



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Studies

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta
Katedra veřejného zdravotnictví

Diplomová práce

Výskyt sebevražd u alkoholiků

Vypracovala: Bc. Veronika Lhotská
Vedoucí práce: doc. MUDr. Kvetoslava Kotrbová Ph.D.

České Budějovice 2014

Abstrakt

V diplomové práci jsem se věnovala problematice výskytu sebevražd u alkoholiků. V České republice spáchalo v roce 2012 sebevraždu 1647 lidí. Jednalo se o 1370 mužů a 277 žen (ČSÚ, 2013). Národní monitorovací středisko pro drogy a drogově závislé nesleduje údaje o počtu úmrtí alkoholiků.

Práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. V teoretické části jsem zpracovala poznatky a informace z odborné literatury. Zpracovávám problematiku výskytu sebevražd v České republice a problematiku konzumace alkoholu. Praktickou část práce tvoří výzkum, který jsem realizovala v PL Červený Dvůr.

Výzkum byl realizován kombinací kvalitativně kvantitativní metody. Kvalitativní část výzkumu je založena na rozhovorech s respondenty. Kvantitativní část proběhla pomocí dotazníkového šetření v PL Červený Dvůr. Dotazníková akce sloužila jako pilotní studie výzkumu. Na základě odpovědí na dotazníky jsem mohla vybrat vhodné respondenty, se kterými jsem provedla rozhovor a zjistila doplňující informace.

Zkoumaný soubor pilotní studie tvořilo 46 respondentů. Dotazník obsahoval 76 otázek, týkajících se osobní a drogové anamnézy, rodinné anamnézy, alkoholové anamnézy a otázky týkající se sebevražedného chování a následné léčby. Byla zachována anonymita dotazníku. Vyplnění kolonky se jménem a se souhlasem s následným doplňujícím rozhovorem, bylo dobrovolné.

Pro následnou kvalitativní část výzkumu bylo vybráno 7 respondentů. 5 mužů a 2 ženy. Provedla jsem s nimi řízený rozhovor na podkladu vytvořeného dotazníku.

Stanovila jsem si několik cílů výzkumu. Hlavním cílem bylo zmapovat sebevražedné chování u alkoholiků léčených v PL Červený Dvůr. K jeho splnění jsem si stanovila dílčí cíle. Prvním cílem je porovnat důvody realizace pokusu o sebevraždu u alkoholiků léčených v PL Červený Dvůr. Nejčastějším důvodem pro spáchání sebevražedného pokusu u zkoumaného souboru byla nešťastná láska nebo rozchod

s partnerem. Dalším cílem výzkumu bylo porovnat způsoby realizace sebevražedného pokusu. Nejčastějším způsobem bylo podřezání žil v opilosti. Tento způsob použila většina oslovených respondentů. Třetím cílem bylo porovnat důvody a způsoby realizace sebevražedného pokusu a alkoholiků a toxikomanů v PL Červený Dvůr. Hlavním důvodem toxikomanů, který vedl ke spáchání pokusu o sebevraždu, se ukázala být ztráta smyslu života, zatímco u alkoholiků byla nejčastějším důvodem nešťastná láska. Nejčastěji voleným způsobem spáchání pokusu o sebevraždu bylo podřezání žil, a to jak u toxikomanů, tak u alkoholiků.

Ze zvolených cílů práce mi vyplynulo několik výzkumných otázek.

1. Jaké je spektrum způsobů realizace sebevražd u alkoholiků léčených v PL Červený Dvůr?
2. Objevuje se psychotická porucha v rodinné anamnéze alkoholiků léčených v PL Červený Dvůr?
3. Vyskytovaly se sebevražedné myšlenky u alkoholiků léčených v PL Červený Dvůr během alkoholové vlny častěji, než mimo ni?
4. Vymizely u zkoumaného souboru myšlenky na sebevraždu po absolvování léčby?
5. Objevuje se u zkoumaného souboru klientů PL Červený Dvůr závislost v rodině?
6. Absolvoval klient PL Červený Dvůr po TS psychoterapeutickou léčbu?

Rodinná anamnéza alkoholiků nebyla příliš zatížená na výskyt psychotického onemocnění. To se vyskytlo pouze u dvou respondentů. Intenzita sebevražedných myšlenek se po požití alkoholu jednoznačně stupňovala u všech respondentů. Tyto myšlenky u 4 respondentů po absolvování léčby vymizely a u 3 respondentů zůstala jejich četnost nezměněná.

Respondenti pocházeli z rodin, ve kterých se objevila závislost na alkoholu. Po TS následovalo u 4 z nich ošetření akutních zranění v nemocnici a pouze 3 z pěti respondentů absolvovali psychoterapeutickou léčbu.

Tato práce poslouží jako průvodní dokument k dalšímu výzkumu, jako podklad pro zpracování odborného textu s následnou publikací a jako podnět k uvážení změn protidrogové politiky tak, aby se v budoucnu více zaměřila na alkohol.

Abstract

For my master thesis, I have chosen the topic of alcoholics' suicide occurrence. There were 1647 people who have committed a suicide in the Czech Republic during the year 2012. Out of the 1647 people, there were 1370 men, and 277 women (ČSÚ, 2013). The deaths of alcoholics are not recorded by the National Evidence Center.

The thesis is divided into theoretical and practical parts. The information for the theoretical part was gathered from academic sources. The two examined parts are the suicide commitment in the Czech Republic, and the alcohol consumption. The practical part is simply a primary research that I have done in PL Červený Dvůr.

The research had two parts; quantitative and qualitative. The qualitative part was done through interviews with chosen respondents. The quantitative part was done through surveys distributed in PL Červený Dvůr. I have chosen to do the quantitative part first, so that I could choose the right candidates for the quantitative part based on their responses. The interviews helped me to complete the information I was looking for.

For the quantitative part, there were 46 respondents. The survey was composed of 76 questions that asked about personal and drug history, family history, alcohol history, and also questions about suicide thoughts and following treatment. The respondents were allowed to stay in anonymity, as the name and agreement to participate in the interview were both optional.

For the qualitative part, there were 7 respondents composed of five men and two women. I have done a controlled interview that was based on the survey distributed earlier.

I have set various goals that I wanted to reach through the research. The main goal was to chart the suicide behavior of alcoholics who are patients of PL Červený Dvůr. In order to reach such goal, I have set partial goals. The first partial goal was to

contras the reason that lead the patients of PL Červený Dvůr to try to commit a suicide. According to the results I received, the most common reason for committing a suicide is either unfulfilled love, or the breaking-up with partner. Another goal was to discover the way the patients tried to kill themselves. As the majority responded so, the most common way is to cut the veins while drunk. The third goal was to compare and contrast the different reasons why as well as the ways how to commit a suicide. I have focused on two groups of patients of PL Červený Dvůr; the alcoholics and the toxicants. The alcoholics had proven that the reason why the tried to kill themselves was love, but the toxicants stated that they did it because they simply did not have a reason to live anymore. Both of the groups decided to end their lives by cutting their veins.

From the set goals, there were obvious several research questions:

1. What ways of committing a suicide were chosen by alcoholics that are now being treated in PL Červený Dvůr?
2. Is there a psychotic disorder present in the family history of alcoholics currently treated in PL Červený Dvůr?
3. Were the alcoholics more likely to commit a suicide while drinking?
4. Was the treatment sufficient enough so that the patients no longer have the suicide thoughts?
5. Is the addiction present in the families of patients of PL Červený Dvůr?
6. Has the client of PL Červený Dvůr completed psychotherapeutic treatment?

The family history of alcoholics did not show the psychotic disorder, as it was only present in two responses. The research showed that all of the respondents had higher tendency to commit a suicide after drinking alcohol. After the treatment, four respondents were cured, however, three respondents still had suicide thoughts.

The respondents came from families that showed a tendency to be addicted to alcohol. After the TS, four respondents had their acute injuries treated in the hospital, and only three out of five respondents completed psychotherapeutic treatment.

This thesis will be likely used as a base for further studies, and for following academic publication of the results. Also it will likely be used as a suggestion for revising the antidrug policies to that they would in the future focus more on alcohol.

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své 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 19. 05. 2014

.....

Veronika Lhotská

Poděkování

Ráda bych zde vyjádřila dík své vedoucí práce doc. MUDr. Kvetoslavě Kotrbové Ph.D za její vedení. Rady, které mi poskytla, byly velmi cenné. Bez její trpělivosti a metodického vedení by tato práce nemohla vzniknout.

Obsah

Úvod.....	12
1 Současný stav	14
1.1 Výskyt sebevražd od roku 1993 do roku 2012 v České republice	15
1.2 Suicidium podle dnů v týdnu.....	19
1.3 Epidemiologie užívání alkoholu.....	20
1.4 Definice sebevraždy a sebezabití	21
1.4.1 Sebevražda	21
1.4.2 Sebezabití	22
1.5 Postoje k sebevraždě.....	22
1.6 Formy suicidálního jednání	23
1.7 Faktory ovlivňující pravděpodobnost suicidia.....	24
1.8 Způsoby suicidálního jednání	25
Zdroj: ČSÚ, 2013.....	26
1.9 Účinky alkoholu na organismus	26
1.9.1 Výskyt sebevražd souvisejících s konzumací alkoholu	27
1.10 Odvykáací stav při závislosti na alkoholu	28
1.11 Abúzus alkoholu	29
1.11.1 Etanol – nejběžnější droga	31
1.12 Alkohol a EU	31
1.13 Alkohol z pohledu kriminologie.....	33
1.14 Mechanismus působení etanolu	34
1.15 Spotřeba alkoholu	34
1.15.1 Užívání alkoholu u vysokoškoláků.....	35
1.15.2 Užívání alkoholu u adolescentů	37
1.15.3 Vzorce užívání alkoholu u adolescentů	37
1.15.4 Řízení motorového vozidla pod vlivem alkoholu	37
1.16 Protidrogová politika.....	39
1.16.1 Methanol.....	40
2 Metodika	42

2.1	Cíl práce.....	42
2.1.1	Dílčí cíle	42
2.2	Výzkumné otázky	43
2.3	Technika sběru dat	43
2.4	Výzkumný soubor.....	45
3	Výsledky	46
3.1	Respondent 1 - kazuistika	46
3.1.1	Osobní anamnéza:.....	46
3.1.2	Rodinná anamnéza:.....	46
3.1.3	Psychiatrická anamnéza a léčba:.....	47
3.1.4	Drogová anamnéza:	47
3.1.5	Sebevražedné chování:	48
3.2	Respondent 2 – kazuistika.....	50
3.2.1	Osobní anamnéza:.....	50
3.2.2	Rodinná anamnéza:.....	50
3.2.3	Psychiatrická anamnéza a léčba:.....	51
3.2.4	Drogová anamnéza:	51
3.2.5	Sebevražedné jednání:.....	51
3.3	Respondent 3 – kazuistika.....	54
3.3.1	Osobní anamnéza:.....	54
3.3.2	Rodinná anamnéza:.....	55
3.3.3	Psychiatrická anamnéza a léčba:.....	55
3.3.4	Drogová anamnéza:	56
3.3.5	Sebevražedná anamnéza:	57
3.4	Respondent 4 – kazuistika.....	59
3.4.1	Osobní anamnéza:.....	59
3.4.2	Rodinná anamnéza:.....	59
3.4.3	Psychiatrická anamnéza a léčba:.....	60
3.4.4	Drogová anamnéza:	61
3.4.5	Sebevražedné chování:	61
3.5	Respondent 5 - kazuistika	63

3.5.1	Osobní anamnéza:.....	63
3.5.2	Rodinná anamnéza:.....	63
3.5.3	Psychiatrická anamnéza a léčba:.....	64
3.5.4	Drogová anamnéza:	65
3.5.5	Sebevražedná anamnéza	65
3.6	Respondent 6 - kazuistika	67
3.6.1	Osobní anamnéza.....	67
3.6.2	Rodinná anamnéza.....	67
3.6.3	Psychiatrická anamnéza a léčba.....	68
3.6.4	Drogová anamnéza	68
3.6.5	Sebevražedná anamnéza	70
3.7	Respondent 7 - kazuistika	71
3.7.1	Osobní anamnéza:.....	71
3.7.2	Rodinná anamnéza:.....	71
3.7.3	Psychiatrická anamnéza a léčba:.....	72
3.7.4	Drogová anamnéza:	73
3.7.5	Sebevražedná anamnéza:	73
3.8	Souhrn informací od respondentů.....	75
3.8.1	Psychotická porucha v rodinné anamnéze.	75
3.8.2	Výskyt sebevražedných myšlenek a pokusu o sebevraždu.	76
3.8.3	Motiv a způsob spáchání sebevražedného pokusu u alkoholiků.	77
3.8.4	Délka závislosti na alkoholu, trend pití alkoholu a kombinace s ostatními návykovými látkami.	79
3.8.5	Přetrvávání sebevražedných myšlenek po absolvování léčby u závislých na alkoholu.....	80
3.8.6	Závislost a pokus o sebevraždu v rodině klientů zkoumaného souboru.....	81
3.8.7	Absolvování léčby po pokusu o sebevraždu u alkoholiků ve zkoumaném souboru....	82
3.9	Výsledky pilotní studie	84
4	Diskuze	93
5	Závěr.....	103

6	Seznam použitých zdrojů	105
7	Klíčová slova	113
8	Přílohy	114

Úvod

Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách (ESPAD) vydala v roce 2011 zprávu, ve které zveřejnila dílčí výsledky celoevropské studie o užívání alkoholu mezi studenty. Ze studie vyplynulo, že největší zkušenost s konzumací alkoholu mají studenti České republiky a Dánska (více než 75 % studentů konzumovalo v posledním měsíci alkohol). Ačkoliv protidrogová politika zaznamenává pozitivní trendy v užívání nelegálních drog mezi studenty, problém konzumace alkoholu mládeží zůstává na stejné úrovni (Bartoňová, 2012).

Česká republika zaznamenává trvalý problém v oblasti zkonsumovaného množství alkoholu a možnostech léčby alkoholismu. V současnosti začínají vznikat skupiny anonymních alkoholiků, které se snaží prosadit statut plnohodnotné formy doléčování.

Do roku 2002 zaznamenával Český statistický úřad údaje o výskytu sebevražd v opilosti, o výskytu sebevražd u drogově závislých nebo například o léčbě, která sebevražednému pokusu předcházela. V současné době ČSÚ takto podrobné informace neshromažďuje ani nepublikuje. Odborná literatura uvádí, že počet sebevražd u mužů závislých na alkoholu je 75x vyšší než u běžné mužské populace (Baštecká a kol., 2003).

Ročně je zaznamenáno okolo 1 000 000 úmrtí na následek sebevraždy na světě (Zášková & Pavlica, 2010). V České republice zemřelo v roce 2012 1647 osob na následky sebevraždy. Více než $\frac{3}{4}$ z nich byli muži. Obecně připadá na jednu sebevraždu ženy 4,8 sebevražd mužů (ČSÚ, 2013). Naproti tomu je zaznamenán vyšší počet pokusů o sebevraždu mezi ženami, než mezi muži. Nejnižší počet sebevražd v České republice byl zaznamenán v roce 2007. Od tohoto roku má výskyt sebevražd každoročně mírně stoupající charakter (ČSÚ, 2013).

Tématiku výskytu sebevražd u alkoholiků jsem si vybrala zejména z toho důvodu, že je podle mého názoru velmi aktuální a důležitá. V současné době se Národní protidrogová politika zabývá zejména problematikou nelegálních drog a pouze její malá

část je zaměřena na alkohol. Alkohol je volně dostupná a ne příliš regulovaná návyková látka, jejíž abúzus s sebou přináší celou řadu fyzických a somatických onemocnění, včetně alkoholismu. Počet alkoholiků v České republice rok od roku roste a velkým problémem je čím dál nižší věková hranice, kdy se s alkoholem setkávají děti.

Dalším důvodem k výběru tématu mi byla touha spolupracovat s lidmi závislími na alkoholu a analyzovat jejich důvody pro spáchání sebevraždy a souvislost pokusu o sebevraždu s alkoholem.

Cílem mé diplomové práce bylo zmapovat výskyt pokusů o sebevraždu u alkoholiků, kteří byli převážně léčeni v Psychiatrické léčebně Červený Dvůr. Ke splnění tohoto cíle jsem si stanovila několik dílčích cílů, jejichž úkolem bylo zmapovat způsoby provedení sebevraždy u alkoholiků a zmapovat důvody a motivy pro spáchání pokusu o sebevraždu u alkoholiků. Následně jsem tyto výsledky porovnála s důvody a způsoby realizace pokusu o sebevraždu u toxikomanů. Dalším cílem mé diplomové práce bylo zjistit, zda se vyskytuje psychotické onemocnění v rodinné anamnéze respondenta nebo přímo u něj a zda bylo toto onemocnění někdy léčeno.

Zajímalo mě, zda byl v okolí respondenta nebo v jeho rodině zaznamenán pokus o sebevraždu nebo sebevražda a zda se v rodině respondenta vyskytovala závislost na alkoholu nebo jiných drogách.

Diplomová práce má sloužit jako přehled výskytu dokonaných sebevražd v České republice za určité časové období. Zejména výzkumná část práce může být podkladem k širšímu výzkumu problematiky sebevražd a sebevražedných pokusů u alkoholiků. Data získaná z odborné literatury poukazují na nedostatky v systému protidrogové politiky České republiky a mapují výskyt sebevražd na území České republiky za určité časové období. Přináší také nejnovější poznatky o množství zkonsumovaného alkoholu na našem území a důsledky, které s sebou nadměrná konzumace alkoholu přináší.

Tato práce bude použita také ke zpracování a publikaci odborného textu.

1 Současný stav

Současná populace je v dnešní době vystavena nadměrnému stresu ze ztráty zaměstnání, jsou na ni kladeny vysoké nároky již ve velmi mladém věku a zároveň musí čelit tlaku nárokům společnosti. Mnoho lidí proto řeší své problémy alkoholem nebo pomocí drog. Ti, kteří již nevidí jiné východisko ze své situace, se mnohdy uchýlí ke spáchání sebevraždy.

Určit přesný počet dokonaných sebevražd a sebevražedných pokusů napříč pohlavím a věkem je značně obtížné. V průběhu jednoho roku zemře na následky sebevraždy přibližně 1 milion lidí. Záškodná & Pavlica uvádí, že sebevražedné pokusy jsou přibližně třikrát častější, než dokonané sebevraždy (2010). Statisticky jsou zaznamenávány většinou pouze dokonané sebevraždy. I přes velkou nepřesnost v některých letech a v některých zemích, můžeme odhadovat, jaký trend má suicidium ve světě a v České republice (Záškodná & Pavlica, 2010).

V roce 2007 vyhlásila WHO 10. září za Světový den prevence sebevražd (Rozsypalová, 2009).

Z historie známe mnoho případů, které vyvolaly vlny sebevražd. Například Goethovo dílo Utrpení mladého Werthera. Dokonce i některé historické milníky, jako války nebo politická a sociální situace, měly za následek vyšší sebevražednost. Stabilně vyšší počet spáchaných sebevražd je v Evropě, poté v Severní Americe a v Austrálii. Naopak nejnižší sebevražednost je v Africe a Latinské Americe. Koutek (2003) uvádí, že v roce 1990 počet sebevražd přesáhl počet obětí válečných a kriminálních činů. Velké rozdíly lze najít v jednotlivých věkových skupinách. U dětí do 15 let je spáchání sebevraždy vzácné. Obrovský nárůst zaznamenáváme v období dospívání, mezi 15. a 19. rokem (Koutek, 2003).

Podle Českého statistického úřadu z ledna roku 2012 spáchalo na našem území sebevraždu celkem 7 120 osob za 4 roky (v letech 2006 – 2010). Většina z nich byli muži, celkem 5 887. Žen bylo 1 233. Statistický vývoj sebevražd v grafickém

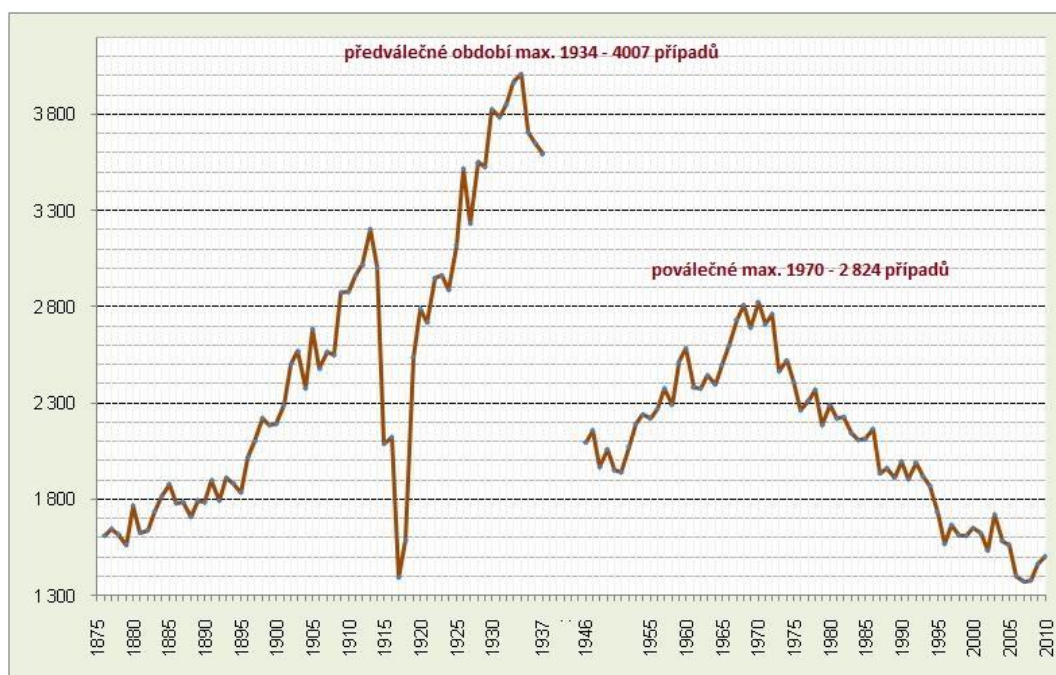
znázornění lze najít v příloze číslo 1. Markantní rozdíly lze najít také v počtu sebevražd vykonaných v jednotlivých dnech v týdnu. Data Českého statistického úřadu lze nalézt v příloze číslo 2 (Český statistický úřad, 2012).

Přesto je podle statistik tento trend příznivější, než v minulosti. Nejvíce lidí spáchalo sebevraždu v roce 1934 a důvodem byla pravděpodobně hospodářská krize. V roce 1968 a v období normalizace také výrazně stoupl počet sebevražd. V roce 1970 u nás spáchalo sebevraždu 2 824 lidí. Od té doby počet sebevražd klesá, nejnižšího počtu dosáhl v roce 2007, kdy spáchalo sebevraždu 1375 obyvatel České republiky (ČSÚ, 2013).

Server uveřejnil, že 30% obětí sebevraždy mělo v krvi alkohol. Lidé často pijí alkohol, aby zmírnili svou emocionální bolest, ale neuvědomují si, že po vystřízlivění mají horší náladu a silnější myšlenky na sebevraždu. U lidí, kteří mají sklon k sebevražedným myšlenkám, se doporučuje alkoholová a drogová abstinence. Mnoho sebevražedných pokusů ročně bylo spácháno pod vlivem alkoholu. Často je velmi obtížné rozeznat, zda se jednalo opravdu o pokus o sebevraždu nebo o nešťastnou náhodu (Naseinfo.cz)

1.1 Výskyt sebevražd od roku 1993 do roku 2012 v České republice

V České republice se trend výskytu sebevražd mění. Napříč historií České republiky bylo možno zaznamenat některá období, kdy by se dal předpokládat vyšší výskyt tentament suicidií nebo suicidií. Česká republika procházela mnoha změnami, které velmi výrazně působily na obyvatele a na jejich psychiku. Situace například po roce 1968 mohla navýšit počet sebevražd, jak se ostatně také předpokládalo. A tato domněnka byla potvrzena. Po období normalizace došlo k mírnému nárůstu počtu sebevražd na více než 2 800 za rok. Nárůst sebevražd byl předpokládán i po roce 1948 a 1989, ten se však nepotvrdil (Polášek, 2011).



Zdroj: ČSÚ, zpracoval Polášek, 2011

Data z ČSÚ názorně ukazují, kolik bylo spácháno sebevražd mezi lety 1993 a 2012. Je patrné, že mnohonásobně více sebevražd připadá na muže. Tento rozdíl se neustále zvyšuje. V letech 1945 – 1950 připadalo na jednu sebevraždu ženy 2,2 sebevražd mužů. Tento rozdíl se neustále prohluboval a v letech 2000 – 2010 činil již 4,8 sebevražd mužů na jednu sebevraždu ženy (Polášek, 2011).

Podle celosvětových statistik tvoří suicidální jednání jednu z hlavních příčin úmrtí lidí ve věku 15 – 44 let. Přibližně jeden milion lidí na světě zemře každoročně na následky sebevraždy. Sebevražedné pokusy jsou přibližně třikrát častější, než dokonané sebevraždy (Zášková, Pavlica, 2010).

Míra sebevražednosti se liší v jednotlivých státech Evropy, světa, ale i v jednotlivých krajích České republiky. Snahy o eliminaci výskytu sebevražedného chování by proto měly brát v potaz odlišnosti jednotlivých krajů a oblastí. Jako oblast s největší sebevražedností se ukázal být Olomoucký kraj s ročním průměrem (2006 – 2010) 17,7. Méně sebevražd bylo v Karlovarském kraji (17,4) a Ústecký kraji (16,4). Naopak nejméně sebevražd bylo zaznamenáno na Vysočině (11,8). Praha je třetí oblastí

s největším počtem sebevražd (13,8). Vizualní znázornění výskytu sebevražd v jednotlivých krajích České republiky za období 2006 - 2010 lze najít v příloze 6.

ČSÚ uvádí míru sebevražd ve věku 25 let, rozdělenou podle stupně dosaženého vzdělání. Nejvíce sebevražd bylo zaznamenáno u osob se základním dosaženým vzděláním. Muži 85,2 a ženy 11,7 (přepočteno na 100 tisíc obyvatel). Nižší míra sebevražd byla u skupiny s absolvovanou střední školou bez maturity (muži 35,3 a ženy 9,1), dále u absolventů střední školy s maturitou (muži 23,1 a ženy 6,0). Statisticky nejnižší míra sebevražd je u vysokoškolsky vzdělaných lidí (muži 16,5 a ženy 4,7). Z prezentovaných údajů vyplývá, že mnohem častěji páchají sebevraždou lidé s nízkým stupněm vzdělání a že největší rozdíly mezi muži a ženami jsou v oblasti dosaženého základního vzdělání (Polášek, 2011).

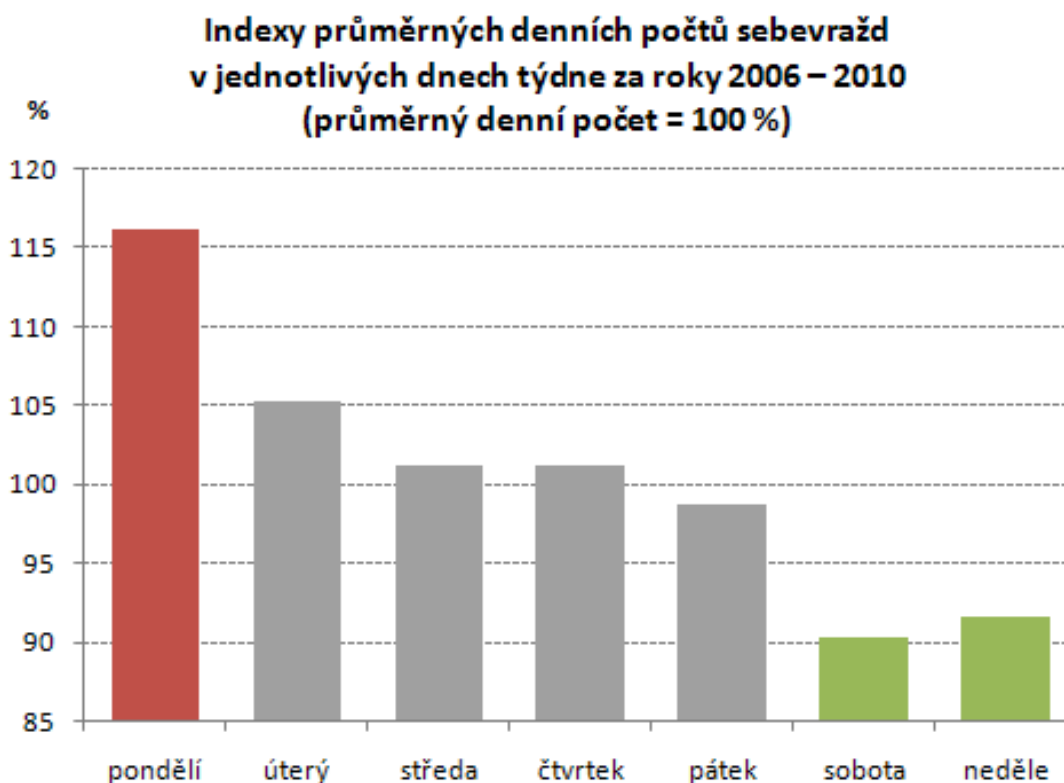
Naproti tomu Odbor statistiky obyvatelstva s územním pracovištěm v Olomouci uvádí, že nejvyšší míra sebevražd je zaznamenána u osob s dokončeným středním vzděláním bez maturity. V roce 2009 zemřelo na následky sebevraždy 726 osob s tímto vzděláním z celkového počtu 1364 dokončených sebevražd. 212 zemřelých osob mělo dokončeno střední vzdělání s maturitou a 195 lidí dokončilo základní vzdělání. Vysokoškolsky vzdělaných lidí zemřelých na následky sebevraždy bylo 55. Za období let 2006 – 2010 zemřelo celkem 6 555 lidí, z nichž 1116 dokončilo základní vzdělání, 3331 dokončilo střední odborné vzdělání bez maturity, 1010 dokončilo odborné vzdělání s maturitou, 268 lidí bylo vysokoškolsky vzdělaných a u 834 lidí se vzdělání nepodařilo zjistit (Škrabal, 2011).

Rok	Počet sebevražd			V tom ve věku					
	ženy	muži	celkem	0-14	15-34	35-44	45-54	55-64	65+
1993	505	1 412	1 917	12	379	367	384	251	524
1995	449	1 284	1 733	11	401	328	334	223	436
1996	362	1 206	1 568	9	354	276	329	172	428
1997	355	1 311	1 666	6	354	307	377	211	411
1998	345	1 268	1 613	8	356	304	360	192	393
1999	325	1 285	1 610	3	373	243	373	202	416
2000	351	1 298	1 649	12	364	303	363	200	407
2001	329	1 294	1 623	6	354	284	403	202	374
2002	318	1 216	1 534	6	327	252	374	208	367
2003	354	1 365	1 719	9	373	275	424	263	375
2004	297	1 286	1 583	8	341	246	393	258	337
2005	292	1 272	1 564	6	341	268	357	292	300
2006	258	1 142	1 400	3	288	226	328	244	311
2007	228	1 147	1 375	2	311	223	288	248	303
2008	256	1 123	1 379	4	304	241	281	236	313
2009	234	1 230	1 464	3	314	219	336	294	298
2010	257	1 245	1 502	1	308	243	317	321	312
2011	252	1 337	1 589	2	340	281	305	346	315
2012	277	1 370	1 647	4	293	306	321	347	376

Zdroj: Český statistický úřad, 2013

1.2 Suicidium podle dnů v týdnu

Index průměrných počtů evidovaných dokonaných sebevražd se liší podle dnů v týdnu i podle měsíce v roce. Podle dat Českého statistického úřadu je nejvíce sebevražd uskutečněno na začátku týdne v pondělí. Naopak nejméně sebevražd bylo zaznamenáno ke konci týden v sobotu (ČSÚ, 2013).



Zdroj: Český statistický úřad, 2013

V uvedeném období (2006 – 2010) bylo evidováno pouze 38 dnů, ve kterých nebylo zaznamenáno suicidium.

1.3 Epidemiologie užívání alkoholu

V roce 2003 byla Česká republika na 4. místě v konzumaci alkoholu v Evropě u mladistvých, konkrétně lidí nad 16 let. Spotřeba alkoholu zde činila 13 litrů. Před námi se umístilo Lucembursko (15,7 litrů), Irsko (13,7 litrů) a Maďarsko (13,6 litrů).

Podle Světové zdravotnické organizace je u nás situace v konzumaci alkoholu alarmující. 30% patnáctiletých a cca 17% třináctiletých dětí u nás pije alkohol pravidelně. Přibližně 35% dětí ve 4. ročníku základní školy má opakované zkušenosti s konzumací alkoholu. Evropské fórum pro zodpovědné pití alkoholu uvádí, že české děti začínají s konzumací nejdřív ze všech ostatních evropských zemí (Pavlovská, 2012).

Vondráčková a Šťastná (2012) v publikaci uvádí základní epidemiologická data týkající se spotřeby a užívání alkoholu v zahraničí i v České republice. Alkohol se svou rizikovostí a výskytem zdravotních potíží, které zapříčiňuje, řadí na třetí místo ze seznamu 26 faktorů s nejrizikovějším vlivem na zdraví lidí v EU.

Z dat WHO lze sledovat, že obyvatelé rozvojových zemí pijí alkohol méně, než obyvatelé rozvinutých zemí. Také v islámských státech je konzumace alkoholu velmi malá. Největší množství alkoholu se konzumuje v evropských zemích a Česká republika se nachází na špičce žebříčku. Velmi riziková je konzumace neoficiálního alkoholu (vyrobeného doma, surový alkohol určený pro průmyslové použití, technické nebo medicínské účely atd.), kterého se nejvíce zkonsumuje v Moldávii (11 litrů) a na Ukrajině (7,5 litru). Skutečnou konzumaci neoficiálního alkoholu je obtížné určit (Vondráčková a kol., 2012).

Podle WHO bylo procentuální zastoupení osob s nadměrně užívajících alkohol v České republice v roce 2002 12,5 % žen a 25,7 % mužů.

Z dat, která máme k dispozici o užívání alkoholu v České republice, je velmi zajímavé, že nejmenší počet abstinentů je mezi vysokoškoláky. O konzumaci alkoholu u

vysokoškoláků pojednává samostatná kapitola této práce. 5% mužů a 1,2 % žen uvedlo, že vypije denně více než 6 sklenic alkoholu (Vondráčková a kol., 2012).

1.4 Definice sebevraždy a sebezabití

1.4.1 Sebevražda

Sebevražda je jednou z poruch osobnosti, konkrétně porucha pudu sebezáchovy. Základní definice sebevraždy, nebo-li suicidia, tak, jak ji uvádí Milan Veselý (Veselý, 2011), zní: „*Sebevražda je vědomé a úmyslné ukončení vlastního života, kdy si jedinec smrt přeje a chce ji svým činem přivodit. Pokud přežije, je jeho činnost kvalifikována jako neúspěšný suicidální pokus. Základním cílem této aktivity je tedy smrt.*“¹ (Baštecká, 2003)

Často se objevuje názor, že sebevražedné chování můžeme vidět převážně u psychicky nemocných lidí nebo lidí, kteří jsou geneticky zatíženi psychickým onemocněním. Stále častěji se však objevuje názor, který preferuji i já sama, že sklon k sebevražednému jednání má zejména člověk nešťastný. Existuje mnoho situací, které riziko suicidia zvyšují. Zároveň můžeme pozorovat zvýšené riziko sebevražedného chování v souvislosti s ročním obdobím nebo denní dobou. (Veselý, 2011)

Spáchat sebevraždu se může rozhodnou jedna nebo více osob. V případě více osob se pak jedná o sebevraždu ve dvou (dvě osoby), sebevraždu skupinovou (často „rodinná“ sebevražda) nebo sebevraždu masovou (hromadná sebevražda, členové sekty atd.) (Veselý, 2011)

¹ Vieweghova definice a chápání sebevraždy zní: „způsob autodestruktivního jednání, které zřetelně vyjadřuje úmysl jedince dobrovolně ukončit vlastní život a cílevědomou snahu zvolit k tomuto účelu prostředky, u nichž možno předpokládat, že k zániku života povedou“.

1.4.2 Sebezabití

Sebezabití je čin, který má za cíl ukončit život. Nemocný se snaží o útok na vlastní tělo tak, aby zemřel nebo si vážně uškodil. Naproti sebevraždě je sebezabití realizované často pod vlivem halucinogenů, omamných látek nebo drog. Často se také objevuje současně s toxickou psychózou, kdy pacient trpí bludy a utkvělou myšlenkou, že ho například někdo pronásleduje, neustále ho pozoruje nebo ho chce dokonce zabít. Člověk, kterého tyto myšlenky pronásledují, je pod jejich tíhou schopen například skočit pod jedoucí auto nebo vyskočit z vlaku. „Při sebezabití je extrémně realizován pud sebezáchovy, zatímco při sebevraždě je naopak oslaben či zcela potlačen“, jak uvádí Veselý. (Veselý, 2011)

1.5 Postoje k sebevraždě

Každý člověk má svůj osobitý pohled na sebevražedné chování a sebevraždu. Z historie známe případy, kdy byly velké skupiny obyvatel ovlivňovány jedním názorem a ten přijaly za vlastní. Příkladem za všechny je křesťanství. To ztvárnilo názor, že sebevražda je hřích, protože sebevrah porušuje jedno z přikázání – nezabiješ. I Tomáš Akvinský tvrdil, že sebevražda je smrtelný hřích a vzpoura proti Bohu. V době osvícenství se začalo prosazovat právo na rozhodování o vlastním životě (Baštecká a kol., 2003).

Vývoj sebevražedného záměru je postupný. Zpočátku sebevražedné myšlenky nemají určitý obsah a postoj k suicidii je záporný. Ve druhé fázi se tento postoj mění na ambivalentní a jedinec připravuje způsoby a prostředky. V okamžiku rozhodnutí se k sebevraždě může dojít k paradoxnímu zklidnění (Zášková, Pavlica, 2010?)

Dnes je sebevražda nejčastěji považována za odchylku od normálu, za nemoc. Udává se, že až polovina lidí, kteří se pokusí o sebevraždu, jsou v daném čase depresivní (Koutek, Kocourková, 2003).

Velmi zajímavý je fakt, který je uveden v knize *Klinická psychologie v praxi*, a který uvádí, že „počet sebevražd u mužů závislých na alkoholu je 75x vyšší než u běžné mužské populace“ (Baštecká a kol., 2003).

Postoj k sebevraždě je jiný i v jednotlivých zemích světa nebo na různých kontinentech. Například v Evropě je nejvyšší výskyt sebevražd v severní části, naopak nižší výskyt je konstantně zaznamenán v jižní části Evropy. Japonci často páchali sebevraždu v krizových situacích, tzv. harakiri. Vlna těchto činů zasáhla Japonsko po druhé světové válce, ale výskyt těchto případů není výjimečný ani v moderní společnosti. (Koutek, Kocourková, 2003)

1.6 Formy suicidálního jednání

Sebevražedné jednání není pouze samotný akt sebevraždy. Můžeme ho rozdělit do několika fází nebo forem. Tou „nejlehčí“ formou a zároveň jedním z prvních varovných signálů jsou sebevražedné myšlenky. Ty se mohou projevovat verbálně a je to první přímá známka toho, že dotyčný přemýšlí takovýmto způsobem. Silnější tendence zemřít se projevuje sebevražednými tendencemi nebo dokonce již dokonanou sebevraždou (Koutek, Kocourková, 2003).

Sebevražedné myšlenky patří typicky k dospívání. Adolescentům může připadat, že o ně společnost a rodiče nejeví dostatečný zájem, že jsou proti němu a jen mu vše zakazují. U takových myšlenek se hodnotí převážně míra jejich intenzity a to, kolik času jim dotyčný věnuje. Sebevražedné myšlenky mohou snadno přerůst v sebevražedné tendence, pokud si dotyčný člověk začne svůj odchod ze života připravovat, plánovat a

shánět k němu potřebné nástroje. Suicidální tendence snadno přejdou v suicidální pokus. Tyto pokusy jsou rozdílné mezi muži a ženami (Koutek, Kocourková, 2003).

1.7 Faktory ovlivňující pravděpodobnost suicidia

Ne všichni lidé mají stejné predispozice k suicidiu. Vnější faktory (nebo alespoň některé z nich), které tyto tendence zvyšují nebo je dokáží snížit se v některých případech dají ovlivnit. Hlavním faktorem, který významně ovlivňuje pravděpodobnost výskytu suicidia je pohlaví. Muži páchají sebevraždu mnohem častěji, než ženy a také ji častěji dokonají. Dalšími faktory jsou bezdětnost, stav po rozvodu, návyk na vysoký životní standard, vysoká hustota obyvatelstva, duševní porucha, vážná nemoc, nešťastné dětství, ekonomická krize nebo například vliv omamných látek, drog a alkoholu (Veselý, 2011). V této práci se budu věnovat především vlivu alkoholu na spáchání suicidia. Schulman tvrdí, že je alkoholismus nejsilnější prekurzor sebevraždy (Schulman, E.). Obrovské riziko k ukončení života je deprese. V současnosti stoupá počet depresivních mužů.

Odhaduje se, že 15 % seniorů na světě jsou alkoholici. Z těchto závislých alkoholiků spáchá sebevraždu nejméně 70 % (Mirano, 2010).

Existují i faktory, které riziko TS^{*} a suicidia snižují. Patří sem ženské pohlaví, větší počet dětí, dobře rodinné zázemí, náboženské vyznání, nižší ekonomický standard, práce v zemědělství (Veselý, 2011). Spiritualita je v prevenci sebevražd prospěšná a je také spojená s méně častými sebevražednými představami (Nešpor, 2006).

Výzkum K. Pavlici (2010), zaměřený na sledování rizikových faktorů u obou pohlaví, závislých na drogách a se suicidálním pokusem, ukázal řadu závěrů. Zkoumaný soubor tvořilo 57 respondentů. Z výzkumu vyplynulo například:

* Tentament suicidium – pokus o sebevraždu

- závislost na drogách asociuje se sebevražednými myšlenkami i pokusy
- z kategorie „drogově závislých“ jsou sebevražedným pokusem nejvíce ohroženi alkoholici
- riziko sebevraždy se zvětšuje, je-li v okolí někdo, kdo se o sebevraždu již pokusil
- introvertní jedinci s vyšším neuroticismem, hůře zvládající zátěž, mají tendenci podléhat závislosti na alkoholu a častěji se u nich vyskytují pokusy o sebevraždu
- méně spokojeny se životem jsou osoby závislé, introvertní a ty, kteří myslí na sebevraždu nebo se o ni pokusily
- lidé, kteří mysleli na sebevraždu, očekávají menší pomoc a menší emoční podporu od matky, než lidí bez zkušenosti s drogovou závislostí nebo bez myšlenek na sebevraždu (Zášková & Pavlica, 2010).

1.8 Způsoby suicidálního jednání

To, jakým způsobem se člověk rozhodne ukončit život, hraje zásadní roli při posuzování závažnosti a charakteru sebevraždy. Musíme rozlišovat způsob a myšlení na sebevraždu u dětí a u dospělých. Děti si mnohdy nedokáží představit závažnost některých způsobů, nemají takové zkušenosti, jako dospělí a vychází pouze z dosavadních znalostí. Například demonstrativní sebevražda dívek může mít za následek nečekanou smrt, protože neznají sílu toxicity některých běžných léků. Naopak vážný pokus dítěte spáchat sebevraždu může být banalizován, protože nedojde k silně otavě, ale pouze k nevolnosti (Koutek, 2003).

Způsoby vykonání sebevraždy můžeme rozdělit na tvrdé a měkké. Měkké způsoby jsou takové, které nevedou k okamžité smrti. Naopak tvrdé by měly vést k okamžitému

ukončení života. Nejvíce sebevražd bylo spácháno oběšením u mužů i u žen. Další nejfrekventovanější způsoby jsou zastřelením, otravou, skokem z výšky, ostrým předmětem. Tabulka z ČSÚ ukazuje frekvenci způsobu sebevražd v letech 2006 – 2010.

rok	otrávení	oběšení	utopení	zastřelení	ostrý předmět	skok	lehnutí si pod pohyb. předmět	ostatní	celkem
2006	126	869	20	164	57	105	38	21	1400
2007	136	839	22	147	52	123	29	27	1375
2008	141	862	17	130	46	131	27	25	1379
2009	140	981	23	122	50	98	35	15	1464
2010	141	967	18	146	65	113	32	20	1502
2006-10	684	4518	100	709	270	570	161	108	7120

Zdroj: ČSÚ, 2013

1.9 Účinky alkoholu na organismus

Pro mnoho lidí je alkohol nedílnou součástí života a společenských akcí. Konzumace alkoholu začíná jeho ochutnáváním již v raném věku. Alkohol konzumujeme nejčastěji ve formě nápoje, kde je obsažen etanol. Ten je požití absorbován kapilárami v zažívacím ústrojí a dostává se krevní cestou ke všem orgánům. Nejrychleji působí molekuly etanolu na mozkovou tkáň. Při koncentraci etanolu v krvi

0,3 – 0,5 promile se projevují jeho první účinky na stav vědomí. Nastává relaxace, uvolnění, pocit lehkosti, často pocit většího sebevědomí a sebedůvěry a zpomalení motorických funkcí. Při dvojnásobné koncentraci, tedy 1 promile v krvi, jsou motorické a senzorycké funkce již značně narušeny. Lidé mají problémy s koordinací pohybů, řeči a zpomaluje se myšlení. Hladina vyšší než 4 promile může způsobit smrt (Atkinson, 2003). Studie prokázaly, že u lidí nadužívajících alkohol dochází ke zmenšení čelního mozku a k zániku až 20 % neuronů v této oblasti. Tento proces je částečně vratný při doživotní abstinenci. Při dlouhodobé nadměrné konzumaci alkoholu dochází i k poškození periferních nervů, které má za následek mravenčení, brnění až křeče. Tento stav je odborně nazývaný neurotická bolest (Mlčochová, © 2003 – 2014).

Nebezpečná však není jen samotná konzumace alkoholu. Kocovina, která se dostavuje po snížení hladiny etanolu v krvi a částečném vystřízlivění vyvolává další problémy, například konflikty v rodině, v zaměstnání nebo ve škole. Stav opilosti může také vyvolat mnoho konfliktů, hádek a nedorozumění, které mohou zasáhnout do společenských vazeb, a vystupňovaná agrese může mít za následek fyzické napadení (Atkinson, 2003).

Za základní prediktor u uživatele může být považován psychofarmakologický účinek alkoholu. Právě nižší dávky alkoholu, které jsou provázeny snížením zábran, zvýšeným sebevědomím, agresivitou a elací nálady může vést ke kriminalitě. Jedinec reaguje neadekvátně k běžným podnětům. Na výsledném efektu se podílí mnoho dalších vlivů – psychologické, sociální, biologické (Štefunková, 2012).

1.9.1 Výskyt sebevražd souvisejících s konzumací alkoholu

Alkohol se podstatným způsobem podílí nejen na těžkých otravách, ale i na násilných příčinách smrti (vražda, sebevražda), úrazech a dopravních nehodách. Podle ředitelky WHO Dr. Gro Harlem Brundtlandové, lze v Evropě každé čtvrté úmrtí muže mezi 15. a 29. rokem přičíst požívání alkoholu (Národní monitorovací středisko pro

drogy a drogově závislé zaznamenává každoroční údaje o počtu úmrtí za přítomnosti drog. Tyto údaje se bohužel vztahují pouze na tzv. tvrdé drogy, nikoliv na alkohol. V případě alkoholu se riziko výrazně zvyšuje zejména u dlouhotrvajícího abúzu a pokud je počátek pití umístěn do období časného mládí (Zášková, Pavlica, 2010). Je velmi obtížné stanovit, jestli alkohol podnítl jedince vykonat sebevraždu nebo jestli měl jedinec sebevražedné myšlenky již před užitím alkoholu. Ze statistik Českého statistického úřadu lze zjistit, zda měl jedinec v době úmrtí v krvi alkohol – ať už z anamnestických údajů nebo z laboratorního vyšetření. Tabulka v Příloze 5 ukazuje počty spáchaných sebevražd za určité časové období souvisejících s konzumací alkoholu.

1.10 Odvykací stav při závislosti na alkoholu

Abychom mohli stanovit, že u člověka nastal odvykací stav, musíme nejprve prokázat některé skutečnosti. Zaprvé musíme diagnostikovat závislost na alkoholu podle MKN. Dál musí člověk prokazatelně vysadit nebo zredukovat dávky alkoholu. Můžeme vycházet také z laboratorních vyšetření, které nám ukáží vyšší hladiny MCV, GMT a ODT (Dreisig & Kašpárek, 2013).

Odvykací stav má dvě formy – odvykací stav prostý a odvykací stav s deliriem. U vysoce závislých jedinců může odvykací stav nastat již při snížení intoxikace organismu. Stav s deliriem se může rozvinout i po týdnu od vysazení drogy. Diferenciální diagnostika podle Dreisiga a Kašpárka (2013) zahrnuje toxickou psychózu, intoxikační delirium, delirium nasedající na demenci, Wernickeovu encefalopatii, cholinergní krizi a delirium způsobené tělesným onemocněním.

Kromě psychických znaků provází odvykací stav i somatické komplikace. Mezi ty nejčastější patří dehydratace, hypokalemie (zvracení, renální ztráty, malnutrice), hyponatremie (mírnou hyponatremií není třeba léčit, ve většině případů se upraví sama), hypomagnezémie (nedostatek hořčíku), hypofosfatémie. Mezi další somatické

komplikace patří poškození některých orgánů v důsledku požívání alkoholu. Dochází k arytmiím, které jsou charakteristickým stavem po velkém příjmu alkoholu. Alkohol způsobuje změny ve srážlivosti krve. Velký vliv má i na játra, kde může vlivem alkoholu dojít k takovému poškození tkáně, které vyvolá hepatopatii – rozpad a odumírání jaterních buněk, cirhózu nebo například steatózu jater. U alkoholiků nalézáme pankreatopatii, selhání ledvin v důsledku dehydratace, nefritidu a další. Samozřejmě nesmíme zapomenout ani na metabolické komplikace, ketózu a acidózu a na neurologické komplikace. Alkohol, jak známo, působí v první řadě na mozek. Zde může při chronickém užívání způsobit epileptické změny nebo i status epilepticus (Dreisig & Kašpárek, 2013). Alkohol mozkové buňky zabíjí a ty už se znovu neobnovují a neregenerují.

1.11 Abúzus alkoholu

Závislost označují někteří autoři za chronické, plíživé, recidivující onemocnění (Minařík, J.). MUDr. Jelínek zjistil, že potomci alkoholiků mají několikrát vyšší pravděpodobnost, že se alkoholiky stanou také. Proto je u takových lidí důležitá včasná prevence (Alkoholik.cz).

Při alkoholismu dochází ke změnám neurotransmiterů v CNS. Jsou to zejména změny dopaminu a noradrenalinu. Somatické poškození organismu je způsobeno zejména tkáňovou aktivitou při rozkladu etylalkoholu na acetaldehyd (Raboch a kol., 2001). Alkohol mění biochemické hodnoty v organismu podle toho, zda se jedná o chronický nebo akutní abúzus. Při akutním abúzu se zvyšují triacylglyceroly, aldosteron a klesá prolaktin, antidiuretický hormon a kortizol. Při chronickém abúzu dochází ke zvýšení ALT, AST, GGT, kortizolu, adrenalinu a estradiolu. Při chronickém abúzu alkoholu, ke kterému dochází u alkoholiků, dojde ke zvýšení kyseliny močové, k hypoglykémii a ketoacidóze (Zima a kol., 2007).

Stanovení hladiny alkoholu v krvi (alkoholémie) nebo v jiném biologickém materiálu. Pokud není biologický materiál k dispozici, vypočítává se hladina alkoholu zpětně z předpokládané rychlosti odbourávání. Tato metoda je některými odborníky považována za orientační.

Klasifikace pěti typů abúzu byla popsána Jellinekem již v roce 1960. Rozlišuje typ α , β , γ , δ a ϵ . Někteří autoři řadí alkohol mezi tvrdé drogy (Minařík, J.).

Typ α pije alkohol prakticky pořád. Alkoholem potlačuje napětí a depresi, velmi často pije o samotě.

Typ β pije častěji ve společnosti, příležitostně. Tento typ je charakteristický již somatickým poškozením, například jaterní cirhózou.

Typ γ se někdy označuje jako anglosaský typ. Tento typ je charakterizovaný výraznou psychickou závislostí, nekontrolovatelným pitím postupným nárůstem tolerance až následným somatickým a psychickým poškozením.

Typ δ preferuje víno před pivem a destiláty. Konzumuje denně a trvale si udržuje hladinu alkoholu v krvi. Neprojevuje se opilostí ani ztrátou kontroly. V tomto případě je výraznější somatická závislost.

Typ ϵ je epizodní pijan. Můžeme ho nazvat také kvartálním alkoholikem. Tato varianta není příliš častá. Kvartální alkoholici udržují poměrně dlouhé abstinční období (Raboch a kol., 2001).

Podle Vondráčkové a kol. (2012) a studie WHO z roku 2004, je vysoké procento osob v některých zemích vykazuje znaky syndromu závislosti na alkoholu. Například v Brazílii vykazuje tyto znaky 11,2 % nebo v Polsku 12,2 %.

Nejnižší rozdíl mezi prevalencí syndromu závislosti na alkoholu u žen a u mužů je v Nigerii (0,0 % žen a 1,9 % mužů) a v Turecku (0,7 % žen a 1,7 % mužů) (Vondráčková a kol., 2012).

Národní institut pro drogy a alkohol v USA eviduje více než 400 různých teorií závislosti na alkoholu. Řehan (2007) dělí tyto teorie do čtyř základních: biologické, sociologické, psychologické a integrativní modely.

1.11.1 Etanol – nejběžnější droga

„Opilce se každý štítí, ten má smutné živobytí. Ať jsi pivař nebo vinař, pomůže ti Apolinář.“

(František Hrubín: verše, jež napsal při pobytu v léčebně u Apolináře)

Alkohol a cigarety jsou v naší kultuře tolerovanou drogou. Mnozí mají alkohol spojený se sociální skupinou, s pozitivními zážitky, oslavou, narozeninovou párty a s mnohým dalším. Z látky, která „zpřijemňuje“ chvíle s přáteli nebo s rodinou se ale postupně stane droga, která mění své oběti v lidské trosky, odhání rodinu, známé a v lepším případě přivede člověka do některé léčebny, kde může získat šanci se vrátit zpět do společnosti a do života. (Linhart, 2012)

Podle odhadů působí alkohol celosvětově 3,5% ztracených let produktivního věku v důsledku nemoci a smrti. Česká republika takto přichází o 10% let produktivního věku vzhledem k vysokému množství zkonsumovaného alkoholu (Šmídová, 2013).

1.12 Alkohol a EU

V Evropě je jednou z velmi důležitých systémů monitoringu zdravotní situace a trendů v oblasti alkoholu The European Information System on Alcohol and Health (EISAH) (WHO). Podle Evropské unie zemře na následky alkoholu 195 000 lidí ročně. Jedna ze tří dopravních nehod je způsobena vlivem alkoholu. 27 000 lidí zemře ročně pod vlivem alkoholu na následky úrazu a odhaduje se, že 10 000 obyvatel ročně zemře

na následky pokusu o sebevraždu po požití alkoholu, to je jedna ze šesti sebevražd. Mnoho dalších tisíců lidí zemře na onemocnění, jako je například cirhóza jater nebo neuropsychiatrické nemoci a deprese, způsobené alkoholem (Anderson, Baumberg, 2006).

Eodle Evropské unie je ročně závislých 23 milionů obyvatel Evropy závislých na alkoholu (Anderson, Baumberg, 2006).

Alkohol je ve většině zemí EU různými způsoby omezován. Prodej alkoholických nápojů je legislativně regulován. V některých zemích EU je regulován i jejich prodej v obchodech. Je nastavená věková hranice pro prodej alkoholu a v některých státech je regulovaná nebo zakázaná reklama na alkoholické nápoje v médiích (Šmídová, 2013). Česká republika k těmto zemím nepatří. Přitom právě reklama, která je cíleně zaměřená na mladé lidi a která nahlodává jejich psychiku tak, že jim již od útlého dětství zakoření mýtus o tom, že na pití alkoholu není nic špatného a že je pití spojeno pouze s příjemnými zážitky. Reklamy jsou koncipovány tak, aby v divákovi vyvolaly pocit, že alkohol patří mezi příjemné části života, které dotyčný stráví ve skupině přátel, mezi svými nejbližšími a že se díky pití určitého alkoholu stane oblíbeným a všemi respektovaným.

V České republice je věkové, časové i místní omezení dostupnosti alkoholu. Průřezová studie v USA na vzorku 34 000 osob ukázala, že *„čím nižšímu legálnímu věku pro dostupnost alkoholu je jedinec v rozhodujícím období vystaven, tím vyšší je riziko výskytu poruch z oblasti užívání alkoholu a jiných návykových látek (roční prevalence) v pozdějším věku“* (Vacek a kol., 2012).

Místní dostupnost alkoholu má přímo úměrný vliv na výskyt bezprostředních negativních dopadů alkoholu (Vacek a kol., 2012), mezi které patří i sebevražedné jednání.

V České republice je konzumace alkoholu omezena také situačně, tzn. Je zakázáno pití alkoholu na pracovišti nebo zákaz řízení pod vlivem alkoholu (Vacek a kol., 2012).

Řízení pod vlivem alkoholu a drog způsobuje stále velmi významné procento dopravních nehod (Šucha, 2008).

Ve strategii SZO jsou zakomponovány cíle a úkoly, které by měly přispět k řešení otázek nadužívání a škodlivého užívání alkoholu jak celoplošně, tak i jednotlivě. K těmto cílům patří například: regulace komerční a veřejné dostupnosti alkoholu; omezování vlivu reklamy cílené na mládež; cenová politika vedoucí k omezování konzumace alkoholu u nezletilých (McGovern, 2011).

V této strategii by měli hlavní roli hrát hospodářské subjekty, tedy subjekty zaměřené na výrobu, prodej a distribuci alkoholu. Ti by neměli bránit veřejnoprávním aktivitám prosazovat politiku veřejného zdraví a měli by upozorňovat na negativní dopady alkoholu. Samozřejmě že ne všechny snahy se těmto subjektům líbí a proto musela být sepsána Clarion Declaration v roce 2008, která se zabývá negativním dopadem nevhodné komerční propagace a alkoholu a nabádá k neúplatnosti výzkumníků (McGovern, 2011).

1.13 Alkohol z pohledu kriminologie

Alkohol patří z pohledu kriminologie bezesporu mezi velmi závažné drogy. Je legální a jeho konzumace je v České republice vysoká. Obecně platný model souvislosti mezi alkoholem a trestnou činností nelze stanovit, protože zde hraje důležitou roli i osobnost jedince a další. Existují studie, které přinesly pozitivní výsledky ve vztahu mezi alkoholem a trestnou činností.

Podle odhadů je alkohol přítomen u 63 % trestných činů a u 82 % napadení (Štefánková, 2012)

Rovněž náklady na dopravní nehody způsobené alkoholem jsou poměrně vysoké. Existuje sedm COI (Cost of illness) zahraničních studií, které vyjadřují náklady na dopravní nehody související s alkoholem a nelegálními drogami. Například ve Francii

v roce 1997 dosáhly náklady na dopravní nehody 1,88 % HDP a například v Austrálii v roce 2004 0,24 % DPH. Náklady na dopravní nehody pod vlivem nelegálních drog jsou mnohem menší (Běláčková a kol., 2012).

1.14 Mechanismus působení etanolu

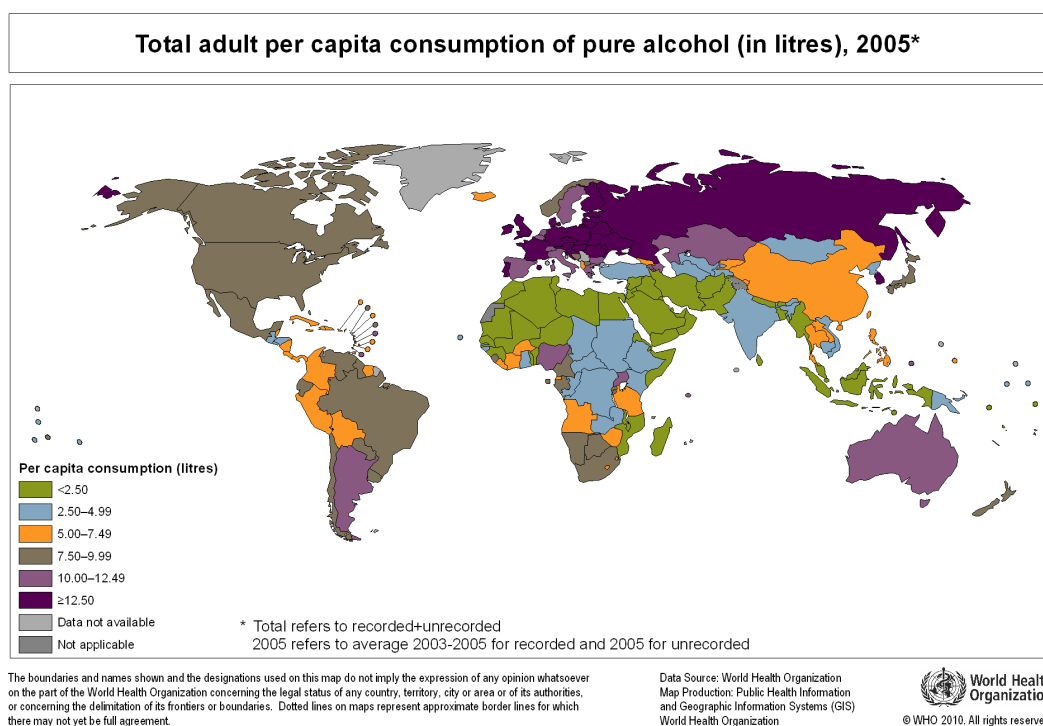
Etanol je rozpustný ve vodě i v tucích. Molekuly etanolu se dostanou do krve a krví přes hemoencefalickou bariéru do mozku. V mozku působí na synapsích v CNS. Při nízké koncentraci způsobuje euforii a zpomaluje reakce. Vyšší koncentrace utlumuje reakce, působí narkoticky, anesteticky. To je způsobeno tím, že etanol je schopný projít skrz chloridové iontové kanály i bez přítomnosti GABA receptorů (které jsou za normálních okolností k otevření těchto kanálů potřeba) a tím způsobit hyperpolarizaci neuronů, které jsou následně méně citlivé ke vzruchům. Účinek etanolu na GABA receptory způsobí, že dojde kromě anxiolytickému účinku i k celkovému útlumu a spánku. (Linhart, 2012) Typický stav kocoviny je způsoben narušením minerálního a vodního hospodářství a metabolismu, nevyspáním a nedostatkem vody v těle (Mlčoch, 2008).

1.15 Spotřeba alkoholu

Podle údajů z Global Information System on Alcohol and Health (GISAH) byla Česká republika v roce 2008 na druhém místě ve spotřebě alkoholu. V tomto roce jsme spotřebovali průměrně 16,47 litru čistého alkoholu na osobu. Před námi byla pouze Moldávie, kde spotřebovali 23,01 litrů alkoholu na osobu (WHO, 2010).

Podle statistik z ČSÚ je spotřeba alkoholu nižší. Za rok 2008 uvádí průměrnou spotřebu na jednoho obyvatele za rok „jen“ 10,4 litrů čistého lihu (nebo-li 183,2 litrů alkoholu). V roce 2012 byla spotřeba čistého lihu na osobu podle ČSÚ 9,9 litrů. Většina alkoholu pochází z piva. Jeho spotřeba v roce 2012 se pohybovala kolem 148,6 litru.

Druhý nejčastěji konzumovaný alkohol je víno. V roce 2012 se spotřebovalo 19,8 litru vína na osobu. V roce 2012 se také spotřebovalo 6,7 litrů lihovin, teda 2,7 litru čistého lihu na jednu osobu za rok (ČSÚ, 2013).



Zdroj: WHO, 2010

1.15.1 Užívání alkoholu u vysokoškoláků

Vysokoškoláci jsou samostatnou specifickou skupinou lidí, ve které se vyšší konzumace alkoholu toleruje a je s životním stylem těchto lidí většinou neodmyslitelně spjatá. Dostatek volného času, absence rodičů, skupina lidí stejného smýšlení, touha se bavit a užít si nejlepší studentská léta, touha experimentovat a překračovat hranice – to vše vede k nadměrnému pití alkoholu, které se děje často pravidelně. Studie ESPAD, která se zabývá sbíráním informací o alkoholu a drogách a sledování trendů konzumace alkoholu, uvádí, že se situace v konzumaci alkoholu u mladistvých od 90. let téměř

nezměnila. U chlapců se zvýšila konzumace piva a destilátů a u děvčat konzumace vína a destilátů (Bartoňová, 2012).

Jsou rozdíly v konzumaci alkoholu u vysokoškoláků v jednotlivých zemích světa, které autoři nejrůznějších studií přisuzují sociodemografickým a kulturním souvislostem (Adámková a kol., 2009).

Mezi typické vzorce konzumace alkoholu u vysokoškoláků patří pití čtyř a více drinků za jednu epizodu (u žen), resp. pět a více drinků za jednu epizodu u mužů. Tento způsob pití je nazýván „binge drinking“. Sheffield (2005) uvádí několik rizikových faktorů, které zvyšují riziko takového druhu pití. Mezi ně patří například bydlení na koleji, ročník studia, délka studia, rodinný statut (svobodní užívají alkohol častěji, než ženatí/vdané), etnická příslušnost. Podle Adámkové a kol. (2009) se tento vzorec pití alkoholu objevuje více u nepracujících vysokoškoláků a také u vysokoškoláků, kteří jsou členy studentského spolku. Významně častěji se tento vzorec konzumace alkoholu objevuje u mužů, i když u žen pozorujeme pozvolný nárůst.

Adámková a kol. (2009) ve svém článku uvádí, že podle zprávy NIAAA zemře každý rok 1400 studentů v USA na následky zranění způsobené chováním při intoxikaci alkoholem, z toho 1100 zemřelo při dopravních nehodách. Studenti, kteří pijí vzorcem binge drinking provozují častěji nechráněný pohlaví styk a další rizikové chování.

Vzorec binge drinking si získal tak velkou pozornost z řad odborníků zejména kvůli zvýšenému výskytu projevů rizikového chování, kterými jsou například sebevražedné chování, rizikové sexuální chování, násilné nebo agresivní chování, rvačky, ničení majetku, řízení vozidla pod vlivem alkoholu (Adámková a kol., 2009). Mnohdy působí nadměrné užívání alkoholu na studium v podobě zameškaných hodin, prodlužování studia, nedokončení studia a nadměrný stres (Vondráčková, 2010).

1.15.2 Užívání alkoholu u adolescentů

Nadměrné pití alkoholu u adolescentů s sebou nese mnoho závažných zdravotních i sociálních problémů. Negativní účinky alkoholu na mladý organismus mají za následek horší studijní a později pracovní výsledky, s tím souvisí další negativní důsledky a sociálně-patologické jevy, jako je sexuální násilí, sebevraždy, kriminalita, dopravní nehody, rizikové sexuální chování a další. Velmi vážným a častým následkem je brzký přechod od alkoholu na jiné drogy (Petejová, 2014).

1.15.3 Vzorce užívání alkoholu u adolescentů

Typický začátek konzumace u dětí je mezi 12 – 14 lety, ale některé děti začínají již na základní škole. Mezi 12 a 21 lety výrazně stoupá užívání alkoholu a objevují se epizodické vzorce užívání. Tento vzorec je vázán na místo konzumace, tedy převážně na večírky, oslavy, diskotéky, společenské a kulturní události. Výzkumy potvrdily, že u osob, které začali konzumovat alkohol před 14. rokem, se ve větší míře objeví syndrom závislosti na alkoholu (Vondráčková, 2010).

1.15.4 Řízení motorového vozidla pod vlivem alkoholu

V předchozí kapitole jsem se mimo jiného zabývala rizikovým chováním vysokoškoláků po požití alkoholu. Velmi častým druhem rizikového chování je řízení motorového vozidla pod vlivem alkoholu. V současnosti má alkohol dominantní postavení při kontrole na omamné a návykové látky u řidičů. Jeho farmakokinetika je dobře zmapovaná a stupeň ovlivnění řidiče lze dobře a snadno zmapovat.

Evropská expertní komise pro drogy a dopravu v roce 2002 doporučila, aby byli všichni zemřelí řidiči testováni na přítomnost drog a alkoholu. Takové povinné testování je nařízeno zákonem například ve Francii (Balíková, 2008).

Řízení pod vlivem alkoholu nebo drog způsobuje stále převážnou většinu vážných dopravních nehod. Do vytváření bezpečnostních protiopatření vynakládá EU méně než 5 % z celkové částky nákladů spojených s těmito nehodami (Šucha, 2008).

V roce 2008 byla publikovaná studie, která se zabývá rolí alkoholu a pravděpodobností vzniku dopravní nehody u řidičů. Tuto studii zpracoval MUDr. Vorel, primář Soudnělékařského oddělení Nemocnice České Budějovice a Mgr. Vorlová, která se zabývá sociálně-ekonomickými dopady užití drog včetně alkoholu na řízení motorového vozidla. Do studie, která proběhla v letech 1998 – 2007, byl zařazen soubor se 371 řidiči osobních automobilů.

Tzv. problem behavior theory uvádí, že osoby s problémovým chováním, jejichž styl jízdy je velmi rizikový, řídí častěji vozidlo pod vlivem alkoholu. Souhrn těchto prvků pak vede k významnému zastoupení těchto řidičů a tím i k vysokému podílu řidičů s etanolem v krvi. Tito řidiči často nepoužívají pásy a jejich nehody jsou obzvláště závažné (Vorel & Vorlová, 2008).

Výsledky této studie jsou alarmující. Ukázalo se, že pokud řidič před jízdou konzumuje alkohol, má 22x vyšší pravděpodobnost, že při nehodě zemře. Tento výzkum také prokázal, že počet řidičů osobních automobilů, kteří nehodu zavinili a byli pod vlivem alkoholu, je 40,2 % ze všech nehod a u těch, kteří nehodu nezavinili pouze 2,86 % (Vorel & Vorlová, 2008).

Další velkou skupinou rizikových řidičů jsou lidé závislí na alkoholu. Tito lidé pijí většinou více alkoholu, než byl jejich původní záměr, častěji trpí nejrůznějšími chorobami a stavy souvisejícími s konzumací alkoholu, jako například alkoholová demence, selhávání jater, kocovina, třes, neurologická poškození, epileptické záchvaty, snížená reakční schopnost a další. Řízení motorového vozidla u lidí závislých na alkoholu je legislativně zakázáno. Zažádat o řidičské oprávnění může pouze prokazatelně abstinující člověk. Problém nastává ve chvíli, kdy člověk závislý na alkoholu nepodstoupil žádnou léčbu a svou závislost může snadno zatajit (Vorel & Vorlová, 2008).

Diagnostika lidí závislých na alkoholu je obtížná. Lidé se bojí přiznat svůj problém sobě i ostatním. Nejčastější důvody neléčení se z alkoholizmu, které uvádí Nešpor (2008) jsou například nedostatečná informovanost o léčbě a o důsledcích závislosti na alkoholu, pocit stigmatizace, strach ze ztráty řidičského průkazu a znevýhodnění v zaměstnání nebo malá informovanost o zásadách povinné mlčenlivosti.

1.16 Protidrogová politika

Výše v text jsem vyjmenovala několik rizikových faktorů a důvodů, proč je konzumace alkoholu nebezpečná. Alkohol podle mého názoru není věnovaná dostatečná pozornost z pohledu státu a kompetentních orgánů. Souhlasím s názorem, který projevuje Popov (2011) ve svém článku v jednom z čísel časopisu Adiktologie.

Vzhledem k tomu, že se Česká republika řadí mezi země s nejvyšší konzumací alkoholu na světě, je u nás alkoholová prevence naprosto nedostatečná. Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice publikovaná Národním monitorovacím střediskem pro drogy a drogové závislosti je považována za jednu z nejlepších zpráv v rámci Evropy. Problém je v tom, že se tato publikace věnuje převážně drogám nelegálním a o alkoholu je zde jen nepatrná zmínka. Nedostatek informací o konzumaci a užívání alkoholu a tabákových výrobků najdeme i v Národním monitorovacím středisku pro alkohol a tabák, které je součástí Státního zdravotního ústavu.

Problém nastává i v oblasti pomoci lidem závislým na alkoholu. Na rozdíl od drogově závislých, kteří mají k dispozici síť dobře dostupných center, kde se jim dostane pomoc a informace, síť center pro lidi, kteří jsou závislí na alkoholu, je velmi malá.

Novou strategii Národní protidrogové politiky na období 2010 - 2018 definovala ČR v roce 2010 a obsahuje 4 základní cíle. Do této politiky jsou zahrnuty ve větší míře i legální běžně dostupné látky a drogy, jako alkohol, tabák, organická rozpouštědla a

další. Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky však při rozdělování dotací upřednostňuje projekty zaměřené na uživatele nelegálních návykových látek.

Popov je velmi skeptický k většině dokumentů ČR v oblasti alkoholové politiky a zejména jejich uváděním do praxe. Za historickou šanci změnit vážnou situaci ve škodlivé konzumaci alkoholu v ČR považuje Rámcové úmluvy vydané SZO. Již byla vydána Rámcová úmluva o kontrole tabáku, ale v České republice zatím nebyla ratifikována. Popov se obává, že by podobný osud mohl potkat i Rámcovou smlouvu týkající se alkoholu.

Alkoholovou politikou by se měly zabývat odborníci v ochraně veřejného zdraví, výzkumní pracovníci, odborné instituce a další zainteresované osoby. Koordinace by měla probíhat na všech úrovních protidrogové politiky a Globální strategie pro omezování škodlivého účinku alkoholu by měla být dále rozšiřována a měla by jí být věnována větší pozornost (Popov, 2011).

1.16.1 Methanol

To, že je neřízená nebo nadměrná konzumace alkoholu zdraví škodlivá, ví téměř každý. Při konzumaci je také zvýšené riziko pádů pod nejrůznější dopravní prostředky, zapletení se do pouliční rvačky, rizikové sexuální chování, intenzivnější myšlenky na sebevraždu nebo agresivní chování vůči sobě i okolí. Donedávna si jen malé množství lidí uvědomovalo, že pití alkoholu může zabíjet mnohem rychlejším způsobem.

Na otravu metylalkoholem zemřel první člověk 3. 9. 2012 v Havířově. Tehdy ještě nikdo netušil, že to je začátek obrovské metanolové aféry, která postihne celé Česko (Ježek, 2012).

V České republice byla vyhlášena částečná prohibice – zákaz prodeje a vývozu více než 20 % alkoholu. Prohibice trvala dva týdny, během kterých se vláda snažila najít způsob, jak tento plošný zákaz zmírnit. Důvod je jednoznačný – stát a mnoho

podnikatelů přicházelo o obrovské finanční částky z prodeje alkoholu. Podle informací Ministerstva průmyslu a obchodu zaujímá alkohol tržbu 21,8% z celkového potravinářského průmyslu (Šmídová, 2013).

Po vyhlášení prohibice se zvedla vlna otázek a emocí jak ze stran zákazníků, tak ze stran velkých výrobců alkoholu. V České republice lidé nejsou zvyklí na zákaz konzumace alkoholu a vzhledem k obrovskému množství spotřebovaného alkoholu ani není reálná šance, že by do budoucna byla regulace alkoholu v ČR výrazně zpřísněná.

Při metanolové aféře, která proběhla na konci roku 2012, zemřelo více než 40 lidí. Zda-li klesla konzumace alkoholu v Česku, ukáží souhrnné statistické údaje za rok 2013.

2 Metodika

Pro výzkum byla použita kombinace kvalitativní a kvantitativní metody výzkumu. Kvalitativní výzkum byl zaměřen na sekundární analýzu dat z dostupné odborné literatury a dále byly provedeny rozhovory se sedmi respondenty, kteří byli léčeni v PL Červený Dvůr. Kritériem pro výběr respondentů byla primární závislost na alkoholu a přítomnost sebevražedných myšlenek nebo sebevražedného pokusu v osobní anamnéze a ochota poskytnout doplňující rozhovor po vyplnění dotazníku.

Pilotní studie byla uskutečněná kvantitativní metodou výzkumu, který byl realizován metodou dotazníkového šetření mezi klienty PL Červený Dvůr. Výsledky nebyly vyhodnoceny statisticky, protože slouží pouze jako doplňující část výzkumu a jako podklad pro další odbornou činnost.

Tato studie sloužila jako předvýzkum ke kvalitativnímu výzkumu, založenému na rozhovorech s respondenty. Díky pilotní studii jsem mohla odhalit nepřesnosti v dotazníku, na které jsem se poté v osobním rozhovoru zaměřila a zároveň jsem mohla rozhovorem doplnit některé chybějící nebo nepřesné informace od respondentů.

2.1 Cíl práce

Cílem diplomové práce je zmapovat výskyt sebevražedného chování v průběhu života alkoholiků léčených v PL Červený Dvůr. Sběr dat probíhal v období od října do prosince roku 2013.

2.1.1 Dílčí cíle

1. Porovnat důvody realizace pokusu o sebevraždu u alkoholiků léčených v PL Červený Dvůr.
2. Porovnat způsoby realizace pokusu o sebevraždu u alkoholiků léčených v PL Červený Dvůr.

3. Porovnat důvody a způsoby realizace sebevražd u alkoholiků a toxikomanů léčených v PL Červený Dvůr.

2.2 Výzkumné otázky

K naplnění cílů stanovených v diplomové práci jsem si stanovila několik výzkumných otázek.

1. Jaké je spektrum způsobů realizace sebevražd u alkoholiků léčených v PL Červený Dvůr?
2. Objevuje se psychotická porucha v rodinné anamnéze alkoholiků léčených v PL Červený Dvůr?
3. Vyskytovaly se sebevražedné myšlenky u alkoholiků léčených v PL Červený Dvůr během alkoholové vlny častěji, než mimo ni?
4. Vymizely u zkoumaného souboru myšlenky na sebevraždu po absolvování léčby?
5. Objevuje se u zkoumaného souboru klientů PL Červený Dvůr závislost v rodině?
6. Absolvoval klient PL Červený Dvůr po TS psychotherapeutickou léčbu?

2.3 Technika sběru dat

Technika sběru dat probíhala dvojím způsobem. Kvalitativní část výzkumu byla zaměřena na rozhovory s klienty PL Červený Dvůr. Klient vyplnil dotazník v rámci pilotní studie, který byl anonymní. V případě, že souhlasí a je ochoten poskytnout doplňující rozhovor, uvedl do dotazníku své jméno. Podle specifických kritérií jsem provedla selekci zájemců a vybrala několik z nich. Jednalo se o léčené alkoholiky, kteří byli ochotní poskytnout rozhovor. Několik rozhovorů (4) proběhlo přímo v PL Červený Dvůr, kde jsem absolvovala stáž. Zbytek rozhovorů jsem provedla po ukončení léčby klienta po soukromé domluvě. Na stáži v PL Červený Dvůr jsem byla celkem 5 dní. Tři

dny jsem se seznamovala s režimem léčebny, s klienty a s jejich denním programem, kterým jsem si prošla stejně, jako každý jiný klient. Během těchto tří dnů jsem rozdala dotazníky téměř všem klientům léčebny a od některých jsem je vybrala zpět vyplněné. Kvůli časové náročnosti denního programu léčebny se mi podařilo provést pouze jeden rozhovor. Stáž jsem zakončila víkendovým pobytem v PL Červený Dvůr, kdy jsem provedla další tři rozhovory, protože víkendový režim léčebny je již volnější. Zároveň jsem vybrala zbytek vyplněných dotazníků.

Bylo realizováno celkem 7 rozhovorů. Zkoumaný soubor tvořilo 5 mužů a 2 ženy. Současnými klienty červeného dvora byli pouze 4 respondenti, protože se souhlasem a poskytnutím rozhovoru souhlasilo málo alkoholiků a někteří z nich během výzkumu ukončili léčbu. Výzkumný soubor jsem musela doplnit o alkoholiky ze skupiny anonymních alkoholiků, která se schází v Českých Budějovicích. Dva z anonymních alkoholiků (dále jen AA) se v minulosti v PL Červený Dvůr také léčili.

Druhou částí kvalitativního výzkumu byla sekundární analýza dat z dostupné literatury. Tato data jsem sbírala z relevantních a prověřených internetových zdrojů, dále z monografických publikací dostupných na internetu, z monografických publikací a odborných časopisů a článků.

Kvantitativní část výzkumu byla realizovaná jako předvýzkum, který jsem provedla na základě dotazníkového šetření. Dotazník, který byl k výzkumu použitý, jsem si sestavila sama s pomocí své vedoucí diplomové práce, paní doc. MUDr. Kvetoslavy Kotrbové, Ph.D a s pomocí pana MUDr. Jiřího Dvořáčka, ředitele PL Červený Dvůr. Dotazník obsahoval 76 otázek a byl rozdělen na několik částí. První část tvořila osobní anamnéza respondenta, druhou část tvořila drogová anamnéza, třetí část tvořila alkoholová anamnéza, čtvrtou část tvořila anamnéza týkající se léčby, pátou část tvořila rodinná anamnéza a poslední (šestou) část tvořily otázky ohledně sebevražedného jednání a sebevražedných myšlenek respondenta. Dotazník obsahoval také otázky týkající se následné léčebné péče o klienty po sebevražedném pokusu.

Data byla následně převedena do písemné formy.

Za účelem výzkumu bylo rozdáno 46 dotazníků. Návratnost dotazníků byla 100%.

Data z dotazníkového šetření byla použita do diplomové práce a jako podklad pro zpracování odborného textu a k jeho následné publikaci.

2.4 Výzkumný soubor

Výzkumný vzorek pro kvalitativní část výzkumu tvořilo 7 respondentů. 5 mužů a 2 ženy. Tito respondenti byli klienty PL Červený Dvůr a léčili se zde pro závislost na alkoholu. Každý klient před rozhovorem vyplnil dotazník, na základě kterého byl později se souhlasem klienta veden doplňující rozhovor.

Věkové rozpětí respondentů bylo 19 – 63 let. Průměrný věk respondentů byl 36 let. Medián byl 33 let. Všichni souhlasili s anonymním uveřejněním dat pro účely zpracování výzkumu k diplomové práci.

3 Výsledky

3.1 Respondent 1 - kazuistika

3.1.1 *Osobní anamnéza:*

- muž, 42 let
- vyučený automechanik, malíř-autolakýrník
- místo trvalého bydliště: Jihočeský kraj
- nyní je nezaměstnaný – má zajištěné zaměstnání
- kvartální alkoholik, závislý 12 let
- poslední rok denně 10 – 15 piv
- nekuřák
- první zkušenost s alkoholem: 17 let, na zábavě
- nemá diagnostikované psychické onemocnění
- o sebevraždu se pokusil třikrát
- toto je jeho 5. protialkoholní léčba

Respondent 1 má od bývalého zaměstnavatele přislíbeno, že až dokončí léčbu, bude moci znovu nastoupit do práce. Před nástupem do léčby byl dlouhodobě pracovně neschopný kvůli křečovým žilám.

3.1.2 *Rodinná anamnéza:*

- úplná rodina (oba rodiče),
- je svobodný, bezdětný, před léčbou pobýval v trvalém bydlišti
- dětství považuje za šťastné, bez komplikací

Se svým současným rodinným stavem není spokojený, chtěl by ho změnit.

Základní škola byla bez problémů. Na učilišti prospíval s vyznamenáním. V roce 2006 dostal jeho otec mozkovou mrtvici a byl odkázán na jeho pomoc. Respondent se k němu přistěhoval a staral se o něj. Otec byl nakonec soběstačný. V roce 2008 náhle zemřel v 67 letech. Stihl mu přepsat dům. Respondent dům prodal a peníze rozpůjčoval

známým, zbytek promrhal a za část peněz letěl na Rhodos a přál si, aby letadlo spadlo a vše skončilo.

Po promrhání všech peněz skončil na ulici jako bezdomovec. Pomohla mu bývalá spolužačka ze ZŠ, která mu domluvila ubytování v charitě ve Strakonících. Tady se seznámil s mužem, který ho později zaměstnal.

3.1.3 Psychiatrická anamnéza a léčba:

- nemá diagnostikované psychické onemocnění
- toto je 5. protialkoholní léčba: U Apolináře (2001 a 2004), Bílá Voda (2004), Bílá Voda (2006), Nyní v PL Červený Dvůr

Respondent 1 uvedl, že nemá diagnostikované žádné psychické onemocnění, ale zároveň uvedl, že mu psychické onemocnění bylo diagnostikováno na psychiatrickém oddělení při protialkoholní léčbě.

Svou druhou léčbu (Apolinář – 2004) ukončil podepsáním reversu. V roce 2006, kdy byl léčen v Bílé Vodě, chtěl v léčebně zůstat i po ukončení léčby a chtěl zde pracovat jako kotelník.

3.1.4 Drogová anamnéza:

- první zkušenost s alkoholem v 17 letech na zábavě
- neužil žádnou jinou omamnou látku
- je nekuřák
- alkohol pil v hospodě, s přáteli
- délka závislosti je 12 let
- konzumoval hlavně pivo, nebo kombinoval vše
- trend pití: týden období pití, 2-3 roky období abstinence
- denně udržoval hladinu – poslední rok pil 10 – 15 piv denně
- důvod pití: vliv party, neshody v rodině, osobní problémy, úmrtí blízké osoby

Pravidelně začal pít alkohol, když pracoval jako skladník v pivovaru. Alkohol pil vždy při nějakých problémech – osobních, rodinných.

3.1.5 Sebevražedné chování:

- respondent se pokusil 3x o sebevraždu
- 1. pokus: naboural autem do stromu po rozchodu s přítelkyní
- 2. pokus: pokus o podřezání žil
- 3. pokus: spolykání velkého množství léků

První pokus o sebevraždu respondent spáchal střízlivý ve 23 letech. Úmyslně naboural autem do stromu kvůli rozchodu s přítelkyní po dvouletém vztahu.

Uvedl, že jednal zkratkovitě. Po nárazu se mu nic nestalo. K nehodě přijeli hasiči a vyšetřující hasič věděl, že šlo o pokus o sebevraždu, ale nikde to neohlásil a nikomu to neřekl. Nenásledovalo žádné léčení kvůli sebevražednému chování.

Později litoval, že se tento pokus nevydařil, ale pouze pod vlivem alkoholu. Střízlivý toho nikdy nelitoval.

Druhý pokus spáchal ve 25 letech po smrti matky. Opil se a chtěl si podřezat žíly. V poslední chvíli si to rozmyslel a šel nožem pouze po vnitřní straně předloktí. Ránu si nechal ošetřit lékařem, kterému řekl, že se opil a omylem pořezal, když si chtěl ukrojit chleba. Jednal zkratkovitě.

Sebevraždu si rozmyslel, protože si uvědomil, že kdyby se chtěl opravdu zabít, zvolil by „slušnější“ způsob, například zastřelení zbraní, kterou určitý čas vlastnil.

Třetí pokus o sebevraždu provedl respondent ve 30 letech. Spolykal velké množství léků, které bral jeho otec po mrtvici. Otec s bratrem mu zachránili život a zavolali ZZS, která jej odvezla na ARO.

Tento pokus spáchal kvůli smrti sestřence, se kterou si byli blízcí. Hlavním důvodem byla skutečnost, že chtěl přestat s pitím a nevěděl, jak jinak toho docílit.

Krabičky od léků hodil do koše. Tvrdí, že ve skutečnosti zemřít nechtěl. Pokus o sebevraždu spáchal pod vlivem alkoholu a plánoval ji dopředu.

Po hospitalizaci v nemocnici nebyl léčen pro sebevražedné jednání.

Jeho myšlenky na sebevraždu byly vždy intenzivnější po požití alkoholu. Nyní nelituje, že by se mu žádný pokus nepodařil.

3.2 Respondent 2 – kazuistika

3.2.1 Osobní anamnéza:

- muž, 19 let
- nyní studuje SOU, ze střední školy propadl
- do svých 10 let žil v USA s otcem, poté se přestěhoval do ČR s matkou

Negativní myšlenky začal mít po přestěhování se k matce do České republiky.

- do nástupu do PL ČD žil s matkou – psychicky ho týrala
- alkoholik, závislý 2 roky
- první zkušenost s alkoholem: 13 – 14 let
- toto je druhá léčba
- nemá diagnostikované psychické onemocnění, ale udává deprese a úzkosti
- o sebevraždu se pokusil dvakrát

3.2.2 Rodinná anamnéza:

- nyní žij s matkou v ČR, navštěvuje otce ve státech
- uvedl, že vyrůstal v rodině bez otce
- před nástupem na léčbu se pohyboval v Jihočeském kraji a bydlel jako bezdomovec, většinou u kamarádů
- trvalé bydliště má v Jihočeském kraji
- před léčbou v PL Červený Dvůr byl student a přivydělával si příležitostně na brigádách
- má dlouhodobou přítelkyni, ale se svým rodinným stavem není spokojený

S otcem udržuje vztah a navštěvuje ho. Matky přítel pro něj nikdy nebyl vzorem a nenahradil mu otce. S matkou měl špatné vztahy, moc spolu nekomunikovali. Záleželo jí pouze na tom, jestli je najedený, oblečený atd. Matka měla zřejmě psychický problém. V dětství ho psychicky i fyzicky týrala. V současnosti s ní není v kontaktu.

Respondent byl v dětství šikanován a podceňován spolužáky. V dětství byl z vlastní vůle u psychologa, ale nic mu nebylo diagnostikováno. Trpí společenským blokem a pravděpodobně i depresemi.

Vztah s přítelkyní hodnotí jako hezký. Již dřív s ním chodila do třídy. Je to dlouhodobý vztah (19 měsíců). Přítelkyně se s ním rozešla, ale po jeho pokusu o sebevraždu a poté, co se rozhodl léčit, se k němu znovu vrátila a podporuje ho.

Jeho strýc z USA byl alkoholik, ale nikdy ho neviděl opilého.

3.2.3 Psychiatrická anamnéza a léčba:

- toto je jeho druhá léčba
- poprvé se léčil z vlastní vůle, kvůli zachování vztahu s přítelkyní

3.2.4 Drogová anamnéza:

- první zkušenost s alkoholem ve 14 letech s přáteli v hospodě
- ve 13 – 14 letech první zkušenost s cigaretou
- v 15 letech zkušenost s marihuanou – snaha o začlenění se do společnosti
- současná primární droga je alkohol
- délka závislosti 2 roky
- toto je jeho druhá léčba

Zkoušel marihuanu, ale víc jí neužíval. Partnerka je skoro abstinent, jen občas se napila sklenice vína nebo piva. První dva měsíce ve vztahu s přítelkyní vůbec nepil. První léčbu absolvoval kvůli udržení vztahu s přítelkyní.

3.2.5 Sebevražedné jednání:

- o sebevraždu se pokusil dvakrát
- poprvé v 15 letech, napsal dopis na rozloučenou, plánoval sebevraždu 1,5 roku dopředu
- podruhé v září roku 2013, kvůli nešťastné lásce

První pokus o sebevraždu plánoval dlouho dopředu, napsal dopis na rozloučenou, který později někam zašantročil a myslel na sebevraždu 1,5 roku dopředu. Přemýšlel, jaké to bude mít následky, jestli se okolí uleví. Myslel si, že to nebude mít následky žádné, protože bude všemu konec a všem se uleví. Měl strach z neznáma, váhal, jestli ano nebo ne. Nikomu o plánované sebevraždě neřekl. Samotný pokus o sebevraždu byl v podstatě zkratkovitě jednání. Nepohodl se s matkou a šel se v zimě projít. Nejprve se svlékl a lehl si na zem, aby umrzl. Když dlouho neumrzal, vylezl na rozhlednu a chtěl skočit. Báł se a zase slezl. Nakonec se pokusil si podřezat žíly, ale protože byl promrzlý, nešlo mu to.

Svěřil se své kamarádce. Zřejmě chtěl, aby si ho někdo všimnul, protože přitom volal o pomoc.

Sebevraždu plánoval jen střízlivý. Tento pokus o sebevraždu se obešel bez újmy na zdraví. Nemluvil s psychologem ani s psychiatrem.

Druhý pokus o sebevraždu proběhl v září roku 2013. Motivem byla nešťastná láska a rozchod s přítelkyní. Jednal zkratkovitě a o sebevraždu se pokusil v bytě své tety. Chtěl se upít k smrti a vypil 1,5 lahve alkoholu za méně než hodinu. V podnapilosti si podřezal žíly.

Tohoto pokusu litoval kvůli studu, že ho teta, u které v tu dobu žil, našla a viděla. Následně byl na psychiatrickém oddělení v Českých Budějovicích.

Když byl střízlivý, neměl sebevražedné myšlenky. Měl je pouze v opilosti a byly intenzivní.

Nyní pociťuje spíše naději. Přítelkyně se k němu vrátila a podporuje ho.

3.3 Respondent 3 – kazuistika

3.3.1 Osobní anamnéza:

- muž, 20 let
- vyučený kuchař
- před nástupem do léčby pobýval v Karlových Varech u kamarádů, známých, na ubytovnách, bezdomovec
- byl hlášen na úřadu práce
- alkoholik, 1 litr destilátů (rumu) denně
- užíval i pervitin benzodiazepiny, marihuanu, extázi
- v současnosti má největší strach z alkoholu a beznodiazepinů (a léků obecně)
- vyrůstal v bohaté rodině
- první zkušenost s alkoholem: 10 – 15 let
- první zkušenost s pervitinem: 16 let
- v dětství diagnostikovaná sociopatie a agresivita, uvádí strach z oken
- nikdy nebyl pro toto onemocnění léčený
- navštěvoval 4 psychiatry, aby pokryl svou potřebu léků
- před nástupem do léčby byla denní dávka Rivotrilu 60 mg
- nepokusil se o sebevraždu, ale měl sebevražedné myšlenky
- chtěl se zastřelit, ale přátelé ho zastavili – neuvádí to jako opravdový pokus o sebevraždu, chtěl se zastřelit v toxické psychóze

- lékaři mu diagnostikovali několik pokusů o sebevraždu předávkováním léky, ale respondent to odmítá. Bral tolik léků, aby tím pokryl svou závislost, ne aby se zabil.

V létě pracoval jako kuchař na výletní lodi na řece ve Švýcarsku, Belgii, Holandsku, Německu.

3.3.2 Rodinná anamnéza:

- rodina bez otce
- nemá přítelkyni a je se svým rodinným stavem spokojený
- děti nemá, své dětství považuje za nešťastné
- bratranec závislý na pervitinu
- poslední dva roky byla každá jeho partnerka závislá

Respondent 3 bydlel do 18 let doma s rodiči, poté ho vyhodili, protože bratrovi zlomil nos.

Při léčbě obnovil kontakty s otcem, který mu koupil byt a nabídl mu zaměstnání ve své firmě. Terapeuti ho od toho odrazují, ale respondent nezná důvod, protože je neposlouchal, když mu ho říkali.

3.3.3 Psychiatrická anamnéza a léčba:

- v dětství diagnostikovaná sociopatie a agresivita
- uvedl, že má panický strach z oken a prosklených domů
- před touto diagnostikou užíval opiáty
- nikdy nebyl pro toto onemocnění léčený
- navštěvoval 4 psychiatry, aby pokryl svou potřebu léků
- od malička užíval benzodiazepiny na léčbu přehnané agresivity

- později se dostal k rivotrilu a lexaurinu, které bral především
- denní dávka před nástupem do PL Červený Dvůr byla 60 mg Rivotrilu

V drogové a alkoholové psychóze ho pronásledovaly hlasy a vidiny. Měl halucinace. Myslela si, že je policista a donáší na své kamarády. V psychóze se chtěl pokusit o sebevraždu, ale přátelé ho zadrželi a odvezli do Dobřan.

3.3.4 Drogová anamnéza:

- první zkušenost s cigaretou v sedmi letech (koupil si je sám)
- zkušenost s alkoholem v 10 – 12 letech
- pervitin ve 14 letech
- benzodiazepiny – 60 mg denně

Po několika měsících braní pervitinu se rozhodl přestat. Vydržel 7 měsíců a poté zrecidivoval a k pervitinu a alkoholu přidal ještě benzodiazepiny.

Pervitin začal brát z nudy a ze zvědavosti s partou kamarádů. V místě, kde bydlel, bral pervitin téměř každý. Jednou 17 dní nespál, protože bral pervitin a dostavila se toxická psychóza. Dávky pervitinu zvyšoval o přibližně gram za den (několik dní).

- kvartální alkoholik – tři měsíce abstinence, 20 dní opilost (litr rumu nebo vodky denně – i víc)
- hlavně destiláty (rum) kombinoval s pervitinem a benzodiazepiny
- drogy bral sám, s partnerkou i s kamarády
- nejvíc bral drogy po návratu z Holandska (v Holandsku se nedá moc dobře sehnat pervitin)
- hodně kradl, aby si vydělal peníze na drogy

- nikdy nebyl ve vězení, protože otec je velmi bohatý a vždy zaplatil nejlepší právníky, i když spolu nemluvili

Respondent sám uvedl, že i když užíval pervitin, extázi, beznodiazepiny, marihuanu i alkohol, tak jeho primární závislost je alkohol a beznodiazepiny. Do budoucna po absolvování léčby se nejvíce obává alkoholu. Největší bažení má teď po léčích a alkoholu.

Nejhorší abstinence byla po vyabstinování benzodiazepinů. V PL ČD mu dávku snížili na 3 mg 4x denně. Chodil brečet a prosit na sesternu, aby u dávky zvýšili. Po čase přišel na to, že po simulaci epileptického záchvatu mu injekčně podají Apaurin, který má podobné účinky, jako Diazepam (chodil předstírat 3x denně). Později si uvědomil, že když přestane chodit předstírat epilepsii, přejde dříve z detoxu na oddělení.

3.3.5 Sebevražedná anamnéza:

- bratranec se pokusil o sebevraždu třikrát (měl ADHD) – podřezal si žíly
- respondent uvádí, že se o sebevraždu nepokusil
- v rozhovoru uvedl, že jednou svou sebevraždu plánoval
- lékaři mu tvrdili, že se o sebevraždu pokusil několikrát, ale respondent tvrdí, že to není pravda

Respondent plánoval sebevraždu v psychóze, kdy si vzal pistoli a chtěl si prostřelit hlavu. Přátelé ho zachránili a chtěli ho odvézt do Dobřan. Respondent vlastnil dvě pistole bez zbrojního pasu (od 17 let), protože rád střílí.

Lékaři si několikrát mysleli, že se respondent pokusil spáchat sebevraždu, protože trpěl depresemi a bral velmi vysoké množství benzodiazepinů. Respondent uvádí, že se o sebevraždu nechtěl pokusit, ale že jeho tělo už si zvyklo na tak velké množství léků, které musel neustále zvyšovat.

Mnohokrát přemýšlel o sebevraždě, ale k pokusu o sebevraždu nikdy nedošlo. Sebevražedné myšlenky měl hlavně v opilosti, ale později i když mu došly drogy.

3.4 Respondent 4 – kazuistika

3.4.1 Osobní anamnéza:

- muž, 49 let
- střední vzdělání s maturitou – kuchař, číšník
- trvalé bydliště – Přerov
- alkoholik
- první užití alkoholu: 15 let (narozeninová oslava dědy)
- délka závislosti: 9 + 4 roky (mezitím 16 let abstinence)
- denně 7 litrů nepasterizovaného piva
- bez diagnostikovaného psychického onemocnění
- toto je druhá léčba
- o sebevraždu se pokusil třikrát
- v době výzkumu dostal poslední šanci zůstat v PL ČD pro nesplnění podmínek léčebny

3.4.2 Rodinná anamnéza:

- do 7 let považuje dětství za šťastné, vyrůstal v úplné rodině
- poté se přestěhovali do Vyškova (otec voják), matka na něj byla sama
- trpěl hyperaktivitou
- začal se mu zhoršovat prospěch ve škole – matka si s ním nevěděla rady
- začal hodně sportovat a věnovat se sportu
- předchozí zaměstnání – číšník, majitel baru

V 15ti letech hodně sportoval a věnoval mu veškerý svůj volný čas. Musel mít i dobré známky, ale protože byl skvělý sportovec, prospěch se mu odpouštěl. Za sportovní výkony získal několik medailí a byl přijatý na FTVS, kde odstudoval 6 semestrů.

Má tři děti, ale v kontaktu je pouze s jedním z nich. Je rozvedený. Manželka ani děti mu neřekly, že jeho žena chce požádat o rozvod – zaskočilo ho to. Rozváděl se kvůli své závislosti na alkoholu. Poté si našel přítelkyni, díky které šel poprvé na léčení. Když se s ním po několika letech rozešla, rozhodl se spáchat sebevraždu. Nyní je se svým rodinným stavem nespokojený, má složitý vztah s přítelkyní.

Alkohol začal nadužívat v době zaměstnání v pivovaru. Později pracoval jako barman a naléval alkohol hostům. Jako barman pracoval i v období abstinence. Na alkohol prý neměl chuť. K tomuto povolání se chystá vrátit i po dokončení léčby v PL ČD.

(poznámka: lékaři v PL Červený Dvůr respondentovi důrazně nedoporučují, aby se po dokončení léčby vrátil k práci barmana v baru, kde se nalévá alkohol. Respondent se k práci chce vrátit a nevidí v tom žádné riziko. Tvrdí, že 16 let dokázal abstinovat a nalévat alkohol jiným a že to dokáže i teď. To je jeden z důvodů, proč respondent v době výzkumu poněkolkáté nepřestoupil do další fáze léčby)

3.4.3 Psychiatrická anamnéza a léčba:

- bez diagnostikovaného psychického onemocnění
- v roce 1997 absolvoval první léčbu v Brně – Černovicích
- svou první léčbu dokončil a podstoupil jí dobrovolně
- abstinovat a poté znovu recidivoval
- lékař na detoxu v Brně mu doporučil PL ČD, kde je teď
- současná léčba v PL Červený Dvůr je jeho druhá léčba

(poznámka: respondent byl v PL Červený Dvůr těsně před vyloučením pro nedodržování nejrůznějších pravidel. Měl soustavně velký počet záporných bodů, které jsou udělovány PL ČD za přestupky proti pravidlům. Respondent několikrát nepřestoupil do další fáze. V době výzkumu dostal respondent poslední šanci a nebyl z léčení vyloučen)

3.4.4 Drogová anamnéza:

- respondent 4 je závislý na alkoholu
- délka závislosti 9 let + 4 roky (16 let mezitím abstinovat)
- alkohol poprvé vyzkoušel v 15ti letech na oslavě narozenin svého dědy
- aktivně sportoval – alkohol pít nemohl
- problémy v rodině – matka ho nedokázala zvládnout
- pil pivo – 7 litrů nepasterizovaného piva denně
- někdy i jiný alkohol
- na popud manželky 16 let abstinovat, přišly problémy a on zrecidivoval

Respondent trpěl hyperaktivitou a matka ho sama nemohla zvládnout. Alkohol začal nadužívat v zaměstnání. Pracoval v pivovaru, kde v během pracovní doby vypil 7 litrů (14 velkých piv) nepasterizovaného piva. Toto období trvalo 9 let. Alkohol pil se spolupracovníky. Po zaměstnání vypil několik piv doma nebo s přáteli.

3.4.5 Sebevražedné chování:

- myšlenky na sebevraždu měl silnější po požití alkoholu, později i při abstinenci
- o sebevraždu se pokusil 3x
- 1. pokus: upadnul pod taxi - opilý
- 2. pokus: skok pod vlak – opilý
- 3. pokus: podřezání žil

První pokus o sebevraždu se stal 15. 5. 1997 a pokus respondent popisuje tak, že v opilosti skočil pod stojící taxi, chtěl pod ním zůstat ležet, aby ho přejelo, až se rozjede. Kolemjdoucí zavolali ZZS a ta ho odvezla do nemocnice. V nemocnici začal zvracet žaludeční vředy a díky tomu (jak sám popisuje) přežil.

Druhý pokus o sebevraždu se také odehrál pod vlivem alkoholu. Respondent byl velmi opilý a šel kolem kolejí. V tom okamžiku se rozhodl, že skočí pod vlak. Za nedlouho jel kolem vlak, respondent se rozhodl skočit, rozběhl se ze srázu, ale skok si pravděpodobně špatně naplánoval. Když skočil, tlak z kolem projíždějícího vlaku ho odhodil na sloup a on upadl do bezvědomí. V bezvědomí byl dva dny, než ho na místě probrala zima. Měl rozbitý obličej. Následoval pobyt jeden týden v krizovém centru. Sebevraždu chtěl spáchat proto, že mu „bylo všechno jedno“.

Třetí pokus o sebevraždu byl plánovaný a pokusil se ho spáchat ve 49 letech (2013). Nedokázal se přestat trápit kvůli své ženě, se kterou byl v té době ve špatném vztahu a která se s ním rozvedla. Sebevraždu plánoval dopředu (neví, jak dlouho). Nikomu se s tímto úmyslem nesvěřil. Sebevraždu se pokusil spáchat tak, že vypil velké množství alkoholu a vzal si větší množství Ibalginu. Pro jistotu si chtěl podřezat žíly, ale nešlo mu to, protože nemá rád pohled na krev. Rány si sám ošetřil.

Nyní navštěvuje 1/14 dní svého psychiatra. Nyní nelituje, že nezemřel. V současnosti nemá sebevražedné myšlenky.

3.5 Respondent 5 - kazuistika

3.5.1 *Osobní anamnéza:*

- muž, 62 let
- vyučen jako obráběč kovů bez maturity
- žije v Českých Budějovicích
- je rozvedený
- alkoholik, závislý 38 – 40 let
- první zkušenost s alkoholem: 13 lt, na školním výletě, od 16 let chodí pravidelně do hospody
- bez diagnostikovaného psychického onemocnění
- toto je jeho 4. léčba
- o sebevraždu se pokusil jednou – dluhy
- nyní je v důchodu a navštěvuje skupinu AA v Českých Budějovicích, v PL Červený Dvůr, jezdí na opakovací léčbu do PL ČD a navštěvuje svého psychiatra

Respondent 5 pochází z Českých Budějovic. Po několika letech se odstěhoval kvůli bydlení do Zlivi. Zde přišel o byt v důsledku dluhů a pobýval v azylovém domě v Českých Budějovicích. Nyní bydlí v bytě v Českých Budějovicích.

3.5.2 *Rodinná anamnéza:*

- rodina bez otce – ve 12 letech se rozvedli
- dětství považuje za šťastné
- je rozvedený, má 4 děti
- se dvěma nemá žádný kontakt, s ostatními jen po telefonu nebo při náhodném setkání
- se svým rodinným stavem není spokojený

Syn, se kterým nemá a ani nechce mít kontakt, je závislý na drogách. Dcera, se kterou nemá a nechce mít kontakt, se živí prostitucí. Ví o nich pouze díky sociálním sítím. Syn občas přijde a žádá jídlo, peníze nebo alkohol.

- otec byl alkoholik
- strýc je alkoholik
- bratranec byl alkoholik
- bez diagnostikovaného psychického onemocnění v rodině

Bratranec se kvůli alkoholu a dluhům oběsil. V rodině se nevyskytlo žádné psychické onemocnění.

Rozvod rodičů a nepřítomnost otce neměla na respondenta vliv. Měl hodně příbuzných, strýčků a dalších, kteří mu výchovu otce nahrazovali.

3.5.3 Psychiatrická anamnéza a léčba:

- bez diagnostikovaného psychického onemocnění
- 4x léčba
- 1. 1973 PL Červený Dvůr
 2. ambulantní léčba
 3. psychiatrické oddělení nemocnice České Budějovice
 4. PL Červený Dvůr
- nyní dochází pravidelně 1/měsíc

První léčba v PL Červený Dvůr byla nařízená. Respondent 5 podnapilý na veřejnosti poškozoval cizí majetek, vyvolával rvačky a další. V roce 1973 mu policie a soud nařídili odvykací léčbu v PL Červený Dvůr. Odtud za měsíc a půl utekl. Věděl, že půjde do vězení a chtěl tam jít. 14 dní čekal v jedné hospodě, než si pro něj přijde policie. Po 6 měsících ve vězení mu byla nařízena ambulantní léčba. Tuto léčbu podstoupil. V roce 2012 se pokusil o sebevraždu, byl převezen na oddělení psychiatrii v nemocnici v Českých Budějovicích. Poté podstoupil doporučenou léčbu v PL Červený Dvůr, kterou z vlastní vůle dokončil. Od té doby abstínuje.

V současnosti navštěvuje svého psychiatra jednou měsíčně. Pomáhá mu to. Každý týden navštěvuje 2 skupiny anonymních alkoholiků a 1x za týden dojíždí na opakovací léčbu do PL Červený Dvůr.

3.5.4 Drogová anamnéza:

- alkoholik
- jiné drogy nikdy neužíval
- 1. užití alkoholu: ve 13 letech na školním výletě s kamarády
- v 15-16 letech chodili s kamarády pravidelně „do hospody na pivo“
- abúzus alkoholu trval 38 – 40 let, denní dávka alkoholu se měnila podle situace
- v poslední fázi byla dávka alkoholu na den cca 2 litry destilátu (rum)
- preferovaný alkohol: rum, ale když nebyl rum, pil pivo nebo kombinaci druhů alkoholu
- před rodinou to netajil
- pil s kamarády, doma, v hospodě, na oslavách
- 2x ve vězení

Má nemocné srdce a dostal invalidní důchod. Většinu času trávil doma, kam za ním chodili přátelé. Kvůli dluhům a exekutorům měli smluvené znamení na zvonku. Rodina o závislosti věděla. Díky alkoholu mu by odebrán byt, musel bydlet v azylovém domě a měl velké dluhy.

Byl třikrát ženatý (vždy po sedmi letech). V době manželství pil střídměji, pouze občas několik piv. Také v době hlídání svých malých dětí vždy věděl, kdy má přestat a nedělalo mu to žádný problém. Vždy po rozvodu se konzumace alkoholu začala stupňovat a konzumoval převážně destiláty.

Dokud chodil do zaměstnání, alkohol mu nedělal žádné problémy. Poté dostal invalidní důchod kvůli onemocnění srdce. V té době začal dělat dluhy.

V mládí byl dvakrát ve vězení. Poprvé za rvačky a útěk z vojny – byla mu soudně nařízena protialkoholní léčba. Z léčby utekl – znovu byl uvězněn a znovu mu byla nařízena léčba, tentokrát ambulantní.

Se svými přáteli, se kterými pil, se stýká i nadále. Nevadí mu to.

3.5.5 Sebevražedná anamnéza

- sebevraždu se pokusil spáchat jednou – v 60 letech

- důvodem byly dluhy
- způsob: podřezání žil v opilosti a předávkování antikoagulancii
- byl hospitalizován v nemocnici a poté na psychiatrickém oddělení v nemocnici v Českých Budějovicích
- sebevraždu plánoval cca týden
- nyní nemá sebevražedné myšlenky

Sebevražedné myšlenky měl asi týden před pokusem o sebevraždu. Sebevraždu plánoval. Šel si do obchodu koupit alkohol a žiletky. Lehl si do vany, napustil si teplou vodu, vypil dva litry rumu, spolykal 20 tabletek antikoagulancií a podřezal si žíly na rukách.

Ten den k němu přišla exekuce, ale když se nemohla dostat dovnitř, zavolala policii a společně s ní se dostala do bytu, kde našli respondenta ve vaně. Zavolali ZZS a ta ho dopravila do nemocnice. Respondent 5 ztratil velké množství krve.

Těsně po pokusu o sebevraždu toho respondent nelitoval, naopak byl agresivní a urážel lékaře, protože chtěl opravdu zemřít.

S odstupem času je rád, že byl zachráněný.

Nyní se léčí ambulantně – jednou měsíčně dochází ke svému psychiatrovi v Českých Budějovicích (MUDr. Norek). Od té doby nemá myšlenky na sebevraždu.

3.6 Respondent 6 - kazuistika

3.6.1 Osobní anamnéza

- žena, 28 let
- vysokoškolské vzdělání - titul Ing.
- oba se o ni starali a podporovali ji i finančně
- je slovenské národnosti
- v současnosti má 3 roky přítele
- neléčila se v PL ČD, navštěvuje pouze skupinu AA v Českých Budějovicích
- alkoholička, závislá cca 6 let, denně 0,5 l destilátů + marihuana
- první zkušenost s alkoholem: 13 let, od rodičů
- alkohol jí chutnal
- stala se obětí znásilnění – byla jí diagnostikovaná posttraumatická stresová porucha
- experimentovala s pervitinem (ve 20 – 21 letech)
- nevražedný pokus nespáchala, ale objevovaly se sebevražedné myšlenky

3.6.2 Rodinná anamnéza

- otec agresivní po konzumaci alkoholu – křik, rozbíjení věcí
- oba se o ni starali a podporovali ji i finančně
- dětství považuje za šťastné
- při studiu vysoké školy bydlela na vysokoškolských kolejích

Respondentka 6 byla premiantka třídy, velmi chytrá a nepotřebovala se příliš učit ani na vysoké škole. Chtěla studovat medicínu, ale kvůli svému příteli začala studovat technický obor. Se svou rodinou se nyní vídá 6x ročně.

- po vysoké škole si našla práci v ČR v Českých Budějovicích, kde žije a pracuje do současnosti

3.6.3 Psychiatrická anamnéza a léčba

- žádnou léčbu nepodstoupila
- v minulosti jí byla ambulantním psychiatrem diagnostikovaná posttraumatická stresová porucha po znásilnění
- v roce 2013 poprvé navštívila otevřenou skupinu AA (anonymní alkoholici) v Českých Budějovicích – od té doby abstinguje

Nyní dochází pouze 1x týdně do skupiny AA a navštěvuje srazy a meetingy anonymních alkoholiků. V rámci této skupiny také podstupuje 12 kroků se svým průvodcem.

- v rodině nebylo diagnostikované žádné psychické onemocnění ani závislost

3.6.4 Drogová anamnéza

- poprvé alkohol ve 13 letech – šampaňské, chutnalo jí
- ve 14 letech – pila pivo, chutnalo jí, pila na diskotékách

Respondentka pila alkohol na diskotékách a zábavách, protože jí dodával sebevědomí. Nikdy nebyla oblíbená, ale při pití alkoholu ztrácela zábrany a chovala se rizikově.

- 14 let – začala experimentovat s marihuanou a kombinovala ji s alkoholem

Velmi rychle se stalo tradicí, že nadužívala alkohol na každé párty, diskotéce a oslavě. Často ho kombinovala s marihuanou.

Na vysoké škole byla premiantkou, učila se, zatímco ostatní chodili pít alkohol a na diskotéky. Postupně se k nim přidávala, ale zatím jí to nekazilo školní průměr. Dostala prospěchové stipendium.

- 20 – 21 let – experimentování s extází a pervitinem
- přítel dealer
- stala se obětí znásilnění
- pila hlavně destiláty – cca 0,5 litru denně + marihuana

Ve druhém a třetím ročníku začala pravidelně užívat marihuanu, velké množství alkoholu a pervitin. Zůstávala na kolejkách i přes léto s ostatními. Když se opila, vůbec nevěděla, co dělá, byla agresivní a neměla žádné zábrany. Stala se obětí znásilnění, při kterém byla opilá. Viníka nepotrestali, protože mu vina nebyla prokázána. Tento moment způsobil, že respondentka začala mnohem více a intenzivněji pít alkohol. Byla jí diagnostikována posttraumatická stresová porucha. Díky psychologovi, ke kterému docházela ambulantně, vydržela 6 měsíců abstinovat. Recidiva nastala, protože jí přítel donesl víno a ona se opila a od té doby znovu pila.

Rodiče se o jejích problémech dozvěděli náhodou od ostatních lidí a velmi těžce to nesli, ale nadále ji podporovali i finančně.

Odstěhovala se na privát a chtěla začít nový život. Několik dní vydržela abstinovat, ale poté začala znovu pít se svými spolubydlíci. Udělala mnoho dluhů. V této době začala pít i sama doma, hlavně destiláty a kouřila pravidelně marihuanu. V této době velmi zanedbávala školu a téměř tam nechodila. Její pověst u učitelů byla zničená a nikdo nevěřil, že školu dokončí.

Měla silné deprese a byla tak opilá, že si zavolala ZZS, který ji odvezl na záchytku, kde musela být dva dny, aby vystřízlivěla. Ještě večer druhý den jí byly naměřeny 3 promile alkoholu. Žádala o hospitalizaci na psychiatrii. Zde potkala lidi, kteří byli také alkoholici a s nimi poté pila. Po několikadenním alkoholovém tahu, kdy neví, co dělala,

se rozhodla, že začne znovu nový život. Odstěhovala se zpět k rodičům, kde byla pod dohledem. Učila se a opila se pouze jednou týdně nebo jednou za dva týdny na diskotéce. Složila státní zkoušku a dostudovala vysokou školu.

Začala pracovat jako obchodní zástupce u firmy, poté jako asistentka. Pracovala zde 6 měsíců, poté ji vyhodili (nebylo to kvůli alkoholu). V této době bydlela střídavě doma a u svého přítele, kde se pravidelně každý večer opíjela do nevědomí.

Rozhodla se začít nový život a hledala práci i mimo Slovenskou republiku. Našla zaměstnání v České republice, konkrétně v Českých Budějovicích. V této době pila cca 8 piv každý večer. Před rokem a půl pila v tahu celý týden, vzala si dovolenou v zaměstnání a tento týden si nepamatuje. Zavolala své matce, která za ní přijela. S její podporou přišla na skupinu AA, kde se setkala s dalšími lidmi v podobné situaci. Od té doby abstínuje.

3.6.5 Sebevražedná anamnéza

- myšlenky na sebevraždu silnější po požití alkoholu
- sebevražedný pokus nebyl spáchán

Respondentka měla silné myšlenky na sebevraždu vždy po požití alkoholu. Několikrát jimi vyhrožovala svému příteli, aby dosáhla svého. V době, kdy měla sebevražedné myšlenky, začala pít velmi intenzivně a bylo jí všechno jedno. Neměla důvod žít, ale svou smrt se bála provést. Raději pila víc a víc a nechala na náhodě, zda se ještě probudí.

V současnosti nemá sebevražedné myšlenky, abstínuje a je rozhodnutá udělat všechno proto, aby abstinovala i nadále

3.7 Respondent 7 - kazuistika

3.7.1 Osobní anamnéza:

- žena, 63 let
- dokončené vyšší odborné vzdělání
- pracovala jako dělnice
- jihočeský kraj (Zlív)

Respondentka 7 pochází z Moravy, ale v dětství se přestěhovala na jih Čech do Zlivy. Nyní je v důchodu.

- kuřačka
- alkoholička, kvartální alkoholik, doba abstinence se zkracovala, pila destiláty (vodka, rum) – až 3 lahve vodky denně
- první zkušenost s alkoholem: 14 let, s kamarády
- alkohol jí chutnal
- délka závislosti: 30 let
- nemá diagnostikované psychické onemocnění
- je zakladatelkou skupiny AA v Českých Budějovicích a v PL Červený Dvůr
- nyní 10 let abstinuje
- o sebevraždu se pokusila jednou – nechtěné těhotenství

3.7.2 Rodinná anamnéza:

- úplná rodina
- nebyla týrána ani sexuálně zneužitá
- nyní je vdova
- má děti, ale nežije s nimi

Respondentka nebyla týraná ani zneužívaná, ale své dětství nepovažuje za šťastné. Při studiu na střední škole bydlela na internátu. Považovala se za méněcennou. Myslela si, že není hezká ani chytrá a neustále s tím bojovala.

V 17 letech nechtěně otěhotněla. Nyní se svými dětmi nežije, ale vídá se s nimi. Jednu její dceru jí kvůli manželovi odebrali a dali jí do péče jemu. Poté se starala o syna svého exmanžela, který byl ve vězení. S druhým manželem žila v bytě, který poté vyhořel (částečně vinou manžela). Manžel šel do vězení a respondentka neměla vůbec nic, musela tvrdě manuálně pracovat, aby uživila sebe i dítě. Její třetí manžel zemřel na rakovinu v mladém věku. Respondentka byla zvyklá neustále pracovat nebo se o někoho starat.

3.7.3 *Psychiatrická anamnéza a léčba:*

- bez diagnostikovaného psychického onemocnění
- v rodině se neobjevilo psychické onemocnění
- léčba v PL Červený Dvůr (3 měsíce)
- nyní vede skupinu AA v Českých Budějovicích

Respondentka uvedla jako své psychické onemocnění alkoholismus, který jí byl diagnostikován na psychiatrickém oddělení při protialkoholní léčbě. Kvůli alkoholismu byla hospitalizovaná na oddělení psychiatrie v nemocnici v Českých Budějovicích a v PL Červený Dvůr. Dokud se nedostala do PL Červeného Dvora, pořád si myslela, že moc nepije a není závislá. Až v PL ČD zjistila, že mohla už zemřít. V léčbě proto pokračovala kvůli svým vnukům, které nechtěla vyměnit za alkohol a také kvůli tomu, že se chtěla uzdravit.

Respondentka založila skupinu AA v PL Červený Dvůr a poté skupinu AA v Českých Budějovicích, kterou v současnosti vede. V příloze číslo 3 je přiložen osobní příběh respondentky, který mi poskytla.

3.7.4 Drogová anamnéza:

- alkohol poprvé ve 14 letech s kamarády o prázdninách
- cigareta v 10 letech, tajně doma
- marihuana ve 30 letech, ze zvědavosti vyzkoušela
- primární droga alkohol, je kuřačka
- délka závislosti na alkoholu – 30 let
- typ: kvartální alkoholik: doba závislosti se zkracovala
- pila destiláty (vodka)
- otec alkoholik – léčil se
- strýc alkoholik
- mnoho kamarádů alkoholiků v důsledku abúzu alkoholu zemřelo

Respondentka pila alkohol doma nebo v hospodě a nejčastěji sama nebo s přáteli. Hlavním důvodem konzumace alkoholu byla skutečnost, že jí chutnal. Po dobu 30 let byla přesvědčená o tom, že jí alkohol neškodí a že nepije moc a není závislá na alkoholu. Nevěděla nic o alkoholismu. Byla zvyklá celý život pracovat a mít svůj volný čas vyplněný nějakou aktivitou. Poté, kdy se jí stal úraz, který ji limitoval, musela zůstat doma a vyplňovala volný čas alkoholem. Dcery dospěly a odešly z domu, alkohol jí dával svobodu, protože mohla pít, kdy chtěla. Alkohol jí chutnal a neměla potřebu s ním přestat. Vypila až 3 lahve vodky denně.

3.7.5 Sebevražedná anamnéza:

- v rodině: matka pokus o sebevraždu kvůli rodinné situaci (předávkovala se léky)
- pokus o sebevraždu jednou – v 17 letech
- sebevražedné myšlenky při abstinenci, kterou rychle znovu zapila

- sebevražedné myšlenky i v opilosti
- sebevražedný pokus kvůli nechtěnému těhotenství

V 17 letech respondentka poslechla špatnou radu party kamarádů, opila se a nechtěně otěhotněla. V dané době to bylo nepřipustné jak pro ni, tak pro její rodinu. Sebevraždu chtěla spáchat pomocí velkého množství alkoholu, léků a podřezáním žil. Léky si šla před pokusem sama koupit do lékárny. Byly to silné léky proti bolesti. Sebevražedný pokus chtěla spáchat na internátu v noci, aby ji nikdo neviděl. Zachránila ji kamarádka, kterou probudily chrčivé zvuky a zavolala ZZS. Respondentka byla ošetřena v nemocnici a pot převezena na psychiatrické oddělení v Kroměříži. Byla celou dobu v bezvědomí a nic si nepamatuje. Probudila se až na psychiatrii. Litovala, že se jí sebevražda nepovedla, ale nyní by ji už nespáchala.

3.8 Souhrn informací od respondentů

3.8.1 Psychotická porucha v rodinné anamnéze.

Tabulka 1: Psychické onemocnění v rodině a u respondenta

Respondent	Psych. onemocnění v rodině	Psych. onemocnění u respondenta
R1	žádné psych. onemocnění	žádné psych. onemocnění
R2	žádné psych. onemocnění matka – chovala se podivně	žádné psych. onemocnění
R3	bratranec – ADHD babička – chovala se podivně	sociopatie, agresivita
R4	žádné psych. onemocnění	žádné psych. onemocnění
R5	žádné psych. onemocnění	žádné psych. onemocnění
R6	žádné psych. onemocnění	žádné psych. onemocnění
R7	žádné psych. onemocnění	žádné psych. onemocnění

Komentář:

Pouze jeden z dotazovaných klientů PL Červený Dvůr má psychiatrem diagnostikované psychické onemocnění. Někteří klienti uvedli alkoholismus nebo drogovou závislost.

Respondent 3 uvedl, že mu byla diagnostikovaná sociopatie a agresivita. Psychiatrem mu byly předepsané léky, na kterých se respondent stal závislým. Později navštěvoval 4 psychiatry, aby pokryl svou potřebu benzodiazepinů. Užíval jedno balení denně. Přehnaná agresivita se objevovala při abstinenci i pod vlivem. Pod vlivem se projevovala častěji. Jeho bratranec měl diagnostikovanou ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder) – porucha pozornosti s impulzivitou a hyperaktivitou. Klientova babička se chovala podivně, a proto pojal podezření na psychickou chorobu. Později zjistil, že onemocněla Parkinsonovou chorobou.

Klient R-2 pojal podezření, že má matka psychické onemocnění, protože se chovala podivně. Nebyla udána příčina takového chování.

3.8.2 Výskyt sebevražedných myšlenek a pokusu o sebevraždu.

Tabulka 2: Sebevražedné myšlenky a chování

Respondent	vyšší intenzita sebevražedných myšlenek pod vlivem	realizovaný pokus o sebevraždu	počet pokusů o sebevraždu
R1	ano	ano	3
R2	ano	ano	2
R3	ano	ne	0
R4	ano	ano	3
R5	ano	ano	1
R6	ano	ne	0
R7	ano	ano	1

Komentář:

Každý respondent měl sebevražedné myšlenky a u všech byly tyto myšlenky intenzivnější po požití alkoholu.

Klient R3 a R6 se nepokusili o sebevraždu.

Dva ze čtyř respondentů, kteří se pokusili o sebevraždu, se o ni pokusili 3x, jeden respondent R2 se o sebevraždu pokusil dvakrát. R5 a R7 se pokusili o sebevraždu jednou.

3.8.3 Motiv a způsob spáchání sebevražedného pokusu u alkoholiků.

Tabulka 3: Motiv a způsob

Respondent	Motiv	Způsob
R1	1. rozchod s přítelkyní 2. smrt matky 3. touha přestat pít	1. náraz v autě 2. podřezání žil, alkohol 3. předávkování léky
R2	1. neshody s matkou 2. nešťastná láska	1. umrznutí, skok z výšky, podřezání žil 2. předávkování alkoholem, podřezání žil
R3	–	–
R4	1. nechut' žít 2. nechut' žít 3. rodinná situace, nešťastná láska	1. skok pod taxi 2. skok pod vlak 3. podřezání žil
R5	dluhy	opilost, předávkování antikoagulancii, podřezání žil
R6	–	–
R7	těhotenství	předávkování léky, podřezání žil

Komentář:

U klienta R1, R2 a R4 byl jeden z důvodů spáchání sebevražedného pokusu nešťastná láska nebo rozchod s přítelkyní. Dalšími důvody byly rodinné problémy, smrt blízké osoby a dluhy.

1. pokus o sebevraždu u respondenta R1 byl proveden bez požití alkoholu. Po rozchodu s přítelkyní (vztah 2 roky) jednal zkratkovitě a naboural autem do stromu. Nebyl zraněný. Později v opilosti litoval, že nezemřel.

2. pokus o sebevraždu u respondenta R1 byl proveden podřezáním žil v opilosti. V poslední chvíli si to rozmyslel a sjel nožem po vnitřní straně předloktí. Ránu si nechal ošetřit u lékaře.

3. pokus o sebevraždu u respondenta R1 byl spáchán pod vlivem alkoholu. Respondent spolykal velké množství různých léků. O sebevraždu se pokusil proto, protože neviděl jiné východisko ze své závislosti a chtěl tím na sebe částečně upozornit. Později uvedl, že šlo pravděpodobně o demonstrativní sebevraždu, protože balíčky od léků nechal na viditelném místě.

Respondent R2 si svůj první pokus o sebevraždu plánoval, ale nakonec jednal impulzivně. Rozhodl se umrznout, to se mu nedařilo. Rozhodl se skočit z výšky, ale bál se. Nakonec si chtěl podřezat žíly, ale byla velká zima a nepovedlo se mu to.

2. pokus o sebevraždu spáchal R2 po rozchodu s přítelkyní z nešťastné lásky. Nejprve vypil 1,5 l alkoholu za jednu hodinu a poté si chtěl podřezat žíly. Zachránila ho teta.

Respondentka R7 svou sebevraždu plánovala dopředu. Spolykala velké množství léků a podřezala si žíly.

Respondent R3 a respondentka R6 měli intenzivní sebevražedné myšlenky, ale nepokusili se spáchat sebevraždu.

Nejčastější způsob spáchání sebevražedného pokusu u zkoumaného souboru je podřezání žil v opilosti. Takto ho provedli $\frac{3}{4}$ respondentů, kteří se pokusili o sebevraždu.

Častým motivem ke spáchání sebevraždy byla nešťastná láska nebo rozchod s přítelem/přítelkyní. Toto byl jeden z motivů pro spáchání pokusu o sebevraždu u 3 ze

4 respondentů. Dalšími motivy byly dluhy, neshody v rodině, smrt blízké osoby a nechť k životu.

3.8.4 *Délka závislosti na alkoholu, trend pití alkoholu a kombinace s ostatními návykovými látkami.*

Tabulka 4: Délka závislosti, trend pití a ostatní drogy

Respondent	primární droga	délka závislosti	sekundární drogy	trend pití alkoholu
R1	alkohol	12 let	–	1. v tazích- týden pití, 2-3 roky abstinence 2. denně 10-15 piv
R2	alkohol	2 roky	marihuana, cigarety	denně 1 l destilátu
R3	pervitin, alkohol	7 let	LSD, opiáty, benzodiazepiny, marihuana	10 dní pití, 15-20 dní abstinence - 1 litr rumu
R4	alkohol	9 + 4 roky	cigarety	denně 7 l nepasterizovaného piva
R5	alkohol	38 let	-	denně 2 l rumu
R6	alkohol	6 let	marihuana, extáze, pervitin, cigarety	min. 0,5 l destilátu denně
R7	alkohol	30 let	marihuana, cigarety	3 litry destilátu denně, několik piv

Komentář:

Respondent R1 uvedl dva trendy pití. Pil denně a pil v tazích. Za 12 let, kdy konzumoval velké množství alkoholu, se trend pití měnil podle momentální rodinné, ekonomické, sociální situace a životních událostí.

Dva respondenti (R-1 a R-5) užívali pouze alkohol. Ostatní užívali kromě alkoholu i další drogy. Respondent R-4 užíval spolu s alkoholem jen cigarety.

Nejdéle trval abúzus alkoholu 38 let (R-5), nejméně 2 roky (R-2). Respondent R-4 užíval alkohol 9 + 4 roky. Po devíti letech abúzu alkoholu 16 let abstinoval a poté na 4 roky zrecidivoval.

Nejčastější sekundární droga u zkoumaného souboru je marihuana.

3.8.5 Přetrvávání sebevražedných myšlenek po absolvování léčby u závislých na alkoholu.

Tabulka 5: Sebevražedné myšlenky po léčbě

Respondent	litujete, že jste nezemřel?	přetrvávající sebevražedné myšlenky po léčbě	sebevražedné myšlenky nyní
R1	dříve ano, nyní ne	několikrát do roka	několikrát do roka
R2	ne	několikrát za měsíc	několikrát za měsíc
R3	–	několikrát do roka	několikrát do roka
R4	ne	ne	ne
R5	dříve ano, nyní ne	nikdy za poslední rok	ne
R6	–	ne	ne
R7	dříve ano, nyní ne	nikdy za poslední rok	nikdy za poslední rok

Komentář:

Dva klienti ze zkoumaného souboru měli sebevražedné myšlenky, ale nepokusili se spáchat sebevraždu. Nyní nemají myšlenky na sebevraždu. Myšlenky na sebevraždu nemá ani klient R-5, který několik týdnů po nevydařeném pokusu o sebevraždu litoval, že byl zachráněný, ale nyní nelituje a 12 měsíců nemá sebevražedné myšlenky.

Polovina respondentů zkoumaného souboru vykazuje myšlenky na sebevraždu i nyní po léčbě. Nejintenzivnější a nejčastější myšlenky (několikrát za měsíc) má respondent R-2. Respondent R-1 a R-3 myslí na sebevraždu několikrát za rok po absolvování léčby i během léčby.

V současnosti nikdo z respondentů nelituje, že se mu při pokusu o sebevraždu nepovedlo zemřít.

3.8.6 Závislost a pokus o sebevraždu v rodině klientů zkoumaného souboru.

Tabulka 6: Závislost v rodině a TS

Respondent	závislost v rodině nebo okolí	sebevražedný pokus v rodině nebo okolí
R1	otec – alkohol	ne
R2	strýc – alkohol	teta
R3	bratranec – alkohol	bratranec – podřezání žil 3 přátelé - skok z výšky, podřezání žil, předávkování drogou
R4	ne	ne
R5	otec – alkohol	bratranec – oběšení
R6	otec – alkohol	ne
R7	otec – alkohol	ne

Komentář:

Jeden respondent (R-4) uvedl, že se v jeho rodině neobjevila závislost na alkoholu. Ostatní klienti zkoumaného souboru uvedli závislost na alkoholu v rodině. Ve většině případů (4 z 6 případů) se jednalo o závislost ze strany otce. V dalších dvou případech se závislost na alkoholu týkala bratrance a strýce.

Sebevražda v rodině se objevila u třech klientů ze zkoumaného souboru. Jednalo se o tetu a 2x o bratrance. Z úzké rodiny respondentů (matka, otec, sourozenec) nespáchal sebevraždu nikdo.

3.8.7 Absolvování léčby po pokusu o sebevraždu u alkoholiků ve zkoumaném souboru.

Tabulka 7: Léčba po TS

Respondent	Léčil/a jste se po TS?	Jste nyní pod dohledem pro TS?
R1	2x ošetření v nemocnici, 1x ošetření na ARO	ne
R2	odd. psychiatrie ČB	ambulantní psychiatr v ČB
R3	-	-
R4	ošetření v nemocnici	ne
R5	ošetření v nemocnici ČB, poté odd. psychiatrie, poté PL Červený Dvůr	psychiatr 1/měsíc
R6	-	-
R7	ošetření v nemocnici; psychoterapie PL Kroměříž (3 měsíce)	ne

Komentář:

Dva respondenti zkoumaného souboru jsou v současnosti léčeni pro sebevražedný pokus. Oba u psychiatra, ke kterému dochází ambulantně (oba v Českých Budějovicích).

Tři z respondentů se nyní pro sebevražedný pokus nikde neléčí.

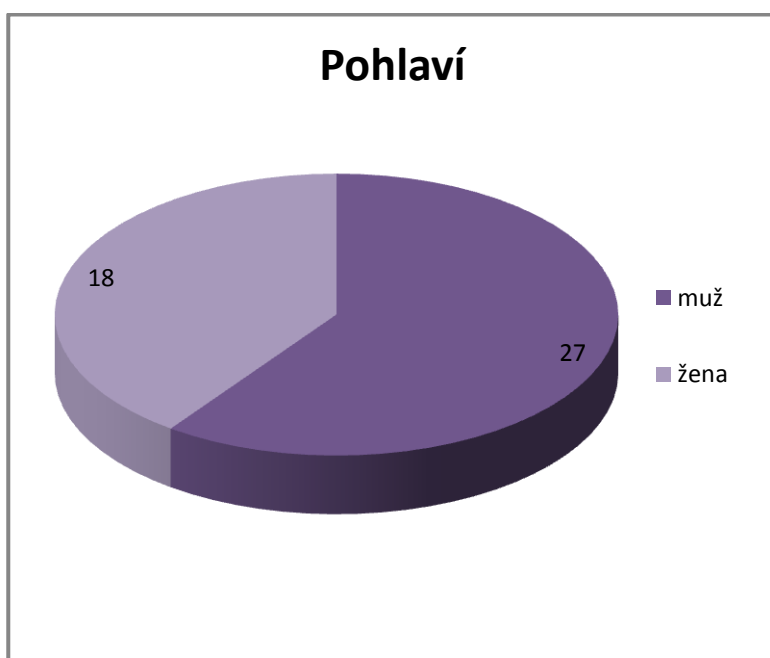
4 z 5 respondentů byli po TS dopraveni do nemocnice, kde jim byla zranění ošetřena. Respondent R-2 nastoupil léčbu na psychiatrickém oddělení nemocnice České Budějovice, protože jeho zranění nebyla vážná a sám si je ošetřil.

3.9 Výsledky pilotní studie

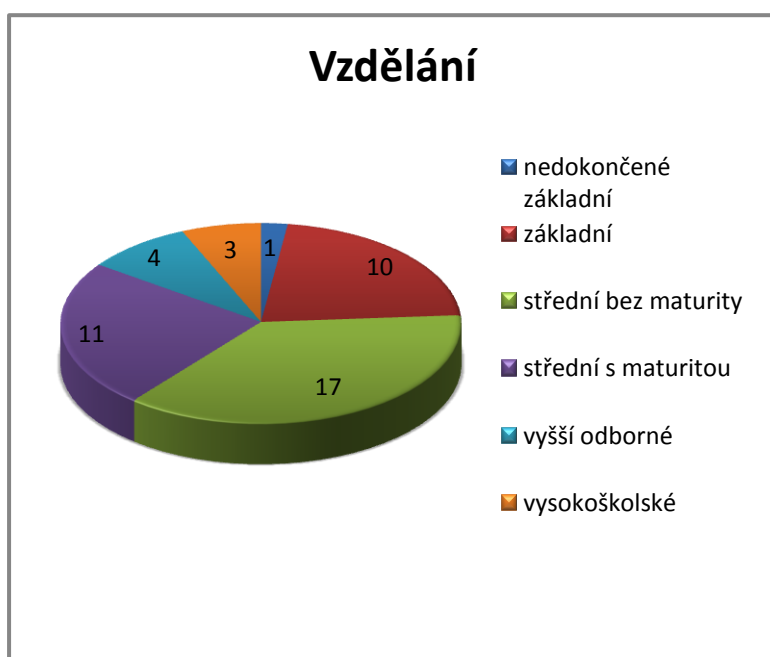
Dotazníkový výzkum probíhal v PL Červený Dvůr. Bylo rozdáno 46 dotazníků s návratností 100 %. Odpovědi na dotazníkové otázky jsou graficky znázorněny níže.

I.část – osobní a rodinná anamnéza

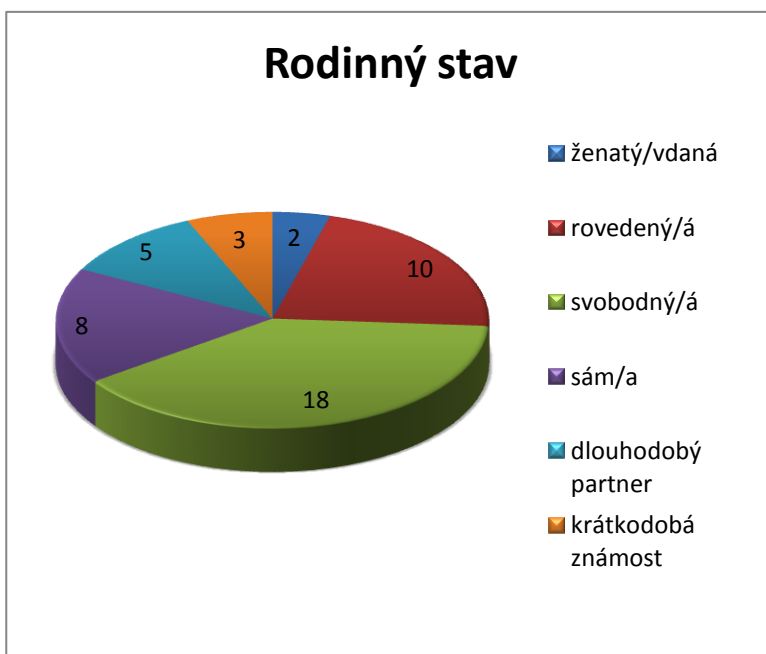
Graf číslo 1: Pohlaví respondentů



Graf číslo 2: Dokončené vzdělání respondentů

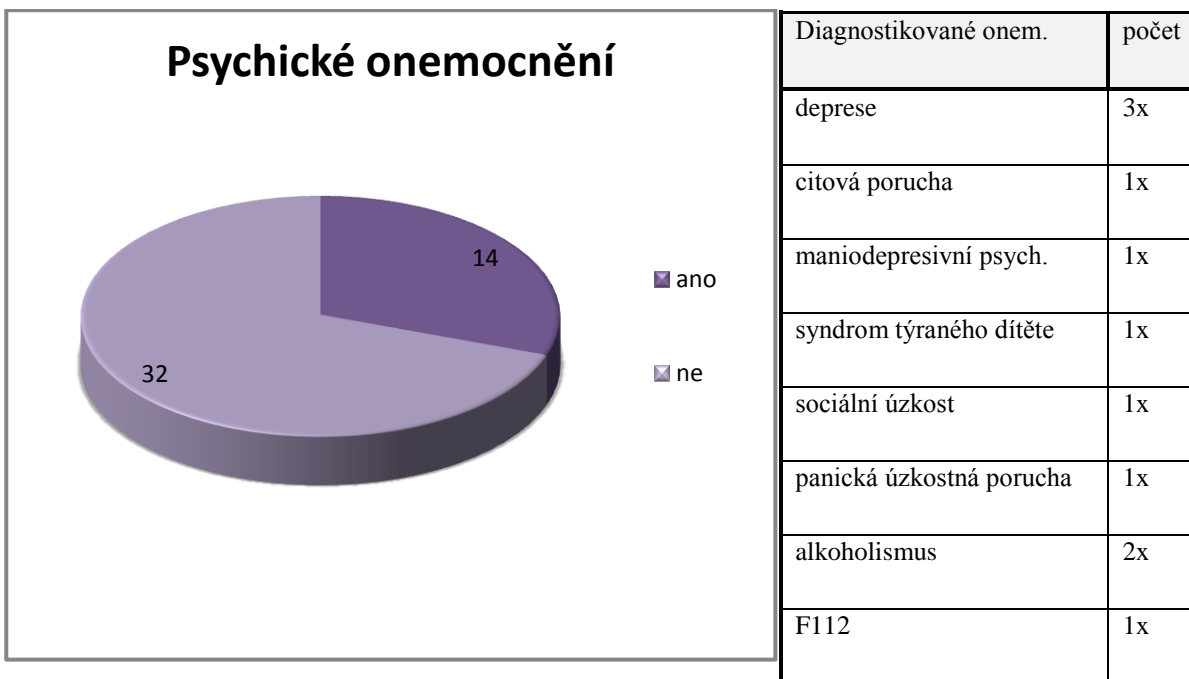


Graf číslo 3: Rodinný stav respondentů



II. část – psychiatrická diagnóza.

Graf číslo 4: Bylo Vám diagnostikováno psychické onemocnění?

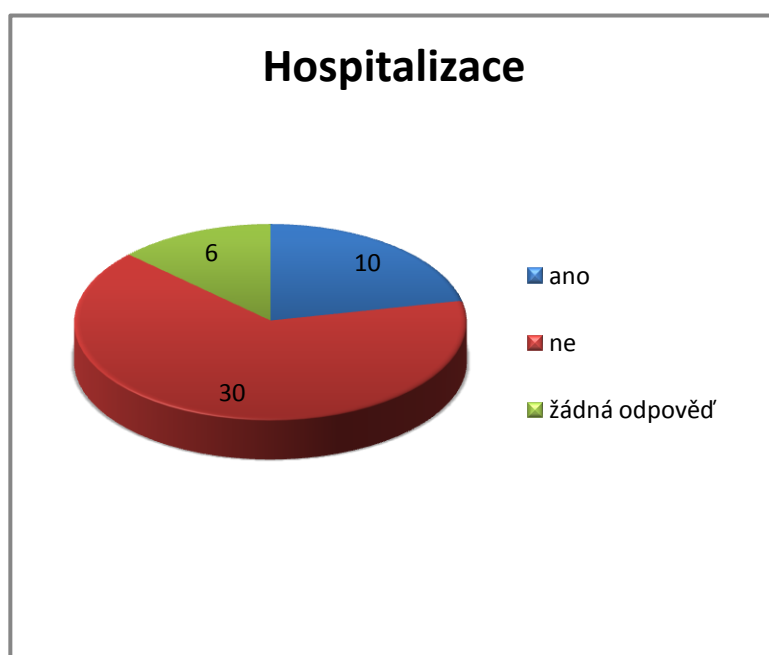


Graf číslo 5: Měl některý člen Vaší biologické rodiny diagnostikované nějaké psychické onemocnění?



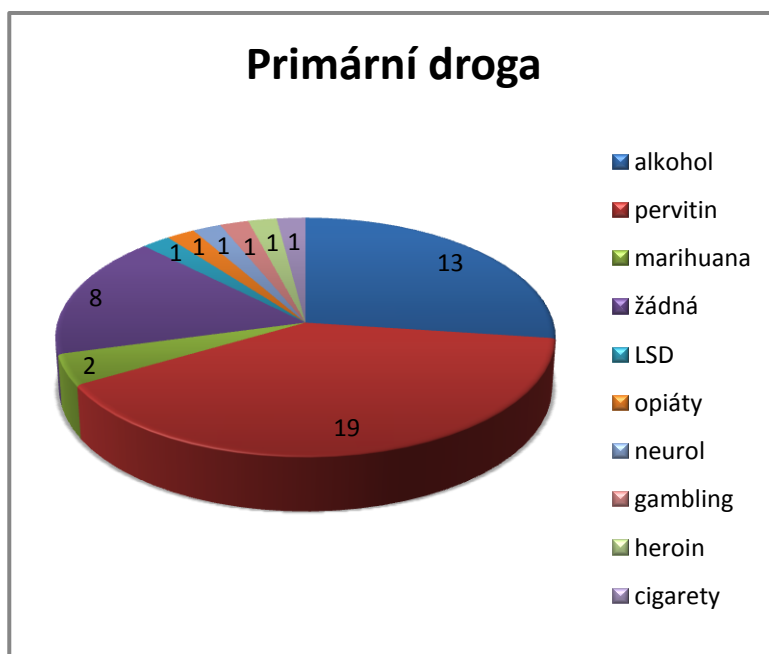
matka: deprese	2x
matka: schizofrenie	1x
bratr: deprese	1x
sestra: obsedantně kompulzivní porucha	1x
babička: maniodeprese	1x
babička: deprese	2x
bratranec: ADHD	1x

Graf číslo 6: Byl/a jste někdy hospitalizován/a kvůli Vašemu psychickému onemocnění?

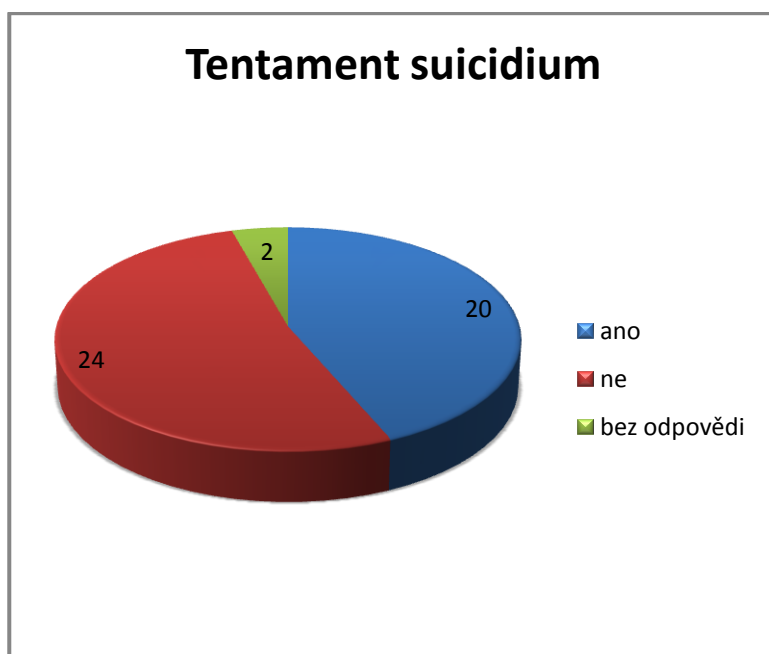


III. část – drogová a sebevražedná anamnéza

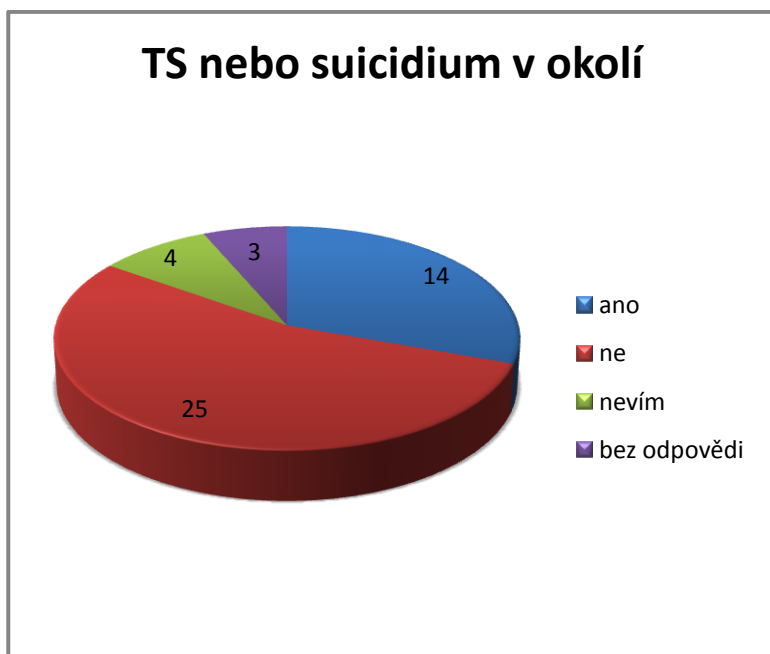
Graf číslo 7: Jaká je vaše primární droga v současné době?



Graf číslo 8: Pokusil/a jste se někdy ukončit život z vlastní vůle?

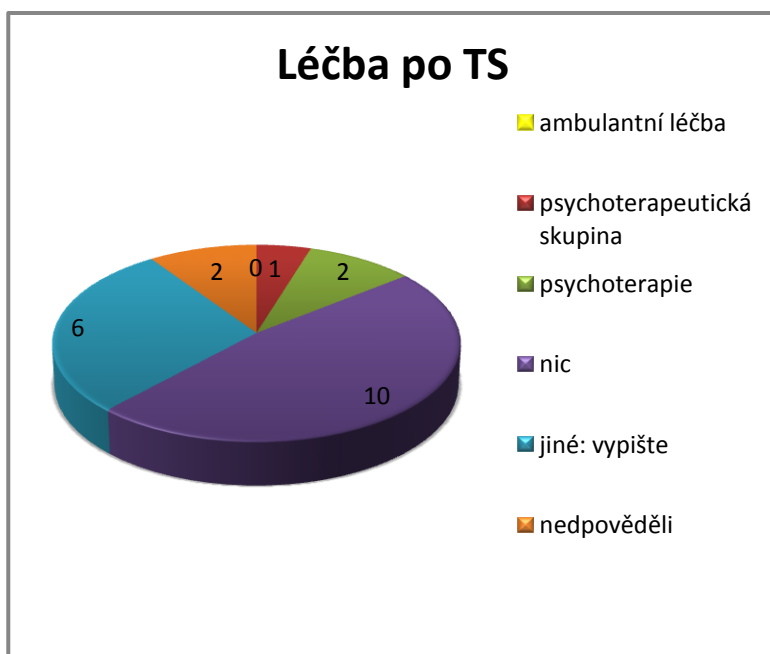


Graf číslo 9: Pokusil se někdo z Vašeho okolí spáchat sebevraždu nebo ji spáchal?



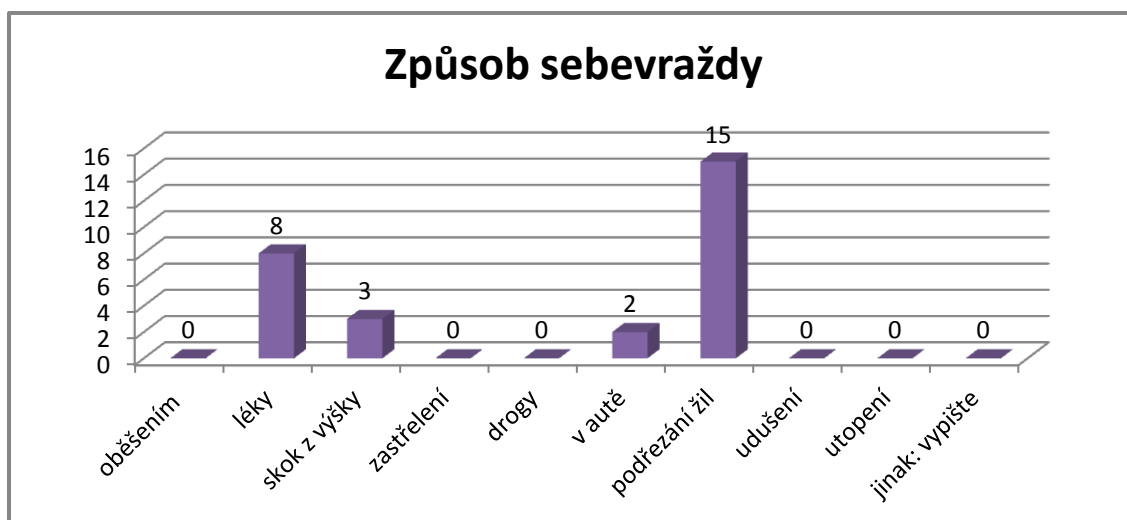
bratr	1x
matka	2x
babička	2x
prababička	1x
děda	1x
otec	1x
strýc	1x
kamarád	8x
přítel	1x
známí	2x

Graf číslo 10: Po pokusu o sebevraždu u Vás následovala:

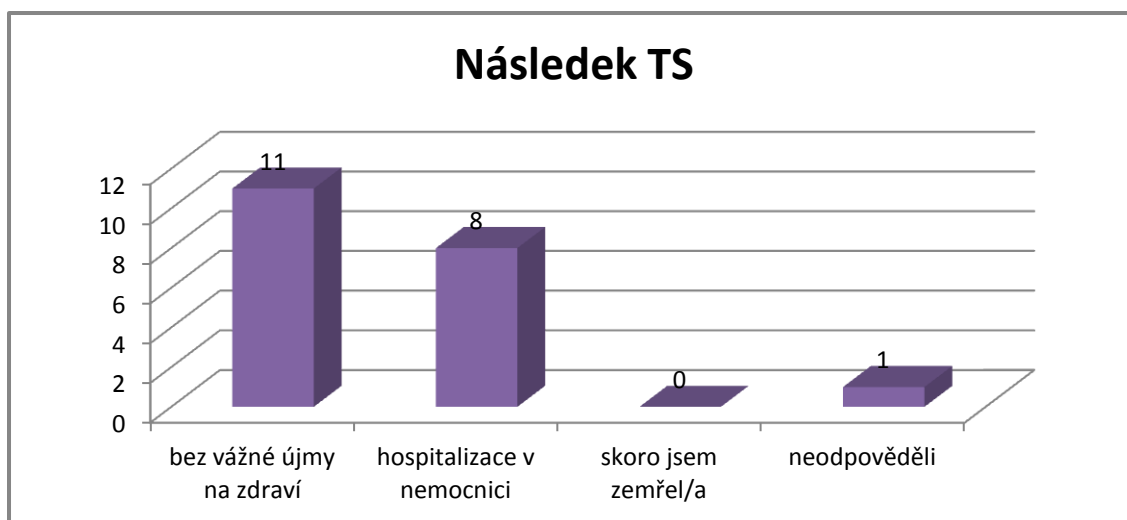


Jiné: vypište
Bohnice
PL České Budějovice – 2x
PL Červený Dvůr – 2x
Protialkoholní
Psychiatrická léčebna
odvoz policíí do Beřkovic

Graf číslo 11: Jakým způsobem jste se pokusil/a spáchat sebevraždu? (pokud jste se pokusil/a spáchat sebevraždu víckrát, můžete uvést více odpovědí)



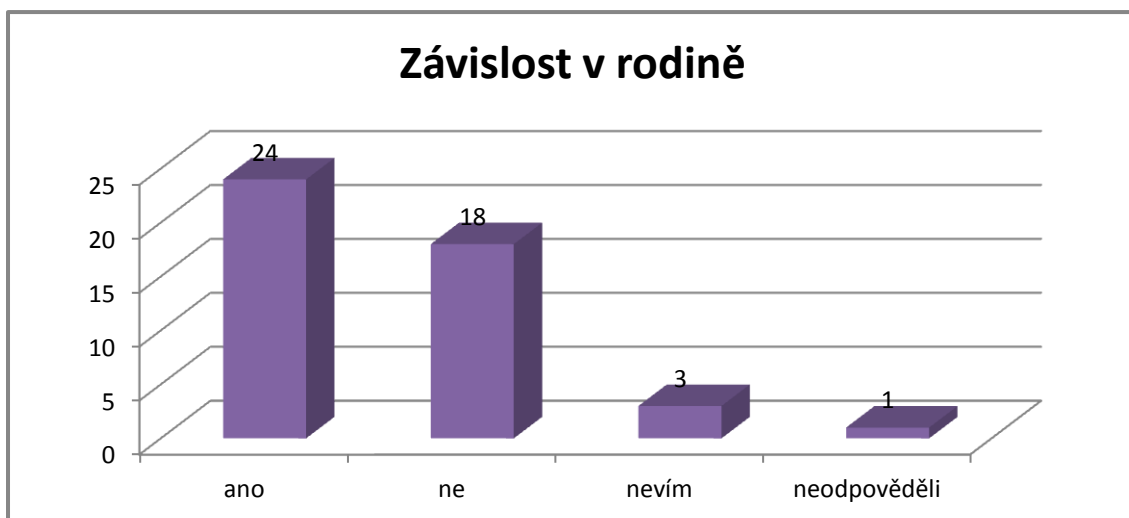
Graf číslo 12: Jak skončil Váš pokus o sebevraždu?



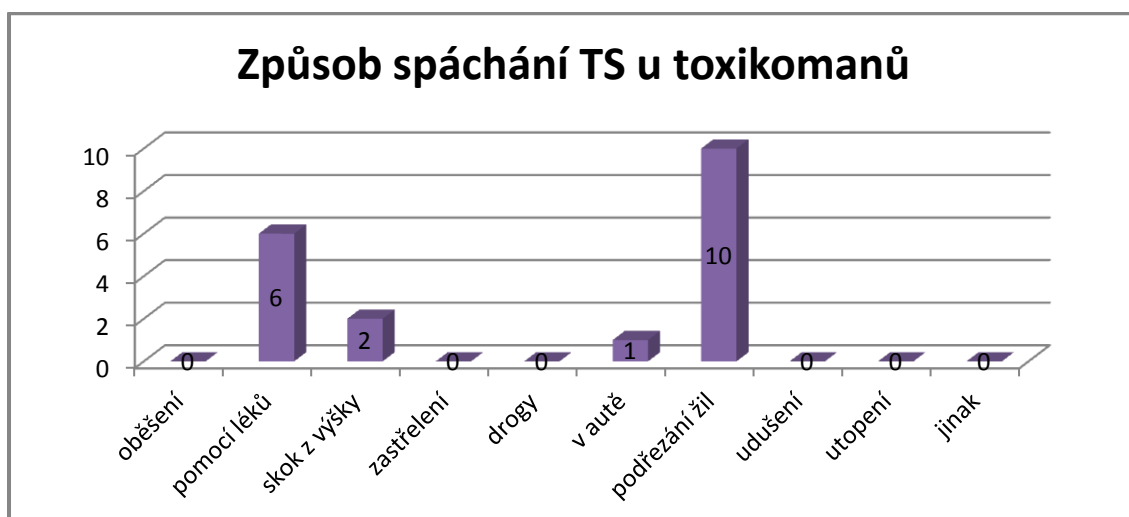
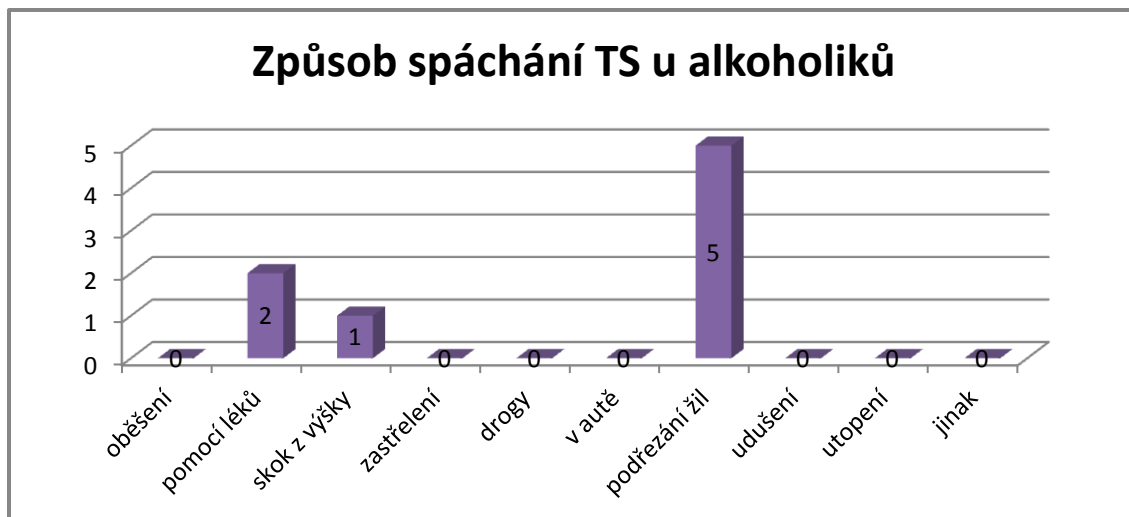
Graf číslo 13: Byly Vaše sebevražedná myšlenky intenzivnější po požití alkoholu nebo jiných drog?



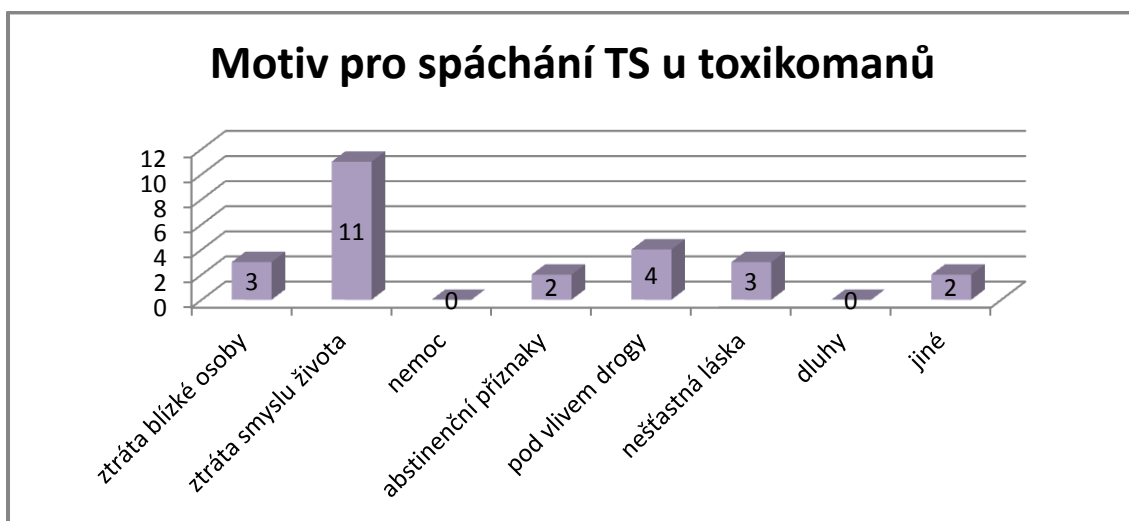
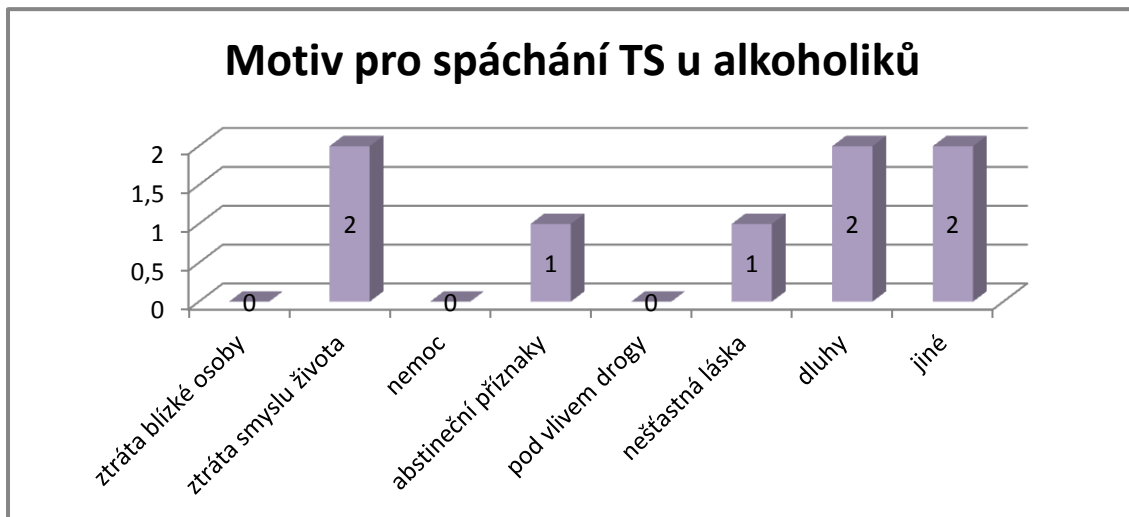
Graf číslo 14: Objvila se ve Vaší rodině nějaká závislost?



Graf číslo 15: Jakým způsobem jste se pokusil/a spáchat sebevraždu? (pokud jste se pokusil/a víckrát, můžete uvést více možností)



Graf číslo 16: Proč jste se pokusil/a spáchat sebevraždu? (pokud jste se pokusil/a spáchat sebevraždu víckrát, můžete uvést více možností)



4 Diskuze

V diplomové práci jsem se zaměřila na získání informací o současném stavu v oblasti tentament suicidií a suicidií. Trend výskytu sebevražd v České republice měl do roku 2007 klesající tendenci. Od roku 2007 výskyt sebevražd každoročně mírně stoupá (ČSÚ, 2013).

Podle Evropské unie zemře v Evropě na následky nadměrného pití alkoholu 195 000 lidí ročně a zároveň odhaduje, že 10 000 lidí ročně zemře na následky sebevraždy po požití alkoholu (Anderson, Baumberg, 2006).

Výzkumný soubor tvořilo 7 respondentů, z nichž bylo 5 mužů a 2 ženy. Věk respondentů se pohyboval mezi 19 a 63 lety. Průměrný věk respondentů je 40 let. Medián je 42 let. Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů se liší. Respondent R1 je stále student. Studuje střední odborné učiliště, protože ze střední školy s maturitou musel kvůli problémům s alkoholem odejít. Respondent R2, R3 a R5 dosáhli středního odborného vzdělání bez maturity, respondent R4 dosáhl středního vzdělání s maturitou a dvě ženy, respondentka R6 a R7, dosáhly vysokoškolského vzdělání. Ve výzkumném souboru jsou zastoupeny všechny formy vzdělání. Polášek (2011) uvádí, že nejčastěji páchají sebevraždu lidé s dokončeným základním vzděláním. Toto tvrzení neodpovídá zjištění mého výzkumu.

Respondentka R6 má nyní stálé zaměstnání. Dva z respondentů jsou v důchodu a ostatní si vyřizovali nástup do zaměstnání po dokončení léčby.

Před zahájením výzkumu jsem se domnívala, že alespoň polovina respondentů bude mít v rodinné anamnéze diagnostikované psychické onemocnění. Toto očekávání se mi nepotvrdilo. Téměř nikdo z respondentů neuvádí diagnostikované psychické onemocnění ve své rodině. Pouze respondent R3 uvedl, že mu byla diagnostikovaná agresivita a sociopatie. Od dětství trpí přehnanou agresivitou, která se stupňovala po požití alkoholu a po požití benzodiazepinů. Zároveň bylo jeho bratranci diagnostikované ADHD, tedy hyperaktivita s poruchou pozornosti. Jak bylo později

zjištěno, tento bratranec byl alkoholik a spáchal sebevraždu, o kterou se předtím již dvakrát pokusil. Respondent R3 s ním byl jen v občasném kontaktu. Podle R3 se babička chovala podivně. V dospělosti zjistil, že trpí Parkinsonovou chorobou, která byla důvodem jejího podivného chování. Respondent R2 (19 let) uvedl, že se matka chovala podivně, ale nezjistila jsem důvod podivného chování. Několik respondentů uvedli, že mívají deprese, úzkostné stavy a toxickou psychózu, ale toto onemocnění jim nebylo diagnostikováno. Podle jeho slov byl v dětství psychicky a fyzicky týrán, matka se mu nevěnovala tak, jak by chtěl. Podle jeho slov jí záleželo jen na tom, jestli je najedený, oblečený atd. Měl s ní špatné vztahy a nyní se nestýkají. Chování matky mohlo značit psychickou poruchu. Nelze vyloučit, že podivné chování rodinných příslušníků mělo vliv na osobnost respondenta.

Průměrné množství pokusů o sebevraždu mezi respondenty je 1,4. Dva z respondentů se o sebevraždu pokusili třikrát, jeden se pokusil dvakrát a dva se pokusili jednou. Dva z respondentů se o sebevraždu nepokusili, ale oba měli silné sebevražedné myšlenky. Respondent R3 trpěl v určitém období toxickou psychózou a chtěl spáchat sebevraždu. Vzal si zbraň a chtěl se zastřelit. Sebevraždu dokonce několik dní plánoval, ale přátelé ho včas zastavili a chtěli ho odvézt do Dobřan. On sám se o tomto pokusu o sebevraždu zmínil až náhodou při řízeném rozhovoru, ale na dotaz, zda se někdy pokusil spáchat sebevraždu, odpověděl záporně. Několikrát mu byl diagnostikován pokus o sebevraždu požitím velkého množství léků. Respondent uvádí, že se nikdy nepokusil spáchat sebevraždu velkým množstvím léků, nebo o tom alespoň neví, a že takové množství léků potřeboval k pokrytí své denní potřeby závislosti. Před nástupem do léčby potřeboval denně 60 mg Rivotrilu. Dle mého názoru vidí situaci s odstupem času jinak, než v době pod vlivem drogy. O sebevraždě přemýšlel v průběhu toxické psychózy a podle jeho slov neviděl jiné řešení, než sebevraždu zastřelením. Respondent R3 i R6 jsou lidé ve věku 22 – 28 let. Svou alkoholovou a drogovou kariéru ukončili v poměrně mladém věku. Oba byli finančně podporováni svou rodinou, nemají děti, neměli stálé zaměstnání a studovali střední nebo vysokou školu. Lze spekulovat o tom, že tyto faktory společně s krátkou dobou užívání alkoholu a drog, oproti ostatním

respondentům, přispěli ke skutečnosti, že se tito respondenti nepokusili ukončit život z vlastní vůle.

Předmětem mého výzkumu bylo také zmapování výskytu sebevražedných myšlenek u respondentů a míra jejich intenzity v opilosti a ve střízlivosti. Výzkum na sedmi respondentech ukázal, že u všech byly sebevražedné myšlenky intenzivnější a četnější po požití alkoholu. Také výsledky pilotní dotazníkové studie ukázaly podobné výsledky. Graf číslo 13 ukazuje, že z celkového počtu 21 respondentů, kteří uvedli přítomnost sebevražedných myšlenek nebo sebevražedného pokusu, byly u 15 z nich sebevražedné myšlenky po požití alkoholu intenzivnější. Pouze 6 respondentů uvedlo, že nepocítují nárůst četnosti ani a intenzity sebevražedných myšlenek po požití alkoholu. Mohu tedy potvrdit vyšší intenzitu sebevražedných myšlenek u zkoumaného souboru alkoholiků léčených v PL Červený Dvůr během alkoholové vlny.

Mezi alkoholiky se častěji vyskytuje bezdomovectví. U mnou zkoumaného souboru nepobýval nikdo delší dobu na ulici. Respondent R2 se na krátko stal bezdomovcem, protože odešel od své matky, která ho psychicky týrala, a bydlel na ulici. Ostatní respondenti z mého souboru bydleli většinou na stálém nebo přechodném bydlišti. V době, kdy jsem prováděla výzkum, měl každý zajištěné ubytování po ukončení léčby.

Způsobů, jakými se respondenti pokusili spáchat sebevraždu, není mnoho. Nejčastějším způsobem bylo podřezání žil v opilosti. Každý respondent se alespoň jednou pokusil realizovat sebevraždu podřezáním žil a v téměř všech případech se respondent před pokusem posilnil alkoholem. Pouze jednou se o podřezání žil pokusil střízlivý, ale tento pokus sám brzy ukončil. Velmi častým způsobem spáchání sebevraždy bylo předávkování léky. Objevilo se u 4 respondentů. Pouze jeden respondent se nepokusil spáchat sebevraždu pomocí léků. V jednom případě šlo o kombinaci antikoagulancií, alkoholu a podřezání žil. Tento respondent si ještě lehl do vany s teplou vodou. Tato kombinace značí jasný úmysl zemřít. Několik respondentů se pokusilo spáchat sebevraždu skokem pod jedoucí předmět (vlak) a nárazem v autě (celkem 2). Respondent R2 při svém prvním pokusu o sebevraždu zkombinoval několik

způsobů. Pokusil se umrznout, když se mu to nepovedl, chtěl skočit z výšky, ale rozmyslel si to. Nakonec si chtěl v opilosti podřezat žíly, ale byl promrzlý a nešlo mu to.

Z provedených rozhovorů s respondenty bylo zjištěno několik způsobů spáchání sebevraždy, které se v dotazníkovém předvýzkumu nevyskytly. Respondent R1 v rozhovoru uvedl, že jeden ze svých pokusů o sebevraždu provedl nárazem auta do stromu, ale v dotazníku tento způsob neuvedl. Důvodem může být možnost označit v dotazníku více odpovědí. Dalším důvodem může být skutečnost, že respondent tomuto pokusu o sebevraždu (který byl spáchán impulzivně) nepřikládá takový důraz, jako ostatním. V lékařských záznamech tento pokus ani nebyl evidovaný, jako pokus o sebevraždu. Tyto okolnosti mohly způsobit rozdílnost údajů uvedených v rozhovoru a v dotazníku.

Způsoby realizace sebevražd u respondentů mého výzkumného souboru se neshodují s nejčastěji uváděnými způsoby v odborné literatuře. V odborných zdrojích je jako nejčastější způsob uváděno oběšení nebo udušení.

Také motivy pro spáchání sebevraždy jsou pestré. Nejčastějším důvodem, který vedl respondenta ke spáchání sebevraždy, byla nešťastná láska nebo rozchod s partnerem. Zatímco pro toxikomany byla nejčastějším důvodem ztráta smyslu života. Nešťastná láska se stala důvodem ke spáchání sebevraždy ve třech případech. Respondent R5 uvedl jako motiv své dluhy. K dluhům přišel během alkoholové kariéry, a protože se všechny objevily najednou, ocitl se v pro něj bezvýchodné situaci.

V jednom případě se respondentka (R7) rozhodla spáchat sebevraždu kvůli nechtěnému těhotenství. Otěhotněla po prvním pohlavním styku. Bála se reakce rodičů a zodpovědnosti.

Vedle nešťastné lásky se respondenti několikrát pokusili ukončit život kvůli neshodám mezi rodinnými příslušníky, z důvodu touhy přestat pít a v jednom případě kvůli nechuti žít. Zdá se, že partner má v určité situaci na alkoholika velký vliv, který

by neměl být podceňován. S jeho pomocí by mohlo být mnoha sebevraždám zabráněno a dokonce by mohl pozitivně přispět k léčbě alkoholika.

Co se týká léčby, která následovala po pokusu o sebevraždu, jednalo se ve dvou případech o ošetření akutního stavu v nemocnici a poté nenásledovala žádná další léčba. Z 5 respondentů, kteří se pokusili o sebevraždu, pouze u 3 z nich následovala léčba na oddělení psychiatrie. Respondent R2 byl hospitalizován na psychiatrii v Českých Budějovicích. Respondent R5 byl ošetřen v nemocnici v Českých Budějovicích a poté hospitalizován na oddělení psychiatrie. Zde mu byla doporučena protialkoholní léčba v PL Červený Dvůr, kam později nastoupil. Respondentka R7 byla ošetřena v nemocnici a hospitalizovaná na oddělení psychiatrie v nemocnici v Kroměříži. Probrala se zde z bezvědomí. Poté následovala psychoterapie na stejném oddělení.

Nyní je pod dohledem pouze respondent R2 (ambulantní psychiatr) a R5 (psychiatr). Nikdo jiný není v současnosti pod dohledem pro TS v minulosti. U několika respondentů došlo k vymizení sebevražedných myšlenek po absolvování léčby. Nadpoloviční většina (4) respondenti uvedli, že se u nich sebevražedné myšlenky už neobjevily a nemají je ani dnes. Respondent R1 a R3 mají sebevražedné myšlenky několikrát do roka po léčbě i v současnosti. Respondent R2 má sebevražedné myšlenky několikrát za měsíc. Z těchto výsledků se dá usuzovat, že léčba byla úspěšná a pokud u respondentů již nejsou přítomny sebevražedné myšlenky, je mnohem menší riziko, že by se nyní pokusili o sebevraždu. Zajímavé výsledky by přinesl výzkum, který by se zabýval pouze četností a intenzitou sebevražedných myšlenek vzhledem k různým obdobím života.

Druhá část rozhovoru byla zaměřená na drogovou a alkoholovou anamnézu. U všech respondentů je primární droga alkohol. Respondent R3 uvedl vedle alkoholu jako primární drogu ještě pervitin. Průměrná délka závislosti u respondentů je 15,5 roku. Nejdéle byl závislý respondent R5 – celkem 38 let. Nejkratší dobu je závislý respondent R2 – 2 roky. Respondent R2 je nejmladší, proto je jeho alkoholová kariéra nejkratší. 5 respondentů udržovalo denně hladinu alkoholu v krvi a dva respondenti byli kvartální

alkoholici. Nejčastěji konzumovaným alkoholem jsou destiláty (4 respondenti). Ostatní pili převážně pivo nebo kombinovali více druhů.

Zkušenost s dalšími drogami má 5 respondentů. Nejčastěji se jednalo o marihuanu nebo cigarety. V jednom případě respondentka R6 uvedla experimentování s pervitinem a extází a respondent R3 užíval ještě benzodiazepiny, opiáty, LSD, extázi a pervitin. Dva respondenti jsou nekuřáci.

Další oblast výzkumu se týkala závislosti v rodině. Překvapivý výsledek ukázal, že pouze v rodině respondenta R4 nebyla přítomná závislost v rodině. Všichni ostatní lidé ze zkoumaného souboru uvedli závislost v rodině. Tato závislost se ve všech případech týkala alkoholu a ve všech případech šlo o muže. Tato skutečnost může značit částečnou dědičnost alkoholové závislosti. Pokud se alkoholová závislost vyskytuje v rodině respondenta, sám respondent se s alkoholem s větší pravděpodobností setká dříve, než v rodině abstinentů. Kladný vztah rodičů k alkoholu je tak v dítěti zakódován již v dětství. Alkoholismus v rodině je podle mého názoru značný rizikový faktor pro rozvoj alkoholové závislosti (tabulka 6).

Předvýzkum ukázal, že se u zkoumaného souboru ve velké míře objevuje závislost v rodině. Více než polovina respondentů uvedla, že se v jejich rodině nějaká závislost objevuje. Ve 100 % případů šlo o závislost na alkoholu. V několika případech byla závislost na alkoholu kombinovaná s další závislostí, nebo se v rodině objevila závislost víckrát. Jednalo se ve třech případech o závislost na drogách, ve třech případech o závislost na gamblerství a dva případy závislosti na lécích (v jednom případě se jednalo o antidepresiva, ve druhém nebylo uvedeno). Jeden respondent na tuto otázku neodpověděl.

Míra závislosti na alkoholu je opravdu vysoká. Ve všech případech se jednalo o alkohol nebo alkohol v kombinaci s jinými látkami. Dle mého názoru mají tyto poznatky velkou váhu a měly by být využity pro rozsáhlejší výzkum.

V rámci předvýzkumu jsem porovnala důvody a způsoby realizace pokusu o sebevraždu u alkoholiků a toxikomanů léčených v PL Červený Dvůr. Klient mohl uvést více odpovědí. Celkový počet odpovědí, kterých se mi dostalo, je 8.

U alkoholiků byla nejčastějším motivem pro spáchání sebevraždy ztráta smyslu života (2x), dluhy (2x) a jiné důvody (2x). Jako jiné důvody bylo uvedeno těhotenství a alkohol. V jednom případě byly jako důvod pro spáchání sebevraždy uvedeny abstinenční příznaky a nešťastná láska. V tomto případě došlo znovu k rozdílnostem v odpovědích v dotazníku a v odpovědích při ústním rozhovoru. Při rozhovorech byla jako nejčastější motiv pro sebevraždu uvedena nešťastná láska. V dotaznících se tento motiv lišil. Nejčastěji byly uvedeny dluhy, ztráta smyslu života a jiné důvody. Mnoho respondentů na tuto otázku neodpovědělo.

Možným důvodem rozdílnosti výsledků z rozhovorů a z dotazníkového šetření, může být skutečnost, že velká část respondentů uvedla jako primární drogu alkohol i nelegální drogy, například pervitin nebo kokain. Tímto způsobem mohlo dojít ke zkreslení výsledků.

U toxikomanů léčených v PL Červený Dvůr byl z dotazníkového šetření zjištěn jako nejčastější motiv pro sebevraždu ztráta smyslu života, a to v 11 případech. V 4 případech byl motivem ke spáchání sebevraždy stav pod vlivem drogy. Ve třech případech byla na vině nešťastná láska a ztráta blízké osoby. Abstinenční příznaky byly motivem pro spáchání TS pouze ve dvou případech. Odpověď „jiné“ byla uvedena dvakrát. Poprvé z rodinných důvodů, podruhé kvůli ztrátě zaměstnání. Celkový počet odpovědí od toxikomanů činil 25.

Klienti PL Červený Dvůr se nejčastěji pokusili o sebevraždu podřezáním žil. U toxikomanů je tento způsob častější, než u alkoholiků. Spektrum způsobů spáchání sebevraždy u těchto dvou skupin je velmi podobné. 2x u alkoholiků a 6x u toxikomanů byl pokus o sebevraždu spáchán podřezáním žil. 1x u alkoholiků a 2x u toxikomanů se objevil jako způsob sebevraždy skok z výšky. V jednom případě u toxikomanů byl jedním ze způsobů spáchání sebevraždy náraz v autě.

V rámci předvýzkumu jsem rozdala dotazník většině klientů PL Červený Dvůr. Zkoumaný soubor tvořilo 46 klientů, z nichž bylo 27 mužů a 18 žen. Nejpočetnější dokončené vzdělání u respondentů bylo střední bez maturity. Jeden respondent uvedl nedokončené základní vzdělání.

Respondenti pochází z rodin, kde se často objevuje psychotická porucha. Spektrum psychotických poruch u alkoholiků léčených v PL Červený Dvůr široké. Nejčastěji byla diagnostikovaná deprese. Provedená pilotní studie ukázala spektrum psychických onemocnění v rodině respondentů z celého výzkumného souboru, tedy ze 46 lidí. 28 respondentů uvedlo, že se u nich v rodině neobjevilo žádné psychické onemocnění. 8 respondentů uvedlo, že se v rodině psychické onemocnění objevilo. Spektrum onemocnění je podobné, jako u samotných respondentů. Nejčastěji se v rodině objevila deprese, dvakrát u matky, dvakrát u babičky a jednou u bratra respondenta. Dál byla přítomna maniodepresivní choroba u babičky, schizofrenie u matky, obsedantně kompulzivní porucha u sestry a ADHD u bratrance. Přítomnost psychického onemocnění je častější při ženské linii. V sedmi případech z devíti šlo o psychické onemocnění přítomné u ženy.

Nejčastější diagnostikované onemocnění byla deprese (ve 3 případech), ve 2 případech respondent uvedl jako své psychické onemocnění alkoholismus. Další uvedené psychotické poruchy byly například citová porucha (1x), maniodepresivní psychóza (1x), syndrom týraného dítěte (1x), sociální úzkost (1x), panická úzkostná porucha a diagnóza F112, tedy syndrom závislosti (1x). Devět lidí odpovědělo, že neví, zda se v rodině objevilo psychické onemocnění a jen jeden člověk neodpověděl.

Psychické onemocnění v rodině uvedlo tedy celkem 28 respondentů.

32 respondentů uvedlo, že nemají diagnostikované psychické onemocnění. 14 respondentů má diagnostikované psychické onemocnění.

24 respondentů z celkového souboru se nepokusilo spáchat sebevraždu. 20 se o sebevraždu pokusilo a 2 respondenti na otázku neodpověděli. Nejčastější typ léčby po TS se ukázala být psychiatrická léčebna.

10 respondentů uvedlo, že po TS u nich nenásledovala žádná léčba. 2 lidé uvedli po TS psychoterapii, jeden léčbu v psychoterapeutické skupině. 6 respondentů uvedlo jiný druh léčby, tedy: PL Bohnice, protialkoholní léčba, psychiatrická léčebna, odvoz policií do Beřkovic, dva lidé uvedli léčbu v PL Červený Dvůr a dva lidé PL v Českých Budějovicích. Následná ambulantní léčba nebyla uvedena ani v jednom případě.

Polovina všech lidí, kteří se o sebevraždu pokusili, neabsolvovala žádnou následnou léčbu. Vzhledem k tomu, že u respondentů neproběhla žádná následná péče ani psychická pomoc, je pravděpodobné, že se tito lidé v budoucnu pokusí o sebevraždu znovu.

Ze souboru 21 klientů, kteří uvedli sebevražedné myšlenky, byly u 15 z nich tyto myšlenky intenzivnější po požití alkoholu.

Závislost v rodině se objevila u 24 respondentů.

Díky poznatkům z odborné literatury a z vlastního výzkumu si myslím, že je závislost na alkoholu v naší zemi stále ještě podceňovaná. Alkohol je běžně dostupný, jeho cenová relace se pohybuje od několika korun až po velmi drahý a kvalitní alkohol. Nejnovější studie uvedené v teoretické části práce jasně ukazují, že se protidrogová politika zabývá problémem s drogovou závislostí pouze velmi okrajově. Mnohem podstatnější část je věnovaná nelegálním drogám. Alkoholová závislost je podle mého názoru obtížně monitorovatelná a počty alkoholiků v České republice jsou podhodnocené. Vedle cigaret je alkohol ve většině případů první drogou, se kterou se setkají děti a to převážně na rodinných oslavách. Z mého výzkumu vyplývá, že v rodině léčených alkoholiků je téměř ve všech případech přítomná závislost na alkoholu u některého z členů rodiny. Vzhledem ke geneticky zakódovaným sklonům k alkoholismu, přítomnosti alkoholismu v rodině, brzkému kontaktu dětí s alkoholem, nedostatečnou protidrogovou politikou týkající se alkoholu a velmi snadné dostupnosti, je podle mého názoru alkohol v současnosti velmi podceňovaný.

Při psaní diplomové práce a vedení výzkumu se vyskytlo několik problémů. Dotazník, který jsem s pomocí vedoucí mé diplomové práce sestavila, obsahoval 77

otázek. Některé otázky se pro vyplňující ukázaly nesrozumitelné. Například otázka, zda byl respondent testován na přítomnost virové hepatitidy A, B a C a na přítomnost viru HIV byla často vyplněna ručně vedle určeného pole, protože byly pro klienta nesrozumitelné zkratky onemocnění VHA, VHB a VHC. V PL Červený Dvůr je každý nově příchozí klient testován na tyto druhy hepatitid a na infekci HIV. Překvapivým zjištěním byla skutečnost, že mnoho klientů nevědělo, zda vyšel jejich výsledek pozitivní nebo negativní. Personál PL Červený Dvůr sděluje klientům pouze pozitivní výsledky a ostatní klienti zůstávají v očekávání nebo v nevědomosti.

Další komplikace přinesla otázka, jaká je v klientova primární droga. Mnoho z nich odpovídalo „žádná“ nebo uvedlo alkohol i nelegální drogu. Klient, užívající nelegální „tvrdé“ drogy, často podceňuje závislost na alkoholu a uvádí ji jako vedlejší, i když se jeho denní vypité množství pohybovalo okolo 2 litrů destilátu. Mnoho alkoholiků proto svou závislost na alkoholu „zamaskovala“ za závislost na tvrdé droze.

Sběr dotazníků a ochota respondentů odpovídat na námi kladené doplňující otázky při rozhovoru, byla naopak velká, což potvrzuje návratnost 100 % dotazníků a plynulý průběh rozhovorů s klienty.

Respondentka R7 mi poskytla k uveřejnění svůj příběh, který sama napsala. Příběh je přiložený v příloze číslo 3.

5 Závěr

Pro svou diplomovou práci jsem si vybrala téma sebevražd u alkoholiků zejména pro závažnost současné situace. Velmi často je závislost na alkoholu podceňována i přesto, že alkoholiků neustále přibývá. Alkoholismus je palčivý problém u nás i ve světě.

Na začátku výzkumu jsem si stanovila několik cílů práce. Hlavním cílem bylo zmapování sebevražedného chování u alkoholiků léčených v PL Červený Dvůr. Dílčími cíli bylo:

Porovnat důvody realizace pokusu o sebevraždu u alkoholiků léčených v PL Červený Dvůr. Porovnat způsoby realizace pokusu o sebevraždu u alkoholiků léčených v PL Červený Dvůr. Porovnat důvody a způsoby realizace sebevražd u alkoholiků a toxikomanů léčených v PL Červený Dvůr.

Ve svém výzkumu jsem se zaměřila na sebevražedné chování u alkoholiků léčených v PL Červený Dvůr. Věk respondentů se pohyboval v rozmezí 19 – 63 let. Průměrný věk byl 36 let. Z výsledků výzkumu vyplynulo, že všech 7 respondentů, se kterými jsem dělala rozhovor, mělo intenzivnější sebevražedné myšlenky po požití alkoholu, než ve střízlivosti. 5 z těchto respondentů se pokusilo spáchat sebevraždu.

Průměrný počet pokusů o sebevraždu na jednoho respondenta byl 1,4. Po pokusu o sebevraždu následovala ve čtyřech případech léčba na oddělení psychiatrie. V jednom případě proběhlo pouze ošetření akutních poranění a propuštění domů bez jakékoliv léčby. Důvodem ke spáchání sebevraždy byla téměř ve všech případech nešťastná láska nebo rozchod s partnerem. Nejčastějším způsobem spáchání sebevražedného pokusu bylo podřezání žil v opilosti.

Vzorek respondentů pocházel z rodin, kde se ve všech případech objevila závislost v rodině. Ve 100 % se jednalo o závislost na alkoholu. Psychotická porucha byla diagnostikována pouze jednomu respondentovi. Jednalo se o agresi a sociopatii. V rodinné anamnéze respondentů se psychotické onemocnění objevovalo jen zřídka, pouze v jednom případě u bratrance – měl diagnostikované ADHD.

Sebevražedné myšlenky byly ve 100 % případů intenzivnější po požití alkoholu. Po léčbě, která následovala po sebevražedném pokusu, zmizely u 3 respondentů sebevražedné myšlenky. U dvou se četnost sebevražedných myšlenek nezměnila.

Nejčastějším důvodem ke spáchání pokusu o sebevraždu u alkoholiků byla nešťastná láska nebo rozchod s partnerem. U toxikomanů byla nejčastějším motivem pro spáchání TS ztráta smyslu života. Způsoby realizace se u alkoholiků a toxikomanů příliš nelišily. Nejčastějším způsobem, jakým se respondenti pokusili spáchat sebevraždu, bylo u toxikomanů i alkoholiků podřezání žil v opilosti.

Uvědomuji si, že je tento výzkumný vzorek příliš malý na to, aby se dal vztáhnout na širší populaci. Aby byly výsledky validní, musel by být provedený výzkum rozsáhlejší.

6 Seznam použitých zdrojů

1. ADÁMKOVÁ, T., VONDRÁČKOVÁ, P., VACEK, J., Užívání alkoholu u vysokoškolských studentů. *Adiktologie*. Tišňov: SCAN 2009, 9(2), pp. 97-103, ISSN: 1213-3841.
2. Alcohol and Suicide: *An Inextricable Link. Preventing Suicide* [online]., The National Journal. [cit. 28. 4. 2014]. Dostupné z: <http://www.preventsuicide.us/articles/apr01.html>
3. Alkoholik. In: *Alkoholik* [online]., [cit. 28. 4. 2014] Dostupné z: http://www.alkoholik.cz/zavislost/dedicnost/dedicnost_genetika_a_predispozice_k_alkoholismu.html
4. ANDERSON, P., BAUMBERG, B., Alkohol v Evropě. Zpráva pro Evropskou unii. In: *ec.europa* [online] Anglie: Institute of alcohol studies, 2006. [cit. 27. 4. 2014]. Dostupné z: http://ec.europa.eu/health-eu/doc/alcoholineu_sum_cz_en.pdf
5. ATKINSON, R. L. *Psychologie*. 2. aktualizované vydání. Praha: portál, 2003. 752 s., ISBN: 80-7178-640-3
6. BALÍKOVÁ, M., Způsobnost k řízení a návykové látky. *Adiktologie*. Tišňov: SCAN 2008, 3(10), pp. 199 – 201, ISSN: 1213-3841.
7. BARTOŇOVÁ, J., Konzumace alkoholu u vysokoškoláků [online]. Masarykova univerzita, Ústav pedagogických věd: 2012. Bakalářská práce. Vedoucí práce: Dana Knotová. Dostupné z: http://is.muni.cz/th/362576/ff_b/Bakalarska_prace_Bartonova_Jana.pdf

8. BAŠTECKÁ, B., *Klinická psychologie v praxi*. 1. vydání, Praha: Portál 2003, 416 s., ISBN: 80-7178-735-3.

9. BĚLÁČKOVÁ, V., ZÁBRANSKÝ, T., ŠTEFUNKOVÁ, M., LANGROVÁ, M., Společenské náklady dopravních nehod pod vlivem alkoholu a nelegálních drog v České republice za rok 2007 -. Část I: Zdravotní následky. *Adiktologie*. Tišňov: SCAN 2012, 12 (2), pp. 103 – 113. ISSN: 1213-3841.

10. BRUNDTLAND, G. H.: Úvodní projev na konferenci "WHO European Ministerial Conference on Young People and Alcohol", Stockholm, 19. 2. 2001 [online]., [cit. 8. 5. 2014]. Dostupné z: http://www.google.cz/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=29&ved=0CFwQFjAIOBQ&url=http%3A%2F%2Fwww.drnespor.eu%2Fndetext3.doc&ei=Qv14U4HkO6ev7QaSoIDYBA&usg=AFQjCNEeZua_8vsom_87VpawFtU0QvVNIA&bvm=bv.66917471,d.ZGU

11. Český statistický úřad, Sebevraždy, [online] 19. 1. 2012 , [cit. 22. 12. 2013] Dostupné z: <http://www.czso.cz/csu/katalog.nsf/hledat?SearchView&count=20&searchmax=10000&searchorder=1&searchfuzzy=1&query=%28%28zp%C5%AFsoby%20AND%20sebevra%C5%BEd%29%29&database=all&kraje=all&skupiny=all&start=1>

12. DREISIG, M., KAŠPÁREK, T., Komplikace odvykacího stavu při závislosti na alkoholu – diagnostika a léčba. *Psychiatrie pro praxi* [online] 2013, 14(1), pp. 18-20, [cit. 4. 1. 2014] Dostupné z: <http://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2013/01/05.pdf>

13. Global Information System on Alcohol nad Health. In: WHO [online], 2010, [cit. 25. 4. 2014], Dostupné z: <http://www.who.int/gho/alcohol/en/>
14. HANZLOVSKÝ, M., Co jste o alkoholu možná nevěděli. In: *Celostní medicína*. [online]. 2012, [cit. 28. 4. 2014] Dostupné z: <http://www.celostnimedicina.cz/co-jste-o-alkoholu-mozna-nevedeli.htm>
15. HÖSCHL, C., LIBIGER, J., ŠVESTKA, J. *Psychiatrie*. Druhé, doplněné a opravené vydání. Praha: Tigis, 2004. 883 s., ISBN: 80-900130-7-4.
16. KOHOUTEK, J., KOCOURKOVÁ, J. *Sebevražedné chování*. Praha: Portál, 2003. 128 s. ISBN: 80-7178-732-9.
17. LINHART, I. *Toxikologie*. První vydání. Praha: Vysoká škola chemicko-technická v Praze, 2012. 367 s. ISBN: 978-80-7080-806-1.
18. McGOVERN, T. F., MANNING, S., McMAHON, T., Globální strategie SZO pro omezování škodlivého užívání alkoholu. *Adiktologie*. Tišňov: SCAN 2011, 11 (1), pp. 16 – 18. ISBN: 1213-3841.
19. MINAŘÍK, J. Závislost. In: Sananim [online]. © 2003 - 2014 | SANANIM o.s., [cit. 9. 5. 2014]. Dostupné z: <http://www.odrogach.cz/skola/uzivani-navykovych-latek/zavislost/>
20. MIRANO, J. Sebevraždy u seniorů [online]. Masarykova univerzita, lékařská fakulta: 2010. Diplomová práce. Vedoucí práce: Macková Marie, Dostupné z: http://is.muni.cz/th/344851/lf_m/DIPLOMOVA_PRACE.txt
21. MLČOCH, Z., Nežádoucí vedlejší účinky a rizika pití alkoholu – kocovina, změna psychiky, statika. [online], 2008 [cit. 28. 4. 2014] Dostupné z:

<http://www.zbynekmlcoch.cz/informace/texty/zdravi/nezadouci-vedlejsi-ucinky-a-rizika-piti-alkoholu-kocovina-zmeny-psychiky-somatiky>

22. MLČOCHOVÁ, E., Tělo a alkohol – jak působí alkohol na orgány a mozek. In: Alkoholik [online], [cit. 30. 4. 2014], Dostupné z: http://www.alkoholik.cz/zavislost/psychika_a_telo/telo_a_alkohol_jak_pusobi_a_alkohol_na_organy_a_mozek.html
23. NAKONEČNÝ, M. *Úvod do psychologie*. Praha: Academia, 2003, 507 s., ISBN: 80-200-0993-0.
24. NAKONEČNÝ, Milan. *Psychologie*, Praha 2011, Triton, ISBN: 978-80-7387-443-8.
25. NEŠPOR, K., *Návykové chování a závislost*. Třetí aktualizované vydání. Praha. Portál, 2007. 176 s. ISBN: 978-80-7367-267-6.
26. NEŠPOR, J., a kol. *Alkohol, drogy, hazardní hra a život ohrožující události*. [online]. Dostupné z: http://www.google.cz/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=29&ved=0CFwQFjAIOBQ&url=http%3A%2F%2Fwww.drnespor.eu%2Fndetext3.doc&ei=Qv14U4HkO6ev7QaSoIDYBA&usg=AFQjCNEeZua_8vsom_87VpawFtU0QvVNIA&bvm=bv.66917471,d.ZGU
27. NEŠPOR, K., CSÉMY, L., *Závislost na alkoholu a řízení motorového vozidla. Adiktologie*. Tišňov: SCAN 2008, 3(10), pp. 237-241, ISSN: 1213-3841.
28. NEŠPOR, J., *Zůstat střízlivý*. [online]. Host, Brno: 2006. Dostupné z: <http://www.drnespor.eu/addictcz.html>

29. NOGOVÁ, S., Alkoholismus. In: *Zdraví.e15*. [online]. Psychiatrická ambulance MUDr. Bronislava Šedého Frýdek-Místek. 13. 5. 2008. [cit. 16. 12. 2013]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/alkoholismus-363461>
30. NOLEN-HOEKSEMA, S., Psychologie Atkinsonové a Hilgarda. 3. vydání, Praha, Portál 2012, 888 s., ISBN: 978-80-262-0083-3.
31. PAVLOVSKÁ, A., Jednoduchý screeningový nástroj o dvou krocích zjistí u nezletilých užívání alkoholu (dle Yael Waknine). In: *Adiktologie* [online]. 17. 1. 2012, [cit. 30. 4. 2014]. Dostupné z: <http://www.adiktologie.cz/cz/articles/detail/70/3398/Jednoduchy-screeningovy-nastroj-o-dvou-krocich-zjisti-u-nezletilych-uzivani-alkoholu-dle-Yael-Waknine>
32. PETEJOVÁ, S., Užívání alkoholu v období adolescence. In: *Sestra*. [online] 2014, [cit. 31. 3. 2014] Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/uzivani-alkoholu-v-obdobi-adolescence-474164>
33. POPOV, P., Další „šuplíkový“ dokument? *Adiktologie*. Tišnov: SCAN 2011, 11(1), pp. 12 – 15, ISSN: 1213-3841.
34. POLÁŠEK, V., *Sebevraždy v České republice*. Tisková konference, Český statistický úřad. [online] 2011 [cit. 31. 3. 2014]. Dostupné z: http://www.google.cz/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=4&ved=0CEcQFjAD&url=http%3A%2F%2Fwww.czso.cz%2Fcsu%2Ftz.nsf%2Fi%2Fprezentace_z_tk_sebevrazdy_v_cr%2F%24File%2F110915-Sebevrazdy.ppt&ei=4xU5U--lAbGe7Ab-noHoDA&usg=AFQjCNEp_uJo0LsRAwE-YY2dFP33DEj3fw&bvm=bv.63808443,d.bGE

35. RABOCH, J., ZVOLSKÝ, P. *Psychiatrie*. První vydání. Praha: Galén, 2001. 622 s. ISBN: 80-7262-140-8.
36. RUBEŠOVÁ, M. *Sebevraždy*. Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví. Madrid: FEAFES, 2006.
37. ŘEHAN, V., *Adiktologie 1*. Olomouc:UP FF ICV, 2007. ISBN: 8024417456
38. SESTRA, V ČR v posledních letech přibývá sebevražd, loni jich bylo 1647. [online] 11. 9. 2013, [cit. 22. 12. 2013] Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/denni-zpravy/z-domova/v-cr-v-poslednich-letech-pribyva-sebevrazd-loni-jich-bylo-1647-471945>
39. SCHULMAN, E., How Alcoholism May Leads to Suicide. Dostupné z: http://www.suicidology.org/c/document_library/get_file?folderId=229&name=DLFE-75.pdf
40. ŠKRABAL, J., *Sebevraždy v České republice 2006 – 2010*. Zpracoval Odbor statistiky obyvatelstva, pracoviště Olomouc. [online], 16. 9. 2011, [cit. 29. 4. 2014], Dostupné z: http://www.google.cz/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=7&ved=0CFEQFjAG&url=http%3A%2F%2Fwww.sebevrazdy.com%2Ffile%2F1%2Fsebevrazdy-v-cr-2006-2010.pdf&ei=vOJsU6D9KKyy7Ab6r4D4Bg&usg=AFQjCNEhp1TPndtth_u8g_ZffzpMDgeLsA&bvm=bv.66330100,d.ZWU
41. ŠMÍDOVÁ, I., *Spotřeba alkoholu a její vliv na ekonomiku ČR*. [online], Masarykova univerzita, Lékařská fakulta, 2013. Dizertační práce. Školitel: Jindřich Fiala. Dostupné z: http://is.muni.cz/th/319802/lf_d/Smidova_-_disertacni_prace.pdf

42. ŠUCHA, M., Problematika návykových látek a bezpečnosti v dopravě. *Adiktologie*. Tišňov: SCAN 2008, 3(10), pp. 202-203, ISSN: 1213-3841.
43. VESELÝ, M., *Vybrané kapitoly ze sociální patologie*. 1. vydání. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, 2011. ISBN: 978-80-7394-272-4.
44. VONDRÁČKOVÁ, P., Vzorce užívání alkoholu u dětí a mladistvých. In: *Adiktologie*. [online] Praha, 2010. [cit. 31. 3. 2014] Dostupné z: <http://www.adiktologie.cz/cz/articles/detail/72/1980/Vzorce-uzivani-alkoholu-u-deti-a-adolescentu>
45. VONDRÁČKOVÁ, P., ŠŤASTNÁ, L., Epidemiologie užívání alkoholu ve světě a v ČR: spotřeba, abúzus, závislost, morbidita a mortalita. *Adiktologie*. Tišňov: SCAN 2012, 12(2), pp. 115 – 127. ISBN: 1213-3841.
46. VONDRÁČKOVÁ, P., ŠŤASTNÁ, L., Epidemiologie užívání alkoholu ve světě a v ČR: spotřeba, abúzus, závislost, morbidita a mortalita. *Adiktologie*. Tišňov: SCAN 2012, 12(2), pp. 115 – 127. ISBN: 1213-3841.
47. VOREL, F., VORLOVÁ, K., Vliv alkoholu u řidiče osobního automobilu na pravděpodobnost vzniku dopravní nehody s jeho úmrtím. *Adiktologie*. Tišňov: SCAN 2008, 3(10), pp. 209-213, ISSN: 1213-3841.
48. World Health Organization. *Data and statistics*. [online]., [cit. 29. 4. 2014]., Dostupné z: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/alcohol-use/data-and-statistics>

49. ZÁŠKODNÁ, H., PAVLICA, K. *Suicidální chování a abúzus návykových látek*. [online] Katedra psychologie a aplikovaných sociálních věd, Ostravská univerzita v Ostravě, 2010. [cit. 26. 4. 2014]. Dostupné z: http://psychkont.osu.cz/fulltext/2010/Zaskodna,Pavlica_2010_2.pdf
50. ZIMA, T. a kolektiv. *Doporučené diagnostické a terapeutické postupy pro všeobecné praktické lékaře*. [online], 2007. Část 1. Biochemické metody. [cit. 28. 4. 2014]. Dostupné z: http://www.cskb.cz/res/file/doporuceni/dop_prakt_2007.pdf

7 Klíčová slova

Alkoholismus

Tentament suicidium

Sebevražda

Závislost

PL Červený Dvůr

Rizikové chování

Alkohol

8 Přílohy

Příloha 1: Statistický vývoj sebevražd

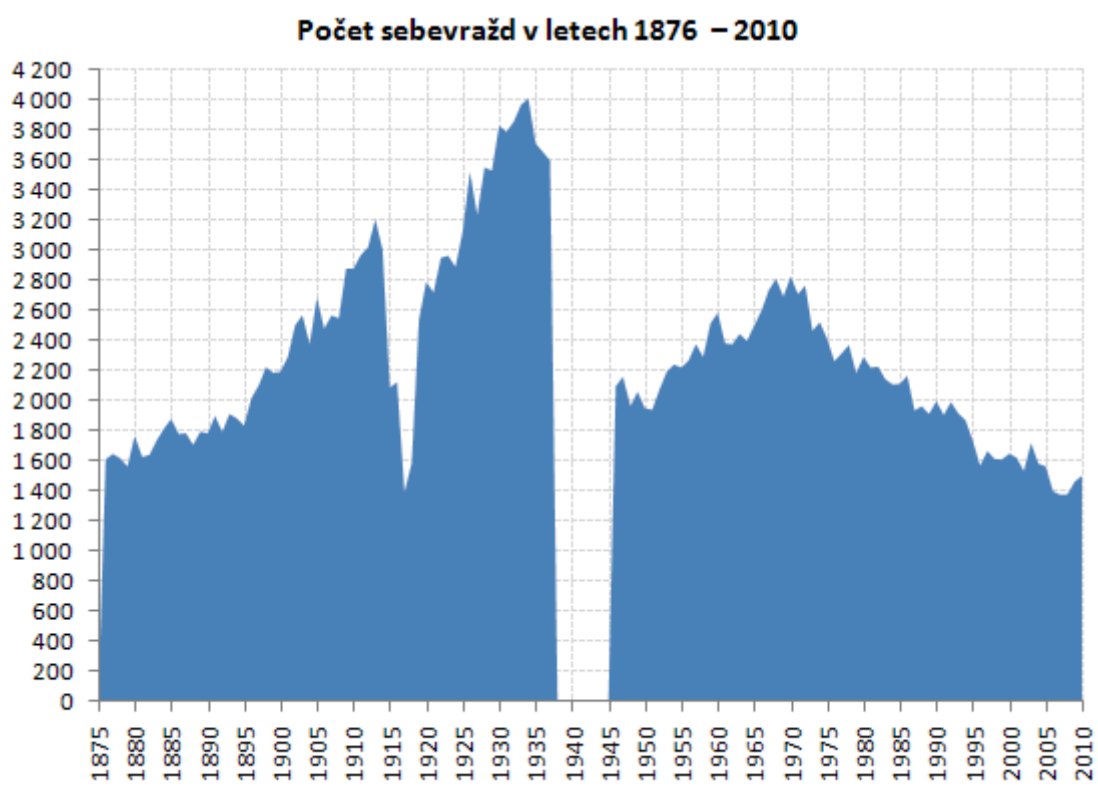
Příloha 2: Sebevražednost podle dnů v týdnu

Příloha 3: Skleničkový příběh

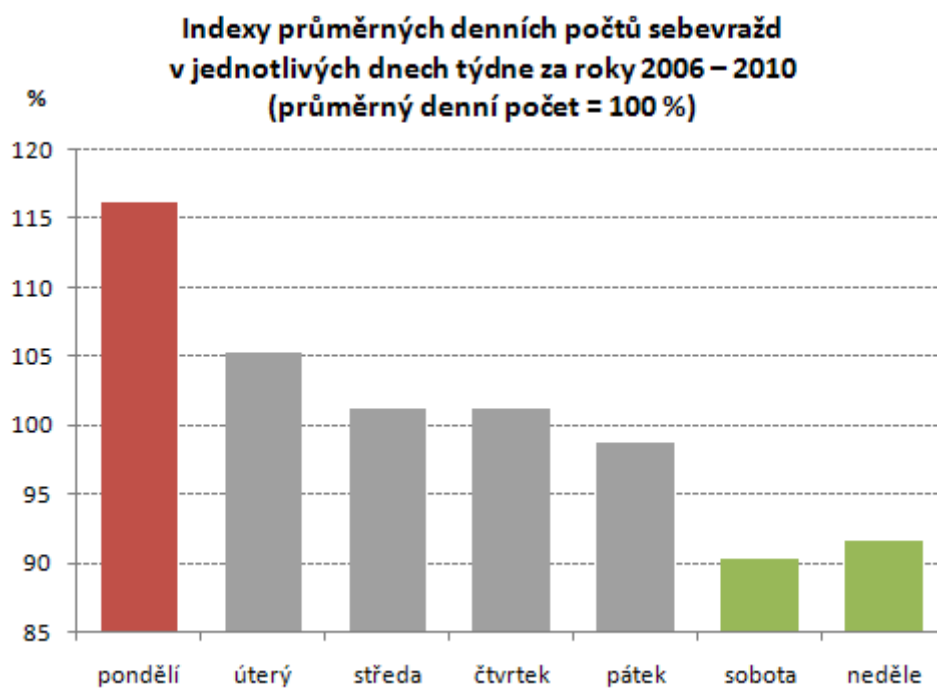
Příloha 4: Dotazník

Příloha 5: Sebevraždy a alkohol

Příloha 6: Sebevražednost v jednotlivých krajích



Zdroj: ČSÚ, 2013



Zdroj: ČSÚ, 2013

Příloha 3

Skleničkový příběh.

Jmenuji se Líba, jsem alkoholička. Narodila jsem se v lednu 1951, doma, na Moravě. Můj tatínek, novopečený otec prvního dítěte honem spěchal zapít moje narození do hospody. Pořádně rozpařený řekl jednomu začínajícímu Jezeďákovi: „Jen počkej, v březnu přijdou Američani a uvidíte to tóčo!“. Američani v březnu nepřišli, ale můj otec byl trestaný protože: „Hrubě narušil budování socialistické vesnice“, a já vlastně díky přemíry alkoholu v prvním dnu svého života dostudovala. Tatínka tohle mrzelo celý život, mě trochu taky.

Protože jsem vyrůstala na Moravě, alkoholu bylo dost, všude. Popíjelo se pořád. Tatínek byl alkoholik, pil hodně po těžkém úrazu a pil až do smrti. Já jsem popíjela v mládí dost, éra mániček, big-beatu, hipís, ale bez problémů kocovin. Nevěděla jsem, že můj manžel je alkoholik (byl léčený už v 8. třídě). Pil! Když jsem otěhotněla, vyhodili mě jeho rodiče z bytu, nechtěli, aby jim tam řval harant. Odstěhovali jsme se z Prahy, domů se vracel vypitý, vymilovaný. Když byly dceři 2 roky, oznámila jsem jeho rodičům, že se chci dát rozvést. Jeho otec, vlivný soudruh, plno kontaktů do nejvyšších míst, mi řekl: „Za to, že jejich syna nechci, tak že se mi pomstí“. Počítali prý i s tím, že je já dochovám k smrti. Jeho výhrůžkám jsem se smála. Pila jsem málo, o dceru jsem se starala. U rozvodu jsem se lekla, svědci z Prahy vypovídali o mém flámování v Praze (nesmysl), sociálka svědčila proti mně, jak vyspávám a muž peče, vaří (naprostý nesmysl). Dcery jsem se nechtěla vzdát, rozváděla jsem se několik let, to už jsem žila s přítelem a měla druhou dceru Lenku.

Nešťastnou náhodou jsme vyhořeli, přítel byl ohořelý v nemocnici, starší dceru jsem u soudu prohrála, protože jsem neměla domov, nic. S mladší dcerou jsem bydlela na ubytovně, nemohla jsem spát, známý lékař mi nechtěl dát prášky na spaní, prý, ať si dám před spaním frťana!! Z panáka brzy byla flaška, život šel dál. Budování nového domova, ztráta milované dcery, její pláč z návštěv, přítel už v kriminále (dostal 7 let za vyhoření), výchova jeho syna, malé Lenky, těžká práce v kravíně (jediná možnost vydělat peníze nutné k životu). Peklo! Znovu jsem se vdala, byl to omyl. Rozvod. Nevlastní syn po skončení docházky do školy odešel k tátovi. Žila jsem s dalším mužem, nic moc štěstí, ale šlo to. Měl také problémy s alkoholem,

vydělával daleko míň než já, spotřebu měl ale velkou. Donutila jsem ho na ambulantní léčbu antabusem. Vesele ho přepíjel. Taky jsem s ním zašla do restaurace, ale měla jsem pravidlo, že doma musí být na jídlo, inkaso, a pak třeba i na pivo. Přítel nechtěl, tak hrdě odešel! Za tři dny byl zpátky, pití hodně omezil. S úsměvem vzpomínám, že když jsme se hádali a Karel nejvíc zuřil, řval na mě: „Ty, ty jsi tak hrozná, hnusná, vždyť ty jsi horší než antabus“! Po letech na Karlovo přání jsme se vzali, starší dcera se vrátila ke mně, obě dcery už byly vdané, my jsme koupili starý domek, že ho opravíme a budeme si žít. Manžel hned onemocněl se srdcem. Pak dostal rakovinu.

Před 10 lety začala kalamita nabírat v mém životě na síle. V březnu se mladší dceři narodil krásný chlapeček. Poslední noc v porodnici vdechl meningokoka a měl podle lékařů zemřít. Hned mu amputovali prstíčky na ručičce a v inkubátoru se rval se smrtí. Nepřeji nikomu tu bolest, pološílenou dceru, umírající vnouček. Jednou v noci jsem šla od telefonu, jestli malej ještě žije a najednou jsem se začala nahlas modlit a prosit Boha, ať si vezme mě a malého zachrání. Léta jsem si na Boha nevzpomněla, ale najednou jsem věděla, že malý přežije! V červnu manželovi rakovina zasáhla celé tělo, řekli mi, že je konec. Už se s ním trápil rok a půl. Starší dcera byla už rozvedená, vzala si alkoholika, ale žila s hodným, dobrým člověkem. Ten se bohužel v září zabil v autě! Dcera bez práce, a tak jsem se snažila všechny podporovat psychicky, finančně. Musela jsem! Před Vánoci chtěl manžel z nemocnice domů, umřít. Vzala jsem ho domů, skoro měsíc jsem nespala, nejedla, běhala kolem něho. Naštěstí v lednu zemřel, už, už jsem padala já!

Ten rok jsem vůbec nepila, ale skoro nic si nepamatuji, jak jsem žila. Po smrti manžela se mi doma rozbilo během 2 měsíců snad všechno, elektřina v celém domě, pračka, lednička, TV, bojler a já opět jela v práci nonstop a platila a pracovala. Stal se mi pracovní úraz, zůstala jsem doma a najednou prázdno, samota. A začala jsem chodit mezi lidi. U nás v mém bydlišti jedině do hospody. Manžel tu měl hodně přátel, já jsem nenormálně upovídaná, veselá, zajímám se o hodně věcí, taky mě asi lidi litovali, protože jsem byla už tenkrát dost hubená, ztrhaná, a tak za mě rádi platili chlast. Našla jsem si přítele v domnění, že je ideál, sen. Pili jsme vesele a hodně. Později jsem se dozvěděla, že je ženatý. Dojížděl za mnou občas. Nevěru neuznávám, dost mi to ublížilo, neměla jsem sílu se s ním rozejít a začala se zavírat sama doma! Dneska vidím tu šílenou situaci! Jak utíkám ráno do obchodu, 3 flašky vodky, 2x cigára, kousek salámu pro psa. Moje nákupy! Psovi venku hodit salám, honem domů, zamknout, ať mě nikdo neruší, otevřít všechny tři flašky, protože později bych je už otevřít neuměla, prožít chvilku štěstí při

prvních locích a pak nic. Nepamatuji si, co bylo. Občas jsem se vzbudila u stolu, někdy na zemi, ale i v posteli. V noci jsem ještě občas vyrazila do hospody. Nechápu, že jsem přežívala. Děti jednou vlezly oknem, odtáhly mě do nemocnice. Měla jsem 4,5 promile alkoholu v krvi, skončila jsem na psychiatrii. Při hrozném střízlivění, abst'áku, mi najednou bylo, jako kdybych dostala ránu do hlavy, a řekla jsem si, že jsem hrozná zrůda, sobec, co myslí jen na sebe, a viděla jsem před sebou děti a vnuky. Vyměnila jsem je za chlast, ten mě úplně zotročil a vládl mi. Rozhodla jsem se pro léčení! Před touhle velkou mojí alkoholickou aférou jsem ještě byla v Praze na operaci mozku. Operace se nezdařila a lékaři mě varovali. Smrt kolem mne chodila, nesměla jsem tisíc věcí, každou vteřinu jsem mohla spadnout mrtvá! Léčebna v Červeném Dvoře mě teda dostala. Původně jsem si myslela, že jedu na měsíc jako do Lázní (to mě tak popsali lékaři v nemocnici). Já, mezi feťáky, bezdomovci, babka 53 let, vesničanka. Tak to mi lezly oči z důlků. Byla jsem přesvědčená, že jestliže tam vydržím ty 3,5 měsíce, sice možná nebudu pít, ale bude ze mě magor, totální pako! Vydržela jsem a poslední den v léčebně jsem si poprvně řekla: „Jsi dobrá“. Poprvně v životě jsem se sama pochválila. Ale vůbec jsem nevěděla co dál! Náhodou jsem zaslechla o AA něco málo. Založila jsem je v Českých Budějovicích. Fungujeme a já úplně s čistým svědomím tvrdím, že AA mi zachránili život. Díky nim abstinuji už 3,5 roku. V léčebně jsem si trošku udělala pořádek v hlavě, co chci a nechci dál v životě dělat, uvědomila jsem si svou nemoc, alkoholismus. Letos zažívám zázraky, štěstí i jinak, než, že abstinuji. V březnu a dubnu jsem byla se svým aneurismem opět v Praze na Homolce, a! Uzdravená!! Lékaři se diví a já už nemám papír na hlavu! Taky jsem řešila opravy domku, jsem v invalidním důchodu, musela jsem se rozhodnout, co dál. Jediná možnost. Prodat milovaný domov, opustit nejdražší, nejhezčí zahrádku, odejít do pečovatelského domu. Přesvědčovala jsem sama sebe, že je to O.K., ale začaly se mi zdát hrozný sny plné alkoholu, mrtvol, hrůz. Seděla jsem v noci u stolu, vyděšená, ubrečená, nešťastná. Už, už jsem chtěla všechno vzdát, odejít do hospody a začít pít až k smrti! Ustála jsem to! A zázrak! Znovu! Našla jsem člověka s velkým Č. Můj dům koupí, opraví a nechá mě doma. Lidičky, je to fakt zázrak! Sny zmizely! A moc si nevyčítám, že jsem pila, alkohol mi chutnal a mockrát jsem v životě zažila situace, že jsem nemohla usnout, a ono, když člověk nespí 3 – 5 nocí, musí pracovat, málem umře taky. Když jsem se napila, zapomněla jsem na trápení a usnula. Svoje už jsem ale v životě vypila, mám splněno do smrti. Víím, že kdybych jednou šáhla po alkoholu, už bych nepřestala pít. Bála bych se vystřízlivět, abych si nemusela uvědomit tu blbost, že jsem zahodila tohle štěstí, co teď mám, pryč. Hnusila bych se sama sobě. Bolí mě u srdce kvůli vnoučkovi, ono nezůstalo u amputovaných prstíčků, neroste mu nožička a má epilepsii. Ale obojí se spraví,

vím to! A těším se, až bude zdravěj kluk! To musím vidět, zažít!! Díky mým problémům můj nejstarší vnuk Zdenda ve svých 10-ti letech ví o alkoholizmu víc, než já věděla ve svých 53 letech. Zrovna dneska tady byl a vzpomínali jsme, když jsem byla v léčebně, jak mu bylo smutno. Pro mě bylo moc těžký mu – tenkrát sedmiletému – říct pravdu, proč se léčím. Chtěla jsem se vyhnout tomu, aby mu cizí, takzvaní hodní lidé neřekli, že babička je ožralka, radši jsem mu to řekla sama! Byli jsme tenkrát spolu na výstavě květin, stovky lidí, a Zdenda najednou začal křičet „Babi, babi, tady prodávají nealkoholické pivo, ty jsi alkoholička, ale to si můžeš koupit“! Vteřinu davu cizích lidí zkameněly, svět se přestal točit, já jsem se rozesmála a řekla „Kašlu na pivo, dáme si kolu, vid““. A Zdenda vedle mne poskakoval, brebentil, lidi nechápali, ale nám bylo dobře. Ještě bych měla napsat o mé velké lásce. Tenkrát jsem přijela z psychiatrie, on, božský, přijel, vytáhl 2 litry vína, že si dáme. Smál se, když jsem mu řekla, že končím s pitím. Pak zuřil, nadával, musela jsem mu pohrozit policií, odešel! Trpěla jsem, čekala 2 měsíce na nástup do léčebny, on sem jezdil, prosil, vyhrožoval, psal, ustála jsem to!! Obtěžoval mě 2 roky, vyklubal se z něho psychopat, měla jsem z něho strach, děti se o mě bály. Policie řekla, že zasáhne, až mi něco udělá. Občas se objeví, vyhrožuje pořád, jenže dneska už jsem silná, nebojím se!

Zažila jsem daleko víc hrůz, smutku, bolesti, zvykla jsem si, mluvím sprostě a směju se. Brečím jen když jsem sama. Žiju, nepiju, proto vidím, cítím ten svět jak voní, jak je barevný a krásný. Lidi kolem sebe hrozně dráždím, vytáčím svým smíchem a radostí ze života. Je mi jich všech líto, nežijí, přežívají. Mám toho ještě moc na jazyku, na srdci, ale už to je asi únavný. Tak končím tím, co vždycky říkám na přednáškách AA v léčebně! „Miláčci, jsem stará, nemocná, živořím, bez peněz, sama, bez partnera a jmenuji se Skleničková, čímž mám ten chlast i v občance, přesto abstinuji. Takže, když to dokážu já, musí to dokázat každý, i vy! A od srdce Vám to přeji!

Vaše Líba alkoholička

Příloha 4

Dobrý den,

jmenujeme se Lucie Lukšová a Veronika Lhotská. Jsme studentkami magisterského oboru Odborný pracovník v ochraně veřejného zdraví na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. Chtěly bychom Vás tímto poprosit o vyplnění tohoto anonymního dotazníku, který bude sloužit jako podklad pro vypracování našich diplomových prací a projektu, který probíhá na zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity a mapuje sebevražedné chování.

1. část - osobní anamnéza

1. Pohlaví: žena muž

Profese: vypište:

2. Kolik je Vám let?

vypište:

3. Jaké jste dokončil/a nejvyšší vzdělání?

- nedokončené základní základní střední bez maturity
 střední s maturitou vyšší odborné vysokoškolské

4. V jakém kraji jste pobýval/a před nástupem na léčbu do Červeného dvora?

- Jihočeský kraj Jihomoravský kraj
Moravskoslezský kraj
- Středočeský kraj kraj Vysočina Pardubický
kraj
- Královehradecký kraj Ústecký kraj Liberecký
kraj
- Plzeňský kraj Karlovarský kraj kraj Praha
- Olomoucký kraj Zlínský kraj

Vypište okres:

5. V jakém kraji máte trvalé bydliště?

- Jihočeský kraj Jihomoravský kraj
Moravskoslezský kraj

- | | | | |
|------|---|---|-------------------------------------|
| kraj | <input type="checkbox"/> Středočeský kraj | <input type="checkbox"/> kraj Vysočina | <input type="checkbox"/> Pardubický |
| kraj | <input type="checkbox"/> Královéhradecký kraj | <input type="checkbox"/> Ústecký kraj | <input type="checkbox"/> Liberecký |
| | <input type="checkbox"/> Plzeňský kraj | <input type="checkbox"/> Karlovarský kraj | <input type="checkbox"/> kraj Praha |
| | <input type="checkbox"/> Olomoucký kraj | <input type="checkbox"/> Zlínský kraj | |

Vypište okres:

6. V jaké rodině jste vyrůstal/a?

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> úplná (oba rodiče)
pěstouni | <input type="checkbox"/> u prarodičů | <input type="checkbox"/> adoptivní rodiče, |
| <input type="checkbox"/> bez otce | <input type="checkbox"/> dětský domov | <input type="checkbox"/> diagnostický
ústav |
| <input type="checkbox"/> bez matky | <input type="checkbox"/> jinde, vypište | |

7. Jaký byl charakter Vašeho bydlení před nástupem na léčbu do Červeného Dvora?

- | | | |
|--|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> stálé bydliště | <input type="checkbox"/> přechodné bydliště | <input type="checkbox"/> bezdomovec |
| <input type="checkbox"/> jiné, vypište | | |

8. Jaké bylo Vaše zaměstnání před nástupem na léčbu do Červeného Dvora?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> nepracoval | <input type="checkbox"/> příležitostné brigády, na DPP nebo DPČ |
| <input type="checkbox"/> částečný úvazek | <input type="checkbox"/> plný úvazek |
| <input type="checkbox"/> student/ žák | <input type="checkbox"/> důchodce, žena v domácnosti |
| <input type="checkbox"/> hlášen na úřadu práce | <input type="checkbox"/> jiné, vypište: |

9. Jaký je Váš rodinný stav?

- | | | |
|--|--|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ženatý/ vdaná | <input type="checkbox"/> rozvedený/á | <input type="checkbox"/> svobodný/á |
| <input type="checkbox"/> sám/a | <input type="checkbox"/> mám dlouhodobého přítele/přítelkyni <input type="checkbox"/> mám
krátkodobou známost | |

10. Jste spokojeni s Vaším rodinným stavem?

- | | |
|------------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> ano | <input type="checkbox"/> ne |
|------------------------------|-----------------------------|

11. Máte děti?

ano, žiji s nimi
pravidelně je vídám

ano, ale nežiji s nimi, ale

ano, ale nemám s nimi žádný kontakt ne

12. Byl/a jste v dětství týrán/a?

ano ne

13. Byl/a jste v dětství sexuálně zneužit/a?

ano ne

14. Považujete své dětství za šťastné?

ano ne

15. Máte diagnostikované psychické onemocnění?

ano, vypište jaké:

ne

16. Kde Vám bylo diagnostikováno Vaše psychické onemocnění?

v Červeném Dvoře na psychiatrickém oddělení

ambulantním psychiatrem jinde, kde:

17. Kdy Vám bylo diagnostikováno Vaše psychické onemocnění?

v dětství při protialkoholní/protidrogové léčbě po pokusu o sebevraždu

jindy, vypište:

18. Užíval/a jste drogy v období před diagnostikováním tohoto psychického onemocnění?

ano ne nevím

19. Byl/a jste někdy hospitalizován/a, kvůli Vašemu psychickému onemocnění?

ano, vypište kde:

ne

20. Léčil/a jste se někdy s tímto psychickým onemocněním?

ano, vypište - kde (psychiatr, psych. oddělení atd.): ne

- jak dlouho:

21. Léčíte se nyní s tímto psychickým onemocněním?

ano ne

22. Kolikrát jste se léčil/a před nástupem do PL Červený Dvůr?

Vypište počet:.....

23. Absolvoval jste substituční léčbu? Kde a jaká byla substituce?

Vypište:

24. Byl jste testován na virovou hepatitidu nebo HIV? (označte křížkem)

	HIV	VHA	VHB	VHC
1. testován – pozitivní				
2. testován – negativní				
3. testován – výsledek neznámý				
4. nikdy netestován				
5. nevím, zda jsem byl/a testován				

2. část - drogová anamnéza

25. V kolika letech jste poprvé užil alkohol? Při jaké příležitosti?

vypište:

26. V kolika letech jste poprvé užil cigaretu? Při jaké příležitosti?

vypište:.....

27. Kdy jste poprvé užil omamnou látku? Jaká to byla?

vypište:.....

28. Jakou jste měl motivaci k užití omamné látky?

vypište:.....

29. Jaká je Vaše primární droga v současné době?

vypište:

30. Jaké jste užíval další drogy?

vypište:.....

31. Délka závislosti (v letech)

vypište:.....

32. Jak jste si aplikoval/a drogy?

injekčně kouření požití
čichání / šňupání

jiné, vypište:

33. S kým jste užíval/a drogy?

sám s přáteli s partnerem s jinými,
vypište:

34. Kde jste užíval/a drogy?

doma na akcích, párty... u přátel
venku, na ulici

jinde, vypište:

35. Co vás vedlo k užívání drog?

experimentování neshody v rodině sociální situace
osobní problémy

kamarádi / parta partner/ka nemoc náboženství

jiný důvod, vypište:

3. část - alkoholová anamnéza

36. V kolika letech jste poprvé užil alkohol?

vypište:

37. Užíval/a jste i jiné drogy než alkohol?

ano, vypište jaké: ne

38. Délka závislosti (v letech)

vypište:.....

39. Jaký byl Váš trend pití?

denně jsem udržoval/a hladinu alkoholu

- vypište, kolik jste průměrně denně vypil/a alkoholu:

pil/a jsem v tazích

- vypište, jak dlouho trvalo období pití:

- vypište, jak dlouho trvalo období abstinence:

40. Jaký druh alkoholu jste nejčastěji pil/a?

pivo víno destiláty kombinace

všeho

41. Kde jste pil/a alkohol?

doma v zaměstnání v hospodě, baru

jinde, vypište kde:

42. S kým jste nejčastěji konzumoval/a alkohol?

sám s přáteli s rodinou s jinými,

vypište:

43. Co Vás vedlo k užívání alkoholu?

experimentování neshody v rodině sociální situace
osobní problémy

kamarádi / parta partner/ka nemoc náboženství

nuda deprese, úzkost jiný důvod, vypište:

.....

4. část - léčba

44. Kolikátá je toto Vaše započatá odvykací léčba?

vypište:

45. Kolik odvykacích léčeb jste dokončil/a?

vypište:

46. V kolika léčebných zařízeních jste byl/a, kvůli Vaší závislosti?

vypište:

47. Jak dlouho podstupujete tuto léčbu v Červeném Dvoře? (v týdnech)

vypište:

48. Z jakého důvodu podstupujete tuto léčbu?

z vlastní vůle kvůli partnerovi kvůli rodině tato léčba je nařízená

problémy v zaměstnání jiný důvod, vypište:
.....

5. část - rodinná amanméza

49. Objevila se Vaší rodinně nějaká závislost?

ano, vypište jaká: ne nevím

50. Byl někdo z rodiny na odvykací léčbě?

ano, vypište kdo: ne nevím

51. Měl některý člen Vaší biologické rodiny (biologický rodič, sourozenec, prarodiče...) diagnostikované nějaké psychické onemocnění?

ano, vypište - kdo:..... ne nevím

- jaké:

52. Choval se někdo z Vaší biologické rodiny podivně natolik, že jste pojal/a podezření, že má nějaké psychické onemocnění?

ano, vypište - kdo:..... ne nevím

- jaké:

53. Pokusil se někdo z Vaší biologické rodiny spáchat sebevraždu nebo ji spáchal?

ano, vypište - kdo: ne nevím

- jak:

- proč:

54. Měl někdo ve Vašem blízkém okolí (pěstouni, partner/ka, manžel/ka, přátelé...) diagnostikované nějaké psychické onemocnění?

ano, vypište - kdo:..... ne nevím

- jaké:

55. Choval se někdo z Vašeho okolí podivně natolik, že jste pojal/a podezření, že má nějaké psychické onemocnění?

ano, vypište - kdo:..... ne nevím

- jaké:

56. Pokusil se někdo z Vašeho okolí spáchat sebevraždu nebo ji spáchal?

ano, vypište - kdo: ne nevím

- jak:

- proč:

6. část - sebevražedné chování a myšlenky

57. Pokusil/a jste se někdy ukončit život z vlastní vůle?

ano ne

Pokud jste odpověděl/a na otázku 57. NE, přejděte k otázce 76.

58. Kolik Vám bylo let při prvním pokusu o sebevraždu?

vypište:

59. Kolikrát jste se pokusil/a spáchat sebevraždu?

vypište:

60. Po pokusu o sebevraždu u Vás následovala:

- ambulantní léčba psychoterapeutická skupina psychoterapie
 nic jiné: vypište.....

61. Kde jste žil/a při prvním pokusu o sebevraždu?

- u rodičů v domově mládeže, diagnostickém ústavu
 s partnerkou/partnerem, manželkou/manželem v rodině s dětmi
 sám na stálém nebo přechodném bydlišti na ulici jako bezdomovec
 jinde, vypište:

62. Užíval/a jste před prvním pokusem o sebevraždu drogy nebo alkohol?

- ano ne

63. Proč jste se pokusil/a spáchat sebevraždu? (Pokud jste se pokusil/a spáchat sebevraždu vícekrát, můžete uvést více odpovědí.)

- ztráta blízké osoby ztráta smyslu života nemoc
 abstinenční příznaky pod vlivem drogy nešťastná láska
 dluhy jiné, vypište:

64. Jakým způsobem jste se pokusil/a spáchat sebevraždu? (Pokud jste se pokusil/a spáchat sebevraždu vícekrát můžete uvést více odpovědí.)

- oběšením pomocí léků skokem z výšky zastřelením
 pomocí drog (zlatá) v automobilu podřezáním žil
udušením
 utopením jinak, vypište:

65. Jak skončil Váš pokus o sebevraždu?

- bez vážné újmy na zdraví hospitalizací v nemocnici skoro jsem zemřel/a

66. Plánoval/a jste dopředu svou sebevraždu?

- ano, jak dlouho: ne

67. Pokusil/a jste se někomu sdělit, že se chystáte spáchat sebevraždu?
 ano, komu: ne
68. Napsal/a jste dopis na rozloučenou nebo jste jinak rozloučil s blízkými?
 ano ne
69. Litoval/a jste, že se Vám pokus o sebevraždu nepovedl dokončit?
 lituji toho dodnes dříve ano, nyní ne nikdy
70. Léčil/a jste se po pokusu o sebevraždu na psychiatrickém oddělení nebo v jiném odborném zařízení?
 ano, vypište - kde: ne
- jak dlouho:
71. Jste nyní pod odborným dohledem kvůli sebevražednému chování ve Vaší minulosti?
(Docházíte k psychiatrovi atd...)
 ano, vypište - kde: ne
- jak dlouho:
72. Měl/a jste před prvním pokusem o sebevraždu sebevražedné myšlenky?
 ano, vypište, jak dlouho: ne
73. Byly Vaše sebevražedné myšlenky intenzivnější po požití alkoholu nebo jiných drog?
 ano ne
74. Jak často máte od posledního pokusu o sebevraždu sebevražedné myšlenky?
 denně několikrát měsíčně v posledním roce jsem je neměl/a
 několikrát týdně několikrát do roka nikdy
75. Souhlasíte s poskytnutím doplňujícího rozhovoru po vyplnění tohoto dotazníku?
 ano, uveďte Vaše jméno: ne

76. Jak často máte sebevražedné myšlenky?

denně
jsem je neměl/a

několikrát měsíčně

v posledním roce

několikrát týdně

několikrát do roka

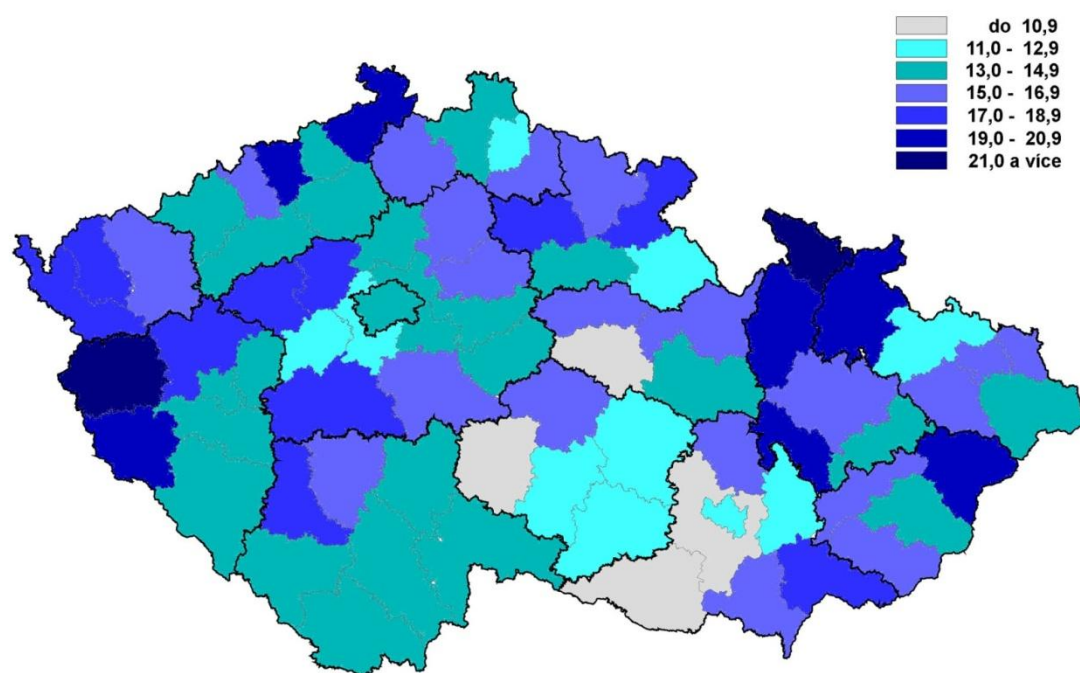
nikdy

Mnohokrát Vám děkujeme za vyplnění dotazníku!

Příloha 5

ROK	PŘÍTOMNOST ALKOHOLU U SUICIDÁLNÍHO JEDINCE	MUŽI	ŽENY	CELKEM
2000	Poruchy vyvolané alkoholem a ostatními psychoakt. látkami	34	11	45
	- Z toho poruchy vyvolané alkoholem	30	9	39
	Sebevražda pod vlivem alkoholu – dg. z anamnézy	48	9	57
	Sebevražda pod vlivem alkoholu – dg. z laboratorního vyš.	33	12	45
2001	Poruchy vyvolané alkoholem a ostatními psychoakt. látkami	27	8	35
	- Z toho poruchy vyvolané alkoholem	20	7	27
	Sebevražda pod vlivem alkoholu – dg. z anamnézy	58	12	70
	Sebevraždy pod vlivem alkoholu – dg. z laboratorního vyš.	18	6	24
2002	Poruchy vyvolané alkoholem a ostatními psychoakt. látkami	26	3	29
	- Z toho poruchy vyvolané alkoholem	22	3	25
	Sebevražda pod vlivem alkoholu – dg. z anamnézy	54	10	64
	Sebevražda pod vlivem alkoholu – dg. z laboratorního vyš.	13	3	16

Příloha 6



Zdroj: ČSÚ, Zpracoval: Polášek, 2011