

SLEZSKÁ UNIVERZITA V OPAVĚ
Fakulta veřejných politik v Opavě

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Opava 2021

Marie Tešlová

SLEZSKÁ UNIVERZITA V OPAVĚ

Fakulta veřejných politik v Opavě
Ústav pedagogických a psychologických věd

Marie Tešlová

Studijní program: Specializace v pedagogice
Studijní obor: Sociální patologie a prevence

Suicidální chování v adolescenci a její dopad na rodinu
Suicidal Behavior in Adolescence and the Impact on the Family

Bakalářská práce

Opava 2021

PhDr. Naděžda Špatenková, Ph.D.
vedoucí BP

Abstrakt

Bakalářská práce je zaměřena na suicidální chování v adolescenci a jeho dopad na rodinu. Teoretická část se zabývá základními pojmy spojenými se sebevraždou a poskytuje základní poznatky o vývojovém stádiu adolescence. Vymezuje formy suicidálního jednání, jeho způsoby, motivy, rizikové faktory, možnosti pomoci, prevence a jeho dopad na rodinu. V praktické části je vypracovaná přehledová studie primárních výzkumů k této problematice. Cílem této části bakalářské práce je s využitím sekundární analýzy zjistit dostupné informace o prevenci suicidálního chování adolescentů v aktuálních článcích.

Klíčová slova

suicidium, adolescence, dopad na rodinu, prevence, sekundární analýza

Abstract

The bachelor thesis is focused on the suicidal behavior of adolescents and its impact on the family. The theoretical part deals with the basic concepts associated with suicide and provides basic knowledge about the developmental stage of adolescence. It defines the forms of suicidal behavior, its methods, motives, risk factors, possibilities of help, prevention and its impact on the family. In the practical part, an overview study of primary research on this issue is prepared. The aim of the practical part of bachelor thesis is to use secondary analysis to find out available information on the prevention of suicidal behavior by adolescents in current articles.

Keywords

suicide, adolescence, impact on family, prevention, secondary analysis

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Akademický rok: 2020/2021

Zadávací ústav:	Ústav pedagogických a psychologických věd
Studentka:	Marie Tešlová
UČO:	47469
Program:	Specializace v pedagogice
Obor:	Sociální patologie a prevence
Téma práce:	Suicidální chování v adolescenci a její dopad na rodinu
Téma práce anglicky:	Suicidal Behavior in Adolescence and the Impact on the Family
Zadání:	Bakalářská práce je zaměřena na suicidální chování v adolescenci a její dopad na rodinu. Teoretická část shrnuje základní poznatky o problematice sebevražd a adolescence. Vymezuje formy, způsoby, motivy a rizikové faktory suicidálního chování. Dále popisuje dopad sebevražd na rodinu. Cílem praktické části je s využitím sekundární analýzy zjistit povědomí o sebevraždách v aktuálních člancích a publikacích.
Literatura:	<p>CARR-GREGG, M. Psychické problémy v dospívání. Praha: Portál, 2012. ISBN 978- 80-262-0062-8.</p> <p>FISCHER, S. a ŠKODA, J. Sociální patologie: závažné sociálně patologické jevy, příčiny, prevence, možnosti řešení. 2. rozšířené a aktualizované vydání. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-5046-0.</p> <p>HORT, V. a kol. Dětská a adolescentní psychiatrie. 2. vydání. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-404-5.</p> <p>KOUTEK, J. a KOCOURKOVÁ, J. Sebevražedné chování: současné poznatky o suicidalitě a její specifika u dětí a dospívajících. 2. vydání. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-349-9.</p> <p>MASARYK, T. G. Sebevražda hromadným jevem společenským moderní osvěty. 5. české vydání. Praha: Masarykův ústav AV ČR, 2002. ISBN 80-86495-13-2.</p> <p>MONESTIER, M. Dějiny sebevražd: dějiny, techniky a zvláštnosti dobrovolné smrti. Praha: Dybbuk, 2003. ISBN 80-903001-8-9.</p> <p>MÜHLPACHR, P. Sociopatologie. Brno: Masarykova univerzita, 2008. ISBN 978-80-210-4550-7.</p> <p>ŠPATENKOVÁ, N. a kol. Krize a krizová intervence. Praha: Grada, 2017. ISBN 978-80- 247-5327-0.</p> <p>VÁGNEROVÁ, M. Vývojová psychologie: dětství a dospívání. 2. rozšířené a přepracované vydání. Praha: Karolinum, 2012. ISBN 978-80-246-2153-1.</p>

VÁGNEROVÁ, M. Současná psychopatologie pro pomáhající profese. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0696-5.

Vedoucí práce: PhDr. Naděžda Špatenková, Ph.D.

Datum zadání práce: 28. 2. 2020

Souhlasím se zadáním (podpis, datum):

.....
vedoucí ústavu

Čestné prohlášení

Tuto práci jsem vypracovala samostatně, veškeré literární prameny a informační zdroje, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použitých informačních zdrojů. Prohlašuji, že elektronická verze práce je shodná s verzí tištěnou. Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce a zveřejněním její elektronické verze na počítačích v Univerzitní knihovně Slezské univerzity v Opavě podle Pravidel o způsobu zveřejňování závěrečných prací na Slezské univerzitě v Opavě, v platném znění.

.....

Poděkování

Touto cestou bych chtěla poděkovat PhDr. Naděždě Špatenkové, Ph.D., za rady, které mi k mé bakalářské práci poskytla, za čas, který mi věnovala, a v neposlední řadě za trpělivost. A hlavně mojí mamince, za lásku, pomoc v nelehkých životních situacích a za všechno, co pro mě dělá. Moc si jí vážím a jsem ráda, že jsem její dcerou.

Obsah

Úvod.....	9
1 Adolescence	11
2 Suicidální chování.....	13
3 Způsoby a motivy suicidálního jednání	16
4 Rizikové faktory suicidálního chování v adolescenci	19
5 Varovné signály suicidálního chování adolescentů	22
6 Možnosti pomoci suicidálním adolescentům během varovných signálů	24
7 Prevence suicidálního chování v adolescenci	27
8 Dopad suicidia na rodinu.....	29
9 Praktická část.....	33
9.1 Shrnutí vybraných výzkumů.....	38
9.2 Porovnání a diskuze	44
Závěr	46
Seznam použitých zdrojů.....	48

Úvod

Bakalářská práce je zaměřena na suicidální chování v adolescenci a jeho dopad na rodinu. Autorka se pro téma bakalářské práce s touto problematikou rozhodla z toho důvodu, jelikož se o něj zajímala a naskytla se tak možnost prohloubení si svých znalostí. Jelikož je studentkou oboru Sociální patologie a prevence, zaměřila se na závažný patologický jev suicidální chování. Vzhledem k oboru, je pochopitelné, že součástí je i prevence, kterou tak umocní vazbu mezi tématem a studovaným oborem. Cílovou skupinu adolescentů si zvolila, z důvodu že by v budoucnu chtěla právě s mladistvými pracovat. Cílem teoretické části bakalářské práce je poskytnout informace o suicidálním chování v adolescenci, jeho dopadem na rodinu a prevenci tohoto sociálně-patologického jevu.

Práce se v teoretické části zabývá základními poznatky o problematice sebevražd a adolescence. V první kapitole jsou popsána vývojová specifika dospívání a jeho fáze. V druhé je pak vysvětlen pojem suicidium, formy a jejich spojitost s obdobím adolescence. Ve třetí jsou nastíněny některé motivy a způsoby sebevražedného jednání. Čtvrtá kapitola pojednává o rizikových faktorech, které na jedince působí a mohou tak podpořit toto patologické chování. Pátá upozorňuje na varovné signály, kterých by si okolí mělo všimnout. Šestá se zabývá možnostmi, jak suicidálnímu jedinci pomoci. Sedmá shrnuje poznatky o prevenci, jaké jsou druhy, kdy a kým jsou poskytovány, a jaké má prevence suicidálního chování mladistvých aspekty. Dále popisuje dopad sebevražd na rodinu.

Poslední a neméně důležitou kapitolou je praktická část, která má za cíl zjistit dostupné informace o prevenci suicidálního chování adolescentů v aktuálních člancích. Zvolenou metodou je sekundární analýza. Na začátku je zvolena výzkumná otázka, ze které se později určí klíčová slova, jež se společně s pomocí booleovských operátorů vloží do předem zvolených databází. Tyto databáze vyhledají články, které vytvoří základ zkoumání. Poté se pomocí daných kritérií vyselektují studie, které neodpovídají zvolené problematice nebo nesplňují určité náležitosti. Zbývající články představíme a pokusíme se tak odpovědět na počáteční výzkumnou otázku.

Suicidialita je sociálně patologický jev, o kterém je potřeba hovořit, aby se zabránilo jeho rozšiřování. Obzvláště v rámci cílové skupiny adolescentů, kteří jsou ve vývojové fázi, která v nich zanechává zmatek, a mnohdy nedokážou zátěžové situace zvládat. V dospívání člověk přechází z dítěte na dospělého jedince, takže se v něm i tyto dvě strany mísí. To způsobuje jejich zvýšenou emotivnost a impulzivitu. Vedou se v nich

souboje rolí, chtějí být již nezávislým dospělým, ale nechtějí přijmout zodpovědnost, která je s touto životní etapou spjata. Je důležité, aby měli zázemí, kam se mohou vrátet a kde bude někdo, kdo se o ně bude zajímat a bude je brát takové, jací jsou. Dospívající začínají řešit problémy, kterými se dříve zabývat nemuseli. Mnohdy si neví rady, jak se zachovat nebo jak tento problém vyřešit. A jelikož nevidí jinou možnost řešení, uchýlí se k myšlence na sebevraždu.

1 Adolescence

Každý člověk si prochází vývojovými fázemi. Jednotlivé životní etapy mají svá specifika. Tato bakalářská práce se zabývá obdobím adolescence.

Adolescence nebo tzv. pozdní dětství je období začínající pubertou a probíhá ve věku 12/13–19 let (Thorová 2015, str. 414).

Podle Vágnerové (2012, str. 367–368) tato fáze života začíná o několik let dříve, konkrétně v 10 letech, a končí později, ve 20 letech. Zdůrazňuje, že se jedinec nemění jen biologicky, ale mění se také jeho osobnost, která je ovlivňována psychickými a sociálními faktory. Jedinec se hledá a zbavuje se dětské podoby svého „já“. Chce mít více svobody, ale nechce přijímat povinnost a zodpovědnost, které se týkají období dospělosti.

Hort a kol. (2008, str. 38–39) doplňují, že v dospívání se mění také celá řada dalších věcí, například vztah s rodiči, s vrstevníky, sexualita, sociální začlenění v nových institucích (škola, práce) a rozvíjení identity (nalezení sama sebe).

Různí autoři (Thorová, 2015; Sobotková a kol., 2014; Carr-Gregg, 2012; Vašutová a kol., 2010; Hort a kol., 2008; Macek, 2003) člení období adolescence různým způsobem. Pro účely této bakalářské práce je zvoleno rozdělení adolescence dle Vágnerové (2012, str. 369–372), kdy se adolescence dělí na dvě fáze:

- **Raná adolescence** – období mezi 11. až 15. rokem. Někdy je tato fáze nazývána jako pubescence, a to podle tzv. puberty, kterou v tomto období jedinec prochází. Jedná se o pohlavní dozrávání, k němuž neodmyslitelně patří i tělesné změny. Mění se také myšlení, které je více abstraktní, jedinec dokáže uvažovat i nad smyšlenými variantami. Hormonální změny, které u dospívajícího probíhají, ovlivňují i jeho emoce, kterými jsou jeho hodnocení zabarveny. Snaží se odtrhnout od rodiny, velkou roli pro něj hrají jeho vrstevníci, kamarádi, dokonce i jeho první vztahy. V sociální oblasti představuje zlom ukončení základní školy a následné vybírání profesního zaměření.
- **Pozdní adolescence** – trvá od 15 do 20 let. Jedinec dává větší důraz na individualitu, sebepoznání a snaží se rozvíjet vlastní identitu. Zde jedinec často zažívá svůj první sex. Osobnost se začíná více formovat a důležité pro její rozvoj jsou společenské role a utváření si identity. Významnou událostí je ukončení střední školy, nástup do zaměstnání nebo pokračování v dalším vzdělávání. Spolu s tím si adolescent tvoří nové společenské role, které jsou

významnější než role dětské. Vztahy s rodiči se uklidní a partnerské se prohlubují. Další důležitou životní etapou je dovršení 18 let.

Adolescenti intenzivněji prožívají pocity, jejich reakce jsou nepřiměřené a impulzivní, nechtějí projevovat své city. Zároveň nedokážou dobře zvládat kritiku (Vágnerová, 2012, str. 390–393).

Mladiství mají časté změny nálad a problémy se soustředěním. Jsou častěji unavení, apatičtí a tento stav je doplněn o krátké fáze aktivity, to způsobuje další potíže, jako například nechutenství, špatný spánek aj. (Langmeier a Krejčířová, 2006).

Vysoké požadavky ve škole, které jsou kladeny pedagogy na znalosti mladistvých, mnohdy způsobí snížení sebeúcty. Jedinec, který nedosahuje dostatečných školních výsledků, může být frustrován a později se začne izolovat (Macek, 2003, str. 78).

Na své dospívající děti mají rodiče velký vliv. Adolescenti se je snaží napodobovat, ať už v pozitivním či negativním smyslu. Hodně studií ukazuje, že jak pro rizika zdravotní, tak především pro sociálně-patologické jevy je chování jejich rodičů nejsilnější předvídatelná proměnná (Jaccard a Dittus, 1991, in Macek, 2003, str. 78).

S vývojem adolescentů se zvyšuje i vliv kamarádů, spolužáků a dalších vrstevníků, kteří jsou pro něj středem zájmu a ve všem jim důvěřují. V této době už pro ně nejsou prioritou rodiče, ale kamarádi (Macek, 2003, str. 78).

Dítě se v tomto období oprošťuje od rodiny. To však závisí na vztahu dítěte s rodiči, jestli ho vychovával jen jeden z rodičů a na způsobu, jakým rodič na tuto skutečnost reaguje. Muže se vyskytnout i tzv. hostilní závislost, což znamená, že dospívající rodiče odmítá, ale není schopen se od nich uvolnit (Hort a kol., 2008, str. 38).

Je to proces, který je pro zúčastněné těžký. Pokud jsou však rodiče otevření a dokáží s ním komunikovat a flexibilně reagovat, prohloubí se tak důvěra adolescenta (Stantrock, 2012, in Vágnerová, 2012, str. 400).

2 Suicidální chování

Suicidálním chováním se rozumí vyvrcholení psychického procesu. Neobjevuje se jen tak, má určitý vývoj. Při něm by se toto patologické chování mělo včas rozpoznat, a aby se eliminovalo riziko sebevražedného chování, měla by být jedinci poskytnuta vhodná intervence.

Suicidium je slovo původně pocházející z latiny a v překladu znamená sebevražda.

V dospívání je sebevražedné jednání druhou nejčastější příčinou smrti (Mühlpachr, 2008, str. 117).

Problematikou suicidia se jako první v České republice zabýval T. G. Masaryk, který rozlišuje sebevraždu dvojitým způsobem. A to:

- **V širším slova smyslu** nepřírozený čin, který nebyl způsoben úmyslně. Ať už pozitivním, nebo negativním přístupem k nebezpečí.
- **V užším slova smyslu** úmyslné a vědomé ukončení života. Jedinec si je vědom toho, co dělá, a svým činem se chce usmrtit (Masaryk, 2002, str. 16).

Praško (2006, in Fischer a Škoda, 2014, str. 70) se pak zmiňuje o tzv. Ringelově presuicidálním syndromu, který je definován jako symptomy, které jsou na začátku suicidálního chování. Jedná se o **zmenšení a omezení jedincova prostoru**, jedinec se cítí sám, izolovaný, neví, co má dělat, jak se zachovat, a svůj život pokládá za bezvýznamný. Dále pak o **autoagresivitu**, kdy se jedinec nenávidí a má na sebe zlost. A poslední jsou **sebevražedné fantazie**, kdy mu přemýšlení o sebevraždě poskytuje uspokojení.

Kluckhohn (1954, in Mühlpachr, 2008, str. 128) říká: „*Čím méně je kultura tolerantní k nedostatkům a čím méně sociálně schválených cest nabízí, tím větší je predispozice pro sebevražednost.*“

Suicidální chování podle Koutka a Kocourkové (2007, str. 27–30) i podle Horta a kol. (2008, str. 405) má tyto čtyři formy:

- suicidální myšlenky,
- suicidální tendence,
- suicidální pokus,
- dokonané suicidium.

Suicidální myšlenky zahrnují uvažování o spáchání sebevraždy, ne však za účelem realizace. Mohou být buď myšlenky egosyntonní, které jedinci nejsou cizí a souhlasí s nimi, a naproti tomu egodystonní, jejichž majitel se jich snaží zbavit, ale ony se i přesto opět objevily. O **suicidální tendenci** hovoříme, když je již čin připraven, například je sepsán dopis nebo připravený provaz (Koutek a Kocourková, 2007, str. 28).

Suicidální pokus Koutek a Kocourková (2007, str. 28–29) popisují jako čin, který je proveden za účelem zemřít, avšak bez úspěchu. Tato forma se nejčastěji vyskytuje u adolescentů. Při pokusech jsou použity měkké metody (např. předávkování se léky), k pokusu dochází spontánním, málo promyšleným způsobem.

Höschl a kol. (2004, str. 644) potvrzují, že je velmi těžké rozlišit, zda se jednalo o nepovedené suicidium nebo o suicidální pokus. Při pokusu se může jednat jen o přivolání pozornosti, pomoci.

Oba výše zmínění autoři hovoří také o parasuicidii, u něhož se ale neshodují v definici. Höschl a kol. (2004, str. 644) o parasuicidii hovoří jako o synonymu k suicidálnímu pokusu, kdežto Koutek a Kocourková (2007, str. 29) o něm hovoří jako o sebepoškozování, je zde absence úmyslu zemřít.

„Dokonané suicidium je sebepoškozující akt s následkem smrti, který je způsoben sebou samým s vědomým úmyslem zemřít.“ (Koutek a Kocourková, 2007, str. 29).

Matoušek (2008, str. 185) definuje suicidální jednání takto: *„Akt chování, kterým člověk poškozuje své zdraví se záměrem se usmrtit. Tento záměr může být více nebo méně vědomý, více nebo méně závažný.“*

Další definici nám nabízí Vágnerová (2014, str. 445): *„Sebevraždu lze definovat jako extrémní formu sebedestruktivity, která se projevuje násilným jednáním spojeným s úmyslem dobrovolně zničit vlastní život.“*

Pro účely bakalářské práce se jako nejvhodnější jeví následující definice: *„Sebevraždou rozumíme provedení jednání, kterým došlo k úmrtí z vlastní vůle a vlastního přičinění zemřelého.“* (Mühlpachr, 2008, str. 117).

Koutek a Kocourková (2007, str. 30) doplňují, že sem patří i tzv. protrahované suicidální jednání, kdy se adolescent pokusí předávkovat léky, zjistí, že použité množství nebylo dostačující, a v průběhu dalších dní prvotní dávku navýší. Postup opakuje tak dlouho, dokud nebude vést ke smrti.

Počet dokonáných sebevražd a suicidálních pokusů se během pozdní adolescence navyšuje. V tomto období se jedinec dostává do situací, kdy si neví rady. Ztratil smysl života, není spokojen s tím, jak žije, se vztahy, které má, je bezradný a nezná důvod, proč je stále naživu. Hlavním důvodem tohoto jednání je citové hodnocení situace a racionálně pro něj v tuto chvíli nehraje žádnou roli (Vágnerová, 2014, str. 457).

Podle ústavu zdravotnických informací a statistiky, zkráceně ÚZIS, (2016) je v České republice z celkového počtu 1395 dokonáných sebevražd 46 spácháno adolescenty.

Prajsová a kol. (2018, str. 16–31) provedli analýzu, kdy studovali projevy suicidálního chování u adolescentů žijících v České republice. Studie se zúčastnilo 5 999 respondentů ve věku 15 až 19 let. Zjišťování probíhalo formou dotazníku a bylo dokázáno, že existenci jakékoliv formy suicidálního chování připustilo zhruba 27,2 % adolescentů, konkrétně suicidální myšlenky 7,3 %, suicidální tendence 13,6 % a suicidální pokusy 6,3 %.

Dokonané sebevraždy jsou rozšířenější mezi chlapci. U dívek jsou pak častější suicidální pokusy. Je to zapříčiněno hlavně způsobem konání suicidia (Mühlpachr, 2008, str. 117).

Nejvíce suicidia se koná v dubnu. Dále to jsou pak měsíce březen, květen a leden. Nejméně sebevražd se vyskytuje ve dvanáctém měsíci. U mužského pohlaví je dokonané suicidium nejčastěji vykonáno v dopoledních hodinách. U ženského jsou zvoleny nejčastěji hodiny večerní, konkrétně 18. až 22. hodina. Co se ročního období týká, tak zde jsou také preferovány konkrétní období. Nejrizikovějším obdobím je jaro a léto. Je to zapříčiněno tím, že v tomto období se častěji objevují depresivní onemocnění (Mühlpachr, 2008, str. 128-129).

3 Způsoby a motivy suicidálního jednání

Způsoby suicidálního jednání můžeme rozdělit na tzv. měkké a tvrdé. Měkké metody jsou ty, kterých když jedinec využije, nezpůsobí smrt hned, je větší možnost na záchranu. Patří sem například předávkování léky a řezné rány. Tvrdé pak vedou k velmi rychlému, až okamžitému usmrcení. Řadí se sem zabití se střelnou zbraní nebo skok z výšky (Koutek a Kocourková, 2007, str. 34).

Podle Monestiera (2003, str. 15–18) mají na výběr způsobu sebevraždy vliv jednotlivé faktory. Například prostředí, urbanizace nebo dostupnost prostředků. Lidé, kteří žijí na odlehlých místech, se spíše oběsí, lidé, kteří bydlí ve městech, pak častěji skáčou z okna. Autor udává, že i jednotlivá roční období mají podstatný vliv. V Evropě narůstá počet oběšení a utopení v červenci a říjnu. V březnu a dubnu otrava plynem. V letním období jsou často používané střelné zbraně, skok z okna a jedy.

„Suicidální jednání je vyvoláno podnětem, na který je nutno hledět spíše jako na spouštěč. Skutečná příčina spočívá v naprosté většině případů v řadě kumulujících se problémů a zátěžových situací. Sklony k sebevražednému aktu mají určitou latenci. Neočekávané a náhlé jednání je ojedinělé.“ (Fischer a Škoda, 2014, str. 63).

Latence se podle Vágnerové (2014, str. 455) rozděluje do tří fází:

- **Úvahy o sebevraždě.** Jedinec má určité problémy, o kterých si myslí, že je nedokáže vyřešit. Jako východisko se mu zdá dobré zvolit sebevraždu, ale je si vědom i jiných možností. Vše tedy prozatím probíhá pouze v mysli. Je pro něj typické uvažování „... i to je možnost“.
- **Plánování.** Člověk již sebevraždu přijal jako jediné řešení a zjišťuje možnosti, jak by to mohl provést. Kde ji uskutečnit a jakým způsobem, dává si dohromady i plusy, minusy a jaký prostředek se pro něj jeví jako nejdostupnější a nejvhodnější. Výstižný je výrok „Jak to uskutečnit?“ (Praško, 2006, in Vágnerová, 2014).
- **Uskutečnění.** Vše, o čem přemýšlel a na co se připravoval, je nyní uskutečněno. Takzvaně „Jdu do toho“.

Na základě motivace lze rozdělit několik variant suicidálního aktu.

Za **bilanční sebevraždu** se označuje čin, kdy si jedinec sám zvolil zemřít, aby se vyhnul větší bolesti (Hosák a kol., 2015, str. 72). Je to pečlivě rozmyšlená

a připravená sebevražda, člověk si je svým jednáním zcela jistý. Snaží se tak vyřešit dlouhodobou těžkou zátěž (Vágnerová, 2014, str. 447).

Impulzivní suicidium je způsobeno náhlým impulzivním jednáním. Adolescent si nepřeje zemřít, pouze jedná v afektu (Vágnerová, 2014, str. 448). Je to akt využívaný pro vydírání, pomstu nebo pouze pro snahu na sebe upozornit (Fischer a Škoda, 2014, str. 63).

Protrahovanou sebevraždu, o které již byla v práci řeč, definuje Vágnerová (2014, str. 448) jako ničení sebe sama za pomoci drog, špatného životního stylu atd.

Sebeobětování je podle Höchl a kol. (2004, str. 644) zabití se za účelem prospěchu pro větší skupinu lidí.

Za účelem zjištění motivu se často používá tzv. psychologická pitva, kdy se zjišťují informace o sebevrahovi, o tom, proč k sebevraždě došlo, za jakých okolností, proč bylo zvoleno právě toto období atp. (Höchl a kol., 2004, str. 644).

Studenti, kteří zažili sociální šikanu, mají vyšší pravděpodobnost spáchání sebevražedného pokusu, ve srovnání s jinými formy šikany. Bylo zjištěno, že jednobodový nárůst této formy šikany souvisel s 28% nárůstem pokusů o sebevraždu (Brunstein a kol., 2016, Barzilay a kol. 2016, in Wassermanová, 2016). Motivem také může být nespokojenost se známkami, špatný prospěch, vysoké požadavky před zkoušky anebo ze strany rodičů (Koutek, 2008, Národní centrum zdravotnických informací, 2009-2018, in Emmerová, 2018).

Adolescenti provádějí sebevraždu, jelikož neví, jak se dostat z těžké situace (Emmerová, 2018). Může to být impulzivní akt v situacích, kdy ji oni hodnotí jako zranitelnou, jsou to například různé konflikty nebo ztráty blízkého (Koutek, 2008, in Emmerová, 2018). Ztrátu blízkého jedince ve studii uvedli i Lee a kol. (2019). Impulzivitu jako riziko sebevraždy hodnotí May a kol. (2016).

Dalšími motivy jsou: hádky v rodině, ukončení partnerských vztahů adolescentů, tlak ze strany vrstevníků, nebo jejich pouhá nápodoba (Koutek, 2008, in Emmerová, 2018). Mezilidské vztahy zazněly i ve výzkumu May a kol. (2016). Ve studii Lee a kol. (2019) byly ve vzorku respondentů interpersonální vztahy se 79,9 % hlavním motivem suicidálního pokusu.

U adolescentů bývá motivem k sebevražednému pokusu zklamání, když neuspějí. Nebo zoufalství, když se objeví problém, který nikdy před tím neřešili. Zde jsou časté

suicidální pokusy, které jsou emočně zabarvené a je to pro ně způsob jak přivolat pomoc (Emmerová, 2018).

Podle May a kol. (2016) měli dospívající pro sebevražedné jednání následující motivy: bezmocnost, strach, nízké sebevědomí, přitížení v životě, útek od reality, řešení vlastních problémů a hledání pomoci. Motiv, který podpořili dospívající v pokusech o sebevraždu, odráží jejich emocionální bolesti. Nevěří, že se jejich problém vyřeší, jsou beznadějní. To nesouhlasí s tvrzením, že dospívající se pokouší o sebevraždu hlavně kvůli upoutání pozornosti na sebe, nebo přivolání pomoci (Hawton et al., 1982, in May a kol., 2016). Nelze tyto možnosti však zcela vyloučit, jelikož někteří z respondentů je jako motiv uvedli (May a kol., 2016).

Rizikem jsou i psychologické problémy (Lee a kol., 2019; May a kol., 2016). Kelleher a kol. (2012, in Wassermanová, 2016) doplňuje, že dospívající, kteří trpí psychotickými příznaky, mají až 70krát vyšší pravděpodobnost akutních pokusů o sebevraždu.

Dalšími motivy sebevražd jsou ekonomické problémy 4,3 %, onemocnění 1,4 % (Lee a kol., 2019), ale také osamostatnění se, způsobeno odstěhováním od rodičů, kvůli obavám, že budou více zatěžováni (May a kol., 2016).

4 Rizikové faktory suicidálního chování v adolescenci

Období adolescence je těžké a vyvíjí na jedince určitý tlak. Proto je tato vývojová fáze velmi riziková pro suicidální chování.

Prajsová a kol. (2018, str. 16–31) provedli studii, která ukázala, že adolescenti mají společné rizikové faktory sebevražedného jednání (nespokojenost se vztahem k otci a sebevražda v jejich okruhu), ale i protektivní faktory (spokojenost se životem, dobrý duševní stav bez depresí a úzkosti). Pro chlapce způsobuje větší riziko nespokojenost ve vztahu s matkou, u dívek je to zejména sociální odcizení, které se u chlapců vůbec neobjevilo.

Podle studie Koutka a Kocourkové (2006, str. 132) se jako nejvýznamnější rizikový faktor ukázal konflikt v rodině. Dále pak následovaly studijní či pracovní problémy, problémy s vrstevníky, s partnerem aj.

Rizikových faktorů suicidality je mnoho, pro lepší přehlednost jsou podle Fischera a Škody (2014, str. 68–74) rozděleny do pěti skupin. Záleží přitom, z jakého hlediska je na suicidální chování pohlíženo.

Jako první jsou **faktory demografické**. Z hlediska věku je nejvyšší riziko suicidálního chování v adolescenci, krátce po ní a později ve stáří. Muži jsou až pětinasobně náchylnější než ženy (Fischer a Škoda, 2014, str. 71–72).

Dále **faktory medicínské**. Patří sem hlavně fyzické nemoci. Jedinec je nejvíce ohrožený v období, kdy je mu diagnostikováno těžké nebo akutní onemocnění. Později se riziko zvyšuje s pomyšlením na bolesti, které mohou přijít s chorobou, na léčbu, která může být ubíjející a nepříjemná, a na léky, které mohou mít mnoho nežádoucích účinků (Praško, 2008, in Fischer a Škoda, 2014, str. 69).

Remschmidt (1992, in Fischer a Škoda, 2014, str. 69) tvrdí, že tento faktor vyvolává pokus o sebevraždu pouze u 5 % adolescentů.

Dle Fischera a Škody (2014, str. 69) je počet dokonaných sebevražd v terminálním stadiu u pacientů daleko větší, než prokazují statistické souhrny. Je tomu tak proto, že lékaři chtějí pomoci pozůstalým, aby jim v procesu truchlení nebylo ještě přitíženo sociálními, ekonomickými nebo náboženskými důsledky, které jsou se spácháním suicidia spjaty. Proto zmiňování lékaři suicidium jako příčinu smrti neuvádějí.

Psychické faktory jsou při suicidálním jednání podstatné. Velké riziko je u psychických onemocnění, jako jsou deprese, posttraumatické stresové poruchy, úzkostné poruchy apod. (Borger, 2000, in Fischer a Škoda, 2014, str. 69).

Carr-Gregg (2012, str. 124–125) uvádí jako další faktory psychózu, poruchy příjmu potravy, předchozí suicidální pokus a další. Mühlpachr (2008, str. 124) dále zmiňuje poruchy chování, psychózy a závislosti na drogách. Z jedné třetiny dokončených suicidií je příčinou duševní nemoc či psychická porucha. Zde je poměr chlapců a dívek zcela vyrovnaný, věk také nehraje podstatnou roli (Vágnerová, 2014, str. 449).

Sociální faktory jsou v období adolescence nejrizikovější. Nejčastějším problémem je konflikt v rodině. Další riziko představují dlouhodobě nefunkční rodinné vztahy, ať už s rodiči, nebo sourozenci, ztráta blízkých osob, citová deprivace, ale také zneužívání, týrání apod. (Koutek a Kocourková, 2007, str. 40).

Dále Fischer a Škoda (2014, str. 73) uvádějí, že vliv má i sociální status rodičů, vztahy s vrstevníky či partnerské problémy (motiv až u 50 % adolescentů). Anebo také jakákoliv konfrontace se suicidiem, ať už v kruhu rodiny, mezi kamarády, spolužáky, a jejich identifikování se s tímto činem. Koutek a Kocourková (2007, str. 43) doplňují, že se může jednat i o nezaměstnanost rodičů nebo osamostatnění adolescentů. Carr-Gregg (2012, str. 125) sděluje, že rizikové může být i časté stěhování rodiny.

Na pomezí sociálních a psychických faktorů Mühlpachr (2008, str. 128–129) uvádí takzvané psychosociální vlivy. Patří sem poruchy osobnosti, které jsou způsobené smrtí rodičů, zneužíváním, chudobou, ale také nechtěné manželství a rodičovství u mladých žen.

Jako poslední jsou **faktory dědičnosti**. K nim Hawton a Fortune (2008, in Vágnerová, 2014) říkají: *„pro dědičné dispozice má významný vliv narušení serotoninového systému, které se projeví zvýšenou tendencí reagovat na stresující události impulzivně a neschopností kontroly impulzivního chování. Lidé, kteří spáchali sebevraždu, měli v mozkomíšním moku sníženou koncentraci serotoninu a jeho metabolitů.“*

Koukolík a Drtilová (1996, str. 213) dodávají, že vysoké riziko sebevražd je u jednovaječných dvojčat.

Rozsávalová (2015, in Emmerová, 2018) uvádí jako rizikový faktor sebepoškození, kdy je výrazně zvýšeno riziko suicidality než v běžné populaci. Koutek (2018, in Emmerová, 2018) doplňuje, že sebepoškození nemusí mít motiv zabít se, ale určitě je to rizikový faktor.

Porovnání adolescentů, kteří se sebepoškozují, a ti kteří ne, ve vybraných formách suicidia: sebevražedné myšlenky (75,45 % vs. 17,04 %), plány (55,28 % vs. 9,22 %), pokusy (25,93 % vs. 1,21 %). Tyto údaje říkají, že podstatně více jedinců, ve srovnání s těmi, kteří nemají sebepoškozující chování, mají větší suicidální tendence (Pawłowska a kol., 2016).

Získané výsledky ze studie naznačují, že v celé zkoumané skupině studentů je sebepoškozování doprovázeno motivy, jako jsou pocit bezmoci, odmítnutí, osamělost, pocit viny, hněv, impulzivita, touha po pomstě, problémy s učením, konflikty s rodiči, vrstevníky a užívání psychoaktivních látek. U dívek to je hlavně pocit bezmoci, osamělost, odmítnutí a konflikty s rodiči, u chlapců pocit bezmoci, viny, hněvu a školních problémů (Pawłowska a kol., 2016). To odpovídá názorům dalších odborníků, kteří jako motiv sebepoškozování uvedli: impulzivitou, touha uniknout z obtížného situace (Steele a Doey, 2007, in Pawłowska a kol., 2016) a zmírnění negativních emocí (Fox a Hawton, 2004, in Pawłowska a kol., 2016) jako jsou: pocit bezmocnosti, vina a hněv (Lloyd-Richardson a kol., 2007, in Pawłowska a kol., 2016) i horší komunikace s rodiči (Taliaferro a kol. 2012, in Pawłowska a kol., 2016). Taliaferro a kol. (2012, in Pawłowska a kol., 2016) doplňuje, že adolescenti, kteří mají sklony k sebepoškozování, mohou být oběti fyzického týrání.

5 Varovné signály suicidálního chování adolescentů

Suicidální jednání nepřichází jen tak, ale předchází mu prodromální příznaky, které nemusí být ostatními rozpoznány. Avšak pokud si jich okolí všimne, tak jsou často bagatelizovány.

Důležité je si uvědomit, že ve většině případů sebevraždy nejde o samotné usmrcení se. Jedná se o přivolání pomoci někoho, kdo si jedince všimne a pomůže mu vyřešit problémy, se kterými si on neví rady. Je důležité sledovat, jestli jedinec nevysílá varovné signály. Existují i organizace, které jsou uzpůsobeny k tomu, aby dokázaly s touto problematikou pomoci, jedná se například o linky důvěry nebo centra krizové intervence (Vágnerová, 2014, str. 461).

Adolescenti vydávají tzv. varovné signály suicidálního jednání. Aby se zabránilo suicidálnímu chování, je důležité si těchto výstražných znamení všimnout. Dospívajícímu poté věnovat více pozornosti a následně s ním začít pracovat. Bohužel si tyto signály blízcí suicidálního jedince uvědomí až zpětně s odstupem času (Carr-Gregg, 2012, str. 125).

Až u čtyř případů z pěti je dopředu jasné, co se bude dít. Sebevraždy se nedějí bez počátečního signálu. Někdy jsou to znamení na první pohled zřejmá, a proto jedinec doufá, že si toho někdo z okolí všimne a nabídne mu jinou možnost řešení. Tato rada je v tomto okamžiku velmi potřebná (Frankel a Kranzová, 1998, str. 116).

Mezi nejvýznamnější varovné signály suicidálního chování dle Frankela a Kranzové (1998, str. 117–118) patří:

- **Rozdávání majetku** – největší důraz je v tomto směru potřeba zaměřit na předměty, které mají pro jedince velký osobní význam. Může to být doprovázeno větami jako: „Už to nechci.“ nebo „Na, vezmi si to.“
- **Negativní poznatky o budoucnosti** – ve smyslu negativního vztahu k sobě samému ve spojení s budoucností. „Nebudu vás už obtěžovat.“
- **Poznámky o budoucnosti beze mne** – „Škoda, že jsme se dnes viděli naposled.“
- **Zájem o smrt, o umírání a o to, co bude po smrti** – neustávající zájem o smrt a vše spojené s ní. Jedinec je zaujatý posmrtným životem nebo popisuje ukončení života jako klidný a dobrý odchod.
- **Příznaky těžké deprese** – změny ve vnějším vzhledu, změna spánkového režimu, depresivní nálady, ztráta energie, vše, co jedince obvykle těšilo, mu teď již nepřináší radost apod.

Carr-Gregg (2012, str. 126) doplňuje, že adolescenti se o problematiku smrti zajímají, ať už kladou otázky, či vyhledávají hudbu nebo filmy s tematikou smrti. Dále si doporučuje všimnout dalších signálů, jako je zanedbávání péče o sebe, školy, nebaví ho věci, které mu dříve působily radost, agrese, změny ve spánku či jídle apod.

Okolí adolescenta by mohla zajímat tzv. sebevražedná triáda, do které patří: „*negativní pohled na sebe samého, negativní pohled na události kolem a negativní výhled do budoucna.*“ Toto jsou však obvyklé charakteristické vlastnosti adolescentů, takže je velice těžké tyto rysy a varovné signály suicidálního jednání od sebe diferencovat (Špatenková, 2017, str. 249).

6 Možnosti pomoci suicidálním adolescentům během varovných signálů

Když už si člověk neví rady a uchýlí se k některé z forem suicidálního jednání, tak vysílá varovné signály, jak již bylo zmíněno v kapitole č. 5. Takovému jedinci by měla být v této situaci poskytnuta pomoc.

Pomoc v krizových situacích můžeme rozdělit do dvou skupin, a to formální a neformální. Do neformální můžeme zařadit svépomoc, kam patří jedincovy možnosti a dovednosti, jak si sám sobě v krizi dokáže pomoci. Dále pak obranné mechanismy, které jedinec vlastní, a tzv. copingové strategie neboli strategie zvládání (Špatenková, 2017, str. 22–23).

Další neformální pomocí je pomoc vzájemná, již můžeme podle Baštecké (2009, in Špatenková, 2017, str. 25) definovat jako kooperovanou pomoc lidí v okolí jedince, který si krizí prochází. Tato pomoc je velmi významná, realizuje se v sociálním klimatu, které je adolescentovi dobře známé, a za účasti emocionálnosti je založena na opravdovém zájmu. Patří zde také první psychologická pomoc, jedná se o poskytnutí pomoci každého člověka, jako je například přítel, známý ale i cizí člověk, který je přítomen v situacích, které to žádají. Cílem takovéto pomoci je adolescenta stabilizovat a případně mu doporučit následnou odbornou péči (Špatenková, 2017, str. 25, 27).

Následuje formální neboli instituciovaná pomoc, která nastupuje v okamžiku, kdy neformální pomoc nestačí či není z různých důvodů poskytnuta. Dále o ní budeme hovořit jako o krizové pomoci neboli krizové intervenci. Ta je tvořena od linek důvěry až po vysoce specializovanou psychiatrickou péči a hospitalizaci. Krizová intervence v tomto případě zahrnuje pomoc praktickou, psychologickou a zdravotnickou (Špatenková, 2017, str. 42–44).

Krizová intervence má podle Špatenkové (2017, str. 52–90) následující formy:

- prezenční pomoc, která zahrnuje terénní a pobytové služby a ambulantní pomoc,
- distanční formu pomoci, kam se řadí telefonická a internetová pomoc,

Krizový intervent je člověk, který absolvoval výcvik krizové intervence a je dostatečně teoreticky i prakticky způsobilý. Avšak i všichni ostatní by měli intervenovat a poskytnout právě výše zmíněnou první psychologickou pomoc (Špatenková a kol., 2017, str. 119)

Krizový intervent při suicidálním chování poskytuje své služby ve třech případech – před suicidálním pokusem, po jeho neúspěšném vykonání a po dokonaném suicidiu (Špatenková a kol., 2017, str. 250).

Před sebevražedným pokusem se krizová intervence poskytuje tváří v tvář anebo pomocí telefonického spojení, které má mnoho výhod, jako například okamžitou pomoc, bez nutnosti dostavení se na místo, kde se klient nachází. Taková intervence se snaží utlumit tendenci k suicidiu. Napomáhá i k tomu, aby klient již nezužoval své vazby, ať už s rodinou nebo přáteli, může hovořit o negativních emocích, které se v něm nahromadily, řeší se problémy, které jsou pro něj bezvýchodné (Špatenková a kol., 2017, str. 251).

Hosák a kol. (2015, str. 547) doplňují, že se může pomoc poskytnout také online, například prostřednictvím webových stránek Modré linky nebo Linky bezpečí.

Krizová intervence **po pokusu o sebevraždu** se jako první zaměřuje na somatický stav klienta, zda nepotřebuje lékařské ošetření. Dále pak na jeho psychický stav (Špatenková a kol., 2017, str. 250). Novalis a kol. (1999, str. 294–295, in Špatenková a kol., 2017, str. 250) zmínili, aby se terapie zaměřila hlavně na léčbu symptomů. Je nutné zjistit, jaké je další riziko patologického chování. Pokusit se přijít na motivy, pomoci klientovi řešit problémy jiným způsobem a poskytnout mu oporu.

Po pokusu je důležité, aby byla adolescentovi poskytnuta terapeutická či psychoterapeutická péče (Špatenková a kol., 2017, str. 255). Ta by se podle Novalise, Rojcewicze a Peeleho (1999, in Špatenková, 2017, str. 255) měla zaměřovat na:

- léčbu symptomů nebo duševní poruchy,
- suicidální úvahy,
- motivy suicidia,
- porozumění smrti, sebevraždě a její důsledek,
- nalezení způsobu, jak jinak řešit problémy než suicidálním chováním,
- minimalizování přístupu k prostředkům sebevražedného chování včetně alkoholu a drog,
- poskytnutí opory,
- zabránění tomu, aby jedinec neměl nadbytek medikamentů, a také předejít utajeným dávkám, ovšem za předpokladu, že jsou léky předepsány,
- včasné oznámení terapeutovy nepřítomnosti.

Diagnosticko-terapeutický proces, který vykonává psycholog či psychiatr, se zaměřuje na zvládnání aktuální krize i na snížení rizika sebevraždy. Nejlepší volbou jsou protektivní metody terapie. I při tomto procesu je kontakt s rodinou velmi důležitý,

rozhovor s nimi je cenný nejen díky získávání dalších informací, ale působí se na ně psychoterapeuticky, aby pak mohli svému dítěti dát plnou podporu, kterou potřebuje. Tím se oprostí od svých negativních pocitů vůči němu (vztek, pocit viny apod.) (Mühlpachr, 2008, str. 127).

Pokud suicidální jedinec trpí zároveň i psychickou poruchou, je doporučená psychiatrická péče. Tito lidé však v suicidální populaci tvoří menšinu. U ostatních je vhodná krizová intervence nebo jiná psychoterapie. Dobrovolná či nedobrovolná hospitalizace je vhodná pro ty, kteří mají vysoké riziko na opětovné provedení suicidálního pokusu či dokonaného suicidia (Matoušek, 2008, str. 186).

Každý adolescent, který má jakoukoliv formu suicidálního jednání, by měl být psychiatricky vyšetřen. Zjišťuje se, v jaké fázi je, jestli o tom přemýšlí, nebo si již shromáždí prostředky. Je potřeba zjistit, jestli jsou přítomné deprese nebo jiné psychické poruchy. Velmi důležité je přijít na to, jaký má dospívající motiv, jestli je to kvůli problémům s přáteli, rodiči nebo ve vzdělávání. Důraz se klade i na to, zda se již v minulosti pokusil o sebevraždu. Pokud se tak již stalo, zaměřuje se více na to, zda chtěl jedinec opravdu zemřít, nebo pouze přivolat pomoc ve své svízelné situaci (Hort a kol., 2008, str. 408).

Krátkodobá hospitalizace dospívajícího, by mohla být přínosem také pro rodinu. Zejména, aby se všichni členové rodiny do nové situace adaptovali. Následně je pak doporučená psychoterapie a rodinná terapie. (Mühlpachr, 2008, str. 127).

Je potřeba pracovat s celou rodinou, jelikož když má jeden člen rodiny suicidální tendence, ovlivňuje to celou rodinu. Mnohdy se stává, že rodiče jsou až moc protektivní a adolescent je pak ve větším riziku zopakovat svůj čin (Hort a kol., 2008, str. 408–409).

Podle Hosáka a kol. (2015, str. 544) se „*při hodnocení rizika suicidia nám mohou pomoci i posuzovací škály, zaměřené na problematiku suicidia (event. deprese nebo prožívání beznaděje), a to buď sebehodnotící (např. Suicide Behaviors Questionnaire – Revised, Beck Scale for Suicide Behavior Ideation, Suicide Probability Scale), nebo škály a dotazníky vedené formou rozhovoru s vyšetřujícím (např. Scale for Suicide Ideation, Suicide Intent Scale, Suicide Behavior Interview).*“ Jelikož je sebevražedné chování spjata s nedostatkem serotoninu, mohla by se rizika suicidální tendence v budoucnu identifikovat z krve (Hosák a kol., 2015, str. 541, 544).

7 Prevence suicidálního chování v adolescenci

Při každém patologickém jevu je důležitá prevence a není tomu jinak ani při problematice suicidia. Jedinci při ní mohou objevit i jiné možnosti řešení při pro ně nevyřešitelných situacích, mohou lépe chápat své pocity nebo se mohou naučit, jak pomoci druhým.

Světová zdravotnická organizace určila den 10. září jako Světový den prevence sebevražd. Je to celosvětová akce, kdy se organizace snaží informovat veřejnost o tomto problému (Hosák a kol., 2015, str. 547).

Rozlišují se tři druhy prevence – primární, sekundární a terciární. Primární se zaměřuje na adolescenty, kteří ještě se suicidálním chováním nepřišli do styku. Snaží se zmírnit rizikové faktory, posiluje faktory protektivní a podporuje duševní pohodu (Fischer a Škoda, 2014, str. 75).

Podle Koutka a Kocourkové (2007, str. 106) se primární prevence ještě dále dělí na:

- **Univerzální preventivní intervenci** – je zaměřena na všechny adolescenty. Učí se, jak řešit krizové situace a jak postupovat, když si s těžkostmi nedokáží poradit sami.
- **Selektivní preventivní intervenci** – zde se zaměřuje již na jedince, kteří mají větší riziko sebevražedného chování, jež se vyhodnocuje na základě rizikových faktorů. Mohou to být dospívající, kteří mají například problémy se socializací, v rodině nebo jsou závislí na nějakých návykových látkách.
- **Indikovanou preventivní intervenci** – je použita v případě, kdy jedinec již vykazuje některé znaky či symptomy, například dítě v krizové situaci, s depresivními náznaky, se sníženou sebedůvěrou a sebehodnocením.

Sekundární prevence je ta, která se provádí při těžké životní situaci. A terciární neboli postsuicidální prevence je poskytována jedincům, kteří svůj sebevražedný pokus přežili. V terciární prevenci je důležité, aby se člověk naučil zvládat krize, frustraci a případný neúspěch (Hosák a kol., 2015, str. 547).

Prevenici poskytuje celá řada krizových a poradenských sítí, například krizová centra, psychiatrické i psychoterapeutické ambulance či pedagogicko-psychologické poradny (Hosák a kol., 2015, str. 547). V rámci prevence jsou důležité i linky důvěry (Höschl a kol., 2004; Fischer a Škoda, 2014; Hosák a kol., 2015). Ale mohou to být i různé podpůrné skupiny

Prevence ve školách je velmi významná, jelikož naučí mladistvé, jak zacházet s krizemi. Dokáže zvýšit sebeúctu a snaží se vypořádat se šikanou. Důležitá je i správná

léčba duševních poruch, které se u suicidálního chování vyskytují (Hosák a kol., 2015, str. 547). U pacientů, kteří byli léčeni lithiem, se ukázalo, že dochází ke snížení sebevražedného chování, po jeho vysazení riziko opět stouplá (Höschl a kol., 2004, str. 647).

Významná jsou i opatření, která eliminují přístup k prostředkům, například omezení volně prodejných jedů, záchytné sítě na mostech nebo jiná větší opatření vlakových a dopravních míst (Hosák a kol., 2015, str. 547).

Prevence sebevražedného jednání u mladistvých má podle Koutka a Kocourkové (2007, str. 109) tyto aspekty:

- zmírnění přístupu k prostředkům ke spáchání suicidia,
- lidem starajícím se o adolescenta předání informací o možnostech výskytu sebevražedného chování, rizikových faktorech, zdůraznění podpory rodiny či jiné odborné pomoci,
- profesionální výcvik odborníků (jsou jimi například učitelé a lékaři), kteří pečují o mladistvého, aby byli schopni rozpoznat sebevražedné riziko adolescenta a zareagovat na něj,
- specializovaný psychoterapeutický výcvik pro psychology nebo pedopsychiatry, kteří přicházejí do kontaktu s rizikovou mládeží v rámci instituciované pomoci.

8 Dopad suicidia na rodinu

Suicidalita adolescentního jedince zajisté zasáhne jeho blízké okolí. To se po zjištění, že kolem sebe mají suicidálního mladistvého, postaví jinak. Vztahy v tomto sociálním okruhu se mohou stát disfunkční. Bohužel dostupné informace o dopadu suicidálního chování na rodinu jsou velmi omezené.

V uskutečněných studiích se vyskytují dva hlavní problémy. Prvním je, že se studie zabývají pouze každým pozůstalým zvlášť (např. rodičem, přítelem, kamarádem). Už se nebere v potaz odlišnost reakce každého jedince na sebevraždu blízkého ani to, jak se navzájem ovlivňují, případně jak spolu na toto téma dokáží komunikovat. Druhý problém je, že není brán zřetel na vztahy v rodině, které byly před sebevraždou. Tím jsou limitovány důsledky sebevraždy na rodinu (Cerel a kol., 2008, str. 38).

Rodina si prochází různými fázemi po sebevraždě adolescenta. První fází je šok, kdy sebevražda je pro členy rodiny překvapením. I když mohli vědět, že má jedinec suicidální představy, neočekávali, že se tyto představy uskuteční. Snaží se přijít na to, co se stalo, a s nepochopením situace pak nastupuje zoufalství. S tím jsou spojené i konspirace, zda opravdu spáchal sebevraždu, nebo jestli to není jen zastřená vražda (Dutra a kol., 2018, str. 2149–2150).

Další fáze je naučit se žít s následky ztráty blízkého. Sebevražda člena rodiny je určitým traumatem pro celou rodinu, zanechává za sebou stopy a těžkosti, na které není lehké zapomenout. Pokud člen rodiny nalezne tělo, nedokáže tento obraz z hlavy odstranit (Dutra a kol., 2018, str. 2149–2150).

Kromě vypořádání se se smrtí se rodina musí vyrovnat i se stigmatizací, kterou má společnost ohledně sebevraždy. Společnost potřebuje vysvětlení, které v tuto chvíli nemá ani rodina, a rychle je odsoudí. Takže se pak rodina cítí provinile (Dutra a kol., 2018, str. 2149–2150).

Patří sem i problémy finanční. Členové rodiny neztratili jen dalšího člena, ale také osobu, která se podílela a živobytí, pokud je již zaměstnán/a. Toto opět rozbourává atmosféru v rodině. Cítí se ztracení, neví, jak tuto další ránu zacelit, a to narušuje dynamiku chodu domácnosti. Utrpení po sebevraždě se stává rizikovým faktorem pro zdravý život, objevují se duševní poruchy, což je další těžkost v přijetí smrti po sebevraždě (Dutra a kol., 2018, str. 2149–2150).

Poslední fází je přestavba života. Během truchlení členové hledali pomoc, aby se mohli znovu postavit na vlastní nohy. Mnozí našli pomoc v Bohu, v podpoře od sousedů nebo přátel. Rovněž byla zdůrazněna podpora ze strany zdravotníků, hlavně

tedy psychologa. Někteří členové mohou dát ale přednost izolaci, a vypořádat se tak se ztrátou svým vlastním způsobem. V tomto období jsou členové rodiny obzvláště zranitelní a potřebují se podporovat navzájem, aby znovu ucelili rodinnou strukturu (Dutra a kol., 2018, str. 2149–2150).

Suicidalita má velký dopad na společenské vztahy, které jsou po sebevraždě výraznější (Callahan, 2000; Seguin a kol., 1995; Thompson a Range, 1991, in Cerel a kol., 2008, str. 39). Z toho vyplývá, že sociální instituce, jako škola, zaměstnání či náboženské skupiny, mohou mít velký vliv na to, jak se jedinci budou se sebevraždou vypořádávat (Range, 1998, in Cerel a kol., 2008, str. 39).

Nejzávažnější dopad suicidia je narušení sociálních kontaktů pozůstalých, hlavně ve fázi, kdy si jedinec dává za vinu suicidální jednání blízkého. Na pozůstalé je poukazováno a nedostává se jim pochopení, které by jim pomohlo (Range, 1998; Stillion, 1996, in Cerel a kol., 2008, str. 39). Společnost mnohdy ani neví, jak má reagovat na ztrátu způsobenou sebevraždou, a tak se raději pozůstalým vyhýbá a nekomunikuje s nimi (Range, 1998; Wagner a Calhoun, 1992, in Cerel a kol., 2008, str. 39).

Subjektivně je na ně poukazováno jako na ty, kteří si zaslouží pocítit vinu. Což je pro ně obzvláště těžké, když jim právě zemřelo dítě (Range, Bright a Ginn, 1985; Reynolds a Cimboric, 1988, in Cerel a kol., 2008, str. 39). Nicméně je dobré zmínit také to, že ani utajování příčiny smrti není východiskem (McIntosh, 1987, in Cerel a kol., 2008, str. 39). Dlouhodobé zatajování spáchání sebevraždy blízké osoby způsobuje dysfunkci rodiny, a to může mít špatný vliv na psychologický vývoj jedince (Jordan a kol., 1993; Walsh a McGoldrick, 1991, in Cerel a kol., 2008, str. 39).

Pozůstalí si vyčítají své činy, které vůči svému dítěti projevili, nebo naopak neprojevili. A i kdyby došli k závěru, že nejsou plně zodpovědní za jeho smrt, berou si za vinu, že včas nedokázali rozeznat náznaky a zabránit tak sebevraždě (Range a kol., 1985; Reynolds a Cimboric, 1988, in Cerel a kol., 2008, str. 39).

Cerel a kol. (2008, str. 42–43) poukazují na zanedbávání zájmu o pozůstalé po sebevraždách. I když se z pochopitelných důvodů zabývají spíše prevencí sebevraždy, i tento faktor je velmi důležitý pro další zkoumání. Kdyby bylo známo, jaké přesné důsledky sebevražda na rodinu má, pak bude lépe vymezeno, jak jim v této nelehké situaci pomoci. Truchlení pozůstalých po sebevraždách je daleko komplikovanější než truchlení po jiné příčině smrti. Mají také větší náchylnost ke spáchání dalšího suicidia. To znamená, že dobrá intervence je vlastně také prevence.

V rodině došlo nejen k narušení dynamiky a problémům v sociální komunikaci, izolaci, ale také k emocionálním problémům. Rodina se snaží s touto ztrátou vypořádat

(Špatenková, 2014, str. 122). Například podle Lindemanna a Greera (1953, in Špatenková a kol., 2014, str. 122) to může být pomocí „obětního beránka“, který je podle členů rodiny za sebevraždu zodpovědný. Nebo podle Špatenkové a kol. (2017, str. 258) to může být vymyšlení si jiných způsobů úmrtí, aby to nenarušilo rodinnou stabilitu.

Sebevražda blízkého je pro pozůstalé velmi těžce zvládnutelná. Když je neformální pomoc, jako je například svépomoc či vzájemná pomoc, nedostatečná, tak je dobré využít krizové intervence (Špatenková a kol., 2017, str. 22), zaměřené nejen na jedince, ale i na jeho rodinu (Špatenková a kol., 2017, str. 256). Krizovou intervencí se rozumí odborná specializovaná pomoc lidem, kteří se dostali do krize (Špatenková a kol., 2017, str. 42).

Po nezdařeném pokusu by se mělo intervenovat v několika oblastech. V rodině by se měla omezit zloba vůči suicidálnímu jedinci, zároveň by mu měli být schopni pomoci a zajistit mu pocit bezpečí. Krizová intervence by rovněž měla podpořit rodinné příslušníky, aby se s touto situací dokázali smířit, a také by měla klást důraz na správné fungování rodiny, hlavně na přijetí ostatních takových, jací jsou (Špatenková a kol., 2017, str. 256).

A v neposlední řadě by se též mělo zamezit sebevražedným tendencím dalším členům rodiny (Badura–Madej, 1999, str. 184, in Špatenková a kol., 2017, str. 256).

Přítomnost krizového intervenanta je důležitá zejména při prvním setkání s jedincem po suicidálním pokusu, který neví, jaký k němu jeho rodina zaujme postoj. Ale i rodina bude mít pochybnosti, jak se k suicidálnímu jedinci zachovat (Špatenková a kol., 2017, str. 256–257).

Po dokončeném suicidiu je krizová intervence náročnější, jelikož tato událost je pro pozůstalé velmi traumatizující. Snaží se přijít na to, proč se jedinec chtěl zabít a jestli tomu mohli zabránit. Cítí pocity viny a mohou mít potřebu se trestat za to, co se stalo. Mají v sobě hodně negativních emocí, bojí se, co na to řeknou ostatní, jestli je za to neodsoudí. Od těchto skutečností se budou chtít oprostít, a mohou se proto sebepoškozovat nebo oni sami mohou spáchat sebevraždu (Špatenková a kol., 2017, str. 257).

„Ti, kteří zažili sebevraždu někoho blízkého, prožívají obvykle tyto pocity: vina, smutek, vztek, strach, bezmoc, hanba, znechucení, odmítnutí, úlevu.“ (Frankel a Kranzová, 1998, str. 123–124).

Proto by se podle Špatenkové a kol. (2017, str. 259) měla intervence věnovat hlavně následujícímu:

- zaměřit se na regulování negativních emocí,
- vysvětlit, že jejich pocit viny není založen na reálné skutečnosti, a pokud tomu tak je, tak naučit jedince s tímto pocitem žít,

- naučit je, aby na jedince vzpomínali na takového, jaký skutečně byl, ne pouze v pozitivním, či negativním smyslu,
- je důležité pracovat na odstranění pocitu osamělosti pozůstalých,
- zabránit vytvoření nepravdivých skutečností o smrti člena rodiny,
- začlenit jedince do podpůrných skupin.

9 Praktická část

Cílem praktické části je zjistit dostupné informace o prevenci suicidálního jednání v adolescenci za pomoci kvalitativního výzkumu, konkrétně sekundární analýzy již realizovaných studií.

Výzkumný postup se podle Coopera (1982, str. 291) skládá z následujících kroků:

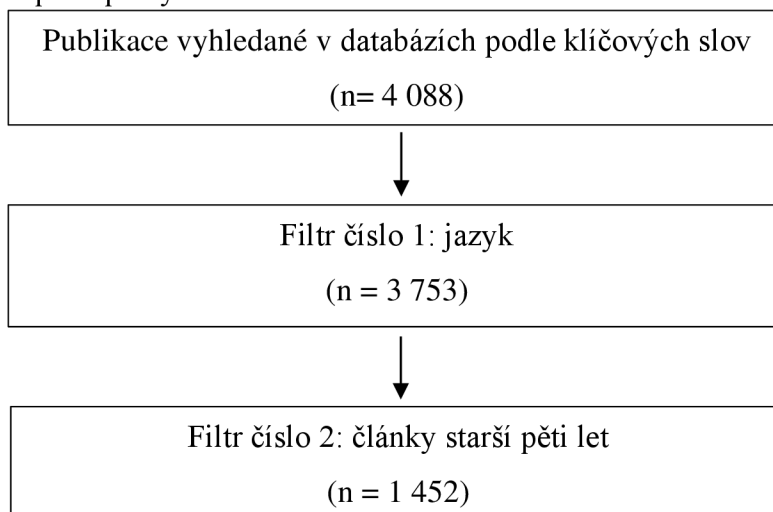
1. formulace problému,
2. sběr dat,
3. vyhodnocení kvality dat,
4. analýza a interpretace dat,
5. prezentace výsledků.

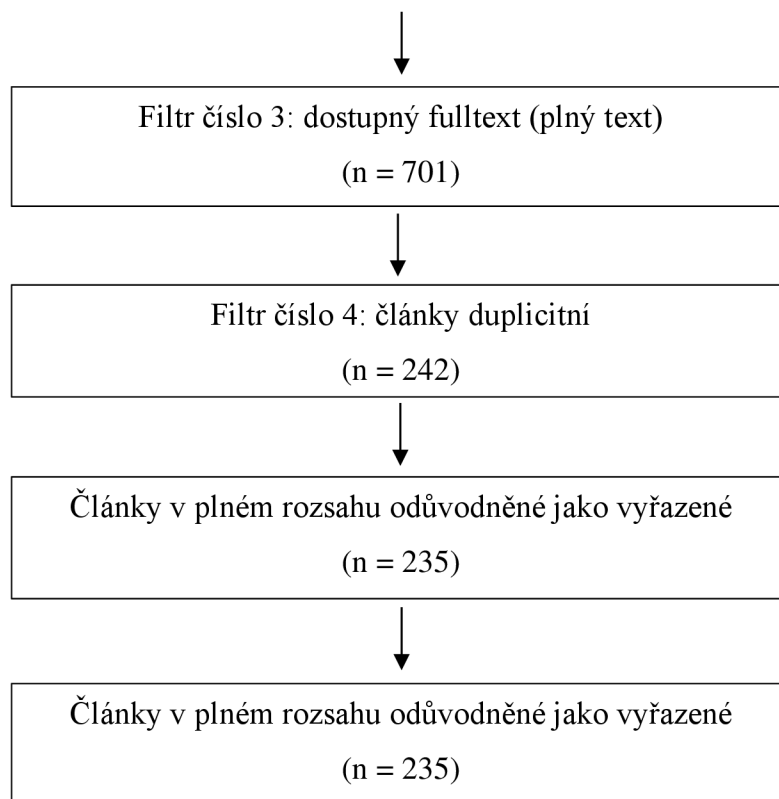
Rešeršní strategie spočívala ve vyhledávání primárních studií na základě klíčových slov ve spojení s booleovskými operátory AND, OR a NOT. Analýza se uskutečnila v měsících leden až červen roku 2021. Výzkumná otázka byla zvolena takto: Jaké jsou dostupné informace o prevenci suicidálního chování adolescentů v článcích vydaných za posledních pět let?

Vyhledávací kritéria byla zvolena následovně:

- Klíčová slova v češtině: sebevražda, adolescenti, rodina, prevence
- Klíčová slova v angličtině: suicide, adolescents, family, prevention
- Období vydání zdrojů: 2016–2021
- Zvolený jazyk: čeština, slovenština, angličtina
- Zvolené databáze: BMČ, EBSCO, MEDVIK, PUBMED, SCOPUS, Web of Science

Algoritmus postupu vyřazovacích kritérií:





Vyřazování probíhalo dle následujících kritérií:

- studie nebyly v požadovaných jazycích, konkrétně v českém, slovenském nebo anglickém,
- studie byly starší pěti let,
- studie neměly přístupný plný text,
- studie se opakovaly,
- studie neodpovídaly tématu,
- respondenti nebyli adolescenty,
- studie nebyly primární
- studie neměly dostatečně popsany metodický aparát,
- studie neměly jasně formulovaný cíl.

Při rešeršní činnosti bylo zadáním klíčových slov do databází vyhledáno 4 088 článků. Po vyřazení dle kritérií zůstalo 5 článků, ty byly poté dále zkoumány podle proměnných.

Popis proměnných:

- **rok vydání** byl limitován pěti lety z důvodu aktuálnosti informací a zjištění, zda se tímto tématem odborníci zabývají,

- podle proměnné **místa výzkumu** byl zjišťován původ sběru dat, případně zda nejsou kulturně zbarvena,
- při **metodě výzkumu** se zkoumalo, zda se jednalo o přístup kvalitativní či kvantitativní, případně jejich kombinaci,
- **velikost vzorku** byl důležitý pro případné zobecnění poznatků ze studií,
- při proměnné **cíl výzkumu** se sledovalo, zda cíl byl, nebo nebyl naplněn, a to prostřednictvím výsledků dané studie,
- **sledované proměnné** v článku doplňují cíl výzkumu,
- **výsledky výzkumu** se porovnávaly s cíli výzkumu, zda spolu korespondují.

Číslo článku	Autoři	Rok vydání	Místo výzkumu	Metoda výzkumu	Velikost vzorku	Cíl výzkumu	Proměnné	Výsledky výzkumu
1	Flynn a kol.	2016	USA	dotazník	3 257	Porovnat znalosti a otevřenost mluvit o sebevraždě po preventivním programu Yellow Ribbon (Žlutá stuha).	znalost, postoj, názor	Program Žlutá stuha u studentů výrazně zlepšil znalosti o tématu sebevraždy, otevřenost o tématu mluvit i případné řešení suicidální krize.
2	Phillip a kol.	2016	Aljaška	dotazník	57	Prozkoumání sociálních sítí venkovské mládeže komunity Yup'ík Alasky Native jako ukazatel ochranných faktorů před suicidálním chováním a nadměrnou konzumací alkoholu.	sociální síť, pomoc, podpora, soudržnost	Důležitý je vztah mezi sociálními sítěmi a mládeží komunity, má totiž určitý dopad na větší úroveň ochranných faktorů před rizikem sebevraždy a nadměrným užíváním alkoholu.
3	Gijzen a kol.	2018	Nizozemsko	randomizovaná kontrolovaná studie (RCT), dotazníky, polostrukturovaný rozhovor	1 844	Zjistit, zda víceúčelový školní program snižuje sebevražedné jednání a depresivní příznaky a jaké faktory prevenci ovlivňují.	životní události, perfekcionismus, obavy, stigma, sociální propojenost, beznaděj	Pohlaví a věk ovlivňují výsledky prevence, případně léčby. Dívky a starší účastníci zažívají příznivější účinky intervencí. Bylo dokázáno, že etnická příslušnost ovlivňuje hledání pomoci a způsoby, jakými jsou vyjádřeny sebevražedné chování nebo depresivní příznaky.

4	Prajsová a kol.	2018	Česká republika	dotazník	6 323	Vytvořit modely poukazující na faktory způsobující suicidální jednání tak, aby podléhaly všem činitelům spojených se sebevraždou.	spokojenost se vztahem k otci, matce, přátelům, sociální odcizení, kouření, alkohol, marihuana, vzdělání otce, matky, sebevražda blízkého	Analýza modelů poukázala u adolescentní cílové skupiny na společné rizikové faktory, jako například vztahová nespokojenost s otcem, blízký spáchal sebevraždu. Ale i ochranné faktory, jako je spokojenost se životem, dobrý duševní stav.
5	Kielan a kol.	2019	Polsko	dotazník	1 439	Zjistit názory dospívajících, studujících veřejné střední školy ve Varšavě, na účinnost prevence sebevražd.	znalost, náboženství, rodina, zdravotnictví, média	Respondenti nevěděli, zda existuje rozsáhlý systém prevence v Polsku. Jako nejvíce efektivní se ukázala prevence v rámci rodiny.

9.1 Shrnutí vybraných výzkumů

Flynn a kol., 2016

Do vzorku respondentů bylo zapojeno celkem 3 257 studentů z 8 středozápadních veřejných škol. Jednalo se o adolescenty ve věku 11–18 let. V těchto školách byl v letech 2006–2009 prováděn preventivní program Žlutá stuha. Mladiství odpověděli na průzkumové otázky, s ohledem na ochranu osobních dat, které byly poté předány pracovníkům výzkumu.

Cílem programu bylo poskytnout žákům základní informace o problematice suicidia, rizikových faktorech, o tom, jak reagovat a kde vyhledat případnou pomoc, ale také o snížení stigmatu vůči duševním onemocněním a sebevraždám.

Školitelé měli v rámci preventivního programu hodinovou prezentaci, kterou přednášeli vždy skupince nejvíce o 30 studentech. Následně byl vytvořen dotazník, který byl rozdělen do dvou částí, přičemž studenti odpovídali pomocí čtyřbodové Likertovy škály.

První zjišťovala znalosti rizikových faktorů a otevřenost vůči komunikaci o suicidálním chování před začátkem preventivního programu. Druhá část pojednávala o počtu přátel, o kterých se respondenti domnívali, že mají sklony k sebevražednému chování, případně na koho se obrátit a kde hledat pomoc. Tato druhá část se vyplňovala až po preventivním programu.

Bylo sledováno zejména následující: zda respondenti chápou motivy páchaní sebevraždy, zda ví, kam se obrátit pro pomoc, jestli by si o ni řekli a zda mají dostatečné znalosti o této problematice.

Po srovnání odpovědí před a po programu Žlutá stuha byla zjištěna nízká až střední pozitivní změna. Nejsilnější posun byl při otázce o motivech sebevraždy a rizikových faktorech. Odpovědi se také lišily podle pohlaví respondentů. Studentky ženského pohlaví, v porovnání s chlapci, častěji věděly, kam se obrátit pro pomoc při sebevražedných myšlenkách, jak svých, tak lidí kolem sebe. To značí, že celkově studenti mužského pohlaví mají jiné názory a vědomosti o této problematice než studentky pohlaví ženského. Důležitou roli hrál rovněž věk, kdy se ukázalo, že lidé mladšího věku by si spíše o pomoc řekli pedagogům, kdežto starší by se svěřili svým přátelům.

I když je tento výzkum kvůli své reprezentativnosti vhodný pouze v místě zkoumání, je však prokazatelně jasné, že školní preventivní program Žlutá stuha vede k výrazně lepším znalostem spojeným se suicidálním chováním.

Phillip a kol., 2016

V souvislosti se sebevraždou se na Aljašce výrazně zvýšila závislost na alkoholických nápojích zejména u mladých mužů, čímž vzrostlo i riziko sebevražd. Výzkum intervence Qungasvik se snaží zvýšit ochranné faktory a tím snížit riziko sebevražd a nadměrnou konzumaci alkoholu.

Oslovení účastníci jsou z komunity Yup'ik, která žije na jihozápadě Aljašky. Celkový vzorek tvořilo 57 respondentů, 30 chlapců a 27 dívek ve věku 12–19 let. O této studii se mládež dozvěděla z letáků ze škol a prostřednictvím pozvánek. U nezletilých byl potřeba souhlas rodičů.

První část výzkumu se konala za pomoci internetového průzkumu dle REDCap. Druhá část, která vyhodnocovala protektivní faktory, se měřila skrze vlastní webové rozhraní. Tato studie se konala v počítačové učebně místní komunitní školy.

Informace byly shromážděny pomocí egocentrického přístupu, který se soustřeďuje na jednotlivce. Na základě něj se sledují sociální sítě jednotlivce nezávisle na skupině. Výhodou takto zvoleného přístupu byla logistická jednoduchost, zajištění anonymity každého účastníka a v neposlední řadě nižší náklady.

Respondenti zahájili průzkum výběrem jmen, přičemž účastníci (ego) poskytli přezdívky svým vztahům (alter). Poté respondenti poskytli demografické informace a atributy (ego atributy) a atributy svých alter, následně charakteristiky svých vztahů s alternacemi (interpretem jmen) a vztahů mezi jednotlivými dvojicemi změn.

Generátor jmen vyvolal dva typy vztahů nejvíce pro 13 alter, kteří poskytovali sociální podporu, a to lásku a diskuzi o soukromých záležitostech. Ego atributy popsané účastníky byly věk a pohlaví, alter atributy věková skupina a pohlaví. Interprety jmen byly vztahové role, spokojenost se vztahem a klasifikace vztahů.

Výsledky byly zkoumány nezávisle pro každou síť ego. Ochranné faktory byly hodnoceny podle škály a posuzovalo se před průzkumem a po něm. Zkoumaly se ochranné faktory společenství, které zahrnovaly příležitosti, podporu a vzory komunity. Při rodinných ochranných faktorech to byla soudržnost a expresivita. Individuální ochranné faktory byly pak řešení životních situací s rodinou, s přáteli a komunitou.

Výzkum zjistil minimální vliv sociální sítě na individuální ochranné faktory, avšak jeví se jako nejvýraznější nad rámec individuální úrovně. Proměnné v sociálních sítích mladistvých ukázaly, že sociální vztahy jsou navzájem propojené. To poukazuje na neodmyslitelnou sílu aljašského domorodého komunitního života a kultury, kde rodina poskytuje silnou sociální podporu. Mladiství uvedli, že si jako komunita navzájem pomáhají, a stejně je tomu tak i při pomoci vrstevníkům. Ukázalo se, že vztah mezi sociálními sítěmi a mládeží je velmi důležitý, způsobuje totiž větší výskyt ochranných faktorů před rizikem suicidia a nadměrným užíváním alkoholu. Což znamená, že prevencí proti těmto sociálně patologickým jevům je prohloubení a zlepšení těchto vztahů.

Gijzen a kol., 2018

Studie se prováděla ve dvou skupinách, jedna je experimentální, druhá kontrolní. Respondenti, kteří byli zařazeni do skupiny experimentální, dostali všechny čtyři moduly víceúčelového preventivního programu, zatímco kontrolní pouze moduly jedna a dva. Randomizace je provedená na úrovni školy, aby se zabránilo promíchání respondentů. Nezávislý statistik náhodně přiřadil účastníky do intervenční nebo kontrolní skupiny pomocí webové stránky random.org. Randomizace byla stratifikována pro úroveň vzdělání, protože typ školy je relevantním prognostickým prediktorem výsledku.

Posuzovalo se podle hodnoty během intervenční fáze, po třetím modulu, při následné intervenci, při šestiměsíčním, dvanáctiměsíčním a dvacetičtyřměsíčním sledování. Účastníci jsou ve věku 11–15 let s dostatečnou znalostí nizozemského jazyka. Vyřazovacím kritériem je nedoložení rodičovského povolení pro jeden z modulů, který zabezpečuje zdravotní péči.

Multimodální program prevence zahrnuje screening s následujícím klinickým hodnocením anebo doporučením, gatekeeper trénink pro mentory, všeobecnou prevenci zaměřenou na snižování stigmatizace a identifikaci dospívajících, kteří mají zvýšený výskyt rizikových faktorů sebevražedného chování. Tyto čtyři moduly se porovnávaly s kontrolním stavem.

První modul screening se prováděl za pomoci dotazníku zaměřeného na sebevraždu a sebepoškození. Rodičům adolescentů, kteří dle dotazníku byli vyhodnoceni jako ohroženi suicidálním chováním, bylo doporučeno vyhledat odbornou péči. Tito studenti byli z integračního modulu vyřazeni a byli požádáni o vyplnění dotazníků, stejně jako studenti v experimentální skupině v kontrolním šetření. A to z důvodu zjištění účinnosti screeningu a sledování duševního zdraví jedince.

Druhý modul gatekeeper trénink. Zde se všichni mentoři vyškolili jako gatekeepři. Naučili se rozpoznávat sebevražedné chování a jak efektivně a správně pomoci. Trénink je založen na otázkách, přesvědčování a preferenci (Question, Persuade, Prefer, zkráceně QRP). Gatekeepři, kteří QRP dokončí, mají větší znalost o prevenci sebevražd, dovednostech a kompetencích.

Třetí modul univerzální prevence, nazvaný „Moving Stories“. Jehož cílem je zvýšit gramotnost studentů v oblasti duševního zdraví a snížit stigma deprese. Skládá se z úvodu, představení, hry a výsledku. Hra sestává z pěti sezení po přibližně 10–15 minutách denně. Adolescenti byli dotazováni, jak by pomohli holčičce Lise, která vykazuje znaky deprese. Každý den je možné udělat pouze 5 interakcí a získat za ně body. Více bodů představuje větší důvěru mezi hráčem a Lisou.

Čtvrtý modul se skládá z 8 lekcí po 60 minutách a je poskytnut pouze studentům z experimentálních skupin. Intervence je založena na principech kognitivní behaviorální terapie. Tyto lekce vykonávali dva školitelé, licencovaný psycholog, který je zaměstnancem školy, a spoluškolitel, který je licencovaným členem duševní zdravotnické instituce.

Za účelem posouzení rizika sebevraždy jsou dospívající tázáni pomocí dotazníku VOZZ-Screen, který obsahuje 10 otázek hodnotících myšlenky a činy týkající se života, sebepoškození, sebevražd a sebevražedných myšlenek za posledních 7 dní. Položky jsou hodnoceny na pětibodové stupnici. A CDI-2 je dotazník, který obsahuje 28 otázek hodnotících depresivní příznaky na třibodové stupnici. Dále bude měřeno sebevražedné chování pomocí úplného dotazníku VOZZ, který obsahuje 39 otázek, je to kombinace VOZZ-Screen a dalších 29 otázek a je zde použita také pětibodová stupnice.

Dále je zkoumána klinická deprese pomocí polostrukturovaného diagnostického rozhovoru Anxiety Disorder Interview Schedule for Children, který je vyhotoven kvalifikovaným psychologem. Stigma se zjišťovalo pomocí dotazníku Depression Stigma Scale na čtyřbodové škále a sociální propojenost na sedmibodové škále. Znalosti a dovednosti se vyhodnocovaly na základě Pearlin Mastery Scale, kterou tvoří 7 otázek, a obavy se sledovaly skrze Penn State Worry Questionnaire for Children, která zahrnuje 14 otázek. Perfekcionismus za pomoci Frost Multidimensional Perfection Scale, 35 otázek, odpovědi byly zaznamenávány na pětibodové škále, životní události se měřily pomocí The Top Problems, což zahrnovalo desetibodovou škálu, a zjišťování míry beznaděje je již

součástí VOZZ. Manipulace, stigma, obavy, hlavní problémy, sociální propojenost a beznaděj zprostředkují intervenční účinek na sebevražedné chování a depresi.

Byla vytvořena série předem naplánovaných analýz moderátorů, aby se zjistilo, zda je intervenční účinek snížen nebo zvýšen následujícími moderátory: pohlaví, etnický původ, úroveň základního perfekcionismu, úroveň výchozího sebevražedného chování a úroveň počáteční deprese.

Bylo zjištěno, že několik sociodemografických faktorů ovlivňuje prevenci sebevražedného chování a deprese. Pohlaví a věk ovlivňují výsledky léčby. Dívky a starší účastníci zažívají příznivější účinky intervencí. Je důležité etnické a kulturní zázemí. Bylo dokázáno, že etnická příslušnost ovlivňuje hledání pomoci a způsoby vyjádření sebevražedného chování nebo depresivních příznaků.

Jelikož tato studie stále pokračuje, je potřeba zmínit, že není možné dokončit klinické rozhovory. To znamená, že do studie mohli být zařazeni i jedinci s diagnostickými kritérii plnohodnotné deprese, pro ty je intervence spíše léčbou než prevencí. Výsledky se postupně mohou ještě měnit.

Prajsová a kol., 2018

Studie v České republice se zúčastnili žáci devátých tříd základních škol a prvních ročníků středních škol. Z celkového počtu 218 škol jich 41 odmítlo se na této studii podílet, proto bylo osloveno dalších 32 škol.

Celkově se tedy studie zúčastnilo 218 škol s 308 třídami. Konečný vzorek respondentů byl tedy 5 999 ve věku 15–19 let. Jedná se o dotazníkové šetření.

7,3 % adolescentů přiznalo výskyt suicidálních myšlenek, 13,6 % sebevražedné tendence a 6,3 % suicidální pokus. Mezi významné rizikové faktory patří špatný vztah s otcem a sebevražda v blízkém okolí jedince. Mezi protektivní pak patří pozitivní vztah k životu a dobrý duševní stav. Chlapci jako rizikový faktor uvedli špatný vztah s matkou. U dívek to pak byla vysoká míra sociálního odcizení, což se u chlapců neobjevilo vůbec. Jako rizikový faktor se také ukázala medializace těchto činů. Takovéto informace by se měly prezentovat minimálně, s citem a bez konkrétních způsobů provedení suicidia. Důležité je, jestli má o tyto zprávy jedinec zájem, či nikoliv. Pokud tyto informace vyhodnocuje jako nezajímavé, je to hodnoceno jako faktor protektivní. Ve škole by se však adolescentům v rámci mediální výchovy mělo sdělit, jak s takovými informacemi nakládat.

Kielan a kol., 2019

Respondenti byli dospívající ve věku 16–19 let, kteří studovali školu ve Varšavě. Studie se zúčastnilo 1 439 studentů, 821 dívek a 592 chlapců.

Studie se uskutečnila v měsících únor až prosinec roku 2015. Byly zahrnuty všechny veřejné školy ve Varšavě, kterých je 91. Subjekty byly vybrány na základě stratifikované metody náhodného vzorkování. Během první fáze proběhl výběr sedmi okresů, konkrétně Praga Północ, Rembertów, Targówek, Ursus, Wawer, Wilanów, Żoliborz. Další fáze probíhala zvolením jedné školy z každého okresu, poté následoval výběr náhodný.

Dotazník vyplňovali studenti se souhlasem rodičů. Studie probíhala ve vyučovacích hodinách ve vybraných třídách. Výzkum byl proveden pomocí metody Paper and Pen Personal Interview, který byl přizpůsoben pro účely této konkrétní studie. Dotazník se skládal ze čtyř částí, otázky se týkaly rozsahu problému, podmínek prevence sebevraždného chování a osobních informací, dohromady bylo 34 uzavřených, polouzavřených a otevřených otázek. Dotazník byl konstruován na 20 minut.

Největší část účastníků (42 %) prozradila, že neví, jestli v Polsku existuje organizovaný systém prevence sebevražd, 39,7 % uvedlo, že takový systém neexistuje, a 18,3 % uvedlo, že zde takovýto systém existuje. 46,7 % respondentů uvedlo, že škola je v rámci prevence sebevražd neefektivní nebo málo efektivní (38,3 %). To znamená, že škola jako instituce, která nabízí prevenci suicidia, je nevyhovující. Dále výsledky ukázaly, že činnosti církve (38,3 %) a policie (55,9 %) jsou neúčinné při prevenci sebevraždného chování, činnosti zdravotnických zařízení (47,7 %) a médií (46,6 %) jsou málo efektivní. Zatímco rodina byla považována za nejvíce efektivní se 70,9 %.

Nejvýznamnější počet studentů, kteří vnímali preventivní akce církve jako účinné, tvořili studenti z Praga Północ (50 %) a studenti se třemi a více sourozenci (33,9 %), což znamená, že procento věřících, kteří připisují velkou hodnotu efektivnosti, je mezi nimi vyšší než v celkovém vzorku respondentů. Chlapci, častěji než dívky, vnímali církev jako instituci efektivně předávající prevenci sebevražd.

Mladiství podceňují roli médií v prevenci suicidálního chování, dívky je vnímaly jako málo účinná (46,6 %), chlapci jako neúčinná (56,1 %). Vzdělávání společnosti v oblasti dostupných forem pomoci v krizové situaci a informace o varovných signálech

předcházející sebevraždě jsou problémy, kterými by se média měla v Polsku častěji a lépe zabývat.

9.2 Porovnání a diskuze

Výčet studií je v rozmezí roků 2016–2019. Jedna studie byla realizována v USA, Nizozemsku, České republice, Polsku a na Aljašce. Ani při jedné nebyly vzorky sbírány z více zemí, což značí, že výsledky je možné zobecnit pouze ve státě, ve kterém byla studie provedena.

Všechny výzkumy byly kvalitativního charakteru. Pouze jedna studie byla tvořena z více metod, a to konkrétně studie číslo 3. Při studiích se velikost vzorku pohybuje v rozmezí 57 až 6 323. Nejmenší počet byl z důvodu specifické cílové skupiny mládeže.

Při porovnání výsledků výzkumů bylo zjištěno následující. První studie ukázala, že po srovnání stavu znalostí adolescentů před preventivním programem Žlutá stuha a po něm byla nízká až střední pozitivní změna. Největší posun byl při objasnění motivů sebevraždy. Druhá poukázala na důležitost zlepšení a prohloubení vztahů mezi mladými lidmi, komunitou a rodinou. Tyto vztahy jsou významné pro zlepšení prevence sebevražd. Třetí upozornila, že aby byla dobře zvolena intervence, je důležité ji přizpůsobit věku, pohlaví, etniku, kultuře a jiným sociodemografickým faktorům, skupině nebo jedincům, kterým je intervence poskytována. Čtvrtá představila, že nejčastější formou suicidálního chování je suicidální tendence. A že je suicidální chování spojeno hlavně s blízkým okolím jedince, ať už to jsou vztahy s rodiči, nebo sebevražda blízkého člověka. Pátá poukázala na neznalost adolescentů v Polsku o existenci organizovaného preventivního systému, dále že nejúčinnější prevencí sebevražedného jednání zabezpečuje rodina.

Cílem praktické části bakalářské práce bylo původně zjistit povědomí o sebevraždách v aktuálních člancích a publikacích. Tento cíl se ukázal jako velmi objemný, a proto se autorka zaměřila pouze na zjištění informací o prevenci suicidálního chování v adolescenci. Z pohledu autorky je prevence suicidálního chování důležitá, aby bylo možné tomuto patologickému jevu předejít.

Všechny výzkumy vybrané pro sekundární analýzu se zabývají prevencí suicidálního chování v adolescenci. Hlavním limitem tohoto literárního systematického přehledu je malý vzorek finálně vybraných studií. Limitem mohou být i zvolená klíčová slova, je možné, že kdyby byla zvolena synonyma slov, analýza by mohla dosahovat jiných výsledků. Dále je to zapříčiněno striktními vyřazovacími kritérii. Vzhledem ke znalosti

cizích jazyků byly zvoleny výzkumy v anglickém, slovenském a českém jazyce. Články byly kvůli aktuálnosti vybrány pouze z let 2016 až 2021. Jako další kritérium si autorka zvolila pouze články, které jsou dostupné pro veřejnost ve fulltextové formě, kvůli lepšímu porozumění souvislostí. V neposlední řadě byly vyřazeny články, které neodpovídaly tématu, jednalo se o šetření, která se zabývala jinou cílovou skupinou, nebo prevence byla zaměřena na jiný sociálně patologický jev.

Závěr

Bakalářská práce je zaměřena na sociálně patologický jev suicidální chování s cílovou skupinou adolescentů. Práce přednesla základní poznatky o této problematice. Cílem teoretické části práce bylo nastínit informace o suicidálním chování adolescentů, jeho dopadem na rodinu a prevenci tohoto sociálně-patologického fenoménu. Cílem praktické části bylo zpočátku zjistit povědomí o sebevraždách v aktuálních člancích a publikacích. To se však ukázalo jako velmi rozsáhlý námět ke zkoumání, a tak byl tento cíl pozměněn. Finálním cílem praktické části bylo s využitím sekundární analýzy zjistit informace o prevenci sebevražedného chování adolescentů v aktuálních člancích. Tyto cíle byly naplněny.

Práce se zaměřuje na objasnění základních pojmů spojených s touto problematikou. Ve stati se ukázalo, že nejčastější forma suicidálního chování pro adolescenty je suicidální pokus. Což opět navazuje na jejich psychický vývoj. Ale ani výskyt dokonaného suicidia není výjimkou, je to jedna z nejčastějších příčin úmrtí této cílové skupiny. V bakalářské práci jsou uvedeny i varovné signály, kterých by si lidé měli všimnout, aby se zamezilo spáchání pokusu či v horším případě dokonaného suicidia. Pokud jedinec cítí, že se ocitl v bezvýchodné situaci, neměl by se bát tuto skutečnost někomu sdělit, ať už rodině, kamarádům nebo odborníkovi. Proto by bylo vhodné, aby děti již v útlém věku věděly, že se vždycky mohou na své rodiče nebo blízké, s jakýmkoliv problémem obrátit.

Práce poskytuje informace o tom, kam se mohou jedinci obrátit při riziku ohrožení sebevražedného chování. Je zmíněno, že i svépomocí nebo s pomocí blízkých se dá vyřešit problém, který k suicidálnímu činu vedl.

Práce též nastínila možnosti prevence, a komu se primární, sekundární a terciární prevence poskytuje. Jsou zde zmíněny i instituce, které prevenci poskytují, a kde odborníci mladistvému pomohou, ať už je linka důvěry, krizová centra, různé poradny, terapie aj. Dále pak jaké aspekty má prevence suicidálního chování u mladistvých splňovat.

Suicidální jednání dospívajících ovlivňuje jejich blízké, ať už jejich vzájemné, či společenské vztahy. Komunikace členů rodiny vážně. Je však potřeba, aby se v tuto nelehkou chvíli rodina semkla a pomohli si navzájem. Pokud příbuzní vědí, že dospívající chtěl spáchat nebo spáchal sebevraždu, má to také vliv na jejich psychiku. Mohou se zde vyskytnout různá psychická onemocnění nebo se jedinec může i sám pokusit o suicidium.

Z praktické části vyplývá, že ač to vypadá, že dostupných článků o prevenci suicidálního chování je dostatek, tak skrze vyřazovací kritéria jich prošlo naprosté minimum. Avšak i přesto tato část poskytla informace, se kterými se může dál pracovat.

Bylo zjištěno, že preventivní program Žlutá stuha zlepšuje znalosti hlavně o motivech sebevražděného jednání. Nejúčinnější zprostředkovatel prevence sebevražděného chování je rodina, se kterou by si adolescenti měli vztahy zlepšovat a prohlubovat, aby se zabránilo riziku výskytu tohoto patologického jevu. Velké riziko sebevraždy mají jedinci, kteří nemají dobré vztahy se svými blízkými, nebo někdo v jejich okolí suicidium dokonal. Dobře zvolená a zaměřená intervence s ohledem na skupinu či jednotlivce je základem pro dobrou prevenci.

Jde o celosvětový společenský problém, který je potřeba řešit. Je vhodné na základě informací o motivech vytvořit preventivní programy určené speciálně pro dospívající. Jelikož adolescenti jsou v tomto období nejvíce ovlivnitelní. Autorka by zvážila i zařazení této prevence do minimálního školního preventivního programu, čímž se opět povědomí o této problematice prohloubí. Adolescenti zároveň budou vědět, jak se v situacích, které by mohly vést k sebevražděným tendencím, zachovat, případně na koho se mohou obrátit nebo jak pomoci jiným osobám s touto tendencí. Dále by bylo vhodné, aby společnost neodsuzovala sebevražděné jedince nebo jejich rodiny, ale aby jim byla nápomocná.

Autorka při psaní této bakalářské práce objevila, že literatura a články týkající se dopadu sebevražděného jednání adolescentů na rodinu jsou těžko přístupné, kvůli tomu byly informace v této práci jen povrchní a z několika málo dohledatelných zdrojů.

Téma prevence suicidálního chování v adolescenci se dá samozřejmě zkoumat i jiným způsobem. Někdo si může v návaznosti na poznatky této bakalářské práce vytvořit vhodný preventivní program, který poté může v okruhu adolescentů uskutečnit. Nabízí se i možnost vytvoření si vlastního dotazníku na toto téma a distribuovat je na základních či středních školách, případně v obou možnostech, a tyto výsledky poté porovnat. Nebo kombinace všeho výše zmíněného.

Seznam použitých zdrojů

CARR-GREGG, M. *Psychické problémy v dospívání*. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0062-8.

CEREL, J. a kol. Impact of Suicide on the Family. *Hogrefe & Huber Publisher* [online]. Roč. 29, č. 1, str. 38–44 [cit. 3. 4. 2021]. ISSN: 0227-5910. Dostupné z: DOI 10.1027/0227-5910.29.1.38.

COOPER, M. H. Scientific Guidelines for Conducting Integrative Research Reviews. *Review of Educational Research* [online]. Roč. 52, č. 2, str. 291-302 [cit. 8. 5. 2021]. ISSN 00346543. Dostupné z: DOI. 10.2307/1170314.

DUTRA, K. a kol. Experiencing suicide in the family: from mourning to the quest for overcoming. *Revista Brasileira de Enfermagem* [online]. Roč. 71, č. 5, str. 2146–2153 [cit. 3. 4. 2021]. ISSN 1984-0446. Dostupné z: DOI 10.1590/0034-7167-2017-0679.

EMMEROVÁ, I. Samovraždy dětí a mládeže v Slovenskej republike – ich motívy a možnosti prevencie. *Pediatric pro praxi* [online]. Roč. 19, č. 5, str. 267–269 [cit. 6. 4. 2021]. ISSN: 1803-5264. Dostupné z: DOI 10.36290/ped.2018.053.

FISCHER, S. a ŠKODA, J. *Sociální patologie: závažné sociálně patologické jevy, příčiny, prevence, možnosti řešení*. 2. rozšířené a aktualizované vydání. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-5046-0.

FLYNN, A. a kol. Student Evaluation of the Yellow Ribbon Suicide Prevention Program in Midwest Schools. *The Primary Care for CNS Disorders* [online]. Roč. 18, č. 3 [cit. 8. 5. 2021]. ISSN 2155-7780. Dostupné z: DOI 10.4088/pcc.15m01852.

FRANKEL, B. a KRANZ, R. *O sebevraždách*. Praha: Nakladatelství Lidové noviny, 1998. ISBN 80-7106-234-0.

GIJZEN, M. W. M. a kol. Evaluation of a multimodal school-based depression and suicide prevention program among Dutch adolescents: design of a cluster-randomized controlled trial. *BMC Psychiatry* [online]. Roč. 18 č. 124 [cit. 8. 5. 2021]. ISSN 1471-244X. Dostupné z: DOI 10.1186/s12888-018-1710-2.

HORT, V. a kol. *Dětská a adolescentní psychiatrie*. 2. vydání. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-404-5.

HOSÁK, L. a kol. *Psychiatrie a pedopsychiatrie*. Praha: Karolinum, 2015. ISBN 978-80-246-2998-8.

HÖSCHL, C. a kol. *Psychiatrie*. 2. doplněné a opravené vydání. Praha: Tigris, 2004. ISBN 80-900130-7-4.

KIELAN, A. a kol. Analysis of adolescents' opinions on suicide prevention. *Psychiatria Polska* [online]. Roč. 53 č. 2 s. 359-370 [cit. 9. 5. 2021]. ISSN 2391-5854. Dostupné z: DOI 10.12740/PP/OnlineFirst/81754.

KOUKOLÍK, F. a DRTILOVÁ, J. *Vzpouza deprivantů*. Praha: Makropulos, 1996. ISBN 80-901776-8-9.

KOUTEK, J. a KOCOURKOVÁ, J. *Sebevražedné chování: současné poznatky o suicidalitě a její specifika u dětí a dospívajících*. 2. vydání. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-349-9.

KOUTEK, J. a KOCOURKOVÁ, J. Suicidální pokus u dětí a dospívajících- motivy a rizikové faktory. *Psychiatrie pro praxi* [online]. Roč. 2006, č. 3, str. 131-132. [cit. 1. 5. 2021] ISSN 1803-5272. Dostupné z: <https://www.solen.cz/pdfs/psy/2006/03/06.pdf>.

LANGMEIER, J. a KREJČÍŘOVÁ, D. *Vývojová psychologie*. 2. aktualizované vydání. Praha: Grada, 2006. ISBN 978-80-247-1284-0.

LEE, J. a kol. Characteristics of adolescents who visit the emergency department following suicide attempts: comparison study between adolescents and adults. *BMC Psychiatry* [online]. Roč. 19, č. 231 [cit. 5. 4. 2021]. ISSN: 1471-244X. Dostupné z: DOI 10.1186/s12888-019-2213-5.

MACEK, P. *Adolescence*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-747-7.

MASARYK, T. G. *Sebevražda hromadným jevem společenským moderní osvěty*. 5. české vydání. Praha: Masarykův ústav AV ČR, 2002. ISBN 80-86495-13-2.

MATOUŠEK, O. *Slovník sociální práce*. 2. přepracované vydání. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-368-0.

MAY, A. M. a kol. Descriptive and Psychometric Properties of the Inventory of Motivation for Suicide Attempts (IMSA) in an Inpatient Adolescent sample. *Archives of Suicide Research* [online]. Roč. 20, č. 3, str. 476–482 [cit. 5. 4. 2021]. ISSN 1543-6136. Dostupné z: DOI 10.1080/13811118.2015.1095688.

MONESTIER, M. *Dějiny sebevražd: dějiny, techniky a zvláštnosti dobrovolné smrti*. Praha: Dybbuk, 2003. ISBN 80-903001-8-9.

MÜHLPACHR, P. *Sociopatologie*. Brno: Masarykova univerzita, 2008. ISBN 978-80-210-4550-7.

PAWŁOWSKA, B. a kol. Prevalence of self-injury performed by adolescents aged 16-19 years. *Psychiatria Polska* [online]. Roč. 50, č. 1, str. 29–42 [cit. 6. 4. 2021]. ISSN: 2391-5854. Dostupné z: DOI 10.12740/PP/36501.

PHILIP, J. a kol. Relationship of Social Network to Protective Factors in Suicide and Alcohol Use Disorder Intervention for Rural Yup'ik Alaska Native Youth. *Psychosocial Intervention* [online]. Roč. 25, č. 1 str. 45-54 [cit. 8. 5. 2021]. ISSN 1132-0559. Dostupné z: DOI 10.1016/j.psi.2015.08.002.

PRAJSOVÁ, J. a kol. Analýza projevů suicidálního chování u českých adolescentů: rizikové faktory pro suicidální myšlenky, plány a pokusy. *Československá psychologie*. Roč. 62, č. 1, str. 16–31. ISSN 0009-062X.

SOBOTKOVÁ, V. N. a kol. *Rizikové a antisociální chování v adolescenci*. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4042-3.

ŠPATENKOVÁ, N. a kol. *Krize a krizová intervence*. Praha: Grada, 2017. ISBN 978-80-247-5327-0.

ŠPATENKOVÁ, N. a kol. *O posledních věcech, vybrané kapitoly z thanatologie*. Praha: Galén, 2014. ISBN 978-80-7492-138-4.

THOROVÁ, K. *Vývojová psychologie: proměny lidské psychiky od početí po smrt*. Praha: Portál, 2015. ISBN 978-80-262-0714-6.

Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky [online]. Praha: ÚZIS ČR, 2016 [cit. 8. 6. 2021]. Dostupné z: <https://reporting.uzis.cz/cr/index.php?pg=statisticke-vystupy--mortalita--mortalita-dle-pricin-umrti-echi--mortalita-umyslne-sebeposkozeni-x60-x84-echi-25>.

VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie: dětství a dospívání*. 2. rozšířené a přepracované vydání. Praha: Karolinum, 2012. ISBN 978-80-246-2153-1.

VÁGNEROVÁ, M. *Současná psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0696-5.

VAŠUTOVÁ, M. a kol. *Základy biodromální psychologie*. Ostrava: FF OU, 2010. ISBN 978-80-7368-934-6.

WASSERMANOVÁ, D. Review of health and risk-behavior, mental health problems and suicidal behaviours in young Europeans on the basis of the result from the EU-funded

Saving and Empowering Young Lives in Europe (SEYLE) study. *Psychiatria Polska* [online]. Roč. 50, č. 6, str. 1093–1107 [cit. 6. 4. 2021]. ISSN: 2391-5854. Dostupné z: DOI 10.12740/PP/66954.