
TECHNICKÁ UNIVERZITA V LIBERCI
FAKULTA PEDAGOGICKÁ

Katedra: *sociálních studií a speciální pedagogiky*

Bakalářský studijní program: *Sociální péče*

Studijní obor: *Sociální pedagog*

Název BP:

SEBEVRAŽEDNÉ JEDNÁNÍ DĚTÍ A DOSPĚLÝCH OSOB

Autor:

Pavel Janovics

F. L. Čelakovského 4

466 04 Jablonec n/N – Mšeno

Podpis autora: _____

Vedoucí práce: *PhDr. Jan Sochůrek*

Počet:

stran	obrázků	tabulek	grafů	zdrojů	přílohy
48	0	7	5	17	1 CD

V Jablonci nad Nisou: 25.4.2005

Prohlášení o původnosti práce:

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracoval samostatně a že jsem uvedl veškerou použitou literaturu.

V Jablonci nad Nisou dne: 15.4.2005

Pavel Janovics

vlastnoruční podpis

Prohlášení o využití výsledků BP:

Byl jsem seznámen s tím, že na mou bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 o právu autorském, zejména § 60 (školní dílo).

Beru na vědomí, že Technická univerzita v Liberci (TUL) má právo na uzavření licenční smlouvy o využití diplomové práce, a prohlašuji, že **souhlasím** s případným užitím mé bakalářské práce (prodej, zapůjčení, kopírování, apod.).

Jsem si vědom toho, že: užít své bakalářské práce či poskytnout licenci k jejímu využití mohu jen se souhlasem TUL, která má právo ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, vynaložených univerzitou na vytvoření díla (až do jejich skutečné výše). Bakalářská práce je majetkem školy, s bakalářskou prací nelze bez svolení školy disponovat.

Beru na vědomí, že po pěti letech si mohu bakalářskou práci vyžádat v Univerzitní knihovně Technické univerzity v Liberci, kde bude uložena.

Autor:

Pavel Janovics

Podpis:

vlastnoruční podpis

Adresa:

*F. L. Čelakovského 4
466 04 Jablonec n/N – Mšeno*

Datum:

Poděkování:

Děkuji vedoucímu závěrečné práce PhDr. Janu Sochůrkovi za odborné a cenné připomínky ke zpracování této práce.

Název BP: *Sebevražedné jednání dětí a dospělých osob*

Název BP: *Suicidal Tendencies in Children and Adults*

Jméno a příjmení autora: *Pavel Janovics*

Akademický rok odevzdání BP: 2005

Vedoucí BP: *PhDr. Jan Sochůrek*

Resumé:

Bakalářská práce se zabývá problematikou sebevražedného jednání dětí a dospělých osob v České republice a vychází z dosažených poznatků odborníků v této oblasti. Cílem bakalářské práce je komplexní zmapování sebevražedného jednání dětí a dospělých osob, hledání příčin tohoto jednání. Teoretická část obsahuje získané poznatky o sebevražedném jednání a praktická část přesná statistická data Českého statistického úřadu o výskytu sebevražd v ČR.

Resumé:

This bachelor thesis deals with problems of suicidal tendencies of children and adults in the Czech Republic and results from acquired findings of experts in this area. The aim of this thesis is a complex chart of these suicidal tendencies and searching for the reasons of this behaviour. The theoretical part includes obtained findings about suicidal tendencies and the practical part deals with statistical data of the Czech Statistical Office about occurrence of suicides in the Czech Republic.

Obsah:

1 Úvod	7
2 Teoretická část.....	9
2.1 Suicidální jednání – pojem	9
2.2 Motivy suicidálního jednání	10
2.3 Fáze suicidálního chování	11
2.3.1 Suicidální myšlenky	12
2.3.2 Suicidální plánování	13
2.3.3 Příprava suicidálního jednání	13
2.3.4 Suicidium.....	13
2.4 Alternativy suicidálního jednání	16
2.4.1 Bilanční sebevražda.....	16
2.4.2 Účelové suicidální jednání	17
2.4.3 Zkratkovité suicidální jednání	17
2.4.4 Suicidální dohoda	18
2.4.5 Rozšířené suicidální jednání	18
2.5 Sociologický přístup suicidálního jednání	19
2.6 Způsoby suicidálního jednání.....	19
2.7 Způsoby sebepoškozování.....	22
2.8 Možnosti pomoci a prevence.....	25
3 Praktická část.....	26
3.1 Vývoj počtu sebevražd	27
3.2 Počet sebevražd v roce 2002	30
3.3 Sebevraždnost podle územního pohledu	32
3.4 Sebevraždy podle pohlaví	34
3.5 Sebevraždy podle věku.....	35
3.6 Sebevraždy podle dnů v týdnu	38
3.7 Sebevraždy podle měsíců	40
3.8 Sebevraždy podle ročního období	43
3.9 Sebevraždy podle způsobu provedení	44
4 Shrnutí výsledků praktické části.....	46
5 Závěr.....	49

1 Úvod

Podle zprávy **Světové zdravotnické organizace (WHO)** si téměř milión lidí každoročně dobrovolně vezme život. Toto číslo dokonce převyšuje počet obětí válečných konfliktů. „Nejvíce sebevrahů na počet obyvatel má Litva, kde v roce 2002 spáchalo sebevraždu 44,7 osob ze 100 000 obyvatel, tedy 1551 lidí. Oznámila to WHO při příležitosti světového dne prevence před sebevraždami, který připadá na pátek. Obecně mají silné sebevražedné sklony obyvatelé euroasijského subkontinentu, naopak málo je sebevražednost rozšířená v Jižní Americe. Z údajů WHO vyplývá, že ze světa dobrovolně odejde každých 40 sekund jeden člověk. Počty sebevrahů jsou nejvyšší v pobaltských státech, kde je zaznamenáváno ročně v průměru 40 sebevražd na 100 tisíc obyvatel. Anomálií je Čína, kde podle dostupných údajů páchá sebevraždu 195 000 lidí ročně, z toho ovšem mírná většina žen. Největší podíl mezi sebevrahy zaujímají starší lidé, ale k sebevraždě se rozhodují stále častěji mladí muži ve věkové skupině 15-29 let. Do značné míry je to způsobeno snadným přístupem ke střelným zbraním, které jsou nejjistějším prostředkem pro „zdárné“ uskutečnění sebevraždy. Přesto si například ve Spojených státech, které jsou známé snadnou dostupností střelných zbraní, vzalo v roce 2000 život „jen“ 10,4 osob ze 100 000.“¹

Suicidium i suicidální jednání představují závažný problém, který je v centru zájmu řady odborníků. Je možné na něj pohlížet z hlediska medicínského, psychologického, filozofického, etického, sociologického nebo právního. Na rozdíl od ostatních demografických procesů, kdy úmrtí je výsledkem dlouhodobého působení způsobu života, sociálních podmínek a zdravotního stavu, dochází k sebevraždě rozhodnutím člověka. Ztráta smyslu života, zdánlivá bezvýchodnost a neřešitelnost problémů nebo nevléčitelnost choroby může vést jedince k sebevražednému činu.

Důvody vedoucí k předčasnému ukončení života souvisí s věkem osob uvažujících o sebevraždě. U mladších generací jsou častou příčinou problémy v mezilidských vztazích a zklamání, která nutně provází příliš velká očekávání, ať už v sebe samého, či svému okolí. Příčinou mnoha případů sebevražd u lidí starší generace je především ztráta síly v boji s těžkou nemocí nebo nevyrovnání se se

¹ www.seznam.cz Český statistický úřad

ztrátou životního partnera. Jen malé procento lidí, kteří se rozhodnou ukončit svůj život, jsou osoby trpící závažnými psychickými poruchami, z čehož vyplývá, že řada sebevrahů jsou lidé psychicky normální, snažící se jen své okolí upozornit na křivdy spáchané proti nim a na své problémy.

Sebevražednost ovlivňují různé aspekty. Významnou roli hrají politické, ekonomické, náboženské a rodinné důvody. Intenzita sebevražednosti je proměnlivá z hlediska historického i národnostního.

Bakalářská práce je tvořena dvěmi základními částmi: *teoretická část* a *praktická část*.

V teoretické části jsou shromážděny poznatky suicidiálního jednání a chování - je zde vysvětlen pojem suicidiálního jednání, motivy, fáze alternativy a způsoby suicidiálního jednání, dále možnosti a prevence suicidiálního jednání.

V praktické části jsou shromážděna statistická data Českého statistického úřadu (ČSÚ) a v některém případě také Ústavu zdravotnických informací a statistiky (ÚZIS). Jsou zde uvedeny aktuální počty sebevražd za rok 2002, dále jsou zde statistické informace o vývoji počtu sebevražd v ČR, sebevraždy podle územního pohledu ČR, rozdělení sebevražd podle pohlaví, věku, dnů v týdnu, měsíců a podle ročního období a podle způsobu provedení.

2 Teoretická část

2.1 Suicidální jednání – pojem

Vymezením pojmu sebevražda (suicidium) se zabývá celá řada odborníků – psychologů, lékařů, pedagogů, filosofů a dalších. Pojem sebevražda lze vyložit jako dobrovolný úmysl jedince ukončit svůj život - úplné odhodlání vedoucí k samotnému jednání – aktu usmrcení. Lidé se během života dostávají do složitých životních situací a každý reaguje na nejrůznější podnět jiným způsobem. Pokud se dá říci, že jedinec skutečně a definitivně hodlá dobrovolně ukončit svůj život, může se tak dít z mnoha důvodů, ale vždy je tento fakt podložen jednou podmínkou – překonání strachu z bolesti, ze smrti. Tehdy se člověk smiřuje s tím, že vše co do té doby dokázal a čeho docílil pro něho nemá žádnou hodnotu.

Koutek a Kocourková citují Durkheima a Stengela, kteří chápou sebevraždu jako:² „každý případ úmrtí, který je přímým nebo nepřímým výsledkem činu nebo opomenutí spáchaného jedincem, o němž věděl, že vede ke smrti“ (Durkheim) nebo „záměrný a sebepoškozující akt, při němž si osoba, která se ho dopouští, nemůže být jista, zda jej přežije“ (Stengel). Masaryk definuje sebevraždu v širším slova smyslu jako:³ „ten nepřirozený způsob smrti, jenž přivoděn byl nesmyslným vsahováním v životní proces, ať kladným, činným vlastním jednáním, či záporným, trpným chováním se vůči nebezpečí života.“ Tento druh Masaryk označuje jako sebezabití. V užším slova smyslu, dle Masaryka, je sebevrahem: „ten, kdo učiní svému životu konec úmyslně a vědomě, kdo si smrti jako takové přeje a je si jist, že svým jednáním či opomenutím smrt si přivodí“. Vágnerová uvádí, že sebevražedné jednání lze definovat jako: „násilné jednání charakteristické úmyslem dobrovolně zničit vlastní život. Může být dokonané, ale často jde nakonec o pouhý pokus“.⁴ V některých případech se akt sebevraždy děje pod vlivem patologických psychiatrických projevů (např. bludů a halucinací při psychózách, z porušeného vědomí při intoxikaci apod.).

² Koutek, J., Kocourková, J.: Sebevražedné chování. Praha: Portál. 2003, s. 12

³ Masaryk, T.G.: Sebevražda hromadným jevem společenským moderní osvěty. Praha: Ústav T.G.Masaryka, 1998

⁴ Vágnerová, M.: Psychopatologie pro pomáhající profese - variabilita a patologie lidské psychiky. Praha: Portál. 2000, s. 238

2.2 Motivy suicidálního jednání

Základními otázkami po dokonaném suicidálním jednání bývá, proč k tomuto jednání došlo, z jakého důvodu, jaké byly motivy tohoto jednání a zda-li se tomu dalo předejít. Na tyto otázky se nesnaží nalézt odpověď pouze nejbližší pozůstalí, ale odborníci z řad psychologů, psychiatrů, praktických lékařů, pedagogů, policistů atd.

Pokud se budeme zamýšlet nad motivy suicidálního jednání, mnohdy nenajdeme jednoznačnou odpověď.

Koutek uvádí, že: „Podle statistiky dokonaných suicidií v roce 2000 byla motivace určena v 40,6 %. V 54,3 % nebyla motivace zjištěna, v 5,1 % nebyla přítomna srozumitelná motivace. Nejčastěji zjištěným motivem bylo duševní onemocnění v 9,8 %, zdravotní problémy a tělesná vada v 9,3 %. Následují konflikty a problémy rodinné v 7,1 % a jiné osobní konflikty a problémy v 6,5 %. Statistika vykazuje určité rozdíly mezi oběma pohlavími. Zatímco u mužů převažují zdravotní problémy v 8,6 %, u žen duševní onemocnění celkem v 17,8 %. Pokud se zaměříme na věkovou skupinu dětí do 14 let a dospívajících mezi 15.–19. rokem, zjišťujeme u chlapců konflikty a problémy rodinné, významné jsou též konflikty a problémy pracovní a školní. U dívek pak nacházíme kromě duševního onemocnění též somatické zdravotní obtíže. Je ovšem nutné zdůraznit, že uvedené motivy jsou do značné míry spekulací. Lze na ně usuzovat z výpovědí svědků, případně z dopisů na rozloučenou.

Je možné, že v mnoha případech šlo o kombinaci dvou či více motivů. Poněkud jiná situace je u suicidálních pokusů. Zde jsou k dispozici pouze čísla z roku 1989 a starší. Ve všech věkových kategoriích jsou nejdůležitějším motivem konflikty a problémy rodinné. U dětí do 14 let představují 46 % všech registrovaných suicidálních pokusů, ve věkové kategorii do 19 let pak 31 %. Celkově tento motiv se uplatňuje v téměř 45 %. U dětí do 14 let mají velký význam problémy pracovní a školní v 35 %. U dospívajících jsou důležité problémy erotické, které byly nalezeny v 25 %, a pracovní a školní problémy ve 20 %. Význam těchto problémů v dospělém věku klesá, oproti dokonaným suicidiím nebývá často jako motiv suicidálního pokusu uváděn špatný zdravotní stav.

Remschmidt a Schwab našli u 157 dětí a dospívajících hospitalizovaných na dětské psychiatrické klinice v Marburgu (Německo) po suicidálním pokusu v 32 % rodinné konflikty, v 16 % partnerský konflikt, v 11,5 % školní a pracovní problémy a v 7 % sexuální problémy. V souboru 127 pacientů hospitalizovaných na Dětské psychiatrické klinice FN Motol v letech 1995–1999 jsme našli v 33 % konflikt s rodiči, v 31 % školní problémy, v 18 % kombinace obou těchto motivů, v 8 % partnerský konflikt a v 5 % tělesné onemocnění. I v těchto případech však je možno usuzovat na vliv a kombinace více motivů a faktorů⁵.

2.3 Fáze suicidálního chování

Suicidální chování a jednání lze rozdělit na 4 základní fáze. Celý průběh končící usmrcením začíná: 1. fází - suicidálními myšlenkami na sebevraždu. V této době člověk přemýšlí nad tím, že pokud by nežil, nemusel by čelit potížím, které se mu zdají být čím dál víc nesnesitelné. Pokud člověk tuto myšlenku přijme a věří, že za daných okolností je tohoto schopen, nastává 2. fáze – plánování sebevraždy, aby mohl sebevraždu úspěšně realizovat. Dále nastává 3. fáze – příprava na sebevraždu, kdy si jedinec např. obstarává střelnou zbraň a vytváří si podmínky k dokonání sebevraždy. Konečnou 4. fází je samotný akt usmrcení (nyní sebevrah pod tíhou nesnesitelných pocitů a depresí pouze plní naplánovaný „scénář“ vedoucí k usmrcení).

Celý průběh není časově ohraničen. Může se jednat o velmi krátkodobý proces končící smrtí, ale stejně tak může trvat i několik týdnů či měsíců. Nejprve také může dojít pouze k pokusu sebevraždy. Zcela jiný průběh má sebevražda páchaná v afektu či v náhlém duševním vypětí. V tomto případě odpadá fáze plánování. Jedinec kalkuluje s myšlenkou na smrt a ve velmi krátkém časovém rozhraní páchá sebevraždu. Nemá čas ani prostor na to, aby si obstaral vhodný předmět, kterým se usmrtí, např. střelnou zbraň. (může se jednat např. o člověka, který se dopustil vážného protiprávního jednání a není schopen unést následky, obává se hrozícího trestu - především strach z uvěznění).

⁵ Koutek, J., Kocourková, J.: Sebevražedné chování. Praha: Portál. 2003, s. 36

V době, kdy jsem sloužil jako policejní inspektor na obvodním oddělení Policie ČR v Jablonci nad Nisou, došlo k dopravní nehodě, při které řidič nákladního vozidla nedal přednost protijedoucímu osobnímu vozidlu, ve kterém jely 4 osoby romského původu. Došlo k čelnímu nárazu osobního vozidla do boku nákladního vozidla, jehož řidič započal odbočovat doleva a tři osoby zahynuly. Řidiči nákladního vozidla bylo sděleno obvinění pro trestný čin ublížení na zdraví s následkem smrti z nedbalosti, na základě kterého bylo zcela jisté, že na konci trestního řízení bude vyřčen trest odnětí svobody. Po ukončení úkonů vyšetřovatele byl viník nehody propuštěn a doma spáchal sebevraždu. Nic na tom nezměnil fakt, že řidič osobního vozidla překročil rychlost stanovenou v obci, čímž by mohl sebevrah alespoň do určité míry ospravedlnit svou vinu. V tomto případě jistě sebevraždu neplánoval.

Otázkou zůstává, zda-li by se tomuto konci dalo zabránit, např. pokud by byla takové osobě nabídnuta včas pomoc psychologa. On sám o pomoc nepožádal a je možné, že ho to ani nenapadlo.

2.3.1 Suicidální myšlenky

Snad každého v životě napadla myšlenka, co by bylo, kdyby ukončil svůj život - kdyby nebyl. Lze s jistotou říci, že každý byl někdy v životě konfrontován s nějakou těžkou životní situací. Koutek uvádí: „Ve většině případů jde pouze o frustní suicidální nápady, bez větší intenzity a zcela u nich chybí tendence k realizaci. Někdy mají spíše nutkavý charakter. Suicidální myšlenky jako forma suicidálního chování jsou intenzivní, dotýčný se jimi zabývá převážnou část svého času a myšlenky jsou obtížně odklonitelné. Někteří pacienti nám myšlenky na sebevraždu líčili jako egosyntonní, tj. myšlenky, které považovali za své, byli s nimi srozumění a nepovažovali je za cosi cizorodého. Jiní však tyto myšlenky popisovali jako egodystonní, až nutkavé, které se vracely, ačkoliv je chtěl jejich nositel zaplašit.

Suicidální myšlenky jsou charakterizovány podle Poustky verbálními i neverbálními projevy toho, že se jejich nositel zabývá myšlenkami na sebevraždu. Pokud zkoumáme suicidální myšlenky, musíme se zabývat hodnocením jejich intenzity, kolik času pacientovi zabírají, nakolik jsou odklonitelné“.⁶

⁶ Koutek, J., Kocourková, J.: Sebevražedné chování. Praha: Portál. 2003, s. 28

2.3.2 Suicidální plánování

Jedná se o stejně důležitou a nezbytnou fázi v celém průběhu suicidálního chování a jednání, protože jedinec plánováním odstraňuje obavy, které akt usmrcení přináší (obavy, které by bránily sebevraždu dokonat, strach do určité míry přetrvává stále). Jeho myšlenky se mění v cílené plánování vedoucí k úspěšnému dokonání sebevraždy. Pro sebevraha je velmi důležité akt usmrcení dobře naplánovat. Teprve správně zvoleným místem, dobou a hlavně způsobem usmrcení sebevrah získává záruku a odvahu, že je skutečně schopen a připraven dobrovolně zemřít. Také má prostor na to, aby dořešil, ovlivnil nebo jiným způsobem zasáhl do fungování ještě stávajícího života.

2.3.3 Příprava suicidálního jednání

V této době si jedinec obstarává např. léky, kterými se chce otrávit, provaz na oběšení nebo střelnou zbraň. Také např. píše a zanechání dopis na rozloučenou, vytváří si podmínky, aby mohl sebevraždu dokonat, např. odjede na chatu, kde má prostor na zdárné dokonání sebevraždy podle jeho plánu. Příprava také zahrnuje časové rozpětí, ve kterém sebevrah požívá alkoholické nápoje - tak jak si to naplánoval, aby odstranil obavy a našel odvahu zemřít.

2.3.4 Suicidium

V tomto stádiu se člověk ocitá na samém konci celého průběhu suicidálního chování a jednání. Své myšlenky již postupně proměnil v cílené plánování a přípravu na sebevraždu, což mu zabralo možná týdny a nyní stojí před rozhodnutím - během několika vteřin ukončit svůj život. I když potencionální sebevrah prošel všemi 3 fázemi suicidálního chování a jednání, k tomu, aby skutečně dobrovolně zemřel, potřebuje nějaký konečný impuls - okolnost, na základě které se dostává do

absolutně bezvýchodného stavu (např. odchod manželky, propuštění ze zaměstnání, velké dluhy – nastal den, kdy musí zaplatit).

Koutek uvádí: „Dokonané suicidium je charakterizováno jako sebepoškozující akt s následkem smrti, který je způsoben sebou samým s vědomým úmyslem zemřít. Tato definice naráží na problém kombinace vědomé a nevědomé motivace a nejednoznačnosti úmyslu zemřít. Stengel proto navrhuje suicidium definovat jako každý záměrný sebepoškozující akt, při němž si osoba, která se ho dopouští, nemůže být jista, zda jej přežije. Ačkoliv připouštíme nepochybně i složku nevědomé motivace, patří k sebevražednému aktu úmysl zemřít „zde a nyní“. Jde též o časově ohraničený akt, v průběhu jedné chvíle, několika minut či hodin, nanejvýše několika dnů. Můžeme se setkat například s **protrahovaným suicidálním jednáním**, kdy se dítě nebo adolescent intoxikuje medikamenty opakovaně v průběhu několika dnů. Často dochází k postupnému zvyšování dávky. Důvodem může být i to, že suicidant neodhadne potřebnou dávku vedoucí k letálnímu konci. Když zjistí, že jeho čin nevedl ke smrti, svůj pokus opakuje. Další příčinou bývá ambivalentní postoj ke smrti, který vede k tomu, že není použita letální dávka. V tomto případě lze samozřejmě též uvažovat o pevnosti jeho rozhodnutí, opět jde spíše o „dávání života v sázku“ s větší možností přežít. Protrahované suicidální jednání může být prováděno různými způsoby, například pořezáním. Toto chování často hraničí se sebepoškozováním, u něhož však úmysl zemřít není přítomen“.⁷

Za dobu mé praxe u policie jsem se setkal s neuvěřitelnou rozhodností a touhou zemřít, když např. 14letý chlapec „trénoval“ na dvanáctipatrovém panelovém domě rozběhy na okraj půdorysu střechy. Bohužel když zaregistroval snahu o jeho záchranu, okamžitě bez jakéhokoliv zaváhání doslova vyběhl ze střechy a skočil.

Nebo žena ve středním věku (matka od rodiny), těsně po ukončení léčení v psychiatrické léčebně Kosmonosích, doma spáchala velmi drastickou sebevraždu, když si podřezala žíly na ruce a způsobila si velice hlubokou řeznou ránu na hrdle.

⁷ Koutek, J., Kocourková, J.: Sebevražedné chování. Praha: Portál. 2003, s. 29

Suicidální pokus:

V průběhu suicidálního chování a jednání může dojít jen k suicidálnímu pokusu. „Suicidální pokus je definován jako každý život ohrožující akt s úmyslem zemřít, avšak nikoli s letálním koncem. Je otázkou, zda suicidální pokus je pouze nepodařená sebevražda, tedy rozdíl je pouze kvantitativní, nebo je kvalitativně odlišnou formou suicidálního jednání“.⁸

Koutek mezi suicidiem a suicidálním pokusem uvádí tyto rozdíly:⁹

- u žen se vyskytuje častěji suicidální pokus, u mužů dokonané suicidium;
- sebevražedný pokus u obou pohlaví dominuje především v první polovině života, zatímco dokonané suicidium v druhé polovině;
- při sebevražedných pokusech je častěji použita tzv. měkká metoda (např. intoxikace medikamenty), zatímco u dokonaných suicidií jsou voleny tzv. tvrdé metody (strangulace, střelná rána);
- motivy vedoucí k suicidálním pokusům jsou většinou z oblasti interpersonálních vztahů, zatímco u sebevraždy bývají motivy z oblasti intrapsychické a z problémů ohrožení;
- k suicidálním pokusům dochází nejčastěji ze spontánního, málo promyšleného rozhodnutí, suicidium je naproti tomu výsledkem delšího plánování a příprav.

Koutek dále uvádí: „Nejednoznačnost postoje k přání zemřít je typická pro adolescentní věk. Řada našich pacientů v tomto věku nám i po somaticky závažném suicidálním pokusu sdělila, že to jen zkoušeli, kdyby umřeli, bylo by to dobré; to, že přežili, je rovněž dobré. Zvláštním případem nedokonaného suicidálního jednání je **parasuicidium**. To je definováno jako suicidální pokus, u něhož není přítomen úmysl zemřít – jde tedy spíše o sebepoškození.

⁸ Koutek, J., Kocourková, J.: Sebevražedné chování. Praha: Portál. 2003, s. 28

⁹ Koutek, J., Kocourková, J.: Sebevražedné chování. Praha: Portál. 2003, s. 29

I to však může nešťastnou náhodou či nesprávným odhadem např. toxicity léku skončit letálně. Můžeme se též setkat s přímou **simulací suicidálního jednání**, tedy jeho předstíráním. Toto jednání nebývá spojeno s autoagresivními projevy a jeho účelem je něčeho dosáhnout, případně se něčemu nepříjemnému vyhnout¹⁰.

Před lety jsem vyšetřoval pokus sebevraždy, která předcházela „nevinnému pošťuchování“ dvou chlapců na střední škole, kdy jeden druhému nechtěně způsobil zranění, když ho přiškrtil tak, že omdlel. Zraněný chlapec musel být následně hospitalizován v nemocnici. Viník měl obavy z vyloučení ze školy - jednalo se však o bezproblémového žáka, aktivního sportovce (atleta). Ihned poté, co přišel domů, skočil z okna ve 4. patře. Pád ovšem přežil bez vážnějšího zranění (místem dopadu byl měkký terén - lékaři hovořili o velkém štěstí).

2.4 Alternativy suicidálního jednání

2.4.1 Bilanční sebevražda

Bilanční sebevražda je charakteristická dlouhodobějším uvažování o smrti, kdy člověk bilancuje dosavadní výsledky jeho stávajícího života. Jeho pohled na sebevraždu vychází z rozumové úvahy. Tito lidé si sebevraždu většinou pečlivě připraví a jsou častěji dokonané. Vágnerová uvádí: „Jako bilanční sebevraždu bychom označili například čin nevyléčitelně nemocného maligním onemocněním. Tomu je blízká **biická sebevražda**, tedy sebevražda v normálním duševním stavu, na základě motivů vycházejících z reality. Při hodnocení těchto forem sebevraždy však musíme odlišovat motivy patologické. I u jednoznačně patických sebevražd, které mají původ v psychopatologickém obsahu a v patologické motivaci, nacházíme bilancování, hodnocení situace apod.“¹¹

¹⁰ Koutek, J., Kocourková, J.: Sebevražedné chování. Praha: Portál, 2003, s. 29

¹¹ Vágnerová, M.: Psychopatologie pro pomáhající profese - variabilita a patologie lidské psychiky. Praha: Portál, 2000, s. 248

2.4.2 Účelové suicidální jednání

Účelové sebevražedné jednání je charakteristické základními znaky: člověk tak **nejedená s cílem zemřít**, ale věrohodně předstírat, že zemřít chtěl. Jeho jednání je způsobeno neřešitelnými problémy (často domnělé) a předstíráním sebevraždy vydírá své okolí, které je určitým způsobem zainteresováno v jeho tíživé situaci. Koutek uvádí, že: „účelovému sebevražednému jednání je podobné **demonstrativní suicidální jednání**. Rozdíl je v tom, že při účelovém jednání je tento cíl sledován nevědomě, při demonstrativním vědomě. Je ovšem nutné zdůraznit, že i účelové nebo demonstrativní suicidální jednání může skončit letálně. Smrti může nešťastnou náhodou skončit rovněž simulace sebevražedného jednání, která je často s demonstrativním či účelovým jednáním zaměňována. Na rozdíl od nich je však simulace vědomé předstírání, jehož účelem je vyhnouti se nějaké nepříjemné situaci, např. nástupu trestu“.¹²

2.4.3 Zkratkovité suicidální jednání

Je takové jednání, při kterém jedinec jedná zkratkovitě po náhlém neočekávaném psychickém – duševním vypětí, které ihned vyhodnocuje jako bezvýchodné. To je typické např. pro vraha, který v psychickém zkratu zastřelí člověka a když si uvědomí co provedl, ihned obrací zbraň proti sobě a páchá sebevraždu. Může se však jednat o jakou-koliv situaci, která mnohdy objektivně není vážná, ale pro sebevraha v danou situaci znamená neřešitelný problém. Vágnerová uvádí: „Člověk jedná pod vlivem okamžitého impulzu, neuvažuje ani o prostředcích, volí cokoli, co je dosažitelné“.¹³ V těchto situacích lidé nejčastěji volí jako způsob sebevraždy oběšení, skok z výšky a pokud jsou držitelé střelných zbraní, používají zbraň.

¹² Koutek, J., Kocourková, J.: Sebevražedné chování. Praha: Portál, 2003, s. 31

¹³ Vágnerová, M.: Psychopatologie pro pomáhající profese - variabilita a patologie lidské psychiky. Praha: Portál, 2000, s. 248

Policista – kurýr, který odvážel z Jablonce nad Nisou vnitřní poštu Policie ČR, se dopustil u teplárny „Brandl“ dopravní nehody, která však nebyla nijak vážná, nikoho nezranil, pouze poškodil služební vozidlo. Zřejmě pod tíhou ještě jiných vážných osobních problémů spáchal na místě sebevraždu služební pistolí, když se střelil do hlavy.

2.4.4 Suicidální dohoda

Jedná se o jednání dvou nebo více lidí, kteří se dohodnou, že společně spáchají sebevraždu. U takové dohody je vždy jeden tzv. iniciátorem (je vyloučeno, aby více lidí v jeden okamžik napadla myšlenka společně spáchat sebevraždu). Iniciátor vytipuje ve svém blízkém okolí osobu nebo osoby, o kterých se domnívá, že by jeho jednání byly ochotni opětovat. Toto jednání je však charakteristické pro skupiny např. náboženských sekt nebo se jedná o výsledek určitého rituálu. Tomuto jednání jsou charakteristické časté rozhovory o možnosti spáchat sebevraždu, hypotetické úvahy o smrti atd. - za těmito tendencemi stojí iniciátor.

2.4.5 Rozšířené suicidální jednání

Koutek uvádí, že rozšířené suicidální jednání: „má jednoznačně patologický podklad. Jde o případ, kdy duševně nemocný pod vlivem depresivního prožívání či imperativních halucinací spáchá sebevraždu a vezme s sebou ještě někoho ze svých blízkých osob. Motivací může být nesnesitelnost života pro něj a v jeho představách i kupř. pro dítě. Tuto situaci je nutné z terapeutických i forenzních důvodů odlišit od situace, kdy není přítomna psychotická motivace. Zvláštní formou ke smrti vedoucího jednání je **sebeobětování**. Zde má smrt význam oběti ve prospěch jiných lidí, společnosti nebo idealistických cílů. Tuto formu jednání nelze chápat jako suicidální. U sebeobětování zcela chybí vědomá touha zemřít. S tímto jednáním je možné se setkat během válek, teroristických útoků apod.“¹⁴

¹⁴ Koutek, J., Kocourková, J.: Sebevražedné chování. Praha: Portál, 2003, s. 33

2.5 Sociologický přístup suicidálního jednání

Sociologický přístup suicidálního jednání je zaměřen na vymezení sociálních faktorů, které mohou zvyšovat riziko sebevražedného jednání. Vágnerová rozlišuje tyto sociologické faktory:¹⁵

- **Egoistická sebevražda:** má příčinu v nedostatku sociálních vazeb, těmto lidem chybí sociální podpora a cítí se odcizeni (zejména osoby v důchodovém věku žijící samy v domácnosti);
- **Altruistická sebevražda:** je reakcí na sociální požadavky, které jedinec nemůže splnit. Je v zásadě výrazem sociální konformity, akceptace společenských hodnot. Člověk v těchto situacích selhal, a proto se zabije;
- **Anomická sebevražda:** je reakcí na náhlou změnu mezilidského vztahu nebo společenské pozice, která narušila sociální rovnováhu člověka.

2.6 Způsoby suicidálního jednání

Způsob suicidálního jednání je nejdůležitějším faktorem úspěšného docílení sebevraždy. Ne každý však může zvolit který-koliv způsob jakým si vzít život. Pro někoho je zcela vyloučena možnost obstarat si např. střelnou zbraň. Důležitou roli hrajou také obavy z určitého způsobu sebevražedného jednání – někdo např. nesnese představu podřezání žil ostrým předmětem (štítí se pohledu na krev a má obavy z bolesti a pomalého umírání) a raději volí skok z výšky, někdo se obává požití léků, že by mohl být nalezen a resuscitován - ovšem s vážnými zdravotními následky. Takovýchto pohledů, důvodů, obav a přístupů ke zvolení způsobu sebevražedného aktu usmrcení bychom našli celou řadu. Potencionální sebevrah je také ovlivněn

¹⁵ Vágnerová, M.: Psychopatologie pro pomáhající profese - variabilita a patologie lidské psychiky. Praha: Portál, 2000, s. 241

určitou „popularitou“ způsobu sebevražedného jednání. Všichni jsme ze strany svého okolí, a zejména ze strany médií, informováni o častých výskytech sebevražd a o způsobech, kterými k nim dochází. Významnou roli také hraje fantazie člověka, jeho představa o nejlepším způsobu spáchání sebevraždy. Velmi důležitá je také zkušenost s určitým prostředím - to lze nejlépe spojovat s pracovní profesí: např. lékař volí smrt po požití léků, policista volí střelnou zbraň.

Vyšetřoval jsem sebevraždu lékaře (jeho syn měl údajně vážné problémy s užíváním drog), který neunesl tíživou životní situaci a aplikoval si blíže nezjištěnou látku pro diabetiky. Šel tzv. „na jistotu“, měl zkušenosti z lékařského prostředí a i když se sebevražedného jednání dopustil přímo v kanceláři nemocnice, kde by mohl dostat okamžitou lékařskou pomoc, sebevražda se mu podařila.

Koutek způsob suicidálního jednání rozděluje na metody tzv. tvrdé a měkké. Mezi měkké metody patří ty, u nichž je nebezpečnost nižší a možnost záchrany života vyšší, tedy metody, které většinou nevedou okamžitě ke smrti (např. intoxikace medikamenty, povrchní pořezání nebo skok z nízké výšky). V těchto případech je pravděpodobnost záchrany sebevraha o mnoho pravděpodobnější. Takzvané tvrdé metody naopak vedou nejčastěji okamžitě nebo velmi rychle ke smrti a možnost záchrany je velmi snížena, případně vyloučena. Mezi tzv. tvrdé metody patří např. použití střelné zbraně, skok z velké výšky, ulehnutí na koleje vlakové trati atd. Zde je takřka vyloučena možnost záchrany (i v těchto případech však existuje určitá šance na záchranu, např. při sebevražedných pokusech střelnou zbraní se stává, že kulka nezasáhne důležitá centra a pacient po vyléčení odchází bez jakýchkoliv následků).

Koutek ke způsobu suicidálního uvádí: „Je samozřejmé, že tzv. měkké metody jsou používány u suicidálních pokusů často účelového nebo demonstrativního charakteru. U zkratkovitého jednání má význam zejména rychlá dostupnost metody. I v těchto případech se setkáme často s intoxikací léky, nejde však o promyšlený čin s jednoznačným úmyslem zemřít. Při zkratkovitém jednání nelze vyloučit i použití nebezpečnější metody, např. skoku z výšky, strangulace či použití střelné zbraně, pokud je k dispozici. Jsou známy případy dokonaných sebevražd zastřelením jako reakce na zcela banální autonehodu. Literatura uvádí, že vlastnictví střelné zbraně pětkrát zvyšuje nebezpečí, že její majitel obrátí svou zbraň proti sobě samému. Zde je možné zvažovat význam snadné dostupnosti metody

vedoucí vcelku rychle ke smrti, též nelze pominout určitý typ osobnosti tendující k vlastnictví takové zbraně.

U dokonaných sebevražd samozřejmě převažuje použití tzv. tvrdých metod. Trendy v ČR zůstávají v posledních letech stejné. Nejčastější metodou dokonaného suicidia je dlouhodobě strangulace, v roce 2000 tak zemřelo celkem 906 osob, tedy 55,7 % všech zemřelých dokonaným suicidiem. Na dalších místech stojí zastřelení, celkem 178 osob, tedy téměř 11 %, a skok z výšky 173 osob, což reprezentuje 10,6 %. Zajímavý je vzestup významu zastřelení v posledních letech. V roce 1985 tak ukončilo život 3,8 %, v roce 1990 4,5 % a v roce 1995 10,2 % osob. Tento trend nepochybně souvisí s nárůstem střelných zbraní v držení obyvatelstva. Přes uvedenou „měkkost“ metody suicidia intoxikací medikamenty patří sebeotrávení léky a podobnými látkami mezi významné příčiny úmrtí. V roce 2000 tak zemřelo celkem 118 osob, tedy 7,25 %. Při suicidálních pokusech jde však o zdaleka nejpoužívanější způsob.

Podstatné rozdíly v metodách suicidálního jednání nacházíme mezi muži a ženami. Muži mají tendenci k použití agresivnějších a tvrdších metod, zatímco ženy používají spíše metody méně drastické.

V roce 2000 zemřelo intoxikací léky téměř 17 % všech na suicidium zemřelých žen, zatímco u mužů to bylo jen 4,5 %, u strangulace byl tento poměr opačný. U mužů byla strangulace použita v téměř 61 %, zatímco u žen v 37,5 %. Muži dále oproti ženám významně preferují použití střelné zbraně. Ženami upřednostňované metody jsou skok z výšky a pořezání.

Ve skupině dětí do 14 let a adolescentů do 19 let nacházíme u chlapců převážně strangulaci, u dívek skok z výšky, i když jiné způsoby rovněž nejsou vyloučeny. Výjimečně vedlo ke smrti sebevraždou pořezání, u starších chlapců pak zastřelení.

Jak již bylo výše uvedeno, při suicidálních pokusech, tj. suicidálním jednání, které neskončilo letálně, jsou používány spíše metody tzv. měkčí. Neznamená to ovšem, že by nebylo možno přežít i při použití některé z nebezpečnějších metod. K dispozici je však pouze statistika vedená do roku 1989, poté byla statistická evidence suicidálních pokusů zrušena. Ze statistiky z roku 1989 vyplývá, že nejčastější metodou u sebevražedných pokusů v České republice byla otrava pevnou nebo tekutou látkou, celkem v 71,9 % případů, u mužů v 55,9 %, u žen dokonce 84 %.

Dalším častým způsobem suicidálního jednání bez letálního konce bylo pořezení – 18,2 %. Zde byl poměr mužů a žen opačný, 28,8 ku 10,2 %.

Ve skupině dětí do 14 let byla při sebevražedném pokusu v roce 1989 jak u dívek, tak i u chlapců použita převážně metoda intoxikací pevnou či tekutou látkou, v praxi nejčastěji medikamenty. Šlo o téměř 90 %, v ojedinělých případech pak byla použita strangulace, pořezení a skok z výšky. Ve věkové kategorii od 15 do 19 let opět vede intoxikace léky – v 81 %, přibývá však i dalších způsobů, zejména pořezení. To se objevilo celkem v 15 % případů a v tomto věku je preferováno zejména chlapci. Ačkoliv lze soudit na značné nepřesnosti ve statistice, určité trendy tato čísla vyjadřují.

Na Dětské psychiatrické klinice FN Motol bylo v letech 1995 - 1999 hospitalizováno celkem 127 dětí a mladistvých po suicidálním pokusu. I v této skupině převažují intoxikace, celkem ve 110 případech, pak následuje pouhých šest případů pořezení¹⁶.

Během mé praxe u Policie ČR, kdy jsem vyšetřoval sebevraždy, jsem se setkal nejčastěji se způsobem sebevražedného jednání – oběšením, a to často v „nevyhovujících“ podmínkách: např. žena v důchodovém věku se oběsila v klece na klíče u dveří; muž v předdůchodovém věku využil radiátorových rozvodů u stropu místnosti v panelovém domě na ubytovně a oběsil se v sedě; mladý muž kolem 25 let se oběsil rovněž v panelovém domě na vodovodních rozvodech.

U těchto způsobů mě vždy zarazilo odhodlání lidí zemřít právě tímto způsobem, protože bezesporu riskovali neúspěšné dokonání svého sebevražedného jednání. Ani v jednom případě tělo zemřelého neviselo ve vzduchu, vždy se minimálně alespoň nohy, ale spíše skoro celá váha těla, dotýkala podlahy (tj. velmi časté a typické pro sebevrahy žijící v panelových domech, kde je horší možnost zavěšení smyčky).

2.7 Způsoby sebepoškozování

Kocourková uvádí, že: „Sebepoškozování v klinickém slova smyslu představuje kategorii, která má sociální kontext a sociokulturní pozadí. Zacházení s lidským tělem je determinováno sociálními okolnostmi a rituály, které mají kulturní a sociální význam. Tyto okolnosti rozhodují o tom, které zásahy do lidského těla lze

¹⁶ Koutek, J., Kocourková, J.: Sebevražedné chování. Praha: Portál, 2003, s. 34-35

pokládat za konvenční normu (např. tetování nebo piercing) a které již mají charakter sebepoškozování v patologickém slova smyslu“.¹⁷

Kocourková způsoby sebepoškozování rozlišuje takto:¹⁸

Automutilace představuje sebepoškození, kde nejčastější motivace vyplývá z psychotické poruchy a sebepoškození může mít symbolický význam. Příkladem je automutilace zaměřená proti části těla (např. ruce, genitáliím, očím, jazyku) symbolicky vyjadřující patologické pocity viny a sebepotrestání při těžké depresi. Bizarní automutilace se mohou vyskytnout u pacientů trpících schizofrenním onemocněním. Automutilace se může také vyskytnout jako vedlejší produkt neobvyklých sexuálních praktik sadomasochistického charakteru nebo u osob s poruchami osobnosti v zátěžových situacích, jako je např. trestní stíhání, pobyt ve vězení, nedobrovolná hospitalizace, a může mít účelový charakter.

Sebepoškozování je termín, který je nejčastěji spojován s vědomým, záměrným, často opakovaným sebepoškozováním (sebezraňováním) bez vědomé suicidální motivace, v němž dochází k narušení tělesné integrity, bez závažného letálního dosahu. Nejčastěji jde o řezná poranění kůže, zápěstí, předloktí, hřbetů rukou, škrábance, vyřezávání znaků do kůže. K sebepoškození bývají používány ostré předměty, např. žiletka, sklo. Další formou sebepoškození je popálení, např. cigaretou nebo zapalovačem. Uváděné motivy pro sebepoškození jsou rozličné, nejčastěji uváděným motivem bývá pocit vzteku na sebe samého, úleva od napětí, někdy též přání zemřít. Sebepoškozování je považováno za jeden ze znaků narušené osobnosti, nejčastěji hraničního charakteru. Někteří autoři ovšem sebepoškozující chování koncipují spíše jako návykovou poruchu (addiction) než jako znak specifické poruchy osobnosti. Do okruhu sebepoškozování bývá zahrnováno i předávkování léky, které je opakováno a není u něj patrný přímý suicidální motiv. I když v sebepoškozujícím chování můžeme nalézt apel na okolí, nebývá snaha o získání pozornosti okolí jediným motivačním mechanismem.

¹⁷ Koutek, J., Kocourková, J.: Sebevražedné chování. Praha: Portál, 2003, s. 73

¹⁸ Koutek, J., Kocourková, J.: Sebevražedné chování. Praha: Portál, 2003, s. 74

Syndrom záměrného sebepoškozování představuje širší pojetí sebepoškozujícího chování, které je vydělené z kategorie suicidálních pokusů a zahrnuje sebepoškozování jako specifický patologický projev u poruch osobnosti (hraniční, histrionské, disociální, mnohočetné poruchy osobnosti), nebo u pacientů s poruchami příjmu potravy (zejména mentální bulimie) a pacientů závislých na návykových látkách.

Syndrom pořezávaného zápěstí má charakter sebepoškozování, v němž dominuje pořezávání, typicky na zápěstí a předloktí, které nemá vědomý suicidální motiv. Popisuje se, že afektivní projevy, které provázejí sebepořezávání, mají specifickou dynamiku a průběh. Pacienti prožívají tenzi a dysforii. Sebeпоřezání vede k úlevě a k opakování tohoto jednání. Osoby, které se pořezávají, mají snahu proti tomuto jednání bojovat, ale při snaze ovládnout se prožívají napětí, dysforii a vztek, afektovou kombinaci, která vede k opakování sebepoškozujícího jednání.

Předávkování léky představuje neindikované, nepřiměřené nebo nadměrné užití dávky léků bez zřetelného suicidálního úmyslu. Předávkování bývá často opakované. Může jít o léky, které byly pacientovi předepsány nebo které patří někomu z rodiny, ale i takové, které náhodně najde v domácí lékárničce.

2.8 Možnosti pomoci a prevence

Možnosti pomoci a prevence jsou předmětem dlouhodobého bádání všech odborníků v dané problematice. Sebevražedné jednání se na světě vyskytuje ve všech kulturách, národech, rasách a je nutno řešit tento problém komplexně s pomocí všech dosud získaných poznatků odborné činnosti.

Zásadním přínosem v oblasti prevence sebevražedného jednání je zjištění, že u naprosté většiny lidí, kteří mají sklon k sebevražednému jednání, nepřevládá snaha zemřít, ale touha žít a vyřešit své vážné problémy.

Vágnerová uvádí, že: „Člověk, který uvažuje o sebevraždě, má nějaké subjektivně závažné problémy a potřebuje získat naději, že je lze vyřešit. Proto jsou velice důležité linky důvěry a centra krizové intervence, fungující jako spojovací článek mezi trpícími lidmi a odborníky, kteří jim mohou poskytnout potřebnou pomoc. Pokus o sebevraždu je třeba chápat i jako signál budoucího rizika. Z osob, které se pokusily o sebevraždu, 20-30% svůj pokus do roka zopakuje (Beers a Berkow, 1999; Rahn a Mahnkopf, 2000). Proto je nutné zajistit co nejdříve po této události psychiatrické vyšetření. Pokud byla příčinou duševní porucha či choroba, je třeba ji léčit, farmakologická podpora může být vhodná i v jiných případech např. v situaci akutní osobní krize. Dále je třeba pomoci klientovi řešit problémy, které byly podnětem k sebevražednému jednání, mnozí lidé potřebují psychologické vedení a podporu při porozumění a zvládání zátěžových situací. Účelná může být i socioterapeutická pomoc zaměřená na vyšetření sociální situace klienta“.¹⁹

Z mého pohledu se na možnost pomoci a prevence suicidálního jednání dívám rozpačitě. Mnohokrát jsem se jako policista setkal se situacemi, kdy podle mého vlastního názoru neexistovala šance odvrátit suicidální jednání (soudě podle způsobu a okolností sebevražedného jednání), ale stejně tak jsem se setkal s případy, kdy „možná“ stačilo málo, aby k takovému jednání došlo nemuselo.

Domnívám se, že odpovědnost za vysoký výskyt suicidálního jednání do jisté míry „neseme všichni“, tedy jako společnost. Problém suicidálního jednání je postaven na morálce společnosti, na ochotě pomoci jeden druhému. Obecně je ale třeba vybudovat takové mechanismy v rámci nejrozličnějších institucí – státních i nestátních (např. v sociální nebo zdravotní oblasti), aby pomoc a prevence suicidálního jednání byla řešena systematicky a komplexně.

¹⁹ Vágnerová, M.: Psychopatologie pro pomáhající profese - variabilita a patologie lidské psychiky. Praha: Portál, 2004, s. 508

3 Praktická část

Předpoklad: *předpokladem je dostupnost dat o sebevraždách v České republice a osobní podíl na vyšetřování některých případů sebevražedného jednání dětí a dospělých osob.*

Metoda zkoumání: *analýza statistických dat*

Jelikož byla zvolena tato metoda: *analýza statistických dat*, ustoupili jsme od stanovení dílčích předpokladů.

V praktické části je pracováno výhradně se statistickými daty Českého statistického úřadu ČR (ČSÚ), která byla k dispozici a v některém případě s daty Ústavu zdravotnických informací a statistiky (ÚZIS).

3.1 Vývoj počtu sebevražd

V návaznosti na vývoj sebevražednosti v předchozích letech, který se vyznačoval klesajícím trendem zřejmým již od roku 1970, lze říci, že léta 1996 - 2000 signalizují stagnaci počtu sebevražd (ČSÚ).

Celková sebevražednost od roku 1996 – 2000

Rok	Celkem								
	0 - 14	15 - 19	20 - 24	25 - 29	30 - 34	35 - 39	40 - 44	45 - 49	50 - 54
1996	9	68	90	80	103	124	150	166	157
1997	7	66	91	100	97	120	187	211	166
1998	8	52	105	106	93	126	178	179	181
1999	3	58	110	95	110	103	140	195	178
2000	12	42	122	100	100	127	176	203	160
Celkem	39	286	518	481	503	600	831	954	842

Rok	55 - 59	60 - 64	65 - 69	70 - 74	75 - 79	80 - 84	85+	Celkem
1996	78	92	106	100	71	85	56	1535
1997	111	100	122	106	82	50	51	1667
1998	110	82	90	111	88	55	49	1613
1999	112	90	85	109	98	61	63	1610
2000	117	83	96	111	100	42	58	1649
Celkem	528	447	499	537	439	293	277	8074

Pozn.: V horní části tabulky jsou věkové skupiny, a to od narození do 85 let věku a více. V levé části tabulky jsou uvedeny letopočty od roku 1996 do roku 2000. V jednotlivých polích jsou pak uvedeny absolutní počty sebevražd v daném roce každé věkové skupiny. Ve spodní části jsou uvedeny celkové součty jednotlivých věkových skupin a napravo jsou uvedeny celkové součty sebevražd.

Sebevražednost mužů od roku 1996 - 2000

Rok	Muži								
	0 - 14	15 - 19	20 - 24	25 - 29	30 - 34	35 - 39	40 - 44	45 - 49	50 - 54
1996	8	55	80	72	88	107	132	123	122
1997	5	57	79	81	84	95	150	168	137
1998	5	41	85	94	85	107	147	156	144
1999	3	47	97	79	94	86	118	159	146
2000	8	32	107	89	85	111	145	163	127
Celkem	29	232	448	415	436	506	692	769	676

Rok	55 - 59	60 - 64	65 - 69	70 - 74	75 - 79	80 - 84	85+	Celkem
1996	60	65	75	62	48	55	34	1186
1997	80	86	89	78	58	34	30	1311
1998	84	54	63	76	66	34	27	1268
1999	94	68	59	81	72	43	39	1285
2000	86	60	77	71	74	28	35	1298
Celkem	404	333	363	368	318	194	165	6348

Sebevražednost žen od roku 1996 - 2000

Rok	Ženy								
	0 - 14	15 - 19	20 - 24	25 - 29	30 - 34	35 - 39	40 - 44	45 - 49	50 - 54
1996	1	13	10	8	15	17	18	43	35
1997	2	9	12	19	13	25	37	43	29
1998	3	11	20	12	8	19	31	23	37
1999	-	11	13	16	16	17	22	36	32
2000	4	10	15	11	15	16	31	40	33
Celkem	10	54	70	66	67	94	139	185	166

Rok	55 - 59	60 - 64	65 - 69	70 - 74	75 - 79	80 - 84	85+	Celkem
1996	18	27	31	38	23	30	22	349
1997	31	14	33	28	24	16	21	356
1998	26	28	27	35	22	21	22	345
1999	18	22	26	28	26	18	24	325
2000	31	23	19	40	26	14	23	351
Celkem	124	114	136	169	121	99	112	1726

„Klesající trend sebevraždnosti je do určité míry ovlivňován měnícími se životními podmínkami ve společnosti. Příkladem může být skutečnost, že stále více lidí vyhledává psychiatrickou pomoc pro odstraňování nebo zmírňování svých depresí, na jejichž léčbu jsou vyvíjeny stále kvalitnější a účinnější léky. Krátkodobě mohla pokles počtu sebevražd způsobit také změna klasifikace nemocí a příčin smrti v roce 1994, kdy byl zaveden klasifikační kód „Jiná a neobjasněná úmrtí“, ve kterém jsou skryta úmrtí, u nichž nelze rozeznat, zda se jedná o sebevraždu nebo o jiný způsob úmrtí. Do tohoto kódu jsou někdy omylem zahrnovány i neobjasněné sebevraždy. Z krátkodobého hlediska, tj. za období 1996 - 2000, je 1996 rokem s nejnižším počtem (1535) a 1997 rokem s nejvyšším počtem (1667) sebevražd.

Vzhledem k absolutním i relativním údajům v předcházející tabulce lze konstatovat, že pětiletí 1995 - 1999 je obdobím s nejmenší sebevraždností v celé poválečné historii, přičemž v roce 1996 bylo dosaženo historického minima v počtu sebevražd.

Celá devadesátá léta jsou ve srovnání s předchozími roky charakteristická nižším počtem sebevražd bez velkých výkyvů. Zatímco období 1990 - 1996 je i nadále provázeno poklesem, a to téměř o 300 případů, léta 1997 - 2000 již zaznamenávají spíše stagnující hodnoty okolo 1600 případů.

Trend ve vývoji sebevražd potvrzuje také jejich podíl na celkovém počtu zemřelých, s tím rozdílem, že rok 2000 má za zkoumané pětiletí nejvyšší podíl sebevražd na počtu zemřelých a předčil i rok 1997, který se vyznačoval nejvyšším absolutním počtem sebevražd. Podíl sebevražd na celkovém počtu zemřelých má obdobný vývoj jako podíl sebevražd na počtu zemřelých vnějšími příčinami. Podíl sebevražd na počtu zemřelých vnějšími příčinami se za zkoumané období zvyšoval každoročně (ČSÚ).²⁰

²⁰ www.seznam.cz Český statistický úřad

3.2 Počet sebevražd v roce 2002

„V roce 2002 bylo v České republice evidováno Českým statistickým úřadem 1 534 dokonaných sebevražd, Ústav zdravotnických informací a statistiky v tomto roce evidoval 1 483 sebevražd a zachytil tak 96,7 % všech sebevražd evidovaných Českým statistickým úřadem. Ve srovnání s rokem předchozím se podle ČSÚ počet dokonaných sebevražd snížil o 89 případů, podle údajů ÚZIS byl pokles vyšší a představoval 181 případů. V roce 2002 tak na 100 000 obyvatel připadalo 15,0, resp. 14,5 případů, přičemž u mužů byla hodnota tohoto ukazatele vyšší než u žen. Na 1 sebevraždu žen připadalo 3,8 sebevražd mužů (ČSÚ), míra sebevraždění představovala 24,5, resp. 23,6 sebevražd na 100 000 osob u mužů a 6,1, resp. 5,9 sebevražd na 100 000 osob u žen. V dlouhodobém pohledu se hrubá míra sebevraždění v České republice od roku 1970, kdy dosáhla svého maxima v poválečném vývoji, snižuje. Výjimku tvoří pouze výchyly ve vybraných letech, které však mohou být náhodné. Ve srovnání s rokem 1970 se úroveň sebevraždění do roku 2002 snížila o 40 %, přičemž u žen byl tento pokles výraznější (64 %) než u mužů (40 %), v důsledku čehož se podíl sebevražd žen na celkovém počtu dokonaných sebevražd snižuje (z původních 31 % na 20 %) (ČSÚ). V evidenci ÚZIS však počty sebevražd na 100 000 osob klesají plynule jen do začátku 90.let, v dalším období, v důsledku zlepšující se evidence (a po roce 1994 i unifikace obou statistik) ukazatel mírně narůstá. V tomto období také výrazně stoupá podíl sebevražd zachycených ÚZIS z celkového počtu sebevražd evidovaných ČSÚ. Ten se z minima v roce 1990 (69,2 %) zvýšil až na údaje převyšující 95 % v posledních 4 letech“.²¹

²¹ www.seznam.cz Český statistický úřad

Porovnání počtu sebevražd v roce 2002 absolutně a na 100 000 obyvatel, podle údajů ČSÚ a ÚZIS ČR, ukazuje následující přehled:

	Počet sebevražd v roce 2002					
	absolutně			na 100 000 obyvatel		
	muži	ženy	celkem	muži	ženy	celkem
ČSÚ	1 216	318	1 534	24,5	6,1	15,0
ÚZIS ČR	1 173	310	1 483	23,6	5,9	14,5

Pozn.: Tato tabulka obsahuje počet sebevražd za rok 2002. V první části jsou absolutní počty sebevražd, v pravé části jsou počty sebevražd na 100 000 obyvatel. Levý sloupec znázorňuje statistická data Českého statistického úřadu a Ústavu zdravotnických informací a statistik

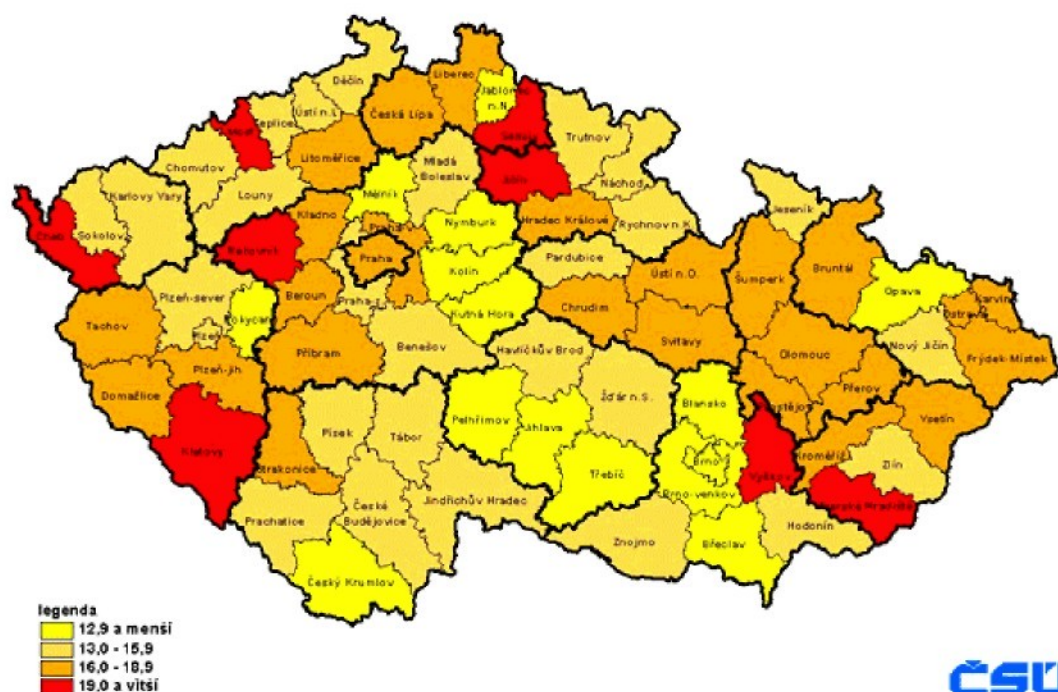
„V mezinárodním srovnání se Česká republika dlouhou dobu pohybovala mezi zeměmi s nejvyšší úrovní sebevražednosti, v 70. letech patřila sebevražednost v České republice k nejvyšším v Evropě. V důsledku zmiňovaného trvalého poklesu se dnes naše republika pohybuje spíše ve středu pomyslného žebříčku, nejvyšší sebevražednost vykazuje vedle Maďarska také Rusko a evropské země bývalého Sovětského svazu. Nízká je naopak sebevražednost jihoevropských zemí, Nizozemí či Velké Británie. Ukazatele sebevražednosti však mohou být, do určité míry, ovlivněny rozdílnou přesností evidence sebevražd v jednotlivých zemích“.²²

²² www.seznam.cz Český statistický úřad

3.3 Sebevražednost podle územního pohledu

Sebevražednost má odlišnou úroveň i z územního pohledu. V roce 2000 došlo ke změně uspořádání ČR, jejíž území bylo rozděleno na 14 krajů, což je podrobnější dělení oproti původním 8 krajům. Pro srovnání jsou použity přepočty na současnou územní strukturu.

Sebevraždy celkem na 100 tis. obyvatel (průměr za roky 1996 - 2000)



„V Čechách je sebevražednost větší než na Moravě, přičemž rozdíl sebevražednosti v Čechách a na Moravě se v období 1996 - 2000 razantně zmenšil. Zatímco v období 1989 - 1995 činí rozdíl v průměru za rok 2,7 sebevraždy na 100 tis. obyvatel, v období 1996 - 2000 je to pouze 0,2. Na tomto jevu se podílí výrazné snížení sebevražednosti v Čechách.

Ve srovnání s obdobím 1989 - 1995 se v letech 1996 - 2000 sebevražednost ve všech krajích, s výjimkou Prahy, snížila. Tento pokles souvisí s celkovým snížením sebevražednosti v tomto období. Markantní snížení je zřetelné především v Karlovarském, Ústeckém, Královéhradeckém, Libereckém a Plzeňském kraji (průměrně za rok o 10,4 - 4,9 %). Nejvyšší sebevražednost ve zkoumaném období je

zaznamenána v Praze, Moravskoslezském, Libereckém, Olomouckém, Zlínském a Karlovarském kraji (17,4 - 16,5), nejmenší na Vysočině a v Jihomoravském kraji (12,2 - 13,2).

Největší počty sebevražd na 100 tisíc obyvatel v období 1996 - 2000 jsou v okresech Rakovník, Jičín, Most, Semily, Vyškov, Cheb, Klatovy a Uherské Hradiště (24,1 - 19,0). U mužské části populace je sebevražednost nejvyšší v okresech Semily, Rakovník, Tachov, Uherské Hradiště, Cheb a Jičín (34,7 - 31,1) a u ženské v okresech Rakovník, Jičín, Most, Liberec a Benešov (14,6 - 10,2).

Nejmenší sebevražednost je v tomto období charakteristická pro okresy Pelhřimov, Jihlava, Kutná Hora, Rokycany, Brno-venkov a Třebíč (10,2 - 11,6). Pro muže nejméně sebevražd na 100 tis. obyvatel v okresech Pelhřimov, Jihlava, Rokycany, Brno-východ, Kolín, Jablonec nad Nisou a Kutná Hora (12,1 - 17,9) a pro ženy v okresech Jeseník, Znojmo, Tachov, Opava, Mělník a České Budějovice (2,8 - 4,6).

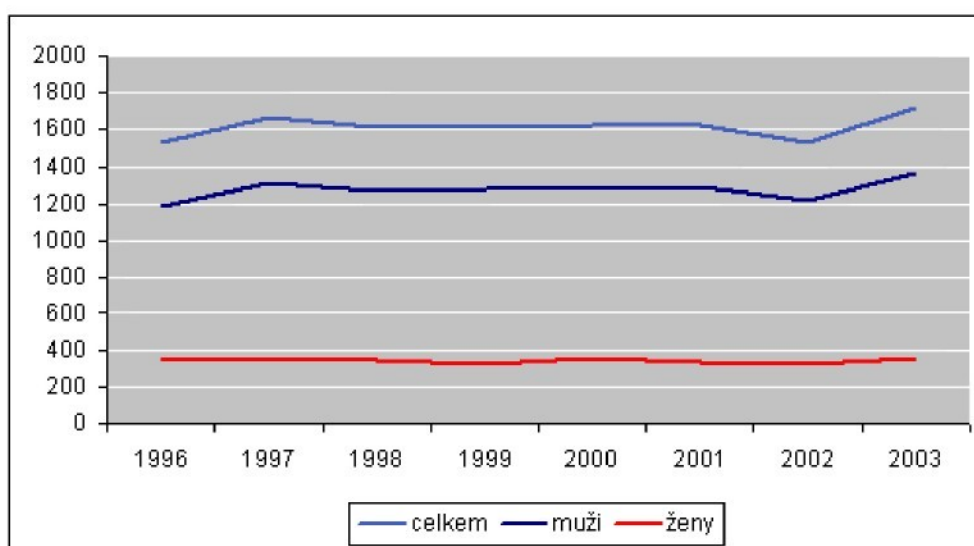
Ve srovnání s předchozím obdobím je vývoj sebevražednosti vzhledem k územnímu uspořádání odlišný. Vytvořením průměrů hodnot těchto dvou období zjistíme, že k největší sebevražednosti došlo v okresech Most, Semily, Tachov, Jičín, Rakovník, Sokolov, Teplice a Cheb (24,1 - 21,1) a k nejnižší v okresech Jihlava, Třebíč, Opava, Žďár nad Sázavou, Blansko, Pelhřimov a Kutná Hora (12,1 - 13,8)²³.

²³ www.seznam.cz Český statistický úřad

3.4 Sebevraždy podle pohlaví

Muži páchají sebevraždu častěji než ženy. Za období 1996 – 2003 spáchalo sebevraždu celkem 12982 osob, v tom 10243 mužů a 2739 žen. Na 1 dokonanou sebevraždu žen připadá 3,74 sebevražd mužů.

Počet sebevražd v letech 1996 – 2003 podle pohlaví – absolutní počty:



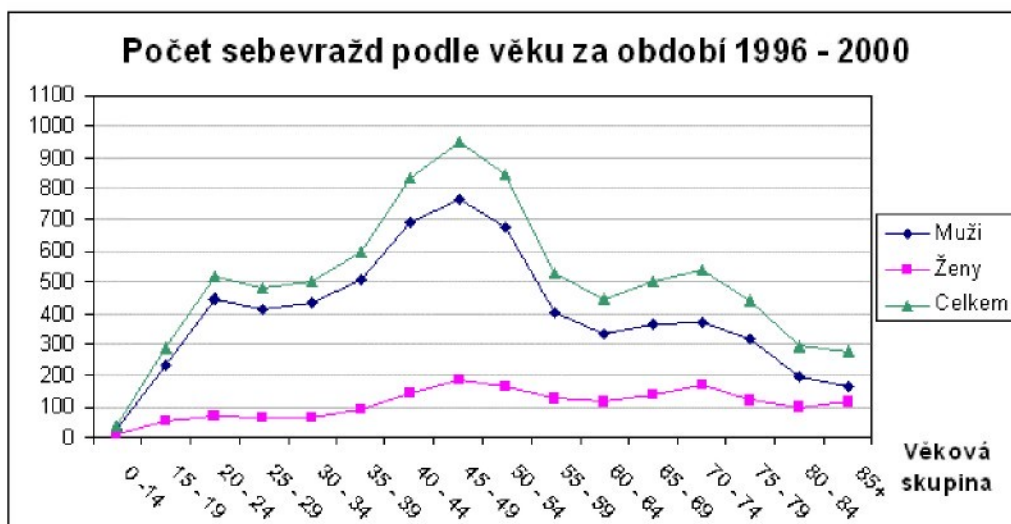
Pozn.: Levá osa znázorňuje absolutní počet sebevražd od 0 do 2000. Spodní osa znázorňuje jednotlivé roky od 1996 do 2003.

„Vývoj sebevražd mužů a žen koresponduje, až na malé výjimky, s celkovým vývojem sebevražd obyvatelstva. Dosavadní minimum počtu zemřelých sebevraždou byl u mužů v roce 1996 a ve velké míře se podílel na celkově nízkém počtu sebevražd v tomto roce. V roce 2002 bylo dosud nejmenší množství zemřelých sebevraždou u žen, a protože velmi nízká hodnota byla i u muže, je tento rok rokem dosavadního celkového minima. Sebevražd žen od poválečného období ubývá rychleji než sebevražd mužů, tedy klesá jejich podíl na celkovém počtu. Především v posledním pětiletí je pokles sebevražd žen velmi zřetelný. Za zkoumané osmileté období spáchalo sebevraždu celkem 12982 osob, v tom 10243 mužů a 2739 žen.

Devadesátá léta se vyznačují trvalým poklesem počtu sebevražd, přičemž v druhém pětiletí je pokles razantnější. Začátek 21. století můžeme zatím označit jako období stagnace, s výkyvem v roce 2002 na dosavadní minimum a v roce 2003 s nárůstem zhruba na úroveň roku 1995. Teprve další období ukáže zda se jedná o změnu trendu nebo jen ojedinělý výkyv. Výše uvedený pokles počtu sebevražd je způsoben snížením počtu převážně ženské části obyvatelstva. Podíl sebevražd mužů na jejich celkovém počtu vzrostl ze 73,0 % v první polovině 90.let na 79,3 % za roky 2000-2003. Sebevraždinnost mužů ve vztahu k počtu obyvatelstva je za hodnocené období 3,93x větší než sebevraždinnost žen a pokud by byla v obou pohlavích stejná věková struktura převyšovala by sebevraždinnost mužů ženy ještě větší měrou²⁴.

3.5 Sebevraždy podle věku

Dynamika vývoje sebevražedných tendencí je individuálně specifická, je do značné míry určena osobnostními rysy i životním příběhem každého jedince. Vágnerová uvádí, že: „Motivy či způsoby sebevražedného chování mohou být ovlivněny vývojově podmíněnými problémy, odlišností pohlaví, věkem či profesí“.²⁵



²⁴ www.seznam.cz Český statistický úřad

²⁵ Vágnerová, M.: Psychopatologie pro pomáhající profese - variabilita a patologie lidské psychiky. Praha: Portál, 2000, s. 249

Pozn.: Levá osa znázorňuje absolutní počet sebevražd v součtu za období od roku 1996 do 2000. Spodní osa označuje věkové skupiny od narození do 85 let a více.

Z uvedeného grafu vyplývá, že největší množství sebevražd připadá na osoby ve věku kolem 40 – 45 let. K velkému počtu sebevražd dále dochází v důchodovém věku kolem 60 – 70 let a v období dospívání kolem 18 - 20 let.

Sebevražda z hlediska jednotlivých vývojových fází:

(podle M. Vágnerové)²⁶

Dětský věk:

V dětském věku je sebevražedné jednání vzácné, jeho četnost stoupá až v období 10. a 12. rokem života (Vágnerová, 2004, s. 503, citován: Mościcki, 1995, gelder a kol., 1996). Z hlediska postoje k suicidálnímu jednání je důležitá vývojová proměna myšlení, schopnost uvažovat hypoteticky, tj. na úrovni pouhé možnosti. Jakmile je dítě schopné takto přemýšlet, začne chápat i význam smrti.

Adolescence:

Pro období adolescence je typické, že dospívající rozvíjí svou vlastní identitu, hledá její uspokojivý obsah. Aby toho dosáhl, musí se osamostatnit, odpoutat z dřívějších vazeb, event. na určitou dobu potlačit význam dosud jednoznačně platných hodnot. V této době se může dostat do situace, kdy se cítí bezradný, neschopný najít přijatelný smysl vlastní existence.

Mladá dospělost:

V období mladé dospělosti se mění postoj k suicidálnímu jednání, ubývá impulzivních a zkratkových pokusů. Stabilizující význam má fungující partnerství i rodičovská role. Důležitá je rovněž představa otevřených možností, kterou ztrácejí starší lidé.

²⁶ Vágnerová, M.: Psychopatologie pro pomáhající profese - variabilita a patologie lidské psychiky. Praha: Portál, 2000, s. 249

Střední věk:

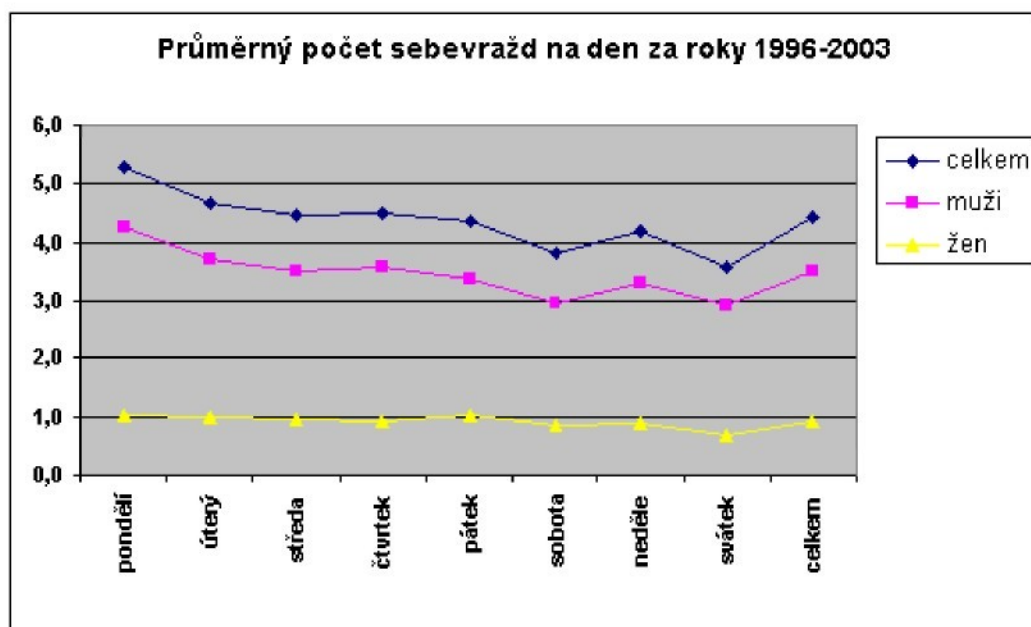
V této době **dochází ke krizi středního věku**. Ve středním věku dochází k bilancování dosavadního života. To může rovněž představovat zátěž, zvyšující pravděpodobnost sebevražedné reakce, zejména pokud osobní bilance není příliš pozitivní. Významnou roli zde hraje celková situace čtyřicetiletého člověka, kvalita jeho vztahů, zázemí, jeho zdravotní stav, ekonomická úroveň a profesní pozice. Tyto i další zátěžové faktory (např. abúzus alkoholu) je třeba hodnotit v širším kontextu. Jak je patrné z grafu, v této době dochází k rapidními nárůstu sebevražedného jednání.

Stáří:

Starý člověk je ve větší míře ohrožen somatickými chorobami, odchod do důchodu vede ke ztrátě mnoha důležitých rolí, někdy se zhroutí životní hodnoty právě v době, kdy už nelze hledat jiné řešení. Zvyšuje se riziko opuštěnosti a ztráty známého prostředí, které představovalo určité zázemí. Starší lidé mívají strach z umírání a utrpení, event. z bezmocnosti a závislosti na jiných. Ve stáří bývají četnější bilanční sebevraždy, které jsou výsledkem nepříznivého hodnocení vlastní životní situace a ztráty naděje pro budoucnost.

3.6 Sebevraždy podle dnů v týdnu

Intenzita sebevražd se mění nejen podle měsíců, ale i podle dnů v týdnu. Maximální hodnoty jsou v pondělí, minimum je v sobotu a ve svátek. Celkový průměrný denní počet sebevražd za období 1996 - 2003 činil 4,4 (3,5 muži a 0,9 ženy).



Pozn.: Levá osa znázorňuje absolutní denní počet sebevražd. Spodní osa znázorňuje jednotlivé dny v týdnu včetně svátku a celkový průměrný počet sebevražd na den.

„Jednotlivá časová období ovlivňují psychiku lidí, jejich pocity, chování a reakce. K jednotlivým dnům v týdnu (pondělí až neděle) byly přiřazeny hodnoty pouze u těch dnů, které nebyly svátkem (dnem pracovního klidu), neboli údaje za svátky nebyly započteny do úhrnu za příslušný den v týdnu.

Vyjdeme-li z průměrného denního počtu sebevražd za zkoumané období 1996 - 2003, zjistíme, že nejvíce k sebevraždám dochází na začátku týdne. Maximální hodnoty jsou v pondělí (průměrně 5,3 sebevražd). V úterý je počet nižší, ale stále nadprůměrný. Středa až pátek jsou zhruba na stejné úrovni. Nejméně sebevražd je na konci týdne, přičemž minimum je v sobotu (průměrně 3,8 sebevražd). Neděle znamená proti sobotě zvýšení. Ve svátky je průměrný počet sebevražd ještě o něco nižší než v sobotu.

Základní závěry o dnech zvýšené a snížené sebevraždnosti platí shodně pro muže i pro ženy. Určitou odlišností je u mužů podprůměrná úroveň sebevraždnosti v neděli, zatímco u žen jsou hodnoty tento den na úrovni průměru všech dnů.

Oproti období 1996-1995 je nyní výrazně podprůměrná sebevraždnost ve svátky, zatímco předtím byla průměrná. Ostatní základní tendence, to jest vyšší sebevraždnost na počátku týdne a nižší na konci týdne, se potvrdily. V období let 1996-2003 bylo maximum 14 sebevražd za den. Z celkového počtu 2922 dnů uvedeného období bylo jen 39 bez zaznamenané sebevraždy, to je v průměru jedenkrát za 75 dní, jinak vyjádřeno: den bez sebevraždy je v průměru jen 5x do roka“.²⁷

²⁷ www.seznam.cz Český statistický úřad

3.7 Sebevraždy podle měsíců

Roční období i jednotlivé měsíce v roce mají výrazný vliv na počet sebevražd. Ve sledovaném období 1996 - 2000 měsíční počty sebevražd potvrzují vývoj předešlých let.

Sebevražednost od roku 1996 do 2000 - celkem:

Rok	Měsíc												celkem
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
1996	139	113	153	135	142	137	130	128	125	134	96	103	1535
1997	126	132	141	142	153	167	150	142	125	148	115	126	1667
1998	138	136	147	146	160	148	143	120	119	125	118	113	1613
1999	134	108	144	142	169	121	149	130	139	124	121	129	1610
2000	117	132	160	171	137	135	138	144	124	135	138	118	1649
Celkem	654	621	745	736	761	708	710	664	632	666	588	589	8074

Pozn.: V horní části tabulky jsou uvedeny jednotlivé měsíce od ledna do prosince (1 – 12). V levé části tabulky jsou uvedeny letopočty od roku 1996 do roku 2000. V jednotlivých polích jsou pak uvedeny absolutní počty sebevražd v daném měsíci a roce. Ve spodní části jsou uvedeny celkové součty sebevražd v daném měsíci od roku 1996 do 2000 a napravo jsou uvedeny celkové součty sebevražd v jednotlivých letech.

V lednu a únoru jsou hodnoty průměrné, ovšem s nástupem března se počet sebevražd nadprůměrně zvyšuje. V květnu počet sebevražd převyšuje nad průměrem dokonce o 11,1 %. V následujících měsících je patrná klesající tendence, přičemž v měsíci září dosahují sebevraždy lokálního minima.

Po mírném zvýšení v měsíci říjnu dochází opět k poklesu počtu sebevražd, a to na podprůměrné hodnoty (absolutního minima je dosaženo v prosinci, kdy jsou sebevraždy 14, 0 % pod průměrem).

Sebevražednost od roku 1996 do 2000 - mužů:

Rok	Měsíc												celkem
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
1996	97	86	118	106	116	105	106	102	98	98	77	77	1186
1997	93	107	106	116	121	125	124	106	95	115	95	108	1311
1998	105	111	118	120	120	113	113	96	94	92	92	94	1268
1999	110	89	117	116	128	95	125	96	102	102	99	106	1285
2000	100	102	131	132	101	103	106	110	96	107	115	95	1298
Celkem	505	495	590	590	586	541	574	510	485	514	478	480	6348

Sebevraždy mužů z větší části kopírují trend celkových sebevražd a nevyznačuje se velkými výkyvy. Výjimkou je měsíc duben, kdy je počet sebevražd mužů nadprůměrný o 13,2 % a dosahuje tak absolutního maxima. Naopak sebevraždy žen v porovnání s muži jsou provázeny většími měsíčními výkyvy v sebevražednosti a z větší části nejsou v souladu s celkovým vývojem. Hodnoty v měsících květnu a červnu jsou velmi nadprůměrné, přičemž měsíc květen přesahuje průměr o 19,6 % a naopak měsíce listopad a prosinec jsou silně podprůměrné, a to až o 27,5 %.

Sebevražednost od roku 1996 do 2000 - žen:

Rok	Měsíc												celkem
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
1996	42	27	35	29	26	32	24	26	27	36	19	26	349
1997	33	25	35	26	32	42	26	36	30	33	20	18	356
1998	33	25	29	26	40	35	30	24	25	33	26	19	345
1999	24	19	27	26	41	26	24	34	37	22	22	23	325
2000	17	30	29	39	36	32	32	34	28	28	23	23	351
Celkem	149	126	155	146	175	167	136	154	147	152	110	109	1726

Mezi muži a ženami jsou v počtu sebevražd podle měsíců velké rozdíly. Například u mužů je nejvyšších hodnot dosaženo v březnu a dubnu, u žen v květnu a červnu. Dále v srpnu, září a říjnu muži dosahují podprůměrných a ženy nadprůměrných hodnot, apod.

„Ve srovnání s obdobím 1990 - 1995 má období 1996 - 2000, vzhledem k jednotlivým měsícům v roce, plynulý vývoj sebevražd bez velkých výkyvů. V období 1996 - 2000 se od ledna do května počet sebevražd postupně zvyšuje a v následujících měsících opět klesá, s malým vybočením v měsíci říjnu. Předchozí období je však provázeno značnou kolísavostí, zvláště v jarních měsících. Maxima sebevražd je dosaženo až v měsíci červnu, po kterém následuje rychlý pokles.

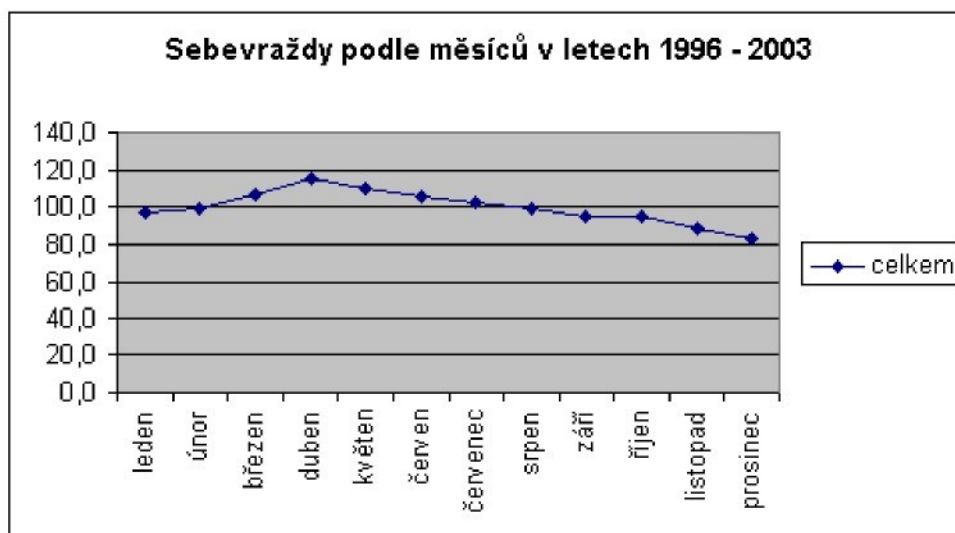
V obou obdobích dosahují sebevraždy nadprůměrných hodnot v měsících březen až červenec, v období 1990 - 1995 navíc i v lednu. Protože údaje za jednotlivé měsíce i v kumulaci za pětiletá období podléhají nahodilým výkyvům byl pro větší vypovídací schopnost použit dlouhodobý úhrn. Průběh sezónní křivky sebevražd ukazuje základní trendy vývoje sebevražd podle měsíců v období let 1961-1999. Na jaře sebevraždy dosahují maximálních hodnot, v průběhu léta a podzimu opakovaně klesají. Nejnižšího počtu sebevražd je překvapivě dosahováno v zimních měsících. Vývoj sebevražd mužů a žen kopírují základní trend celkového vývoje sebevražd.

Měsíční sezónnost sebevražděnosti je v jednotlivých desetiletích z větší míry zachována. Výjimkou jsou 90. léta, kdy lednová a červnová sebevražděnost u žen dosahuje nadprůměrných a prosincová podprůměrných hodnot oproti ostatním desetiletím. Rozbor věkových skupin (věk do 34 roků, 35-59 roků, 60 a více) ukazuje, že počet sebevražd je různý v závislosti na ročním období i na jednotlivých měsících. Trend vývoje sebevražd podle věkových skupin se částečně shoduje s celkovým vývojem sebevražd v jednotlivých měsících, existují však výrazné odchylky pro různé věkové skupiny. Například u osob v nejmladší věkové skupině dosahují hodnoty maxima, stejně jako u celkové sebevražděnosti, v měsíci květnu, přičemž střední věková skupina má květen až na pátém místě a nejstarší věková skupina na druhém místě. Podobně se věkové skupiny odlišují i v minimálních hodnotách“.²⁸

²⁸ www.seznam.cz Český statistický úřad

3.8 Sebevraždy podle ročního období

Roční období mají výrazný vliv na sebevražednost, počty sebevražd se v jednotlivých měsících v roce liší někdy i výrazně. Na jaře sebevraždy dosahují maximálních hodnot, v průběhu léta a podzimu opakovaně klesají.



Pozn.: Přepočet vylučuje nestejnou délku měsíců – má samozřejmě vliv na počet sebevražd. Levá osa znázorňuje absolutní počet sebevražd od 0 do 140. Spodní osa znázorňuje jednotlivé měsíce od ledna do prosince.

„Ve sledovaném období 1996 - 2003 **měsíční počty sebevražd potvrzují vývoj předešlých let**. V lednu a únoru jsou hodnoty průměrné, ovšem s nástupem března se počet sebevražd nadprůměrně zvyšuje. V dubnu počet sebevražd převyšuje nad průměrem dokonce o 15,5 %. V následujících měsících je patrná klesající tendence, přičemž od září počet sebevražd klesá do podprůměru. Po mírné zvýšení v říjnu pokračuje snižování sebevražednosti i v dalších dvou měsících až k absolutnímu minimu v prosinci na hodnotu 16,3 % pod průměrem.

Protože údaje za jednotlivé měsíce i v kumulaci za uvedené období mohou podléhat nahodilým výkyvům, byl pro větší vypovídací schopnost použit dlouhodobý úhrn období let 1961-2003. Průběh sezónní křivky sebevražd potvrzuje výše uvedené základní trendy vývoje sebevražd podle měsíců za roky 1996-2003.

Na jaře sebevraždy dosahují maximálních hodnot, v průběhu léta a podzimu opakovaně klesají. Nejnižšího počtu sebevražd je překvapivě dosahováno v zimních měsících. Sezónnost sebevražd mužů a žen kopíruje základní trend celkového vývoje sebevražd²⁹.

3.9 Sebevraždy podle způsobu provedení

„Struktura způsobů provedení sebevražd se v čase mění. Přesné srovnání v dlouhodobějším časovém úseku ovlivňují, mimo jiné, i změny mezinárodní klasifikace nemocí a příčin smrti. Na základě 10. revize z roku 1994 byly sebevraždy podle způsobu provedení oproti předešlé revizi podrobněji rozlišeny a zároveň rozšířeny o další způsoby. Vzhledem k rozsáhlé změně třídění od roku 1994, bude v této kapitole zkoumáno období let 1994 až 2000.

I v hodnoceném období bylo, shodně s předchozím dlouhotrvajícím obdobím, po které jsou k dispozici údaje, provedení **sebevraždy oběšením jednoznačně nejčastějším způsobem**, což platí pro muže i ženy. V souhrnu za obě pohlaví není v hodnoceném období zřetelný trend, podíl kolísá okolo 60 % z celkového počtu sebevražd, ovšem při dlouhodobějším srovnání je patrný postupný nárůst. U mužů se podíl pohybuje okolo 65 %, u žen jsou výkyvy v jednotlivých letech větší, hodnoty jsou většinou mezi 40-50 %, maximum v roce 1996 přesáhlo 50%.

V pořadí dalších nejčastějších způsobů realizace sebevraždy dochází v posledních letech ke změnám a ke změně došlo i v hodnoceném období. Až do konce 80. let byla druhým nejčastějším způsobem otrava plynem používaným v domácnosti, od počátku 90. let to byla již otrava pevnou nebo kapalnou látkou a v posledních dvou letech zastřelení. **Zastřelení je druhým nejčastějším způsobem** i v souhrnu za hodnocené období. Celkově za období od roku 1994 je třetím nejčastějším způsobem otrava pevnou nebo kapalnou látkou, za poslední dva roky však tento způsob převýšily sebevraždy skokem z výše.

²⁹ www.seznam.cz Český statistický úřad

Ostatní způsoby mají podíl již podstatně menší. Dříve velmi četné otravy plynem mají podíl již jen malý, na což má rozhodující vliv změna plynu používaného v domácnostech - jedovatý svítiplyn byl nahrazen nejedovatým zemním plynem.

Ve sledovaném období nejsou patrné významnější trendy ve vývoji sebevražd podle způsobu provedení. V druhé polovině 90. let se zastavil dřívější zřetelný vzestupný trend sebevražd zastřelením. **Vzrostl i podíl sebevražd utopením**, přesto tento způsob zůstává jen málo používaným. Opačný trend je charakteristický pro sebevraždy otravou pevnou nebo kapalnou látkou a plynem. U ostatním příčin sebevražd dochází pouze k malým výkyvům a nesledují žádný výrazný trend.

Ve struktuře způsobů provedení sebevražd je mezi muži a ženami zřetelný rozdíl. Nejpočetnějším způsobem pro muže i pro ženy je sebevražda oběšením, podíl na celku je však u mužů podstatně větší a to téměř dvě třetiny, zatímco u žen je to méně než polovina. Druhým nejčastějším způsobem je u mužů sebevražda střelnou zbraní a u žen otrava pevnou nebo kapalnou látkou. **Dalším početným způsobem je u mužů i u žen sebevražda skokem z výšky**, ovšem u žen s podstatně větším podílem na celku.

Protože sebevražda zastřelením je „mužským“ způsobem sebevraždy, je výše uvedené konstatování o zastaveném nárůstu podílu platné hlavně pro muže. I nadále ubývá sebevražd otravou plynem. Jiné jednoznačné změny ve struktuře provedení v hodnoceném období patrné nejsou.

U žen je v druhé polovině 90. let signalizována zjevnější změna struktury. Obdobně jako u mužů také u žen dochází k významnému poklesu podílu sebevražd otravou plynem, v posledních letech se jedná již jen o ojedinělé případy. Po roce 1996 se zřetelně snížil podíl sebevražd oběšením. Naopak k růstu podílu dochází u sebevražd utopením a ostrým předmětem, v posledních dvou letech i skokem z výše. Zvýšilo se i zastoupení skupiny *ostatní způsob*.³⁰

³⁰ www.seznam.cz Český statistický úřad

4 Shrnutí výsledků praktické části

V praktické části byla zpracována statistická data sebevražd v České republice v období od roku 1996 do 2000 až 2003.

1. Vývoj počtu sebevražd

Podle shromážděných statistických dat ČSÚ ČR za zkoumané období, tj. od roku 1996 – 2000, došlo v roce 1996 celkem k 1535 sebevraždám, v roce 1997 k 1667, v roce 1998 k 1613, v roce 1999 k 1610 a v roce 2000 k 1649 sebevraždám. Z těchto dat vyplývá, že se roční počet sebevražd výrazně neodlišuje, kromě roku 1996, kdy bylo cca o 1000 sebevražd méně.

Zcela odlišné výsledky lze najít v porovnání počtu dokonaných sebevražd mužů a žen. V roce 1996 spáchalo sebevraždu 1186 mužů, v roce 1997 - 1311, v roce 1998 - 1268, v roce 1999 - 1285 a v roce 2000 - 1298 mužů. Na rozdíl od mužů spáchalo v roce 1996 sebevraždu pouze 349 žen, v roce 1997 - 356, v roce 1998 - 345, v roce 1999 - 325 a v roce 2000 - 351 žen.

Z těchto výsledků vyplývá, že v jednotlivých letech se počet sebevražd mužů a žen výrazně neliší, ale v porovnání sebevražd mužů a žen je rozdíl radikální. Počet dokonaných sebevražd mužů je cca o dvě třetiny vyšší než v případě žen.

2. Sebevraždy v roce 2002

V roce 2002 podle ČSÚ ČR spáchalo sebevraždu 1216 mužů a 318 žen, celkem 1534 osob. V porovnání s minulými lety (sledované období od roku 1966 – 2000) je to cca o 1000 sebevražd méně.

3. Sebevražednost podle územního pohledu

V tomto srovnání je počet sebevražd v jednotlivých okresech ČR poměrně vyrovnaný, největší počet dokonaných sebevražd připadá na okres Rakovník, Jičín, Most, Semily, Vyškov, Cheb, Klatovy a Uherské Hradiště.

4. Sebevraždy podle pohlaví

Za období 1996 – 2003 spáchalo sebevraždu celkem 12982 osob, z toho 10243 mužů a 2739 žen. Rozdíl v počtu dokonaných sebevražd ve srovnání muži - ženy je stabilně velmi rozdílný, neboť počet sebevražd mužů je o 2 třetiny vyšší. Jedním z důvodů, proč je tento rozdíl tak rapidní, je skutečnost, že vysoké procentu sebevražd je spácháno střelnou zbraní, kterou vlastní převážně muži, což také dokazují statistiky ČSÚ. Hlavním důvodem je však překonání strachu mužů ze smrti a důležitou roli také hraje postavení ženy - jako matky.

5. Sebevraždy podle věku

Sebevražednost podle věku lze rozdělit do tří hlavních věkových skupin, ve kterých dochází k dokonaným sebevraždám mnohem častěji než „obvykle“. V nejmladší věkové skupině, kdy dochází k velkému počtu dokonaných sebevražd, jsou mladí lidé ve věku cca od 17 – 18 let. Z pohledu vývojové psychologie se jedná o období **dospívání**. Následně se počet sebevražd radikálně zvyšuje ve věkovém období cca od 43 – 45 let - **v tomto období dochází k tzv. krizi středního věku**. V poslední věkové skupině, kdy dochází k velkému počtu sebevražd, jsou starší lidé ve věku cca od 66 – 68 let. Jedná se o období kdy dochází, mimo jiné, ke změně nebo ztrátě důležitých životních rolí – odchod do důchodu, zdravotní potíže, popř. ztráta životního partnera. Z hlediska pohlaví je intenzita sebevražd v uvedených třech věkových skupinách zcela shodná. Stále však platí, že sebevražednost mužů je o 2 třetiny vyšší.

6. Sebevraždy podle dnů, měsíců a ročního období

Z hlediska dnů v týdnu dochází k nejvyšší intenzitě sebevražd v pondělí. Pondělí je pro mnohé nejnáročnějším dnem v týdnu, protože se jedná o 1. pracovní den a starosti v tomto čase mohou akumulovat. Naopak nejméně dochází k sebevraždám v sobotu a ve svátek, kdy na člověka nedoléhá tolik povinností a kdy se pohybuje v okruhu přátel či rodiny.

Pokud počet sebevražd porovnáváme v jednotlivých měsících, tak ze získaných statistických dat zjistíme, že za sledované období od roku 1996 – 2000 dochází k největšímu počtu sebevražd v květnu a červnu. Z hlediska ročního období,

za sledované období od roku 1996 – 2003, dochází k sebevraždám nejvíce na jaře (duben, květen, červen).

7. Sebevraždy podle způsobu provedení

Největší procento sebevražd je spácháno oběšením. To lze přičíst ke snadné dostupnosti – realizaci sebevraždy tímto způsobem a „popularitě“ z hlediska jistoty usmrcení. Dalším nejčastějším způsobem sebevraždy, zejména u mužů, je zastřelení. V současné době je snadné stát se držitelem střelné zbraně, čímž se výrazně zvýšilo procento dokončených sebevražd tímto způsobem, který je „snadný“, jistý a rychlý. Následuje otrava pevnou nebo kapalnou látkou, utopení, pořezání atd.

5 Závěr

Cílem bakalářské práce bylo komplexní zmapování sebevražedného jednání dětí a dospělých osob a hledání příčin, proč k tomuto jednání dochází.

Ze získaných statistických dat v praktické části je patrné, že k sebevražednému jednání dochází prakticky stále, bez ohledu na to, jaké je právě např. roční období, měsíc nebo den. V časovém srovnání jsou z hlediska počtu sebevražd jen malé rozdíly. Těžko lze hledat konkrétní příčiny sebevražedného jednání, neboť se jedná o velmi širokou škálu nejrůznějších důvodů - problémů, ať osobních, rodinných, profesních nebo zdravotních. Jedná se o celospolečenský problém, který se netýká jen České republiky, ale celého světa. Pokud bychom na tuto problematiku nazírali čistě matematicky, mohli bychom dojít k závěru, že na 10 milionů obyvatel v ČR připadne každoročně cca 1600 sebevražd a žádné systematické snažení odborníků v dané problematice tuto skutečnost nijak neovlivní.

Obecně lze definovat, že příčiny sebevražedného jednání vycházejí z celospolečenských problémů, jakými jsou:

- ekonomická situace a životní úroveň lidí - nezaměstnanost a s tím související narůstající zadluženost;
- sociální problémy - velmi vysoká rozvodovost v ČR a související potíže (péče o děti a jejich výchova po rozvodu, rozdělení majetku, citové strádání atd.);
- bezdomovectví;
- sebevražednost ze zdravotních důvodů (převážně psychické);
- sebevražedné jednání z „malicherných důvodů“ (např. zkratkovité jednání po požití alkoholu).

Na základní otázku, proč dochází k sebevražednému jednání, odpověď v obecném slova smyslu existuje, ale mnohem problematičtější je nalézt odpověď, jak tomu předcházet. I když žijeme v určitém sociálním kontextu (rodina, zaměstnání, přátelé), přece jenom má každý i svůj vlastní vnitřní svět, do kterého mnohdy nikoho jiného nepustí. Těžko lze stoprocentně konstatovat, že pokud by se sebevrah před svým aktem usmrcení dostal do péče odborníků, že by sebevražedné

jednání později nedokonal. Pokud dochází každoročně k tak vysokému počtu sebevražd, je nepochybné, že se tak děje z velmi vážných důvodů a je otázkou, do jaké míry by se tomu dalo předcházet.

Každý člověk je osobnost a každý má své charakteristické povahové rysy a psychickou odolnost vůči zátěži. Pro někoho se může zdát určitý problém jako velmi těžká, ale řešitelná životní situace, pro jiného to může znamenat i cestu vedoucí k sebevraždě. Tehdy je důležité, aby měl člověk kolem sebe rodinu nebo přátele, kteří by mu pomohly těžkou životní situaci vyřešit. Stává se, že člověk se svým problémem zůstává osamocen a okruh jeho „rodiny“ nebo „přítel“ neposkytuje potřebnou podporu. V těchto případech je důležité nalézt odvahu a vyhledat pomoc odborníka. Pokud jsou např. problémy zdrojem finančních potíží, může zde pomoci sociální pracovník, s psychickými problémy (zejména deprese) může pomoci psycholog, atd.

Bohužel, na základě mých vlastních zkušeností, musím konstatovat, že se lidé stydí za to, že by měli vyhledat pomoc psychologa nebo psychiatra. V naší společnosti existuje určitý předsudek, že kdo se léčí s psychickými zdravotními potížemi – je „blázen“.

Jak předcházet sebevraždám? Podle mého názoru tento problém spočívá v jedné základní teorii. Více se dívat kolem sebe, zajímat se o své blízké (rodinu, přátele, kolegy). Nebýt lhostejnými ke svému okolí a mít ochotu pomoci tomu, kdo to potřebuje – mnohdy „jen“ dobrá rada může zachránit lidský život. Bohužel klima naší společnosti se těmito předpoklady příliš chlubit nemůže. Jsem přesvědčen, že k tak vysokému počtu sebevražd (v jaké-koli společnosti) dochází právě proto, že člověk se svým problémem zůstává na své cestě sám a vyhledat pomoc odborníka ho třeba ani nenapadne nebo k tomu nenajde odvahu.

Na druhé straně jsem však také přesvědčen o tom, že se člověk může dostat do takového stavu, že pro něho smrt znamená vysvobození, což potvrzují dokonané sebevraždy po předchozích nezdařených suicidálních pokusech, kdy těmto lidem byla poskytnuta pomoc odborníků.