

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Zdravotně sociální fakulta

**Odbavování hovorů se sebevražednou tematikou
na jednotné evropské lince tísňového volání 112
v Jihočeském a Plzeňském kraji**

diplomová práce

Autor práce: Bc. Renáta Kučerová
Studijní program: Ochrana obyvatelstva
Studijní obor: Civilní nouzová připravenost
Vedoucí práce: prof. Ing. Gustav Šafr, DrSc.
Konzultant: Ing. Jana Neškodná

Datum odevzdání práce: 21. května 2013

ABSTRAKT

Na základě rozhodnutí Rady Evropských společenství bylo i v České republice v roce 2002 zavedeno jednotné evropské číslo tísňového volání 112. Rozhodnutím vlády ČR byl k příjmu tísňového volání na lince 112 určen Hasičský záchranný sbor ČR.

Tísňové volání je jedním ze základních způsobů ohlášení mimořádné události a vyžádání pomoci složek integrovaného záchranného systému. Jedná se o službu, jejímž prostřednictvím je zajišťována ochrana základních lidských práv – ochrana života a zdraví, přijatelné životní prostředí a ochrana majetku. Tísňové volání funguje nepřetržitě, pro všechny obyvatele, v závislosti na pokrytí signálem mobilní sítě téměř na celém území státu, bezplatně, ve všech telefonních sítích, ze všech koncových hlasových zařízení telefonních sítí.

Operátoři obsluhující linku tísňového volání 112, během výkonu své profese, přijímají, vyhodnocují a odbavují informace o mimořádných událostech různého typu. Dostávají se tak do situace, kdy řeší i tísňová volání – tísňové hovory se sebevražednou tematikou. Vést hovor se sebevrahem představuje pro operátory stresující a psychicky náročnou záležitost. Operátoři jsou si dobře vědomi, že život člověka se sebevražednými úmysly visí mnohdy doslova „na vlásku“, a že právě oni mohou sebevraha od svého záměru odradit, ale že ho mohou během hovoru i ztratit. Vzhledem k závažnosti dané problematiky je tudíž nezbytně nutné, aby operátoři byli profesně připraveni na vedení takového hovoru a dokázali tak tuto velmi náročnou situaci úspěšně řešit.

Předkládaná diplomová práce se zabývá odbavováním hovorů se sebevražednou tematikou na jednotné evropské lince tísňového volání 112 v Jihočeském a Plzeňském kraji.

Pro řešení diplomové práce jsem stanovila dva cíle. Prvním cílem práce je porovnat odbornou připravenost obsluhy linky tísňového volání 112, pro odbavování hovorů se sebevražednou tematikou, v Jihočeském kraji a kraji Plzeňském. Jako druhý cíl jsem určila vytvořit návrh metodiky na zvýšení odborné připravenosti obsluhy linky tísňového volání 112 pro odbavování hovorů se sebevražednou tematikou.

Diplomová práce je rozdělena na část teoretickou a část praktickou. V teoretické části jsou uvedeny základní pojmy týkající se suicidální tematiky. Čtenář se zde seznamuje se suicidální problematikou jako celkem. Jsou mu zde popisovány například formy, motivy, příčiny, vývojové fáze, způsoby či rizikové faktory suicidálního jednání, včetně společenských postojů minulé i současné doby, a jiné skutečnosti. Dále je zde objasněna problematika krizové intervence z hlediska telefonních center tísňového volání 112 a jejich operátorů. Teoretická část práce se opírá o poznatky získané na základě analýzy, syntézy a rešerší dostupných literárních zdrojů zabývajících se danou tematikou. Jako studijní literatura byly použity tištěné knižní zdroje, periodika, zákony, zákonné předpisy a metodiky Hasičského záchranného sboru ČR, Bojový řád jednotek požární ochrany, Katalogový soubor typové činnosti a elektronické zdroje.

V diplomové práci byla k dosažení cílů a získání odpovědi na výzkumnou otázku použita kvalitativní metoda výzkumu. V obou krajích bylo, na základě dotazníkového průzkumu, provedeno zhodnocení připravenosti operátorů linky tísňového volání 112 na odbavování hovorů se suicidálními jedinci a byla zodpovězena výzkumná otázka. Odpovědí na výzkumnou otázku byla skutečnost, že odborná připravenost obsluhy linky tísňového volání 112 pro odbavování hovorů se sebevražednou tematikou vyžaduje rozšíření profesních znalostí a dovedností této obsluhy. Na základě dat získaných dotazníkovým průzkumem a na základě studia odborné literatury je vypracován návrh metodiky na zvýšení odborné připravenosti obsluhy linky tísňového volání 112 pro vedení hovorů suicidálního typu.

Z výsledků dotazníkového výzkumu vyplynulo, že ne všichni operátoři prokazují stejné znalosti a dovednosti, a že ne všichni pravidelně procházejí stejnými školeními zaměřenými na suicidální tematiku. Do návrhu metodiky jsou proto zapracována školení rozdělená dle jednotlivých kategorií, pro každou kategorii je zpracován časový harmonogram, obsahová skladba školení a doporučena osoba školitele.

V diskuzi a v závěru této práce jsou uvedena i další užitečná doporučení, která se týkají zkoumané problematiky, a která nejsou v návrhu výše uvedené metodiky obsažena.

KLÍČOVÁ SLOVA

Sebevražda, sebevražedné jednání, sebevrah, linka tísňového volání, hovor, operátor

ABSTRACT

Following the decision by the Council of the European Communities, the single emergency number 112 has been introduced in the Czech Republic. The Government of the Czech Republic decided to dedicate as the recipient of 112 emergency calls, the Fire and Rescue Services.

An emergency call is the fundamental way to announce an incident and request assistance from the Integrated Rescue System. This service ensures the basic protection of human rights – life and health safety, normal environment protection and property protection. The emergency number is accessible nonstop to everybody, dependent on mobile phones network signal coverage throughout the country, free, available to all phone networks, from all the various terminal apparatus.

The operators working the emergency line 112 receive, evaluate and handle information about the type of incidence while performing their job. They also receive situations where they handle emergency calls dealing with suicides. Talking to a person with suicidal intent is an extremely stressful and mentally challenging situation. Operators are well aware when handling a suicide call a human life hangs in the balance. They are the ones which can discourage the intention of suicide or lose the caller. Due to the seriousness of the matter it is really essential that the operators are professionally prepared to handle such calls and successfully deal with this challenging situation.

The thesis deals with the handling of suicide calls on the single European emergency line 112 in the South Bohemia and Plzen regions.

I established two goals for the diploma thesis. The first objective is to compare the professional preparation of the emergency line 112 operators for handling suicide calls in the South Bohemia and Plzen regions. The second is to create a proposal for

increasing the training preparedness of the emergency line 112 operators for dealing with suicide calls.

The thesis is divided into a theoretical and practical part. The theoretic part covers the basic concepts of the topic of suicide. In general the reader becomes familiar with the basic concepts, such as forms, motives, causes, developmental stages, methods or risk factors for suicidal tendencies, past and present social attitudes and other facts are described. Further the issue of crisis intervention is clarified from the point of view of the emergency call 112 centers and their operators. The theoretical part of the thesis relies on the knowledge based on the analysis, synthesis and research from available sources dealing with this issue. Printed books, magazines, journals, laws, statutory regulations and methodology of the Czech Republic Fire and Rescue Service, Fighting rule of Fire protection units, Catalog File of Type Activities and electronic sources were used as references.

To achieve the purpose and obtain answers to the research question, the qualitative methodology of research was used in the thesis. In both regions, on the basis of a questionnaire survey, readiness of the emergency number 112 operators to handle calls from individuals contemplating suicide was evaluated and the research question answered. Response to the research question proved that professional preparedness of the operators of emergency number 112 for handling calls related to suicide requires the operators possess additional professional knowledge and skills. Based on the data from the questionnaire survey and a study of the professional literature, design methodology is developed to enhance professional preparation service emergency number 112 suicide calls.

The results from the questionnaire survey indicated that not all the operators demonstrated the same knowledge level and skills and that regularly all of them do not go through the same training on the theme of suicide. Therefore in design methodology,

training divided by each category is incorporated. For each category, a schedule, structure and content of the training is elaborated and a suitable trainer is recommended.

In the discussion and conclusion of this thesis there are further useful recommendations listed which relate to the research topic, however they are not part of the above mentioned methodology.

KEY WORDS

Suicide, suicidal behavior, emergency number, call, operator

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci jsem vypracoval(a) 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 diplomové práce, a to – v nezkrácené podobě – v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných fakultou – elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 21. 5. 2013

.....

Renáta Kučerová

Poděkování

Ráda bych na tomto místě vyjádřila vřelé poděkování vedoucímu práce panu prof. Ing. Gustavu Šafrovi, DrSc. za odborné a hluboce lidské vedení diplomové práce, za cenné připomínky a rady, a paní Ing. Janě Neškodné za její podnětné nápady a poznatky.

Také bych chtěla touto cestou poděkovat všem známým, kteří mi byli při psaní této práce nápomocni a v neposlední řadě svým blízkým, kteří mi po celou dobu studia fandili a podporovali mne.

OBSAH

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK.....	14
ÚVOD.....	10
1. TEORETICKÁ ČÁST.....	17
1.1 Sebevražedné jednání.....	17
1.2 Vymezení základních pojmů.....	17
1.2.1 Sebevražda.....	17
1.2.2 Sebezabití.....	19
1.2.3 Sebeobětování.....	20
1.2.4 Sebepoškozování.....	20
1.3 Sebevražda z historického hlediska.....	21
1.4 Sebevražda a Světová zdravotnická organizace.....	23
1.5 Teorie sebevražedného jednání.....	24
1.5.1 Sociologický přístup.....	24
1.5.2 Medicínský přístup.....	25
1.5.3 Psychologický přístup.....	26
1.6 Formy sebevražedného jednání.....	28
1.6.1 Sebevražedné myšlenky.....	28
1.6.2 Sebevražedné tendence.....	29
1.6.3 Sebevražedný pokus.....	29
1.6.4 Dokonaná sebevražda.....	31
1.7 Motivy a příčiny sebevražedného jednání.....	33
1.8 Rizikové faktory sebevražedného jednání.....	35
1.9 Způsoby sebevražedného jednání.....	37

1.10	Varovné signály a diagnostika suicidálního ohrožení.....	38
1.11	Sebevražda z pohledu jednotlivých vývojových fází.....	39
1.11.1	Dětský věk	40
1.11.2	Adolescence	40
1.11.3	Mladá dospělost	41
1.11.4	Střední věk	41
1.11.5	Stáří.....	42
1.12	Mýty o sebevraždách.....	42
1.13	Společenské postoje k sebevraždám	45
1.14	Krizová intervence a linka tísňového volání 112.....	46
1.14.1	Pojem krizová intervence.....	46
1.14.2	Telefonická krizová intervence.....	46
1.14.3	Výhody a nevýhody telefonické krizové intervence.....	47
1.14.4	Krizová intervence na linkách důvěry a na lince tísňového volání 112 .	48
1.14.5	Historie telefonních center tísňového volání 112	49
1.14.6	Základní přínosy TCTV 112.....	50
1.14.7	Poslání operátorů na lince tísňového volání 112	51
1.14.8	Právní postavení krizového pracovníka	51
2	VÝZKUMNÁ OTÁZKA A METODIKA VÝZKUMU.....	54
2.1	Výzkumná otázka.....	54
2.2	Metodika výzkumu.....	54
3	VÝSLEDKY.....	56
3.1	Vyhodnocení výsledků dotazníkového průzkumu	56
3.1.1	Vyhodnocení otázky č. 1	56

3.1.2	Vyhodnocení otázky č. 2	57
3.1.3	Vyhodnocení otázky č. 3	58
3.1.4	Vyhodnocení otázky č. 4	58
3.1.5	Vyhodnocení otázky č. 5	59
3.1.6	Vyhodnocení otázky č. 5.1.	59
3.1.7	Vyhodnocení otázky č. 6	60
3.1.8	Vyhodnocení otázky č. 7	60
3.1.9	Vyhodnocení otázky č. 8	61
3.1.10	Vyhodnocení otázky č. 8.1	62
3.1.11	Vyhodnocení otázky č. 9	63
3.1.12	Vyhodnocení otázky č. 10	64
3.1.13	Vyhodnocení otázky č. 11	65
3.1.14	Vyhodnocení otázky č. 12	65
3.1.15	Vyhodnocení otázky č. 13	67
3.1.16	Vyhodnocení otázky č. 14	68
3.1.17	Vyhodnocení otázky č. 14.1	69
3.1.18	Vyhodnocení otázky č. 15	69
3.1.19	Vyhodnocení otázky č. 16	70
3.1.20	Vyhodnocení otázky č. 17	71
3.1.21	Vyhodnocení otázky č. 18	71
3.1.22	Vyhodnocení otázky č. 19	73
3.1.23	Vyhodnocení otázky č. 20	74
3.1.24	Vyhodnocení otázky č. 21	75
3.1.25	Vyhodnocení otázky č. 21.1	76

3.1.26	Vyhodnocení otázky č. 22	76
3.1.27	Vyhodnocení otázky č. 22.1	77
3.1.28	Vyhodnocení otázky č. 23	78
3.1.29	Vyhodnocení otázky č. 24	80
3.1.30	Vyhodnocení otázky č. 25	81
3.1.31	Vyhodnocení otázky č. 26	82
3.1.32	Vyhodnocení otázky č. 27	83
3.1.33	Vyhodnocení otázky č. 27.1	84
3.1.34	Vyhodnocení otázky č. 28	84
3.1.35	Vyhodnocení otázky č. 29	85
3.1.36	Vyhodnocení otázky č. 30	86
3.1.37	Vyhodnocení otázky č. 31	88
3.2	Návrh metodiky na zvýšení odborné připravenosti obsluhy linky tísňového volání 112 pro odbavování hovorů se sebevražednou tematikou	90
4	DISKUZE	95
5	ZÁVĚR	107
6	SEZNAM INFORMAČNÍCH ZDROJŮ	109
7	PŘÍLOHY	114

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

apod.	a podobně
atd.	a tak dále
č.	číslo
ČR	Česká republika
HZS	Hasičský záchranný sbor
IZS	integrovaný záchranný systém
např.	například
OPIS	operační a informační středisko
SIM karta	subscriber identity module – účastnická identifikační karta
tab.	tabulka
TCTV	telefonní centrum tísňového volání
TCTV JČK	telefonní centrum tísňového volání Jihočeského kraje
TCTV PK	telefonní centrum tísňového volání Plzeňského kraje
tj.	to jest
tzv.	takzvaně
WHO	World Health Organization – Světová zdravotnická organizace

ÚVOD

Délka lidského života není neomezená. Smrt - velké tabu pro mnoho z nás - má na jeho konci své jisté místo. Za normálních okolností každý člověk věří a doufá v co nejdelší délku svého života, usiluje o jeho udržení a bojuje o záchranu. Ocitne-li se však jedinec v těžké životní situaci, kterou chápe jako bezvýchodnou, může se stát, že život pro něj ztratí hodnotu a jeho ukončení pak považuje za jediné řešení.

Někdy člověk o sebevraždě s nikým nemluví, myšlenky na ni jsou stále vtíravější a za nějaký čas se o sebevraždu pokusí, nebo ve svém pokusu uspěje a rovnou zemře. Někdo se naopak má potřebu se svými sebevražednými myšlenkami a pohnutkami svěřit a jako jednu z možností zvolí telefonní kontakt a vytočí linku tísňového volání 112.

Ve své diplomové práci se zabývám odbavováním hovorů se sebevražednou tematikou na jednotné evropské lince tísňového volání 112 v Jihočeském a Plzeňském kraji.

Zajímala mne skutečnost, zda jsou operátoři linky tísňového volání 112 na hovor se sebevrahem připraveni. V této souvislosti jsem pro diplomovou práci vytyčila dva cíle. Prvním z nich je porovnat odbornou připravenost obsluhy linky tísňového volání 112, pro odbavování hovorů se sebevražednou tematikou, v Jihočeském kraji a kraji Plzeňském. Jako druhý cíl je stanoveno vytvořit návrh metodiky na zvýšení odborné připravenosti obsluhy linky tísňového volání 112 pro odbavování hovorů se sebevražednou tematikou.

Práce teoreticky analyzuje sebevražednou problematiku a prakticky zkoumá připravenost operátorů linky tísňového volání 112 pro odbavování hovorů se suicidální tematikou a navrhuje metodiku školení zaměřenou na vedení hovorů tohoto typu.

Pro dosažení cílů a zodpovězení na výzkumnou otázku „Vyžaduje odborná připravenost obsluhy linky tísňového volání 112 pro odbavování hovorů se

sebevražednou tematikou rozšíření profesních znalostí a dovedností této obsluhy?“ je použita kvalitativní metoda výzkumu. V obou krajích byl proveden dotazníkový průzkum a vytvořen návrh metodiky na zvýšení odborné připravenosti operátorů 112 pro odbavování hovorů suicidálního typu.

V diskuzi a závěru práce jsou uvedena doporučení týkající se zkoumané problematiky. V závěru práce je zhodnocena připravenost obsluhy linky tísňového volání 112 pro odbavování hovorů se sebevražednou tematikou a jsou zde popsány přínosy této práce.

Jako přínosné jsem během celé své práce vnímala fakt, že jsem sama dříve pracovala jako operátorka na tísňové lince 112 a toto prostředí je mi tudíž velmi blízké.

1. TEORETICKÁ ČÁST

1.1 Sebevražedné jednání

Sebevražedné jednání se v lidské společnosti vyskytovalo vždy, a to i tehdy, když bylo společensky odmítáno a sankcionováno. Různé kultury se k problematice sebevražedného jednání staví odlišným způsobem. Mnohé považují tento způsob smrti za zcela normální, a tudíž sociálně přijatelný, u jiných je tomu naopak.

Sebevražedné jednání lze definovat jako násilné jednání charakteristické úmyslem dobrovolně, na základě vlastního rozhodnutí, zničit vlastní život (1). Sebevražedné jednání tak představuje akt chování, kterým člověk poškozuje své zdraví se záměrem usmrtit se. Tento záměr bývá více či méně vědomý, více či méně závažný (2). Jednání může být dokonané, avšak často jde nakonec o neúspěšný pokus o sebevraždu (3).

1.2 Vymezení základních pojmů

1.2.1 Sebevražda

Sebevražda je obvykle důsledkem reakce na tíživou situaci spojenou se ztrátou smyslu života. U člověka, který je takto náročné životní situaci vystaven, dochází k poruše pudu sebezáchovy a následnému rozhodnutí úmyslně ukončit vlastní život. Děti se mohou rozhodnout pro sebevraždu z chorobného strachu před hněvem rodičů nebo trestem, v pubertě může být podnětem k fatálnímu rozhodnutí nešťastná láska, v pozdějším věku pak neschopnost řešit konflikt či zvládat osamělost. K sebevraždě se často uchylují osoby s duševním onemocněním, depresí, maniodepresivní psychózou, schizofrenií a někdy i psychopatií (4).

Slovo sebevražda je v latinském a anglickém jazyce přeloženo jako suicidium, respektive suicide; skládá se z latinského sui (se, sebe) a caedere (zabít, respektive caedium = zabití) (5).

Teorie a definice sebevraždy není jednotná. První pokusy o vypracování teorie sebevraždy sahají do 19. století, kdy vědci přicházeli s názory stejně početnými jako různorodými a rozpornými. Teorie doktorů Dominiqua Esquirola a Moreaua de Tours,

coby představitelů mravních a vědeckých autorit z počátku 19. století, byly založeny na myšlence, že sebevrazi jsou duševně nemocní lidé. Pozdější teorie Maurice Haldwacha spojovaly dobrovolnou smrt s duševními problémy, které plynou ze sociálního klimatu. Pod vlivem zakladatele moderní sociologie, Emila Durkheima, se koncem 19. století začalo připouštět, že vzít si život mohou i lidé duševně zdraví z důvodů, jež jsou známy pouze jim; sebevražda se tak stávala výhradně sociologickým jevem. V dnešní době činí filozofické koncepce a rozvoj psychoanalýzy ze sebevraždy psychosociální jev, který je odborníky rozčleňován do mnoha kategorií. Dobrovolná smrt se na základě rozmanitých teoretizujících přístupů a škol třídí na sebevraždy nejrůznějších povah: sebevraždy z akutní nebo chronické melancholie, sebevraždy z pomsty, egoismu, obyčejné, z náhlého či trvalého altruismu, sebevraždy patologické, maniakální, impulzivní, aktivní, pasivní, z odevzdanosti osudu, hrdinské, logické, z vášně, v pomatení mysli, z agrese proti vlastní osobě, jako oběť, pro zábavu, strategické, jako reakce na ztrátu důvěry a některé další (6).

Vymezením pojmu sebevražda se zabývala po dlouhá léta celá řada psychologů, psychiatrů, lékařů, filosofů a dalších odborníků. Definice sebevraždy není jednotná, nalézáme zde rozdíly zejména v šíři vymezení, co ještě lze za sebevraždu považovat a co již ne. Svoboda definuje sebevraždu jako vědomé a úmyslné ukončení života, jako nejvíce výrazný projev poruchy pudu sebezáchovy (7).

Durkheim chápal sebevraždu jako každý případ úmrtí, jež je přímým či nepřímým výsledkem činu nebo opomenutí spáchaného jedince, o kterém věděl, že povede ke smrti. Tato definice by však zahrnovala například i sebeobětování (8).

Sociolog Masaryk rozlišuje sebevraždu jak v širším slova smyslu, tak v užším. Sebevražda v širším slova smyslu je dle něj *„ten nepřirozený způsob smrti, jenž byl přivozen neúmyslným vsahováním člověka v životní proces, ať kladným, činným vlastním jednáním, nebo záporným, trpným chováním k nebezpečí života. V tomto smyslu je např. sebevrahem ten, kdo pro nemravný nebo nemoudrý život nalezne předčasnou smrt, neboť normální by bylo, kdyby každý člověk dosáhl stařeckého věku.“* (9). V užším a vlastním slova smyslu je dle jeho názoru *„jenom ten sebevrahem, kdo učiní svému životu konec úmyslně a vědomě, kdo si smrti jako takové přeje a je*

si jist, že si svým jednáním nebo opomenutím smrt přivodí.“ (9). Masaryk dále hlouběji rozvíjí terminologii a sebevraždu v širším slova smyslu označuje pojmem sebezabití, v užším slova smyslu pojmem sebevražda, kdy sebevraždu pojímá za zvláštní případ sebezabití (9).

Český psychiatr Jan Prokop v roce 1940 blíže modifikuje Masarykovu definici sebevraždy v užším slova smyslu s poukazem na to, že ne všichni sebevrazi si mohou být jisti, zda si svým činem skutečně způsobí smrt. Navrhuje tudíž formulaci, že *„sebevrah je ten, který očekává, že si svým činem smrt přivodí“* (8).

Výše zmíněné definice nezahrnují možnost přítomnosti nevědomých motivů a tendencí. Je zřejmé, že úmysl zemřít nemusí být jednoznačný, avšak postoje ke smrti mohou být jak vědomé tak i nevědomé. Nejvíce vyhovující se proto jeví Stengelova definice, podle níž lze suicidální jednání považovat za záměrný a sebepoškozující akt, při kterém si osoba, jež se ho dopouští, nemůže být jista, jestli jej přežije. V této definici nalzáme jak vědomý úmysl zemřít, tak i vědomé nebo nevědomé rozpolcení ke smrti a nejistotu ve výsledku tohoto aktu (8).

Světová zdravotnická organizace, která se zabývá sledováním a studiem mechanismů sebevraždy v globálním měřítku, přijala v roce 1968 definici, kterou označuje sebevražedný čin za útok proti vlastní osobě s různým stupněm úmyslu zemřít. Sebevraždu dále definuje coby čin s fatálním výsledkem (6).

1.2.2 Sebezabití

Jak jsem již dříve zmínila, sebevražedné jednání lze charakterizovat jako poruchu pudu sebezáchovy. Jedinec, který se rozhodne spáchat sebevraždu, sice může aktuálně uvažovat, prožívat i reagovat nestandardním způsobem, ale jeho psychika nemusí vykazovat patologické změny. Pokud by tomu tak bylo, pak často můžeme hovořit spíše o sebezabití než o sebevraždě. Sebezabitím rozumíme zničení vlastního života za absence vědomého úmyslu zemřít. Dotyčný člověk, který takto jednal, nebyl v dané situaci schopen uváženě zhodnotit možné důsledky svého chování, popřípadě konal v afektu, a ve skutečnosti neměl v úmyslu se zabít. Toto jednání mnohdy vyplývá z chorobných psychických projevů, např. z porušeného vědomí v důsledku intoxikací či

z halucinací a bludů při psychózách. Příčinou sebezabití může být i vynucení formou násilí druhých osob, kdy člověk jedná proti své vůli a nechce zemřít. S případy tohoto druhu se můžeme setkat v rámci partnerských vztahů nebo hromadných sebevražd. Lze je shledat i v historii, kdy například v antickém Řecku byl tímto způsobem oficiálně vykonáván trest smrti. Z dějepisu všichni víme, že Sokrates byl donucen vypít číši bolehlavu (10).

1.2.3 Sebeobětování

Další specifickou kategorií představuje sebeobětování. Sebeobětováním rozumíme jednání, které vyplývá z dobrovolného a svobodného rozhodnutí obětovat život v zájmu hodnot, které mají aktuálně větší cenu než vlastní život. Jedinec obětuje život, aby potvrdil význam této hodnoty, aby na ni upozornil, změnil společenské postoje, názory apod. Primárním úmyslem není v tomto případě zemřít, nýbrž dosáhnout něčeho jiného (10).

Sebevražda a sebeobětování vykazují určité společné znaky, kdy sebevražda a sebeoběť jako důsledek extrémních forem specificky lidského jednání vyrůstají ze společného základu: vyjadřují – ač tragickým způsobem – schopnost člověka a jeho možnost dokumentovat vědomým sebezničením určitý hodnotový postoj (11).

1.2.4 Sebepoškození

Pojmem sebepoškození označujeme takové jednání, kdy se jedinec vědomě, úmyslně a cíleně sebepoškozuje, bez vědomé sebevražedné motivace. Jedná se zejména o pořezání nožem, žiletkou, sklem na horních i dolních končetinách, někdy i v obličeji, na prsou či břicho, patří sem i popálení cigaretou nebo zapalovačem. Příčiny sebepoškození mohou být nejrůznějšího původu, většinou se předpokládají nevědomé motivy, hypotézy hovoří i o jakési potřebě sebepotrestání. Sebepoškozující chování obvykle začíná v období adolescence a časně dospělosti. U psychiatrických pacientů je výskyt sebepoškozujícího jednání asi padesátkrát častější než u běžné populace. Zvláště časté je u závislých na návykových látkách po přijetí na psychiatrické oddělení (je uváděno u čtyřiceti procent narkomanů). Předpokládá se, že osoby, které se

sebeпоškozují, byly v dětství týrány, a že ve svém sebezraňování opakují deformované vztahy se sadistickým rodičem. Není výjimkou, že mnohdy ve svém životě inklinují ke krutým partnerům. Dle některých psychologických vysvětlení mohou v aktuální situaci sebeпоškozování mít tyto osoby prožitek určité sebekontroly, kdy jim například krvácení způsobené pořezáním přináší uklidnění. Toto jednání může mít i rituální podtext, jeho spouštěčem bývá stresor působící z okolí. Poškození většinou nejsou vážná, avšak u většiny těch, kdo se poškozují, bývá anamnéza suicidálního jednání. Je proto nezbytné pamatovat na riziko úmyslného nebo nahodilého suicidia (12).

1.3 Sebevražda z historického hlediska

Suicidální chování se u lidí vyskytuje pravděpodobně od nepaměti. V průběhu vývoje lidské společnosti se pohled a postoje k sebevražednému jednání měnily v závislosti na existenci převažujících a obecných názorů na život.

Antická společnost sice zpočátku ještě vymezovala okolnosti, za nichž bylo přípustné, aby člověk sám ukončil svůj život, později však již neprohlašovala sebevraždu za mravně zavrženíhodný čin. I přesto zde nepanovaly zcela jednotné názory. Pro Aristotela představovala sebevražda překročení zákona, a zdálo se mu tudíž přirozené, že na sebevrahovi ulpívá určitá míra pohany. Sebevrahy považoval za zbabělce, kteří se svou změkčilostí vyhýbají protivenství. Stoická škola ovšem už otevřeně hlásala, že kvalita života je důležitější než jeho kvantita, tj. délka, a otevřeně přiznávala právo člověka ukončit svůj život, přináší-li mu jakékoliv utrpení.

Ve starověku byla sebevražednost vysoká, a to nejen v Řecku a v Římě, ale i v jiných kulturách. V Egyptě se sebevražda stala běžným, mnohdy i veřejně propagovaným způsobem smrti. Sebevraždu například spáchala egyptská královna Kleopatra, která se nechala uštknout hadem.

Obdobné platilo i ve východních říších, v Indii a v Číně. V Japonsku byla sebevražda uznávána za čin, který je hoden obdivu a následování. V dobách středověku tak zde vznikl tradiční sebevražedný rituál harakiri.

Názor na sebevraždu se radikálně změnil ve středověké Evropě s rozšířením křesťanství. Sebevražda byla považována za smrtelný hřích a sebevrah tak byl vystavován mnoha sankcím, církevním i světským. Sebevraždu považoval za těžký hřích i Tomáš Akvinský, neboť dle něj pouze Bůh, na rozdíl od člověka, má svobodu a právo rozhodnout o našem životě a smrti (1). Sebevražda stigmatizovala nejen oběť, ale i její rodinné příslušníky. Sebevrazi nesměli být pohřbeni do svěcené půdy hřbitova a byli pohřbíváni za hřbitovní zdí (8). Křesťanství nepůsobilo proti sebevražednému jednání pouze uplatňováním sankcí, nýbrž působilo i nepřímo, kdy lidem poskytovalo smysl života, zmírňovalo jejich trable a těžkosti tím, že vytvářelo víru v rovnost alespoň před Bohem, když už ne na tomto světě (1). Ve středověku tak v důsledku těchto postojů pravděpodobně sebevražd ubylo, i když jistě nevymizely zcela (8).

Společenské názory a postoje k sebevražednému jednání dostaly zásadních změn až v 18. století, jako příklad mohou být uvedeni francouzští osvícenci A. Voltaire a J. J. Rousseau. Přestože uchovávali ve své mysli určité výhrady k sebevraždě, i tak byli přesvědčeni, že člověk má právo rozhodovat o svém životě. Novověk je v této oblasti charakteristický spíše nejednoznačností postojů k sebevraždě. Je však nutno uvést, že sankcionování sebevražedného chování ve formě právních předpisů bylo uplatňováno poměrně velmi dlouho. Zákony namířené proti sebevrahům byly v platnosti ještě po celé 19. století. V Rakousku tak například byla sebevražda trestná až do roku 1850 a v Anglii mohl být sebevrah trestně stíhán dokonce až do roku 1961 (1).

Co se týká českých zemí, v průběhu 18. a zejména 19. století, začalo sebevražd hojně přibývat. Tato skutečnost byla způsobena vlivem průmyslové revoluce, kdy docházelo ke stěhování venkovského obyvatelstva do měst a počet městského obyvatelstva se prudce zvyšoval. Statistiky z druhé poloviny devatenáctého století poukazují na téměř trojnásobný nárůst sebevražd v Čechách a ve Slezsku, tedy v průmyslových oblastech, zatímco na Moravě byl vzestup sebevražd nižší.

Ve 20. století se dokonaná sebevražda stává dosti častým jevem. Dochází zde k výkyvům, jež souvisí se společenskou a hospodářskou situací ve státě. Vzestup sebevražedného jednání můžeme pozorovat na počátku třicátých let, jako následek hospodářské krize, ve čtyřicátých letech pak jako následek druhé světové války a jejích

dopadů. K mírnému vzestupu sebevražd došlo též v padesátých letech, což byla nepochybná reakce na tehdejší politickou situaci v zemi. Sebevražednost nadále narůstá i v průběhu šedesátých let minulého století, s vrcholem v roce 1970. Poté je možné pozorovat pozvolný sestup, který přetrvává dosud. Toto však bohužel nelze konstatovat ohledně sebevražednosti u adoscelentů, kde v průběhu devadesátých let 20. století dochází k vzestupu (8).

1.4 Sebevražda a Světová zdravotnická organizace

Během posledních 45 let došlo v celosvětovém měřítku k nárůstu počtu sebevražd. V roce 2000 zemřel v důsledku sebevraždy jeden milion osob, na každých čtyřicet sekund připadlo v průměru jedno úmrtí. Každý den si na naší planetě dobrovolně sáhne na život téměř 3000 lidí. Sebevraždy se řadí mezi tři hlavní příčiny úmrtí u osob ve věku 15 - 44 let, u obou pohlaví. Tato čísla nezahrnují pokusy o sebevraždu, každá osoba, která dokončí sebevraždu, se v průměru pokoušela o tento čin alespoň dvacetkrát již dříve. Přestože tradičně nejvíce sebevražd spáchají starší muži, nelze přehlédnout varující nárůst sebevražednosti mezi mladými lidmi, kteří se tak stávají nejvíce rizikovou skupinou ve třetině zemí, nezávisle na stupni rozvoje dané země.

Tato alarmující fakta se stala podnětem pro Světovou zdravotnickou organizaci (WHO), která za podpory Mezinárodní asociace pro prevenci sebevražd a dalších partnerů vyhlásila den 10. září jako Světový den prevence sebevražd. WHO chce prostřednictvím této celosvětově rozšířené akce upozornit na problematiku sebevražd, způsob a možnosti prevence a v neposlední řadě poukázat na národní odpovědnost jednotlivých zemí. WHO pokládá nárůst celosvětové sebevražednosti za jeden z prioritních zdravotních problémů, z tohoto důvodu podporuje preventivní programy vedoucí ke snižování a k odvrácení sebevražedných pokusů a dokonaných sebevražd. Devadesát procent sebevražd je spácháno osobami s psychickými poruchami, ať trvalejšími či dočasnými, nebo s duševním onemocněním. Preventivní programy zahrnují mimo jiné prevenci sebevražedného chování, léčbu a péči o osoby, které se o sebevraždu pokusily, podporu krizových center, odborné informace o sebevražedách v médiích a další aktivity. Ačkoliv je sebevražda v mnoha zemích stále tabu

a prevence sebevražd tak nemůže být celosvětově dostatečná, snaží se WHO spolu s dalšími partnery pronikat se svou strategií boje proti sebevraždám i do těchto teritorií (13).

1.5 Teorie sebevražedného jednání

Sebevražedné jednání je dnešní společností chápáno zejména jako jednání, které je patrně výslednicí selhání v několika rovinách. Sebevražednému úmyslu a jeho realizaci předchází celý sled okolností spojených vzájemně jako články řetězu. Hlavní příčinou, rozhodujícím podnětem či vlastní pohnutkou sebevraždy se jeví vnějšímu pozorovateli, ale nezdědká i sebevrahovi samému, poslední, sebevražednému jednání bezprostředně předcházející událost (14).

Sebevražedné jednání obvykle posuzujeme z více hledisek: sociologického, medicínského a psychologického.

1.5.1 Sociologický přístup

Sociologický přístup se snaží nalézt, analyzovat a vymezit sociální faktory, které mohou vést ke zvýšenému riziku sebevražedného jednání.

Před více než sto lety, v roce 1897, byla vydána jedna z nejznámějších sociologických prací, Durkheimova „Sebevražda“, jež ovlivnila i další autory. Durkheim ve své práci posuzuje sebevražedné jednání ze sociologického hlediska, kdy sebevraždu považuje výhradně za důsledek nepříznivého působení společenských vlivů. Ve své práci zcela opomněl, respektive nepřipouštěl, působení vnitřních, individuálně psychologických faktorů. Obdobné sociologizující tendence popisuje ve své práci o sebevraždě i T. G. Masaryk, kdy jako základní příčinu sebevražedného chování uvádí civilizační, neboli společenské jevy, jež vedou k rozpadu tradiční morálky a víry v Boha.

V současné době se pozornost sociologů soustřeďuje na sociální, respektive sociálně psychologické faktory. Zabývají se tak řešením neuspokojivých mezilidských vztahů (rodinných vztahů, osamělosti, nedostatkem spolehlivého vztahu a sociální podpory) , otázkami ztráty vazeb a sociálních otřesů (může jít např. o ztrátu zaměstnání,

společenského postavení, migraci, emigraci, válku, převrat) a v neposlední řadě i ekonomickými faktory (např. nezaměstnanost) (1).

Dle zakladatele „archetypové psychologie“ Hillmana je sebevražda „*ustáleným sociologickým fenoménem, nezávislým faktorem s nepodstatnými rozdíly v rozložení na jednotlivá léta, skupiny a oblasti. Je to jeden ze základních sociálních faktů....Sebevražda je kolektivní tendencí v životě sociální pospolitosti, řídící se vlastními zákonitostmi a vybírající si každým rokem jistý počet obětí*“ (15) .

1.5.2 Medicínský přístup

Sebevražda často bývala považována za projev duševní poruchy, takto ji například chápal v první polovině devatenáctého století francouzský lékař Esquirol (10).

Lékaři, respektive psychiatři, se zaměřují především na hledání patologických příčin sebevražedného jednání. Dostáváme se tak k otázce, zda každé sebevražedné jednání vykazuje psychopatologický charakter, či nikoliv. Duševní poruchy a nemoci stojí jen za částí dokonaných sebevražd, ovšem i tak obecně zvyšují riziko sebevražedného jednání (1).

U velké části pacientů je příčinou sebevražedného jednání zkratková reakce na zátěžovou životní situaci (16). „Nedepresivní“ sebevraždy jsou velmi často zkratkovitým, impulzivním jednáním v rámci přechodné poruchy vědomí ve spojení s afektem a nelze přehlížet, že jsou k nim predisponováni lidé s určitou poruchou osobnosti (17).

Mezi další nejčastější možné příčiny sebevražd řadíme již zmíněné duševní onemocnění, dále důsledky abúzu omamných látek a vlastní poruchy osobnostního vývoje (1).

Nemocní v depresivní epizodě trpí opakovanými suicidálními představami, myšlenkami na smrt a často se o sebevraždu pokusí (18). Častou příčinou sebevražd se jeví i schizofrenie. Jako významný rizikový faktor ve vztahu k sebevražednému jednání je považován alkohol. Je však třeba upozornit, že u alkoholiků se sumují různorodé zátěže: mívají finanční problémy, rodinné a partnerské neshody, ztrácí zaměstnání apod., někdy se jedná o jedince s poruchou osobnosti. Není proto vždy jednoznačné,

který z faktorů byl primární – alkohol může být jak příčinou různých potíží, tak i jejich neblahým následkem. Za sebevražedným jednáním může stát i nevyrovnaný osobnostní vývoj, který je obvykle spojen s neuspokojivým způsobem života, a který zvyšuje tendenci k různým formám abnormálního chování.

Ztráta pudu sebezáchovy a následné sebevražedné jednání může být též důsledkem těžkého somatického onemocnění nebo trvalé invalidity, kdy si jedinec uvědomuje, že jeho život je znehodnocen či ohrožen. Toto se týká zejména starších lidí, zvýšená sebevražednost byla zpozorována také u lidí trpících AIDS (1). O sebevraždě občas přemýšlejí i pacienti, kteří se nacházejí v terminální fázi onemocnění, kdy se dovídají, že jejich onemocnění je progredující, nevléčitelné, a že jim zbývá jen několik měsíců života. Sebevražedné chování v této skupině pacientů je pozorováno zejména u pacientů zařazených v dialyzačních programech nebo u těch, kteří čekají na orgánovou transplantaci. Jde o pacienty, kteří jsou značně limitováni ve svém „fungování“, a kterým byla třeba zprvu dána přehnaná naděje brzké transplantace, nebo u nich nastaly nečekané komplikace. Tito lidé nezřídka páchají takzvanou „pasivní sebevraždu“: náhle vzdávají svůj boj o život, vnitřně se zlomí a porušují přísně stanovená pravidla životosprávy (19).

Jako důležitou skutečnost je nutno uvést, že existence dědičné zátěže ve smyslu sklonu k sebevraždě, u zdravých osob, tedy u osob, jež netrpí žádnou duševní poruchou či onemocněním, nebyla potvrzena (1).

1.5.3 Psychologický přístup

Psychologický přístup je založen na hledání vysvětlení sebevražedných tendencí pomocí psychických faktorů. Snaží se jednak identifikovat a charakterizovat psychické vlastnosti, zejména osobnostní, jež mohou mít vliv na suicidální jednání, a jednak odhalovat a analyzovat prožitkové obsahy, někdy i jejich vývoj.

Mezi psychology převládá názor, že jedinec se rozhoduje k sebevraždě tehdy, pokud již vyčerpal své vnitřní zdroje, zejména ztratil motivaci a smysl života (20). Člověk obvykle získává pocit ztráty smyslu života, většinou dočasně, pokud je podroben subjektivně významné zátěži, která může představovat ohrožení nebo ztrátu

nějaké osobně důležité hodnoty. Taková zátěž může v některých případech vést k oslabení pudu sebezáchovy, jež vyústí až v sebevražedné jednání. Pokud suicidálním chováním reaguje člověk, který byl dříve duševně zdravý, lze hovořit o závažné posttraumatické stresové poruše. Ta může propuknout následkem dostatečně silného stresoru i u dosud vyrovnaného a odolného jedince (1).

Ztrátu smyslu života považuje za základ sebevražedného jednání i Frankl, který uvažuje, zda: „*může být hodnotová bilance života někdy tak negativní, aby se další život jevil jako bezcenný*“. Život chápe jako úkol takového obsahu, který jsme mu schopni dát. Sebevraždu nepovažuje za jakékoliv řešení problémů: „*... v životě se nevyřeší žádný problém tím, že člověk odhodí život*“ (21).

Velmi častým spouštěčem sebevražedného jednání je pocit životní beznaděje. Objevuje se zejména u starých osob a dětí školou povinných, ale i u ostatních věkových kategorií. Například staří lidé pocítují, že jejich věk je nezvratný, že již nemohou nikomu pomoci, nic dokázat, a že jsou zbyteční. Bilancují o svém dosavadním životě a kalkulují o budoucnosti, kterou vnímají jako zcela marnou a následně páchají dokonale připravenou sebevraždu (22).

Ačkoliv nelze na mnoho sebevražd nahlížet jako na projev duševní poruchy, nelze opominout, že v souvislosti s autodestruktivním jednáním pravděpodobně často dochází k akutním výkyvům psychických reakcí postavených mimo oblast normy (11).

Dle známého klinického psychologa Vymětala je sebevražedné jednání umožněno, a většinou i vyvoláno, patickou depresivní náladou. Jedná se tudíž o součást a projev psychické poruchy, která je léčitelná. Vymětal je přesvědčen, že lidé, kteří umírají vlastním přičiněním umírají vlastně „zbytečně“ a díky tomu, že se jim nedostalo odborného vedení a léčby (17).

Klinická psychologie 60. a 70. let se snažila nalézt typický osobnostní profil člověka se sebevražednými sklony, aby mohla u těchto osob preventivně zasáhnout. Hledání takových vlastností však vyšlo jako problémové. Jednak jsou lidé posuzováni až po suicidálním činu, tudíž se jejich postoje a pocity mohly vlivem prožité události změnit. Dále pak je možné vyzpovídat a testovat pouze ty osoby, které svůj sebevražedný pokus

přežily, což nemusí být zcela reprezentativní, nejvíce ohrožená skupina. Jak se tedy nakonec ukázalo, žádný typický profil sebevraha neexistuje (1).

1.6 Formy sebevražedného jednání

Sebevražedné chování u dětí a adolescentů, stejně jako u dospělých, se vyskytuje ve vícero formách. Rozpoznáváme sebevražedné myšlenky, sebevražedné tendence, sebevražedný pokus a dokonanou sebevraždu. Otázkou je, zdali se formy sebevražedného chování od sebe liší pouze kvantitativně, nebo je mezi nimi i rozdíl kvalitativní. Při posuzování z hlediska kvantitativního, by podle některých autorů ležely všechny formy sebevražedného chování na jedné kontinuální přímce a lišily by se pouze intenzitou sebevražedných tendencí a pevností rozhodnutí zemřít. V případě kvalitativního pojetí však tyto různé formy chování ne jedné přímce neleží, sebevražedné myšlenky neznamenaají totéž co sebevražedné tendence a suicidální pokus pak není pouze nepodařenou sebevraždou (8).

1.6.1 Sebevražedné myšlenky

Téměř každý z nás byl ve svém životě konfrontován myšlenkou, co by bylo, kdyby nebyl, kdyby usnul a již se neprobudil. Tyto a podobné myšlenky dosti typicky patří zejména k období dospívání, většinou jde o frustrní suicidální nápady, bez větší intenzity, které nepřerůstají v tendenci k realizaci. Sebevražedné myšlenky se stávají formou sebevražedného jednání ve chvíli, kdy jsou intenzivní, obtížně odklonitelné a dotyčný se jimi zabývá převážnou část svého času. Důležitým faktorem pro posouzení jejich nebezpečnosti je jejich konkrétnost, to znamená nakolik je jasná představa jedince o způsobu a možnosti sebevraždy, na jakém místě by se měla odehrát, zda je například připravován dopis na rozloučenou (8).

Tendence k sebevražednému jednání nevzniká zcela náhle a nečekaně, obvykle se rozvíjí po určité, různě dlouhé časové období, které můžeme rozdělit do několika fází:

1. V první fázi se objevují počáteční úvahy o sebevraždě, kdy jedinec tuto vidí jako jednu z možných alternativ řešení jeho problémů, jež pro něj představují

subjektivní, obtížně zvládnutelnou zátěž. Toto období je charakterizováno postojem „Mohl bych to udělat“.

2. Druhá fáze je charakteristická tím, že v ní dochází ke konkretizaci sebevraždy. Sebevražedné tendence narůstají, jedinec akceptuje sebevraždu jako řešení svých problémů a začíná plánovat způsob, jak ji uskutečnit. Objevuje se zde tak úvaha „Jak bych to mohl udělat“.
3. Třetí fázi nazýváme jako fázi realizace sebevražedného úmyslu. Heslem tohoto období by mohlo být „Udělám to“. Rozhodnutí k sebevraždě může jedinec prožívat jako vyřešení svého problému a může tak u něj dojít k úlevě a uvolnění. Navenek může tato změna působit jako signál zlepšení jeho stavu, a tudíž je v tomto stadiu nebezpečí realizace sebevraždy těžko rozpoznatelné.

Ne všechny výše uvedené fáze se musí vždy uskutečnit. Někdy člověk o sebevraždě uvažuje, ale nakonec se k ní neodhodlá. Jindy zase může sebevražda proběhnout ve zkratce, někteří jedinci mohou jednat impulzivně a bez předběžných úvah. Ani za těchto okolností však nemůžeme jistě vyloučit, zda o sebevraždě někdy předtím dotyčný nepřemýšlel (10).

1.6.2 Sebevražedné tendence

Následně na sebevražedné myšlenky navazují sebevražedné tendence. Projevují se konkrétními kroky a přípravami vedoucími ke spáchání sebevraždy, například shromažďováním léků či opatřením si zbraně za tímto účelem (8).

1.6.3 Sebevražedný pokus

Sebevražedný pokus představuje další krok v sebevražedném chování směrem k sebevraždě. Je definován jako každý život ohrožující akt s úmyslem zemřít, avšak nikoli s letálním koncem. Otázkou zůstává, zda sebevražedný pokus je pouze „nepodařená sebevražda“, tedy rozdíl je pouze kvantitativní, nebo zda je kvalitativně odlišnou formou sebevražedného jednání. Zastánci tvrzení, že sebevražedný pokus není pouze „nepodařenou sebevraždou“, nýbrž se jedná o kvalitativně odlišnou formu

sebevražedného jednání, uvádí následující rozdíly mezi sebevražedným pokusem a dokonanou sebevraždou (8, 23):

- U žen je zaznamenán častěji suicidální pokus, zatímco u mužů dokonané suicidium.
- Sebevražedný pokus u obou pohlaví je pozorován spíše v první polovině života, dokonaná sebevražda dominuje v druhé polovině života.
- Rozdíly jsou uváděny i z hlediska motivace; motivem sebevražedných pokusů bývají většinou problémy v oblasti interpersonálních vztahů, u dokonaných sebevražd bývají motivem problémy intrapsychické nebo ohrožení.
- Sebevražedný pokus je častěji proveden tzv. měkkou metodou (např. intoxikace medikamenty), na rozdíl od dokonaných sebevražd, kdy jsou voleny tzv. tvrdé metody (zastřelení, strangulace).
- Sebevražedný pokus je spíše výsledkem spontánního, málo promyšleného rozhodnutí, dokonané sebevraždě předchází delší plánování a přípravy.

Někteří autoři upozorňují na skutečnost, že úmysl zemřít nemusí být jednoznačný. Jedinec může mít ambivalentní postoje ke smrti, vědomé i nevědomé, a sebevražedným činem vlastně dává svůj život v sázku. Suicidální pokus může být voláním o pomoc, může sloužit jako prostředek, jímž dává suicidant najevo nějakou skutečnost o svém životě a o závažnosti problémů, jež právě řeší (8, 23).

Nejednoznačnost postoje k přání zemřít je charakteristická pro adolescentní věk. Pacienti z řad adolescentů lékařům často sdělují, že sebevraždu jen zkoušeli s tím, že pokud nepřežijí, bylo by to dobré, pokud přežijí, bude to rovněž dobré. Takovému jednání se nápadně podobají některé „adrenalinové sporty“ adolescentů, jako je například jízda na nárazníku metra nebo hra „ruská ruleta“, při které vjíždějí plnou rychlostí do křižovatky z vedlejší ulice nebo v době, kdy jim na semaforu svítí červená (8).

Sebevražedný pokus často označujeme zkratkou TS – tentamen suicidii (z latinského Tentamen – pokus, zkouška) nebo jako parasuicidium (z řeckého para – podle, skoro, vedle a z latinského suicidium – sebevražda) (24). **Parasuicidium** je zvláštní případ nedokonaného suicidálního jednání, jde o sebevražedný pokus, u kterého

není přítomen úmysl zemřít, jedná se tudíž spíše o sebepoškození. Nesprávným odhadem, či nešťastnou náhodou, však může skončit letálně.

Můžeme se setkat i s přímou **simulací suicidálního jednání**, kdy je toto jednání tedy pouze předstíráno. Postrádá autogresivní projevy a jeho účelem bývá většinou něčeho dosáhnout nebo něčemu nepříjemnému se vyhnout (8).

1.6.4 Dokonaná sebevražda

Dokonané suicidium je charakterizováno jako sebepoškozující akt s letálním koncem, který je způsoben sebou samým, s vědomým úmyslem zemřít. Opět zde narážíme na již dříve zmíněnou vědomou či nevědomou motivaci a nejednoznačnost úmyslu zemřít. Z tohoto důvodu navrhuje Stengel definovat sebevraždu jako každý záměrný sebepoškozující akt, při němž si jedinec, který se ho dopouští, nemůže být jistý, zda jej přežije či nikoliv (8).

Na základě motivace k sebevražednému jednání, zamýšleného cíle a způsobu provedení rozlišujeme dle Vágnerové tři základní alternativy sebevražedného jednání:

1. Bilanční sebevraždy jsou výsledkem dlouhodobého působení subjektivně závažných motivů, a vyplývají převážně z racionálního úsudku. Jedinec je rozhodnut zemřít a předem si pečlivě promýšlí a připravuje prostředky k dosažení svého cíle. Tyto sebevraždy jsou mnohdy dlouhodobě připravovány a bývají častěji dokonané. Jednají tak například lidé se závažným somatickým onemocněním, zejména jedinci trpící těžkou nevyléčitelnou chorobou, nebo staří lidé, jež jsou ve své nemoci osamoceni, a kteří již neočekávají od života nic pozitivního (10). Oproti tomu Viewegh zastává názor, že bilanční sebevraždu spáchá i osoba zcela normální, duševně a tělesně zdravá, jako bilanci svého dosavadního života, po zvážení kladných a záporných vyhlídek do budoucna. Filozoficky motivovanou sebevraždu, kdy člověk přemýšlí nad smyslem bytí či nebytí, pak považuje za nejrozvinutější formu bilanční sebevraždy (11). Bilanční sebevraždu, kterou spáchá člověk v normálním duševním stavu, na základě motivů vycházejících z reality, označují Koutek a Kocourková jako **sebevraždu biickou**. Bilancování však považují za součást každé, tudíž i patologické sebevraždy. Jako příklad biické sebevraždy lze uvést sebevraždu, ke které se člověk odhodlá kvůli

dluhům, kdy svou situaci vyhodnotí jako beznadějnou a jediným možným východiskem se mu jeví ukončení života (8).

2. Impulzivní sebevražedné jednání je stimulováno afektivně, náhlým rozhodnutím, které obvykle postrádá vážný úmysl zemřít. Člověk jedná zkratkovitě, pod vlivem okamžitého impulsu, bez přílišného zamýšlení nad prostředky, volí cokoli, co je v daném okamžiku dosažitelné. Motivy takového jednání bývají odlišné, obvykle lze tento sebevražedný pokus interpretovat jako volání o pomoc, jako krajní prostředek k dosažení určitého, osobně významného cíle. Příčiny vycházejí z problémů v mezilidských vztazích, může se jednat i o předstírání sebevražedného úmyslu za účelem citového vydírání či manipulace, lze se zde setkat i s různými výhrůzkami.

3. Skupinové sebevraždy představují specifickou variantu sebevražedného jednání, kdy sebevraždu spáchá více osob najednou. V těchto případech je nutné odlišit, kdo byl iniciátorem, a kteří jedinci byli pouze primárně pasivními účastníky, přestože takové rozhodnutí mohli nakonec dobrovolně akceptovat. Jednání těchto účastníků můžeme chápat jako projev velmi silné identifikace s iniciátorem, respektive skupinové koheze, ať už je to partner nebo vůdce skupiny. Iniciátor si takto může potvrzovat svou vlastní hodnotu či moc nad ostatními. Jako nejčastější příklad tohoto typu sebevražd lze uvést skupinové sebevraždy členů různých náboženských sekt, kteří se společně pod vedením svého vůdce rozhodnou ukončit život. Zcela odlišnou motivaci však mají skupinové sebevraždy osob, které se ocitly v bezvýchodné situaci. Jako příklad můžeme uvést parašutisty, kteří spáchali atentát na Heydricha, a kteří se zabili bezprostředně před dobytím krypty kostela, kde se ukrývali před gestapem (10).

Koutek a Kocourková rozšiřují výše uvedený výčet o **účelové suicidální jednání**, jehož cílem není smrt, nýbrž vyřešení jinak svízelné situace. Tomu se podobá **demonstrativní suicidální jednání**. Rozdíl mezi nimi spočívá v tom, že při účelovém jednání je cíl sledován nevědomě, zatímco při demonstrativním vědomě (8).

Psychiatrie dále tento výčet doplňuje navíc o **patické sebevraždy**, které jsou přímo ovlivněné psychopatologií. Nejčastější příčiny takovýchto sebevražd bývají deprese,

schizofrenie, panické poruchy, poruchy osobnosti a závislosti na drogách a alkoholu. Mezi patické sebevraždy řadíme například *rozšířenou sebevraždu*, která je charakteristická jednoznačně patologickým podkladem. Může se jednat o případy, kdy duševně nemocný jedinec pod vlivem halucinací, či jiných představ, zabije nejprve určitou osobu ze svého okolí a poté i sebe samotného. Motivem takového jednání například může být v jeho myšlenkách neúnosnost žití jak pro něj, tak i pro své blízké (25). Tuto situaci však musíme z terapeutických i forenzních důvodů odlišit od situace, kde není přítomna psychotická motivace. Příkladem může být matka v rozvodovém řízení, která z pomstychtivosti vůči otci zabije jejich společné dítě a následně spáchá sebevraždu, nebo se o ni pokusí. V tomto případě se jedná o vraždu a následnou sebevraždu (8).

1.7 Motivy a příčiny sebevražedného jednání

Motivy sebevražedného jednání je zpravidla obtížné jasně určit. Někdy se jich jeví více, mohou se i vzájemně překrývat, jindy se zdá být motiv nejasný. Pokud sebevrah nezanechal například dopis na rozloučenou, mnohdy pak o motivech pouze spekulujeme (22, 26, 27, 28).

Častým motivem sebevražedného jednání se jeví událost, která mu bezprostředně předcházela. Při hledání motivů hovoříme s příbuznými, známými, případně i se svědky sebevraždy, nebo analyzujeme dopis na rozloučenou. Jednoznačnou odpověď na skutečný důvod sebevraždy však mnohdy nenalezneme, jelikož výpovědi mohou být značně zkreslené, ať již z důvodu nepošpinění sebevraha či sebe samé, nebo ze skutečné nevědomosti vypovídajících.

Vlastní sebevrahovy výpovědi o motivaci jsou velmi často nejasné, nesmyslné či malicherné. Z toho vyplývá, že motivy, jakými jsou například hádka či konflikt, respektive poslední problémy, vystupují spíše ve funkci bezprostředního provokujícího činitele suicidálního jednání, než jako skutečná motivace. Skutečné motivy zůstávají na úrovni nevědomých motivů a bývají záhadou i pro samotné sebevrahy. Ať však již je motivace vědomá či nevědomá, lze předpokládat, že v pozadí můžeme nalézt snahu o ukončení konfliktu, snahu o vyřešení nějaké krize (29).

Motivy v podobě různých zátěží se mohou sumovat v průběhu delšího časového období a ve svém souhrnu pak ovlivňovat riziko suicidálního jednání. Jindy je jedinec zasažen neočekávaným a subjektivně velice závažným traumatem, které není schopen zvládat a řešit, a tudíž reaguje sebevraždou. Obvykle tak jednají jedinci, kteří se ve svém životě nenaučili vyrovnávat s většími zátěžemi, protože k tomu neměli dostatek příležitostí, chybí jim potřebná zkušenost a jejich zvládací kompetence jsou nízké (10).

Většina autorů současné doby je toho názoru, že příčiny sebevražedného jednání jsou důsledkem selhání ve vícero rovinách a jsou tedy rozmanité. Sebevražedné jednání bývá zpravidla podmíněno multifaktoriálně, to znamená, že závisí na kumulaci různých zátěží, vrozených i získaných, i na nezvládnutých aktuálních problémech. Veškeré rizikové faktory můžeme hodnotit pouze jako nespecifické, zvyšující pohotovost k sebevražednému způsobu reagování (10, 28).

Lukeš, na základě poznatků z vlastní lékařské praxe usuzuje, že existují určité „trsy“, které se opakují. Jedná se zejména o: životní beznaděj, pocity viny, pocity bezmocnosti a bezvýchodnosti, osamělost a odloučení, deprese, tělesné choroby, jiné závažné duševní choroby či poruchy a negativní vlivy alkoholu a drog (22).

Jako nejčastější příčiny sebevražedného jednání Vágnerová uvádí:

- **dědičnost** – jako existenci genetické dispozice k sebevražednému jednání v souvislosti s nějakou duševní poruchou nebo chorobou, kde rizikovými faktory jsou deprese, schizofrenie a porucha osobnosti, obvykle spojená se sníženou tolerancí k zátěži a se sklonem k abúzu psychoaktivních látek
- **biologické příčiny**, kdy suicidální jednání může být reakcí na nepřijatelnost těžkého somatického onemocnění či trvalou invalidizaci
- **faktor pohlaví**, kde postoj k suicidálnímu jednání závisí na gender roli – ženy a muži se nesterjním způsobem vyrovnávají se zátěžemi, motivy a způsoby sebevražd jsou u obou skupin odlišné
- **sezónní klimatické vlivy** – je známé, že k suicidálnímu jednání dochází nejvíce na jaře a nejméně v letním období; pesimismus a pocit beznaděje je podporován nedostatkem světla

- **sociálně psychologické příčiny**, jakými mohou být:
 - neuspokojivé nebo chybějící vztahy, nedostatek osobní opory, osamělost,
 - působení dysfunkční rodiny, zejména násilí, absence pocitu jistoty a bezpečí nebo nepřítomnost otce
 - ztráta sociálních vazeb k určité společnosti či prostředí (migrace, emigrace)
 - ztráta sociálního zázemí a vynucená změna života v případě uvěznění
 - ztráta zaměstnání a s ní spojená ztráta profesního a sociálního postavení (10).

1.8 Rizikové faktory sebevraždného jednání

Riziko sebevraždy ovlivňuje celá řada faktorů, jakými jsou věk, pohlaví, etnický původ, stav, sexuální orientace, předešlé suicidální chování, rodinná anamnéza (suicidia v rodině) a některé sociodemografické proměnné. Různé zahraniční sociologické výzkumy zjistily další aspekty, které mohou predisponovat k suicidálnímu chování, jakými jsou depresivita a úzkostnost, beznaděj a bezmocnost, abúzus alkoholu a drog (8, 28, 30, 31, 32, 33).

Z hlediska věku jsou ohroženi vyšším suicidálním rizikem adolescenti a osoby starší 65 let. Sebevražda je u adolescentů dokonce uváděna jako třetí nejčastější příčina úmrtí. Starší lidé, oproti mladším jedincům, se uchylují k sebevraždnému jednání jako prostředku pro získání pozornosti nebo volání o pomoc méně často a méně často také sdělují svůj suicidální úmysl.

V počtu sebevražd nelze přehlédnout nemalé rozdíly z hlediska pohlaví. Muži páchají sebevraždu častěji než ženy, Vágnerová uvádí poměr sebevražd mužů vůči ženám v rozmezí 2,5 : 1, někteří dokonce 4 – 5: 1. Zatímco muži volí většinou tzv. tvrdé metody, jako strangulaci, skok z výšky a podobné, ženy volí tzv. metody měkké, například užití léků, aby byly zachráněny nebo své rozhodnutí mohly změnit a samy si přivolaly pomoc (10, 28). Frankel a Kranzová uvádějí, že ze všech takzvaně neúspěšných pokusů představuje užití léků 70 až 90 procent a přibližně 10 procent tvoří pořezení zápěstí, obvykle v situaci, která poskytuje šanci na přežití (23). Rozdíl nacházíme i v motivaci, u žen se častěji setkáváme s potížemi v citové oblasti a v osobním životě, u mužů převažují problémy v oblasti seberealizace, ztráty

společenského postavení, nezaměstnanosti apod. Ženy mají tendenci hledat pomoc a častěji se svěřují se svými sebevražednými projevy psychologům a psychiatrům, na rozdíl od mužů, kteří toto chápou jako potvrzení svého selhání a neschopnost zvládat vlastní problémy (10, 28).

Na počet sebevražd má vliv i stav jedince, ohroženými skupinami jsou především lidé svobodní, rozvedení, ovdovělí a ti, kteří žijí izolovaně a osamoceně.

Nalézáme také vztah mezi počtem sebevražd a sexuální orientací, kdy homosexuálně orientovaní jedinci jsou rizikem sebevraždy ohroženi mnohem více než jedinci heterosexuální, a to zejména v adolescentním věku.

Užívání alkoholu a drog prohlubuje problémy jedince a zvyšuje tak riziko sebevražedného jednání. Alkohol může vést k narušení kognitivního fungování a k depresivnímu prožívání. Vysoké riziko sebevražedného jednání se objevuje převážně u osob, které jsou již dlouhodobě na alkoholu závislé, a které mají vlivem velké konzumace alkoholu podlomené zdraví.

Lidé ohrožení suicidálním chováním disponují významně nižší úrovní sociální opory, jež je pro predikci sebevraždy obzvláště důležitá. Tito jedinci se v průběhu suicidální krize cítí izolováni a často se jim nedaří uvědomit ostatní o svých sebevražedných myšlenkách a plánech.

U suicidantů můžeme často pozorovat kognitivní stavy beznaděje a bezmocnosti. Mnohdy pocházejí z disharmonického rodinného prostředí, kdy byli týráni nebo sexuálně zneužíváni a prožívali mnoho stresujících událostí.

Výzkumy ukázaly, že suicidanti jsou více depresivní než jejich nonsuicidující vrstevníci. Povahově jsou více submisivní, nešťastní, vzrušitelní a hůře regulují své afekty. Ve svém životě prožívají více beznaděje a zoufalství, jsou více perfekcionistačtí a iracionální ve svém myšlení.

Suicidující jedinci zaujímají nezvyklé a zvláštní postoje k životu, více je přitahuje smrt nežli život. Jsou méně orientováni na budoucnost, projevuje se u nich sklon k pseudofilozofování a mají sníženou dovednost vytvářet alternativní řešení a sníženou schopnost vzpomínat na pozitivní životní zkušenosti.

Vysoké riziko nebezpečí pro budoucí dokonání sebevraždy signalizuje již dřívější historie sebevražedných pokusů v anamnéze jedince.

Těžké somatické onemocnění koleruje se suicidálním rizikem napříč všemi věkovými skupinami, zejména pak v pozdním věku.

Sebevražedným jednáním jsou z profesního hlediska ohroženy také osoby pracující v pomáhajících profesích, jako lékaři, záchranáři, sociální pracovníci, psychoterapeuti a další odborníci (10, 28).

Přestože řada studií poměrně jednotně ukazuje, že bez léčby deprese antidepresivy suicidálnost stoupá a s léčbou klesá, došlo v posledním období pomocí rozsáhlých metaanalýz k prokázání vlivu některých antidepresiv na vyšší výskyt suicidality, a to jak u dospělých jedinců, tak u dětí a adolescentů. Jednalo se především o sebevražedné myšlenky a poruchy chování. Z tohoto důvodu nařídil Státní ústav pro kontrolu léčiv, aby veškerá antidepresiva (bez ohledu na to, že zvýšené riziko suicidia bylo prokázáno jen u některých) byla výrobcem opatřena varováním před možností indukce suicidálního jednání, sebepoškozování, syndromu z vysazení a dalšími nežádoucími projevy. Léčba depresí u dětí a adolescentů je v České republice povolena pouze za užití striktně určených antidepresiv, první volbou je však psychoterapie, zejména kognitivně-behaviorální terapie, jejíž účinnost je ověřena (34).

1.9 Způsoby sebevražedného jednání

Způsob provedení suicidálního jednání je důležitým faktorem pro výsledek každého sebevražedného pokusu. Sebevrah se ve svých sebevražedných myšlenkách téměř vždy zabývá úvahami o tom, jakým způsobem lze ukončení života dosáhnout. Zda bude sebevražda dokonána či ne, je odvislé zejména od síly přání zemřít a od reálného posouzení nebezpečnosti, tedy spolehlivosti, a dostupnosti sebevražedné metody.

Způsoby sebevražedného jednání rozdělujeme v hrubých obrysech na metody takzvané tvrdé a měkké. Mezi měkké metody řadíme ty, u nichž je nebezpečnost nižší a možnost záchrany života vyšší, tedy metody, které většinou nevedou okamžitě ke smrti. Při jejich použití zůstává naděje, že dotyčný bude včas nalezen a zachráněn. Mezi tyto metody lze zařadit intoxikaci léky, skok z nízké výšky či povrchní pořezání.

Naopak, takzvané tvrdé metody, vedou ve většině případů okamžitě nebo velmi rychle ke smrti, kdy možnost záchranu je velmi snížena či dokonce vyloučena. Mezi takové metody patří zejména strangulace, neboli oběšení, použití střelné zbraně a skok z velké výšky (8).

Nejčastější metodou volenou sebevrahy v České republice je dlouhodobě strangulace. Druhým nejčastějším způsobem spáchání sebevraždy je použití střelné zbraně. Třetí místo zaujímají otravy, zejména léky a léčivy, dále pak plyny a parami. Mezi další časté způsoby provedení sebevraždy řadíme skok z výše, použití ostrého předmětu, skok nebo lehnutí si před pohyblivý předmět a utopení.

Mezi muži a ženami lze ve způsobu provedení sebevraždy pozorovat výrazné rozdíly. U obou pohlaví je na prvním místě oběšení, avšak zatímco u mužů tvoří přes dvě třetiny všech sebevražd, u žen je to znatelně méně než polovina. Na dalších pořadích je podle četnosti u mužů zastřelení, otrava a skok s výše, u žen je to otrava, skok z výše (oba způsoby s výrazně vyšším podílem než u mužů) a sebevražda ostrým předmětem (35).

1.10 Varovné signály a diagnostika suicidálního ohrožení

Sebevražda se téměř nikdy nestane „z ničeho nic“, obvykle k ní nedochází bez předchozích varovných signálů. Pokud okolí zaznamená, že je jedinec sebevraždou ohrožen a neignoruje či nedevaluje varovné příznaky suicidálního ohrožení, je zde nemalá šance sebevraždě zabránit. Jedinec naznačuje co zamýšlí, vysílá varovné signály, které však mnohdy zůstávají nevyslyšeny a jsou patrné až zpětně. Takovými signály mohou být rozdávání majetku (se slovy „již to nebudu potřebovat“), poznámky o budoucnosti typu „beze mne“ („už se nevidíme“), negativní poznámky o budoucnosti („jen bych vás otravoval“), zvýšený zájem o témata umírání, smrti a posmrtného života a příznaky těžké deprese (spojené s depresivní náladou, poruchami spánku, výkyvy tělesné hmotnosti, neschopností radovat se, se ztrátou zájmů, zvýšenou psychomotorickou agitovaností nebo naopak zpomalením, ztrátou energie a podobně) (23, 36).

K rozpoznání, zda je jedinec ohrožen suicidálním jednáním, a zda se chystá spáchat sebevraždu, existuje celá řada diagnostických schémat.

Diagnosticky důležitý je tzv. presuicidální syndrom, který můžeme dle Ringela charakterizovat jako pocit zúžení a omezení dalšího života. Psychický stav člověka před sebevraždou mu neumožňuje prožívat pozitivní emoce, jedinec redukuje své kontakty a aktivity, vše pro něj ztrácí původní význam, nic ho nezajímá, o nic neusiluje a má pocit omezení vlastních životních možností. Nevěří, že je natolik kompetentní, aby zvládl svou situaci. Není divu, že presuicidální syndrom zahrnuje projevy jednoznačně depresivního charakteru. Pohotovost k suicidálnímu jednání mohou signalizovat i změny v metabolismu mozku, zejména v oblasti serotoninové aktivity.

Významný vliv na suicidalitu má dle Ringela i zadržování agrese. Nedokáže-li jedinec ventilovat agresi „směrem ven“, zejména pocity hněvu a vzteku, vůči těm, kteří tyto pocity vyvolali či zapříčinili, může tuto agresi směřovat obráceně, „dovnitř“, vůči sobě samému. Takový jedinec se pak považuje za neschopného, nenávidí sám sebe, devaluje se a necítí se tudíž hoden dalšího žití. Každá sebevražda je projevem zvýšené autoagrese a zároveň je i silným projevem agrese vůči okolí, kdy jedinec chce toto okolí potrestat. Zvýšené riziko sebevraždy proto hrozí u jedinců, kteří nejsou schopni ventilovat svou agresi vůči okolí, ať již v důsledku vnějších okolností nebo kvůli vlastním zábránám. Suicidální fantazie o vlastní smrti a sebevraždě mohou jedinci přinášet pocity osvobození a úlevy. Jedinec si představuje, že je mrtvý, přemýšlí, jaké by to bylo, kdyby se zabil a plánuje konkrétní kroky vedoucí ke spáchání sebevraždy. V této fázi již hovoříme o sebevražedných tendencích (10, 11, 17, 37).

1.11 Sebevražda z pohledu jednotlivých vývojových fází

Dynamika vývoje sebevražedných tendencí je individuálně specifická a do značné míry je předurčena osobnostními rysy každého jedince a jeho životním příběhem. Motivy i způsoby sebevražedného jednání jsou závislé ve značné míře i na věku, to znamená na typických rysech vývojové fáze, v níž se jedinec právě nalézá. Každé životní období je spjato se specifickými vývojovými krizemi a potřebami i s tendencí k určitému způsobu jejich řešení (10).

1.11.1 Dětský věk

Sebevražedné jednání v dětském věku je vcelku vzácné, stoupající četnost se objevuje až v období mezi desátým a dvanáctým rokem života. Z hlediska postoje k suicidálnímu jednání dochází k důležité proměně myšlení a nástupu schopnosti uvažovat hypoteticky, tj. na úrovni pouhé možnosti. V okamžiku, kdy je dítě schopné takto přemýšlet, začíná chápat i význam smrti (10, 38, 39). Schopnost dítěte pochopit obsah pojmu smrti určuje jeho psychologický a kognitivní věk. Děti do tří let věku smrt nechápou, v předškolním věku čtyř až pěti let je smrt chápána jako usnutí či odchod s možností probuzení nebo návratu, ve školním věku mezi osmým a desátým rokem je smrt personifikována. Ke konečnému pochopení smrti jako jasné nevratnosti života a jeho definitivního konce dochází u dětí ve věku mezi devíti a dvanácti lety (34).

Většina sebevražedných pokusů v dětském věku přichází jako zkratková reakce, je výrazem strachu a pokusem uniknout nějakému ohrožení, například šikaně, trestu či ponížení. Nejtypičtějším rizikovým faktorem v tomto věku jsou problémy v rodinných vztazích a potíže ve škole (10, 38, 40).

1.11.2 Adolescence

Charakteristickým znakem pro období adolescence je rozvíjení vlastní identity dospívajícího, kdy ten hledá sám sebe a snaží se dosáhnout samostatnosti. Aby se mu toto podařilo, musí se osamostatnit, což představuje odpoutání se od dřívějších vazeb. Může se tak dostat do situace, kdy pociťuje bezradnost a svou neschopnost najít přijatelný smysl vlastní existence.

Adolescenti často mívají různé osobní problémy a bývají nespokojeni se svými mezilidskými vztahy. Suicidální jednání tak může být reakcí na jeden z prvních větších problémů nebo nezdarů, kdy jako impulz figuruje zejména zklamání a zoufalství. Tyto pocity bývají většinou kombinovány s představou, že selhání je definitivní, a že ani budoucnost aktuálně nenabízí žádné přijatelné řešení. Mladí lidé mají tendence hodnotit situace převážně z citového hlediska a nejsou proto schopni k nim přistupovat s dostatečným racionálním uvážením. Tento postoj vyplývající z jejich celkové lability je dále spojen s tendencí reagovat impulzivně. Suicidální jednání proto velmi často mívá

zkratkový charakter. Míru suicidálního rizika u adolescentů nelze snadno odhadnout. Výkyvy v prožívání a chování bývají sice signálem pohotovosti reagovat extrémním způsobem, tudíž i sebevražděným jednáním, avšak na druhé straně jsou tyto projevy v adolescenci běžné.

Z pohledu okolí se problémy dospívajících často jeví jako nevýznamné a malicherné, avšak subjektivně nevýznamné nejsou. Mnoho suicidálních pokusů lze interpretovat jako způsob volání o pomoc, mohou být rovněž výrazem potřeby vymáhat uspokojení svých potřeb za každou cenu, i vydíráním.

Zvýšená četnost sebevražděných pokusů i dokonaných sebevražd je pozorována mezi 15. a 19. rokem života. Předpokládá se, že jde o důsledek komplexní zátěže dané celkovou sociální a ekonomickou nejistotou. Mezi další rizikové faktory v tomto věku lze považovat již zmíněné potíže v mezilidských vztazích, problémy s vlastní identitou, dále i nízké sebevědomí, pocit osamělosti, neúspěch a dokonce i vlastní asociální nebo protizákonné jednání. V poslední době se zvyšuje, především u adolescentů, četnost suicidálních motivů vázaných na představu posmrtného života, kdy dospívající chtějí zemřít a doufají, že se narodí v jiné době a prožijí lepší život, než je ten jejich (10, 12, 38, 39, 40).

1.11.3 Mladá dospělost

V období mladé dospělosti dochází ke změně postojů k suicidálnímu jednání a k ubývání impulzivních a zkratkových pokusů. Stabilizující význam zde má fungující partnerství, rodičovská role a v neposlední řadě i představa otevřených možností (10, 41).

1.11.4 Střední věk

V období středního věku dochází k bilancování dosavadního života. Rovněž toto může představovat zátěž a nebezpečí zvýšení pravděpodobnosti sebevražděné reakce, zejména tehdy, pokud výsledek osobního bilancování není příliš pozitivní. Významnou roli zde hraje situace čtyřicetiletého člověka, jaké má zázemí, jaká je kvalita jeho vztahů, zda se nachází na dobré ekonomické a profesní úrovni a v neposlední řadě jaký

je jeho zdravotní stav. Veškeré tyto i další zátěžové faktory (např. abúzus alkoholu) jsou hodnoceny v širším kontextu.

Ve středním věku nebývají suicidální pokusy tak impulsivní jako v mládí, člověk je schopen lépe posoudit své reálné možnosti a je více ochotnější činit kompromisy. Pokud se však jedinec pro sebevraždu rozhodne, bývá jeho jednání obvykle více promyšlené. Jako hlavní motivy příznačné pro toto období jsou uváděny ztráta partnera, deprese, závislost na alkoholu a problémy v zaměstnání (10, 41).

1.11.5 Stáří

Ve stáří se setkáváme s pětkrát až desetkrát vyšším počtem dokonaných sebevražd než ve středním věku. Starý člověk je více ohrožen vážnými somatickými chorobami, zvyšuje se u něj riziko opuštěnosti a ztráty známého prostředí, a tím i určitého zázemí. Dochází ke ztrátě mnoha důležitých rolí, k odchodu do důchodu, ke snížení vlastního sebehodnocení a mnohdy ke zhroucení životních hodnot právě v době, kdy již nelze hledat jiné řešení. Jedinec si je vědom, že jeho možnosti zvládat současné a budoucí zátěže jsou omezené. Staří lidé se bojí umírání, mají obavy z utrpení, bezmocnosti a závislosti na jiných lidech. Tyto okolnosti vedou ke ztrátě smyslu života.

Staří lidé páchají převážně bilanční sebevraždy, které jsou reakcí na nepříznivé hodnocení vlastní životní situace a na ztrátu naděje pro svou budoucnost a smysl dalšího života. Důležitým aspektem je i vyšší výskyt depresí, které nebyly diagnostikovány, a tudíž ani léčeny (10, 41).

1.12 Mýty o sebevraždách

Člověk, který o sebevraždě mluví, ji nikdy nespáchá.

Opak bývá obvykle pravdou. Člověk, který o sebevraždě hovoří, nám jasně dává najevo, že obsahem jeho myšlenek jsou úvahy o sebevraždě. Je proto určitě ve větším ohrožení než ten, kdo o ní nemluví.

Rozhodne-li se jedinec, že spáchá sebevraždu, nikdo mu v tom nemůže zabránit.

Sebevraždě mnohdy zabránit můžeme včasnou pomocí a léčbou. Mnozí lidé se totiž při pokusu o sebevraždu zmítají mezi touhou žít i zemřít a jejich postoje k výsledku sebevražedného jednání jsou ambivalentní.

Když se někoho zeptáme na sebevražedné myšlenky, můžeme mu myšlenky na sebevraždu vnuknout.

Hovorem o sebevraždě nelze tento nápad vnuknout někomu, kdo suicidální není. Rozhovor o případných suicidálních myšlenkách může mít naopak pozitivní účinek, a dovolí nám rozpoznat míru suicidálního rizika.

Ten, kdo se pokouší o sebevraždu, nehledá pomoc.

Volání o pomoc je obsaženo v každém suicidálním aktu. Většina lidí, kteří spáchali sebevraždu, dávala dříve najevo své pocity před svým okolím a rovněž během posledního půlroku před svým činem hledala odbornou lékařskou pomoc.

Každý člověk, který se pokusí o sebevraždu, musí být šílený.

Mnoho sebevrahů netrpí žádným duševním onemocněním a depresivní chování se u nich projeví až v době, kdy se ocitnou v zátěžové situaci, kterou nejsou schopni zvládat.

Sebevraždu nepáchají normální lidé.

Sebevražda se prolíná všemi společenskými vrstvami, bez ohledu na socioekonomický status, věk, barvu pleti, vzdělání, národnost nebo příslušnost k nějakému etniku.

Sebevražda je záležitostí buďto velmi bohatých nebo velmi chudých lidí.

Chudoba představuje jeden z rizikových faktorů, avšak se sebevražedností se setkáváme ve všech sociálních vrstvách.

Sebevražda přichází bez předešlého varování.

Sebevražda bývá obvykle výsledkem delšího suicidálního smýšlení, předchází jí psychické napětí, poruchy spánku, tělesné obtíže, je zde přítomen presuicidální syndrom.

Pokud je jedinec po dlouhé depresi veselejší a v pohodě, jde o dobré znamení, že již nehrozí žádné nebezpečí.

V tomto případě se může jednat o „ticho před bouří“ nebo o moment, kdy se jedinec definitivně rozhodl ke spáchání sebevraždy a toto rozhodnutí mu paradoxně přináší pocit úlevy.

Přežije-li jedinec pokus o sebevraždu, již se o ní opět nepokusí.

Zde nacházíme značné rozdíly. Někteří jsou rádi, že přežitím získali novou šanci začít znova a lépe, jiní mohou prožívat pocity viny a studu za svůj čin a raději se proto pokoušejí o další sebevraždu.

Pokud se jedinec pokusí o sebevraždu, je ohrožen sebevražedným jednáním navždy.

Lidé, kteří se pokoušejí o sebevraždu, trpí tímto stavem pouze v určitých etapách svého života.

Děti nedokážou spáchat sebevraždu, je to záležitost starších lidí.

Se sebevraždami se setkáváme již v dětském věku. Vzrůstající tendence suicidálního chování pozorujeme přibližně od dvanáctého roku života, kdy dítě již plně pochopí význam smrti.

Nejvíce sebevražd je pácháno na podzim, v období Vánoc a na konci roku.

Statistiky dokazují, že k nejvyššímu počtu sebevražd dochází v jarních měsících, zejména v dubnu a květnu, zřejmě jako následný dopad nedostatku denního světla v zimních měsících (8, 36, 37, 42).

1.13 Společenské postoje k sebevraždám

Zbavení se předsudků a mýtů o sebevraždách je nezbytnou podmínkou pro práci s člověkem nacházejícím se v suicidální situaci. Je třeba si uvědomit, že sebevražda není záležitostí slabých, slabošských, patologických, duševně nemocných či něčím poznamenaných a divných jedinců. Tento nesprávný postoj zaujímá mnoho lidí, je to způsob, jak se chránit, jak sami sebe ujišťují, že jim samým se to stát nemůže. Před tématem sebevraždy se nesmíme skrývat, naopak, musíme ho odtabuizovat. Představy o špatné lidské kvalitě sebevraha navozují nadřazenost, opovržení či blahosklonnost, což nejsou nejlepším způsobem podané ruce. Každý z nás by měl mít na paměti, že sebevražda vychází z určité krize a jako taková se může přihodit kterémukoli normálnímu jedinci, který se ocitne v nenormální situaci. Sebevraždu tak může spáchat i člověk, jež byl dosud silnou oporou druhým a mnoha lidem pomáhal překonávat těžkosti.

Pochopit sebevraždu bývá mnohdy téměř nemožné. Sebevražda je komplikovaná a ohrožující právě pro svou nesrozumitelnost. Lze však nalézt řadu průvodců suicidálním myšlením. Jednak nám své úvahy předkládají lidé, kteří se k sebevraždě odhodlávají nebo již odhodlaní jsou, a kteří často mívají touhu být vyslyšeni a pochopeni. Nezřídka je během takového rozhovoru veliká šance, že se stane něco, co jedince od sebevraždy odradí, a že se tak váhy života a smrti přehoupnou k životu. Jindy může dojít k situaci, kdy jedinec bez jakékoliv pochybnosti touží zemřít, avšak jeho touha byla nějakou nečekanou okolností zmařena. Mnohdy je nám pak schopen jasně ukázat, kudy se ubíraly jeho myšlenky a proč. Po těch, kteří ve své snaze zemřít uspěli, nacházíme někdy jejich zápisky, deníky, v nichž zaznamenávají své myšlenky a emoce, jejichž pomocí můžeme zachytit okamžik zlomu, uvažování, vnitřní logiku a naději zoufalého kroku. Mnohdy po neúspěšném sebevražedném pokusu nelze zjistit, proč člověk o sebevraždu usiloval. Důvodem může být strach přiznat to, co skutečně prožíval, neboť se nechce cítit jako vyděrač nebo být posunut do kategorie bláznů, často ale ani on sám opravdu neví, co ho k takovému činu vedlo.

Poznatky ze zápisků těch, kteří sebevraždu dokonali, a z rozhovorů, kteří se k ní odhodlávají, nebo kteří svůj sebevražedný pokus přežili, ukazují, že vývoj sebevraždy je

předvídatelný. Pokud se správně díváme, pokud v sobě pěstujeme a kultivujeme schopnost zachycovat sebevražedné signály a jsme schopni na ně adekvátně reagovat, pak jsme schopni i rozpoznat sebevražedné myšlení a většinou je i zastavit. Sebevražda není bizarní ani nesmyslný sebezničující čin. Skutečnost, že úvahy sebevrahů směřují k úlevě a obsahují naději, že smrt je pouze vysvobozením od jejich problémů a starostí, může být inspirací, jak suicidálního jedince z jeho krize vyvést (33).

1.14 Krizová intervence a linka tísňového volání 112

1.14.1 Pojem krizová intervence

Krizovou intervencí můžeme vymezit jako odbornou metodu práce s člověkem, který se ocitl v situaci, kterou osobně prožívá jako zátěžovou, nepříznivou a ohrožující. Krizová intervence se zaměřuje jen na ty prvky minulosti či budoucnosti, které se bezprostředně týkají krizové situace daného jedince. Krizová intervence se odehrává v rovině řešení problému jedince a překonávání konkrétních překážek. Přístup ze strany krizového pracovníka musí být aktivní, spočívající z hlediska času v rychlém, až okamžitém zásahu. V krizovém stavu se může ocitnout každý jedinec, to znamená zdravý, bez vážnější poruchy duševního či tělesného zdraví, či jedinec, jehož krize je přímo či nepřímo vázána k jeho onemocnění.

Krizovou intervencí dělíme dle způsobu jejího vedení do dvou základních forem, a to na intervenci tváří v tvář a telefonickou krizovou intervencí (33).

Špatenková dále rozšiřuje tyto dvě formy o elektronickou krizovou intervencí (37).

1.14.2 Telefonická krizová intervence

Telefonická krizová intervence představuje poskytování pomoci osobám v krizové situaci prostřednictvím telefonu. Krizovou intervencí se suicidálním jedincem chápeme obvykle jako odvrácení rizika hrozící sebevraždy. Při identifikaci Ringelova presuicidálního syndromu je cílem krizové intervence především zvrácení tohoto syndromu a „nastartování“ jeho zpětného chodu. Velmi důležitým krokem je prvotní navázání kvalitního kontaktu s interventem, čímž dojde k přerušení mezilidského

zužování. Krizový intervent musí vytvořit bezpečný prostor, aby volající mohl ventilovat své agresivní pocity. Vyčleněním a pojmenováním problémů, které je možné řešit, pomocí s hledáním jejich řešení se otevírá možnost pro prožití úspěchu, což napomáhá k prolomení pesimismu, depresivního prožívání nebo apatie a k ukončení monotónnosti prožívání. V poslední fázi telefonické intervence je třeba nastartovat optimismus, podnítit nápady, fantazie a plány pro další život (37).

1.14.3 Výhody a nevýhody telefonické krizové intervence

Telefonická intervence vyžaduje vysokou koncentrovanost a připravenost interventů. Je mnohem obtížnější a náročnější než jiné formy pomoci, což nám dokládá i níže uvedený výčet jejich výhod a nevýhod.

Výhodou telefonické krizové intervence je její již zmíněná nepřetržitá dostupnost, umožňující okamžitou pomoc, relativně snadná dosažitelnost telefonické pomoci, překonání geografických bariér a možná anonymita volajícího i intervenanta. Je k dispozici i osobám, které nevyhledaly pomoc, protože jsou v ebrietě, intoxikaci nebo již započali sebevražedný pokus.

Nevýhodou telefonické intervence je absence vizuálního klíče, kdy nemáme možnost sledovat všechny důležité nonverbální projevy, hlavně výraz tváře, gesta, posturu a celkový vzhled. Intervent se může v podstatě jen domnívat, co se na druhé straně telefonu děje, ví jen to, co mu volající řekne, nebo to, co zaslechne (pláč, smích, zrychlený dech, atd.). Mezi další nevýhody řadíme redukci informací o volajícím v důsledku absence vizuálního klíče a nonverbálních projevů, dále časový stres, kdy nejvíce kritické bývají první dvě minuty, pokud se nepodaří rychlé navázání kontaktu a brzké vybudování určitého stupně důvěry, volající pravděpodobně zavěsí. Během hovoru může dojít k náhlému přerušení kontaktu, ať již z důvodu poruchy v telefonní síti, slabého signálu mobilního operátora, vybité baterky, případně přítomnosti třetí osoby, která volajícího vyruší a on zavěsí. Délka hovoru může být limitována i kreditem karty volajícího, omezeným množstvím mincí, které má s sebou u telefonního automatu, vybitím baterie mobilního telefonu. Hovory na tísňovou linku jsou zpravidla

jednorázové a intervent tak nemá většinou žádnou zpětnou vazbu o účinnosti zásahu, což může vést k jeho frustraci (37).

1.14.4 Krizová intervence na linkách důvěry a na lince tísňového volání 112

Lidé uvažující o sebevraždě upřednostňují telefonický kontakt před osobním (33). Telefonická krizová intervence je poskytována zejména linkami důvěry, které byly za tímto účelem zřízeny. První Československou linku důvěry založil v roce 1964 MUDr. Miroslav Plzák, a to na Psychiatrické klinice Ke Karlovu, kde tehdy působil jako primář. Cílem této linky bylo, stejně jako všude ve světě, předcházet sebevraždám a psychickým nemocem. Postupem času byly zřizovány další linky důvěry, které se však již začaly vnitřně vyvíjet a přeměňovat, jelikož se ukázalo, že prevence sebevražd by sama o sobě nestačila k pomoci lidem, kteří se na ně obracejí. V současné době je v České republice téměř čtyřicet linek důvěry poskytujících širokou psychosociální pomoc a neomezujících se pouze na úzce chápanou zdravotnickou pomoc. Většina linek důvěry poskytuje své služby v ceně běžného tarifu, pouze jejich část umožňuje využití svých služeb ne bezplatným telefonním čísle. Na některé linky důvěry se mohou klienti dovolat pouze ve vymezeném čase, avšak jsou i pracoviště, která zajišťují svou činnost nepřetržitě (43).

Telefonickou krizovou intervencí stále častěji poskytují i operátoři linky tísňového volání 112, na které se lidé v suicidální krizi obracejí. Toto tvrzení nepodkládám statistikami vedenými v rámci událostí přijatých a řešených operačními a informačními středisky Hasičského záchranného sboru České republiky, neboť hovory se sebevražednou tematikou nejsou v nich obsaženy. Dovoluji si tak tvrdit na základě svých vlastních zkušeností, kdy jsem devět a půl roku působila jako operační technik na operačním a informačním středisku Hasičského záchranného sboru Jihočeského kraje v Českých Budějovicích, tedy i jako operátorka linky tísňového volání 112, a dále na základě zkušeností mých bývalých kolegů, kteří zde funkci operátorů stále vykonávají, a se kterými jsem i nadále v kontaktu. Důvodů, proč člověk uvažující o sebevraždě vytočí číslo 112, se nabízí vícero. Může to být například neznalost telefonického kontaktu na linku důvěry, či skutečnost, že volající nemá kredit nebo SIM kartu,

a v tomto okamžiku se dovolá pouze na číslo tísňového volání 112, které své služby navíc poskytuje v nepřetržitém režimu, tedy v jakýkoliv den a v jakoukoliv denní a noční dobu. Výhodou takového hovoru je dále i to, že hovor není zpoplatněn. Dalším z neopomenutelných důvodů je skutečnost, že jednotné evropské číslo tísňového volání 112 se od dob svého zavedení v České republice dostalo dostatečně hluboko do podvědomí našich spoluobčanů, a je tudíž hojně využíváno.

1.14.5 Historie telefonních center tísňového volání 112

O zavedení jednotného evropského čísla tísňového volání 112 ve všech členských státech Evropské unie rozhodla Rada Evropského společenství svým rozhodnutím č. 91/396/EHS ze dne 29. července 1991.

Jednotné evropské číslo tísňového volání 112 bylo zprovozněno ve všech telefonních sítích (v mobilních i pevných) na území České republiky ke dni 2. ledna 2003 a svedeno na 14 krajských operačních a informačních středisek Hasičského záchranného sboru České Republiky (dále jen „OPIS HZS ČR“). Do tohoto data bylo funkční pouze v mobilních sítích, kdy tísňové hovory přijímala Policie ČR a v červnu 2002 bylo odbavování na tísňové lince 112 z mobilních telefonů převedeno na 14 OPIS HZS krajů, na nichž byla vybudována telefonní centra tísňového volání (dále jen „TCTV“) (44).

V květnu 2002 bylo uvedeno do ostrého provozu školní TCTV 112 (Frýdek Místek a Lázně Bohdaneč) a následně v něm byla zahájena výuka nových operátorů. Ostrý provoz prvního telefonního centra tísňového volání 112 v České republice byl zahájen v Praze dne 20. dubna 2004. Stalo se tak záměrně ještě před zahájením mistrovství světa v ledním hokeji, na kterém bylo očekáváno velké množství fanoušků ze zahraničí, a na které se hlavní město Praha důkladně připravovalo. Po úspěšné zátěžové premiéře byl v červnu 2004 zahájen ostrý provoz telefonních center tísňového volání 112 ve všech krajích republiky, mimo kraje Královehradeckého a Moravskoslezského. V obou zbývajících krajích pak bylo dokončeno budování call center linky 112 v roce 2005 (45).

1.14.6 Základní přínosy TCTV 112

V současné době zajišťuje HZS ČR příjem tísňových volání prostřednictvím celonárodní moderní telekomunikační technologie rozmístěné do 14 krajských telefonních center. Postupným zaváděním moderních technologií bylo dosaženo integrace volání na národní číslo 150 do technologie TCTV, což znamená, že všechna TCTV přijímají tísňová volání nejen na linku 112, ale i na linku 150. TCTV jsou v rámci celé republiky hlasově i datově propojena a vzájemně zastupitelná, dojde-li k výpadku či přetížení centra v jednom kraji, jsou hovory automaticky přeměrovány na ostatní centra, aniž by toto volající poznal na kvalitě a rychlosti odbavení (44).

Technologie TCTV 112 propojuje operační a informační střediska základních složek integrovaného záchranného systému (dále jen „IZS“): Hasičský záchranný sbor, Zdravotnickou záchrannou službu a Policii ČR. Toto propojení je umožněno hlasovou a datovou komunikací mezi TCTV 112 a operačními středisky složek IZS. Základním principem je vytvoření datové věty na TCTV 112, která obsahuje nezbytné informace o nahlášené mimořádné události, a její téměř okamžité doručení na OPIS složky IZS, pro níž je určena, a která na základě obdržených informací ihned vyšle na místo události potřebné síly a prostředky (44, 46).

Technologie TCTV umožňuje, mimo jiné, lokalizovat místo události adresou, zachyt telefonního čísla volajícího, identifikovat adresu volajícího z pevné sítě, automaticky určit polohu mobilního telefonu během tísňového volání, určit identifikační kód mobilního přístroje, využívat pravidelně aktualizované elektronické mapové podklady, zaznamenávat veškeré komunikace, apod. (47).

Na tísňovou linku 112 se můžeme jako na jedinou tísňovou linku dovolat bez SIM karty, bez kreditu a v případě, že je na místě funkční signál alespoň jednoho mobilního operátora (44). Jak jsem již dříve zmínila, tísňové volání 112 je bezplatné. Tísňové volání je veřejně dostupnou službou elektronických komunikací stanovenou zákonem a z jejího využívání není nikdo předem vyloučen (48).

Operátoři linky 112 odbavují hovory nejen v češtině, ale i v angličtině a němčině, v případě potřeby mají k dispozici softwarovou podporu i v dalších světových jazycích (44).

1.14.7 Poslání operátorů na lince tísňového volání 112

Základním posláním operátorů TCTV je příjem tísňových volání na lince 112, vyhodnocování tísňových zpráv a předávání potřebných údajů na operační střediska složek IZS prostřednictvím technologie TCTV 112.

Jedním z nejvýznamnějších faktorů, jež ovlivňují práci operátora, jsou jeho vlastní dispozice. Operátor by měl být zodpovědný, flexibilní, komunikativní, emocionálně stabilní, empatický, schopný racionálně zvládat mimořádné situace, měl by pohotově vyhodnotit a řešit problém a využívat plně logického myšlení. Některé dispozice operátora jsou rozpoznány již při rozhodování o jeho přijetí do služebního poměru, kdy je povinen prokázat psychickou, fyzickou a zdravotní způsobilost, některé dispozice získává a upevňuje během své praxe na tísňové lince. K tomu dopomáhají i kurzy odborné způsobilosti, které musí operátoři absolvovat nejen po přijetí do sboru, ale i v průběhu celého služebního poměru (44).

Práce operátora tísňové linky je velice psychicky náročná, operátoři se dostávají do stresových situací, kdy jsou nuceni řešit a improvizovat pod značným časovým tlakem, mnohdy navíc bez dostatku informací o vzniklé události. Spektrum událostí, se kterými si musí poradit, je skutečně velmi široké, a není proto vždy zcela jednoduché se s nimi vypořádat. Operátoři se při výkonu svého povolání setkávají s mimořádnými událostmi různých typů, ať se již jedná například o živelné pohromy, dopravní nehody, zdravotní záležitosti, případy vyžadující technické zásahy a mnoho dalších. Jedním z typů událostí, znamenající zvýšenou psychickou zátěž pro operátora, je i hovor s osobou, která vykazuje známky sebevražedného jednání. Jak jsou operátoři na takový druh hovoru připraveni, bude posuzováno v praktické části diplomové práce, kdy se konkrétně zaměříme na připravenost operátorů působících v rámci TCTV Jihočeského a TCTV Plzeňského kraje.

1.14.8 Právní postavení krizového pracovníka

Na závěr teoretické části této diplomové práce nelze opomenout upozornit na nelehké právní postavení krizového pracovníka. Nadpis této kapitoly by spíše mohl znít: Svědomí, etika a vlastní úsudek pracovníka versus zákonem stanovené povinnosti.

Pracovníci v pomáhajících profesích, ať jsou to již terapeuti, poradci, sociální pracovníci, lékaři, či v našem případě krizoví intervenenti, jsou s tímto problémem velmi často konfrontováni a pokládají si otázku, do jaké míry je zavazující slib, který dávají klientovi o důvěrnosti jím sdělených informací, pokud jsou tyto skutečnosti v rozporu se zákonem. Hranice rozpoznání, co je ještě „únosné“ z hlediska nebezpečnosti nejen pro klienta, ale i pro jeho okolí, se může mnohdy zdát rozporuplná. Jak poznat, kde končí naše povinnost ochránit volajícího a začíná povinnost chránit společnost? Je-li cílem krizového intervanta udělat pro suicidálního jedince „to nejlepší“, do jaké míry je vlastně schopen poznat, co je to „to nejlepší“? Může se stát, že během hovoru naléhá tento jedinec na intervanta, aby ho při svém sebevražedném jednání takzvaně doprovázel. Téma doprovázení je velmi diskutabilní a nejsou na něj jednotné názory nejen v odborné literatuře, ale i v našem právním systému, kdy výklad tohoto práva není jednoznačný. Příkladem toho jsou různá rozhodnutí soudů v téže kauze a své by o tom mohli vyprávět zejména pracovníci linek důvěry (33).

Avšak vzhledem k tomu, že žijeme v právním státě, jsou pro nás právní předpisy závazné. Můžeme být trestáni i pouze za to, že jsme se stali svědky trestného činu a sami nic nespáchali a nepodnikli. Právního postavení krizového pracovníka se dotýká celá řada právních předpisů. Pro jejich výčet není v této diplomové práci dostatečný prostor, a není ani předmětem práce se jím zabývat. Je však zde vhodné zmínit alespoň tři právní předpisy, které, mimo jiné, nesmí operátoři linky tísňového volání 112 při výkonu své služby a při jednání se suicidálním jedincem opomenout. Jedná se o Zákon č. 361/2003 Sb., o služebním poměru příslušníků bezpečnostních sborů, který ukládá příslušníkovi v § 45 odst. 1 písm. c) povinnost zachovávat mlčenlivost o skutečnostech, o nichž se dozvěděl při výkonu služby; to neplatí, jestliže byl příslušník této povinnosti zproštěn služebním funkcionářem, nestanoví-li zvláštní právní předpis jinak (49), (viz příloha č. 1). Povinnost zachovávat mlčenlivost o skutečnostech, které v obecném zájmu nebo v zájmu zúčastněných osob mají zůstat utajeny před nepovolanými osobami, a to i po skončení služebního nebo pracovního poměru, ukládá Zákon č. 238/2000 Sb., o Hasičském záchranném sboru České republiky a o změně některých zákonů (50), (bližší informace viz příloha č. 2). Třetí právní předpis je Zákon

č. 40/2009 Sb., trestní zákoník, pro lepší přehlednost lze uvést příslušná ustanovení v plném znění:

§ 144, Účast na sebevraždě

(1) Kdo jiného pohne k sebevraždě nebo jinému k sebevraždě pomáhá, bude potrestán, došlo-li alespoň k pokusu sebevraždy, odnětím svobody až na tři léta.

(2) Odnětím svobody na dvě léta až osm let bude pachatel potrestán, spáchá-li čin uvedený v odstavci 1 na dítěti nebo na těhotné ženě.

(3) Odnětím svobody na pět až dvanáct let bude pachatel potrestán, spáchá-li čin uvedený v odstavci 1 na dítěti mladším patnácti let nebo na osobě stížené duševní poruchou.

§ 150, Neposkytnutí pomoci

(1) Kdo osobě, která je v nebezpečí smrti nebo jeví známky vážné poruchy zdraví nebo jiného vážného onemocnění, neposkytne potřebnou pomoc, ač tak může učinit bez nebezpečí pro sebe nebo jiného, bude potrestán odnětím svobody až na dvě léta.

(2) Kdo osobě, která je v nebezpečí smrti nebo jeví známky vážné poruchy zdraví nebo vážného onemocnění, neposkytne potřebnou pomoc, ač je podle povahy svého zaměstnání povinen takovou pomoc poskytnout, bude potrestán odnětím svobody až na tři léta nebo zákazem činnosti (51).

2 VÝZKUMNÁ OTÁZKA A METODIKA VÝZKUMU

2.1 Výzkumná otázka

Výzkumná otázka, která byla pro tuto diplomovou práci stanovena, zní následovně: Vyžaduje odborná připravenost obsluhy linky tísňového volání 112 pro odbavování hovorů se sebevražednou tematikou rozšíření profesních znalostí a dovedností této obsluhy?

2.2 Metodika výzkumu

V této diplomové práci je využita kvalitativní metoda výzkumu. Tato metoda spočívá v tom, že se snaží interpretovat pohledy subjektů na zkoumaný jev a je vhodné ji zvolit především tehdy, jestliže fenomén nebyl dosud dostatečně popsán a prozkoumán. Během kvalitativního výzkumu získáváme velké množství informací od malého počtu osob, kdy zachycujeme celistvý obraz zkoumaného jevu a na základě zachycení interpretací mu přiřazujeme odpovídající význam (52).

K dosažení stanovených cílů uvedených v úvodu této diplomové práce a k ověření odpovědi na výzkumnou otázku byly použity následující metodické postupy.

I. Studium dostupné literatury

Analýza dostupných literárních zdrojů týkající se dané problematiky, jejich rešerše a syntéza. Podkladem pro diplomovou práci se staly informace a poznatky získané na základě studia literatury uvedené v závěru této práce (v kapitole Seznam informačních zdrojů). Jako studijní literatura byly použity tištěné knižní zdroje, periodika, zákony, zákonné předpisy a metodiky Hasičského záchranného sboru ČR, Bojový řád jednotek požární ochrany, Katalogový soubor typové činnosti a elektronické zdroje.

II. Dotazníkový průzkum

Za účelem sběru dat byl použit dotazník, který byl vytvořen v elektronické podobě na webových stránkách www.google.com, a na který respondenti odpovídali zcela

anonymně (viz příloha č. 3). Dotazník tvoří celkem 31 otázek a 6 podotázek. Jedná se o polostrukturovaný dotazník, to znamená, že ho tvoří otázky uzavřené, polouzavřené a otevřené.

Otázky uzavřené jsou takové, které nabízejí respondentovi volbu mezi dvěma či více alternativami. Jejich užití je vhodné tehdy, když lze vytvořit přehled možných odpovědí. Usnadňují kvalitativní zpracování dotazníku s minimem vynaloženého času. Tato forma však často vede pouze k postižení jevových stránek a bez dalších sond se obvykle nelze dostat hlouběji k podstatě problému. Z tohoto důvodu jsou v dotazníku obsaženy i otázky polouzavřené a otevřené. Polouzavřené otázky vznikají přidáním varianty "jiné" do uzavřené otázky, která je vlastně otevřenou otázkou a umožňuje respondentovi volně vyjádřit svůj názor. U otevřených otázek se respondentovi nedostává možnosti výběru z předpřipravených variant odpovědí, dotazovaný se k nim vyjadřuje vlastními slovy, dle vlastního uvážení a délka jeho odpovědi není nikterak omezená. Otevřené otázky odhalují skutečné postoje respondentů, poskytují nám obsažnější informace a umožňují hlouběji pronikat ke zkoumaným jevům. Zpracování otevřených otázek se tak stává pracnější a časově náročnější (53).

Jako cílová populace tohoto výzkumu byla stanovena skupina 16 operátorů TCTV 112 Jihočeského kraje a 16 operátorů TCTV 112 kraje Plzeňského, kterým byl dotazník odeslán e-mailem. Respondentem se mohl stát každý z operátorů, který úspěšně absolvoval vstupní základní kurz a byl tak držitelem osvědčení o odborné způsobilosti opravňující ho k práci operátora linky tísňového volání 112. Další podmínkou účasti na výzkumu byla ochota ke spolupráci a vyplnění dotazníku. Konečný výzkumný soubor je tvořen celkem 27 respondenty, a to 13 respondenty TCTV 112 Jihočeského kraje a 14 respondenty TCTV 112 Plzeňského kraje.

Na základě analýzy, syntézy, dedukce a indukce dat získaných dotazníkovým výzkumem bude zhodnocena míra připravenosti obsluhy linky tísňového volání 112 v zúčastněných krajích a vytvořen návrh metodiky na zvýšení odborné připravenosti této obsluhy. Při návrhu metodiky bude rovněž vycházeno z informací a poznatků získaných studiem literatury zaměřené na suicidální tematiku (viz bod I.).

3 VÝSLEDKY

V první části kapitoly zvané Výsledky budou prezentovány výsledky získané na základě dotazníkového průzkumu, jehož podrobnosti jsou popsány v předcházející kapitole Metodika. Výsledky výzkumu budou vždy prezentovány pomocí slovního zhodnocení, dle povahy otázky pak budou některé výsledné hodnoty uváděny i pomocí tabulek nebo grafů. Ve druhé části kapitoly bude vytvořen návrh metodiky na zvýšení odborné připravenosti obsluhy linky tísňového volání 112.

3.1 Vyhodnocení výsledků dotazníkového průzkumu

3.1.1 Vyhodnocení otázky č. 1

1. Působíte jako operátor/operátorka v rámci TCTV 112 Jihočeského / Plzeňského kraje?

Tabulka č. 1: Vyhodnocení otázky č. 1

	TCTV Jihočeského kraje (dále jen „TCTV JČK“)		TCTV Plzeňského kraje (dále jen „TCTV PK“)	
Operátor/operátorka	13	100 %	14	100 %

Zdroj: vlastní zpracování

Graf č. 1: Vyhodnocení otázky č. 1



Zdroj: vlastní zpracování

Na úvod dotazníku bylo zkoumáno, zda jsou respondenti zaměstnání jako operátoři či operátorky v rámci TCTV 112 Jihočeského nebo Plzeňského kraje. Z uvedené tabulky vyplývá, že dotazníkového šetření se zúčastnilo 13 respondentů z TCTV 112 Jihočeského kraje a 14 respondentů z TCTV 112 kraje Plzeňského.

3.1.2 Vyhodnocení otázky č. 2

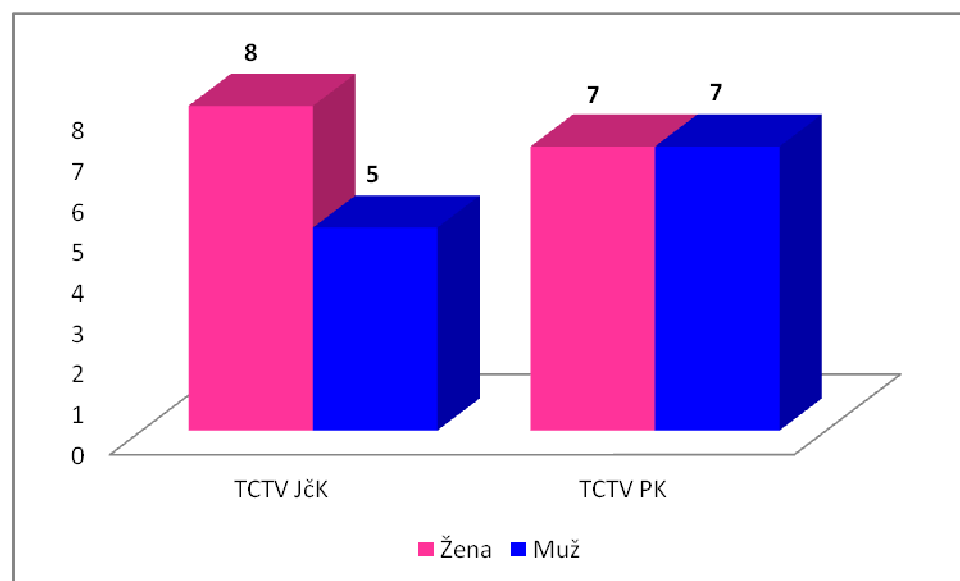
2. Jaké je Vaše pohlaví?

Tabulka č. 2: Vyhodnocení otázky č. 2

	TCTV JčK		TCTV PK	
Žena	8	61,5 %	7	50 %
Muž	5	38,5 %	7	50 %
Celkem	13	100 %	14	100 %

Zdroj: vlastní zpracování

Graf č. 2: Procentuelní vyhodnocení otázky č. 2



Zdroj: vlastní zpracování

Dotazníkového šetření se v Jihočeském kraji zúčastnilo více žen než mužů. Podíl žen na respondentech Jihočeského kraje je 8 odpovídajících (61,5 %), podíl mužů je tvořen 5 respondenty (38,5 %).

Co se týká kraje Plzeňského, podíl žen a mužů je zde zcela vyrovnaný, na dotazník odpovídalo 7 žen (50 %) a 7 mužů (50 %).

3.1.3 Vyhodnocení otázky č. 3

3. Kolik je Vám let?

Tabulka č. 3: Vyhodnocení otázky č. 3

	TCTV JČK		TCTV PK	
18 - 25	0	0 %	0	0 %
26 - 34	8	61,5 %	9	64,3 %
35 a více	5	38,5 %	5	35,7 %
Celkem	13	100 %	14	100 %

Zdroj: vlastní zpracování

Nejvíce respondentů patřilo v obou krajích do věkové skupiny 26 – 34 let, zároveň žádný z respondentů nereprezentoval věkovou skupinu 18 – 25 let.

V Jihočeském kraji je zastoupena věková skupina 26 – 34 let celkem 8 respondenty (61,5 %), druhá věková skupina 35 let a více je tvořena 5 respondenty (38,5 %).

V Plzeňském kraji je 9 respondentů (64,3 %) z věkové skupiny 26 – 34 let a 5 respondentů (35,7 %) z věkové skupiny 35 let a více.

3.1.4 Vyhodnocení otázky č. 4

4. Délka Vaší praxe na tísňové lince 112

Tabulka č. 4: Vyhodnocení otázky č. 4

	TCTV JČK		TCTV PK	
Méně než 1 rok	1	7,7 %	0	0 %
1 – 3 roky	4	30,8 %	0	0 %
4 – 6 let	7	53,8 %	2	14,3 %
Více než 6 let	1	7,7 %	12	85,7 %
Celkem	13	100 %	14	100 %

Zdroj: vlastní zpracování

Délka praxe respondentů na tísňové lince 112 se v jednotlivých krajích značně liší.

V Jihočeském kraji uvedl délku praxe méně než 1 rok 1 respondent (7,7 %). Délku praxe v délce 1 – 3 roky uvedli 4 respondenti (30,8 %). Nejvíce respondentů patřilo do skupiny v délce praxe 4 – 6 let, a to celkem 7 respondentů (53,8 %). Praxi delší než 6 let vykonává 1 respondent (7,7 %).

Respondenti Plzeňského kraje prezentují pouze poslední dvě skupiny. Praxi v délce 4 – 6 let uvedli 2 respondenti (14,3 %). Vysokým procentem je pak zastoupena praxe v délce více než 6 let, tu uvedlo celkem 12 respondentů (85,7 %).

3.1.5 Vyhodnocení otázky č. 5

5. Absolvoval/a jste školení zaměřené na jednání se sebevrahy v rámci vstupního základního kurzu? (např. ve Frýdku Místku, Bohdanči,..)

Tabulka č. 5: Vyhodnocení otázky č. 5

	TCTV JČK		TCTV PK	
Ano	5	38,5 %	0	0 %
Ne	8	61,5 %	14	100 %
Celkem	13	100 %	14	100 %

Zdroj: vlastní zpracování

Na tuto otázku odpovědělo kladně 5 respondentů (38,5 %) z Jihočeského kraje, zatímco z kraje Plzeňského se v rámci vstupního kurzu takového školení neúčastnil žádný respondent.

3.1.6 Vyhodnocení otázky č. 5.1.

5.1 Pokud ano, v jakém časovém rozsahu? (počet hodin nebo dní)

Odpovědi respondentů se lišily. První respondent uvedl délku školení v rozsahu dvou vyučovacích hodin, další pak v rozsahu jednoho dne. Třetí respondent napsal, že školení trvalo dva dny. Čtvrtý respondent potvrdil délku školení v rozsahu tří dnů a pátý respondent odpověděl, že si již nepamatuje jak dlouho toto školení trvalo.

3.1.7 Vyhodnocení otázky č. 6

6. Jak často procházíte na svém pracovišti školením zaměřeným na jednání se sebevrahy?

Tato otázka byla otevřená, to znamená, že respondentům nebyly nabídnuty žádné možnosti odpovědí. Respondenti tak odpovídali dle vlastního uvážení, kdy odpověď sami vymýšleli a formulovali. Výsledky této otázky jsou proto hodnoceny pouze slovním vyjádřením.

Celkem 7 respondentů (53,8 %) v Jihočeském kraji odpovědělo, že se školení účastní 1x ročně. Dalších 5 respondentů (38,5 %) uvedlo, že za celou dobu svého zaměstnání prošli daným školením pouze jedenkrát, z toho 2 respondenti uvádí délku své praxe v délce 1 – 3 roky a 3 respondenti uvádí délku praxe 4 – 6 let. Poslední respondent (7,7 %) odpověděl, že za celou svou praxi, v délce 4 – 6 let, školením dosud neprošel.

V Plzeňském kraji uvedlo 5 respondentů (35,7 %), že školením prochází 1x ročně. Zbývajících 9 respondentů, všichni s délkou praxe v délce více než 6 let, podalo odlišné odpovědi. Celkem 6 dotazovaných (42,9 %) uvedlo, že se školení za celou dobu svého zaměstnání zúčastnili pouze jedenkrát. Další 2 respondenti (14,3 %) odpověděli, že školení absolvují jedenkrát za tři roky. Školením za celou svou dobu praxe neprošel 1 respondent (7,1 %).

3.1.8 Vyhodnocení otázky č. 7

7. Kdo tato školení provádí a jak dlouho trvají? (počet hodin)

I sedmá otázka byla otevřená.

Všech 12 respondentů z Jihočeského kraje, kteří v předešlé otázce potvrdili, že se již nějakého či nějakých školení zúčastnili, uvedlo jako školitele služební psycholožku HZS kraje a 7 z nich dále uvedlo navíc účast na školení policejního vyjednavče. Respondenti se shodují na délce školení, které trvalo v rozmezí 2 – 4 hodin.

V Plzeňském kraji se dle výsledků předešlé otázky zúčastnilo školení 13 respondentů. Všichni respondenti označili jako školitele služební psycholožku HZS kraje, časové rozpětí školení pak uváděli stejné jako respondenti z Jihočeského kraje, tedy 2 – 4 hodiny. O tom, že by byla pořádána školení za asistence policejního vyjednavče či jiných odborníků, nebyla v odpovědích uvedena žádná zmínka.

3.1.9 Vyhodnocení otázky č. 8

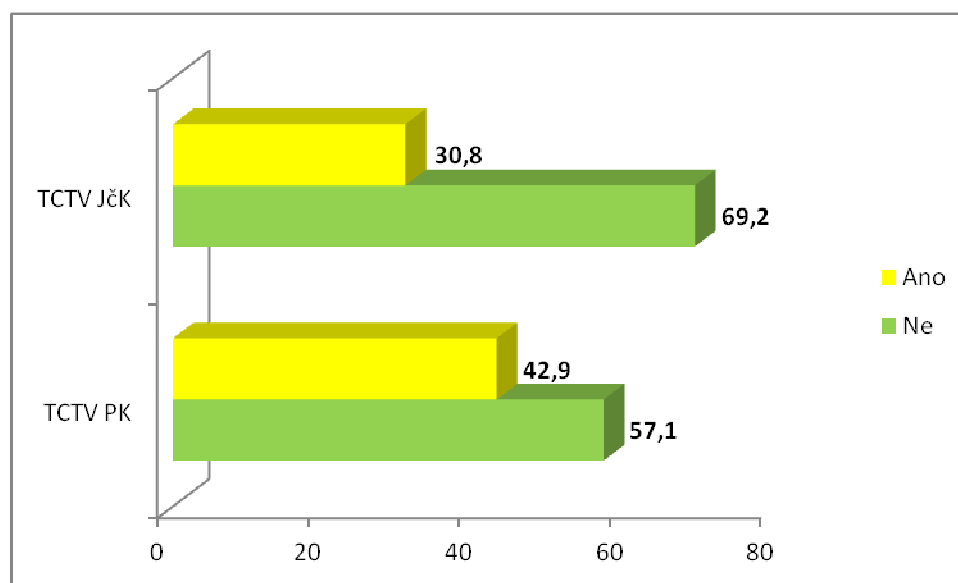
8. Je pro Vás četnost těchto školení dostačující?

Tabulka č. 6: Vyhodnocení otázky č. 8

	TCTV JčK		TCTV PK	
Ano	4	30,8 %	6	42,9 %
Ne	9	69,2 %	8	57,1 %
Celkem	13	100 %	14	100 %

Zdroj: vlastní zpracování

Graf č. 3: Procentuelní vyhodnocení otázky č. 8



Zdroj: vlastní zpracování

Prostřednictvím výše uvedených otázek byly od respondentů obdrženy informace o tom, jak často se na svých pracovištích účastní školení se sebevražednou tematikou.

Zajímalo nás dále, zda je pro ně četnost těchto školení dostačující. Z uvedených údajů vyplývá, že v obou krajích převažovaly negativní odpovědi.

V Jihočeském kraji jsou s četností pořádání školení spokojeni, tedy považují ji za dostačující, 4 respondenti (30,8%). Dalších 9 dotazovaných (69,2 %) ji označilo za nedostačující.

V Plzeňském kraji je s frekvencí školení spokojeno 6 respondentů (42,9 %), opačnou volbu, tedy nedostačující četnost školení, označilo zbylých 8 respondentů (57,1 %).

3.1.10 Vyhodnocení otázky č. 8.1

8.1 Pokud ne, jak často a v jakém časovém rozsahu byste uvítali školení na vašem pracovišti?

Tato otázka navazuje na otázku osmou, je otevřená, a týká se pouze těch respondentů, kteří na ni odpověděli ne, ostatní na tuto otázku neodpovídali.

V Jihočeském kraji 1 respondent navrhl, aby školení bylo pořádáno vždy jedenkrát za tři měsíce, v délce jednoho pracovního dne. 1 respondent by uvítal školení jedenkrát měsíčně, 3 respondenti jedenkrát za půl roku, 4 respondenti jedenkrát ročně. Všichni tito zbylí respondenti se nevyjádřili k otázce časového rozsahu školení. Poslední variantu v podobě pořádání školení jedenkrát ročně požadovali respondenti, kteří za svou dosavadní dobu praxe absolvovali školení pouze jedenkrát.

Odpovědi respondentů z Plzeňského kraje se příliš neodlišovaly od odpovědí respondentů z kraje Jihočeského. 1 dotazovaný požadoval, aby školení bylo prováděno jedenkrát za tři měsíce, 2 respondenti navrhovali účast na školení jedenkrát za půl roku. 4 respondenti by uvítali školení jedenkrát ročně, z toho 2 respondenti v délce 2 hodin a 1 respondent v délce 4 – 8 hodin. Poslední respondent navrhl pořádat školení jedenkrát za 2 roky. Variantu v časovém rozmezí jedenkrát ročně a jedenkrát za dva roky požadovali ti respondenti, kteří stejně jako respondenti v kraji Jihočeském, prošli školením za celou dobu své praxe pouze jedenkrát.

Kratší časové intervaly mezi školeními navrhli v obou krajích respondenti, kteří v šesté otázce zodpověděli, že procházejí školením jedenkrát ročně.

3.1.11 Vyhodnocení otázky č. 9

9. Čím byla pro Vás výše uvedená školení přínosná?

Devátá otázka byla otevřená, respondenti měli uvést jaký přínos jim školení přinášejí.

V Jihočeském kraji se k této otázce vyjádřil 1 respondent otazníkem a odpovědí „nevím“. Nejčastější odpovědi ostatních respondentů byly následovné:

- upozornění na chyby při hovoru, možnost rozebrat konkrétní hovor,
- oživení si zásad vedení rozhovoru s osobou se sebevražednými sklony,
- vím jak se chovat,
- sjednocení postupů při jednání se sebevrahem,
- jiný pohled na věc,
- modelové situace v rámci vstupního kurzu ve Frýdku Místku.

V Plzeňském kraji odpověděli 2 respondenti, že jim školení nebyla přínosná vůbec ničím, 3 respondenti uvedli, že školení nebyla pro ně přínosná téměř ničím, odpověď „nevím“ uvedl 1 respondent.

Odpovědi zbylých osmi respondentů Plzeňského kraje zněly:

- teoretické seznámení se s problematikou,
- utvoření systému v nabírání hovorů a způsob předání hovoru policejnímu vyjednavaci,
- učení se postupů vytěžování tohoto typu hovoru a vytvoření schématu komunikace se sebevrahy,
- poslech hovorů a jejich následný rozbor co bylo dobré a co ne.

3.1.12 Vyhodnocení otázky č. 10

10. Co Vám na školeních chybělo a jaké jsou Vaše případné návrhy k jejich vylepšení?

Touto otevřenou otázkou jsme chtěli zjistit, co respondenti na školeních postrádají a zda oni sami mají případné návrhy k jejich vylepšení.

Respondenti v Jihočeském kraji neuvedli nic konkrétního, co by jim na školení chybělo, a za účelem vylepšení školení nejčastěji navrhovali:

- více se seznamovat s případy z praxe a následně rozebírat nahrávky autentických hovorů a poukazovat na konkrétní chyby operátorů, kterých se během těchto hovorů dopouštějí,
- zařazovat do školení metody modelových situací,
- hlubší seznámení se s krizovou intervencí a její nácvik,
- prodloužit časový rozsah školení.

V Plzeňském kraji by 2 respondenti uvítali vyšší profesionalitu školení, kdy jeden z nich požaduje odstranit nejasnost a neurčitost závěrů z nich vyplývajících a druhý poukazuje na skutečnost, že školení je zpracováno povrchním a nekonkrétním způsobem. 1 respondent se zabíral kvalitou a smysluplností školení, dle něj nemůže se suicidálním jedincem kvalitně jednat nikdo s „pár hodinami školení“. Další z respondentů napsal, že školení nemohou dát konkrétní návod jak jednat se sebevrahem, jak ho udržet na lince, jaké klást otázky. Jako nejčastější návrhy k vylepšení školení respondenti uváděli:

- více zařazovat případy z praxe, rozebírat autentické hovory a učit se na nich konkrétním postupům,
- podat návod jak skutečně jednat s osobou, která uvažuje o sebevraždě,
- dát jasné stanovisko k možnosti zavěšení ze strany operátora v případě neakutní fáze a potřeby si jen povídat.

3.1.13 Vyhodnocení otázky č. 11

11. Byl/a byste ochotný/á zúčastnit se takového školení ve svém volném čase?

Tabulka č.: 7: Vyhodnocení otázky č. 11

	TCTV JčK		TCTV PK	
Ano	4	30,8 %	3	21,4 %
Spíše ano	6	46,1 %	3	21,4 %
Ne	2	15,4 %	2	14,3 %
Spíše ne	1	7,7 %	6	42,9 %
Celkem	13	100 %	14	100 %

Zdroj: vlastní zpracování

K dotazu, zda by byli respondenti ochotni zúčastnit se školení ve svém volném čase, byly nabídnuty čtyři možné odpovědi.

V Jihočeském kraji odpověděli Ano 4 respondenti (30,8 %), Spíše ano uvedlo 6 respondentů (46,1 %). 2 respondenti (15,4 %) nemají zájem účastnit se školení v mimopracovní době a označili proto možnost Ne, variantu Spíše ne si vybral 1 respondent (7,7 %).

V Plzeňském kraji odpověděli Ano 3 respondenti (21,4 %), možnost Spíše ano zvolili 3 respondenti (21,4 %). 2 respondenti (14,3 %) uvedli Ne, 6 respondentů (42,9 %) si vybralo možnost Spíše ne.

3.1.14 Vyhodnocení otázky č. 12

12. Kdo by dle Vašeho názoru měl školení vést?

Tabulka č.: 8: Vyhodnocení otázky č. 12

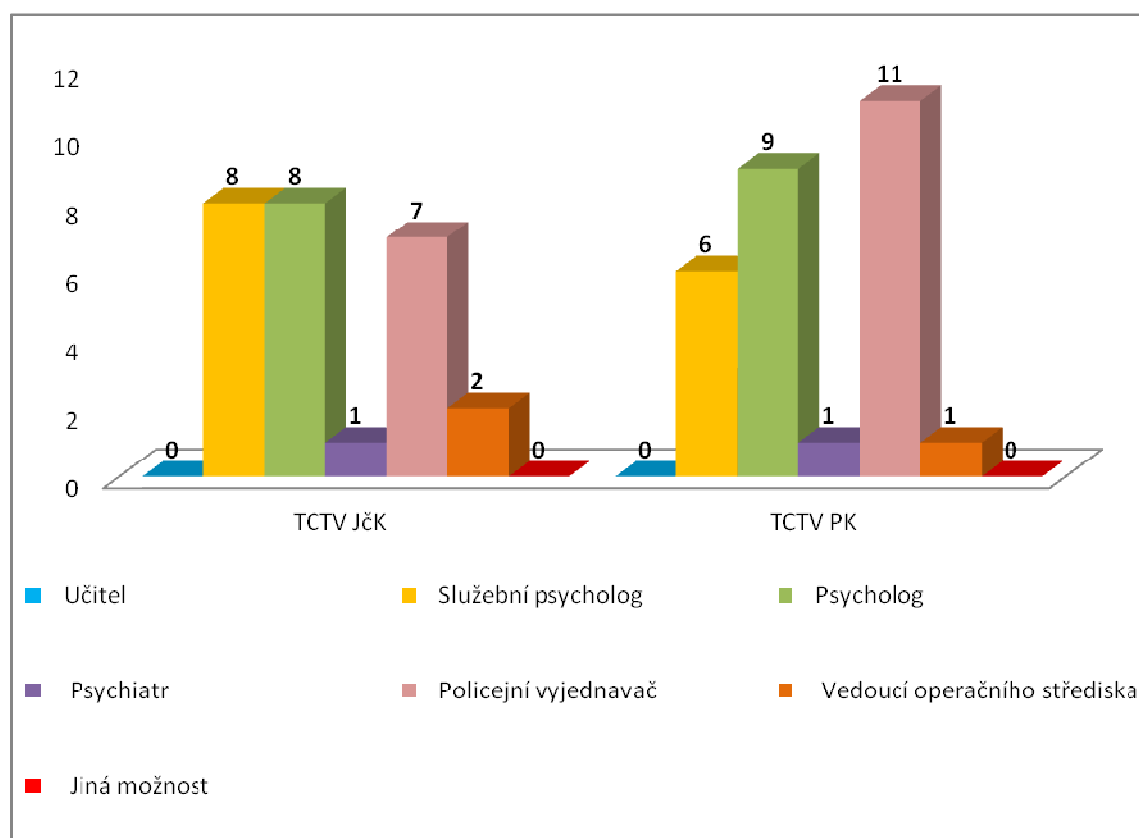
	TCTV JčK	TCTV PK
Učitel	0	0
Služební psycholog	8	6
Psycholog	8	9
Psychiatr	1	1
Policejní vyjednávač	7	11

pokračování

	TCTV JčK	TCTV PK
Vedoucí operačního střediska	2	1
Jiná možnost	0	0

Zdroj: vlastní zpracování

Graf č. 4: Početní vyhodnocení otázky č. 12



Zdroj: vlastní zpracování

U dvanácté otázky měli respondenti možnost vybírat z šesti nabízených odpovědí, pro případ, že by žádná z nich nebyla pro ně vyhovující, mohli vyjádřit svůj názor v kolonce Jiná možnost. Respondenti nebyli omezeni výběrem pouze jedné varianty odpovědi, ale bylo jim umožněno uvést i vícero odpovědí najednou. Vyhodnocení této otázky tak nevyjadřuje poměr respondentů a vybraných odpovědí, nýbrž uvádí četnost odpovědí, tedy kolikrát byla možná odpověď respondenty vybrána a uvedena.

Respondenti v Jihočeském kraji zvolili z nabídnutých odpovědí k otázce školitele 8 x možnost Služební psycholog, 8 x možnost Psycholog, 1 x odpověď Psychiatr, 7 x variantu odpovědi Policejní vyjednaváč a 2 x uvedli Vedoucího operačního střediska.

V Plzeňském kraji byla respondenty použita 6 x odpověď Služební psycholog, 9 x odpověď Psycholog, 1 x možnost Psychiatr, 11 x uvedli Policejního vyjednaváče a 1 x byla označena varianta Vedoucí operačního střediska.

Žádný z respondentů nezastával názor, že školitelem by měl být učitel, a nikdo nevyužil možnosti navrhnout jinou osobu, která by měla školení vést, a která nebyla nabídnuta v rámci možných odpovědí.

3.1.15 Vyhodnocení otázky č. 13

13. Co je pro Vás během školení nejvíce důležité?

Teorie?

Poslech autentických hovorů se sebevrahy a následný odborný rozbor těchto hovorů?

Praktický nácvik odbavování hovorů?

Tabulka č. 9: Vyhodnocení otázky č. 13

	TCTV JčK	TCTV PK
Teorie	0	0
Poslech autentických hovorů se sebevrahy a následný odborný rozbor těchto hovorů	10	10
Praktický nácvik odbavování hovorů	5	7

Zdroj: vlastní zpracování

Pomocí této otázky bylo dotazováno, co respondenti považují během školení za nejvíce přínosné. Respondentům byla u každé podotázky nabídnuta škála odpovědí: Nejdůležitější, Důležité, Méně důležité a Nedůležité.

Vzhledem k tomu, že někteří respondenti označili za nejdůležitější více možností odpovědi, údaje ve výše uvedené tabulce nám poskytují informace, kolikrát byla daná možnost za nejdůležitější označena.

Jako nejvíce důležité označili respondenti možnost „Poslech autentických hovorů se sebevrahy a následný odborný rozbor těchto hovorů“. Učinilo tak 10 respondentů (76,9 %) z Jihočeského kraje a 10 respondentů (71,4 %) z kraje Plzeňského. Ostatní respondenti považují tento způsob školení za důležitý.

„Praktický nácvik odbavování hovorů“ označilo jako nejdůležitější 5 respondentů (38,5 %) z Jihočeského kraje a 7 respondentů (50 %) z kraje Plzeňského. Odpovědi všech zbývajících respondentů označují tuto metodu školení za důležitou.

„Teorie“ nebyla označena jako nejdůležitější ani v jednom případě. Celkem 6 respondentů (46,1 %) z Jihočeského kraje ji označilo za důležitou, v kraji Plzeňském tak učinilo 5 respondentů (35,7 %). Zbývajících respondenti považují teorii za méně důležitou.

3.1.16 Vyhodnocení otázky č. 14

14. Uvítal/a byste pravidelné kurzy zaměřené na danou tematiku ve výcvikovém středisku ve Frýdku Místku?

Tabulka č. 10: Vyhodnocení otázky č. 14

	TCTV JČK		TCTV PK	
Ano	3	23,1 %	5	35,7 %
Ne	10	76,9 %	9	64,3%
Celkem	13	100 %	14	100 %

Zdroj: vlastní zpracování

Čtrnáctá otázka směřovala ke zjištění, zda by respondenti měli zájem o pořádání pravidelných kurzů zaměřených na danou tematiku ve výcvikovém středisku ve Frýdku Místku.

K této otázce se v Jihočeském kraji kladně vyjádřili 3 respondenti (23,1 %), zbylých 10 respondentů (76,9 %) o takovýto kurz neprojevovalo zájem.

V Plzeňském kraji by daný kurz uvítalo 5 respondentů (35,7 %), zatímco 9 respondentů (64,3%) uvedlo zápornou odpověď.

3.1.17 Vyhodnocení otázky č. 14.1

14.1 Pokud ano, kolik dní by měl kurz trvat a jak často by se měl opakovat?

Tato otevřená otázka navazuje na otázku předcházející a byla určena respondentům, kteří na ni odpověděli kladným způsobem.

2 respondenti v Jihočeském kraji navrhli, aby se kurz konal jedenkrát ročně, v délce dvou pracovních dnů, 1 respondent uvedl, aby byl kurz pořádán jedenkrát za pět let, nejlépe během opakovacího kurzu po dobu pěti dnů.

V Plzeňském kraji by 2 respondenti uvítali roční frekvenci pořádání kurzu, v délce dvou pracovních dnů a 3 respondenti navrhli, aby kurz trval týden, tedy pět pracovních dnů, a byl pořádán v pravidelném pětiletém intervalu v rámci opakovacích kurzů.

3.1.18 Vyhodnocení otázky č. 15

15. Absolvoval/a jste další jiná školení týkající se dané problematiky (např. v rámci samostudia)?

Tabulka č. 11: Vyhodnocení otázky č. 15

	TCTV JČK		TCTV PK	
Ano	3	23,1 %	0	0 %
Ne	10	76,9 %	14	100 %
Celkem	13	100 %	14	100 %

Zdroj: vlastní zpracování

V tomto výzkumu nás dále zajímalo, zda se respondenti, např. v rámci samostudia, zúčastnili i jiných školení zaměřených na danou tematiku.

Kladnou odpověď uvedli v Jihočeském kraji 3 respondenti (23,1 %), 10 respondentů (76,9 %) se žádných obdobných školení nezúčastnilo.

Všech 14 respondentů (100%) v Plzeňském kraji uvedlo odpověď Ne.

3.1.19 Vyhodnocení otázky č. 16

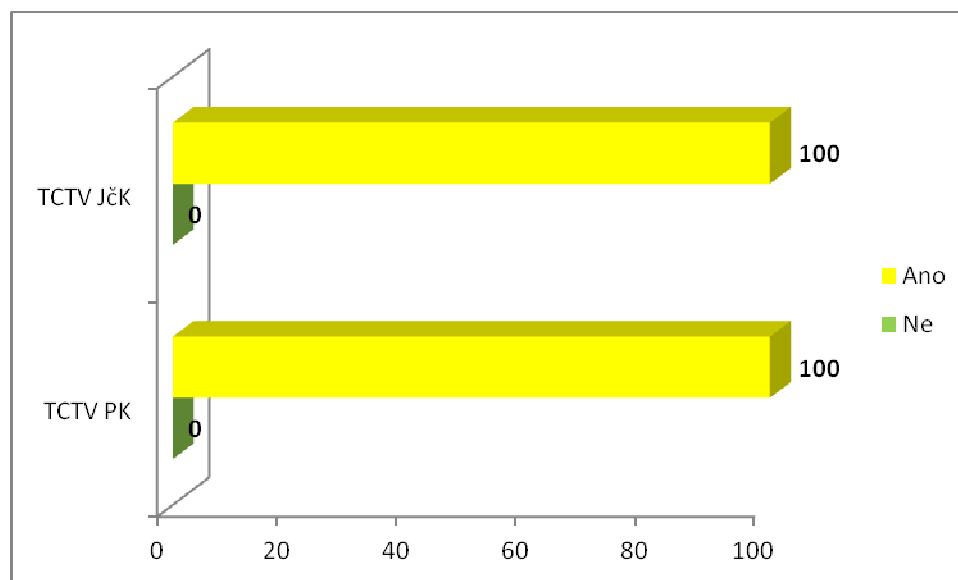
16. Vedl/a jste během své praxe telefonický hovor s člověkem, který projevoval známky sebevražedného jednání?

Tabulka č. 12: Vyhodnocení otázky č. 16

	TCTV JČK		TCTV PK	
Ano	13	100 %	14	100 %
Ne	0	0 %	0	0 %
Celkem	13	100 %	14	100 %

Zdroj: vlastní zpracování

Graf č. 5: Procentuelní vyhodnocení otázky č. 16



Zdroj: vlastní zpracování

Z uvedených odpovědí vyplývá, že všichni respondenti v Jihočeském a Plzeňském kraji, kteří se zúčastnili tohoto výzkumu, během své praxe na tísňové lince 112 již vedli hovor se suicidálním jedincem. Odpověď Ano tak uvedlo 13 respondentů (100 %) v Jihočeském kraji a 14 respondentů (100 %) v kraji Plzeňském.

Žádný z dotazovaných neoznačil odpověď Ne.

3.1.20 Vyhodnocení otázky č. 17

17. V kolika procentech případů myslíte, že mívají volající skutečně vážný úmysl sebevraždu spáchat?

V Jihočeském kraji na tuto otevřenou otázku uvedl 1 respondent, že ani volající mnohdy neví, zda mají skutečně vážný úmysl sebevraždu spáchat. Druhý respondent odpověděl, že toto nepozná a raději tudíž předpokládá 100% riziko vážného úmyslu. 1 respondent myslí, že svůj život chce skutečně ukončit pouze 1 % volajících suicidantů. 4 respondenti odhadovali, že vážný sebevražedný úmysl mívá 10 % volajících, další 4 respondenti uvedli, že odhadují přítomnost vážného úmyslu ve 30 % a 2 respondenti v 50 % těchto hovorů.

Také v Plzeňském kraji byl procentuelní odhad různorodý. 1 respondent myslí, že většina volajících, s nimiž vedl hovor, byla skutečně vážně rozhodnuta svůj život ukončit. Další respondent uvádí tuto pravděpodobnost jako 5%. 2 respondenti ohodnotili možnou přítomnost vážného úmyslu 10 %. Celkem 7 respondentů uvažuje, že vážný úmysl bývá obsažen ve 25 – 30 % hovorů, 1 respondent pak uvádí četnost vážného úmyslu ve 30 – 40 % a 2 respondenti v 50 % hovorů se sebevražedným obsahem.

3.1.21 Vyhodnocení otázky č. 18

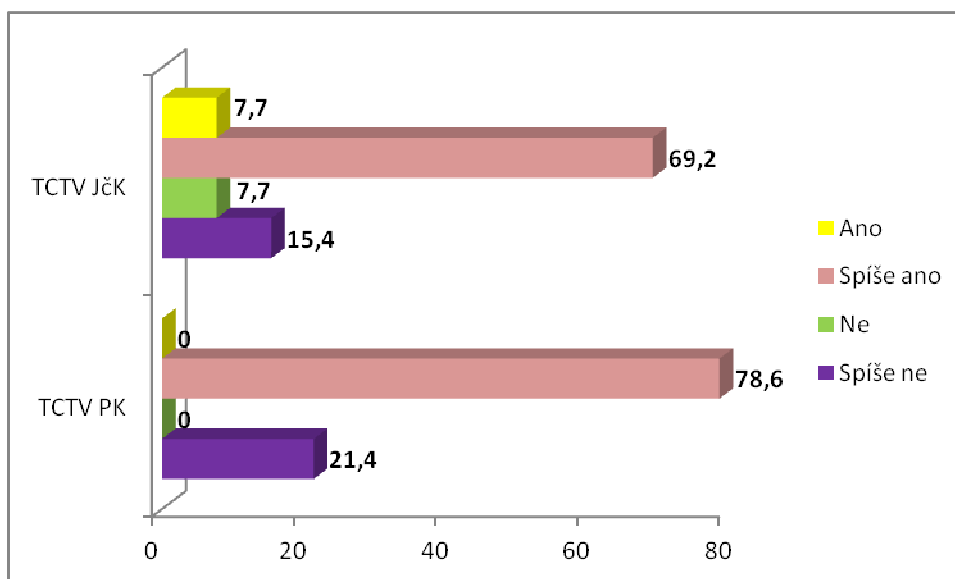
18. Myslíte si, že jste během hovoru schopen/schopna odhadnout, zda volající má skutečný úmysl sebevraždu spáchat nebo zda se jedná pouze o tzv. „demonstrativní“ volání?

Tabulka č. 13: Vyhodnocení otázky č. 18

	TCTV JčK		TCTV PK	
Ano	1	7,7 %	0	0 %
Spíše ano	9	69,2 %	11	78,6 %
Ne	1	7,7 %	0	0 %
Spíše ne	2	15,4 %	3	21,4 %
Celkem	13	100 %	14	100 %

Zdroj: vlastní zpracování

Graf č. 6: Procentuelní vyhodnocení otázky č. 18



Zdroj: vlastní zpracování

Účelem osmnácté otázky bylo zjistit, zda si respondenti myslí, že jsou schopni během hovoru odhadnout, zda volající má skutečný úmysl sebevraždu spáchat, nebo zda suicidální jednání pouze předstírá. Tato otázka byla uzavřená a respondenti vybíraly ze čtyř možných odpovědí.

V Jihočeském kraji se 1 respondent (7,7 %) domnívá, že je schopen tento problém rozpoznat a uvedl proto odpověď Ano, opačného názoru je 1 respondent (7,7 %), který tak označil odpověď Ne. 9 respondentů (69,2 %) zvolilo odpověď Spíše ano a 2 respondenti (15,4 %) odpověděli Spíše ne.

Žádný z respondentů v Plzeňském kraji nezvolil nabízené odpovědi Ano a Ne. Variantu odpovědi Spíše ano uvedlo 11 respondentů (78,6 %), zbylí 3 respondenti (21,4 %) odpověděli Spíše ne.

3.1.22 Vyhodnocení otázky č. 19

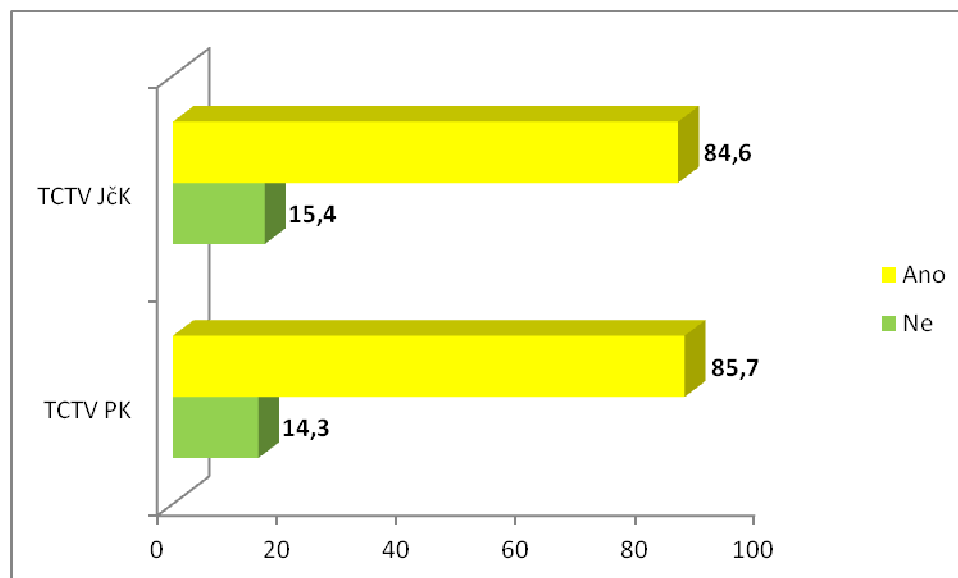
19. Pociťoval/a jste během hovoru se sebevrahem větší psychickou zátěž než při odbavování ostatních hovorů?

Tabulka č. 14: Vyhodnocení otázky č. 19

	TCTV JčK		TCTV PK	
Ano	11	84,6 %	12	85,7 %
Ne	2	15,4 %	2	14,3 %
Celkem	13	100 %	14	100 %

Zdroj: vlastní zpracování

Graf č. 7: Procentuelní vyhodnocení otázky č. 19



Zdroj: vlastní zpracování

Celkem 11 respondentů (84,6 %) v Jihočeském kraji uvedlo, že během hovoru se sebevrahem pociťovalo větší psychickou zátěž než u ostatních typů hovorů. 2 respondenti (15,4 %) zvýšenou psychickou zátěž nezaznamenali.

V Plzeňském kraji představoval hovor se suicidantem zvýšenou psychickou zátěž pro 12 respondentů (85,7 %) a pouze 2 respondenti (14,3 %) se k dané otázce vyjádřili záporně.

3.1.23 Vyhodnocení otázky č. 20

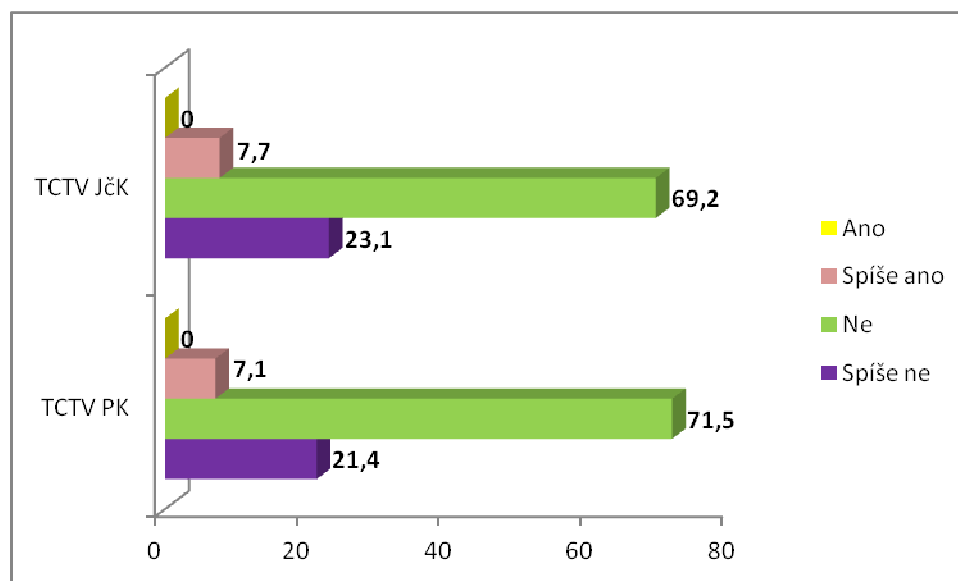
20. Pokud jste vedl/a hovor se sebevrahem, bylo pro Vás náročné po ukončení hovoru být dále zapojen do pracovního procesu?

Tabulka č. 15: Vyhodnocení otázky č. 20

	TCTV JčK		TCTV PK	
Ano	0	0 %	0	0 %
Spíše ano	1	7,7 %	1	7,1 %
Ne	9	69,2 %	10	71,5 %
Spíše ne	3	23,1 %	3	21,4 %
Celkem	13	100 %	14	100 %

Zdroj: vlastní zpracování

Graf č.8: Procentuelní vyhodnocení otázky č. 20



Zdroj: vlastní zpracování

K této otázce byly opět nabídnuty čtyři možné odpovědi.

Respondenti v Jihočeském kraji se k otázce, zda bylo pro ně náročné po ukončení hovoru se sebevrahem být i nadále zapojen do pracovního procesu, vyjadřovali následovně: 1 respondent (7,7 %) uvedl odpověď Spíše ano. 9 respondentů

(69,2 %) nepovažovalo takovou situaci za náročnou a uvedli tudíž Ne. Možnost Spíše ne označili 3 respondenti (23,1 %).

V Plzeňském kraji označil (stejně jako v kraji Jihočeském) možnost Spíše ano 1 respondent (7,1 %) a variantu Spíše ne 3 respondenti (21,4 %). 10 respondentů (71,5 %) odpovědělo na danou otázku Ne.

Žádný z respondentů v Jihočeském a Plzeňském kraji neodpověděl Ano.

3.1.24 Vyhodnocení otázky č. 21

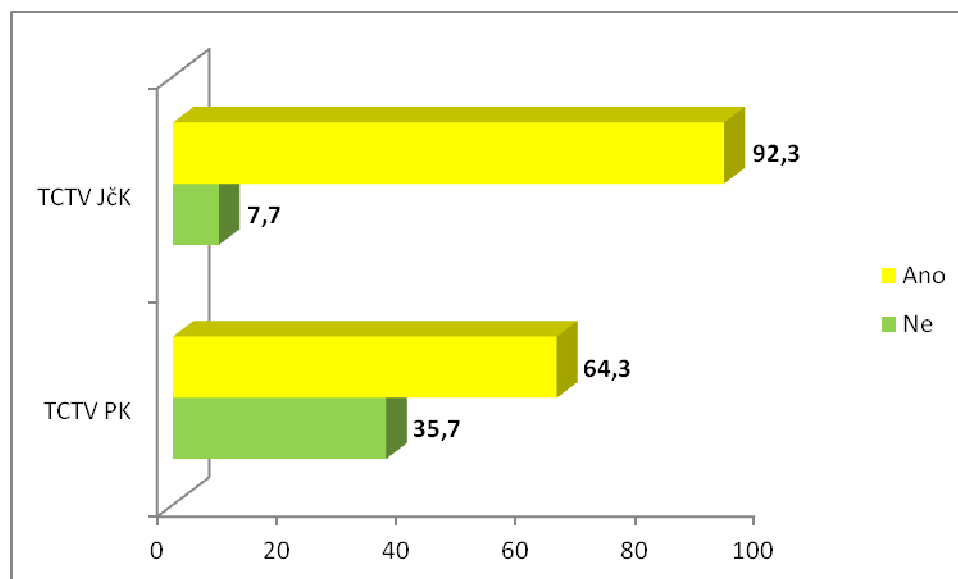
21. V případě, že bude hovor časově a obsahově náročný, uvítal/a byste mít možnost odhlásit se, bezprostředně po ukončení takového hovoru, na určitou dobu ze systému 112 za účelem načerpání nových sil?

Tabulka č. 16: Vyhodnocení otázky č. 21

	TCTV JČK		TCTV PK	
Ano	12	92,3 %	9	64,3%
Ne	1	7,7%	5	35,7 %
Celkem	13	100 %	14	100 %

Zdroj: vlastní zpracování

Graf č. 9: Procentuelní vyhodnocení otázky č. 21



Zdroj: vlastní zpracování

K otázce možné přestávky bezprostředně navazující na náročný hovor se suicidantem se v Jihočeském kraji vyjádřilo 12 respondentů (92,3 %) kladně, 1 respondent (7,7 %) možnost odhlášení se ze systému 112 nepožadoval.

V Plzeňském kraji by možnost mít přestávku za účelem načerpání nových sil po náročném hovoru uvítalo 9 respondentů (64,3%), 5 respondentů (35,7 %) uvedlo na tuto otázku zápornou odpověď Ne.

3.1.25 Vyhodnocení otázky č. 21.1

21.1 Pokud ano, jak dlouhá by dle Vás měla tato přestávka být?

Na tuto otázku odpovídali pouze respondenti, kteří na dvacátou první otázku odpověděli ano. Otázka byla otevřená.

Polovina respondentů v Jihočeském kraji navrhovala, aby jim byla umožněna přestávka v délce 15 – 30 minut. Druhá polovina respondentů požadovala, aby bylo při stanovení délky přestávky přihlíženo i k povaze hovoru.

Odpovědi respondentů v Plzeňském kraji byly stejné, všichni respondenti navrhovali přestávku v délce 15 – 30 minut.

3.1.26 Vyhodnocení otázky č. 22

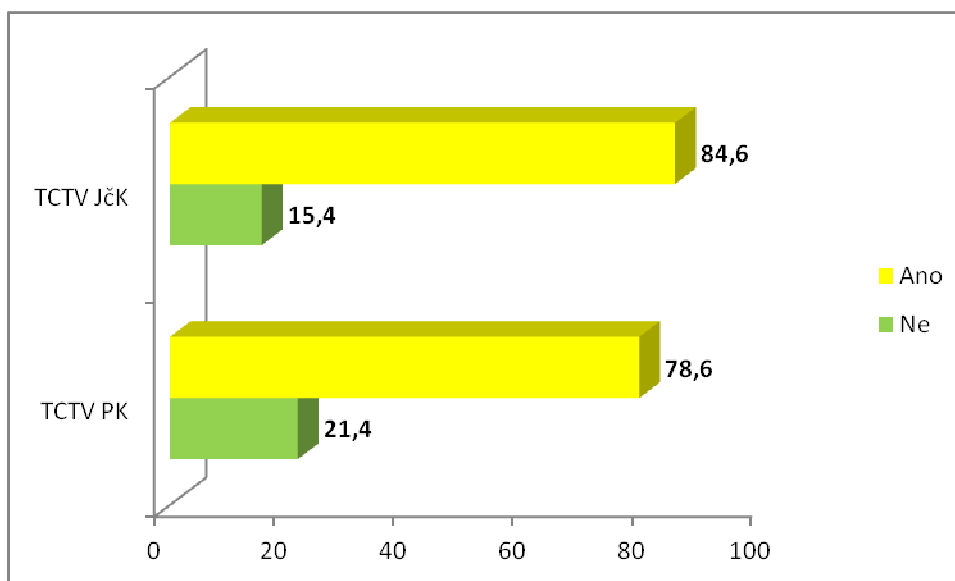
22. Přepadá Vás po odbavení hovoru následná nejistota zda jste hovor vedl/a správně?

Tabulka č. 17: Vyhodnocení otázky č. 22

	TCTV JčK		TCTV PK	
Ano	11	84,6 %	11	78,6 %
Ne	2	15,4 %	3	21,4 %
Celkem	13	100 %	14	100 %

Zdroj: vlastní zpracování

Graf č. 10: Procentuelní vyhodnocení otázky č. 22



Zdroj: vlastní zpracování

Odpovědi respondentů na tuto otázku se v obou krajích téměř shodovaly.

Celkem 11 respondentů (84,6 %) v Jihočeském kraji se po ukončení hovoru potýká s nejistotou, zda hovor vedli správně či ne. Pouze 2 respondenti (15,4 %) uvedli, že tento problém nemají.

Následná nejistota dopadá po ukončení hovoru i na 11 respondentů (78,6 %) v Plzeňském kraji, 3 respondenti (21,4 %) nejistotu nepociťují.

3.1.27 Vyhodnocení otázky č. 22.1

22.1 Pokud ano, snažil/a jste se o tom s někým mluvit a s kým?

Tabulka č. 18: Vyhodnocení otázky č. 22.1

	TCTV JČK	TCTV PK
Ano, s kolegy	10	10
Ano, se služebním psychologem	0	0
Ano, s psychologem	0	0
Ano, s blízkou osobou	4	2

pokračování

	TCTV JčK	TCTV PK
Ne, cítím stud z nezvládnuté situace	0	0
Ne, mám obavy se s tímto komukoliv svěřit, nakonec se to může otočit proti mně	0	0
Ne, myslím, že mi s tím stejně těžko někdo pomůže	1	1
Jiné	0	0

Zdroj: vlastní zpracování

Otázka byla směřována k těm respondentům, kteří na předešlou otázku, zda je po odbavení hovoru přepadá následná nejistota, zda hovor vedli správně, odpověděli kladně.

Respondentům bylo připraveno osm možností odpovědi, včetně jiné možnosti, a bylo jim dovoleno označit i více odpovědí zároveň. Vyhodnocení této otázky tak vypovídá o četnosti zvolených odpovědí.

Dotazovaní v Jihočeském kraji nejčastěji hovoří o svých pocitech nejistoty s kolegy, tato možnost odpovědi jimi byla označena celkem desetkrát. 4 respondenti pak své pocity probírají s blízkou osobou. 1 respondent o své nejistotě nehovoří s nikým, jelikož si myslí, že mu těžko někdo pomůže.

Také v Plzeňském kraji uváděli respondenti v nejvíce případech, a to desetkrát, že otázku nejistoty ohledně vedení hovoru diskutují se svými kolegy. 2 respondenti se svěřují se svou nejistotou blízkým osobám. 1 respondent si myslí, že mu beztak nikdo nepomůže, a proto o tomto problému s nikým nehovoří.

3.1.28 Vyhodnocení otázky č. 23

23. Představuje pro Vás možný hovor se sebevrahem tzv. „noční můru“?

Tabulka č. 19: Vyhodnocení otázky č. 23

	TCTV JčK	TCTV PK
Ano, mám obavy, že nejsem na takový druh hovoru dostatečně odborně připraven/a	1	4
Ano, mám obavy, že nejsem na takový druh hovoru dostatečně psychicky připraven/a	0	1

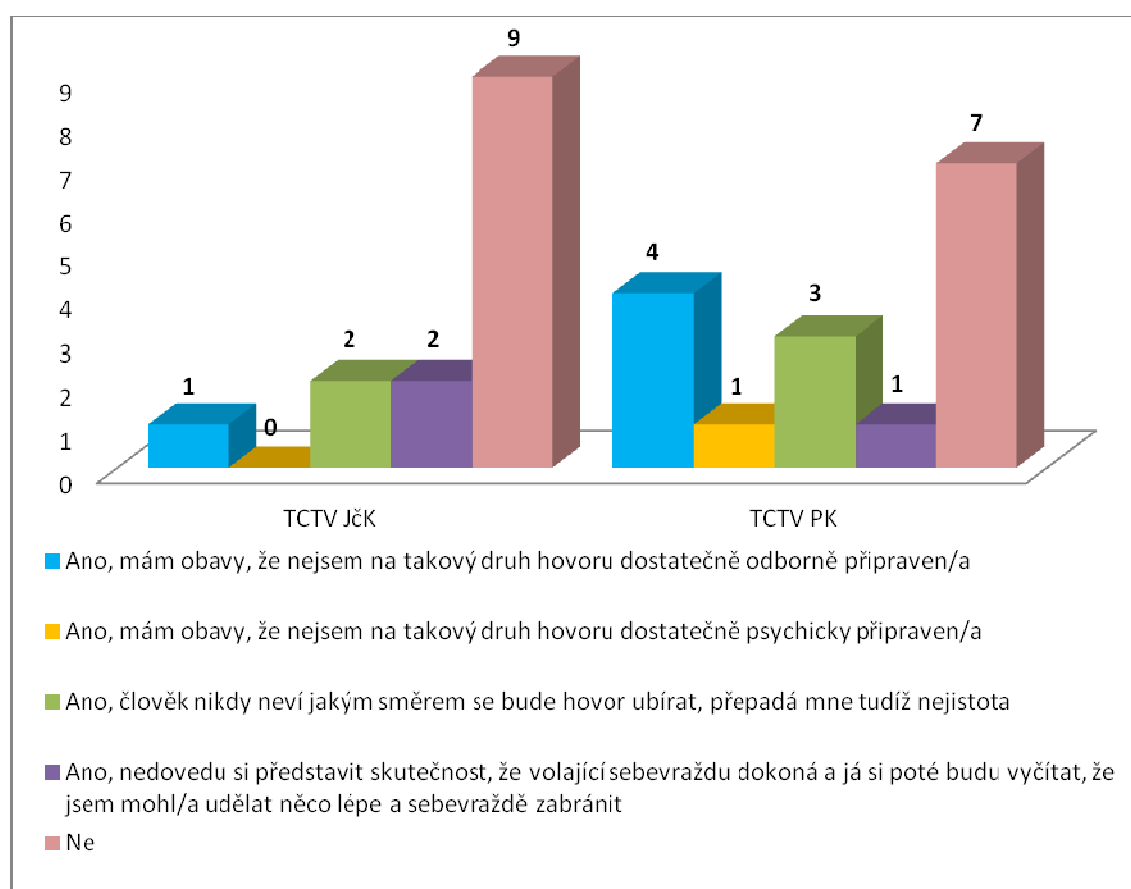
pokračování

pokračování tab. č. 19

	TCTV JČK	TCTV PK
Ano, člověk nikdy neví, jakým směrem se bude hovor ubírat, přepadá mne tudíž nejistota	2	3
Ano, nedovedu si představit skutečnost, že volající sebevraždu dokoná a já si poté budu vyčítat, že jsem mohl/a udělat něco lépe a sebevraždě zabránit	2	1
Ne	9	7

Zdroj: vlastní zpracování

Graf č. 11: Početní vyhodnocení otázky č. 23



Zdroj: vlastní zpracování

I v této otázce měli respondenti možnost označit více odpovědí, výše uvedená tabulka nám ukazuje, kolikrát byly dané odpovědi zastoupeny.

Nejčastější uváděná odpověď zněla Ne. V Jihočeském kraji se takto záporně vyjádřilo 9 respondentů. Respondenti dále uvedli dvakrát odpověď, že možný hovor pro ně představuje noční můru z toho důvodu, že člověk nikdy neví, jakým směrem se

bude hovor ubírat a přepadá je tudíž nejistota, a dvakrát se respondentům jevila jako důvod skutečnost, že volající sebevraždu dokoná a oni si poté budou vyčítat, že mohli udělat něco lépe a sebevraždě zabránit. 1 respondent odpověděl, že se necítí být na odbavení hovoru se suicidantem dostatečně odborně připraven.

Pro 7 respondentů v Plzeňském kraji možný hovor se sebevrahem noční můru nepředstavuje. Zbýlých 7 respondentů čtyřikrát odpovědělo, že mají obavy, že nejsou na hovor se suicidantem dostatečně odborně připraveni a jedenkrát byly uvedeny i obavy z důvodu nedostatečné psychické připravenosti respondenta. Odpověď Ano, člověk nikdy neví, jakým směrem se bude hovor ubírat, přepadá mne tudíž nejistota byla označena celkem třikrát a jedenkrát pak odpověď Ano, nedovedu si představit skutečnost, že volající sebevraždu dokoná a já si poté budu vyčítat, že jsem mohl/a udělat něco lépe a sebevraždě zabránit.

3.1.29 Vyhodnocení otázky č. 24

24. Stává se Vám, že se Vám vracejí vzpomínky na náročný hovor?

Tabulka č. 20: Vyhodnocení otázky č. 24

	TCTV JčK		TCTV PK	
Ano	0	0 %	1	7,1 %
Spíše ano	1	7,7 %	0	0 %
Ne	7	53,8 %	4	28,6 %
Spíše ne	5	38,5 %	9	64,3 %
Celkem	13	100 %	14	100 %

Zdroj: vlastní zpracování

Dotazovaní se k této otázce převážně vyjadřovali, že se jim vzpomínky na náročný hovor nevracejí nebo spíše nevracejí.

V Jihočeském kraji zaškrtl odpověď Spíše ano pouze 1 respondent (7,7 %). 7 respondentů (53,8 %) uvedlo, že se jim takové vzpomínky nevracejí, 5 zbývajících respondentů (38,5 %) zvolilo možnost Spíše ne.

1 respondent (7,1 %) v Plzeňském kraji odpověděl, že se s následnými vzpomínkami na náročný hovor potýká. Opak uvádějí 4 respondenti (28,6 %), kteří označili odpověď Ne. Vzpomínky se spíše nevracejí 9 respondentům (64,3 %).

3.1.30 Vyhodnocení otázky č. 25

25. Jakým způsobem se následně vyrovnáváte se stresem způsobeným zvýšenou psychickou zátěží při odbavování hovorů?

Tabulka č. 21: Vyhodnocení otázky č. 25

	TCTV JčK	TCTV PK
Pohybová, sportovní či kulturní aktivita	8	9
Pasivní odpočinek – relaxace, spánek, četba, posezení s přáteli	6	7
Kutilství, domácí práce	0	0
Popovídání si o hovoru s jinou osobou	4	4
Jiné:	1	2

Zdroj: vlastní zpracování

Snad každý z nás byl někdy takzvaně pod psychickým tlakem, s nímž se později potřeboval nějakým způsobem vypořádat. Zajímalo nás proto, jakým způsobem se vyrovnávají respondenti se stresem vyplývajícím ze zvýšené psychické zátěže při odbavování hovorů se suicidálním jedincem. Pro respondenty byly připraveny čtyři formy odpovědí a možnost Jiné. Respondenti opět mohli uvádět více odpovědí najednou.

Z výše uvedených údajů v tabulce můžeme vidět, že v Jihočeském kraji byla nejvíce označována odpověď Pohybová, sportovní či kulturní aktivita, a to osmkrát. Pasivní odpočinek – relaxaci, spánek, četbu, posezení s přáteli uváděli respondenti v sedmi případech. Čtyřikrát byla zaškrtnuta odpověď Popovídání si o hovoru s jinou osobou. 1 respondent v kolonce Jiné sdělil, že nejlepší způsob, jak se vypořádat se stresem, pro něj představuje procházka se psem.

Stejně jako v Jihočeském, tak i v Plzeňském kraji byly hojně zastoupeny první dvě formy odpovědí: Pohybovou, sportovní či kulturní aktivitu uvedli respondenti devětkrát a Pasivní odpočinek – relaxaci, spánek, četbu, posezení s přáteli označili celkem sedmkrát. Možnost odpovědi Popovídání si o hovoru s jinou osobou byla zvolena čtyřikrát. 2 respondenti, oba mužského pohlaví, v kolonce Jiné uvedli, že dosud nezažili takový stres, aby se s ním museli nějak vyrovnávat.

3.1.31 Vyhodnocení otázky č. 26

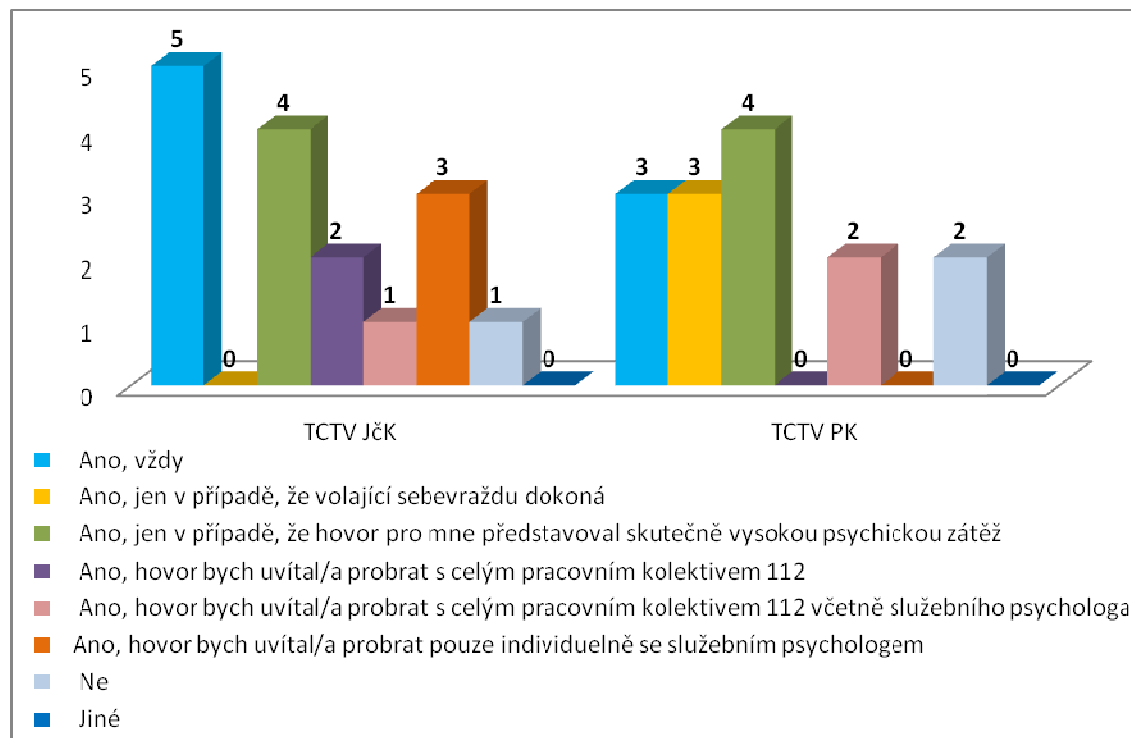
26. Uvítal/a byste možnost následného rozboru Vašeho rozhovoru se sebevrahem s jinou osobou?

Tabulka č. 22: Vyhodnocení otázky č. 26

	TCTV JčK	TCTV PK
Ano, vždy	5	3
Ano, jen v případě, že volající sebevraždu dokoná	0	3
Ano, jen v případě, že hovor pro mne představoval skutečně vysokou psychickou zátěž	4	4
Ano, hovor bych uvítal/a probrat s celým pracovním kolektivem 112	2	0
Ano, hovor bych uvítal/a probrat s celým pracovním kolektivem 112 včetně služebního psychologa	1	2
Ano, hovor bych uvítal/a probrat pouze individuálně se služebním psychologem	3	0
Ne	1	2
Jiné	0	0

Zdroj: vlastní zpracování

Graf č. 12: Početní vyhodnocení otázky č. 26



Zdroj: vlastní zpracování

Také u dvacáté šesté otázky mohli respondenti vybírat z nabízených odpovědí, kterých bylo sedm, i zde se bylo navíc umožněno dotazovaným využít jiné možnosti odpovědi a kombinace více odpovědí najednou. Jaké z nabízených odpovědí byly respondenty označeny, a v jakém počtu, lze vyčíst z tabulky č. 22.

Celkem 5 respondentů v Jihočeském kraji preferuje, aby jim byla dána možnost následně rozebrat každý hovor se sebevrahem s jinou osobou. Čtyřikrát byla respondenty označena odpověď, že hovor by si přáli rozebrat s jinou osobou jen v případě, že hovor by pro ně představoval skutečně vysokou psychickou zátěž. Odpověď Ano, hovor bych uvítal/a probrat pouze individuálně se služebním psychologem byla respondenty zaškrtnuta třikrát. Ve dvou případech by respondenti uvítali konzultovat hovor s celým pracovním kolektivem 112 a v jednom případě by k takové konzultaci přizvali i služebního psychologa.

V Plzeňském kraji byla nejvíce zastoupena odpověď Ano, jen v případě, že hovor by pro mne představoval skutečně vysokou psychickou zátěž, a to celkem čtyřikrát. Možnost Ano, vždy byla respondenty zaškrtnuta třikrát, stejně tak i možnost odpovědi Ano, jen v případě, že volající sebevraždu dokoná. Dvakrát byla uvedena odpověď, že by si respondenti přáli hovor probrat s celým pracovním kolektivem 112 včetně služebního psychologa. 2 respondenti nepociťují potřebu s kýmkoliv hovor tohoto typu dále rozebírat.

3.1.32 Vyhodnocení otázky č. 27

27. Máte vlastní návrhy na zvládání a vypořádání se s náročnými hovory se sebevrahy?

Tabulka č. 23: Vyhodnocení otázky č. 27

	TCTV JčK		TCTV PK	
Ano	2	15,4 %	2	14,3%
Ne	11	84,6 %	12	85,7 %
Celkem	13	100 %	14	100 %

Zdroj: vlastní zpracování

K otázce, zda mají respondenti nějaké vlastní návrhy jak zvládat a vypořádat se s náročnými hovory se sebevrahy, se vyjádřili kladně 2 respondenti (15,4 %) v Jihočeském kraji a 2 respondenti (14,3%) v kraji Plzeňském. O jaké návrhy se jedná lze vidět v odpovědi na níže uvedenou podotázku.

Dalších 11 respondentů (84,6 %) v Jihočeském kraji a 12 respondentů (85,7 %) v Plzeňském kraji uvedlo odpověď Ne.

3.1.33 Vyhodnocení otázky č. 27.1

27.1 Pokud ano, jaké?

V Jihočeském kraji jeden z respondentů na tuto otevřenou otázku doporučuje, že není dobré brát si hovor příliš osobně a zbytečně si ho „připouštět k tělu“. Druhý respondent navrhuje, aby byl pro operátory pořádán kurz krizové intervence.

V jednom z návrhů v Plzeňském kraji je požadováno, aby byl vytvořen koncept přepojení na policejního psychologa či vyjednaváče. Druhý respondent navrhuje, aby bylo prováděno zkoušení simulovaných hovorů a jejich následné rozebírání.

3.1.34 Vyhodnocení otázky č. 28

28. Zastáváte názor, že úkolem operátora linky tísňového volání 112, mimo jiné, je i vést hovor se sebevražednou tematikou?

Tabulka č. 24: Vyhodnocení otázky č. 28

	TCTV JčK		TCTV PK	
Ano	7	53,8 %	6	42,9 %
Ne	6	46,2 %	8	57,1 %
Celkem	13	100 %	14	100 %

Zdroj: vlastní zpracování

Na tuto konfrontační otázku odpovědělo v Jihočeském kraji 7 respondentů (53,8 %) kladně. 6 dotazovaných (46,2 %) si myslí, že odbavování hovorů se sebevražednou tematikou není úkolem operátora linky tísňového volání 112.

V Plzeňském kraji 6 respondentů (42,9 %) zastává názor, že vedení hovorů se suicidantem patří k úkolům operátora linky tísňového volání 112, zatímco 8 respondentů (57,1 %) je opačného názoru.

3.1.35 Vyhodnocení otázky č. 29

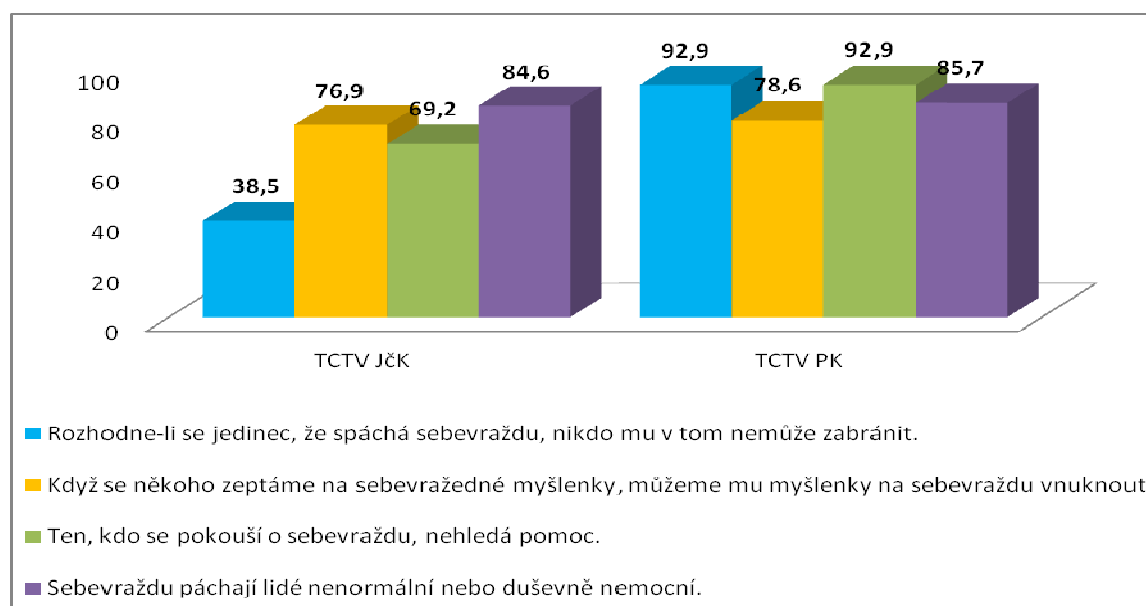
29. Je pravda, že?

Tabulka č. 25: Vyhodnocení otázky č. 29 – správné odpovědi

	Správná odpověď	Správně odpovědělo respondentů			
		TCTV JČK		TCTV PK	
Rozhodne-li se jedinec, že spáchá sebevraždu, nikdo mu v tom nemůže zabránit.	Ne	5	38,5 %	13	92,9 %
Když se někoho zeptáme na sebevražedné myšlenky, můžeme mu myšlenky na sebevraždu vnuknout.	Ne	10	76,9 %	11	78,6 %
Ten, kdo se pokouší o sebevraždu, nehledá pomoc.	Ne	9	69,2 %	13	92,9 %
Sebevraždu páchají lidé nenormální nebo duševně nemocní.	Ne	11	84,6 %	12	85,7 %

Zdroj: vlastní zpracování

Graf č. 13: Početní vyhodnocení otázky č. 29 – správné odpovědi



Zdroj: vlastní zpracování

Na uvedená jednotlivá tvrzení týkající se mýtů o sebevraždách odpovídali respondenti Ano (souhlasím s tvrzením), Ne (nesouhlasím s tvrzením).

Jak na ně respondenti reflektovali, lze vidět ve výše uvedené tabulce č. 25, výsledky jsou dále zobrazeny pomocí grafu č. 13. Uveden je pouze počet správných odpovědí.

3.1.36 Vyhodnocení otázky č. 30

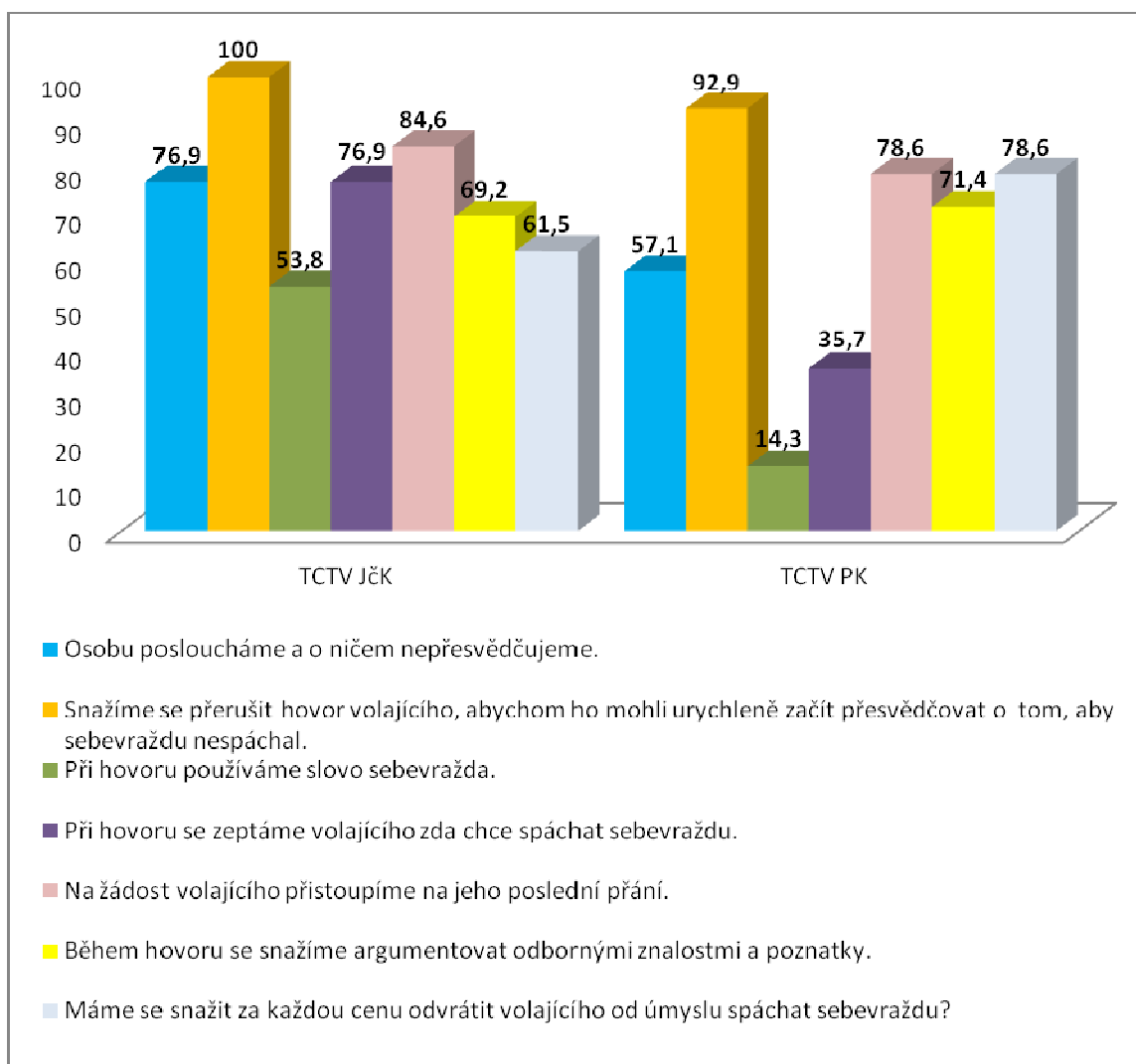
30. Jak se chovat během hovoru a jakým způsobem hovor vést?

Tabulka č.: 26: Vyhodnocení otázky č. 30 – správné odpovědi

	Správná odpověď	Správně odpovědělo respondentů			
		TCTV JČK		TCTV PK	
Osobu posloucháme a o ničem nepřesvědčujeme.	Ano	10	76,9 %	8	57,1 %
Snažíme se přerušit hovor volajícího, abychom ho mohli urychleně začít přesvědčovat o tom, aby sebevraždu nespáchal.	Ne	13	100 %	13	92,9 %
Při hovoru používáme slovo sebevražda.	Ano	7	53,8 %	2	14,3 %
Při hovoru se zeptáme volajícího, zda chce spáchat sebevraždu.	Ano	10	76,9 %	5	35,7 %
Na žádost volajícího přistoupíme na jeho poslední přání.	Ne	11	84,6 %	11	78,6 %
Během hovoru se snažíme argumentovat odbornými znalostmi a poznatky.	Ne	9	69,2 %	10	71,4 %
Máme se snažit za každou cenu odvrátit volajícího od úmyslu spáchat sebevraždu?	Ano	8	61,5 %	11	78,6 %

Zdroj: vlastní zpracování

Graf č. 14: Početní vyhodnocení otázky č. 30 – správné odpovědi



Zdroj: vlastní zpracování

Formou této otázky jsme chtěli zjistit, jak respondenti ovládají zásady komunikace a jaké jsou jejich znalosti ohledně vedení jednotlivých fází hovoru. Počet správných odpovědí na daná tvrzení a otázku můžeme vyčíst z uvedené tabulky č. 26 a grafu č. 14.

3.1.37 Vyhodnocení otázky č. 31

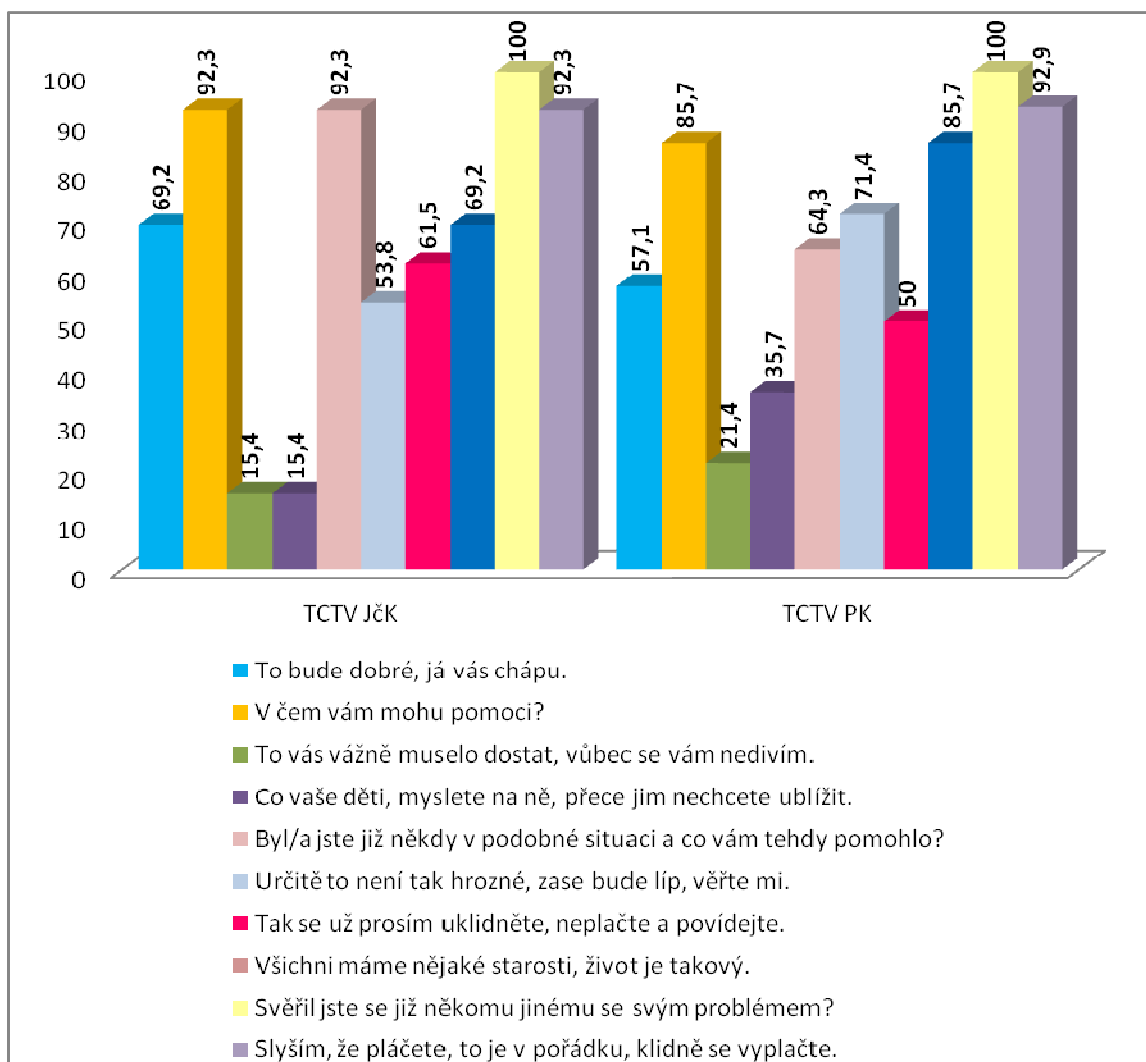
31. Je vhodné použít během hovoru následující věty?

Tabulka č. 27: Vyhodnocení otázky č. 31 – správné odpovědi

	Správná odpověď	Správně odpovědělo respondentů			
		TCTV JČK		TCTV PK	
To bude dobré, já vás chápu.	Ne	9	69,2 %	8	57,1 %
V čem vám mohu pomoci?	Ano	12	92,3 %	12	85,7 %
To vás vážně muselo dostat, vůbec se vám nedivím.	Ano	2	15,4 %	3	21,4 %
Co vaše děti, myslíte na ně, přece jim nechcete ublížit.	Ne	2	15,4 %	5	35,7 %
Byl/a jste již někdy v podobné situaci a co vám tehdy pomohlo?	Ano	12	92,3 %	9	64,3 %
Určitě to není tak hrozné, zase bude líp, věřte mi.	Ne	7	53,8 %	10	71,4 %
Tak se už prosím uklidněte, neplačte a povídejte.	Ne	8	61,5 %	7	50 %
Všichni máme nějaké starosti, život je takový.	Ne	9	69,2 %	12	85,7 %
Svěřil jste se již někomu jinému se svým problémem?	Ano	13	100 %	14	100 %
Slyším, že pláčete, to je v pořádku, klidně se vyplačte.	Ano	12	92,3 %	13	92,9 %

Zdroj: vlastní zpracování

Graf č. 15: Početní vyhodnocení otázky č. 31 – správné odpovědi



Zdroj: vlastní zpracování

Také u otázky číslo třicet jedna jsou uváděny pouze počty správných odpovědí, a to v tabulce č. 27 a grafu č. 15. V posledním kole otázek jsme opět zjišťovali komunikační dovednosti respondentů, kdy uvedené věty a odpovědi na ně nám poukazují zejména na míru empatického citění jednotlivých respondentů a schopnosti uplatňování empatie při vedení hovoru.

3.2 Návrh metodiky na zvýšení odborné připravenosti obsluhy linky tísňového volání 112 pro odbavování hovorů se sebevražednou tematikou

Základní povinnosti a oprávnění operačních a informačních středisek integrovaného záchranného systému jsou stanoveny Zákonem č. 239/2000 Sb., o integrovaném záchranném systému a o změně některých zákonů (54).

Operační a informační střediska IZS, včetně obsluhy linky tísňového volání 112, se při odbavování hovorů se sebevražednou tematikou řídí pokyny stanovenými v dokumentu Typová činnost složek IZS při společném zásahu – Demonstrování úmyslu sebevraždy, v kapitole „List operačních středisek složek integrovaného záchranného systému“ (55). Zásady pro jednání se sebevrahy jsou dále popsány v Bojovém řádu jednotek požární ochrany – taktické postupy zásahu, v Metodickém listu č. 10 (56).

Operátoři tísňové linky 112 mohou kromě postupů popsanych ve výše citovaných dokumentech využívat možnosti přepojování hovorů tohoto typu na „Linku pomoci v krizi“ (telefonní číslo: 974 834 688), která poskytuje nepřetržité služby (57), případně na jiné linky důvěry, a to v případě, že volající o sebevraždě teprve přemýšlí a nečiní zatím žádné kroky. Na linku „Pomoci v krizi“ ani na linky důvěry však nelze přepojovat hovory v akutní fázi sebevražedného pokusu, kdy je volající již v bezprostředním ohrožení života. Způsob jak se zachovat, kdy se snažit hovor přepojit, a kdy už ne, je popsán v Manuálu pro operátory v „Metodice vedení telefonického rozhovoru s osobou se sebevražednými úmysly“. Tato metodika, s níž jsou operátoři seznamováni v rámci školení pořádaných na jejich pracovištích, popisuje algoritmus postupu rozhovoru s volajícím s úmyslem sebevraždy a dává tak operátorům podrobný a ucelený návod jak hovor se suicidálním jedincem vést a jak s hovorem zacházet (58).

Na základě výsledků dotazníkového průzkumu uvedených v kapitole 3.3 je navrhováno, aby se součástí Manuálu pro operátory, kromě již zmíněné „Metodiky vedení telefonického rozhovoru s osobou se sebevražednými úmysly“, stala i metodika školení zaměřených na suicidální tematiku, která bude obsahovat časový harmonogram a obsah těchto školení. **Navrhujeme, aby školení byla pořádána v rámci vstupních kurzů, na pracovištích a v rámci tzv. opakovacích kurzů, a to následovně:**

1. Školení v rámci vstupního kurzu - získávání odborné způsobilosti (Frýdek Místek, Bohdaneč, Brno)

Doba konání: při nástupu do služebního poměru

Délka školení: 40 hodin

Školitel: psycholog

Skladba školení:

a) Výuka teorie: 10 hodin

Přednášená témata:

- základy obecné psychologie
- sebevražedné jednání a chování
- formy sebevražedného jednání
- motivy, příčiny a rizikové faktory sebevražedného jednání
- varovné signály a diagnostika sebevražedného ohrožení
- mýty o sebevraždách
- specifika suicidálních osob na telefonu – dospělí, děti a adolescenti, psychiatrický pacient, volající pod vlivem návykové látky
- způsob a postup vedení hovoru se sebevrahem

b) Poslech autentických hovorů se sebevrahy a jejich následný rozbor: 18 hodin*

c) Návik odbavování hovorů, jejich simulace, se zaměřením na specifika jednotlivých fází hovoru a následný rozbor těchto hovorů: 12 hodin*

d) Závěrečná zkouška

2. Školení na pracovišti

2.1 Pravidelná školení na pracovišti:

2.1.1 Školení pod vedením psychologa

Doba konání: 1 x ročně

Délka školení: 8 hodin

Školitel: psycholog/psycholožka HZS kraje

Skladba školení:

- a) Výuka teorie: 2 hodiny*

Přednášená témata: určí školitel dle aktuální situace (na základě potřeb operátorů)

- b) Návčik komunikačních dovedností, paraverbální komunikace, zrcadlení a parafrázování, aktivního naslouchání, cvičení na podporu a prohlubování empatie: 2 hodiny*

- c) Návčik odbavování hovorů, jejich simulace, se zaměřením na specifika jednotlivých fází hovoru a následný rozbor těchto hovorů: 4 hodiny*

2.1.2 Školení pod vedením policejního vyjednavče

Doba konání: 1 x ročně

Délka školení: 8 hodin

Školitel: vyjednavč PČR kraje

Skladba školení:

- a) Poslech autentických hovorů se sebevrahy z policejní praxe a jejich následný rozbor: 6 hodin*
- b) Návčik komunikačních dovedností: 1 hodina*
- c) Výměna informací ohledně vedení hovorů se sebevrahy na lince tísňového volání 112 a lince tísňového volání 158: 1 hodina*

2.2 Nepravidelná školení na pracovišti:

Doba konání: vždy po hovoru vykazujícím vážné sebevražedné úmysly

Délka a skladba školení: dle potřeb vyplývajících ze závažnosti a složitosti hovoru

Školitel: psycholog/psycholožka HZS kraje,
psychiatr – viz bod c)

- a) Po každém telefonickém hovoru, kdy měl volající vážný úmysl sebevraždu spáchat, bude proveden služebním psychologem/psycholožkou HZS kraje rozbor tohoto hovoru, a to individuálně spolu s operátorem, který hovor vedl a dále pak společně s celým pracovním kolektivem 112.

b) Psycholog/psycholožka HZS kraje je oprávněn/a, v případě zjištění závažných nedostatků ohledně vedení hovoru ze strany operátora, nařídit konání mimořádného školení, např. školení zaměřeného na nácvik konkrétních komunikačních dovedností, které nebyly v hovoru operátorem dobře zvládnuty.

c) Doporučení:

Dle povahy uskutečněného hovoru, např. bude-li volající psychiatrický pacient a z hovoru vyplynou určité specifické otázky, může psycholog/psycholožka HZS kraje nebo vedoucí operačního a informačního střediska HZS kraje, z důvodu objasnění daných specifik, přizvat k takovému sezení i odborníka z oboru psychiatrie.

3. Školení v rámci opakovacího kurzu - získávání odborné způsobilosti (Frýdek Místek, Bohdaneč, Brno)

Doba konání: 1 x za 5 let

Délka školení: 24 hodin

Školitel: psycholog

Skladba školení:

a) Výuka teorie: 4 hodiny

Přednášená témata:

- sebevražedné jednání a chování,
- motivy, příčiny a rizikové faktory sebevražedného jednání,
- varovné signály a diagnostika sebevražedného ohrožení,
- mýty o sebevraždách,
- specifika suicidálních osob na telefonu – dospělí, děti a adolescenti, psychiatrický pacient, volající pod vlivem návykové látky

b) Poslech autentických hovorů se sebevrahy a jejich následný rozbor, nácvik komunikačních dovedností, paraverbální komunikace, zrcadlení a parafrázování, aktivního naslouchání, cvičení na podporu a prohlubování empatie: 10 hodin*

c) Nácvik odbavování hovorů, jejich simulace, se zaměřením na specifika jednotlivých fází hovoru a následný rozbor těchto hovorů: 10 hodin*

d) Závěrečná zkouška

* Délka uvedeného času pro danou fázi školení je doporučující, školitel může uvedený čas přizpůsobit aktuálním potřebám, znalostem a dovednostem školených operátorů.

4 DISKUZE

Mého dotazníkového výzkumu se zúčastnilo celkem 27 operátorů linky tísňového volání 112, a to 13 operátorů z TCTV 112 Jihočeského kraje a 14 operátorů z TCTV 112 kraje Plzeňského. V Jihočeském kraji bylo mezi respondenty 8 žen (61,5 %) a 5 mužů (38,5 %); v kraji Plzeňském byl podíl žen a mužů zcela vyrovnán, účast ve výzkumu přijalo 7 žen (50 %) a 7 mužů. (50 %). Nejvíce respondentů patřilo v Jihočeském kraji do věkové skupiny 26 – 34 let, a to 8 respondentů (61,5 %), druhá věková skupina 35 let a více byla tvořena 5 respondenty (38,5 %). V Plzeňském kraji byla 9 respondenty (64,3 %) zastoupena nejvíce věková skupina 26 – 34 let, 5 respondentů (35,7 %) bylo z věkové skupiny 35 let a více. Žádný respondent nereprezentoval věkovou skupinu 18 – 25 let.

Značné rozdíly mezi jednotlivými kraji byly zaznamenány ohledně délky praxe respondentů na tísňové lince 112. V Jihočeském kraji uvedl délku praxe méně než 1 rok 1 dotazovaný (7,7 %). 4 respondenti (30,8 %) patřili do skupiny v délce praxe 1 – 3 roky. Nejvíce respondentů uvedlo délku praxe v délce 4 – 6 let. Praxi déle než 6 let vykonává 1 respondent (7,7 %). Respondenti v Plzeňském kraji prezentují pouze dvě následující skupiny: délku praxe 4 – 6 let potvrdili 2 respondenti (14,3 %), vysokým podílem pak byla zastoupena praxe v délce více než 6 let, kterou uvedlo celkem 12 respondentů (85,7 %).

Zajímavé informace poskytly odpovědi týkající se školení zaměřených na suicidální tematiku.

Odpovědi na otázku, zda respondenti absolvovali školení zaměřené na jednání se sebevrahy v rámci vstupního základního kurzu, se opět v obou krajích výrazně odlišovaly. Účast na školení v rámci vstupního kurzu potvrdilo 5 respondentů (38,5 %) z Jihočeského kraje, zatímco z kraje Plzeňského se takového školení nezúčastnil žádný z respondentů.

První příslušníci byli přijati na pracovní místa operátorů 112 již v roce 2001, kdy na podzim téhož roku započali vstupní kurz ve Frýdku Místku, ukončen byl v květnu 2002. Již v té době byla obsahem tohoto kurzu, mimo jiné, i výuka psychologie. Jednalo se

však o výuku základů obecné psychologie a sebevražedná tematika zde nebyla probírána. Postupem času se obsah vstupních kurzů začal upravovat a rozvíjet o další aktuální témata a do výuky psychologie tak byla před třemi lety zakomponována i výuka týkající se suicidální problematiky.

Důkazem toho je skutečnost, že všech 5 respondentů, kteří uvedli kladnou odpověď, tedy těch, kteří se zúčastnili školení se suicidální tematikou v rámci vstupního kurzu, uvedli délku své praxe do tří let.

Časový rozsah školení v rámci vstupního kurzu uváděli respondenti v rozmezí od dvou vyučovacích hodin až po tři dny (jeden z respondentů si délku školení již nepamatoval). Důvodem takových rozdílů jsou zřejmě výše uváděné postupné úpravy náplně jednotlivých školení.

Skladba výuky je upravována a měněna i v rámci opakovacích kurzů. Dva respondenti z Jihočeského kraje tak uvedli, že suicidální tematika byla s nimi probírána i během opakovacího kurzu, avšak toto školení není v rozvrhu kurzu pevně zakotveno a je pořádáno pouze nepravidelně.

Jak často procházejí operátoři na svých pracovištích školením zaměřeným na jednání se sebevrahy? Toto byla další z otázek, která mne zajímala. Z odpovědí vyplývá, že ne všichni operátoři jsou pravidelně proškolení, a že někteří dokonce během své praxe žádným školením dosud neprošli.

Celkem 7 respondentů (53,8) % z Jihočeského kraje uvedlo, že toto školení absolvují 1 x ročně. 5 respondentů (38,5 %) odpovědělo, že za celou dobu svého působení na tísňové lince 112 se takového školení zúčastnili pouze jedenkrát, z toho 2 respondenti uvádí délku své praxe v délce 1 – 3 roky a 3 respondenti uvádí délku praxe 4 – 6 let. Poslední z respondentů (7,7 %) odpověděl, že za celou svou praxi, v délce 4 – 6 let, školením dosud neprošel.

V kraji Plzeňském odpovídali respondenti následovně: 5 respondentů (35,7 %) potvrdilo, že se školení účastní 1 x ročně. Zbývajících 9 respondentů, všichni s délkou praxe v délce více než 6 let, uvedlo odlišné odpovědi. Celkem 6 z nich (42,9 %) odpovědělo, že školení absolvovali za celou dobu svého zaměstnání jen jedenkrát.

2 respondenti (14,3 %) uvedli, že školením prochází jedenkrát za tři roky. Školení se za dobu své praxe dosud nezúčastnil 1 respondent (7,1 %).

Ačkoli byly pro mne výše uvedené odpovědi celkem překvapující, hodnotit četnost účasti respondentů na školeních v této práci nebudu, neboť by to nebylo z mé strany korektní. Nachází se zde totiž celá řada objektivních příčin, díky nimž se respondenti nemohou školení pravidelně účastnit. Jako příklad lze uvést zejména absenci v důsledku nemoci, dovolené či účasti na dalších odborných a vzdělávacích kurzech a školeních pořádaných zaměstnavatelem.

Jako školitele uváděli respondenti v Jihočeském kraji služební psycholožku HZS kraje a 7 respondentů absolvovalo i školení vedené policejním vyjednavatelem. V Plzeňském kraji jsou respondenti proškolení služební psycholožkou HZS kraje, jiné osoby zde tato školení neprovádějí.

Délku školení uváděli respondenti v obou krajích shodně, v obvyklé délce 2 – 4 hodin.

S četností pořádaných školení je nespokojeno více jak polovina dotazovaných. V Jihočeském kraji vyjádřilo svou nespokojenost 9 respondentů (69,2 %) a v kraji Plzeňském není spokojeno 8 respondentů (57,1 %). Nespokojeným respondentům byla dána možnost vyjádřit se, jak často by školení na svém pracovišti uvítali, a v jakém časovém rozsahu. Nejčastější odpovědi v obou krajích zněly, aby školení bylo pořádáno jedenkrát ročně nebo jedenkrát za půl roku, v průměrné délce 4 – 8 hodin.

Na základě výše uvedených zjištění navrhuji, aby došlo, v rámci vstupního kurzu, k ujednacení časového rozmezí a věcného obsahu školení zaměřeného na suicidální tematiku, a zároveň, aby se takové školení stalo i nedílnou součástí opakovacího kurzu.

Dále je třeba, aby byly určeny pravidelné časové intervaly pro pořádání školení na pracovištích, a aby bylo dohlíženo, aby je operátoři absolvovali v co nejvyšší možné míře.

Zatímco v Jihočeském kraji se respondenti vyjadřovali k přínosům školení se suicidální tematikou kladným způsobem, kromě 1 respondenta, který odpověděl

„nevím“, v kraji Plzeňském „nevím“ odpověděl 1 respondent, 2 respondenti uvedli, že školení pro ně nebyla přínosná ničím a 3 respondenti odpověděli, že téměř ničím. Jako důvod 1 respondent uvedl: *„musel jsem řešit sebevrahy dříve než někoho napadlo dělat školení“*.

Nejčastější odpovědi respondentů v Jihočeském kraji na otázku, čím pro ně byla školení přínosná, byly následovné: upozornění na chyby při hovoru, možnost rozebrat konkrétní hovor, oživení si zásad vedení rozhovoru s osobou se sebevražednými sklony, vím jak se chovat, sjednocení postupů při jednání se sebevrahem, jiný pohled na věc, modelové situace v rámci vstupního kurzu ve Frýdku Místku.

V Plzeňském kraji respondenti jako přínos školení nejčastěji uváděli: upozornění na chyby při hovoru, možnost rozebrat konkrétní hovor, oživení si zásad vedení rozhovoru s osobou se sebevražednými sklony, vím jak se chovat, sjednocení postupů při jednání se sebevrahem, jiný pohled na věc.

Z výše uvedených reakcí by se možná dalo usuzovat, že úroveň školení v Plzeňském kraji není pro operátory dostatečně přínosná. Nedovolím si však toto tvrdit, neboť sami operátoři musí mít osobnostní zájem se suicidální tematikou zabývat. Ze své dřívější praxe dobře vím, že ne každý operátor se na tuto problematiku dívá stejným úhlem pohledu. Konverzace se sebevrahem, jak již bylo v této práci řečeno, vyžaduje velkou dávku empatie, je vždy velmi náročná jak po stránce odborné, tak i psychické (37), a ne každému stejně „příjemná“. Odpovědi na tuto otázku tak mohou vyjadřovat nejen skutečné postoje operátorů, ale částečně i nadsázku k dané tématice. O tom svědčí i jedna z odpovědí: *„popravdě řečeno, celkem ničím, z vlastní zkušenosti je to holá improvizace a žádný dlouhosáhlý metodiky, pomůcky, šablony apod. mi neposlouží. Snad jen vyškolený a praxí protřelý psycholog má šanci na kvalifikovaný hovor. Na druhou stranu, jeden takový jsem slyšel a díky bohu za mou improvizaci, s tím šulínem bych skočil z okna hned“*.

Ve své práci jsem chtěla dále zjistit, zda respondentům na školeních něco chybělo, a zda mají případné návrhy vedoucí ke zvýšení kvality školení.

Respondenti v Jihočeském kraji nepoukázali na žádnou skutečnost, kterou by na školeních postrádali a neuvedli ani žádné kritické připomínky. Jako návrhy

pro vylepšení školení uvedli zařazení následujících témat do školení: více se seznamovat s případy z praxe a následně rozebírat nahrávky autentických hovorů a poukazovat na konkrétní chyby operátorů, kterých se během těchto hovorů dopouštějí, zařazovat do školení metody modelových situací, hlubší seznámení se z krizovou intervencí a její nácvik a v neposlední řadě bylo požadováno prodloužit časový rozsah školení.

V Plzeňském kraji uvedli 2 respondenti, že by uvítali vyšší profesionalitu školení, kdy jeden z nich poukazoval na to, že školení je zpracováno povrchním a nekonkrétním způsobem a druhý požadoval odstranit nejasnosti a neurčitosti závěrů z nich vyplývajících. Další respondent vyjádřil své pochyby ohledně kvality a smysluplnosti školení, podle něj nemůže se suicidálním jedincem vést kvalitní hovor nikdo s „pár hodinami školení“. Poslední z respondentů majících kritický pohled na věc, napsal, že školení nemohou podat konkrétní návod jak jednat se sebevrahem, jak ho udržet na telefonní lince a jaké klást otázky. S cílem vylepšit školení respondenti nejčastěji navrhovali: více zařazovat případy z praxe, rozebírat autentické hovory a učit se na nich konkrétním postupům, podat návod jak skutečně jednat s osobou, která uvažuje o sebevraždě, dát jasné stanovisko k možnosti zavěšení ze strany operátora v případě neakutní fáze a potřeby si jen povídat.

Odpovědi na poslední dva návrhy respondentů Plzeňského kraje lze nalézt v Manuálu pro operátory, vydaném v roce 2011, o kterém je psáno v kapitole 3.2 této práce, a s nímž by měli být všichni operátoři 112 seznámeni. Důvodem, proč tomu tak není, je nejspíš skutečnost, že operátoři neabsolvovali v posledních dvou letech školení a neměli tak možnost se s ním blíže seznámit.

Ze své pozice nemohu hodnotit jak odbornou úroveň školení v Plzeňském kraji, jelikož jsem se ho nikdy nezúčastnila, tak osobnostní předpoklady a vlastnosti operátorů, jejichž některé postoje a názory jsem uvedla ve vyhodnocení předchozí otázky. Avšak poznatky, které mi přinesly odpovědi na poslední dvě otázky, tedy v čem byla pro operátory školení přínosná a co jim naopak na školeních chybělo, a jejich návrhy na vylepšení, jsem se snažila co nejvíce využít při zpracování návrhu metodiky

na zvýšení odborné připravenosti obsluhy linky tísňového volání 112, který určuje jednotnou náplň školení pro všechny operátory.

Na otázku, zda by byly respondenti ochotni zúčastnit se školení se suicidální tematikou ve svém volném čase, odpovídali vstřícněji respondenti v Jihočeském kraji, kdy celkem 10 respondentů (76,9 %) uvedlo odpověď „ano“ nebo „spíše ano“, zatímco v Plzeňském kraji takto odpovědělo pouze 6 dotazovaných (42,9 %). Míra ochoty účastnit se, či ne, školení ve svém volném čase může být ovlivněna vícero faktory. Operátoři pracují ve dvanáctihodinových směnách, denních i nočních, což je značně náročné jak po stránce fyzické, tak i psychické, a svůj volný čas tak chtějí věnovat nepracovním aktivitám. Pokud navíc nepovažují školení za dostatečně přínosné a inspirativní, nevidí nejspíš jakýkoliv důvod účastnit se ho mimo pracovní dobu.

Respondenti v Jihočeském kraji upřednostňují, aby jako školitel vystupovala služební psycholožka HZS kraje, případně jiný psycholog, a dále policejní vyjednávač. Respondenti v Plzeňském kraji si nejvíce přáli jako školitele policejního vyjednávače, poté jiného psychologa a jako třetí možnost označili služební psycholožku HZS kraje.

V obou krajích pak vždy jedenkrát zazněl názor, že školení by měl vést psychiatr. Ačkoli by se mohlo zdát, že školení vedené psychiatrem je pro operátory zbytečné, může dojít k situaci, kdy volajícím je psychiatrický pacient a operátor nebude umět rozpoznat určité symptomy jeho jednání a projevů. **Z tohoto důvodu jsem do návrhu metodiky zapracovala oprávnění služebního psychologa/psycholožky HZS kraje a vedoucího operačního a informačního střediska HZS kraje, aby dle svého uvážení a aktuálních potřeb zorganizovali školení vedené odborníkem z řad psychiatrie.**

Pro tvorbu návrhu metodiky byly pro mne inspirací i odpovědi na otázku, co považují respondenti během školení jako nejvíce důležité, kdy pro respondenty byla připravena škála odpovědí: Nejdůležitější, Důležité, Méně důležité a Nedůležité.

Za nejdůležitější považovali respondenti možnost „Poslech autentických hovorů se sebevrahy a následný odborný rozbor těchto hovorů“. Odpovědělo tak 10 respondentů

(76,9 %) z Jihočeského kraje a 10 respondentů (71,4 %) z kraje Plzeňského. Ostatní respondenti označili tento způsob školení jako důležitý.

„Praktický nácvik odbavování hovorů“ uvedlo za nejdůležitější 5 respondentů (38,5 %) z Jihočeského kraje a 7 respondentů (50 %) z kraje Plzeňského. Všichni zbývající respondenti označili tuto metodu školení za důležitou.

Z uvedeného je zřejmé, že tři respondenti z Jihočeského kraje označili za nejdůležitější současně obě výše uvedené možnosti, v kraji Plzeňském se stejným způsobem vyjádřili čtyři respondenti. Přínos obou používaných metod je bezesporu velmi významný, a zřejmě proto se respondenti nerozhodli označit jako nejvíce důležitou pouze jednu z nich. Navíc hranice mezi nimi mohou být prolínající. Může-li operátor poslouchat autentické hovory a následně je rozebírat se školitelem, např. s psychologem či jiným odborníkem, dostává se mu nejen důležitých rad, co konkrétně bylo v hovoru dobré, co méně a co již ne, ale zároveň se učí být i dobrým posluchačem. Opakované přehrávání hovorů umožní operátorovi slyšet to, co v živém hovoru, tedy bezprostředně během probíhajícího hovoru, často přeslechne nebo nevnímá, jelikož se upřeně soustředí zejména na jediný cíl, a to na způsob jak suicidanta co nejrychleji a nejúčinněji odradit od jeho sebevražedného úmyslu, případně zastavit již zahájený sebevražedný pokus. Jak uvádí Špatenková, každý krizový intervent by se měl naučit rozpoznávat jednotlivé fáze procesu krizové intervence a měl by umět poznat, kdy je vhodné se přesunout od aktivního naslouchání k identifikaci problému a kdy je čas začít hledat možnosti řešení. Aby intervent toto vše zvládl, potřebuje být vnímavý, věřit svým pocitům a umět rozpoznat, zda celý proces krizové intervence naplňuje potřeby suicidálního jedince (37). Poslech uskutečněných hovorů se tak může stát pro intervenanta velmi přínosnou „učební pomůckou“ právě pro jejich autentičnost. Spolu s praktickým nácvikem pak intervent získává další cenné poznatky z oblasti komunikace se suicidantem a jejich jednotlivých fází.

„Teorie“ nebyla respondenty označena jako nejdůležitější ani v jednom případě. Celkem 6 respondentů (46,1 %) v Jihočeském kraji ji považovalo za důležitou, v kraji Plzeňském bylo stejného názoru 5 respondentů (35,7 %.) Zbývající respondenti uvedli teorii jako méně důležitou.

Nutno však podotknout, že i výuka teorie má velmi důležitý význam jak pro samotnou komunikaci se suicidantem, tak i během školení, kdy se prolíná s ostatními aplikovanými metodami, a nelze ji proto opomíjet.

Pořádání pravidelných kurzů zaměřených na danou tematiku by uvítali 3 respondenti (23,1 %) z Jihočeského kraje a 5 respondentů (35,7 %) z kraje Plzeňského. Nejvíce návrhů pak znělo, aby toto školení bylo prováděno v pětiletém intervalu, v rámci opakovacích kurzů, v délce pěti dnů.

V rámci samostudia se zúčastnili školení zaměřených na suicidální tematiku 3 respondenti (23,1 %) z Jihočeského kraje, zatímco v Plzeňském kraji žádný z respondentů.

Všichni dotazovaní již alespoň jedenkrát během své praxe vedli hovor s osobou, která projevovala známky sebevražedného jednání. Jejich odpovědi na otázku, v kolika procentech případů si myslí, že mívají volající skutečně vážný úmysl sebevraždu spáchat, byly velmi rozdílné. Někteří dotazovaní uváděli nízké procentuelní vyjádření, někteří zase naopak odpovídali, že si toto netroufají odhadovat, a proto u každého hovoru raději předpokládají, že volající je k sebevraždě stoprocentně odhodlán.

Na otázku, zda jsou respondenti schopni odhadnout, zda má volající skutečný úmysl sebevraždu spáchat, nebo zda se jedná o tzv. „demonstrativní jednání“, odpovědělo v Jihočeském kraji 10 respondentů (76,9 %) „spíše ano“ nebo „ano“, v Plzeňském kraji uvedlo 11 operátorů (78,6 %) odpověď „spíše ano“.

Dle mého názoru, nikdo z nás není schopen předem odhadnout, zda volající je sebevraždou vážně ohrožen či ne, pokud není zcela zjevné, že se jedná o vyloženě demonstrativní volání, např. když si děti dělají z operátorů legraci. Toto potvrzuje i Vágnerová, která uvádí, že je třeba brát vážně veškeré signály, jakými jsou suicidální úvahy a fantazie či vyhrožování sebevraždou. Není pravda, že člověk, který o sebevraždě mluví, ji nakonec nespáchá. Člověk, který uvažuje o sebevraždě, potřebuje získat naději, že lze vyřešit jeho problémy, a právě proto může kontaktovat tísňovou linku nebo linku důvěry, kde očekává nabídku účasti, zájem, ochotu ho vyslechnout, identifikovat jeho problémy a nabídnout mu určité možnosti řešení (10). **Na tyto**

skutečnosti by měli být operátoři pravidelně upozorňováni v rámci výuky teorie, aby tak nedocházelo k podcenění nebezpečných situací.

Skutečnost, že telefonická krizová intervence se suicidálním jedincem bývá pro interventy psychicky náročnější než jiné formy pomoci, byla zmíněna v této práci již několikrát. Že tomu tak doopravdy je, dokládají i odpovědi respondentů na otázku číslo devatenáct. Téměř všichni respondenti pocítovali během hovoru se sebevrahem větší psychickou zátěž než při odbavování ostatních hovorů. Tuto skutečnost potvrdilo 11 respondentů (84,6 %) z Jihočeského kraje a 12 respondentů (85,7 %) z Plzeňského kraje.

Přestože drtivá většina respondentů v obou krajích uvedla, že pro ně nebylo, nebo spíše nebylo, náročné být nadále zapojen po ukončení hovoru se sebevrahem do pracovního procesu (náročnost vyjádřil odpovědí „spíše ano“ pouze 1 respondent v kraji Jihočeském a 1 respondent v Plzeňském kraji), možnost odhlásit se ze systému 112 po náročném hovoru, za účelem načerpání nových sil, by uvítala větší část dotazovaných. Kladně se tak k této otázce vyjádřilo 12 respondentů (92,3 %) v Jihočeském kraji a 9 respondentů (64,3 %) v kraji Plzeňském. Délku přestávky pak respondenti shodně navrhovali v délce 15 – 30 minut, dle povahy hovoru, a rádi by ji dle svých slov využili na „*pokec a kávu*“ a případný rozhovor s psychologem.

Na základě vlastních zkušeností, kdy jsem sama v době svého působení na tísňové lince 112 vedla i tři čtvrtě hodiny dlouhé hovory se sebevrahy, kteří měli skutečně vážný úmysl sebevraždu spáchat, ať již například během hovoru na sebe mířili zbraní, chtěli se polít benzínem a zapálit, nebo již stáli v řece, a co nejdéle se snažili utajovat místo odkud volají, mohu potvrdit, že i když je operátor psychicky odolný, tak ho takový hovor přechodně vyčerpá. **Z tohoto důvodu a z důvodu výše uvedených požadavků respondentů navrhuji, aby byla operátorům po obsahově a časově náročném hovoru se sebevrahem vždy umožněna přestávka, a to v délce, kterou dotazovaní uvádějí, tedy v délce 15 – 30 minut, dle povahy hovoru a dle vlastních potřeb operátora.**

Následnou nejistotu, zda respondenti odbavili hovor se sebevrahem správně, pociťovalo 11 dotazovaných (84,6 %) z Jihočeského kraje a 11 dotazovaných (78,6 %) z kraje Plzeňského. Tito respondenti uvádějí, že o svých pocitech nejistoty nejčastěji hovoří se svými kolegy a dále pak s blízkou osobou. Pouze 1 respondent v Jihočeském kraji a 1 respondent v Plzeňském kraji shodně odpověděli, že o své nejistotě nehovoří s nikým, protože si myslí, že jim stejně těžko někdo pomůže.

I přesto, že se většině respondentů nevracejí vzpomínky na náročný hovor, představuje takový hovor pro některé z nich tzv. noční můru. Dotazovaní měli možnost v této otázce označit více z pěti nabízených odpovědí najednou. Jako nejčastější důvod uváděli respondenti v Jihočeském kraji, že člověk nikdy neví, jakým směrem se bude hovor ubírat a přepadá je tudíž nejistota, druhým nejčastějším důvodem byly obavy, že volající sebevraždu spáchá a respondenti si budou poté vyčítat, že mohli udělat něco lépe a sebevraždě zabránit. V Plzeňském kraji respondenti nejčastěji odpovídali, že mají obavy, že nejsou na tento hovor dostatečně odborně připraveni a jako druhý důvod uváděli již zmíněnou nejistotu z průběhu hovoru.

O možnost provést následný rozbor svého rozhovoru se sebevrahem s jinou osobou neprojevil zájem pouze 1 respondent v Jihočeském kraji a 2 respondenti v Plzeňském kraji. Ostatní dotazovaní uváděli z řady nabízených odpovědí nejčastěji odpověď, že tuto možnost by uvítali vždy, po každém hovoru, druhá nejčastější odpověď zněla: „Ano, jen v případě, že hovor pro mne představoval skutečně vysokou psychickou zátěž“.

Vzhledem k výše uvedeným zjištěním navrhuji, aby každý hovor, který bude vykazovat známky vážného suicidálního jednání, byl projednán a rozebrán v sestavě operátor + služební psycholog/psycholožka HZS kraje a poté v sestavě služební psycholog/psycholožka HZS kraje + celý pracovní kolektiv operátorů 112.

Zajímavé odpovědi zazněly i na otázku, zda respondenti zastávají názor, že úkolem operátora linky tísňového volání 112 je i vedení hovoru se suicidální tematikou. Odpověď „ne“ uvedlo v Jihočeském kraji 6 respondentů (46,2 %) a v kraji Plzeňském 8 respondentů (57,1 %). Tísňová linka 112 byla založena za účelem přijímání oznámení, vyhodnocování a odbavování mimořádných událostí. Operátoři 112 tak od počátku

zavedení této linky řeší během výkonu své služby nepřeborné množství mimořádných událostí různého typu. S postupem času, kdy se číslo 112 dostalo do podvědomí občanů, se začaly na tísňovou linku obracet i suicidální jedinci. Že se zprvu s hovory takového typu nepočítalo, dokazuje i skutečnost, že v klasifikaci událostí, v rámci počítačového programu „Dispečer“, který operátoři používají, není k dispozici událost typu „sebevrah“. Pokud však suicidální jedinec vytočí linku 112, je povinností operátora jednat. V Manuálu pro operátory se můžeme dočíst, že operátor by neměl vystupovat v roli krizového intervenanta, vyjednavče či terapeuta. Úkolem operátora je komunikovat se suicidantem před příjezdem vyjednavče, usilovat o jeho lokalizaci a vést hovor v souladu s pravidly popsány v tomto manuálu (58). Ačkoli operátor není krizovým interventem, musí základy krizové intervence uvedené v manuálu ovládat. **Doporučuji, aby klasifikace událostí byla rozšířena i o položku „sebevrah“. Školitelé a operátoři by tak měli snadný přístup ke všem autentickým hovorům sebevražedného typu a mohli by je plně využívat pro rozšíření vědomostí, znalostí a dovedností nezbytných pro úspěšné vedení hovorů. Další výhodou by mohla být i možnost statistického zpracování těchto hovorů.**

Vodáčková uvádí, že proto, aby mohl člověk jednat s jedincem v suicidální situaci, je nezbytné zbavit se veškerých předsudků a mýtů o sebevraždách (33). Následně na toto tvrzení byly ve výzkumu položeny otázky ohledně mýtů o sebevraždách. Respondentům jsem předložila čtyři různá tvrzení, na která odpovídali „ano“ nebo „ne“. U každého tvrzení byly zaznamenány správné i nesprávné odpovědi, avšak na žádné tvrzení neodpověděli respondenti se stoprocentní úspěšností. Jak ukazuje vyhodnocení otázky č. 29, více úspěšných odpovědí uvedli respondenti z Plzeňského kraje.

Předposlední otázka zjišťovala, kolik správných odpovědí uvedou respondenti na věty, které vyjadřovali možné způsoby chování během hovoru a způsoby vedení hovoru. Přehled vět a počet správných odpovědí lze vidět ve vyhodnocení otázky č. 30. V tomto kole otázek byli úspěšnější respondenti z Jihočeského kraje.

Odpovědi na poslední řadu otázek poukázaly na stupeň empatie respondentů, kdy měli odpovědět, zda je během hovoru vhodné použít dané věty. Procentuelní úspěšnost

odpovědí v obou krajích byla víceméně shodná, jejich přehled můžeme nalézt ve vyhodnocení otázky č. 31.

Výsledky odpovědí na poslední tři otázky ukázaly, že respondenti v obou krajích nejsou zcela oproštěni od předsudků a mýtů o sebevraždách, a že nemají dostatečně osvojeny základy vedení jednotlivých fází hovoru se sebevrahem a neumějí tak dále projevit dostatečnou dávku empatie. Také tyto poznatky byly zohledněny při tvorbě návrhu metodiky na zvýšení odborné připravenosti operátorů, konkrétně při určení skladby jednotlivých školení.

5 ZÁVĚR

Sebevražda zůstává odjakživa obestřena určitým tajemstvím. Může být východiskem pro člověka, který neumí, nebo nechce, či již nemá sílu hledat jiný způsob řešení svých problémů. Frankel a Kranzová napsali, že na sebevraždě je nejvíce bolestná *„ta okolnost, že je velmi obtížné jejím důvodům porozumět. Zanechává za sebou spoustu otázek, ale žádné odpovědi. Odpověď může přijít jenom od toho, kdo zemřel, a koho se tedy nelze zeptat.“* (23).

Během psaní této diplomové práce jsem díky studiu odborné literatury zaměřené na suicidální tematiku získala mnoho nových poznatků a vědomostí. Na jejich základě jsem zpracovala dotazník určený operátorům TCTV 112 Jihočeského a Plzeňského kraje, jehož prostřednictvím jsem zjišťovala míru připravenosti operátorů na odbavování hovorů se sebevražednou tematikou. Vyhodnocení výsledků dotazníkového průzkumu mi přineslo odpověď na výzkumnou otázku: *„Vyžaduje odborná připravenost obsluhy linky tísňového volání 112 pro odbavování hovorů se sebevražednou tematikou rozšíření profesních znalostí a dovedností této obsluhy?“* Odpověď zní: ano, vyžaduje.

Na základě výsledků dotazníkového průzkumu, a nových znalostí získaných studiem již zmíněné odborné literatury, jsem dále vypracovala návrh metodiky na zvýšení odborné připravenosti obsluhy linky tísňového volání 112 pro odbavování hovorů se sebevražednou tematikou. Z výsledků dotazníkového výzkumu vyplynulo, že ne všichni operátoři pravidelně procházejí školením zaměřeným na suicidální tematiku, a že ne všem se dostává školení stejného věcného obsahu a časového rozsahu.

Do návrhu metodiky jsem proto zapracovala časový harmonogram a obsahovou skladbu školení a tato školení jsem rozdělila do následných kategorií: školení pořádané v rámci vstupního kurzu, pravidelná a nepravidelná školení na pracovišti a školení pořádaná v rámci opakovacích kurzů.

U každého typu školení jsem dále určila osobu školitele, včetně možnosti vést školení pod dohledem psychiatra.

Při sestavování obsahové náplně školení bylo přihlíženo k odpovědím respondentů, co považují během školení za nejvíce přínosné, a co jim na školeních chybí, a v neposlední řadě také ke stupni jejich prokázaných znalostí a vědomostí.

Na základě zjištěných skutečností doporučuji, aby bylo dohlíženo, zejména na pracovištích, aby se školení účastnili skutečně všichni operátoři, v co nejvyšší možné míře.

S ohledem na závažnost řešené situace doporučuji, aby každý hovor, který bude vykazovat známky vážného suicidálního jednání, byl projednán a rozebrán v sestavě operátor + služební psycholog/psycholožka HZS kraje a poté v sestavě služební psycholog/psycholožka HZS kraje + celý pracovní kolektiv operátorů 112.

Po vypracování návrhu metodiky jsem v kapitole Diskuze uvedla některé další návrhy, které dle mého mínění mohou operátorům 112 usnadnit jejich nelehkou práci. Patří k nim:

Doporučení, aby byla operátorům, vždy po ukončení obsahově a časově náročného hovoru, umožněna přestávka v délce 15 – 30 minut, dle povahy hovoru a dle potřeb operátora

Doporučení rozšířit klasifikaci událostí počítačového programu „Dispečer“ o položku „sebevrah“.

Věřím, že obsah a získané poznatky diplomové práce můžou být přínosem jak pro zpracovatele Manuálu pro operátory, tak pro samotné operátory i jejich školitele. Jak potvrdily uvedené výsledky výzkumu, profesní znalosti a komunikační dovednosti operátorů je třeba stále rozšiřovat a upevňovat v pravidelných intervalech tak, aby byli operátoři schopni co nejlépe se suicidálním jedincem jednat. Ke zkvalitnění proškolení operátorů tak mohou pomoci doporučení, jejichž rámec jsem zde nastínila. Vypracovaný návrh metodiky lze využít nejen v rámci Jihočeského a Plzeňského kraje, ale může se stát inspirací i pro činnost všech operačních a informačních středisek HZS ČR.

6 SEZNAM INFORMAČNÍCH ZDROJŮ

1. VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese. Variabilita a patologie lidské psychiky*. Praha: Portál, 1999. ISBN 80-717-8214-9.
2. HARTL, Pavel. *Psychologický slovník*. Praha: Jiří Budka, 1993. ISBN 80-901-5490-5.
3. MONESTIER, Martin. *Dějiny sebevražd: dějiny, techniky a zvláštnosti dobrovolné smrti*. Praha: Dybbuk, 2003. ISBN 80-903-0018-9.
4. ČEŠKOVÁ, Eva a Hana KUČEROVÁ. *Psychopatologie a psychiatrie: pro psychology a speciální pedagogy*. Editor Mojmír Svoboda. Portál, 2006. ISBN 80-736-7154-9.
5. KOUTEK, Jiří. *Sebevražedné chování: současné poznatky o suicidalitě a její specifika u dětí a dospívajících*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-717-8732-9.
6. MASARYK, Tomáš Garrigue. *Sebevražda hromadným jevem společenským moderní osvěty*. 4. vyd. Praha: Ústav T.G. Masaryka, 1998. ISBN 80-901-9714-0.
7. VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3. vyd. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-717-8802-3.
8. VIEWEGH, Josef. *Sebevražda a literatura*. Brno: Nakl. Tomáše Janečka, 1996. ISBN 80-858-8010-5.
9. 10. září - Světový den prevence sebevražd. In: *Veřejné zdraví* [online]. 1.9.2009 [cit. 2013-04-24]. Dostupné z: http://www.verejnezdravi.cz/4/10-zari--Svetovy-den-prevence-sebevrazd_20.aspx
10. Sebevražda. In: *Wikipedie: Otevřená encyklopedie* [online]. 2002, aktualizováno 2.2.2013 [cit. 2013-04-24]. Dostupné z: <http://cs.wikipedia.org/wiki/Sebevra%C5%BEda>
11. HORT, Vladimír. *Dětská a adolescentní psychiatrie*. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-717-8472-9.
12. HILLMAN, James. *Duše a sebevražda*. Praha: Sagittarius, 1997. ISBN 80-901-8984-9.
13. SMOLÍK, Petr. *Duševní a behaviorální poruchy: průvodce klasifikací, nástin nozologie, diagnostika*. Praha: Maxdorf, 1996. ISBN 80-858-0033-0.

14. BUDINSKÝ, Libor. *Sebevraždy slavných*. Praha: Knižní klub, 2000. ISBN 80-242-0322-7.
15. RŮŽIČKA, Ladislav. *Sebevražednost v Československu z hlediska demografického a sociologického*. Praha: Academia, 1968.
16. FRANKL, Viktor Emil. *Lékařská péče o duši: základy logoterapie a existenciální analýzy*. Brno: Cesta, 1996. ISBN 80-853-1950-0.
17. HAVLŮJ, Josef. *Intenzivní péče o život ohrožující stavy v psychiatrii*. Praha: Psychiatrické centrum, 1991. ISBN 80-851-2149-2.
18. VYMĚTAL, Jan. *Duševní krize a psychoterapie*. Hradec Králové: Konfrontace, 1995. ISBN 80-901-7734-4.
19. LUKEŠ, Václav. *Psychologické aspekty suicidia*. České Budějovice: Pedagogické centrum, 1997.
20. KÜBLER-ROSS, Elisabeth. *Otázky a odpovědi o smrti a umírání*. Překlad Jiří Královec. Turnov: Arica, 1994. ISBN 80-858-7812-7.
21. BAŠTECKÁ, Bohumila. *Klinická psychologie v praxi*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-717-8735-3.
22. MÜHLPACHR, Pavel. *Sociální patologie*. Brno: Masarykova univerzita, 2001. ISBN 80-210-2511-5.
23. MATOUŠEK, Oldřich. *Slovník sociální práce*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-717-8549-0.
24. SMEJKAL, Viktor. Sborník přednášek 2: Sebevražedné jednání. In: *Psychiatrická sekce České asociace sester* [online]. 2003 [cit. 2013-04-24]. Dostupné z: <http://www.psychiatrikasekcecas.estranky.cz/clanky/sbornik-prednasek-2.html>
25. ZVOLSKÝ, Petr a Jiří RABOCH. *Psychiatrie*. Praha: Galén, 2001. ISBN 80-246-0390-X.
26. STYX, Petr. *O psychiatrii: jak žít a jednat s duševně nemocnými lidmi*. Brno: Computer Press, 2003. ISBN 80-722-6828-7.
27. MLČÁK, Zdeněk. *Emergentní psychologie a krizová intervence: jak žít a jednat s duševně nemocnými lidmi*. Ostrava: Ostravská univerzita, Filozofická fakulta, 2005. ISBN 80-736-8036-X.

28. PETŘÍKOVÁ, Jana ŠTĚPÁNEK, David. Sebevražda - příznak krize. In *Sborník prací filozofické fakulty brněnské univerzity*. Brno: Masarykova univerzita, 2001. ISBN 80-210-2588-3.
29. BEER, M, Stephen M PEREIRA a Carol PATON. *Intenzivní péče v psychiatrii*. Překlad Martin Hollý, Kateřina Šoltysová. Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-0363-7.
30. BOUČEK, Jaroslav. *Obecná psychiatrie*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2003. ISBN 80-244-0240-8.
31. SMEJKAL, J. *Sebevražedné jednání*. In: Po stopách psychiatrického ošetřovatelství. Praha: ČAS, 2003.
32. VODÁČKOVÁ, Daniela. *Krizová intervence*. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-717-8696-9.
33. FRANKEL, Bernard a Rachel KRANZ. *O sebevraždách*. Překlad Ivo Lorenc. Praha: Lidové noviny, 1998. Linka důvěry. ISBN 80-710-6234-0.
34. *Nemocná duše - nemocný mozek: klinická zkušenost a fakta: sborník přednášek a abstrakt VI. sjezdu České psychiatrické společnosti s mezinárodní účastí*. Praha: Galén, 2006. ISBN 80-726-2420-2.
35. BYDŽOVSKÝ, Jan. *Akutní stavy v kontextu*. Praha: Triton, 2008. ISBN 978-80-7254-815-6.
36. ŠPATENKOVÁ, Naděžda. *Krizová intervence pro praxi*. Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-0586-9.
37. ČERNÝ, Luděk. *Sebevražednost dětí a mladistvých se zvláštním zaměřením na preventivní opatření*. Praha: Avicenum, 1970.
38. VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie*. V Praze: Karolinum, 2005. ISBN 978-802-4609-560.
39. VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie II.: dospělost a stáří*. Praha: Karolinum, 2007. ISBN 978-80-246-1318-5.
40. FRANZ, Jiří. Tentamen suicidii v PNP. *Urgentní medicína: časopis pro neodkladnou lékařskou péči*. 2004, roč. 7. č. 4. ISSN 1212-1924.

41. LUBOŠ CHALOUPKA. *Úvod do sociální patologie - VI.: Sebevražednost dědí a mládeže*. Praha: Univerzita Karlova, 1983.
42. Sebevraždy v České republice 2006 - 2010: Sebevraždy podle způsobu provedení. In: *Český statistický úřad* [online]. 16.9.2011, aktualizováno 5.12.2011 [cit. 2013-04-24]. Dostupné z: <http://www.czso.cz/csu/2011edicniplan.nsf/p/4012-11>
43. O linkách důvěry. In: *ČAPLD: Česká asociace pracovníků linek důvěry* [online]. 2013 [cit. 2013-04-24]. Dostupné z: <http://www.capld.cz/o-linkach-duvery>
44. OŠŤÁDALOVÁ, Tereza. *Zavedení tísňové linky 112 v České republice*. Ostrava: Sdružení požárního a bezpečnostního inženýrství, 2005. ISBN 80-866-3469-8.
45. PRUDIL, Luděk. Zavedení jednotného evropského čísla tísňového volání 112 v České republice. *Časopis 112*. Praha: MV – GŘ HZS ČR, roč. 2006, č. 7.
46. Usnesení vlády č. 391/2000, k zavedení jednotného evropského čísla tísňového volání – 112 v České republice.
47. Usnesení vlády č. 350/2002, o změně usnesení vlády z 19. dubna 2000 č. 391, k zavedení jednotného evropského čísla tísňového volání - 112 v České republice.
48. Zákon č. 127/2005 Sb., o elektronických komunikacích a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o elektronických komunikacích), ve znění pozdějších předpisů.
49. Zákon č. 361/2003 Sb., o služebním poměru příslušníků bezpečnostních sborů.
50. Zákon č. 238/2000 Sb., o Hasičském záchranném sboru České republiky a o změně některých zákonů, ve znění zákona č. 309/2002 Sb. a zákona č. 362/2003 Sb.
51. Zákon č. 40/2009 Sb., trestní zákoník.
52. Zákon č. 239 Sb., o integrovaném záchranném systému a o změně některých zákonů.
53. Typová činnost složek IZS při společném zásahu demonstrování úmyslu sebevraždy, *Katalogový soubor typové činnosti STČ-02/IZS*. 2005.
54. Metodický list č. 10 – jednání s osobou se sebevražednými úmysly. *Bojový řád jednotek požární ochrany – taktické postupy zásahu*. Generální ředitelství Hasičského záchranného sboru České republiky, 2006.

55. BULÍNOVÁ, Pavlína. Anonymní linka pomoci v krizi. *Časopis POLICISTA: Číst, pomáhat a chránit*. Praha: Ministerstvo vnitra ČR, roč. 2012, č. 11.
56. Manuál pro operátory: Metodika vedení telefonického rozhovoru s osobou se sebevražednými úmysly. Praha: MV - GŘ HZS ČR, 2011.
57. HENDL, Jan. *Úvod do kvalitativního výzkumu*. Praha: Karolinum, 1999. ISBN 80-246-0030-7.
58. SKALKOVÁ, Jarmila. *Úvod do metodologie a metod pedagogického výzkumu*. 2. dopl. vyd. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1985.

7 PŘÍLOHY

Příloha č. 1: Výňatek ze Zákona č. 361/2003 Sb., o služebním poměru příslušníků bezpečnostních sborů

Příloha č. 2: Výňatek ze Zákona č. 238/2000 Sb., o Hasičském záchranném sboru České republiky a o změně některých zákonů, ve znění zákona č. 309/2002 Sb. a zákona č. 362/2003 Sb.

Příloha č. 3: Dotazník - odbavování hovorů se sebevražednou tematikou na lince tísňového volání 112

Příloha č. 1: Výňatek ze Zákona č. 361/2003 Sb., o služebním poměru příslušníků bezpečnostních sborů

ČÁST TŘETÍ
ZÁKLADNÍ POVINNOSTI PŘÍSLUŠNÍKA A OMEZENÍ JEHO NĚKTERÝCH PRÁV

§ 45

Základní povinnosti příslušníka

(1) Příslušník je povinen

- a) dodržovat služební kázeň,
- b) zdržet se jednání, které může vést ke střetu zájmu služby se zájmy osobními a ohrozit důvěru v nestranný výkon služby, zejména nezneužívat ve prospěch vlastní nebo v prospěch jiných osob informace nabyté v souvislosti s výkonem služby a v souvislosti s výkonem služby nepřijímat dary nebo jiné výhody,
- c) zachovávat mlčenlivost o skutečnostech, o nichž se dozvěděl při výkonu služby; to neplatí, jestliže byl příslušník této povinnosti zproštěn služebním funkcionářem, nestanoví-li zvláštní právní předpis²⁶⁾ jinak,
- d) prohlubovat svoji odbornost a udržovat svoji fyzickou zdatnost potřebnou pro zastávané služební místo a podrobovat se jejímu ověřování služebním funkcionářem,
- e) dodržovat pravidla služební zdvořilosti,
- f) poskytovat bezpečnostnímu sboru osobní údaje nezbytné pro rozhodování ve služebním poměru a pro plnění povinností bezpečnostního sboru podle zvláštních právních předpisů,
- g) vykonávat službu tak, aby nebyla ovlivňována jeho politickým, náboženským nebo jiným přesvědčením,
- h) ohlašovat vedoucímu příslušníkovi závady a nedostatky, které ohrožují nebo ztěžují výkon služby, a skutečnost, že byl pravomocně odsouzen pro trestný čin, bez zbytečného odkladu,
- i) chovat se a jednat i v době mimo službu tak, aby svým jednáním neohrozil dobrou pověst bezpečnostního sboru.

Příloha č. 2: Výňatek ze Zákona č. 238/2000 Sb., o Hasičském záchranném sboru České republiky a o změně některých zákonů, ve znění zákona č. 309/2002 Sb. a zákona č. 362/2003 Sb.

HLAVA III

USTANOVENÍ SPOLEČNÁ, PŘECHODNÁ A ZMOCŇOVACÍ

§ 19

(1) **Příslušníci, občanští zaměstnanci a osoby pověřené plněním úkolů podle zvláštních zákonů^{1,2,3} jsou povinni zachovávat mlčenlivost o skutečnostech, které v obecném zájmu nebo v zájmu zúčastněných osob mají zůstat utajeny před nepovolanými osobami. Povinnost mlčenlivosti trvá i po skončení služebního nebo pracovního poměru anebo po splnění úkolu.**

(2) **O zproštění mlčenlivosti a jeho rozsahu rozhoduje**

- a) ministr nebo jím pověřená osoba, jde-li o generálního ředitele,
- b) generální ředitel nebo jím pověřená osoba, jde-li o podřízené příslušníky,
- c) ředitel hasičského záchranného sboru kraje, jde-li o podřízené příslušníky nebo o osoby uvedené v odstavci 1.

(3) Zvláštní právní předpisy o ochraně utajovaných informací tím nejsou dotčeny⁸).

Příloha č. 3 : Dotazník - odbavování hovorů se sebevražednou tematikou na lince tísňového volání 112

Dotazník - odbavování hovorů se sebevražednou tematikou na lince tísňového volání 112

Vážení kolegové, vážené kolegyně, jsem studentkou magisterského oboru Ochrana obyvatelstva - Civilní nouzová připravenost, na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. Pracuji u HZS Jihočeského kraje, kde jsem téměř deset let působila jako operační technik na OPIS JČK a TCTV 112 . Obracím se na Vás s prosbou o vyplnění anonymního dotazníku, který využiji pro svou diplomovou práci. Dotazník je zaměřen na odbavování hovorů se sebevražednou tematikou na tísňové lince 112. Vzhledem ke skutečnosti, že dotazník svým zpracováním zcela zaručuje anonymitu, nemusíte mít obavy vyjádřit v něm své pocity, postoje a názory. Prosím Vás, abyste ho vyplňovali individuálně tak, aby měl vypovídající hodnotu, kterou bude možno využít v praxi. Předem Vám tímto děkuji za pochopení a ochotu a přeji Vám mnoho úspěchů a sil jak ve Vašem osobním, tak i v pracovním životě. S pozdravem, Renáta Kučerová.

*Povinné pole

1. Působíte jako operátor/operátorka v rámci TCTV 112 *

- Jihočeského kraje
- Plzeňského kraje

2. Jaké je Vaše pohlaví? *

- Muž
- Žena

3. Kolik je Vám let? *

- 18 - 25
- 26 - 34
- 35 a více

4. Délka Vaší praxe na tísňové lince 112 *

- Méně než 1 rok
- 1 - 3 roky
- 4 - 6 let
- Více než 6 let

5. Absolvoval/a jste školení zaměřené na jednání se sebevrahy v rámci vstupního základního kurzu? (např. ve Frýdku Místku, Bohdanči,..) *

- Ano
- Ne

5.1 Pokud ano, v jakém časovém rozsahu? (počet hodin nebo dní)

6. Jak často procházíte na svém pracovišti školením zaměřeným na jednání se sebevrahy? *

7. Kdo tato školení provádí a jak dlouho trvají? (počet hodin) *

8. Je pro Vás četnost těchto školení dostačující? *

- Ano
- Ne

8.1 Pokud ne, jak často a v jakém časovém rozsahu byste uvítali školení na vašem pracovišti?

9. Čím byla pro Vás výše uvedená školení přínosná? *

10. Co Vám na školeních chybělo a jaké jsou Vaše případné návrhy k jejich vylepšení? *

11. Byl/a byste ochotný/á zúčastnit se takového školení ve svém volném čase? *

- Ano
- Spíše ano
- Ne
- Spíše ne

12. Kdo by dle Vašeho názoru měl školení vést? *

(lze označit více možností)

- Učitel
- Služební psycholog
- Psycholog
- Psychiatr
- Policejní vyjednaváč
- Vedoucí operačního střediska
- Jiná možnost

13. Co je pro Vás během školení nejvíce důležité? *

	nejdůležitější	důležité	méně důležité	nedůležité
Teorie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Poslech autentických hovorů se sebevrahy a následný odborný rozbor těchto hovorů	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Praktický nácvik odbavování hovorů	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

14. Uvítal/a byste pravidelné kurzy zaměřené na danou tematiku ve výcvikovém středisku ve Frýdku Místku? *

- Ano
- Ne

14.1 Pokud ano, kolik dní by měl kurz trvat a jak často by se měl opakovat?

15. Absolvoval/a jste další jiná školení týkající se dané problematiky (např. v rámci samostudia)? *

- Ano
- Ne

16. Vedl/a jste během své praxe telefonický hovor s člověkem, který projevoval známky sebevražedného jednání? *

- Ano
- Ne

17. V kolika procentech případů myslíte, že mívají volající skutečně vážný úmysl sebevraždy spáchat? *

18. Myslíte si, že jste během hovoru schopen/schopna odhadnout, zda volající má skutečný úmysl sebevraždy spáchat nebo zda se jedná pouze o tzv. „demonstrativní“ volání? *

- Ano
- Spíše ano
- Ne
- Spíše ne

19. Pociťoval/a jste během hovoru se sebevrahem větší psychickou zátěž než při odbavování ostatních hovorů?

- Ano
- Ne

20. Pokud jste vedl/a hovor se sebevrahem, bylo pro Vás náročné po ukončení hovoru být dále zapojen do pracovního procesu?

- Ano
- Spíše ano
- Ne
- Spíše ne

21. V případě, že bude hovor časově a obsahově náročný, uvítal/a byste mít možnost odhlásit se, bezprostředně po ukončení takového hovoru, na určitou dobu ze systému 112 za účelem načerpání nových sil? *

- Ano
- Ne

21.1 Pokud ano, jak dlouhá by dle Vás měla tato přestávka být?

22. Přepadá Vás po odbavení hovoru následná nejistota zda jste hovor vedl/a správně? *

- Ano
- Ne

22.2 Pokud ano, snažil/a jste se o tom s někým mluvit a s kým?

(lze označit více možností)

- Ano, s kolegy
- Ano, se služebním psychologem
- Ano, s psychologem
- Ano, s blízkou osobou
- Ne, cítím stud z nezvládnuté situace
- Ne, mám obavy se s tímto komukoliv svěřit, nakonec se to může otočit proti mně
- Ne, myslím, že mi s tím stejně těžko někdo pomůže
- Jiné:

23. Představuje pro Vás možný hovor se sebevrahem tzv. „noční můru“? *

(lze označit více možností)

- Ano, mám obavy, že nejsem na takový druh hovoru dostatečně odborně připraven/a
- Ano, mám obavy, že nejsem na takový druh hovoru dostatečně psychicky připraven/a
- Ano, člověk nikdy neví, jakým směrem se bude hovor ubírat, přepadá mne tudíž nejistota
- Ano, nedovedu si představit skutečnost, že volající sebevraždu dokoná a já si poté budu vyčítat, že jsem mohl/a udělat něco lépe a sebevraždě zabránit
- Ne

24. Stává se Vám, že se Vám vracejí vzpomínky na náročný hovor? *

- Ano
- Spíše ano
- Ne
- Spíše ne

25. Jakým způsobem se následně vyrovnáváte se stresem způsobeným zvýšenou psychickou zátěží při odbavování hovorů? *

(lze označit více možností)

- Pohybová, sportovní či kulturní aktivita
- Pasivní odpočinek – relaxace, spánek, četba, posezení s přáteli
- Kutilství, domácí práce
- Popovídání si o hovoru s jinou osobou
- Jiné:

26. Uvítal/a byste možnost následného rozboru Vašeho rozhovoru se sebevrahem s jinou osobou? *

(lze označit více možností)

- Ano, vždy
- Ano, jen v případě, že volající sebevraždu dokoná
- Ano, jen v případě, že hovor pro mne představoval skutečně vysokou psychickou zátěž
- Ano, hovor bych uvítal/a probrat s celým pracovním kolektivem 112
- Ano, hovor bych uvítal/a probrat s celým pracovním kolektivem 112 včetně služebního psychologa
- Ano, hovor bych uvítal/a probrat pouze individuálně se služebním psychologem
- Ne
- Jiné:

27. Máte vlastní návrhy na zvládnání a vypořádání se s náročnými hovory se sebevrahy? *

- Ano
- Ne

27.1 Pokud ano, jaké?

28. Zastáváte názor, že úkolem operátora linky tísňového volání 112, mimo jiné, je i vést hovor se sebevražednou tematikou? *

- Ano
- Ne

29. Je pravda, že? *

Na následující věty odpovídejte ano (souhlasím s tvrzením), ne (nesouhlasím s tvrzením).

	ano	ne
Rozhodne-li se jedinec, že spáchá sebevraždu, nikdo mu v tom nemůže zabránit.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Když se někoho zeptáme na sebevražedné myšlenky, můžeme mu myšlenky na sebevraždu vnuknout.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ten, kdo se pokouší o sebevraždu, nehledá pomoc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sebevraždu páchají lidé nenormální nebo duševně nemocní.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

30. Jak se chovat během hovoru a jakým způsobem hovor vést? *

Na následující věty odpovídejte ano (souhlasím s tvrzením), ne (nesouhlasím s tvrzením).

	ano	ne
Osobu posloucháme a o ničem nepřesvědčujeme.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	ano	ne
Snažíme se přerušit hovor volajícího, abychom ho mohli urychleně začít přesvědčovat o tom, aby sebevraždu nespáchal.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Při hovoru používáme slovo sebevražda.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Při hovoru se zeptáme volajícího zda chce spáchat sebevraždu.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Na žádost volajícího přistoupíme na jeho poslední přání.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Během hovoru se snažíme argumentovat odbornými znalostmi a poznatky.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Máme se snažit za každou cenu odvrátit volajícího od úmyslu spáchat sebevraždu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

31. Je vhodné použít během hovoru následující věty? *

Na následující věty odpovídejte ano (souhlasím s tvrzením), ne (nesouhlasím s tvrzením).

	ano	ne
To bude dobré, já vás chápu.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
V čem vám mohu pomoci?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
To vás vážně muselo dostat, vůbec se vám nedivím.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Co vaše děti, myslíte na ně, přece jim nechcete ublížit.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Byl jste již někdy v podobné situaci a co vám tehdy pomohlo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	ano	ne
Určitě to není tak hrozné, zase bude líp, věřte mi.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tak se už prosím uklidněte, neplačte a povídejte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Všichni máme nějaké starosti, život je takový.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Svěřil jste se již někomu jinému se svým problémem?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Slyším že pláčete, to je v pořádku, klidně se vypláče.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Odeslat