

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

Pacient po suicidálním pokusu na psychiatrickém oddělení

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

MUDr. Tuček Jan

Romana Jáchymová

2008

Abstrakt

Patient after a suicidal attempt hospitalized in the psychiatric unit

Suicide, one of malfunctions of self-preservation, is the act of intentionally terminating one own's life. Suicidal behaviour may be an extreme solution to a situation when a person has feelings of desperation and hopelessness. The persons with suicidal thoughts do not know any other ways out of unbearable emotional or physical suffering than to end their lives. Persons who have thoughts about suicide are often considered to be weak, inadequate dangerous, mentally ill.

The best defense against this stigmatization is the full awareness both of the medical staff and the public of the character, the course and consequences of such a behaviour. The role of a nurse is very important. When she has enough knowledge and is able to show empathy, then she can help effectively.

The objective of my thesis was to find out how life of a person changes after a suicidal attempt, how he or she perceives and views that act afterwards. I also examine how the attitude to life has changed not only in persons who attempted suicide but also how their kins approach the problem. The aim was accomplished.

Quantitative research was used and data obtained were evaluated. I analysed ten case studies and complex casuistics. Data were gained by the method of a structured interview. Respondents were adult patients in the psychiatric unit in the hospital České Budějovice, Inc.who were hospitalized due to their suicidal behaviour.

My thesis may be mainly used to enhance awareness on the issue. The data will be handed over to other members of the medical staff and presented at medical workshops.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma Pacient po suicidálním pokusu na psychiatrickém oddělení 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/úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných Zdravotně sociální fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách.

V Českých Budějovicích 20.4.2008

podpis studenta

Poděkování

Touto cestou bych chtěla poděkovat MUDr. Janu Tučkovi za odborné vedení a cenné připomínky při zpracování bakalářské práce a za umožnění provádění výzkumu na psychiatrickém oddělení. Dále bych chtěla poděkovat všem respondentům za jejich ochotnou spolupráci.

Obsah

Úvod	3
1. Současný stav	4
1.1 Definice	4
1.2 Historie sebevražedného jednání	4
1.3 Statistika	6
1.4 Příčiny sebevražedného jednání	7
1.5 Rizikové faktory	9
1.6 Druhy sebevražedného jednání	9
1.7 Způsoby provedení sebevražd	11
1.8 Suicidalita a duševní porucha	12
1.8.1 Sebevražedné jednání a deprese	12
1.8.2 Sebevražedné jednání u psychotických onemocnění	13
1.8.3 Sebevražedné jednání a problematika závislosti	14
1.9 Ohrožené skupiny z hlediska vývoje	14
1.10 Prevence suicidálního jednání	16
1.10.1 Preventivní programy u dětí	17
1.11 Společenské postoje a reakce na suicidální jednání	18
1.12 Mýty a skutečnosti	19
1.13 Právní aspekty	20
1.13.1 Nedobrovolná hospitalizace	20
1.13.2 Trestní odpovědnost v souvislosti se sebevražedným jednáním	21
1.14 Ošetrovatelský proces u pacienta po sebevražedném pokusu ...	22
1.14.1 Ošetrovatelský proces	22
1.14.2 Hodnocení a sběr informací	23
1.14.3 Ošetrovatelská diagnostika	23
1.14.4 Plánování ošetrovatelské péče	24
1.14.5 Realizace ošetrovatelského procesu	25
1.14.6 Hodnocení	26
1.15 Zvláštnosti v ošetrovatelské péči o sebevražedného jedince	27

2. Cíle práce a výzkumné otázky	30
2.1 Cíle práce	30
2.2 Výzkumné otázky	30
3. Metodika	31
3.1 Použitá metoda	31
3.2 Charakter zkoumaného souboru	31
4. Výsledky	32
5. Diskuse	60
6. Závěr	66
7. Seznam použité literatury	67
8. Klíčová slova	70
9. Seznam příloh	71

Úvod

Historie psychiatrie má hluboké kořeny již v počátcích existence a byla vždy opřena jakýmsi tajemstvím, neboť co si lidé neuměli vysvětlit a co neznali, přisuzovali vlivům nadpřirozených sil. Navzdory současnému rozvoji moderní psychiatrie a obrovským pokrokům v léčbě, nese postoj veřejnosti k duševně nemocným v mnoha směrech stopy zastaralých a nevědeckých předsudků, nepřiměřených obav a často bývá v rozporu s naší snahou pomáhat. Například termín „blázen“ nebo „šílenec“ doposud z našeho slovníku nezmizel.

Podobné je to u sebevražedného jednání. Sebevraždy se v minulosti objevovaly již od nepaměti. Pohledy na ně se různily, některá doba sebevražedné chování podporovala, jiná ho odsuzovala a trestala. V dnešní době je suicidium bráno jako patologie, příznak duševní choroby nebo porucha pudu sebezáchovy.

Pro laiky, kteří mnohdy ani nemají zájem dozvědět se více o příčinách sebevražedného jednání a o duševním prožívání jedince, je snazší odsouzení člověka, který pak bývá prohlašován za slabého, neschopného, nespolehlivého, nekontrolovatelného a možná i nebezpečného. Každý nemocný nese důsledky předsudků bez vlastního přičinění a bývá tak trvale označen, stigmatizován. Bohužel, v současné době je toto břímě, jež nemocný nese, téměř v každodenní době upevňováno neodbornými, diletantskými a nepravdivými příběhy a zprávami, aniž bychom postřehli jakoukoliv snahu rozlišit jednotlivé případy či konkrétní lidi.

Úkolem psychiatrie a psychiatrického ošetřovatelství je vystupovat proti vzniku a udržování stigmatu a následné diskriminace. Nejlepší zbraní je plná informovanost zdravotnického personálu i laické společnosti o povaze, průběhu a důsledcích chování pacienta. Pokud danému problému rozumíme, máme dostatek informací a jsme schopni ho pochopit, daleko lépe jsme také schopni kvalitně pomoci. Sebevražedné jednání se vždy dá považovat za volání o pomoc a naší morální povinností je toto volání vyslyšet.

1. Současný stav

1.1 Definice

Sebevražda, jedna z poruch sebezáchovy, je vědomé a úmyslné ukončení vlastního života. Jedná se o akt násilí obráceného vůči sobě. Je to čin, který za sebou zanechává spoustu otázek, ale žádné odpovědi (4, 10, 11, 32).

Sebevražedné jednání lze definovat jako násilné jednání charakteristické úmyslem dobrovolně zničit vlastní život. Pro odlišnost od jiných forem autodestruktivního jednání je tedy rozhodující přání zemřít a volba prostředků, jimiž lze tento cíl uskutečnit. Tím se sebevražda odlišuje např. od náhodného, nechtěného sebezabití nebo od ukončení života v rámci sebeobětování (při válečném nasazení, při politickém a jiném protestu), nikoli tedy pro smrt samu, ale z altruistických důvodů. Sebevražedné jednání může představovat extrémní a drastický způsob řešení krize. Je výrazem hlubokého zoufalství člověka, který neumí, nemůže nebo už nechce hledat jiné řešení své situace, který už nevidí jinou možnost, jiné východisko (4, 10, 25, 26, 31, 32).

1.2 Historie sebevražedného jednání

Je pravděpodobné, že suicidální chování se u lidí vyskytuje od nepaměti. V průběhu vývoje lidské společnosti se pohled a postoje k sebevražednému jednání vyvíjely a měnily.

Antická společnost nepovažovala sebevraždu za mravně zavrženíhodný čin, i když zpočátku ještě vymezovala okolnosti, za nichž bylo přijatelné, aby se člověk zabil. Avšak ani zde nebyly názory zcela jednotné. Aristoteles považoval sebevrahy za zbabělce. Sebevražda pro něj znamenala překročení zákona, a proto se mu zdálo přirozené, že na sebevrahovi ulpívá určitá pohana. Stoická škola ovšem už otevřeně vyhlášovala právo člověka ukončit svůj život, přináší-li mu jakékoliv utrpení. Kvalita života byla považována za důležitější než jeho kvantita, tj. délka. Z historie je známa např. sebevražda Demosthena v Řecku a stoického filozofa Senecy v Římě (20, 32).

Ve starověku nebyla sebevraždnost vysoká jen v Řecku a Římě, ale i v jiných kulturách. V Egyptě šlo o běžný, někdy i veřejně propagovaný způsob smrti. Sebevraždu hadím uštknutím spáchala například egyptská královna Kleopatra (13, 20, 32).

Totéž platilo ve východních říších, v Indii a v Číně. V Japonsku byla sebevražda tradičně považována za čin hodný obdivu a následování, ve středověku zde vznikl tradiční sebevražedný rituál harakiri.

Ve středověké Evropě se názor na sebevraždu radikálně změnil. Předpokládá se, že tato změna souvisela s postupujícím vlivem křesťanství. Bible jako základ křesťanského učení však nezaujímá k sebevraždě zcela jednoznačné hodnotící stanovisko. Nepřímo ji odmítá ve starozákonném příběhu o Jobovi nabádáním k trpělivému snášení utrpení, který život přináší. Tento předpoklad potvrzuje názor svatého Augustina ze 4. století, který hodnotí suicidium jako zločin. Stejný postoj zaujal i církevní koncil v Arbes v roce 542, jenž odsoudil sebevraždu jako smrtelný hřích (13, 20).

Člověk, který spáchal sebevraždu, byl vystaven mnoha sankcím, církevním i světským. Byl exkomunikován z církve a jeho majetek byl zabaven. Tento postoj přetrvával velmi dlouho. Sebevraždu považoval za těžký hřích i Tomáš Akvinský (13.stol.), protože pouze Bůh má právo rozhodnout o našem životě a smrti. Člověk tuto svobodu a právo o sobě rozhodnout nemá (13, 20, 32).

Křesťanství sebevraždu přísně zakazovalo a sankcionovalo. Proti sebevražednému jednání nepůsobilo jenom prostřednictvím sankcí, ale i nepřímo tím, že lidem poskytovalo smysl života, zmírňovalo jejich těžkosti vytvářením víry v rovnost alespoň před Bohem, když už ne na tomto světě. Ti, kteří takto zemřeli, nemohli být pochováni do posvěcené půdy na hřbitově a byli pohřbíváni za hřbitovní zeď. Ve středověku v důsledku tohoto sebevražedství pravděpodobně výrazně ubylo, i když jistě nevymizely zcela (13, 32).

Častějším jevem se sebevražda stala v dobách renesance. V průběhu 18. století a zejména 19. století docházelo k vzestupu sebevražedného jednání, zvláště ve městech. Na tom se podílela průmyslová revoluce se stěhováním obyvatel z venkova do měst a

s prudkým vzrůstem počtu městského obyvatelstva. Vývoj sebevraždnosti v českých zemích tento jev dokazuje. Ve druhé polovině 19. století prudce vzrůstal počet sebevražd v Čechách a ve Slezku, tedy v průmyslových oblastech, zatímco na Moravě byl vzestup menší (13).

V průběhu 20. století se dokonané suicidium stává dosti častým jevem. Dochází k výkyvům, které, jak se zdá, souvisí se společenskou situací v našem státě. Takový může být vzestup sebevraždnosti začátkem třicátých let související s hospodářskou krizí, ve čtyřicátých letech s druhou světovou válkou a jejími následky. Menší vzestup nastal též začátkem padesátých let, což též nepochybně souviselo s tehdejší politickou situací. Po roce 1970 je možné pozorovat pozvolný sestup, který trvá dosud. Jiný je ovšem trend u adolescentů, kde v průběhu devadesátých let 20. století dochází k vzestupu (13, 15, 32).

1.3 Statistika

Sebevražda patří mezi deset nejčastějších příčin smrti, je třetí nejčastější příčinou smrti ve věku 15 – 45 let. Ročně dochází přibližně asi k jednomu milionu dokonaných sebevražd na světě. Statistické údaje Evropské unie uvádí, že ročně ve státech EU zemře sebevraždou 43 000 lidí a o suicidium se pokusí 700 000 osob. Podle mezinárodní centrální evidence z roku 1995 je z padesáti evropských zemí největší sebevraždnost v Litvě (cca 46 sebevražd na 100 000 obyvatel), potom následuje Ruská federace a v těsném závěsu ostatní pobaltské státy (41–38 sebevražd na 100 000 obyvatel). Vyšší sebevraždnost se vyskytuje také ve Finsku, Švýcarsku, Rakousku a Ukrajině, zatímco poměrně nízká je ve Švédsku, Polsku, Německu. Nejnižší se po řadu let vyskytuje v Portugalsku, Španělsku, Anglii, Řecku, Gruzii a Arménii. Obecně lze tedy říci, že sebevraždnost klesá ve směru na jih a západ. Může to souviset s délkou slunečního svitu a jeho vlivu na depresivní poruchy a s celkovou uspořádaností a stabilitou poměrů (13, 15, 26, 27).

Na území České republiky od konce druhé světové války až do roku 1995 spáchalo sebevraždu celkem 115 687 lidí. Z tohoto počtu bylo 80 869 mužů (69,9 %) a 34 818 žen (30,09 %). Závažnost takového globálního údaje lépe vyjádří propočten

na jednotlivý rok, který uvádí 2 314 vyskytujících se každoročních sebevražd, což v konečném důsledku znamená 6,3 suicidií na každý den v roce. Daleko nejtragičtější je, že za období od roku 1960 spáchalo také sebevraždu celkem 597 dětí do 14 let věku (13, 15, 26).

Vůbec největší počet sebevražd byl až dosud evidován v období konce 60. a začátku 70. let. V samotném roce 1970 tento údaj dosáhl dokonce až do výše 2 848 dokonaných sebevražd. Naproti tomu lze konstatovat, že v posledních letech počet sebevražd pomalu klesá (15).

Od poloviny 60. let je v České republice vedena přesná evidence nejen dokonaných sebevražd, ale i pokusů o ni. Je zavedeno povinné hlášení takových událostí a rovněž i konkrétní přesná evidence spojená s každou hospitalizací osob, které se o suicidium pokusily. Z dosavadních poznatků se jednoznačně ukazuje, že suicidální pokusy jsou mnohem častější než dokonané sebevraždy. Souhrny ukazují na poměr tří suicidálních pokusů na jednu dokonanou sebevraždu (13, 15).

Existuje také poměrně velký rozdíl mezi jednotlivými pohlavími. Ženy realizují mnohem více suicidálních pokusů, ale méně dokonaných sebevražd než muži. Na jednu sebevraždu ženy připadají čtyři sebevraždy mužů (13, 15).

Je známá i zřetelná závislost na ročním období či denní době. Nejvíce sebevražd je realizováno v dubnu, květnu a naopak méně často v zimě a v období kolem Vánoc. V týdenním režimu se pak nejvíce sebevražd vyskytuje v pondělí, v úterý a v pátek, nejméně však v sobotu. Na Štědrý den končí život podstatně více mužů, ale celkový počet sebevražd je tento den zřetelně podprůměrný (13, 15, 27).

Velice zajímavá je i plošná specifikace řídicí se podle regionálního rozložení výskytu sebevražd. Na Moravě jsou totiž mnohem nižší než v Čechách. Nejméně sebevražd na 100 000 obyvatel bylo zaznamenáno v posledních letech v okrese Zlín, naopak největší v okresech Most, Teplice a Sokolov (13).

1.4 Příčiny sebevražedného jednání

Příčiny suicidia nejsou velmi často vůbec jasné. Někdy je jich na první pohled více, jindy se vzájemně překrývají a někdy je příčina zcela nejasná (11, 16, 26, 29).

Vyskytují se různé příčiny a motivy sebevražděného jednání (viz Příloha 4). Jednou z velmi častých příčin je duševní onemocnění. Suicidiálně často jednají lidé s depresivní poruchou nebo lidé, kteří jsou pod vlivem halucinací nebo bludů. Také poruchy osobnostního vývoje zvyšují tendenci k různému abnormálnímu chování, tedy i k suicidiálnímu chování. Dalším důvodem bývají některé negativní vlivy a důsledky abusu alkoholu a drog (13, 16, 17, 27, 32).

Pocit životní beznaděje je dalším indukujícím faktorem, a to především u starších lidí a dětí školou povinných. Starší osoby mívají v určitých situacích pocit, že zhoršování jejich somatického stavu je s přibývajícím věkem nezvratné, že již nemohou nic dokázat, nikomu nemohou pomoci, že jsou nepotřební. Dochází poté často k hledání východiska v suicidiu. U dětí školního věku je podobný hazard se životem velmi nebezpečný. Děti v tomto období nemají ještě vyvinutý pocit vlastní smrtelnosti. Každá zmínka o možném suicidiu u dítěte musí být proto brána zcela vážně (12, 13, 14, 16, 32).

Osamělost a nedostatek spolehlivého vztahu a sociální podpory významně zvyšují riziko sebevražděného chování. Ohroženi jsou především lidé, kteří ztratili partnera, nebo ti, kteří žijí v konfliktních a problematických rodinných vztazích. Rodina může posilovat dispozice k suicidiálnímu jednání, pokud neuspokojuje základní potřebu jistoty a bezpečí, pokud se v rodině objevuje násilí, nebo je rozvrácená, neúplná (16, 32, 34).

Pocity bezmocnosti nebo viny se objevují nečastěji u lidí poměrně solidních, adaptovaných i morálně vyspělých, kteří bez vlastního zavinění prožívají výrazný stres, aniž mohou zasáhnout do řešení, nemůžou ovlivnit situaci, např. nemoc milované osoby (16, 32).

Další příčinou sebevraždy je strach z možné tělesné poruchy či choroby. Lidé, kteří si myslí, že jsou nevléčitelně nemocní, hledají v suicidiu cestu jak netrpět, jak urychlit možnou trýzeň (22, 32).

Mezi ekonomické faktory, jako příčiny sebevražděného jednání, patří především hospodářské krize a nezaměstnanost, které způsobují ztrátu životní perspektivy,

nedostatek optimismu pro budoucnost, selhání životních plánů a představ, nedosažení smyslu života. Tato příčina sebevraždy je častější u mužů než u žen (13, 32).

1.5 Rizikové faktory

Rizikové faktory suicidiálního chování představují důležitou problematiku při prevenci, při posuzování akutní hrozby sebevražedného jednání a při plánování následné terapie. Některé faktory působí více na úroveň psychologickou či sociální, jiné zasahují do oblasti biologické. Není však snadné je podle tohoto hlediska rozdělovat. Různé faktory se mohou ve svém účinku doplňovat, případně i umocňovat. Lze zde uvažovat o biologicky podmíněné dispozici, o možnosti identifikace a nápodoby, o vzorcích interakce v rodině atd. Pro dospělý věk jsou důležité následující faktory: mužské pohlaví, bílá rasa, senioři, děti, předešlé suicidiální jednání, závažné zdravotní potíže, psychiatrické onemocnění, abusus alkoholu a drog, rodinný stav (vdova, rozvedený), rodinná anamnéza (suicidia u rodinných příslušníků), zaměstnání (např. lékař, umělec, advokát, nezaměstnaný), materiální zázemí (příliš chudý, příliš bohatý), interpersonální problémy a konflikty, výrazný stres (3, 4, 13, 27, 33).

Určité rizikové faktory lze považovat za nespecifické, u jiných lze předpokládat přímý a adresný účinek směrem k sebevražednému jednání. Nespecifickým faktorem může být dlouhodobě nepříznivá rodinná situace, konfliktní rodina, rozvod. Onemocnění těžkou fází depresivní poruchy může představovat specificky působící faktor. Neboť deprese je nezdítkou kdy spojená se sebevražedným jednáním (13, 24, 35).

Sebevražda se téměř nikdy nestane bez varování. Člověk často naznačuje, co plánuje, vysílá varovné signály, které však mohou zůstat nevyslyšeny. Někdy jsou zjištělné jenom zpětně. Tyto varovné signály mohou být rozdávání majetku, poznámky o budoucnosti „beze mne“, zájem o smrt, o umírání, depresivní nálada (30).

1.6 Druhy sebevražedného jednání

Bilanční sebevraždy jsou výsledkem dlouhodobého působení subjektivně závažných motivů, které převážně vyplývají z rozumové úvahy. Člověk takto jednajícím si skutečně přeje zemřít, sebevraždu si připravuje, dopředu o ní přemýšlí, snaží se přijít i

na vhodný způsob provedení. Tento druh sebevražd bývá velmi často dokonáný. Jednají tak lidé např. s těžkou nevléčitelnou chorobou, nebo lidé, kteří jsou osamoceni, dlouhodobě opuštěni, lidé, kteří ztratili smysl života, cítí se nepotřební. S tímto typem sebevraždy se můžeme často setkat u starších lidí, nebo lidí s dlouhodobým interpersonálním konfliktem (13, 27, 32).

Impulzivní sebevražedné jednání je stimulováno afektivně, náhlým rozhodnutím. Zkratkovité jednání lze charakterizovat jako takové jednání, které vede co nejrychleji ke stanovenému cíli, bez jakýchkoliv odboček, bez zamyšlení nad jinou možností, výhodami nebo nevýhodami zvoleného řešení. Člověk jedná pod vlivem okamžitého impulzu a neuvažuje o prostředcích, volí cokoli, co je v daném okamžiku dosažitelné. Obyčejně nejde o vážný úmysl zemřít. Často lze takový pokus interpretovat jako volání o pomoc, jako krajní prostředek dosažení nějakého cíle. Motivem jsou například problémy v mezilidských vztazích, jako bouřlivé hádky, rozchody. Děti mohou takto reagovat např. při obdržení špatné známky. Do této kategorie by mohla patřit také různá vyhrožování sebezabitím, která ve skutečnosti nejsou myšlena vážně (13, 27, 32).

Skupinová sebevražda znamená sebevražedné jednání více osob. Je zde nutné rozlišit, který člověk byl iniciátorem a ostatní, kteří byli primárně pasivní, i když takové rozhodnutí mohli nakonec dobrovolně akceptovat. Velmi častým příkladem tohoto typu sebevražd jsou členové různých sekt, kteří se společně pod vedením svého vůdce rozhodnou ukončit svůj život. Motivem bývá snaha o dosažení něčeho hodnotnějšího, lepšího, než byla jejich současná existence (13, 27, 32).

Patické sebevraždy jsou přímo ovlivněné psychopatologií, např. halucinacemi, bludy. Nejčastější příčinou sebevraždy jsou onemocnění ze schizofrenního okruhu, deprese, panické poruchy, závislosti na alkoholu a drogách, poruchy osobnosti. Jedním z typů patické sebevraždy je rozšířená sebevražda. Má jednoznačně patologický podklad. Jde o případy, kdy duševně nemocný člověk pod vlivem např. halucinací nebo bludů zabije nejprve někoho ze svého okolí a potom teprve sebe. Motivem může být např. nesnesitelnost žití pro něj a v jeho představách i pro svého blízkého (13, 27).

Biické sebevraždy vycházejí z reality, nepředpokládá se u nich žádná duševní porucha. Je to často reakce na nějaký stres, životní situaci, jako je ztráta, vážná nemoc, finanční krach atd. (27).

1.7 Způsoby provedení sebevražd

Obsahem téměř všech suicidálních myšlenek bývá úvaha o tom, jakým způsobem lze sebevraždu spáchat. Hraje zde velkou roli představivost, fantazie, posouzení účinnosti, dostupnosti, nebezpečnosti a také zkušenosti. Ne vždy, a to především u dětí, je nebezpečnost hodnocena reálně (13, 15).

Způsoby suicidálního jednání lze rozdělit na metody tvrdé a měkké. Mezi měkké metody patří ty, u nichž je nebezpečnost nižší, možnost záchrany vyšší, tudíž metody, které nevedou okamžitě ke smrti. Lze sem zařadit např. otravu ne velkým množstvím léků, mělké pořezání, skok z nevysoké výšky. U jednotlivých typů suicidálních jednání pak lze uvažovat o vědomých či nevědomých tendencích přežít sebevražedný pokus či nikoliv. Tyto metody jsou často účelového nebo demonstrativního charakteru. U zkratkovitého jednání je tato metoda zvolena zejména kvůli rychlé dostupnosti (13, 27).

Naopak tvrdé metody vedou velmi často ke smrti nebo k vážnému poškození zdraví a možnost záchrany je velmi nízká nebo žádná. Mezi tyto metody lze zařadit především skok z velké výšky, použití střelné zbraně nebo strangulace (13, 27).

Zatím nejčastějším způsobem dokonané sebevraždy je oběšení (55%), výrazně ubývá suicidií otravou svítiplynem. Na dalších místech je zastřelení (11%), skok z výšky (10,6 %) či pozření jedu nebo otrava léky (7,25 %). Při suicidálních pokusech je otrava léky nejpoužívanější metodou (13, 15).

Podstatné rozdíly v metodách sebevražedného jednání nacházíme mezi muži a ženami (viz Příloha 3). Muži volí častěji metody tvrdé, kdežto ženy se přiklánějí k metodám méně drastickým. U mužů dominuje oběšení, na druhém místě otrava jedem, na třetím místě je skutečné zastřelení se. Ženy se však nyní stále častěji rozhodují ukončit život skokem z výšky, pozřením jedu, případně úmyslnou otravou léky. Pozoruhodné je, že v ženské populaci se téměř nevyskytuje metoda zastřelením.

Ve skupině dětí a adolescentů nacházíme u chlapců především strangulaci a u dívek skok z výšky, i jiné metody se nevylučují (13, 15).

1.8 Suicidalita a duševní porucha

Mezi odborníky zabývajícími se lidskou psychikou dlouhodobě probíhají diskuse o tom, zda každé sebevražedné jednání je samo o sobě duševní poruchou či nikoliv. Na jedné straně jsou argumenty, které uvádějí, že jde o poruchu sebezáchovy a považují sebevraždu vždy za duševní poruchu. Na druhé straně jsou názory, že člověk má absolutní svobodu se rozhodnout a zvolit si čas, kdy odejde ze svého života, a že suicidální jednání vůbec nemusí znamenat vždy patologii (13).

Sebevražednost není vlastní diagnózou v užším slova smyslu, může být ale symptomem čehosi velmi závažného. Je definována událostmi a prožitky, které jedinec nedokáže racionálně zpracovat a tím vzniká předpoklad k psychopatologickému vývoji (34).

1.8.1 Sebevražedné jednání a deprese

Deprese je duševní onemocnění, se kterým je sebevražda nejčastěji spojována. Podle různých statistických údajů 15-20 % pacientů s depresivní poruchou končí svůj život sebevraždou. Ročně umírá na světě z tohoto důvodu 400 000 lidí, což je více než počet obětí autonehod (13, 16, 24).

Sebevražedné pokusy a přání lze chápat jako nejzazší vyjádření touhy uniknout. Depresivní pacient vidí svoji budoucnost naplněnou jen utrpením, nedokáže si představit, že by se mu ulevilo, nevěří na vyléčení. Na základě těchto myšlenek se mu jeví sebevražda jako rozumný čin. Slibuje si od ní ukončení svého utrpení a to, že zbaví rodinu břemene své existence. Smrt začne vidět více žádoucí než život (2).

Sebevražedné jednání u nemocných s depresí bývá často nedemonstrativní a dokonané. S rozvojem depresivního syndromu je možné pozorovat i pozvolný rozvoj suicidální aktivity, která se nejprve projevuje jen formou myšlenek na sebevraždu. Nemocný se je snaží nejprve zapudit, bojuje proti nim, brání se jim. V dalším vývoji se objevují sebevražedné tendence. Nemocný se již myšlenkám nebrání, neargumentuje

proti nim, ale nemá dostatek odvahy je realizovat. Postupně se začínají objevovat sebevražedné úvahy, nemocný začíná přemýšlet o vhodném způsobu realizace, až dospěje k rozhodnutí sebevraždu spáchat. Při tomto rozhodnutí dojde k uvolnění a nemocný vidí v sebevraždě jediné řešení. Po tomto stádiu dochází k sebevražednému pokusu (16, 23, 27).

Některé příznaky v klinickém obraze deprese mohou varovat před možností suicidia. Jsou to především úzkost s neklidem až agitovanost, výrazná nespavost, autoakuzace, obavy z vážného somatického onemocnění. Největší riziko je na začátku a na konci depresivní fáze, kdy příznaky deprese jsou nejvýraznější. Role sestry, která se ve své praxi setká s tímto pacientem, je především v rozpoznání varovných signálů, v tom, aby včas upozornila lékaře na změny v jeho chování a sama se zapojila do péče (27).

1.8.2 Sebevražedné jednání u psychotických onemocnění

Psychózy jsou závažná duševní onemocnění, která jsou charakterizována poruchami myšlení, vnímání, jednání a emotivity. Nejčastější psychózy jsou schizofrenie, schizoafektivní porucha a maniodepresivní psychóza. Důležitým příznakem je ztráta kontroly reality, což znamená, že nemocný považuje své chorobné prožitky za skutečnost a podle nich i jedná. Vede k výraznému snížení adaptability, osobnostním změnám a často k jeho následné invalidizaci. Uvádí se, že až u 60 % psychotiků je přítomna více či méně deprese. Onemocnění samo i jeho další následky velmi často přinášejí jeho nositeli takové subjektivní utrpení, že ten může v sebevraždě vidět jediné východisko. Dále bývají přítomny bludy a halucinace, které mohou suicidální aktivitu vyvolat. Vlastní suicidální jednání s úmyslem zemřít je potřeba oddělit od jiného sebepoškozujícího jednání v rámci psychotických projevů (13, 16, 27).

Riziko u pacientů s psychotickým onemocněním je 10-20 x vyšší než u ostatní populace. Dokonaná sebevražda je přítomna u 2-13 % psychoticky nemocných (13).

1.8.3 Sebevražedné jednání a problematika závislosti

Mezi suicidálním jednáním a problematikou závislosti je velmi úzká souvislost. V naší populaci má největší význam alkoholismus. Dlouhodobé užívání alkoholu může způsobovat depresivní symptomatologii. Důležitý je komplexní negativní vliv abúzu alkoholu na psychický stav, sociální situaci a somatické poškození postiženého. Až 15 % závislých na alkoholu spáchá sebevraždu. Avšak v mnohých případech, kdy došlo k sebevražednému pokusu, a byl přítomen alkohol, nemají v osobní anamnéze poškození abúzus alkoholu a šlo pravděpodobně o jednorázové požití. Alkohol v těchto případech pravděpodobně snižuje schopnost realistického úsudku a v kombinaci s depresivním laděním představuje rizikový faktor. V mnohých případech může být použit alkohol před sebevražedným pokusem proto, aby dodal odvahy k tomuto činu. Statistika dokonaných sebevražd zjišťuje přítomnost alkoholu u 6,27 % (13, 16).

V poslední době také významně stoupá souvislost mezi sebevražedností a závislostí na drogách. Drogová závislost s možností vzniku následných abstinčních příznaků představuje významný rizikový faktor pro suicidální jednání. Podle odhadů až 18 % lidí, kteří jsou závislí na drogách, spáchá dokonanou sebevraždu. Velmi často se také droga stává jedem, který je použit pro sebevražedný pokus. Je ale velmi obtížné odlišit předávkování nešťastnou náhodou od vědomého sebevražedného jednání. Dle názorů některých autorů lze již samotné užívání drog považovat za sebedestruktivní a má blízko k protrahovanému suicidálnímu chování (13, 16).

Rovněž problematika patologického hráčství je často spojena s tak velkým stresem, který může vyústit v sebevražedný pokus. Situace tzv. gamblerů se vlivem jejich závislosti snadno stane bezvýchodnou, mají obrovské dluhy, často se jim rozpadá rodina. Z této bezvýchodné situace mohou hledat cestu i ukončením vlastního života.

1.9 Ohrožené skupiny z hlediska vývoje

Před hrozbou sebevraždy není uchráněna žádná věková skupina. Umírají děti, umírají dospělí a také staří lidé. Motivy a způsoby sebevražedného jednání bývají ovlivňovány vývojově podmíněnými problémy a věk přináší v různých obdobích života specifické vývojové krize a potřeby (32, 33).

Dětské sebevraždy jsou v naší republice druhou nejčastější příčinou úmrtí dětí, hned po úrazech. Četnost suicidálních pokusů u dětí narůstá dvakrát do roka, a to vždy v době vysvědčení. Děti někdy sebevraždou reagují na rodinné hádky a konflikty, mají tendenci brát na sebe vinu za hádky rodičů, někdy mohou být i přímo obviněny, že se to děje kvůli nim. Někdy to může být neúnosná situace týrání a zneužívání, z níž děti touží uniknout, jindy nepoznaná deprese. Roli zde také hraje vývojová proměna myšlení, schopnost uvažovat na úrovni pouhé možnosti. Dětská vázanost na realitu omezuje možnost vidět jakoukoliv jinou alternativu než aktuálně existující. Příčinou dětských sebevražd bývají zhusta zkratkovité reakce (12, 30, 32, 33).

V dospívání člověk rozvíjí svou vlastní identitu, hledá své místo na světě. Člověk se učí bydlet ve svém měnícím se těle a reaguje na změny hormonální, citově hodnotí situace. S tím souvisí i celková labilita a tendence reagovat impulzivně. Trápení s láskou se zde objevuje také jako vážné téma. Pubescenti neznají kompromisy a vyznávají absolutno, a tak je nezájem zbožňované osoby důvodem velkého zoufalství, které může vést až k sebevraždě. V tomto období jsou časté suicidální pokusy, které lze chápat jako emočně vypjatý způsob volání o pomoc a podporu. Mohou být rovněž výrazem potřeby vymáhat uspokojení za každou cenu i cestou vydírání. Faktory, které se potvrdily jako rizikové, zahrnují problémy v mezilidských vztazích, problémy s vrstevníky nebo rodinou, pocit nedostatku opory, pocity osamělosti a nízké sebevědomí (32, 33).

Krise středního věku je čas hodnocení dosavadního života, hledání nového smyslu života, je to čas přehodnocování a velkých změn. V tomto období lidé upouštějí od některých snů, které již nepůjdou uskutečnit. Výraznou roli zde hraje celková situace člověka, kvalita jeho vztahů, zázemí, ekonomická úroveň, zdravotní stav. V tomto období nebývají sebevraždy jako důsledek impulzivního jednání, ale již promyšleným činem (32, 33).

Ve stáří je počet dokonaných sebevražd pětkrát až desetkrát vyšší než ve středním věku. Starý člověk je stále více ohrožen somatickým onemocněním, odchodem do důchodu ztrácí pocit potřebnosti a sociální jistoty. V tomto věku také dochází ke ztrátám svých blízkých, partnerů. Za těchto okolností se snadno ztrácí smysl

života. Ve stáří bývají častější bilanční sebevraždy, které jsou hodnocením vlastní životní situace a ztráty naděje pro budoucí život (32, 33).

1.10 Prevence suicidálního jednání

Je známo, že příčiny suicidálního jednání jsou multifaktoriální a jsou vázány na interakci s řadou rizikových faktorů, a proto je pochopitelné, že je snaha nalézt preventivní strategie, které by oslabily sebevražedné riziko. Prevence je důležitou součástí psychologie a psychiatrie. V případě suicidálního jednání je cílem prevence snaha snížit výskyt suicidálního chování v populaci. Pokud se suicidální jednání objeví, pak je snaha oslabit dopad sebevražedného jednání a pochopitelně také snaha o to, aby se toto jednání již neopakovalo. Preventivní postupy jsou zpravidla rozdělovány na tři oblasti: primární, sekundární, terciální (13, 32).

Primární prevence je zaměřená na výskyt sebevražedného jednání v populaci. Je zaměřena na snížení příčin a rizikových faktorů, které podmiňují vznik tohoto chování. Je orientovaná na osoby, které doposud nemusí mít žádné příznaky, které by naznačovaly patrné známky klinické poruchy. Velmi důležitou součástí primární prevence je podpora duševního zdraví a posílení faktorů, které rizika rozvoje sebevražedných myšlenek a tendencí snižují (13).

Sekundární prevence je orientovaná na včasné zachycení a léčbu již vzniklých projevů. Součástí sekundární prevence jsou krizové intervence, pečlivé zhodnocení projevů, které je možno považovat z hlediska možnosti realizace suicidia za zvýšeně rizikové (13).

Terciální prevence se zabývá snížením následků po suicidálním pokusu a také zabráněním opakování (13).

Preventivní intervence u suicidálního chování jsou zaměřeny jednak na děti a dospělé, ale i na jejich okolí, rodiče, sourozence, vrstevníky a dále na instituce. Současný model primární prevence rozlišuje tři základní okruhy (32).

Univerzální preventivní intervence je zaměřena na celkovou populaci, aniž by se zabývala specifickými riziky. Za univerzální preventivní intervence můžeme považovat typy preventivních programů například pro školní děti, které jsou zaměřeny na zlepšení

způsobů, jak mohou děti řešit problémy nebo zátěžové situace a jak by se měly zachovat, pokud by se dostaly do problémových a vážných situací (13).

Selektivní preventivní intervence jsou zaměřeny na ty jedince nebo skupiny, u kterých je riziko sebevražděného jednání mnohem vyšší. Tyto rizikové skupiny jsou identifikovány na základě biologických, psychologických nebo sociálních rizikových faktorů, které souvisí se vznikem a rozvojem duševní poruchy. V případě sebevražděného jednání představují takovou rizikovou skupinu ti, kteří mají problémy s adaptací, jsou závislí na užívání návykových látek, trpí mezilidskými konflikty atd. (13).

Indikované preventivní intervence jsou zaměřeny na vysoce rizikové jedince, u kterých jsou přítomny znaky nebo symptomy, které poukazují na hrozící suicidální jednání (13).

1.10.1 Preventivní programy pro děti

Preventivní přístupy orientované na děti jsou zaměřeny na zvýšení odolnosti dětí a na hledání vhodnějších způsobů, kterými by měli reagovat na stresové a problémové situace. Zaměřují se na trénink chování dítěte, které se ocitne v obtížné, zdánlivě neřešitelné situaci, a potřebuje nalézt pomoc. Takový program může být realizován ve skupinách dětí, které řeší předložený problém a poté si vzájemně sdělují nalezené způsoby řešení. Učí se, že žádný problém není neřešitelný a bezvýchodný a získávají informace, jak hledat pomoc v závažné situaci. Tyto programy vyžadují pečlivou přípravu a znalost dětí, na které je program orientován, aby nedocházelo k riziku, jakým může být například jejich identifikace s dosud neuvědomovanou možností řešit tíživou situaci suicidiem (13).

Preventivní programy orientované na dospělé, kteří pracují s dětmi (učitelé, sociální pracovníci, vychovatelé atd.), jsou zaměřeny na získávání znalostí z oblasti suicidologie, tak na získání komunikačních dovedností, které umožňují s dětmi a adolescenty mluvit o tomto tématu. Jde o programy pro rodiče, kteří ztratili dítě v důsledku suicidia, nebo u jejichž dítěte se projevují suicidální tendence. Důležitá jsou řešení smutku ze ztráty, pocity viny, vliv na interpersonální vztahy v rodině (13).

Preventivní intervence v krizových situacích mohou zamezit nebo výrazně ovlivnit sebevražedné tendence dítěte či dospívajícího. Krizovou intervencí pro děti a rodiče v krizových situacích poskytují psychologická a psychiatrická zdravotnická zařízení a krizová centra, a to jak lůžková, tak i ambulantní (13).

Specifickou variantu představují linky důvěry (viz Příloha 2). Pracují zde psychiatři, psychologové, pedagogové, sociální pracovníci. Cílem tohoto zařízení je okamžitá pomoc v krizové situaci a prevence suicidálního jednání. Stojí na hranici zdravotnické péče a psychosociálních služeb a podle potřeby zajišťuje další potřebnou zdravotnickou péči. Linky důvěry mají význam v pedopsychiatrii, mohou se sem obrátit děti i dospívající sami. Cílem rozhovoru, který vedou pracovníci linek s dětmi, je ujasnit problém, podpořit adaptivní chování dítěte, zlepšit regulaci jeho afektů a motivovat k řešení problémů. Má také velký význam pro rodiče, kteří sami potřebují radu nebo podporu v situaci, kdy jejich dítě vykazuje suicidální projevy nebo jiné neadaptivní chování (13).

1.11 Společenské postoje a reakce na suicidální jednání

Život je jednou z nejuznávanějších lidských hodnot. Sebevražda je aktem demonstrujícím odmítnutí této hodnoty a ve společnosti vyvolává ambivalentní reakce. U lidí je sice přítomno přesvědčení, že by člověk měl mít v této oblasti určitou svobodu o sobě rozhodnout, avšak tolerance nebo dokonce souhlas k sebevražednému činu závisí na míře obecně přijatelné závažnosti jako motivu. Ovšem obvyklé sebevražedné motivy nejsou zpravidla veřejností posuzovány jako natolik závažné, aby sebevraždu dostatečně zdůvodnily. Sebevrah, kterého se podařilo zachránit, bývá svým okolím zpravidla považován za podivína, duševně nemocného a jeho důvody nejsou zpravidla považovány za dostatečně závažné, aby vedly k tak razantnímu řešení. Za dostatečně závažné je považováno veřejností, pokud je jedinec nevléčitelně nemocný a trpí, protože lidé na současné civilizační úrovni odmítají tělesné utrpení a preferují rychlou smrt před pomalým umíráním. Často je však suicidální jednání hodnoceno jako slabošství, zbabělost, někdy zase naopak jako obdiv k odvaze vzchopit se k tak zásadnímu řešení (32).

Sebevražedné jednání, ať už skončí jakkoliv, není jenom záležitostí jedince, ale výrazně zasáhne i lidi v okolí. Blízcí mohou mít pocity viny, že nedokázali včas zasáhnout, že nepoznali, k čemu se jejich blízká osoba chystá, ale také mohou mít pocit křivdy, protože se domnívají, že na ně sebevrah nebral žádný ohled. Sebevraždu lze vnímat jako nejenom odmítnutí vlastní existence, ale je možné jí i rozumět jako odmítnutí všech dosavadních vztahů s lidmi. Smrt sebevraždou není přirozenou smrtí, a proto na ni lidé i jinak reagují (32).

1.12 Mýty a skutečnosti

Kolem sebevražedného jednání je v podvědomí lidí spousta mýtů a nepravd, které ovlivňují nejen postoj k suicidiálně jednajícím lidem, ale také postoj k suicidiu samému. Toto stanovisko někdy vede k nepochopení, k podcenění a mnohdy i k poškození jedince.

Mezi lidmi se často traduje, že sebevražda je náhlé impulzivní jednání. Velmi často je však sebevražda důsledkem dlouhého rozhodovacího procesu. Je možné pozorovat dosti dlouhou dobu různé známky psychického napětí, poruchy spánku, tělesné obtíže atd., jedná se o presuicidální syndrom (13, 27, 30).

Dalším, bohužel velmi nepravdivým mýtem, je názor, že nelze zabránit sebevrahovi v jeho činu, pokud se pro něho rozhodne. Postoj lidí k sebevraždám bývá velmi ambivalentní. Když se dostane včasná a účinná pomoc a přiměřená léčba, je možné od sebevraždy odvrátit. Také je nesprávné si myslet, že pokud se člověk rozhodne pro sebevraždu, nehledá už žádnou pomoc. Lidé před sebevraždou často dávají najevo své záměry a také často vyhledávají i lékařskou pomoc (13, 27, 30).

Kdo o sebevraždě mluví, ten ji nikdy nespáchá. Jde o mýtus, který je velmi rozšířený. Suicidiálně smýšlející lidé často o sebevraždě mluví, jejich sdělení je odrazem jejich myšlenek. Ten, kdo o sebevraždě mluví je mnohem více ohrožen než ten, kdo mlčí (13, 27, 30).

Chybou je také myslet si, že o sebevraždu se pokouší pouze duševně nemocní lidé. Pravdou je, že spousta sebevrahů má v anamnéze duševní onemocnění, které je určitě jedním z rizikových faktorů, ale na druhé straně je spousta jedinců, kteří se nikdy

s psychiatrickým onemocněním nesetkali, a přesto páchají sebevraždu v situacích, které nejsou schopni jinak zvládnout a v tomto činu hledají řešení (13, 27, 30).

Názor, že se dítě nikdy nedokáže zabít, je zcela mylný. Každá suicidální myšlenka dítěte musí být brána velmi vážně. Sebevražda je druhou nejčastější příčinou úmrtí u dětí (13, 27, 30).

Obavy, že můžeme člověku vnuknout myšlenku na sebevraždu už tím, že se ho ptáme na jeho suicidální postoje, je dalším mýtem. Není důvod se domnívat, že člověku, který o suicidium neuvažuje, můžeme těmito dotazy sebevražedné myšlenky vnutit (13, 27, 30).

Někdy se může vyskytnout i takový názor, že sebevražedným jednáním na sebe lidé chtějí pouze upoutat pozornost. Pokud se jedinec rozhodne, že dobrovolně ukončí život, myslí to zpravidla velmi vážně. Někdy je sice toto chování použito jako manipulativní nástroj, ale rozhodně to není pravidlem (13, 27, 30).

Sporné je také tvrzení, že sebevražedné jednání je dědičné. Zatím nebyl objeven suicidální gen. Ale suicidium se může v některých rodinách objevovat jako opakující se a napodobovaný vzor chování a myšlení (13, 27, 30).

1. 13 Právní aspekty

Sebevražedné jednání může ve všech svých formách přinášet situace, v nichž je nutné využít právní vědy. Může se jednat o zasahování do práv pacienta, a to v případě, kdy jde o převzetí a držení člověka v ústavní zdravotní péči bez jeho souhlasu, tzv. nedobrovolný pobyt. Také může jít o eventuální trestní odpovědnost jiné osoby v souvislosti se sebevražedným jednáním.

1.13.1 Nedobrovolná hospitalizace pacienta

Zákon, konkrétně § 23, odst. 4 zák. ČNR č. 86/1992 Sb., v platném znění vymezuje indikace, ve kterých je možno zadržet pacienta bez jeho souhlasu. Mimo jiné je to i indikace, kdy osoba jevící známky duševní choroby nebo intoxikace ohrožuje sebe nebo své okolí. Možná potencionální nebezpečnost k nedobrovolnému přijetí nestačí. Dalším důvodem může být případ, kdy pacient v suicidálním pokusu natolik

poškodil své zdraví, že je v bezvědomí, a nelze souhlas s hospitalizací vyžádat. Nebezpečí suicidia je pravděpodobně jedním z nejčastějších důvodů pro hospitalizaci bez souhlasu pacienta (1, 5, 8, 13).

Osoba, která je takto zadržena, ovšem nepozbývá právní ochrany. Podle § 24 výše uvedeného zákona musí být do 24 hodin písemně ohlášeno zadržení bez souhlasu příslušnému soudu v místě sídla zdravotnického zařízení. Soud zahájí řízení o přípustnosti zadržení občana v psychiatrickém nebo jiném zařízení. Pověřený pracovník soudu pak vyslechne pacienta a ošetřujícího lékaře, případně zohlední další důkazy podle svého uvážení. Výsledek je pak podkladem rozhodnutí soudu, jímž je zadržení buď povoleno, a to vždy na dobu určitou, nebo zamítnuto. V druhém případě musí být pacient propuštěn, pokud jeho nesouhlas s pobytem trvá (1, 5, 13).

Tento postup se týká dospělých, zatímco u dětí a dospívajících do 18 let rozhodují jejich zákonní zástupci. Může však nastat situace, kdy zákonný zástupce s hospitalizací dítěte nesouhlasí. Pokud by situace splňovala kritérium nebezpečnosti sobě nebo okolí, nebylo by nemocné dítě propuštěno a situace by byla stejným způsobem hlášena soudu. Vážnější situace by byla, kdyby rodiče odmítali léčbu ještě před převzetím do zdravotnického zařízení. Takovou situaci je nutno řešit ve spolupráci s orgány péče o děti, které mohou soudu navrhnout, aby taková léčba byla soudně nařízena (1, 5, 13).

1.13.2 Trestní odpovědnost v souvislosti se sebevražedným jednáním

Sebevražedné jednání jako takové není trestním činem. Trestná ovšem je odpovědnost další osoby, která se na sebevražedném jednání nějakým způsobem podílela. Paragraf 230 trestního zákona hovoří o účasti na sebevraždě. Jestliže někdo jiného k sebevraždě nabádá, se sebevraždou mu pomáhá, již se jedná o trestní čin. Pomoc se sebevraždou může být fyzická nebo psychická. Fyzická je taková, kdy jiná osoba zajišťuje prostředky k takovému jednání, psychická je taková, kdy dochází k udílení rad, jak má jiný sebevraždu provést nebo ho utvrzuje v sebevražedném úmyslu (5, 13).

Dalším trestním činem je neposkytnutí pomoci osobě, která je ohrožena na životě v souvislosti se sebevražedným jednáním a kde došlo k vážné poruše zdraví (1, 13).

V případě, kdy někdo z psychotické motivace zabije nejprve někoho jiného a pak teprve sebe, mluvíme o rozšířené sebevraždě. Ovšem právní věda tento termín nezná, pro ni jde o vraždu a následnou sebevraždu. Pokud pachatel tento čin přežije, je trestně stíhán pro vraždu. Zde je ovšem nutné znalecké zkoumání, při kterém je zjišťováno, zda dotyčný netrpí duševním onemocněním, které by ovlivňovalo jeho poznávací a rozhodovací schopnosti (1, 13).

1.14 Ošetrovatelský proces u pacienta po sebevražedném pokusu

1.14.1 Ošetrovatelský proces

Ošetrovatelský proces je základním metodickým rámcem pro realizaci cílů ošetrovatelství a je všeobecně přijat jako základ ošetrovatelské péče. Jedná se o účinnou metodu usnadňující rozhodování a řešení problematických situací (7, 28).

Ošetrovatelský proces je logická metoda založená na poskytování ošetrovatelské péče. Vyžaduje systematické shromažďování údajů o pacientovi a jeho potřebách, rozpoznání problému, stanovení ošetrovatelské diagnózy a plánu ošetrovatelské péče. Následuje realizace navržených opatření a zhodnocení efektu poskytnuté péče. Každá fáze ošetrovatelského procesu je sice samostatná, ale přístup k ošetrovatelské péči musí být chápán komplexně (7, 28).

Význam ošetrovatelského procesu je především ve zvyšování kvality a efektivity metod a technik používaných při ošetrování nemocných. Prohlubující se poznání pacienta jako osoby umožňuje sestře, aby ho chápala jako člověka se svými individuálními problémy a potřebami. Ošetrovatelský proces zvyšuje pravomoc sester a přináší lepší pocit spokojenosti a seberealizace a umožňuje vyšší stupeň samostatnosti v řízení vlastní práce (7, 28).

1.14.2 Hodnocení a sběr informací

Z hlediska obsahu je třeba se zaměřit na údaje, které je nutno znát, aby mohl být pacient správně ošetřován. Nejprve je třeba se zaměřit na identifikační údaje pacienta. Jsou to jméno, věk, důvod přijetí, rodné číslo, adresa trvalého pobytu, rodinný stav apod. Tyto informace napomáhají ihned navázat osobní kontakt s nemocným. U suicidálního pacienta je velmi důležité navázat kontakt, který bude založen na důvěře a empatii a napomůže ke spolupráci pacienta s ošetřujícím personálem (7, 19, 28).

Dále musí být zhodnocena závažnost stavu nemocného získáním informací o současném zdravotním stavu pacienta. Podle toho se pak určí priority v ošetřovatelské péči. Je velmi důležité se zaměřit především na to, zda u pacienta po sebevražedném pokusu přetrvávají suicidální myšlenky a zjistit faktory, které ovlivňují toto myšlení (7, 19, 28).

Pro dobrou ošetřovatelskou péči nemohou postačit pouze údaje o současném stavu, ale je potřeba se zaměřit na celkové anamnestické informace o pacientovi. Ošetřovatelská anamnéza by měla být pojata z oblasti zdravotní, psychologické i sociální (7, 28).

Při shromažďování informací vždy sestra bere v úvahu pacientovo vlastní vnímání současné situace a jeho zdravotního stavu, informace z jejího pozorování, lékařskou anamnézu a diagnózu a objektivní údaje získané měřeními a testováními. Nejdůležitějšími zdroji informací je především nemocný sám, od kterého získává informace pozorováními nebo rozhovorem. Dále je to zdravotnická dokumentace, členové zdravotnického týmu, rodina, spolupacienti a měřicí techniky a testy (28).

1.14.3 Ošetřovatelská diagnostika

Ošetřovatelskou diagnózu stanoví sestra na základě získaných informací. Ošetřovatelská diagnóza je vyjádřením pacientových potřeb a problémů. Je určující pro výběr ošetřovatelských intervencí zaměřených k dosažení cílů. Zahrnuje pouze ty oblasti, které je sestra schopna a kompetentní ovlivnit. Může popisovat současné problémy, ale i problémy, které mohou teprve nastat (7, 28).

U pacienta po sebevražedném pokusu se můžeme setkat s problémy a potřebami, které lze vyjádřit následujícími ošetřovatelskými diagnózami dle NANDA taxonomie II:

- 00139 Riziko sebepoškození
- 00151 Sebepoškození
- 00140 Riziko násilí k sobě
- 00150 Riziko sebevraždy
- 00146 Úzkost
- 00069 Neefektivní zvládnání zátěže
- 00121 Porušená osobní identita
- 00124 Beznaděj
- 00120 Situačně snížená sebeúcta
- 00053 Sociální izolace

Při stanovení ošetřovatelských diagnóz u určitého pacienta je stanovena diagnóza v podobě tříslložkové nebo dvousložkové. Aktuální problémy se pojmenovávají v podobě tříslložkové diagnózy, kde určujeme problém, s čím souvisí a jak se projevuje. U potencionální diagnózy projevy nejsou (18, 28).

1.14.4 Plánování ošetřovatelské péče

Plánování ošetřovatelské péče je třetí fází ošetřovatelského procesu. V této etapě se stanoví cíle a způsoby, jakými se individuálně problém řeší a seřadí se dle míry důležitosti (7, 28).

Cílem péče o sebevražedného člověka je především dosáhnout toho, aby se zajistilo bezpečí pacienta, aby nedošlo k sebepoškozujícímu pokusu. Aby toho bylo dosaženo, je potřeba pochopit důvody výskytu chování tohoto druhu, rozpoznat podpůrné faktory, vyjádřit pozitivní růst sebeúcty pacienta, osvojit si metody ke zvládnání pocitů a osobitých problémů. Z cíle by měl pacient sám pochopit, co může on sám pro jeho dosažení udělat. Nesmí se zapomínat, že cíle nejsou pevně dané, ale s vyvíjejícím se stavem pacienta se mění v závislosti na efektu poskytované péče a změnám jeho potřeb (7, 19, 28).

Po stanovení cílů plánuje sestra, jakým způsobem lze nejlépe vytyčeného cíle dosáhnout. Je důležité, aby pacient, pokud je toho schopen, částečně rozhodoval o péči, která mu má být poskytnuta. Aby byla kontinuita ošetrovatelské péče správně zajištěna, musí být plán a intervence jasně a srozumitelně formulovány, aby byly pochopitelné pro celý ošetrovatelský tým (7, 28).

Důležité je, aby sestra posoudila základní příčiny a faktory sebevražedných myšlenek pacienta a pomohla mu rozpoznat pocity a chování, které předchází sebepoškození. Aby došlo k vytvoření důvěryhodného vztahu mezi pacientem a ošetřujícím personálem, musí být zvolena správná komunikace, sestra by měla často pacienta povzbuzovat ke slovnímu vyjádření svých pocitů a dát mu najevo, že je mu oporou (7, 19, 28).

Pro zajištění bezpečnosti pacienta musí sestra vytvořit vhodné prostředí. Z okolí pacienta je potřeba odstranit všechny nebezpečné předměty, zabezpečit okna, zamezit přístupu k většímu množství léků atd. Pacient musí být pod neustálým dohledem personálu, dle možností oddělení je vhodné umístit pacienta na monitorovaný pokoj. Prostor, ve kterém se pacient pohybuje, by mělo být klidné, pohodlné, pro pacienta příjemné (7, 19, 28).

Dalším úkolem sestry je zapojení pacienta do přípravy plánu péče. Sestra vybízí jedince, aby vyslovil svá přání a nesplněné potřeby. Sestra s pomocí pacienta zjišťuje, do jaké míry je pacient schopen se na péči o sebe podílet a do jaké míry se podílet chce. Dalším krokem je zapojení a edukace rodinných příslušníků (7, 28).

Jednotlivé ošetrovatelské úkony se naplánují do intervencí. Každá intervence by měla obsahovat časování, což je údaj, který určuje, za jakou dobu musí být splněna. Intervence a jejich časování se sestavuje individuálně dle stavu daného člověka a jeho potřeb (7, 28).

1.14.5 Realizace ošetrovatelského procesu.

Tato fáze propojuje všechny předchozí v dynamický celek. Činnost sester je zaměřena k dosažení stanovených cílů individualizované péče. Ošetrovatelský tým pod vedením sestry poskytuje nemocnému individuální péči podle předem stanoveného

plánu. Plán může být průběžně přehodnocován a upravován podle momentální situace. Ošetřovatelský tým často poskytuje také neplánovanou péči, neboť stav pacienta se může kdykoliv během ošetřování podstatně změnit. Důležitá je koordinace ošetřovatelských a léčebných aktivit (7, 28).

Pacient i jeho rodina se stávají v péči našimi partnery. Sestra v rámci ošetřovatelské péče motivuje pacienta k co největší možné míře soběstačnosti. Zároveň se snaží vést i příbuzné k aktivní podpoře této snahy (19, 28).

Při realizaci plánu u sebevražedného jedince sestra dbá vždy na bezpečnost pacienta. Musí být vybrány vhodné metody plnění péče a v přístupu k pacientovi sestra dbá na vysokou citlivost jeho problému. Empatický a důvěryhodný přístup a vhodná komunikace je nutným základem úspěšné péče (19, 28).

1.14.6 Hodnocení

Na závěr celého ošetřovatelského procesu sestra zhodnotí efekt poskytované péče. Pomáhá zjistit míru účinnosti nebo neúčinnosti ošetřovatelské péče, analyzuje vliv různých ošetřovatelských zákroků a dosažení stanovených cílů. Sestra se především snaží zjistit objektivní hodnoty, které poukazují na pozitivní, negativní nebo žádný efekt poskytované péče. Při hodnocení si také sestra všímá, do jaké míry se na plnění cílů podílel pacient, případně jeho rodina (7, 28).

Při hodnocení sestra porovnává dosažené výsledky s plánovanými cíli, měří efekt plánovaných ošetřovatelských zákroků a zjišťuje, zda bylo cíle dosaženo. Aby bylo hodnocení kvalitní a účinné, sestra porovnává získané informace s předchozím hodnocením, sleduje, jakým směrem se stav pacienta vyvíjí. Získané hodnoty srovnává s normálními hodnotami, aby mohla posoudit zlepšení nebo zhoršení pacientova stavu (28).

Podle toho, kdy se hodnocení provádí, existují tři typy, termínové, průběžné a souhrnné. Termínové hodnocení účinnosti ošetřovatelské péče se týká základního ošetřovatelského plánu. Hodnotí se, zda bylo dosaženo krátkodobých cílů, k jakým došlo pokrokům a čeho ještě dosaženo nebylo. Průběžné hodnocení je postaveno na schopnosti sestry pozorovat pacienta, hovořit s ním a posuzovat situaci průběžně

během ošetřování. Závěrečné hodnocení se provádí v případě, že je pacient přeložen nebo je ukončena hospitalizace. Souhrnné hodnocení pak zahrnuje celkový pohled sestry a pacienta na poskytovanou péči a hodnotí se jednotlivé cíle (7, 28).

1.15 Zvláštnosti v ošetrovatelské péči o sebevražedného jedince

Ve většině případů je sestra prvním člověkem, se kterým se pacient po příchodu do zdravotnického zařízení setkává, proto je její přístup velmi důležitý z hlediska další spolupráce pacienta a zdravotníka. Sestra by měla v pacientovi vzbudit důvěru a pocit bezpečí. Za každých okolností se chová vstřícně a profesionálně, při ambulantním vyšetřování provádí nezbytné formality a vykonává další úkony, jež vyplynou z ordinací psychiatra, vydává léky z příruční lékárny na určitou dobu, aplikuje injekce, poskytuje informace o dalších možnostech, kam se pacient může obrátit o pomoc (19).

V případě nutnosti pacienta hospitalizovat se sestra představí a seznámí ho s oddělením, ukáže mu společné prostory určené pro pacienty, seznámí ho s provozním řádem a režimem oddělení. Pacient bývá při přijetí často rozrušený, může všechny poskytované informace vnímat nepřesně. Je proto vhodné, aby byly vstupní informace vyhotoveny i v písemné formě. Sestra na ně pacienta upozorní s tím, že po absolvování všech vstupních nezbytností si je může v klidu přečíst a nabídne mu možnost, aby se na jakoukoliv informaci, které nerozumí, znovu bez obavy zeptal (19).

Sestra zajistí bezpečné prostředí, odstraní nebezpečné předměty z okolí pacienta, zabezpečí okna. K bezpečí napomáhá kamerový systém, ale také to, že psychiatrická oddělení bývají uzavřená. Požádá pacienta o to, aby společně mohli prohlédnout věci, které si pacient nechává u sebe. Poučí pacienta, že není vhodné, aby měl u sebe předměty, se kterými by si on nebo jiný pacient mohl ublížit. Předměty jako jsou léky, nástroje, nůžky, nože, holení, šňůry, skleněné a porcelánové předměty apod. jsou uloženy na místo k tomu určené a pacient je používá pouze pod dohledem personálu. Za převzetí těchto věcí sestra nese hmotnou odpovědnost a stvrzuje se to podpisem sestry a pacienta. Poučí pacienta, že při propuštění mu budou všechny věci vydány (19).

Je nutné mít nepřetržitý dohled nad pacientem. Personál musí neustále vědět, kde se pacient pohybuje, pokud navštíví koupelnu nebo toaletu, je nutné dohlédnout,

zda tyto prostory bezpečně opustil. Při podávání léků je důležité dohlédnout na to, aby pacient léky skutečně požil. Jejich shromažďování by mohlo být významným příznakem plánování suicidálního pokusu. Pokud pacient léky odmítá zapít, je požádán, aby je alespoň vrátil sestře, a dále se postupuje dle ordinace lékaře (19).

Nejpodstatnější v práci sestry je neustálý kontakt a komunikace s pacientem. Soustavně se sestra snaží odhalovat možná rizika sebevražděného jednání, zjišťuje, jak pacient sám vnímá a hodnotí svou situaci. Významným zdrojem informací také bývá rodina a blízcí pacienta. Vhodným způsobem zjišťuje údaje z osobní i rodinné anamnézy. Je důležité, aby se během úkonů, která sestra u pacienta provádí, vystříhala nevhodných neverbálních projevů. Je známo, že neverbální složka představuje až 80 % komunikace mezi lidmi.

Mezi základní zásady chování k nemocným patří v první řadě klidný a otevřený přístup, neboť na zvládnutí mnohdy dramatických situací má velký podíl způsob, jakým zdravotník jedná. Vstup na psychiatrické oddělení je náročnou životní situací nejen pro nemocného, ale i pro jeho rodinu a často pouze klidný, profesionální přístup a dostatek informací podaných vhodnou formou významně přispěje ke zvládnutí situace (19).

Práce sestry na psychiatrickém oddělení vyžaduje někdy takové postupy, která narušují intimitu a soukromí pacienta. Pacient musí být poučen o tom, že např. sestra, která koná noční službu, bude několikrát během noci navštěvovat jeho pokoj. Soustavné sledování a kontrola pacienta není činností příjemnou ani pro pacienta, ani pro sestru. Už jenom hospitalizace na uzavřeném oddělení je velmi omezující. Při nesouhlasu pacienta s hospitalizací se navíc jedná o pobyt nedobrovolný. Vhodné je hledat společné prostředky, jak zvládnout tuto situaci, aby pro pacienta byla co nejpříjemnější (19).

Další úlohou sestry u pacienta po sebevražděném pokusu je péče o zranění, která jsou důsledkem tohoto činu. Jedná se především o bodné, řezné rány, zhmožděniny, popáleniny, opařeniny (19).

Bohužel se vyskytují i chyby, kterých se ošetřující personál dopouští v přístupu k pacientovi. Nejčastější je bagatelizace signálů, které pacient vysílá. Ty často vypovídají o hrozící sebevraždě, a pokud na ně sestra nereaguje adekvátně, může se mu

podat svůj čin uskutečnit. Dalším pochybením je bránění nemocnému, aby sdělil své pocity, vyhýbá-li se sama sestra negativním emocím, které u ní může pacient svými projevy vyvolat. Pak se u něho mohou objevit pocity nepochopení a beznaděje podporující jeho rozhodnutí pro suicidium (19).

2. Cíle práce a výzkumné otázky

2.1 Cíle práce

Cíl 1: Zjistit, jakým způsobem se změní život člověka, který se rozhodl sebepoškodit se nebo dokonce ukončit z vlastní vůle svůj život.

Cíl 2: Zjistit pohled pacienta na vlastní sebevražedný čin.

Cíl 3: Zjistit, jak se změní postoje k životu pacienta po sebevražedném pokusu.

Cíl 4: Zjistit pohled a postoj nejbližších lidí v pacientově okolí na jeho sebevražedné jednání.

2.2 Výzkumné otázky

1. Jak se změní život člověka po sebevražedném pokusu?
2. Jaký je zpětný pohled pacienta na jeho sebevražedný pokus?
3. Jak se změní postoj k životu pacienta po sebevražedném pokusu?
4. Jaký je pohled a postoj nejbližších lidí pacienta na jeho sebevražedné jednání?

3. Metodika

3.1 Použitá metoda

Kvalitativní, explorační výzkum prováděný pomocí polostrukturovaného rozhovoru. Pro rozhovor byly vytvořeny rámcově okruhy otázek (viz Příloha 1). V rámci přípravy výzkumu se ukázalo jako vhodné formulovat okruhy pro polostrukturovaný rozhovor, přičemž byly zohledněny literární poznatky i vlastní klinická zkušenost. Některé informace byly čerpány ze studie zdravotnické dokumentace daného pacienta. Informace jsou zpracovány ve formě případových studií – komplexních kasuistik a následnou analýzou dat (6, 9, 21).

3.2 Charakter zkoumaného souboru

Výzkum byl prováděn na Psychiatrickém oddělení Nemocnice České Budějovice a.s. Respondenty byli dospělí pacienti tohoto oddělení, kteří byli hospitalizováni pro sebevražedné jednání. Kritérii pro výběr pacientů byl celkový zdravotní a psychický stav pacienta, schopnost a ochota spolupracovat. Pacienti byli vybíráni záměrně tak, aby jejich sebevražedné jednání nebylo způsobeno vlivem alkoholu, drog či jiných látek, které ovlivňují vědomí člověka. Dalším vylučovacím kritériem byly psychotické příznaky, halucinace, bludy, podstatnou měrou ovlivňující myšlení a jednání jedince.

Shodné pro všechny respondenty byla skutečnost, že příčinou sebevražedného jednání byla tíživá životní situace.

Rozhovor byl veden s odstupem času minimálně tři týdny po sebevražedném pokusu. Rozhovory byly uskutečněny v letech 2007 – 2008.

Výzkum byl prováděn u 5 žen a 5 mužů. Pacienti souhlasili s výzkumem.

4. Výsledky

Kasuistika 1

Pacient JK, 58 let, přijat na psychiatrické oddělení po pokusu o sebevraždu otravou léky. Jedná se o první hospitalizaci na tomto oddělení. Rozhovor byl proveden tři týdny po sebevražedném pokusu.

Po somatické stránce byl pacient před pokusem zdravý, prodělal pouze operaci tříselné kýly před 12 lety. Žádné léky trvale neužíval, alergie nemá. Nyní, po suicidálním pokusu, má vysoké hodnoty jaterních testů. Udává časté zažívací potíže, necítí se zdravý. Je kuřák, vykouří 20 cigaret za den, alkohol požívá nepravidelně, má rád pivo. Drogy nikdy nezkusil. Po psychické stránce je úzkostný až depresivní. V rodinné anamnéze nikdo duševním onemocněním netrpěl, k žádnému suicidálnímu pokusu nedošlo.

Pacient je ženatý, má dva syny (21,28 let), žijí společně v panelovém bytě v Českých Budějovicích. Byl zaměstnán u ČSAD jako řidič autobusu 12 let. Předtím pracoval celý život jako soustružník. Nyní je dva roky nezaměstnaný. U ČSAD ukončil pracovní poměr kvůli nabídce práce v zahraničí, ale do tohoto zaměstnání už nenastoupil, jednalo se o nabídku, která se ukázala jako nerealizovatelná. Zpátky do ČSAD ho již ale nepřijali. Poslední dva roky shání práci, ale pracuje pouze příležitostně jako brigádník. Jeho finanční situace je tíživá, peníze mu nestačí na živobytí, je finančně závislý na manželce.

Ženatý je 32 let. O svém manželství si pacient myslí, že je dobré, občasné hádky a nedorozumění je schopen bez problémů zvládat. Jiný názor má ovšem dle pacienta jeho manželka, která nyní požádala o rozvod. Důvodem je údajně jeho neschopnost sehnat si práci. Časté výčitky ze strany manželky se nyní točí neustále okolo špatné finanční stránky rodiny. Synové sice na domácnost přispívají, ale i v tomto případě to nestačí. Pacient má také podezření, že je mu manželka nevěrná. Nemá k tomu žádné důkazy, ale chování manželky tomu prý plně odpovídá. Synové se přiklánějí na stranu matky.

Pacient si nedokáže představit život bez manželky. Cítí se zrazený, opuštěný. Uvádí to jako důvod toho, proč dobrovolně zvolil odchod z tohoto světa. Poprvé ho sebevražedné myšlenky napadly v den, kdy mu manželka oznámila, že podala žádost o rozvod. Ze začátku se mu dařilo tyto myšlenky zahánět, ale postupně, když viděl bezvýchodnost z této situace, začal suicidální pokus plánovat. Rozhodl se pro otravu léky, protože na jiný způsob sebevraždy neměl odvahu. Naplánoval to na dopolední hodiny, kdy je manželka i synové v práci. K sebevraždě použil léky, které našel doma. Nevzpomíná si, co to bylo za léky, pouze ví, že snědl pět krabiček rozdílných tablet. Zapil to bílým vínem.

Pacienta našla manželka po návratu z práce, objevila prázdná plata od léků, manžel byl v bezvědomí. Přivolala záchranou službu a pacient byl dopraven na ARO. Byl mu proveden výplach žaludku, po stabilizaci životních funkcí byl předán na jednotku intenzivní péče interního oddělení. Po dvou dnech byl přeložen na psychiatrické oddělení.

Zpočátku pacient mluví o svém činu jako o hlouposti, byl rád, že se mu to nepodařilo. Myslel si, že nyní manželka určitě pochopí, jak mu na ni záleží. Začínal plánovat, jak vše napravit. Jen nechápal, proč ho manželka doposud nenavštívila.

Později se dozvěděl od svého syna, že manželka stále na rozvodu trvá. Velmi se stydí za to, co manžel provedl. Bojí se toho, co tomu řeknou lidé. Jeho sebevražedný pokus byl i mediálně zveřejněný. Na návštěvu za pacientem do nemocnice manželka nehodlá přijít, dokonce si nepřeje, aby se pacient již z nemocnice vrátil domů. Sbalila mu všechny věci, odstěhovala na chatu a nepřeje si manžela již nikdy vidět. U pacienta po této zprávě došlo k psychické dekompenzaci, přestal komunikovat, odmítal jídlo. Jedinou oporou mu byli jeho synové, kteří ho pravidelně navštěvovali. Dle lékaře byla zahájena léčba antidepresivy a anxiolitiky. Tento stav trval zhruba týden.

Postupně pacient začal opět komunikovat, zapojovat se do pracovní terapie. Tři týdny po pokusu nahlíží pacient na svůj čin jinak. Stále je rád, že sebevražedný pokus přežil, uvědomil si, že s tím nic nevyřešil, bere to jako ponaučení. Svého činu lituje. Myslí si, že náhled na své životní hodnoty nezměnil. Nemůže říci, že by si začal života více vážit. Suicidální pokus u pacienta způsobil to, že ho manželka ještě více zavrhla a

odstěhovala ho z domu. Zatím svou budoucnost vidí velmi nejistou, ale již má zájem o hledání řešení. S bydlením si starosti nedělá, protože chata, kam mu manželka odstěhovala věci, je plně obyvatelná. Za pomoci sociální sestry hledá východisko z finanční tísně.

Syn nahlíží na sebevražedný pokus svého otce jako na něco nepochopitelného. Nesouhlasí s matkou, která otce ze tento čin negativně odsoudila, ale sám nerozumí tomu, proč to otec řešil tímto způsobem. Vylekalo ho to, měl strach, že otec zemře.

Kasuistika 2

Pacientka MZ, 54 let, přijata na psychiatrické oddělení k celkově již 12. hospitalizaci. Byla přeložena z ARO, kam byla převezena RZP po suicidálním pokusu otravou léky. Rozhovor proveden jeden měsíc po posledním sebevražedném pokusu.

Pacientka je vdaná 33 let, manželství je harmonické, manžel pracuje jako státní zaměstnanec. Má jednu dceru, která je na invalidním vozíku po autonehodě, pracuje jako lékařka. Mladší syn pracuje jako barman v Praze, starší syn suicidoval na jaře 2004 ve svých 26 letech.

Vystudovala Střední zdravotnickou školu, pracovala jako všeobecná sestra ve třísměnném provozu v nemocnici. V roce 1996 byla napadena pacientem, od té doby má psychické problémy. Po napadení pracovala ještě rok jako sestra, v práci ale selhávala, sama toto povolání opustila. Poté ještě nějakou dobu pracovala jako uklízečka, po určité době se znovu vrátila ke své profesi, kde opět selhala. Od roku 2001 je v plném invalidním důchodu z psychiatrické indikace.

K první hospitalizaci došlo v roce 1998. Pacientka byla přijata pro depresi a sebevražedné myšlenky. Udávala ztrátu smyslu života, pokles zájmů a výkonnosti, poruchy spánku a jídla, anhedonii, přiznávala plánování sebevraždy. Hospitalizace trvala 8 dní.

Ke druhé hospitalizaci došlo v červnu 2000, kdy byla pacientka přeložena z interní jednotky intenzivní péče po otravě Rohypnolem. Během pobytu na JIP se pokusila znovu o sebevraždu pořezáním se na levém předloktí skleněnou kádinkou. V období mezi hospitalizacemi její psychický stav kolísal. Chodila do zaměstnání, ale práce sestry v třísměnném provozu byla pro ni velmi náročná, cítila se slabá, unavená, nic ji nepřinášelo uspokojení a radost, byla nesoustředěná a málo výkonná. Doma si připadala nepotřebná a zbytečná. Byla v trvalé péči ambulantního psychiatra, který často měnil její léčbu. Kvůli tomu pacientka ztratila důvěru k lékům. Rohypnol spolykala s pevným úmyslem zemřít. Litovala, že se pokus nezdařil, už nemá sílu překonávat každodenní starosti a problémy. Svůj sebevražedný pokus hodnotí spíše jako bilanční. Během hospitalizace získala motivaci na spolupráci s ambulantními specialisty. Pobyt trval 41 dní.

Třetí pobyt na psychiatrickém oddělení byl opět po suicidálním pokusu a to již po třech dnech po předešlém propuštění. Pacientka byla doma nalezena manželem v ranních hodinách pořezaná na levém předloktí, somnolentní, po intoxikaci Rivotrilem. Z počátku hospitalizace téměř nekomunikovala, apatická. Později uváděla, že suicidální pokus provedla proto, že se cítila zbytečná, nepotřebná. Dříve byla jejím životním cílem péče o děti, které již odrostly, potom se těžiště posunulo do zaměstnání, které také ztratila. Cítila se méněcenná, měla nedostatek sebedůvěry. Začalo se u ní objevovat obsedantní chování, počítala nesmyslné věci (např. okna domů, dlaždice na chodníku atd.), opakovaně kontrolovala plyn, dveře, světlo. Hospitalizace trvala krátce, pacientka byla přeložena do psychiatrické léčebny, kde strávila dva měsíce.

V říjnu 2000 byla pacientka přijata ke čtvrté hospitalizaci, jeden měsíc po propuštění z léčebny. U pacientky se opět objevovaly silné suicidální myšlenky, příčiny stále stejné, pocity nepotřebnosti, zbytečnosti. Pobyt trval 10 dnů, poté byla pacientka přeložena na vlastní žádost do Psychiatrického centra v Praze, kde pobyla 4 měsíce.

Téměř po roce došlo k pátému pobytu na psychiatrii. Pacientka byla poslána psycholožkou, které se přiznala, že před dvěma dny spolykala větší množství léků v suicidálním úmyslu. Klinický obraz byl velmi podobný jako u předešlých pobytů.

Během dalšího roku došlo k dalším dvěma hospitalizacím.

K osmému pobytu byla pacientka přijata poté, co havarovala její dcera, u níž došlo k vážnému poranění míchy. U pacientky se objevovaly sebevražedné myšlenky, ale byla si vědoma, že jí nyní dcera potřebuje. Pobyt trval 14 dní, poté byla propuštěna domů.

Devátý pobyt byl půl roku po předešlém, kdy došlo k dekompenzaci stavu po návratu dcery z nemocnice domů. Pacientka se cítila neschopná, nezvládala péči o dceru. Toto selhání brala jako další důkaz své nepotřebné existence na tomto světě. Po 45 dnech byla přeložena do psychiatrické léčebny.

K další rodinné tragédii došlo jeden rok od předešlé hospitalizaci. Starší syn pacientky spáchal sebevraždu intoxikací výfukovými plyny. Ještě týž den byla pacientka hospitalizována. Pacientka byla těžce depresivní, plná výčitek, že tomu

nedokázala zabránit, neodklonitelná. Za pomoci psychologa a psychoterapeuta došlo k postupnému zpracování faktu smrti syna, pacientka se účastnila pohřbu. Během celého pobytu přetrvávala únava, závratě. Po měsíci pacientka žádala o překlad do psychiatrické léčebny.

Dále nastává téměř dvouletá doba remise.

K jedenácté hospitalizaci dochází po rapidním zhoršení stavu, pacientka přestala jíst, vysadila léky, nespí. Neustále přemýšlí o sebevraždě, má časté bolesti hlavy. Při této hospitalizaci pacientka podstoupila elektrokonvulzivní terapii, poté měla výraznou amnézii, která ji velmi obtěžovala. Pobyt opět skončil překladem do psychiatrické léčebny.

K nynější, již dvanácté hospitalizaci, byla přijata rok po hospitalizaci předešlé. Pacientka byla přijata překladem z ARO po intoxikaci Hypnogenem a Prothazinem. Ke zhoršení stavu došlo v období okolo Vánoc, kdy začala intenzivně myslet na svého mrtvého syna. Myslí si, že by měla být mrtvá ona místo něho. Spolykáním léků se nechtěla zabít, chtěla tu bolest pouze přestát.

Všechny její suicidální myšlenky a tendence pramení z pocitů nepotřebnosti, ztráty smyslu života, z pocitů méněcennosti a ztráty sebedůvěry. Ve svém jednání hledá cestu, únik, vidí to jako jediné řešení. Její životní hodnoty se nemění, stále má na prvním místě děti, poté lásku k muži, rodičům, zdraví a přírodu.

Život pacientky se po dlouhých psychických potížích a navazujících suicidálních pokusech změnil velmi podstatně. V průběhu let byla plně invalidizována. V současné době je úroveň zvládání běžných denních činností a sebeobsluhy závislá na aktuálním psychickém stavu, který neustále kolísá. Dle slov pacientky: „život nežiji, pouze přežívám“.

Pacientka žádného ze svých sebevražedných pokusů nelituje, cítí se nespokojena, stále by raději nežila, než aby prožívala život plný úzkosti, výčitek a sebeobviňování. Je-li její psychický stav vyrovnanější, je ochotna připustit, že by v případě dokonaného suicidia chyběla manželovi a dětem. V momentě zhoršení není schopna vidět svou situaci z více úhlů a je soustředěna pouze na vymyšlení cesty, jakým způsobem život ukončit.

Manžel se snaží pacientce neustále pomáhat, i když se cítí již značně unaven. Velmi ho zasáhla smrt syna a nerad by stejným způsobem přišel i o manželku. Sebevražednost se v jeho životě objevuje až příliš často a toto citlivé téma v něm vyvolává stavy úzkosti. Téměř nikdy se nezbavuje strachu o manželku, klidnější je snad jen v době, kdy je pacientka hospitalizovaná, jakoby povinnost uhlídat manželku převedl alespoň na čas na někoho jiného.

Kasuistika 3

Pacient BD, 59 let, přijat na psychiatrické oddělení překladem z rehabilitačního oddělení. Pacient v suicidálním úmyslu způsobil autonehodu, poranil si páteř. Rozhovor proveden čtyři týdny po sebevražedném pokusu.

Je ženatý 37 let, dříve bylo manželství bez větších problémů, v posledních letech se manželka pacientovi vyhýbá, komunikuje s ním minimálně, úplně se vyhýbá fyzickému kontaktu. Pacient nezná důvod manželčina chování, není si vědom žádného prohřešku vůči ní, velmi ho to trápí. Žijí společně v rodinném domku, který dostavěl před dvěma lety. Ve společné domácnosti s nimi je jejich jediná dcera, která je rozvedená, stará se o své dva nemocné chlapce. Jeden má diabetes mellitus, druhý je postižen dětskou mozkovou obrnou. Pacient se snaží podílet na výchově svých vnuků.

Pacient je vyučen jako vulkanizér, nyní již v důchodu. Věnuje se včelařství, chovu zvířat, jezdí na sběr jablek do Itálie. Své finanční poměry udává jako dobré.

V rodinné anamnéze se neobjevuje žádná psychická zátěž. Matka zemřela v 82 letech na karcinom, vlastního otce nezná. V dětství byl týrán nevlastním otcem, který ho často bezdůvodně bil, přetěžoval ho nadměrnou fyzickou prací, nemohl se doma učit, propadal v šesté třídě. V té době se začal strachy pomočovat, což se mu začalo stávat i teď, cítí se pak ponížený. Vlastní matka se pacienta nezastala. Navíc ho „podvedla“. V době, kdy o ní před její smrtí pečoval, mu slíbila, že mu odkáže rodinný dům. Ten byl ale v závěti nakonec připsán sestře.

Pacient vždy dobře vycházel se sousedy, často jim půjčoval nejrůznější věci, pomáhali si navzájem. Ale pak ve vesnici došlo ke krádeži, ze které byl obviněn a nedokázal svou nevinu obhájit. Od té doby má pocit, že s ním nikdo nemluví, sousedi za ním přestali chodit, jakoby už o něho nikdo nestál. Nyní má pocit, že byl dříve pouze zneužíván. Opět se začaly vracet vzpomínky z mládí, pacient se začal opět pomočovat. Začaly se objevovat sebevražedné myšlenky, později se pacient rozhodl, že pro něho život nemá smysl a že lépe bude zemřít. Vzal si skleničku slivovice, přitůkl si s novým autem a se slovy „já tě tady nenechám, ty půjdeš se mnou“ nasedl do auta, ujistil se, že na silnici nikdo není a narazil automobilem do stromu. Pak si vybavuje až pobyt v nemocnici.

Pacient svého činu nelituje, dokonce přiznává, že uvažuje o jeho opakování. Jediné, co ho od sebevražedných myšlenek odrazuje, je starost o péči o své vnuky. Manželka s ním nadále nemluví, v nemocnici ho navštívila pouze jednou. Dle pacienta se manželka staví k tomuto činu velmi chladně, jejich vztah se ještě více narušil. Dcera má o otce obavy, pravidelně ho navštěvuje, má zájem o jeho zdravotní stav. Jeho jednání nerozumí, vyčítá si, že nerozpoznala jeho sebevražedné myšlenky, bojí se, že to otec udělá znovu, protože ani před ní své myšlenky nyní neskrývá.

V nemocnici se pacient cítí v bezpečí, bojí se návratu domů. Největší strach má z návratu do vesnice, ve které žije. Nevěří tomu, že by se mohl vztah sousedů k němu změnit, obává se, že i nadále bude muset snášet jejich urážky a ponížení. Pokud se to nějak nezmění, nebude váhat svůj čin zopakovat. Smrti se nebojí, chápe to jako způsob řešení. Je si ale vědom, že by mohl způsobit bolest svým blízkým, především dceři a vnukům.

V životě pacienta přibyl strach z toho, co na jeho sebevražedný pokus řeknou lidé z vesnice, obává se, že bude nadále poslouchat urážky, budou jím stále více pohrdat. Má strach, že vrhl špatnost na svou dceru a vnoučata. Manželčin vztah k pacientovi je stále chladný, jeho čin ho nezměnil, dokonce se dá říci, že ho prohloubil.

Přesto svého činu nelituje a v případě nutnosti je ochoten ho zopakovat. Vidí sebevraždu jako řešení své situace, jedinou překážku v uskutečnění vidí v tom, že by ranil dceru a vnuky.

Jeho postoj k životu je v podstatě stejný jako před pokusem. Stále mu přijde zbytečný, nevidí žádnou budoucnost.

Postoje nejbližších jsou různé. Dcera nechápe, co otce k sebevraždě vedlo, je smutná z toho, že nerozpoznala, že s otcem není vše v pořádku. Je s ním nadále v kontaktu, pravidelně ho navštěvuje. Ráda by zabránila opakovanému pokusu, ale neví jak, dokonce žádala o radu i ošetřujícího lékaře. Manželka není s pacientem v kontaktu, nezajímá se o něho, již narušený partnerský vztah se ještě prohloubil.

Kasuistika 4

Pacientka BB, 67 let, přeložena na psychiatrické oddělení z interního oddělení po intoxikaci léky. Jedná se o čtvrtý pobyt na tomto oddělení. Rozhovor proveden pět týdnů po posledním sebevražedném pokusu.

Pacientka (65 let) je 45 let vdaná, má tři syny, 43, 40, 30 let. Bydlí v rodinném domku na venkově. Synové jsou již samostatní, žijí mimo domov. Má celkem pět vnuků. Manželství je bez větších problémů, se syny se s manželem pravidelně scházejí.

Vystudovala Střední zemědělskou školu, pracovala jako účetní v JZD, nyní je v důchodu. Celý život ji trápí finanční problémy, manžel pracoval jako traktorista ve stejném JZD, oba měli nízký plat, splácí hypotéku na dům.

Pacientka se léčí s hypertenzí, je po operaci pravého kolene. Vážnější úraz neměla. Nyní jí trápí výrazné poruchy paměti, časté depresivní stavy a úzkosti.

Matka pacientky se léčila s depresí, jiná psychiatrická zátěž se v rodině nevyskytla.

K prvnímu pobytu na psychiatrickém oddělení byla přijata v roce 1992. Asi jeden rok před hospitalizací přetrvávaly depresivní stavy. V práci se cítila přetížená, přestala ji zvládat, nedokázala se soustředit. Žádala o dovolenou, nebylo jí vyhověno. Byli ve velmi tíživé finanční tísní, spláceli dluhy, jejich nízké platy zajišťovaly pouze základní potřeby. V té době byl ještě nezaopatřený nejmladší syn, pacientka neměla peníze na jeho oblečení. Situace se jí zdála neřešitelná, neustále myslela na své problémy, nedokázala se odklonit. Začala mít sebevražedné myšlenky, myslela si, že když bude v rodině o jednoho méně, rodina s penězi snáze vyjde. Suicidální pokus provedla ráno, když manžel odešel do zaměstnání. Vzala si provaz a šla se oběsit. Našel jí syn.

Po příjmu do nemocnice byla pacientka těžce depresivní, bez zájmů. Po nasazení medikace se postupně stav zlepšil. Začal se rozšiřovat okruh zájmů, zapojovala se do pracovní terapie, začala být ke svému činu kritická. Opakovaně zvládala i víkendové propustky. Do domácího ošetřování byla propuštěna po dvou měsících. Sebevražedné myšlenky tehdy neměla.

Druhý pobyt byl v roce 1996. U pacientky došlo k opětovnému rozvoji depresivní fáze, opět v souvislosti s finančními problémy a strachem z nezajištění dětí. Měla výrazné poruchy spánku, často se v noci budila, byla unavená. Začaly se objevovat sebevražedné myšlenky nekonkrétního charakteru. Hospitalizaci doporučil ambulantní psychiatr. Neustále myslela na své starosti, ničím nedokázala myšlenky zahnat. Podstoupila elektrokonvulzivní terapii, po které došlo k rapidnímu zlepšení. Po pěti týdnech propuštěna domů ve velmi dobré remisi.

Ke třetímu pobytu došlo v roce 2001. Důvod k přijetí byl stejný jako u předešlých dvou. Finanční problémy, depresivní nálada. Navíc se začaly objevovat sebeobviňující myšlenky, myslela si, že se provinila vůči rodině, že vše je její vina, cítila beznaděj, zoufalství. Hospitalizace trvala 22 dní.

K nynější hospitalizaci došlo poté, co se pacientka pokusila o sebevraždu otrávu léky. V jejím životě se jednalo o druhý suicidální pokus. Důvody k tomuto činu byly v podstatě stejné, jako u pokusu prvního. Nedostatek financí, ztráta zájmu, sebeobviňující tendence, neodklonitelnost od svých problémů, neustále se jimi zaobírala. Sebevražedný pokus plánovala, shromažďovala si léky, napsala dopis na rozloučenou. Léky užila v době, kdy byl manžel mimo domov. Pacientku v bezvědomí našel její nejmladší syn. Rychlou záchranou službou byla převezena na interní jednotku intenzivní péče. Po stabilizaci stavu byla přeložena na psychiatrické oddělení.

Pacientka udává, že tento pokus byl snáze proveditelnější než předchozí, měla v úmyslu zemřít, litovala, že se to nepovedlo. Nadále přetrvávají suicidální myšlenky, depresivní nálada. V sebevraždě vidí způsob řešení, nedůvěřuje léčbě, která již několikrát selhala. Za svůj čin se nestydí, myslí si, že o svém životě má právo rozhodovat pouze ona. Uvědomuje si, že sebevražedným pokusem způsobila velkou bolest své rodině, ale myšlenky na sebevraždu nedokázala překonat. Pacientka se považuje za slabou, nepotřebnou, protože nedokáže unést tíživé životní situace a dle jejích slov „dokonce se neumím ani zabít“.

V životě pacientky nedošlo po sebevražedném pokusu k žádným výraznějším změnám. Životní hodnoty jsou stále stejné, na prvním místě je to rodina, děti, vnoučata.

Myslí si, že se její život určitě neposune pozitivním směrem, protože neustálé finanční problémy přetrvávají, v důchodu je bez koníčků, bez přátel a synové, pro které žila, se již osamostatnili a žijí mimo domov.

V jejím postoji k životu nedošlo k žádnému zásadnímu obratu. Nemá radost z toho, že přežila, neváží si více života, nadále se zaobírá myšlenkou, jak nežít. Ze života se radovat nedokáže.

Manžel pacientky se obviňuje, že tomu nedokázal zabránit, bojí se o manželku, bojí se, že nemá prostředky, aby tomu do budoucna dokázal čelit. Nedovede si představit život bez ní, bojí se samoty. Tyto obavy má už od doby, kdy došlo k prvnímu sebevražednému pokusu pacientky. Synové nedokáží rodičům pomoci, bydlí mimo původní domov. Lituji otce, chtěli by mu pomoci, ale nevědí jak. Nejstarší syn matčino chování nechápe, zazlívá jí, že dokáže otce i je neustále trápit.

Kasuistika 5

Pacient MK, 81 let, přijat na psychiatrické oddělení pro pokus o sebevraždu pořezáním se na předloktí LHK. Na oddělení byl přijat po předešlém ošetření na chirurgii. Rozhovor proveden tři týdny po sebevražedném pokusu.

Pacient je ve starobním důchodu, jeho vzdělání je vysokoškolské, pedagogické, pracoval jako středoškolský profesor na gymnáziu. V důchodu je již 15 let. Jeho zájmy jsou fotografování, kterému se aktivně věnuje, dále četba, především ruských spisovatelů.

Je vdovec, manželka mu zemřela tři týdny před hospitalizací. Manželství trvalo 48 let, vždy bylo harmonické. Měli spoustu společných zájmů a plánů. Manželka byla o 12 let mladší než pacient. Nikdy nebyla vážněji nemocná, ani v poslední době nejevila známky nemoci. Smrt přišla náhle, zemřela na rozsáhlou plicní embolii. Pacienta tato nečekaná smrt zcela zdrtila. Má jednoho syna (40 let), který žije s rodinou ve východních Čechách. Navštěvují se přibližně jednou za měsíc. Pacient bydlí v rodinném domku v Českých Budějovicích, nyní již sám. Byl plně schopen sebeobsluhy.

Pacient se léčí s hypertenzí, ischemickou chorobou srdeční. Nikdy nebyl psychiatricky léčen, v rodinné anamnéze si nevzpomíná na žádnou psychiatrickou zátěž.

Důvodem sebevražedného jednání byla právě manželčina smrt. Je to pro pacienta obrovská ztráta, se kterou se nemůže vyrovnat. Nedokázal si představit, jak jeho život bude nadále probíhat. Již neviděl žádný smysl svého života. Suicidium provedl pořezáním se na zápěstí a předloktí levé horní končetiny, došlo k přetětí šlach. Musel podstoupit operativní řešení, nyní je hybnost končetiny omezena.

Svůj čin hodnotí jako cestu ze svého zoufalství. Sebevraždu dlouho neplánoval, neustále musel myslet, jak velkou ztrátou je pro něho manželčina smrt. Doma si nedokázal sám nic připravit, nedbal o sebe. Vše mu to doma připomínalo manželku. Ve svých vzpomínkách se stále vracel k okamžikům, kdy a co mohl ještě pro manželku udělat a neudělal. Sebevražedný pokus provedl v době prvních sebevražedných myšlenek. Nepřemýšlel o variantách provedení, vzal první věc, která ho napadla, což byl kuchyňský nůž.

I nadále hodnotí svůj čin jako únik ze svého neštěstí, ale už si nemyslí, že je to řešení. Nelituje toho, že to udělal, on přece ví, že již nemohl jinak, ale nyní se sebevražedné myšlenky už neobjevují. Pacient si myslí, že pokud se mu jeho sebevražedný pokus nepovedl, tak to asi tak mělo být, možná to tak chtěl osud. Začíná přemýšlet, co bude dál. Trochu se bojí návratu domů, vše mu to tam bude manželku připomínat. Také má omezenou hybnost jedné končetiny, není si jist, zda sám plně zvládne péči o sebe. Přemýšlí o tom, že využije nabídky syna, který ho opakovaně zve k sobě a na nějaký čas se k němu nastěhuje.

Změnil se mu postoj k životu, již v něm nenalézá smysl, ztratil schopnost radovat se, často pláče. Tyto změny ale přisuzuje ke ztrátě manželky, nikoliv k tomu, že se sám pokusil život ukončit. Sám říká „už to nějak dotluču“.

Syn se chce o otce postarat, rád by ho natrvalo přestěhoval k sobě domů. Je rád, že otec souhlasí, že k němu alespoň na čas pojede. Chce tatínka ohlídat, nerad by, aby se sebevražedný pokus ještě opakoval. Matky smrt ho také velmi zasáhla a chápe, že otec, který byl k matce velmi poután, se o sebevraždu pokusil. Doufá, že mu vnoučata navrátí chuť k životu. Ztratil matku a nechce přijít i o otce.

Kasuistika 6

Pacient KK, 21 let, přijat na psychiatrické oddělení po sebevražedném pokusu oběšením se. Rozhovor s pacientem proveden čtyři týdny po sebevražedném pokusu.

Je svobodný, žije s rodiči v rodinném domku na venkově. Má tři sourozence, starší sestru, která již žije mimo domov a mladší bratry, dvojčata, kteří ještě navštěvují základní školu. S rodiči si občas nerozumí, často dochází k hádkám s otcem, matka se většinou staví na stranu otce. V nemocnici ho pravidelně navštěvují.

Pacient navštěvuje druhým rokem vysokou školu zemědělského zaměření. Ve škole má spoustu přátel, s učením žádné vážnější problémy nikdy neměl. Obor, který studuje, si vybral sám, rád by se v budoucnosti věnoval ekologii. Jeho největším koníčkem je aktivní sport, jezdí na kolečkových bruslích, na kole, hraje pozemní hokej. Velmi rád také hraje počítačové hry.

Po somatické stránce je zdravý, pouze trpí alergií na pyl a roztoče. Nyní má zhmožděné svaly na krku, omezenou pohyblivost krční páteře a strangulační rýhu.

K sebevraždě se rozhodl po rozchodu s přítelkyní. Měli tříletý vztah, plánovali společnou budoucnost, pacient si myslel, že našel ženu pro zbytek svého života. Dozvěděl se o nevěře přítelkyně, která se po dotazu tímto netajila. Pacientovi řekla, že vztah s jiným mužem trvá již delší dobu a jeho již nemiluje. Pacient se s tím nedokázal vyrovnat, cítil pocit velké zrady a nenávisti, protože novým partnerem jeho přítelkyně je pacientův spolužák. Sebevraždu začal plánovat po nezdařených pokusech znovu přítelkyni získat. Ta ho opakovaně odmítla. Když si uvědomil, že je skutečně s jejich vztahem konec, začaly se objevovat suicidální myšlenky. Ztratil smysl života, nedokázal si představit, jak bez ní bude dál žít. Vždy v ní viděl oporu, pomáhala mu s jeho problémy s rodiči. Po rozchodu byl na vše sám, neměl se na koho obrátit.

Pacient se pokusil o sebevraždu oběšením doma v zahradním domku. Pokus se nezdařil, trámek, na který pacient upevnil provaz, se přelomil. Pacienta našel otec, byl somnolentní, na událost si pamatuje jen matně. RZP byl převezen k ošetření na traumatologii, poté přivezen na psychiatrii k hospitalizaci.

Ze začátku hospitalizace pacient lituje, že se mu pokus nezdařil. Měl vážný úmysl zemřít. Nyní je rád, že přežil. Pochopil, že ho toho ještě spoustu čeká. Stále ho

trápí rozchod s přítelkyní, ale již se smířil s tím, že to bude muset zvládnout bez ní. Plánuje budoucnost, těší se do školy, na přátele.

Jako hlavní změnu ve svém životě uvádí právě rozhodnutí naplánovat si novou budoucnost. Bojí se reakce lidí ve své blízkosti. Ví, že tím ublížil rodičům, stydí se za to. Nic mu nevyčítají, chovají se k němu nyní pěkně, dokonce ustaly i hádky s otcem. Na každou návštěvu se těší, již by chtěl jít domů, stýská se mu, v nemocnici se nudí. Bojí se reakce přátel a spolužáků. Má obavy z posměchu, neví, jak jim tento čin bude vysvětlovat.

Čin, ke kterému se rozhodl, nyní hodnotí jako „největší hloupost ve svém životě, už bych to nikdy neudělal“. Uvědomil si, že stačilo málo a vše by ztratil. Pokud se začne v myšlenkách zaobírat tím, co provedl, pociťuje úzkost.

V životních hodnotách nastala malá změna, začal více vnímat, že okolo něho je velké množství lidí, na kterých mu záleží. Bojí se, aby neměl zdravotní následky, problémy s páteří apod.

Rodiče pacientův čin velmi zaskočil. Nikdy by nepředpokládali, že se něco takového může stát. Nechápu, proč se na ně s problémem neobrátil, o jeho rozchodu s přítelkyní nevěděli. Nepozorovali žádné změny v chování syna před pokusem. Nyní se o něho bojí, matka často pláče, někdy se bojí jít pacienta do nemocnice navštívit. Stále přemýšlí, jestli něco nezanedbali, snaží se najít chybu ve výchově. Stydí se vycházet ven, bydlí na malé vsi, kde se všichni znají, „nyní se na nás sousedé určitě budou koukat skrz prsty“. Synové, kteří navštěvují místní základní školu, matce říkali, že se všude o tom povídá, že se jich spolužáci na to neustále ptají.

Kasuistika 7

Pacientka KL, 29 let, přijata na psychiatrické oddělení překladem z ARO. Je po suicidálním pokusu otravou léky. Rozhovor proveden 25. den po sebevražedném pokusu.

Pacientka je svobodná, bezdětná, žije s rodiči v panelovém bytě velikosti 3+1 společně s bratrem, se kterým sdílí společný pokoj. Matka pacientky je v invalidním důchodu pro trombózy DK a bércové vředy. Otec je zdravý, pracuje jako údržbář. Rodiče hodnotí jako velmi hodné. Bratr, 34 let, je nezaměstnaný, 2× trestně stíhán pro podvody. S bratrem nemá dobrý vztah, uráží jí, jsou v neustálém konfliktu.

Pacientka je vyučena jako cukrářka, osm let pracovala v oboru. Následně odešla na dva roky do Švýcarska, kde prováděla různé práce. Odtud se musela vrátit po úraze. Následkem pádu si způsobila otřes mozku a zlomeninu levé dolní končetiny, která byla následně operována. V posledních dnech pracuje jako dělnice u pásu v podniku pro výrobu krmiva pro psy. Práce jí nevyhovuje.

V posledních letech byla pacientka bez zdravotních potíží, trpí nadměrnou obezitou. Alkohol téměř neužívá, drogy nikdy nezkusila, před rokem přestala kouřit. Deset let je v péči ambulantního psychiatra pro sociální fobii a jeden rok navštěvuje ordinaci psychologa. Na počátku hospitalizace přetrvávalo depresivní ladění a sebevražedné myšlenky, postupně se stav upravoval, nyní je pacientka bez suicidálních tendencí, plánuje se brzké propuštění do domácího léčení.

Pacientka má jako koníček myslivost, pro tento zájem je častým terčem výsměchu svých vrstevníků. Nenechá se odradit, miluje přírodu, hodě času tráví v lese. Vlastní zbrojní průkaz pro lovecké účely, je členkou mysliveckého sdružení jako jediná žena. Mezi členy spolku má hodně přátel.

Pacientka doposud nikdy nenavázala vztah s mužem, brání jí v tom její komplexy méněcennosti ohledně postavy. Obezitou trpí celý život, již na základní škole se jí děti posmívaly.

Pro sebevražedný pokus se rozhodla po hádce s bratrem, který jí řekl, že je tlustá, nikdy se nevdá, nediví se, že nemá žádné přátele. Řekl jí, že jí nenávidí, a že nejlépe by bylo, kdyby vůbec neexistovala. Pacientka již před tím dlouho uvažovala

o tom, že život, který žije, nestojí za nic. Rozhodla se pro sebevraždu otravou léky. Požila 30 tablet Lexaurinu, které zapila půl litrem vína. Poté jí bylo špatně, zavolala kamarádovi, řekla mu, co provedla, a on zavolal RZP.

Nyní svého činu lituje, protože se tím nic nevyřešilo, bojí se následků. Má strach, že přijde o zbrojní průkaz. Pokud by k tomu došlo, přišla by o největší zálibu svého života. Nyní již sebevražedné myšlenky nemá, „snad je to dobře, že se mi to nepovedlo“. To, že k tomu vůbec došlo, bere jako samozřejmost, která vyplynula z tíživé situace, ve které byla. Uvádí, že „to by nevydržel ani pes“. Svou budoucnost vidí stále černě, nic zatím nedokázala, neudělala. S bratrem to nemá vyřešené, na návštěvy do nemocnice za ní nechodí, myslí si, že po návratu domů bude bratr v urážkách a konfliktech pokračovat, bojí se toho. Dle pacientky bude za to, co udělala, určitě středem bratrova výsměchu.

Stále přetrvávají důvody, kvůli kterým se pro sebevraždu rozhodla, ale nyní již ví, že tímto činem nic nevyřešila. Plánuje budoucnost, chtěla by se osamostatnit, doufá, že jí v tom pomohou rodiče. Ráda by si našla svůj byt, měla by tak klid od svého bratra. Chtěla by si najít partnera, pokusí se zhubnout. Tyto plány má již delší dobu, ale až po sebevražedném pokusu se pevně rozhodla, že je začne realizovat. Finanční prostředky k tomu má, stačí jen sebrat odvalu.

Začala si více vážit života, uvědomila si, že pokud by se jí sebevražedný pokus povedl, přišla by úplně o vše. Uvědomuje si, že způsobila starosti rodičům, chtěla by jim to nějak vynahradit. S bratrem by se již nejraději nikdy neviděla, o navázání jakéhokoliv vztahu s ním nestojí. Dozvěděla se, že její sebevražedný pokus vyvolal u bratra jen další výsměch.

Rodiče nahlíží na čin své dcery jako na něco nepochopitelného. Věděli o tom, že s bratrem nevycházel, ale nemyslí si, že by to byla jenom bratrova vina. Dokonce si myslí, že to byl od dcery unáhlený a nezodpovědný čin. Oni sami by to vyřešili jinak. Bojí se, co tomu řeknou lidé. To už jim nikdo nikdy nesmaže. Nyní budou dceři pomáhat, snaží se jí sehnat byt, sami si myslí, že je nejvyšší čas, aby se osamostatnila. Trochu mají strach, aby to neudělala znovu, dohlédnou na ní. V nemocnici ji pravidelně navštěvují, projevují zájem o zdravotní stav dcery.

Kasuistika 8

Pacienta BL, 53 let, přijata na psychiatrické oddělení po sebevražedném pokusu pořezáním se na zápěstích horních končetin. Rozhovor s pacientkou uskutečněn 32. den po pokusu.

Pacientka je rozvedená, má dvě děti, dceru (28 let) a syna (30 let). Žije v rodinném domku ve městě společně s matkou. Děti již žijí mimo domov, vnoučata zatím nemá. Rozvedená je 10 let, občas se v jejím životě objeví muž, ale trvalý vztah nemá. S bývalým manželem ve styku není, má novou rodinu. Matce pacientky je 82 let, s dcerou žije poslední dva roky, kdy se k pacientce přestěhovala, protože již nezvládala péči o sebe. Otec pacientky ve svých 63 letech suicidoval skokem pod vlak. Jiná psychiatrická zátěž se v rodině neobjevila.

Pacientka vystudovala gymnázium, poté byla dva roky na filozofické fakultě, kterou nedostudovala. Ze studia odešla, protože nesplňovalo představy pacientky. Dříve pracovala jako manažerka jedné velmi úspěšné, velké firmy. Byla zvyklá hodně pracovat, často její pracovní doba přesahovala 12 hodin denně. Bavilo jí to, cítila se využitá, potřebná. Sama sebe hodnotí jako workholika. Před dvěma lety byla přeřazena na práci do kanceláře proto, aby se mohla starat o matku. Tato práce jí netěšila, nebavila, neuspokojovala. V té době začaly psychické potíže. Pacientka se začala cítit osamocená, přestávala v práci zvládat své povinnosti. Začala si uvědomovat svůj věk, byla bez muže, vzdala se práce, kterou měla ráda, děti se již osamostatněly. Navíc se musela starat o matku, která se k pacientce přistěhovala. Celý život matka zastávala vedoucí funkci v zaměstnání a to se projevuje i v nynějším životě. Neustále pacientce řídí život, přikazuje jí, co má dělat. Její autoritativní chování pacientka nemůže snést. Dochází k častým konfliktům, po takové hádce mívá pacientka výčitky svědomí, že na matku křičela, trápí jí to.

V poslední době se u pacientky objevila nespavost. Večer dobře usínala, ale často se v noci budila, kolikrát již od dvou hodin vůbec nespala. Ráno se cítila nevyspalá, unavená. K sebevražednému pokusu se rozhodla právě v časných ranních hodinách, kdy se cítila zoufalá a říkala si, že již nemůže vydržet takový život, nic jí netěší, nedokáže se z ničeho radovat a ukončí to. Kuchyňským nožem si poranila obě

zápěstí. Pacientku našla matka, která zavolal záchranou službu, po ošetření na úrazové chirurgii byla převezena na psychiatrické oddělení.

Nyní hodnotí pacientka svůj čin jako něco, čeho velmi lituje. Nechápe, co jí to napadlo. Považuje to za unáhlený čin, ale v okamžiku, kdy se k sebevraždě rozhodla, to tak nevnímala. Myslela si, že je to způsob, jak ukončit své trápení. Myslí si o sobě, že je silný člověk, neví, jak mohla takhle selhat. Už by to nikdy neudělala. Uvědomuje si své povinnosti, musí se starat o matku. Za dobu hospitalizace jí zastoupila v péči o ní pacientčina dcera. Bojí se, že se v jejím životě nyní změní přístup lidí v jejím okolí, protože to, co provedla, jí už nikdo nesmaže. Rozhodla se, že se pokusí vrátit ke své původní práci, jen bude muset upravit pracovní dobu, aby byla schopna se postarat o matku. Nevidí v tom problém, již v minulosti jí zaměstnavatel nabízel návrat k manažerské práci, ale tehdy to odmítla. Pokusí se skloubit svou péči o matku s péčí pečovatelské služby.

Své životní hodnoty a postoj k životu zůstaly nezměněny, pouze přibyla zkušenost, o které si pacientka myslí, že jí něčím obohatila. Nyní si více uvědomuje své povinnosti a také již ví, že by na tomto světě někomu chyběla. Přesvědčila se, že není její existence zbytečná, i když lituje toho, že své blízké tak polekala.

Matka byla z činu pacientky nešťastná, šokovalo jí, když jí našla. Tenkrát propadala panice, vůbec nevěděla, co má dělat. V tomto stavu se jí podařilo přivolat záchranou službu telefonem. V nemocnici svou dceru několikrát navštívila za pomoci své vnučky. Je moc ráda, že se to nepovedlo. Dcera pacientky byla činem své matky velmi zaskočena. Nevěděla, že má matka problémy, vždy se jí zdála vyrovnaná. Myslí si, že to byl od matky unáhlený čin a věří, že se to nebude opakovat. Matku v nemocnici pravidelně navštěvuje, jejich vztah je i nadále velmi dobrý. Syn pacientky žije až v Ostravě, jsou pouze v telefonickém spojení.

Kasuistika 9

Pacient JP, 58 let, přijat na psychiatrické oddělení pro úzkostné a depresivní stavy. Rozhovor proveden 7 týdnů po přijetí a 4 týdny po sebevražedném pokusu.

Pacient žije se ženou v rodinném domku, mají jednoho syny (35 let). V manželství je spokojený, mají harmonický vztah. Syn je rozvedený a nyní opět žije s rodiči. Rodiče pacienta již nežijí. Otec zemřel na plicní embolii. Matku popisuje jako ženu, která měla sklony k labilitě a depresivitě, nikdy však nebyla psychiatricky léčena. Zemřela na následky úrazu po pádu z výšky, uzavíráno jako nešťastná náhoda. Má jednoho bratra (53 let), který je zdravý.

Pacient vystudoval stavební průmyslovou školu, celou svou pracovní kariéru vykonával náročné povolání záchranáře. Od ledna minulého roku je v předčasném starobním důchodu. Vždy velmi rád sportoval, sport patří mezi jeho největší koníčky. Aktivně hrál fotbal, hokej, nohejbal, stolní tenis, lyžoval a jezdil na kole. Velmi rád také chatařil.

V létě loňského roku spadl z kola, způsobil si těžký úraz oka. Prodělal celkem tři náročné operace, bohužel bez dobrých výsledků. Na levé oko téměř nevidí. Velmi ho to omezilo v jeho zálibách.

Počátky svých úzkostných a depresivních příznaků datuje pacient od října loňského roku. Býval zaražený, nemluvný, „jako bych to nebyl já“. Hovoří o pocitech nejistoty, nepohody, napětí. Těžce snášel omezení, které mu přinesl úraz. Již nemohl tak naplno sportovat, musel přestat úplně lyžovat a omezit jízdu na kole. Trpěl poruchou spánku, nemohl jíst, na nic se nesoustředil, nedokázal se přinutit k žádné činnosti. Navštívil ambulantního psychiatra, který ordinoval antidepresiva. Ta však neměla žádný efekt. Proto byla psychiatrem doporučena hospitalizace na psychiatrickém oddělení.

Při přijetí byl pacient výrazně depresivní, úzkostný, neodklonitelný od svých potíží, ale popíral sebevražedné myšlenky. Po zavedení terapie došlo k ustoupení depresivní symptomatologie, pacient se dobře zapojoval na pracovní terapii, kde se nestránil ostatních, povzbuzoval je, povídal si s nimi. Bez výrazných problémů zvládl

první víkendovou propustku dva týdny po přijetí. Manželka byla s průběhem propustky spokojená, manžel se jí zdál jako vyměněný.

Bohužel na druhé víkendové propustce se pacient pokusil o sebevraždu. Jednalo se o kombinovaný sebevražedný pokus. Pacient si pořezal obě zápěstí a zároveň se pokusil se oběsit. V tomto stavu ho objevila manželka, která poskytla první pomoc, zavolala záchranou službu a pacient byl převezen na úrazovou chirurgii. Pacientovi byly ošetřeny řezné rány, na pravém předloktí si pacient přetřal šlachy. Došlo k dočasnému omezení hybnosti končetiny. Po dvou dnech byl opět přeložen na psychiatrické oddělení.

Opět byl velmi depresivní, zpočátku odmítal o svém činu mluvit. Objevovaly se ranní pesimistické nálady, autoakuzace, úzkosti. Postupně docházelo k úpravě těchto příznaků. Později přiznal, že o sebevražedném pokusu přemýšlel již při první víkendové propustce, ale dokázal těmto myšlenkám odolat. Na druhé propustce se necítil dobře, ale bál se to manželce přiznat. Myslel si, že je chlap a musí něco vydržet. Také chtěl se svou rodinou být, proto zastíral svou náladu a nezmínil se o suicidálních myšlenkách. Věděl, že by ho odvezli zpátky na oddělení. V sobotu odjeli všichni na chalupu, v neděli již nemohl svůj stav vydržet a pořezal se na obou zápěstích. Smrt nepřicházela, tak se pokusil oběsit.

Nyní se pacient za svůj čin stydí, již nikdy nechce dopustit, aby jeho psychický stav byl natolik špatný, aby se opět pokusil o sebevraždu. Má strach z toho, co tomu řeknou kamarádi, až opustí oddělení. Doufá, že se k němu budou chovat, jakoby se nic nestalo, a nezavrhnou ho.

Pacient postupně změnil svůj postoj k životu. Uvědomil si, že musí přestat klást důraz na svůj maximální výkon. Chce se věnovat svým koníčkům méně aktivně, více času trávit se svou ženou, která je pro něho důležitá a už jí nikdy nechce svým jednáním tak vyděsit. Domluvili si se svou ženou, že si koupí psa, se kterým budou společně chodit na procházky a pacient se na to těší.

Manželka i syn pacienta pravidelně navštěvují, těší se, až ho propustí. Manželka je pacientovým činem vystrašená, bojí se, aby se to již neopakovalo. Synovi je líto, že je

na tom otec takhle, lituje, že nezabránil otcovo pokusu o sebevraždu. Vyčítá si, že nepoznal, k čemu se schyluje. Teď už se určitě strachu o otce nikdy nezbaví.

Kasuistika 10

Pacientka, 33 let, přijata na psychiatrické oddělení po pokusu o sebevraždu otravou léky. Jedná se o její druhý suicidální pokus. Rozhovor uskutečněn čtyři týdny po sebevražedném pokusu.

Pacientka je vyučena jako ošetřovatelka skotu, pracovala v oboru po vyučení 10 let, nyní pracuje v prádelně. Pracuje na směny, často i o víkendu. Práce jí baví, ale potřebovala by více času na domácnost. Doma chovají prasata a drůbež, což jim pomáhá řešit neuspokojivou finanční situaci. Mezi zájmy pacientky patří ruční práce, vaření a péče o domácnost.

Je vdaná, společně s manželem a se svými třemi dětmi (dcery 10, 8 let, syn 4 roky) žijí v rodinném domku na vesnici. Otec pacientky prodělal cévní mozkovou příhodu, dříve byl alkoholik, často jí v dětství bil. Matka je zdravá. Manžel pacientky je 6 let po autonehodě, je v plném invalidním důchodu. Po nehodě byl odkázán na péči pacientky, byl inkontinentní, měl problémy s chůzí. Zpočátku bylo manželství spokojené, vše se změnilo po autonehodě. Veškerá tíha péče o domácnost, hospodářství a tři děti je na ní. Manžel nyní trpí pouze malými zdravotními potížemi, jinak je vcelku soběstačný. Není ale schopen nic zařídit, je nespolehlivý, náladový, nemá o nic opravdový zájem. Děti z něho mají strach, občas pije, pak je agresivní, bije pacientku i děti, je žárlivý. Problém také vidí pacientka v tom, že domek, ve kterém bydlí, jim nepatří. Je matky pacientky, ale ta jim ho odmítá přepsat, když vidí jejich rodinné poměry. Odstěhovat se nemohou, protože ke svému živobytí potřebují dobytek, který chovají. Manžel pobírá pouze invalidní důchod, který je velmi nízký a pacientčin plat také není vysoký.

Dále má starosti s dětmi. Starší dcera neprospívá ve škole, manžel to dává za vinu pacientce. Syn trpí častými záchvaty vzteku, občas je nezvladatelný. Mladší dcera je ve škole výborná, prospívá s vyznamenáním, je na ní pyšná.

Před prvním pobytem plánovala pacientka sebevraždu asi měsíc. Bylo toho na ní moc, neustále musela kalkulovat s tím, co ještě musí udělat, na co má nebo nemá peníze. Manžel byl v poslední době zlý, často docházelo ke konfliktům. Den před pokusem se pacientce přiznal, že je jí nevěrný. To byl rozhodující moment.

Pacientka spolykala 10 tablet Ataralginu. Po dvou hodinách se jí udělal špatně a přiznala se manželovi s tím, co udělala. Ten zavolal rychlou záchranou službu, která odvezla pacientku na interní oddělení, kde jí provedli výplach žaludku. Na psychiatrickém oddělení byla tehdy 2 týdny. Svého činu litovala, myslela, že už to nikdy neudělá.

Druhý pobyt byl opět po pokusu o sebevraždu otravou léky. K tomuto pokusu došlo měsíc po předešlém propuštění. Pacientka po návratu domů byla vystavena velké zátěži. Musela dát dohromady zcela rozvrácenou domácnost, všude byl nepořádek, děti neměly co na sebe. Protože matka pacientky nekomunikuje se zetěm, nepomáhala mu s ničím, ani jednou manželka pacientky a děti nenavštívila. Manžel pacientce vyčítal, co provedla, vysmíval se jí, nadával jí. Vůbec nepochopil, proč to pacientka provedla. Říkal jí, že je nezodpovědná, nedbalá. Pacientka začala cítit, že to nevydrží. Pro sebevraždu se rozhodla opět otravou léky, ale nyní zvolila velké množství. Našel jí v bezvědomí manžel, který zajistil převoz do nemocnice.

Nyní je pacientka čtyři týdny po druhém pokusu, opět lituje, že to udělala, že zase selhala, ale tentokrát již nemůže říct, že to nikdy neudělá. Není si jistá, že manželovo chování dokáže nadále snášet. Na svůj čin hledí tak, že je to něco, čemu se nedokázala ubránit. Už nemohla dál, v době, kdy se o pokus pokoušela, nepřemýšlela, co bude s dětmi. O svém činu si nyní trauť říká, že jí otevřel oči.

Její životní hodnoty se nyní soustřeďují na děti, musí je ochránit od takového života. Zařídila to, že děti jsou po dobu hospitalizace pacientky u rodičů. Na řešení vztahu s manželem nyní nemá sil. Ani jednou jí v nemocnici nenavštívil, neví, co dělá.

Matka pacientky je z pokusu dcery nešťastná. Trápí jí, jak pacientka žije, často se jí snažila pomoc, ale dcera vždy odmítla. To, že se dcera pokusila o sebevraždu, dává za vinu manželovi pacientky. Bojí se, že pokud se jejich manželství nevyřeší, dcera se o sebevraždu pokusí znovu. Sama si zažila život s alkoholikem a chápe dcery čin. Má o ní velký strach a je ráda, že alespoň nyní má na starosti vnoučata.

Analýza kasuistik:

	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	Celkem
Tíživá životní situace	ano	ano	ano	ano	ano	ano	ano	ano	ano	ano	10
Tíživá životní situace jako příčina suicidia	ano	ano	ano	ano	ano	ano	ano	ano	ano	ano	10
Strach příbuzných ze ztráty blízkého	ano	ano	ano	ano	ano	ano	ano	ne	ano	ano	9
První sebevražedný pokus	ano	ne	ano	ne	ano	ano	ano	ano	ano	ne	7
Problémy v rodinném zázemí před suicidiem	ano	ne	ano	ne	ano	ano	ano	ano	ne	ano	7
Plánování budoucnosti po pokusu	ano	ne	ne	ne	ano	ano	ano	ano	ano	ano	7
Zdravotní postižení po suicidálním pokusu	ano	ne	ano	ne	ano	ano	ne	ano	ano	ne	6
Projev lítosti nad provedením suic. pokusu	ano	ne	ne	ne	ne	ano	ano	ano	ano	ano	6
Nezměněný postoj k životu po suic. pokusu	ano	ano	ano	ano	ano	ne	ne	ano	ne	ne	6
Jiný náhled na pokus před a po provedení	ano	ne	ne	ne	ano	ano	ano	ano	ano	ne	6
Pocit opuštěnosti	ano	ne	ano	ne	ano	ano	ne	ano	ne	ne	5
Obavy z reakce lidí v okolí	ne	ne	ano	ne	ne	ano	ano	ano	ano	ne	5
Přítomnost výčitek u příbuzných	ne	ne	ano	ano	ne	ano	ne	ne	ano	ne	4
Rozpadající se partnerský vztah	ano	ne	ano	ne	ne	ano	ne	ne	ne	ano	4
Psychická zátěž v rodinné anamnéze	ne	ano	ne	ano	ne	ne	ne	ano	ano	ne	4
Psychiatrická léčba před pokusem	ne	ano	ne	ano	ne	ne	ano	ne	ano	ne	4

Přetrvávající sebevražedné myšlenky po pokusu	ne	ano	ano	ano	ne	ne	ne	ne	ne	ne	3
Opakované suicidální jednání	ne	ano	ne	ano	ne	ne	ne	ne	ne	ano	3
Strach ze stigmatizace v postoji blízkých	ano	ne	ne	ne	ne	ano	ano	ne	ne	ne	3
Nespokojenost se zaměstnáním	ano	ne	ne	ne	ne	ne	ano	ano	ne	ne	3
Finanční problémy	ano	ne	ne	ano	ne	ne	ne	ne	ne	ano	3
Nevěra partnera	ano	ne	ne	ne	ne	ano	ne	ne	ne	ano	3
Odsouzení ze strany blízkých za suic. čin	ne	ne	ne	ano	ne	ne	ne	ne	ne	ano	2
Změny v dosavadních mezilidských vztazích	ne	ne	ne	ne	ne	ano	ne	ne	ne	ne	1
Projev pochopení pro suic. jednání blízkého	ne	ne	ne	ne	ne	ne	ne	ne	ne	ano	1

Z analýzy případových studií vplynuly jednotlivé proměnné, jejichž incidence je uvedena v tabulce. Některé skutečnosti se vyskytovaly u všech zkoumaných pacientů, konkrétně tíživá životní situace a tíživá životní situace jako příčina suicidia, jiné byly velmi specifické, jsou to změny v dosavadních mezilidských vztazích a projev pochopení pro suicidální jednání blízkého. U devíti lidí byl přítomen strach příbuzných ze ztráty blízkého. U sedmi respondentů se jednalo o první sebevražedný pokus, problémy v rodinném zázemí před suicidiem a plánování budoucnosti po pokusu. U šesti bylo zjištěno zdravotní postižení po suicidálním pokusu, projev lítosti nad provedením suic. pokusu, nezměněný postoj k životu po suicidálním jednání a jiný náhled na pokus před a po provedení. V pěti případech se objevil pocit opuštěnosti a obavy z reakce lidí v okolí. Přítomnost výčitek u příbuzných, rozpadající se partnerský vztah, psychická zátěž v rodinné anamnéze a psychiatrická léčba před pokusem byla ve čtyřech případech. Ve třech případech byly zjištěny přetrvávající sebevražedné myšlenky, opakované suicidální jednání, strach ze stigmatizace v postoji blízkých,

nespokojenost se zaměstnáním, finanční problémy, nevěra partnera. Ve dvou případech bylo odsouzení ze strany blízkých za suicidální čin.

5. Diskuse

Snahou této práce bylo zjištění skutečností, které ovlivňují kvality lidského života poté, co se člověk pokusí o sebevražedný čin. Byly stanoveny čtyři cíle, ze kterých vplynuly čtyři výzkumné otázky. Pomocí deseti kasuistik a analýzou dat z nich zjištěných bylo na tyto otázky zodpovězeno.

Byly nalezeny některé společné znaky. U deseti respondentů se vyskytovala před sebevražedným pokusem tíživá životní situace, která byla zároveň příčinou jejich suicidálního jednání. Sedm respondentů udávalo problémy v rodinném zázemí před suicidiem, z toho u pěti se objevil pocit opuštěnosti. Čtyři lidé měli nefungující, rozpadající se partnerský vztah a u třech z nich byla přítomna nevěra partnera. Dle statistických údajů v Příloze 4 jsou právě rodinné problémy třetí nejčastější známou příčinou sebevražedného jednání. I mnohé údaje z literatury – jak je zřejmé také z kapitoly 1.4 této práce – uvádí, že osamělost a nedostatek spolehlivého vztahu a sociální podpory významně zvyšují riziko sebevražedného chování.

Čtyři pacienti se již psychiatricky léčili ještě před tím, než došlo k sebevražednému pokusu. Jednalo se o léčbu depresivních, úzkostných stavů a také o řešení sociální fobie. Z těchto případů se u třech objevila psychická zátěž v rodině. K suicidálnímu jednání u rodinných příslušníků došlo u dvou případů, otec pacientky v kasuistice číslo osm suicidoval skokem pod vlak a syn pacientky v případě číslo dvě spáchal sebevraždu otravou výfukovými plyny. Smejkal (27) ve svém díle tvrdí, že doposud nebyl objeven suicidální gen, který by dokazoval, že sebevražednost je dědičná, ale udává, že suicidium se může v rodinách objevovat jako vzor chování a myšlení.

Dalším tíživým faktorem byla nespokojenost v zaměstnání, která se objevila u tří respondentů a finanční problémy, které byly opět zaznamenány u třech lidí.

U sedmi respondentů se sebevražedné chování objevilo poprvé, u dvou žen se během let opakovalo několikrát a jedna žena má za sebou druhý pokus během krátké doby.

Prvním cílem bylo zjištění, jakým způsobem se změní život člověka, který se rozhodne sebepoškodit nebo dokonce z vlastní vůle ukončit svůj život. Z tohoto cíle

vyplývala výzkumná otázka 1: Jak se změní život člověka po sebevražedném pokusu? Jednou z nejčastějších změn, ke které u respondentů došlo, bylo plánování nové budoucnosti nebo rozhodnutí o realizaci plánů, o kterých přemýšleli ještě před sebevražedným pokusem. Toto plánování bylo zaznamenáno u sedmi lidí. Velmi často se objevuje v nových plánech právě náprava skutečností, které vedly k sebevražednému jednání a nebo následků, které přinesla právě tíživá situace, která se vyskytovala před pokusem. Pacient v kasuistice číslo jedna sice vidí svou budoucnost nejistou, ale již má zájem o řešení své neuspokojivé finanční a bytové stránky. Pacient v kasuistice číslo pět ztratil svou celoživotní partnerku, byl to důvod jeho sebevražedného jednání, přesto poměrně krátce poté jsou již patrné známky toho, že začal plánovat jak dál. Rozhodl se, že využije nabídky syna a přestěhuje se k němu. I v ostatních případech, kde respondenti plánují budoucnost, je zřejmé, že se snaží nalézt cestu jak dál. Soudím, že nezdařený sebevražedný pokus, jakkoliv je krutý, ukázal některým lidem, že je zapotřebí hledat způsob řešení daných problémů jinak. U třech respondentů přetrvávaly sebevražedné myšlenky i po suicidálním pokusu. Byli to právě ti pacienti, kteří si nedokázali definovat a vypracovat plány do budoucnosti.

Další změnou bylo zdravotní postižení, které sebou suicidální jednání přineslo. Byly to především potíže v hybnosti suicidiem poškozených částí těla, horní končetiny, krční svaly a páteř a také poškození zažívacího traktu. Domnívám se, že lidé, kteří uvažují o tom, že chtějí ukončit svůj život, pravděpodobně v dané chvíli nepřemýšlí, že se jim sebevražda nepovede a se zdravotními následky v případě neúspěchu nepočítají.

Dále někteří respondenti začali vyjadřovat obavy z reakcí lidí v okolí na jejich sebevražedné jednání. Jedná se o pět případů. Pacienti mají strach z výsměchu, nepochopení, urážek, odsouzení a neví, jak mají svůj čin obhájit a svému okolí vysvětlit. Vágnerová (32) ve své knize uvádí, že lidé jsou přesvědčeni, že mají právo a svobodu o sobě rozhodovat, ale souhlas k sebevražednému činu nebo alespoň tolerance jsou velmi obtížné. Lidé mají strach ze sociální stigmatizace, protože velmi často bývají takto jednající jedinci považováni za duševně choré, zbabělé a slabé. Závěry tohoto výzkumu toto tvrzení potvrdily.

Změna v dosavadních mezilidských vztazích nastala pouze u jednoho člověka. Jednalo se o respondenta v kasuistice číslo šest, u kterého se urovnal konfliktní vztah s otcem. Rozpadající se partnerský vztah v kasuistikách číslo jedna, tři a deset sebevražedný pokus nikterak nevyřešil, dokonce respondenti uvádí, že ho ještě více prohloubil.

Souhrnná odpověď na to, jak se změní lidský život po sebevražedném pokusu, je především v tom, že respondenti začali plánovat budoucnost, přibyla jim v jejich životě obava z reakce lidí na jejich chování a také se objevuje zdravotní postižení jako následek suicidálního jednání. Pouze v jedné publikaci ze všech, které byly použity pro tuto práci, byla zmínka, která se zabírala životem po suicidálním pokusu a podávala výčet důležitých změn, které v životě člověka nastanou. Bylo to dílo Baštecké (1), ve kterém citovala E. Stengala z roku 1961. Tento autor udává jako hlavní změny – pobyt v nemocnici, případné postižení následkem sebevražedného jednání, přechodné opuštění konfliktního prostředí, změna v dosavadních mezilidských vztazích, změna ve způsobu života a pomoc okolí a konec vnějšího osamění. V této práci se některé znaky shodují z výše uvedenými. Je to zdravotní postižení, pobyt v nemocnici, který byl u všech respondentů, s tím související přechodné opuštění konfliktního prostředí, u jednoho respondenta se objevila změna v mezilidských vztazích. Také změny ve způsobu života, což uvádí autor a plánování budoucnosti, které se objevuje v této práci u sedmi lidí, by se dalo v některých případech považovat za podobný znak změny.

Druhým cílem bylo zjištění pacientova pohledu na svůj sebevražedný čin. Tento cíl formuloval výzkumnou otázku 2: Jaký je zpětný pohled pacienta na jeho sebevražedný pokus? U šesti respondentů se objevil projev lítosti, že se suicidálního jednání dopustili. Pacient v kasuistice číslo šest hodnotí dokonce svůj čin jako největší hloupostí ve svém životě a tvrdí, že už by to nikdy neudělal. Uvědomují si, co vše by ztratili, kdyby se jim sebevražda povedla, a také mají strach, co ještě díky tomu ztratit mohou. Pacientka v případě číslo sedm se bojí, že následkem sebevražedného pokusu přijde o zbrojní průkaz a tím zároveň o svou největší zálibu. Pacienti v kasuistikách číslo osm a deset hodnotí své konání jako selhání a již nechtějí dopustit, aby se to opakovalo. Je zřejmé, že lidé, kteří svého činu litují, jsou zároveň ti, kteří začali

plánovat svou budoucnost. Lítost nad provedením sebevražedného pokusu neprojevují ti respondenti, u kterých přetrvávají sebevražedné myšlenky. Tito lidé hledají stále v suicidii cestu ze svých problémů a litují pouze toho, že se jim sebevražedný pokus nepovedl.

Šest lidí změnilo názor a náhled na sebevražedný pokus. V suicidii hledali cestu, řešení, únik. Po pokusu všichni zjistili, že to řešení není, litují toho, co provedli a plánují budoucnost. Uvádí, že již čin opakovat nechtějí. Z některých případů je zřejmé, že lidé znovu přebírají zodpovědnost za svůj život. Znovu si také uvědomují své povinnosti, kterých se zřekli tím, že rozhodli řešit svou situaci odchodem ze života.

Názor zůstává stejný u pacientů, kteří mají i nadále sebevražedné myšlenky, z toho dvě respondenty mají za sebou již několik sebevražedných pokusů, a tudíž i více zkušeností v tomto směru. Pro ně je stále sebevražda způsob, jak uniknout ze své nesnesitelné situace. Domnívám se, že tento nezměněný názor se dá považovat za jeden z rizikových faktorů sebevražedného jednání v budoucnu.

Třetím cílem bylo zjištění změny postoje k životu. Výzkumná otázka 3 zní: Jak se změní postoj k životu pacienta po sebevražedném pokusu? V šesti případech bylo zjištěno, že k žádné změně v postoji k životu nedošlo. Pacienti mají stejné životní hodnoty, nezměnili postoj ke svému životu ani názor na něj. Jsou to všichni tři pacienti, kteří mají stejný názor na své sebevražedné chování jako před pokusem, kteří ztratili smysl života (kasuistika dvě, tři, čtyři). Dále je to pacient v kasuistice číslo jedna, který má nadále narušený partnerský vztah a stále vnímá svou budoucnost jako nejistou. Pacient v kasuistice číslo pět sice zaznamenal změnu v postoji k životu, kdy ztratil schopnost radovat se a nenachází smysl života, ale tyto změny nepřisuzuje tomu, že se pokusil o sebevraždu, ale tomu, že ztratil životního partnera.

Pacient v kasuistice číslo šest referuje o změně ve svých životních hodnotách. Začal si více vážit lidí ve svém okolí, zjistil, že mu na nich záleží. V kasuistice číslo sedm si pacientka začala života více vážit, uvědomila si, o co všechno by přišla, kdyby se jí sebevražda podařila. Pacient v případě číslo devět přehodnotil své životní hodnoty, nyní přestává klást důraz na svůj maximální výkon, který byl pro něho velkou prioritou, a nyní se chce více věnovat rodině. A pacientka v kasuistice číslo deset si uvědomila,

jak jsou v jejím životě důležité děti a svůj život musí soustředit na ně. Lze tady říci, že postoj k životu zásadně změnila pouze jedna respondentka, změny v životních hodnotách a prioritách se objevily u třech lidí. Také bylo zjištěno, že u všech pacientů, kteří přehodnotili postoj k životním hodnotám nebo k životu, se zároveň objevuje plánování budoucnosti a lítost nad tím, že se o suicidium pokusili.

Posledním cílem bylo zjistit, jaký pohled a postoj na sebevražedný čin mají lidé v pacientově okolí. Z cíle vyplynula výzkumná otázka 4: Jaký je pohled a postoj nejbližších lidí pacienta na jeho sebevražedné jednání?

Vágnerová (32) ve své knize uvádí, že suicidální jednání lze chápat jako nejenom odmítnutí vlastního života, ale také jako odmítnutí dosavadních vztahů mezi lidmi. U devíti případů bylo zjištěno, že příbuzní mají strach ze ztráty vztahu se svými blízkými, mají strach, že o svého blízkého přijdou. V kasuistikách číslo jedna, tři, šest a sedm příbuzní nechápou, proč jejich blízký takto jednal, proč se na ně s problémy neobrátil, proč zvolil takové řešení. U čtyřech případů se u příbuzných objevily výčitky a obviňování sebe samých, že nedokázali sebevražedným pokusům zabránit, že včas nerozpoznali, k čemu se schyluje. V případě číslo šest se rodiče pacienta obviňují, že něco zanedbali, hledají chybu ve výchově. Obávám se, že příbuzní často přebírají zodpovědnost za své blízké i v případech, kdy objektivně nejsou schopni určitý jev ovlivnit a zasáhnout do něj. Pokud dojde k sebevražednému jednání blízké osoby, začnou hledat chybu v sobě, ve svém přístupu, ve výchově.

Ve třech případech se u příbuzných objevil strach ze stigmatizace. V případě číslo jedna se manželka velmi stydí za to, co manžel provedl. Bylo to i mediálně zveřejněno, nyní se bojí reakce lidí. Rodiče pacienta v kasuistice číslo šest se stydí vycházet ven. Bydlí na malé vesnici, kde je všichni znají a oni si myslí, že na ně budou lidé koukat skrz prsty. Od svých mladších synů ví, že se o sebevražedném pokusu jejich staršího syna již mluví po celé škole. Rodiče pacientky v případě číslo sedm mají rovněž strach z reakce lidí, tvrdí, že už jim tento čin nikdo nesmaže. Tento postoj, jak uvádí Vodáčková (33) ve své knize, zaujímá mnoho lidí. Mýtus o špatné lidské kvalitě sebevraha je představa navozující nadřazenost, opovržení či blahosklonnost okolí.

Sebevrazi jsou považováni za slabé, slabošské, patologické, duševně nemocné. Naprosto souhlasím s autorkou, že je potřeba téma sebevraždy odtabuizovat.

V několika případech došlo dokonce k naprostému nesouhlasu až odsouzení ze strany příbuzných. V případě číslo čtyři syn pacientky nechápe, jak může matka svým opakovaným sebevražedným jednáním neustále tak trápit nejenom svého manžela, ale i jeho. Dokonce jí to zazlívá. Manžel pacientce v kasuistice číslo deset vyčítal, že se dopustila činu nezodpovědného, nedbalého, vysmíval se jí a nadával jí.

Kasuistika číslo deset nabízí jedno specifikum, kdy jako jediná příbuzná, matka pacientky, vyslovila pochopení nad sebevražedným jednáním své dcery. Ona sama si zažila život s alkoholikem a chápe, kam až může vést těžká stresová situace.

Je tedy zřejmé, že sebevražedné chování velmi citlivě zasáhne do životů nejbližších lidí v okolí. Nejčastější pocit, který příbuzní zažívají, je strach o svého blízkého. Jsou přítomny výčitky, obavy ze stigmatizace, někdy dochází k odsuzování aktéra sebevraždy.

Dle mého názoru mezi lidmi koluje mnoho informací o tom, že k sebevražednému jednání dochází, jsou známy nejčastější příčiny, nejčastější způsoby provedení, jsou zveřejňovány statistiky dokonaných i nedokonaných pokusů. Mediálně jsou někdy sebevraždy popisovány jako senzace. O čem se ale moc nemluví, dokonce je to velmi těžké najít i v literatuře, je to, co se stane s těmi, kterým se sebevražedný pokus nepodařil. Jestli se jim život změnil, co pro ně znamená to, že mají za sebou rozhodnutí opustit tento svět a co jim poskytla nebo vzala tato zkušenost. Myslím si, že právě v této chvíli by si lidé zasloužili více naší pozornosti, měla by jim být nabízena naše pomoc a empatie. Nemám na mysli odbornou pomoc psychiatrického ošetřovatelství, která samozřejmě funguje, ale podporu společnosti, ve které se člověk nachází. V tomto duchu byl veden i tento výzkum.

6. Závěr

Cílem této práce bylo zjistit, jakým způsobem se změní život člověka, který se rozhodl sebeпоškodit nebo dokonce ukončit z vlastní vůle svůj život, zjistit pohled pacienta na vlastní sebevražedný čin, zjistit, jak se změní postoj k životu pacienta po sebevražedném pokusu a zjistit pohled a postoj nejbližších lidí v pacientově okolí na jeho sebevražedné jednání. Cíle byly splněny.

Sebevražedné jednání je velmi závažným chováním jedince, už jenom rozhodnutí k tomuto činu značí, že muselo dojít v životě člověka k něčemu zásadnímu. Pokud se pokus nezdaří, pokud člověk, i přestože se rozhodl zemřít, přežije, je zřejmé, že to jeho život zpravidla podstatně změní.

Zkoumáno bylo deset případů, metoda, které bylo využito, byl kvalitativní výzkum, polostrukturovaný rozhovor, který byl zpracován ve formě kasuistik, následné analýzy dat a práce s dokumentací. V rozhovoru byly stanoveny pouze rámcové okruhy otázek, protože bylo potřeba zajistit individuální přístup ke každému jedinci.

V práci bylo dokázáno, že skutečně dochází ke změnám nejenom v životě lidí, kteří se pokouší o sebevraždu, ale i lidí v nejbližším okolí. Je velmi důležitý individuální přístup ke každému případu, protože, jako jsou rozdílné příčiny, tak i následky, které vzniknou, se mohou lišit.

Bakalářská práce by mohla být využita ke zprostředkování zjištěných skutečností zdravotnickým pracovníkům nejenom na oddělení, ale také v prezentacích na odborných seminářích, může napomoci k lepšímu porozumění ve vztahu k prožívání lidí suicidiálně jednajících. Protože pokud nějakému problému rozumíme, máme o něm dostatek informací, a jsme schopni ho pochopit, daleko lépe také dokážeme pomoci.

7. Seznam použitých zdrojů

1. BAŠTECKÁ, B. a kol. *Klinická psychologie v praxi*. 1. vyd. Praha: Portál, 2003. 416 s. ISBN 80-7178-735-3.
2. BECK, A., T. *Kognitivní terapie a emoční poruchy*. Překl. P. Možný. 1. vyd. Praha: Portál, 2005. 256 s. Přel. z: *Cognitive Therapy and the Emotional Disorders*. ISBN 80-7367-032-1.
3. BEER, D., M., PEREIRA, M., S., PATON, C. *Intenzivní péče v psychiatrii*. Překl. M. Hollý. 1. vyd. Praha: Grada, 2005. 296 s. Překl. z: *Psychiatric Intensive Care*. ISBN 80-900130-1-5.
4. BOUČEK, J. a kol. *Obecná psychiatrie*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2001. 216 s. ISBN 80-244-0240-8.
5. BRICHČÍN, S., KALVACH, Z. *Soudní psychiatrie a sexuologie pro policisty*. 1. vyd. Praha: PA ČR, 2003. 124 s. ISBN 80-7251-129-7.
6. ČERMÁK, I., MIOVSKÝ, M. *Kvalitativní výzkum ve vědách o člověku na prahu třetího tisíciletí*. 1. vyd. Tišnov: Sdružení SCAN, 2002. 122 s. ISBN 80-86620-03-4.
7. DOENGES, E., M., MOORHOUSE, F., M. *Kapesný průvodce zdravotní sestry*. 2. vyd. Praha: Grada, 2001. 568 s. ISBN 80-247-0242-8.
8. DUŠEK, K., VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, A. *První pomoc v psychiatrii*. 1. vyd. Praha: Grada, 2005. 176 s. ISBN 80-247-0197-9.
9. HENDL, J. *Kvalitativní výzkum-Základní metody a aplikace*. 1. vyd. Praha: Portál, 2001. 407 s. ISBN 80-7367-040-2.
10. HÖSCHL, C., LIBIGER, J., ŠVESTKA, J. *Psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Tigris, 2002. 895 s. ISBN 80-900130-1-5.
11. KOUKOLÍK, F. *Sebevražda*. [cit. 2007/23/10]. Dostupné z www.vesmir.cz/clanekT.php3.
12. KOUTEK, J., KOCOURKOVÁ, J. *Rizikové faktory suicidálního jednání v dětství a adolescenci*. In: *Nemocná duše – nemocný mozek. Klinická zkušenost a fakta*. 1. vyd. Praha: Galén, 2006. s. 92-94. ISBN 80-7262-420-2.
13. KOUTEK, J., KOCOURKOVÁ, J. *Sebevražedné chování*. 1. vyd. Praha: Portál, 2003. 128 s. ISBN 80-7178- 732-9.

14. KRAMÁŘOVÁ, N. *Gerontopsychiatrie*. 1. vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, 2000. 43 s. ISBN 80-7040-442-6.
15. LUKEŠ, V., VOSTOUPALOVÁ, J., CHROUDTOVÁ, M. *Některé psychologické pohledy na příčiny suicida, 1. část. Kontakt*. České Budějovice: 1999, roč. I, č.3, s.19 – 24. ISSN 1212-4117.
16. LUKEŠ, V., VOSTOUPALOVÁ, J., CHROUDTOVÁ, M. *Některé psychologické pohledy na příčiny suicida, 2. část. Kontakt*. České Budějovice: 1999, roč. I, č.4, s.11 – 16. ISSN 1212-4117.
17. MALÁ, E. *Sebepoškozování u poruch příjmu potravy*. In. Nemocná duše – nemocný mozek. Klinická zkušenost a fakta. 1. vyd. Praha: Galén, 2006. s. 112-115. ISBN 80-7262-420-2.
18. MAREČKOVÁ, J. *Ošetrovatelské diagnózy v NANDA doménách*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. 264 s. ISBN 80-247-1399-3.
19. MARKOVÁ, E., VENGLÁŘOVÁ, M., BABIAKOVÁ, M. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. 352 s. ISBN 80-247-1151-6.
20. MASARYK, T. G. *Sebevražda hromadným jevem společenským moderní osvěty*. 4. vyd. Praha: Ústav T. G. Masaryka, 1998. 221 s. ISBN 80-901971-4-0.
21. MORGAN, D. *Ohniskové skupiny jako metoda kvalitativního výzkumu*. 1. vyd. Tišnov: Sdružení SCAN, 2001. 104 s. ISBN 80-85834-77-4.
22. PONĚŠICKÝ, J. *Agrese, násilí a psychologie moci*. 1. vyd. Praha: Triton, 2004. 226 s. ISBN 80-7254-593-0.
23. PIDERMAN, V. *Deprese z různých úhlů pohledu II*. 1. vyd. Praha: Galén, 2007. 180 s. ISBN 978-80-7262-474-4.
24. PRAŠKO, J., PAŠKOVÁ, B., PRAŠKOVÁ, H. *Bolestně smutná nálada aneb co je to deprese a jak se léčí*. 2. vyd. Praha: Psychiatrické centrum Praha, 2001. 83 s. ISBN 80-85121-68-9.
25. PRAŠKO a kol. *Psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Informatorium, 2003. 192 s. ISBN 80-7333-002-4.
26. RABOCH, J., ZVOLSKÝ, P. *Psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Galén, 2001. 580 s. ISBN 80-7262-140-8.

27. SMEJKAL, J. *Sebevražedné jednání*. In: Po stopách psychiatrického ošetřovatelství. Praha: ČAS, 2003. s. 38-44.
28. STAŇKOVÁ, M. *České ošetřovatelství 3: Jak zavést ošetřovatelský proces do praxe*. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 1999. 49 s. ISBN 80-7013-282.
29. STYX, P. O psychiatrii. *Jak žít a jednat s duševně nemocnými lidmi*. 1. vyd. Brno: Computer Press, 2003. 178 s. ISBN 80-7226-828-7.
30. ŠPATENKOVÁ, N. a kol. *Krizová intervence pro praxi*. 1. vyd. Praha: Grada, 2004. 197 s. ISBN 80-247-0586-9.
31. TUČEK, J., CHODURA, V. *Psychiatrie*. 3. vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, 2005. 90 s. ISBN 80-7040-786-7.
32. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 1. vyd. Praha: Portál, 1999. 444 s. ISBN 80-7178-214-9.
33. VODÁČKOVÁ, D. a kol. *Krizová intervence*. 1. vyd. Praha: Portál, 2002. 543 s. ISBN 80-7178-696-9.
34. ZVOLSKÝ, P. a kol. *Obecná psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2003. 192 s. ISBN 80-7184-690-2.
35. ZVOLSKÝ, P. a kol. *Speciální psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2003. 206 s. ISBN 80-7184-203-6.

8. Klíčová slova

Individuální přístup

Pacient

Sebevražda

Sebevražedné chování

Sestra

Suicidální jednání

Suicidium

9. Seznam příloh

- Příloha 1: Okruhy otázek nestrukturovaného rozhovoru
- Příloha 2: Linky důvěry pro děti v České republice
- Příloha 3: Struktura sebevražd podle způsobu provedení a pohlaví
- Příloha 4: Struktura sebevražd podle motivu a pohlaví

Příloha 1

Okruhy otázek nestrukturovaného rozhovoru

Okruh 1: Anamnestické údaje

Okruh 2: Příčina sebevražděného jednání

Okruh 3: Způsob provedení sebevražděného pokusu

Okruh 4: Pacientův náhled na čin

Okruh 5: Změny v životě a v postoji k životu po sebevražděném jednání

Okruh 6: Postoj příbuzných k sebevražděnému jednání svého blízkého

(Zdroj vlastní)

Příloha 2

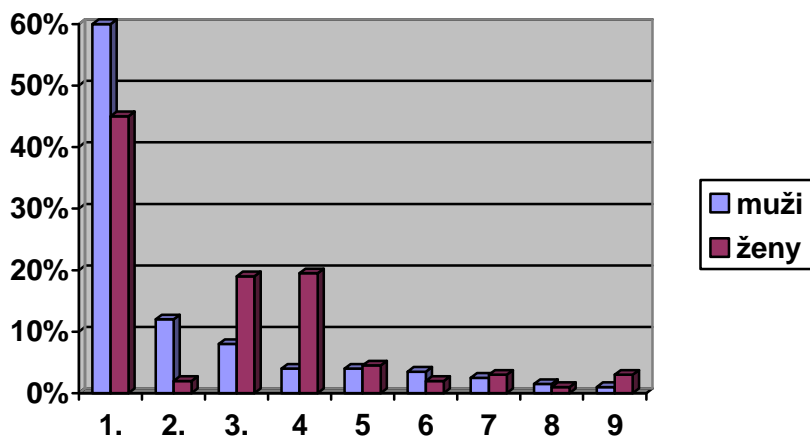
Linky důvěry pro děti v České republice

- Krizová linka Dětského krizového centra Praha
241 484 149 nonstop
- Linka bezpečí Praha
800 155 555 nonstop
- Linka dětské pomoci Plzeň
377 260 221 pondělí-pátek 7,00-20,00
603 444 192 7,00-20,00
- Linka důvěry pro děti Rokycany
371 722 111 pondělí-pátek 7,00-15,30
- Linka důvěry SPONDEA Brno
541 235 511 nebo 608 118 088 nonstop
- Linka pro tebe Náchod
491 428 188 pondělí-pátek 9.00-21,00
- Modrá linka Brno
549 241 010 nebo 608 902 410 denně 9,00-21,00
- Růžová linka Praha
272 736 263 pondělí-pátek 8,00-20,00
víkendy a svátky 14,00-20,00

(Zdroj : 30. ŠPATENKOVÁ, N. a kol. *Krizová intervence pro praxi*. 1. vyd. Praha: Grada, 2004. 197 s. ISBN 80-247-0586-9)

Příloha 3

Struktura sebevražd podle způsobu provedení a pohlaví

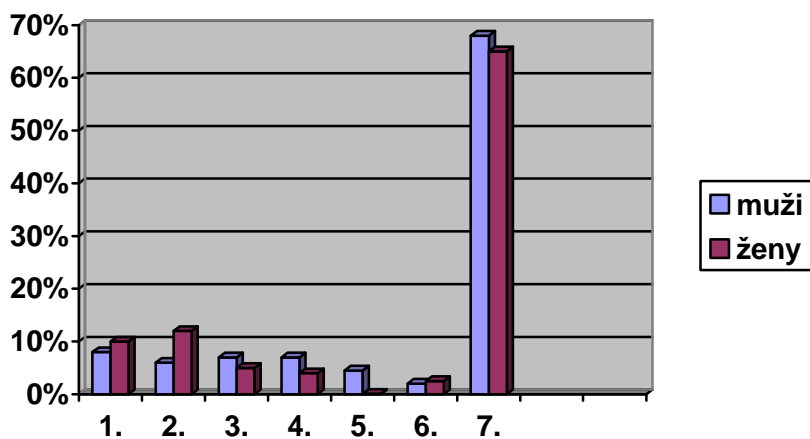


1. oběšení, uškrcení, udušení
2. střelná zbraň, výbušnina
3. skok z výšky
4. sebeotrávení léky
5. ostrý předmět
6. sebeotrávení chemickými látkami
7. skok nebo lehnutí si před pohyblivý předmět
8. jiný způsob
9. utopení

(Zdroj: Sebevraždy 2002, ÚZIS ČR 2003. 71 s. ISBN 1210-8669, ISBN 80-7280-219-4)

Příloha 4

Struktura sebevražd podle motivu a pohlaví



1. zdravotní problémy
2. duševní onemocnění
3. problémy rodinné
4. problémy společenské, sexuální a jiné osobní problémy
5. problémy existenční
6. problémy pracovní a školní
7. motiv neurčen

(Zdroj: Sebevraždy 2002, ÚZIS ČR 2003. 71 s. ISBN 1210-8669, ISBN 80-7280-2194)