

JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH  
ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA

**SEBEVRAŽDY SENIORŮ**  
Bakalářská práce

Vedoucí práce:  
prof. MUDr. Miloš Velemínský, CSc.

Autorka práce:  
Vendula Máchová

2008

## **ABSTRAKT:**

### **SENIOR SUICIDES**

I have chosen the problem of senior suicide as the topic of my bachelor degree thesis. At the beginning of the theoretical part I have described all forms of suicidal behaviour such as suicidal thoughts, suicidal tendencies, suicidal attempt and completed suicide. I took a closer look at the completed suicide. I have described the phenomenon of suicide from different points of view of medical doctors, psychologists, philosophers and other specialists. I have mentioned the types of suicide such as premeditated suicide, demonstrative suicidal behaviour, impulsive suicidal behaviour and group suicides. I have also examined Ringel's presuicidal syndrom, ways of suicidal behaviour and the development of suicidal tendencies. I have also described the medical, sociological and psychological theories of suicidal behaviour. At the end of the theoretical part I focused on the old age itself and the suicidal behaviour at this life period. I described the biological features of aging as well as the changes of behaviour in the old age. As the main reasons for the senior suicidal behaviour often stem from old age related problems such as depression, long-term somatic illness, death of the life partner, retirement, social isolation, institutionalization or drinking problem, I have focused on these phenomena in particular. The last chapter deals with the prevention of suicidal behaviour in the old age. The aim of the practical part was to carry out a survey of senior suicide in the South Bohemian, Ústecký, Liberecký region and the region of the capital of Prague and to compare the number of senior suicides in these regions. The survey focused on the development of the number of suicides in seniors over 65 years of age with view to education, sex, the way of conducting suicide, size of town and the month of death in 2005 and 2006. I have used the statistic data of the Institute of Health Information and Statistics of the Czech Republic. The results of the survey proved that the senior suicides are more frequent in men with lower education from smaller towns and the most frequent way of committing suicide is the intentional self-harm by hanging, strangling and suffocating. The thesis could be used for further survey or the prevention of senior suicidal behaviour.

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma sebevraždy seniorů vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě/v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných Zdravotně sociální fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

V Českých Budějovicích, dne

podpis studenta

Na tomto místě bych ráda poděkovala prof. MUDr. Miloši Velemínskému, CSc. za odborné vedení a konzultaci na této bakalářské práci.

## **Obsah:**

|   |    |
|---|----|
| <b>Úvod</b>   | 7  |
| <b>1 Současný stav</b>                              | 9  |
| 1.1 Formy suicidálního chování                      | 9  |
| 1.1.1 Suicidální myšlenky                           | 9  |
| 1.1.2 Suicidální tendence                           | 9  |
| 1.1.3 Suicidální pokus                              | 10 |
| 1.1.4 Suicidium                                     | 10 |
| 1.1.4.1 Bilanční sebevražda                         | 12 |
| 1.1.4.2 Demonstrativní suicidální jednání           | 12 |
| 1.1.4.3 Impulzivní suicidální jednání               | 12 |
| 1.1.4.4 Skupinové sebevraždy                        | 13 |
| 1.2 Ringelův presuicidální syndrom                  | 13 |
| 1.3 Způsoby suicidálního jednání                    | 15 |
| 1.4 Vývoj tendence k suicidálnímu jednání           | 15 |
| 1.5 Teorie sebevražedného jednání                   | 16 |
| 1.5.1 Sociologické teorie                           | 16 |
| 1.5.2 Lékařské teorie                               | 17 |
| 1.5.3 Psychologické teorie                          | 19 |
| 1.6 Stáří   | 20 |
| 1.6.1 Biologické stárnutí                           | 21 |
| 1.6.2 Změny psychických funkcí                      | 23 |
| 1.7 Suicidální jednání ve stáří                     | 24 |
| 1.7.1 Suicidální jednání a deprese                  | 26 |
| 1.7.2 Úmrtí partnera                                | 28 |
| 1.7.3 Odchod do důchodu                             | 29 |
| 1.7.4 Sociální izolace                              | 30 |
| 1.7.5 Institucionalizace, závislost na péči druhých | 31 |
| 1.7.6 Závislost na alkoholu                         | 32 |

|   |    |
|---|----|
| 1.7.7 Suicidální jednání při vážném somatickém onemocnění | 33 |
| 1.8 Prevence sebevražedného jednání ve stáří              | 33 |
| <b>2 Cíle práce a hypotézy</b>                            | 35 |
| 2.1 Cíl práce   | 35 |
| 2.2 Hypotézy  | 35 |
| <b>3 Metodika</b>   | 35 |
| 3.1 Charakteristika cílového souboru                      | 35 |
| 3.2 Metoda zkoumání                                       | 36 |
| <b>4 Výsledky</b>   | 37 |
| <b>5 Diskuse</b>  | 54 |
| <b>6 Závěr</b>  | 57 |
| <b>7 Seznam použité literatury</b>                        | 58 |
| <b>8 Klíčová slova</b>                                    | 61 |
| <b>9 Přílohy</b>  | 62 |

## Úvod

Pro svou bakalářskou práci jsem si zvolila téma sebevraždy seniorů. Myslím si, že sebevražedné jednání starších lidí není ve společnosti diskutováno tolik jako např. sebevraždy mladistvých. Dobrovolná smrt mladého člověka vždy vyvolá zděšení, strach, mnoho otázek a velký zájem médií. Zatímco sebevražda starého, osamělého a často chudého člověka téměř nikoho nezajímá.

Je to způsobeno postojem společnosti ke starým lidem. Přestože díky klesající porodnosti a zvyšující se průměrné délce života populace stárne, v médiích stále vládne tzv. kult mládí. Ideálem se stala představa mladého, krásného, ekonomicky aktivního a úspěšného člověka. Naopak stáří a všeho co s sebou přináší se většina lidí bojí. Dochází k tomu, že mladí lidé si odmítají připustit, že jednou také budou staří. Stáří pro ně představuje sociální izolaci, ztrátu pozic, ekonomickou závislost a různá onemocnění. Nové technologie a velké množství změn, kterým staří lidé nerozumějí je uvrhují do stále větší izolace. A ani o jejich životní zkušenosti v dnešní době nemá nikdo zájem.

Příčiny suicidální jednání seniorů často vycházejí právě z problémů, které provázejí stáří, ať už je to sociální izolace, samota, chudoba, somatické onemocnění, institucionalizace nebo deprese. Většinu z těchto příčin sebevražedného jednání by alespoň částečně mohl eliminovat lepší postoj společnosti k seniorům. Lidé by si měli uvědomit, že i oni budou jednou staří a problémy, které dnes ignorují se jich budou v budoucnu týkat také.

Ve své práci se pokusím zmapovat sebevraždy seniorů a to z hlediska pohlaví, vzdělání, velikosti obce, měsíce úmrtí a způsobu provedení sebevraždy. Výzkum bude zaměřen na čtyři kraje: Jihočeský, Liberecký, Ústecký kraj a kraj Hlavní město Praha.

Motto:

*Nejlépe bylo by vzdálit se  
a nikdy se nenavrátit,  
svým bližním a nejbližším ztratit se  
a sám se sobě ztratit.*

František Gellner: výňatek z básně *Už se mi k smrti protiví...*



## **1. Současný stav**

### **1.1. Formy suicidálního chování**

Suicidální chování se vyskytuje v několika formách. Rozeznáváme suicidální myšlenky, suicidální tendence, suicidální pokus a dokonané suicidium.

Těmto formám suicidálního chování po různě dlouhou dobu předchází presuicidální syndrom (9).

#### **1.1.1 Suicidální myšlenky**

S myšlenkou co by bylo, kdyby člověk nebyl je asi konfrontován téměř každý. Ve většině případů jde pouze o suicidální nápady, bez větší intenzity a chybí u nich tendence k realizaci. Často mají spíše nutkavý charakter. Suicidální myšlenky jako forma suicidálního jednání jsou intenzivní, dotýčný se jimi zabývá velkou část svého času a myšlenky jsou obtížně odklonitelné. Někteří lidé myšlenky na sebevraždu líčili jako egosyntonní, tj. myšlenky považovali za své, ne za cosi cizorodého. Jiní však tyto myšlenky líčili jako egodystonní, nutkavé, které se vracely, přestože se je jejich nositel snažil zaplašit. Důležitým faktorem pro posuzování nebezpečnosti suicidálních myšlenek je jejich konkrétnost, tj. nakolik je jasná představa o možnosti sebevraždy, jakým způsobem a na jakém místě by se měla sebevražda uskutečnit, zda je připravován dopis na rozloučenou apod. (9)

#### **1.1.2 Suicidální tendence**

O suicidálních tendencích hovoříme tehdy pokud je sebevražda již konkrétně připravovaná, postižený si např. shromažďuje léky nebo si za tímto účelem pořídil stříelnou zbraň (9).

### 1.1.3 Suicidální pokus

Sebevražedný pokus bývá často označován zkratkou TS – tentamen suicidii (z lat. *tentamen* zkouška, pokus) nebo parasuicidium (z řec. *para* podle, vedle, skoro a lat. *suicidium* sebevražda) (3).

Suicidální pokus je charakterizován jako každý život ohrožující akt s úmyslem zemřít, avšak bez letálního konce (9). Přesto je třeba suicidální pokus považovat za stejně vážný čin jako sebevraždu (3).

Mezi dokonanou sebevraždou a suicidálním pokusem jsou uváděny následující rozdíly:

- u žen se častěji vyskytuje suicidální pokus, u mužů dokonaná sebevražda
- suicidální pokus u obou pohlaví dominuje především v první polovině života, zatímco dokonaná sebevražda v druhé polovině
- při suicidálních pokusech je častěji použita tzv. měkká metoda (např. intoxikace medikamenty), zatímco u dokonaných sebevražd jsou voleny tzv. tvrdé metody (strangulace, střelná rána)
- k suicidálním pokusům dochází nejčastěji z impulsivního, málo promyšleného rozhodnutí, suicidium je naopak výsledkem dlouhodobého plánování a příprav (9)

### 1.1.4 Suicidium

Suicidium lze definovat jako **násilné jednání charakteristické úmyslem dobrovolně zničit vlastní život**, jako autoagresivní projev. V definici je kladen důraz na vlastní rozhodnutí takto jednat. V rámci sebevražedného jednání je člověk jednajícím subjektem i objektem, na něhož je tato aktivita zaměřena. Sebevražedné jednání lze charakterizovat jako **poruchu pudu sebezáchovy**.

Člověk, který se rozhodne, že se zabije, sice může v aktuální situaci uvažovat, prožívat i reagovat nestandardně, ale jeho psychika nemusí být

patologicky změněna. Pokud by tomu tak bylo, jde často spíše o sebezabití než o suicidium (14).

Charakterizováním vlastního pojmu sebevražda se v minulosti zabývala celá řada lékařů, psychologů, filozofů a dalších odborníků.

Durkheim vymezoval sebevraždu „jako každý případ úmrtí, který je přímým nebo nepřímým výsledkem činu nebo opomenutí spáchaného jedincem, o němž věděl, že vede ke smrti.“

Pro T.G. 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“.

Český psychiatr Jan Prokop v roce 1940 změnil tuto definici s poukazem na to, že mnozí sebevrazi si nemohou být jisti, jestli si svým činem skutečně přivodí smrt. Navrhl proto formulaci, že „sebevrah je ten, který očekává, že si svým činem smrt přivodí“. Podle Stengela lze sebevražedné jednání charakterizovat jako „záměrný a sebepoškozující akt, při němž si osoba, která se ho dopouští, nemůže být jista, zda jej přežije“ (9, s. 12).

Viewegh (1996) definuje suicidium jako „způsob autodestruktivního jednání, který zřetelně vyjadřuje úmysl jedince dobrovolně ukončit vlastní život a cílevědomou snahu zvolit k tomuto účelu prostředky, u nichž možno předpokládat, že k zániku života povedou“ (3, s.171).

Podle Jamese Hillmana (1997) je „suicidium výrazem naléhavé potřeby změnit od základů svůj život“. Je pro něj jednou z možností změny, protože každý člověk si může zvolit takovou smrt, jakou chce. Hillman zdůrazňuje, že možnost spáchat suicidium je výrazem svobody individua, jeho nezávislosti na světě i na ostatních lidech (14, s. 497).

#### **1.1.4.1 Bilanční sebevražda**

Bilanční sebevražda je reakcí na dlouhodobě působící subjektivně závažné motivy a výsledkem především rozumové úvahy. Člověk si opravdu přeje zemřít a prostředky k dosažení svého cíle si pečlivě promyslí a připraví. Tyto sebevraždy jsou často dokonané. Člověk se pro bilanční sebevraždu rozhodne tehdy, pokud má pocit, že jeho život již nemá žádný smysl (14).

S bilanční sebevraždou se setkáváme hlavně u starších lidí. V tomto případě člověk zcela jasně zvažuje, co by mu život mohl ještě přinést. Po předchozím zvažování dojde k závěru, že jeho současná situace je pro další život neúnosná (8, 9). Příkladem může být např. suicidium starého člověka trpícího smrtelnou chorobou, který od života už nic dobrého nečeká (14).

#### **1.1.4.2 Demonstrativní suicidální jednání**

Člověk zemřít nechce, ale používá demonstrovaneho sebevražedného chování jako prostředek k manipulaci s jinými lidmi, k jejich potrestání, pomstě apod. Toto jednání může probíhat vědomě i nevědomě. Například žena, která odmítá rozvod, se snaží svého manžela tímto způsobem ovlivnit, aby ji neopouštěl (14). Je důležité zdůraznit, že i demonstrativní suicidální jednání může skončit letálně (9).

#### **1.1.4.3 Impulzivní suicidální jednání**

Impulzivní suicidální jednání je stimulováno afektivně, rychlým rozhodnutím. Člověk často nemá vážný úmysl zemřít. Jedná pod vlivem náhlého impulsu, často neuvažuje ani o prostředcích, volí cokoli, co je v daném okamžiku dosažitelné. Jiné bývají i motivy, obvykle lze tento suicidální pokus interpretovat jako „volání o pomoc“, jako krajní prostředek k dosažení osobně důležitého cíle. Člověk sice věří v možnost zlepšení své situace, ale čeká je od někoho jiného.

Příčinou takového impulzivního jednání bývají např. problémy v mezilidských vztazích, jejichž řešení by mohl změnit jiný člověk (14).

Většina sebevražd je impulzivním aktem. Jsou výsledkem akutně probíhající krizové situace, která může být tak náhlá a traumatická, že se jedinec rozhodne skoncovat se životem (17).

#### **1.1.4.4 Skupinové sebevraždy**

Skupinová sebevražda znamená suicidální jednání více lidí. V tomto případě je důležité označit iniciátora a ostatní, primárně pasivní účastníky ( i když toto rozhodnutí mohli nakonec dobrovolně přijmout). Jejich jednání je možné vnímat jako projev velmi silné identifikace s iniciátorem, ať je to partner, nebo vůdce skupiny, resp. jako projev silné skupinové soudržnosti. Iniciátor sebevraždy si tímto prostředkem může potvrdit vlastní hodnotu či moc nad ostatními (14). Může nastat situace, kdy je jeden z jedinců duševně nemocný a ten své příznaky přenesl na svého blízkého, který je pod jeho vlivem. Existují případy hromadných sebevražd náboženských sekt pod vlivem jednoho psychicky nemocného jedince a jeho idejí (9). V současnosti může jít o skupinové sebevraždy členů rozličných náboženských skupin nebo tzv. rozšířené sebevraždy, kdy psychicky nemocný člověk pod vlivem depresí či halucinací spáchá sebevraždu a „vezme“ s sebou ještě někoho ze svých bližních. Motivací často bývá přesvědčení o nesnesitelnosti života pro něj a např. pro jeho dítě (14, 9).

#### **1.2 Ringelův presuicidální syndrom**

Každému suicidálnímu jednání předchází tzv. presuicidální syndrom. Tento syndrom zformuloval Ringel (1921-1994) a používá se jak prognostickému, tak diagnostickému posouzení toho, do jaké míry je člověk ohrožen sebevraždou (8). Tento syndrom je charakterizován třemi znaky. Jsou to:

- zúžení subjektivního prostoru
- zablokovaná nebo proti sobě zaměřená agresivita
- naléhavé sebevražedné fantazie (17)

**Zúžením** Ringel rozumí, že se suicidální člověk stává na různých stupních prožívání a vnímání, ale také ve své sociální existenci, stále omezenější. **Situační zúžení** je charakterizováno úbytkem životaschopnosti možností, které jedinec dosud měl. Vztahové osoby a zaměstnání či ztráta zaměstnání vůbec přitom mají pro dotyčného člověka stále menší význam (8).

K tomu přistupuje **zúžení dynamické**, emoce směřují pouze jedním směrem, kterým je zoufalství, beznaděj, úzkost a bezmoc. Sebevražedný jedinec ztrácí schopnost své emoce ovládat.

Často nastane **zúžení i ve vztahové rovině**. Jedinec se začne úplně uzavírat a izolovat od lidí, nebo vztah ve kterém žije, pro něj ztrácí hodnotu.

Zúžení se týká i oblasti **hodnot**. To, co bývalo přitažlivé, zajímavé, inspirující, už pro jedince nemá cenu. Jedinec ztrácí schopnost radovat se, na něco se těšit, něco si užít.

Fáze **obrácení agresivity proti sobě**. Člověk v této situaci je stále více přesvědčen, že je to jeho vlastní neschopnost a nedostatek kvalit, které zapříčinily stav v němž se nalézá a z kterého nevidí východiska. Nenávidí se, stále má negativní myšlenky a pocity. Narůstající hněv obrací proti sobě.

Poté následují **suicidální fantazie**, které vypadají jako jediný způsob řešení. Pro jedince představují pocit úlevy a osvobození (17).

Nebezpečí suicidálního jednání je akutní, pokud je jedinec depresivní a je zároveň „obtěžován“ vtíravými sebevražednými myšlenkami a fantaziemi, které mají nutkavý charakter (18).

### 1.3 Způsoby suicidálního jednání

Způsob suicidálního jednání je důležitým faktorem pro výsledek všech sebevražedných pokusů. Obsahem téměř všech suicidálních myšlenek bývá úvaha o tom, jakým způsobem lze sebevraždu docílit. V těchto úvahách hraje důležitou roli představa a fantazie o účinku rozličných metod, posouzení nebezpečnosti a jejich dostupnost. Používané způsoby suicidálního jednání lze rozdělit na metody tzv. tvrdé a měkké. Mezi **měkké způsoby** patří ty, u kterých je nebezpečnost nižší a možnosti záchrany života vyšší, tedy metody, které většinou nezpůsobí okamžitou smrt. Mezi takové metody patří intoxikace medikamenty, povrchové pořezání nebo skok z nízké výšky. U těchto způsobů suicidálního jednání zůstává naděje, že jedinec bude včas nalezen a zachráněn.

Takzvané **tvrdé metody** naopak vedou téměř okamžitě nebo velmi rychle ke smrti a možnost záchrany je velmi nízká, často i úplně vyloučená. Mezi tyto metody patří hlavně strangulace, použití střelné zbraně a skok z velké výšky. Na hraně mezi měkkými a tvrdými metodami stojí pořezání. Při jeho posuzování se musí brát v úvahu jeho závažnost a také místo sebevražedného činu.

Velké rozdíly v metodách suicidálního jednání nacházíme mezi muži a ženami (9). Muži často vlastní rukou umírají, naopak ženy mají více suicidálních pokusů. Muži obvykle preferují tzv. tvrdé metody, v ČR je stále na prvním místě oběšení, dále skok z výšky, třetí místo zaujímá použití střelné zbraně. Ženy obvykle volí intoxikaci léky, u které je větší pravděpodobnost, že jedinec bude nalezen a bude mu poskytnuta potřebná pomoc (17).

### 1.4 Vývoj tendence k suicidálnímu jednání

Tendence k suicidálnímu jednání se obvykle po určitou dobu rozvíjí, nevznikne zcela náhle a nečekaně. Tento proces má 3 fáze:

1. *Fáze počátečních úvah o suicidii.* Jedinec má problémy, které pro něj představují subjektivní, obtížně zvládnutelnou zátěž. Uvažuje o jejich řešení

a jednou z možností se mu začíná jevit sebevražda. Sebevražedné tendence existují zatím jen na symbolické úrovni, v rovině úvah a fantazií. Často lidé, kteří jsou v této fázi o sebevraždě i mluví. Například člověka, který má nevléčitelné onemocnění, napadne, že by se mohl očekávanému utrpení vyhnout zkrácením svého života, ale ještě stále zvažuje i jiné možnosti. Tuto fázi lze označit postojem „Mohl bych to udělat“.

2. *Fáze konkretizace způsobu suicidia.* Tendence k sebevraždě roste, člověk akceptuje sebevraždu jako řešení svých problémů a začíná myslet na způsob, jak ji uskutečnit. Hodnotí dostupnost různých prostředků, jejich klady a nevýhody, resp. jejich subjektivní přijatelnost. Tato fáze je charakteristická úvahou „Jak bych to mohl udělat“.
3. *Fáze realizace.* Uskutečnění sebevražedného úmyslu, konkrétní činnosti zaměřené na zničení vlastního života. Tuto fázi lze vyjádřit heslem „Udělám to“. Rozhodnutí k sebevraždě může jedinci přinést určitou úlevu a uvolnění, prožívá je jako vyřešení svých problémů. Navenek se tato změna může mylně jevit jako znamení zlepšení stavu.

Celý proces může trvat odlišně dlouhou dobu a všechny fáze vždycky nemusí proběhnout, např. jedinec sice o sebevraždě uvažuje, ale nakonec to neudělá. Naopak někdy může proběhnout ve zkratce, někteří jedinci mohou jednat impulzivně a bez předchozích úvah. Ani v těchto případech však není jisté, zda o sebevraždě někdy předtím neuvažovali (14).

## **1.5 Teorie sebevražedného jednání**

### **1.5.1 Sociologické teorie**

Již koncem devatenáctého století se sociologové pokoušeli postihnout a analyzovat vzájemné vztahy mezi sebevraždou a některými sociálními faktory (např. hustotou obyvatelstva, vzděláním, ekonomickými a politickými poměry apod.).



Jedním z prvních sociologů, kteří poukázali na společenskou tendenci suicidálního jednání byl francouzský sociolog **Emil Durkheim (2)**. Durkheim (1858-1917) pod vlivem svého redukcionisticky pojatého sociologismu vysvětluje sebevražednost pouze vnějšími vlivy. Podle Durkheima se může stát sebevrahem v podstatě každý jedinec, pokud se ocitne v jisté nepříznivé konstelaci sociálních podmínek. Pro rozvoj suicidálního jednání jsou příznivé takové situace, v kterých dochází k oslabení sociálních vazeb (k dezintegraci vztahu mezi jedincem a jeho sociální skupinou).

Podle formy narušení sociálních vazeb rozlišuje Durkheim tzv. *egoistickou* sebevraždu, pramenící z nedostatečné vazby mezi jedincem a společností, tzv. *altruistickou* sebevraždu, v níž vázanost jedince na skupinu je příliš těsná, proto jedinec nemá pro motivy svého jednání dostatečný odstup (jsem by patřila např. sebevražda motivovaná sebeobětí pro skupinu) a tzv. *anomickou* sebevraždu, vyplývající z náhlých sociálních zvrátů, které naruší kontakt jedince s jeho dosavadní skupinou. Osobní postoje a vnitřně motivované rozhodnutí sebevraha nehrají podle Durkheima podstatnou roli (16).

Problematikou sebevraždy se u nás zabýval **T. G. Masaryk** ve své habilitační práci „Sebevražda hromadným jevem společenským moderní osvěty“ (2). Masaryk označoval za základní příčinu sebevražednosti civilizační vývoj, projevující se mravním a náboženským úpadkem (3). Jak můžeme dokumentovat právě na dílech Durkheima a Masaryka, sociologický přístup se nevyhnul přecenení zevních faktorů a podcenění vlivů psychologických (16).

### 1.5.2 Lékařské teorie

Sociologické teorie zaměřují pozornost na vnější (zvnějšku postižitelné) projevy suicidálního jednání. Vědecká hodnota těchto teorií se zvyšuje tehdy, jestliže nejsou pojaty příliš absolutisticky jako jediný zdroj informací o suicidálním jednání. Uvedené teorie musí být otevřeny zejména dvěma dalším oblastem zkoumání – medicínskému (psychiatrickému) a psychologickému. Vnější projevy

sebevraha musí být doplněny zkoumáním vnitřní subjektivně prožitkové stránky sebevraždy.

V souvislosti s lékařským přístupem vyplývá problém **patologičnosti** sebevražedného jednání. Za rozšířeným názorem, že každá sebevražda je určitým způsobem podmíněna patologicky stojí vědomé i nevědomé hodnocení smrti v naší sociokulturní oblasti. Patrně odlišně by suicidální jednání bylo posuzováno, kdyby sebevražda figurovala v obecném povědomí jako vysoce kladný čin. Např. sebevražda formou „harakiri“ jako součást mravního kodexu japonských samurajů.

Dalším faktorem vytvářejícím názor o jednoznačné patologičnosti sebevraždy je **úzce medicínský přístup ke smrti**. Hlavní úsilí medicíny spočívá v odvracení smrti za každou cenu a všemi prostředky. Norma je viděna v optimu zdraví. Smrt naopak úzce souvisí s nemocí: jedinec umírá, protože nelze zabránit určitému patologickému procesu. Jestliže medicína hovoří o suicidálním jednání jako o symptomu nebo syndromu, prozrazuje svůj úzce patologizující názor. Symptomem nebo syndromem může být sebevražda pouze v případě těžké poruchy tělesného nebo psychického rázu. Samo o sobě však suicidium symptomem nebo syndromem není.

Rozšířenou variantou patologizujícího pojetí suicidálního jednání je hypotéza, že příčina sebevraždy spočívá v **oslabeném** či **jinak deformovaném pudu sebezáchovy**. Deformaci podle tohoto pojetí mohou způsobit různé tělesné nebo psychické choroby (poškození mozku, epilepsie, abúzus alkoholu, hormonální dysfunkce aj.). Vůči jednostranně patologizujícímu pojetí suicidálního jednání lze namítnout, že pud sebezáchovy nelze brát za hlavní kritérium normy nebo patologie. Tento pud v případě člověka je totiž značně hominizován. I když sebevražedné jednání představuje vážné ohrožení organismu, nemůžeme je posuzovat jenom biologicky, ale především psychologicky a sociokulturně **(16)**.

Do oblasti medicínských teorií spadají i biochemické výzkumy, které nacházejí úzký vztah mezi **nízkou hladinou** hlavního **serotoninového metabolitu (5-HIAA)**, sebevraždou a impulzivitou. Při pitvním zkoumání mozků lidí, kteří spáchali sebevraždu, se objevilo větší množství serotoninových receptorů

(pravděpodobně v reakci na menší množství vlastního serotoninu). Úzký vztah mezi nízkou hladinou serotoninového metabolitu a sebevraždou je především průkazná u sebevražd provedených impulzivně nebo tzv. tvrdými metodami a koreluje s dotazníkovými šetřeními jak agrese, tak impulzivity (Davison, Neale, 1994) (3).

### 1.5.3 Psychologické teorie

Další cestou k pochopení suicidálního jednání je možnost předpovídat sebevražedný čin prostřednictvím psychologických testů. I přes metodologické obtíže považují Davison a Neale (1994) za prokázané, že se suicidálními úmysly úzce souvisí **míra beznaděje**. Za další potvrzenou domněnku považují Davison a Neale (1994) úzký vztah mezi **zúženým nepružným myšlením** a sebevražedným činem (3). Mezi psychologické testy, které se používají při výzkumech suicidálního jednání patří: test MMPI (Minnesota Multiphasic Personality Inventory), Rosenzweigův projekční obrazově frustrační test, Murrayova metodika TAT (Thematic Apperception Test) a Rorschachův test (ROR). Velké uplatnění mají různé druhy dotazníků. Především dotazníky zaměřené na patologické příznaky, frustrační toleranci, sociální adaptabilitu, oblast hodnot a životního smyslu.

Psychologické koncepce suicidálního jednání ovlivnilo **psychoanalytické pojetí** sebevraždy (16). Freud suicidálnímu jednání samostatnou práci nevěnoval. Svými myšlenkami o pudu smrti (Thanatos v protikladu k Erótu) a o přesunu agrese nicméně mnoho prací ovlivnil. Podmínky pro agresi zaměřenou proti vlastní osobě nastanou podle něj tehdy, ztratí-li člověk osobu, vůči níž prožíval ambivalentní city. Chce jí zabít, protože od něj odešla. Ale ztotožní se s ní natolik, že zabije sebe. Čin, který na okolí působí jako sebevražda, je vlastně vražda namířená na objekt lásky, se kterým se sebevrah ztotožnil. (Viewegh, 1996; Freud, 1971)

Viewegh (1996) uvádí práci D. D. Jacksona Vodítka k sebevraždě z roku 1963. Jackson rozlišuje tři hlavní složky sebevraždy:

- zaměření agrese proti vlastní osobě: sem patří z psychoanalytického hlediska i sebepoškozující jednání (např. mnohonásobné operace, sklon k nehodám);
- obrození a restituce: v pozadí sebevraždy může být jak přání odstranit „špatné já“ a začít znovu a lépe, tak přesvědčení o posmrtném setkání s milovaným člověkem včetně „útěku“ od osob a situací, které štěstí a lásku nepřinášejí;
- ztráta a následné zoufalství: sebevraždě velice často předchází ztráta – od ztráty tělesných a psychických sil až po ztrátu morální (3).

Vědeckému zkoumání se nepodařilo izolovat určité psychické vlastnosti, které by mohly být považovány jednoznačně za predispoziční terén sebevražděného jednání. Naopak psychické vlastnosti, které by s velkou dávkou tolerance mohli být považovány za predispoziční nejsou specifické pouze pro sebevraždy. Sebevražděnému jednání však nelze porozumět bez znalosti předchozí životní historie sebevraha a bez rozboru jeho prožitkových obsahů, tj. bez přihlédnutí k dynamicko-vývojové stránce sebevražděných tendencí (16).

## 1.6 Stáří

Stáří přináší životní nadhled a moudrost, pocit naplnění, ale také ubývání energie a nezbytnou proměnu osobnosti směřující k jejímu zániku. Je etapou relativní svobody, ale i obdobím kumulace nevyhnutelných ztrát ve všech oblastech (15).

Stárnutí je závěrečnou etapou lidského vývoje a je třeba ho posuzovat jako součást kontinuální proměny. Ale právě proto, že se jedná o proměnu kontinuální, je těžké nalézt uspokojivou definici okamžiku, ve kterém končí střední věk a začíná stáří. V průběhu mnoha let lze sledovat proměnu lidských tělesných a psychologických znaků charakterizujících obvykle střední věk ve znaky

charakterizující stáří, přičemž je velice těžké určit dobu, kdy se jedinec „stane“ starým.

Nejpoužívanějším měřítkem stárnutí je **chronologický (kalendářní) věk** (údaj, jak je člověk starý). Avšak počet let neřekne o člověku nic, pokud tento časový údaj není korelován s funkčnějšími údaji. Věk například koreluje relativně málo s tělesnými změnami. Například někteří sedmdesátníci odpovídají stereotypu starého člověka (šedé vlasy, vrásčitá kůže atd.). Ale existují i „zachovalí“ jedinci, kteří tyto znaky postrádají (agerázie), či mladší jedinci, kteří je vykazují velice brzy a o kterých se říká, že jsou „předčasně zestárlí“. Chronologický věk proto nemůže být pokládán za spolehlivý prediktor životního stavu konkrétního člověka.

Další často používanou mírou je **sociální věk**. Vztahuje se ke společenskému očekávání chování přiměřeného danému biologickému věku. Západní společnost předpokládá, že lidé, kteří překročili šedesát let, se budou chovat především klidně a usedle, a proto se za znak začátku stáří považuje ukončení pracovního poměru a odchod do důchodu.

Někteří vědci dále dělí stáří na **mladší (rané) stáří**, vymezené roky 65-75, a **pokročilé (pravé) stáří** vymezené roky 75 a více.

Další varianta dělí lidi starší 65 let na kategorie **třetího věku** a **čtvrtého věku**. „Třetí věk je charakterizován aktivním a nezávislým životem ve stáří, naopak „čtvrtý věk“ znamená období, kdy je jedinec při zajišťování základních potřeb odkázán na druhé (12).

### 1.6.1 Biologické stárnutí

Termín „biologický věk“ poukazuje na objektivní stav fyzického vývoje či degenerace. Tento výraz je užíván poměrně volně k vyjádření celkového stavu lidského organismu. Někdy se však používá některých specifitějších určení biologického věku. Patří jsem **anatomický věk** (relativně obecný termín vyjadřující stav kosterní soustavy, tělesné stavby apod.), **karpální věk** (popisující stav

karpálních kůstek) a **fyzilogický věk** (popis stavu fyziologických procesů v organismu, jako je například rychlost metabolismu) (12).

Biologické známky stárnutí lze pozorovat ve všech tkáních a v jejich buňkách, nejzávažnější jsou však v nervovém a endokrinním systému, které jsou důležité pro neurohumorální regulaci všech tělesných a duševních pochodů. Nejčastěji bývají popisovány různé degenerativní změny a pokles bazálního metabolismu. Přibývá vaziva místo funkčních tkání. V nervových buňkách mizí Nisslova tělíška, neurony zanikají a jsou zastoupeny gliovými buňkami.

Biologické známky stárnutí jsou nápadné: snižuje se odolnost vůči infekčním onemocněním, stoupá sklon k nádorovým onemocněním, zpomaluje se rychlost hojení ran, klesá pružnost vaziva, sklerotizují cévy apod. Bylo navrženo mnoho teorií, které se pokoušejí vysvětlit hlavní příčiny změn (Růžička – hysteréza protoplazmy, Mečnikov – intoxikace jedy střevních bakterií, Bogomolec – snížení obranných schopností mezenchymových buněk v tkáních, Delong a Poplin – spontánní racemizace aminokyselin v bílkovinách). Většina teorií však postihuje nejvýše jednu stránku velmi složitého procesu. Pacovský a Heřmanová (1981) člení teorie stárnutí do tří skupin: 1. teorie o působení zevních vlivů (ekologické podmínky, působení bakterií a virů aj.) 2. teorie o působení vnitřních vlivů (genetický program, kumulace omylů při proteinové syntéze, specifické metabolické změny příčné vazby), 3. teorie porušené integrace a organizace (10).

Stárnutí je individuální proces, přesto existují obecné charakteristiky, které se týkají různých tělních systémů zhruba takto:

- Srdce a cévy: Ve stáří dochází ke snížení pružnosti cév a k poklesu průtoku krve prakticky všemi systémy.
- Pohybový systém: Během stáří dochází k úbytku svalové hmoty a k poklesu kostní denzity (ve vyšším věku často přesáhne hranici normy a vznikne osteoporóza). Následkem toho jsou kosti lomivější, ochranná funkce svalového aparátu je nižší a tak dochází k častějším frakturám.
- Výživa: Důležitým faktorem ve stáří je úroveň výživy. Zatímco lidé středního věku trpí často nadváhou, senioři jsou ohroženi spíše

podvýživou, a to následkem změněného zdravotního stavu – chronických onemocnění, patologie či významné involuci zažívacího ústrojí.

- Vylučování: U seniorů je snížena funkce ledvin, a to jak jejich filtrační tak koncentrační schopnost.
- Smyslové poruchy: Asi u 90% jedinců lze po 60. roce jejich věku zjistit značné zhoršení zrakové percepce a asi u 30% se významně zhoršuje sluch. To s sebou přináší nejen snížení jejich výkonu při některých činnostech, ale často se omezují jejich možnosti relaxace (četba, poslech hudby apod.). Navíc poruchy sensorické percepce často významně znemožňují dostupnost komunikace s druhými lidmi, což může být příčina podezíravosti, nejistoty, úzkosti nebo hněvu (7, 10).

### 1.6.2 Změny psychických funkcí

Ve fázi stárnutí se různým způsobem mění i mnohé psychické funkce. Část těchto změn je podmíněna biologicky, jiné jsou důsledkem psychosociálních faktorů, často jde o výsledek jejich interakce.

**Biologicky podmíněné změny** prožívání, uvažování a chování seniorů mohou být pouhým projevem stárnutí, a lze je z tohoto pohledu považovat za normální. Například je to celkové zpomalení, problémy v zapamatování a vybavování, snížení frustrační tolerance atd. Ale může jít i o symptomy chorobných procesů, jejichž vznik je ve stáří častější. Jejich rozpoznání může být zejména na počátku dost obtížné, v pozdější fázi onemocnění jsou nejen zřejmé, ale často i velmi nápadné (např. Alzheimerova demence). Postupné ubývání funkčních rezerv a zhoršení adaptačních dovedností, včetně kognitivních kompetencí, mohou ovlivňovat i **psychosociální faktory**:

- Změny psychických funkcí v období stáří mohou být ovlivněny tzv. kohortovou příslušností. Lidé stejné generace získali určité vzdělání, mají podobnou sociální zkušenost, působily na ně obdobné sociokulturní vlivy.

Během svého života byli zatíženi stejnými makrosociálními traumaty a stresy.

- Psychické změny ve stáří mohl ovlivnit individuálně specifický životní styl a různé návyky. Mnohé schopnosti a dovednosti (kognitivní i sociální) už nejsou potřebné a proto nejsou užívány, život seniorů může mít charakter zjednodušeného stereotypu, k jehož zvládnutí stačí mnohem méně úsilí.
- Ke změnám psychických funkcí mohou přispívat očekávání a postoje společnosti, manipulující seniory k přijetí určitého postoje a modelu chování, které mohou mít různé, příznivé i nepříznivé následky.

Změny způsobené stárnutím se zpravidla projevují ve funkcích, které slouží k zaznamenávání, ukládání a využívání informací. Značnou změnou je také celkové zpomalení poznávacích procesů a prodloužení reakčních časů. Během stáří dochází k postupné proměně intelektových funkcí, ale i tato uměna, její rychlost a míra úbytku, je značně individuální a závisí na mnoha faktorech, biologických i sociálních (15).

### 1.7 Suicidální jednání ve stáří

Podle údajů WHO počet sebevražd mezi staršími lidmi ve většině zemí Evropy a také celého světa stoupl. Ve všech zemích je počet sebevražd mezi seniory až 7krát vyšší než mezi mladšími věkovými skupinami. Stoupá počet sebevražd více mezi muži než ženami.

Všeobecně se ví, že je registrováno méně sebevražd, než je jejich skutečné množství, mezinárodně se počítá s 2 až 10% podregistrovaností. **Podregistrace** je u starších lidí vyšší než u mladších, důvody jsou mimo jiné spatřovány také v tom, že mnoho seniorů volí metody sebevraždy, kde úmrtí není registrováno jako suicidium:

- odmítají stravu
- odmítají životně důležité léky
- zanedbávání péče



Vztah mezi sebevražedným pokusem a skutečně provedenou sebevraždou je u seniorů nepříznivější než u mladších věkových skupin. Pokus o sebevraždu je u seniorů mnohem rizikovějším faktorem vzhledem k pozdější sebevraždě nežli u mladých lidí. Pokud se senior jednou pokusí o sebevraždu, je vysoké riziko, že to zkusí znovu. Senioři také používají drastičtější metody než mladí lidé a mnohem méně dávají najevo co chtějí udělat (19).

Ve stáří jsou častější **bilanční sebevraždy**, které jsou výsledkem negativního hodnocení vlastní životní situace a ztráty naděje pro budoucnost. Důležitým faktorem je i vyšší četnost depresí, které nejsou diagnostikovány, a proto ani léčeny (14).

V rámci obvyklých sociálních změn (např. odchodu do důchodu) dochází k ubývání požadavků a z nich vyplývajících stresů a díky tomu může být stáří obdobím klidu a pohody. Avšak dosažení tohoto stavu není v žádném případě pravidlem, protože ve stáří dochází ke zhoršování zdravotního stavu a s tím souvisí úbytek různých kompetencí, jehož uvědomění navozuje nepříjemné pocity (především pocit nejistoty a obavy z budoucnosti). Rovněž stoupá riziko mnoha osobně významných ztrát (např. ztráta partnera či ztráta ekonomické soběstačnosti) a z toho vyplývající zvýšená četnost stresů a deprivacních vlivů. Nárůst těchto problémů je ještě více zřejmý po 70. roce, kdy se jen málokterý člověk nemusí vyrovnávat s nějakou ztrátou. Mnohé z uvedených ztrát mohou samozřejmě postihnout i mladší osoby, ale pro stáří je typická nejen jejich větší pravděpodobnost, ale i definitivnost. Ztracené hodnoty většinou už nelze nijak nahradit, a následkem toho dochází ke snížení kvality zbývajících života, k ochuzení a zhoršení emočního ladění, především depresivního charakteru. Nepříznivé změny mohou u seniorů posilovat takové vlastnosti, jako je úzkost, sklon k pesimismu a celkové nespokojenosti (15).

Hlavní důvody suicidálního jednání:

- deprese
- somatická onemocnění (nevyléčitelné, dlouhodobé onemocnění, invalidita)
- smrt partnera
- odchod do důchodu
- sociální izolace – změna prostředí, změny v sociálních vztazích
- nesoběstačnost, závislost na péči druhých, institucionalizace
- závislost na alkoholu (19).

### 1.7.1 Suicidální jednání a deprese

Depresivní syndrom je psychiatrická diagnóza, se kterou je sebevražedné jednání nejčastěji spojováno. V předešlé klasifikaci byla rozlišována deprese exogenní a endogenní, případně neurotická. U exogenní deprese bylo přítomno psychologické vysvětlení problémů, např. zážitek náhlé ztráty. Endogenní deprese se vysvětluje vnitřní biologickou vlohou, která způsobuje depresivní psychopatologii bez vlivu vnějších okolností. U neurotické deprese byl předpokládán vliv dlouhodobé zátěže a frustrace. Vadou tohoto konceptu byl fakt, že u exogenní deprese je nutné předpokládat jistou vnitřní senzitivitu, ale ani endogenní deprese se neprojevuje zcela bez vnějších vlivů. Nebezpečí sebevražedného jednání bylo spojováno zvláště s endogenní depresí, naopak u exogenní deprese bylo považováno za nízké.

V aktuální 10. revizi Mezinárodní klasifikace nemocí nacházíme depresi v rámci afektivních poruch buď jako lehkou, střední či těžkou depresivní fázi, nebo jako tuto fázi v rámci bipolární afektivní poruchy. Rovněž jsou příznaky deprese přítomny u neurotických a úzkostných poruch jako smíšená anxiózní depresivní porucha a porucha přizpůsobení s depresivní symptomatikou. Přes relativně nízký výskyt afektivní poruchy ve statistice dokonaných suicidií se však odhaduje, že se podílí na 70-80% všech dokonaných sebevražd. Podle některých studií končí asi 15% jedinců s depresí sebevraždou. Rovněž u pacientů po sebevražedném pokusu

jsou zjišťovány depresivní symptomy. Na druhé straně jsou dlouhodobě depresivní pacienti, kteří nemají v anamnéze sebevražedné chování, a rovněž existují suicidální jedinci, u nichž není žádná depresivní symptomatika zjištěna (9).

Vojtěchovský (1994) uvádí, že ve stáří se zvyšuje výskyt depresí, především depresí sekundárního typu, které jsou reakcí na vážná onemocnění či jiné významné ztráty, vedoucí k izolaci, osamělosti a ke ztrátě soběstačnosti. Chorobné deprese je nutné odlišovat od prohloubených a přetrvávajících pocitů smutku, které mohou být ve stáří rovněž častější. Deprese se u seniorů projevuje pocitem únavy, trvajícím celý den, aniž by starší člověk více pracoval nebo byl jinak nadměrně aktivní. S depresí se pojí i nadměrná dráždivost a přecitlivělost na méně významné podněty, která se dříve neprojevila. Typické bývají pocity celkové nepohody a různých nespecifikovaných bolestí. Depresivní starší člověk nemá o nic zájem, nic ho netěší, v hodnocení čehokoliv převládá pesimistický postoj. Nedostatek motivace souvisí s neschopností o čemkoli rozhodovat, něco dělat a soustředit se na to (15).

Přes častý výskyt depresí u starých lidí je téměř polovina nesprávně diagnostikována. Důvody nesprávné diagnózy spočívají mnohdy v tom, že symptomy onemocnění bývají především laickou veřejností zaměňovány za „trochu více vyjádřené projevy stáří“. Dalším důvodem je skutečnost, že depresivní symptomatologie se neprojevuje vystupňovanou smutnou náladou, jako je tomu u mladších osob, ale řadou nespecifických obtíží, mezi kterými dominuje množství tělesných obtíží. Ve světě nejpoužívanější testy pro diagnostikování deprese u seniorů jsou škála „Geriatrické deprese“ podle Yesavage (viz. příloha č. 1) a „Orientační test pro vyšetřování deprese“ – Tylee a spol. 1993 (19).

Při léčbě deprese se používají léky – antidepressiva, různé psychoterapeutické techniky, elektrokonvulzivní terapie a nejnovější metoda transkraniální magnetická stimulace (13).

## 1.7.2 Úmrtí partnera

Další obvyklou zátěží, kterou přináší stáří, je smrt manželského partnera. Přestože jde o vysoce pravděpodobnou událost, lidé na ní nebývají připraveni. Subjektivní stres spojený s úmrtím partnera roste přímo úměrně s věkem. Senioři snášejí ztrátu partnera hůře, i když vědí, že jde o událost, která je v tomto věku běžná. Prožitek ztráty je trochu jiný u seniora než u dospělých dětí, jejichž životní styl i způsob uvažování a prožívání je odlišný. Nejde o to, že by je tato smrt zasáhla méně, ale jejich současný život je bohatší a budoucnost otevřenější. Připomenutí tématu vlastní smrti nebývá pro starší ovdovělé lidi děsivé, někdy dokonce chtějí zemřít a následovat svého partnera. Ve stáří je úmrtí celoživotního partnera téměř nenahraditelná ztráta, která ovlivní všechny složky života seniora (DeGarmo a Kitson, 1996; Kubíčková, 2001):

- Úmrtí partnera vede ke ztrátě významného smyslu života a důležité složky identity. Z toho plyne zvýšení pocitu ohrožení, prázdnoty a osamělosti.
- Následkem ovdovění je zhroucení struktury obvyklého denního režimu a mnoha rituálů, a nakonec i jejich smyslu, už není důvod je dodržovat. Ovdovělý senior nemá pro koho žít, mnohé běžné každodenní činnosti jsou pro něj nyní zbytečné. Ztrácí motivaci, aby něco dělal, protože nemá pro koho.
- Zhoršení ekonomické situace je dalším zdrojem stresu, zejména u žen, které mají nižší důchody.

Zvládání zátěže jako je úmrtí manželského partnera je náročný proces, jelikož vyžaduje změnu ve všech oblastech života. Nejnáročnější jsou první měsíce po odeznění šoku, postupně dochází ke zpracování situace a přizpůsobení nové realitě. Průměrný časový úsek nezbytný ke zvládnutí této zátěže a vytvoření nové identity činí přibližně dva roky (15).

### 1.7.3 Odchod do důchodu

Pro mnoho dospělých znamená odchod do důchodu náročnou životní situaci, která přináší problémy s přizpůsobením. Největší problémy mívají ti, kteří vnitřně vysoko hodnotí svoji práci. Na překonání frustrace z odchodu do důchodu mají rozhodující vliv vnější podmínky, jakými jsou výše důchodu a finanční zabezpečení, ale i vnitřní podmínky, jakou je osobnost důchodce.

Pro seniora je rozhodující přesná představa o jeho v životě v důchodu s pozitivním předběžným postojem k němu. Prožívání přechodu do důchodu je závislé od postoje, který si senior vytvořil už dávno před odchodem ze zaměstnání. Odchod ze zaměstnání vede k hlubokým změnám v životě seniora, ke změně role.

Odchod do důchodu může vyvolat (zvláště u mužů) krizovou situaci, šok. V tomto případě můžeme hovořit „o ztrátě role a funkce“ (Homola, Petříková, 1985). U ženy není tento problém tak výrazný. Muž však ztrácí pro něho významnou roli a protože nová role důchodce není ještě pevně určená, dochází k přechodné nejistotě. Dochází u něho k omezení rozsahu činností, ke změně životního programu a k zúžení styku s ostatními lidmi. Senior začíná soustředit svou pozornost na svoje problémy a připisuje jim velký význam. Takovéto jednání může vést k sociální izolaci. Osobní nespokojenost může spočívat v tom, že senior „neví co s časem“, jak ho vyplnit. Zaměstnání mu poskytovalo životní obsah a odchodem do důchodu mu vzniká „dlouhá chvíle a prázdnota“.

Ideální proces odchodu do důchodu by měl směřovat k přípravě a vytvoření podmínek pro postupný odchod do důchodu, který by měl vytvořený harmonogram postupného zkracování pracovní doby. Takto u seniora vzniká větší množství volného času, který je třeba vyplnit (1).

#### 1.7.4 Sociální izolace

Člověk je tvor společenský, od přirozenosti zvyklý sdružovat se, žít ve společenství s dalšími lidmi. Moudří klinici vždy tvrdili, že společenská izolace může být stejným stresem jako například hladovění.

Sociální izolace znamená vyřazení člověka ze společenství. Sociální izolace může být „dobrovolná“ (samotářství) nebo „nucená“ (např. pro nebezpečí šíření nákazy).

Rizika sociální izolace:

- 1. Psychosociální faktory.** Odchod do starobního důchodu a jeho hodnocení jako sociální ztráty a prohry. Rizikové jsou zvláště jedinci s tzv. syndromem chorobné závislosti na práci (workoholismus). Zklamání kvůli ztrátě společenských rolí, pocit nepotřebnosti. Nízké sebehodnocení. Chybějící motivace k fyzickým a psychickým aktivitám. Nepřipravenost na stáří. Nízký práh frustrace.
- 2. Přítomnost handicapů.** Při přítomnosti některých tělesných handicapů se senioři vyhýbají společenským kontaktům pro obtěžující potíže (např. chronická bolest, dušnost, závratě) nebo poruchy smyslů (špatně slyší, vidí). Mezi rizika z psychických důvodů patří např. následky psychických změn ve stáří, porucha tzv. sociální inteligence. Rizikové mohou být i ekonomické problémy. Finanční zajištění výrazně ovlivňuje způsob života ve stáří a senioři jsou ekonomicky nejzranitelnější.
- 3. Potenciálně osamocený způsob života z objektivních důvodů.** Vysoký počet seniorů, kteří „zůstali sami“, zvláště vdov, jejichž počet prudce stoupá od 60 let. Velký počet domácností jednotlivců. *Gerontické rodiny* (dva senioři ve společné domácnosti, vzájemně se podporují, jsou přesvědčeni, že zůstanou soběstační, že „si vystačí“, rodina se společensky izoluje).
- 4. Sociálně rizikové osoby.** Jedinci s antisociálním chováním (sobeckost, bezohlednost). Sociální problémy v anamnéze. Staří bezdomovci (nejméně

jedna třetina bezdomovců jsou psychicky nemocní, často trpí chronickými chorobami), jedinci propuštěné z dlouholetého vězení (11).

### 1.7.5 Institucionalizace, závislost na péči druhých

Umístění do instituce je významným mezníkem v životě seniora. Představuje zásadní změnu životního stylu, a proto je obtížnější a déleodobější i adaptace. Hlavní zátěž spočívá v těchto problémech:

- Život v instituci má za následek *ztrátu osobního zázemí*, známého teritoria a s ním spojené identity. I starší člověk potřebuje někam patřit, být spojen s určitým místem nebo být členem nějaké skupiny. Takovéto vymezení je součástí jeho identity a funguje jako obrana proti anonymizaci a nejistotě sebevymezení (která způsobuje úzkost a strach). K narušení této složky identity dochází i při umístění do ústavního zařízení. Senior vnímá redukci své identity jako ohrožení. Ztrácí orientaci a pocit bezpečí známého prostředí, které nezahrnuje pouze byt, ale i jeho materiální a sociální okolí. V novém prostředí získává pouze anonymní roli obyvatele dané instituce, např. domova důchodců.
- Umístění do instituce symbolicky *potvrzuje ztrátu autonomie* a soběstačnosti starého člověka. Tato změna je vnímána a prožívána jako důsledek postupujícího úpadku vlastní osobnosti.
- Přesun do ústavního zařízení je vnímán jako *signál blížícího se konce života*. Seniori si uvědomují, že život v domově důchodců, a ještě jednoznačněji v léčebně dlouhodobě nemocných, je poslední etapou, po níž může následovat jen smrt. Také proto je tato změna stresující, staří lidé ji často vnímají jako „poslední štaci“, která navíc mívá, vzhledem k nakumulování mnoha problémů a redukci příjemných podnětů, často spíše negativní charakter. Tato změna je definitivní, prederminuje jejich budoucnost, která jim ještě zbývá, a ta se seniorům často jeví chmurná. Reakcí bývá zhoršení emočního ladění: deprese, apatie a chybění jakéhokoliv pozitivního

očekávání, popřípadě ztráta smyslu izolované a anonymizované existence. Senior už nic příjemného neočekává, se situací se smířil, respektive pod tlakem okolností rezignoval, ale spokojený většinou není (15).

Instituce často zbavují seniory svéprávnosti, infantilizují je. Velmi snadno se zachází se starším člověkem tak, jako by nevěděl, co je pro něj dobré, jako s někým kdo ještě nikdy ve svém životě nepřekonal nějaký problém, jako s někým, od koho se neočekává vlastní názor na řešení situace. Jak v ambulanci péči, tak při hospitalizaci má ošetrovatelská péče velký význam. Lékař sice musí dohlížet na tělesné obtíže, přesto má právě podpora péče o sebe, péče o blízké okolí a péče o vztahy obrovský význam. Mnoho seniorů, kteří jako „chronici“ zaplňují různá zařízení, by mohlo s pečovatelskou podporou žít ve vlastním bytě (6).

#### **1.7.6 Závislost na alkoholu**

Diagnostika závislosti ve stáří je mírně složitější, jelikož sociální vazby jsou často redukovány, tolerance vůči návykovým látkám je snížena fyziologicky a není projevem závislosti, intelektová kapacita a s tím související projevy adaptability jsou sníženy. Také je nutné odlišit jedince s dlouhodobým abúzem návykových látek, které se přesto stáří dožily a osoby, které podlely abúzu až ve stáří. Hovoří se o tom, že senioři tímto způsobem řeší problémy osamělosti a sociální izolace (4).

Souvislost mezi sebevražděným jednáním a problematikou závislostí je velmi úzká. V České republice stejně jako ve většině Evropy má kromě tabakismu největší význam alkoholismus. Alkohol přes své individuální účinky má v zásadě jednorázově euforizující a uvolňující efekt. Dlouhodobé užívání alkoholu naopak vyvolává depresi. Významný je komplexní negativní vliv abúzu alkoholu na psychický stav, sociální situaci a somatické zdraví jedince. Kromě toho v některých případech závislosti na alkoholu předchází depresivní symptomatika, která je alkoholem „samoléčena“. Jde proto o sekundární alkoholismus. Abúzus alkoholu je významným rizikovým faktorem pro sebevražděný pokus i dokonané suicidium. Podle literatury asi 15% závislých na alkoholu spáchá suicidium (9).



### **1.7.7 Suicidální jednání při vážném somatickém onemocnění**

Suicidální jednání může být reakcí na nepřijatelnost těžkého somatického onemocnění nebo trvalou invalidizaci, která zatěžuje nebo znehodnocuje život jedince. Chronická bolest, nesoběstačnost a nepříznivá prognóza jsou faktory, které zvyšují riziko volby tohoto řešení vlastní situace, často jde o pečlivě uváženou bilanční sebevraždu. Podle některých odhadů se vážné somatické onemocnění podílí na 11-51% sebevražd (14, 9).

### **1.8 Prevence sebevražedného chování ve stáří**

Psychoterapeutické snahy o přerušení bludných myšlenkových okruhů osob se suicidálními myšlenkami se nejlépe uskuteční na psychiatrických jednotkách krizové intervence, dále v psychiatrických ordinacích nebo v nemocnicích či léčebnách. Předpokladem ovšem je, aby člověk v kritickém stavu sám o pomoc požádal, nebo aby byl členy rodiny nebo přátel do péče odborníka přiveden.

Další možností je volání o radu telefonicky na linku důvěry, nebo návštěva přímo v poradně, kde je linka umístěna. A to je v seniorském věku, alespoň v našich podmínkách, zcela ojedinělé. Většina seniorů nemá vlastní telefon. Také jejich pohyblivost je omezena, proto osobní návštěva v poradně je velmi ztížena. Z těchto důvodů se přesouvá zodpovědnost za předejití realizace sebevraždy na nejbližší členy rodiny nebo na přátele. V nemocnicích, domovech důchodců pak zodpovědnost leží na spolupacientech, obyvatelích nebo na zdravotnickém personálu. Konečné rozhodnutí, co a jak zařídit, musí učinit kterýkoliv přivolaný lékař.

Riziko suicidálního jednání je v akutní fázi deprese přibližně 50-100x vyšší než odpovídá výskytu v normální populaci. Je také významně vyšší u depresí než u jiných duševních poruch či chorob. Z toho lze dedukovat, že nejúčinnější prevencí sebevražedného jednání je včasná diagnóza a léčba deprese podpůrnou psychoterapií a předpisem antidepresiv.

S tím je však spojeno riziko, že člověk tyto léky k uskutečnění vlastního sebevražedného činu zneužije. Klinický efekt téměř všech antidepresiv se objevuje po latenci 2 až 4 týdnů, ve stáří i mnohem později. A tato doba může být pro trpícího depresivního člověka dobou nejkritičtější.

O problémech hrozícího suicidálního jednání je dobré diskutovat zcela otevřeně, avšak s určitým společenským taktem. Je vhodné přizvat do diskuzí i příbuzné. Lékař by měl klienta vidět nejméně 2x týdně, měl by mu dát telefonní číslo, aby v případě krize mohl sám lékaře zavolat. Rovněž by měl doporučit rodině, aby všechny léky z domácí lékárničky byly odstraněny. Není vhodné předepisovat antidepresiva lidem závislým na alkoholu (4).

## **2. Cíle práce a hypotézy**

### **2.1 Cíl práce**

Cílem této bakalářské práce je porovnání vývoje počtu sebevražd u seniorů z hlediska vzdělání, pohlaví, způsobu provedení, velikosti obce a měsíce úmrtí v Jihočeském kraji, Ústeckém kraji, Libereckém kraji a v kraji Hl. město Praha.

### **2.2 Hypotézy**

V rámci této bakalářské práce jsem si stanovila tyto hypotézy:

- 1) V počtu sebevražd existuje rozdíl mezi pohlavími
- 2) Nejčastějším způsobem provedení sebevraždy je utopení

## **3. Metodika**

### **3.1 Charakteristika cílového souboru**

Cílovou populací tohoto výzkumu jsou senioři, kteří spáchali sebevraždu ve sledovaném období (tj. roky 2005 a 2006) v Jihočeském kraji, Ústeckém kraji, Libereckém kraji a v kraji Hl. město Praha. Jedná se o 612 seniorů ve věkové skupině 65+.

Jihočeský kraj, Ústecký kraj, Liberecký kraj a kraj Hl. město Praha byly vybrány jednak pro svoji odlišnou geografickou polohu, ale i pro rozdíly v přírodních podmínkách, ekonomice a klimatických poměrech.

Jihočeský kraj je zemědělská oblast s tradičním rybníkářstvím a lesnictvím. Průmyslová výroba je koncentrována především v Českých Budějovicích a dalších větších městech. Převažuje zpracovatelský průmysl (výroba potravin a nápojů, dopravních prostředků, strojů a zařízení, textilní a oděvní).

Kraj Hl. město Praha je nejdůležitější hospodářské centrum České republiky. Nachází se zde velké množství závodů zpracovatelského průmyslu, ale i významné závody tradičních průmyslových odvětví. Praha je sužována zhoršenou kvalitou

ovzduší a častým výskytem smogu. Největší koncentrace škodlivin je zjišťována ve čtvrtích u průmyslových podniků a ve stopě hlavních silničních tahů.

Hospodářství v Ústeckém kraji se výrazně orientuje na oblasti těžkého průmyslu. Na území kraje se nacházejí velká ložiska hnědého uhlí, jehož dobýváním došlo ke změně rázu krajiny. V Ústeckém kraji se nacházejí největší české uhelné elektrárny a rafinérie ropy. Významné zastoupení má i chemický průmysl. Problémem Ústeckého kraje je velká nezaměstnanost.

Hlavními průmyslovými odvětvími v Libereckém kraji jsou strojírenství, potravinářství a sklářství. Tradiční průmyslová odvětví jako jsou textilní průmysl a těžké strojírenství jsou v tomto kraji na ústupu.

### **3.2 Metoda zkoumání**

Pro získání informací o sebevraždách seniorů z hlediska vzdělání, pohlaví, způsobu provedení, velikosti obce a měsíce úmrtí v Jihočeském kraji, Ústeckém kraji, Libereckém kraji a v kraji Hl. město Praha v letech 2005 a 2006 byly použity data Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR (ÚZIS). Pro zpracování těchto informací byla užitá sekundární analýza dat a následné zpracování získaných údajů do tabulek.

Pro data z Ústavu zdravotnických informací a statistiky, které se týkají způsobu provedení sebevraždy se používají kódy Mezinárodní klasifikace nemocí – 10. revize (MKN), která užívá kódy X60 – X84 (viz příloha č. 2)

Ke statistickému vyhodnocení vybraných dat byl využit „Fisherův exaktní test“.

#### 4. Výsledky

**Tab. 1** Vývoj sebevraždy v ČR v letech 2005 a 2006 ve věkové skupině 65+

| Rok  | Ženy | Muži | Celkem |
|------|------|------|--------|
| 2005 | 88   | 212  | 300    |
| 2006 | 78   | 234  | 312    |

Interpretace výsledků:

##### Rok 2005

V roce 2005 bylo spácháno celkem 300 sebevražd bez rozdílu pohlaví. Častější výskyt je u mužů, než u žen. Sebevraždu spáchalo 212 mužů a 88 žen.

##### Rok 2006

V roce 2006 bylo spácháno celkem 312 sebevražd bez rozdílu pohlaví. Častější výskyt je stejně jako v roce 2005 u mužů. Sebevraždu spáchalo 234 mužů a 78 žen.

Podle Fisherova testu nezamítáme nulovou hypotézu o nezávislosti mezi rokem a pohlavím.

**Tab. 2** Vývoj sebevraždy v Jihočeském, Ústeckém, Libereckém kraji a v kraji Praha v letech 2005, 2006 ve věkové skupině 65+

| KRAJ                 | 2005 | 2006 | 2005 | 2006 | 2005   | 2006   |
|----------------------|------|------|------|------|--------|--------|
|                      | Ženy | Ženy | Muži | Muži | Celkem | Celkem |
| Jihočeský kraj       | 10   | 8    | 13   | 10   | 23     | 18     |
| Kraj Hl. město Praha | 11   | 14   | 15   | 22   | 26     | 36     |
| Ústecký kraj         | 9    | 9    | 20   | 18   | 29     | 27     |
| Liberecký kraj       | 4    | 1    | 11   | 11   | 15     | 12     |

Interpretace výsledků:

##### Rok 2005

V roce 2005 bylo v Jihočeském, Ústeckém, Libereckém kraji a v kraji Praha spácháno celkem 93 sebevražd bez rozdílu pohlaví. Nejvyšší výskyt sebevražd je v Ústeckém kraji (29) a nejnižší výskyt v Libereckém kraji (15). I zde je větší podíl mužů, než žen. V Jihočeském, Ústeckém, Libereckém kraji a v kraji Praha spáchalo

sebevraždu 59 mužů a 34 žen. Z toho nejvíce mužů spáchalo sebevraždu v Ústeckém kraji (20) a nejvíce žen v kraji Hl. město Praha (11)

#### Rok 2006

V roce 2006 bylo v Jihočeském, Ústeckém, Libereckém kraji a v kraji Praha spácháno celkem 93 sebevražd bez rozdílu pohlaví. Nejvyšší výskyt sebevražd je v kraji Hl. město Praha (36) a nejnižší výskyt v Libereckém kraji (12). Také zde je větší podíl mužů, než žen. V Jihočeském, Ústeckém, Libereckém kraji a v kraji Praha spáchalo sebevraždu 61 mužů a 32 žen. Z toho nejvíce mužů spáchalo sebevraždu v kraji Hl. město Praha (22) a nejvíce žen také v kraji Hl. město Praha (14).

Podle Fisherova testu nezamítáme nulovou hypotézu o nezávislosti mezi krajem a rokem.

**Tab. 3** Vývoj sebevraždnosti v Jihočeském, Ústeckém, Libereckém kraji a v kraji Praha v letech 2005, 2006 ve věkové skupině 65+ z hlediska vzdělání

| VZDĚLÁNÍ             | 2005 | 2006 | 2005 | 2006 | 2005   | 2006   |
|----------------------|------|------|------|------|--------|--------|
|                      | Ženy | Ženy | Muži | Muži | Celkem | Celkem |
| Základní             | 18   | 10   | 28   | 16   | 46     | 26     |
| Střední bez maturity | 12   | 19   | 21   | 39   | 33     | 58     |
| Střední s maturitou  | 3    | 3    | 4    | 5    | 7      | 8      |
| Vysokoškolské        | 1    | 0    | 6    | 1    | 7      | 1      |

Interpretace výsledků:

#### Rok 2005

V roce 2005 byl nejvyšší výskyt sebevražd u seniorů se základním vzděláním (46). Druhý nejvyšší výskyt je u seniorů se středním vzděláním bez maturity (33). Nejméně v tomto roce páchali sebevraždu senioři se středním vzděláním s maturitou (7) a s vysokoškolským vzděláním (7).

#### Rok 2006

V roce 2006 byl nejvyšší výskyt u seniorů se středním vzděláním bez maturity (58).

Druhý nejvyšší výskyt sebevražd je u seniorů se základním vzděláním (26). Nejméně v tomto roce páchali sebevraždou senioři s vysokoškolským vzděláním (1). Jak vypovídá Fisherův test zamítáme nulovou hypotézu o nezávislosti mezi vzděláním a rokem sledování:

#### Chi-square Tests

|                            | Value     | df | Asymp. Sig. (2-sided) | Exact Sig. (2-sided) |
|----------------------------|-----------|----|-----------------------|----------------------|
| Pearson Chi-square         | 16,990(a) | 3  | ,001                  | ,000                 |
| Likelihood Ratio           | 17,715    | 3  | ,001                  | ,001                 |
| <b>Fisher's Exact Test</b> | 16,935    |    |                       | ,000                 |
| N of Valid Cases           | 186       |    |                       |                      |

**Tab. 4** Vývoj sebevražd v Jihočeském kraji v letech 2005, 2006 ve věkové skupině 65+ z hlediska vzdělání

| VZDĚLÁNÍ             | 2005 | 2006 | 2005 | 2006 | 2005   | 2006   |
|----------------------|------|------|------|------|--------|--------|
|                      | Ženy | Ženy | Muži | Muži | Celkem | Celkem |
| Základní             | 6    | 2    | 6    | 3    | 12     | 5      |
| Střední bez maturity | 3    | 5    | 4    | 6    | 7      | 11     |
| Střední s maturitou  | 0    | 1    | 1    | 1    | 1      | 2      |
| Vysokoškolské        | 1    | 0    | 2    | 0    | 3      | 0      |

Interpretace výsledků:

#### Rok 2005

V roce 2005 v Jihočeském kraji byl největší výskyt sebevražd u seniorů se základním vzděláním (12). Druhý nejvyšší výskyt sebevražd je u seniorů se středním vzděláním bez maturity (7). Nejnižší výskyt je u seniorů se středním vzděláním s maturitou (1).

#### Rok 2006

V roce 2006 v Jihočeském kraji byl největší výskyt sebevražd u seniorů se středním vzděláním bez maturity (11). Druhý nejvyšší výskyt sebevražd je u seniorů se

základním vzděláním (5). Žádné sebevraždy se nevyskytují u seniorů s vysokoškolským vzděláním.

**Tab. 5** Vývoj sebevražednosti v kraji Hl. město Praha v letech 2005, 2006 ve věkové skupině 65+ z hlediska vzdělání

| VZDĚLÁNÍ             | 2005 | 2006 | 2005 | 2006 | 2005   | 2006   |
|----------------------|------|------|------|------|--------|--------|
|                      | Ženy | Ženy | Muži | Muži | Celkem | Celkem |
| Základní             | 2    | 3    | 4    | 1    | 6      | 4      |
| Střední bez maturity | 6    | 9    | 6    | 17   | 12     | 26     |
| Střední s maturitou  | 3    | 2    | 1    | 3    | 4      | 5      |
| Vysokoškolské        | 1    | 0    | 4    | 1    | 4      | 1      |

Interpretace výsledků:

#### Rok 2005

V roce 2005 v kraji Hl. město Praha byl největší výskyt sebevražd u seniorů se středním vzděláním bez maturity (12). Druhý nejvyšší výskyt sebevražd je u seniorů se základním vzděláním (6). Na stejné úrovni je výskyt sebevražd u seniorů se středním vzděláním s maturitou (4) a s vysokoškolským vzděláním (4).

#### Rok 2006

V roce 2006 v kraji Hl. město Praha byl největší výskyt sebevražd u seniorů se středním vzděláním bez maturity (26). Druhý nejvyšší výskyt sebevražd je u seniorů se středním vzděláním s maturitou (5). Nejnižší výskyt sebevražd je u seniorů s vysokoškolským vzděláním (1).



**Tab. 6** Vývoj sebevražednosti v Ústeckém kraji v letech 2005, 2006 ve věkové skupině 65+ z hlediska vzdělání

| VZDĚLÁNÍ             | 2005 | 2006 | 2005 | 2006 | 2005   | 2006   |
|----------------------|------|------|------|------|--------|--------|
|                      | Ženy | Ženy | Muži | Muži | Celkem | Celkem |
| Základní             | 6    | 4    | 9    | 6    | 15     | 10     |
| Střední bez maturity | 3    | 5    | 10   | 12   | 13     | 17     |
| Střední s maturitou  | 0    | 0    | 1    | 0    | 1      | 0      |
| Vysokoškolské        | 0    | 0    | 0    | 0    | 0      | 0      |

Interpretace výsledků:

#### Rok 2005

V roce 2005 v Ústeckém kraji byl největší výskyt sebevražd u seniorů se základním vzděláním (15). Druhý nejvyšší výskyt sebevražd je u seniorů se středním vzděláním bez maturity (13). Žádné sebevraždy se nevyskytují u seniorů s vysokoškolským vzděláním.

#### Rok 2006

V roce 2006 v Ústeckém kraji byl největší výskyt sebevražd u seniorů se středním vzděláním bez maturity (17). Druhý nejvyšší výskyt sebevražd je u seniorů se základním vzděláním (10). Žádné sebevraždy se nevyskytují u seniorů s vysokoškolským vzděláním a se středním vzděláním s maturitou.

**Tab. 7** Vývoj sebevražednosti v Libereckém kraji v letech 2005, 2006 ve věkové skupině 65+ z hlediska vzdělání

| VZDĚLÁNÍ             | 2005 | 2006 | 2005 | 2006 | 2005   | 2006   |
|----------------------|------|------|------|------|--------|--------|
|                      | Ženy | Ženy | Muži | Muži | Celkem | Celkem |
| Základní             | 4    | 1    | 9    | 6    | 13     | 7      |
| Střední bez maturity | 0    | 0    | 1    | 4    | 1      | 4      |
| Střední s maturitou  | 0    | 0    | 1    | 1    | 1      | 1      |
| Vysokoškolské        | 0    | 0    | 0    | 0    | 0      | 0      |

Interpretace výsledků:

#### Rok 2005

V roce 2005 v Libereckém kraji byl největší výskyt sebevražd u seniorů se základním vzděláním (13). Stejný počet sebevražd je u seniorů se středním vzděláním bez maturity (1) a se středním vzděláním s maturitou (1). Žádné sebevraždy se nevyskytují u seniorů s vysokoškolským vzděláním.

#### Rok 2006

V roce 2006 v Libereckém kraji byl největší výskyt sebevražd u seniorů se základním vzděláním (7). Druhý nejvyšší výskyt sebevražd je u seniorů se středním vzděláním bez maturity (4). Žádné sebevraždy se nevyskytují u seniorů s vysokoškolským vzděláním

**Tab. 8** Vývoj sebevražd v Jihočeském kraji v letech 2005, 2006 ve věkové skupině 65+ z hlediska velikosti obce

| VELIKOST OBCE | 2005 | 2006 | 2005 | 2006 | 2005   | 2006   |
|---------------|------|------|------|------|--------|--------|
|               | Ženy | Ženy | Muži | Muži | Celkem | Celkem |
| 0-1999        | 5    | 4    | 5    | 4    | 10     | 8      |
| 2000-4999     | 0    | 1    | 1    | 2    | 1      | 3      |
| 5000-9999     | 2    | 1    | 1    | 1    | 3      | 2      |
| 10000-19999   | 0    | 0    | 2    | 0    | 2      | 0      |
| 20000-49999   | 2    | 2    | 1    | 1    | 3      | 3      |
| 50000-99999   | 1    | 0    | 3    | 2    | 4      | 2      |
| 100000+       | 0    | 0    | 0    | 0    | 0      | 0      |

Interpretace výsledků:

#### Rok 2005

V roce 2005 v Jihočeském kraji byl nejvyšší výskyt sebevražd u seniorů žijících v obcích o velikosti 0-1999 obyvatel (10). Naopak nejnižší výskyt sebevražd byl u seniorů žijících v obcích o velikosti 2000-4999 (1). Žádná sebevražda se nestala v obcích o velikosti 100000+.

### Rok 2006

V roce 2006 v Jihočeském kraji byl nejvyšší výskyt sebevražd u seniorů žijících v obcích o velikosti 0-1999 obyvatel (8). Nejnižší výskyt sebevražd byl u seniorů žijících v obcích o velikosti 5000-9999 obyvatel a 50000-99999 obyvatel. Žádná sebevražda se nestala v obcích o velikosti 100000+.

**Tab. 9** Vývoj sebevražednosti v kraji Hl. město Praha v letech 2005, 2006 ve věkové skupině 65+ z hlediska velikosti obce

| VELIKOST OBCE | 2005 | 2006 | 2005 | 2006 | 2005   | 2006   |
|---------------|------|------|------|------|--------|--------|
|               | Ženy | Ženy | Muži | Muži | Celkem | Celkem |
| 0-1999        | 0    | 0    | 0    | 0    | 0      | 0      |
| 2000-4999     | 0    | 0    | 0    | 0    | 0      | 0      |
| 5000-9999     | 0    | 0    | 0    | 0    | 0      | 0      |
| 10000-19999   | 0    | 0    | 0    | 0    | 0      | 0      |
| 20000-49999   | 0    | 0    | 0    | 0    | 0      | 0      |
| 50000-99999   | 0    | 0    | 0    | 0    | 0      | 0      |
| 100000+       | 11   | 14   | 15   | 22   | 26     | 36     |

Interpretace výsledků:

### Rok 2005

V roce 2005 v kraji Hl. město Praha byly všechny sebevraždy spáchány v obci o velikosti 100000+ (26).

### Rok 2006

V roce 2006 v kraji Hl. město Praha byly všechny sebevraždy spáchány v obci o velikosti 100000+ (36).

**Tab. 10** Vývoj sebevraždnosti v Ústeckém kraji v letech 2005, 2006 ve věkové skupině 65+ z hlediska velikosti obce

| VELIKOST OBCE | 2005 | 2006 | 2005 | 2006 | 2005   | 2006   |
|---------------|------|------|------|------|--------|--------|
|               | Ženy | Ženy | Muži | Muži | Celkem | Celkem |
| 0-1999        | 3    | 2    | 1    | 5    | 4      | 7      |
| 2000-4999     | 1    | 1    | 1    | 1    | 2      | 2      |
| 5000-9999     | 0    | 0    | 5    | 3    | 5      | 3      |
| 10000-19999   | 2    | 1    | 3    | 3    | 5      | 4      |
| 20000-49999   | 0    | 3    | 2    | 2    | 2      | 5      |
| 50000-99999   | 3    | 3    | 8    | 3    | 11     | 6      |
| 100000+       | 0    | 0    | 0    | 0    | 0      | 0      |

Interpretace výsledků:

#### Rok 2005

V roce 2005 v Ústeckém kraji byl nejvyšší výskyt sebevražd u seniorů žijících v obcích o velikosti 50000-99999 obyvatel (11). Nejnižší výskyt sebevražd byl u seniorů žijících v obcích o velikosti 2000-4999 obyvatel (2) a 20000-49999 obyvatel (2). Žádná sebevražda se nestala v obcích o velikosti 100000+.

#### Rok 2006

V roce 2006 v Ústeckém kraji byl nejvyšší výskyt sebevražd u seniorů žijících v obcích o velikosti 0-1999 obyvatel (7). Nejnižší výskyt sebevražd byl u seniorů žijících v obcích o velikosti 2000-4999 obyvatel (2). Žádná sebevražda se nestala v obcích o velikosti 100000+.

**Tab. 11** Vývoj sebevraždnosti v Libereckém kraji v letech 2005, 2006 ve věkové skupině 65+ z hlediska velikosti obce

| VELIKOST OBCE | 2005 | 2006 | 2005 | 2006 | 2005   | 2006   |
|---------------|------|------|------|------|--------|--------|
|               | Ženy | Ženy | Muži | Muži | Celkem | Celkem |
| 0-1999        | 2    | 1    | 6    | 0    | 8      | 1      |
| 2000-4999     | 0    | 0    | 0    | 4    | 0      | 4      |
| 5000-9999     | 1    | 0    | 1    | 2    | 2      | 2      |
| 10000-19999   | 1    | 0    | 0    | 1    | 1      | 1      |
| 20000-49999   | 0    | 0    | 2    | 2    | 2      | 2      |
| 50000-99999   | 1    | 0    | 1    | 3    | 2      | 3      |
| 100000+       | 0    | 0    | 0    | 0    | 0      | 0      |

Interpretace výsledků:

#### Rok 2005

V roce 2005 v Libereckém kraji byl nejvyšší výskyt sebevražd u seniorů žijících v obcích o velikosti 0-1999 obyvatel (8). Nejnižší výskyt sebevražd byl u seniorů žijících v obcích o velikosti 10000-19999 obyvatel (1). Žádná sebevražda se nestala v obcích o velikosti 100000+ a v obcích o velikosti 2000-4999 obyvatel.

#### Rok 2006

V roce 2006 v Libereckém kraji byl nejvyšší výskyt sebevražd u seniorů žijících v obcích o velikosti 2000-4999 obyvatel (4). Nejnižší výskyt sebevražd byl u seniorů žijících v obcích o velikosti 10000-19999 obyvatel (1) a 0-1999 obyvatel (1). Žádná sebevražda se nestala v obcích o velikosti 100000+ .

**Tab. 12** Vývoj sebevražd v Jihočeském kraji v letech 2005, 2006 ve věkové skupině 65+ z hlediska měsíce úmrtí

| MĚSÍC ÚMRTÍ | 2005 | 2006 | 2005 | 2006 | 2005   | 2006   |
|-------------|------|------|------|------|--------|--------|
|             | Ženy | Ženy | Muži | Muži | Celkem | Celkem |
| Leden       | 1    | 0    | 0    | 1    | 1      | 1      |
| Únor        | 0    | 0    | 1    | 0    | 1      | 0      |
| Březen      | 0    | 1    | 0    | 2    | 0      | 3      |
| Duben       | 1    | 0    | 3    | 1    | 4      | 1      |
| Květen      | 3    | 2    | 2    | 1    | 5      | 3      |
| Červen      | 2    | 0    | 1    | 1    | 3      | 1      |
| Červenec    | 0    | 0    | 1    | 0    | 1      | 0      |
| Srpen       | 3    | 1    | 1    | 1    | 4      | 2      |
| Září        | 0    | 2    | 1    | 1    | 1      | 3      |
| Říjen       | 0    | 2    | 1    | 1    | 1      | 3      |
| Listopad    | 0    | 0    | 2    | 0    | 2      | 0      |
| Prosinec    | 0    | 0    | 0    | 1    | 0      | 1      |

Interpretace výsledků:

#### Rok 2005

V roce 2005 v Jihočeském kraji spáchalo sebevraždu nejvíce seniorů v měsíci Květnu (5). Zatímco v Březnu a Prosinci se žádná sebevražda nestala.

## Rok 2006

V roce 2006 v Jihočeském kraji spáchalo sebevraždu nejvíce seniorů v Březnu, Květnu, Srpnu a Září (3). V Únoru, Červenci a Listopadu se žádná sebevražda nestala.

**Tab. 13** Vývoj sebevražednosti v kraji HL. město Praha v letech 2005,2006 ve věkové skupině 65+ z hlediska měsíce úmrtí

| MĚSÍC ÚMRTÍ | 2005 | 2006 | 2005 | 2006 | 2005   | 2006   |
|-------------|------|------|------|------|--------|--------|
|             | Ženy | Ženy | Muži | Muži | Celkem | Celkem |
| Leden       | 0    | 0    | 0    | 2    | 0      | 2      |
| Únor        | 0    | 2    | 1    | 1    | 1      | 3      |
| Březen      | 1    | 2    | 3    | 3    | 4      | 5      |
| Duben       | 2    | 0    | 2    | 1    | 4      | 1      |
| Květen      | 4    | 2    | 3    | 0    | 7      | 2      |
| Červen      | 1    | 0    | 1    | 7    | 2      | 7      |
| Červenec    | 1    | 0    | 1    | 3    | 1      | 3      |
| Srpen       | 1    | 2    | 1    | 0    | 2      | 2      |
| Září        | 0    | 0    | 1    | 1    | 1      | 1      |
| Říjen       | 0    | 4    | 1    | 2    | 1      | 6      |
| Listopad    | 0    | 1    | 0    | 1    | 0      | 2      |
| Prosinec    | 1    | 1    | 1    | 1    | 2      | 2      |

Interpretace výsledků:

## Rok 2005

V roce 2005 v kraji HL. město Praha spáchalo sebevraždu nejvíce seniorů v měsíci Květnu (7). Zatímco v Lednu a Listopadu se žádná sebevražda nestala.

## Rok 2006

V roce 2006 v kraji HL. město Praha spáchalo sebevraždu nejvíce seniorů v měsíci Červnu (7), nejméně v Dubnu a Září (1).

**Tab. 14** Vývoj sebevraždy v Ústeckém kraji v letech 2005, 2006 ve věkové skupině 65+ z hlediska měsíce úmrtí

| MĚSÍC ÚMRTÍ | 2005 | 2006 | 2005 | 2006 | 2005   | 2006   |
|-------------|------|------|------|------|--------|--------|
|             | Ženy | Ženy | Muži | Muži | Celkem | Celkem |
| Leden       | 1    | 0    | 2    | 1    | 3      | 1      |
| Únor        | 0    | 1    | 1    | 2    | 1      | 3      |
| Březen      | 2    | 0    | 3    | 0    | 5      | 0      |
| Duben       | 0    | 0    | 2    | 1    | 2      | 1      |
| Květen      | 2    | 3    | 1    | 2    | 3      | 5      |
| Červen      | 0    | 2    | 5    | 1    | 5      | 3      |
| Červenec    | 1    | 0    | 2    | 1    | 3      | 1      |
| Srpen       | 1    | 1    | 2    | 4    | 3      | 5      |
| Září        | 1    | 2    | 0    | 2    | 1      | 4      |
| Říjen       | 0    | 0    | 1    | 1    | 1      | 1      |
| Listopad    | 0    | 0    | 0    | 3    | 0      | 3      |
| Prosinec    | 1    | 0    | 1    | 0    | 2      | 0      |

Interpretace výsledků:

**Rok 2005**

V roce 2005 v Ústeckém kraji spáchalo sebevraždu nejvíce seniorů v měsíci Březnu a Červnu (5). Zatímco v Listopadu se žádná sebevražda nestala.

**Rok 2006**

V roce 2006 v Ústeckém kraji spáchalo sebevraždu nejvíce seniorů v měsíci Květnu a Srpnu (5). Zatímco v Prosinci a Březnu se žádná sebevražda nestala.

**Tab. 15** Vývoj sebevraždnosti v Libereckém kraji v letech 2005, 2006 ve věkové skupině 65+ z hlediska měsíce úmrtí

| MĚSÍC ÚMRTÍ | 2005 | 2006 | 2005 | 2006 | 2005   | 2006   |
|-------------|------|------|------|------|--------|--------|
|             | Ženy | Ženy | Muži | Muži | Celkem | Celkem |
| Leden       | 0    | 0    | 0    | 0    | 0      | 0      |
| Únor        | 0    | 0    | 0    | 1    | 0      | 1      |
| Březen      | 0    | 0    | 3    | 0    | 3      | 0      |
| Duben       | 1    | 1    | 2    | 2    | 3      | 3      |
| Květen      | 0    | 0    | 0    | 0    | 0      | 0      |
| Červen      | 1    | 0    | 1    | 0    | 2      | 0      |
| Červenec    | 0    | 0    | 1    | 2    | 1      | 2      |
| Srpen       | 0    | 0    | 1    | 1    | 1      | 1      |
| Září        | 0    | 0    | 3    | 0    | 3      | 0      |
| Říjen       | 0    | 0    | 0    | 1    | 0      | 1      |
| Listopad    | 2    | 0    | 0    | 2    | 2      | 2      |
| Prosinec    | 0    | 0    | 0    | 2    | 0      | 2      |

Interpretace výsledků:

#### Rok 2005

V roce 2005 v Libereckém kraji spáchalo sebevraždu nejvíce seniorů v Březnu, Dubnu a Září (3). Zatímco v Lednu, Únoru, Květnu, Říjnu a Prosinci se žádná sebevražda nestala.

#### Rok 2006

V roce 2006 v Libereckém kraji spáchalo sebevraždu nejvíce seniorů v Dubnu (3). Zatímco v Lednu, Květnu, Červnu a Září se žádná sebevražda nestala.



**Tab. 16** Vývoj sebevraždnosti v Jihočeském, Ústeckém, Libereckém kraji a v kraji Hl. město Praha v letech 2005, 2006 ve věkové skupině 65+ z hlediska způsobu provedení ( diagnózy dle MKN – 10) (viz příloha č.2)

| ZPŮSOB<br>PROVEDENÍ | 2005 | 2006 | 2005 | 2006 | 2005   | 2006   |
|---------------------|------|------|------|------|--------|--------|
|                     | Ženy | Ženy | Muži | Muži | Celkem | Celkem |
| X 61                | 0    | 1    | 1    | 0    | 1      | 1      |
| X 64                | 0    | 1    | 1    | 2    | 1      | 3      |
| X 67                | 0    | 0    | 1    | 0    | 1      | 0      |
| X 69                | 0    | 0    | 1    | 0    | 1      | 0      |
| X 70                | 17   | 16   | 37   | 37   | 54     | 53     |
| X 71                | 5    | 2    | 1    | 0    | 6      | 2      |
| X 72                | 0    | 0    | 4    | 1    | 4      | 1      |
| X 73                | 1    | 1    | 0    | 1    | 1      | 2      |
| X 74                | 0    | 2    | 7    | 10   | 7      | 12     |
| X 78                | 0    | 1    | 2    | 5    | 2      | 6      |
| X 80                | 8    | 7    | 6    | 3    | 14     | 10     |
| X 83                | 0    | 0    | 0    | 1    | 0      | 1      |
| X 84                | 0    | 1    | 1    | 1    | 0      | 2      |

Interpretace výsledků:

#### Rok 2005

V Jihočeském, Ústeckém, Libereckém kraji a v kraji Hl. město Praha v roce 2005 bylo nejčastější způsobem provedení sebevraždy X70- *úmyslné sebepoškození oběšením, (u)škrcením a zadušením* (54). I u žen je diagnóza X70 nejčastější (17). Druhý nejčastější způsob provedení je X80-*úmyslné sebepoškození skokem z výšky* (14).

#### Rok 2006

V Jihočeském, Ústeckém, Libereckém kraji a v kraji Hl. město Praha v roce 2006 bylo nejčastějším způsobem provedení sebevraždy X70- *úmyslné sebepoškození oběšením, (u)škrcením a zadušením* (53). I u žen je diagnóza X70 nejčastější (16). Druhý nejčastější způsob provedení je X74-*úmyslné sebepoškození výstřelem z jiné a neurčené střelné zbraně* (12).

Podle Fisherova testu nezamítáme nulovou hypotézu o nezávislosti mezi rokem pohlavím pro způsob provedení X70.

**Tab. 17** Vývoj sebevražednosti v Jihočeském kraji v letech 2005, 2006 ve věkové skupině 65+ z hlediska způsobu provedení (diagnózy dle MKN – 10) (viz příloha č.2)

| ZPŮSOB<br>PROVEDENÍ | 2005 | 2006 | 2005 | 2006 | 2005   | 2006   |
|---------------------|------|------|------|------|--------|--------|
|                     | Ženy | Ženy | Muži | Muži | Celkem | Celkem |
| X 61                | 0    | 0    | 1    | 0    | 1      | 0      |
| X 64                | 0    | 0    | 0    | 0    | 0      | 0      |
| X 67                | 0    | 0    | 0    | 0    | 0      | 0      |
| X 69                | 0    | 0    | 0    | 0    | 0      | 0      |
| X 70                | 7    | 7    | 10   | 5    | 17     | 12     |
| X 71                | 1    | 1    | 0    | 0    | 1      | 1      |
| X 72                | 0    | 0    | 2    | 1    | 2      | 1      |
| X 73                | 0    | 0    | 0    | 0    | 0      | 0      |
| X 74                | 0    | 0    | 0    | 0    | 0      | 0      |
| X 78                | 0    | 0    | 0    | 4    | 0      | 4      |
| X 80                | 2    | 0    | 0    | 0    | 2      | 0      |
| X 83                | 0    | 0    | 0    | 0    | 0      | 0      |
| X 84                | 0    | 0    | 0    | 0    | 0      | 0      |

Interpretace výsledků:

#### Rok 2005

V Jihočeském kraji v roce 2005 bylo nejčastější způsobem provedení sebevraždy X70- *úmyslné sebepoškození oběšením, (u)škrcením a zadušením* (17). I u žen je diagnóza X70 nejčastější (7). Další časté způsoby provedení jsou X80-*úmyslné sebepoškození skokem z výšky* (2) a X72-*úmyslné sebepoškození výstřelem z pistole, revolveru* (2).

#### Rok 2006

V Jihočeském kraji v roce 2006 bylo nejčastější způsobem provedení sebevraždy X70- *úmyslné sebepoškození oběšením, (u)škrcením a zadušením* (12). I u žen je diagnóza X70 nejčastější (7). Druhý nejčastější způsob provedení je X78-*úmyslné sebepoškození ostrým předmětem* (4).

**Tab. 18** Vývoj sebevraždy v kraji Hl. město Praha v letech 2005, 2006 ve věkové skupině 65+ z hlediska způsobu provedení ( diagnózy dle MKN – 10) (viz příloha č. 2)

| ZPŮSOB<br>PROVEDENÍ | 2005 | 2006 | 2005 | 2006 | 2005   | 2006   |
|---------------------|------|------|------|------|--------|--------|
|                     | Ženy | Ženy | Muži | Muži | Celkem | Celkem |
| X 61                | 0    | 0    | 0    | 0    | 0      | 0      |
| X 64                | 0    | 1    | 1    | 1    | 1      | 2      |
| X 67                | 0    | 0    | 1    | 0    | 1      | 0      |
| X 69                | 0    | 0    | 1    | 0    | 1      | 0      |
| X 70                | 4    | 4    | 8    | 12   | 12     | 16     |
| X 71                | 3    | 0    | 0    | 0    | 3      | 0      |
| X 72                | 0    | 0    | 0    | 0    | 0      | 0      |
| X 73                | 1    | 1    | 0    | 0    | 1      | 1      |
| X 74                | 0    | 2    | 2    | 4    | 2      | 6      |
| X 78                | 0    | 1    | 0    | 1    | 0      | 2      |
| X 80                | 3    | 4    | 2    | 2    | 5      | 6      |
| X 83                | 0    | 0    | 0    | 1    | 0      | 1      |
| X 84                | 0    | 1    | 0    | 1    | 0      | 2      |

Interpretace výsledků:

#### Rok 2005

V kraji Hl. město Praha v roce 2005 bylo nejčastějším způsobem provedení sebevraždy X70- *úmyslné sebepoškození oběšením, (u)škrčením a zadušením* (12). I u žen je diagnóza X70 nejčastější (4). Druhý nejčastější způsob provedení je X80- *úmyslné sebepoškození skokem z výšky* (5).

#### Rok 2006

V kraji Hl. město Praha v roce 2006 bylo nejčastějším způsobem provedení sebevraždy X70- *úmyslné sebepoškození oběšením, (u)škrčením a zadušením* (16). I u žen je diagnóza X70 nejčastější (4). Další časté způsoby provedení jsou X80- *úmyslné sebepoškození skokem z výšky* (6) a X74-*úmyslné sebepoškození výstřelem z jiné a neurčené střelné zbraně* (6).

**Tab. 19** Vývoj sebevraždy v Ústeckém kraji v letech 2005, 2006 ve věkové skupině 65+ z hlediska způsobu provedení

(diagnózy dle MKN – 10) (viz. příloha č. 2)

| ZPŮSOB<br>PROVEDENÍ | 2005 | 2006 | 2005 | 2006 | 2005   | 2006   |
|---------------------|------|------|------|------|--------|--------|
|                     | Ženy | Ženy | Muži | Muži | Celkem | Celkem |
| X 61                | 0    | 1    | 0    | 0    | 0      | 1      |
| X 64                | 0    | 0    | 0    | 0    | 0      | 0      |
| X 67                | 0    | 0    | 0    | 0    | 0      | 0      |
| X 69                | 0    | 0    | 0    | 0    | 0      | 0      |
| X 70                | 3    | 4    | 12   | 10   | 15     | 14     |
| X 71                | 1    | 1    | 1    | 0    | 2      | 1      |
| X 72                | 0    | 0    | 0    | 0    | 0      | 0      |
| X 73                | 0    | 0    | 0    | 1    | 0      | 1      |
| X 74                | 0    | 0    | 3    | 6    | 3      | 6      |
| X 78                | 0    | 0    | 2    | 0    | 2      | 0      |
| X 80                | 2    | 3    | 4    | 1    | 6      | 4      |
| X 83                | 0    | 0    | 0    | 0    | 0      | 0      |
| X 84                | 0    | 0    | 1    | 0    | 1      | 0      |

Interpretace výsledků:

#### Rok 2005

V Ústeckém kraji v roce 2005 bylo nejčastější způsobem provedení sebevraždy X70- *úmyslné sebepoškození oběšením, (u)škrcením a zadušením* (15). I u žen je diagnóza X70 nejčastější (3). Druhý nejčastější způsob provedení je X80-*úmyslné sebepoškození skokem z výšky* (6).

#### Rok 2006

V Ústeckém kraji v roce 2006 bylo nejčastější způsobem provedení sebevraždy X70- *úmyslné sebepoškození oběšením, (u)škrcením a zadušením* (14). I u žen je diagnóza X70 nejčastější (3). Druhý nejčastější způsob provedení je X74-*úmyslné sebepoškození výstřelem z jiné a neurčené střelné zbraně* (6).

**Tab. 20** Vývoj sebevražednosti v Libereckém kraji v letech 2005, 2006 ve věkové skupině 65+ z hlediska způsobu provedení (diagnózy dle MKN – 10) (viz. příloha č. 2)

| ZPŮSOB<br>PROVEDENÍ | 2005 | 2006 | 2005 | 2006 | 2005   | 2006   |
|---------------------|------|------|------|------|--------|--------|
|                     | Ženy | Ženy | Muži | Muži | Celkem | Celkem |
| X 61                | 0    | 0    | 0    | 0    | 0      | 0      |
| X 64                | 0    | 0    | 0    | 1    | 0      | 0      |
| X 67                | 0    | 0    | 0    | 0    | 0      | 0      |
| X 69                | 0    | 0    | 0    | 0    | 0      | 0      |
| X 70                | 3    | 1    | 7    | 10   | 10     | 11     |
| X 71                | 0    | 0    | 0    | 0    | 0      | 0      |
| X 72                | 0    | 0    | 2    | 0    | 2      | 0      |
| X 73                | 0    | 0    | 0    | 0    | 0      | 0      |
| X 74                | 0    | 0    | 2    | 0    | 2      | 0      |
| X 78                | 0    | 0    | 0    | 0    | 0      | 0      |
| X 80                | 1    | 0    | 0    | 0    | 1      | 0      |
| X 83                | 0    | 0    | 0    | 0    | 0      | 0      |
| X 84                | 0    | 0    | 0    | 0    | 0      | 0      |

Interpretace výsledků:

#### Rok 2005

V Libereckém kraji v roce 2005 bylo nejčastější způsobem provedení sebevraždy X70- *úmyslné sebepoškození oběšením, (u)škrcením a zadušením* (10). I u žen je diagnóza X70 nejčastější (3). Další časté způsoby provedení jsou X72-*úmyslné sebepoškození výstřelem z pistole, revolveru* (2) a X74-*úmyslné sebepoškození výstřelem z jiné a neurčené střelné zbraně* (2).

#### Rok 2006

V Libereckém kraji v roce 2006 bylo nejčastější a jediným způsobem provedení sebevraždy X70- *úmyslné sebepoškození oběšením, (u)škrcením a zadušením* (11).

## 5. Diskuse

Z výsledků výzkumu vyplývá, že počet dokonaných sebevražd ve věkové skupině 65+ bez rozdílu pohlaví v roce 2005 i 2006 je téměř stejný (300 a 312).

**Hypotéza č. 1** – V počtu sebevražd existuje rozdíl mezi pohlavími.

Tato hypotéza se potvrdila.

V roce 2005 spáchalo sebevraždu 212 mužů a 88 žen, v roce 2006 spáchalo sebevraždu 234 mužů a 78 žen.

Odborná literatura uvádí, že u žen se častěji vyskytuje suicidální pokus a mužů dokonané suicidium. Literatura také uvádí, že ženy častěji používají tzv. měkké metody (např. intoxikace medikamenty), u kterých existuje naděje, že budou včas nalezeny a zachráněny. Zatímco muži častěji používají tzv. tvrdé metody (oběšení, střelná rána), které možnosti záchrany prakticky vylučují.

Domnívám, že toto vysvětlení ve stáří nemá tak velký význam. Ve stáří lidé nejčastěji páchají bilanční sebevraždy, tedy sebevraždy po předchozí rozumové úvaze, kdy si člověk pečlivě připraví prostředky k dosažení svého cíle. Proto jsou tyto sebevraždy téměř vždy dokonané.

Rozdíl v počtu sebevražd u mužů a žen si vysvětluji tím, že ženy se lépe vyrovnávají se zátěžovými situacemi, které provázejí stáří. Jako jsou např. dlouhodobé somatické onemocnění, úmrtí partnera, odchod do důchodu, sociální izolace, institucionalizace či závislost na péči druhých.

Zvláště odchod do důchodu je velká změna, se kterou se vyrovnávají mnohem lépe ženy, než muži. Pro muže odchod do důchodu představuje ztrátu sociálních rolí, které už nejde nijak jinak nahradit. Tato situace ho může uvrhnout do sociální izolace a být příčinou deprese a následné sebevraždy. U žen většinou nestojí zaměstnání na prvním místě, proto pro ně odchod do důchodu nepředstavuje, tak náročnou životní situaci.

## **Hypotéza č. 2** – Nejčastějším způsobem provedení sebevraždy je utopení

Tato hypotéza se nepotvrdila.

Z výsledků výzkumu vyplývá, že nejčastějším způsobem provedení sebevraždy v obou dvou letech 2005 a 2006 je úmyslné sebepoškození oběšením, (u)škrcením a (za)dušením. V Jihočeském, Ústeckém, Libereckém kraji a v kraji Hl. město Praha v roce 2005 spáchalo sebevraždu oběšením, (u)škrcením a (za)dušením 54 seniorů z celkového počtu 92 sebevražd. V roce 2006 to bylo 53 sebevražd oběšením, (u)škrcením a (za)dušením z celkového počtu 93 sebevražd. Přestože odborná literatura uvádí, že ženy častěji používají tzv. měkké metody (např. intoxikace léky), z tohoto výzkumu vyplývá, že u žen v seniorském věku je nejčastějším způsobem sebevraždy také úmyslné sebepoškození oběšením, (u)škrcením a (za)dušením.

Dalšími častými způsoby provedení sebevraždy jsou úmyslné sebepoškození skokem z výše, úmyslné sebepoškození výstřelem z jiné a neurčené střelné zbraně, úmyslné sebepoškození (u)topením a potopením a úmyslné sebepoškození ostrým předmětem.

U mužů převažují způsoby provedení úmyslné sebepoškození výstřelem z jiné a neurčené střelné zbraně a úmyslné sebepoškození ostrým předmětem. U žen převažují tyto způsoby: úmyslné sebepoškození skokem z výše a úmyslné sebepoškození (u)topením a potopením.

Jak uvádějí Čapková a Velemínský ve svém výzkumu Utonutí a zranění související s vodou (5) je fenomén úmyslného sebepoškození (u)topením a potopením nejčetnější právě v seniorských kategoriích.

Myslím si, že právě díky tomu, že ve stáří jsou čtenější bilanční sebevraždy, ženy i muži volí tzv. tvrdé metody (oběšení, skok z výše atd.).

Z výzkumu dále vyplývá, že nejčastěji páchají sebevraždu lidé se základním vzděláním a se středním vzděláním bez maturity. Naopak nejméně sebevražd páchají lidé s vysokoškolským vzděláním. V Jihočeském, Ústeckém, Libereckém kraji a v kraji Praha v roce 2005 spáchalo sebevraždu 46 osob se základním

vzděláním a 33 osob se středním vzděláním bez maturity z celkového počtu 93 sebevražd. V roce 2006 v těchto krajích spáchalo sebevraždu 26 osob se základním vzděláním a 58 osob se středním vzděláním bez maturity z celkového počtu 93 sebevražd. Mezi muži a ženami není podstatný rozdíl.

Domnívám se, že hlavní příčina spočívá v lepší ekonomické situaci osob s vyšším vzděláním a z toho vyplývající jejich lepší sociální pozice. Ale příčinou může být také to, že jen málo dnešních seniorů mělo v době, kdy studovali přístup k vyššímu vzdělání.

Z hlediska velikosti obce v Jihočeském kraji v letech 2005 a 2006 páchali sebevraždu nejvíce senioři žijící v obcích o velikosti 0-1999 obyvatel. V kraji Hl. město Praha je jasné, že všechny sebevraždy se staly v obci o velikosti 100000+. V Ústeckém kraji v roce 2005 páchali sebevraždu nejvíce senioři v obcích o velikosti 50000-99999 obyvatel a v roce 2006 v obcích o velikosti 0-1999 obyvatel. V Libereckém kraji v roce 2005 ukončilo svůj život sebevraždou nejvíce seniorů žijících v obcích o velikosti 0-1999 obyvatel a v roce 2006 v obcích o velikosti 2000-4999 obyvatel.

Z hlediska měsíce úmrtí jsou sebevraždy nejčetnější v měsících Březnu, Dubnu, Květnu, Září a Říjnu. Tento výsledek souhlasí s odbornou literaturou, která uvádí, že sebevraždy jsou častější na jaře a na podzim. Špatnou náladu a pocity beznaděje podporuje nedostatek světla, tomuto jevu se věnují především ve skandinávských zemích.

Problémem výzkumu může být tzv. podregistrace. Podregistrace znamená, že je registrováno méně sebevražd, než je jejich skutečné množství. Podregistrace je u starších lidí vyšší než u mladších, důvody jsou spatřovány v tom, že mnoho seniorů volí metody sebevraždy, kde úmrtí není registrováno jako suicidium (např. odmítají životně důležité léky).



## 6. Závěr

Domnívám se, že cíl práce porovnat vývoj počtu sebevražd u seniorů ve věkové skupině 65+ v Jihočeském kraji, Ústeckém kraji, Libereckém kraji a v kraji Hl. město Praha v letech 2005 a 2006 z hlediska vzdělání, pohlaví, způsobu provedení, velikosti obce a měsíce úmrtí byl splněn.

Hypotéza č. 1 - *v počtu sebevražd existuje rozdíl mezi pohlavími* se potvrdila. V obou dvou letech 2005 a 2006 je výrazná převaha mužů, kteří spáchali sebevraždu nad ženami. Nepoměr v počtu sebevražd u mužů a žen si vysvětlují tím, že ženy se možná lépe dokáží vyrovnat se zátěžovými situacemi, které provázejí stáří. Jako jsou např. dlouhodobé somatické onemocnění, úmrtí partnera, odchod do důchodu, sociální izolace, institucionalizace či závislost na péči druhých.

Hypotéza č. 2 – *nejčastějším způsobem provedení sebevraždy je utopení* se nepotvrdila. Z výzkumu vyplývá, že nejčastějším způsobem provedení sebevraždy u seniorů ve věkové skupině 65+ je úmyslné sebepoškození oběšením, (u)škracením a (za)dušením. Z výzkumu vyplynulo, že u žen ve věkové skupině 65+ neplatí, že ženy používají tzv. měkké metody provedení sebevraždy. Naopak stejně jako u mužů je nejčastějším způsobem provedení úmyslné sebepoškození oběšením, (u)škracením a (za)dušením.

Příčiny suicidální jednání seniorů často vycházejí z problémů, které provázejí stáří, ať už je to sociální izolace, samota, chudoba, somatické onemocnění, institucionalizace nebo deprese. Prevence problémů jako jsou sociální izolace, samota, nesoběstačnost atd. by mohla spočívat v psychické, fyzické a sociální stimulaci starších lidí. Například projekty jako jsou univerzity třetího věku, univerzity volného času a trénování paměti jsou dobrou formou prevence. V domovech důchodců a dalších institucích je výhodou spolupráce s dobrovolníky. Práce by mohla být využita pro potřeby dalšího výzkumu a pro prevenci suicidálního jednání seniorů.

## 7. Seznam použité literatury:

1. BALOGOVÁ, B. Vstup do důchodku ako náročná životná situácia a kvalita života seniora. In *Autonomie ve stáří Strategie jejího zachování*. Ostrava: Zdravotně sociální fakulta Ostravské univerzity v Ostravě, 2004. 324 s. ISBN 80-7326-026-3.
2. BÁRTLOVÁ, S. *Sociální patologie*. 1. vydání. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1998. 53 s. ISBN 80-7013-259-0.
3. BAŠTECKÁ, B. a kol. *Klinická psychologie v praxi*. 1. vydání. Praha: Portál, 2003. 416 s. ISBN 80-7178-735-3.
4. BAŠTECKÝ, J., KÜMPEL, Q., VOJTĚCHOVSKÝ, M. a kol. *Gerontopsychiatrie*. 1. vydání. Praha: Grada Avicenum, 1994. 320 s. ISBN 80-7169-070-8.
5. ČAPKOVÁ, M., VELEMÍNSKÝ, M. *Utonutí a zranění související s vodou*. 1. vydání. Praha: TRITON, 2005. 54 s. ISBN 80-7254-715-1.
6. DÖRNER, K., PLOG, U. *Bláznit je lidské*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 1999. 356 s. ISBN 80-7169-628-5.
7. HOLMEROVÁ, I., JURAŠKOVÁ, B., ZIKMUNDOVÁ, K. *Vybrané kapitoly z gerontologie*. Gema, 2002. 110 s.
8. KASTOVÁ, V. *Krize a tvořivý přístup k ní*. 1. vydání. Praha: Portál, 2000. 168 s. ISBN 80-7178-356-X.
9. KOUTEK, J., KOCOURKOVÁ, J. *Sebevražedné chování*. 1. vydání. Praha: Portál, 2003. 128 s. ISBN 80-7178-732-9.

10. LANGMEIER, J., KREJČÍŘOVÁ, D. *Vývojová psychologie*. 3. vydání. Praha: Grada Publishing, 1998. 344 s. ISBN 80-7169-195-X.
11. PACOVSKÝ, V. *Geriatrická diagnostika*. 1. vydání. Praha: Scientia medica, 1994. 152 s. ISBN 80-85526-32-8.
12. STUART-HAMILTON, I. *Psychologie stárnutí*. 1. vydání. Praha: Portál, 1999. 320 s. ISBN 80-7178-274-2.
13. TUČEK, J., CHODURA, V. *Psychiatrie*. 3. vydání. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, 2005. 90 s. ISBN 80-7040-786-7.
14. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3. vydání. Praha: Portál, 2004. 872 s. ISBN 80-7178-802-3.
15. VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie II. Dospělost a stáří*. 1. vydání. Praha: Nakladatelství Karolinum, 2007. 461 s. ISBN 978-80-246-1318-5.
16. VIEWEGH, J. *Sebevražda a literatura*. 1. vydání. Brno: Psychologický ústav AVČR, Nakladatelství Tomáše Janečka, 1996. 282 s. ISBN 80-85880-10-5.
17. VODÁČKOVÁ, D. a kol. *Krizová intervence*. 1. vydání. Praha: Portál, 2002. 544 s. ISBN 80-7178-696-9.
18. VYMĚTAL, J. *Lékařská psychologie*. 3. vydání. Praha: Portál, 2003. 400 s. ISBN 80-7178-740-X.

19.ZIMULOVÁ,M. a kol. Stáří, deprese a suicidalita. In *Sborník kongresu VIII. gerontologické dny Ostrava*. Ostrava: Dům techniky Ostrava, 2004. 115 s. ISBN 80-02-01670-X.

## **8. Klíčová slova**

suicidální chování

sebevražda

stáří

senior

## **9 Přílohy**

1. Škála deprese pro geriatrické pacienty dle Yesavage
2. Diagnózy způsobu provedení sebevraždy dle Mezinárodní klasifikace nemocí

## **Příloha č.1**

### **Škála deprese pro geriatrické pacienty(zkrácená verze) (Yesavage 1988)**

Zdroj<http://www.zdravcentra.cz/index.php?act=k10&did=306&kategorie=0&page=starnuti2.html>

*Na každou z otázek vyberte odpověď ano nebo ne.*

1. Jste v zásadě spokojen se svým životem? ano/ne
2. Vzdal jste se poslední době mnoha činností a zájmů? ano/ne
3. Máte pocit, že Váš život je prázdný? ano/ne
4. Cítíte se často sklíčený a melancholický? ano/ne
5. Máte vesměs dobrou náladu? ano/ne
6. Obáváte se, že se Vám přihodí něco zlého? ano/ne
7. Cítíte se převážně šťastný? ano/ne
8. Cítíte se často bezmocný? ano/ne
9. Vysedáváte raději doma, než abyste šel mezi lidi a seznamoval se s novými věcmi? ano/ne
10. Myslíte si, že máte větší problémy s pamětí než Vaši vrstevníci? ano/ne
11. Myslíte si, že je krásné být ještě naživu? ano/ne
12. Napadá Vás někdy, že Váš život nestojí za nic? ano/ne
13. Cítíte se plný elánu a energie? ano/ne
14. Myslíte si, že Vaše situace je beznadějná? ano/ne
15. Myslíte si, že většina lidí je na tom lépe než Vy? ano/ne

***Hodnotí se 1 bod za depresivní odpověď:***

tedy za odpověď **ano** u otázky 2,3,4,6,8,9,10,12,14,15

a za odpověď **ne** u zbývajících, tj. otázek 1,5,7,11,13

***Celkové bodové skóre:***

0 – 5 bodů norma

6 – 10 bodů mírná deprese

> 10 bodů manifestní deprese

## **Příloha č. 2**

**Způsob provedení** - určen dle diagnózy Mezinárodní klasifikace nemocí-10. revize (MKN)

Kódy:

X60 Úmyslné sebeotrávení neopiátovými analgetiky, antipyretiky a antirevmatiky a expozice jejich působení

X61 Úmyslné sebeotrávení antiepileptiky, sedativy - hypnotiky, antiparkinsoniky, psychotropními léky a expozice, nezařazené jinde

X62 Úmyslné sebeotrávení narkotiky a psychodysleptiky( halucinogeny) a expozice jejich působení, nezařazené jinde

X63 Úmyslné sebeotrávení jinými léčivými působícími na autonomní nervovou soustavu a expozice jejich působení

X64 Úmyslné sebeotrávení jinými a neurčenými léky, léčivými, návykovými a biologickými látkami a expozice jejich působení

X65 Úmyslné sebeotrávení alkoholem a expozice jeho působení

X66 Úmyslné sebeotrávení organickými rozpustidly a halogenovanými uhlovodíky a jejich parami a expozice jejich působení

X67 Úmyslné sebeotrávení jinými plyny a parami a expozice jejich působení

X68 Úmyslné sebeotrávení pesticidy a expozice jejich působení

X69 Úmyslné sebeotrávení jinými a neurčenými chemikáliemi a škodlivými látkami a expozice jejich působení

X70 Úmyslné sebepoškození oběšením, (u)škrcením a (za)dušením

X71 Úmyslné sebepoškození (u)topením a potopením

X72 Úmyslné sebepoškození výstřelem z pistole, revolveru

X73 Úmyslné sebepoškození výstřelem z pušky, brokovnice a větší ruční střelné zbraně

X74 Úmyslné sebepoškození výstřelem z jiné a neurčené střelné zbraně

X75 Úmyslné sebepoškození výbušnou látkou

X76 Úmyslné sebepoškození kouřem, dýmem a ohněm

X77 Úmyslné sebepoškození vodní parou, horkými výpary a horkými předměty



- X78 Úmyslné sebepoškození ostrým předmětem
- X79 Úmyslné sebepoškození tupým předmětem
- X80 Úmyslné sebepoškození skokem z výše
- X81 Úmyslné sebepoškození skokem nebo lehnutím si před pohybující se předmět
- X82 Úmyslné sebepoškození havárií motorového vozidla
- X83 Úmyslné sebepoškození jinými určenými prostředky
- X84 Úmyslné sebepoškození neurčenými prostředky