

Univerzita Karlova v Praze

Filozofická fakulta

Katedra sociální práce

Diplomová práce

Bc. Michala Puchálková

**Sebevražednost seniorů z pohledu pomáhajících
pracovníků – okres Karlovy Vary**

Elderly Suicide Rates in the Helping Professionals' Point of View – District Karlovy
Vary

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem tuto diplomovou práci vypracovala samostatně a výhradně s použitím citovaných pramenů, literatury a dalších odborných zdrojů.

V Praze, dne 28. července 2014

.....
Jméno a příjmení

Poděkování:

Ráda bych poděkovala PhDr. Olze Havránkové za hodnotné rady a připomínky, odborné vedení a vstřícný přístup při tvorbě a celkovém zpracování této práce. Dále bych ráda poděkovala svým blízkým a rodině za celkovou podporu.

Klíčová slova:

Sebevražda, sebevražednost, senior, stáří, pomáhající pracovník, deprese, rizikové faktory, zdravotní stav, somatické onemocnění

Key words:

Suicide, suicidality, senior, old age, helping professional, depression, risk factors, health condition, somatic disease

Anotace:

Autorka se ve své práci zabývá problematikou sebevražednosti seniorů z pohledu pomáhajících pracovníků v okrese Karlovy Vary. Zaměřuje se zejména na osobní zkušenosti pracovníků s tímto problémem a jejich informovanost o daném tématu. Dále zjišťuje, zda jsou pomáhající profesionálové adekvátně podporováni tak, aby mohli s tímto jevem vhodně pracovat.

V teoretické části této práce je uveden základní vzhled do problematiky sebevražednosti jako takové. Je zde stručně nastíněna historie suicidality a nejčastější motivy, příčiny a formy suicidálního jednání. Dále jsou v teoretické části vymezena specifika sebevražednosti seniorů a práce s touto cílovou skupinou. V závěru je také nastíněna možná prevence sebevražedného jednání u seniorů.

V empirické části je nejprve popsána metodologie výzkumu a stručná charakteristika okresu Karlovy Vary. Dále autorka na základě provedeného výzkumu metodou polostrukturovaných rozhovorů popisuje zjištění týkající se zkušeností a informovanosti pomáhajících pracovníků v oblasti sebevražednosti seniorů. Rozebírá také pohled pracovníků na jednotlivé složky jejich podpory v zaměstnání. Na závěr jsou v empirické části uvedena další zjištění vyplývající z provedeného výzkumu, ale nesouvisející přímo s jeho hlavním cílem.

Abstract:

The author in her diploma theses deals with the problem of elderly suicide rates in the helping professionals' point of view in the district of Karlovy Vary. Her two key focus areas are personal experiences of the helping professionals with this particular topic and their knowledgeableness of it. Furthermore, the author validates whether the helping professionals are supported adequately enough to be able to deal with this phenomenon appropriately.

In the theoretical part of the study the author presents basic introduction into the issue of suicide itself – briefly outlines the history of suicide rate and the most common motive, causes and forms of suicidal behavior. Moreover, she sketches the specifics of suicide rate among seniors and ways of working with this particular target group. Last but not least she drafts possible preventive techniques of suicide behavior among seniors.

In the empirical part of the study the author explains the research methodology and briefly describes the district of Karlovy Vary. Most importantly the author presents findings concerning experience and knowledgeability of suicide rate among seniors by helping professionals gathered by research consisting of semi-structured interviews. She also thoroughly examines the professionals' point of view on individual elements of their work support. Finally, the author sums up also other interesting findings from the research that are however not crucially linked with the key research goal.

OBSAH:

ÚVOD	8
1. TEORETICKÁ ČÁST	9
1.1 Základní vhled do problematiky suicidálního chování	9
1.1.1 Stručná historie suicidality.....	10
1.1.2 Základní pojmy související s touto problematikou.....	12
1.1.3 Některé mýty a fakta o sebevražedném jednání	15
1.1.4 Formy suicidálního jednání	17
1.1.5 Ringelův presuicidální syndrom	20
1.1.6 Charakteristiky sebevražd podle Shneidmana	21
1.1.7 Motivy suicidálního jednání	22
1.1.8 Časté příčiny sebevražedného jednání a rizikové skupiny	23
1.2 Stárnutí a stáří	25
1.2.1 Specifika sebevražednosti u seniorů - rizikové faktory	27
1.2.1.1 Osamělost	29
1.2.1.2 Deprese ve vyšším věku	30
1.2.1.3 Odchod do důchodu a změna sociálních rolí.....	32
1.2.1.4 Úmrtí blízkých osob	33
1.2.1.5 Změna bydlení	34
1.2.1.6 Sociální aspekty psychických a fyzických změn ve stáří.....	35
1.2.1.7 Závislost na návykových látkách.....	37
1.2.1.8 Syndrom EAN	39
1.2.2 Sebevražednost seniorů v datech	41
1.3 Specifika práce se suicidálními seniory	44
1.3.1 Potřeby seniorů a kvalita života.....	44
1.3.2 Péče o seniory s rizikem suicidálního chování	46
1.3.3 Specifické potřeby pomáhajících pracovníků.....	48

1.4	Možnosti prevence sebevraždy seniorů.....	50
2.	EMPIRICKÁ ČÁST	53
2.1	Charakteristika okresu Karlovy Vary.....	53
2.2	Metodologie výzkumu	55
2.2.1	Cíl výzkumu a výzkumné otázky.....	55
2.2.2	Metoda sběru dat.....	57
2.2.3	Výzkumný soubor.....	58
2.2.4	Realizace a postup sběru dat.....	60
2.2.5	Metody zpracování a analýzy dat	61
2.3	Výsledky provedeného výzkumu.....	62
2.3.1	Zkušenosti pracovníků s problematikou sebevraždy seniorů.....	62
2.3.1.1	Shrnutí	71
2.3.2	Informovanost pomáhajících pracovníků	72
2.3.2.1	Shrnutí	75
2.3.3	Podpora pomáhajících profesionálů.....	76
2.3.3.1	Shrnutí	82
2.3.4	Další výzkumná zjištění.....	83
2.3.4.1	Shrnutí	90
2.3.5	Celkové shrnutí výsledků výzkumu.....	91
2.4	DISKUZE.....	94
	ZÁVĚR	96
	POUŽITÉ INFORMAČNÍ ZDROJE.....	98
	SEZNAM OBRÁZKŮ.....	102
	SEZNAM PŘÍLOH.....	103

ÚVOD

Sebevražda jako taková je z různých důvodů stále velmi fascinujícím tématem. Tento čin je natolik definitivní, že ovlivňuje nejen život sebevraha, ale i jeho okolí. V takové situaci obě strany prožívají řadu nepříjemných pocitů, mezi které patří vina, osamělost, výčitky svědomí, bezmoc, smutek, ublížení či lítost. Téma sebevražd jako takových, zejména pak sebevražd osob vyššího věku je třeba detailizovat. Jedině tak bude možné s problematikou sebevražednosti účinně zacházet.

V budoucnu se bude stárnutí obyvatelstva prohlubovat nejen v České republice, ale i v celé Evropě. Tento vývoj jistě ovlivní celou populaci v mnoha různých oblastech. Přístup a smýšlení o kvalitě života seniorů by měl být úkolem celé společnosti.

Vzhledem k významu pomáhajících pracovníků v životech seniorů, je nezbytně nutné, aby byli profesně vybaveni na práci s tímto jevem. K tomu je nezbytná zejména dostatečná informovanost pomáhajících profesionálů a adekvátní podpora ze strany zaměstnávající organizace, které do velké míry mohou ovlivňovat vlastní invenci pracovníků.

Cílem této práce je tedy zmapovat, do jaké míry se pracovníci s problematikou sebevražednosti seniorů setkávají ve své praxi a zda jsou o tomto tématu dostatečně informováni. Dalším neméně důležitým cílem je zmapování míry podpory zaměstnanců, které se jim dostává od jejich pracoviště. Tyto cíle budou naplněny zodpovězením hlavních výzkumných otázek, které jsou uvedeny v empirické části této práce.

Celá diplomová práce je rozdělena na teoretickou a empirickou část. V teoretické části je uvedena historie suicidality, základní pojmy s tímto tématem spojené, formy a metody suicidálního chování a nejčastější příčiny a motivy. Dále je zde specifikována problematika sebevražednosti seniorů a její jednotlivé složky. Poslední část je věnována práci se suicidálními seniory, potřebám pomáhajících pracovníků a prevenci sebevražedného jednání u této cílové skupiny.

V empirické části je uvedena charakteristika okresu Karlovy Vary, na jehož území celý výzkum probíhal. Dále je zde popsána metodologie celého výzkumu. Pro ten byla vybrána kvalitativní výzkumná metoda a to formou polostrukturovaných rozhovorů, které byly provedeny s pomáhajícími pracovníky. V kapitole 2.3 jsou uvedeny výsledky provedené analýzy.

Téma této práce je pro mne zajímavé zejména z hlediska pomáhajících pracovníků, jejich postojů a potřeb při práci se suicidálními seniory.

1. TEORETICKÁ ČÁST

1.1 Základní vhled do problematiky suicidálního chování

Pohled na sebevražedné jednání se může lišit z hlediska různých oborů. Z hlediska medicínského, tedy psychiatrického, jsou obvykle sebevraždy rozdělovány na dva typy. Prvním z nich je patologická sebevražda a druhým nepatologická. Patologickou sebevraždu lze také nazývat psychotickou. I u nepatologické sebevraždy je ale předpokladem narušení osobnosti nebo vychýlení z afektivní rovnováhy jedince (Češková, 2007, s. 230). Zejména proto, že v případě, že jedinec nemá porušení psychiku, nebude se k takovému jednání uchýlovat vzhledem ke zdravé míře pudu sebezáchovy (Viewegh, 1996, s. 44).

Naproti tomu psychologie se na problematiku sebevražd snaží zaměřit na individuální rovině a pátrá po motivech a suicidálním vývoji u konkrétního jedince. Vnímá směřování jedince k sebevraždě jako dlouhodobý proces, který je ovlivněn mnoha různými vnějšími i vnitřními faktory. Hodnotí souvislosti se sebevraždou, které jsou pro jedince na vědomé i nevědomé úrovni. Snaží se rozklíčovat motivaci jedince a stupňující se suicidální vývoj. (Dragomirecká, 2007, s. 231)

Sociologie se na sebevraždu dívá zejména jako na sociální jev. Snaží se objasnit četnost sebevražd na základě demografických, ekonomických a dalších faktorů spojených s jednotlivými sociálními systémy (Dragomirecká, 1998, s. 28). Vzhledem k tomu, že sociologie často vychází se statistik, je schopna poskytnout jen jednu část informací o sebevraždách. Většinou není schopna objasnit srozumitelné vnitřní souvislosti konkrétního případu (Viewegh, 1996, s. 41).

Ani jeden z těchto pohledů není použitelný a aplikovatelný sám o sobě. Suicidální chování je ve všech věkových kategoriích, sociálních vrstvách, kulturách i skupinách lidí komplexní a multifaktoriální fenomén. Cílem by tedy měla být spolupráce mezi jednotlivými disciplínami, které si budou vzájemně přinášet pozitiva každé z nich.

1.1.1 Stručná historie suicidality

Sebevražedné chování se v historii lidstva vyskytuje od jeho vzniku. Zajímavé je, že se vyskytuje jak ve vyspělých civilizacích, tak i u národů s nízkou civilizační úrovní (Vágnerová, 2008, s. 487). Viewegh (1996) uvádí, že s rozvojem civilizace tento jev ale roste. Mezi primitivnějšími a civilizovanějšími národy se motivy a způsoby provedení činu shodují.

V souladu s vývojem postojů a hodnot se vyvíjel i pohled na sebevraždu. Některé národy přijímaly sebevraždu jako přirozený způsob smrti (Koutek, Kocourková, 2003, s. 12). Starší a nemocní jedinci raději spáchali sebevraždu, aby nebyla jejich smrt následkem nemoci vnímána jako projev démonických sil. To by pak mohlo znesvětit celý rod (Viewegh, 1996, s. 15).

Potvrzení sebevražedného jednání se objevuje již staletí před Kristem v písemnostech dochovaných ze staré Číny, Indie a Japonska (Viewegh, 1996, s. 15). Právě v Japonsku docházelo ke známé rituální formě sebevraždy „harakiri“. Takový čin, znamenající vrcholnou formu sebeobětování pro svého vládce, zasluhoval úctu a obdiv. V období starověku byla sebevražda poměrně běžný způsob smrti v různých kulturách. V Egyptě byla považována za přirozený, někdy i veřejně propagovaný způsob smrti (Vágnerová, 2008, s. 488). Dokladem toho je i sebevražda staroegyptské vládkyně Kleopatry, která si zvolila smrt hadím ušknutím (Viewegh, 1996, s. 16).

Ve starém Řecku a v Římě se střídala období, ve kterých byla smrt sebevraždou přijatelná a období, kdy byl tento čin naprosto odsuzován. Smrt sebevraždou ale nebyla výjimkou. Antická společnost měla tedy vymezeny situace, za kterých byla smrt sebevraždou pro veřejnost přijatelná. I v této době se ale postoje k tomuto činu různily. Aristoteles sebevraždu neuznával, zejména proto, že ji považoval za překročení zákona. Naopak stoická škola vnímala sebevraždu jako právo člověka (Vágnerová, 2008, s. 488). Sokrates svůj život ukončil právě tímto způsobem. Seneca oproti Aristotelovi uznával dobrovolnou smrt jako právo člověka. V důsledku ekonomického, politického a morálního úpadku se sebevražednost na konci starověku právě v Řecku a Římě velice rozšířila (Viewegh, 1996, s. 16).

Ve stejné době v Evropě byl názor na sebevraždu naprosto odlišný. S příchodem křesťanství je sebevražda vnímána jako odsouzeníhodný čin a smrtelný hřích. Stávalo

se, že jak oběť sebevraždy, tak její rodinní příslušníci byli natolik stigmatizováni tímto činem, že pravděpodobně i v důsledku toho sebevražd ve středověku výrazně ubylo.

V dobách renesance se tento jev stal opět čtenějším. V 18. století někteří z osvícenců tvrdili, že člověk má právo svobodně rozhodovat o vlastním životě. Mezi ně patřili například Hume, Montesquieu, Voltaire a Rousseau (Viewegh, 1996, s. 17).

V novověku se pohledy na sebevražedné chování opět různí. Poměrně dlouho během 19. století bylo sebevražedné jednání sankcionováno. Sebevražedné chování bylo vnímáno jako projev duševní poruchy, posuzoval ji tak např. francouzský lékař Esquirol (Vágnerová, 2008, s. 489). Zároveň ale v tomto období dochází k velkému zvratu v posuzování sebevražednosti. Vznikají základy vědeckého výzkumu sebevražednosti a první statistické přehledy. Objevují se velmi významné publikace o sebevraždách, mezi které bezpochyby patří i dílo E. Durkheima. Ten již upozorňoval na význam sociálních faktorů (Viewegh, 1996, s. 19).

V průběhu 20. století se dokonané suicidium stává dosti častým jevem. Dochází k výkyvům, které pravděpodobně souvisí se společenskou situací v našem státě. Ve třicátých letech je tedy vzestup sebevražednosti ovlivněn nejspíše hospodářskou krizí, ve 40. letech pak 2. světovou válkou a jejími následky. Menší vzestup se u nás objevil začátkem 50. let, což téměř nepochybně souviselo s tehdejší politickou situací. Vrchol sebevražednosti je patrný okolo roku 1970, poté dochází k pozvolnému sestupu. Důležité je, že stejně tomu tak nemusí být u jednotlivých věkových skupin. (Koutek, Kocourková, 2003, s. 13)

Existují velké rozdíly mezi sebevražedným chováním jednotlivých kultur a národů. Nejvyšší sebevražednost se ukazuje v Evropě, zejména pak v Evropě západní a severní. Vysoká suicidalita je již dlouhodobě v Maďarsku. Nižší sebevražednost je v jižní Evropě. Co se týče ostatních částí světa, je nízká míra sebevražednosti v Africe a Jižní Americe, naopak vyšší je v Severní Americe a Asii. (Koutek, Kocourková, s. 14)

1.1.2 Základní pojmy související s touto problematikou

Suicidium

V literatuře se nachází mnoho různých definic sebevraždy. Pro příklad jsou zde některé uvedeny.

„Jako sebevražda je označován takový způsob autodestruktivního jednání, který zřetelně vyjadřuje úmysl jedince, dobrovolně ukončit vlastní život a cílevědomou snahu zvolit k tomuto účelu prostředky, u nichž možno předpokládat, že k zániku života povedou.“ (Viewegh, 1996, s. 19)

Koutek a Kocourková (2003) definují sebevraždu jako *„sebepoškozující akt s následkem smrti, který je způsoben sebou samým s vědomým úmyslem zemřít“*.

Další definici uvádí Vágnerová (2008): *„Sebevraždu lze definovat jako násilné jednání charakteristické úmyslem dobrovolně zničit vlastní život. V rámci suicidálního jednání je člověk subjektem i objektem, na něhož je tato aktivita zaměřena. Sebevražedné jednání lze hodnotit jako poruchu pudu sebezáchovy.“*

Všechny tyto definice se shodují ve dvou podstatných znacích, které definoval Viewegh (1996):

- Dobrovolný úmysl ukončit život
- Cílevědomě zaměřené jednání vedoucí ke smrti

Žádnou sebevraždu není možné posuzovat a studovat vytrženou ze širšího sociokulturního rámce (Viewegh, 1996, s. 13).

Češková (2007) uvádí, že suicidia vypovídají o zdraví společnosti. Dochází k nim v průměru čtyřikrát častěji u mužů než u žen. Ukazatele sebevražednosti v jednotlivých státech zůstávají poměrně stabilní. V ČR se udává v současné době počet dokonaných sebevražd 15 na 100 000, tedy asi 1600 ročně. Tak se ČR drží asi uprostřed žebříčku celosvětových údajů.

Typy suicidií

Sebevraždy lze dělit na sebevraždu biickou a patickou. **Patická** sebevražda je spojena s psychopatií. Objevuje se nejčastěji u lidí trpících depresí (spojena s pocitem beznaděje, negativních vyhlídek do budoucna), schizofrenií (úleva od nesnesitelných halucinací), závislostí na alkoholu, těžkým abstinčním syndromem, akutní halucinózou, poruchou osobnosti či posttraumatickou stresovou poruchou apod. (Praško, 2006, s. 191)

U **biické** sebevraždy motiv vychází z reality a nemusí být spojen s psychickou poruchou. Jednou z forem biické sebevraždy je bilanční sebevražda, která se objevuje nejčastěji u starších osob. Ta obvykle následuje po dlouhém rozvážení osobní životní situace a jedinec v takové chvíli nemůže najít jiné vyhovující východisko či smysl svého života. Motiv u bilančních sebevražd bývá okolí zemřelého často srozumitelnější a je pro ně snazší lépe ho pochopit. Jedinec pak obvykle bývá pokládán za duševně zdravého a vyrovnaného (Baudiš, 1998, s. 40).

Havránková (in Vodáčková, 2007) uvádí, že impulzivních sebevražd je přibližně čtyřnásobek, oproti bilančním sebevraždám. Bilanční sebevraždy bývají často pro okolí pochopitelnější. Tento typ bývá také ve více případech dokonáný.

Velká část sebevražd je **impulzivním činem**. Motivace je ovlivněna akutně probíhající krizí a spojena a s náhlým rozhodnutím. Člověk nemusí mít vážný úmysl zemřít, ale zároveň se může momentální krize týkat již dlouhodobého problému, který se v životě jedince vršil a spojoval se s dalšími komplikacemi. Jedinec v takové chvíli jedná pod vlivem okamžitého impulzu. Často ani neuvažuje o prostředcích a volí pro sebevraždu ty, které jsou momentálně dostupné (Vágnerová, 2008, s. 500). Krize může být způsobena náhlou traumatickou událostí, v jejímž následku člověk upadne do bezmoci a zoufalství a rozhodne se již své problémy vyřešit definitivně. (Havránková in Vodáčková, 2007, r. 488).

Sebevražedné jednání se tedy může vyskytovat i v případě, že není spojeno s psychopatologickým problémem. Psychika jedince může ve chvíli krize jen fungovat nestandardním způsobem, vzhledem k nestandardní situaci. Ve všech případech bývá spojeno zejména se slabostí, bezradností, pocitem bezvýchodnosti a utrpením. Zároveň je ale pravdou, že u řady psychiatrických onemocnění je vysoké riziko sebevražedného jednání. To může určit až podrobné psychiatrické vyšetření, na základě kterého je možné s onemocněním dále pracovat (Koutek, Kocourková, s. 14).

Další pojmy

Od pojmu sebevražda je oddělován pojem **sebezabití**. Tento pojem definuje Vágnerová (2008) jako zničení vlastního života, u kterého chyběl vědomý úmysl zemřít. Jedinec, u kterého se takové chování vyskytuje, si obvykle neuvědomuje následky svého činu a nechtěl zemřít. Tento jev se může vyskytovat například u lidí s psychózou, u kterých se vyskytují bludy a halucinace. Dále například u lidí intoxikovaných, jedinců s impulzivním či zkratkovitým jednáním apod. (Viewegh, 1996, s. 19)

Dalším pojmem souvisejícím s touto problematikou je **sebeobětování**. To Vágnerová (2008) definuje jako jednání, kterým jedinec dobrovolně obětuje vlastní život v zájmu hodnot. Ty pro něj mají v danou chvíli větší cenu než život. Chtějí na danou věc upoutat pozornost a tak své postoje manifestují sebevraždou.

Mezi další pojmy patří také **demonstrativní sebevražda**. Pro tu se jedinec většinou rozhodne s úmyslem upozornit na sebe a své problémy. Často tak volá o pomoc v situacích, kdy si neví rady jiným způsobem. Může tohoto typu sebevraždy využívat také k vydírání či nátlaku na druhé osoby. Demonstrativní sebevražda může vést i k neúmyslnému sebeusmrcení. Je velice komplikované rozpoznat, o jaký typ sebevraždy se jedná. Jedinec, který se přikloní k demonstrativní sebevraždě, potřebuje stejně tak velké množství odborné i běžné lidské pomoci jako sebevražedný jedinec. I tento sebevražedný pokus může předcházet dalšímu, který již demonstrativním nebude (Havránková in Vodáčková, 2007, s. 493).

U dokonaných sebevražd se nezdá, že není jasné, zda šlo o úmyslnou sebevraždu nebo sebezabití. Tím spíše se to hůře prokazuje v seniorské populaci, kde většinou zdravotní stav seniora bývá komplikovaný a úmrtí člověka v daném věku není nic neobvyklého. Stává se tedy, že sebevraždy zůstanou přehlédnuty či neodhaleny. (Baudiš, 1998, s. 40)

1.1.3 Některé mýty a fakta o sebevražedném jednání

V odborné literatuře se opakovaně objevují nejčastější mýty, které jsou mezi širokou veřejností se sebevraždou a sebevrahy spojovány. Tyto mýty jsou někdy velmi vzdálené od reality. Jejich vyvrácení může být při kontaktu se sebevražedným jedincem velmi zásadní.

Zde jsou uvedeny nejčastější mýty a fakta podle Koutka a Kocourkové (2003):

Představa: Když se někdo rozhodne, že spáchá sebevraždu, nikdo mu v tom nemůže zabránit.

Skutečnost: Mnoho lidí, kteří se pokoušejí o sebevraždu, se pohybuje mezi touhou žít i zemřít. Jejich postoj k výsledku sebevražedného jednání je ambivalentní. Když se jim dostane včasné pomoci a přiměřené léčby, je možné je od sebevraždy odvrátit.

Představa: Kdo o sebevraždě mluví, ten ji nikdy nespáchá.

Skutečnost: Je to opravdu velmi rozšířený a nepravdivý mýtus. Opak je pravdou. To, že někdo o sebevraždě mluví je důkazem, že sebevražda je obsahem jeho myšlenek. Je tedy určitě ve větším ohrožení, než ten, kdo o ní nemluví.

Představa: Lidé, kteří se pokoušejí o sebevraždu, nehledají pomoc.

Skutečnost: Je prokázáno, že většina lidí, kteří spáchali sebevraždu, hledala lékařskou pomoc v posledním půlroce před svým činem a rovněž dávala najevo své pocity před svým okolím. V každém suicidálním aktu je obsaženo volání o pomoc.

Představa: Sebevražda přichází bez varování.

Skutečnost: U lidí, kteří jsou ohroženi suicidálním jednáním, můžeme pozorovat dosti dlouhou dobu různé známky psychického napětí, poruchy spánku, tělesné obtíže apod. Jde o tzv. presuicidální syndrom.

Představa: Každý, kdo se pokouší o sebevraždu, musí být šílený.

Skutečnost: Mnoho lidí, kteří se pokoušejí o sebevraždu, netrpí šílenstvím, ale mohou být depresivní, mohou pociťovat bezvýchodnost a nevěří, že existuje jiná životní alternativa.

Představa: Když se někdo pokusí o sebevraždu, je ohrožen sebevražedným jednáním navždy.

Skutečnost: Osoby, které se pokoušejí o sebevraždu, trpí tímto stavem pouze v určitých obdobích svého života.

Představa: Když se někoho zeptáme na sebevražedné myšlenky, můžeme mu tento nápad vnuknout.

Skutečnost: Není žádný důvod se domnívat, že bychom hovorem o suicidiu mohli tento nápad vnuknout někomu, kdo suicidální není. Rozhovor o případných suicidálních myšlenkách může naopak pomoci a dovoluje posoudit suicidální riziko.

Představa: Sebevražda se vyskytuje nejvíce buď mezi velmi bohatými nebo mezi velmi chudými lidmi.

Skutečnost: Sebevražednost se vyskytuje ve všech sociálních vrstvách, i když chudoba je jedním z rizikových faktorů.

1.1.4 Formy suicidálního jednání

Ukazuje se, že sebevražda má svůj předvídatelný vývoj. Sebevražedné myšlenky lze rozpoznat a často i zastavit, pokud je na jejich rozpoznání pracovník dostatečně připravený a adekvátně na ně reaguje (Havránková in Vodáčková, 2007, s. 484).

Vymětal (1995) uvádí, že sebevražedné jednání je opravdu akutní, když je člověk v krizi obtěžován vtíravými sebevražednými fantaziemi, majícími až nutkavý charakter.

V literatuře se obvykle rozlišuje několik forem suicidálního jednání. Patří mezi ně sebevražedné myšlenky, sebevražedné tendence, sebevražedný pokus a jako poslední dokonané suicidium. V následujících podkapitolách jsou tyto jednotlivé formy popsány.

Sebevražedné myšlenky

Mnoho lidí již v životě napadla úvaha o sebevraždě. Ve chvíli, kdy jsou ale myšlenky vnímány jako forma suicidálního chování, je přístup člověka k takové úvaze zcela odlišný. Podle Koutka a Kocourkové (2003) patří tyto myšlenky na sebevraždu poměrně běžně například k dospívání. V převážném množství u nich ale chybí touha uskutečnit je. Viewegh (1996) uvádí, že prostřednictvím sebevražedných myšlenek si jedinec „*může uvědomit funkci dobrovolné smrti jako specifického prostředku v životním boji*“. Suicidální tendence v této fázi existují spíše na symbolické úrovni (Vágnerová, 2008, s. 501).

Tento typ myšlenek jako forma suicidálního chování se obvykle liší svou četností a intenzitou. Jedinec se často těmito myšlenkami zabývá většinu svého času a jsou pro něj velmi těžce odklonitelné. Právě podle těchto kritérií se sebevražedné myšlenky často zkoumají. (Koutek, Kocourková, 2003, s. 28). Ukazatelem závažnosti těchto myšlenek může být jejich konkrétnost – místo, způsob sebevraždy, dopis na rozloučenou apod.

Sebevražedné tendence

V této fázi jedinec obvykle přijme sebevraždu jako způsob řešení svých problémů a tendence spáchat ji roste. Konkrétně uvažuje o způsobu, jak ji realizovat. Zvažuje dostupnost různých prostředků a jejich klady a zápory pro sebe sama (Vágnerová, 2008, 501). V této fázi také jedinec již může shromažďovat léky, pořídí si zbraň za tímto účelem. Je to tedy další krok směrem k suicidii (Koutek, Kocourková, 2003, s. 28).

Sebevražedný pokus

Suicidálním pokusem se jedinec dostává od úvah a přípravy sebevraždy k samotnému činu. Suicidální pokus je každý život ohrožující akt s úmyslem zemřít, ale bez letálního konce. Někteří autoři vnímají velký rozdíl mezi sebevražedným pokusem a sebevraždou. U sebevražedného pokusu nemusí být úmysl zemřít vždy jednoznačný. Jedinec může mít v takovou chvíli velmi ambivalentní postoje ke smrti (Koutek, Kocourková, 2003, s. 28).

Největší rozdíly mezi nimi jsou tyto (Schieffen in Viewegh, 1996, s. 26):

- U žen se vyskytuje častěji sebevražedný pokus, u mužů dokonané suicidium
- Sebevražedný pokus u obou pohlaví dominuje především v první polovině života, zatímco dokonané suicidium v druhé polovině
- Při sebevražedných pokusech je častěji použita tzv. měkká metoda, zatímco u dokonaných suicidií jsou zvoleny tzv. tvrdé metody
- Motivy vedoucí k suicidálním pokusům jsou většinou z oblasti interpersonálních vztahů, zatímco u sebevraždy dokonané bývají motivy z oblasti intrapsychické a z problémů ohrožení
- K suicidálním pokusům dochází nejčastěji ze spontánního, málo promyšleného rozhodnutí, suicidium je naproti tomu výsledkem delšího plánování a příprav.

Jak již bylo zmíněno, v počtu sebevražedných pokusů mezi muži a ženami jsou poměrně velké rozdíly. Sebevražedné pokusy mužů jsou mnohem častěji smrtelné. Naopak ženy mají mnohem vyšší počet nedokonaných sebevražedných pokusů.

To je způsobeno zejména tím, že ženy obvykle volí měkké způsoby sebevraždy, jako je otrava léky. Je tedy větší pravděpodobnost, že jedinec sebevraždu přežije a bude včas někým nalezen. Muži se naproti tomu častěji uchylují k tvrdým způsobům sebevraždy. Nejčastější z nich je oběšení, následně skok z výšky či použití střelné zbraně. (Havránková in Vodáčková, 2007, s. 491)

Mezi měkké způsoby sebevraždy lze kromě intoxikace medikamenty zařadit například skok z nízké výšky či povrchní pořezání. Tvrdé způsoby sebevraždy obvykle vedou okamžitě či velmi rychle ke smrti. Patří tam již zmíněná strangulace, skok z velké výšky či usmrcení střelnou zbraní.

„Sebevražedný pokus může být nepovedená sebevražda, anebo jednání, kdy si jedinec hraje s myšlenkou na smrt a náhoda je pro něj vítaným rozhodčím, který určí jeho osud.“ (Prokop in Baudiš, 1998, s. 40)

1.1.5 Ringelův presuicidální syndrom

Profesor E. Ringel definoval tzv. presuicidální syndrom, který každému sebevražednému jednání předchází. Můžeme ho pozorovat v úvodu suicidálního vývoje. Tento syndrom lze rozpoznat na základě tří znaků (Ringel in Vodáčková, 2007, s. 488):

1. zúžení subjektivního prostoru,
2. zablokování nebo proti sobě zaměřená agresivita
3. naléhavé sebevražedné fantazie

Na základě posouzení těchto tří znaků můžeme diagnosticky i prognosticky rozpoznat, do jaké míry je jedinec ohrožen sebevraždou (Kastová, 2010, s. 60). Následně podle toho můžeme s jedincem pracovat. Zúžení subjektivního prostoru se projevuje v několika rovinách. Jednou z nich je zúžení situační. Jedinec v takové chvíli ztrácí orientaci, neví, jak dál, má pocit, že je momentální situací zahlcen a není z ní reálné cesty ven. Dalším formou zúžení subjektivního prostoru je zúžení dynamické. „*Emoce se v takové chvíli zaměřují jedním směrem, kterým je zoufalství, beznaděj, úzkost, strach a bezmoc.*“ (Havránková in Vodáčková, 2007, s. 488). Sebevražedný jedinec již nemá možnost své emoce regulovat, často již není schopen vidět to, co zůstává i v této situaci v pořádku.

Obvykle nastává zúžení i v rovině vztahové a dochází k izolaci jedince, jeho dosavadní vztahy pro něj ztrácejí na hodnotě a devalvuje je. Vztahy, které naopak nejsou naplněny, si může jedinec idealizovat. Další typ zúžení se může dít i v případě dosavadních hodnot, které najednou ztrácejí na významu, a život se stává pro jedince bezcenným (Kastová, 2010, s. 61).

Další fází je obrácení agresivity proti sobě. Jedinec se viní za vzniklou situaci a spojuje si ji s nedostatkem svých kvalit a schopností. Těmito myšlenkami se shazuje, nenávidí se a není schopen uvažovat jinak než negativně. Roste v něm hněv proti vlastní osobě.

Poslední fází jsou suicidální fantazie. Ty do určité míry přinášejí jedinci pocit úlevy, osvobození a zvyšuje se jejich lákavost. V tu chvíli často působí jako jediná možná cesta v životě jedince. (Havránková in Vodáčková, 2007, s. 489).

Tento proces může být poměrně rychlý a je tedy žádoucí pochytit ho již v rané fázi vývoje.

1.1.6 Charakteristiky sebevražd podle Shneidmana

Americký odborník E. Shneidman se po mnoho let zabýval problematikou suicidality a vytvořil seznam deseti společných charakteristik sebevražd. Tento odborník zároveň věří, že znalost těchto charakteristik může hrát velkou roli v prevenci sebevraždy (Shneidman in Vodáčková, 2007, s. 489).

1. Nesnesitelná psychická bolest – nikdo se nedopouští sebevraždy z rozmaru, člověk se snaží uniknout před velkou bolestí.
2. Frustrované psychické potřeby – každý člověk potřebuje naplnit všechny základní potřeby, jako jsou bezpečí, úspěch, důvěra či přátelství. Pokud jsou jedinci tyto potřeby dostatečně syceny, k sebevraždě se neuchýlí.
3. Snaha vyprostit se – sebevražda má vždy svůj smysl, je to cesta, jak se zbavit problému, krize, nesnesitelné situace.
4. Snaha zbavit se vědomí – jedinec se snaží zbavit bolestné existence, nechce si již dál uvědomovat svou situaci.
5. Bezmoc a skleslost – často vypadají jako skutečná příčina například stud, vina, ztráta výkonnosti, zklamání ze vztahů či další pocity. Opravdovou příčinou je ale pocit slabosti a nemohoucnosti, které spolu s bolestí vedou člověka k tomu, že nic jiného než sebevražda není řešením.
6. Zúžené možnosti – lidé, u kterých se projevuje sebevražedné chování, vidí pouze dvě možnosti řešení situace – absolutní vyřešení či absolutní skončení.
7. Ambivalence – pocity sebevraha jsou velmi ambivalentní.
8. Sdělování svého záměru – cca 80% všech lidí odhodlávajících se k sebevraždě se snaží mluvit s někým ze svého okolí o svém záměru.
9. Úniky – odchody z domova, opuštění zaměstnání, rozchody s partnery. Sebevražda je konečný únik.
10. Celoživotní modely zvládání – potenciální sebevrah může mít tendenci k záchvatům rozrušení, sklon k uzavřenosti a prožívání psychické bolesti, k myšlení typu „bud, anebo“. Častěji se u těchto lidí je možné setkat s odchody ze zaměstnání, spíše než s propuštěním, úniky z manželství spíše než rozvod. Často tito lidé řeší své obtíže jasným a ostrým způsobem.

Žádná z těchto charakteristik by neměla být sama o sobě určující, dohromady však tvoří smrtelnou kombinaci.

1.1.7 Motivy suicidálního jednání

Viewegh (1996) odděluje příčinu a motiv sebevraždy. Často se tyto dva pojmy směšují, ale motiv je podle něj to, co si pachatel uvědomuje a kvůli čemu vědomě dochází k sebevraždě. Naproti tomu příčina je mnohem širší spektrum životních událostí a zkušeností jedince, vnitřní i vnější vlivy, které se dosud podílely na životě jedince. Důležité je, že motiv k sebevražednému chování je možné objasnit pouze prostřednictvím prožitků sebevraha.

Jak již bylo řečeno, sebevraždu jako takovou lze posuzovat pouze v širokém kontextu jedincova života. Často se stává, že při zjišťování příčiny či motivu suicidálního jednání se lze dozvědět jen omezenou část pravého důvodu. Jedinec samozřejmě často uvede jen vědomý motiv k sebevraždě. Nelze ho brát ale jako absolutní a je nutno vnímat celou situaci komplexně.

Velmi často je motivů k suicidálnímu jednání více a mohou se vzájemně doplňovat a umocňovat. Jedinec si jich ale opravdu nemusí být vědom a spojuje je s konkrétní situací, např. nevěrou partnera. K tomu může mít ale ještě další problémy v životě, které již jako motiv nevnímá.

U bilančních sebevražd, které se seniorů týkají nejčastěji, je to s motivy trochu odlišné. Motivace se většinou vyvíjí v delším časovém úseku. Viewegh (1996) uvádí, že tato motivace má určité jádro neboli ústřední motiv, který určuje ráz celé struktury. Během suicidálního vývoje obvykle dochází k přesunu a přestavbě životně důležitých hodnot člověka. Motivace k sebevraždě jedince je tedy „sycena“ osobními zkušenostmi, aktuálními životními zážitky jedince a širšími vlivy sociokulturního prostředí (Viewegh, 1996, s. 86).

1.1.8 Časté příčiny sebevražedného jednání a rizikové skupiny

Sebevražedné jednání se vyskytuje napříč všemi sociálními vrstvami, kulturami, věkovými kategoriemi i skupinami lidí. Zároveň je to ve všech věkových kategoriích komplexní a multifaktoriální fenomén.

Důvody sebevražedného chování bývají obvykle sociální, fyzické a psychologické. Mezi hlavní psychologické důvody patří zejména psychické poruchy, mezi nimiž je velmi často deprese. Jedinci s opakovanými suicidálními pokusy jsou obvykle ve větším riziku dokonání suicidia. Mezi fyzické faktory patří neurologická onemocnění a malignity. Sociálními faktory je myšleno zejména sociální izolace a sociální stav. Větší riziko je obvykle u rozvedených, ovdovělých či svobodných jedinců (Češková, 2007, s. 231). Češková (2007) dále uvádí, že k sebevražednému jednání mají větší tendenci lidé podezřívaví, nedůvěřiví, s hypochondrickými rysy.

Podle Kastové (2010) jsou častou příčinou sebevražd obvykle problémy se sebehodnocením, s osamělostí, s nalezením kontaktu, potíže se zvládnutím agrese a sociální nouze. Mezi rizikové skupiny patří jedinci závislí na návykových látkách, depresivní, lidé žijící osaměle, ti co se právě pokusili o sebevraždu a příslušníci pomáhajících profesí.

Baudiš (1998) uvádí okolnosti, které podle něj zvyšují riziko sebevraždy:

- Výskyt sebevražd v rodině a okolí
- Sebevražedné pokusy v anamnéze a přímé či nepřímé výhrůžky sebevraždou
- Konkrétní představy o způsobu a o přípravách k sebevraždě, ale i nezvyklý klid
- Katastrofické sny o zničení
- Počínající nebo doznívající depresivní epizoda depresivní poruchy
- Depresivní porucha s úzkostí, agitovaností, s pocity viny a nedostačivosti
- Dlouhodobé poruchy spánku
- Neléčitelná onemocnění a hypochondrické bludy
- Abúzus alkoholu a jiných drog
- V anamnéze narušené vztahy v dětství, nedostatek vřelých mezilidských vztahů, nezaměstnanost, finanční těžkosti, nepřítomnost náboženské víry.

Podle Vojtěchovského (1998) mají osoby, u kterých se může vyskytnout nebo vyskytuje sebevražedné jednání společnou sníženou schopnost otevřeně sdělovat své prožitky. Často to bývají lidé konvenční, praktičtí, málo nápadití, pro které je těžké se nadechnout a nedovedou prožívat ať kladné či záporné emoce. Často o sobě tito jedinci mají rigidní představy, sklon k vidění světa kolem sebe zúženým černo-bílým pohledem. Bývají uzavření a je pro ně těžké zvládat běžné zátěže spojené se stárnutím. Mají omezenou kapacitu přizpůsobit se psychickým ztrátám, jako jsou smrt partnera, osamění apod.

U těchto lidí je také častá rezignace a propadnutí beznaději či bezmoci. Obvykle řeší krize spíše činem než uvažováním nad problémy. Po přechodu do důchodu jsou sebevraždou ohroženi více ti, kteří byli v činném věku na dolní hranici příjmů. (Vojtěchovský, 1998, s. 34)

Dále se sebevraždou častěji potýkají lidé, kteří se hůře adaptují na svou životní situaci, obvykle prožijí více životních krizí a selhání a budou vyžadovat lékařskou péči pro symptomy, které by jinými lidmi byly ignorovány (Škoda in Eis 1998). Eis (1998) dále uvádí, že lidé, kteří jsou méně psychicky odolní, se také hůře zotavují z různých běžných onemocnění, jako je například chřipka.

Typický sebevrah je podle Havránkové (in Vodáčková, 2007) muž, který žije sám, je nezaměstnaný, inklinuje k alkoholu a jiným drogám, má za sebou nějaké sebevražedné pokusy, suicidální jednání se objevilo v jeho rodinné historii a někdo z jeho přátel skončil život sebevraždou. Z tohoto výčtu jsou jasně patrné veškeré rizikové faktory sebevražednosti. Závislost na alkoholu, jiných drogách, osamělost, úmrtí sebevraždou v blízkém okolí a nezaměstnanost patří dozajista mezi velmi rizikové ukazatele.

1.2 Stárnutí a stáří

Stáří je poslední vývojovou etapou lidského života, ve které dochází k řadě změn ve struktuře a funkcích organismu. Tyto změny s sebou obvykle nesou zvýšenou zranitelnost organismu a pokles některých schopností i výkonnosti člověka (Langmeier, Krejčířová, 2006, s. 208).

Toto období je členěno na několik po sobě následujících etap. Je nutné podotknout, že tyto etapy jsou členěny pouze podle kalendářního věku, který se může velmi odlišovat od věku biologického, sociálního, psychologického a funkčního stavu jedince. WHO tedy člení stáří člověka na tyto tři části (Haškovcová, 2010, s. 139):

- 60-74 let – rané stáří (vyšší věk, počínající stáří, presenium)
- 75-89 let – vlastní stáří (pokročilý, vysoký či stařecký věk, sénium)
- 90 let a více – období dlouhověkosti.

Stuart-Hamilton (1999) uvádí, že se stáří objevuje jako rozšířený jev až v západních zemích ve dvacátém století. To je mimo jiné zapříčiněno zkvalitněním zdravotní péče a zdravějším životním stylem v rané dospělosti. Dále také uvádí, že neexistuje jediné spolehlivé měřítko stárnutí. Obvykle je jako počátek stáří označován mezník 60 až 65 let, ale nelze podle něj spolehlivě určit míru involučních změn, pracovních schopností nebo změny sociálních rolí. V tomto období je již na starém člověku patrný úbytek fyzické i psychické výkonnosti. U každého jedince je ale toto individuální proces, který je velmi vázaný na životní dráhu jedince (Haškovcová, 2010, s. 140).

Přesto, že je proces stárnutí velmi odlišný u každého člověka, nese některé společné charakteristické znaky (Pacovský in Ondrušková, 2011, s. 14):

- Proces stárnutí je individuální, každý jedinec má svůj plán stárnutí
- Stárne a do stáří vstupuje vždy celý člověk, mění se jeho charakteristiky biologické, psychické i sociální
- Proces stárnutí je asynchronní – jednotlivé orgány nestárnou stejně rychle
- Typickým fenoménem stárnutí je involuce různých struktur a funkcí
- Ve stáří je snížena schopnost adaptace

Zhoršení fyzických a psychických procesů je vysvětlováno celou řadou teorií. Některé jsou řazeny do skupiny „teorií opotřebenosti“. Ty tvrdí, že se jednotlivé části těla celoživotním používáním opotřebovávají. Jiné teorie jsou souhrnně řazeny do skupiny „teorií buněčných“. Ty naopak tvrdí, že tělo stárne zejména v důsledku vystavení buněk toxinům, včetně odpadních produktů metabolismu. (Stuart-Hamilton, 1999, s. 44). Přes širokou škálu teorií, které byly v tomto kontextu vytvořeny, je stáří považováno za komplexní a multifaktoriální děj, na kterém se podílejí jak genetické vlivy, tak faktory zevního prostředí (Ondušková, 2011, s. 16).

Jednotlivé oblasti stárnutí člověka jsou na sebe velmi vázané – biologické, sociální i psychologické stárnutí. Tím, že u člověka dochází k úbytku fyzické výkonnosti, dochází tak ke zhoršení energetického zásobování mozku. Tím je také způsobena celá řada změn ve vnímání člověka. Ty potom mohou starým lidem působit velké handicap, pomaleji a omezeněji mohou vnímat svět a nejrůznější podněty. (Stuart-Hamilton, 1999, s. 45)

Stáří jako takové ale nelze generalizovat. Mnoho vlastností, které jsou s tímto obdobím spojovány, jsou do velké míry vlastnostmi konkrétních jedinců. Haškovcová (2010) uvádí, že každá etapa lidského života má velký vliv na etapu nadcházející. To se týče i povahy člověka, kterou stáří obvykle karikuje. Typické vlastnosti člověka se tedy ve stáří obvykle zvyrazňují. Člověk, který byl v mládí šetrný, stává se lakomým apod.

K vysokému věku také patří pojem geriatrická křehkost, který vyjadřuje zranitelnost a rizikovost některých seniorů. Mezi somatické aspekty této křehkosti patří nechutenství a nechťené hubnutí, únava, svalová slabost, pomalá chůze či hypomobilita. (Kalvach, 2012, s. 117). Samozřejmě souvisí nejen s fyzickým stavem jedince, ale zasahuje i do oblasti psychické a sociální.

Vyšší věk a stárnutí s sebou samozřejmě přináší mnoho negativ, které nelze přehlédnout, zároveň je ale důležité neopomínat pozitiva tohoto období. Mezi ty může patřit například trpělivost, rozvaha, životní nadhled, větší stálost v názorech a vztazích a odpovědnější přístup ke svěřeným úkolům (Haškovcová, 2010, s. 156). Tyto stránky, ale do velké míry závisí na každém seniorovi, jeho rodině, přátelích a okolí. Je důležité, zda má zájem na sobě pracovat, dozvídat se zákonitosti stárnutí a hledat cesty tak, aby se ve společnosti nedostával do nepříjemných situací a tím i izolace.

1.2.1 Specifika sebevraždy u seniorů - rizikové faktory

Stejně jako v jiných fázích života, i ve stáří se lidé dostávají do různých krizových situací. Přirozené zdroje podpory a pomoci jsou ale pro jedince v tomto období hůře dosažitelné. Obvykle se jedinec setkává se ztrátou svých vrstevníků, přátel, sourozenců i celoživotního partnera či partnerky. Dalšími faktory, které mohou život seniora komplikovat a znepríjemňovat, je ztráta postavení ve společnosti, ztráta své identity v zaměstnání. Často se ukazuje, že pro staré lidi není ve společnosti místo, většinová společnost na ně nebere ohledy. Představa o starých lidech je spojována zejména s negativními faktory, jako jsou bezmoc, beznaděj, zoufalství, zbytečnost, bolest a smutek (Havránková in Vodáčková, 2002, s. 292).

Zvýšený počet problémů a strastí ve stáří je spojen i s pokrokem v medicíně a zvýšeným věkem dožití. V souvislosti s tím, že společnost není vůči přijímání seniorů dostatečně otevřená a nepřizpůsobuje prostředí jejich potřebám, neví mnoho seniorů v pozdním věku, jak se svým životem naložit. Může být komplikované žít kvalitní život i ve velmi pokročilém věku.

Starší lidé se tedy kloní k sebevraždě obvykle zejména proto, že se cítí ohroženi a nechtějí být závislí na pomoci někoho druhého. Někdy musí pobývat v nějakém zařízení, které je jim cizí či nastane v jejich životě změna, na kterou se již necítí (Havránková in Vodáčková, 2007, s. 493). Nežádá se u nich objevuje pocit, že již nemají, co druhým lidem nabídnout.

Dalším rizikem u starých lidí je vysoká míra ohrožení somatickými nemocemi či odchod do důchodu. To je velká sociální změna vedoucí ke ztrátě mnoha důležitých rolí. Někteří senioři bývají opuštěni a musejí se přesunout ze svého bydliště do pobytového zařízení. Opakovaně se objevuje i snížené sebehodnocení, zvláště pak ve spojitosti s uvědoměním závislosti na druhých (Vágnerová, 2008, s. 505).

Máchová (2008) uvádí, že u sebevražd ve stáří dochází k registraci menšího počtu než reálného. Podregistrace se pohybuje mezi 2 – 10% a je vyšší než u jiných věkových skupin. To může být způsobeno zejména metodami sebevraždy, které senioři volí. Mezi ty patří například odmítání stravy, odmítání životně důležitých léků, zanedbávání péče, otrava léky atd. Nemusí tedy být vždy na první pohled patrné, že se jedná právě o suicidium. Pro okolí seniora může být přijetí takovéto skutečnosti velmi komplikované a nemusí se tedy vždy snažit o zjišťování pravé příčiny smrti.

Předchozí pokus o sebevraždu je u seniorů ještě rizikovější než u jiných věkových skupin. V takovou chvíli se velmi zvyšuje pravděpodobnost, že se o sebevraždu pokusí znovu. Senioři také dávají svému okolí méně najevo, co chtějí udělat. (Máchová, 2008, s. 25)

Starší lidé mají zároveň vyšší riziko dokonaného suicidia než kterákoli jiná věková skupina. To je způsobeno zejména horším zdravotním stavem a tvrdšími metodami sebevražd. Velmi riziková jsou duševní onemocnění, zejména pak deprese. Dále se riziko suicidálního chování zvyšuje zneužíváním návykových látek, zejména pak alkoholu. Obvykle se ve stáří tyto faktory propojují a právě u těchto seniorů je riziko suicidia nejvyšší. Mezi faktory, které sebevražednému chování spíše předcházejí, patří náboženství (Vágnerová, 2008, s. 505).

Vojtěchovský (1998) uvádí, že *„ve stáří, zvláště ve věku nad 70 let, jsou sebevraždy bez diagnostikovatelné duševní poruchy a bez somatické komorbidity velmi vzácné“*.

Naopak od ostatních věkových skupin, nedokonané suicidium je ve stáří spíše řídké. Lidé ve vyšším věku již obvykle nechtějí svým jednáním volat o pomoc, ale jsou plně rozhodnutí a připraveni sebevražedné chování dokonat.

„Nejčastějšími motivy sebevražedného chování ve vyšším věku je přítomnost afektivní poruchy (obvykle nepsychotická forma deprese), zneužívání farmak a komorbidita těchto dvou faktorů s tělesnou chorobou.“ (Vojtěchovský, 1998, s. 34)

Vzhledem k mnoha odlišnostem od ostatních věkových skupin je nutno k lidem vyššího věku přistupovat rozdílně. Zkušenosti získané u jiné věkové skupiny nelze jednoznačně přenášet na skupinu lidí stárnoucích. (Češková, 1998, s. 231)

V následujících kapitolách jsou rozvedeny jednotlivé závažné životní situace a rizikové faktory sebevražednosti seniorů, které se u lidí vyššího věku ukazují nejčastěji.

Pomáhající, by měl vnímat situaci seniora a uvědomit si, jak pro něj některé změny mohou být náročné. Je nutné, aby starému člověku byla v takovou chvíli poskytnuta větší podpora, která mu pomůže období velkých změn překonat (Pichaud, Thareau, 1998, s. 31).

1.2.1.1 Osamělost

„Osamělost je více a hůře než být sám. Jde o kritické prořídnutí sociální sítě, o zchudnutí kontaktů, komunikačních aktivit, podpůrných možností i důvěrně lidské blízkosti. A pokud se poruší pocit společenské sounáležitosti, hovoříme o sociální exkluzi.“ (Kalvach. 2012, s. 94)

Samota v mnoha lidech vzbuzuje pocit, že s nimi již nikdo v životě nepočítá. Často se tento pocit váže s dalšími negativními pocity jako je velká psychická bolest či deprese. Nebezpečí spočívá v tom, že se stářím do určité míry souvisí i snížené sebehodnocení a uzavření se do sebe (Pichaud, Thareau, 1998, s. 78). Ve chvíli, kdy se všechny tyto faktory sejdou, může být senior vážně ohrožen sebevražděných chováním.

Jako faktory vedoucí k samotě či izolaci starých lidí uvádí Pichaud a Thareauová (1998) tyto:

- Životní podmínky – věk člověka, zda je vdovec či vdova, samostatné bydlení
- Fyzický stav – nemoc, handicap, který může člověku bránit vycházet z domu, hýbat se, smyslový deficit
- Psychický stav – ztráta blízkého člověka nebo zvířete, nedostatek kontaktu s lidmi, porucha chování
- Sociální nebo ekonomické jevy – nedostatek prostředků, aktivit, vykořenění, předsudky

Všechny vyjmenované rizikové faktory sebevražděnosti vedou či mohou vést právě k pocitu osamění. Kalvach (2012) uvádí, že až čtvrtina seniorů v ČR žije osaměle či v sociální izolaci a toto ohrožení narůstá s věkem. S tím je samozřejmě spojeno riziko sociální izolace.

V období stáří opět v životě jedince narůstá význam rodiny a rodinných vztahů. Často jsou zásadními body či situacemi v životě člověka dlouhodobé manželství, sourozenecké vztahy, mezigenerační rodinné vztahy, péče rodiny, ovdovění či rozvod. Všechna tato témata jsou ve stáří aktuální (Brubacker, 1990, s. 13). Právě rodina zde tedy hraje klíčovou roli a v životě seniora může mít fatální následky na jeho spokojenost. Senior, o kterého se stará převážně rodina, bývá mnohem méně ohrožen samotou.

1.2.1.2 Deprese ve vyšším věku

Mnozí psychologové chápou depresi jako stav bezmoci a beznaděje spojený s pocitem, že nic na světě není v pořádku a že už nikdy nic v pořádku nebude. (Frankl, Kranzová, 1998, s. 53).

„Deprese způsobuje výrazné snížení motivace k aktivnímu překonávání překážek a navazování sociálních vazeb. Jedinec je centrován jen na své prožitky a nálady, není schopen nadhledu a následným stavem je rezignace, vyčerpání vnitřní síly.“ (Vondráček in Chvíla, 1998, s. 39).

Obecně je deprese dělena na mírnou, středně těžkou a těžkou depresi. Jednotlivé stupně deprese jsou rozdělovány zejména podle počtu příznaků, které u nemocného shledáme a dále podle míry do jaké ovlivňují život nemocného jedince.

Depresivní porucha, která vznikne ve věku nad 65 let, je závislá na genetických, biologických a psychosociálních faktorech. Mezi biologické faktory patří zejména změny v CNS. V mozku dochází v období stáří ke strukturálním a funkčním změnám, které mohou mít vliv na vznik deprese. Právě biologické faktory mají významnější vliv na vznik deprese ve vyšším věku nežli genetické. Výskyt deprese v geriatrické populaci je velmi četný. Tato porucha je pro nemocného velmi zneschopňující. Těžkou depresí trpí asi 15% seniorů, kteří žijí v domovech důchodců, mírnou depresí trpí pak asi 40% residentů. (Češková, 2007, s. 228)

Velmi významnou roli má psychosociální stres. *„Řada starších lidí zažívá demoralizaci a zoufalství, které vyplývá z neschopnosti dané věkem a pocitu, že nespĺnili svoje celoživotní očekávání. Dále se musí adaptovat na mnoho celoživotních změn, mezi které patří ztráta interpersonálních kontaktů, somatické choroby, neschopnost, nesoběstačnost.“* (Češková, 2007, s. 229)

Základní diagnostická kritéria deprese (Češková, 2007, s. 229):

1. depresivní nálada abnormní vzhledem k osobě, trvající minimálně 2 týdny
2. ztráta zájmu nebo prožitku radosti
3. snížení energie a zvýšená únavnost

Deprese u seniorů bývá méně často diagnostikována než u jedinců mladšího věku. To může být způsobeno trochu odlišným průběhem deprese než v jiných věkových kategoriích. Senior si spontánně nestěžuje tak často na depresivní náladu, i když je pokles nálady jasně patrný. Méně často se pak v této věkové kategorii objevují

pocity viny a bezcennosti. Starší osoby sice mají více postižené kognitivní funkce během depresivní epizody, nestěžují si na ně ale tak často jako osoby ve středním věku. Naopak častěji dochází u seniorů s depresí k úbytku hmotnosti, přetrvávající anhedonii, suicidálnímu jednání a psychotickým příznakům. (Češková, 2007, s. 229)

Mezi příznaky deprese podle Češkové (2007) patří:

1. ztráta sebedůvěry
2. výčitky
3. suicidální úvahy, suicidální jednání
4. nesoustředěnost, nerozhodnost
5. útlum ev. agitovanost
6. poruchy spánku
7. poruchy chuti k jídlu

Deprese v pozdním věku je často spojena se somatickými a neurologickými onemocněními. Poměrně častá je deprese u nemocných demencí.

Léčbě i diagnostice deprese ve vyšším věku je věnována poměrně malá pozornost. Cílem léčby by mělo být zmírnění obtíží, menší počet relapsů, a pokud je to možné, zlepšení kognitivního a funkčního deficitu. Případně je to i nácvik dovedností, které by nemocnému mohly pomoci vypořádat se se svým handicapem. (Češková, 2007, s. 229)

1.2.1.3 Odchod do důchodu a změna sociálních rolí

Odchod do důchodu je pro velkou část lidí velmi zásadním mezníkem. Označuje konec jednoho období a začátek druhého. Tento přechod může být náročný a přinést mnoho nejistot. Pro mnoho lidí znamená odchod ze života lidí produktivního věku a vstup do stáří. V této souvislosti člověk nemůže nevzpomenout větší blízkost smrti.

Konkrétně tedy člověk přecházející do důchodu opouští své zaměstnání a svou profesi. Jelikož to ho do této doby definovalo, mění svým způsobem svou dosavadní identitu a musí se s ní naučit žít. Současně také jedinec ztrácí kontakt s kolegy a dalšími lidmi ze zaměstnání. V takovou chvíli může být tedy ohrožen větší osamělostí (Pichaud, Thureau, 1998, s. 27).

Organizace času v životě je také velká změna. Dosud byl docházením do zaměstnání určen denní režim a jedinec byl tedy udržován aktivní. Od této chvíle si musí svůj volný čas jedinec naplánovat samostatně, nějak se zaměstnat. To se často projevuje i v partnerském životě. V případě, že člověk již ovdověl, může pro něj být tato situace ještě komplikovanější. Nepříjemná může i být i velká finanční změna, která je s odchodem do důchodu spojena. Lidé, kteří jsou čerstvě ve starobním důchodu, si často stěžují na pokles životní úrovně a finanční obtíže (Bútorová, 2013, s. 281).

Nedostatečná adaptace po odchodu do důchodu může vést k rodinným konfliktům, depresi, psychosomatickým projevům, či k nadměrnému užívání alkoholu. Velkým rizikem je ztráta životního smyslu. (Kalvach, 2012, s. 95)

Balogová (2004) uvádí, že příprava na přechod do důchodu má velký vliv na následnou kvalitu života v důchodovém věku. Největší problémy spojené s adaptací na důchod mívají ti, kteří si velmi cení své práce. Vliv mají také vnější podmínky (výše důchodu, finanční zabezpečení), ale i vnitřní podmínky, které souvisí s osobností seniora. To, jak senior vnímá důchod, je velmi spojeno s tím, jak ho vnímal již delší dobu před odchodem ze zaměstnání a zda je tento postoj pozitivně laděný.

Mezi pozitiva této změny jistě patří to, že jedinec přecházející do důchodu se může konečně začít věnovat činnostem, na které po celý život neměl mnoho času, dále konec stresu a nepříjemností spojených se zaměstnáním. Může objevovat a učit se nové věci, které dosud neměl možnost vyzkoušet. Je důležité, aby lidem v důchodovém věku byly tyto možnosti odhaleny a nabídnuty. To by měl být úkol zejména pomáhajících pracovníků.

1.2.1.4 Úmrtí blízkých osob

Se stářím je samozřejmě spojeno i velké množství změn v osobních vztazích. Postupem času člověk přichází o své blízké přátelé, celoživotního partnera, vrstevníky či sourozence.

Nejzásadnější ztrátou bývá úmrtí dlouholetého partnera, se kterým jedinec strávil celý svůj život. To může být natolik velká změna, že mnoho lidí není schopno ji překonat a smysl nadále spatřují jen v minulosti, kdy tady partner ještě byl. S odchodem partnera často lidé ztrácí bezpečí, radost a přítomnost druhé osoby, která byla součástí každodenního života (Pichaud, Thareau, 1998, s. 27).

Brubaker (1990) uvádí, že psychologické symptomy spojené se ztrátou partnera se obvykle objevují mezi prvním a čtvrtým měsícem po úmrtí a přetrvávají až do doby jednoho roku od události. Obvykle mezi tyto symptomy patří smutek, plačtivost, úzkost, ztráta chuti k jídlu, úbytek váhy, poruchy spánku, únava a pocit vyčerpání.

V České republice je velký rozdíl mezi dožitím žen a mužů. Mnohem více žen se dožívá vysokého věku. Čím více věk stoupá, tím vyšší je poměr mezi žijícími ženami a muži. Haškovcová (2010) uvádí ve věkové kategorii 60 let zhruba 145 žen na 100 mužů. Vdovství a vyrovnávání se s touto obrovskou ztrátou se tedy obvykle týká především žen.

Kromě partnera mizí i stejně staří přátelé. Postupem času není výjimkou, že během jednoho roku odejde několik z nich. V takovou chvíli může člověku bezpochyby hrozit samota a pocit opuštěnosti. V případě, že dojde k několika úmrtím za sebou, většinou jedinec nemá prostor takové události zpracovat a vyrovnat se s nimi. Kromě psychických následků se jedinec musí často vyrovnat i s ekonomickými následky ovdovění. Nedostatek financí může mít v takovou chvíli velký vliv na životní úroveň a dráhu ovdovělého.

1.2.1.5 Změna bydlení

Bydlení je pro každého člověka jedním ze základních předpokladů kvalitního života. Potřeba mít své bezpečí, jistotu, soukromí a známé prostředí je nezbytná zejména u seniorů. Ti se často hůře adaptují na nové situace či prostředí. Bydlení je pro seniora obvykle více než jen samotný byt či dům. Jedná se i o okolí, ve kterém dlouhá léta žil, je pro něj snadné se na tomto místě orientovat, má zde vytvořené sousedské vztahy, je dostupné pro něj i jeho blízké, má zde již známého lékaře či jiné služby a je s ním propojen vzpomínkami na svůj předchozí život. (Kalvach, 2012, s. 101).

Se změnou bydlení se staří lidé setkávají velmi často ve chvíli, kdy již nemohou bydlet ve svém původním bytě či domě. Někdy tím důvodem může být příliš velký prostor pro jednoho člověka, obava dětí o své rodiče, příliš vysoké finanční náklady, či potřeba pomoci od druhých lidí. Senior se může přestěhovat k rodině, do jiného bytu či do zařízení, kde mu bude poskytována profesionální péče.

Nejméně snesitelnou variantou bývá přechod do institucionální péče. Ve chvíli, kdy na to jedinec není připraven, je tato situace ještě vážnější. Opakovaně se stává, že rodiny najdou svému rodiči či členovi místo v nějakém zařízení pro seniory a senior v takovou chvíli nemá na výběr. Pro seniora tato situace bývá často velmi těžká, cítí se vykořeněn, někdy i zrazen vlastní rodinou. Mezi největší nevýhody přemístění do pobytového zařízení může bezpochyby patřit ztráta soukromí a nutnost přizpůsobení se jistému režimu zařízení. Často také vzniká tzv. ponorková nemoc, vzhledem ke stereotypnímu prostředí. (Matoušek, 1999, s. 118)

V takovou chvíli bývá těžké vyrovnat se s vědomím, že je to již do konce života. Opustit místo, kde člověk bydlel po mnoho let, znamená dozajista rozloučit se s minulostí, s jednou z posledních věcí, které tvořily dosavadní život. To může být pro seniora velmi rizikovým faktorem a je nutno, aby s tím pomáhající profesionálové ve své práci počítali a snažili se aktivně mapovat situaci seniora, který k nim přichází.

Při stěhování seniora do jiného prostředí je nutno brát v úvahu následující okolnosti. Mezi ně patří včasnost, aby senior neměl pocit, že se musí stěhovat až pod tlakem nepříjemných okolností. Dále mezi ně rozhodně patří dobrovolnost a chtěnost přestěhování. Přesun by měl být pro seniora výhodný a měl by s ním být dopředu seznámen a připraven na něj. Faktor včasného přestěhování jistě souvisí i s možností zabydlení se v novém prostředí tak, aby si senior mohl vytvořit novou sociální síť.

1.2.1.6 Sociální aspekty psychických a fyzických změn ve stáří

Jednotlivé aspekty stárnutí jsou na sebe vzájemně velmi vázané. Dochází tedy k mnoha biologickým, psychickým a sociálním změnám. Některé z nich může člověk částečně ovlivnit způsobem života a léčbou jednotlivých zdravotních problémů. Jiné jsou však závislé na genetických dispozicích každého jedince a nelze je příliš změnit (Ondrušková, 2011, s. 26).

S vyšším věkem nepochybně klesá vitalita, dochází ke zpomalení psychomotorického tempa, lidé pomaleji a rozvláčněji mluví, zmenšují se gesta a klesá jejich frekvence. Dále se v období stáří obvykle zhoršuje sluch a zrak. U mnoha seniorů se objevuje zelený či šedý zákal a dochází k degeneraci sítnice. (Haškovcová, 2010, s. 146)

Velmi často se v tomto období objevují poruchy paměti, které seniorovi i jeho okolí často velmi komplikují život. Snižuje se tedy všípivost a výbavnost – pro starého člověka je několikanásobně těžší něco se naučit než pro člověka mladého (Švancara in Haškovcová, 2010, s. 146). Na obou těchto oblastech paměti je ale možné pracovat a na základě různých pomůcek či cvičení si paměť trénovat. Senioři dokáží velmi dobře rozlišit podstatné od nepodstatného a stoupá u nich obvykle smysl pro detail. Podle Haškovcové (2010) u seniorů stoupá schopnost rozlišit některé barvy, tóny a detaily.

Pro starší lidi je typický pokles adaptability. To se může projevit v nových situacích, s cizími lidmi a v neznámém prostředí. Jak již bylo řečeno, velmi náročné je právě stěhování a není mimořádné, že se snaží udržovat vazby v místě minulého bydliště. (Haškovcová, 2010, s. 148) To, co mnoho seniorů velmi těžce přijímá, je stupňující se závislost na okolí. Komplikace seniorům přináší také zvýšená únavnost, poruchy spánku a rozmrzelost. Některé z těchto obtíží je možné korigovat léky.

Pro období stáří je poměrně obvyklé bilancování vlastního života. Starší člověk tak hodnotí, co se mu v životě přihodilo dobrého i špatného, srovnává jednotlivá období či situace. Často lidé přemýšlejí nad tím, zda se ve svém životě zachovali v různých situacích tak, jak by chtěli. Do velké míry k tomuto patří i lítost nad tím, že mládí a období plné síly je již nenávratně pryč a současnému světu je těžké porozumět. Tak se i stává, že se staří lidé snaží uzavřít před současným světem a unikají spíše do svého nitra. Jedním ze základních rysů ve stáří je „*obrat od materiálních hodnot k duchovním, introverze, introspekce a egocentrismus.*“ (Příhoda in Haškovcová, 2010, s. 152)

Významnou součástí vyššího věku je také změna role v rodině i v partnerském vztahu. U žen může pak být jednodušší navazovat další přátelské vztahy či si nalézt náplň dnů. Vdovci to v této oblasti mohou mít poněkud komplikovanější. S postupujícím věkem může také docházet k oploštění emotivity.

Vysoký věk s sebou velmi často přináší onemocnění demencí. Ta se v seniorském věku vyskytuje velmi četně. V populaci sedmdesátiletých je demence diagnostikována u méně než 5% lidí, v populaci osmdesátiletých osob je to téměř 15%, u devadesátiletých je to pak téměř polovina. U demence, zejména pak Alzheimerovy demence, dochází k pozvolné ztrátě mnoha základních lidských vlastností. Mezi ty patří intencionalita, autonomnost, identita a sociální vztahovost (Gruss, 2009, s. 20).

Některé změny přímo působí na míru zařazení starých lidí do společnosti. Mezi ty patří například změny sluchu, zraku, úbytek svalové síly a zhoršování pohybových dovedností. Dále mezi ně patří šedivění a vypadávání vlasů, vypadávání zubů, viditelné změny kůže či zvyšování tělesné váhy. Všechny tyto změny mohou působit na to, do jaké míry se jedinec izoluje od společnosti, ať již záměrně či ne. Pro člověka ve vyšším věku nemusí být vždy jednoduché takové změny sama sebe přijmout a tím spíš, když jsou natolik viditelné okolí (Pichaud, Thareau, 1998, s. 29).

Současná společnost uznává přehnaný kult mládí, který se i staří lidé často naučili přijímat. Následkem toho někdy snižují svou vlastní hodnotu. Bolesti, které jsou s nemocí člověka spojeny, mohou způsobovat velké množství omezení a bariér v životě jedince. Je tedy naprosto pochopitelné, proč je jedním z nejzásadnějších problémů v životě seniorů izolace od jejich okolí či příliš velká závislost na pomoci druhých.

1.2.1.7 Závislost na návykových látkách

Sebevražednost a problematika závislosti na návykových látkách je velmi propojena. V České republice, stejně jako v celé Evropě, je nejrozšířenější závislostí alkoholismus, samozřejmě až po tabakismu. (Koutek, Kocourková, 2003, s. 63). Suicidalita u alkoholiků je poměrně častým problémem a není výjimkou, že tímto směrem pokračuje vývoj závislosti. Vlivy suicidálního jednání je možné rozdělit na dobu intoxikace, postintoxikační období a období abstinence. (Chvíla, 1998, s. 39)

Zejména starší ženy jsou ohroženy rizikem zneužívání alkoholu. V této oblasti ale nebylo dosud zrealizováno dostatečné množství výzkumů. Skupina seniorů závislých na návykových látkách je tedy podregistrována (Blow in Ryan, Coughlan, 2010, s. 74).

Jedním z důvodů, proč je právě alkohol velkým rizikem pro suicidální chování, je zejména jeho vliv na hladinu a přenos serotoninu v lidském mozku. Rozkolísaná hladina serotoninu do velké míry ovlivňuje pocity jedince. Často s sebou přináší pocit beznaděje a vede k depresi. Ta potom velmi často vede právě k sebevražednému chování. S dalším užíváním alkoholu přichází velké riziko prohloubení deprese. Depresivní syndrom často závislosti i předchází. Jedinec se tedy právě nepříjemný stav snaží alkoholem odehnat. Uživatel alkoholu či jiných návykových látek se často s postupující závislostí dostává do sociální izolace, která s sebou přináší riziko prohloubení deprese. V takovou chvíli je jedinec v kruhu, ze kterého může být sebevražda jedním z možných únikových cest. (Chvíla, 1998, s. 39)

U populace seniorů může být nebezpečná i závislost na medikamentech, které jsou jim předepisovány. Zejména pak návyk na léky na spaní a na bolest. Je tedy nutné, aby lékař sledoval toto riziko a snažil mu předcházet.

Diagnostika závislosti ve stáří je komplikovanější než u jiných věkových skupin, zejména kvůli redukovaným sociálním vazbám, tolerance vůči návykovým látkám je snížena fyziologicky a není projevem závislosti, intelektová kapacita a s tím spojené projevy adaptability jsou sníženy. Je nutné odlišit osoby, které již dlouhodobě užívají návykové látky, a přesto se dožily stáří, a osoby, které podlehly abúzu návykových látek až ve stáří. (Baštecký, Kümpel, Vojtěchovský, 1994, s. 290)

U všech věkových kategorií užívání alkoholu zrychluje stárnutí mozku. Baštecký, Kümpel a Vojtěchovský (1994) uvádí, že s tím korespondují i nálezy

poškození mozku a výskytu demence u lidí s dlouhodobým užíváním alkoholu či jiných návykových látek.

Často se ve stáří jedná spíše o problém sociální než medicínský. Tato problematika je do velké míry spojena s osamělostí, izolací, bolestí a somatickými problémy.

Baštecký, Kümpel a Vojtěchovský (1994) uvádí, že při léčbě závislosti ve stáří je žádoucí nejprve zvládnutí doprovodných somatických obtíží. Jelikož užívání návykových látek působí v tomto věku více somatických poškození než v jiné věkové skupině. Nutné je tedy zaměřit se na zvládnutí poruch spánku, zažívání atd. Až po této fázi léčby je vhodné zaměřit se na vlastní odvykací léčbu, kde je již významnou složkou sociální klima, možnosti začlenění jedince do rodiny či jiné skupiny. Závislost na návykových látkách v tomto věku je multidisciplinárním jevem a je tedy nutné k němu takto přistupovat při jeho řešení.

1.2.1.8 Syndrom EAN

Týrání je velmi zásadní událost v životě člověka, která má bezpochyby vliv na další vývoj a vnímání sebe sama. Je tedy jedním z rizikových faktorů sebevraždy seniorů, na který je nutné zaměřit pozornost nejen pomáhajících pracovníků. Právě staří lidé jsou velmi zranitelnou skupinou, ve které se objevují různé formy týrání či zanedbávání. Tento jev je nazýván syndrom EAN – Eldery abuse and neglect.

Bývá velmi složité tento problém odkrýt. Zejména proto, že staří lidé jako oběti často nejsou schopni nebo se nechtějí s tímto problémem svěřit jakékoli autoritě. Není výjimkou, že jsou zneužíváni právě tou osobou, na které jsou nejvíce závislí (Harwood, 2007, s. 238).

Zneužívání starých lidí se může vyskytovat jako různé formy fyzického týrání (bití, znehybnění), dále jako různé formy zanedbávání (neposkytnutí jídla, hygieny), psychického týrání (urážení, verbální shazování) a finančního zneužívání (utracení důchodu, prodání majetku). I v seniorské populaci může docházet k sexuálnímu zneužívání například ze strany dementního partnera či mladšího klienta v ústavní péči. (Harwood, 2007, s. 238)

Nejčastěji týrání či zanedbávání způsobují nejbližší lidé oběti, mezi které patří členové rodiny, zejména pak dospělé děti či partner. Stává se ale také, že se týrání či zanedbávání odehrává i v institucích a podílí se na něm personál zdravotnických či sociálních zařízení, do jejichž péče byli staří lidé svěřeni (Havránková in Vodáčková, 2007, s. 294).

Syndrom EAN se obvykle objevuje v situacích, kdy je senior velmi závislý na někom dalším a je jím tedy i do velké míry ovlivňován. Tím je myšleno, že má snadný přístup k jeho finančním prostředkům a přehled, s kým senior komunikuje. Toto týrání se velmi často objevuje u seniorů, kteří jsou nemocní a potřebují velkou míru pomoci (Harwood, 2007, s. 238).

Častěji než je veřejně známo, dochází k nevhodnému zacházení s geriatricky křehkými pacienty v dlouhodobé ústavní péči. Jedná se zejména o ponižování, nerespektování soukromí, důstojnosti, omezování pohybu mimo zařízení, nadměrné medikace a mechanické omezování – kurtování, postranice po celé délce lůžka, zanedbání výživy, vystavování chladu za trest a další. (Kalvach, 2012, s. 110).

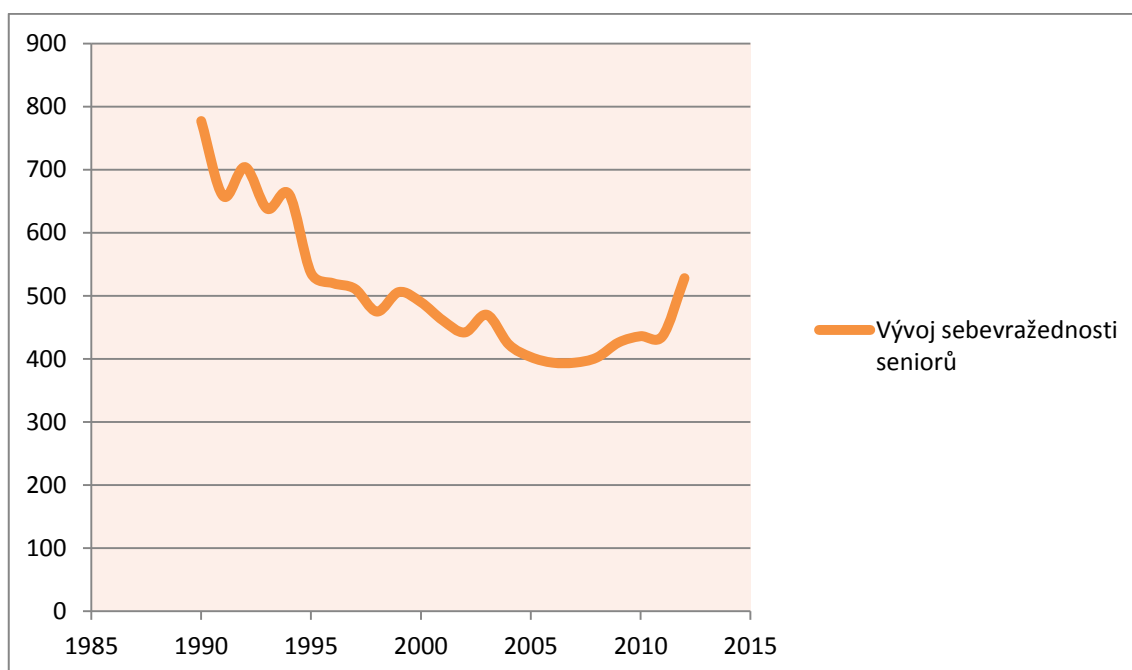
Každý starý člověk, který je obětí týrání, se za tuto skutečnost nepředstavitelně stydí. Obvykle trpí pocitu viny, že něco pokazil a teď si to zaslouží. Často se staří lidé,

kteří jsou zneužívání, obávají, že by jim nikdo tuto skutečnost neuvěřil. Myslí si, že s tím nelze nic udělat, a je pro ně velmi těžké toto téma vůbec před někým otevřít (Havránková in Vodáčková, 2007, s. 294).

1.2.2 Sebevražednost seniorů v datech

Graf 1 uvádí vývoj sebevražednosti seniorů ve věku od 60 let do 95+ a to v období od roku 1990 do roku 2012. Sebevražedností jsou v tomto případě myšleny pouze dokonané sebevraždy.

Počet registrovaných dokonaných sebevražd byl z tohoto období nejvyšší v roce 1990, kdy dosáhl počtu 777. V následujících letech sebevražednost pozvolna klesala a to až do roku 2006 na 394 dokonaných sebevražd v seniorské populaci. V posledních letech zaznamenává sebevražednost opět nárůst a to až do roku 2012, kdy dosáhla počtu 528 sebevražd u seniorů.



Graf 1: Vývoj sebevražednosti na území ČR ve věkové skupině seniorů 60 – 95+, období od roku 1990 do roku 2012.¹

V následující tabulce (Tabulka 1) je vyjádřen počet sebevražd seniorů v České republice podle jednotlivých věkových kategorií, za období od roku 2003 do roku 2012. Nejvyšší sebevražednost je spojena s věkem 60 až 69 let, dále v jednotlivých věkových kategoriích klesá se stoupajícím věkem. Je také patrné, že v posledních čtyřech letech podle této statistiky sebevražednost téměř ve všech věkových kategoriích stoupá.

¹ Zemřelí podle seznamu příčin smrti, pohlaví a věku v ČR, krajích a okresech 2003 až 2013. Český statistický úřad [online]. 2013 [cit. 2014-07-07]. Dostupné z: http://www.czso.cz/csu/2013edicniplan.nsf/kapitola/4017-13-r_2013-01

Rok	60 – 64	65 – 69	70 – 74	75 – 79	80 – 84	85 – 89	90 – 94	95 +
2003	101	64	73	92	84	37	16	3
2004	86	71	83	79	69	14	18	3
2005	103	62	75	61	57	27	15	3
2006	83	76	69	76	63	17	9	1
2007	91	79	66	70	53	26	8	1
2008	89	72	67	69	65	35	4	1
2009	128	72	49	69	60	40	3	5
2010	124	102	55	54	51	41	9	-
2011	121	102	52	55	60	35	10	1
2012	152	112	74	56	68	50	14	2

Tabulka 1: Počet úmyslných sebepoškození v České republice podle jednotlivých věkových kategorií od 60 let do 90+, období od roku 2003 do roku 2012²

Pro data týkající se způsobu provedení sebevraždy, se používají kódy Mezinárodní klasifikace nemocí – 10. revize (MKN) - viz příloha č. 1.

Tabulka 2 ukazuje pět nejčastějších způsobů úmyslného sebepoškození na území ČR dle MKN – 10. revize (viz. Příloha č. 1). Mezi ně tedy patří „X 70 - Úmyslné sebepoškození oběšením, (u)škrčením a (za)dušením, X 72 - Úmyslné sebepoškození výstřelem z pistole, revolveru, X 74 - Úmyslné sebepoškození výstřelem z jiné a neurčené střelné zbraně, X78 - Úmyslné sebepoškození ostrým předmětem a X80 - Úmyslné sebepoškození skokem z výše.“³Téměř ve všech věkových kategoriích je jednoznačně nejčastějším způsobem zvoleným ke spáchání sebevraždy „X 70 - Úmyslné sebepoškození oběšením, (u)škrčením a (za)dušením“⁴.

MKN – 10	60 – 64	65 – 69	70 – 74	75 – 79	80 – 84	85 – 89	90 – 94	95 +
X 70	93	57	35	34	37	32	10	1
X 72	8	7	7	2	2	1	1	-
X74	12	9	9	3	8	4	-	-
X78	6	1	3	3	9	4	-	1
X 80	11	13	8	6	8	5	1	-

Tabulka 2: Nejčastější způsoby úmyslného sebepoškození v České republice v jednotlivých věkových kategoriích od 60 let do 90 +, údaje za rok 2012⁵

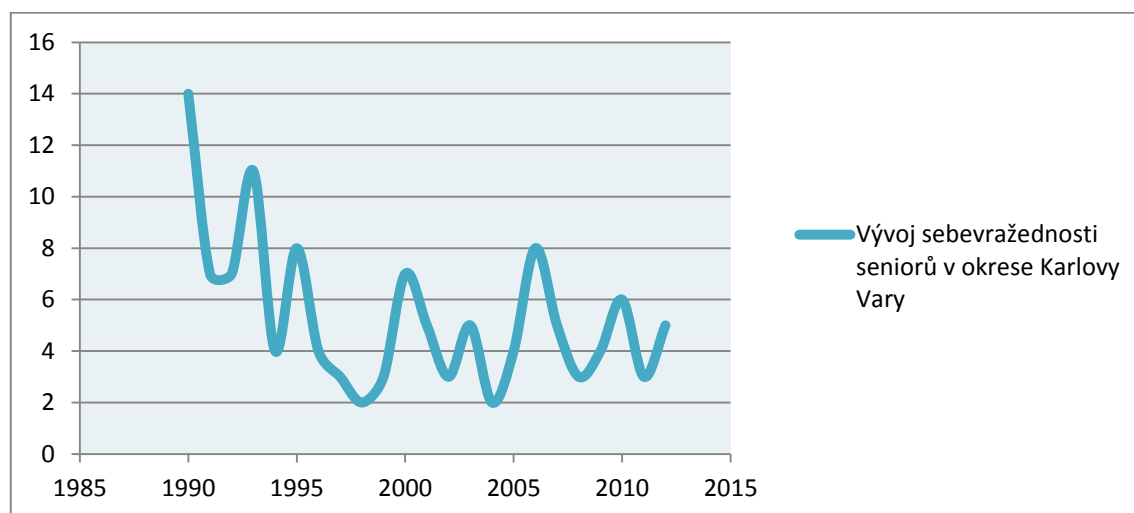
² Zemřelí podle seznamu příčin smrti, pohlaví a věku v ČR, krajích a okresech 2003 až 2013. Český statistický úřad [online]. 2013 [cit. 2014-07-07]. Dostupné z: http://www.czso.cz/csu/2013edicniplan.nsf/kapitola/4017-13-r_2013-01

³ Vnější příčiny nemocnosti a úmrtnosti: Úmyslné sebepoškození (X60-X84). Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR[online]. 2010 [cit. 2014-07-07]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/cz/mkn/X60-X84.html>

⁴ Vnější příčiny nemocnosti a úmrtnosti: Úmyslné sebepoškození (X60-X84). Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR[online]. 2010 [cit. 2014-07-07]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/cz/mkn/X60-X84.html>

⁵ Zemřelí podle seznamu příčin smrti, pohlaví a věku v ČR, krajích a okresech 2003 až 2013. Český statistický úřad [online]. 2013 [cit. 2014-07-07]. Dostupné z: http://www.czso.cz/csu/2013edicniplan.nsf/kapitola/4017-13-r_2013-01

Graf 2 ukazuje, že počet sebevražd seniorů se v okrese Karlovy Vary také od roku 1990 postupně snižoval, stejně jako tomu je na území celé republiky. Na rozdíl od celorepublikového vývoje se počet sebevražd v tomto okrese nijak nezvyšuje v posledních letech. Zdrojem těchto dat je Český statistický úřad.



Graf 2: Vývoj sebevražednosti seniorů v okrese Karlovy Vary ve věkové skupině seniorů od 65 do 95+, období od roku 1990 do roku 2012

Následující tabulka (Tabulka 3) ukazuje počet úmyslných sebepoškození, rozčleněných podle jednotlivých způsobů sebevraždy (viz. příloha č. 1), ve věkové skupině 65+ právě v okrese Karlovy Vary a to v období od roku 2000 do roku 2012. Z dat uvedených v tabulce je patrné, že nejčastěji volenou metodou sebevraždy je úmyslné sebepoškození oběšením, (u)škrcením a (za)dušením – X70. Zdrojem těchto dat je Český statistický úřad.

MKN- 10	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
X 61							1			1	1		
X 64		1					1				1	1	2
X 70	4	1	1	3	1	3	3	2	2	1	2		
X 71							1						
X 72								1					1
X 74		1					1	1				1	2
X 78					1		1			1	1	1	
X 80	2	1	1			1		1	1		1		
X 81				1						1			
X 83				1									
X 84	1	1											
Celkem	7	5	2	5	2	4	8	5	3	4	6	3	5

Tabulka 3: Počet úmyslných sebepoškození (X60 – X84) ve věkové skupině 65+ v okrese Karlovy Vary, období od roku 2000 do roku 2012

1.3 Specifika práce se suicidálními seniory

Všechny události, které jsou popsány v předchozím textu, mohou být rizikovými faktory pro suicidální jednání u osob vyššího věku. Tyto situace jsou náročné pro každého člověka, tím spíše potom pro osoby, které již nemají schopnost takové míry adaptace. Senior může být tímto děním hluboce otřesen a traumatizován. Všechny ztráty obvykle doprovází šok a dlouhá krize, období smutku, během kterého se bude jedinec s novým nastavením svého života vyrovnávat (Pichaud, Thareau, 1998, s. 34).

Člověk pečující o sebevrahy, by měl nejprve prozkoumat svůj vlastní postoj k sebevraždě. Měl by zvážit, poznat a akceptovat své vlastní sebevražedné sklony a měl by zjistit, kolik úzkosti v něm vyvolávají. Pokud tuto otázku pracovník potlačuje, může to mít velký vliv na práci se sebevražedným klientem a na subjektivní náročnost jednotlivých případů (Kastová, 2010, s. 51).

1.3.1 Potřeby seniorů a kvalita života

Kvalita života jedince má objektivní a subjektivní rovinu. Subjektivní kvalita života je spojena s psychickou pohodou a všeobecnou spokojeností se životem. Objektivní kvalitou je myšleno naplnění požadavků, které jsou spojeny se sociálními a materiálními podmínkami života a psychického zdraví. Z různých úhlů pohledu vidí kvalitu života medicína, psychologie i sociologie (Ondrušková, 2011, s. 47).

Faktory, které ovlivňují kvalitu života v seniorském věku, jsou: dobrý zdravotní stav, stabilní manželství, samostatné bydlení, extraverze, sociální zapojení, nepřítomnost deprese a nepřítomnost problémů s alkoholem (Heun in Ondrušková, 2011, s. 49). Dragomirecká (2007) uvádí, že sociální gerontologie vidí jako důležité faktory kvality života ve stáří celkový zdravotní stav, schopnost vykonávat běžné činnosti, hmotné zabezpečení a životní spokojenost. K měření kvality života seniorů byl vytvořen např. dotazník WHOQOL - BREF či WHOQOL - OLD.

Další autoři uvádějí jako hlavní vlivy působící na kvalitu života zejména zdravotní stav, materiální zabezpečení, rodinnou situaci, příležitosti k rozvíjení sociálních kontaktů, možnost realizace koníčků a dostupnost zdravotnických i sociálních služeb.

Populace seniorů má v mnoha ohledech naprosto stejné potřeby jako jakýkoli jiný člověk. A. H. Maslow shrnul tyto základní lidské potřeby. První jsou potřeby fyziologické, dále je to potřeba bezpečí, sociální potřeby, potřeba autonomie a potřeba seberealizace. Míra, ve které jsou tyto potřeby uspokojovány, je ale u každého člověka jiná. Jako nejnáročnější se u lidí vyššího věku ukazuje předejít sociální izolaci, udržet určitou míru aktivního života, zabezpečit finanční potřeby a udržet si přijatelný zdravotní stav. Jako nejdůležitější vnímá Pichaud a Thareauová (1998) pocit bezpečí, udržování vztahů, nezávislost a smysl života.

Výchozím bodem pro kvalitu života jsou tedy základní potřeby každého člověka. Uspokojení těchto potřeb je naprostým základem kvality života. Právě tyto potřeby může být u seniorské populace obtížnější naplnit. Nezbytnou podmínkou je tedy vysoká míra aktivity pomáhajících pracovníků. Lidé vyššího věku si vždy nemohou nebo nechtějí o naplnění těchto potřeb říci.

Potřeby každého člověka jsou individuální, mění se v čase a ve vztahu k prostředí, v němž žije. V procesu stárnutí se tedy nezbytně musí měnit i potřeby stárnoucího člověka a priority při jejich uspokojování. Důležité je, že uspokojování jedné potřeby může ohrozit naplnění jiné potřeby. Příkladem může být přestěhování do domova seniorů, kde sice mohou být všechny biologické potřeby jedince uspokojeny, ale může se zvyšovat pocit sociální izolace (Kalvach, 2012, s. 34).

Rizikem u seniorů může být i jisté přehlížení či předpokládání potřeb pečujícími. Pracovníci či rodina mohou mít o potřebách staršího člověka jisté představy či předsudky, které se nutně nemusí shodovat se skutečností. Současně nemusí být potřeby jedince na první pohled okolí viditelné. Často se stává, že starý člověk žádá druhého o praktickou pomoc, ale vedle ní potřebuje zejména mezilidský kontakt.

1.3.2 Péče o seniory s rizikem suicidálního chování

Při práci se seniory je nutné mít na paměti, že chlácholení pro daného člověka nebude dostačující. Často odpovídá spíše osobním pocitům pracovníka, než potřebám daného seniora. Ten potřebuje znát konkrétní odpovědi na své otázky a pracovník by měl být schopen mu je zodpovědět. Pracovník sice nemusí být schopen odpovědět na všechny otázky, ale měl by být schopen pomoci klientovi ve vyhledávání odpovědi - např. aktuální kontakty na odpovídající služby. Hlavní potřebou seniora často bývá touha si postěžovat, zároveň ale od pracovníka není očekáváno okamžité řešení situace. Stejně tak senior často nepotřebuje soucit ani lítost. Nejdůležitější při práci se seniory je právě empatie a symetrický vztah. Přehnaná péče či shovívavost může být pro seniora spíše ponižující (Havránková in Vodáčková, 2002, s. 293)

Pro práci se sebevražděnými jedinci je naprosto nezbytné zbavit se předsudků a mýtů o sebevraždách (Havránková in Vodáčková, 2007, s. 482). Jak již bylo řečeno, ve chvíli, kdy pracovník nemá vyřešen a nahlédnut svůj vlastní vztah k sebevraždě, bude pro něj pravděpodobně mnohem komplikovanější se sebevražděným klientem účinně pracovat.

Účinným nástrojem pro práci s lidmi, kteří o sebevraždě uvažují, je mluvit s nimi otevřeně a uvést téma na pravou míru. Je tedy žádoucí nebát se skutečnosti pojmenovat a zeptat se seniora, zda uvažuje o tom, že už by tu nechtěl být či přímo o sebevraždě (Havránková in Vodáčková, 2007, 484). Veřejně vládně obava, že pokud se sebevražda pojmenuje, může člověk otevřít téma, o kterém dosud nepřemýšlel. Pravdou ale je, že jedinci, který má sebevražděné myšlenky se obvykle velmi uleví, že může o tomto tématu vůbec s někým mluvit. Pokud se nejedná o sebevražděného jedince, jednoduše na dotaz o sebevraždě odpoví, že se jedná o jiný problém.

Pomáhající profesionál by měl být v této problematice dostatečně vyškolen. Opakovaně se totiž ukazuje, že jedinec myslící na sebevraždu se již v minulosti pokusil o tomto problému s někým hovořit. Většinou se ale setkal s reakcemi, které spíše bagatelizovaly jeho pohled na problém. V takovou chvíli je pro jedince tíživé, že své myšlenky nemůže s nikým probrat. V případě, že se s námi jedinec o sebevražděných myšlenkách baví, je rozhodně na místě doptat se, zda má již vymyšlený nějaký sebevražděný plán, a zmapovat následně, jak konkrétně o něm uvažoval. (Havránková in Vodáčková, 2007, s. 484).

Na sebevražedného klienta by rozhodně neměl být vyvíjen jakýkoli nátlak, ani by mu nemělo být odepíráno právo tento čin vykonat. Pracovník by sice měl být na straně života, ale nátlak v takovou chvíli může mít naprosto opačný efekt, než je žádoucí. Stejně tak by ze strany naslouchajícího neměla přicházet jakákoli moralizace, vyčítání či předhazování věcí, kvůli kterým by sebevraždu neměl spáchat. (Havránková in Vodáčková, 2007, s. 485).

Metody intervence u seniorů, u kterých se vyskytuje sebevražedné jednání, se musí nepochybně lišit u osob s duševním onemocněním a u osob, kde suicidální jednání je výsledkem dlouhodobé úvahy. Problémem zůstává, že velmi často není seniorům poskytována dostatečná psychologická péče. Není také přístupná v pobytových zařízeních. Často se tedy stává, že jedinou formou léčby duševních onemocnění u seniorů je pouhá medikace. To se ale nepotkává s opravdovými potřebami této věkové skupiny. (Ryan, Coughlan, 2010, 72)

Ryan a Coughlan (2010) uvádějí, že seniorům, kteří trpí nějakým duševním onemocněním se oproti jiným věkovým kategoriím dostává méně vhodné a adekvátní léčby. Dále uvádějí, že ideálně by to měli být profesionálové – kliničtí psychologové, kteří se budou specificky věnovat péči o duševně nemocné staré lidi. V takovou chvíli bude pracovník schopen uzpůsobit péči a léčbu seniora tak, aby to navazovalo na jeho psychické i fyzické potřeby odpovídající fázi stáří.

Praško (1996) uvádí, že při akutním ohrožení suicidiem je nutná hospitalizace. Krátkodobou hospitalizaci doporučuje i ve chvíli, kdy u jedince chybí zevní systém podpory. Při úvaze o směru intervence je potřebné zmapovat motivy daného člověka. Nezbytnou součástí péče o suicidálního seniora je empatie a vyjádření pochopení. Dále uvádí, že naprosto zásadní při komunikaci se suicidálním jedincem je ochota po celou dobu kontaktu udržet pozornost a soustředění na osobu jedince, na pečlivé a citlivé naslouchání jeho příběhu, jeho problémům a ambivalencím. Je třeba povzbudit ho k vyjádření emocí, potvrzujeme jeho právo cítit to, co cítí. Je nežádoucí hodnotit, moralizovat či kritizovat.

1.3.3 Specifické potřeby pomáhajících pracovníků

U pomáhajících pracovníků je velmi častým problémem velké pracovní přetížení. Bývá pravidlem, že mají příliš mnoho klientů či pacientů, o které musí pečovat. Stává se, že pro svou práci nemají dobré podmínky, vyčerpává je soucit a nejsou pro kontakt s klienty dobře vyškoleni, takže se jim práce dostatečně nedaří (Kopřiva, 2011, s. 100). Při práci se seniory se pracovník každodenně setkává s řadou velmi závažných životních témat a situací, které je jistě velmi náročné osobně zpracovat. Tato kombinace může bezpochyby vést k syndromu vyhoření či jiným psychickým a fyzickým obtížím.

Právě z těchto důvodů je pro pomáhající profesionály nezbytně nutné, aby pečovali o svůj psychický i fyzický stav. Je žádoucí zaměřit se na prevenci a techniky zvládnání stresových situací.

V první řadě se jedná zejména o životní styl každého pracovníka. Velkou roli hraje zejména pohyb, výživa a spánek. Pomáhající pracovníci by rozhodně měli dbát na to, aby jejich práce nepohltila veškerý volný čas a s tím i osobní život. Je rozhodně na místě, aby se snažili věnovat volný čas svým koníčkům, sportu a společenskému vyžití. Dále je důležité, zda má pomáhající pracovník dostatečné zázemí v osobním životě. Dlouhodobé konflikty v mezilidských vztazích jistě ubírají energii každému člověku. (Kopřiva, 2011, s. 100)

Kopřiva (2011) dále uvádí, že velmi důležité je pro každého člověka přijetí sebe sama. Tím spíše pak pro pomáhajícího je akceptace vlastní osoby nezbytnou součástí. V opačném případě je pravděpodobné narůstající vyčerpání, které může končit stavem vyhoření.

Právě k syndromu vyhoření tedy dochází v případě, že pracovník dlouhodobě vydává více energie, než dostává. Hlavními projevy jsou obvykle deprese, lhostejnost, stažení se z kontaktu, ztráta sebedůvěry, cynismus, časté nemoci a tělesné obtíže. Opakovaně se v takové situaci pomáhajícímu pracovníkovi objevuje téma spojené se smyslem vlastní práce. K syndromu vyhoření lze dojít různými způsoby, ale obvykle se cestou objevuje ztráta ideálů, workoholismus či tlak mnoha příležitostí, ze kterých je velmi těžké vybrat (Kopřiva, 2011, s. 100).

Je mnoho možností jak syndromu vyhoření u pomáhajících pracovníků předejít. Soustavná psychohygienu a péče o vlastní osobu je ale nezbytná. Stejně tak by o

pomáhající profesionály ale měla pečovat organizace popřípadě systém, ve které se pohybují.

Mezi základní možnosti péče organizace o pracovníka patří supervize. Ta se osvědčila jako velmi účinný nástroj reflexe a podpory pracovníka při práci. Dalším možností je dostatečné a vhodně zaměřené vzdělávání, které pracovníkovi zaměstnavatel nabízí či poskytuje. Důležitým motivačním prvkem pro práci každého člověka je vlastní pracovní kolektiv, vztah se zaměstnavatelem a v neposlední řadě finanční ohodnocení.

Právě vzdělávání může být velmi účinným nástrojem motivace pro budoucí vykonávání práce. Je tedy ale nezbytně nutné, aby si pracovník mohl vybrat kurz, který sám považuje za užitečný a bude mu opravdu nápomocný při přímé práci s klienty.

1.4 Možnosti prevence sebevraždnosti seniorů

Sebevraždnosti seniorů lze předcházet na několika úrovních. V této práci je tedy prevence rozdělena na primární a další prevenci. V současné době je samozřejmě komplikované dosáhnout takové úrovně prevence, která je zde popsána. Ať je to již na úrovni jednotlivce či společnosti.

a) Primární prevence

Jako primární prevenci lze vnímat život lidí obecně. Každý člověk by měl pečovat o svou psychickou, fyzickou i sociální pohodu. Tím spíše by měl čas věnovat sám sobě, čím je starší, v náročných životních situacích a v jiných životních komplikacích. Přímo ve stáří pak Švancara (in Haškovcová, 2010) doporučuje několik bodů pro vitální život: 1. mít životní perspektivu, 2. usilovat o pružnost, 3. pěstovat prozíravost, 4. porozumění pro druhé a za 5. nezapomínat na potěšení.

Dalším bodem prevence by měl nezbytně být celospolečenský program přípravy na stáří. Na to se mohou senioři do určité míry připravovat sami, do určité míry je ale třeba prostor ve společnosti. Tato příprava by měla probíhat celoživotně a měla by být součástí výchovných a vzdělávacích programů již od útlého věku. Tímto způsobem by se mohl změnit postoj společnosti ke stáří a veřejně by stáří mohlo mít více pozitivní obraz. (Haškovcová, 2010, s. 174)

V další úrovni je jistě nutná příprava samotných stárnoucích lidí, a to přibližně deset let před odchodem do důchodu. V tomto období by si měl jedinec odpovědět na to, co bude dělat, až k této životní fázi dospěje. Je žádoucí udržovat a rozvíjet rodinné a jiné mezilidské vztahy. Zároveň je nezbytný přiměřeně zdravý životní styl.

Poslední krok přípravy by měl být realizován cca 3-5 let před odchodem do důchodu. Haškovcová (2010) uvádí, že v této době by měl jedinec vyměnit svůj byt za menší, pohodlnější, v blízkosti dospělých dětí, v domě s výtahem nebo v nižším patře. Tak bude mít člověk dostatečně dlouhou dobu na to, aby si ve svém okolí stihl vytvořit novou sociální síť. V této době je také třeba myslet na všechny praktické náležitosti, jako jsou dostatečné finanční rezervy, uspořádání bytu, lokalita atd.

O aktivitě ve stáří rozhodují zejména čtyři faktory. Těmi jsou společenská atmosféra, individualita člověka, zdravotní stav a nabídka možností.

b) Sekundární a terciární prevence

V rámci další prevence je možné sebevraždám předcházet vzděláváním všech pomáhajících pracovníků a omezením přístupu ke smrtícím prostředkům. Za nejdůležitější je ale považována detekce rizikových jedinců. Takoví jedinci jsou zejména ti, kteří trpí depresí a již se v minulosti pokusili o sebevraždu, trpí nějakým somatickým onemocněním nebo jsou sociálně izolovaní. K tomu, aby tito jedinci mohli být bezpečně rozpoznáni a mohla na ně být zaměřena pozornost pomáhajících odborníků, je nezbytná správná diagnostika pacientů. Díky té je možné odhalit právě deprese. Je ale třeba neopomínat i somatické vyšetření pacientů.

Vojtěchovský (1998) formuloval několik zásad prevence suicidálního jednání u deprese pozdního věku:

- Nejdůležitější je včasné rozpoznání psychické poruchy a včasné zahájení léčby
- Otevřené pátrání po suicidálních úvahách
- Diagnostika a léčba komorbidního tělesného onemocnění
- Účinná antidepressivní léčba
- Adekvátní trvání antidepressivní léčby
- Odstranění dostupných prostředků k suicidiu (zejména zásob léků)
- V psychoterapii překonat konzervatismus, být otevřený a myslet konstruktivně
- Do terapie zahrnout i rodinu a nejbližší
- Kontakt nemocného s lékařem častěji, než je zvykem

Vzhledem k tomu, jak často se pojí suicidální jednání se somatickým onemocněním, je pravděpodobné, že léčba somatického onemocnění bude fungovat jako prevence sebevražedného jednání. Velmi tedy záleží na tom, zda je u jedince přítomna primární či sekundární deprese. U primární deprese je samozřejmě důležité nasadit účinnou léčbu. Do té patří zejména časté návštěvy lékaře a jiných pomáhajících pracovníků, angažování nejbližších, možnost telefonické komunikace, razantní antidepressivní terapie. U sekundární deprese je nutné léčit somatické onemocnění, zároveň je ale obvykle potřebné využít antidepressiv a psychoterapie stejně tak, jak je tomu u primární deprese. (Češková, 2007, s. 231)

Ze strany lékaře je naprosto zásadní poskytnout pacientovi správný lék, dostatek empatie, času a adekvátní formou srozumitelné informace. (Češková, 2007, s. 232) Rozhodně by pomáhajícími pracovníky neměla být opomenuta ani rodina pacienta. Je důležité, aby i ta dostala přiměřené informace o stavu svého příbuzného a aby jí zároveň byly odkryty možnosti, které jsou dostupné.

V České republice není výjimkou, že se lékaři častěji zabírají somatickými onemocněními pacienta, nežli psychickými. Praktický lékař by se měl snažit po duševních poruchách u pacientů pátrat, aby mohlo dojít ke včasné léčbě. Baudiš (1998) uvádí, že téměř polovina (41% - 43%) sebevrahů navštíví svého lékaře během posledního měsíce před smrtí, zatímco psychiatra pouze 14%.

Krizová intervence se u suicidálních jedinců provádí nejlépe před suicidálním pokusem, popřípadě po sebevrahově procitnutí. Pro krizovou intervenci jsou v takovýchto případech vytvořeny koncepce, podle kterých je možné postupovat jednoznačněji než u jiných problémů. Velký význam mají telefonické linky důvěry a krizová centra.

Pro dostatečnou prevenci je nutné vnímat signály, které od klienta přicházejí. Někdy jsou tyto signály méně nápadné, někdy jsou nápadnější. Klient v takové chvíli může doufat, že si jeho signálů někdo všimne. Mezi tyto signály může patřit např. rozdávání majetku, negativní poznámky o budoucnosti, poznámky o budoucnosti bez dané osoby, zájem o smrt, umírání, co bude po ní a samozřejmě příznaky deprese (Frankel, Kranzová, 1998, s. 119).

Senior, u kterého vnímáme jakékoli riziko sebevražednosti, rozhodně nesmí zůstat izolován od odborné pomoci. V takové chvíli by mu měla být věnována zvýšená péče různých pracovníků. To platí samozřejmě pro seniory, kteří žijí osaměle ve vlastní domácnosti, ale i pro seniory v pobytových zařízeních. Rozhodně by měl být udržován četnější kontakt s lékařem, sociálním pracovníkem, psychiatrem a rodinou. Na zmíněné služby ale často senior nemá možnost sám najít kontakt. Ten by mu měl být zprostředkován pracovníky, kteří si jeho situace povšimnou. Je důležité zaměřit se na širší spektrum zdrojů a služeb v okolí klienta, které mu mohou v komplikované situaci pomoci – rodina, lékař, psychiatr, komunitní centrum, přátelé, sociální pracovníci, sestry.

2. EMPIRICKÁ ČÁST

Výzkum v této práci byl realizován na území okresu Karlovy Vary. Tento okres se rozkládá na západě České republiky. Pro realizaci výzkumu právě v této oblasti jsem se rozhodla zejména kvůli velmi malému množství volnočasových aktivit pro seniory a malé četnosti pobytových zařízení v tomto okrese. Podobná studie zde nebyla v minulosti realizována a pohled pracovníků na problematiku sebevražednosti seniorů tedy není znám. V následující kapitole je před metodologií výzkumu a samotným výzkumem uvedena stručná charakteristika tohoto okresu.

2.1 Charakteristika okresu Karlovy Vary

Pro bližší představu o tomto územním celku jsou zde uvedeny základní informace o rozloze, počtu obyvatel, podílu seniorů a průměrném věku dle pohlaví v místní populaci.

Okres Karlovy Vary se rozkládá na celkovém území 1515 km² a dělí se mezi 54 obcí. Tyto obce mají celkem 232 částí. V roce 2012 měl tento okres celkem 117 868 obyvatel, z čehož 59 938 byly ženy. Obyvatelé ve věku 65 a více zde ve stejném roce tvořili 17,1 %. Průměrný věk v okrese Karlovy Vary je u mužů 40,6 let a u žen 43,4 let.⁶

Aby bylo zřejmé, jaký je současný stav organizací pracujících se seniory, uvádím zde seznam sociálních služeb a zdravotnických služeb poskytovaných seniorům v okrese Karlovy Vary:

- Domov pro seniory v Perninku, příspěvková organizace
- Farní Charita Karlovy Vary
 - Týdenní stacionář pro staré a zdravotně postižené občany
- Městské zařízení sociálních služeb, příspěvková organizace
 - Domov důchodců

⁶ Statistická ročenka Karlovarského kraje 2013. *Český statistický úřad* [online]. 2013 [cit. 2014-07-15]. Dostupné z: http://www.czso.cz/csu/2013edicniplan.nsf/krajkapitola/411011-13-r_2013-01

- Středisko pečovatelské služby
- Pečovatelská služba
- Oblastní Charita Ostrov
 - Domov pokojného stáří Ostrov
 - Denní stacionář Ostrov
 - Domov pokojného stáří blahoslaveného Hroznaty
- Občanské sdružení Res vitae
 - Krizové centrum
 - Linka důvěry
 - Středisko sociální pomoci a služeb, pečovatelská služba
 - Středisko sociální pomoci a služeb, Rodinná poradna
- Sabina Fialková - Domov pro seniory "Květinka"
- Agentura domácí péče LADARA o.p.s.
- Centrum pro zdravotně postižené Karlovarského kraje, o.p.s.
- Domácí péče Karlovy Vary s.r.o.
- DPS Žlutice, příspěvková organizace
- Domov se zvláštním režimem "MATYÁŠ" v Nejdku, příspěvková organizace

Ze zdravotnických zařízení jsou v okrese Karlovy Vary:

- Karlovarská krajská nemocnice
- Nemocnice Ostrov
- Zařízení následné rehabilitační a hospicové péče - Nejdek

Dále se v Karlových Varech nachází Domov péče o válečné veterány. Toto zařízení není zařazeno mezi sociální služby ani zdravotnická zařízení, protože bylo zřízeno Ministerstvem obrany ČR.



Obrázek 1: Mapa okresu Karlovy Vary

2.2 Metodologie výzkumu

2.2.1 Cíl výzkumu a výzkumné otázky

Hlavním cílem tohoto výzkumu je zjistit, jak pomáhající pracovníci na území okresu Karlovy Vary vnímají problematiku sebevraždy seniorů. Tím jsou myšleny zejména jejich zkušenosti v této oblasti a informovanost o sebevraždě seniorů. Důležitou součástí je i adekvátní podpora pomáhajícím pracovníkům v zaměstnání, aby mohli s touto problematikou pracovat. To je dle mého názoru základní potřeba pro dlouhodobě kvalitní práci pomáhajících profesionálů.

Tento cíl bude naplněn zodpovězením následujících výzkumných otázek. Výzkumné otázky jsou v této práci rozděleny na tři hlavní výzkumné otázky, které se dále člení na dílčí výzkumné otázky.

Hlavní výzkumná otázka 1 (HVO1):

- Jakou mají pomáhající pracovníci zkušenost s problematikou sebevraždy seniorů?

Dílčí výzkumné otázky (DVO):

- Setkávají se pracovníci s problematikou sebevraždy seniorů ve své praxi? (DVO1)
- Jak postupují pracovníci ve chvíli, kdy se se sebevražedným jednáním setkají? (DVO2)
- Co vnímají jako nejčastější důvody a rizikové faktory sebevražedného chování? (DVO3)
- Jaká jsou doporučení sociálních pracovníků pro práci se suicidálními seniory? (DVO4)

Hlavní výzkumná otázka 2 (HVO2):

- Jsou pomáhající pracovníci dostatečně informováni o problematice sebevraždy seniorů?

Dílčí výzkumné otázky (DVO):

- Jak probíhá odborné vzdělávání u jednotlivých pomáhajících pracovníků? (DVO5)
- Jaké jsou další potřeby pomáhajících pracovníků ve vzdělávání? (DVO6)

Hlavní výzkumná otázka 3 (HVO3):

- Mají pomáhající pracovníci dostatečné množství podpory pro práci se sebevraždnými klienty?

Dílčí výzkumné otázky (DVO):

- Jaká je situace v oblasti supervize u jednotlivých pracovníků? (DVO7)
- Cítí se pracovníci dostatečně ohodnoceni za svou práci? (DVO8)
- Mohou se pracovníci v zaměstnání opřít o nějaké standardy práce či metodické postupy? (DVO9)
- Mohou se pracovníci spolehnout a obrátit na svůj pracovní tým ve chvíli potřeby? (DVO10)
- Jakou podporu v práci pomáhající pracovníci postrádají? (DVO11)

2.2.2 Metoda sběru dat

Ke sběru dat v tomto výzkumu byla vybrána kvalitativní výzkumná metoda. Konkrétně byl použit polostrukturovaný rozhovor, který byl posléze proveden se všemi účastníky výzkumu.

V polostrukturovaném rozhovoru má tazatel předem připravený seznam otázek nebo témat. Způsob a forma odpovědí na tyto otázky zůstává nadále víceméně volná. Respondent si tedy může zvolit styl odpovědi. (Ferjenčík, 2000, s. 175) Zároveň má tento návod zajistit, že se skutečně dostane na všechna pro tazatele zajímavá témata. Záleží na tazateli, jakým způsobem a v jakém pořadí bude otázky pokládat. Současně může také přizpůsobovat formulace jednotlivých otázek podle momentální situace. Právě tato metoda získávání dat umožňuje provést rozhovory s několika lidmi strukturovaně a ulehčuje tak jejich srovnání. (Hendl, 2005, s. 174)

Scénář rozhovoru využitý v rámci tohoto výzkumu je přiložen v příloze č. 2. Podle tohoto předběžného návodu byly provedeny rozhovory se všemi zúčastněnými respondenty. Pořadí i formulace otázek byla v průběhu jednotlivých rozhovorů měněna podle aktuální potřeby tazatele i respondenta.

Rozhovor je rozčleněn na pět částí – představení, úvod, zaměstnání a organizace, senioři a sebevražednost, závěr. Tyto části jsou dále členěny na dílčí okruhy. Zprvu jsou zařazeny více formální otázky, které se týkají zejména zaměstnání samotného, tak aby bylo možné navázat nejprve s respondentem důvěru. Teprve poté jsou zařazena citlivější témata.

Ferjenčík (2000) uvádí, že k interviewovanému je třeba přibližovat se postupně. K tomu právě slouží představení, načrtnutí obsahu či záměru rozhovoru, ale i tzv. zahřívací otázky - ice-breakers. Tyto otázky a komentáře se většinou týkají neutrálních témat, která jsou respondentovi dobře známá. Tyto otázky mají zejména adaptační a zahřívací funkci.

2.2.3 Výzkumný soubor

Výzkumný soubor byl vybrán technikou záměrného neboli účelového výběru. Tento typ výběru je založen na cíleném vyhledávání účastníků výzkumu podle jejich určitých vlastností. Kritériem výběru je právě vybraná vlastnost nebo stav. (Miovský, 2006, s. 135). Na základě stanoveného kritéria jsou následně vyhledáváni ti jedinci, kteří splňují dané kritérium a jsou zároveň ochotni zapojit se do výzkumu. (Patton in Miovský, 2006, s. 135).

Kritéria pro výběr účastníků tohoto výzkumu jsou:

- Účastník musí patřit do skupiny pomáhajících pracovníků
- Účastník musí pracovat v přímé péči se seniory

V této práci tvoří výzkumný soubor celkem 12 respondentů, kteří patří do skupiny pomáhajících pracovníků a ve své praxi pracují s cílovou skupinou seniorů. Záměrem bylo vybrat typy pomáhajících pracovníků tak, aby bylo možné sledovat širší spektrum názorů na danou problematiku. Jednotliví respondenti tedy pocházejí z rozdílných zařízení i obcí na území okresu Karlovy Vary a jsou zaměstnáni na různých pracovních pozicích.

V rámci zachování anonymity zde nejsou uvedeny konkrétní organizace, ve kterých jsou pracovníci zaměstnáni. Uvedena je pouze pracovní pozice, popřípadě typ zařízení. U každého respondenta je uvedena zkratka, pod kterou bude citován v rámci výsledků výzkumu.

Zde je výčet jednotlivých respondentů, kteří se výzkumu účastnili:

- Praktický lékař – město Karlovy Vary (PL)
- Lékař - oddělení TRN (Oddělení tuberkulózy a respiračních nemocí) – (TRN)
- Psychiatr – Ostrov (PS)
- Pečovatelka (pracovnice v sociálních službách) – domov pro seniory (PE1)
- Pečovatelka (pracovnice v sociálních službách) – domov pro seniory (PE2)

- Terénní pečovatelka (pracovnice v sociálních službách) – pečovatelská služba (PE3)
- Farář (FA)
- Zdravotní sestra - domov pro seniory (ZS1)
- Zdravotní sestra - Zařízení následné rehabilitační a hospicové péče (ZS2)
- Sociální pracovníce - pečovatelská služba (SP1)
- Sociální pracovníce – dům s pečovatelskou službou (SP2)
- Sociální pracovníce – pobytové zařízení pro seniory (SP3)

2.2.4 Realizace a postup sběru dat

Během hledání jednotlivých respondentů jsem oslovila řadu organizací a lékařů v okrese Karlovy Vary. Vzhledem k tomu, že sebevražednost seniorů je pro mnohé pracovníky velmi citlivé či neznámé téma, docházelo opakovaně k odmítání účasti na výzkumu.

Velmi často byla ze strany profesionálů odmítána účast zejména kvůli údajné nezkušenosti s touto problematikou. Opakovaně pracovníci používali formulaci „u nás se nic takového neděje“. Dalším důvodem neúčasti ve výzkumu byly časové možnosti pracovníků, kteří měli na starosti velké množství stážistů. Jednou z překážek při provádění výzkumu bylo také pořizování audiozáznamu na diktafon. Tato skutečnost byla některým osloveným natolik nepříjemná, že nebylo možné rozhovor realizovat. Paradoxně někteří z těchto profesionálů měli velké zkušenosti s danou problematikou, ale odmítli se výzkumu oficiálně účastnit. Snažila jsem se o provedení rozhovoru i s nějakým psychologem či psychoterapeutem, ale z důvodů již zmiňovaných to nebylo možné.

Ze všech oslovených pomáhajících pracovníků a organizací přistoupilo tedy na účast ve výzkumu dvanáct respondentů, se kterými byly vedeny rozhovory. Jednotlivé rozhovory probíhaly vždy při osobních setkáních s vybraným pomáhajícím pracovníkem na půdě organizace, kde byl zaměstnán. Přibližná délka jednoho rozhovoru se pohybovala mezi 30 až 70 minutami. Ze všech rozhovorů byl pořízen audiozáznam.

2.2.5 Metody zpracování a analýzy dat

Po provedení rozhovorů byly audiozáznamy převedeny do písemné podoby. Následně byla provedena redukce prvního řádu. Tato operace umožňuje učinit přepis plynulejší a může usnadnit analytickou práci s ním. Redukcí prvního řádu je myšlen proces transformace plné transkripce záznamu interview do plynulejší podoby (Miovský, 2006, s. 210). Přepis rozhovorů je umístěn v příloze č. 3 na CD nosiči.

Dalším krokem při zpracovávání získaných dat bylo kódování. Kódování je procesem, v němž neagregovaná data převádíme do datových segmentů (jednotek), se kterými je možné dále pracovat. V tomto procesu identifikujeme nebo přiřazujeme těmto segmentům názvy. (Miovský, 2006, s. 210). Data získaná z rozhovoru jsou tedy převedena do jistých kategoriálních systémů, které slouží k redukci dat. Kategoriální systémy jsou buď předem dané, nebo se vytvářejí ad hoc z empirického materiálu pro potřeby výzkumu. Postupně vzniklé kategorie se během přiřazování často mění a přeskupují (Hendl, 2005, s. 211).

Všechna získaná kvalitativní data byla analyzována deskriptivním přístupem. Ten je podle Miovského (2006) *„založen na předpokladu, že procesy utřídění, klasifikace a deskripce jsou samy o sobě analytickým postupem a hlubší analýza kvalitativních dat jdoucí za tyto fáze je příliš spekulativní.“* Tento přístup byl zvolen na základě zvoleného cíle této diplomové práce.

2.3 Výsledky provedeného výzkumu

Výsledky výzkumu budou rozčleněny podle jednotlivých hlavních výzkumných otázek (HVO), které jsou uvedeny v předchozím textu práce. Osnovou pro zodpovězení těchto otázek budou dílčí výzkumné otázky (DVO), také zmiňované na počátku empirické části. Následující kapitoly shrnují výroky a zjištění vyplývající z rozhovorů. Jednotlivé části jsou také doplněny některými citacemi v původní hovorové podobě. Vzhledem k množství získaných informací, jsou zde citovány jen některé výroky pracovníků k danému tématu. Za každou citací je uvedena zkratka citovaného.

2.3.1 Zkušenosti pracovníků s problematikou sebevraždy seniorů

HVO1: Jakou mají pomáhající pracovníci zkušenost s problematikou sebevraždy seniorů?

V rámci této výzkumné otázky jsem se respondentů dotazovala, zda se ve své praxi již setkali se sebevraždou seniorů a pokud ano, v jaké formě. Z rozhovorů dále vyplynuly oblasti jednání pracovníků před činem a po činu sebevraždy. Pracovníci také uváděli rizikové faktory sebevraždy, nejčastější důvody tohoto jednání a doporučení pro práci s rizikovými seniory.

DVO1: Setkávají se pracovníci s problematikou sebevraždy seniorů ve své praxi?

Osmdvanácti dotázaných pracovníků má osobní zkušenost se sebevraždou klienta. Někteří z nich se se sebevraždou u klientů setkali opakovaně. Čtyři pracovníci nemají dojem, že by se setkali se seniorem, u kterého by se projevovalo sebevraždou jednání. Někteří z nich získali tuto zkušenost pouze z konzultací s jiným pracovníkem.

„Ne... já si nepamatuju, že by mi za leta letoucí někdo z důchodců spáchal sebevraždu.“ (PL)

„Já jsem zažil několik pokusů o sebevraždu...“ (TRN)

„Byla tady paní, která říkala, že se asi zabije...“ (PE1)

„Já osobně jsem se s ním nebavil, ale bavili jsme se o něm. ... kněz se mě poté ptal co bych dělal na jeho místě. Podobné případy se objevili i tady, ale osobní zkušenost nemám. Spíš konzultačně.“ (FA)

„Měli jsme tady paní, která nám vždycky vyhrožovala. Měla návyk na alnagon... a vyhrožovala, že spáchá sebevraždu, když jí ho nedáme.“ (SE1)

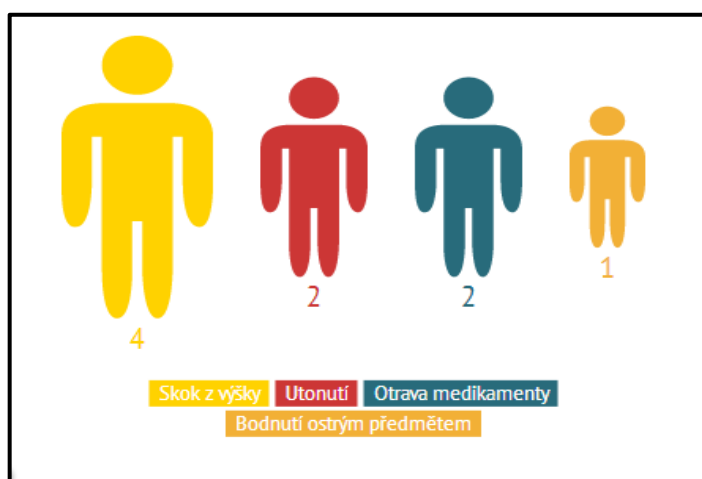
Jako metody sebevraždy uváděli pracovníci nejčastěji skok z výšky, dále otravu medikamenty, utopení a bodnutí ostrým předmětem. S žádnými dalšími metodami sebevraždy se neseťkali. Ve své praxi se pracovníci s nějakou zkušeností setkali se s různými typy suicidálního jednání - suicidální myšlenky, suicidální tendence, suicidální pokus i dokonaná sebevražda.

„...tam byla pacientka, co to nějak nezvládala, a chtěla jít domů, tak se rozhodla spáchat sebevraždu a vyskočila z okna. ...Pán měl rakovinu plic a sehnal nůžky a bodnul se do břicha.“ (TRN)

„...paní ale nezveličovala a šla domů a skočila ze sedmého patra.“ (PSY)

„...dvě sebevraždy byly práškama a paní našli také jednou utopenou v Rolavě.“ (PE2)

Na obrázku 2 je graficky znázorněno, s jakou četností se v rozhovorech s pracovníky vyskytovaly výše zmíněné sebevražedné metody.



Obrázek 2: Metody sebevraždy

Klienti, kteří byli ohroženi nebo spáchali sebevraždu, se obvykle podle pracovníků projevovali zejména opakovaným mluvením o smrti a sebevraždě. Tyto projevy jsou často spojeny s depresí. Setkávali se u nich s nevolí, nechutí k životu a černým viděním situace. Zmiňovali i pocit, že klient již vzdal život a nechtěl bojovat.

Kromě psychické stránky, bylo často klientům špatně i fyzicky, cítili se unaveni a hodně času trávili odpočíváním. Byla u nich naprosto zřejmá nízká motivace k životu. Jeden pracovník naopak uváděl velký neklid a hyperaktivitu u sebevražedného klienta.

„...když už nechce žít, je mu špatně, jsou lidi, který to říkají furt...Některý lidi to prostě vzdaj ten život. Lehnu si a nechťej bojovat. Jak to vzdaj tak je to špatný.“ (PE2)

„Byl by bud' zmatenej, nebo uzavřeněj sám do sebe, bolestivej. Na otázku co Vám je odpovídá, mě už to nebaví, já už to nezvládnou. Hodně pesimistický.“ (PE1)

„S tím se člověk setkává často, že jsou unavení a nechce se jim žít...tahle paní byla hyperaktivní, neklidná, něco Vás varuje, že je něco v nepořádku.“ (PE3)

DVO2: Jak postupují pracovníci ve chvíli, kdy se se sebevražedným jednáním setkají?

Tento okruh získaných dat jsem během zpracovávání rozdělila na dvě části. První částí je jednání pracovníků před samotným sebevražedným činem, druhou částí je jejich jednání po sebevražedném pokusu či dokonané sebevraždě.

Pracovníci při zjištění rizika suicidálního pokusu obvykle uváděli, že s klientem více komunikují, konzultují situaci s odborníkem a pomáhají mu při řešení praktických obtíží v životě.

Případ nejčastěji konzultovali s psychologem, psychiatrem či rodinou. Pokud bylo možné klientovi pomoci prakticky, snažili se nalézt volné pobytové zařízení, pomoci při řešení komplikované finanční situace a zprostředkovat kontakt s rodinou.

„Vyslechl bych si ho, udělal bych si z toho nějaký závěr, a pokud by to bylo dramatičtější tak bych zavolal psycholožku. Ta by to rozebrala a doporučila by nám psychiatra nebo nějaký jiný prostředek. Ještě bych to určitě probíral s rodinou toho člověka, jestli některý ty problémy nejsou z dřívějšíka.“ (TRN)

„Řešili jsme to domluvou. Proč má takovej pocit a proč se jí tady nelíbí... My jsme jí zařídili výlet do Kuřimi se synem, že tam opravdu jela a bylo to dobrý.“ (PE1)

V rámci zvýšené pozornosti a komunikace s klientem se pracovníci snažili, aby měl klient možnost ventilovat své emoce, které s ním následně rozebírali. Dále konkrétně pojmenovávali sebevraždu a snažili se klienta pozitivně motivovat. Jako jednu z technik při práci s klientem uváděl dotazovaný psychiatr také suicidní kontrakt.

Pracovníci klientovi často doporučovali odborníka, zejména psychiatra. Někteří pomáhající pracovníci byli ochotni s klientem probírat téma smrti, zároveň se ale snažili držet profesní hranice. Dále zmiňovali také zvýšený dozor a snahu vyvolat v klientovi pocit potřeby.

„...různé suicidní kontrakty, antisuicidní rozhovor na téma smrti. My s tím klientem pracujeme jako s každým jiným. Nechodíme kolem horké kaše, a ptáme se jak, co, proč, jak se cejtí a tak.“ (PS)

„Častější návštěvy a rozhovory. Když si na ně člověk najde i 5 minut času navíc, jim to dá sílu na několik dní života....povídala o tom... Většinou to, co objevují při rozhovorech, je to co jim chybí. Mají problém najít to pozitivní. Tím pádem je důležité, aby člověk... dokázal nabídnout onu pozitivní vzpomínku a mnohdy pomáhá se vyprávět.“ (FA)

Nezřídka pracovníci v nějaké formě uváděli nejistotu při práci s tímto typem klientů. Obvykle si nebyli jistí, co mají v takovou chvíli udělat, či jak celou situaci vnímat. Setkávala jsem se i s přenecháváním odpovědnosti na druhých pracovnících (zejména na psychiatrovi), se zpochybňováním, zlehčováním či zakazováním úvah o sebevraždě. Někteří z nich se cítili přímo nekompetentní k práci s těmito klienty.

„Paní třeba byla taková jednodušší, takže člověk by to chtěl zlehčit, ale pak když to řekne znovu a znovu, že se chce zabít, tak to asi myslí vážně. Měla jsem strach a nevěděla jsem si rady.“ (PE2)

„Původně jsem si říkala, že se mi svěřila a že vůbec nevím jak s tím naložit. Měla ke mně blízko. Někde si shromáždí nějaký tablety, a pak, protože má ke mně důvěru, tak to udělá na moji směň, ale nakonec to bylo jen takový plácnutí, ale člověk neví, že jo. Jestli bude tak zoufalá a fakt to udělá.“ (PE1)

„Tak jsem říkala. Paní Zelenková, Vy to stejně neuděláte a ona řekla. To víte že ne, sestřičko.“ (ZS2)

„Asi lékaře nebo něco takového. Do toho bych se nepouštěla, nejsem odborník.“ (PE3)

Po sebevražedném činu klienta měli pracovníci opět potřebu konzultace celého případu s dalšími odborníky či kolegy. Potřebovali ujistit sebe i tým o správném postupu při předchozí práci s klientem, zejména kvůli četným výčitkám a pocitu, že bylo možné udělat více. Také se snažili zpětně zjistit příčiny sebevraždy, které do této

chvíle neviděli. Někteří pracovníci vyhodnotili po činu svůj dosavadní postup jako nevyhovující a potýkali se s pocitem viny.

„Vždycky volám do nemocnice, jestli nešlo něco ještě dělat. (PL) Kuloárně jsme to řešili. Jestli jsme ji mohli, než skočila z okna, propustit, nebo ne. Ten závěr byl jasnej a nemohli jsme jí nijak pomoci.(TRN)

„...z naší strany to bylo tak trošku, že jsme to vnímali tak, že paní zveličuje. Paní ale nezveličovala a šla domů a skočila ze sedmého patra. Pak nám zpětně došlo, že paní byla silně depresivní, že měla černý vidění, že měla kognitivní propad, že jsme možná mohli postupovat nějak jinak. Udělala to sama, ve stavu, kdy hlásí, že je jí líp.“ (PSY)

„...Když se mokrá vrátila tak jsme se obrátili na psychiatra. Pak se zjistilo, že paní měla rakovinu žaludku s metastázami, tak jí převezli do nemocnice, kde po třech měsících zemřela“ (PE2)

DVO 3: Co vnímají jako nejčastější důvody a rizikové faktory sebevražedného chování?

Mezi nejčastější důvody sebevražedného jednání podle pracovníků patří zejména somatické onemocnění, často neléčitelné či hodně omezující v životě. Dále deprese, kognitivní propad, nenaplnění základních potřeb, ztráta bydlení a s tím spojená nespokojenost v zařízení. Mnoho seniorů podle nich velmi těžce nese ztrátu soběstačnosti. Četně se u seniorů vyskytují konflikty v rodině, nedostatek kontaktu s rodinou, nedobrovolný přesun do zařízení, úmrtí někoho z blízkých osob, nízká míra kontaktu s okolím a z toho vyplývající osamělost.

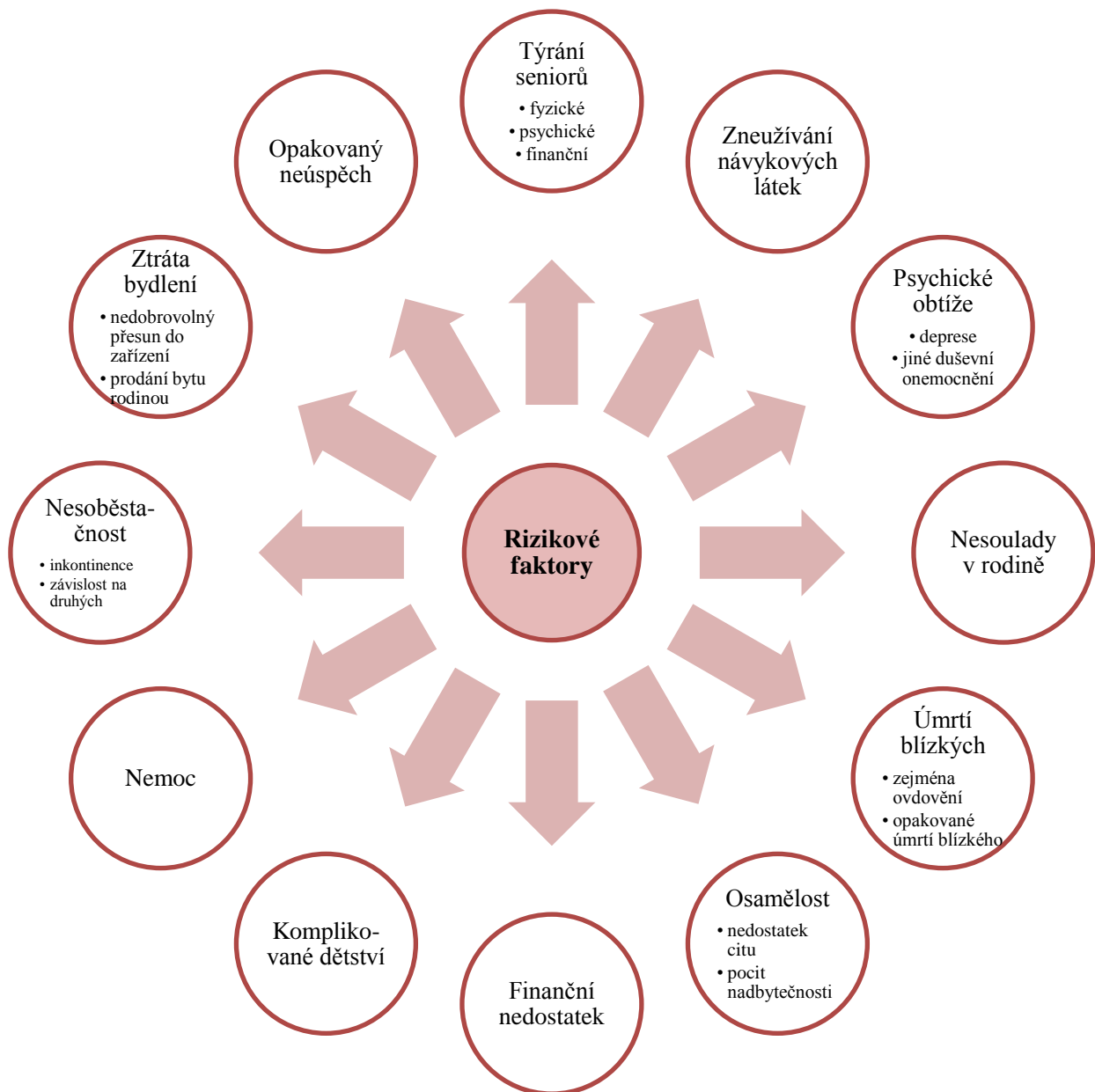
„Bylo to proto, že je Slovenka z Kuřimi a chce jít domů. Ona se vyplakala a vypovídala a byla v pohodě. Pak už ani nevěděla, že to kdy řekla...“ (PE1)

„To samotný onemocnění je spojený se somatickým onemocněním a souvisí to s psychologickou stránkou věci. Tady se zjišťujou ty nevléčitelný choroby, takže lidi co si to daj dohromady se někdy odhodlaj k takovému hroznému zákroku. Je to pouze nahodilé...“ (TRN)

„...paní, která byla původně jiné národnosti, trpěla v dětství, byla hysterická, krutá, depresivní, nechtěla se léčit, byla sem přivezena proti své vůli. Rychle se zlepšila a odešla v pořádku, ale za pár měsíců doma se zabila. Měla pečovatelku, zlepšený vztah se synem i s manželem. Zřejmě se neřešila její potřeba. ... nebo paní, která měla konflikt

se synem, pak se k tomu přidružila oprava výtahu, 7. patro, obava co bude dál, viděla, že stárne, padaly jí zuby, cítila se tělesně špatně, psychicky špatně...“(PS)
 „My jsme ho našli doma i s dopisem. Ten pán byl mladší a měl onemocnění jater a byl v seznamu dárců a čekal. Nejhorší bylo, že byl už druhý v pořadí, ale prostě to psychicky nezvládl. Byl to známý fotbalista. Ta jedna paní, ta už byla stará hodně a nechtěla žít.“(SP2)

V následujícím obrázku (obrázek 3) jsou uvedeny nejčastější rizikové faktory sebevraždy u seniorů podle dotázaných pracovníků.



Obrázek 3: Rizikové faktory sebevraždy seniorů

Z rozhovorů dále vyplynulo, že finanční nedostatek není u seniorů tak zásadní rizikový faktor. Naproti tomu ztráta bydlení, zejména nedobrovolná, vzbuzuje v seniorech pocity odložení rodinou, či strach, že jdou do zařízení zemřít. Bývá to pro seniora obvykle velká rána, se kterou se těžce vyrovnává.

„... ta starší generace má zažitý, že se sem chodí umírat. Někdy s nimi ten cíl hledáme my... třeba je situace, kdy něco horko těžko dokážou, a pak znovu spadnou a podruhé už to nedokážou a zlomí je to.“(SP1)

Velký vliv mají také nesoulady v rodině, finanční neshody, nedostatek kontaktu a naschvály. V takových chvílích se pracovníci poměrně často zmiňovali o tom, že se pokoušejí rodinu kontaktovat. Někteří pracovníci vnímají velký nárůst duševních onemocnění u seniorů. Týká se to zejména deprese a schizofrenie.

Deprese je podle dotazovaných velmi narůstající problém v seniorské populaci. Projevuje se zejména zmateností, uzavřeností do vlastní osoby, bolestí, nechutí k životu, sebepodceňováním a pesimismem. Pracovníci uváděli, že bývá poměrně obtížné deprese diagnostikovat zejména kvůli tomu, že se její projevy někdy shodují s projevy demence. Dalším důvodem je ale častá nevole klientů navštívit psychiatra. Jako problém při její léčbě uváděli pracovníci málo terapeutů a dalších odborníků na gerontopsychoterapii a nevymahatelnou podporu od rodiny.

„...Samota a senilní deprese, které přibývá.“(PL)

„Moc ne, ale nejvíc je to u těch, co mají schizofrenii...“ (SP2)

„...může být i sebevrah bez deprese, ale většinou to jde spolu. Seniori bývají depresivní, nebo taky předementní. Pokles kognitivních funkcí. Často bývá, že může být depresivní a vypadá dementně. Stává se, že ty deprese jsou nediodagnostikované. Každý senior je smutnej, depresivní, plný nářků a úzkostí z toho co bude dál a tak. Oni třeba mají antidepressiva a chovají se stejně.“(SP1)

Co se týče zneužívání návykových látek, nejčastěji se u seniorů objevuje závislost na medikamentech, alkoholu a cigaretách. Obvykle jimi seniori podle pracovníků řeší pocit osamělosti, někdy závislost pokračuje již z předešlého života. Seniori, zejména ti, kteří jsou na medikamentech závislí i psychicky, mají dojem, že velké množství léků jim více pomůže. Závislost je ale u seniorů velmi skrytá a návykové látky poměrně dostupné. Se závislostí ve své praxi pracovníci obvykle nijak

nepracují, spíše si jí nevšímají. Několik pracovníků se shodlo na skutečnosti, že jsou léky nadměrně předepisovány praktickými lékaři.

„Měli jsme seniora, který byl závislý na alkoholu, nebo tady byly závisláci na nikotinu. Až jako patologicky. Třeba s gamblerským jsem se nesetkala.“ (SP3)

„Spíš na těch lécích. Třeba na spaní se stává. My to řešíme tím, že to nahlásíme lékaři a pokud jí to lékař předepíše znovu tak my už to neřešíme.“(PE2)

„Málo, trochu na tramalu...“ (opiát, léky na bolest) (PS)

„Nemyslim, že by byl u seniorů větší alkoholismus, to ne. Ale často pokračuje z předešlého života.“ (TRN)

Týrání seniorů vnímají pracovníci jako neuvědomované a velmi skryté. Agresorem podle nich bývá zejména rodina a pomáhající pracovníci. V rámci výzkumu jsem se ze strany pracovníků setkala s poměrně nízkou mírou účasti vůči tomuto tématu. Seniori se s týráním často nesvěří, protože mají obavu o narušení vztahu s agresorem, neuvědomují si ho nebo nemají sílu se bránit. Nejčastěji se u klientů dotazovaných objevuje finanční týrání, zejména pravidelné odebírání důchodu, popř. odebrání bytu. Jako psychické týrání vidí pracovníci zejména nedobrovolný přesun do zařízení, vyhrožování, psychický tlak a rozhodování za seniora. V rámci fyzického týrání zmiňovali pracovníci odepírání léků a potravy, bití, zamykání a další. Ve své praxi se setkali i se zanedbáváním seniora v oblasti hygieny, jídla i pití.

„Nesetkávám, přímo, že bych to viděl, tohle je strašně skrytý a nevidíte to. Zažil jsem, když jsem dělal v LDNce a byl jsem podepsat, že pustíme tatínka domů, a když na ně napsal pozemky a majetek, tak ho šoupli zpátky do LDN. Nebo sestra mu vyrvala zlatý zuby, aby kdyby umřel, tak aby se to neztratilo. Děti přijdou, seberou jim důchod a nechaj je bejt. Hruža.“ (PL)

„Finanční týrání tu není, ale rodina si občas přijde pro důchod.“ (TRN)

„Maminka seděla na posteli a dcera stála u skříně a vyhazovala její šaty a u toho říkala, tohle už nebudeš potřebovat, tohle už nebudeš potřebovat, tohle už nebudeš potřebovat a mamince tekly slzy a ona stejně vyházela její šaty, že už je potřebovat nebude.“ (SP3)

„Jako nejez moc pak moc kakáš a takovýhle výrazy. Nedostaneš léky a tak. Asi je toho hodně. Někdy si ty seniory nechávají doma jen kvůli tomu, že dostávají podporu a tak. Ty lidi pak ale přijdou sem zubožený. To poznáme, když přijdou fakt zanedbaný. Ten senior to neřekne. Z něj to můžete vycítit nebo odhadnout.“ (ZS1)

DVO4: Jaká jsou doporučení pomáhajících pracovníků pro práci se suicidálními seniory?

Jako doporučení pro jiné pracovníky uváděli dotazovaní zejména nebrat sebevraždu na lehkou váhu a nevyhýbat se tomuto tématu. Jako nutnost vnímali pracovníci rozhovor o tomto tématu s klientem samotným, s nadřízeným, s psychologem či psychiatrem. Dále doporučovali opatrný přístup a trpělivost, empatii a všímání si drobností v životě a situaci klienta. Ostatním pomáhajícím profesionálům doporučovali také zachovat klid a rozvahu, být odhodlán klienty doprovázet a být vůči nim pokorný. Jako velmi funkční opakovaně zmiňovali rozhovor o smrti.

„Nevyhýbat se tomu tématu a slyšet co ten klient říká. Nedávat si tam takovou tu clonu, jo stará paní ta toho napovídá. Zdravotník odmítá podvědomě smrt. Když někdo přijde s tím, že o ní přemýšlí, tak to, že to odmítnu, tím tomu klientovi nepomůžu.“ (PS)

„Všímat si maličkostí a neházet to za hlavu. Když třeba někdo řekne, bolí mě záda, není mi dneska do smíchu, nic mě nebaví a tak. Zase z toho nedělat aféru, ale být ve střehu. Nedopustit prohlubování té deprese. Oni pak vidí tu černou díru...“ (PE1)

„Psychologa. Oni mají předsudky, že jo, jako že nejsou žádný blázni. Já říkám, že to tak není, že psycholog si s Vámi bude povídat a probere s Vámi celou situaci. Uvidíte, že se to dá vylepšit. Musejí na to ale přistoupit, že jo...“ (ZS2)

2.3.1.1 *Shrnutí*

Z předešlé kapitoly vyplývá, že většina dotazovaných pomáhajících pracovníků se ve své praxi již vědomě setkala se sebevražděným jednáním některého klienta. Třetina pracovníků má pocit, že se se sebevražděností seniorů dosud neseťkala.

Metody, které klienti pro sebevražděný čin zvolili, byly skok z výšky, otrava léky, utopení a bodnutí ostrým předmětem. Jako formy suicidálního chování zmiňovali pracovníci suicidální myšlenky, tendence, pokus i dokonanou sebevraždu. Sebevraždění jedinci se podle pracovníků obvykle projevovali depresivně, černým viděním a nechutí k životu.

V případě, že pracovníci toto jednání zachytili, snažili se s klientem více komunikovat a odkrývat mu pozitiva jeho situace. Dále pro ně bylo důležité konzultovat případ s kolegou či jiným odborníkem, a to jak před činem, tak po něm.

Pomáhající pracovníci zmiňovali určitou nejistotu při práci s těmito případy. Někteří řešili situaci tím, že sebevražděné jednání klienta zlehčovali či zpochybňovali. Dokonanou sebevraždu často provázely výčitky či pocity viny pomáhajících. Pracovníci se tedy snažili ujistit o správném předchozím postupu jak sebe, tak svůj pracovní tým.

Důvody sebevražděného jednání se do velké míry shodují s rizikovými faktory. Nejčastěji jsou jimi deprese, nemoc, nedobrovolný přesun do zařízení, málo kontaktu s okolím a rodinou, úmrtí blízké osoby a nesoběstačnost. Senioři podle pracovníků bývají velmi často závislí na medikamentech, které jsou jim nadměrně předepisovány lékaři. Dalším problémem je týrání, a to v psychické, fyzické i finanční formě.

Pomáhající pracovníci doporučovali pro práci se seniory ohroženými sebevražděným jednáním zejména nutnost konzultace s jiným odborníkem, zvýšenou komunikaci a otevřené pojmenování sebevraždy s klientem. Důležité je také nebrat sebevražděné projevy klienta na lehkou váhu.

2.3.2 Informovanost pomáhajících pracovníků

HVO2: Jsou pomáhající pracovníci dostatečně informováni o problematice sebevraždy seniorů?

V této části jsem se zaměřovala zejména na to, zda u pracovníků probíhá průběžné vzdělávání a jakou formou. Dále jsem se snažila zjistit, zda se pomáhající pracovníci v minulosti setkali s problematikou sebevraždy seniorů a zda se v této oblasti cítí dostatečně informováni.

V druhé části této kapitoly jsou uvedena témata, ve kterých by se pracovníci rádi nadále vzdělávali a oblasti, ve kterých je vzdělávání problematické.

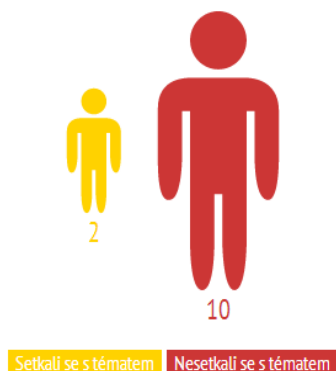
DVO5: Jak probíhá odborné vzdělávání u jednotlivých pomáhajících pracovníků?

Pomáhající pracovníci se z větší části shodovali, že mají možnost výběru tématu, ve kterém se chtějí vzdělávat. Někteří poukazovali na to, že se v rámci výběru odborného vzdělávání často přihlíží k ceně daného kurzu. Vzdělávají se obvykle ve formě různých školení, kurzů, kongresů, seminářů a stáží v jiných organizacích. Pracovníci v sociálních službách a sociální pracovníci mají povinnost splnit 24 hodin vzdělávání za každý kalendářní rok. Lékaři musí získat 150 kreditů za období pěti let. Zdravotní sestry musí naplnit 40 kreditů za období deseti let, které postupně získávají na školeních. U dotazovaného faráře odborné vzdělávání závisí do velké míry na příslušné diecézi. V zásadě je ale vzdělávání rozděleno na plošné celoživotní vzdělávání a dále se může vzdělávat podle svých potřeb v rámci daného biskupství.

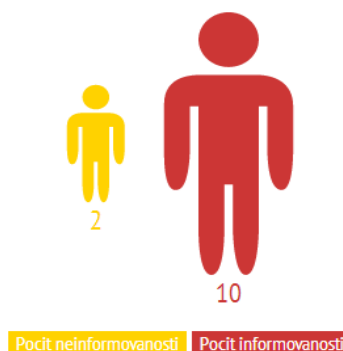
Mezi konkrétními příklady vzdělávacích kurzů, které dotazovaní absolvovali, uváděli pracovníci témata jako první pomoc, demence (Alzheimerova demence, Parkinsonova choroba), pastorační medicína, antropologie, psychologie, pedagogika, partnerské a manželské vztahy, paliativní péče, zákon o sociálních službách, duševní hygiena seniorů a duševní onemocnění. Někteří pracovníci také absolvovali stáž v organizaci, do které pak mají možnost umístit klienta.

Dotazovaní také uváděli, zda se cítí dostatečně informováni v oblasti sebevraždy seniorů. Z následujícího obrázku je patrné, že velká část pracovníků se s tématem sebevraždy seniorů v rámci odborného vzdělávání vůbec nesešla. Dva

pracovníci se tohoto tématu během vzdělávání letmo dotkli. Obrázek 4 ukazuje, kolik pracovníků se s tématem sebevraždy v rámci vzdělávání vůbec nesetkalo. Obrázek 5 ukazuje, kolik pracovníků se ale navzdory této skutečnosti cítí v oblasti sebevraždy seniorů dostatečně informováno.



Obrázek 4: Setkání pracovníků se sebevraždou seniorů v rámci vzdělávání



Obrázek 5: Pocit informovanosti pracovníků

„Myslím, že informací je dostatek a dneska ta doba je tak napřed, že mi přijde, že všechno se dá najít na internetu.“ (ZS2)

„Já jsem dostatečně informován.“ (PS)

„...Se sebevraždou jako takovou jo...ale s konkrétním zaměřením na seniory jsem se nesetkal.“ (PS)

„...Přímo tohle téma ne.“ (SP3)

„Ano. U seniorů to vyvolávají starosti o to, že už nic nebude. Uvádají, a když to vezmu z pohledu jejich, tak byli vyndáni z rodiny a umístěni do těch sociálních ústavů a s tím je těžké se vyrovnat. Nebyl to seminář vyloženě o sebevraždách, ale o depresích, což má každý druhý senior a souvisí to s tím tedy velmi úzce.“ (PE1)

„Těch informací není dostatek. Hlavně kvůli tomu jak rychle se tato tematika rozvíjí.“ (FA)

DVO6: Jaké jsou další potřeby pomáhajících pracovníků ve vzdělávání?

Oblasti, ve kterých si pracovníci nebyli jisti a rádi by se v nich dále vzdělávali, uváděli zejména oblast duševních onemocnění u seniorů a práce s nimi. Konkrétně tím mysleli zejména demenci, depresi a schizofrenii. Dále by se chtěli vzdělávat v oblasti medikace u klientů, reminiscence a první pomoci. Za důležité považovali také vzdělávat se více v oblasti duševní hygieny pomáhajících a v syndromu vyhoření. Dalším potřebou pracovníků bylo téma hranic ve vztahu s klientem. Někteří pracovníci měli zájem i o praktické školení od psychiatra na téma sebevražedné jednání u seniorů.

„Já jsem se zabývala i reminiscencí a do toho bych možná šla víc a zajímá mě to.“
(SP3)

„Spíš bych raději věděla víc o duševní hygieně těch pracovníků. Tenkrát jak jsem se zmiňovala o tom svém problému s klientkou, tak jsem vlastně nakonec zjistila, že problém byl ve mně a já kdybych se zachovala jinak, tak ten problém vůbec nemusel nastat.“(PE1)

Problémy, které se v oblasti informovanosti a vzdělávání ukazovaly jako aktuální, jsou zejména příliš drahé vzdělávání a nedostatek pracovníků tak, aby se mohli účastnit vybraného školení. Jako problematickou viděli někteří pracovníci malou nabídku kurzů v okolí.

„Můžeme si vybrat, ale opět se přihlíží hodně k ceně.“ (SP2)

„Je nás tu málo, takže je složité vypadnout. Občas se účastním, ale teď už moc ne.“(TRN)

V rámci rozhovorů jsem se opakovaně setkala s kvalifikací pracovníků, která neodpovídala dané pracovní pozici. Nežádka se objevovaly i různé mýty o sebevražedném chování jako takovém a pracovníci měli velmi negativní vztah ke schizofrenii.

„Schizofrenici sem nesmí...Schizofrenici bejvaj nebezpečný, takže ty sem nesmí. Oni jsou pro ně speciální zařízení, vyložené pro schizofreniky a hodně narušený lidi.“ (ZS1)

2.3.2.1 Shrnutí

V předešlé kapitole se tedy ukazuje, že všichni dotazovaní pracovníci se musí průběžně vzdělávat a mohou k tomu volit různé způsoby. Důležité je, aby naplnili zákonem stanovený počet bodů či kreditů.

V oblasti vzdělávání si mohou více méně vybrat, jakým směrem bude vzdělávání zaměřeno, ale do určité míry se tato volba odvíjí od ceny a počtu pracovníků na pracovišti. V rámci absolvovaného vzdělávání se pracovníci vzdělávali v poměrně širokém spektru témat, ale pouze dva pracovníci se letmo setkali s tématem sebevraždy seniorů. Navzdory tomu je většina z nich přesvědčena, že mají o této problematice dostatek potřebných informací.

Kurzy, které by pracovníci chtěli absolvovat, by se měly zaměřovat zejména na oblast duševních onemocnění, medikaci klientů, reminiscenci a duševní hygienu pomáhajících. U pracovníků se opakovaně objevovaly některé mýty o suicidálním chování a velmi negativní postoj k lidem nemocným schizofrenií. V této oblasti by potřebovali pomáhající pracovníci dále vzdělávat.

2.3.3 Podpora pomáhajících profesionálů

HVO3: Mají pomáhající pracovníci dostatečné množství podpory pro práci se sebevražednými klienty?

V kapitole popisují pohled pracovníků zejména na supervizi, vlastní pracovní tým a finanční ohodnocení vykonávané práce. Dále uvádím, zda mají pracovníci možnost opřít se během práce o nějaké standardy práce či metodické postupy. V poslední části se snažím přiblížit, jakou formu podpory či úlevy by pracovníci uvítali a zatím se jim jí nedostává.

DVO7: Jaká je situace v oblasti supervize u jednotlivých pracovníků?

Během výzkumu se ukázalo, že velká většina pracovníků v zaměstnání nedochází na pravidelnou supervizi. Konkrétně na skupinovou supervizi dochází jen dva z dvanácti oslovených profesionálů. Z těchto dvou pracovníků na ni jeden opravdu dochází pravidelně, ale druhý se jí účastní jen jednou za půl roku. Jeden ze všech pracovníků má možnost docházet i na individuální formu supervize, nepovažuje to ale za běžné.

„Nemáme tu žádného supervizora. Musíme si všechno dělat sami. Jsme malý.“ (ZS1)

„Každý týden je to menší supervizka s externistou psychiatrem B., a jednou za čtvrt roku přijede psychoanalytik Mikota... Jinak je to vždycky skupinová supervize.“ (PS)

„...Máme, jednou do půl roku.“ (PE3)

„Teď jsme vydaný na pospas sami sobě. Nic takovýho v tomhle špitálu neexistuje.“ (TRN)

Zbývajících deset pracovníků na supervizi nemá možnost docházet nebo o ni neprojevují zájem. Se samotným pojmem supervize se setkali všichni pracovníci v sociálních službách, sociální pracovníci, zdravotní sestry, faráři i psychiatři. Naproti tomu zbývajících dva lékaři se s tímto pojmem v minulosti ještě nesešli.

„Ne, co to je? My si to tady odventilujeme spolu s Jaruškou hned po ránu a jdeme na to. Žádnou jinou vrbu nemám.“ (PL)

Většina z pracovníků, kteří supervizi nevyužívají, ji vnímá zejména jako kontrolu či hodnocení. Někteří pracovníci o supervizi nemají žádné představy. Velmi často pracovníci uváděli, že jako supervizi vnímají poradu či intervizi s vedoucím pracovníkem či kolegou. Někteří pracovníci mají se supervizí již zkušenost z minulosti, často ale ne kladnou.

„Za starých dob, před revolucí. Jezdili odborníci na kontroly, to považují za supervizi.“ (TRN)

„Jedna supervize tady proběhla s panem B., kterej dle referencí asi o tom moc neví a podle toho to vypadalo, to jsem tu ještě nebyla. Pak tady byla supervize s panem P., ale víceméně to nesplnilo očekávání pečovatelek a všichni to odmítli po druhé absolvovat. Třeba by i chtěli, ale někoho jiného.“ (SP2)

„Tady ne, ale když je problém, tak je tu paní vedoucí, která to řeší a tu supervizi nám poskytne.“ (PE2)

Pracovníci nechtějí na supervizi docházet zejména kvůli obavě, že to nic nepřinese, nebo že jim někdo bude zasahovat do práce. Další pracovník měl obavu o diskrétnost supervizora a šíření informací. Tři dotázaní pracovníci se k supervizi nepřikláněli zejména kvůli tomu, že nechtějí být hodnoceni. Několik pracovníků uvedlo, že mají obavu, že supervize bude stejně nepříjemná jako minulá. V rámci rozhovorů padl také argument, že v dané oblasti je velmi málo dobrých supervizorů a není tedy jednoduché sehnat toho správného. Další komplikací byla obvykle finanční náročnost pro většinu organizací. Někteří pracovníci uváděli, že supervizi pro svou práci nepotřebují, protože se cítí dostatečně kompetentní řešit náročné situace sami.

„...Hele v Čechách se rozkecá všechno.“ (PL)

„Já si myslím, že jsem natolik fundovaná a profesionální, že si vystačím sama.“ (SP3)

„Častěji ji nepotřebuju, jsem optimista a nabíjím se v životě.“ (PE3)

„Jsem v tomhle pesimista, myslím, že by mi to nic nepřineslo.“ (TRN)

„Měli bychom mít, ale mě to nedalo vůbec nic, když jsme to asi dvakrát měli. Někdo je třeba perfektní, ale to co jsme měli my, to bylo špatný.“ (SP2)

Jen málo pracovníků by mělo o supervizi zájem. Ti by podle svých slov potřebovali čas od času nějakou radu či vysvětlení a podporu zejména při komplikacích v provozu zařízení. Dalším důvodem pro potřebu supervize byl zejména pocit vyhoření.

„Možná jo, protože někdy to člověk potřebuje. Taky se nám vyskytne něco, kdy člověk potřebuje poradit nebo něco vysvětlit tak by se to hodilo. My máme smůlu, nám házejí klacky ze všech stran.“ (ZS1)

„Kdyby ten člověk něco přinášel tak asi ano. Nicméně tady hodně pociťujeme syndrom vyhoření.“ (SP2)

DVO8: Cítí se pracovníci adekvátně ohodnoceni za svou práci?

V této oblasti se v průběhu výzkumu ukázalo, že téměř žádný pomáhající pracovník se necítí adekvátně finančně ohodnocen za svou práci. Většina pracovníků bez váhání otevřeně přiznala svou nespokojenost.

Finanční nedocenení v pracovnících nejčastěji vzbuzuje pocit nespravedlnosti, že jejich velká námaha není zaplácena, dlouholetá práce není finančně oceněna a psychické následky zaměstnání nejsou kompenzovány. Dále mají pracovníci pocit, že je plat neadekvátní vůči dosaženému vzdělání a že nikdy nebyli dostatečně ohodnoceni. Zároveň si uvědomují, že v sociálních službách není žádný jiný pracovník přiměřeně ohodnocen. Někteří dotazovaní zmiňovali úvahy o práci v jiné zemi či o změně zaměstnání.

Kromě finanční stránky se pomáhající pracovníci cítí málo oceněni veřejností, která si dle jejich názoru neváží zdravotní péče. Někteří pracovníci uváděli také nedostatek pozitivní zpětné vazby na svou práci.

„Nejsem spokojená. Fakt to není ohodnocený. Máme 10 900,- základ.“ (PE1)

„Ne, (smích) nejradši bych jela do Rakouska.“ (PE2)

„Samozřejmě, že ne. Neříkám, že jsem na tom špatně. Jako nestěžuju si, jsou na tom lidi hůř, ale dokázala bych si představit víc.“ (ZS1)

„Z pohledu vysokoškolsky vzdělaného člověka musím říct, že jsou finance nedostačující, ale neznám kněze, který by umíral hlady.“ (FA)

„...dneska mladý mají tak lukrativní místa, že v 25ti letech mají to samý, co mám já před důchodem...“ (ZS2)

DVO9: Mohou se pracovníci v zaměstnání opřít o nějaké standardy práce či metodické postupy?

V této oblasti se pomáhající pracovníci rozdělovali zejména podle profesí. Například lékaři nemají zpracované jakékoli materiály, o které by se při sebevražděném chování seniorů mohli opřít. Při běžné praxi lékaře záleží další postup jen na jeho rozhodnutí nad konkrétním případem. Obvykle lékaři uváděli, že svá rozhodnutí činí na základě odborné literatury a dalších odborných zdrojů.

„Ano, postup je to, co je v učebnicích. Lege Artis musíme dodržovat. Metodicky to upravené nemáme.“ (PS)

„Oficiální postup zpracovaný nemáme.“ (TRN)

Stejně jako lékaři, ani farář nemá stanoveny žádné standardy své práce. Často tedy rozhoduje jen podle svého uvážení či na základě konzultace s kolegou.

„Metodika přímo pro kněze není. V rámci magisterského studia něco vypracováno je. Profesně se metodika nevyskytuje. Takže si jí tak trochu zpracovávám sám.“ (FA)

Naproti tomu sociální pracovníci a pracovníci v sociálních službách mají podle zákona č. 108/2006 Sb. stanoveny jednotné standardy kvality sociálních služeb, které mají metodicky zpracované ve všech povinných oblastech. Téměř všichni ale uvedli, že na tematiku sebevražděnosti nemají zpracovány žádné metodické postupy, o které by se mohli podle potřeby opřít. Uváděli také, že by ve své praxi potřebovali metodické postupy pro práci s lidmi s duševním onemocněním. Jedna sociální pracovníce uváděla, že nemá zpracovány žádné metodické postupy, případně občas něco vznikne v průběhu práce.

„Máme je zpracované. Měli jsme tady kontrolu a ptali se nás, třeba co děláme při nočních.“ (PE1)

„Ano, máme. Měli jsme nedávno inspekci.“ (PE1)

„Máme metodiky... Nemáme ani na lidi s duševním onemocněním. Na tuhle problematiku by nám ty metodiky pomohly.“ (SP2)

Jako poslední zde uvádím výsledky dotazování zdravotních sester. Ty ve své praxi musí postupovat podle ošetrovatelských standardů. Jiné postupy však zpracovány také nemají. V případě sebevražděného chování některého z klientů se opět rozhodují na základě momentálního uvážení pracovního týmu.

„My máme ošetrovatelský standardy. Toto by se zařadilo do mimořádných událostí a na to máme standard. Kdy se sepíše mimořádná událost, kde se situace popíše, pak se k tomu vyjádří lékař, a pak se to zpracovává dále.“ (ZS1)

DVO10: Mohou se pracovníci spolehnout a obrátit na svůj pracovní tým ve chvíli potřeby?

V oblasti komunikace v pracovním týmu uváděli pracovníci nejčastěji spokojenost. Na všech pracovištích probíhaly v rámci týmu pravidelné porady, na kterých měli pracovníci možnost konzultovat potřebné případy. Dále měli všichni dotazovaní pocit, že se mohou při jakémkoli problému obrátit na svůj pracovní tým, vedoucího či konkrétního kolegu. Externě se pracovníci nejčastěji obracejí na psychiatra či psychologa, který je danému zařízení nakloněný, nebo na jiného lékaře. Někdy se také obracejí na psychiatrickou léčebnu v Dobřanech, zejména když potřebují konzultovat společné případy.

„Máme s vrchní dobrou vztah. My tady skoro všechny máme dobrou vztah. Občas, když je potřeba, tak si něco vysvětlíme razantněji. Pár dní je někdo naštvanej, protože nebylo po jeho, ale pak se jde dál. Vždycky dojdeme k závěru.“ (ZS1)

S komunikací v týmu byli pracovníci spokojeni zejména proto, že nadřízení i kolegové respektovali jejich problém a mohli se o něj tedy podělit a sdílet ho. Uváděli také, že kolegové podle nich často bývají dostatečně informováni o problému. Vnímali možnost obrátit se na vedoucího ve chvíli, kdy nebyli v zaměstnání s něčím spokojeni a mohli s jeho pomocí otevřeně řešit konflikty na pracovišti.

„... paní ředitelka je úžasná. Občas to zajiskří, protože já si to nenechávám pro sebe, ale najdeme vždycky řešení, který vyhovuje na obě dvě strany.“ (ZS2)

V případě, že pracovníci nebyli v komunikaci s týmem s něčím nespokojeni, týkalo se to například pocitu obtěžování druhých či komplikovaná domluva v pracovním týmu. S některými kolegy pro ně bylo těžší spolupracovat nebo si nebyli jisti jejich pracovními schopnostmi. Problémy jim působili zejména členové pracovního týmu, kteří byli méně aktivní nebo měli jinou než potřebnou kvalifikaci.

...vždycky máte třeba z deseti pracovníků jednoho, který se veze a snaží se to trošku ošidit, a někoho kdo se snaží tu práci dělat správně. Jak se střídají služby tak se to ale vyváží. (SP3)

Negativní zkušenost měli někteří pracovníci s konzultací případů s lékařem. Uváděli, že psychiatr často není schopen v případě klienta poradit, protože s ním má neosobní vztah.

„Psychiatr Vám prostě neporadí, oni jim napíšíou prášky, a tím to končí. Když tam přijdeme, tak se zeptají jenom, jak se chovají.“ (SP2)

DVO11: Jakou podporu v práci pomáhající pracovníci postrádají?

Co se týče podpory, uváděli pracovníci celou řadu věcí, které by v zaměstnání uvítali. V této kapitole již vynechám finanční ohodnocení, které do této skupiny podpory jistě také patří.

Vzhledem k velké míře fyzické námahy některých pracovníků, objevovala se v rozhovorech opakovaně touha po wellness pobytu, či návštěvě lázní. Dále pracovníci uváděli také masáže či jiné způsoby relaxace, při kterých by se mohli psychicky i fyzicky uvolnit. Jako další podporu by uvítali více dovolené či možnost vybrat si dovolenou po náročných situacích v zaměstnání. Někteří pracovníci by chtěli v rámci své práce méně odpovědnosti a více spolupracovníků, aby na nich neležel tak velký objem práce. Mezi dalšími potřebami se objevovalo i více vzdělávání a pozitivní zpětná vazba či pochvala, aby si byli jisti dobře odvedenou prací. Důležité pro ně byl také dobrý zaměstnavatel.

„Nicméně tady hodně pociťujeme syndrom vyhoření. Bylo by ideální, kdyby, když to na sobě ucítím, tak si hned vezmu dovolenou.“ (SP2)

„Potřebovali bychom lázně nebo masáže nebo prostě nějak se uvolnit.“ (PE1)

„Mám sen, aby mě vyslali na nějakou wellness nebo něco, ale to je jenom taková pohádka. To by bylo hezký.“ (SZ1)

„Schází mi mít spolupracovníky, kteří jsou ochotní a dokázali by vytvářet čas pro návštěvy lidí, kteří to potřebují... To je lepší než antidepressiva.“ (FA)

2.3.3.1 *Shrnutí*

Mezi nejzásadnější sdělení, vyplývající z této kapitoly, patří jistě fakt, že téměř nikdo z pomáhajících pracovníků nedochází na pravidelnou supervizi. Pouze dotazovaný psychiatr se účastní supervize v pravém slova smyslu a pravidelně. Velká část pracovníků má se supervizí spojeny různé negativní představy, zkušenosti a obavy a nemají tedy potřebu docházet na ni. Problémem je také nedostatek schopných supervizorů v okrese Karlovy Vary.

Z oblasti adekvátního ocenění pracovníků se ukazuje jako nejzásadnější nespokojenost s finanční odměnou za vykonávanou práci, která s sebou nese velké množství záporných pocitů pracujících. Tato složka má dozajista velký vliv i na fluktuaci pracovníků.

V oblasti předem daných standardů práce, se ukazují jako nejvíce vybavení sociální pracovníci a pracovníci v sociálních službách. Lékaři nemají metodicky zpracovány postupy v jednotlivých situacích a rozhodují se nejčastěji na základě osobního uvážení. Sestry mají metodicky zpracovány ošetrovatelské standardy. V oblasti práce s lidmi s duševním onemocněním a sebevražednosti, pociťují pracovníci potřebu mít metodické postupy.

Ve svých pracovních týmech jsou zaměstnanci nejčastěji spokojeni. Všechny pracoviště dodržují pravidelné porady. Pracovníci mají pocit, že mohou ve svém zaměstnání otevřeně komunikovat s kolegy i vedoucím pracovníkem.

Mezi nejčastějšími přáními pracovníků byl pobyt v lázních, wellness kúra či masáže. Někteří také uváděli potřebu více dovolené či možnost vybrat si dovolenou po náročné pracovní situaci.

2.3.4 Další výzkumná zjištění

Vzhledem k metodě sběru dat, kterou byl polostrukturovaný dotazník, vyplynuly z výzkumu mnohé další informace, které mohou s tématem sebevraždy seniorů souviset, i když nepřímo. V této kapitole tedy prezentuji další výzkumná zjištění, která mohou dokreslovat situaci seniorů i pomáhajících pracovníků. Uvádím zde nejdůležitější potřeby seniorů pohledem pomáhajících profesionálů a motivaci pracovníků pro práci s touto cílovou skupinou. Dále uvádím pozitiva i negativa pomáhající profese, následky těchto negativ a způsoby, kterými se pracovníci vyrovnávají s náročností svého zaměstnání.

Potřeby seniorů z pohledu pomáhajících pracovníků

Potřeby seniorů, které vyplynuly z provedeného výzkumu, odpovídají podle očekávání do velké míry potřebám, které jsou zmíněny v teoretické části této práce. Mezi základní zmiňované patří zejména dostatek vhodného jídla, pohyb, hygiena či vyhovující teplota. Důležité jsou i praktické věci jako třeba dostupný byt a správné kontakty na odpovídající služby. Naprosto zásadní je samozřejmě zdravotní stav seniora.

„Pomocť jim v domácnosti, cokoliv, koupání, pošta, nákup, rada co dát do té bučty a tak...“ (PE3)

„To se odvíjí od zdravotního stavu. Když tohle nefunguje tak je to špatný. Jsou lidi, kteří se nedostanou ani z bytu, nebo nemají výtah a schody jsou pro ně hroznej problém. Hodně je trápí samota. Tady v pečovateláku se ty lidi třeba potkají, ale když ty pracovnice chodí po paneláku, tak tam se ty lidi moc nepotkávají a jsou sami. Rodinu mají třeba daleko a pečovatelka je jediná, na kterou mohou vychrlit všechny svoje problémy. Takže určitě kontakt druhých lidí. Třeba když už jim umřeli kamarádi a nenavštěvují ty, které ještě mají z důvodu náročnosti přesunů.“ (SP2)

Mezi dalšími potřebami, které ale nejsou méně důležité, je potřeba kontaktu se společnostmi a komunikace, zejména potom s rodinou a vrstevníky. Tuto potřebu do velké míry musí občas zastávat pomáhající pracovníci. Co se týče rodiny, osvědčilo se

některým zařízením nechat neomezenou návštěvní dobu tak, aby se senior ani jeho blízcí necítli nijak omezeni. S tím je spojen i pocit bezpečí a zázemí. K tomu pracovníci nejčastěji používají věci a činnosti, které jsou nějak spojeny s domovem seniora.

„Obrovský problém je to umístění lidí. To není otázka zdravotní, ale sociální. Ono se to řeší, obchází, lidé jsou bezmocní. Čekací doba na domov důchodců je asi pět let, což vám někdo zůstane na krku. Člověk je starej a zhoršuje se mu ateroskleróza mozku. Není schopen se sám zabezpečit a zastat ty denní práce.“ (PL)

„Asi aby měli nějaký okolí rodinných příslušníků, který se o ně staraj. To ne každéj má. Hlavně musí mít zázemí. Pokud to nemá je to horší a měl by se to snažit nahradit alespoň trošku personál, ale ne, aby byl jejich otrokem.“ (TRN)

Staří lidé podle pracovníků potřebují také pravdivé informace, individuální a rovnocenný přístup. Je zásadní, aby k nim pracovníci přistupovali vstřícně a s úctou. Mezi dalšími potřebami uváděli pracovníci také lásku, fyzický kontakt a psychický prostor. Pod tím se kromě jiného skrývá i duchovní život a pocit smysluplnosti jejich života.

„Oni jsou už jako malinký dětičky. Já tvrdím najíst, napít a rozchodit. Jim stačí chytnout za ruku a pohládit po tváři. Oni si chtěj popovídat. Oni nechtěj být izolovaní. To je zásada a velká chyba když je někdo izoluje. Proto se musí zapojovat i do toho ruchu zařízení. Včetně rodin, motivujeme ty rodiny, kde vidím asi ten hlavní problém. Oni se jich často opravdu štítí, bohužel je to tak.“ (ZS1)

„Pomineme základní potřeby, mají kde bydlet, mají postel, mají stravu, mají zajištěné zázemí, vzájemnou úctu. Jak naši, tak zvenčí. Mají tady i možnost seberealizace. Hlavně lásku.“ (SP3)

Mezi aktivitami, které jsou velmi fungující a pomáhají starým lidem naplnit jejich potřeby, uváděli pracovníci například náboženskou víru a návštěvy kostelů. Velmi dobře fungují také čekárny u lékaře, kde se senioři dostanou do kontaktu s ostatními lidmi a mohou si popovídat. Veškeré volnočasové aktivity jsou podle pracovníků opravdu zásadní v jejich životě.

„Nejsou tady kluby důchodců. Jsou sami doma a scházej se v čekárně u doktora, aby podrbali. Aspoň ty kostely byly dobrý dřív. Pokecali babky, pomluvili jeden druhého. Je

strašně málo seniorskech aktivit. Jednou ročně nějaké seniorské mejdan v Thermalu, nebo kdo může, tak sleva do kina, krmit holuby, člověk je tvor kolektivní. Nemám pocit, že by toho bylo hodně.“ (PL)

Motivace pracovníků pro vykonávání pomáhající profese

Zajímavým zjištěním z realizovaného výzkumu byla i motivace pracovníků pro vykonávání jejich zaměstnání. Mezi pozitivní motivací uváděli pracovníci například zájem o obor a lidi. Mezi dalšími byla například radost z práce s lidmi, touha pomoci jim ve vztahu k Bohu či inklinace přímo ke starým lidem.

„Nejvíc mě baví ty lidi. Co osoba to osobnost.“ (PE3)

„...Nějaká inklinace k psyché, zájem o duševno.“ (PS)

„Setkání s lidmi. Jedna rovina je duchovní motivace, víra, která se promítá do činnosti. Druhá rovina je vlastně zájem o lidi. Nedá se to dělat, pokud nemáte zájem o lidi a jste rád s lidmi. Motivuje mě můj vztah s bohem a rozměr lidských setkání.“ (FA)

Mezi motivy pro pomáhající profesi, které nebyly jednoznačně pozitivní, se opakovaně objevovalo například, že jejich zaměstnání byla poslední či jediná dostupná možnost. Dva z dotazovaných pracovníků uvedli, že jejich působení na současné pozici byla spíše náhoda. Jiní uváděni, že potřebovali zaměstnání, které by bylo ideálně blízko domovu. Dalším důvodem byla touha po zázraku, z důvodu nemoci člena rodiny.

„... po x letech jsem nemusela nikam dojíždět a mám ráda práci s lidma.“ (ZS2)

„Náhoda, pracovala jsem jako sestra na místě, kde vznikla náhlá potřeba obsadit pozici sociální pracovnice.“ (SP2)

No protože jsem nebyl bolševik, tak jsem musel chodit na plicní a obvody, zadělávat d'ouru po někom z interny. Na obvodu se mi to zalíbilo, protože je to veselejší. (PL)

„...no motivovalo mě, že nebylo místo jinde. Jako třeba operační obory. Když to nebylo, tak jsem si vybral menší obor.“ (TRN)

Kladné a záporné stránky pomáhající profese

Tato část výzkumu vyplynula z úvodní části a ukázalo se, že může mít na přístup ke klientům velký vliv. Připadá mi zásadní, že pracovníci uváděli velké množství negativ zaměstnání oproti pozitivům.

Specificky lékaři hodnotili pozitivně zejména pevnou pracovní dobu a možnost zjišťovat a diagnostikovat nemoci. Dále i ostatní pracovníci vnímali příznivě různorodost, se kterou je zaměstnání spojeno a rozmanitost klientů. Bavila je zejména odborná část práce, kterou vykonávali a placené vzdělávání. Zajímavé jim připadalo setkávání a komunikace s lidmi a možnost pomáhat jim. Cítili se tak potřební a užiteční a vyhovovalo jim, že mohli ovlivňovat kvalitu života druhých či pozitivně zasáhnout do dění ve společnosti. Velmi je naplňoval pozitivní vztah klientů k nim samotným a radost, se kterou se u klientů setkávali. Velmi oceňující pro ně bylo zlepšení stavu klientů.

„Baví mě to tady, kontakt s lidma, líbí se mi to. Méně mě baví byrokracie, to mě ubíjí, jinak nic.“ (ZS1)

„Zjišťovat ty choroby a diferenciólně diagnosticky zvažovat a zařazovat a pomáhat lidem.“ (TRN)

„Když třeba jdou večer spát a říkají, ty jo dneska si nemusím brát prášek na spaní.“ (SP3)

Negativně vnímali pracovníci velkou míru pracovní zátěže, a to v mnoha ohledech. Zejména u pečovatelek byla problematická situace se směnami. Dvanáctihodinové služby jsou příliš dlouhé, zejména ve spojení s nízkou obsazeností pracovníky a velkým množstvím klientů. Nedostatek pracovníků se ukazoval jako problém v mnoha z uskutečněných rozhovorů. Dále pracovníci uváděli příliš velkou fyzickou náročnost zaměstnání a nedostatek technických pomůcek, které by jim tuto část práce mohly usnadnit.

Všichni pracovníci se shodli na tom, že je práce velmi psychicky náročná. Jako nejvíce náročné hodnotili setkání se smrtí klienta, zhoršování jeho zdravotního stavu a vyrovnávání se s dalšími velmi vážnými situacemi. V takovou chvíli pro ně také není jednoduché pracovat s atmosférou celého zařízení, které situaci vnímá stejně jako oni samotní.

Bylo pro ně těžké držet hranice při práci s klienty, se kterými museli nutně navázat i do určité míry osobní vztah. Stejně tak pro ně bylo těžké mít stejný přístup ke všem klientům, přestože stejně jako všichni ostatní lidé vnímají své sympatie a antipatie. Zejména pak v případě, že klient byl velmi nepříjemný a pracovníka urážel či zneužíval.

Práce má podle pracovníků jen velmi málo viditelných výsledků a uvědomují si, že některé z problémů, se kterými se setkávají, jsou neřešitelné. Někdy vnímali práci jako jednotvárnou. Za náročné považují zažívat v práci tak velké množství sociálních interakcí. Opakovaně pro ně byla nepříjemná práce s lidmi s duševním onemocněním, zejména schizofrenií.

Dále se pracovníci cítí být v časové tísní a musí vykonávat velmi široké spektrum potřebných úkonů. Mezi ty patří například nepříjemná administrativa, která je velmi komplikovaná a vzhledem k nutnosti vše vykazovat je jí příliš velké množství. Zároveň jsou pracovníci vystaveni častým změnám způsobeným zejména nestálostí pracovního týmu a finanční nejistotou organizace. Ve zdravotnictví dochází také k mnoha pro pracovníky náročným změnám. A ke všem těmto faktům mají pracovníci vysokou odpovědnost jak osobní (rizika při práci s klienty), tak finanční (tresty lékařům při nedodržení finančních limitů).

„Jste každé den jednou nohou v průšvihů. Třeba někdo zazvoní a vy řeknete, já si tady něco dopíšu, a přijdu a paní je na zemi.“ (PE1)

„Nebaví mě ty neustálé změny ve zdravotnictví. Každé má plnou pusu řečí. Jsem konzervativní.“ (TRN)

„Ve zdravotnictví musí člověk dělat všechno. Od uklízečky po sestru. Vždycky jsem všude sloužila sama. Po dvanácti hodinách přijde člověk vypovídanej... Nikdy nevíte, co si přinesete domů. Ty papíry mě ale moc nebaví. (SP3)

„Jsmo za to tvrdě trestaný, když něco nejde.“ (PL)

Všechny tyto vysoké nároky, které s sebou pomáhající profese nese, mají své následky na život pracovníků. Všichni dotázaní pracovníci se cítí často přetížení, zejména pak v kombinaci s problémy v rodinném zázemí. Dále pracovníci zmiňovali častou frustraci, zážvácí obtíže a další zdravotní následky (zejména bolesti zad). Mnoho z pracovníků uvádělo nechuť být po práci s ostatními lidmi. Některé pracovnice uváděly přímo problémy se syndromem vyhoření, následkem kterého již některé situace

přecházejí. Setkávala jsem se také s pocitem nespravedlnosti a nespokojenosti kvůli upřednostňování práv klientů před právy pracovníků. Následkem je i vyčerpanost pracovníků stoupající s věkem a jejich zvýšená fluktuace, která ještě prohlubuje výše zmíněný negativní postoj dalších pracovníků.

„Někdy je nátlak ze strany pacientů, personálu, a pak je to těžký.“ (ZS1)

„Psychicky i fyzicky je to strašně náročný a jak člověk stárne, tak to na sobě cejtí. Záleží na tom, kolik je práce. Nejde ani tak o tu fyzickou práci, ale taky psychická. To papírování a návštěvy, a někdy je to tak strašně moc, že spíš než fyzicky jdeme domů unavený psychicky.“ (PE2)

„Změnila jsem kvůli tomu zaměstnání. Ti klienti to ani nepoznají, ale v okamžiku, kdy jde do tuhého, tak tam musím mít tu bariéru. Já pro ně udělám první poslední, co můžu, ale je to těžký, hlavně tady protože jsme jako jedna rodina.“ (SP3)

„Čas od času jsem měl zažívací problémy a musel jsem to řešit, asi to bylo ze stresu. Jen co jsem se odhodlal, tak to přešlo. Myslím, že jsem to asi nějak vnitřně překonal. Tím, že jsem se k tomu postavil. Splín z osudů těch lidí se může objevit.“ (TRN)

Způsoby vyrovnávání se s náročnými situacemi v zaměstnání

Jako nejúčinnější metody psychohygieny a vyrovnávání se s náročnými situacemi v zaměstnání uváděli pracovníci například zpětnou vazbu od kolegů a ventilaci pracovních problémů a dilemat. Za velmi důležitý považovali kvalitní spánek, rodinné zázemí a možnost strávit nějaký čas o samotě. Některým pracovníkům při vyrovnávání se s náročnými situacemi pomáhají osobní koníčky a zájmy, dalším domácí zvířata či procházky v přírodě. V případě úmrtí klienta byl pro pracovníky podstatný kvalitní kolektiv v zaměstnání. Někteří uváděli jako účinnou i možnost zúčastnit se kolektivního rozloučení se zemřelým klientem.

„Musíte to umět vyventilovat. Ten relax, to vypnutí. Já to třeba umím. Mám perfektní rodinu a spoustu koníčků. Pak je třeba znát, když ty zaměstnankyně nemají vyrovnaný rodinný prostředí, tam je to potom někdy těžký, že občas musí jít na jiné oddělení nebo tak. Jakmile si to nosíte domů tak to je konečná, to vyhoříte.“ (ZS1)

„Nestresuju se tím, беру to jak to je. Snažíme se pomoci zlehčením, nebo vyslechnutím, ale jinak já to neřeším. Pomáhá mi rodina a vnoučata, chalupa. To jsou baterky. Když o něco jde, tak to tady probereme. Tady je fajn, že o tom můžeme tady mluvit. To je velká pomoc. Je tady s kým to řešit.“ (PE2)

„Že si to spolu tak nějak proberem a dělá mi fakt dobře, když se někde zašiju a usnu. Tady v práci ne, ale doma přijdu domů a dám si šlofika. Uvolní se mi tělo a je to. Nebo jedu na zahrádku. Procházka s kocourem třeba, odreagování a tak.“ (SP1)

2.3.4.1 *Shrnutí*

Vyjma základních potřeb, mezi které patří například potřeba najíst, napít či dodržovat hygienu, se ukazuje jako nejdůležitější zejména potřeba sociálních kontaktů a kontaktu s rodinou. Velmi zásadní roli hraje zdravotní stav seniora, ale jeho spokojenost do velké míry ovlivňuje i míra rovnocenného přístupu ze strany pomáhajících pracovníků. Důležité je také adekvátně a pravdivě seniora informovat.

Zajímavé je, že poměrně velká část pracovníků nastoupila do zaměstnání kvůli náhodě či nutnosti. Pro některá z nich to byla jediná možnost. Nejčastěji pracovníci uváděli, že je na práci baví zejména komunikace a kontakt s různými lidmi a pestrost náplně práce.

Mezi zápory zaměstnání pracovníci nejčastěji uváděli zejména velkou náročnost svého zaměstnání. Nejvíce po stránce psychické, ale hlavně pečovatelky i po stránce fyzické. Vadí jim vysoká míra odpovědnosti, kterou v práci nesou za velmi nízké finanční ohodnocení. Většina pracovníků zmiňovala jako nepříjemnou administrativu a častou fluktuaci pracovníků.

Náročnost práce má vliv zejména na psychické vyčerpání pracovníků, ale i na zdravotní stránku. Někteří z pracovníků pociťují syndrom vyhoření. Jako účinná jim připadá zejména zpětná vazba od kolegů, možnost probrat situaci s pracovním týmem, rodinné zázemí, koníčky a příroda.

2.3.5 Celkové shrnutí výsledků výzkumu

V počátku empirické části jsou uvedeny tři hlavní výzkumné otázky, které měly být zodpovězeny provedením výzkumu. Zde jsou uvedeny odpovědi na jednotlivé otázky tak, jak vyplývají ze všech provedených rozhovorů.

HVO1: Jakou mají pomáhající pracovníci zkušenost s problematikou sebevraždnosti seniorů?

Většina pracovníků se v rámci své praxe setkala se sebevraždným jednáním seniorů. Jedna z dotazovaných si není vědoma žádného sebevraždného jednání. Nejčastěji zvolili klienti jako metodu sebevraždy skok z výšky, otravu medikamenty, utopení a bodnutí ostrým předmětem. Žádné další metody pracovníci nezmiňovali. Jako formy suicidálního jednání vnímali pracovníci suicidální myšlenky klientů, tendence, pokus i dokonanou sebevraždu. Sebevraždní jedinci se podle pracovníků obvykle projevovali depresivně, černým viděním a nechutí k životu.

Jako prevenci sebevraždného činu klienta pracovníci obvykle volili větší míru komunikace s klientem a konzultaci případu s kolegou či jiným profesionálem. Pracovníci si při práci se sebevraždnými klienty nebyli vždy jisti a nevěděli, jak v takové situaci správně postupovat.

Mezi nejčastější důvody a rizikové faktory sebevraždného jednání řadí pracovníci depresi, nemoc, nedobrovolný přesun do zařízení, málo kontaktu s okolím a rodinou, úmrtí blízké osoby a nesoběstačnost. Setkávají se i se závislostí seniorů na medikamentech, které jsou jim někdy nadměrně předepisovány. Velkým problémem je i psychické, fyzické a finanční týrání seniorů

Pracovníci ze své zkušenosti doporučují zejména konzultaci případů s pracovním týmem a dalším odborníkem, zvýšenou míru komunikace s klientem a otevřené pojmenovávání sebevraždy s ohroženým.

HVO2: Jsou pomáhající pracovníci dostatečně informováni o problematice sebevraždnosti seniorů?

Všichni dotazovaní pomáhající pracovníci musí naplnit stanovený počet bodů a kreditů v rámci průběžného vzdělávání. Téma vzdělávání je do velké míry závislé na jejich rozhodnutí, částečně se ale také odvíjí od materiální stránky a potřeb organizace.

Pouze dva z pracovníků, se kterými byl proveden výzkum, se okrajově setkali s tématem sebevraždnosti seniorů v rámci odborného vzdělávání. Navzdory tomu většina z nich necítí potřebu dále se v této problematice vzdělávat. Někteří z nich by se o této problematice rádi dozvěděli v budoucnu více, jejich hlavní potřebou ale byly semináře na téma práce s lidmi s duševním onemocněním.

Během dotazování někteří pracovníci nevěděli, jak s touto problematikou pracovat, popřípadě suicidální myšlenky klientů zlehčovali. K lidem nemocným schizofrenií měli poměrně negativní postoj, i to může s problematikou suicidálního chování souviset. V těchto oblastech je jistě prostor pro další vzdělávání pomáhajících profesionálů.

HVO3: Mají pomáhající pracovníci dostatečné množství podpory pro práci se sebevraždnými klienty?

V oblasti supervize je situace pracovníků v okrese Karlovy Vary poměrně komplikovaná. Pouze jeden pracovník se všech dotázaných se účastní pravidelné supervize. Ostatní pomáhající obvykle nemají možnost supervize využívat. Mnoho z pracovníků o tuto službu nemá zájem zejména kvůli neznalosti či špatné minulé zkušenosti. Jako problém se ukazuje i nedostatek kvalitních supervizorů v dostupném okolí.

V oblasti finančního ocenění panuje mezi pracovníky spíše nespokojenost, která má vliv i na velkou fluktuaci pracovníků. Ve svých pracovních týmech byli pracovníci spokojeni a měli možnost obrátit se na pracovní tým v případě potřeby.

Standardy či metodické postupy, o které je možné se v zaměstnání opřít, mají vypracovány zejména sociální pracovníci a pracovníci v sociálních službách. Lékaři nemají metodicky zpracovány postupy v jednotlivých situacích a rozhodují se nejčastěji na základě osobního uvážení. Sestry mají možnost držet se ošetrovatelských standardů. Metodický postup, týkající se sebevraždného jednání není na většině pracovišť k dispozici.

Podpora, které se pracovníkům nedostává, je ocenění v podobě pobytu v lázních či masáže. Dále by měli zájem o větší množství dovolené či možnost vzít si dovolenou po náročné pracovní situaci.

Podpora pracovníků tedy není v několika oblastech natolik dostatečná, aby měli adekvátní podmínky pro práci se sebevraždnými nebo jinak náročnými klienty.

Další výzkumná zjištění související s problematikou sebevraždnosti seniorů

Z hlediska potřeb seniorů vnímají pracovníci jako zásadní zejména kontakt s rodinou a okolím, rovnocenný přístup pracovníků ke klientovi a dostatek informací. V rozhovorech byly také uvedeny další základní potřeby, které zde nezmiňuji.

S přístupem ke klientům jistě souvisí i motivace pracovníků pro zaměstnání. Několik pracovníků se pro současné zaměstnání rozhodlo z důvodu náhody či nutnosti.

Jako nejvíce pozitivní složky pomáhající profesi hodnotili zejména radost z komunikace a kontaktu s různými lidmi a rozmanitost práce. Negativně vnímali velkou náročnost zaměstnání. Necítili se na velkou míru odpovědnosti a nevyhovovalo jim množství potřebné administrativy. Komplikací je i fluktuace pracovníků. Z práce se často cítí přetížení jak po fyzické, tak psychické stránce. Někteří z pracovníků pociťují syndrom vyhoření. Velmi účinná je zpětná vazba k jejich práci, kvalitní rodinné zázemí a zábavné aktivity ve volném čase.

2.4 DISKUZE

Většina dotazovaných pomáhajících pracovníků se ve své praxi již se sebevraždami seniorů setkala. Rizikové faktory sebevraždnosti a potřeby seniorů se ukázaly jako odpovídající odborné literatuře a údajům uvedeným v teoretické části této práce. Metody sebevraždy, které pracovníci jmenovali, se naopak neshodují s metodami, které vycházejí jako nejčastější u seniorů podle Českého statistického úřadu. Nejčastěji zmiňovaná metoda byla podle pracovníků skok z výšky, zatímco statistika uvádí jako nejčastější metodu smrt oběšením. Skok z výše pak uvádí až jako pátý nejčastější způsob sebevraždy.

Za zásadní považují zejména fakt, že si pracovníci nejsou jisti v práci s tímto typem klientů. To může mít negativní vliv zejména jak na ohrožené klienty, tak i na pracovníky. Ve chvíli, kdy nejsou s tímto jevem schopni adekvátně pracovat, může to ovlivnit efektivitu a účinnost jejich intervence. To se následně může projevit v další motivaci pro práci. Právě z těchto důvodů by měli být pracovníci v této oblasti proškoleni a informováni o správných postupech pro práci se sebevražednými klienty. Nedostatky se ukazují i v oblasti práce s duševně nemocnými, zejména s osobami se schizofrenií. Duševní onemocnění a sebevražedné chování spolu může do značné míry souviset a je tedy žádoucí, aby pracovníci měli dostatek informací i z této oblasti. Je otázkou, zda jsou pracovníci, kteří se ještě nesetkali se sebevražedným jednáním, dostatečně informováni a zda jsou schopni sebevražedné jednání klienta rozpoznat.

Je patrné, že pracovníci nemají dostatek podpory pro práci s touto skupinou klientů, ať již ve vzdělávání, v supervizi, oficiálních postupech či finančním a dalším ohodnocení. Vzhledem k tomu, že práce s touto cílovou skupinou může být velmi náročná, nepřináší velké množství výsledků a je úzce spojena s náročným tématem smrti, považují za nezbytné, aby pracovníci docházeli na pravidelnou supervizi. Zejména ve chvíli, kdy nejsou spokojeni ani s ostatními body podpory v zaměstnání, může být supervize opravdu klíčová. Neadekvátní finanční ohodnocení může do velké míry pracovníky demotivovat, což se následně může projevit na kvalitě poskytované služby klientům a na jejich celkové spokojenosti či naplnění potřeb. Pokud postupy práce nejsou metodicky nastavené, znamená to pro pracovníky velké množství moci a svobody při rozhodování, a to s sebou nese i velké množství odpovědnosti. Zejména po uskutečnění sebevraždy klientem se pracovníci mohou potýkat s četnými výčitkami a

dalšími negativními emocemi. Jako velká podpora se ukázal pracovní tým, který u všech dotazovaných fungoval poměrně dobře, a měli možnost obrátit se na něj v případě potřeby.

Na kvalitu odvedené práce, tedy i na sebevražednost seniorů, má bezpochyby vliv i to, že pracovníci vidí opravdu velké množství záporů své profese. To přispívá k tomu, že pracovníci pocítují syndrom vyhoření a dochází k četné fluktuaci zaměstnanců. Ta má opět negativní dopad na stávající zaměstnance a jejich pracovní spokojenost.

Závěry vyvozené z tohoto výzkumu jsou do velké míry ovlivněny vzorkem pracovníků, kteří se rozhodli výzkumu účastnit. Výsledky by pravděpodobně mohly být jiné v případě, že by se do výzkumu zapojili i pracovníci, kteří pohovor o tomto tématu striktně odmítli. V tuto chvíli se nabízí tvrzení, že sebevražednost seniorů je poměrně častý jev, ale přesto nejsou pomáhající pracovníci v okresu Karlovy Vary připraveni a dostatečně podporováni pro práci s ním. Toto tvrzení je ale bezpochyby nutno validovat dalším výzkumem, a to jak kvalitativní, tak kvantitativní povahy.

ZÁVĚR

Tato diplomová práce je zaměřena na zmapování zkušeností pomáhajících pracovníků s tématem sebevražednosti seniorů. Zároveň se zaměřuje také na to, zda jsou pracovníci dostatečně informováni o této problematice a zda mají dostatečnou podporu při práci s tímto jevem.

Předložená práce je členěna na část teoretickou a empirickou. V teoretické části je popsána problematika sebevražednosti obecně, její příčiny, formy či metody. Dále jsou uvedena specifika sebevražednosti seniorů, práce s nimi, potřeby pomáhajících pracovníků. Na závěr teoretické části jsou zmíněny také možné způsoby prevence sebevražednosti seniorů.

Empirická část nejprve charakterizuje okres Karlovy Vary a posléze se věnuje metodologii výzkumu. Cílem tohoto výzkumu je zjistit, jak pomáhající pracovníci na území okresu Karlovy Vary vnímají problematiku sebevražednosti seniorů. Tím jsou myšleny zejména jejich zkušenosti v této oblasti a informovanost o sebevražednosti seniorů. Důležitou součástí je i adekvátní podpora pomáhajícím pracovníkům v zaměstnání, aby mohli s touto problematikou vhodně pracovat. Tento cíl bude naplněn zodpovězením tří hlavních výzkumných otázek, které jsou v metodologické části také uvedeny. Potřebné informace byly získány metodou polostrukturovaných rozhovorů, které byly provedeny s dvanácti pomáhajícími pracovníky. Pomáhající pracovníci jsou vybráni metodou záměrného výběru a jsou mezi nimi zástupci různých profesí. Informace získané z polostrukturovaných rozhovorů s pomáhajícími pracovníky, byly následně deskriptivní metodou popsány v druhé polovině empirické části práce.

Dříve zmíněný cíl práce se podařilo během výzkumu naplnit. Pracovníci se poměrně častěji setkávají se sebevražedným jednáním seniorů a ve výzkumné části jsou také popsány jejich bližší zkušenosti. Dále výzkum odkryl nedostatečnou informovanost většiny z dotazovaných. Oblast podpory pracovníků byla rozdělena na jednotlivé složky, z nichž většina se opět ukázala jako nedostatečně naplněná.

Výsledky získané provedeným výzkumem by mohly být užitečné pro inspiraci zaměstnavatelům pomáhajících pracovníků. Tento typ profese je v mnoha ohledech velmi náročný, a je tedy nutné poskytovat pomáhajícím podporu v různých oblastech. Z výzkumu vyplynuly oblasti, ve kterých jsou pracovníci nespokojeni, málo informováni a také skutečnost, že se s problematikou sebevražednosti seniorů běžně

setkávají v rámci své práce. Ani podpora pracovníků v předem určených kategoriích, se neukázala jako dostatečná. Tyto faktory mohou mít velký vliv na práci pomáhajících pracovníků, jejich psychický stav, a tedy na jejich odvedenou práci. Vzhledem k tomu, že právě tito pracovníci mohou být klíčovými postavami v rámci prevence sebevražedného jednání u seniorů, je třeba této problematice věnovat zvýšenou pozornost.

POUŽITÉ INFORMAČNÍ ZDROJE

A. Tištěné zdroje:

BALOGOVÁ, B. *Vstup do důchodku ako náročná životná situácia a kvalita života seniora. In Autonomie ve stáří Strategie jejího zachování. Ostrava: Zdravotně sociální fakulta Ostravské univerzity v Ostravě, 2004. 324 s. ISBN 80-7326-026-3*

BAŠTECKÝ, J., Q. KÜMPEL a M. VOJTĚCHOVSKÝ. *Gerontopsychiatrie. Praha: Grada, 1994. ISBN 80-716-9070-8.*

BAUDIŠ, P. *Praktický lékař a sebevražda - rozpoznání rizika, prevence. Amireport. 1998, roč. 6, č. 28.*

BRUBAKER, T. H. *Family relationships in later life. 2nd ed. Newbury Park, Calif.: Sage Publications, c1990, 320 p. ISBN 08-039-3322-3.*

BÚTOROVÁ, Z. *Štvrtý rozmer tretieho veku: desať kapitol o aktivnom stárnutí. Bratislava: Inštitút pre verejné otázky, 2013, 366 s. Štúdie a názory. ISBN 978-808-9345-441.*

ČEVELA, R., Z. KALVACH a L. ČELEDOVÁ. *Sociální gerontologie: úvod do problematiky. 1. vyd. Praha: Grada, 2012, 263 s. ISBN 978-802-4739-014.*

DRAGOMIRECKÁ, E.: *Sebevražda jako jev sociální patologie – hledisko filozofické, sociologické a psychologické. Amireport, 6, 28, 1998.*

EIS, Z. *Krizová intervence a sebevražednost. Amireport. 1998, roč. 6, č. 28.*

FERJENČÍK, J. *Úvod do metodologie psychologického výzkumu: jak zkoumat lidskou duši. 1. vyd. Praha: Portál, 2000, 256 s. ISBN 80-717-8367-6.*

FRANKEL, B. a R. KRANZ. *O sebevražďách. Překlad Ivo Lorenc. Praha: Lidové noviny, 1998, 149 s. Linka důvěry. ISBN 80-710-6234-0.*

HARWOOD, J. *Understanding communication and aging: developing knowledge and awareness. Los Angeles: Sage Publications, c2007, xiv, 325 p. ISBN 978-141-2926-096.*

HAŠKOVCOVÁ, H. *Fenomén stáří. Vyd. 2., podstatně přeprac. a dopl. Praha: Havlíček Brain Team, 2010, 365 s. ISBN 978-80-87109-19-9.*

HENDL, J. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace. Vyd. 1. Praha: Portál, 2005, 407 s. ISBN 80-736-7040-2.*

HROZENSKÁ, M. a D. DVOŘÁČKOVÁ. *Sociální péče o seniory*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2013, 191 s. ISBN 978-802-4741-390.

CHVÍLA, L. Sebevražda u alkoholiků a osob závislých na jiných psychoaktivních látkách. *Amireport*. 1998, roč. 6, č. 28.

KASTOVÁ, V. *Krize a tvořivý přístup k ní: typy životních krizí, jejich dynamika a možnosti krizové intervence*. Vyd. 2. Překlad Jana Vašková. Praha: Portál, 2010, 167 s. Spektrum (Portál), 11. ISBN 978-807-3678-005.

KOPŘIVA, K. *Lidský vztah jako součást profese*. 6., V Portálu 5. vyd. Praha: Portál, 2011, 147 s. ISBN 978-80-7367-922-4.

KOUTEK, J., KOCOURKOVÁ, J. *Sebevražedné chování*. 1. vydání. Praha: Portál, 2003. 128 s. ISBN 80-7178-732-9.

LANGMEIER, J. a D. KREJČÍŘOVÁ. *Vývojová psychologie*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Grada, 2006, 368 s. Psyché (Grada). ISBN 80-247-1284-9.

MATOUŠEK, O. *Ústavní péče*. 2. vyd. ; rozšíř. a přeprac. Praha: SLON, 1999, 159 s. ISBN 80-858-5076-1.

MIOVSKÝ, M. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu: jak zkoumat lidskou duši*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2006, 332 s. ISBN 80-247-1362-4.

ONDRUŠOVÁ, J. *Stáří a smysl života*. Vyd. 1. V Praze: Univerzita Karlova, 2011, 168 s. ISBN 978-802-4619-972.

Perspektivy stárnutí: z pohledu psychologie celoživotního vývoje. Vyd. 1. Editor Peter Gruss. Praha: Portál, 2009, 222 s. ISBN 978-80-7367-605-6.

PICHAUD, C. a I. THAREAU. *Soužití se staršími lidmi: praktické informace pro ty, kdo doma pečují o staré lidi, i pro sociální a zdravotnické pracovníky*. 1. vyd. Překlad Abigail Kozlíková. Praha: Portál, 1998, 156 s. ISBN 80-717-8184-3.

RYAN, P. a B. J. COUGHLAN. *Ageing and older adult mental health: issues and implications for practice*. Hove, East Sussex: Routledge, 2010, p. ISBN 978-041-5582-902.

STUART-HAMILTON, I. *Psychologie stárnutí*. 1. vyd. Praha: Portál, 1999, 320 s. ISBN 80-717-8274-2.

VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3. vydání. Praha: Portál, 2004. 872 s. ISBN 80-7178-802-3.

VIEWEGH, J. *Sebevražda a literatura*. Vyd. 1. Brno: Nakl. Tomáše Janečka, 1996, 282 p. ISBN 80-858-8010-5.

VODÁČKOVÁ, D., *Krizová intervence*. 2. vyd. Praha: Portál, 2007, 543 s. ISBN 978-80-7367-342-0.

VOJTĚCHOVSKÝ, M., Sebevražda u osob vyššího věku. *Amireport*. 1998, roč. 6, č. 28.

VYMĚTAL, J. *Duševní krize a psychoterapie*. Vyd. 1. Hradec Králové: Konfrontace, 1995, 88 s. ISBN 80-901-7734-4.

B. Elektronické zdroje:

Český statistický úřad [online]. 2014 [cit. 2014-07-07]. Dostupné z: <http://www.czso.cz/>

ČEŠKOVÁ, E. Deprese ve vyšším věku a suicidalita. *Česká geriatrická revue* [online]. 2007, č. 5 [cit. 2014-07-07]. Dostupné z: http://www.prolekare.cz/pdf?ida=gr_07_04_06.pdf

DRAGOMIRECKÁ, E. *Prediktory kvality života ve vyšším věku*. Praha, 2007. Dostupné z: <https://is.cuni.cz/webapps/zzp/detail/109205/>
Disertační práce. Univerzita Karlova v Praze, Filozofická fakulta, Katedra psychologie, obor klinická psychologie. Vedoucí práce doc. PhDr. Jan Srnec, CSc.

HOLMEROVÁ, I., H. VAŇKOVÁ, E. DRAGOMIRECKÁ, H. JANEČKOVÁ a P. VELETA. Depresivní syndrom u seniorů, významný a dosud nedocenený problém. *Psychiatrie pro praxi* [online]. 2006, č. 4 [cit. 2014-07-07]. Dostupné z: <http://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2006/04/01.pdf>

MÁCHOVÁ, V. *Sebevraždy seniorů* [online]. České Budějovice, 2008 [cit. 2014-06-23]. Dostupné z: http://theses.cz/id/iq3msg/downloadPraceContent_adipIdno_10134
Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta.

Okres Karlovy Vary. *Města a obce online* [online]. 1996 [cit. 2014-07-16]. Dostupné z: <http://mesta.obce.cz/vyhledat2.asp?okres=3403>

PRAŠKO, J.. Péče o suicidálního pacienta. *Psychiatrie pro praxi*. 2006, č. 4. Dostupné z: <http://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2006/04/11.pdf>

Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR [online]. 2010 [cit. 2014-07-07].
Dostupné z: <http://www.uzis.cz/>

Statistická ročenka Karlovarského kraje 2013. *Český statistický úřad* [online]. 2013 [cit. 2014-07-15].
Dostupné z: http://www.czso.cz/csu/2013edicniplan.nsf/krajkapitola/411011-13-r_2013-01

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1: Mapa okresu Karlovy Vary	54
Obrázek 2: Metody sebevraždy	63
Obrázek 3: Rizikové faktory sebevraždnosti seniorů	67
Obrázek 4: Setkání pracovníků se sebevraždností seniorů v rámci vzdělávání.....	73
Obrázek 5: Pocit informovanosti pracovníků	73

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1: Způsoby úmyslného sebepoškození dle MKN – 10. Revize

Příloha č. 2: Scénář pro rozhovor s pomáhajícími pracovníky

Příloha č. 3: Přepisy rozhovorů s pomáhajícími pracovníky