojoval veškeré své naděje na lepší život (Frankel a Kranzová, 1998).

Jedinec není spokojený se svým životem a velmi touží po změně, které však není schopen dosáhnout sám ani s případnou pomocí, pokud nějakou má. „Sebevražedné sklony jsou výrazem touhy po změně. Jedinci nevyhovuje způsob, jakým žije. Něco se musí změnit. Protože ale jedinec nedokáže i přes veškerou svou snahu změnit svůj každodenní život, udělá mu rázný konec v sobě, ve svém vlastním těle, v té části objektivního světa, který stále ještě ovládá.“ (Hillmann, 1997:67).

To vše mohou být záchytné body pro sociálního pracovníka, který svou vnímavostí může odhalit riziko suicidia u svého klienta. Zbystřit by měl také, pokud se u klienta objevuje tzv. iluzivní myšlení. Jedná se o způsob myšlení, při kterém je skutečnost vnímána taková, jakou si ji přejeme, nikoli taková, jaká skutečně je. V případě sebevražedných myšlenek to bývají věty typu (Frankel a Kranzová, 1998):

- „Všichni budou litovat.“
- „Pak udělají to, co chci.“

- „Budeme zase spolu.“
- „Chci se jen zbavit bolesti.“
- „Konečně vezmu život do svých rukou.“

Tato přesvědčení jsou však mylná a také zrádná v tom, že kdyby klient sebevraždu opravdu spáchal, už se stejně nikdy nedozví o tom, zda se tak po jeho smrti opravdu stalo.

Někdy klient vysílá zoufalé volání o pomoc a doufá, že si někdo všimne varovných signálů a pomůže mu. Dle Frankla a Kranzové (1998) mohou být těmito signály např.:

- Rozdávání majetku – klient říká: „Už to nebudu potřebovat.“, „Chtěl bych, aby sis to vzal.“ apod.
- Negativní poznámky o budoucnosti – „Světů bude lépe beze mě.“, „Mně nemůže nic vyjít.“
- Poznámky o budoucnosti bez něj – „Už se nebudeme vídat.“ „Škoda, že to už neuvidím.“
- Neobvyklý zájem o smrt, umírání a o to, co bude po smrti.

Reakce pracovníka na takové náznaky je velice důležitá. Je třeba, aby tyto signály nepřesl, a naopak začal o situaci mluvit. Začít může větami typu „To zní, jako byste uvažoval o sebevraždě. Mám o Vás strach, když Vás slyším takto mluvit. Zní to, jako byste si chtěl nějak ublížit.“ Důležité je v tomto momentě aktivní naslouchání. Klient musí mít pocit, že se o jeho situaci pracovník zajímá a záleží mu na něm. K tomu mu dopomůže např. zrcadlení emocí či přímá komunikace. Sociální pracovník může také postupně zjistit, zda už má klient nějaký plán, jak svůj život ukončit. Čím podrobnější plán je, tím je touha klienta větší a tím více je také rozhodnutý čin uskutečnit.

Sociální pracovník by měl z konverzace vypustit jakékoli hodnocení klientovy situace i své názory na sebevražedné jednání. Důležité je povzbudit klienta ve vyjádření svých pocitů a nechat mu také prostor pro ticho. Následně může pracovník vyjádřit své pocity z celé situace. Kasanová (2009) dodává, že je důležité klienta neodsuzovat, ale motivovat ho ke spolupráci a k řešení své situace.

K posouzení, zda se jedná o suicidálního klienta či nikoli, mohou sociálnímu pracovníkovi pomoci následující otázky definované Klemmerem (in Kasanová, 2009):

- Pokusil se klient v minulosti o sebevraždu?
- Má klient v blízké či širší rodině někoho, kdo spáchal sebevraždu?
- Hovoří klient otevřeně o sebevraždě?

- Považuje klient svoji životní situaci za beznadějnou?
- Obviňuje se klient z toho, že ubližuje svému okolí, zejména rodině?
- Kompenzuje klient depresivní nálady nadměrným pitím alkoholu?
- Depresivní symptomy klienta se s nepřiměřenou zlostí zlepšují nebo zhoršují?
- Je klient angažovaný ve svém osobním, rodinném a pracovním životě?

Důležitým aspektem, který by měl sociální pracovník sledovat, je smysluplnost, kterou klient vidí ve svém životě. Pokud má klient nízkou úroveň smysluplnosti, nevidí smysl své existence, setrvává v beznaději, může také docházet k psychickým problémům. Naopak lidé s vysokou mírou smysluplnosti bývají šťastnější, spokojenější a v bio-psycho-sociálním pojetí také zdravější. „Celkové uvědomování si smyslu života působí jako globální protektivní faktor, který chrání člověka před negativními důsledky stresového zatížení.“ (Halama in Kasanová, 2009).

1.3 Krizová intervence jako metoda práce se suicidálním klientem

Dle Slovníku sociální práce (Matoušek, 2016) je krizová intervence jednou z metod sociální práce. Je nanejvýš vhodné využít tuto metodu při práci s klientem se sebevražednými myšlenkami.

Špatenková (2017) hovoří o tom, jak by měla krizová intervence se suicidálním klientem probíhat:

1. Pokud po navázání kontaktu s klientem začneme pociťovat, že klient možná uvažuje o sebevraždě, je třeba zachovat klid, neprojevovat překvapení, zděšení nebo zdrcení a nepropadat panice.
2. Dále může pracovník krátce zhodnotit situaci. Pokud má pracovník podezření, důležité je nebát se zeptat, např. „To zní, jako byste uvažoval o sebevraždě. Je to pravda?“ nebo „Chystáte se spáchat sebevraždu?“
3. Na řadu přichází pracovníkovo zhodnocení ohrožení: „Už jste v této situaci něco podnikl? Kdy to chcete udělat? Jak to chcete udělat?“ Tímto pracovník zjistí, v jaké fázi se klient nachází. Zda se u něj objevují sebevražedné myšlenky nebo již čin plánuje a zda už má čin dobře naplánovaný a zbývá ho jen realizovat.
4. V případě, že je klient v přímém ohrožení, měl by se pracovník snažit okamžitě redukovat nebezpečí, např. odrazovat klienta od další konzumace alkoholu nebo drog, přimět ho k tomu, aby odložil zbraň ze svého dosahu, vypnul plyn a otevřel okno, vysypal zbytek léků do WC a spláchl, přivodil si zvracení a podobně.

5. Pracovník by si měl odpustit hlubokou analýzu příčin. Naopak by se měl zaměřit na aktuální podněty: „Co bylo tou pomyslnou poslední kapkou, která vás přivedla až k úvaze spáchat sebevraždu?“
6. Důležité je držet se několika zásad: neobviňovat, neodsuzovat, nemoralizovat, nebagatelizovat a nehádat se s klientem. Naopak je potřeba vyjádřit opravdový zájem a zaujetí.
7. V další fázi pracovník identifikuje záchytný bod. Zjišťuje tedy, zda zůstala klientovi ještě nějaká hodnota nebo zda je pro něho stále ještě něco důležitého.
8. Dále určuje motivující faktor, tedy to, čeho svým jednáním chce sebevrah dosáhnout. Je to impulzivní nebo plánované jednání? Je v tom skutečná touha zemřít? Je to volání o pomoc či volání po změně něčeho?
9. Pracovník nabízí jinou alternativu, otevřeně hovoří o tom, že sebevražda je pouze jedna z mnoha alternativ, jak řešit náročnou životní situaci, a že toto řešení je nezvratné. Nepřemlouvá klienta, aby nespáchal sebevraždu. Dá mu najevo, že stojí na straně života, ale zároveň mu musí nechat otevřenou možnost volby.
10. Dále nabídne specifický plán a realisticky spolu s klientem vyhodnotí jiné možné řešení jeho problému.
11. Vzhledem k rozsáhlé problematice by pracovník neměl situaci řešit sám. Přichází tedy na řadu nabídnout možnost pomoci – kontaktu s linkou důvěry, návštěvu krizového centra, psychologa nebo psychiatra.
12. Následně je možné, a dle závažnosti situace také žádoucí, uzavřít kontrakt o nespáchání sebevraždy. Jedná se o takzvanou smlouvu o přežití. Tento způsob je mnohem efektivnější než přemlouvat klienta, aby nespáchal sebevraždu.

Pokud se pracovník setká s klientem se sebevražedným jednáním, je nanejvýš důležité mít tyto aspekty na paměti. Pokud pracovník neprošel kurzem krizové intervence, je pochopitelné, že nemusí v danou chvíli zvládnout dodržet všechny doporučované body. Nicméně měl by mít tento postup minimálně teoreticky nastudovaný a snažit se uplatnit alespoň některé body, které si v danou chvíli vybaví.

1.4 Shrnutí kapitoly

Sebevražedné jednání je velice složitým jevem, na který nelze nahlížet pouze z jedné perspektivy. Tato problematika je obtížně uchopitelná právě proto, že každý

případ má mnoho proměnných, které ovlivňují, jak se nakonec jedinec rozhodne. Kromě obecných rizikových faktorů, jakými je např. pohlaví, jsou oněmi proměnnými také přítomnost či nepřítomnost psychické poruchy nebo deprese. Situaci ovlivňují také vnější okolnosti jako míra a kvalita poskytnuté pomoci nebo míra sociální opory. O samotném uskutečnění plánované sebevraždy rozhoduje přítomnost spouštěcí události. Nesmíme zapomenout ani na to, že rozeznáváme hned několik druhů sebevražd a sebevražedného jednání a ne vždy je cílem člověka skutečně zemřít.

Informace obsažené v této části práce budou využity při vyhodnocení DC 3, kde budu porovnávat přístup respondentek ke svým klientům se sebevražedným jednáním s popisem z této části práce.

2. Mýty o sebevraždách a sebevražedném jednání

Vzhledem k velké míře tabuizace sebevražd převládá ve společnosti mnoho mýtů o sebevražedném jednání. Víra lidí v tyto mýty vede ve svých důsledcích ke strachu či odporu k osobám, které se pokusí o sebevraždu nebo ji spáchají, i k příbuzným těchto osob.

Při kontaktu s osobou se sebevražednými tendencemi se lidé bojí toho, aby situaci ještě více nezhoršili. Pod vlivem mýtů, jakýchsi zjednodušených zobecnění o lidech se suicidálním jednáním, raději nejednají vůbec nebo jednají v přímém rozporu s tím, co by dotyčnému opravdu pomohlo. Je proto potřeba šířit osvětu o možné pomoci těmto osobám.

Definováním a vyjasněním těchto mýtů získám odpovědi na DC 1 a zároveň budu moci dále zkoumat, jakým mýtům věří sociální pracovníci a pracovníci v sociálních službách (DC 2).

2.1 Mýty o sebevraždách a sebevražedném jednání z pohledu dostupné literatury

2.1.1 Lidé, kteří o sebevraždě mluví, ji nikdy nespáchají

Podle Weksteina (in Šulc, Dvořák a Morávek, 1984) 8 z 10 lidí, kteří o sebevraždě mluví, se opravdu odhodlá a sebevraždu spáchá. O svém úmyslu se však zmíní jen čtvrtina těch, kteří později tímto způsobem ukončí svůj život, a pětina těch, kteří se o sebevraždu pokusí.

WHO (2014) došla k závěru, že značný počet lidí uvažujících o sebevraždě prožívá úzkost, deprese a beznaděj a mohou pociťovat, že není jiná možnost než sebevražda. Proto je zcela zcestné domnívat se, že jejich myšlenky jsou lehkovážné.

Koutek a Kocourková (2007) dodávají, že právě to, že dotyčný o sebevraždě mluví, je důkazem toho, že o ní uvažuje. Sociální pracovník tedy nemůže předpokládat, že klient zůstane jen u řeči o své sebevraždě a k činu se neodhodlá. Současně je třeba vnímat všechny signály, které mohou poukazovat na suicidální tendence, jak jsem je popsala v první kapitole, i přesto, že sám klient téma sebevraždy dosud neoslovil.

2.1.2 Sebevražda je vždy nečekaná

Ačkoli existují sebevraždy, které jsou důsledkem zkratkovitého jednání, zpravidla k rozhodnutí ukončit svůj život dochází jedinec postupně. Objevují se suicidální myšlenky, představy, plány, fantazie o životě po smrti. Čím je plán promyšlenější a detailnější, tím více je jedinec odhodlaný sebevraždu spáchat. Sociální pracovník by měl při rozhovoru s klientem na téma sebevraždy klást otázky, které mu pomohou zorientovat se, v jaké fázi se klient nachází a jak moc je rozhodnutý.

Sebevraždě častokrát předchází tzv. Ringelův presuicidální syndrom. Jedná se o komplexní pocit zúžení a omezení dalšího života. Jedinec není schopen pozitivního emočního prožívání, omezuje sociální kontakty i veškeré aktivity, o nic se nezajímá, o nic mu nejde, nic už nemá svůj původní význam, nevidí, že má v životě ještě nějaké možnosti. Takový člověk už nevěří, že svoji situaci může zvládnout. Tento syndrom se dále projevuje zadržováním agrese, která se později může otočit směrem dovnitř a proměnit se v sebevražedné jednání, a sebevražednými fantaziemi. Fantazie o vlastní smrti mohou jedinci přinášet úlevu a pocit vysvobození (Vágnerová, 2012; Špatenková, 2011).

U jedince můžeme také pozorovat poruchy spánku, psychické napětí, různé tělesné obtíže aj. (Koutek a Kocourková, 2007). Dále také rozdávání majetku, poznámky o budoucnosti bez něj, negativní vnímání budoucnosti, zesílený zájem o smrt a život po smrti (Špatenková, 2017).

2.1.3 Když chce někdo spáchat sebevraždu, už tomu nemůžeme zabránit

Často se jedinec se sebevražednými myšlenkami pohybuje mezi touhou žít a touhou zemřít. Včasná podpora a pomoc tak může být zásadní v klientově rozhodnutí. Někomu postačí přání druhého člověka, aby si život nebral, někdo potřebuje dlouhodobou psychologickou péči.

To, zda lze klientovi úmysl rozmluvit nebo jeho problémy dlouhodobě vyřešit, záleží na mnoha proměnných jako např. síle jeho odhodlání, závažnosti depresivních stavů atd. Není v moci sociálního pracovníka za všech okolností sebevraždě zabránit, nicméně pracovník může být tím, kdo klientovi nabídne jiné řešení jeho situace.

Světová zdravotnická organizace toto ve svém dokumentu Preventing suicide: A global imperative (2014) potvrzuje a dodává, že odvrátit sebevraždu může také včasný přístup k emocionální podpoře. Emocionální podpora od pracovníka směrem

ke klientovi je vzhledem k častým narušeným rodinným vazbám mnohdy jedinou podporou tohoto druhu, která se klientovi dostane.

2.1.4 Lidé, kteří se pokoušejí o sebevraždu, nehledají pomoc

Často tito lidé více či méně nápadně volají o pomoc, jen si toho okolí nevšimne. Dle Koutka a Kocourkové (2007) je prokázáno, že většina lidí, kteří spáchali sebevraždu, hledala v posledním půlroce svého života lékařskou pomoc a také dávala najevo pocity před svými blízkými.

Můžeme také říct, že už samotné suicidální jednání je svým způsobem jen voláním o pomoc. To můžeme krásně ilustrovat na sebevražedných pokusech, u kterých nebylo cílem vzít si život, ale právě jen upozornit okolí na problémy, kterými jedinec doslova trpí.

2.1.5 Začneme-li s někým mluvit o sebevraždě, můžeme mu tuto myšlenku vnuknout

Těžko zasít semínka někde, kde pro ně není vhodná půda. Podívejme se na to spíše z opačného pohledu – tím, že toto téma sociální pracovník s klientem otevře, se může ujistit ve svých úvahách, zda klient má či nemá sebevražedné tendence a jak je případné riziko velké. Pokud se u klienta suicidální myšlenky objevují, může být rozhovor na toto téma prvním krokem ke komplexní pomoci klientovi, která bude efektivní.

Nevyhýbat se tomuto tématu a naopak o něm otevřeně mluvit je důležité zejména u depresivních klientů. Frankel a Kranzová (1998) jsou toho názoru, že pokud se klient o sebevraždu nezajímá, nebude se zajímat ani o to, co mu o tom bude pracovník říkat. Pokud ale o sebevraždě uvažuje, pak mu otevřený rozhovor umožní, aby vyjádřil své pocity.

Jak už bylo zmíněno výše, většina lidí, kteří uvažují o sebevraždě, není definitivně rozhodnutá. Váhají, bilancují, čekají, zda o ně někdo projeví zájem a zda jim někdo bude chtít pomoci. Takový rozhovor, který je věcný, nabízí možnosti řešení a ve kterém se dostává klientovi pochopení, může být tedy velmi užitečný.

2.1.6 Ten, kdo se jednou pokusí o sebevraždu, se o ni pokusí i v budoucnu x Ten, kdo přežije pokus o sebevraždu, se o ni již nikdy nepokusí

Oba tyto názory jsou bohužel také velmi zažitými mýty, ačkoli si odporují. Ve společnosti se tradují tyto mýty oba. Faktem dle WHO (2014:49) je, že „zvýšené riziko sebevraždy je často krátkodobé a specifické pro konkrétní situaci. I když se sebevražedné myšlenky mohou vrátit, nejsou trvalé a jedinec s dřívějšími sebevražednými myšlenkami a pokusy může žít dlouhý život.“

Vždy záleží na spoustě okolnostech – na míře sociální opory a rodinné resilience, využití institucionalizované pomoci, kdy je velmi podstatná včasná intervence v podobě psychiatrické péče a péče psychologa atd.

Důležité je také uvědomit si, zda daný jedinec trpí depresemi a jak závažnými nebo zda se ho netýká některá z afektivních poruch. Např. v případě bipolární poruchy je pravděpodobnost opakovaného výskytu suicidálních pokusů nebo myšlenek velká.

Někdy také jedinci opakují sebevražedné pokusy, protože ve skutečnosti nechtějí zemřít, jen neustál volají o pomoc, která se jim nedostává v takové míře nebo podobě, díky které by vyřešili své problémy jednou pro vždy.

2.1.7 Nebezpečí sebevraždy je odvráceno, pokud skončila krize

Jak je napsáno v předchozích odstavcích, někteří lidé suicidální pokusy opakují. A mnohdy to bývá i v rozmezí několika let. Jako by krize jedince jen spala a při stresové situaci se opět probudila a o slovo se přihlásily opět i sebevražedné myšlenky. Vždy je potřeba dlouhodobá odborná péče o klienta.

Velmi vnímavý musí být sociální pracovník také v případě, že se klient najednou tváří spokojeně a tvrdí, že už vše vyřešil a bude už jen dobře. Toto je opravdu zrádné, protože se může jednat o klientovo vnitřní smíření se situací, o stav, kdy již neváhá, ale pro sebevraždu je 100% rozhodnutý. V takových chvílích přichází totiž úleva. Klientovi přináší úlevu pocit, že už všechny potíže brzy skončí, že mu bude brzy už jen dobře, že už nebude nikomu na obtíž apod. To, jak je jeho smýšlení iluzorní, nevnímá.

2.1.8 O sebevraždu se nepokouší normální lidi, ale jen blázni

Toto tvrzení je opravdu hodně zjednodušující pohled jak na lidi se sebevražednými tendencemi, tak na osoby s mentálním postižením nebo psychickým

onemocněním. Vodáčková (2012) zastává názor, že osvojení si takového názoru je způsob, jak se lidé chrání a jak sami sebe ujišťují, že jim samým se to stát nemůže.

Existují lidé, kteří mají díky své nemoci nebo svému postižení větší sklony k sebevražednému jednání. Stejně tak ale existuje spousta osob se sebevražedným jednáním, které jsou naprosto mentálně a psychicky zdravé. Když se klient dostane do z jeho pohledu tak bezvýchodné situace, zdá se mu sebevražda jediným možným řešením.

Pokud chápeme blázna jako někoho, kdo nemá svůj život pod kontrolou, pak tato bublina lidí je jen jednou částí z bubliny těch, kteří si vezmou život. Často tito lidé vedou normální život a jejich okolí ani nenapadne, že by mohli nad sebevraždou vůbec uvažovat. (Frankel a Kranzová, 1998).

2.1.9 Sebevraždu páchá jen určitý druh lidí – mladí, nemocní, chudí, muži atp.

Sebevražda je snad jediným sociálním jevem, který se vyskytuje napříč všemi sociálními vrstvami. Ačkoli je např. chudoba dle Koutka a Kocourkové (2007) jedním z rizikových faktorů, nevyhýbají se sebevražedné tendence ani bohatým lidem.

Stejně tak jsou schopné vzít si život také děti, ačkoli je tam procento úmrtí způsobené sebevraždou nízké. Nicméně mladiství jsou již velmi rizikovou skupinou a sebevražda je zde na prvních příčkách v příčinách úmrtí mladistvých.

Dle statistik bývá více sebevražedných pokusů u žen, nicméně většinou jde u nich právě jen o volání o pomoc, nechtějí si život skutečně vzít, a tak je počet dokonaných sebevražd naopak vyšší u mužů. (např. Frankl a Kranzová, 1998).

2.1.10 Lidé páchají sebevraždu hlavně za špatného či deštivého počasí

Tento mýtus vyvrací data Českého statistického úřadu (2021). Měsícem s nejmenším počtem sebevražd je prosinec (v období 2014–2018 průměrně 93, tj. necelých 7 % ročního počtu). Maximální počet zemřelých sebevraždou vykazují naopak jarní měsíce. Za poslední pětileté období byl na maximum březen (průměrně 127, tj. 9 % ročního počtu), nicméně obdobných hodnot dosahovaly i měsíce duben-srpen.

Jaro znamená pro mnohé nové začátky. Frankel a Kranzová (1998) se domnívají, že je v tomto období více sebevražd z toho důvodu, že je jaro symbolem naděje, všichni

okolo jsou veselí, lidé čekají zlepšení jejich situace s příchodem hezkého počasí. To ale nepřijde a místo toho přichází další zklamání, které je mnohdy tou poslední kapkou.

2.2 Mýty o sebevraždách a sebevražedném jednání: výsledky obsahové analýzy dat z internetu

Na základě provedené obsahové analýzy dat záznamů z internetu bylo sesbíráno velké množství názorů. Ty jsem rozčlenila do kategorií, které definují další mýty a které budou blíže popsány v následujících podkapitolách. Tímto způsobem bude naplněn DC 1.1. Více k metodice této části výzkumu je popsáno v kapitole 1 této práce.

2.2.1 Sebevražda nebo sebevražedné jednání je sobecké

Takový názor se objevoval mezi reakcemi lidí nejčastěji. Sobecké přišlo lidem nejčastěji to, že svým činem způsobí újmu někomu jinému, kdo ho vůbec nezná (např. zastaví vlak s mnoha cestujícími, kterým tímto zkaží den), ale také to, že je takové jednání bezohledné vůči příbuzným a dalším lidem, kteří měli nebo mají dotyčného rádi. Podobné byly i názory, že se tímto sobeckým chováním projevují ti, kteří páchají demonstrativní sebevraždy. Lidé se domnívají, že tímto jednáním jen člověk citově vydírá své blízké.

Opak je mnohdy pravdou. Demonstrativní sebevražedný čin je často jen zoufalým výkřikem, voláním o pomoc člověka, který už neví, jak jinak si o pomoc říct, když doteď nic nepomohlo. V případě opravdového sebevražedného pokusu, ke kterému se člověk odhodlá mnohdy právě poté, co mu nikdo nebyl schopný pomoci, se dotyčný často domnívá, že se nachází v bezvýchodné situaci a že tím, že to takto skončí, přestane jeho rodina a blízké okolí trpět. Sobeckosti na tom ubírá také to, že si svůj čin často dlouho rozmýšlí a zvažují všechny klady i zápory, a to nejen pro sebe, ale také pro své blízké.

2.2.2 Sebevražda nebo sebevražedné jednání je důsledkem slabé osobnosti

Dalším z nejčastějších názorů, který se objevuje, je domněnka, že sebevrah je v podstatě „*srab*“. Lidé mají zúžený pohled, kdy se domnívají, že řešení svých problémů tímto způsobem je jen zbabělým útekem. Sebevraždu podle těchto lidí páchají jen ti, kdo se nedokážou vyrovnat se svými problémy. Často docházelo ke znevažování důvodů pro uskutečnění sebevraždy.

Zde je patrné, že lidé se často dostatečně nedokážou vcítit do druhého člověka a v případě sebevražedného jednání je zde jasně vidět, že jde o tak komplexní problematiku, že lidé nejsou schopni objektivně posoudit všechny možné proměnné, které se mohou v hlavách lidí přemýšlejících o sebevraždě objevovat.

2.2.3 Sebevražda nebo sebevražedné jednání je důsledkem selhání rodiny

Zde dochází opět ke značnému zjednodušení problematiky. Názory lidí jsou většinou takové, že rodina dostatečně nepomohla svému členovi, který spáchal sebevraždu. Také se objevuje myšlenka, že daný člověk neměl ve své rodině žádnou oporu.

Rodina mnohdy vůbec netuší, že se její člen chystá spáchat sebevraždu, ba dokonce někdy ani neví, že její člen vůbec nějaké problémy řeší. Častokrát rodina, v případě, že o psychickém stavu svého člena ví, opravdu nedokáže svému blízkému pomoci, nicméně to hned neznamená, že se o to členové rodiny nesnaží nebo že je jim to jedno. Pokud člověk reálně uvažuje o sebevraždě, je na místě odborná pomoc, zejména podpora psychiatra. Nelze také problematiku zjednodušovat na jeden typický příklad člověka se sebevražedným jednáním. Mnohdy mají tyto tendence lidé s duševním onemocněním a v takovém případě takřka není v silách rodiny vše zvládnout bez pomoci zvenčí.

2.2.4 Sebevražda nebo sebevražedné jednání je důsledkem selhání státu

V tomto případě se lidé domnívají, že za sebevraždy je zodpovědná sama společnost, jelikož nedokáže lidem poskytnout základní jistoty (jako je zaměstnání, bydlení) nebo sociální oporu potřebnou v nouzi.

Na těchto názorech je mylná domněnka, že v České republice nejsou možnosti pomoci, které by mohl člověk v nouzi využít. Pro lidi v nouzi mající sebevražedné myšlenky může být prvním místem, kam se mohou obrátit, telefonická krizová linka. Takovou službu už u nás nabízí několik organizací, např. Pražská linka důvěry, Linka první psychologické pomoci, Telefonická krizová pomoc CDZ RIAPS, Linka bezpečí pro děti, dospívající a mladé dospělé.

2.2.5 Člověk se sebevražedným jednáním nedokáže objektivně posoudit svoji situaci

Zde narážíme na domněnky, že člověk, který je v emocionálním výkyvu nebo depresi, nedokáže jednat racionálně a vidí svou situaci zkresleně. Nutno podotknout, že většina lidí si sebevraždu velmi dlouho rozmýšlí a hledají jiná řešení nebo čekají na pomoc, která nepřichází. Teprve potom se mnohdy na základě nějaké spouštěcí události rozhodnou čín uskutečnit.

Možná právě ona spouštěcí událost může působit tím směrem, že byl celý sebevražedný čin zbytečný. Tato poslední kapka totiž častokrát nemusí být tak závažná, aby bylo nutné v očích ostatních ukončit kvůli tomu svůj život. Nicméně spouštěcí událost navazuje na mnoho událostí a problémů předtím, o kterých už se nemusíme dozvědět.

2.2.6 Sebevražda je logickým řešením bezvýchodné situace

Toto tvrzení se tváří vcelku přesvědčivě, nicméně opět je optika takového pohledu značně zúžená, a to stejně jako optika člověka, který má sebevražedné myšlenky. Pro něj se zdá situace bezvýchodná, i když někdy stačí správná podpora, zejména ta odborná, a situace se dá řešit. I když ale zůstaneme u toho, že takovému člověku přijde situace bezvýchodná, jak si můžeme být jisti, že řešení takové situace sebevraždou považuje za logické?

Nesmíme také zapomenout na to, že mnoho lidí se sebevražednými myšlenkami trpí psychickým onemocněním, které mu brání vidět věci jasně a logicky. To je právě důvod toho, že se u nich sebevražedné myšlenky a tendence objevují a často také opakují.

2.2.7 Další mýty, které se shodují s mýty uvedenými v odborné literatuře

Mezi názory veřejnosti se objevily také mýty již dříve definované odborníky, a to konkrétně názor, že pokud chce někdo spáchat sebevraždu, nezabráníme tomu, a pokud se někdo o sebevraždu již pokusil, pokusí se o ni zase.

Jak již bylo uvedeno výše, včasná a efektivní pomoc může rozhodnutí člověka se sebevražednými úmysly změnit. Nutno také připomenout, že člověk většinou není plně rozhodnut a čeká do poslední chvíle, zda nějaká pomoc nepřijde.

Co se týče opakovaných pokusů o sebevraždu, vždy záleží na vícero okolnostech. Největší vliv na opakovaných pokusech má bezesporu duševní onemocnění. Některá

onemocnění, např. schizofrenie či bipolární porucha, jsou více zatíženy diagnózou opakovaných suicidálních pokusů. Nicméně v případě jinak zdravých jedinců nelze přesně říci, zda se u někoho budou pokusy opakovat. Důležitá je zejména kvalitně poskytnutá pomoc v rámci krizové intervence.

2.3 Shrnutí kapitoly

Výše uvedené mýty mohou pomoci lépe pochopit postoje veřejnosti k sebevražednému jednání. Není divu, že lidé mají k sebevrahům většinou negativní postoje. Jejich postoj je utvářen poměrně zkreslenými představami o lidech, kteří mají sebevražedné sklony nebo kteří spáchají sebevraždu.

Tato kapitola poskytuje odpovědi na DC 1: rozkrýt, jaké mýty o sebevražedném jednání se objevují v české společnosti. Dále informace obsažené v této kapitole poslouží také k naplnění DC 2, kde budu zjišťovat, jakým z výše definovaným mýtům věří sociální pracovníci.

3. Přístupy sociálních pracovníků k sebevražednému jednání klientů

Sociální práce má významnou roli v poskytování sociální opory, které se mnohdy jejím klientům z přirozených zdrojů nedostává. Aby však mohli sociální pracovníci a pracovníci v sociálních službách poskytovat kvalitní sociální oporu, je třeba, aby reflektovali každou situaci s každým klientem z mnoha úhlů.

V případě klientů se sebevražedným jednáním je poskytování kvalitní péče o to složitější, o kolik složitější je problematika sebevražedného jednání obecně. Každý případ je ojedinělý a velmi specifický, ovlivněný jinými okolnostmi.

Prozkoumáním následujících oblastí a nalezením třecích ploch v práci s klienty se sebevražedným jednáním získám podklady pro naplnění DC 3. V rámci rozhovorů s respondentkami tak budu moci díky otázkám vzešlých z této kapitoly zjistit, jaký přístup mají ke klientům se sebevražedným jednáním z pohledu dilematu kontroly a pomoci, etického kodexu, standardů kvality sociálních služeb a práva.

3.1 Konflikt kontroly a pomoci ve vztahu ke klientům se sebevražedným jednáním

Sociální pracovník musí při své práci s klientem neustále balancovat na vahách mezi pomocí a kontrolou. Kontrolu definuje Úlehla (2005) jako nevyhnutelnou, účelnou, potřebnou, postavenou na zájmech jiných lidí než toho, o koho je postaráno. Kontrola i pomoc jsou dvě různé stejně důležité činnosti a sociální pracovník musí umět rozlišovat, zda nabízí pomoc, nebo přebírá kontrolu. Zatímco při poskytování pomoci je vztah pracovníka a klienta rovnocenný, při přebírání kontroly dochází k narušení této rovnocennosti.

V případě práce se suicidálním klientem si může být pracovník zvláště nejistý v tom, na které straně se pohybovat více. V každém z nás je zakořeněno společenské přesvědčení za každou cenu ochraňovat lidský život. Proto může sociální pracovník lehce sklouznout k převzetí kontroly nad suicidálním klientem v dobré víře zachránit ho před smrtí a vyřešit jeho situaci. V takovém případě se však jedná o zneužití kontroly, jelikož pracovník upřednostní vlastní cíl před přáním klienta. Nic na tom nemění ani to, že tento postup sociální pracovník vyhodnotí jako pro klienta nejlepší. Úlehla (2005:32) dodává, že „užitečnost pomoci a kontroly musí posuzovat klient. Úkolem pracovníka je zajistit,

aby mohl klient tuto podmínku naplnit. Tedy i když se pracovník rozhodl použít jeden z kontrolních způsobů, nesmí zapomenout nechat si svůj postup ověřit a posoudit jeho užitečnost klientem.“ Sociální pracovník tedy může suicidálnímu klientovi navrhnout možné způsoby pomoci v jeho nelehké situaci, ale rozhodnutí pomoci využít je na klientovi.

To, do jaké míry máme jako sociální pracovníci tendence držet nad klienty kontrolu, souvisí také s dilematem normativnosti sociální práce. Ačkoli se již sociální práce ubírá jiným směrem, dlouho převládalo ve společnosti pojetí sociální práce jako „profese, která definuje sociální problémy jako řešitelné obtíže konkrétních osob.“ (Navrátil in Matoušek, 2012:191). Z pohledu společnosti jsou sebevražedné tendence chápány jako problémy jednotlivců, které je třeba napravit a zařadit je tak zpět do společnosti.

Je otázkou, do jaké míry může mít sociální pracovník partnerský přístup, je-li stále součástí společnosti a ovlivňují-li ho hodnoty a postoje dané společnosti. Nicméně je důležité, aby pracovník tyto tendence reflektoval. V přístupu k suicidálnímu klientovi pak může lépe vnímat, jak jeho postoje ovlivňují kvalitu poskytované pomoci, a to např. právě v souvislosti s mírou kontroly.

Zde stojí za zmínku také přebírání zodpovědnosti sociálního pracovníka za klienta. Východisko, jak nepřebírat za klienta zodpovědnost ani nebýt na straně kontroly, můžeme spatřovat v přístupu zplnomocňování. Tento přístup vychází z přesvědčení, že klient sám ví nejlépe, co je pro něj dobré. Klient má sám kontrolu nad svým životem a aktivně se účastní hledání řešení svých problémů.

Určitým východiskem, kterým se může pracovník při posuzování řídit, kde na škále od pomoci ke kontrole stát, je klientovo právo na sebeurčení. Respekt vůči klientovu právu na sebeurčení dle Navrátila (2001) znamená respekt vůči klientovým přáním, právům, míře a schopnosti sebepoznání a odpovědnosti za vlastní činy. To však neznamená respektovat každé klientovo přání bez ohledu na okolnosti. V případě suicidálního klienta to tedy nemůžeme vysvětlovat jako bezmezné respektování klientova rozhodnutí ukončit svůj život. Sociální pracovník má právo upozorňovat klienta na důsledky jeho rozhodnutí.

3.2 Přístup sociálních pracovníků k sebevražednému jednání z pohledu etiky

Sociální pracovník je vnímán jako ten, který je zástupcem většinové společnosti a který drží moc, a jelikož stojí na straně společnosti, musí dodržovat zákonné normy. Vztah pracovníka a klienta je z tohoto důvodu složitý. Etika v sociální práci je tedy nesmírně důležitá. Stejně tak důležité jsou pak osobnostní rysy pracovníka, které by měly být v souladu s etickým kodexem sociální práce.

V práci se zaměřím na Etický kodex definovaný Asociací poskytovatelů sociálních služeb ČR. Etický kodex upravuje pravidla zodpovědnosti a etického chování sociálního pracovníka ve vztahu ke klientovi, zaměstnavateli, kolegům, profesi a odbornosti a samozřejmě také ke společnosti. Jak je patrné, sociální pracovník má vliv nejen na klienta, ale také na další subjekty sociální práce i na celou společnost. Dodržování etického kodexu tak přispívá k eliminaci chyb sociálního pracovníka, které mohou být významné nejen v souvislosti s klientem.

Já se však budu soustředit na význam etického kodexu směrem ke klientovi. Gulová (2011) podotýká, že etický kodex je důležitý právě proto, že zabraňuje pracovníkovi ubližovat klientovi např. přemírou péče či degradujícím přístupem. Etický kodex může být pracovníkovi dobrým vodítkem pro to, jak jednat s klientem se sebevražednými tendencemi a kde nastavit hranici mezi pomocí a nutnou kontrolou. Jankovský (in Gulová, 2011) připomíná, že sociální pracovník musí posuzovat uskutečněné i zamýšlené činy svých klientů a zvažovat jejich důsledky a zároveň respektovat etické principy sociální práce.

Hodnoty sociální práce dle Etického kodexu

Základním stavebním prvkem etického přístupu sociálního pracovníka dle Etického kodexu Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR jsou hodnoty sociální práce. Etický kodex člení tyto hodnoty na lidskou důstojnost, sociální změnu, sociální rovnost, mezilidské vztahy a mlčenlivost a diskrétnost. (APSS ČR, 2011).

Sociální pracovník akceptující lidskou důstojnost dbá na dodržování lidských práv a na individuální a respektující přístup. Podporuje klientovu zodpovědnost a autonomii. Při práci se suicidálním klientem tak nepřebírá zodpovědnost ani kontrolu nad jeho životem a rozhodnutími. Není tedy na místě vyloučení klientova záměru ani nadbytečná kontrola toho, kde na cestě k uskutečnění sebevraždy se klient nachází. Úlehla (2005)

dodává, že vzhledem k tomu, že klient je vždy zástupcem menšiny, kdežto pracovník zastupuje ze svého profesního postavení většinovou společnost a normy, kterých se musí držet, má klient často pocit, že bude pracovníkem do něčeho nucen, obviňován apod. Pracovník by se měl snažit vždy ve svém projevu klást důraz na objasňování vlastní pozice, poslání, pravidel, morálky.

Pracovník dále akceptuje klientovo tempo řešení situace a bere v potaz také jeho možnosti, schopnosti a dovednosti. Klient zpočátku nemusí být schopný vidět jiná možná řešení jeho problému, ačkoli se zdají být pracovníkovi zřejmé. Klient se sebevražednými myšlenkami může být až příliš pohlcen vlastním pohledem na bezvýchodnost jeho situace. Práce je tedy dlouhodobá a klientovy schopnosti podívat se na situaci z jiných úhlů a následně podnikat aktivní kroky k nápravě je třeba rozvíjet postupně.

Rozvoj těchto schopností může podpořit sociální pracovník tím, že klientovi zajistí přístup k informacím a dostupným zdrojům řešení jeho problému. Dále podporuje klienta při jeho rozhodování a dosažení změny. Opět tedy za klienta nepřebírá zodpovědnost a nerozhoduje za něj. Tento bod Etického kodexu (APSS ČR, 2011) je při práci se suicidálním klientem neméně důležitý, jelikož zde pracovník naráží na konflikt se svým vnitřním nastavením pomáhat chránit lidský život.

Dle Etického kodexu (APSS ČR, 2011) sociální pracovník dále dbá na odstranění projevů a příčin sociální nespravedlnosti, diskriminace, útlaku a bariér vedoucích k sociálnímu vyloučení a zajišťuje rovnost každé osobě. Ve vztahu ke klientům se suicidálním jednáním je tak podstatné, aby pracovník jednal s klientem vždy důstojně a neměnil způsob jednání jen proto, že klient uvažuje o sebevraždě. Osobní názory pracovníka vedené mnohými mýty o sebevražedném jednání nesmí mít vliv na jeho přístup ke klientovi. Zde je pak na místě pracovníkova součinnost se supervizorem a jeho dozdělání v tématu.

Každý jedinec ve společnosti je provázán s dalšími lidmi nebo ke svému životu, růstu či řešení problémů potřebuje podpůrnou síť dalších osob. Tohoto by si měl být vědom i sociální pracovník a při práci s klientem se sebevražedným chováním by měl v souladu s potřebami klienta využít klientovy stávající sociální opory např. z řad členů rodiny. Stejně tak je důležitá profesionální podpora. Klient se sebevražednými tendencemi často potřebuje psychiatrickou a psychologickou odbornou pomoc. Je na pracovníkovi s klientem tuto potřebu vykomunikovat. Užitečné je zaměřit se také na řešení příčin, které klienta dovedly až k sebevražedným myšlenkám, např. ztráty

bydlení, zaměstnání atd. Sociální pracovník a klient tak mohou navázat spolupráci s dalšími sociálními pracovníky, kteří se těmito otázkami zabývají.

Poslední hodnotou sociální práce dle Etického kodexu (APSS ČR, 2011) je zachování mlčenlivosti a diskrétnosti. Tato hodnota je natolik zásadní pro udržení důvěry ve vztahu pracovníka a klienta, že není třeba o ní dlouze diskutovat. Klient se mnohdy nemusí nikomu svěřovat se svými myšlenkami na sebevraždu, a proto sdílení se sociálním pracovníkem je velice křehké a sebemenší náznak narušení důvěry může vést nejen ke zhoršení vztahu pracovníka a klienta, ale také k přiblížení klienta k sebevraždě. Dění si může vyložit jako fakt, že se nemůže obrátit už vůbec na nikoho, je na celou situaci naprosto sám a sebevražda je jedinou cestou, jak z této bezvýchodné situace ven. I proto je velmi důležité nepřebírat za klienta odpovědnost, nestát na straně kontroly a nejednat za jeho zády s jinými odborníky.

Dle Elichové (2017) se často dostává do střetu zájmů loajalita sociálního pracovníka, protože klientovi nejenom pomáhá, ale také ho kontroluje, a stejně tak se dostává do konfliktu mezi povinností chránit zájmy klienta a požadavky společnosti na efektivitu a užitečnost.

Hovoříme-li o hodnotách sociální práce, je třeba zmínit fakt, že pohled na klienta je značně ovlivněn osobními hodnotami pracovníka i hodnotami organizace, ve které pracovník pracuje. Tyto hodnoty se mohou často dostat do konfliktu s osobními hodnotami klienta. Elichová (2017:59) k tomu dodává, že „čím více je organizace mechanicko-byrokratická, tím omezenější jsou možnosti sociálního pracovníka rozhodovat se podle profesní etiky.“ V praxi tak sociální pracovník naráží na různá etická dilemata své profese, která je nutné reflektovat.

3.3 Přístup sociálních pracovníků k sebevražednému jednání z pohledu práva

Snad nejzásadnějším právem člověka vůbec, je jeho právo na život. Toto právo je chráněno Listinou základních práv a svobod; konkrétně ho nalezneme v článku 6. Vzhledem ke stručnosti Listiny může nastat dilema v chápání tohoto práva. Lze právo na život chápat také jako právo na svobodné rozhodování o svém životě, tedy ve svém důsledku také jako právo na neživot?

Samozřejmě není možné zabývat se touto otázkou kdykoli, nalezneme-li někoho v bezvědomí. Nicméně může nastat případ, kdy u sebe člověk, který se pokusil o sebevraždu, zanechá vzkaz, ve kterém žádá, aby ho neresuscitovali a nechali ho umřít.

V kapitole I článku 2 odstavci 1 Úmluvy o lidských právech a biomedicíně je ukotveno, že „zájmy a blaho lidské bytosti budou nadřazeny zájmům společnosti nebo vědy,“ a v kapitole II článku 5 odstavce 1, že „jakýkoli zákrok v oblasti péče o zdraví je možno provést pouze za podmínky, že k němu dotčená osoba poskytla svobodný a informovaný souhlas“.

Když k tomuto připojíme ještě další zásady Listiny základních práv a svobod, tedy že „každý může činit, co nemá zákonem zakázáno; nikdo nesmí být nucen činit, co zákon neukládá; nikomu nesmí být způsobena újma na právech pro uplatňování jeho základních práv a svobod; každý má právo, aby byla zachována jeho lidská důstojnost, dalo by se jednoznačně říct, že by nikdo neměl do svobodného rozhodnutí aktivně zasahovat s cílem zabránit v realizaci jeho svobodně vyjádřené vůle a následně tak dokonání činu překazit. (Mitlöhner a Wisiński, 2013).

Mitlöhner a Wisiński (2013) dále polemizují nad stanovami zákona č. 372/2011 Sb. Dle § 38 tohoto zákona totiž lze zdravotní služby pacientovi poskytnout pouze s jeho dobrovolným svobodným a informovaným souhlasem a dále v případě, kdy by se pacient dostal do takového zdravotního stavu, ve kterém nebude schopen vyslovit souhlas nebo nesouhlas s poskytováním zdravotních služeb, bude poskytovatel brát zřetel na dříve vyslovené přání pacienta. Toto přání však musí mít písemnou formu a musí být opatřeno úředně ověřeným podpisem pacienta. Je tedy otázkou, jak moc je pravděpodobné, že bude mít klient sociální služby takový písemný a úředně ověřený souhlas u sebe.

Pokud tedy klient sociální služby nenaplní podmínky popsané výše, je jednání pracovníka zachraňujícího klienta, který je v bezprostředním ohrožení života, v souladu se zákonem. Navíc je nutné pamatovat také na trestní zákoník, který v § 150 uvádí, že „kdo osobě, která je v nebezpečí smrti nebo jeví známky vážné poruchy zdraví nebo jiného vážného onemocnění, neposkytne potřebnou pomoc, ač tak může učinit bez nebezpečí pro sebe nebo jiného, bude potrestán odnětím svobody až na dvě léta.“

V případě, že sociální pracovník nalezne klienta, o kterém dříve věděl, že uvažuje o sebevraždě, a je ze situace patrné, že se o sebevraždu pokusil, v ohrožení života, je i tak povinen poskytnout tomuto klientovi první pomoc. Jediný případ, kdy bychom o správnosti tohoto postupu mohli polemizovat, je takový, kdy bude mít klient vedle sebe na viditelném místě umístěný vzkaz, ve kterém uvádí výslovné přání, že nechce být

zachraňován, a který musí být úředně ověřen. Je však otázkou, nakolik nám naše vlastní lidskost dovolí tomuto jen přihlížet?

Pracovník by se mohl obávat ještě posuzování jeho nezasáhnutí dle § 144 trestního zákoníku, který definuje trestný čin účast na sebevraždě. Trestní zákoník se zabývá situací, kdy někdo „pohne k sebevraždě nebo jinému k sebevraždě pomáhá, bude potrestán, došlo-li alespoň k pokusu sebevraždy.“ Blíže tento paragraf vysvětluje Nováková (2010:25-26): „Tento trestný čin můžeme zařadit do kategorie komisivních, protože ho lze spáchat pouze konáním, a to tím že pachatel jinou osobu pohne, tj. navede ji, nebo jí pomůže spáchat sebevraždu. Po subjektivní stránce je zde vyžadován úmysl, kdy pro naplnění znaku ‚pohne jiného k sebevraždě‘ nestačí, že pachatelovo špatné chování bylo příčinou sebevraždy; je zde třeba, aby se pachatel špatně choval s úmyslem vzbudit tím u jiného rozhodnutí spáchat sebevraždu.“ Tento paragraf tedy nemusí brát sociální pracovník řešící dilema, zda klienta zachránit, na zřetel.

3.3.1 Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách

Zákon o sociálních službách přinesl mnoho benefitů pro profesionální poskytování sociálních služeb. Mimo jiné jde o dobrovolné uzavření smlouvy zájemce s poskytovatelem, kdy zájemce není do spolupráce nucen, dále spolupráci mezi klientem, poskytovateli sociálních služeb i osobami blízkými klientovi. V neposlední řadě je to pak důraz na respektování práv uživatelů sociálních služeb a jejich lidské důstojnosti.

Pro účely této práce se zaměříme na konkrétní oblasti zákona o sociálních službách, které nám pomohou definovat právní rámec spolupráce sociálního pracovníka a klienta se suicidálním jednáním.

3.3.2 Standardy kvality sociálních služeb

Poskytovatelé sociálních služeb mají povinnost dodržovat standardy kvality sociálních služeb, které jsou přílohou prováděcí vyhlášky k zákonu o sociálních službách. Pomocí těchto standardů se ověřuje kvalita poskytování sociálních služeb. Dle § 99 zákona o sociálních službách jsou standardy kvality sociálních služeb „souborem kritérií, jejichž prostřednictvím je definována úroveň kvality poskytování sociálních služeb v oblasti personálního a provozního zabezpečení sociálních služeb a v oblasti vztahů mezi poskytovatelem a osobami.“ Staví na respektování práv uživatelů sociálních služeb a jejich lidské důstojnosti.

Pro účely této práce se blíže zaměříme na některé ze standardů, které mohou ovlivnit přístup sociálních pracovníků ke klientům se sebevražedným jednáním.

Standard č. 1: Cíle a způsoby poskytování sociálních služeb

Dle vyhlášky č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, je poskytovatel povinen mít předem definované poslání, cíle, zásady poskytování sociální služby, její druh a individuálně určené potřeby osob, jimž je služba poskytována. Dále má písemně zpracované pracovní postupy řádného průběhu poskytování sociální služby a vnitřní pravidla, která chrání klienty před předsudky a negativním hodnocením, ke kterému by mohlo potenciálně dojít v průběhu poskytování služby. Poskytovatel dále vytváří podmínky, aby mohli klienti uplatňovat vlastní vůli při řešení své nepříznivé situace.

Jak je patrné, zákon stejně jako etický kodex klade důraz na respektování práv a vůle klientů. Cílem tohoto standardu jsou písemně sepsané postupy práce s klienty v souladu s jejich vůlí. Poskytovatel musí ale také definovat situace, kdy klient nemůže uplatnit vlastní vůli. O etický kodex se poskytovatel zpravidla opírá také při definování svých zásad. Na tom by se měli podílet všichni pracovníci sociální služby.

Dle Čámského a spol. (2011) by služby měly odrážet zejména následující hodnoty:

- dodržování práv klientů – jako vyvážení faktu, že jsou klienti mnohdy v nevýhodném postavení vůči poskytovateli;
- respektování volby uživatelů – klienti mají možnost se sami rozhodnout, zároveň chápou důsledky svého rozhodnutí;
- individualizace podpory – služby jsou přizpůsobeny potřebám jednotlivých uživatelů;
- zaměření na celek – pracovníci pohlíží na klientovu situaci v celé perspektivě, nikoli jen na její dílčí části;
- flexibilita – služby se přizpůsobují aktuálním potřebám klientů.

Tyto základní hodnoty nám mohou být nápomocné i pro pochopení práce s klientem se suicidálními myšlenkami. Přinášejí nám pochopení pro to, že to, jak se svým životem klient naloží, je jeho právo a pracovník není oprávněn o tomto rozhodovat za klienta. Je však užitečné seznámit klienta se všemi důsledky, jaké jeho rozhodnutí může mít. Sociální pracovník nemůže zasáhnout do rozhodnutí uskutečnit suicidální

pokus nebo sebevraždu. Na druhou stranu může s klientovým souhlasem projednat všechny důsledky, které mohou nastat – počínaje možným fyzickým znevýhodněním v případě nevydařeného pokusu, přes psychické důsledky pro jeho blízké, až po fakt, že tímto jednáním klient sice zastaví své utrpení, ale nenastane žádný blažený pocit, který očekává. Je užitečné, aby měl pracovník alespoň základní přehled o suicidálním jednání a smýšlení lidí se suicidálními tendencemi.

Klient má zajisté plné právo na svobodné rozhodování. Toto právo je zajištěno nejen zákonem o sociálních službách a etickým kodexem, ale také Listinou základních práv a svobod, kde je toto právo ukotveno v článku 8 věnujícímu se osobní svobodě. Poskytovatel je však oprávněn definovat konkrétní případy, kdy může být toto právo upozaděno. To může nastat jen ve zcela výjimečných případech a jen tehdy, hrozí-li například, že jednání klienta může akutně ohrozit život či zdraví jeho samotného nebo třetích osob. Zde nastává zásadní dilema, kterému může sociální pracovník čelit. Je více klientovo právo na vlastní rozhodování, i přesto, že je ohrožen jeho život, nebo jeho život samotný a potřeba ho zachránit?

Nejprve je třeba si uvědomit, že právo na vlastní rozhodování tak, jak ho definuje Listina, je právo nezcizitelné, nezadatelné, nepromlčitelné a nezrušitelné. Z toho vyplývá, že pro jeho narušení musí nastat výjimečné okolnosti. Sociální pracovník musí v rámci posouzení situace zhodnotit, do jaké míry je klient schopný o své situaci rozhodovat vědomě a posoudit všechna rizika svého chování.

Dokonce ani klientova neschopnost komunikace, jeho mentální handicap nebo zbavení způsobilosti k právním úkonům neznamenají automaticky, že klient není schopen vlastního rozhodování. Poskytovatelé sociálních služeb leckdy nepřiměřeně zasahují do svobodné vůle uživatelů. Pracovníkům ale nepřísluší rozhodování v rovině osobních cílů, přání a očekávání. (Čámský a kol., 2011). Budeme-li se držet tohoto chápání, je nanejvýš jasné, že rozhodnutí o dobrovolném ukončení života je klientovo právo, jemuž naplnění nemůže pracovník nijak bránit.

Poslední oblastí, kterou je třeba více prozkoumat v rámci standardu č. 1, je ochrana klientů před předsudky a negativním hodnocením. K takovému hodnocení a posuzování klientů může v průběhu poskytování služby dojít ze strany veřejnosti, pracovníků a poskytovatele i ostatních klientů dané služby. Je třeba si toto uvědomit. Těmto fenoménům lze zabránit předem stanovenými postupy a pravidly a jejich pochopením a dodržováním pracovníky služby. Může se jednat o změnu způsobu vyjadřování, volby slov a způsobu jednání, chování a vystupování pracovníků,

vyjadřování stejného respektu ke klientovi s určitou odlišností jako k ostatním klientům, posilování klientových silných stránek, předcházení vytváření soucitu a představy klientovy závislosti na sociální službě (Čámský a kol., 2011). To vše můžeme vztáhnout také k přístupu ke klientovi se suicidálním jednáním.

Standard č. 2: Ochrana práv osob

Kritéria pro naplnění standardu č. 2 jsou dle přílohy č. 2 k Vyhlášce č. 505/2006 Sb. písemné zpracování vnitřních pravidel pro předcházení situacím, v nichž by v souvislosti s poskytováním sociální služby mohlo dojít k omezení základních lidských práv a svobod, a pro postup, co dělat, když k tomuto omezení dojde. Dále má písemně vymezená pravidla, ve kterých vymezuje situace, kdy by mohlo dojít ke střetu zájmů poskytovatele a klientů, stejně tak pravidla pro řešení takových situací. Pro doplnění je obsahem standardu také povinnost poskytovatele sepsat pravidla přijímání darů. Tento standard chrání nejen klienty, ale také poskytovatele a sociální pracovníky. Na práva se vážou také povinnosti.

Cílem je, aby v postupu sepsaném poskytovatelem byly definovány konkrétní situace, při kterých může nastat střet zájmů nebo omezení základních lidských práv a dalších významných práv, jako jsou např. právo na sociální službu, právo na služby veřejných institucí či právo na poskytnutí zdravotní péče.

Zaměříme-li se na základní lidská práva, je třeba v souvislosti s problematikou sebevražděného jednání zmínit právo na osobní svobodu a svobodu pohybu. Klient nemůže být nucen pobývat na určitém místě proti své vůli, nemůže být omezen v pohybu jak v zařízení, tak mimo zařízení sociální služby. Do sporné situace se může pracovník dostat ve chvíli, kdy klientovi hrozí bezprostřední poškození jeho zdraví nebo je přímo ohrožen jeho život. U klienta se sebevražděným jednáním by tato situace nastala ve chvíli, kdy by se v zařízení sociální služby rozhodl v danou chvíli ukončit svůj život, případně by dle jeho předchozího jednání toto v nejbližší době přímo hrozilo. Je třeba si uvědomit, že toto rozhodnutí je plně v kompetenci klienta. Omezit klientovu osobní svobodu není možné ani u těch se sníženou schopností rozhodování. Čámský a kol. (2011:93) k tomu dodávají, že „pokud u lidí se sníženou schopností rozhodování hrozí nebezpečí vážného poškození zdraví v důsledku neuváženého rozhodnutí, musí poskytovatel s touto situací pracovat jako s rizikovou a hledat prostředky, jak uživatele od nežádoucího jednání odvrátit. Přímé omezení uživatele je až poslední možností, má povahu restriktivního opatření a před jeho použitím je nutné vyčerpat všechny jiné dostupné prostředky.“

Klienti mají taktéž právo na ochranu soukromí, což si můžeme při poskytování sociální služby vyložit jako právo rozhodovat o tom, kdo vstoupí do jejich pokoje, odepřít pracovníkovi i jiným lidem vstup do pokoje, zamknout si pokoj atp. Ani podezření pracovníka na sebevražedné jednání klienta ho neopravňuje tato práva narušit.

Za zmínku stojí zmínit ještě právo svobodně se rozhodnout a právo na přiměřené riziko. Toto právo se promítá do všech ostatních práv i situací, jež mohou nastat. Pro naše potřeby to jednoduše znamená, že klient se může rozhodnout, co se svým životem udělá. Tedy může se svobodně rozhodnout, zda svůj život ukončí, nebo ne. Schopnost rozhodovat se můžeme u klienta rozvíjet, a to např. poskytnutím dostatečných informací o dalších možnostech řešení jeho situace.

Standard č. 5: Individuální plánování + Standard č. 8: Návaznost poskytované služby na další dostupné zdroje

Individuální plánování je především o plánování toho, jak budou naplňovány klientovy potřeby a přání. Je důležité nechat klientovi svobodu a nepřejímat tuto zodpovědnost za něj. Poskytovatel má písemně zpracovaná vnitřní pravidla podle druhu a poslání sociální služby, kterými se řídí plánování, přehodnocování a také praxe dané služby. Poskytovatel dále plánuje spolu s klientem průběh poskytování sociální služby, zohledňuje jeho osobní cíle a možnosti volby. Dbá na to, aby cíle byly v souladu s klientem a byly dosažitelné vzhledem k jeho schopnostem. Dále poskytovatel průběžně hodnotí naplňování těchto cílů. (Čámský a ko., 2011; Vyhláška č. 505/2006 Sb., 2006).

Pokud se klient svěřil se svými sebevražednými myšlenkami, je potřeba s tímto dále pracovat. „Smyslem individuálního plánování je poskytovat službu v co největším zájmu uživatele, přizpůsobit ji jeho specifickým potřebám a požadavkům, jeho osobním cílům a zapojit ho do procesu plánování i realizace služby.“ (Čámský a kol., 2011:38).

Standard č. 8 nám říká, že poskytovatel nenahrazuje běžně dostupné veřejné služby, vytváří příležitosti, aby osoba mohla takové služby využívat, spolupracuje s osobami, které klient označí, v zájmu dosahování jeho osobních cílů, zprostředkovává klientovi služby jiných osob a institucí podle jeho individuálních potřeb a dále podporuje klienta v kontaktech a vztazích s přirozeným sociálním prostředím.

Vztáhneme-li si tento standard ke klientům se sebevražednými tendencemi, může to v praxi vypadat tak, že sociální pracovník v případě otevření tohoto tématu nabídne klientovi možnosti následné péče, např. zprostředkování kontaktu na psychiatrickou ambulanci atp. Pokud v zařízení nebude žádný pracovník, který by mohl nabídnout

klientovi se sebevražednými myšlenkami odbornou psychologickou pomoc, je zajištění následné péče v jiné instituci nebo u odborníka více než žádoucí.

Sebevražedné jednání je totiž, jak píše Mitlöhner s Wisińskim (2013:463), „složitým jevem, který je výslednicí biologických, psychologických a sociálních faktorů, a tudíž prevence sebevražd musí být z hlediska podstaty mezioborová. Čerpat můžeme z oboru výchovy, osvěty, psychiatrie, psychologie, pedagogiky, medicíny, ekonomie a řady dalších vědeckých odvětví.“ Je opravdu důležité, aby sociální pracovník neřešil klientovy sebevražedné tendence sám, ale využil odborníků z jiných oborů. Vše samozřejmě se souhlasem klienta. Toto pak bude zařazeno do individuálního plánu klienta.

Standard č. 8 ubírá pozornost také směrem zajištění kontaktu s klientovým přirozeným prostředím. Pokud klient uvažuje o sebevraždě, toto smýšlení se může prohlubovat s délkou pobytu mimo své domácí prostředí nebo s tím, jak dlouho se nachází v nepříznivé životní situaci. Kontakt s jeho blízkými znamená přirozenou sociální oporu a je třeba ho podporovat a myslet na něj při individuálním plánování s klientem.

Standard č. 6: Dokumentace o poskytování sociální služby

Dle tohoto standardu má poskytovatel opět písemně zpracovaná pravidla evidování a uchovávání informací o klientech a pravidel pro nahlížení do dokumentace. Dle charakteru služby nebo na žádost klienta vede poskytovatel anonymní evidenci.

Pro hladký průběh poskytování služby je podstatné vést evidenci o klientech. Důležité je však zabezpečit, aby při ní nedocházelo k porušování práv klientů a ochrany jejich osobních a citlivých údajů.

Zde patří zmínit také povinnost mlčenlivosti, která by měla být v pravidlech poskytovatele uvedena a kterou by měl poskytovatel písemně vyžadovat po svých pracovnících. Důležité je také ubezpečit klienta o tom, že informace o něm a cokoli, co bude chtít s pracovníky sdílet, nezjistí žádná třetí osoba. Klient se suicidálním jednáním tak může získat důvěru potřebnou pro to, aby se pracovníkovi se svými problémy a touhami svěřil. Toto je pak první krok pro společné hledání řešení klientovy situace.

Standard č. 14: Nouzové a havarijní situace

Poskytovatel má písemně definované nouzové a havarijní situace a postup jejich řešení a s tímto postupem seznámí své zaměstnance a klienty. V praxi to vypadá tak, že

má poskytovatel popsány situace, které mohou nastat, závazný postup pracovníků, když situace nastane, postup, jak těmto situacím předcházet, dále má potvrzení, že prokazatelně seznámil pracovníky i klienty s těmito situacemi a postupy jednání, a vede také dokumentaci o již nastalých nouzových a havarijních situacích a jejich řešení.

Zde má poskytovatel prostor začlenit do seznamu nouzových situací také situace, kdy klient hrozí pracovníkovi sebevraždou či pracovník nalezne klienta ve vážném zdravotním stavu nebo ho nalezne mrtvého, což se může v souvislosti se sebevražedným jednáním také stát.

3.3.3 Opatření omezující pohyb osob

Zákon se zvláště zabývá případem omezení pohybu z důvodu agresivního jednání, a to v § 89 zákona o sociálních službách. Hlavním požadavkem tohoto paragrafu je ale snaha o předcházení problémového chování a v případě, že se problémové chování vyskytne, snažit se ho zvládnout nerestriktivním způsobem. Omezení pohybu zásadně omezuje základní práva klienta, a proto musí být použito pouze výjimečně a transparentně. Opatření omezující pohyb lze použít v případě přímého ohrožení zdraví nebo života uživatele nebo jiné osoby, a to pouze na dobu nezbytně nutnou k odstranění přímého ohrožení zdraví a života klienta nebo jiné osoby a dále za předpokladu, že byla neúspěšně použita jiná opatření, která by odvrátila přímé ohrožení života či zdraví – např. slovní zklidnění, aktivní naslouchání, rozptýlení. Pracovníci jsou před použitím tohoto opatření povinni klienta o jeho možné aplikaci srozumitelně informovat. Pokud k takovému omezení dojde, je třeba vše podrobně zdokumentovat. (Čámský a kol., 2011).

Nalezne-li sociální pracovník klienta ve chvíli, kdy se chystá spáchat sebevraždu, je otázkou etickou i právní, zda má právo klientovi fyzicky bránit v uskutečnění sebevraždy. Odpovědí na tuto otázku se nezabývají žádné dostupné zdroje, ale určité vodítko nám může polemika nad právem na život v začátku této kapitoly.

V každém případě považuji fyzické zásahy do takto vypjaté situace za riskantní jak pro klienta, který může v leknutí ublížit sobě, ačkoli by to jinak udělat nemusel, tak pro pracovníka, kdy se může klientova agrese, ať už záměrně, nebo při leknutí, obrátit proti němu.

3.4 Shrnutí kapitoly

Je toho mnoho, co musí sociální pracovníci a pracovníci v sociálních službách brát na zřetel při práci s klientem se sebevražedným jednáním, aby jeho situaci více nezhoršovaly a naopak mu poskytly adekvátní podporu a pochopení, které se mu nejspíše jinde nedostává.

Ve výzkumné části se zaměřím na zkoumání práce s klienty se sebevražedným jednáním z pohledu dilematu pomoci a kontroly, etiky, práva a zákona o sociálních službách. Výše uvedené principy práce s klienty využiji při tvorbě otázek do rozhovoru s osnovou. Tento text mi také poslouží pro doptávání se na konkrétní záležitosti, o kterých se respondentka nezmíní, např. změnu individuálního plánu, právo klienta na osobní svobodu a další.

III. Empirická část

4. Výzkumné šetření

V rámci prováděného výzkumného šetření jsem definovala výzkumný problém *Jak veřejnost a sociální pracovníci přistupují k sebevraždám a sebevražednému jednání*. Zvolila jsem kvalitativní výzkumný plán sestávající z analýzy dokumentů a vícepřípadové studie. Vzhledem k rozdílnému výzkumnému souboru a sběru dat je pro lepší orientaci každé části výzkumu věnována jedna podkapitola.

Kvalitativní výzkum do hloubky zkoumá definovaný jev a přináší o něm maximální množství informací. Důraz je kladen hlavně na indukci, tedy logické směřování od konkrétního k obecnému. „Teprve po nasbírání dostatečného množství dat začíná výzkumník pátrat po pravidelnostech, které se v těchto datech vyskytují, formuluje předběžné závěry a hledá pro ně další oporu v datech.“ (Švaříček a Šed'ová, 2014:24).

4.1 Formulace cílů výzkumu

Hlavním cílem výzkumu je *Rozkrýt, jaké mýty o sebevražedném jednání se objevují v české společnosti a u sociálních pracovníků, a zjistit, jak probíhá práce sociálních pracovníků s klienty se sebevražedným jednáním*.

Hlavní cíl jsem rozdělila do následujících dílčích cílů a cílů nižšího řádu:

DC 1: Rozkrýt, jaké mýty o sebevražedném jednání se objevují v české společnosti.

DC 1.1: Rozkrýt, o jakých mýtech o sebevražedném jednání hovoří odborná literatura.

DC 1.2: Rozkrýt, jaké mýty o sebevražedném jednání se objevují v diskuzích na internetu.

DC 2: Zjistit, které z mýtů o sebevražedném jednání zjištěných v DC 1 lze nalézt u sociálních pracovníků.

DC 2.1: Zjistit, jakým mýtům uvedeným v odborné literatuře sociální pracovníci věří.

DC 2.2: Zjistit, jakým mýtům zjištěným pomocí obsahové analýzy internetových stránek sociální pracovníci věří.

DC 3: Zjistit, jaký přístup mají sociální pracovníci ke klientům se sebevražedným jednáním.

DC 3.1: Zjistit, jaký přístup mají sociální pracovníci ke klientům se sebevražedným jednáním z pohledu dilematu kontroly a pomoci.

DC 3.2: Zjistit, jaký přístup mají sociální pracovníci ke klientům se sebevražedným jednáním z pohledu etického kodexu.

DC 3.3: Zjistit, jaký přístup mají sociální pracovníci ke klientům se sebevražedným jednáním z pohledu standardů kvality sociálních služeb.

DC 3.4: Zjistit, jaký přístup mají sociální pracovníci ke klientům se sebevražedným jednáním z pohledu dalších zákonů.

4.2 Metodická část k DC 1

4.2.1 Zdůvodnění vybrané výzkumné strategie

Pro dosažení DC 1 jsem jako design výzkumu vybrala obsahovou analýzu dat. Tato strategie je založena na výzkumu již existujícího materiálu. V případě tohoto výzkumu se jedná o analýzu písemných dokumentů.

Výhodou tohoto výzkumného plánu je malá možnost ovlivnit charakter zdrojových materiálů. Názory veřejnosti jsou tedy zachyceny v jejich původním významu, nijak neupravované autorem, který by si v případě např. dotazníkové metody či rozhovoru mohl připadat posuzovaný a odpovědi by mohl záměrně upravit tak, aby se zalíbil výzkumníkovi nebo se necítil za svůj názor špatně.

Jsem i vědoma, že nevýhodou této strategie je nemožnost zjistit kontext, který provází vyzkoumané informace, v tomto případě názory veřejnosti na sebevražedné jednání. Vybírala jsem proto takové příspěvky, ze kterých je daný kontext do značné míry pochopitelný a nezaměnitelný.

Při své práci jsem vycházela ze dvou druhů dokumentů. Prvním byla odborná literatura, kde jsem se zaměřila na mýty o sebevraždách, jak je definují autoři daných knih. Tato část byla zpracována v kapitole 1 Teoretické části.

Jako druhý druh dokumentů určených pro obsahovou analýzu jsem vybrala příspěvky a komentáře v diskuzích na internetových stránkách. Zde totiž nalezneme autentické názory lidí, které nebyly upraveny pro žádné oficiální účely typu odborný článek apod. Dle Miovskeho (2006) jsou z hlediska kvality a vzhledem k účelu, za jakým

texty vznikly, mnohem věrohodnějším zdrojem informací různé deníky, dopisy z osobní korespondence a podobně než např. novinové články či oficiální dokumentace. Sdílení svého názoru v diskuzních skupinách či diskuzích pod různými články považují proto za relativně věrohodný zdroj informací.

Jako metodu sběru dat jsem v tomto případě zvolila obsahovou analýzu textu. Konkrétně se jedná o rozbor příspěvků a komentářů na internetu. Tuto metodu lze uchopit jak kvalitativně, tak kvantitativně. Nekvantitativní obsahová analýza se nevyjadřuje v matematicky měřitelných kategoriích a lze ji uskutečnit různými způsoby (např. jednoduchým rozbořením obsahu textu či hlubokou interpretací sděleného); naproti tomu při kvantitativní obsahové analýze se zjištěné prvky matematicky zpracovávají, zkoumá se jejich frekvence, pořadí, stupeň ad. (Gavora, 2010). Jelikož mi jde pouze o zjištění, jaké mýty o sebevraždě lze nalézt v naší společnosti, postačí mi k posouzení kvalitativní pojetí obsahové analýzy.

4.2.2 Zdůvodnění volby výzkumného souboru

Tuto část výzkumu jsem zaměřila na cílovou skupinu obyvatel České republiky. Cílová skupina nebyla nijak více konkretizována, jelikož mi šlo o objasnění názorů široké veřejnosti.

Sběr dat probíhal ve dvou etapách, a to od ledna do dubna 2017 a následně od listopadu 2020 do března 2021. Pro sběr dat jsem využila různé internetové stránky, zejména diskuzní fóra a diskuzní prostory pod články vztahující se k tématu sebevražd. Čerpala jsem pouze z příspěvků ne starších 10 let, a to z důvodu zajištění aktuálnosti získávaných dat. Potřebné informace byly vyhledávány pomocí vyhledávače Google, a to dle následujících hesel:

- sebevražda;
- diskuze sebevraždy;
- sebevražedné jednání;
- sebevražedné jednání diskuze;
- proč lidé páchají sebevraždu;
- proč lidé páchají sebevraždu diskuze.

Ze všech výsledků, resp. názorů, které lze pod těmito hesly dohledat, jsem vybrala ty, které lze v porovnání s teorií považovat za takové, jež nemají vědecky podložený základ, tedy názory lidí, kteří si své myšlenky utvářejí bez ohledu na prokázaná fakta

a jednají pouze na základě svých pocitů či názorů druhých. Sběr dat jsem ukončila po jejich saturaci, tedy ve chvíli, kdy dalším prozkoumáváním nepřicházely nové informace (názory se již opakovaly).

4.2.3 Organizace a průběh výzkumu

V první části výzkumu jsem vyhledala odbornou literaturu, která se zabývá tématem sebevražd, sebevražděného jednání a doporučených postupů, jak pracovat s lidmi se sebevražděným jednáním. Součástí toho bylo také nalezení odborné literatury zaměřující se na mýty o sebevraždách a sebevražděném jednání. Studium této literatury jsem využila také pro teoretickou část této práce.

Následně proběhla pilotáž, v jejímž rámci jsem si ověřila dostupnost požadovaných zdrojů na internetu. V dalším kroku jsem si vybrala jeden zdroj a porovnáním s odbornou literaturou zhodnotila, zda se názory lidí, kteří zde sdíleli své komentáře, mohou považovat za předpojaté, tedy takové, které nejsou založeny na pravdivých informacích. Tímto jsem si ověřila, že budu mít pro výzkum dostatečné množství dat.

Poté jsem přistoupila k samotnému výzkumu, kdy jsem po dobu několika měsíců průběžně procházela internetové zdroje a sbírala data v podobě jednotlivých příspěvků obsahujících předpojaté názory o sebevraždách a sebevražděném jednání. Jak jsem již uvedla výše, data jsem čerpala z takových zdrojů, které zajišťovaly upřímnost a autenticitu autorů. Vyhledávala jsem tedy diskuzní skupiny a fóra, ve kterých diskutující řešili problematiku sebevražd a sebevražděného chování, a diskuze k článkům týkajícím se sebevražd a sebevražděného chování. Data jsem zapisovala do tabulky v programu MS Excel.

4.2.4 Způsob zpracování získaných dat

Po dokončení sběru dat jsem dostala soubor názorů veřejnosti na sebevraždy a sebevražděné jednání. Cílem tohoto postupu bylo identifikovat opakující se přesvědčení, kterým lidé v diskuzích věří, a následně sestavení nových mýtů nebo potvrzení mýtů uvedených v odborné literatuře.

Jako metodu sběru dat jsem použila metodu vytváření trsů. Tato metoda slouží k tomu, abychom seskupili do skupin různé výroky, např. podle rozlišení určitých jevů, případů apod. Vznikají tak obecnější kategorie, jejichž znakem je tematický překryv,

což znamená, že pasáže společné dané kategorii se týkají vždy jednoho tématu (Miovský, 2006).

4.2.5 Etická a jiná rizika výzkumu

Jelikož se v této části výzkumu neseťkávám s žádnými účastníky výzkumu, není třeba zabývat se řadou etických dilemat. V průběhu výzkumu jsem se však držela jednoho ze základních etických pravidel, a tím je zachování anonymity. Vzhledem k celkové anonymitě, která prolíná svět internetu, se v podstatě žádná konkrétní jména nikde neobjevovala, nicméně v anonymitě držím také přezdívky a e-mailové adresy, pod kterými byly příspěvky publikovány.

Co se týče validity výzkumu, data získaná pomocí obsahové analýzy lze považovat za pravdivá, jelikož zde nedochází k žádnému zkreslení v důsledku interakce mezi výzkumníkem a účastníky. Jsem si vědoma možnosti zkreslení informací mnou jakožto výzkumníkem, která je pravděpodobnější právě proto, že se nemohu doptat autorů příspěvků na informace doplňující jeho celkový pohled na problematiku. Toto riziko jsem se snažila eliminovat tím, že jsem vybírala pouze takové příspěvky, ve kterých byl názor autora popsán podrobněji a jehož význam byl nezaměnitelný.

Reliabilita výzkumu byla zvýšena opakovaným vyhledáváním internetových zdrojů a komentářů, kdy bylo prokázáno, že výzkumný nástroj je spolehlivý, jelikož přináší opakované výsledky. Obdobně byla reliabilita prokázána také tím, že celý postup výzkumu byl jednou zopakován, a to v rozpětí tří let. V obou případech bylo dosaženo obdobných výsledků.

4.3 Metodická část k DC 2 a 3

4.3.1 Zdůvodnění vybrané výzkumné strategie

Jako výzkumnou strategii pro tuto část výzkumu jsem si vybrala vícepřípadovou studii, jelikož slouží pro velmi podrobné studium jednoho nebo několika málo případů. Objektem výzkumu, tedy případem, může být osoba, skupina osob, procesy, systémy nebo události. Toto pojetí najde své uplatnění právě ve výzkumu zaměřeném na vztah sociálního pracovníka a klienta při řešení konkrétní situace, jakou je sebevražedné jednání klienta. Každý případ jsem v tomto výzkumu redukovala na sociální pracovníci,

resp. pracovníci v sociálních službách a její přístup k sebevražednému jednání. Tento její přístup zkoumám pomocí škálovacího dotazníku a v praxi.

Podle Yina (in Švaříček a Šed'ová, 2014) je nejvhodnější využití případové studie ve výzkumech, ve kterých se ve výzkumné otázce ptáme, jak nebo proč se dějí nebo děly určité jevy nebo události, a máme v nich jako výzkumníci jen omezenou nebo žádnou kontrolu. To můj výzkum splňuje ve všech bodech, jelikož se ve výzkumné otázce ptám na to, jak sociální pracovníci přistupují ke klientům se sebevražedným jednáním, dále se zabývám událostí, která již proběhla, a taktéž nemám na zkoumaný jev žádný vliv a nemohu tedy kontrolovat jeho průběh, jelikož situace již proběhla.

Výhodu tohoto přístupu spatřuji také v tom, že výsledky jsou srozumitelné pro široký okruh osob a mohou z nich čerpat další sociální pracovníci. Ti mohou získat vhled do dalších situací a případů, které mají stejné nebo podobné vlastnosti jako zkoumané případy.

Nevýhodou případové studie je, že je založena na subjektivních interpretacích a výsledky výzkumu jsou tak obtížně zobecnitelné. Tohoto nedostatku jsem si vědoma, nicméně vnímám jako důležitější poskytnout hluboký vhled do práce s klientem se sebevražedným jednáním a jejích aspektů. Výsledky tohoto výzkumu tak lze využít jako podklad pro další výzkumy nebo jako inspiraci pro práci s tímto typem klientů.

Pro naplnění DC 2 a DC 3 jsem vybrala dvě strategie sběru dat. Nejprve respondenti obdrželi dotazník, který obsahoval výroky. Těmito výroky byly mýty, které jsem objevila při naplňování DC 1. Respondenti měli za pomoci Lickertovy škály označit, do jaké míry na stupnici 1-10 s daným výrokem souhlasí, kdy 1 znamenalo „Nejméně souhlasím“ a 10 znamenalo „Nejvíce souhlasím“. Respondenti nebyli upozorněni na to, že se jedná o mýty, a to z toho důvodu, aby následně neodpovídali, ať už vědomě či nevědomě, ve svůj prospěch.

Domnívám se, že sociální pracovníci jsou vzhledem ke svým zkušenostem s rozmanitými typy klientů schopni reflektovat různé okolnosti, které se mohou skrývat za tvrzeními uvedenými v dotazníku. Z toho důvodu jsem jako kritérium rozhodující o tom, kdy už lze říci, že daná pracovnice věří danému mýtu, vybrala hodnotu škály 7 a vyšší.

Druhou metodou je rozhovor s osnovou. Rozhovor absolvovali titíž účastníci, kteří vyplnili dotazník. Tento typ rozhovoru jsem zvolila s ohledem na výhody, které poskytuje. Jednou z výhod je jasné členění rozhovoru do oblastí, které mi pomohou lépe se orientovat v průběhu rozhovoru. Tyto oblasti odpovídají cílům nižšího řádu

u DC 3. Další výhodou, kterou vnímám jako zásadní, je možnost doptávat se na další informace, které jsou v rozhovoru s konkrétním respondentem relevantní a lépe mi pomohou pochopit celou situaci, kterou zkoumám.

4.3.2 Operacionalizace DC 2

DC 2 jsem transformovala do dotazníkových otázek, resp. tvrzení, která byla současně mýty vyzkoumanými v první části výzkumu:

Tabulka 1: Transformační tabulka pro DC 2

Dílčí cíl	Dílčí cíl 2. řádu	Sada dotazníkových otázek = tvrzení
Zjistit, jaké mýty o sebevraždě lze nalézt u sociálních pracovníků.	Zjistit, jakým mýtům uvedeným v odborné literatuře sociální pracovníci věří.	Lidé, kteří o sebevraždě mluví, ji nikdy nespáchají.
		Sebevražda je vždy nečekaná.
		Když chce někdo spáchat sebevraždu, už tomu nemůžeme zabránit.
		Lidé, kteří se pokoušejí o sebevraždu, nehledají pomoc.
		Začneme-li s někým mluvit o sebevraždě, můžeme mu tuto myšlenku vnuknout.
		Ten, kdo se jednou pokusí o sebevraždu, se o ni pokusí i v budoucnu.
		Ten, kdo přežije pokus o sebevraždu, se o ni již nikdy nepokusí.
		Nebezpečí sebevraždy je odvráceno, pokud skončila krize.
		O sebevraždu se nepokouší normální lidi, ale jen blázni.
		Sebevraždu páchá jen určitý druh lidí (např. staří, mladí, nemocní, chudí, bohatí, muži, ženy atp.).

		Lidé páchají sebevraždu hlavně za špatného či deštivého počasí.
Zjistit, jakým mýtům zjištěným pomocí obsahové analýzy internetových stránek sociální pracovníci věří.		Jednání člověka se sebevražednými myšlenkami je sobecké.
		Sebevražda nebo sebevražedné jednání je důsledkem slabé osobnosti.
		Sebevražda nebo sebevražedné jednání je důsledkem selhání rodiny.
		Sebevražda nebo sebevražedné jednání je důsledkem selhání státu.
		Jednání člověka se sebevražednými myšlenkami je sobecké.
		Člověk se sebevražedným jednáním nedokáže objektivně posoudit svoji situaci.

4.3.3 Operacionalizace DC 3

DC 3 byl transformován do tazatelských otázek:

Tabulka 2: Transformační tabulka pro DC 3

Dílčí cíl	Dílčí cíl 2. řádu	Indikátor	Sada tazatelských otázek
Zjistit, jaký přístup mají sociální pracovníci ke klientům se sebevražedným jednáním.	Zjistit, jak sociální pracovník postupoval při práci s klientem se sebevražedným jednáním.	Popis situace	Můžete prosím popsat situaci, kdy jste se setkala s klientem se sebevražedným jednáním?
		Popis postupu sociální pracovnice	Jak jste postupovala při práci s klientem se sebevražedným jednáním?

Zjistit, jaký přístup mají sociální pracovníci ke klientům se sebevražedným jednáním z pohledu dilematu kontroly a pomoci.	Reflexe sebeurčení	Jak jste se rozhodovala, kdy budete respektovat přání klienta a kdy nikoli?
Zjistit, jaký přístup mají sociální pracovníci ke klientům se sebevražedným jednáním z pohledu etického kodexu.	Etické hodnoty	Jak jste v dané situaci svůj postup dávala do souvislosti s etickými hodnotami?
Zjistit, jaký přístup mají sociální pracovníci ke klientům se sebevražedným jednáním z pohledu standardů kvality sociálních služeb.	Standardy kvality sociálních služeb	Jak jste v dané situaci svůj postup dávala do souvislosti se standardy kvality sociálních služeb?
Zjistit, jaký přístup mají sociální pracovníci ke klientům se sebevražedným jednáním z pohledu dalších právních předpisů.	Právní norma	Kterými právními normami jste se řídila při práci s klientem se sebevražedným jednáním?
	Přístup	Jak jste v souvislosti s těmito právními normami postupovala při práci s klientem

			se sebevražedným jednáním?
--	--	--	----------------------------

4.3.4 Zdůvodnění volby výzkumného souboru DC 2 a 3

V rámci vícepřípadové studie je potřeba volit záměrně takové případy, které odpovídají výzkumným cílům. Musela jsem tedy vybírat ze všech sociálních pracovníků takové, kteří se při výkonu svého povolání setkali s klientem se sebevražedným jednáním. Další okolností výběru bylo vybrat takové pracovníky, kteří mají zájem a ochotu účastnit se výzkumu jako respondenti.

Jako metodu výběru zkoumaného vzorku jsem zamýšlela zvolit metodu sněhové koule. Očekávala jsem omezené možnosti pro získání respondentů s požadovanými vlastnostmi, a tak jsem plánovala využít přednosti této techniky a získat další respondenty na základě doporučení.

Rozeslala jsem poptávku po respondentech do několika skupin na sociálních sítích, ze kterých se mi ozvalo celkem třináct osob majících zájem o to stát se respondentem pro můj výzkum. Z toho důvodu jsem nakonec zvolila metodu výběru výzkumného souboru samovýběrem, která je založena na principu aktivního projevení zájmu stát se součástí výzkumné studie.

Nevýhodou této metody je dle Miovskeho (2006) možný zdroj zkreslení, kdy je hlavní motivací účastníků peněžní odměna. Toto ale v případě tohoto výzkumu nehrozí, jelikož respondentům žádná finanční ani jiná odměna nabídnuta nebyla.

Kritéria výběru účastníků výzkumu z celkového počtu zájemců byla následující: profese sociálního pracovníka nebo pracovníka v sociálních službách; setkání s klientem se sebevražedným jednáním při výkonu povolání sociálního pracovníka či pracovníka v sociálních službách a práce s ním; co nejrozmanitější soubor co do počtu různých zařízení sociálních služeb, ve kterých respondenti pracovali s klienty se sebevražedným jednáním. Z původních třinácti zájemců jsem vyselektovala dle požadovaných kritérií devět respondentů. Dvě respondentky se mi přestaly po zaslání první části výzkumu ozývat, a tak byl výzkum nakonec proveden se sedmi respondenty. Respondenti byli z různých organizací sociálních služeb po celé České republice.

Nutno ještě podotknout, že používám pojem sociální pracovník pro označení jak sociálních pracovníků, tak pracovníků v sociálních službách. Dále pod pojmem

sociální pracovník myslím také ženský ekvivalent sociální pracovníce a naopak. To samé platí i pro pojmy respondent a respondentka.

4.3.5 Organizace a průběh výzkumu DC 2 a 3

Předně jsem se zabývala teoretickou přípravou. To zahrnovalo studium odborné literatury, etického kodexu a příslušných zákonů. Informace jsem využila také k sepsání teoretické části práce.

Následně jsem sestavila dotazník na principu Likertovy škály, díky kterému naplním DC 2, a rozhovor s osnovou, který slouží k naplnění DC 3. Na vzorku tří sociálních pracovníků z mého okolí jsem provedla malý předvýzkum, kterým jsem si ověřila srozumitelnost otázek. Provedla jsem drobné úpravy, nicméně byla jsem připravena na to doptávat se ještě upřesňujícími otázkami, které přinesou další podstatné informace.

Před zasláním dotazníku a stejně tak před započítím rozhovoru jsem respondenty ujistila, že vše je anonymní, nikde nebude zveřejněno jejich jméno ani jejich organizace. Jméno klienta, o kterém jsme hovořili v rozhovoru, jsme mezi sebou nesdíleli, není tedy ani nikde uvedeno. Následně jsem respondenty požádala o možnost nahrát si rozhovor na diktafon, případně na videozáznam, který umožňoval program pro videokonference, přes který většina rozhovorů probíhala. Upozornila jsem respondenty, že nahrávku po přepsání rozhovoru do písemné podoby smažu. S nahráváním všichni respondenti souhlasili.

Rozhovory byly přepsány do textového souboru MS Word a jeden z nich je přílohou této práce. V příloze lze nalézt také tabulku s výsledky dotazníkového šetření.

4.3.6 Způsob zpracování získaných dat DC 2 a 3

Pro zodpovězení DC 2 a 3 byla vybrána jako metoda analýzy dat narativní analýza. „Narativním přístupem ve výzkumu můžeme označit přístup zaměřený na dílčí živou osobní jedinečnou a subjektivní zkušenost účastníka výzkumu a snahu porozumět jeho životu v kontextuálních souvislostech (Čermák in Miovský, 2006).

Podle McAdamse (in Miovský, 2006) jsou čtyřmi hlavními komponentami modelu klíčové události, hodnoty a přesvědčení, perspektivy a cíle a sebeobrazy. Narativní analýza mi umožní blíže popsat zkoumanou situaci, tedy setkání pracovníka s klientem se sebevražedným jednáním a následnou práci s ním. Zaměřením se na klíčové

události mohu zkoumat problematiku z různých aspektů, které tvoří dílčí cíle a cíle nižšího řádu. Tímto hlubokým zkoumáním zjistím také, jakým etickým a profesním hodnotám věnuje pracovnice pozornost a co je pro ni důležité.

Dalším aspektem narativní analýzy důležité pro tento výzkum je tzv. ztvárnění jednání. Cílem není hledat příčiny daného jednání, ale naopak se ubírá směrem hledání důvodů pro toto jednání. To umožňuje zaměřit se více na cíle, kterých mělo být jednáním dosaženo. „Při narativní konstrukci hodnotíme cíle a zdůvodňujeme a vysvětlujeme jednání aktérů směřující k těmto cílům.“ (Miovský, 2006:245). Takto lze přirozeně vysvětlit hodnoty a normy účastníků výzkumu, což je právě to, čeho chci ve výzkumu dosáhnout.

Každému účastníkovi výzkumu je věnována jedna podkapitola, která je dále členěna do dalších podkapitol odpovídajících jednotlivým dílčím cílům nižšího řádu, které chci touto částí výzkumu naplnit. Současně toto rozložení odpovídá i rozložení druhé a třetí kapitoly teoretické části.

4.3.7 Etická a jiná rizika výzkumu

Jako možné riziko zkuslení rozhovoru jsem vnímala fakt, že se na stejnou událost ptám z několika úhlů. Konkrétně šlo o to, jak respondentky vnímaly otázky, kdy jsem se ptala, jak probíhala jejich práce se sebevražedným klientem z hlediska etických principů, standardů kvality sociálních služeb a dalších právních norem. Domnívám se, že v tom mohly cítit jisté hodnocení jejich práce, a proto nemusely popsat některé věci, ve kterých si nebyly jisté správným postupem. Z toho důvodu jsem se snažila vytvořit přátelské a důvěrné prostředí, ve kterém se budou cítit bezpečně, a také je ubezpečit o tom, že nikde nebudou uvedeny žádné údaje o nich ani organizaci, ve které pracují nebo pracovaly s klientem se sebevražedným jednáním.

Dalším možným úskalím z etického pohledu mohl být fakt, že jsem rozhovor zaměřila vždy na jednoho konkrétního klienta dané respondentky. Nebylo možné získat informovaný souhlas klientů, zvláště pokud s nimi již respondentky nepracovaly. Nicméně i v tomto případě probíhala veškerá komunikace o těchto klientech v anonymitě, bez zveřejnění jejich jména či dalších identifikačních údajů.

Při rozhovoru s jednou respondentkou nastalo dilema, zda pokračovat dál v popisu práce s jednou klientkou. Již při počátečním popisu klientky a její situace respondentkou jsem pochopila, že se jedná o stejnou klientku, se kterou jsem pracovala

já sama před několika lety v rámci mého působení v azylovém domě. Ačkoli nebyly zveřejněny žádné konkrétní identifikační údaje, případ této klientky byl natolik specifický, že jen stěží existuje v České republice druhá taková klientka sociálních služeb. Po bližším prozkoumání jsme s respondentkou zjistily, že právě ona si přebírala tuto klientku při odchodu z azylového domu do své péče.

Jelikož jsme zhodnotily tuto situaci jako nepřipustnou z toho důvodu, že nemáme od dané klientky souhlas o poskytování informací o ní někomu dalšímu a není anonymní jako jiní klienti, o kterých bylo hovořeno v rámci výzkumných rozhovorů, rozhodly jsme se o této klientce dále nehovořit. Respondentka následně vybrala jinou klientku, o které probíhal náš rozhovor.

Co se týče validity a reliability výzkumu, je třeba zhodnotit zvlášť dotazník a zvlášť rozhovor. Gavora (2010:117) říká, že „reliabilitu škálovacího dotazníku lze zajistit například tím, že se daná vlastnost posuzuje vícero škálami. Posuzovací nástroj tak získává větší vnitřní konzistenci. Prakticky to znamená, že zjišťovací nástroje, které mají více škál, vykazují mnohem větší reliabilitu, než nástroje s menším počtem škál.“ V tomto ohledu tedy nelze považovat použitý dotazník za příliš reliabilní, jelikož jsem ke každému mýtu vytvořila pouze jedno tvrzení, tedy jednu škálu. Tímto se snižuje i celková validita dotazníku.

Jsem si vědoma toho, že kdybych se na jeden mýtus ptala z různých úhlů, výsledky by byly přesnější. Kromě zpětné kontroly porozumění daným otázkám by respondenti mohli také na daná tvrzení nahlédnout z různých úhlů a zamyslet se tak nad věcmi, které je v případě jedné obecnější škály nenapadly. Zvolit pro každý mýtus jednu škálu jsem se však rozhodla z toho důvodu, aby dotazník nebyl příliš dlouhý a vyčerpávající, jelikož respondenty čekal ještě rozhovor. Vnímám tu však prostor pro další zkoumání v rámci kvantitativního výzkumu, kdy může být výzkum zaměřen na širší vzorek respondentů. V takovém případě by bylo namístě rozšířit daný dotazník o další výroky.

Naopak rozhovor s osnovou, který jsem zvolila a sestrojila, považuji za dostatečně validní a platný. Díky možnosti doplňujících otázek jsem mohla jít při dotazování více do hloubky a respondent měl možnost upřesnit případné nejasnosti. Vzhledem k výběru výzkumné strategie – vícepřípadové studie – a vyhodnocení narativní analýzou je možné popsat každý případ co nejpodrobněji a tím i nejpřesněji. Je třeba vzít v úvahu také to, že se jedná o kvalitativní výzkum, a tedy možnosti zevšeobecnění výsledků výzkumu jsou značně omezené.

4.4 Analýza a interpretace dosažených výsledků

4.4.1 DC 1.2: Rozkrýt, jaké mýty o sebevražedném jednání se objevují v české společnosti.

Obsahovou analýzou dat z internetu, v rámci které jsem zjišťovala názory veřejnosti na sebevraždy a sebevražedné jednání, jsem vyzkoumala několik kategorií názorů, jež nejsou založeny na vědecky nebo statisticky podložených faktech, ale vychází pouze z vlastních pocitů a myšlenek autorů příspěvků bez patřičné reflexe. Takové kategorie jsem nazvala mýty o sebevražedném jednání.

V příloze A jsou vypsané jednotlivé názory veřejnosti tak, jak byly napsány v internetových diskuzích a fórech, včetně z nich vyplívajících mýtů. Vyzkoumané mýty jsou následující:

Sebevražda nebo sebevražedné jednání je sobecké.

Tato myšlenka zazněla celkem v 17 příspěvcích různých autorů. V porovnání s celkovým počtem nalezených komentářů (cca 40) to považuji za poměrně vysoké číslo. Ačkoli nelze výsledky tohoto výzkumu zobecnit na celou populaci, lze předpokládat, že se tento mýtus bude objevovat ve společnosti často.

Sobeké přišlo lidem nejčastěji to, že svým činem způsobí újmu někomu jinému, kohoo vůbec nezná (např. v jednom komentáři se píše: *„Je to od sebevrahů bezohledný, že do svých problémů zatahují cestující veřejnost. Když už se někdo rozhodl skoncovat se životem, tak tím nemusí obtěžovat ostatní.“*), ale také to, že je takové jednání bezohledné vůči příbuzným a dalším lidem, kteří měli nebo mají dotyčného rádi. To dokládají např. tyto názory: *„Myslím, že lidi, co se zabijí dobrovolně, jsou sobečtí vůči svým nejbližším. Nemyslím to zle, ale sobě uleví, ale neuvědomují si, jak moc ublíží ostatním.“* nebo *„Jenom sobec který nemyslí na rodinu... děti a ostatní páchá sebevraždu...“*

Podobné byly i názory, že se tímto sobeckým chováním projevují ti, kteří konají demonstrativní sebevraždy. Lidé se domnívají, že tímto jednáním jen člověk citově vydírá své blízké. Viz názor z diskuze k novinovému článku: *„A že jsou sebevrazi sobci je pravda... někteří tak citově vydírají okolí a páchají demonstrativní sebevraždy... které bohužel někdy vyjdou...“*

Demonstrativní sebevražedný čin je však často jen zoufalým výkřikem, voláním o pomoc člověka, který už neví, jak jinak si o pomoc říct, když doteď nic nefungovalo. V případě opravdového sebevražedného pokusu, ke kterému se člověk odhodlá mnohdy právě poté, co mu nikdo nebyl schopný pomoci, se dotyčný často domnívá, že se nachází v bezvýchodné situaci. Myslí si, že tím, že to takto skončí, přestane jeho rodina a blízké okolí trpět. Sobeckosti na tom ubírá také to, že si svůj čin často dlouho rozmýšlí a zvažují všechny klady i zápory, a to nejen pro sebe, ale také pro své blízké.

Sebevražda nebo sebevražedné jednání je důsledkem slabé osobnosti.

Tento názor rozhodně nebyl ve výzkumu ojedinělý. Objevila jsem ho celkem v devíti příspěvcích. Lidé mají zúžený pohled, kdy se domnívají, že řešení svých problémů tímto způsobem je jen zbabělým útekem. Zastupujícím příspěvkem takového tvrzení může být např. tento: „*Sebevrah není žádný hrdina ale zbabělec hrdinství je žít a se životem se poprat ne ze života utíkat...*“

Sebevraždu dle provedeného výzkumu páchají jen ti, kdo se nedokážou vyrovnat se svými problémy. Často docházelo ke znevažování důvodů pro uskutečnění sebevraždy, např. zde: „*Ty se chceš zabít kvůli holce? Promiň, ale to nechápu. Lidem se dějí i horší věci a nezabíjejí se. Jestli to opravdu kvůli takový kravině uděláš, tak jsi u mě srab, nic víc.*“

Z názorů spadajících do této kategorie, je patrné, že lidé se často dostatečně nedokážou vcítit do druhého člověka. Sebevražedné jednání je komplexním jevem a velmi složitou problematikou, vždy hraje roli mnoho proměnných. Není možné pochopit jednoduše sebevražedné jednání, když neznáme každý případ zvlášť. Nastává zde také ten problém, že zdánlivá příčina je většinou jen spouštěcí událostí, které předcházelo mnoho jiných skutečností. Z toho důvodu se domnívám, že považovat sebevražedné jednání za důsledek slabé osobnosti je mylné.

Sebevražda nebo sebevražedné jednání je důsledkem selhání rodiny.

Zde dochází opět ke značnému zjednodušení problematiky. Názory lidí jsou většinou takové, že rodina dostatečně nepomohla svému členovi, který uskutečnil sebevraždu: „*Nechápu, co by na tom mělo být sobeckého. Pokud rodina viděla, že je na tom daný člověk špatně, proč raději nepomohla?*“ Také se objevuje myšlenka, že daný člověk neměl ve své rodině či mezi blízkými žádnou oporu, např. v tomto příspěvku: „*Vždyť ten kluk v té holce neměl evidentně vůbec žádnou oporu.*“

Rodina mnohdy vůbec netuší, že se její člen chystá uskutečnit sebevraždu, ba dokonce někdy ani neví, že její člen vůbec nějaké problémy řeší. Častokrát rodina, pokud vůbec o psychickém stavu svého člena ví, opravdu nedokáže svému blízkému pomoci, nicméně to hned neznamená, že se o to členové rodiny nesnaží nebo že je jim to jedno. Pokud člověk reálně uvažuje o sebevraždě, je na místě odborná pomoc zvenčí, zejména podpora psychiatra.

Ačkoli byl tento názor zastoupen v menší míře (celkem ve třech příspěvcích), domnívám se, že nebude ve společnosti takto ojedinělým. Úskalím obsahové analýzy dat je, že se nelze doptávat na konkrétní témata, jelikož se pouze interpretují již existující data. Málodky vedly diskuze ve fórech k tématu sociální opory lidí se sebevražedným jednáním, což může být příčinou právě nízkého počtu nalezených příspěvků na toto téma.

Sebevražda nebo sebevražedné jednání je důsledkem selhání státu.

Také tento mýtus byl zastoupen v menší počtu příspěvků (taktéž ve třech). Někteří se domnívají, že za sebevraždy je zodpovědná sama společnost, jelikož nedokáže lidem poskytnout základní jistoty (např. zaměstnání, bydlení) nebo sociální či právní oporu potřebnou v nouzi. To dokládá např. tento příspěvek: *„Spousta sebevražd je také motivována tím, že člověk nemá nikde zastání, dělá to sociální politika státu ruku v ruce s protilidovými zákony, zlodějskými firmami, exekutory a nemožnost se dovolat spravedlnosti. Tady žádný psychiatr nepomůže, a pokud ano, tak jen na chvíli, a to nemluvím o tom, že toho psychiatra si nakonec zaplatíte sami.“*

Když se podíváme na tento názor i názory ostatní, zjistíme, že lidé, kteří takové myšlenky sdíleli, se dívají na problematiku jen z jednoho úhlu a nejsou schopni plnohodnotné reflexe. Vzhledem k nízké výpovědní hodnotě daných příspěvků a nemožnosti doplnit si od jejich autorů informace nelze více tuto kategorii objektivně zhodnotit.

Člověk se sebevražedným jednáním nedokáže objektivně posoudit svoji situaci.

Nalezla jsem celkem sedm příspěvků, které lze zařadit do této kategorie. V těchto příspěvcích se objevovaly domněnky, že člověk, který je v emocionálním výkyvu nebo depresi, nedokáže jednat racionálně (např. *„Problém je, že člověk k tomu rozhodnutí většinou dospěje, když nemá úplně jasno v hlavě.“*) a vidí svou situaci zkresleně

(např. „*Člověk v depresi svět vnímá jinak. Rozhodně nejde o svobodné rozhodnutí. Ten člověk ale nedokáže posoudit tu situaci racionálně.*“).

Zde se dostáváme k mýtům, které se tváří jako pravdivá tvrzení. Mnohdy je sebevražda impulzivním rozhodnutím, nicméně většinou jí předchází řada událostí a dlouhých rozhodování. Člověk také hledá i jiná řešení nebo čeká na někoho, kdo mu dokáže pomoci.

Dostáváme se opět také k pojmu spouštěcí událost. Tato poslední kapka totiž častokrát nemusí být tak závažná, aby bylo nutné v očích ostatních ukončit kvůli tomu svůj život. Nicméně spouštěcí událost navazuje na mnoho událostí a problémů předtím, o kterých už se nemusíme dozvědět.

Sebevražda je logickým řešením bezvýhodné situace.

Tento mýtus je jakýmsi opačným tvrzením výše uvedeného mýtu, podle kterého člověk se sebevražděným jednáním nedokáže objektivně posoudit svoji situaci. Tváří se stejně tak pravdivě, nicméně opět je toto myšlení zavádějící.

Autoři celkem třech příspěvků jsou přesvědčeni, že na sebevraždu má každý právo („*Dobrovolně odejít z tohoto světa by mělo být základní lidské právo. Pokud se tak člověk rozhodne, mělo by to být respektováno a nemělo by mu být bráněno. Je to jeho život a jen dotyčný má právo o něm rozhodovat, nikdo jiný.*“ a že člověk sám umí rozhodnout, kdy jsou jeho problémy tak závažné, že je lepší svůj život ukončit, než se dál trápit („*Proč se pořád díváme na sebevraždu jako na něco špatného? Pokud problémy, strasti a bolesti převáží nad radostmi ze života tak je sebevražda logické řešení. Proč se mám trápit? Je to můj život a moje volba.*“).

Nezpochybňuji, že člověk má právo svůj život ukončit, nicméně to neznamená, že je schopný objektivně posoudit, že už mu nemůže být pomoheno a že vyčerpal všechny možnosti. Navíc nabídnout pomoc v řešení jeho situace neznamená bránit někomu uskutečnit sebevražděný čin.

Nesmíme také zapomenout na to, že mnoho lidí se sebevražděnými myšlenkami trpí psychickým onemocněním, které mu brání vidět věci jasně a logicky. To je právě důvod toho, že se u nich sebevražděné myšlenky a tendence objevují a často také opakují.

**Když chce někdo spáchat sebevraždu, už tomu nemůžeme zabránit.
+ Ten, kdo se jednou pokusil o sebevraždu, se o ni pokusí i v budoucnu.**

Tyto dva mýty jsou shodné s mýty uvedenými v odborné literatuře. Uvádím je dohromady, protože se takto objevily v jednom příspěvku: „*Kdo se chce zasebevraždit, tak to udělá, když se to nepovede, tak to zkouší znovu.*“

Zabránit sebevraždě je možné v mnoha případech, a to nejen tam, kde člověk ještě váhá. Svě místo zde má zejména odborně poskytnutá krizová intervence. Včasná a efektivní pomoc může rozhodnutí člověka se sebevražednými úmysly změnit.

Co se týče opakovaných pokusů o sebevraždu, vždy záleží na vícero okolnostech. Největší vliv na opakovaných pokusech má bezesporu duševní onemocnění. Nicméně v případě jinak zdravých jedinců nelze přesně říci, zda se u někoho budou pokusy opakovat. Důležitá je zejména kvalitně poskytnutá pomoc v rámci krizové intervence a následná psychiatrická léčba a psychologická pomoc.

4.4.2 DC 2: Zjistit, jaké mýty o sebevražedném jednání lze nalézt u sociálních pracovníků. + DC 3: Zjistit, jaký přístup mají sociální pracovníci ke klientům se sebevražedným jednáním.

Při naplňování DC 2 jsem zjišťovala, jakým mýtům uvedeným v odborné literatuře a zjištěným pomocí obsahové analýzy internetových stránek sociální pracovníci věří. Hodnoty jejich odpovědí jsem vepsala do tabulky, která je přílohou B této práce. V tabulce jsem pro přehlednost barevně zvýraznila hodnoty od čísla 7 a výš, které ukazují inklinování respondentek k jednotlivým mýtům. Součástí příloh je také přehledný graf (příloha C), který znázorňuje, jaká respondentka inklinuje k jakým mýtům. V grafu je graficky zvýrazněna hranice, od kdy považují inklinaci respondentek k mýtům za významnou.

Z těchto dat lze vyčíst, že sociální pracovnice dokážou mýty o sebevražedném jednání až na výjimky poměrně dobře reflektovat. Blíže však budu hodnotit jejich vztah k mýtům z pohledu případové studie, kdy se zaměřím na popis každého případu zvlášť.

V rámci naplnění DC 3 jsem zpracovávala rozhovory se sociálními pracovníci. Cílem bylo zjistit, jak pracují s klienty se sebevražedným jednáním. Zaměřila jsem se na zkoumání jednání pracovníka s konkrétním klientem, a to z pohledu dilematu kontroly a pomoci, etických hodnot, standardů kvality sociálních služeb a dalších zákonů.

Respondentka A

Tato pracovnice se setkala s klienty se sebevražedným jednáním hned v několika službách, nejdříve jako pracovnice v sociálních službách v denním centru pro lidi bez domova, poté ve stacionáři pro lidi s mentálním postižením a velice okrajově pak jako dluhový poradce v sociálních službách se zaměřením na dluhovou problematiku. Pro účely našeho rozhovoru jsme vybraly situaci s klientkou stacionáře pro lidi s mentálním postižením.

Situace s klientkou probíhala v roce 2015. Klientka měla lehkou až střední mentální retardaci. Respondentka shrnuje, že byla „*velice manipulativní, vyhrožovala, že zabije sebe, pak nás; nakonec skončila na psychiatrii.*“ Jednalo se o verbální a mobilní klientku, která neměla rodinu, ve stacionáři byla celoročně ubytovaná. Klientka milovala jídlo, byla však obézní, a proto bylo třeba, aby dodržovala dietu. Manipulovala s lidmi kolem proto, aby se dostala k jídlu. Když jí nebylo vyhověno, bývala agresivní, požadovala propuštění některých pracovníků, později začala vyhrožovat sebevraždou. Když toto jednání situaci s jídlem a dietou neřešilo, začala vyhrožovat sestrám. Respondentka dodává: „*Dělala vše pro to, aby se dostala na psychiatrii, kde jí dovolili jíst cokoli, mražená jídla atd. Nikdy si však opravdově neublížila. Všimli jsme si, že její tzv. „epileptické pády ze schodů“ byly nahrané, ale nebrali jsme to na lehkou váhu, vše se řešilo s její psychiatrickou.*“ I přesto, že její jednání bylo spíše demonstrativní, zabývali se jím pracovníci organizace důsledně, řešili toto jednání na poradách, hledali řešení.

Přístup k mýtům o sebevražedném jednání

Jak vyplývá z tabulky v příloze A, pracovnice neinklinuje k žádnému z mýtů. Její odpovědi jsou většinou na škále velmi nízko (hodnocení 1 či 2), výjimečně hodnotí mýtus na škále bodem 4 nebo 5.

Jednalo se o mýty „*Ten, kdo se jednou pokusí o sebevraždu, se o ni pokusí i v budoucnu.*“ a „*Člověk se sebevražedným jednáním nedokáže objektivně posoudit svoji situaci.*“ Vyšší hodnocení u těchto výroků může mít u respondentky souvislost s cílovou skupinou, se kterou pracuje. Právě lidé s mentálním postižením často nedokážou posoudit své jednání a jeho důsledky nebo jak vážná je situace, ve které se nachází. Stejně tak nemusí ani po prvním pokusu o sebevraždu pochopit, jak definitivní toto jednání může být. Zvláště pokud tímto přístupem např. upozorňují na nějakou svoji nepohodu nebo

sledují získání určitých benefitů, jako to bylo právě v případě klientky, kterou pracovnice popisovala v rozhovoru.

Přístup z pohledu dilematu pomoci a kontroly

Respondentka se snažila pochopit klientčinu situaci a důvody, které ji k takovému chování vedou. Doptávala se klientky na její motivy, zda to myslí vážně, jak se cítí, proč to dělá. Z těchto rozhovorů vyplývalo, že takto jedná, aby dostala lepší jídlo. Díky rozhovorům respondentka dále zjistila, že cílem klientčina sebevražedného jednání byla snaha dostat se na psychiatrii, kde dostane jídlo, které chce.

Ačkoli v té době ještě respondentka neměla žádný kurz krizové intervence, domnívá se, že jednala intuitivně správně, a to i s ohledem na své předchozí zkušenosti. *„Již dříve jsem pomáhala lidem na fóru lidem.cz a spoustě z nich jsem takhle vymluvila sebevraždu. Také mám bakalářku zaměřenou na sebepoškozující a sebevražedné jednání. Takže si myslím, že už v tom vlastně umím chodit.“*

Na druhou stranu si respondentka uvědomuje, že její jednání nebylo úplně neutrální, jelikož daná klientka se ji snažila dlouho vypudit z organizace. To vedlo ke snížené snaze respondentky řešit aktivně klientčinu situaci. *„Když mi tady dělá takové peklo, tak ať prostě jde na tu psychiatrii. A jestli se chce zabít, tak fajn,“* dodává.

Přání klientky by ovšem ve všech ohledech nerespektovala. *„Co se týče sebevražedného jednání, nedalo se vzhledem k jejímu postižení argumentovat tím, že přání zabít se je její svobodná volba. V tomto případě bych to prostě nerespektovala. Kór když je to takový blbý důvod, jakým je jídlo.“*

Přístup z pohledu dilematu etiky

Respondentka se snažila ke klientce chovat jako k jiným klientům, s respektem a úctou, nicméně přiznává, že pro ni bylo těžké zachovat si profesionální nastavení, když jí klientka stále znepríjemňovala pobyt v práci. Nejzátěžovější na tom z pohledu respondentky bylo, že ostatní klienti toto napětí vnímali a nedalo se jim to vysvětlit vzhledem k jejich míře postižení. *„Dále mi vadilo, že ostatním klientům nemůžu věnovat tolik prostoru, kolik by potřebovali, protože jsem se musela soustředit více na tuto klientku a řešit její sebevražedné jednání.“*

Jednou z hlavních etických hodnot je respekt ke klientovi. Respondentka respektovala klientčin handicap i samotné její lidství i navzdory tomu, že z klientčiny

strany žádný respekt vůči pracovníci nebyl, jelikož se chovala k respondentce neuctivě a urážlivě.

Respondentka byla přímo u toho, když klientka stála u schodů a říkala, že skočí. Společně s dalšími pracovníky zařízení se jí snažili uklidnit, doptávat se, proč to chce udělat, sdělit, že tohle nic neřeší, snažit se to vymluvit. Byla agresivní, takže ke klientce nechodili. V minulosti už napadla několik pracovníků. Respondentka nicméně doplňuje, že kdyby to bylo v době, kdy již měli jako pracovníci kurz šetrné sebeobrany, zkusili by využít své schopnosti k tomu, aby klientku zadrželi a fyzicky jí tak zabránili v tom sebevraždu uskutečnit.

Když tato krizová situace skončila, přišlo na řadu vyjasňování situace, řešení příčiny – to, že chtěla více jídla. Neřešilo se přímo sebevražedné jednání.

Poté to zkusila ještě párkrát a pak už jí byla ukončena smlouva a byla předána psychiatrické léčebně. Smlouva byla ukončena z důvodu toho, že honila zdravotní sestru a vyhrožovala jí zabitím.

Přístup z pohledu standardů kvality sociálních služeb

Co se týče spolupráce s dalšími odborníky, všichni klienti v zařízení mají svého psychiatra, se kterým je organizace v kontaktu. Toto je jednou z podmínek poskytnutí služby definované ve smlouvě mezi organizací a klientem.

S respondentkou bylo rozebíráno právo na ochranu soukromí. Vzpomíná, že se nejspíš přestal od té doby zamykat její pokoj, aby se tam v případě podezření pracovníci dostali. Nicméně toto nevyhodnocuje jako zásadní zásah do soukromí. Běžně jsou tito klienti více kontrolováni, např. při sprchování potřebují dohled.

Přístup z pohledu dalších zákonů

Dle výpovědi pracovníce byla následná práce s klientkou pouze krátkodobá, jelikož za pár dní nastoupila do psychiatrické léčebny. „*Vše se seběhlo rychle,*“ uvádí k tomu a dodává, že tím myslí zmíněný sebevražedný pokus, vyhrožování zdravotní sestře smrtí, které následovalo o několik dní později, ukončení smlouvy s klientkou a její převoz do léčebny. Z těchto důvodů nebylo příliš prostoru pro řešení situace z pohledu dalších zákonů.

Respondentka B

Respondentka B pracuje jako sociální pracovnice v nízkoprahovém zařízení pro děti a mládež. Před cca sedmi lety se této respondentce jednoho dne těsně před koncem otevírací doby zařízení a zároveň pracovní doby této respondentky přišla do zařízení slečna na prahu dospělosti (respondentka si není jistá, zda jí bylo 17 nebo 18 let), vypadala zničeně a oznámila, že se chce zabít. „*V první fázi to vypadalo, že to jenom potřebovala říct a vlastně s tím člověk už nemůže nic udělat, což na tom bylo takové šokující. Sedly jsme si spolu. To, že jsem měla v tu dobu zavírat, nehrálo roli, tak jsem tam s ní byla dýl samozřejmě. Ta žena neměla, komu se svěřit, neměla kolem sebe lidi, kterým by to mohla říct. V tu dobu, kdy to řekla mě, byla opravdu přesvědčená o tom, že odejde z nízkoprahu a půjde spáchat sebevraždu.*“

Respondentka byla z nastalé situace i úmyslů mladé ženy rozechvělá, snažila se nejdřív vnitřně uklidnit, protože „*mě to přišlo strašně fatální. Jako samozřejmě, v tom nízkoprahu řeší člověk různé věci, ale tohle už je prostě fakt přes čáru, když se to týká života a smrti.*“ V dalším kroku se respondentka snažila uklidnit klientku, stabilizovat ji. Udělala jí čaj a snažila se jí naslouchat. Klientka opakovala, že „*se prostě teď musí jít zabít*“ a respondentka na to reagovala slovy, že tomu rozumí, poslouchá ji, a žádala ji o zdržení pár minut. „*No a pak jsem se snažila čerpat ze všech různých kurzů, které jsem absolvovala jako sociální pracovnice, takže třeba i z krizové intervence, ale samozřejmě v tu dobu jedná člověk spíš intuitivně než podle nějakých papírů a tabulek, ale asi ta první věc byla ji uklidnit a tím získat čas.*“

Klientka se postupně uklidnila, nepůsobila tak rozechvěně a začala se na situaci dívat více racionálně. Respondentka dále popisuje situaci takto: „*Potom jsem se pídila, proč to chce udělat, jestli jí v tom mohu nějak pomoci, jestli prostě je třeba něco, co by to mohlo nějak zlomit, prostě jsme se bavily, bavily a ona se vypovídala a přišlo mi, že se jí potom hrozně ulevilo, brečela hodně. Pak to byla asi fakt jako krizová intervence bych řekla, ale hodně intuitivní.*“ Pracovnice sdílela klientce myšlenku, že to nemusí takto skončit a že vše má své řešení. Následně možná řešení společně hledaly.

Pracovnice také řešila, kam klientku odkázat dále, kde by jí mohli adekvátně pomoci. Využila toho, že v rámci organizace, pod kterou spadalo nízkoprahové zařízení, byla také služba psychologické ambulance. V tu dobu tam byl ještě psycholog, kterému pracovnice klientku přímo předala.

Pracovnice to hodnotí, jako dobré rozhodnutí: „že jsem v tu chvíli neřešila, že mám už zavřít, že jsem v tu chvíli neřešila, že mám nějaké své osobní věci, že jsem tohle hodila stranou, což si myslím, že člověk v pomáhajících profesích by měl. Jako samozřejmě neupřednostňovat vždycky klientelu, ale když je takováhle velká věc, tak si myslím, že je to hodně důležitý tam být pro toho klienta, protože se mi to hodněkrát vyplatilo a vrátilo. Taký si myslím, že jsem se zachovala dobře, že jsem se dokázala zklidnit a tím i zklidnit tu klientku. Tím, že se zklidnila, tak na ty věci nahlížela jinak.“

Přístup k mýtům o sebevražedném jednání

Tato respondentka nehodnotila žádné z tvrzení tak vysoko, aby bylo možné říci, že těmto mýtům věří jako faktům. Nejvyšší hodnocení, kterého využila, bylo pět bodů. Nicméně toto hodnocení použila celkem v šesti případech.

Při popisu svého způsobu práce s klientkou se mi pracovnice jevila jako žena, která uvažuje nad událostmi vždy z mnoha úhlů pohledu. Je tedy možné, že i při vyplňování tohoto dotazníku hodnotila každý bod na základě všech jí dostupných informací i svých zkušeností s různými klienty.

Přístup z pohledu dilematu pomoci a kontroly

Dle výpovědi pracovnice se její přístup jevil velmi empatickým. Stála více méně na straně pomoci, klientku do ničeho netlačila a veškerá rozhodnutí nechávala na ní. Pracovnice připouští, že hrála o čas, snažila se oddálit klientčín odchod, který by znamenal ukončení jejího života, a v získaném čase s ní hovořit o dalších možnostech. „Snažila jí vysvětlit, že je přeci jedno, jestli to udělá teď anebo za hodinu. (...) A v tu dobu jsem jako vlastně získala ten čas na to jí nasměrovat trošku jinak., protože mě přišlo že ona vidí strašně úzkým pohledem jenom to konání, ale vlastně nevidí to okolo.“

Ačkoli toto hodnotí pracovnice jako nerespektování klientčina přání, domnívám se, že nevyužít všechny možnosti a nechat klientku ihned odejít by neprospělo ani klientce (její stav by se nevyřešil a možná by opravdu ukončila svůj život), ani pracovníci (stojí na straně života a mohly by následovat výčitky, co mohla udělat lépe).

Následné předání do péče psychologa bylo také v souladu s přáním klientky, nedošlo tu k žádnému přebírání kontroly ani nátlakovým praktikám ze strany pracovnice.

Přístup z pohledu dilematu etiky

Pracovnice hodnotí svůj přístup v souladu s etickými hodnotami. Řídí se jimi již několik let, stejně tak celá organizace. Z jejího vyprávění je znatelné, že daná organizace i její pracovníci si na dodržování etických zásad zakládají.

Pracovnice pouze zmínila, že prodloužení otevírací doby, ke kterému se rozhodla, když za ní klientka přišla na konci pracovní doby s takto palčivým tématem, může být vnímáno jako neetické, avšak za svým rozhodnutím si stojí.

Přístup z pohledu standardů kvality sociálních služeb

Pracovnice postupovala správně, když následně učinila zápis o proběhlé situaci, kterou označila za krizovou intervenci, jelikož proběhla náhle a neplánovaně. V souvislosti se standardy postupovala pracovnice také v případě, kdy využila možnosti spolupráce dalších odborníků, konkrétně psychologa pracujícího pro stejnou organizaci. S ním spolupracovala i nadále při řešení klientčiny situace.

Přístup z pohledu dalších zákonů

Přístup dané pracovnice byl v souladu s dalšími právními předpisy. Sama si nevzpomněla na žádný konkrétní legislativní předpis, který by dávala v danou situaci nebo později do souvislosti s případem.

Respondentka C

Pracovnice popisuje případ, se kterým se setkala ve svém aktuálním zaměstnání – centru duševního zdraví. Klienti tohoto centra mívají časté sklony k sebevražednému jednání. Klient, jehož klíčovou pracovnící v současnosti je, trpí schizoafektivní poruchou, střídají se u něj depresivní a manické stavy, mívá bludy.

Dle vysvětlení pracovnice se u klienta často objevovaly sebevražedné myšlenky, které však neměly eskalovat ve vážnější problémy. „*Celý tým vyhodnocuje ty signály, jako že nejsou nějak varovné, že to je jen nějaký jeho záchytný bod.*“ Nicméně po návratu z dovolené pracovnice zjistila, že se v době, kdy byla pryč, pokusil o sebevraždu – hodil si fén do vany.

Pracovnice popisuje, co se dělo: „*My máme krizový telefon, službu, na kterou se mohou klienti obrátit v průběhu celého dne. Klient volal, zvedla to kolegyně. Telefonoval takovým vítězoslavným hlasem stylu ,Tak jsem to dokázal. Mluvil jsem o tom a udělal*

jsem to ' Je to specifikum této skupiny, že jsou takoví impulzivní, jakýkoli problém je pro ně takový, že už to nikdy nepůjde vyřešit. "

Kolegyně, která byla na telefonu, s klientem o situaci hovořila, vyhodnotila ji nakonec jako stabilizovanou s nízkým rizikem opakování sebevražedného pokusu, takže nevolala záchranou službu. Vše bylo projednáno s kolegy následující ráno při poradě. Byl také kontaktován jeho psychiatr. *„Psychiatrička našeho centra vyhodnotila situaci zpětně tak, že by mu zavolala záchrannou službu. Já bych ale jednala stejně jako kolegyně,“* dodává pracovnice.

Psychiatrička se vzhledem k této události a také tomu, že nebral psychiatrické léky, domluvila s klientem, že nastoupí na hospitalizaci do psychiatrické léčebny. Nejdříve to odmítal, utekl ze schůzky. *„Samozřejmě ty hospitalizace nejsou hezké prostředí. On to tam zná moc dobře, byl tam už asi dvanáctkrát. Když utekl, tak mi pak volal, že se bude někde schovávat, že nechce, aby na něj zavolali policajty, když na tu schůzku přijde. Tak jsem mu oznámila, že to musím udělat pro to jeho zabezpečení života, a pak jsem mu oznámila, že když se nedomluvíme na dobrovolné hospitalizaci, pošleme IZS k němu domů a bude to nedobrovolná hospitalizace.“* Díky těmto informacím klient na schůzku dorazil. Nicméně nakonec do psychiatrické léčebny nastoupit nemusel, protože se právě stěhovala městská psychiatrie. Pracovnice a její kolegové tak pokračovali v práci s klientem v zařízení, kde s ním každý den aktualizovali smlouvu na život.

Díky sepsání smlouvy na život vznikla také dohoda o tom, že mu pracovník centra (ať už klíčová pracovnice nebo o víkendu pracovník na krizovém telefonu) bude každý den volat, budou společně vyhodnocovat situaci, plánovat aktivity na další den a aktualizovat smlouvu o život.

Klient chodil ještě asi týden k psychiatrovi, kde mu ladili dávkování léků. Nyní, asi dva měsíce po sebevražedném pokusu, je veselý a sám říká, že má zase pro co žít.

Přístup k mýtům o sebevražedném jednání

Pracovnice inklinovala ke třem mýtům natolik, že lze tvrdit, že daným mýtům věří. Jednalo se o výroky „Ten, kdo se jednou pokusí o sebevraždu, se o ni pokusí i v budoucnu.“, „Lidé páchají sebevraždu hlavně za špatného či deštivého počasí.“ a „Člověk se sebevražedným jednáním nedokáže objektivně posoudit svoji situaci.“

Je otázkou, zda pracovníci přesvědčují o pravdivosti tvrzení, že lidé páchají sebevraždu hlavně za špatného či deštivého počasí, její osobní zkušenost s takovými klienty, nebo jen převzala toto celospolečenské přesvědčení.

Co se týče dalších dvou zmíněných mýtů, toto respondentčino přesvědčení může mít spojitost s typem klientů, se kterými pracuje. Jak sama zmínila, v její organizaci často dochází k sebevražedným pokusům a sebevražedné myšlenky bývají u klientů také velmi časté. Také je z rozhovoru patrné, že v organizaci je v situacích souvisejících se sebevražedným jednáním klienta upřednostňována kontrola nad pomocí. To může umocňovat názor, že člověk se sebevražedným jednáním není schopen svoji situaci dostatečně posoudit a nemá tedy předpoklady pro to rozhodnout se racionálně správně.

Přístup z pohledu dilematu pomoci a kontroly

Pracovnice často narážela na téma dobrovolné a nedobrovolné hospitalizace. Když jedinec ohrožuje sám sebe nebo okolí, lze uplatnit § 38 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách. Když psychiatr vyhodnotí, že klient je nebezpečný sobě nebo okolí, přijede záchranná služba s policií, připoutají ho a odvezou. Když s hospitalizací souhlasí, přijede pouze záchranná služba a klient nemusí být spoután. Ačkoli se jednalo o dobrovolnou hospitalizaci, je otázkou, nakolik se jedná o svobodnou volbu klienta a nakolik je spíše tlačěn okolnostmi.

Pracovnice přiznává, že nebýt psychiatricky a jejího stanoviska, řešila by situaci jinak. Nicméně uznává, že dle obecných doporučení je třeba každého člověka, který se pokusí o sebevraždu, hospitalizovat, a to bez ohledu na to, zda je klientem nějaké služby, či nikoli. Rozhodla se tedy psychiatricky neodporovat, potlačit svůj způsob řešení a pomoci klientovi situaci lépe zvládnout. *„Na mě tedy bylo připravit pro klienta tu dobrou cestu, aby to nebylo nepřijemné.“*

Kdyby do situace nezasahovala psychiatricky, řešila by pracovnice situaci více s ohledem na přání klienta. Vypadalo by to tedy tak, že by šla k jeho psychiatrovi a na tomto lékaři nechala rozhodnutí o hospitalizaci. *„Také bychom zabezpečovali, jak klienta vést v těch dalších dnech po pokusu a dál.“*

Přístup z pohledu dilematu etiky

Pracovnice hodnotí, že klient často hovoří o sebevraždě, nicméně nemyslí si, že by to udělal. *„On to tam má prostě jako záchytný bod, že prostě až někdy nebude moct, tak to udělá.“* Dodává ale, že toto neznehodnocuje a vždy prozkoumává situaci

konkrétními dotazy: „Ptáme se, co ho k tomu vede, zda je tam riziko, zda máme být obavu, že půjde domů a udělá to.“

Dle rozhovoru je patrné, že psychiatrickou navrhované řešení nesedělo nejen klientovi, ale ani samotné respondentce. „Když jsem tam měla tu psychiatricku, tak se ve mně dost přelo to, že já ho nutím, když on sám nechtěl. Bylo to těžký, křičel, brečel. Tak to bylo pro mě těžký ho nutit, když sám nechce. Ale tak jsem se opírala stále o to, že o něj máme strach, že chceme zabezpečit to, aby to neudělal znovu, aby mu bylo dobře.“

Toto jednání považuji za velmi riskantní z hlediska klientovi důvěry v pracovníka i celou organizaci. Tohoto si je vědoma i samotná pracovnice: „Máme u klientů strašně tenkou hranici, že nám přestanou důvěřovat. Když uděláme něco jinak, než chtějí. S tím jsem počítala, že se holt může stát. Ale věřila jsem, že když bychom si to pak zpětně procházeli, tak by to třeba pochopil.“

Přístup z pohledu standardů kvality sociálních služeb

Zde je nutné vyzdvihnout mimo jiné důraz na zapojení dalších odborníků do případu. Svým způsobem je to dané typem organizace, kdy se bez podpory psychiatra či psycholožky neobejdou. Klient chodí k psycholožce, která v zařízení působí, navštěvuje svého psychiatra, se kterým je v úzkém kontaktu také respondentka jakožto jeho klíčová pracovnice.

V organizaci se nikdo neřídí standardy kvality sociálních služeb ani žádnou metodikou práce s klientem. Standardy nejsou vypracovány; dle slov pracovnice je to v dlouhodobém plánu. „Už asi dvacet let se u nás tvoří,“ dodává pracovnice. Jak tedy probíhá rozhodování o dalším postupu?

„Řídíme se zkušenostmi a shodou v týmu. Ještě se nám nestalo, že by půlka týmu byla pro jedno a druhá půlka pro druhé řešení.“ Je pozitivní, že v rámci organizace pracovníci sdílí stejné hodnoty a vystupují jednotně. Nicméně toto ještě nezaručuje správný postup řešení situace i následné práce s klientem.

Stejně tak důležitý je pro organizaci soupis krizových událostí, který zde také chybí. Pracovník se tak nemá od čeho odrazit, musí-li krizovou situaci řešit sám a nemá-li v danou chvíli k dispozici podporu týmu. Hrozí tedy riziko špatného vyhodnocení situace a neadekvátní podpory a pomoci, což se v tomto případě také stalo.

Pracovnice zmiňuje, že psychiatricka byla naštvaná, že nebyla záchranka zavolána hned a sociální pracovníci na to nekladli důraz. „Je těžké porovnávat řešení sociálních

pracovníků a zdravotníků. V nemocnici by to řešili jinak, ale ve službách by se to řešilo ještě trochu jinak.“ Dodává, že zdravotní sestřičky ze zařízení na pravidla ze zdravotnictví *„trochu pozapomněly a dělaly to víc po našem.*“ Jak je patrné, ačkoli pracovnice tvrdí, že se na postupu kolegové vždy shodnou, nemají vlastně žádné jednotné stanovisko, které by bylo obecně platné. Domnívám se, že pokud by byly v organizaci tyto situace ošetřeny předem, nedošlo by k takovému napětí mezi psychiatrickou a klíčovou pracovníci.

Pracovnice v rámci individuálního plánování dokázala obratně přizpůsobit službu novým potřebám klienta. Každý den spolu měli schůzku, byl omluven z práce, byla hlídána jeho medikace, zároveň dostal prostor, aby si odpočinul a opět se vzchopil. Dále s ním byly každý den plánovány aktivity, měl rozepsané konkrétní kroky, co bude každý den dělat. *„On je vlastně víc režimový, takže si tam opravdu dá třeba ,V deset vstanu, v deset si vezmu léky.*““ Několikrát za den mu pracovníci volali. Zároveň spolu stanovili dohodu, že v případě, kdy by chtěl opět uskutečnit sebevražedný pokus, zavolá na některou z linek důvěry, a kdyby to bylo kritické, zavolá si předem záchranku.

Pracovnice využila nepřeberné množství možností, jak s klientem dále pracovat v rámci individuálního plánování. Nenechala individuální plán v původní podobě, zohlednila nové okolnosti a implementovala je spolu s klientem do individuálního plánu tak, aby to bylo v souladu s klientovým přáním.

Změny v individuálním plánování se projevíly také při spolupráci s psychiatrem: *„Sestavovali jsme průběžně osobní plány po konzultacích u psychiatra na jeho doporučení.*“ Zde se opět promítá důraz na propojení odborníků a skupinovou práci.

Přístup z pohledu dalších zákonů

Pracovnice si není vědoma, zda v tu chvíli uvažovala nad pojetím dalších zákonů. Opět však můžeme zmínit zákon o zdravotních službách, který hovoří o situacích, kdy jedinec ohrožuje svůj život nebo své okolí.

Co se týče práva na život, jak o něm hovoří Listina, pracovnice si je vědoma, že nemůže rozhodovat o tom, zda pro sebe klient zvolí život, nebo smrt. *„Musela jsem si během mého působení v organizaci uvědomit, že to je vše jejich rozhodnutí a já to musím respektovat. Ale samozřejmě člověk se snaží zajistit to, aby to ten druhý neudělal.“*

Respondentka D

Pracovnice se setkávala s klienty se sebevražedným jednáním poměrně často v rámci služby domov pro seniory se zvláštním režimem. V rozhovoru popisuje práci s klientkou, kterou umístila do zařízení její rodina s příslibem, že se brzy vrátí do svého domova. Že tomu tak nebude, jí vysvětlil až její syn později. On sám nevěděl o tom, že by tam měla být klientka již napořád a že její byt byl mezitím dcerou prodán. Společně se totiž při jedné jeho návštěvě, kdy si vzal maminku s sebou ven, snažili dostat do klientčina bytu, nicméně zde už byly vyměněné zámky. „*Vrátil nám ji úplně rozhozenou. Od té doby to šlo s paní z kopce, přestala jíst, hodně plakala, říkala, že už jí nebaví žít, prosila zdravotní sestry, ať jí pomůžou, že nemá na tom světě co dělat, že jí dcera zradila.*“

Klientčino chování se hodně změnilo. Dle pracovnice to „*bylo jak na houpačce – některé dny to bylo lepší, některé horší.*“ Při jedné noční obchůzce byla klientka nalezena s podřezanýma rukama. Následně byla hospitalizována v psychiatrické léčebně. Zde byla medikována a po třech týdnech vrácena zpět do zařízení.

V klientčině chování se však nic nezměnilo. Klientka dál přestávala jíst, hubla, při dceřině návštěvě byla hysterická. Po nějaké době se pokusila o sebevraždu znovu – spolykala prášky nalezené ve vedlejším pokoji. Po dalším půl roce se pokusila opět podřezat si žíly, ale včas zakročila zdravotní sestra a k podřezání nedošlo. Po dalším půl roce zemřela stářím.

Pracovnice nikdy nebyla přítomna přímo u sebevražedných pokusů této klientky. Když byla poprvé od klientčina pokusu ve službě, dělala, že o ničem neví, divila se např. ovázaným rukám a čekala, až se jí klientka svěří. „*Nechtěla jsem být jak jiné pracovnice, které říkají třeba: ‚No, vy jste se zase zkoušela podřezat‘ a tak; nechtěla jsem být v tom špatném úhlu jakože ‚ona už o tom ví‘ a tak.*“

Přístup k mýtům o sebevražedném jednání

Pracovnice ohodnotila hned čtyři mýty vysokým bodovým hodnocením. Věří, že „*začneme-li s někým mluvit o sebevraždě, můžeme mu tuto myšlenku vnuknout.*“ To, že sociální pracovník považuje právě tento mýtus za fakt, může být do jisté míry překvapující. Domnívám se, že každý sociální pracovník by měl ze základů krizové intervence vědět, že při podezření na sebevražedné myšlenky u klienta je dobré toto téma přímo oslovit. Toto potvrzuje i Špatenková (2017), když říká, že bychom se neměli bát

nahlas zeptat, zda klient uvažuje o sebevraždě, pokud cítíme, že okolnosti tomu nasvědčují.

Dalšími mýty, kterým tato pracovnice věří, jsou tvrzení, že „*Ten, kdo se jednou pokusí o sebevraždu, se o ni pokusí i v budoucnu.*“ a „*Nebezpečí sebevraždy je odvráceno, pokud skončila krize.*“ Do jisté míry můžeme tato tvrzení považovat za protichůdná. Pokud skončila krize, je nebezpečí sebevraždy zažehnáno i do budoucna. Nicméně nemusí tomu tak být, pokud do života člověka vstoupí krize nová. Pokud se však člověk, případně klient s pomocí sociálního pracovníka, naučí zvládat krizové situace, nemusí už v budoucnu k sebevražedným tendencím dojít.

Respondentka se také domnívá, že „*sebevraždu páchá jen určitý druh lidí.*“ Vzhledem k plochosti dotazníku nelze zjistit, o jaké skupině nebo skupinách se respondentka domnívá, že má / mají větší sklony k sebevražednému chování. Bylo by nicméně zajímavé zjistit, zda si pod tímto tvrzením nepředstavovala právě starší lidi, kteří jsou její klientelou.

Přístup z pohledu dilematu pomoci a kontroly

Pracovnice jednala s klientkou vždy v souladu s jejími potřebami, snažila se zamezit ztrátě důvěry. Držela se tedy především na straně pomoci. Toto jednání bylo patrné například při snaze poskytnout klientce psychologickou pomoc. Klientka tuto pomoc odmítla, protože neměla k žádné cizí osobě důvěru. Pracovnice si byla vědoma, jak je její důvěra křehká. Snažila se podpořit klientku v tom, aby se s psychologkou sešla, nicméně jen do té míry, aby ji motivovala, nikoli přemlouvala nebo tlačila do něčeho, co nechce. Pracovnice klientčino rozhodnutí nemluvit s psychologkou respektovala. „*Tím, že mi to vysvětlila dost jasně a také jsem ji znala a věděla, co jí je příjemné a co ne, tak jsem jí ani nechtěla nějak přemlouvat. Nechtěla jsem, aby to pokazilo náš vztah a její důvěru ve mně.*“

Klienti v domově se zvláštním režimem bývají často kontrolováni, aby se nezranili nebo si jinak neublížili. Pracovnice to chápe jako nutnou potřebu pro zajištění bezpečí klientů. Intervaly kontrol této klientky byly přes noc po jejím pokusu o sebevraždu ještě navýšeny, a to z původních čtyř hodin na hodinu. V tomto případě se jedná o přebírání moci nad klientem, neboť se k tomu nemůže jakkoli vyjádřit. Svou roli v tom však hraje také to, že mají tito klienti většinou omezena svá práva a v určitých věcech o nich rozhoduje jejich zákonný zástupce.

Přístup z pohledu dilematu etiky

Kromě zvýšení četnosti nočních kontrol byla klientce na pokoj dána dětská videochůvička. Klientka o umístění chůvičky věděla, pracovnice se ptala nejdříve jí, souhlasila s tím. Nicméně jako důvod jí bylo řečeno, že to je pojistka, kdyby náhodou třeba spadla. Klientka byla ujištěna, že bude ze strany zařízení respektováno, pokud chůvičku odmítne. Klientka s tím ale souhlasila. Následovalo domluvení se s dcerou, která s tímto souhlasila také. Toto řešení bylo zapsáno do plánu rizik.

Po celou dobu noční směny měla pracovnice na chůvičce zapnutý obraz. Zde můžeme narazit na právo na soukromí klienta a je tedy otázkou, zda nebylo možné pracovat s chůvičkou citlivěji, minimálně nemít obraz zapnutý celou noc a reagovat pouze v případě hlášení chůvičky. Otázkou také je, komu chůvička ve skutečnosti pomáhala. Trochu to působí, jako kdyby chůvička fungovala hlavně jako uklidnění pro pracovníky, že se nic neděje a klientka si nechce ublížit.

Přístup z pohledu standardů kvality sociálních služeb

Pracovnice přiznává, že nemá moc ráda standardy a individuální plánování. Je zvyklá, že se upřednostňuje papírování nad přímou prací s klientem. Často tedy jedná intuitivně, ale je přesvědčena, že její jednání je v souladu s etickými hodnotami.

Po pokusu o sebevraždu u klientky došlo ke změně individuálního plánu. Nastaly častější kontroly, pracovnice se snažily zamezit tomu, aby klientka přišla do kontaktu s věcmi, které by jí mohly ublížit. K omezování pohybu nedocházelo. „*Nebylo nutné nasazovat postranice na postel, jelikož tím, že nebyla medikována, neztrácela koordinaci a tak.*“

Jednou ze změn, kterou chtěla pracovnice uskutečnit, bylo nasazení uklidňujících léků, ale klientčina dcera, která byla jejím zákonným zástupcem, s tím nesouhlasila. Pracovnice se tedy zaměřila na práci s klientčinými pocity. Snažila se klientku v době jejího pobytu v zařízení rozptýlit jinými aktivitami, odreagovat ji, často k ní vodila svého psa, což klientce moc pomáhalo. Nechávala klientku v případě potřeby vypovídat, když viděla, že je smutná. Snažila se ji motivovat. „*Připomínala jsem jí, že má ještě syna, vnoučata, v každé rodině je nějaký problém, je to strašné, ale musí se držet zbytku rodiny a být tam pro ně.*“

Jak bylo popsáno výše, pracovnice se snažila klientce zprostředkovat kontakt s psychologkou, která dochází do zařízení každý týden. Toto ovšem nevyšlo – klientka si

nepřála rozebírat svoji situaci s nikým cizím. Po této zkušenosti již nebyla snaha ze strany zařízení ani pracovnice přizvat další odborníky do řešení situace. Bylo předem jasné, že by veškeré pokusy dopadly stejně jako v případě psycholožky.

Co se týče klientčiny sociální opory, pracovnice se snažila řešit situaci s klientčinou dcerou, ale neúspěšně. Naopak její syn si ji párkrát vzal na víkend, což jí na čas vždy pomohlo. Nicméně klientka vždy více řešila trápení s dcerou, než aby se těšila společnému času se synem a vnoučaty. V individuálním plánu měla informaci, že ráda tráví čas se synem.

Přístup z pohledu dalších zákonů

Pracovnice si nevybavuje, že by se klientky týkaly ještě jiné právní normy. Klientka nebyla dle slov pracovnice nijak omezována na žádných právech, nedošlo k omezení osobní svobody.

Co se týče účasti na sebevraždě, klientka žádala pracovnice zařízení o pomoc, což však všechny pracovnice včetně respondentky odmítaly. *„Je pro mě nepředstavitelné pomáhat někomu k sebevraždě. Byla jsem navíc jejím klíčovým pracovníkem, tak jsem k ní měla takový bližší, vřelý vztah. Ani by mě nenapadlo jí nějak pomoci, i kdyby se trápila sebevíc.“*

Hovoříme-li o právu na odmítnutí lékařské pomoci, klientka pomoc neodmítala. Nicméně pracovnice dodává, že v případě, kdy by lékařskou pomoc odmítala, řešila by se situace s její dcerou jakožto zákonnou zástupkyní. Kdyby klientka např. omdlela, lékařská pomoc by jí byla poskytnuta v každém případě. V takových chvílích nelze čekat na vyjádření zákonného zástupce.

Respondentka E

Pracovnice pracuje v ambulantní a zároveň komunitní službě poskytující podporu zaměstnávání osobám s duševním onemocněním. Často se k nim dostávají klienti se zkušenostmi se sebevražedným jednáním. Stává se také, že klient spáchá sebevraždu nebo se o ni pokusí v době, kdy využívá této služby.

Klient, o kterém pracovnice hovoří a který trpí paranoidní schizofrenií, prošel jejich rehabilitačním programem, následně si našel zaměstnání někde jinde. Krátce poté však začal mít na pracovišti problémy a vyřešil je tím, že spolykal prášky. Našel ho příbuzný a zachránili ho. Následně začal docházet opět do této služby. Respondentka byla jeho klíčovou pracovnící.

Pracovnice klienta dobře znala, spolupracovala s ním intenzivně rok a půl, než nastoupil do zaměstnání. Při následné práci s ním postupovala velmi opatrně. „*Otůkávala jsem si, co s ním, kam s ním můžu zajít. Na začátku se o tom bavit nechtěl, a tak jsem čekala, až on bude cítit prostor pro to se mi svěřit.*“

Následně s ním pracovnice řešila, co si z toho, co se stalo, může vzít, aby příště, až bude někde zaměstnán, nedocházelo ke stejným situacím a on nebyl nucen opakovat své sebevražedné jednání. „*Když už se rozhodl otevřít a věděla jsem, že už má třeba psychologa, se kterým to řeší, a že je stabilizovaný, což máme ověřeno ze strany psychiatra, tak jsme se už hodně bavili o tom ze strany pracovního hlediska.*“

Nebylo tedy nutné poskytovat klientovi krizovou intervenci nebo jinou speciální podporu. Pracovnice se tak zaměřila na hledání zdrojů sociální opory. „*Bavili jsme se o tom způsobem, aby to napadlo jeho. Hodně jsem mu v tom ale pomáhala, protože to tak někdy s našimi klienty je. Nedá se očekávat, že dobře mířenými otázkami se dostaneme k tomu, že je něco napadne. Může tam být kognitivní disfunkce jako pod vlivem té medikace, která je u lidí s paranoidní schizofrenií taková hodně tlumící. Ne třeba u všech, ale u tohoto klienta třeba byla.*“

Přístup k mýtům o sebevražedném jednání

Tato respondentka je dle proběhlého rozhovoru velmi otevřená všem možnostem, které se člověku mohou stát i všem jejich možným řešením. Chápe sebevraždu jako jednu z možností, jaké člověk v životě má. Její nastavení se mohlo promítnout také do jejího hodnocení mýtu „*Sebevražda je logickým řešením bezvýchodné situace.*“ Toto přesvědčení může umocňovat také cílová skupina, se kterou pracuje. Lidé s duševním onemocněním často nevidí jiné logické řešení než sebevraždu, a to i přes to, že má ještě spoustu možností, které nevyužil. Nebo se naopak jejich situace, kterou nedokážou vyřešit, zdá z pohledu zdravého člověka lehce zvladatelná.

Z obdobných důvodů může pracovnice inklinovat také k druhému vysoko hodnocenému mýtu: „*Ten, kdo se jednou pokusí o sebevraždu, se o ni pokusí i v budoucnu.*“ Lidé s duševním onemocněním těžko zvládají různě náročné životní situace a naučení se copingovým strategiím pro ně může být velmi obtížné. Opět zůstává otázkou, do jaké míry vztahovala respondentka tvrzení pouze ke své cílové skupině.

Přístup z pohledu dilematu pomoci a kontroly

Pracovnice klade velký důraz na zplnomocňování klientů. „*V rámci recovery přístupu se hodně snažíme, aby si ten člověk na to přicházel sám. Na druhou stranu, když na to nepřichází sám a nevidí důsledky svého jednání... Tak když to byl dlouhou dobu monolog takového zacykleného, že se tam nic nemění. Tak tam ten nápad hodím. Ale jinak zodpovědnost nepřebírám.*“

Při rozhovorech, kdy se pracovnice snažila navést klienta k nalezení lepšího způsobu řešení problémů, než je útěk k sebevraždě, se pracovnice klienta vždy ptala na svolení sdílet své myšlenky k dané věci. Nechávala klientovi dostatek prostoru k vyjádření a neradila mu, co má a nemá dělat.

Přístup z pohledu dilematu etiky

Pracovnice přiznává, že přesně neví, co je obsaženo v etickém kodexu, ze školy si to již nepamatuje a řídí se vlastní etikou, o které si myslí, že je dostatečná. „*Obecně to mám tak, že zohledňuji kontext daného klienta. Nesrovnávám ho s nikým jiným, chovám se k různým klientům jinak. Snažím se přistupovat k tomu člověku na partnerské úrovni. Nevystupuji v žádné expertní roli. Respektuji klienta, snažím se ho zplnomocňovat. Rozhodně nedělám nic za něj a když, tak je to v případě, kdy není schopen ničeho.*“

Co se týče přístupu k sebevražednému jednání, respondentka je toho názoru, že když je člověk schopen uvážlivě zhodnotit svoji situaci a je si vědom všech důsledků svého jednání včetně dopadu na ostatní lidi, je to jeho rozhodnutí, které by ostatní měli respektovat. Dodává, že „*u těch lidí s duševním onemocněním je to tedy těžší, protože bych musela zvážit, zda člověk není zrovna v nějaké psychóze.*“ Tento konkrétní klient však vůbec nevěděl, jaké důvody ho k tomu jednání vedly. Jednal v důsledku afektivního rozhodnutí, kdy nevěděl, jak jinak svoji situaci řešit.

Při práci s klientem pracovnice neporušovala žádné osobní svobody klienta, v ničem ho neomezovala, vše bylo dobrovolné a v souladu s přáním klienta. Jelikož se nejedná o pobytovou službu, je zde i méně příležitostí, kdy by mohlo dojít k omezení klientových práv.

Přístup z pohledu standardů kvality sociálních služeb

Jelikož byl již klient při opětovném nástupu do služby po suicidálním pokusu a stabilizovaný, nevěnovala pracovnice pozornost tomu, aby jednala v souladu s organizací definovanými nouzovými a havarijními situacemi. Pracovnice ale

polemizuje, že by v případě, kdy by jednala s klientem, který by právě hrozil sebevraždou, jednala spíše dle zásad krizové intervence, na kterou má kurz, protože z dokumentu zpracovaného organizací si toho moc nepamatuje.

V individuálním plánu, který pracovnice s klientem vypracovala, byl s ohledem na předchozí sebevražedný pokus vypracován návod pro klienta, jak může v budoucnu v podobných situacích postupovat. Mimo jiné tam zahrnuli, že se klient může obrátit také na pracovníci nebo na její nadřízenou v zaměstnání a těm se může svěřit.

Klient je hodně vázaný na rodiče. To, že se pokusil o sebevraždu, se pracovnice dozvěděla právě od rodičů, nikoli od klienta. Klient také spolupracuje s psychiatrem. Služba má spolupráci klientů s psychiatrem v podmínkách poskytnutí služby a klienti podepisují souhlas s poskytnutím telefonního čísla na svého psychiatra a jeho kontaktováním ze strany pracovníků služby. Pracovnice tohoto využila a klientova psychiatra kontaktovala. Od té doby je s ním v pravidelném kontaktu. Dodává: „*Nebylo to ale úplně potřeba. Klient se relativně brzo stabilizoval, pravidelně se mnou komunikoval, a já jsem věděla, že mohu kontaktovat psychiatra znovu, kdyby se mi něco nezdálo, abychom tomu předešli.*“

Přístup z pohledu dalších zákonů

Pracovnice si není vědoma, že by při práci s klientem narážela na jiná zákonná ustanovení. Co se týče omezování základních práv a svobod, k tomu se nikdy neschylovalo. Nejen že k tomu u tohoto klienta nebyl důvod, ale organizace, ve které pracuje, klade velký důraz na zplnomocňování.

Respondentka F

Pracovnice pracuje v sociálně aktivizační službě pro rodiny s dětmi. Zde se před dvěma lety setkala s rodinou, ke byla matka samoživitelka a její tři nezletilé děti. Její nejstarší dcera (15 let) byla v psychiatrické léčebně, ale matka si ji vzala na revers domů. Pracovnice začala s rodinou spolupracovat za účelem ustálení rodinné situace, klimatu v rodině i lékařské péče, včetně péče dětského psychiatra.

Matka pracovala, nicméně z důvodu koronavirové krize se rodině rapidně snížil příjem. Do toho byla matka obětí domácího násilí, a nejstarší dcera toho byla svědkem. Tato slečna byla v domácím vzdělávání. Matka měla nižší finanční gramotnost projevující se unáhlenými nákupy nefunkčních věcí atp. To vše působilo na klientku negativně.

Klientka byla velmi uzavřená, pracovnice s ní dlouho navazovala spolupráci, získávala důvěru. Klientka měla možnost být s pracovnící v kontaktu mezi setkáními také na chatu. Pracovnice věnovala hodně času dohodnutí podmínek komunikace – oslovování, vykání atp. Při práci volila velmi respektující přístup a zohledňovala klientčinu individualitu (např. potřebu více si vše rozmýšlet z důvodu poruchy pozornosti).

Konzultace byly zpočátku standardní. *„Týkalo se to rodinné mapy, vztahového prostoru, kde má svůj prostor, kdy jí bylo dobře, kdy jí není tolik dobře, co jí pomáhá...“* Pracovnice mluvila s klientkou také hodně o psychiatrické ambulanci, kam měla klientka docházet, ale nechtěla. Byla to však podmínka OSPODu.

S nástupem koronavirové epidemie se klientčin psychický stav hodně zhoršil. S pracovnící mluvily o sebeubližování, klientčině diagnóze (byla nejasná a řešila se asi dva roky), stresu z domácí výuky (klientka nebyla schopná dodržovat harmonogram). Brzy nato začala klientka s pracovnící hovořit na téma sebevraždy: *„Začala mluvit o tom, že by nejradši snědla nějaké prášky, že má sestřenici, která by jí případně mohla sehnat nějaké drogy.“* Otevřelo se také téma šikany od raného dětství a sexuálního zneužití. Pracovnice vedla klientku k oznámení těchto skutečností psychiatrovi. Nicméně v této době nebylo možné navštívit jeho ordinaci a také byl velmi vytížený, takže se jí nemohl věnovat online v takové míře, jak je běžné.

Co se týče sebevražedného jednání, klientka o tom začala hovořit na chatu a v náznacích. Pracovnice oslovila toto téma napřímo: *„Já jsem jí napsala, že čtu, že se bavíme o sebevraždě. Ona mi odpověděla, že teda jo, že o tom v tuhle chvíli uvažuje.“* Pracovnice vyzvala klientku, aby o tom napsala více. Doptávala se, jak dlouho a jak často o tom uvažuje, v jaké fázi se nachází. *„Takže to jsem vlastně zjistila, že to reálné je. Tak jsme se bavily, z jakého důvodu to ještě neudělala. Já se té otázky strašně bála, ale zároveň jsem věděla, že to tam být musí.“*

Pracovnice se dále zajímala o to, co by klientka nyní potřebovala. V této fázi se pracovnice dozvěděla, že sebevražedné myšlenky byly tím důvodem, proč před jejich spoluprací skončila klientka na psychiatrii. Klientka měla obavy se s tímto svěřit matce, protože se bála, že bude muset znovu do léčebny. Dohoda pracovnice s klientkou byla taková, že klientka se svěří matce, následně společně zavolají psychiatrovi, kterému popíše své myšlenky a svoji situaci. Poté zavolá pracovnici a popíše jí, jak to probíhalo.

Psychiatřička upravila klientce medikaci, doporučila vyhodit původní léky. Pracovnice s klientkou i její matkou nastavily společné pravidlo, že všechny léky bude

mít u sebe matka a bude jediná, kdo je bude rozdávat, a to z obav pracovnice, že by se mohla klientka opravdu předávkovat.

V dalších rozhovorech mluvila pracovnice s klientkou o tom, jak dodržuje brání léků (bylo podezření na to, že předtím léky vynechávala a z toho důvodu jí přicházely sebevražedné myšlenky). Se souhlasem klientky i její matky sepsala pracovnice zprávu o situaci v rodině pro psychiatricku, kterou jí po klientčině kontrole a odsouhlasení poslala.

I přes to, že po konci karantény bylo možné jezdit přímo do rodiny, pracovnice s klientkou zachovaly i chatové konzultace. Mezi další stěžejní body patřily např. pravidelné kontroly u psychiatricky, podpora klientčiných silných stránek, organizace domácího vzdělávání.

Přístup k mýtům o sebevražedném jednání

Respondentka nevnímá žádné z předložených tvrzení jako obecně platná fakta. Nejvyšší hodnocení uvedla u mýtu „*Když chce někdo spáchat sebevraždu, už tomu nemůžeme zabránit.*“ Jednalo se však pouze o hodnocení pěti body, což je polovina z celé škály. Pracovnice tedy mohla hodnotit různé situace různých typů osobností. Dle popisu práce s klientkou v rámci rozhovoru působí její způsob uvažování jako velmi rozvážný, což se mohlo projevit právě i při vyplňování dotazníku.

Přístup z pohledu dilematu pomoci a kontroly

Ve chvíli, kdy začala pracovnice s klientkou hovořit o sebevražedném jednání, přebírala zodpovědnost za klientku a stavěla se více na stranu kontroly. „*Když už šlo o zdraví a o život, tak jsem jí řekla: „Já teď musím udělat tohle, protože se o tebe bojím. A bojím se o tebe protože...“*“ Jednalo se o kontaktování klientčiny matky („*Na to si přišla sama, ale věděla jsem, že když na to nepřijde, musím to tam dát já.*“), kontaktování psychiatricky a stanovení pravidel týkajících se správy a brání léků. V ostatních případech pracovnice respektovala její přání.

O tom, že v těchto oblastech má pracovnice převzít kontrolu, ji přesvědčilo to, jakým způsobem o sebevražedných myšlenkách klientka psala, a že již v minulosti uvažovala o sebevraždě. „*Jak psala, viděla jsem, že už to má v hlavě všechno dobře vymyšlené, že je to reálné, ví, jak to funguje a že se tím může ta sebevražda dokonat.*“

Přístup z pohledu dilematu etiky

Pracovnice v celém postupu práce s klientkou volila citlivý přístup a jednala s ohledem na etické principy. Pracovnice si je dobře vědoma všech práv klienta, a to jak v roli klienta, tak jako člověka. Reflektovala také celospolečensky žádoucí ochranu života. *„V tu chvíli jsem řešila to, aby se ta holka nezabila. Taky jsem si říkala, že nechci přihlížet něčemu takovému. Ta ochrana života mi přišla důležitější než ochrana na nějaké osobní rozhodnutí.“*

Pracovnice klientce v jejím záměru nic nevymlouvala. Namísto toho se doptávala otázkami typu *„Co tě ještě drží, abys to neudělala?“* Dle popisu postupu práce s klientkou je patné, že pracovnice využívala znalosti z kurzu krizové intervence, což sama také uznává. *„V kurzu jsme projížděli různé copingové strategie, smlouvy, takže to jsem jí pak také ještě volala, pak ta otázka na poslední kapku, jak moc je to reálné...“*

Přístup z pohledu standardů kvality sociálních služeb

Při sepisování smlouvy o poskytování služby pracovnice s klientkou i matkou procházela jednotlivé úkony, které v rámci služby poskytují, a domlouvaly se, že v případě nějakého vážného problému mohou kdykoli přijít. V individuálním plánu měla klientka také od začátku stanovenou kontraindikaci, kdy nebude možné dále poskytovat službu. Tím byla neřešená duševní nemoc nebo rapidně zhoršené fyzické nebo duševní zdraví klienta. *„My jsme říkali: ‚Ok, my spolu budeme spolupracovat, ale vy budete docházet k psychiatrovi a já vám v tom pomůžu.‘“*

Po poskytnutí krizové intervence byly doplněny další kroky – častější konzultace s pracovníci, doprovod pracovnice na konzultace s psychiatrickou, pravidla s užíváním léků a jejich uchováváním, společné informování OSPODu. K poslednímu bodu pracovnice dodává, že *„bylo potřeba o změnách informovat OSPOD, a to od někoho informovaného, kdo zná celou situaci, což je hlavně sama klientka a její matka. A já tam můžu být jako parťák pro to sdělení.“* Zde je patné, že pracovnice nepřebrala kontrolu za klientku a nechala zodpovědnost především na ní.

Informaci o tom, že služba nebude poskytována při neřešení duševního stavu byla v individuálním plánu nově dvakrát podtržena a pracovnice jí klientce také často opakovala.

V rámci změn individuálního plánu byla upevněna spolupráce s OSPODem a psychiatrickou. Co se týče rodinných vazeb, byly velmi slabé. Pro klientku byla

základní vztahovou osobou její matka. Ta měla tendence pomáhat všem kolem, ale ve výsledku to bralo celé rodině energii (např. byla schopná stěhovat domů různé lidi, kterým chtěla tímto pomoci). Pracovnice doporučila rodině odstěhovat se z vesnice, kde neměla žádnou podporu. To se nakonec uskutečnilo. „*K tomu síťování to bylo slabé, nebyly další zdroje. Využily jsme vše, co se dalo,*“ shrnula pracovnice.

Přístup z pohledu dalších zákonů

Při poskytování krizové intervence a následné péče se pracovnice řídila zákonem o sociálně právně ochraně dětí a Vyhláškou č. 505/2006 Sb. (2006), kterou se provádí některá ustanovení zákona o sociálních službách. „*Musela jsem vědět, co máme nasmlouvané. Kdyby na mě maminka třeba vytáhla, abych jí vzala někam, třeba na Policii, psychiatrii, tak že mám k tomu pravomoc. Což jsem doufala, že chtít nebude, protože jsem do toho potřebovala zapojit spíš tu matku, protože v tom všem byla pro dceru hodně důležitá. Tak to se nakonec nestalo a já tam byla jen jako ten v pozadí, kdyby náhodou potřebovaly poradit nebo doplnit něco.*“

Právo na život, které je ukotvené v Listině základních práv a svobod, přišlo pracovníci v této situaci zásadní. „*V tu chvíli jsem si říkala, že prostě mluvím s nezletilým dítětem, které je v krizi. To je velké.*“ Pracovnice vnímá rozhodnutí o ukončení svého života jako svobodné rozhodnutí, ale když se naskytne někdo, kdo mu pomůže rozhodnout se jinak, hodnotí to pracovnice jako velmi pozitivní. V případě dítěte však uznává, že má více tendenci zachovat život. „*Myslím si, že dítě má právo vyčerpat maximum toho, co mu dospělý svět může nabídnout. Myslím si, že si zasloužila podporu tak velkou, aby zjistila, že to vlastně jde. Protože celý její život byl o tom, že to vlastně nejde. Takže jsem jí chtěla nabídnout náhled i z této stránky. A stejně to bylo takové 50:50, stejně mohla jít a ty prášky si vzít.*“

Respondentka G

Pracovnice působí v sociálně aktivizační službě pro rodiny s dětmi. S klientkou se sebevražedným jednáním se setkala tento rok a stále spolu spolupracují.

Klientkou je dospělá žena, která byla obětí patnáct let trvajícího domácího násilí. V dobu, kdy měla sebevražedné myšlenky, bydlela v azylovém domě a OSPOD rozhodl o umístění jejich dětí do ústavní péče. Situaci velmi zhoršovala neochota sociální pracovnice OSPODu aktivněji komunikovat a informovat klientku o tom, kde její děti

jsou a co je dále čeká. Respondentka hodnotí také prostředí azylového domu jako velmi nepodporující a udržující klientku ve velké nejistotě, co s ní bude dál.

Díky jedné žádosti, kterou klientka potřebovala s pracovníci vyplnit, se klientka pracovníci svěřila, že se již jednou pokusila o sebevraždu. Během této konzultace pracovníce také rozpoznala, že klientka uvažuje o dalším pokusu.

Následně o tom s klientkou začala hovořit. Často ji parafrázovala a doptávala se, jak to myslí. Nicméně klientka to sama od sebe nepojmenovala. Pracovnice se tedy zeptala napřímo, zda uvažuje o sebevraždě, což klientka potvrdila. *„Ne že bych se tomuto tématu nějak bránila. Když to ten klient otevře, tak se radši zeptám a budu ráda, když to tak není, než abych něco podcenila.“*

Klientka se nacházela v akutní fázi, kdy reálně hrozilo, že se o sebevraždu pokusí, na druhou stranu ještě neměla čin přesně rozmyšlený. To značí, že klientka ještě nebyla pro sebevraždu naplno rozhodnutá.

Pracovnice hovořila s klientkou o jejích představách. Hodně prostoru věnovala také klientčiným emocím a jejich zpracování. *„Hodně to bylo o emocích, klientka toho na mě hodně chrlila, musela jsem ji i částečně stopovat a hodně kontrolně jsem ji vedla,“* dodává pracovníce.

Poté, když byly emoce zpracovány a klientka mohla vyjádřit všechny své potřeby a obavy, se s ní pracovníce věnovala dohodě o nespáchání sebevraždy. Situaci vnímala jako akutní, takže se domluvila s klientkou, že do jejich příští schůzky se klientka o sebevraždu nepokusí. Před ukončením schůzky předala pracovníce klientce také kontakty na krizové linky. *„To už věděla předtím, ale znovu jsem jí je připomněla a předala.“* Pracovnice umožnila klientce zavolat jí, když bude potřebovat. *„Normálně toto klientům nenabízím, že bych si s nimi volala po pracovní době třeba, ale když je to taková výjimečná situace, tak ty hranice trochu rozvolním. Navíc jsem ji na sebe hodně navázala tím, že jsem s ní uzavřela tu smlouvu o přežití.“* Pracovnice hodnotí klientku jako osobu, která by ráda překračovala hranice, ale v tomto případě je vědomě uvolnila. Na další schůzce už byla klientka klidnější. Sama si popsala důvody, proč chce dál žít, což bylo hlavně to, že tu chce být pro děti.

Přístup k mýtům o sebevražedném jednání

Pouze v jednom případě respondentka hodnotila mýtus více body, a to rovnou body sedmi. Dalo by se tedy říci, že věří mýtu *„Člověk se sebevražedným jednáním nedokáže objektivně posoudit svoji situaci.“* To koresponduje se způsobem její práce

a myšlenkami, které sdílela během rozhovoru, o tom, že má tendenci v případech, kdy se u klienta objevily sebevražedné myšlenky a tendence, přebírat za něj zodpovědnost a stavět se více na stranu kontroly. Pracovnice se domnívá, že ochrana života je na prvním místě.

Přístup z pohledu dilematu pomoci a kontroly

Pracovnice připouští, že pokud je klient ohrožen na zdraví a životě, je více na straně kontroly: „*V případě, že je to riziko tak velké, tak pracuji v kontextu kontroly a toho klienta vedu, aby tu sebevraždu nespáchal.*“ Pracovnice vnímá tuto problematiku tak, že právo na sebeurčení nemá přednost před právem na život a zdraví. „*Je to moje osobní přesvědčení, že musím udělat vše pro to, aby ten klient byl prostě živý. Abych já měla dobrý pocit, tak si myslím, že bych měla využít tyhle kontrolní mechanismy k tomu, aby ona přežila.*“ Pracovnice dodává, že zároveň respektuje to, že když se klientka o sebevraždu přesto pokusí, je to její právo a její volba.

Klientka byla pracovníci hodně vedena, informována, co bude kdy následovat, dostala informace o psychologické a psychiatrické pomoci a krizových linkách. S klientkou si rozfázovaly, co kdy bude klientka dělat v jednotlivých dnech. Pracovnice vnímá také smlouvu o přežití jako kontrolní mechanismus. „*To vlastně také nepřišlo od ní. To jsem navrhla já.*“

Svoji myšlenku dále rozvíjí na práci s touto klientkou a přístupu k využití psychologické pomoci: „*Rozhodně to nebylo tak, že bych jí říkala: ‚Tak a teď půjdete k psychologovi, pak zase támhle.‘ Já si myslím, že ti klienti mají vždycky na výběr.*“ Pracovnice klientce nabízela zprostředkování psychologické pomoci již v minulosti. Důvodem byla špatná rodinná situace, patnáct let trvající domácí násilí. Byla si také vědoma, že při špatném psychickém rozpoložení klientky není možné, aby byla správně využita služba sanace rodiny. Do okamžiku, kdy začala klientka mluvit o sebevraždě, nechávala pracovnice volný prostor pro rozhodnutí. Nicméně poté cítila, že klientka nebude moci v takovém rozpoložení dobře spolupracovat a mohlo by reálně hrozit ukončení smlouvy. „*Řekla jsem jí to tedy kontrolněji než předtím.*“ dodává respondentka.

Přístup z pohledu dilematu etiky

Pracovnice se domnívá, že ke klientům přistupuje vždy v souladu s etikou. „*V hlavě si to reflektuju a mám nějaké nastavení ohledně věcí, cos e týkájí zdraví. A také*

ta etika moje, toho sociálního pracovníka, mi říká, že mám v tuhle chvíli využít vše, co mám, abych toho člověka zachránila. Ale i tak se o tu sebevraždu může pokusit.“ Přípouští také, že její etické nastavení může zahrnovat i nějaké předsudky a stereotypy.

Již výše jsem zmínila, že si je pracovnice vědoma toho, že za klientku ve chvíli, kdy chce spáchat sebevraždu, přebírá zodpovědnost. Nicméně domnívá se, že je právo na zdraví a život má v danou chvíli přednost. *„Ta intervence samozřejmě nevypadá tak, že jí řeknu: ‚Ne, Vy se teď v tuhle chvíli nezabijete.‘ Spíš je to takové něžné vedení a pochopení, zpracování těch emocí.“*

Přístup z pohledu standardů kvality sociálních služeb

V organizaci, kde pracovnice působí, nemají sebevražedné jednání zpracovány v žádném dokumentu. Pracovnice podotýká, že nemají příliš zpracované dilema pomoci a kontroly, ačkoli by uvítala hlubší zpracování. *„Máme tam hlavně důraz na tu pomoc, ale nemáme tam důraz na to přijmout zakázky, když se jedná o ohrožení života či zdraví klienta. Děláme to, ale zpracováno to nemáme.“*

Práce s klientkou v akutní krizi, kdy uvažovala o sebevraždě, bylo do záznamu zapsáno jako pomoc v krizi, nikoli jako krizová intervence. Individuální plán poté nebyl nijak upravován. V organizaci se stanovuje individuální plán většinou na půl roku. *„Sebevražda nezahrnovala tolik mé intervence a pak byla delegována na psychologickou podporu. Nezahrnula jsem do plánu potom nic dalšího týkajícího se toho sebevražedného jednání. Ona tam ta psychologická pomoc byla, ale byla na tom místě třeba až čtvrtá.“* Pracovnice připomíná, že v jejich organizaci je snaha o co největší míru pomoci na úkor kontroly, takže zakázky, tedy i obsah individuálního plánu, určuje především klient.

Pracovnice pomáhala klientce zajistit další odbornou pomoc. Konkrétně domluvila spolupráci s manželskou a rodinnou poradnou, kde klientce poskytl psychologickou podporu, a dále spolupráci s psychiatrem. V poradně navázali svoji podporu na krizovou intervenci, kterou poskytla pracovnice. Dle respondentčinych slov je psychický stav klientky nyní s probíhající odbornou pomocí daleko lepší.

Přístup z pohledu dalších zákonů

Pracovnice odkazuje na § 150 trestního zákoníku o neposkytnutí pomoci: *„Někde je ukotveno, že bychom v případě ohrožení zdraví a života měli tomu člověku pomoci a v případě, že bychom mu nepomohli, jsou tam nějaké roky ve vězení.“* Tento paragraf se fakticky týká pouze přímého ohrožení života (vztaženo na sebevražedné jednání jde např.

o případ, kdy se klient předávákuje a pracovník je u toho a nepomůže mu). Respodnentka vnímá tento paragraf tak, že i sebevražedné myšlenky a přípravy jsou ohrožením na zdraví a životě, a je tedy nutno zasáhnout.

4.5 Shrnutí výzkumné části

Hlavním cílem práce bylo *rozkrýt, jaké mýty o sebevražedném jednání se objevují v české společnosti a u sociálních pracovníků, a zjistit, jak probíhá práce sociálních pracovníků s klienty se sebevražedným jednáním*. Nejprve jsem dle dostupné literatury zhodnotila přesvědčení o sebevražedném jednání, která se objevují ve společnosti. Vyhodnotila jsem skupinu přesvědčení, kterou lze považovat za mýty, jelikož nelze obecně říci, že taková situace či jednání platí pro každé sebevražedné jednání. Dále jsem vyzkoumala další skupinu mýtů, které se objevují v české společnosti, a to na základě obsahové analýzy dat na internetu.

Následně jsem teoreticky zpracovala postupy, jak z pohledu sociálního pracovníka jednat s klientem se sebevražednými myšlenkami a sebevražedným jednáním. Zabývala jsem se také úskalími práce se sebevražedným klientem, a to z pohledu dilematu pomoci a kontroly, etických hodnot, standardů kvality sociálních služeb a dalších zákonů.

Vybrané skupině sociálních pracovníků jsem v rámci výzkumu nejprve předložila dotazník s jednotlivými mýty a následně s nimi provedla rozhovor, ve kterém jsem se zajímala, jak pracovali s konkrétním klientem se sebevražedným jednáním a jak dávali svůj postup do souvislosti právě s dilematem pomoci a kontroly, etickými hodnotami, standardy kvality a dalšími zákony.

DC 1 bylo rozkrýt, jaké mýty o sebevražedném jednání se objevují v české společnosti. Celkem jedenáct mýtů bylo definováno na základě obsahové analýzy odborné literatury a osm mýtů bylo výstupem obsahové analýzy dat na internetu. Pouze dva mýty byly nalezeny jak ve skupině mýtů dle odborné literatury, tak ve skupině mýtů zjištěných obsahovou analýzou dat na internetu. Jedná se o tyto mýty: „*Když chce někdo spáchat sebevraždu, už tomu nemůžeme zabránit.*“ a „*Ten, kdo se jednou pokusil o sebevraždu, se o ni pokusí i v budoucnu.*“

Díky tomuto zjištění je možné rozšířit informace z odborných publikací o nové mýty, což může pomoci odborným profesím včetně sociálních pracovníků v práci s klienty se sebevražedným jednáním, stejně tak s jejich příbuznými. Obě tyto skupiny

mohou cítit tlak veřejnosti způsobený mylnými přesvědčeními. Naskytá se také prostor pro primární prevenci o sebevražedném jednání ve společnosti.

Co se týče analýzy názorů veřejnosti na sebevražedné jednání, tedy analýzy dat z internetu, ze které jsem definovala osm mýtů, nejčastěji se lidé přikláněli k tvrzení, že sebevražda nebo sebevražedné jednání je sobecké. Toto přesvědčení se objevovalo v celkem 17 příspěvcích. Následoval mýtus, že sebevražda nebo sebevražedné jednání je důsledkem slabé osobnosti, který byl obsažen v devíti příspěvcích. V sedmi příspěvcích byl ukryt mýtus, že člověk se sebevražedným jednáním nedokáže objektivně posoudit svoji situaci. Další mýty se objevovaly v již daleko menším počtu (tříkrát u mýtů „*Sebevražda nebo sebevražedné jednání je důsledkem selhání rodiny.*“, „*Sebevražda nebo sebevražedné jednání je důsledkem selhání státu.*“ a „*Sebevražda je logickým řešením bezvýchodné situace.*“ a jednou u mýtů „*Když chce někdo spáchat sebevraždu, už tomu nemůžeme zabránit.*“ a „*Ten, kdo se jednou pokusil o sebevraždu, se o ni pokusí i v budoucnu.*“)

Je zajímavé, že právě dva poslední mýty, které se objevily společně jen v jednom příspěvku, jsou právě ty jediné, které se shodují s odbornou literaturou. To mě přivádí k myšlence, nakolik jsou tvrzení nalezená v odborné literatuře platná pro dnešní českou společnost.

DC 2 bylo zjistit, které z mýtů o sebevražedném jednání zjištěných v DC1 lze nalézt u sociálních pracovníků. Pro naplnění tohoto cíle jsem si pomohla dotazníkem vytvořeným na základě Lickertovy škály. Vybrané sociální pracovnice dostaly seznam tvrzení a měly za úkol ohodnotit, do jaké míry s danými tvrzeními souhlasí. Záměrně nebylo zmíněno, že se jedná o mýty nalezené v rámci výzkumu DC 1, aby respondentky neupravily svá tvrzení s ohledem na tuto skutečnost.

Ne všechny mýty se u pracovníků objevily. Mýty „*Začneme-li s někým mluvit o sebevraždě, můžeme mu tuto myšlenku vnuknout.*“, „*Nebezpečí sebevraždy je odvráceno, pokud skončila krize.*“, „*Sebevraždu páchá jen určitý druh lidí (např. staří, mladí, nemocní, chudí, bohatí, muži, ženy atp.).*“, „*Lidé páchají sebevraždu hlavně za špatného či deštivého počasí.*“ a „*Sebevražda je logickým řešením bezvýchodné situace.*“ se objevily vždy jen u jedné z pracovníček.

Častěji byl zastoupený mýtus „*Ten, kdo se jednou pokusí o sebevraždu, se o ni pokusí i v budoucnu.*“, a to u tří pracovníček, a u dvou pracovníček se objevil mýtus „*Člověk se sebevražedným jednáním nedokáže objektivně posoudit svoji situaci.*“

Zajímavé je, že pracovnice neinklinovaly k nejčastějším mýtům objeveným analýzou dat internetu. Nabízí se myšlenka, že postoj sociálních pracovnic k sebevražednému jednání neodráží postoje současné české společnosti. Nicméně toto nelze na základě kvalitativního dotazníku zobecnit. Vidím tu však příležitost pro následný kvantitativní výzkum.

Díky proběhlému šetření se také naskýtá prostor pro polemizování, zda sociální pracovnice inklinují k určitým mýtům dle toho, s jakou cílovou skupinou pracují a co je pro tuto skupinu typické. Například mýtus, že člověk se sebevražedným jednáním nedokáže objektivně posoudit svoji situaci, hodnotily více body ty pracovnice, které pracují s lidmi s duševním onemocněním. Abych tuto souvislost mohla potvrdit, bylo by třeba doptat se na to samotných respondentek.

Stejně tak můžeme polemizovat nad tím, do jaké míry pracovnice promítají do hodnocení své vlastní přesvědčení a etické hodnoty. Zde bych připomněla respondentku E, která vnímá sebevraždu jako důsledek logického rozhodnutí, nebo respondentku G, která se domnívá, že klienta se sebevražedným jednáním je potřeba více vést a v některých věcech za něj převzít zodpovědnost.

DC 3 byl zaměřený na přístup sociálních pracovníků ke klientům se sebevražedným jednáním. V rámci rozhovoru jsem se stejných sociálních pracovnic, které vyplňovaly dotazník pro účely naplnění DC 2, ptala na jejich způsob práce s konkrétní klientkou se sebevražedným jednáním, a to z pohledu dilematu pomoci a kontroly, etických hodnot, standardů kvality sociálních služeb a dalších zákonů.

Co se týče **dilematu pomoci a kontroly**, z rozhovorů je patrné, že v případě klientů se sníženými kognitivními schopnostmi v důsledku duševního či jiného onemocnění mají pracovnice větší tendence přebírat za klienta zodpovědnost, rozhodovat v některých věcech za něj či volit více kontrolních mechanismů. Výjimkou je pracovnice E, která pracuje v ambulantní službě zaměřené na podporu zaměstnávání lidí s duševním onemocněním. Klade velký důraz na to, aby si klienti přišli na řešení sami. Je si však vědoma, že z důvodu duševního onemocnění toho často nejsou sami schopni, a proto jim při rozhovoru pomáhá. *„Když je to něco, co musíme vyřešit, tak se zeptám, zda mohu sdílet svoji myšlenku, co mě k tomu napadá. Neradím. Necháám klientovi prostor k vyjádření. Když na to nepřichází sám a nevidí důsledky svého jednání, tak tam ten nápad hodím. Ale jinak zodpovědnost nepřebírám.“*

Dvě pracovnice připouští, že důvodem pro přebírání kontroly je závažnost sebevražedných myšlenek klienta. Pracovnice F popisuje své rozhodnutí následovně:

„Jak psala, viděla jsem, že už to má v hlavě všechno dobře vymyšlené, že je to reálné, ví, jak to funguje a že se tím může ta sebevražda dokonat. Když už šlo o zdraví a o život, tak jsem jí řekla: ‚Já teď musím udělat tohle, protože se o tebe bojím. A bojím se o tebe protože...‘“ Obdobně se rozhodovala také pracovnice G: *„V případě, že vyhodnotím riziko tak velké, že klient je ohrožen na zdraví a životě, postupuji kontrolně a klienta vedu. Právo na sebeurčení nemá přednost před právem na zdraví.“*

V přístupech pracovnic k dilematu pomoci a kontroly se kromě osobního nastavení a míry rozhodovacích schopností klientů odrážely také hodnoty organizace, ve které působí. Např. pracovnice B a E jednájí jak v souladu s klientem, tak v souladu s hodnotami své organizace. Hodnoty organizace mají zvnitřněné a jsou s nimi také v souladu. V některých případech však můžeme zaznamenat i touhu pracovnice jednat jinak, než je v organizaci žádoucí. Např. pracovnice D respektovala klientčino přání nevyužít psychologické pomoci a netlačila na ni, zatímco další pracovníci nadále klientku přemlouvali, přestože nebyli jejími klíčovými pracovníky. Pracovnice E pro změnu jednala pod tlakem psychiatricky pracující v zařízení, a to i přes to, že by sama jednala jinak. Respondentka G by naopak volila více kontrolních mechanismů, než je organizace ochotna připustit.

Zaměří-li se na přístup sociálních pracovnic **z pohledu etických hodnot**, dostávám se opět k problematice přebírání zodpovědnosti za klienta, která je rozebrána v odstavcích výše při hodnocení dilematu pomoci a kontroly.

Není to však jediné etické dilema, se kterým se sociální pracovnice potýkají. Své jednání dávají často do souvislosti s tím, jaké jsou klientovy schopnosti řešit danou situaci. Pracovnice tak často jednaly s ohledem na klientovo duševní onemocnění (respondentky A, C, D, E) a nízký věk (respondentka G). Obecně však také vnímaly, že klient v danou chvíli vidí jako jediné řešení své situace sebevraždu, a tak se mu snažily nabídnout i jiný úhel pohledu a ukázat další možnosti řešení (respondentky B, D, E, F, G). Toho docílily např. nabídnutím další odborné pomoci a navázáním spolupráce s dalšími odborníky.

Mnohé respondentky uvedly, že při práci s klientem musí postupovat obezřetně, neboť stačí málo a mohou ztratit klientovu důvěru. Ta je v sociální práci velice důležitá. Když nebude klient pracovníkovi důvěřovat nebo jeho důvěru ztratí, uzavře se do sebe a nebude věřit ani možným řešením jeho situace. V případě suicidálního klienta, který necítí žádnou sociální oporu, to může vést až k samotné sebevraždě. I z tohoto důvodu je

tedy velmi důležité, aby pracovnice v každém svém kroku reflektovaly etické hodnoty a to, jak jejich jednání ovlivňuje klienta.

Jako jedno z nejzásadnějších etických dilemat, na které jsem při rozhovorech narazila, bylo rozhodování, zda a do jaké míry chránit klientův život a zdraví a kdy mu ponechat jeho právo na sebeurčení. Zde se názory respondentek lišily. Např. respondentka E zastává názor, že když je člověk schopen posoudit všechny důsledky svého rozhodnutí, je sebevražda jeho právem. Podobně smýšlí i respondentka F, avšak dodává, že to vnímá jinak u dětského klienta, který neví o všech možnostech, které mu dospělý svět nabízí. Zde cítí větší tendenci zasáhnout a její život ochránit. Respondentka G vnímá potřebu zachránit lidský život před sebevraždou u jakéhokoli klienta.

Co se týče etických hodnot, zmínila bych zde také zajištění sociální rovnosti a důstojnosti klientů. Rezovalo se mnou vyprávění respondentky D, která popisovala, jak se od klientčina sebevražedného pokusu změnil přístup pracovníků k této klientce. Kromě zvýšení četnosti nočních kontrol, které tak byly oproti jiným klientům v zařízení častější, byla také klientce na noc dávana na pokoj dětská chůvička, aby pracovnice ve službě mohla kontrolovat, zda si klientka neublíží. Tomu, aby toto jednání mohlo být považováno za eticky v pořádku, nepomůže ani fakt, že klientka s umístěním chůvičky souhlasila. Naopak vnímám jako neetické to, že pracovnice klientce tvrdila, že je tam chůvička pro případ, kdyby v noci např. spadla. Klientka tedy neznala ani pravý důvod navýšení kontrol a umístění chůvičky na pokoj.

V rámci rozhovoru jsem se zabývala také přístupem respondentek **ke standardům kvality sociálních služeb**. Zde jsem zaznamenala největší rozdíly mezi přístupy jednotlivých pracovnic. Bylo patrné, že v organizacích, které mají podrobně zpracovány standardy kvality a všechny příslušné dokumenty, pracují sociální pracovnice s větší jistotou, co je přípustné a co nikoli, jsou si více vědomé různých etických dilemat a rozlišují, kdy se dostávají z pomoci více do kontroly. U respondentek, které jasně věděly, co mají jako organizace ve standardech uvedeno, jsem zaznamenala, že za kontrolní mechanismus považují již např. doporučení následných kroků, které mohou klientovi pomoci (zde konkrétně respondentka B).

Všechny respondentky ve své práci zohlednily potřebu návazných služeb, zejména odbornou psychologickou či psychiatrickou pomoc. Takovou podporu měli klienti některých respondentek zajištěnou již před sebevražedným jednáním, a to vzhledem ke své diagnóze nebo k povaze poskytované služby. Toto pak má daná organizace ukotveno ve smlouvě s klientem. Při práci s těmi klienty, kteří měli již

před suicidálním jednáním svého psychiatra nebo psychologa, respondentky zvýšily důraz na spolupráci s ním, došlo např. ke zintenzivnění návštěv či ke konzultaci dalšího společného postupu (u respondentek C, E, F).

S mírou využití sociální opory to bylo obtížnější. Mnoho klientů má narušené rodinné vazby a nemají nikoho blízkého, kdo by je podporoval. Často jsou těmi nejbližšími podporovateli právě sociální pracovníci. To jsem zaznamenala nejvíce při rozhovoru s respondentkou F, kdy klientka měla velkou oporu ve své matce, která ale byla také klientkou této služby. Dohromady pak žádnou další sociální oporu ve svém okolí neměly. Využít ve vyšší míře sociální opory se snažila také respondentka D. Její klientka měla v individuálním plánu zapsáno, že ráda tráví čas se synem a vnoučaty. Po kontaktu s nimi byla vždy veselejší a klidnější, a tak s ní o nich pracovnice často hovořila.

Změnu situace klienta, která nastala v důsledku sebevražedného jednání, je potřeba zahrnout do individuálního plánování. Po poskytnutí první pomoci nebo krizové intervence by měla následovat aktualizace individuálního plánu. Do něj respondentky se svým klientem např. zahrnuly, co přesně bude klient další dny dělat (v rámci tzv. dohody o přežití), nastavily systém kontrol, setkávání s psychiatrem, navázání psychologické pomoci, hlídání medikace, zajištění dočasné pracovní neschopnosti, častější telefonáty a více setkání s pracovníci, návod pro klienta, co dělat v případě sebevražedných myšlenek, doprovod pracovnice na OSPOD atd. Pouze respondentka G uvedla, že individuální plán nebyl nijak upravován. Následná psychologická pomoc byla delegována a pracovnice se tímto již nezabývala. Dle slov pracovnice byla v individuálním plánu psychologická podpora zahrnuta již od začátku, ale nebyla jí věnována přílišná pozornost. Jsem toho názoru, že při jakékoli zásadní změně v situaci klienta, mezi které patří i sebevražedné jednání, má být individuální plán aktualizován a doplněn o současné potřeby klienta. Nelze se tedy odvolávat na to, že individuální plán se aktualizuje vždy po určitém období, jak respondentka G uvedla.

V rozhovorech s pracovníci, které působí v pobytové službě, jsem často narážela na problematiku práva na ochranu soukromí. Např. respondentka A uvedla, že po pokusu o sebevraždu byla klientce navýšena četnost kontrol. Respondentka v tomto neshledávala nic omezujícího, jelikož klienti v její organizaci jsou vzhledem k povaze svého onemocnění často kontrolováni. Domnívám se, že kolize mohla nastat v případě, kdy by taková kontrola byla již nad rámec kontroly definované interními pravidly organizace. V případě respondentky D bylo klientčino právo na ochranu soukromí značně

narušeno umístěním videochůvičky na její pokoj a neustále zapnutým obrazem na chůvičce po dobu noční směny.

Dalším sporným bodem je právo svobodně se rozhodnout a právo na přiměřené riziko. Respondentky pracující s klienty s duševním onemocněním mají tendenci za tyto klienty částečně přebírat zodpovědnost. Je zde tenká hranice pro posouzení, co je klient schopen rozhodnout sám a co vzhledem ke svému onemocnění nemůže adekvátně posoudit. I přesto se našly pracovnice, které s tímto dokázaly pracovat v rámci co největší pomoci a uschopňování klienta (např. respondentka E). Všechny respondentky se shodují, že konečné rozhodnutí o tom ukončit svůj život je v rukou klienta, a to navzdory tomu, že některé z nich v takové chvíli upřednostňují právo na život a využívají některých kontrolních mechanismů (respondentky F a G). Jsou si tak vědomy, že nemohou jakkoli zasáhnout do rozhodnutí klienta vzít si život, ale mohou se souhlasem klienta projednat všechny důsledky, které mohou v takovém případě nastat, a nabídnout jiné možnosti řešení, které vidí.

Sebevražedné jednání mají v rámci nouzových a havarijních situací zpracovány spíše ty organizace, které pracují s takovým typem klientů, u kterých se sebevražedné jednání objevuje často vzhledem k jejich diagnóze. Dále je z výpovědí respondentek patrné, že ty respondentky, jejichž organizace neklade důraz na zpracování písemných materiálů dle zákona o sociálních službách, mají k takovým dokumentům odpor nebo jim nepřisuzují význam. (Např. respondentky D, E).

Poslední část rozhovorů byla zaměřena na to, jak respondentky dávaly do souvislosti svůj postup s **dalšími právními normami**. Zde bylo nejtěžší odpovídat, neboť si pod touto otázkou většinou žádnou konkrétní právní normu nepředstavily. Některé souvislosti našly hned nebo se rozpovídaly po mém doptávání na konkrétní záležitosti. Většina se však shodla, že tato kritéria hodnotí až zpětně a při práci s danou klientkou je nezohledňovala. Jako tomu bylo např. u respondentky A, která uvedla, že v dané situaci, kdy klientka vyhrožovala sebevraždou, řešila pouze její zabezpečení, aby si nakonec neublížila.

Některé pracovnice dávaly svůj postup do souvislosti se zákony, které se vážou k jejich specifické cílové skupině. Takovou pracovnící byla i respondentka C, která uvedla, že se v organizaci řídí mimo jiné zákonem o zdravotních službách. Zásadní je pro ni § 38, dle kterého může být jejich klientovi psychiatrem nařízena tzv. nedobrovolná hospitalizace. Ona jako pracovnice centra duševního zdraví však může pouze klientovi zavolat rychlou záchrannou službu. Na ní jakožto klíčovou pracovnící je však kladen tlak,

aby přesvědčila klienta o hospitalizaci dobrovolné, která pro něj bude v mnoha ohledech příjemnější.

Respondentka G se odvolávala na § 150 trestního zákoníku o neposkytnutí pomoci. Toto se ale týká jen bezprostředního ohrožení života, tedy kdyby se klientka právě pokusila o sebevraždu a pracovnice by jí neposkytla první pomoc. V případě této klientky ale nic takového nenastalo.

V jednom z rozhovorů byla zmíněna také účast na sebevraždě dle § 144 trestního zákoníku. Respondentka D se svěřila, že ji i ostatní pracovníky zařízení klientka žádala o pomoc s ukončením života. To však pracovnice nejen s ohledem na tento paragraf, ale také vzhledem ke svým etickým zásadám, odmítla.

V rozhovorech jsem se opírala také o právo na život ukotvené Listinou základních práv a svobod. Každá pracovnice vnímala toto právo jako velmi důležité a chápala, že člověk má právo rozhodnout i o tom, že už svůj život dál žít nechce. Nicméně všechny doplňují, že i přes to se snaží zajistit klientovi bezpečí a pomoci mu tak, aby si život nakonec vzít nechtěl.

Závěr a diskuze

V rámci výzkumu diplomové práce jsem naplnila její hlavní cíl, kterým bylo: *„Rozkrýt, jaké mýty o sebevražedném jednání se objevují v české společnosti a u sociálních pracovníků, a zjistit, jak probíhá práce sociálních pracovníků s klienty se sebevražedným jednáním.“*

Bylo definováno celkem 17 mýtů, které se objevují v české společnosti dle odborné literatury a internetových diskuzí. Je zajímavé, že mýty definované odbornou literaturou se skoro neshodují s mýty objevenými v diskuzích na internetu. Mýty definované odbornou literaturou jsem na internetu našla pouze dva, oba navíc dohromady v rámci jednoho příspěvku jednoho autora. Je otázkou, čím to může být způsobeno.

Lze uvažovat o tom, že literatura již neodráží aktuální nastavení společnosti. Na druhou stranu fenomén sebevražedného jednání je považován za poměrně stálý v čase a nemění se příliš jeho okolnosti, stejně jako pohled veřejnosti na něj.

Tato skutečnost mě přivádí k myšlence, že sběr dat metodou obsahové analýzy příspěvků na internetu nepřináší příliš reprezentativní vzorek. Výsledky však považuji za natolik zajímavé, že si zaslouží další zkoumání a ověřování. Příležitost spatřuji v poskytnutí dotazníku, který byl předložen vybraným sociálním pracovníkům, široké veřejnosti. Díky tomuto kvantitativnímu výzkumu by bylo možné ověřit, nakolik jsou jednotlivé mýty definované literaturou i zjištěné mým výzkumem na internetu pro současnou společnost relevantní.

Stejně tak by bylo zajímavé tímto způsobem zjišťovat víru v jednotlivé mýty o sebevražedném jednání v rámci celé profese sociální práce. Výzkumem v rámci této diplomové práce bylo zjištěno, že vybrané sociální pracovnice inklinují k některým mýtům, a to i přes to, že většina z nich absolvovala kurz krizové intervence. I zde vidím prostor pro následnou diskuzi, jelikož výsledky výzkumu nabádají k hledání souvislosti mezi cílovou skupinou, se kterou sociální pracovník pracuje, a mýtem, který může být do jisté míry v kontextu této skupiny klientů pravdivým tvrzením.

Z výsledků výzkumu se zdá, že přístup sociálních pracovníků ke klientům se sebevražedným jednáním je ovlivněn jejich pohledem na etické hodnoty, ale i přístupem jejich organizace ke standardům kvality sociálních služeb. Jelikož se jedná o výzkum kvalitativní zkoumaný pouze na malém vzorku sociálních pracovníků, nelze tyto výsledky zobecňovat. I přes to cítím, že volba kvalitativní metody byla správná, jelikož jsem mohla

daný jev zkoumat více do hloubky a pochopit jednání sociálních pracovníků s ohledem na okolnosti jednotlivých případů.

Díky tomuto jsem mohla také lépe porozumět reflexi sociálních pracovníků, kterou činily v průběhu poskytování služby klientům se sebevražedným jednáním. Ačkoli všechny uznávaly právo člověka na dobrovolný odchod ze světa, každá měla tendenci stát na straně života a pomoci klientovi v řešení jeho situace jiným způsobem. Z toho důvodu byly některé z nich nakloněny více ke kontrolním mechanismům, než bývají při běžné práci s klienty. Klientovo právo na svobodné rozhodnutí a snahu ochránit lidský život spatřuji jako nejzásadnější dilema, které sociální pracovníce řešily.

Jako nejhůře hodnotitelný vnímám DC 3.4, tedy *zjistit, jaký přístup mají sociální pracovníce ke klientům se sebevražedným jednáním z pohledu dalších zákonů*. Respondentky si málokdy dokázaly dát do souvislosti své jednání s ostatními zákony, které by se mohly této problematice týkat.

Sebevražedné jednání je tak širokým tématem, že každý případ je v mnoha ohledech velice individuální. Jakékoli zevšeobecnování by tak bylo na škodu. Domnívám se, že narativní analýza je právě pro to, jak multifaktorovým jevem sebevražedné jednání je, vhodným nástrojem výzkumu tohoto jevu.

Tuto práci vnímám jako možné vodítko pro ostatní sociální pracovníky, kteří se mohou zamyslet nad vlastním přístupem ke klientům se sebevražedným jednáním a zhodnotit ho z pohledu dilematu pomoci a kontroly, etických hodnot, standardů kvality sociálních služeb i dalších právních norem. Stejně tak se mohou zamyslet nad tím, jak vnímají jednotlivé mýty a jak je inklinace k některým z nich ovlivňuje v přístupu k sebevražednému jednání.

Jak jsem již psala výše, tato práce může být také odrazovým můstkem pro další výzkumy v této oblasti. V rámci kvantitativního výzkumu se lze zaměřit nejen na sociální pracovníky, ale také na běžnou veřejnost. Kromě ověřování výskytu jednotlivých mýtů můžeme uzpůsobit další výzkum také přístupu sociálních pracovníků k sebevražednému jednání v určitých oblastech.

V neposlední řadě může tato práce obohatit také pohled odborníků i široké veřejnosti na sebevražedné jednání a podhalit jim zákulisí poskytování sociální práce nejen skupině klientů se sebevražedným jednáním. Z informací z výzkumu je patrné, jak obtížná je práce sociálních pracovníků, kteří chtějí svoji profesi vykonávat profesionálně, jelikož musí v každém svém kroku reflektovat mnoho okolností svého jednání a jeho důsledků.

Podle Viktora Emanuela Frankla je motivace k sebevraždě způsobena ztrátou smyslu života. Klienty sociálních služeb jsou takoví lidé, kteří v životě mnoho ztratili, jejich sociální opora nefunguje, míra rodinné i osobní resilience je nízká. Právě v životě takových klientů je sociální pracovník zásadní osobou, která mnohdy stojí mezi životem a smrtí. Nabízí pomocnou ruku, přináší možnosti, které klient nevidí, a podporuje ho na další cestě životem.

Seznam použitých zdrojů

1. APSS ČR. 2011. *Etický kodex sociálního pracovníka České republiky*. [online]. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR [cit. 20. 9. 2021]. Dostupné z: https://www.apsscr.cz/ckfinder/userfiles/files/Etick%C3%BD%20kodex_Profesn%C3%AD%20svaz_verII.pdf
2. BECK, A. T. 2005. *Kognitivní terapie a emoční poruchy*. Praha: Portál.
3. ČÁMSKÝ, P. a kol. 2011. *Sociální služby v ČR v teorii a praxi*. Praha: Portál.
4. ČSÚ. 2021. *Sebevraždy*. [online]. Praha: Český statistický úřad [cit. 20. 8. 2021]. Dostupné z: https://www.czso.cz/csu/czso/sebevrazdy_zaj
5. ELICHOVÁ, M. 2017. *Sociální práce: aktuální otázky*. Praha: Grada.
6. FRANKEL, B., KRANZOVÁ R. 1998. *O sebevraždách*. Praha: Nakladatelství Lidové noviny.
7. GAVORA, P. 2010. *Úvod do pedagogického výzkumu*. 2., rozš. vyd. Brno: Paido.
8. GULOVÁ, L. 2011. *Sociální práce: pro pedagogické obory*. Praha: Grada.
9. HILLMAN, J. 1997. *Duše a sebevražda*. Praha: Sagittarius.
10. KASANOVÁ, A. 2009. *Až za hranice života: Súvislosti medzi životom a smrťou*. Nitra: Univerzita Konštantína Filozofa.
11. KASTOVÁ, V. 2010. *Krize a tvořivý přístup k ní: typy životních krizí, jejich dynamika a možnosti krizové intervence*. 2. vyd. Praha: Portál.
12. KOUTEK J., KOCOURKOVÁ J. 2007. *Sebevražedné chování*. 2. vyd. Praha: Portál.
13. KOZAKIEWICZ M. 1978. *Každý volí sebe*. Praha: Mladá fronta.
14. KRAUS, B., HRONCOVÁ J. 2010. *Sociální patologie*. 2. vyd. Hradec Králové: Gaudeamus.
15. MATOUŠEK O. 2016. *Slovník sociální práce*. 3. vyd. Praha: Portál.
16. MATOUŠEK, O. 2012. *Základy sociální práce*. 3. vyd. Praha: Portál.
17. MIOVSKÝ M. 2006. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada.
18. MITLÖHNER, M., WISIŃSKI P.. 2013. Některé právní a sociální dopady v rodině po suicidii. In: TRUHLÁŘOVÁ Z., LEVICKÁ K. *Profesionalita, perspektivy a rozvoj sociální práce: Professionalism, Perspectives and the Development of Social Work*. Hradec Králové: Gaudeamus, s. 463-468.
19. NAVRÁTIL, P. 2001. *Teorie a metody sociální práce*. Brno: Marek Zeman.
20. NOVÁKOVÁ, H. 2010. *Trestněprávní ochrana lidského života* [online]. Bakalářská práce. Brno: Masarykova Univerzita, Právnická fakulta, Katedra trestního práva. [cit. 29. 9. 2021]. Dostupné z https://is.muni.cz/th/bujxc/Trestnepravni_ochrana_lidskeho_zivota.pdf

21. Sdělení č. 96/2001 Sb. m. s. o přijetí Úmluvy na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny: Úmluva o lidských právech a biomedicíně.
22. ŠPATENKOVÁ N. 2017. *Krize a krizová intervence*. Praha: Grada.
23. ŠPATENKOVÁ N. 2011. *Krizová intervence pro praxi*. 2., aktual. a dopl. vyd. Praha: Grada.
24. ŠULC J., DVOŘÁK J., MORÁVEK M. 1984. *Člověk na pokraji svých sil*. 2. dopl. a přeprac. vyd. Praha: Avicenum.
25. ŠVARŤÍČEK R., ŠEĐOVÁ K. 2014. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. 2. vyd. Praha: Portál, 2014.
26. ÚLEHLA I. 2005. *Umění pomáhat: učebnice metod sociální praxe*. 3. vyd. Praha: Sociologické nakladatelství.
27. Usnesení č. 2/1993 Sb. o vyhlášení Listiny základních práv a svobod.
28. ÚZIS. 2022. *F30-F39 - Afektivní poruchy (poruchy nálady)*. [online]. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR [cit. 4. 4. 2022]. Dostupné z: <https://mkn10.uzis.cz/prohlizec/F30-F39>
29. VÁGNEROVÁ M. 2012. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 5. vyd. 5. Praha: Portál.
30. VODÁČKOVÁ D. 2012. *Krizová intervence*. 3. vyd. Praha: Portál.
31. Vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách.
32. WHO. 2014. *Preventing Preventing suicide suicide: A global imperative* [online]. Luxembourg: World Health Organization [cit. 4. 9. 2021]. ISBN 978 92 4 156477 9. Dostupné z: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/131056/97892?sequence=1>
33. WHO. 2002. *Self-directed violence*. [online]. World Health Organization [cit. 14. 9. 2021]. Dostupné z: https://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/factsheets/en/selfdirectedviolfacts.pdf
34. Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.
35. Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování.
36. Zákon č. 40/2009 Sb., trestní zákoník.

Seznam příloh

Příloha A: Tabulka 3: Mýty o sebevražedném jednání nalezené obsahovou analýzou dat z internetu	I
Příloha B: Tabulka 4: Dotazník mapující výskyt mýtů o sebevražedném jednání u sociálních pracovníků	XVIII
Příloha C: Graf 1: Mýty o sebevražedném jednání z pohledu sociálních pracovníků	XIX
Příloha D: Vzor rozhovoru	XX

**Příloha A: Tabulka 3: Mýty o sebevražedném jednání
nalezené obsahovou analýzou dat z internetu**

KATEGO- RIE	NALEZENÉ NÁZORY	ZDROJ
Sebevražda nebo sebevražed- né jednání je sobecké.	Sebevrah, který způsobí strojvedoucímu doživotní trauma a udělá z něj vraha se zachoval jako bezohledný hulvát a je úplně jedno, co ho k tomu dovedlo.	http://krkonosky.denik.cz/diskuse/pozustaliposebevrazich-musiceskym-draham-platit.html
	myslím že lidi co se zabijí dobrovolně jsou sobečtí vůči svým nejbližším. Nemyslím to zle, ale sobě uleví ale neuvědomují si, jak moc ublíží ostatním	https://www.emimino.cz/diskuse/sebevrazda-rodice-153157/stankovan-i/5/

	<p>Jsou to sobci a zbabelci to mi nikdo nevyvrati....!!! Každý člověk si prozije určitě životní situace a tragedie.... a dokážou se s tím vyrovnat.... jenom sobec který nemyslí na rodinu... děti a ostatní páchá sebevraždu..... pokud by se mi stalo že me někdo psychicky tyra... tak půjdu třeba za ministrem vnitra aby mi pomohl ale nebudu kvůli nějakému psychopatovi pachat sebevraždu.... .pokud bych měla dluhy tak bych si našla práci v zahraničí abych je zaplatila... a když jsem měla rakovinu vylečila jsem se čerstvým kozím mlékem.... ale nepachala bych sebevraždu...!!!</p>	<p>http://www.blesk.cz/diskuse/310519/2</p>
	<p>Svoboda byl prase.Tak na tom nebyl, aby se nemohl zastřelit jinde, než aby ho přijíždějící viděli.Že si nechtěl zasvinit majetek ve vile chápu, tohle nechápu!</p>	<p>http://www.aahaonline.cz/clanek/zhav-e-drby/129861/10-let-od-sebevrazdy-svobody-68-posledni-hodiny-krok-za-krokem.html</p>
	<p>Sebevražda je divná věc a sebevrazi jsou divní lidé. Život, který si pipalají a s takovou námahou prožívají, dokážou v jediném okamžiku lehkomylně zahodit. Člověk, který se sobecky zbaví toho, do čeho investoval tolik času a energie, je divný.</p>	<p>http://www.nokturno.net/forum.php?kde=tvor</p>

	ba&id=4 517
A že jsou sebevrazi sobci je pravda... někteří tak citově vydirají okolí a pachají demonstrativní sebevraždy... které bohužel někdy vyjdou....	http://www.blesk.cz/diskuse/310519/2
Je to od sebevrahů bezohledné, že do svých problémů zatahují cestující veřejnost. Když už se někdo rozhodl skoncovat se životem, tak tím nemusí obtěžovat ostatní. A příbuzní sebevrahů by se o své blízké měli zajímat dřív a více, ne jenom brečet, že z dědictví musí uhradit škodu...	https://praha.idnes.cz/diskuse.aspx?iddiskuse=A140526_213053_praha-zpravy_ert
ukaž ty blbý huse(tvoji bejv. holce) že nejsi žádný srab a sakra bojuju se životem protože sebevražda je ku*va kravina! Přestan bej sobeckej a myslí taky na ty kteří tě mají rádi!!Neni ti ani třicet život máš před sebou ttakže nebud padavka a kašli na to!!!Ještě budeš vděčnej těm kdo tě od sebevraždy odehnali!	https://www.zpovednice.cz/detail.php?statusik=252812

	<p>Každý má svůj život ve svých rukách... a jak s ním náloží je každého věc... ale sebevrazi by si měli uvědomit jaké utrpení způsobí rodině a lidem kteří je měli rádi... pokud má člověk problémy má je řešit... s každým se dá vždy dohodnout.... Iveta Bartošová měla sebevražedné sklony už dávno... byla otázka času kdy se ji to povede.... kdyby ale změnila způsob života a lidi kolem sebe.... tak by určitě žila.... Neměla pevnou vůli a kamaradila s nevhodnými lidmi.... a kriminálního si nakonec vzala.... do dnes nechápu proč....</p>	<p>http://www.blesk.cz/diskuse/310519/</p>
	<p>protože to není řešení, ale útěk od vlastní odpovědnosti a je to sobecké a bezohledné vůči příbuzným</p>	<p>https://www.idnes.cz/zpravy/domaci/sebevrazda-prevence-svetovy-den-prevence-sebevrazd-dusevni-zdravi-riaps.A180905_191745_domaci_linv/diskuse</p>
	<p>Sebevražda je zvláštní kombinace zbabělosti a naopak vnitřní síly to dokončit. Od člověka s rodinou a přáteli je to nicméně většinou sobecké, protože tu nechává ty lidi s vnitřní pochybností, zda s tím právě oni nemohli něco udělat nebo mu pomoci - a samozřejmě to většinou vůbec nechápu.</p>	<p>https://www.idnes.cz/zpravy/domaci/sebevraz</p>

		da- prevence- svetovy- den- prevence- sebevraz d- dusevni- zdravi- riaps.A18 0905_19 1745_do maci_lin v/diskuse
	a ti, kdo zůstanou to nejvíc odnesou... no to jim nedochází a vlastně je jim to jedno, protože je už to trápit nebude. Proto říkám, že to jsou sobci. Myslí jen na sebe a aby bylo dobře jim...	https://www.emi.mino.cz/diskuse/sebevrazd-a-rodice-153157/stankovan-i/5/
	a proboha co brání těm, kdo se chtějí zabít, to udělat takovou formou, aby z nich nebyl guláš?? Aby tímto skutkem neohrozili ještě ostatní? Nebo je vám jedno, že to někdo musí uklidit, že svým skutkem udělají druhým škodu či je dokonce ohrozí na životech? Sorry dámo, ale s takovými lidmi pochopení nemám. Nediskutuji proč a co ty lidi k tomu vede, co by jim v tom zabránilo atd. Řeším jen to, že není nemravný požadavek si nechat uhradit v rámci dědického řízení způsobenou škodu sebevrahem.	http://krkonosky.denik.cz/diskuse/pozustali-posebevrazi-ch-musi-ceskym-draham-

		platit.htm 1
	<p>můj brácha se byl i rozloučit (jak to napsal v dopise). Nepřišel mi divnej nebo tak, jen mi přišel klidnější. No měl to naplánované. 3 dny po návštěvě to udělal. Zatím přesně nevíme jak a ani to nechci vědět. Zas bych si to představovala. Zachraňuje mě syn a mamku taky. Teď momentálně jsem ve fázi vzteku. Jen tak odešel, nechal nás tu s dluhy, nepočítám tu nákladnou kremaci na kterou si musela mamka půjčovat (pohřeb nebyl a nebude) a on to má vyřešené, ale co jako my? No byla to jeho volba a jeho rozhodnutí. Jen nevíme proč pořádně. A jen tápeme... máma se upíná k ezoterice a já k synovi a příteli. Taký přišel o sestru. Takže mi rozumí víc, než si myslím... drž se. Přeju mnoho sil.</p>	https://www.eminino.cz/diskuse/sebevrazda-rodice-153157/stankovan-i/4/
	<p>Myslím si, že jsi hrozný slaboch, který myslí jen sám na sebe! Co tvoje rodina? Nevím jestli jsi důkladně četl všechny ty reakce, ale jsou mezi námi lidé, kteří mají určitě pádnější důvody ke páchání sebevraždy a dokáží se s nimi poprat úplně jiným způsobem.</p>	https://diskuse.doktorka.cz/sebevrazda
	<p>Proč se pořád díváme na sebevraždu jako na něco špatného? Pokud problémy, strasti a bolesti převáží nad radostmi ze života tak je sebevražda logické řešení. Proč se mám trápit? Je to můj život a moje volba. Samozřejmě zabít se a nechat tu nezabezpečené děti je srabárna, ale to nesouvisí se sebevraždou, to lze udělat aniž by se dotyčný zabil.</p>	https://www.idnes.cz/zpravy/domaci/sebevrazda-prevence-svetovy-

		den- prevence- sebevraz d- dusevni- zdravi- riaps.A18 0905_19 1745_do maci_lin v/diskuse
	Proč by jako pozůstalí neměli myslet jen na své bebí? Vždyť ten sebevrah udělal to samé.	http://www.zpovednice.cz/detail.php?statusik=630519
Sebevražda nebo sebevražed- né jednání je důsledkem slabé osobnosti.	"Sorry, ale sebevrah je normální srab a nic jinýho... A další věc je, že hodně lidí svoje problémy třeba i drží v sobě a nikomu neřeknou a pak se zabijou, protože je toho na ně moc."	http://www.zpovednice.cz/detail.php?statusik=630518
	Panebože, když se chcete zabít tak to udělejte a nezatěžujte tím ostatní. Nikdo z vás na to nemá odvalu a potřebujete pozornost tímto způsobem, aby vás ostatní litovali. Tak se na to vykašlete a řešte problémy s kamarády, rodinou, popřípadě odborníkem.	https://www.lide.cz/diskuze/6-Spolecnost/930

<p>Ty se chceš zabít kvůli holce? Promiň ale to nechápu. Lidem se dějou i horší věci a nezabíjejí se. Jestli to opravdu kvůli takový kravině uděláš, tak jsi u mě srab, nic víc. Chápu že too bolí, tak se na žal třeba opí ale hlavně tohle nedělej. Časem to přebolí a ty si najdeš holku jinou, tak proč se zabíjet? To je to nejzbabělejší co můžeš udělat. Ty sis život nedal, tak nemáš právo si ho brát. A myslí na to, jak tím ublížíš rodičům, kamarádům a příbuzným, tohle si nezaslouží. Ty se svého trápení zbavíš ale oni budou nespravedlivě trpět za tebe. Jestli je ti opravdu špatně, navštiv psychologa nebo psychiatra ať ti předepíše nějaké prášky. Řešení je tolik, tak proč se hned zabíjet?</p>	<p>https://www.zpovednice.cz/detail.php?statusik=252812</p>
<p>Jsou to sobci a zbabelci to mi nikdo nevyvrati....!!! Každý člověk si prozije určité životní situace a tragedie.... a dokážou se s tím vyrovnat.... jenom sobec který nemyslí na rodinu... děti a ostatní páchá sebevraždu..... pokud by se mi stalo že me někdo psychicky tyra... tak půjdu třeba za ministrem vnitra aby mi pomohl ale nebudu kvůli nějakému psychopatovi pachat sebevraždu.... .pokud bych měla dluhy tak bych si našla práci v zahraničí abych je zaplatila... a když jsem měla rakovinu vylečila jsem se čerstvým kozím mlékem.... ale nepachala bych sebevraždu...!!!</p>	<p>http://www.blesk.cz/diskuse/310519/</p>
<p>Sebevrazda je srabarna.</p>	<p>https://www.idnes.cz/zpravy/domaci/sebevrazda-prevence-svetovy-den-prevence-sebevrazd-</p>

		dusevni- zdravi- riaps.A18 0905_19 1745_do maci_lin v/diskuse
Kdo se chce zabít, se zabije! Není to tak těžké. Chudáci lidi co se postaví na střechu a počkají až přijdou lidi aby se pak mohli nechat přemlouvat. Oni jen potřebují slyšet řeči typu "Nic není tak špatné aby se člověk zabil" Nedělej to, ne světě je plno krásných věcí" "A co tvá rodina, co láska? Lidem na tobě záleží".Potřebujou jen slyšet že lidem na něm záleží. To určitě, vždyť těm lidem je to úplně jedno, přemlouvají ale v duchy si říkají SKOČ aby měli další senzaci a o čem se doma u televize bavit. Nikdy bych se nesníželi k tomu, abych potřeboval téhle psychické podpory. Nevím proč ti lidi vždycky přemlouvají. Tomu člověku by se mělo říct, skoč, udělej to. On to stejně neudělá protože kdyby chtěl tak tam nečeká jak pako až přijdou lidi a začnou ho přemlouvat. Nakonec by slezl dolů ale bylo by mu fakt trapně, že je takový srab.	https://diskuse.doktorka.cz/sebevrazda	
ježiši.....to je názor 6 let...nikomu nic neřekl...začal fetovat.....no to je tragedie...a nakonec si to hodil????ale to nebylo díky akci z mládí.....prostě slaboch co si nasekal 6dětí..a potom si to hodil...díky že je o jednoho ***a méně.....		http://www.blesek.cz/diskuse/699775/1
Nevím, proč to někteří lidé musí řešit. Co je jim do druhých? Chceš se zabít. OK, tak se zabij. Dělej. Hotovo. Jejich problém, že jsou slabí. Přirozená selekce. Lidí je stejně jak...		https://www.idnes.cz/zpravy/domaci/sebevrazda-prevence-

		svetovy- den- prevence- sebevraz d- dusevni- zdravi- riaps.A18 0905_19 1745_do maci_lin v/diskuse
	sebevrah neni žádný hrdina ale zbabelec hrdinství je žít a se životem se poprat ne ze života utíkat a komplikovat pozustalym život..... a tím to stejně nekončí.... Každý člověk je na teto planete proto aby pochopil proč tu vlastně je až to pochopí tak se nemusí vracet	http://www.blesk.cz/diskuse/310519/1
Sebevražda nebo sebevražedné jednání je důsledkem selhání rodiny.	Nechápu, co by na tom mělo být sobeckého. Pokud rodina viděla, že je na tom daný člověk špatně, proč raději nepomohla?	http://www.zpovednice.cz/detail.php?statusik=630519
	vždyť ten kluk v té holce neměl evidentně vůbec žádnou oporu	http://www.zpovednice.cz/detail.php?statusik=630520
	Pozůstali jsou sobečtí, že mu nepomohli vyřešit jeho problémy zaživa, ne tím, že mu neschválí sebevraždu..	http://www.zpovednice.cz/detail.php?

		statusik= 630521
Sebevražda nebo sebevražed- né jednání je důsledkem selhání státu.	d'alší zbytočne skončený ľudský život - obeť tejto hnusnej doby, ktorú sme si dobrovoľne vytvorili a ďalej v tom pokračujeme. Bohužiaľ.....rodine vyslovujem úprimnú sústrasť.....	http://www.ahaonline.cz/clanek/musite-vedet/138322/sebevrazda-v-televizi.html
	Chtěl viset,tak se pověsil.To je demokracie,každý si dělá co chce	http://www.blesk.cz/diskuse/699775/1
	Spousta sebevražď je také motivována tím,že člověk nemá nikde zastání,dělá to sociální politika státu ruku v ruce s protilidovými zákony,zlodějskými firmami,exekutory a nemožnost se dovolat spravedlnosti.Tady žádný psychiatr nepomůže a pokud ano tak jen na chvíli a to nemluvím o tom,že toho psychiatra si nakonec zaplatíte sami.	http://www.halonyiny.cz/articles/view/847029
Člověk se sebevražed- ným jednáním nedokáže objektivně posoudit svoji situaci.	Nicméně mnohé sebevraždy jsou důsledkem emočního výkyvu, který je řešitelný a problém který vnímají je vladně spíš iluzorní.....něco jiného je když se zbije člověk nemocný bez vyhlídek na zlepšení a něco jiného je když se zabije mladej člověk protože neunesl rozchod s holkou.....v tom druhém případě sice emočně trpí a v danou chvíli vnímá situaci jako bezvýchodnou, ale je to iluzorní a především se s tím dá něco dělat, pokud by se mu dostalo psychologické pomoci....na rozíl od toho nemocného umírajícího který ví celkem s jistotou, že už ho nic moc pěkného nečeká.	https://www.dama.cz/clanek/jana-48-muj-syn-spachal-sebevrazdu-nedokaza

	<p>la-jsem- mu- pomocť/? showforu m=2</p>
<p>Clovek v depresi svet vnima jinak. Rozhodne nejde o svobodne rozhodnuti. Ten clovek ale nedokaze posoudit tu situaci racionalne. Ja jsem to zazil a zpetne vim, ze jsem nejednal dle sve svobodne vule.</p>	<p>https://www.idnes.cz/zpravy/domaci/sebevrazda-prevence-svetovy-den-prevence-sebevrazda-dusevni-zdravi-riaps.A180905_191745_domaci_linv/diskuse</p>
<p>Uvedomte si, v jakem myslenkovem rozpolozeni se nachazi clovek v tezke depresi. Meni to mysleni. Neni to sobecke, je to proste konecny zoufaly pokus ukoncit bolest duse. Dokud nezazijete stav masivni uzkosti, treba kazdy den nebo nejste</p>	<p>https://www.idnes.cz/zpravy/domaci/sebevraz</p>

	<p>v tezké depresi, nemůžete soudit. Uveďte si, že na to nahlížíte jako zdravý člověk.</p>	<p>da- prevence- svetovy- den- prevence- sebevraz d- dusevni- zdravi- riaps.A18 0905_19 1745_do maci_lin v/diskuse</p>
	<p>v zásadě souhlasím. Problém je, že člověk k tomu rozhodnutí většinou dospěje, když nemá úplně jasno v hlavě.</p>	<p>https://www.idnes.cz/zpravy/domaci/sebevrazda-prevence-svetovy-den-prevence-sebevrazd-dusevni-zdravi-riaps.A180905_191745_domaci_linv/diskuse</p>

<p>Lidé většinou páchají sebevraždu, protože neví, proč tady jsou a mají falešnou představu o svém bytí.</p>	<p>https://www.idnes.cz/zpravy/domaci/sebevrazda-prevence-svetovy-den-prevence-sebevrazd-d-usevni-zdravi-riaps.A180905_191745_domaci_linv/diskuse</p>
<p>Zločin to rozhodně není ani nemůže být. Pokud se člověk uchýlí k tomuto třeba ve chvíli zoufalosti z nešťastné lásky, finančního krachu, může to být zbytečné. Ale pokud je člověk např. vážně nemocný, trpí velkými bolestmi, ztratil soběstačnost, zůstal v nemoci osamocený není absolutně co odsuzovat. Odsuzovat může jen ten, co nezažil.</p>	<p>https://diskuse.doktorka.cz/sebevrazda</p>
<p>To, že se dostanou do nějakého stresu jen vyvolá jejich sobě střednou reakci, která nikomu neprospěje ani v konečném důsledku jim.</p>	<p>https://www.idnes.cz/zpravy/domaci/sebevrazda-prevence-svetovy-den-prevence</p>

		sebevrazd -dusevni- zdravi- riaps.A18 0905_191 745 doma ci_linv/dis kuse
Sebevražda je logickým řešením bezvýchodné situace.	<p>Proč se pořád díváme na sebevraždu jako na něco špatného?</p> <p>Pokud problémy, strasti a bolesti převáží nad radostmi ze života tak je sebevražda logické řešení. Proč se mám trápit? Je to můj život a moje volba. Samozřejmě zabít se a nechat tu nezabezpečené děti je srabárna, ale to nesouvisí se sebevraždou, to lze udělat aniž by se dotyčný zabil.</p>	https://w ww.idnes .cz/zprav y/domaci /sebevraz da- prevence- svetovy- den- prevence- sebevraz d- dusevni- zdravi- riaps.A18 0905_19 1745_do maci_lin v/diskuse
	<p>Dobrovolně odejít z tohoto světa by mělo být základní lidské právo. Pokud se tak člověk rozhodne, mělo by to být respektováno a nemělo by mu být bráněno. Je to jeho život a jen dotyčný má právo o něm rozhodovat, nikdo jiný.</p>	https://w ww.idnes .cz/zprav y/domaci /sebevraz da- prevence-

		svetovy- den- prevence- sebevraz d- dusevni- zdravi- riaps.A18 0905_19 1745_do maci_lin v/diskuse
	1. dle meho nazoru, kdo uz nema zadne resitelne vychodisko z nejake situace a je hodne silny voli tuto cestu2. vubec v danem momente neresi co okoli, ale jen svoji bezvyslednost a nekteri jsou schopni si strasne moc krute ublizit	https://diskuse.doktorika.cz/sebevrazda
Když chce někdo spáchat sebevraždu, už tomu nemůžeme zabránit.	kdo se chce zasebevraždit,tak to udělá,když se to nepovede,tak to zkouší znovu	https://www.dama.cz/clanek/jana-48-muj-syn-spachal-sebevrazdu-nedokazal-a-jsem-mu-pomoc/?showforum=1

<p>Ten, kdo se jednou pokusil o sebevraždu, se o ni pokusí i v budoucnu.</p>	<p>kdo se chce zasebevraždit,tak to udělá,když se to nepovede,tak to zkouší znovu</p>	<p>https://www.dama.cz/clanek/jana-48-muj-syn-spachal-sebevrazdu-ukazal-a-jsem-mu-pomoc/?s=1</p>
--	---	--

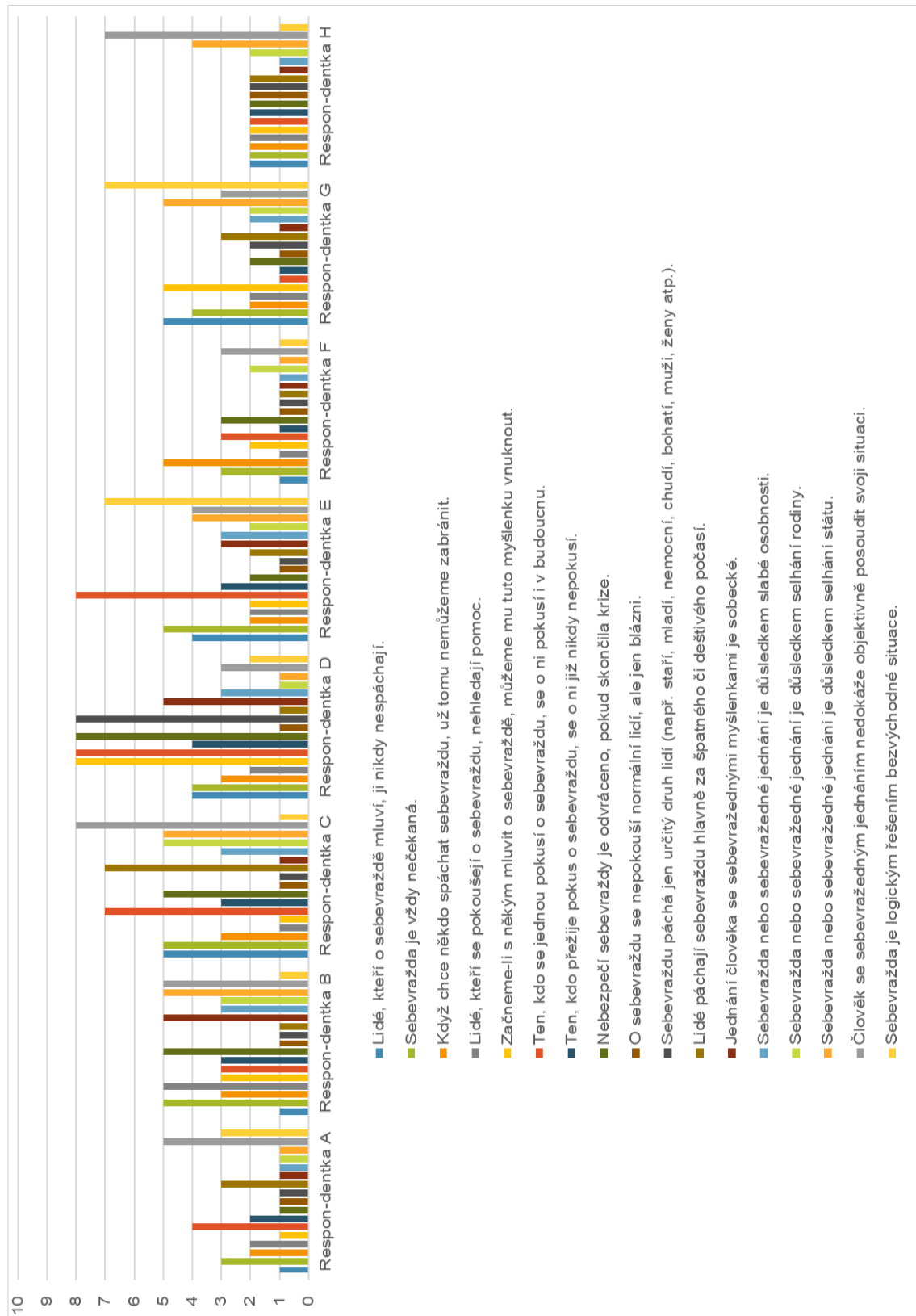
Zdroj: vlastní zpracování

Příloha B: Tabulka 4: Dotazník mapující výskyt mýtů o sebevražděném jednání u sociálních pracovníků

	Respon- dentka A	Respon- dentka B	Respon- dentka C	Respon- dentka D	Respon- dentka E	Respon- dentka F	Respon- dentka G	Respon- dentka H
Lidé, kteří o sebevraždě mluví, ji nikdy nespáchají.	1	1	5	4	4	1	5	2
Sebevražda je vždy nečekaná.	3	5	5	4	5	3	4	2
Když chce někdo spáchat sebevraždu, už tomu nemůžeme zabránit.	2	3	3	3	2	5	2	2
Lidé, kteří se pokoušejí o sebevraždu, nehledají pomoc.	2	5	1	2	2	1	2	2
Začneme-li s někým mluvit o sebevraždě, můžeme mu tuto myšlenku vnuknout.	1	3	1	8	2	2	5	2
Ten, kdo se jednou pokusí o sebevraždu, se o ni pokusí i v budoucnu.	4	3	7	8	8	3	1	2
Ten, kdo přežije pokus o sebevraždu, se o ni již nikdy nepokusí.	2	3	3	4	3	1	1	2
Nebezpečí sebevraždy je odvráceno, pokud skončila krize.	1	5	5	8	2	3	2	2
O sebevraždu se nepokouší normální lidé, ale jen blázni.	1	1	1	1	1	1	1	2
Sebevraždu páchá jen určitý druh lidí (např. staří, mladí, nemocní, chudí, bohatí, muži, ženy atp.).	1	1	1	8	1	1	2	2
Lidé páchají sebevraždu hlavně za špatného či deštivého počasí.	3	1	7	1	2	1	3	2
Jednání člověka se sebevražednými myšlenkami je sobecké.	1	5	1	5	3	1	1	1
Sebevražda nebo sebevražedné jednání je důsledkem slabé osobnosti.	1	3	3	3	3	1	2	1
Sebevražda nebo sebevražedné jednání je důsledkem selhání rodiny.	1	3	5	1	2	2	2	2
Sebevražda nebo sebevražedné jednání je důsledkem selhání státu.	1	5	5	1	4	1	5	4
Člověk se sebevražedným jednáním nedokáže objektivně posoudit svoji situaci.	5	5	8	3	4	3	3	7
Sebevražda je logickým řešením bezvýhodné situace.	3	1	1	2	7	1	7	1

Zdroj: vlastní zpracování

Příloha C: Graf 1: Mýty o sebevražedném jednání z pohledu sociálních pracovníků



Zdroj: vlastní zpracování

Příloha D: Vzor rozhovoru

V jaké službě ses setkala s klientem se sebevražedným jednáním?

Dobře, tak jo, já konkrétně pracuji ve službě podpora zaměstnání lidí s duševním onemocněním. Je to ambulantní služba a zároveň komunitní služba a těch klientů, kteří se k nám dostávají se zkušeností, že mají za sebou pokus o sebevraždu, nebo, to se nám bohužel taky stalo, že i během doby, co byly v naší službě, tak tu sebevraždu dokonali, tak se k nám jako dostává docela dost, protože už se jedná o lidi s duševním onemocněním, tak to je cílovka, který je bohužel tímhle zasažena docela dost. Tam ta autoagrese je hodně.

Můžeš popsat situaci, kdy ses setkala s konkrétním klientem se sebevražedným jednáním?

Jo, mám jednoho klienta, se kterým jsem se o tom bavila, protože se pokusil. Ten vyloženě prošel naší rehabilitací a našel si práci někde jinde a tam měl problémy na tom pracovišti a tehdy si myslel, že to vyřeší tím, že spáchá sebevraždu, ale nepodařilo se mu to. Vzal si hodně prášků, ale našel ho člen rodiny a pak, když se dal trochu dohromady, tak za mnou začal docházet zpátky.

Jak si postupovala při práci s tímto klientem?

Hodně opatrně, dobré říct, že jsme v naší službě s klienty hodně nablízko s tímto jsem před tím pracovala asi rok a půl a tím, že jsem ho měla před tím v rehabilitaci, takže jsme se každý den viděli na tři hodiny denně, takže tam ty vztahy jsou takový, jak to říct, není to tak, že bych tohoto člověka viděla na jednu hodinu za měsíc. Postupovala jsem opatrně, oťukávala jsem si, co s ním, kam s ním můžu zajít. Na začátku se o tom bavit nechtěl, a tak jsem čekala, až on bude cítit prostor proto se mi svěřit, ale v rámci naší služby jsem to řešili, jako co si z toho nějakým způsobem vzít, aby se třeba na příštím pracovišti necítil nucen k takovému jednání. Jestli že tam tehdy měl problémy s kolegou a měl z něj strach, tak místo toho, aby se někomu svěřil, tak prostě šel a přepráškoval se, protože už tam znovu nechce. Když už se rozhodl otevřít a věděla jsem, že už má třeba psychologa, se kterým to řeší a že je stabilizovaný, což máme ověřeno ze strany psychiatra, tak jsem se už hodně bavili o tom ze strany pracovního hlediska. Žádná krizová intervence, nic terapeutického poradenského tam úplně neprobíhalo.

Takže jste řešili jiné možnosti, jak reagovat na určité situace?

Přesně tak. Jaké jsou zdroje podpory v jeho okolí, ideálně přirozené zdroje z jeho rodiny anebo jako já jako pracovnice, kterou zná už roky, kór z oblasti zaměstnávání, tak jsme se o tom bavili způsobem, aby to napadlo jeho, Hodně jsem mu v tom ale pomáhala, protože to tak někdy s našimi klienty je. Nedá se očekávat, že dobře mířenými otázkami se dostaneme k tomu, že je něco napadne. Může tam být kognitivní disfunkce jako pod vlivem té medikace, která je u lidí s paranoidní schizofrenií taková hodně tlumící. Ne třeba u všech, ale u tohoto klienta třeba byla.

Trpěl tedy paranoidní schizofrenií?

Zrovna tento klient ano.

Jak ses rozhodovala, kdy budeš respektovat přání tohoto klienta a kdy ne. Kdy byla ta zodpovědnost úplně na něm a kdy jsi ji za něj přebírala.

Já teď úplně nerozumím, co by byla ta zodpovědnost, za jaké jednání. Jako kdybychom se třeba bavili o tom, že by to udělal znova, tak...?

Když přišlo na rozhodování o něčem, o jeho krocích, co bude a nebude dělat.

Jo takhle. No, přijde mi, že u nás je to tak u všech napůl. V rámci recovery přístupu se hodně snažíme, aby si ten člověk na to přicházel sám. Na druhou stranu, když na to nepřichází sám a nevidí důsledky svého jednání... V tomhle konkrétním rozhovoru to bylo tak, že „no je tam ten konkrétní kolega, tak já už tam prostě nikdy nepůjdu.“ „No a když se to stane v jiné práci zase?“ „No já nevím, asi bych udělal to stejné.“ Tak když to byl dlouhou dobu monolog takového zacykleného, že se tam nic nemění. Tak tam ten nápad hodím. Ale jinak zodpovědnost nepřebírám. Když je to něco, co musíme vyřešit, tak se zeptám, zda mohu sdílet svoji myšlenku, co mě k tomu napadá. Neradím. Nechávám klientovi prostor k vyjádření.

Jak jsi v tom období dávala svůj postup do souvislosti s etickými principy?

Co si budeme, já si ze školy nic nepamatuji a v práci jsem něco o etice četla možná, když jsem nastoupila. Mám svoji vlastní etiku, o které si myslím, že je dostatečná. Už nevím, co je v Etickém kodexu sociálního pracovníka.

Nevadí. Jaké jsou ty tvé etické principy, kterými si řídíš? Které jsi aplikovala při práci s tímto klientem?

Já to asi trochu zobecním. Nejen s tímto klientem, ale obecně to mám tak, že zohledňuji kontext daného klienta. Nesrovnávám ho s nikým jiným, chovám se k různým klientům

jinak. Snažím se přistupovat k tomu člověku na partnerské úrovni. Nevystupuji v žádné expertní roli. Respektuji klienta, snažím se ho zplnomocňovat. Rozhodně nedělám nic za něj a když, tak je to v případě, kdy není schopen ničeho.

Já nevím, co je vlastně všechno etika... Jsou hranice, které nepřekračuji, ale zároveň je nemám rigidní. S každým je to jiné. Neprotlačuji sebe, ale zároveň reflektuji své emoce. Když mě někdo naštvě, tak se hodí to sdílet, že jsem fakt naštvaná, aby viděl, co jeho chování způsobuje.

Jak nazíráš na sebevražedné jednání nebo jak ses k tomu stavěla u tohoto klienta?

Já mám u většiny lidí asi takový nepopulární přístup. Pokud je to podle Van der Laana, kdy si člověk je schopen vytvořit uvážlivé rozhodnutí, má to promyšlené a ví veškeré důsledky svého jednání včetně ovlivnění jiných lidí, beru to tak, že je to jeho rozhodnutí. A to i v případě, že se to týká sebevraždy. U těch lidí s duševním onemocněním je to tedy těžší, protože bych musela zvážit, zda člověk není zrovna v nějaké psychóze.

Jak jsi to měla u tohoto klienta?

Tak u tohoto klienta, kdybychom se snažili mapovat to tyhle důvody proč to udělal tak on sám nebyl schopný uvést důvody. (klient) Já jsem nevěděl co mám dělat styděl jsem to někomu říct, tak šup vzal jsem si prášky a v afektu jsem to udělal. SP - Tak tam jsem se bavili o tom co dělat aby se to neopakovalo. To je úplně jiný případ. Nikdy dřív to neudělal.

Jak jsi dávala svůj postup do souvislosti se standardy?

Standardy vůbec nevím, to byla mimořádná situace. Ty vůbec nevím.

Mimořádné situace jsou také ve standardech.

Fakt?

Jojo, ty rizikové situace.

No vidíš, tak mimořádné situace. Tak to jo, k tomu bych, takhle. Tohle jsem si do kontextu nedala. Já jsem prostě. Já jsem nebyl při mimořádné situaci, nebo při ničem a fakt jsem nad tím nějak nepřemýšlela. Já jestli jsem řešila to jak máme zpracovaný mimořádné situace, protože mě zajímalo jak na agresivního klienta. Na sebevražedného klienta prosto k nám do služby se upřímně nedostane člověk, který by v tu chvíli vykazoval nějaký sebevražedný jednání a když, tak je to hodně výjimečné a je to většinou, že je v naší službě nějakou dobu a najednou tam prostě sklouzne na vlně té nemoci do toho relapsu, ale ještě jsem nebyla u toho, že v tu chvíli by hrozilo, že člověk spáchá

sebevraždu. Podle tohoto bych přesně měla vědět co mám dělat, a protože to máme mít zpracované a podle tohoto bych to nevěděla. Třeba něco trošku malinko vím, ale není to díky tomu, co máme zpracované v organizaci a taky to nevím moc dlouho a nemohla jsem to nikde uplatnit.

To je z krizovky nějak, to, co vím. Tu jsem měla ze začátku roku a od té doby jsme byli zavření v lockdownu, takže jsem z krizovky využila něco, určitě, ale v úplně jiných případech. Vůbec se to tohoto netýkalo.

Jak se na základě toho, že se pokusil o sebevraždu, změnilo plánování?

Zanesli jsme to do něj, že pracujeme s tím, že on takhle nedávno zareagoval že pokud by na pracovišti došlo k tomu, že se bude cítit způsobem, který popisoval, který vedl k tomu, že se pokusil o sebevraždu, tak co by jako mohl tam udělat. A snažili jsme se o tom se bavit tím způsobem, aby si to on vymýšlel, ale u tohoto klienta i u jiných klientů z paranoidní schizofrenií, která je dlouhodobá, ani tam nejsou vlny, je to furt takový jako tak jsem mu pomáhala to vymýšlet. Přesně si nevzpomenu, co jako, tam na tom místě má jít za svojí nadřízenou, který je tam vždy a třeba ji popsat, co se stalo. Nebo že mně může zavolat, nebo mojí kolegyni a domluvit si schůzku a probrat to. Tam jsme hodně mapovali ty zdroje, se kterými to může řešit.

Jaké tam byli ještě zdroje?

Dali jsme si to doplánu.

Ty jsi načala nějakou sociální oporu a spolupráci s dalšími odborníky?

Ano.

Jak se to změnilo od doby, kdy se pokusil o sebevraždu?

Moc ne, tam se stalo, že jsem se to dověděla od jeho maminky. On je hodně pod nadvládou rodičů, že ho k ničemu moc nepustí, ale funguje spolupráce s rodiči. Dozvěděla jsem se to tedy od maminky a my máme vyloženě ve svých stanovách, že spolupracujeme s psychiatrií, klienti to podepisují ve smlouvě, kterou máme o vstupu do služby, a máme od nich telefonní číslo se souhlasem, že je můžeme kontaktovat, tak jsem tohle vyloženě udělala. Kontaktovala jsem psychiatra a od té doby jsem s ním v kontaktu nebyla, ale proto, že nebylo úplně potřeba. Klient se relativně brzo stabilizoval, pravidelně se mnou komunikoval, a já jsem věděla, že mlhu kontaktovat psychiatra znovu, kdyby se mi něco nezdálo, abychom tomu předešli, ale nebylo potřeba.

Základní práva se promítají do standardů a do etiky, změnilo se nějak jeho právo na osobní svobodu, svobodu pohybu, ochranu soukromí?

Ne vůbec. Tohle se mění spíš na základě zadlužení, ale jinak vůbec.

Kterými právními normami ses ještě řídila?

To je dobrý, no já nevím. Víím, že mám nějakou nahlašovací povinnost, kdyby já nevím co, ale to ani nevím, jestli je to právní norma, ježkovy zraky. Já nevím.

V pořádku. Můžeš mi popsat, zda byla vůči tomu klientovi zavedena nějaká opatření omezující pohyb?

Nenenene, nebo jako byl hospitalizovaný, takže vlastně krátkodobě jakoby ano. To je hodně klientů, když se nad tím zamyslím takhle, ale to je vlastně nedobrovolná hospitalizace, což bylo i v tomto případě, ale on si může podepsat reverz, za chvíli, a on nebyl hospitalizovaný dlouhou asi jen tři týdny. Tak na tři týdny prostě.

Tak to nebylo v rámci vaší služby, že?

Jo v rámci naší služby, tak to vůbec ne.

A ta opatření omezující pohyb jsou v paragrafu 89 a týkají se toho, když klient může sobě nebo někomu jinému vážně ublížit.

Na tohle bychom u nás nebyli nikdy připravení. Vůbec. Tohle určitě není zpracované, to jsem v životě neslyšela a nemyslím si, že by to moji kolegové věděli nebo že bychom tam měli nějaké prostředky, už vůbec ne ve službách zaměřující se na zplnomocňování. Jdeme úplně jiným směrem.

Je něco, co bys chtěla doplnit?

Asi ne.